



universität  
wien

# Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Auswirkungen eines stationären psychosomatischen  
Therapieprogramms auf Komponenten des  
Körperbildes bei Patientinnen mit Essstörungen

Verfasserin

Pia Kur

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im Oktober 2010

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Dr. Ulrich Tran



## Danksagung

An dieser Stelle möchte ich mich sehr herzlich bei Herrn Mag. Dr. Ulrich Tran für die konstruktive und kompetente Betreuung bedanken. Herrn Prim. Prof. DDr. Dipl.-Psych. Andreas Remmel danke ich für die Ermöglichung der Durchführung dieser Diplomarbeit am PSZW. Ein besonderer Dank gilt auch Frau Mag.<sup>a</sup> Martina Tiefenbacher, für die hilfreichen Gespräche und den tiefen Einblick in klinisch-psychologische Arbeit.

Weitere MitarbeiterInnen des PSZW und EICoN, denen ich meinen Dank für ihre Hilfe aussprechen will, sind Christoph Scheichl, Mag.<sup>a</sup> Ingrid Costan und Renate Lager.

Danke an alle lieben Menschen, die mich in den letzten Monaten unterstützt, aufgeheitert und immer wieder motiviert haben.

Nicht zuletzt gilt mein besonders großer Dank all denjenigen Frauen, welche sich während ihres Aufenthalts im PSZW bereit erklärt haben, an dieser Studie teilzunehmen.



# Inhaltsverzeichnis

<b>I THEORETISCHER TEIL .....</b>	<b>1</b>
<b>1 Vorwort: Körperlichkeit in der heutigen Zeit.....</b>	<b>1</b>
<b>2 Essstörungen – ein kurzer Überblick .....</b>	<b>4</b>
<b>2.1 Störungsbilder .....</b>	<b>4</b>
<b>2.2 Epidemiologie .....</b>	<b>7</b>
<b>2.3 Stand der Forschung – Therapie bei Essstörungen .....</b>	<b>9</b>
2.3.1 Therapieforschung – Anorexia nervosa.....	10
2.3.2 Therapieforschung – Bulimia nervosa .....	11
2.3.3 Fazit? .....	13
<b>3 Körperbild und Körperschemastörung .....</b>	<b>15</b>
<b>3.1 Begriffsklärung.....</b>	<b>15</b>
3.1.1 Körperkonzept, Körperphantasie, Körperwissen?.....	15
3.1.2 Komponenten des Körperbildes und mögliche Beeinträchtigungen.....	17
<b>3.2 Gender Unterschiede .....</b>	<b>19</b>
<b>3.3 Faktoren bei der Entstehung eines negativen Körperbildes .....</b>	<b>20</b>
3.3.1 Soziokulturelle Faktoren.....	20
3.3.2 Individuelle Faktoren.....	21
<b>3.4 Rolle innerhalb der Essörungssymptomatik.....</b>	<b>23</b>
<b>3.5 Diagnostische Ansätze .....</b>	<b>25</b>
3.5.1 Perzeptive Komponente.....	25
3.5.2 Kognitive, affektive Komponenten und generelle Zufriedenheit.....	27
3.5.3 Verhaltensbezogene Komponente.....	28
3.5.4 Kritik und methodische Überlegungen.....	29
<b>3.6 Behandlungsansätze .....</b>	<b>30</b>
3.6.1 Körperbildtherapie von Vocks und Legenbauer .....	31
3.6.2 Konfrontationsverfahren.....	33

<b>II EMPIRISCHER TEIL .....</b>	<b>36</b>
<b>4 Zielsetzung und Fragestellungen .....</b>	<b>36</b>
<b>5 Methode .....</b>	<b>39</b>
<b>5.1 Untersuchung.....</b>	<b>39</b>
<b>5.2 Konfrontation – Prozedur .....</b>	<b>41</b>
<b>5.3 Erhebungsinstrumente .....</b>	<b>42</b>
5.3.1 Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2) .....	42
5.3.2 Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R).....	43
5.3.3 Beck-Depression-Inventory (BDI) .....	45
5.3.4 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek) .....	46
5.3.5 Frankfurter Körperkonzept Skalen (FKKS) .....	47
5.3.6 Thermometerskalen zur Erfassung verschiedener emotional-affektiver Zustände ....	48
5.3.7 Interview zur Videokonfrontation mit dem eigenen Körperbild .....	49
<b>5.4 Auswertungsverfahren .....</b>	<b>50</b>
<b>5.5 Stichprobe.....</b>	<b>55</b>
5.5.1 PSZW – Institution und Behandlungsprogramm .....	55
5.5.2 Stichprobenbeschreibung .....	56
5.5.3 Dropoutanalyse .....	61
<b>6 Ergebnisse .....</b>	<b>63</b>
<b>6.1 Analyse von Gruppen- und Zeitunterschieden .....</b>	<b>63</b>
6.1.1 Störungsunspezifische Outcomes .....	64
6.1.2 Störungsspezifischer Outcome.....	65
6.1.3 Gewichtszunahme .....	67
6.1.4 Körperbildrelevante Outcomes .....	68
<b>6.2 Zusammenhang Körperbild und Essstörungssymptomatik .....</b>	<b>72</b>
<b>6.3 Prozessverlaufsuntersuchung .....</b>	<b>72</b>
6.3.1 Prä-/Postdifferenzen .....	73
6.3.2 Gruppenunterschiede zwischen den Haupttypen innerhalb der Emotion Scham .....	77
<b>6.4 Analyse der Interviews zur Konfrontation mit dem eigenen Körperbild .....</b>	<b>78</b>
6.4.1 Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild.....	78
6.4.2 Emotionen .....	79
6.4.3 Kognitionen .....	81

