

# Psychometrische Prüfung des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35) in einer nicht-klinischen Stichprobe

Psychometric analysis of the “Dresdner Körperbildfragebogen” (DKB-35) in a non-clinical sample

Josefine Matthes, Gabriele Helga Franke & Susanne Jäger

## Zusammenfassung

**Fragestellung:** In der vorliegenden Studie wird der Dresdner Körperbildfragebogen (DKB-35; Thiel, 2007) in einer nicht-klinischen Stichprobe ( $N = 349$ ) erprobt und die psychometrischen Eigenschaften evaluiert.

**Methode:** Die statistischen Analysen mit SPSS/PASW umfassen Item- und Skalen- sowie Reliabilitäts- und Validitätsanalysen.

**Ergebnisse:** Der DKB-35 weist hinsichtlich der Formulierung einzelner Items noch Schwächen auf. Die Skalenstruktur des DKB-35 konnte annähernd repliziert werden. Die berechneten internen Konsistenzen der Skalen lagen zwischen  $\alpha = 0.76$  (Skala Körperkontakt) und  $\alpha = 0.91$  (Skala Sexuelle Erfüllung) und können als zufriedenstellend bis hoch bewertet werden. Zudem bleiben die Dimensionen des Körperbildes über einen Zeitraum von durchschnittlich sieben Tagen stabil. Der DKB-35 differenziert gut zwischen unter-, normal-, übergewichtigen sowie adipösen Personen. Die Konstruktvalidität konnte durch Korrelationen mit Verfahren zur Erfassung psychischer Belastungen, interpersonaler Probleme, des Stresserlebens und sozialer Unterstützung dargelegt werden.

**Schlussfolgerung:** Die Entwicklung des DKB-35 scheint noch nicht vollständig abgeschlossen zu sein. Dennoch konnte die Güte des DKB-35 in dieser Studie belegt werden. Sowohl die Reliabilität als auch die Validität des Instruments überzeugen. Nach einer umfangreichen Normierung und der Evaluierung in spezifischen Stichproben könnte der DKB-35 zu einem Standardverfahren der mehrdimensionalen Erfassung des Körperbildes und seiner Störungen werden.

## Schlagworte

Körperbild, Dresdner Körperbildfragebogen, DKB-35, Reliabilität, Validität

## Abstract

**Objectives:** The “Dresdner Körperbildfragebogen” (DKB-35; Thiel, 2007) was psychometrically evaluated in a non-clinical sample ( $n = 349$ ).

**Methods:** Statistical analyses with SPSS/PASW involved item- and scale distribution as well as reliability- and validity analyses.

**Results:** First, reformulation of some of the items of the DKB-35 should be considered. Second, the scale structure of the DKB-35 was approximately replicated. Third, the internal consistency of the scales varied between low  $\alpha = 0.76$  (body contact) and high  $\alpha = 0.91$  (sexual satisfaction) values. Furthermore, stability over time was demonstrated for a period of seven days regarding the dimensions of the body image. Moreover, the DKB-35 was able to differentiate between underweight, normal weight, overweight and obese individuals. Correlations with questionnaires measuring psychological stress, interpersonal problems, stress experiences and social support demonstrated construct-validity.

**Conclusion:** The development of the DKB-35 does not appear fully completed. However, this study confirmed the quality of the questionnaire regarding reliability and validity. Following a comprehensive standardisation and evaluation in specific samples, the DKB-35 could serve as a routine multidimensional instrument of the body image and its disorders.

## Key-Words

Body image, Dresdner Körperbildfragebogen, DKB-35, reliability, validity

## 1 Theoretischer Hintergrund

Es gibt eine beachtliche Begriffsvielfalt der inhaltlichen Beschreibung subjektiver Aspekte der Körperwahrnehmung. Bielefeld (1991) stellt einen Strukturierungsversuch des Phänomens der Körpererfahrung vor: Der (1) perzeptiv-kognitive Aspekt der Körpererfahrung als neurophysiologisches Konzept (Körperschema) bezieht sich auf die kinästhetische Wahrnehmung, die Einschätzung der räumlichen Körperausdehnung sowie auf konkrete Kenntnisse des eigenen Körpers hinsichtlich Körperbau und -funktion. Hingegen beschreibt der (2) emotional-affektive Teilbereich der Körpererfahrung als psychologisch-phänomenologisches Konzept (Körperbild) das Körperbewusstsein, das Erleben der Körperaußengrenzen sowie die Gesamtheit aller körperbezogenen Einstellungen, insbesondere bezogen auf die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper. Grundsätzlich kann

Korrespondenzadresse: Gabriele Helga Franke, Hochschule Magdeburg-Stendal, Fachbereich Angewandte Humanwissenschaften, Akkreditierte Studiengänge B.Sc. und M.Sc. Rehabilitationspsychologie, Osterburger Straße 25, 39576 Hansestadt Stendal. E-Mail: gabriele.franke@hs-magdeburg.de

von einer Wechselwirkung von Perzeptionen, Kognitionen, Emotionen und bestimmten Verhaltensaspekten ausgegangen werden (Vocks & Legenbauer, 2005).

Ein weit verbreitetes Phänomen nach Westenhöfer (1992) ist die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Nimmt diese Unzufriedenheit ein pathologisches Ausmaß an, spricht man von sogenannten Körperbildstörungen. Diese sind unter anderem charakteristisch bei Essstörungen: Legenbauer, Vocks & Schütt-Strömel (2007) untersuchten kognitive Verzerrungen bei  $N = 852$  Probandinnen mit Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) oder einer Binge-Eating-Disorder (BED). Es stellte sich heraus, dass neben dysfunktionalen Einstellungen bezüglich der Nahrungsaufnahme auch beträchtliche „negative körper- und selbstwertbezogene Gedanken“ (S. 214) kennzeichnend sind. Bei der Entstehung von Übergewicht/ Adipositas spielen ähnliche psychosoziale Faktoren eine Rolle wie bei AN und BN: Das in den Medien propagierte Schönheits-/Schlankheitsideal erzeugt besonders bei jungen Menschen einen enormen Druck, diesem Ideal zu entsprechen. Infolge dessen kann ein gezieltes Essverhalten, das einer kognitiven Steuerung unter-

liegt, entstehen, was die Entwicklung von AN und BN begünstigen kann (Hauner, 2006; Vocks & Legenbauer, 2005). Ferner kann dieser Druck zu einer BED mit Übergewicht führen, da „gerade eine ‚rigide Kontrolle‘ der Nahrungsaufnahme [...] im Gegensatz zu einer ‚flexiblen Kontrolle‘ einen Kontrollverlust und damit eine überkalorische Energiezufuhr begünstigen“ (Hauner, 2006, S. 209). Wiederum nimmt mit ansteigendem Body Mass Index (BMI) oftmals die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körpergewicht zu und das Erleben einer körperlichen Einschränkung im Alltag wird wahrscheinlicher (Mönnichs & von Lengerke, 2004). Weiterhin konnten Herpertz et al. (2003) in einem systematischen Review aufzeigen, dass mit Adipositas vielfältige psychische Auswirkungen einhergehen können: So war beispielsweise das Selbstwertgefühl bei Patienten, die sich in der Adipositaschirurgie vorstellten, in der Mehrzahl der analysierten Studien, eingeschränkt. Mit einer erfolgreichen Gewichtsabnahme ging jedoch zumeist eine beträchtliche Steigerung des Selbstwertgefühls einher.

