

# Körperbildtherapie bei Essstörungen

## Beeinflussung der perzeptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente

Silja Vocks<sup>1</sup>, Tanja Legenbauer<sup>2</sup>, Nikolaus Troje<sup>3</sup> und Dietmar Schulte<sup>1</sup>

<sup>1</sup>Ruhr-Universität, Bochum

<sup>2</sup>Johannes-Gutenberg-Universität, Mainz

<sup>3</sup>Queen's University, Kingston, Ontario, Canada

**Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund:** Ein negatives Körperbild kann sich bei Essstörungen in einer Überschätzung der eigenen Körperdimensionen (perzeptive Komponente), negativen Gedanken und Gefühlen hinsichtlich des eigenen Körpers (kognitiv-affektive Komponente) sowie körperbezogenem Vermeidungs- und Kontrollverhalten (behaviorale Komponente) manifestieren. **Fragestellung:** Es soll überprüft werden, ob diese drei Komponenten eines gestörten Körperbildes durch ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Körperbildtherapieprogramm verbessert werden können. **Methodik:** 24 Essstörungspatientinnen wurden vor und nach einer zehn Sitzungen umfassenden Körperbildtherapie sowie nach einem dreimonatigen Katamnesezeitraum untersucht. **Ergebnisse:** Während die perzeptive Körperbildkomponente nicht durch die Körperbildtherapie beeinflusst wurde, zeigten sich deutliche Verbesserungen auf der kognitiv-affektiven und behavioralen Ebene. Auch die Essstörungssymptomatik und allgemeine Belastung der Patientinnen reduzierten sich. Diese Effekte blieben über den Katamnesezeitraum stabil. **Schlussfolgerungen:** Die Befunde liefern Hinweise auf die Wirksamkeit der Körperbildtherapie.

Schlüsselwörter: Körperbildstörungen, Körperbild, Essstörungen, Kognitive Verhaltenstherapie

Body image therapy in eating disorders: Influencing of perceptive, cognitive-affective, and behavioral components of the body image

**Abstract. Background:** In eating disorders, a negative body image can be manifested in an overestimation of one's own body dimensions (perceptive component), negative body-related thoughts and feelings (cognitive-affective component), and body avoidance and checking (behavioral component). **Objective:** This study examines whether these three components of a disturbed body image can be improved by means of a cognitive-behavioral body image therapy. **Method:** 24 female patients with eating disorders were examined before and directly after ten sessions of body image therapy as well as after a 3-month follow-up period. **Results:** While the perceptive component of body image could not be influenced by body image therapy, strong improvements in the cognitive-affective and behavioral component were observed. The patients' eating disorder symptoms and general strain were also reduced. These effects remained stable over the follow-up period. **Conclusions:** Results of this study provide first hints of the effectiveness of body image therapy in eating disorders.

Key words: body image disturbances, body image, eating disorders, cognitive-behavior therapy

Neben dem gestörten Essverhalten stellt ein negatives Körperbild ein zentrales Merkmal sowohl der Anorexia als auch der Bulimia Nervosa dar (Cash & Deagle, 1997). Gemäß den Kriterien des DSM-IV-TR (Saß, Wittchen, Zaudig & Houben, 2003) ist den beiden Essstörungsdiagnosen darüber hinaus gemein, dass die Bereiche „Figur“ und „Körpergewicht“ einen übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl der betroffenen Personen haben.

Ein gestörtes Körperbild kann sich bei Frauen mit Essstörungen auf der perzeptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Ebene manifestieren (Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999). Die *perzeptive Komponente* eines gestörten Körperbildes beinhaltet die Überschätzung der eigenen Körperdimensionen (Skrzypek,

Wehmeier & Remschmidt, 2001), wie sie bei einem Großteil der von Essstörungen betroffenen Frauen zu verzeichnen ist. Hierbei unterscheiden sich Patientinnen mit einer Anorexia Nervosa nicht von denen mit einer Bulimia Nervosa (Cash & Deagle, 1997). Diese Überschätzung der eigenen Körperdimensionen scheint auf keinem sensorischen Defizit zu basieren, sondern wird durch eine inadäquate Informationsverarbeitung erklärt (Williamson, White, York-Crowe & Stewart, 2004) und stellt somit ein kognitives Phänomen dar.

Die *kognitiv-affektive Komponente* eines gestörten Körperbildes ist durch dysfunktionale Gedanken und negative Gefühle bezüglich des eigenen Körpers gekennzeichnet. Es wurde vielfach nachgewiesen, dass Personen

mit Essstörungen deutlich unzufriedener mit ihrem eigenen Körper sind als gesunde Kontrollpersonen (z. B. Cash & Deagle, 1997), obwohl diese nicht weniger attraktiv als letztere zu sein scheinen. So konnte beispielsweise ein positiver Zusammenhang zwischen einer ausgeprägten gedanklichen Beschäftigung mit dem Thema Gewicht und der von externen Ratern eingeschätzten Attraktivität nachgewiesen werden (Davis, Claridge & Fox, 2000). Auch zeigte sich, dass bei Frauen mit einer Bulimia Nervosa ein Anstieg negativer Emotionen wie Anspannung, Ängstlichkeit, Unsicherheit und Traurigkeit bei der Betrachtung ihres eigenen Körpers auftritt (Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht & Hilbert, 2003). Die negative Bewertung des eigenen Körpers könnte mit dysfunktionalen kognitiven Prozessen wie einer selektiven Aufmerksamkeitslenkung auf die negativen Aspekte des eigenen Körpers zusammenhängen (Jansen, Nederkoorn & Mulkens, 2005).

Aus dieser negativen Bewertung des eigenen Körpers können auch Änderungen des körperbezogenen Verhaltens resultieren. So wird hinsichtlich der *behavioralen Komponente* eines gestörten Körperbildes zwischen Vermeidungs- und Kontrollverhalten unterschieden. Das körperbezogene Vermeidungsverhalten kann sich darin äußern, dass Patientinnen mit Essstörungen Situationen und Orten aus dem Wege gehen, in denen sie mit ihrem Körper konfrontiert sind oder andere Menschen ihn betrachten (z. B. Schwimmbadbesuche; vgl. Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991). Das körperbezogene Kontrollverhalten hingegen manifestiert sich beispielsweise im Abmessen bestimmter Körperteile mit dem Maßband, dem Sich-Wiegen nach jeder Mahlzeit oder aber dem häufigen Betrachten bestimmter Körperteile im Spiegel (Reas, Whisenunt, Netemeyer & Williamson, 2002; Shafran, Fairburn, Robinson & Lask, 2004). Das körperbezogene Vermeidungs- und Kontrollverhalten ist primär durch die Angst vor einer Gewichtszunahme motiviert und führt im Sinne einer negativen Verstärkung zu einer kurzfristigen Reduktion dieses negativen affektiven Zustandes (vgl. Williamson et al., 2004).