6.4.4 Handlungsimpulse .....	85
6.4.5 subjektive Wahrnehmung der Veränderung.....	88
<b>7 Interpretation und Diskussion .....</b>	<b>89</b>
7.1 Evaluation der stationären Behandlung .....	89
7.2 Prozessbeobachtung der KBT .....	92
7.3 Videokonfrontationen.....	94
<b>8 Einschränkungen .....</b>	<b>99</b>
<b>9 Zusammenfassung.....</b>	<b>102</b>
<b>10 Abstract .....</b>	<b>105</b>
<b>Literaturverzeichnis.....</b>	<b>107</b>
<b>Tabellenverzeichnis.....</b>	<b>116</b>
<b>Abbildungsverzeichnis.....</b>	<b>117</b>
<b>Anhang .....</b>	<b>118</b>
A.1 Ergänzende Testkennwerte .....	118
A.2 Thermometerskalen .....	123
A.3 Strukturiertes Interview zur Videokonfrontation mit dem eigenen Körperbild .....	125



# I THEORETISCHER TEIL

## 1 Vorwort: Körperlichkeit in der heutigen Zeit

Der menschliche Körper hat in seiner Bedeutung eine Wandlung erfahren: vom wichtigsten Arbeitsgerät des Menschen hin zu etwas, das jeder selbst entwerfen kann, für dessen Optimierung bzw. Vernachlässigung jeder selbst die Verantwortung trägt. Körper sind in unserer Gesellschaft ein wichtiger Bestandteil der Selbstdefinition, der Druck „das Beste“ aus sich zu machen, nimmt stetig zu (Fitnesscenter, Diäten, Anti-Ageing Kosmetik, Plastische Chirurgie). Körper werden mehr und mehr als Ausdruck innerer Qualitäten gedeutet und dementsprechend gestaltet. Damit einhergehend ist die Stigmatisierung von Körpern, die sich an diesem Prozess nicht beteiligen, zu beobachten. Für diese Diskriminierung von Körpern, welche nicht den gesellschaftlichen Ansprüchen der heutigen Zeit genügen, wurde in den 1980er Jahren unter anderem von van den Broek (1988; zit. nach Pöhlmann & Joraschky, 2006) analog zum Rassismus und Sexismus der Begriff Bodyismus geprägt. Ein schöner Körper wird gleichgesetzt mit kulturellem Kapital, Aufstiegschancen, sowie Prestige. Dem Körper wird also eine große Macht zuteil, was unser Selbstbild und im weiteren Sinne auch unser Selbstbewusstsein betrifft.

Aber wie sehen wir unseren Körper? In der Psychologie wird davon ausgegangen, dass das Bild, welches wir von unserem Körper in uns tragen, ein komplexes Konstrukt ist - deutlich mehr als das, was man objektiv über einen Körper sagen kann (Gewicht, Größe, Haarfarbe, Hautfarbe, etc.). Mit dem Bild, das wir internalisiert haben, hängen Gefühle und Glaubenssätze zusammen, die sich, beeinflusst von Erfahrungen, von früher Kindheit an über die Zeit entwickeln. Sie wirken sich auf unsere Stimmungszustände aus und auf Handlungen, die wir setzen. In der psychologischen Forschung wird dieses komplexe Konstrukt als *Körperbild* oder auch *Körperschema* bezeichnet (engl.: body

image). Generelle soziokulturelle Entwicklungstrends, wie die Überzeugung, dass der Körper grundsätzlich gestaltbar ist, oder das in den Medien repräsentierte unrealistische Schlankheitsideal sind Faktoren, die von außen auf das Körperbild einwirken.