Weiterhin ist in den letzten Jahren die Bereitschaft, Veränderungen am eigenen Körper, etwa durch Diäten, Sport, Tätowierungen und Piercings, vorzunehmen, enorm angestiegen. Der Körper wird als „individuelles Gestaltungsobjekt gesehen [...], das ein wesentlicher Bedeutungsträger für die Persönlichkeit des Einzelnen ist“ (Pöhlmann & Joraschky, 2006, S. 2). Denkbare Motive der vielfältigen Arten körpergestaltenden Verhaltens sind die Erhöhung der Attraktivität, die Identitätsfindung, mangelndes Selbstvertrauen, negative Lebensereignisse, Ängste und Depressionen sowie religiöse und sexuelle Motive. „Körpermodifikationen können Ausdruck einer gelungenen Identitätsentwicklung sein, [...] aber auch ein Ausdruck von Identitätsdefiziten [...], die durch symbolische Selbstergänzungen“ (Pöhlmann & Joraschky, 2006, S. 4), beispielsweise Piercings, kompensiert werden sollen. Gefahren des körpergestaltenden Verhaltens liegen unter anderem im suchtartigen Charakter, den es annehmen kann, um der persönlichen Idealvorstellung des eigenen Körperbildes möglichst nahe zu kommen (Kasten, 2006; Pöhlmann & Joraschky, 2006).

Das in den letzten Jahrzehnten angestiegene wissenschaftliche Interesse am Konstrukt des Körperbildes führte zur Entwicklung einer Vielzahl von Selbsteinschätzungsverfahren, „die kognitive und affektive Einstellungsanteile abbilden und Verfahren, die die Ausprägung des Vermeidungsverhaltens für Situationen messen, die negative körperbezogene Gefühle auslösen“ (Thiel, 2007, S. 10). Die sogenannte modulare Körperskulpturmethode als projektives Verfahren basiert auf fünf standardisierten Modulen und ermöglicht im Gegensatz zu Selbsteinschätzungsfragebögen einen „Zugang zum primärprozesshaft erworbenen Körperbild“ (Schubert & Hinz, 2010, S. 419).

Bisher haben sich im deutschsprachigen Raum allerdings Verfahren zur Selbsteinschätzung, wie der Fragebogen zum Körperbild (FKB-20; Clement & Löwe, 1996), der Frage-

bogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK; Strauß & Richter-Appelt, 1996) und die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS; Deusinger, 1998) bewährt. Diese drei Verfahren erfassen „generelle, situationsübergreifende Aspekte des Körperbildes“ (Pöhlmann, Thiel & Joraschky, 2008, S. 58) hinsichtlich des Ausmaßes der Bedeutungszumessung und der Ausrichtung der Gedanken und Handlungen auf die körperliche Erscheinung sowie auf die Bewertung des eigenen Körpers. Pöhlmann und Joraschky (2005) führten anhand dieser drei Verfahren eine instrumentenübergreifende Faktorenanalyse durch und identifizierten sieben unabhängige Faktoren (Attraktivität; Vitalität; Sexualität; Körperkontakt; Körperhaltung; Erotik; Aussehen und Wohlbefinden), die als inhaltliche Orientierung für die Entwicklung eines neuen Verfahrens dienen. Thiel (2007, S. 16) konstruierte darauf aufbauend einen Fragebogen, der sowohl die gemeinsamen Dimensionen der bereits etablierten Verfahren als auch neue Aspekte integriert, beispielsweise den „Zusammenhang zwischen Aussehen und Wohlbefinden oder die Komponente Körperhaltung und Körperausdruck“. Zunächst wurden anhand der erkannten Dimensionen 89 neue Items formuliert, die körperbezogene affektive, kognitive und Verhaltenskomponenten umfassen. Es folgte in der Konstruktionsstichprobe von  $N = 418$  ( $n = 235$  Medizinstudenten,  $n = 100$  Mitglieder eines Fitnessstudios,  $n = 83$  Patienten der Universitätsklinik für Psychotherapie und Psychosomatik Dresden) eine Itemanalyse unter Berücksichtigung der Itemschwierigkeit, Itemsensitivität und Itemtrennschärfe zur Reduktion der Itemanzahl sowie zur Erhöhung der internen Konsistenz. Danach erfolgte anhand der verbliebenen 59 Items eine Faktorenanalyse zur Itemreduktion und Skalenbildung. Dabei haben sich die fünf endgültigen Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz, Sexuelle Erfüllung, Selbstaufwertung und Körperkontakt und die endgültigen 35 Items des revidierten Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35; Thiel, 2007) herauskristallisiert. Das Antwortformat des DKB-35 ist eine fünfstufige Likertskala mit den Stufen 1 = nicht, 2 = kaum, 3 = teilweise, 4 = weitgehend und 5 = völlig (Pöhlmann et al., 2008; Thiel, 2007).

Die Skala Vitalität ( $\alpha = 0.94$ ) misst mit acht Items die subjektiv empfundene körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit (Item 32 „Ich bin körperlich belastbar und widerstandsfähig“). Während die Skala Selbstakzeptanz ( $\alpha = 0.93$ ) mit acht Items die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (Item 23 „Ich wünsche mir einen anderen Körper“) erfasst, beinhaltet die Skala Sexuelle Erfüllung ( $\alpha = 0.91$ ) sechs Items und bezieht sich auf die Zufriedenheit mit dem eigenen sexuellen Erleben sowie auf die damit einhergehende Genussfähigkeit (Item 35 „Meine sexuellen Erfahrungen sind befriedigend für mich“). Die Skala Selbstaufwertung ( $\alpha = 0.81$ ) erfasst mit sieben Items die subjektive Tendenz, seinen eigenen Körper als attraktiv zu bewerten und sich entsprechend im sozialen Umfeld zu verhalten (Item 34 „Ich stehe gern im Mittelpunkt“). Die Skala Körperkontakt

( $\alpha = 0.83$ ) beinhaltet sechs Items und erfasst die subjektive Tendenz, körperliche Nähe zu anderen Menschen zu suchen (Item 24 „Ich vermeide es bewusst, andere Menschen zu berühren“).

Thiel (2007) untersuchte an 414 Personen der Konstruktionsstichprobe, ob Unterschiede in den Dimensionen des Körperbildes in Abhängigkeit vom BMI (Untergewicht: BMI < 19,  $n = 51$ ; Normalgewicht: BMI 19–25,  $n = 292$ ; Übergewicht: BMI > 25,  $n = 71$ ) bestehen: Normal- und untergewichtige Probanden unterschieden sich nicht signifikant in ihrem Antwortverhalten. Hingegen erreichten übergewichtige Probanden im Vergleich zu den normalgewichtigen signifikant geringere Mittelwerte auf allen Skalen des DKB-35, was das negativere Körperbild der übergewichtigen Personen widerspiegelt. Zudem schätzten die übergewichtigen Personen ihre Vitalität, ihre Selbstakzeptanz, ihre Selbstaufwertung durch den Körper und die Suche nach Körperkontakt signifikant geringer ein als die untergewichtigen (Thiel, 2007). Pöhlmann et al. (2008) verglichen ferner anorektische Patientinnen ( $N = 25$ ) und normalgewichtige Frauen ( $N = 45$ ). Dabei erreichten die anorektischen Frauen im Vergleich zu den normalgewichtigen signifikant geringere Mittelwerte in allen Dimensionen des DKB-35, was die negativen Einstellungen der anorektischen Frauen zu ihrem Körper verdeutlicht.

## 2 Fragestellungen

Mit dem DKB-35 wurde ein neuer ökonomischer Selbstbeurteilungsfragebogen zur mehrdimensionalen Erfassung des Körperbildes konstruiert. Im Hinblick auf eine mögliche Weiterentwicklung des DKB-35 erfolgen in der vorliegenden Studie eine erneute Erprobung sowie eine psychometrische Prüfung des Verfahrens (inklusive Messwiederholung). Folgende Fragen werden im Rahmen der Item-, Reliabilitäts- und Validitätsanalysen beantwortet:

1. Gibt die Item- und Skalenanalyse Auskunft über mögliche Schwächen des DKB-35?
2. Lässt sich die Skalenstruktur des DKB-35 replizieren?
3. Können die internen Konsistenzen der Skalen des DKB-35 repliziert werden?
4. Bleiben die Skalenmittelwerte des DKB-35 über einen Zeitraum von 7 Tagen stabil?
5. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem BMI und den DKB-35-Skalen?
6. Besteht ein Zusammenhang zwischen dem Alter und den DKB-35-Skalen?
7. Gibt es geschlechtsspezifische Unterschiede in den Ausprägungen der DKB-35-Skalen?
8. Differenziert der DKB-35 zwischen Personen mit körpergestaltendem Verhalten (Sport, Diäten, Piercings, Tätowierungen) und ohne?
9. Bestehen Zusammenhänge zwischen den Dimensionen des DKB-35 und psychischer Belastung, interpersonellen Problemen, dem Stresserleben und sozialer Unterstützung?