Verschiedene Untersuchungen konnten zeigen, dass Störungen des Körperbildes sowohl bei der Entstehung (Killen, Taylor, Hayward, Haydel, Wilson, Hammer et al., 1996) als auch der Aufrechterhaltung einer Essstörung (vgl. Meta-Analyse von Stice, 2002) eine wichtige Rolle spielen. Auch im Hinblick auf das Rückfallgeschehen scheinen Körperbildstörungen bei der Anorexia und Bulimia Nervosa von Bedeutung zu sein. So zeigte sich, dass nach einer in Bezug auf die Normalisierung des Essverhaltens erfolgreichen Behandlung das Fortbestehen eines negativen Körperbildes Rückfälle vorhersagen kann (Fairburn, Peveler, Jones, Hope & Doll, 1993).

Diese Ergebnisse legen nahe, in der kognitiven Verhaltenstherapie der Essstörungen auch auf eine Verbesserung des Körperbildes hinzuwirken (vgl. Böse, 2002) und der Überbewertung von Figur und Gewicht entgegenzuwirken (Fairburn, Cooper & Shafran, 2003), was jedoch in der Vergangenheit eher vernachlässigt wurde. Vereinzelt Untersuchungen, die sich mit der Wirksamkeit der Körperkonfrontation als eine therapeutische Intervention zur

Verbesserung des Körperbildes bei Essstörungen befassen, zeigten, dass eine vorliegende Überschätzung der eigenen Körperdimensionen durch Körperkonfrontationsübungen vermindert werden kann (Fernandez & Vandereycken, 1994; Norris, 1994; Rushford & Ostermeyer, 1997). Ebenfalls positive Ergebnisse im Hinblick auf eine Verbesserung des Körperbildes durch eine Intervention, die neben Körperkonfrontation auch Kognitive Techniken beinhaltet, erbrachte eine Studie von Böse (2002) im stationären Kontext.

Auf Grund dieser vielversprechenden Ergebnisse einzelner, direkt auf eine Verbesserung des gestörten Körperbildes abzielender Interventionen wurde ein umfassenderes kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm entwickelt (Vocks & Legenbauer, 2005), welches Therapiebausteine zur Veränderung der drei Körperbildkomponenten beinhaltet. Basierend auf den oben genannten Forschungsbefunden zur Manifestation eines negativen Körperbildes bei Essstörungen auf der perceptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Ebene umfasst das Therapieprogramm neben Interventionen, die auf eine Korrektur der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers und eine Modifikation dysfunktionaler körperbezogener Kognitionen abzielen, auch verhaltensbezogene Techniken wie Expositionen zum Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens sowie Therapieelemente zum Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten (vgl. auch Cash & Hrabosky, 2004; Rosen, 1998). Dieses für verschiedene Settings ausgearbeitete Behandlungskonzept soll in der vorliegenden Untersuchung einer ersten klinischen Evaluation unterzogen werden. Hierzu wurden Patientinnen mit einer Essstörung vor und nach der Körperbildtherapie im ambulanten Gruppensetting sowie nach einem dreimonatigen Katamnesezeitraum untersucht. Auf eine unbehandelte Kontrollgruppe wurde in dieser Untersuchung verzichtet, da die Wirksamkeitsüberprüfung dieses kognitiv-verhaltenstherapeutischen Konzeptes noch der Erkundungsphase zuzurechnen ist (vgl. Baumann & Reinecker-Hecht, 1991). Auf Grund der deutlichen Überschneidungen der verschiedenen Essstörungsdiagnosen im Hinblick auf das Körperbild (s. o.) und des häufigen Wechsels dieser Diagnosen im Laufe der Krankengeschichte der von Essstörungen betroffenen Patientinnen (vgl. z. B. Fairburn et al., 2003) wurden in diese Untersuchung sowohl Frauen mit einer Anorexia und Bulimia Nervosa als auch der Nicht Näher Bezeichneten Essstörung eingeschlossen. Letztere Diagnosegruppe des DSM-IV-TR bezeichnet eine klinisch relevante Essstörung, bei der nicht alle Diagnosekriterien der beiden erstgenannten vollständig erfüllt sind. Die Nicht Näher Bezeichnete Essstörung scheint in der Gesamtpopulation deutlich häufiger vorzukommen als die Vollbilder einer Anorexia und Bulimia Nervosa (Fairburn & Harrison, 2003). Um den Erfolg der Körperbildtherapie multidimensional abbilden zu können, wurde die perceptiv-, kognitiv-affektive und behaviorale Komponente anhand verschiedener Methoden erfasst. Ergänzend sollte untersucht werden, inwieweit sich durch die Intervention das gestörte Essverhalten und die allgemeine Symptombelastung reduzieren lassen.

## Methode

### Ein- und Ausschlusskriterien

Es wurden Patientinnen mit einer Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und einer Nicht Näher Bezeichneten Essstörung im Alter zwischen 18 und 45 Jahren untersucht. Aus therapeutischen Gründen wurden Patientinnen mit einem Body Mass Index über  $25 \text{ kg/m}^2$  von der Teilnahme ausgeschlossen. Der Grund hierfür liegt darin, dass eine gemeinsame Behandlung der übergewichtigen Patientinnen mit den unter- und normalgewichtigen Teilnehmerinnen insbesondere im Rahmen der Körperkonfrontationsübungen möglicherweise zu ungünstigen Gruppenprozessen hätte führen können. Ebenso konnten Patientinnen, bei denen eine akute Suizidalität vorlag, nicht an der Untersuchung teilnehmen, da im Rahmen des Gruppensettings keine für diese Patientinnen adäquate therapeutische Versorgung gewährleistet werden konnte. Eine weitere Voraussetzung für die Teilnahme war, dass sich die Patientinnen während der Laufzeit der Körperbildtherapie in keiner weiteren Behandlung (z. B. Psychotherapie, Selbsthilfegruppe oder medikamentöse Behandlung) befanden, um sicherzustellen, dass erzielte therapeutische Veränderungen auf die Körperbildtherapie zurückzuführen sind.

### Stichprobe

Die in dieser Studie untersuchte Stichprobe setzt sich aus Patientinnen zusammen, welche auf einen Einzeltherapieplatz am Zentrum für Psychotherapie der Ruhr-Universität Bochum warteten oder die sich auf Grund von Pressemeldungen über das Behandlungsangebot zur Teilnahme meldeten. Insgesamt begannen 26 Patientinnen die Körperbildtherapie. Kriterium für die Berücksichtigung der Daten einer Teilnehmerin war, dass diese nicht mehr als zwei der insgesamt zehn Sitzungen versäumt hatte. Da zwei Patientinnen die Körperbildtherapie abbrachen, reduzierte sich die analysierte Stichprobe auf 24 Teilnehmerinnen. Von diesen erfüllten vier das Vollbild einer Anorexia Nervosa und zehn das einer Bulimia Nervosa. Weitere zehn Patientinnen erhielten die Diagnose einer Nicht Näher Bezeichneten Essstörung, von denen sieben die Kriterien für eine Bulimia Nervosa nicht vollständig erfüllten, da die Anzahl der wöchentlichen Essanfälle geringfügig unter dem im DSM-IV-TR angegebenen Kriterium lag. Die drei weiteren Patientinnen verfehlten die Diagnose einer Anorexia Nervosa, da sie zum Zeitpunkt der Durchführung des SKID-I-Interviews ein etwas höheres Gewicht aufwiesen als im DSM-IV-TR gefordert. Bei sechs Personen der Gesamtstichprobe lag komorbid eine aktuelle Major Depression vor und eine Person erfüllte die Kriterien für eine Dysthyme Störung. Bei vier weiteren Patientinnen wurde zusätzlich eine Spezifische Phobie diagnostiziert. Zwei Patientinnen erfüllten die Diagnosekriterien für eine Generalisierte Angststörung. Bei drei Patientinnen bestand eine Panikstörung ohne Agoraphobie und eine Probandin litt unter einer Sozialen Phobie. Alle Diagnosen