Studien, welche sich mit dem Körperbild gesunder Personen befassen, machen deutlich, dass Sorgen um die eigene Figur und um das Körpergewicht in unserer Gesellschaft weit verbreitet sind (Cash, Morrow, Hrabosky & Perry, 2004) und auch schon sehr junge Menschen betreffen (Shapiro, Newcomb & Loeb, 1997).

Innerhalb der klinischen Psychologie hat man sich bisher vor allem mit der negativen Seite dieses Konstruktes auseinandergesetzt. Das heißt, mit der Frage, wie sich ein negatives, oder auch ein „gestörtes“ Körperbild auf ein Individuum auswirkt. Wie kommt es, dass einige Personen ein negatives Körperbild entwickeln und welche Risiken birgt eine solche Störung? Ein Bereich, in dem dieses Thema eine bedeutende Rolle zu spielen scheint, sind körperdysmorphe Störungen und vor allem Essstörungen, wie sie in den heute aktuellen Diagnosekatalogen festgeschrieben sind. Ein gestörtes Körperbild scheint die Entwicklung dieser Krankheiten zu begünstigen und sie aufrechtzuerhalten.

Es liegt daher im Interesse von Behandelnden, welche mit Menschen mit Essstörungen arbeiten, dass dieser Aspekt näher erforscht wird, um so die Weiterentwicklung von Interventionsmöglichkeiten voranzutreiben, welche sich positiv auf das Körperbild und damit auch auf die weitere Essstörungssymptomatik auswirken können. In diesem Sinne soll in dieser Arbeit zunächst der theoretische Zusammenhang zwischen Körperbild und Essstörungen aufgezeigt werden. Außerdem soll eine Studie vorgestellt werden, welche sich durch verschiedenen methodische Ansätze speziellen Aspekten dieser Problematik widmet: Eine psychosomatische Komplexbehandlung, welche in einer Modellklinik in Niederösterreich angeboten wird und speziell den Aspekt der Körperbildstörung in ihrem Behandlungsprogramm integriert hat, wurde in ihrer Wirkung in Bezug auf die allgemeine Symptomatik und auf das Körperbild von essgestörten Patientinnen überprüft. Zusätzlich wurde prozessorientiert die Veränderung von Emotionen und affektiven Zuständen über mehrere Einheiten einer speziellen Körperbildtherapie beobachtet. Um einen noch tieferen Einblick in

verschiedene Ebenen der Problematik zu erlangen, wurden außerdem in einer konfrontativen Situation mehrere Aspekte des Körperbildes bei den Patientinnen zu Beginn und am Ende ihrer Behandlung erhoben, um die Veränderung, welche sich durch eine solche Intervention erreichen lässt, möglichst detailreich zu untersuchen, ihre Grenzen und Chancen aufzudecken und weiterführende Forschungshypothesen formulieren zu können.

## **2 Essstörungen – ein kurzer Überblick**

Zunächst soll darauf eingegangen werden, welche Essstörungen nach heutigem Stand der diagnostischen Forschung unterschieden werden können. Diagnosekriterien werden vorgestellt und die einzelnen Störungsbilder sowohl voneinander abgegrenzt, als auch auf Gemeinsamkeiten hin untersucht. Anschließend wird die Verbreitung der Störung beschrieben und schließlich über den Stand der Therapieforschung auf diesem Gebiet berichtet.

### **2.1 Störungsbilder**

Nach den aktuellsten Auflage der beiden Diagnosekataloge Internationale Klassifikation Psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 2004) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) und der vierten Revision des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM-IV-TR; Saß, Wittchen & Zaudig, 2003) der American Psychiatric Association (APA) können die in Tabelle 1 dargestellten Essstörungen unterschieden werden. Im ICD-10 erscheinen diese unter dem Punkt F50, im DSM-IV sind sie unter den Achse I Störungen eingeordnet.

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Diagnosen aus ICD-10 und DSM-IV-TR

ICD - 10		DSM-IV-TR	
F50.0	Anorexia nervosa	307.1	Anorexia nervosa
F50.00	<i>Restriktiver Typus</i>		<i>Restriktiver Typus</i>
F50.01	<i>„Binge-Eating/Purging“-Typus</i>		<i>Purging Typus</i>
F50.1	Atypische Anorexia nervosa		
F50.2	Bulimia nervosa	307.51	Bulimia nervosa
50.3	Atypische Bulimia nervosa		
50.8	Sonstige Essstörungen		
50.9	Essstörungen, nicht näher bezeichnet		

Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa (AN), beinhaltet im DSM-IV-TR die folgenden Kriterien (Zaudig, Wittchen & Saß, 2000):

- A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten. (Weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts.)
- B. Ausgeprägte Ängste vor Gewichtszunahme, oder davor dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
- C. Störungen in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrads des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
- D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe (mindestens drei aufeinanderfolgende Menstruationszyklen.)