## 3 Methode

### 3.1 Stichprobenbeschreibung

Die Datenerhebung mittels Schneeballprinzip erfolgte im Zeitraum von November 2009 bis Juni 2010. Die Teilnahme an dieser Studie erfolgte auf freiwilliger Basis, die Anonymität der Probanden wurde bewahrt. Insgesamt wurden 197 Frauen (56 %) und 152 Männer (44 %) in die Berechnungen einbezogen. Das Alter der Probanden betrug durchschnittlich 32 Jahre ( $SD = 13.9$ ; Range 15–76). 240 (69 %) Probanden waren ledig, 86 (25 %) verheiratet, 17 (5 %) geschieden oder getrennt lebend und 6 (2 %) verwitwet. Der durchschnittliche BMI der Personen lag bei 24.3 ( $SD = 4.2$ ; Range 14.7–42.5). Als höchsten Abschluss gaben 146 Probanden (42 %) ein Abitur, 104 (30 %) einen Real- (Mittel-) oder Handelsschulabschluss, 83 (24 %) ein abgeschlossenes Studium und 14 (4 %) einen Hauptschulabschluss an. Hinsichtlich des aktuellen beruflichen Status umfasst die Gesamtstichprobe 192 (55 %) Studenten, 97 (28 %) Arbeitnehmer, 24 (7 %) Rentner, 13 (4 %) Personen in Berufsausbildung, 7 (2 %) arbeitslose Personen sowie 5 (1 %) Schüler.

Nach durchschnittlich 7 Tagen ( $SD = 1.6$ ; Range 6–15) erfolgte eine Messwiederholung bei 167 Probanden. Dabei handelte es sich ausschließlich um Studierende der Hochschule Magdeburg-Stendal, die zu 80 % ( $n = 133$ ) weiblich, durchschnittlich 24 Jahre alt ( $SD = 4.0$ ; Range 18–43) und zu 95 % ( $n = 159$ ) ledig waren. Der durchschnittliche BMI lag mit 22.5 ( $SD = 3.5$ ; Range 14.7–39.7) im Bereich des Normalgewichtes. Durch einen anonymisierten personenspezifischen Code, den die Studierenden zu beiden Messzeitpunkten auf dem Fragebogen notierten, konnte die Zuordnung der zusammengehörigen Fragebögen gewährleistet werden.

### 3.2 Statistische Auswertung mit SPSS/PASW

Von 355 wurden 6 Personen von den Berechnungen ausgeschlossen, da diese lediglich 17 (49 %) oder weniger Items des DKB-35 beantwortet hatten. Anschließend erfolgte eine Analyse der fehlenden Daten für die Gesamtstichprobe ( $N = 349$ ) und die Teilstichprobe mit Messwiederholung zum zweiten Messzeitpunkt ( $n = 167$ ). Missing Data wurden durch die gerundeten Itemmittelwerte der Analysestichprobe ersetzt.

Tabelle 1: Skalen- und Reliabilitätsanalysen des DKB-35.

DKB-35 Skala	Gesamtstichprobe (N = 349)				Teilstichprobe bei Messwiederholung (n = 167)					Thiel * (N = 418)
	M (SD)	Min Max	$\alpha$	K-S-Test Z (p)	M (SD)	Min Max	$\alpha$	$r_{tt}$	K-S-Test Z (p)	$\alpha$
Vitalität	3.58 (0.67)	1.00 4.88	0.88	1.36 (n.s.)	3.41 (0.70)	1.38 5.00	0.89	0.85	1.16 (n.s.)	0.94
Selbstakzeptanz	3.47 (0.76)	1.00 5.00	0.87	1.61 ( $< 0.05$ )	3.42 (0.83)	1.25 4.75	0.91	0.91	1.21 (n.s.)	0.93
Sexuelle Erfüllung	3.79 (0.88)	1.00 5.00	0.91	2.23 ( $< 0.001$ )	3.81 (0.92)	1.00 5.00	0.94	0.91	1.73 ( $< 0.01$ )	0.91
Selbstaufwertung	2.78 (0.62)	1.00 4.71	0.76	1.23 (n.s.)	2.80 (0.65)	1.00 5.00	0.81	0.84	1.30 (n.s.)	0.81
Körperkontakt	3.66 (0.69)	1.17 5.00	0.76	1.40 ( $< 0.05$ )	3.70 (0.68)	1.50 5.00	0.79	0.82	0.93 (n.s.)	0.83

\* Thiel, 2007; Medizinstudenten, Mitglieder eines Fitnessstudios, Patienten.

### 3.3 Psychologisch-diagnostische Instrumente zur Validitätsprüfung

Diese Studie entstand im Rahmen einer umfangreichen Untersuchung verschiedener psychologischer Konstrukte in der Allgemeinbevölkerung, bei der unter anderem die nachfolgenden psychologisch-diagnostischen Instrumente eingesetzt wurden. Aus forschungswirtschaftlichen Gründen sowie aus Gründen der Zumutbarkeit war es nicht möglich, zusätzliche körperbildnahe Verfahren zur Validitätsprüfung einzusetzen.

Das Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000) ist ein psychodiagnostisches Verfahren zur Erfassung der psychischen Belastung. Das Verfahren umfasst neun Skalen sowie drei globale Kennwerte psychischer Belastung. Die interne Konsistenz der Skalen lag in der Normierungsstichprobe gesunder Erwachsener ( $N = 600$ ) zwischen  $\alpha = 0.39$  (Skala Phobische Angst) und  $\alpha = 0.72$  (Skala Zwanghaftigkeit und Depressivität) und kann als niedrig bis zufriedenstellend bewertet werden. Die interne Konsistenz für den Global Severity Index (GSI) lag bei  $\alpha = 0.92$  und kann als hoch bewertet werden.

Das Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme mit 64 Items (IIP-C; Horowitz, Strauß & Kordy, 2000) dient der mehrdimensionalen Erfassung relativ zeitstabiler interpersonaler Probleme mit den jeweils acht Items umfassenden acht Skalen. Die Autoren gaben für die ipsatierten Skalen interne Konsistenzen im niedrigen Bereich zwischen  $\alpha = 0.36$  (Skala LM – zu fürsorglich/freundlich) und  $\alpha = 0.64$  (Skala PA – zu autokratisch/dominant) an.

Die Screening-Skala des Trierer Inventars zum chronischen Stress (TICS; Schulz, Schlotz & Becker, 2004) misst mit 12 Items fünf verschiedene Stressarten. Die interne Konsistenz der Screening-Skala betrug  $\alpha = 0.91$  und kann als hoch bewertet werden.

Der Fragebogen zur Sozialen Unterstützung in der Kurzversion (F-SozU K-14; Fydrich, Sommer & Brähler, 2007)

erfasst mit einer Skala drei zentrale Inhalte der sozialen Unterstützung. Die Autoren berichteten eine hohe interne Konsistenz von  $\alpha = 0.94$ .