wurden mit dem Strukturierten Klinischen Interview für DSM-IV (SKID-I; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997) erstellt. Auf eine differenzierte Diagnostik von Persönlichkeitsstörungen (z. B. anhand des SKID-II-Interview; Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997) musste in der vorliegenden Untersuchung aus zeitlichen Gründen verzichtet werden.

Das durchschnittliche Alter der 24 untersuchten Patientinnen betrug 27,88 Jahre ( $SD: 6,00$ ), wobei die Patientinnen mit einer Anorexia Nervosa im Schnitt 27,00 Jahre ( $SD: 7,94$ ), die Patientinnen mit einer Bulimia Nervosa 27,80 Jahre ( $SD: 6,49$ ) und die Patientinnen mit einer Nicht Näher Bezeichneten Essstörung 28,18 Jahre ( $SD: 5,65$ ) alt waren. Der mittlere Body Mass Index der Gesamtstichprobe lag bei  $19,36 \text{ kg/m}^2$  ( $SD: 2,31$ ). Die Patientinnen mit einer Anorexia Nervosa hatten einen durchschnittlichen Body Mass Index von  $15,48 \text{ kg/m}^2$  ( $SD: 0,80$ ), die Teilnehmerinnen mit einer Bulimia Nervosa von  $20,63 \text{ kg/m}^2$  ( $SD: 1,88$ ) und die Patientinnen mit einer Nicht Näher Bezeichneten Essstörung von  $19,38 \text{ kg/m}^2$  ( $SD: 1,57$ ). Innerhalb des dreimonatigen Katamnesezeitraumes begannen elf Patientinnen eine weitere psychotherapeutische Behandlung. Eine der 24 Patientinnen, welche die Körperbildtherapie beendet hatte, sendete den Katamnesefragebogen nicht zurück.

### Inhalte der Körperbildtherapie

Die Gruppentherapie wurde in manualisierter Form von zwei weiblichen Diplom-Psychologinnen mit abgeschlossener bzw. fortgeschrittener Ausbildung in Verhaltenstherapie geleitet und umfasste zehn wöchentliche ca. 90-minütige Sitzungen. Die Körperbildtherapie beinhaltete folgende Interventionsbausteine: Herausarbeitung der relevanten Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung des negativen Körperbildes (ca. zwei Sitzungen), Identifikation und Modifikation dysfunktionaler auf den eigenen Körper bezogener Kognitionen (ca. zwei Sitzungen), Körperkonfrontationsübungen per Spiegel und Video mit einer Fokussierung auf bisher vermiedene bzw. negative sowie positive Aspekte des eigenen Körpers (ca. drei Sitzungen), Abbau des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens (ca. eine Sitzung) sowie Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten (ca. eine Sitzung) und Rückfallprophylaxe (ca. eine Sitzung; Näheres bei Vocks & Legenbauer, 2005). In den einzelnen Körperbildtherapiegruppen wurden fünf bis sieben Frauen behandelt. Bei der Durchführung der Körperkonfrontationsübungen wurde die Therapiegruppe aus Zeitgründen in zwei Kleingruppen aufgeteilt, welche von jeweils einer der beiden Diplom-Psychologinnen betreut wurden. Um die Sitzungsinhalte nacharbeiten zu können, erhielten alle Teilnehmerinnen einen auf das Behandlungsprogramm abgestimmten Patientenratgeber (Legenbauer & Vocks, 2005).

## Instrumente zur Erfolgsmessung

### Erfassung der perzeptiven Komponente des Körperbildes

Vor und nach der Gruppentherapie wurde zur Erfassung der perzeptiven Körperbildkomponente eine Fotoverzerrtechnik eingesetzt. Hierbei wurde zunächst von jeder Patientin ein Digitalkamerafoto unter standardisierten Bedingungen erstellt, während die Patientinnen einen einheitlichen, eng anliegenden kurzen Ballettanzug trugen. Das Foto wurde in ein Computerprogramm eingespeist und den Patientinnen per Bildschirm dargeboten. Anhand zweier Tasten konnte das Foto kleinschrittig in der Breite verzerrt werden. Die Patientinnen sollten dieses Foto entsprechend der Einschätzung ihrer „tatsächlichen“ (Frage 1: „Wie sehen Sie tatsächlich aus?“), „empfundenen“ (Frage 2: „Wie fühlen sie sich?“) und „idealen“ Körperdimensionen (Frage 3: „Wie würden Sie gerne aussehen?“) einstellen (vgl. Probst, Vandereycken, Vanderlinden & Van Coppenolle, 1998). Um den Einfluss des Verzerrungsgrades des Ausgangsbildes zu kontrollieren, wurde das Foto zu jeder der drei Fragen viermal dargeboten; zweimal mit einem schmaleren und zweimal mit einem breiteren Ausgangsbild. In einer zuvor von unserer Arbeitsgruppe durchgeführten Studie zur Validierung der Fotoverzerrtechnik an 209 gesunden Frauen und 56 Patientinnen mit einer Essstörung konnten gute teststatistische Kennwerte dieses Verfahrens nachgewiesen werden (Lumma, 2004). Hinsichtlich der Reliabilität ergaben sich hohe interne Konsistenzen (Frage 1:  $\alpha = .94$ , Frage 2:  $\alpha = .92$ ; Frage 3:  $\alpha = .93$ ) und Test-Retest-Reliabilitäten mit einem zeitlichen Abstand von zehn Wochen (Frage 1:  $r_{tt} = .93$ ; Frage 2:  $r_{tt} = .78$ ; Frage 3:  $r_{tt} = .94$ ).