Die Diagnosekriterien des ICD-10 unterscheiden sich nur unwesentlich davon. So ist das Untergewicht zusätzlich durch einen BMI (Body-Mass-Index)<sup>1</sup> unter 17.5 charakterisiert. Die Punkte B und C werden unter dem Begriff „Körperschemastörung“ zusammengefasst. Die Unterscheidung in restriktiven (ohne Essanfälle) und Purging/Binge-Eating Typus (mit Essanfällen während der aktuellen Episode), wurde in beiden Diagnosekatalogen eingeführt, um die individuelle Störung differenzierter beschreiben zu können.

Die Diagnosekriterien des DSM-IV für Bulimia nervosa (BN) umfassen die folgenden Punkte (Zaudig et al., 2000):

- A. Wiederholte Episoden von „Fressattacken“. Diese sind gekennzeichnet durch folgende Merkmale:
  - (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter gleichen Bedingungen essen würden.
  - (2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren.
- B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme entgegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung
- C. Die Fressattacke und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

---

<sup>1</sup> Der Body-Mass-Index wird als objektives Maß herangezogen, um das Verhältnis des Körpergewichts zur Körpergröße zu errechnen ( $BMI = \text{kg}/\text{m}^2$ ).

Auch hier sind die Diagnosekriterien innerhalb des ICD-10 sehr ähnlich. Statt des Punktes D taucht jedoch eine „krankhafte Furcht dick zu werden“ als Merkmal auf (Dilling et al., 2004).

Bei den beiden Störungsbildern atypische AN und atypische BN innerhalb des ICD-10 entsprechen die Symptome der jeweiligen Störung, allerdings können verschiedene Schlüsselsymptome nicht erfüllt sein. Zum Beispiel die Furcht vor der Gewichtszunahme, Amenorrhoe bei AN oder signifikanter Gewichtsverlust bei BN.

## **2.2 Epidemiologie**

Esstörungen haben in den vergangenen Jahrzehnten stark zugenommen. Die Lebenszeitprävalenz der Störung wird von Wittchen, Nelson und Lachner (1998) mit 3.0 % angegeben. Davon fallen 0.6 % auf die AN, 0.8 % auf die atypische AN, 0.9 % auf BN und 1.1 % fallen auf die atypische BN. Die Daten wurden in Deutschland erhoben und beziehen sich auf eine Stichprobe von 14-24 Jährigen. Die Zahlen für die weiblichen Betroffenen sind in allen Fällen gegenüber den Männern erhöht. Für die entsprechenden Zahlen und für die 12-Monats-Prävalenz, die von Wittchen et al. (1998) erhoben wurde, siehe Tabelle 2.

Tabelle 2: Prävalenzen für Essstörungen (Wittchen et al., 1998)

Bezeichnung nach DSM-IV	Lebenszeitprävalenz (%)			12-Monats-Prävalenz (%)		
	Gesamt	Männer	Frauen	Gesamt	Männer	Frauen
Alle Essstörungen	3.0	1.1	4.9	1.5	0.7	2.3
Anorexia nervosa	0.6	0.1	1.0	0.1	0.0	0.3
Atypische Anorexia nervosa	0.8	0.4	1.3	0.5	0.3	0.6
Bulimia nervosa	0.9	0.0	1.7	0.3	0.0	0.7
Atypische Bulimia nervosa	1.1	0.6	1.5	0.6	0.4	0.8

Eine neuere Studie (Preti et al., 2009) ergab für die europäischen Länder Belgien, Deutschland, Frankreich, Italien, die Niederlande und Spanien insgesamt die folgenden Lebenszeitprävalenzen für über 18-Jährige: AN 0.48 %, BN 0.51 % und für die Binge-Eating Störung 1.12 %. Die Werte die Frauen waren auch in diesem Fall 3- bis 8-mal höher. Dass die Zahlen geringer als erwartet ausfielen, erklärten sich die AutorInnen mit dem Wegfall der Kinder und Jugendlichen in ihrer Stichprobe. Für diese Altersgruppe (zwischen 11 und 17 Jahren) zeichnen Hölling und Schlack (2007) in ihrem *Kinder- und Jugendgesundheitsurvey* (KiGGS) ein dramatisches Bild: Die von ihnen erhobene Prävalenz verschiedener Essstörungssymptomen nach Selbstauskunft liegt für die Jungen bei 15.2 % und für die Mädchen bei 28.9 %. Es muss beachtet werden, dass dies nicht mit klinischen Prävalenzen für Essstörungen gleichgesetzt werden kann, allerdings zeigt sich in alarmierender Weise, wie verbreitet auffälliges Essverhalten unter jungen Menschen heute ist.