## 4 Ergebnisse

### 4.1 Item- und Skalenanalysen

Die Missing Data Analyse ergab, dass lediglich das Item 29 („Mein Körper ist ausdrucksvoll“) von neun Personen (3 %) der Gesamtstichprobe und die Items 1 („Ich bewege mich anmutig“), 10 („Andere Menschen finden mich attraktiv“) und 18 („Ich fühle mich oft in meinem Körper unwohl“) jeweils von sechs Personen (2 %) nicht beantwortet wurden. Die Itemanalyse zeigte weiterhin, dass die fünf Antwortstufen des DKB-35 in der Gesamtstichprobe vollständig ausgenutzt wurden. Zum zweiten Messzeitpunkt wurde die Antwortmöglichkeit „5 = völlig“ für das Item 19 („Ich mag es nicht, wenn man mich anfasst“) nicht gewählt. Während bei den Skalen Vitalität und Selbstaufwertung eine Normalverteilung des Antwortverhaltens vorlag, zeigte sich bei den Skalen Sexuelle Erfüllung ( $p < 0.001$ ) Selbstakzeptanz ( $p < 0.05$ ) und Körperkontakt ( $p < 0.05$ ) in der Gesamtstichprobe kein normalverteiltes Antwortverhalten: Die Probanden der Gesamt- und Teilstichprobe zeigten im Antwortverhalten überwiegend eine Zustimmungstendenz im Sinne eines ‚gesunden‘ Körperbildes. Skalenmittelwerte, Standardabweichungen, Range und die Ergebnisse der K-S-Tests sind in Tabelle 1 dargestellt. Gleichzeitig zeigte die Auswertung des BSI (Franke, 2000), dass im Rahmen dieser Studie eine nicht-klinische Stichprobe herangezogen wurde, da lediglich 15 % der Probanden die Falldefinition ( $T_{GSI} \geq 63$  und/oder  $T_{2\text{Skalen}} \geq 63$ ) erfüllten und somit eine auffällige psychische Belastung aufwiesen.

Tabelle 2: BMI-Gruppenunterschiede und Korrelationen zu den Skalen des DKB-35 (n=341).

Variable	Vitalität	Selbstakzeptanz	Sexuelle Erfüllung	Selbstaufwertung	Körperkontakt
BMI (N=341)	$r = -0.07$ ( $p = n.s.$ )	$r = -0.19$ ( $p < 0.001$ )	$r = -0.13$ ( $p < 0.05$ )	$r = -0.24$ ( $p < 0.001$ )	$r = -0.21$ ( $p < 0.001$ )
BMI (N=341)	$F = 1.73$ ; $p = n.s.$ $\eta^2 = 0.02$	$F = 4.26$ ; $p < 0.01$ $\eta^2 = 0.04$	$F = 3.81$ ; $p < 0.01$ $\eta^2 = 0.03$	$F = 5.17$ ; $p < 0.01$ $\eta^2 = 0.04$	$F = 3.45$ ; $p < 0.05$ $\eta^2 = 0.03$
I: BMI <19 (n=24)	3.69 (0.55)	3.77 (0.75) I > IV	3.72 (1.03)	3.11 (0.55) I > III IV	3.83 (0.73)
II: BMI 19–25 (n=200)	3.58 (0.68)	3.63 (0.73) II > IV	3.86 (0.83) II > IV	2.83 (0.61)	3.73 (0.65)
III: BMI 25–30 (n=78)	3.67 (0.63)	3.65 (0.73) III > IV	3.83 (0.88)	2.68 (0.63) III < I	3.53 (0.73)
IV: BMI >30 (n=39)	3.39 (0.76)	3.21 (0.83) IV < I II III	3.35 (1.00) IV < II	2.56 (0.59) IV < I	3.45 (0.67)

Statistisch signifikante Unterschiede sind hervorgehoben, der höchste Effekt ist zusätzlich unterstrichen.

I = Untergewicht; II = Normalgewicht; III = Übergewicht; IV = Adipositas.

Tabelle 3: Analysen zur differentiellen Validität bei den Skalen des DKB-35.

Variable	Vitalität	Selbstakzeptanz	Sexuelle Erfüllung	Selbstaufwertung	Körperkontakt
<b>Alter (N=349)</b>	$r = -0.20$ ( $p = n.s.$ )	$r = 0.11$ ( $p < 0.05$ )	$r = -0.04$ ( $p = n.s.$ )	$r = -0.18$ ( $p < 0.001$ )	$r = -0.16$ ( $p < 0.01$ )
<b>Geschlecht (N=349)</b>	$t = 5.36$ $df = 347$ $p < 0.001$ ; $d = -0.58$	$t = 4.53$ $df = 344$ $p < 0.001$ ; $d = -0.48$	$t = 3.05$ $df = 339$ $p < 0.01$ ; $d = -0.32$	$t = -0.18$ $df = 347$ $p = n.s.$ ; $d = 0.18$	$t = -2.19$ $df = 347$ $p < 0.05$ ; $d = 0.24$
Weiblich (n=197)	3.42 (0.67)	3.44 (0.79)	3.67 (0.91)	2.83 (0.60)	3.73 (0.68)
Männlich (n=152)	3.79 (0.61)	3.79 (0.66)	3.95 (0.82)	2.72 (0.64)	3.57 (0.68)
<b>Sport (N=344)</b>	$t = 4.86$ $df = 342$ $p < 0.001$ ; $d = 0.52$	$t = 2.24$ $df = 342$ $p < 0.05$ ; $d = 0.24$	$t = 1.92$ $df = 342$ $p = n.s.$ ; $d = 0.22$	$t = 4.10$ $df = 342$ $p < 0.001$ ; $d = 0.45$	$t = 1.43$ $df = 342$ $p = n.s.$ ; $d = 0.16$
Ja (n=156)	3.77 (0.65)	3.69 (0.74)	3.89 (0.86)	2.93 (0.64)	3.73 (0.67)
Nein (n=188)	3.43 (0.65)	3.51 (0.77)	3.70 (0.90)	2.66 (0.57)	3.62 (0.69)
<b>Diät (N=343)</b>	$t = -0.99$ $df = 341$ $p = n.s.$ ; $d = -0.19$	$t = -4.93$ $df = 341$ $p < 0.001$ ; $d = -0.89$	$t = -1.84$ $df = 341$ $p = n.s.$ ; $d = 0.03$	$t = -0.52$ $df = 341$ $p = n.s.$ ; $d = -0.11$	$t = -2.17$ $df = 341$ $p < 0.05$ ; $d = -0.41$
Ja (n=27)	3.46 (0.70)	2.92 (0.91)	3.48 (1.11)	2.72 (0.65)	3.39 (0.75)
Nein (n=316)	3.59 (0.67)	3.65 (0.72)	3.81 (0.86)	2.79 (0.62)	3.68 (0.67)
<b>Piercing (N=327)</b>	$t = 0.04$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = 0.01$	$t = -2.13$ $df = 325$ $p < 0.05$ ; $d = -0.28$	$t = 0.64$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = 0.09$	$t = 1.65$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = 0.23$	$t = 0.60$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = 0.09$
Ja (n=74)	3.59 (0.67)	3.42 (0.77)	3.84 (0.78)	2.88 (0.58)	3.71 (0.67)
Nein (n=253)	3.58 (0.68)	3.63 (0.74)	3.76 (0.91)	2.74 (0.63)	3.65 (0.68)
<b>Tätowierung (N=327)</b>	$t = 0.60$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = 0.09$	$t = -0.29$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = -0.04$	$t = 1.20$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = 0.15$	$t = 0.60$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = 0.08$	$t = 0.72$ $df = 325$ $p = n.s.$ ; $d = 0.09$
Ja (n=66)	3.64 (0.60)	3.59 (0.83)	3.92 (0.87)	2.81 (0.65)	3.74 (0.69)
Nein (n=261)	3.58 (0.69)	3.62 (0.74)	3.78 (0.88)	2.76 (0.61)	3.68 (0.68)

Statistisch signifikante Unterschiede sind hervorgehoben, der höchste Effekt ist zusätzlich unterstrichen.