### Erfassung der kognitiv-affektiven Komponente des Körperbildes

Die kognitiv-affektive Körperbildkomponente wurde anhand verschiedener Fragebögen erfasst. Zur Operationalisierung der Bewertung des eigenen Körpers wurde die Subskala „Ablehnende Körperbewertung“ des Fragebogens zum Körperbild (FKB-20; Clement & Löwe, 1996) und die Subskala „Körperliche Unzufriedenheit“ des Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2; Garner, 1991; Paul & Thiel, 2005) eingesetzt. Auch wurde die EDI-2-Skala „Schlankheitsstreben“ verwendet. Mithilfe entsprechender Subskalen des Eating Disorder Examination-Questionnaire (Fairburn & Beglin, 1994; Hilbert, Tuschen-Caffier, Karwautz, Niederhofer & Munsch, zur Veröffentlichung eingereicht) wurden Figur- und Gewichtssorgen gemessen. Hinsichtlich der Reliabilität dieser Instrumente werden von den jeweiligen Autoren folgende Werte angegeben: Der FKB-20 weist eine interne Konsistenz von  $\alpha = .84$  auf; beim EDI-2 liegt diese zwischen  $\alpha = .73$  und  $\alpha = .93$ . Die Test-Retest-Reliabilität des EDI-2 über einen Zeitraum von sieben Tagen liegt im Bereich von  $r_{tt} = .81$  bis  $r_{tt} = .89$  und die des EDE-Q zwischen  $r_{tt} = .68$  und  $r_{tt} = .74$  über einen Zeitraum von drei Monaten.

### Erfassung der behavioralen Komponente des Körperbildes

Die verhaltensbezogene Körperbildkomponente wurde zum einen anhand des Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ; Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991; Legenbauer, Vocks & Schütt, zur Veröffentlichung eingereicht; Vocks & Legenbauer, 2005) quantifiziert, welcher das körperbezogene Vermeidungsverhalten abbildet. Zum anderen kam der Body Checking Questionnaire (BCQ; Reas et al., 2002; Vocks & Legenbauer, 2005; Vocks & Legenbauer, in Vorb.) zum Einsatz, der sich auf das körperbezogene Kontrollverhalten bezieht. Die Gesamtscores beider Fragebögen weisen in ihrer englischsprachigen Originalversion gute teststatistische Kennwerte auf. So liegt die interne Konsistenz des Gesamtscores des BIAQ bei  $\alpha = .89$  und die Test-Retest-Reliabilität bei  $r_{tt} = .87$  über einen Zeitraum von zwei Wochen. Die entsprechenden Reliabilitätswerte des BCQ liegen bei  $\alpha = .83$  bis  $\alpha = .92$  bzw. bei  $r_{tt} = .94$  bezogen auf einen zweiwöchigen Zeitraum. Vergleichbare Zuverlässigkeitswerte ergaben Analysen der deutschsprachigen Version des BIAQ sowie vorläufige Berechnungen im Rahmen einer Validierungsstudie des BCQ.

### Erfassung der Essstörungssymptomatik

Neben Instrumenten zur Erfassung des Körperbildes wurden weitere essstörungsspezifische Symptommaße eingesetzt. Hier wurden die Skalen „Essensbezogene Sorgen“ und „Gezügelt Essverhalten“ des EDE-Q sowie das Item 17 dieses Fragebogens verwendet, welches die Anzahl der Essanfälle innerhalb der letzten 28 Tage erfasst. Hinzu kam die EDI-2-Subskala „Bulimie“ (zu den Reliabilitätswerten des EDI-2 und EDE-Q s. o.).

### Erfassung der essstörungsübergreifenden Symptommaße

Zur Messung der Depressivität kam die Kurzform der Allgemeinen Depressions Skala (ADS-K; Hautzinger & Bailer, 1993) sowie zur Quantifizierung der allgemeinen Symptombelastung eine Kurzform der Symptom-Checklist zum Einsatz (SCL-K-9; Klaghofer & Brähler, 2001). Das Selbstwertgefühl wurde mit der Rosenberg-Skala erfasst (Rosenberg, 1965; Ferring & Philipp, 1996). Auch hinsichtlich dieser Messinstrumente ließen sich ausreichende teststatistische Kennwerte nachweisen: Die Reliabilität (interne Konsistenz) der ADS-K beläuft sich auf  $\alpha = .90$ , die der SCL-K-9 auf  $\alpha = .87$  und die der Rosenberg-Skala auf  $\alpha = .81$  bis  $\alpha = .88$ .

## Untersuchungsablauf

Im Anschluss an die Diagnosestellung anhand des SKID-I (Wittchen et al., 1997) erhielten die Patientinnen die Batterie mit den oben genannten Fragebögen in Papierform,

Tabelle 1. Varianzanalytischer Vergleich der Symptommaße vor (Prä) und nach (Post) der Körperbildtherapie sowie im Anschluss an den dreimonatigen Katamnesezeitraum (Kat.)

Körperbildkomponente und Skalen/Instrumente:	Mittelwerte (Standardabweichung)			Prä-Post-Vergleich			Prä-Katamnese-Vergleich				
	Prä	Post	Kat.	F	df	p	d	F	df	p	d
<i>Perzeptive Komponente<sup>a</sup></i>											
Fotoverzerrtechnik 1: „tatsächlich“	1,04 (0,13)	1,12 (0,17)	–	1,11	1,22	.303	.21	–	–	–	–
Fotoverzerrtechnik 2: „empfunden“	1,12 (0,17)	1,06 (0,13)	–	2,83	1,22	.107	.31	–	–	–	–
Fotoverzerrtechnik 3: „ideal“	0,85 (0,12)	0,90 (0,11)	–	7,02	1,22	.015	.47	–	–	–	–
Differenz „empfunden“ und „ideal“	0,27 (0,18)	0,16 (0,15)	–	8,31	1,22	.009	.60	–	–	–	–
<i>Kognitiv-affektive Komponente</i>											
Ablehnende Körperbewertung	3,81 (0,70)	2,95 (0,83)	2,80 (0,79)	23,81	1,23	<.001	1,21	29,61	1,22	<.001	1,38
Körperliche Unzufriedenheit	4,81 (0,83)	4,09 (1,23)	3,91 (0,82)	15,95	1,23	.001	.87	16,06	1,22	<.001	1,04
Schlankheitsstreben	4,80 (0,85)	3,99 (1,19)	3,89 (1,21)	20,61	1,23	<.001	.96	19,88	1,22	<.001	1,03
Gewichtssorgen	3,68 (1,36)	2,71 (2,40)	2,60 (1,46)	16,57	1,23	<.001	.72	10,85	1,22	.003	.73
Figursorgen	4,29 (1,21)	3,07 (1,34)	2,67 (1,58)	20,81	1,23	<.001	1,00	24,30	1,22	<.001	1,29
Body Image Avoidance Questionnaire	1,93 (0,43)	1,62 (0,46)	1,53 (0,51)	17,77	1,23	<.001	.73	17,96	1,22	<.001	1,02
Body Checking Questionnaire	1,53 (0,80)	1,18 (0,78)	1,10 (0,84)	6,27	1,16	.024	.43	6,08	1,15	.026	.47
<i>Allgemeine Essstörungssymptomatik</i>											
Essensbezogene Sorgen	3,21 (1,46)	2,32 (1,54)	1,99 (1,43)	13,22	1,23	.001	.61	22,27	1,22	<.001	.80
Gezügelter Essverhalten	3,99 (1,42)	2,91 (1,76)	2,47 (1,78)	19,20	1,23	<.001	.76	25,80	1,22	<.001	1,03
Bulimie	3,60 (1,27)	2,84 (1,27)	2,71 (1,23)	28,35	1,23	<.001	.60	14,78	1,22	.001	.55
Essanfälle in den letzten 28 Tagen	7,48 (7,99)	4,39 (6,04)	5,18 (8,01)	3,81	1,22	.064	.39	0,80	1,21	.382	.27
Body Mass Index	19,36 (2,31)	19,29 (2,56)	19,50 (2,22)	0,00	1,20	.979	.00	2,84	1,17	.110	.17
<i>Essstörungübergreifende Maße</i>											
Allgemeine Depressions-Skala	1,26 (0,61)	0,93 (0,54)	0,99 (0,64)	5,14	1,23	.033	.54	2,19	1,22	.154	.39
Kurzform Symptom-Checklist	1,83 (0,77)	1,36 (0,76)	1,10 (0,63)	6,80	1,23	.016	.63	13,64	1,22	.002	.93
Rosenberg Selbstwert-Skala	2,27 (0,64)	2,70 (0,63)	2,79 (0,72)	13,48	1,23	.001	.68	11,28	1,22	.003	.79

Anmerkungen: <sup>a</sup> 1 = Originalbild, < 1 = Verzerrung in Richtung eines schmaleren und > 1 = Verzerrung in Richtung eines breiteren Körpers.

die sie zu Hause ausfüllen sollten. Bei einem zweiten Diagnostiktermin wurde die Fotoverzerrtechnik durchgeführt. Im Anschluss daran fand über einen Zeitraum von drei Monaten die Körperbildtherapie im Gruppensetting statt. Nach der letzten Sitzung füllten die Patientinnen erneut die Fragebogenbatterie aus und es wurde die Fotoverzerrtechnik ein zweites Mal durchgeführt. Drei Monate nach Beendigung der Körperbildtherapiegruppe erhielten alle Teilnehmerinnen die Fragebogenbatterie ein drittes Mal, um Katamnese-daten zu erheben.

## Ergebnisse

Mittels des Statistikprogramms SPSS wurden einfaktorielle Variationsanalysen mit Messwiederholung gerechnet, um den Prä-Zeitpunkt (vor der Körperbildtherapie) zum einen mit dem Post-Zeitpunkt (nach der Körperbildtherapie) und zum anderen mit dem Katamnesezeitpunkt (drei Monate nach Beendigung der Körperbildtherapie) vergleichen zu können. Um das Ausmaß der Veränderung quantifizieren zu können, wurden darüber hinaus für beide Vergleiche die Effektstärken berechnet. Hierzu wurden die Differenzen aus den Mittelwerten der Prä- und Post- bzw. Katamnese-werte durch die Standardabweichung zum Prä-Zeitpunkt dividiert (Cohen, 1977). Eine ausführliche Darstellung der im Folgenden beschriebenen Ergebnisse findet sich in Tabelle 1.

### Perzeptive Komponente

Bezüglich der perzeptiven Komponente des Körperbildes ergab sich kein signifikanter Prä-Post-Unterschied bei der Einschätzung der „tatsächlichen“ (Frage 1;  $p = .303$ ;  $d = .21$ ) und „empfundenen“ Körperdimensionen (Frage 2;  $p = .107$ ;  $d = .31$ ). So blieb die zu Beginn der Körperbildtherapie erfasste Überschätzung der eigenen Körperdimensionen auch nach der Therapie bestehen. Allerdings veränderte sich das Ideal in Richtung eines weniger schlanken Körpers (Frage 3;  $p = .015$ ;  $d = .47$ ). Die Patientinnen wollten zwar auch nach der Therapie noch immer dünner sein als sie es waren, dies war jedoch nur noch in einem geringeren Ausmaße der Fall als vor der Therapie. Dieses Ergebnis spiegelt sich auch in der Diskrepanz zwischen den „empfundenen“ (Frage 2) und „idealen“ (Frage 3) Körperausmaßen wider. Die Differenz dieser beiden Indizes war vor der Therapie größer als am Ende der Behandlung ( $p = .009$ ;  $d = .60$ ).

### Kognitiv-affektive Komponente

Deutlichere Effekte als hinsichtlich der perzeptiven zeigten sich in Bezug auf die kognitiv-affektive Körperbildkomponente. Hier waren signifikante Reduktionen auf der Skala „Ablehnende Körperbewertung“ des FKB-20 ( $p < .001$ ;  $d = 1.21$ ) sowie den Skalen „Körperliche Unzufriedenheit“ ( $p = .001$ ;  $d = .87$ ) und „Schlankheitsstreben“ ( $p < .001$ ;  $d = .96$ ) des EDI-2 zu verzeichnen. Ebenso sank im

EDE-Q das Ausmaß der „Gewichtssorgen“ ( $p < .001$ ;  $d = .72$ ) und „Figursorgen“ ( $p < .001$ ;  $d = 1.00$ ). Ähnliche Ergebnisse fanden sich auch beim Vergleich der entsprechenden Skalen zwischen dem Prä- und dem Katamnesezeitpunkt.

### Behaviorale Komponente

Auf der behavioralen Ebene war ebenfalls eine deutliche Abnahme des körperbezogenen Vermeidungsverhaltens im BIAQ (Gesamtscore:  $p < .001$ ;  $d = .73$ ) sowie des körperbezogenen Kontrollverhaltens im BCQ (Gesamtscore:  $p = .024$ ;  $d = .43$ ) zu verzeichnen. Der Vergleich der Prä-Werte mit den zum Katamnesezeitpunkt erhobenen Daten erbrachte ähnliche Resultate. Da der BCQ erst zu einem späteren Zeitpunkt in die Fragebogenbatterie aufgenommen wurde, konnte dieser von nur 17 der insgesamt 24 Patientinnen beantwortet werden.

### Essstörungssymptomatik

Hinsichtlich der Essstörungssymptomatik zeigte sich im EDE-Q eine deutliche Abnahme der „Essensbezogenen Sorgen“ ( $p = .001$ ;  $d = .61$ ) sowie des „Gezügeltens Essverhaltens“ ( $p < .001$ ;  $d = .76$ ). Auch ließ sich im EDI-2 eine Reduktion auf der Skala „Bulimie“ ( $p < .001$ ;  $d = .60$ ) nachweisen. Vergleichbare Ergebnisse erbrachte die Kontrastierung der entsprechenden Prä- und Katamnese-daten. Hinsichtlich der Anzahl der Essanfälle innerhalb der letzten 28 Tage (Item 17 im EDE-Q) ergab sich vom Prä- zum Postzeitpunkt eine tendenzielle Reduktion ( $p = .064$ ;  $d = .39$ ), welche jedoch zum Katamnesezeitpunkt nicht mehr nachweisbar war. Der Body Mass Index veränderte sich nicht von Prä zu Post ( $p = .979$ ;  $d = .00$ ). Diesbezüglich ist jedoch anzumerken, dass von fünf Patientinnen nicht zu allen drei Messzeitpunkten Angaben zum Gewicht vorlagen.