#### 4.2 Faktorielle Validität

Die Replikation der Skalenstruktur des DKB-35 erfolgte durch eine explorative Faktorenanalyse (Hauptkomponentenanalyse mit Varimax-Rotation) in der Gesamtstichprobe. Dabei ergaben sich sieben Faktoren mit einem Eigenwert von größer 1 ( $\lambda = 10.6; 3.3; 2.4; 2.0; 1.7; 1.2; 1.0$ ) und einer Varianzaufklärung (VA) von 63 %. Zwei dieser Faktoren waren jedoch unverhältnismäßig gering – mit einem beziehungsweise zwei zugehörigen Items – besetzt. Bei Reduktion auf fünf Faktoren (VA: 57 %) konnte die Skalenstruktur

des DKB-35 allerdings annähernd repliziert werden: Während die Skala Vitalität komplett repliziert werden konnte, luden die Items 5 („Körperkontakt ist mir wichtig, um Nähe auszudrücken“) und 11 („Ich suche körperliche Nähe und Zärtlichkeit“) der Skala Körperkontakt (Item 5:  $a_{15} = 0.50$ ; Item 11:  $a_{15} = 0.49$ ) in der hier vorliegenden Stichprobe etwas höher auf dem Faktor Sexuelle Erfüllung (Item 5:  $a_{13} = 0.57$ ; Item 11:  $a_{13} = 0.53$ ). Item 33 („Ich zeige meinen Körper gern“) lud höher auf der Skala Selbstaufwertung ( $a_{14} = 0.65$ ) als auf der Originalskala Selbstakzeptanz ( $a_{12} = 0.33$ ).

### 4.3 Reliabilitätsanalysen

Die internen Konsistenzen der DKB-35-Skalen wurden mit Hilfe von Cronbach's  $\alpha$  bestimmt. Diese lagen für die Gesamtstichprobe zwischen  $\alpha = 0.76$  (Skala Selbstaufwertung und Körperkontakt) und  $\alpha = 0.91$  (Skala Sexuelle Erfüllung) und für die Teilstichprobe zum zweiten Messzeitpunkt zwischen  $\alpha = 0.79$  (Skala Körperkontakt) und  $\alpha = 0.94$  (Skala Sexuelle Erfüllung). Insgesamt sind diese als zufriedenstellend bis hoch zu bewerten (vergleiche Tabelle 1).

Jedoch zeigte sich, dass die interne Konsistenz der Skala Sexuelle Erfüllung sowohl in der Gesamt- (von  $\alpha = 0.91$  auf  $\alpha = 0.92$ ) als auch in der Teilstichprobe (von  $\alpha = 0.94$  auf  $\alpha = 0.95$ ) bei Eliminierung des Items 16 („Sexualität ist für mich ein wichtiger Lebensbereich“) ansteigen würde und damit höher läge, als die von Thiel (2007) angegebene interne Konsistenz von  $\alpha = 0.91$ . Dieses Item korrelierte sowohl in der Gesamt- ( $r_i = 0.65$ ) als auch in der Teilstichprobe ( $r_i = 0.64$ ) geringer mit der Gesamtskala Sexuelle Erfüllung als die anderen Items ( $r_i \geq 0.75$ ) dieser Skala. Hinsichtlich der Skala Selbstakzeptanz kann die interne Konsistenz in der Gesamtstichprobe von  $\alpha = 0.87$  auf  $\alpha = 0.88$  durch Eliminierung des Items 15 („Ich wähle meine Kleidung bewusst so, dass sie meinen Körper verbirgt“) ansteigen. Dies trifft ebenso auf das Item 30 („Körperliche Berührungen lasse ich nur von wenigen Menschen zu“) der Skala Körperkontakt (Gesamtstichprobe von  $\alpha = 0.76$  auf  $\alpha = 0.79$ ; Teilstichprobe von  $\alpha = 0.79$  auf  $\alpha = 0.80$ ) zu. Die Test-Retest-Reliabilität lag für die Teilstichprobe mit Messwiederholung zwischen  $r_{tt} = 0.82$  (Skala Körperkontakt) und  $r_{tt} = 0.91$  (Skala Selbstakzeptanz und Sexuelle Erfüllung) und kann als hoch bis sehr hoch bewertet werden (vergleiche Tabelle 1). Die Ergebnisse der Wiederholungsmessung nach 7 Tagen sprechen somit für die Stabilität der DKB-35-Skalen.

### 4.4 Differenzielle Validität

Zur Prüfung des Zusammenhangs zwischen den DKB-35-Skalen und dem BMI wurden Korrelationsberechnungen durchgeführt. Diese ergaben, dass der BMI mit den DKB-35-Skalen Selbstakzeptanz, Sexuelle Erfüllung, Selbstaufwertung und Körperkontakt jeweils gering negativ, aber statistisch signifikant korrelierte. Zwischen dem BMI und der Skala Vitalität bestand jedoch kein statistisch signifikanter Zusammenhang (vergleiche Tabelle 2).

Um diese Ergebnisse zu differenzieren, wurden anhand des BMI vier Gruppen (BMI < 19 = Untergewicht:  $N = 24$ ; BMI 20–25 = Normalgewicht:  $N = 200$ ; BMI 25–30 = Übergewicht:  $N = 78$ ; BMI > 30 = Adipositas:  $N = 39$ ) gebildet. Dabei ergaben sich hinsichtlich der Skalen Selbstakzeptanz, Sexuelle Erfüllung, Selbstaufwertung und Körperkontakt signifikante Gruppenunterschiede: Der größte Unterschied zeigte sich mit einem kleinen Effekt auf der Skala Selbstaufwertung, gefolgt von der Skala Selbstakzeptanz.

Die Post-Hoc-Vergleiche mittels des Scheffé-Tests ergaben, dass die Mittelwerte der adipösen Probanden auf der Skala Selbstakzeptanz signifikant niedriger als die der unter-, normal- und der übergewichtigen Probanden waren. Hinsichtlich der Skala Sexuelle Erfüllung erreichten adipöse Personen im Vergleich zu den normalgewichtigen signifikant geringere Werte. Die Mittelwerte auf der Skala Selbstaufwertung waren sowohl bei den übergewichtigen als auch bei den adipösen Probanden signifikant geringer ausgeprägt als bei den untergewichtigen Personen (vergleiche Tabelle 2).

Korrelationsberechnungen ergaben signifikante korrelative Zusammenhänge zwischen der Variable Alter und den Skalen Selbstakzeptanz, Selbstaufwertung und Körperkontakt: Die Probanden der Gesamtstichprobe zeigten mit zunehmendem Alter eine höhere Selbstakzeptanz, jedoch auf der Skala Selbstaufwertung eine geringere Tendenz, den eigenen Körper als ausdrucksvoll und attraktiv zu bewerten. Zudem suchten sie mit zunehmendem Alter weniger körperliche Nähe zu anderen Menschen (vergleiche Tabelle 3).

Geschlechtsunterschiede wurden mittels *t*-Tests bestimmt. Männer erreichten auf den Skalen Vitalität, Selbstakzeptanz und Sexuelle Erfüllung höhere Skalenwerte als Frauen. Frauen hingegen erreichten auf der Skala Körperkontakt signifikant höhere Mittelwerte als Männer. Die Mittelwerte der Personen, die regelmäßig sportlichen Aktivitäten nachgingen, lagen bei den Skalen Vitalität, Selbstaufwertung und Selbstakzeptanz signifikant höher als bei Personen, die sich nicht regelmäßig sportlich betätigten. Personen, die zum Zeitpunkt der Befragung eine Diät durchführten, erreichten auf den Skalen Selbstakzeptanz und Körperkontakt signifikant geringere Mittelwerte als Personen ohne aktuelles Diätverhalten. Personen mit Piercings erreichten auf der Skala Selbstakzeptanz signifikant geringere Mittelwerte als Personen ohne (vergleiche Tabelle 3).