### Essstörungsübergreifende Symptommaße

Vom Prä- zum Postzeitpunkt sank das Ausmaß an Depressivität, welches mittels der ADS-K gemessen wurde ( $p = .033$ ;  $d = .54$ ) ebenso wie die allgemeine Symptombelastung, erfasst anhand der SCL-K-9 ( $p = .016$ ;  $d = .63$ ). Auch war, quantifiziert mittels der Rosenberg-Skala, zum Postzeitpunkt ein erhöhtes Selbstwertgefühl im Vergleich zum Prä-Zeitpunkt zu verzeichnen ( $p = .001$ ;  $d = .68$ ). Hinsichtlich der allgemeinen Symptombelastung und des Selbstwertgefühls, jedoch nicht bezüglich der Depressivität, ließen sich ähnliche Effekte auch beim Vergleich des Prä-Zeitpunktes mit dem Katamnesezeitpunkt nachweisen.

### Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung sollte explorativ der Frage nachgegangen werden, inwieweit sich die perzepti-

ve, kognitiv-affektive und behaviorale Komponente eines gestörten Körperbildes bei Patientinnen mit einer Essstörung durch eine kognitiv-verhaltenstherapeutische Körperbildtherapie (Vocks & Legenbauer, 2005) beeinflussen lässt. Ergänzend sollte überprüft werden, ob darüber hinaus weitere essstörungsspezifische und essstörungsübergreifende Symptome durch diese Intervention verbessert werden können. Bei der Interpretation der Ergebnisse dieser Studie ist zu beachten, dass keine unbehandelte Kontrollgruppe untersucht wurde. Des Weiteren ist anzumerken, dass auf Grund der Vielzahl analysierter Variablen eine  $\alpha$ -Fehler-Inflation wahrscheinlich ist. Auf eine entsprechende Korrektur wurde jedoch verzichtet, da der damit einhergehende Verlust an statistischer Power die Ergebnisse dieser explorativen Studie hätte verzerren können.

In dem hier gewählten Prä-Post-Design ergaben sich signifikante Verbesserungen im Hinblick auf die Bewertung des eigenen Körpers, Figur- und Gewichts Sorgen sowie das körperbezogene Vermeidungs- und Kontrollverhalten. Die Effektstärken der Interventionseffekte bezüglich der kognitiv-affektiven Körperbildkomponente lagen im Bereich von  $d = .72$  bis  $d = 1.21$  und sind somit im Vergleich zu den im Rahmen einer regulären Psychotherapie erzielten Veränderungen (vgl. z. B. Grawe, Donati & Bernauer, 1994) als hoch zu bewerten, insbesondere wenn berücksichtigt wird, dass es sich bei der in dieser Studie untersuchten Intervention um eine Gruppentherapie im Umfang von nur zehn Sitzungen handelt. Hinsichtlich der behavioralen Komponente fielen die Effektstärken etwas niedriger aus und lagen bei  $d = .73$  für das körperbezogene Vermeidungsverhalten und bei  $d = .43$  für das Kontrollverhalten. Da sich der Body Mass Index der Teilnehmerinnen über den Behandlungs- und Katamnesezeitraum nicht veränderte, ist nicht anzunehmen, dass das verbesserte Körperbild auf eine Gewichtsreduktion zurückzuführen ist. Allerdings ist zu berücksichtigen, dass der Body Mass Index auf der Basis von Angaben der Patientinnen berechnet wurde und daher nur mit Vorsicht interpretiert werden darf.

Die positiven Effekte bezüglich der kognitiv-affektiven Körperbildkomponente können zum einen durch den Einsatz kognitiver Techniken erklärt werden. Hierbei sollten dysfunktionale körperbezogene Kognitionen mittels Sokratischem Dialog, Rollenspielen sowie Selbstinstruktions- und Protokollierungstechniken modifiziert werden. Zum anderen sind die Verbesserungen hinsichtlich der kognitiv-affektiven Körperbildkomponente möglicherweise auf die Körperkonfrontationsübungen zurückzuführen. Im Rahmen dieser therapeutischen Technik wurde neben der Fokussierung negativer und seitens der Patientinnen vermiedener Aspekte des eigenen Körpers auch eine Aufmerksamkeitslenkung auf bisher vernachlässigte positive Seiten des eigenen Körpers forciert. Durch den Abbau der defizitorientierten Betrachtungsweise des eigenen Körpers (vgl. Jansen et al., 2005) könnte die Bewertung des eigenen Körpers verbessert worden sein. Auf dieser Basis wurden in der Körperbildtherapie in einem nächsten Schritt Expositionsübungen zum Abbau des körperbezo-

genen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens im Alltag durchgeführt, auf welche die positiven Veränderungen bezüglich der behavioralen Körperbildkomponente zurückführbar sein dürften. Um jedoch definitive Aussagen zur differenziellen Wirksamkeit unterschiedlicher Therapieelemente treffen zu können, sind Komponentenanalysen erforderlich (vgl. z. B. Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

Die positiven Ergebnisse der Körperbildtherapie sind nicht nur auf das Körperbild beschränkt, sondern generalisieren auch auf die allgemeine Symptombelastung und die Essstörungssymptomatik im engeren Sinne, obwohl eine Normalisierung des Essverhaltens nicht direkter Interventionsbaustein war. So war eine Verminderung der essensbezogenen Sorgen und des gezügelten Essverhaltens zu verzeichnen, ohne dass es jedoch zu einer Gewichtszunahme in der Gesamtgruppe der Patientinnen kam. Allerdings ist eine Gewichtszunahme in der Regel nur bei Vorliegen einer Anorexia Nervosa indiziert und diese Diagnose erhielten lediglich vier Patientinnen der untersuchten Stichprobe. Während sich im EDE-Q nur eine tendenzielle Reduktion der Anzahl der Essanfälle nachweisen ließ, zeigte sich im EDI-2 eine deutliche Verminderung der Tendenz, sich auf gedanklicher und Handlungsebene mit Heißhungerattacken zu beschäftigen. Diese leichte Divergenz zwischen den Ergebnissen der beiden Instrumente ist möglicherweise unter anderem darauf zurückzuführen, dass sich die Beantwortung der Items im EDE-Q auf die letzten 28 Tage beziehen soll, während das EDI-2 in der Instruktion keinen zeitlichen Bezugsrahmen vorgibt. Insgesamt kann die Reduktion der allgemeinen Essstörungssymptomatik dadurch erklärt werden, dass infolge der Verbesserung des Körperbildes die Angst vor einer Gewichtszunahme abnahm und so die essensbezogenen Sorgen und damit auch das gezügelte Essverhalten vermindert wurden. Indem das Essverhalten weniger restriktiv wurde, sank möglicherweise auch die Wahrscheinlichkeit für Heißhungerattacken mit nachfolgendem Erbrechen. Über diese Verbesserung der Essstörungssymptomatik hinaus konnte auch das Selbstwertgefühl der Patientinnen erhöht werden, was mit der engen Koppelung zwischen Körperbild und Selbstwertgefühl zusammenhängen könnte (vgl. Freedman, 1990). Außerdem ist die Selbstwertsteigerung durch die Körperbildtherapie möglicherweise dadurch zu erklären, dass im Rahmen der eingesetzten kognitiven Techniken die Relevanz von Figur und Gewicht relativiert wurde und mit den Patientinnen weitere Quellen zur Etablierung eines verbesserten Selbstwertgefühls herausgearbeitet wurden. Ebenso sank das Ausmaß an Depressivität durch die Körperbildtherapie. Da ein negatives Körperbild mit einem höheren Ausmaß an Depressivität zusammenhängt (Wertheim, Paxton & Blaney, 2004), kann vermutet werden, dass durch die Verbesserung des eigenen Körperbildes das Ausmaß an Demoralisation verringert wurde, was sich in den erniedrigten Depressivitätswerten widerspiegelt.

Die beschriebenen positiven Therapieeffekte blieben über einen dreimonatigen Katamnesezeitraum hinweg bestehen. Allerdings ist anzumerken, dass fast die Hälfte der

Patientinnen innerhalb des Katamnesezeitraumes eine Psychotherapie begonnen hat, da sie die Körperbildtherapie zur Überbrückung der Wartezeit für eine reguläre Einzelpsychotherapie aufgesucht hatten. Ergänzende Analysen, in denen diejenigen Patienten, die während des Katamnesezeitraumes eine weitere Behandlung in Anspruch genommen haben, mit denen ohne weitere Intervention verglichen wurden, ergaben jedoch, dass sich beide Gruppen hinsichtlich der Veränderung der verschiedenen untersuchten Parameter vom Prä- zum Katamnesezeitraum nicht voneinander unterscheiden. Eine Begründung für dieses Ergebnis kann darin liegen, dass innerhalb des in die Katamnesebewertung eingegangenen Zeitrahmens in der weiteren Therapie insbesondere die Diagnose- bzw. Antragstellung im Vordergrund gestanden haben dürfte.

Im Gegensatz zur kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente sowie der essstörungsspezifischen und essstörungsübergreifenden Symptomatik war jedoch hinsichtlich der perzeptiven Komponente kein Interventionseffekt zu verzeichnen. Die Überschätzung der eigenen „tatsächlichen“ und „empfundenen“ Körperdimensionen konnte nicht durch die Körperbildtherapie vermindert werden. Allerdings gaben die Patientinnen nach der Körperbildtherapie eine weniger schlanke Figur als ihr Ideal an als vor der Intervention. Hieraus ergab sich auch eine Verminderung der Diskrepanz zwischen den „empfundenen“ und „idealen“ Körperdimensionen vom Zeitpunkt vor zum Zeitpunkt nach der Körperbildtherapie. Da bei der Fotoverzerrtechnik die Einschätzung des Ideals sowie der Differenzwert zwischen den „empfundenen“ und „idealen“ Körperdimensionen einen Indikator für die körperliche Unzufriedenheit darstellen (Cash & Deagle, 1997), sind diese Kennwerte eher der kognitiv-affektiven Komponente des Körperbildes zuzurechnen (s. o.). Das Ausbleiben von Behandlungserfolgen auf der perzeptiven Komponente im Sinne einer realistischeren Einschätzung der „tatsächlichen“ und „empfundenen“ Körperdimensionen könnte damit zusammenhängen, dass die mentale Repräsentation der eigenen Körperausmaße gegebenenfalls ein stärker dispositionelles Phänomen darstellt als die Bewertung des eigenen Körpers sowie das körperbezogene Verhalten. Allerdings können diesbezüglich derzeit noch keine endgültigen Schlüsse gezogen werden, da bisher keine aussagekräftigen Studien existieren, in denen die drei Körperbildkomponenten hinsichtlich ihrer zeitlichen Stabilität bzw. Beeinflussbarkeit miteinander verglichen wurden. Darüber hinaus kann vermutet werden, dass möglicherweise eine größere Zeitspanne zwischen Körperbildtherapie und dem Einsatz der Fotoverzerrtechnik erforderlich gewesen wäre, um Interventionseffekte auf der perzeptiven Ebene abbilden zu können. Da in der vorliegenden Untersuchung die Einschätzung der eigenen Körperdimensionen aus organisatorischen Gründen nicht zum Katamnesezeitpunkt erhoben werden konnte, bleibt offen, ob zu einem späteren Zeitpunkt eine Verbesserung der perzeptiven Körperbildkomponente nachweisbar gewesen wäre. Umgekehrt ist es jedoch auch möglich, dass eine Überschätzung der eigenen Körperdimensionen durch Körperkonfrontationsübungen nur kurzfristig korrigiert werden kann. So war eventuell der zeitliche Abstand

mit ca. fünf Wochen zwischen den Körperkonfrontationsübungen im Rahmen der Körperbildtherapie und der diagnostischen Erfassung der perzeptiven Körperbildkomponente zum Nachweis therapeutischer Effekte zu lang. Hierfür spricht, dass in Untersuchungen, die eine Korrektur der verzerrten Einschätzung der eigenen Körperdimensionen durch Körperkonfrontationsübungen zeigen konnten, die Erfassung der perzeptiven Komponente unmittelbar (Norris, 1984; Rushford & Ostermeyer, 1997) bzw. zwei Tage nach den Spiegelkonfrontationsübungen (Fernandez & Vandereycken, 1994) erfolgte. Da in diesen Untersuchungen die Einschätzung der eigenen Körperdimensionen nicht auf der Basis eines Fotos der eigenen Person erfolgte, können die divergierenden Befunde darüber hinaus mit dem Einsatz unterschiedlicher Meßmethoden zusammenhängen (vgl. Farrell, Lee & Shafran, 2005).

Insgesamt erbringen die Daten dieser Studie trotz der heterogenen Stichprobe und der damit zusammenhängenden Varianzhöhen deutliche Hinweise auf die Wirksamkeit der Körperbildtherapie. Allerdings kann anhand des für diese Untersuchung gewählten Designs nicht abschließend geklärt werden, ob die erzielten therapeutischen Effekte vollständig durch die Interventionstechniken im Rahmen der Körperbildtherapie bedingt sind oder ob unspezifische gruppentherapeutische Wirkfaktoren mitverantwortlich sind. Im nächsten Schritt sollte daher eine Studie mit randomisierter Gruppenzuweisung durchgeführt werden, in die neben einer Kontrollbedingung ohne Behandlung auch eine Bedingung mit einer unspezifischen gruppentherapeutischen Intervention integriert wird.