### 4.5 Konstruktvalidität

Zur Ermittlung der Konstruktvalidität wurden Korrelationen mit den Skalen des BSI, des IIP-C, des TICS und des F-SozU K-14 bestimmt. Es ergaben sich folgende mittlere, negative Korrelationen ( $-0.60 \leq r \leq -0.40$ ): Für die Skala Vitalität zeigte sich die höchste negative Korrelation mit der BSI-Skala Somatisierung. Die Skala Selbstakzeptanz korrelierte sowohl mit den BSI-Skalen Depressivität, Psychotizismus, Unsicherheit im Sozialkontakt und dem GSI als auch mit den IIP-C-Skalen HI (zu selbstunsicher/unterwürfig), FG (zu introvertiert/sozial vermeidend), JK (zu ausnutzbar/nachgiebig), BC (zu streitsüchtig/konkurrierend), LM (zu fürsorglich/freundlich) und dem IIP-Gesamtwert sowie der TICS-Screening-Skala negativ. Für die Skala Sexuelle Erfüllung zeigten sich mittlere negative Korrelationen mit der BSI-Skala Depressivität, sowie mit den IIP-C-Skalen HI (zu selbstunsicher/unterwürfig), FG (zu introvertiert/sozial vermeidend) und dem IIP-Gesamtwert.

Während sich für die Skala Selbstaufwertung die höchsten positiven Korrelationen ( $r=0.33$ ) mit den IIP-C-Skalen PA (zu autokratisch/dominant) und NO (zu expressiv/aufdringlich) ergaben, korrelierte die Skala Körperkontakt am höchsten mit den IIP-C-Skalen DE (zu abweisend/kalt) und FG (zu introvertiert/sozial vermeidend) im niedrigen, negativen Bereich. Der Gesamtwert des F-SoZU K-14 korrelierte am höchsten mit der Skala Sexuelle Erfüllung ( $r=0.37$ ). Bezugnehmend auf diese Ergebnisse konnten hinsichtlich der Konstruktvalidität des DKB-35 erste Belege aufgezeigt werden (vergleiche Tabelle 4).

## 5 Diskussion

Im Rahmen dieser Studie wurde der von Thiel (2007) konstruierte DKB-35 in einer nicht-klinischen Stichprobe erprobt und die psychometrischen Eigenschaften des Selbstbeurteilungsinventars evaluiert. Das Antwortformat der fünfstufigen Likertskala kann als optimal gewählt bewertet werden, da die Breite des Antwortformates in der Gesamtstichprobe vollständig ausgenutzt wurde. Hinsichtlich der Formulierung einzelner Items scheint der DKB-35 allerdings Schwächen aufzuweisen: Insbesondere die Items 1 („Ich bewege mich anmutig“) und 10 („Andere Menschen finden mich attraktiv“) wurden auf Kommentarebene von einigen Probanden als unglücklich formuliert und schwer einschätzbar bewertet, was die entsprechenden fehlenden Daten erklären könnte. Vereinzelt Personen mit körperlichen Beeinträchtigungen gaben an, sich durch den DKB-35 ausgegrenzt und benachteiligt zu fühlen; andere wiederum berichteten, ihr sexuelles Erleben nicht adäquat einschätzen zu können, da sie derzeit keinen Partner hätten.

Die Skalenstruktur des DKB-35 konnte durch eine Faktorenanalyse in der Gesamtstichprobe annähernd repliziert werden. Die geringfügigen Veränderungen der Item-Skalen-Zuordnung lassen sich einerseits durch die geringen Trennschärfen der entsprechenden Items sowie durch die Skaleninterkorrelationen (Sexuelle Erfüllung/Körperkontakt:  $r=0.49$ ;  $p<0.001$  und Selbstakzeptanz/Selbstaufwertung:  $r=0.38$ ;  $p<0.001$ ) erklären, die die inhaltliche Nähe dieser Konstrukte verdeutlichen. Eine Modifikation der Item-Skalen-Struktur des DKB-35 erscheint jedoch nicht notwendig. Allerdings sollte die Formulierung einzelner Items (besonders Item 1 und 10) überdacht werden, um Missing Data künftig zu vermeiden.

Die in dieser Studie berechneten internen Konsistenzen entsprechen annähernd denen von Thiel (2007). Die Reliabilität der Skala Sexuelle Erfüllung fällt jedoch ohne das Item 16 („Sexualität ist für mich ein wichtiger Lebensbereich“) höher aus. Das könnte durch die Itemformulierung bedingt sein: Das Item 16 ist nicht explizit auf die sexuelle Zufriedenheit ausgerichtet, sondern erfasst, ob die Sexualität ein wichtiger Lebensbereich für den Probanden ist oder

nicht ist. Dennoch sollte das Item 16 im DKB-35 beibehalten werden, da gerade dieses Item Auskunft geben kann, ob die Sexualität für den Probanden wichtig oder eher unwichtig ist. Entsprechend der Ausprägung dieses Items könnten die fünf anderen Items der Skala anschließend differenzierter interpretiert werden. Für eine adäquate Interpretation der Skala Sexuelle Erfüllung im Einzelfall sollte im Rahmen der Erfassung soziodemografischer Variablen zusätzlich die Frage nach dem aktuellen Beziehungsstatus Berücksichtigung finden. Die Erhöhung der Reliabilität bei den Skalen Selbstakzeptanz und Körperkontakt ist durch Eliminierung der genannten Items nicht beachtlich, so dass die entsprechenden Items weiterhin im DKB-35 beibehalten werden sollten.

Entsprechend bisheriger Studienergebnisse (Thiel, 2007) wurde hinsichtlich der differenziellen Validität ein Zusammenhang zwischen dem BMI und den Mittelwerten der DKB-35-Skalen erwartet. Dieser konnte bezüglich der DKB-35-Skalen Selbstakzeptanz, Sexuelle Erfüllung, Selbstaufwertung und Körperkontakt bestätigt werden. Demnach ist der DKB-35 entsprechend der vorliegenden Ergebnisse in der Lage, zwischen unter-, normal- und übergewichtigen sowie adipösen Probanden zu differenzieren. Insbesondere hinsichtlich der Skala Selbstakzeptanz wurde deutlich, dass adipöse im Vergleich zu unter-, normal- und übergewichtigen Probanden statistisch signifikant die niedrigsten Skalenmittelwerte erreichten. Dieses Ergebnis bestätigt das von Herpertz et al. (2003) beschriebene eingeschränkte Selbstvertrauen und Selbstbewusstsein adipöser Personen mit den entsprechenden psychosozialen Auswirkungen. Hingegen zeigten untergewichtige Personen auf der Skala Selbstaufwertung statistisch signifikant höhere Mittelwerte als adipöse Personen. Dies liegt vermutlich daran, dass die Probanden trotz Untergewicht keine Symptome einer Essstörung zeigten. Vielmehr scheint es sich um Personen mit einem schlanken Körperbau zu handeln, die sportlich aktiv und mit ihrem Körper zufrieden sind.

Die Prüfung des Zusammenhangs zwischen dem Alter der Probanden und den DKB-35-Skalenmittelwerten ergab, dass mit zunehmendem Alter eine höhere Selbstakzeptanz bestand, jedoch eine geringere Tendenz zur Selbstaufwertung des eigenen Körpers. Mrazek (1991, S. 235) gibt eine mögliche Erklärung: „Mit zunehmendem Alter [scheint] die Einstellung zum eigenen Körper positiver [...] [zu werden], obwohl der Körper immer weniger den Idealen von Schönheit und Leistungsfähigkeit entspricht“. Hierbei scheint die Aufmerksamkeit, die eine Person auf ihren eigenen Körper oder einzelne Körperteile richtet, eine Rolle zu spielen: Bei starker Konzentration auf einen einzelnen Aspekt des eigenen Körpers findet man häufiger sogenannte Problemzonen. Die ‚Nichtbeachtung‘ bestimmter Körperregionen führt dagegen bei körperlich gesunden Menschen zu einer gewissen Zufriedenheit, da diese keine Probleme bereiten. Die Tatsache, dass ältere Menschen im Vergleich zu jüngeren ihrem Körper allgemein weniger Bedeutung beimessen (Mra-

Tabelle 4: Korrelationen der Skalen des DKB-35 mit dem BSI, dem IIP-C, dem F-SozU K-14 und dem TICS (n = 160).

Instrumente zur Validitätsprüfung	Vitalität	Selbstakzeptanz	Sexuelle Erfüllung	Selbstaufwertung	Körperkontakt
<b>BSI (Franke, 2000)</b>					
Somatisierung	-0.52 **	-0.35 **	-0.24 **		
Zwanghaftigkeit	-0.37 **	-0.38 **	-0.29 **		-0.17 *
Unsicherheit im Sozialkontakt	-0.24 **	-0.40 **	-0.33 **		-0.23 **
Depressivität	-0.30 **	-0.45 **	-0.43 **		-0.30 **
Ängstlichkeit	-0.28 **	-0.37 **	-0.33 **		
Aggressivität/Feindseligkeit		-0.20 **		0.30 **	
Phobische Angst	-0.17 *	-0.24 **	-0.25 **		-0.20 *
Paranoides Denken	-0.16 *	-0.28 **	-0.19 *		
Psychotizismus	-0.27 **	-0.43 **	-0.38 **		-0.26 **
Global Severity Index (GSI)	-0.36 **	-0.45 **	-0.37 **		-0.22 **
<b>IIP-C (Horowitz et al., 2000)</b>					
PA (zu autokratisch/dominant)		-0.23 **		0.33 **	
BC (zu streitsüchtig/konkurrierend)	-0.19 *	-0.42 **	-0.22 **		-0.23 **
DE (zu abweisend/kalt)		-0.34 **	-0.33 **		-0.34 **
FG (zu introvertiert/sozial vermeidend)	-0.31 **	-0.48 **	-0.41 **	-0.25 **	-0.32 **
HI (zu selbstunsicher/unterwürfig)	-0.34 **	-0.51 **	-0.42 **		-0.29 **
JK (zu ausnutzbar/nachgiebig)	-0.32 **	-0.43 **	-0.31 **		-0.16 *
LM (zu fürsorglich/freundlich)	-0.26 **	-0.42 **	-0.31 **		
NO (zu expressiv/aufdringlich)	-0.17 *	-0.35 **	-0.19 *	0.33 **	
Mittelwert IIP-64	-0.29 **	-0.54 **	-0.40 **		-0.22 **
<b>TICS-Screening (Schulz et al., 2004)</b>					
	-0.27 **	-0.47 **	-0.31 **		-0.21 **
<b>Gesamtwert F-SozU K-14 (Fydrich et al., 2007)</b>					
	0.28 **	0.26 **	0.37 **	0.30 **	0.26 **

Dargestellt sind nur signifikante Korrelationen: \*  $p < 0.05$ ; \*\*  $p < 0.01$ ; mittlere Korrelationen  $r \leq -0.40$  sind hervorgehoben.

zek, 1991), könnte ein Einflussfaktor auf das Ergebnis sein, dass deren Selbstaufwertung geringer, deren Selbstakzeptanz aber höher ausfällt. Mit ansteigendem Alter schätzten die Probanden jedoch ihre körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit auf der DKB-35-Skala Vitalität nicht signifikant geringer ein. Zudem bestand entgegen der Annahme, dass die körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit bei ansteigendem BMI als eingeschränkter wahrgenommen wird (Mönnichs & von Lengerke, 2004), kein statistisch signifikanter Zusammenhang zwischen dem BMI und der DKB-35-Skala Vitalität. Diese Ergebnisse können durch die Zusammensetzung der Stichprobe erklärt werden: Die Untersuchungsstichprobe ist nicht bevölkerungsrepräsentativ und setzt sich vor allem aus jungen Erwachsenen (Alter:  $M = 32$  Jahre) zusammen. Ältere Personen und Jugendliche sind deutlich unterrepräsentiert. Ähnlich verhält es sich mit dem Gewicht. Sowohl die Gruppengröße der untergewichtigen ( $n = 24$ ) als auch die der adipösen ( $n = 39$ ) Probanden ist im Vergleich zu den normalgewichtigen ( $n = 200$ ) deutlich kleiner. Daher kann davon ausgegangen werden, dass die Ergebnisse der normalgewichtigen Probanden und derer im jungen Erwachsenenalter am validesten sind. Aus statistischer Sicht ist weiterhin die Analyse des Einflusses der Variable Diät (ja/nein) auf Grund der sehr ungleichen Zellenbesetzung nicht unproblematisch.

Der größte Effekt geschlechtsspezifischer Unterschiede zeigte sich bei der DKB-35-Skala Vitalität: Männer schätz-

ten entsprechend des vorherrschenden Geschlechtsstereotyps ihre körperliche Leistungsfähigkeit und Belastbarkeit erwartungsgemäß höher ein als Frauen. Ein mittlerer Effekt ergab sich ebenso bei der Skala Vitalität und regelmäßiger sportlicher Aktivität: Die Mittelwerte der Skala Vitalität von Personen, die sportlich aktiv sind, fielen erwartungsgemäß höher aus. Auch hinsichtlich der DKB-35-Skalen Selbstakzeptanz und Selbstaufwertung erreichten sportlich aktive Probanden signifikant höhere Mittelwerte als nicht sportlich aktive. Gestützt werden können diese Ergebnisse durch eine Untersuchung von Adame, Johnson, Cole, Matthiasson und Abbas (1990). Die Autoren konnten feststellen, dass regelmäßige sportliche Aktivitäten mit einem positiven Körperbild einhergehen. Ein starker Effekt ergab sich weiterhin auf der Skala Selbstakzeptanz zwischen Probanden, die derzeit eine Diät durchführen und Personen ohne aktuelles Diätverhalten: Personen mit Diätverhalten erreichten dabei geringere Mittelwerte. Personen mit Diätverhalten erreichten zudem geringere Mittelwerte auf der Skala Körperkontakt, möglicherweise bedingt durch Schamgefühle, die mit einer eingeschränkten Selbstakzeptanz einhergehen können. Hinsichtlich der Skala Selbstakzeptanz zeigte sich, dass Personen ohne Piercings höhere Mittelwerte erreichten als Personen mit einem oder mehreren Piercings. Dieses Ergebnis könnte darauf hindeuten, dass Personen ohne Piercings diese Art des körpfergestaltenden Verhaltens nicht ‚benötigen‘, um sich selbst und ihren Körper zu akzeptieren. Das Piercing als solches könnte da-



her ein Hinweis auf Identitätsdefizite (Pöhlmann & Joraschky, 2006) sein, die trotz Piercing nicht ausreichend kompensiert werden konnten. Jedoch sollte dieser Zusammenhang mit Vorsicht betrachtet werden, da die Frage des Vorhandenseins von Piercings sehr unscharf formuliert ist. Der Begriff des Piercings umfasst theoretisch auch Ohrringe. Beide Antwortmöglichkeiten sollten in einer Revision des DKB-35 zur Auswahl gegeben werden, um die korrekte Beantwortung der Frage sicherzustellen.

Der negative korrelative Zusammenhang zwischen der BSI-Skala Somatisierung und der DKB-35-Skala Vitalität ist plausibel, da die körperliche Belastbarkeit und Leistungsfähigkeit bei verstärkten körperlichen Beschwerden in der Regel eingeschränkt ist. Bezugnehmend auf die Diagnosekriterien einer depressiven Episode (F32) entsprechend der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2005) ist das Ergebnis, dass Personen mit höheren Depressionswerten im BSI geringere Werte auf den DKB-35-Skalen Selbstakzeptanz und Sexuelle Erfüllung erlangen, ebenso nachvollziehbar. Mittlere, negative Korrelationen ergaben sich bei der DKB-35-Skala Selbstakzeptanz mit drei Skalen sowie dem GSI des BSI, mit fünf Skalen und dem Gesamtwert des IIP-C sowie mit der TICS-Screening-Skala (vergleiche Tabelle 4). Zudem konnte die Skala Selbstakzeptanz, mit Ausnahme der Variable Tätowierung, hinsichtlich aller Berechnungen zur Prüfung der differenziellen Validität Gruppenunterschiede abbilden (vergleiche Tabelle 3). Dies lässt vermuten, dass der Aspekt der Selbstakzeptanz eine Art Moderatorvariable ist: So könnte eine geringe Ausprägung der Selbstakzeptanz zu einer höheren psychischen Belastung, interpersonalen Problemen und einem gesteigerten Stresserleben führen. Andererseits könnte eine hohe Selbstakzeptanz ein Schutzfaktor für derartige Belastungen darstellen.