Ungeklärt bleibt auf Grund der geringen Stichprobengröße, inwieweit zwischen den verschiedenen Essstörungsdiagnosen Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und Nicht Näher Bezeichnete Essstörung Unterschiede in der Wirksamkeit dieses Programms existieren. Auch kann derzeit noch nicht beantwortet werden, ob die Ergebnisse dieser Studie auf übergewichtige Patientinnen generalisierbar sind. Zukünftige Studien sollten daher der Frage nach differenziellen Effekten der Körperbildtherapie nachgehen und neben unter- und normalgewichtigen Teilnehmerinnen auch übergewichtige Patientinnen untersuchen.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass die Ergebnisse dieser Pilotstudie erste Hinweise auf die Wirksamkeit des Körperbildtherapieprogramms erbringen konnten. Daher erscheint es sinnvoll, dieses Therapiekonzept Patientinnen mit Essstörungen als niederschwelliges Therapieangebot zur Verfügung zu stellen bzw. diesen Interventionsbaustein in ein umfassendes Therapieprogramm zur Essstörungsbehandlung (z. B. Jacobi, Thiel & Paul, 2000; Tuschen-Caffier & Florin, 2002) zu integrieren.

## Literatur

- Baumann, U. & Reinecker-Hecht, C. (1991). Methodik der klinisch-psychologischen Interventionsforschung. In M. Perez & U. Baumann (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie* (Bd. 2, S. 64–78). Bern: Huber.



- Böse, R. (2002). *Body-Image Therapie bei Anorexia nervosa*. Regensburg: Roderer.
- Cash, T. F. & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107–125.
- Cash, T. F. & Hrabosky, J. I. (2004). Treatment of body image disturbances. In J. K. Thompson (Ed.), *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 515–541). New Jersey: John Wiley & Sons.
- Clement, U. & Löwe, B. (1996). *Fragebogen zum Körperbild (FKB-20), Testmappe mit Handanweisung, Fragebogen und Auswertungsblätter*. Göttingen: Hogrefe.
- Cohen, J. (1977). *Statistical power analysis for the behavioural sciences*. New York: Academic Press.
- Davis, C., Claridge, G. & Fox, J. (2000). Not just a pretty face: Physical attractiveness and perfectionism in the risk for eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 67–73.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). The assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16, 363–370.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: A „transdiagnostic“ theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 509–528.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407–416.
- Fairburn, C. G., Peveler, R. C., Jones, R., Hope, R. A. & Doll, H. A. (1993). Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 696–698.
- Farrell, C., Lee, M., & Shafran, R. (2005). Assessment of body size estimation: A review. *European Eating Disorders Review*, 13, 7–88.
- Fernandez, F. & Vandereycken, W. (1994). Influence of video confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients: A controlled study. *Eating Disorders*, 2, 135–140.
- Ferring, D. & Filipp, S.-H. (1996). Messung des Selbstwertgefühls: Befunde zur Reliabilität, Validität und Stabilität der Rosenberg-Skala. *Diagnostica*, 42, 284–292.
- Freedman, R. (1990). Cognitive-behavioral perspectives on body image change. In T. F. Cash & T. Pruzinsky (Eds.), *Body images: Development, deviance and change* (pp. 272–295). New York: Guilford Press.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV; Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory-2. Professional Manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Grawe, K., Donati, R. & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Hautzinger, M. & Bailer, M. (1993). *ADS. Allgemeine Depressions Skala*. Weinheim: Beltz.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in a cognitive-behavioural therapy of binge eating disorder: A component analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1325–1339.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Karwautz, A., Niederhofer, H. & Munsch, S. (2005). *Eating Disorder Examination – Questionnaire*: Evaluation der deutschsprachigen Übersetzung. Manuskript eingereicht zur Publikation.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Weinheim: Beltz.
- Jansen, A., Nederkoorn, C. & Mulken, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behaviour Research and Therapy*, 43, 183–196.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., Kraemer, H., Blair-Greiner, A. & Strachowski, D. (1996). Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936–940.
- Klaghofer, R. & Brähler, E. (2001). Konstruktion und teststatistische Prüfung einer Kurzform der SCL-90-R. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie*, 49, 115–124.
- Legenbauer, T. & Vocks, S. (2005). *Wer schön sein will, muss leiden? Wege aus dem Schönheitswahn – ein Ratgeber*. Göttingen: Hogrefe.
- Legenbauer, T., Vocks, S. & Schütt, S. (2005). *Validierung der deutschen Version des BIAQ*. Manuskript eingereicht zur Publikation.
- Lumma, C. (2004). *Validierung einer Foto- und Bewegungsverzerrtechnik zur Erfassung des Körperbildes*. Unveröffentlichte Diplomarbeit. Ruhr-Universität, Bochum.
- Norris, D. L. (1984). The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimensions in anorexia nervosa, bulimia and two control groups. *Psychological Medicine*, 14, 835–842.
- Paul, T. & Thiel, A. (2005). *EDI-2 Eating Disorder Inventory-2, Deutsche Version, Manual*. Göttingen: Hogrefe.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J. & Van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: Its relationship with clinical and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 167–174.
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R. & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324–333.
- Rosen, J. C. (1998). Cognitive-behavioral body-image therapy. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2nd Ed., pp. 188–201). New York: Guilford.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E. & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 3, 32–37.
- Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rushford, N. & Ostermeyer, A. (1997). Body image disturbance and their change with videofeedback in anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 35, 389–398.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Houben, I. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, Textrevision, DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P. & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93–101.
- Skrzypek, S., Wehmeier, P. M. & Remschmidt, H. (2001). Body image assessment using body size estimation in recent studies on anorexia nervosa. A brief review. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 10, 215–221.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: A meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting Beauty. Theory, Assessment and Treatment of Body Image Disturbance*. Washington DC: American Psychological Association.
- Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Bracht, S. & Hilbert, A. (2003). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 41, 573–586.

- Vocks, S. & Legenbauer, T. (2005). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Vocks, S. & Legenbauer, T. (in Vorb.). *Validierung der deutschsprachigen Fassung des Body Checking Questionnaire*.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J. & Blaney, S. (2004). Risk factors for the development of body image disturbances. In J. K. Thompson (Ed.). *Handbook of eating disorders and obesity* (pp. 463–494). New York: John Wiley & Sons.
- Williamson, D. A., White, M. A., York-Crowe, E. & Stewart, T. M. (2004). Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behavior Modification*, 28, 711–738.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.

---

Dr. Silja Vocks

---

Ruhr-Universität Bochum  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Universitätsstraße 150  
44780 Bochum  
E-Mail: vocks@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

---

Dr. Tanja Legenbauer

---

Johannes-Gutenberg-Universität Mainz  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Staudinger Weg 9  
55099 Mainz  
E-Mail: legenbau@mail.uni-mainz.de

---

Prof. Dr. Nikolaus Troje

---

Queen's University  
Department of Psychology  
Vision and Behavioural Sciences Kingston  
Kingston, Ontario K7L3N6  
Canada  
E-Mail: troje@post.queensu.ca

---

Prof. Dr. Dietmar Schulte

---

Ruhr-Universität Bochum  
Klinische Psychologie und Psychotherapie  
Universitätsstraße 150  
44780 Bochum  
E-Mail: schulte@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de