## 6 Ausblick

Die Entwicklung des DKB-35 scheint entsprechend der Ergebnisse dieser Studie noch nicht endgültig abgeschlossen zu sein. Beispielsweise sollte die Formulierung einzelner Items überdacht werden, um fehlenden Itemantworten künftig vorzubeugen. Zudem sollte die Kategorie Piercing ausdifferenziert werden, da unsere Anwendung zeigte, dass diese von den Probanden oftmals falsch verstanden wird. Dennoch konnte die Güte des Verfahrens im Rahmen dieser Studie belegt werden, sodass sich der DKB-35 nach einer umfangreichen Normierung und weiteren Evaluierung durchaus zu einem Standardverfahren der mehrdimensionalen Erfassung des Körperbildes und seiner Störungen entwickeln und eine Bereicherung der psychologischen Diagnostik in diesem Gebiet sein könnte. Hinsichtlich der Validitätsprüfung sollte im Rahmen weiterer Studien der Zusammenhang zwischen Körperbild und Selbstakzeptanz verstärkt Berücksichtigung

finden. Ebenso sollte die Prüfung der Konstruktvalidität an weiteren körperbildnahen Verfahren erfolgen. In der ausstehenden Normierung des Verfahrens sollten neben Probanden aus der Normalbevölkerung verschiedene klinische Stichproben (beispielsweise Brandverletzte) berücksichtigt werden, die ebenso von Körperbildstörungen betroffen sein können (Abt-Zegelin & Georg, 2000). Die Untersuchung des Körperbildes bei Personen mit außergewöhnlichen Körpermodifikationen sowie Probanden, bei denen das körpfergestaltende Verhalten einen suchtartigen Charakter angenommen hat, sind weitere mögliche Einsatzfelder.

Letztlich gestaltet sich die klare Abgrenzung eines ‚gesunden‘ Körperbildes von einem ‚gestörten‘ schwierig (Vocks & Legenbauer, 2005). Daher gilt es zu beachten, dass eine negative Einstellung zum eigenen Körper nicht unabwendbar mit einer psychischen Beeinträchtigung einhergehen muss. Der Vergleich anorektischer Patientinnen und normalgewichtiger Frauen durch Pöhlmann et al. (2008) machte jedoch deutlich, dass der Einsatz des DKB-35 insbesondere im klinischen Setting sinnvoll erscheint, da hier noch differenziertere Aussagen zu spezifischen Beeinträchtigungen des Körperbildes möglich sind als bei Probanden der Normalbevölkerung. Das Selbstwertgefühl als Teil dysfunktionaler Kognitionen bei Essstörungen (Legenbauer et al., 2007) bildet der DKB-35 mit den Skalen Selbstakzeptanz und Selbstaufwertung ab. Die Erkenntnis, dass das Selbstwertgefühl eine Art Moderatorvariable hinsichtlich der psychischen Belastung, interpersonalen Probleme sowie dem Stresserleben zu schein scheint, sollte auch im Rahmen der Behandlung psychischer Störungen Berücksichtigung finden: Interventionen zur Steigerung des Selbstwertgefühls und der Selbstakzeptanz sollte ein hoher Stellenwert eingeräumt werden. Zudem sollte die Änderungssensitivität des DKB-35 beispielsweise bei gezielten Interventionen zur Verbesserung des Körperbildes bei AN und BN (Vocks & Legenbauer, 2005) geprüft werden.

## Literatur

- Abt-Zegelin, A. & Georg, J. (2000). Körperbildstörungen – eine Aufgabe für die Pflege. *Die Schwester/Der Pfleger*, 39 (12), 1028–1031.
- Adame, D. D., Johnson, T. C., Cole, S. P., Matthiasson, H. & Abbas, M. A. (1990). Physical fitness in relation to amount of physical exercise, body image, and locus of control among college men and women. *Perceptual and Motor Skills*, 70, 1347–1350.
- Bielefeld, J. (1991). Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens*. (2. Aufl.). (S. 3–33). Göttingen: Hogrefe.
- Clement, U. & Löwe, B. (1996). *Fragebogen zum Körperbild (FKB-20). Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Deusinger, I. M. (1998). *FKKS. Frankfurter Körperkonzeptskalen*. Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2000). *BSI: Brief Symptom Inventory von L.R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version. Manual*. Göttingen: Beltz Test-

- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M. H. (Hrsg.), (2005). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*. (5., durchgesehene und ergänzte Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2004/2005). Bern: Verlag Hans Huber.
- Fydrich, T., Sommer, G. & Brähler, E. (2007). *F-SozU: Fragebogen zur Sozialen Unterstützung*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Hauner, H. (2006). Adipositas – eine somatische oder psychische Erkrankung oder beides? *Herz*, 31, 207–212.
- Herpertz, S., Kielmann, R., Wolf, A. M., Langkafel, M., Senf, W. & Hebebrand, J. (2003). Does obesity surgery improve psychosocial functioning? A systematic review. *International Journal of Obesity*, 27, 1300–1314.
- Horowitz, L. M., Strauß, B. & Kordy, H. (2000). *IIP-D: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme – Deutsche Version*. Manual. (2. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Kasten, E. (2006). *Body-Modification. Psychologische und medizinische Aspekte von Piercing, Tattoo, Selbstverletzung und anderen Körperveränderungen*. München: Ernst Reinhardt.
- Legenbauer, T., Vocks, S. & Schütt-Strömel, S. (2007). Dysfunktionale Kognitionen bei Essstörungen: Welche Inhaltsbereiche lassen sich unterscheiden? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 36 (3), 207–215.
- Mrazek, J. (1991). Einstellungen zum eigenen Körper. Grundlagen und Befunde. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung. Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens*. (2. Aufl.). (S. 223–251). Göttingen: Hogrefe.
- Mönnichs, G. & von Lengerke, T. (2004). Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht nach Reduktionsdiät bei Frauen und Männern: Ergebnisse des KORA-Survey 2000. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 12 (3), 116–130.
- Pöhlmann, K. & Joraschky, P. (2005). Die Identifikation relevanter Dimensionen des Körperbildes durch operationale Definition. *Psychotherapie – Psychosomatik – Medizinische Psychologie*, 55, 145.
- Pöhlmann, K. & Joraschky, P. (2006). Körperbild und Körperbildstörungen: Der Körper als gestaltbare Identitätskomponente. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (2), 1–5.
- Pöhlmann, K., Thiel, P. & Joraschky, P. (2008). Entwicklung und Validierung des Dresdner Körperbildfragebogens (DKB-35). In P. Joraschky, H. Lausberg & K. Pöhlmann (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen*. (S. 57–72). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Schubert, A. & Hinz, A. (2010). Dreidimensionales Körperbild in der Psychodiagnostik. Entwicklung der modularen Körperskulpturmethode. *Psychotherapeut*, 55, 415–423.
- Schulz, P., Schlotz, W. & Becker, P. (2004). *TICS: Trierer Inventar zum chronischen Stress*. Manual. Göttingen: Hogrefe.
- Strauß, B. & Richter-Appelt, H. (1996). *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)*. Göttingen: Hogrefe.
- Thiel, P. P. (2007). *Der Dresdner Körperbildfragebogen: Entwicklung und Validierung eines mehrdimensionalen Fragebogens*. Unveröffentlichte Dissertationsschrift, Medizinische Fakultät der Technischen Universität Dresden.
- Vocks, S. & Legenbauer, T. (2005). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hogrefe.
- Westenhöfer, J. (1992). *Gezügelt Essen und Störbarkeit des Essverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.