In der dritten Ausgabe der *Practice guidelines for the treatment of patients with eating disorders* der APA (2006) wird zusammenfassend geschrieben, dass die Zahlen stark von der Zusammensetzung der Stichproben und den Erhebungsmethoden abhängen. Die Spannweite der anzunehmenden Lebenszeitprävalenz wird hier mit 0.3 % bis 3.7 % für AN und mit 1 % bis 4.2 % für BN angegeben.

## 2.3 Stand der Forschung – Therapie bei Essstörungen

Bei der Behandlung von Essstörungen gibt es innerhalb der klinisch-psychologischen und psychiatrischen Forschung Unstimmigkeiten darüber, welche die am besten geeignete Therapie oder Intervention sei. Dies ist besonders im Falle der AN auffällig. In den Richtlinien des National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) wird daher auch für die AN darauf verzichtet, eine Empfehlung auf dem höchstmöglichen Niveau (Grad A) zu geben (National Collaborating Center for Mental Health, NCCMH, 2004).

Bereits Studien, welche sich mit der Frage beschäftigen, ob generell ambulante oder stationäre Therapien förderlicher seien, kommen nicht zu denselben Ergebnissen. Byford et al. (2007) erklären nach einer großangelegten RCT<sup>2</sup>-Studie in Großbritannien, dass zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede im Outcome zwischen zwei ambulanten und einer stationären Behandlung gefunden werden konnten, allerdings aufgrund von ökonomischen Überlegungen letztere vorgezogen werden sollte. Diesen Schluss ziehen auch Bulik, Berkman, Brownley, Sedway und Lohr (2007) aus ihrem systematischen Review in Bezug auf die Behandlung der AN. In den NICE-Richtlinien wird dagegen aufgrund vorhandener Studienergebnisse die Überlegenheit ambulanter Therapien hervorgehoben (NMCCH, 2004), was auch in den Behandlungsrichtlinien der APA (2006) zumindest für das Störungsbild AN bescheinigt wird.

Zu den konkreten evidenzbasierten Therapieformen fasst Röhrich (2008) in einer narrativen Literaturübersicht zusammen, dass sich innerhalb der letzten 50 Jahren der Outcome von Psychotherapiestudien im Bereich der Essstörungen nur unwesentlich verändert habe. Weiters sei die Literatur methodisch mangelhaft. Röhrich (2008) sieht in der Absenz klarer, handlungsweisender Evidenz und spezifischer Theorien zur Genese von Essstörungen eine Gefahr für die Bereitstellung von Ressourcen und für die Entwicklung effektiver Programme zur Prävention.

---

<sup>2</sup> RCT: randomized controlled trial

### 2.3.1 Therapieforschung – Anorexia nervosa

Bei Studien, die konkrete Therapieformen in ihrer Effektivität in der Behandlung der AN untersuchen, handelt es sich dabei häufig um kognitive Verhaltenstherapie (KVT; Johnson, Tsoh & Varnado, 1996; Wilson & Fairburn, 1993). Abgesehen davon liegt der Fokus – neben medikamentösen Therapien – unter anderem auf der dialektisch behavioralen Therapie (DBT; Salbach-Andrae et al., 2009), familientherapeutischen Interventionen (Dare, Eisler, Russel, Treasure & Dodge, 2001; Gowers, Norton, Halek & Crisp, 1994), oder interpersonaler Therapie (Rieger et al., 2010).

In der Studie von Salbach-Andrae et al. (2009) wurde die DBT der KVT gegenübergestellt. Dabei konnte keine Überlegenheit der einen gegenüber der anderen Behandlung nachgewiesen werden. Beide Formen zeigten allerdings einen signifikanten Effekt gegenüber einer Wartelisten-Kontrollgruppe, wenn als Outcome der BMI bzw. Vermeidung von Kalorienaufnahme, oder emotionale Befindlichkeit herangezogen wurde. Die familientherapeutischen Ansätze betreffend, handelt es sich bei Gowers et al. (1994) um ein kurzes ambulantes Therapieprogramm, das neben der Familienpsychotherapie auch individuelle Psychotherapie beinhaltet. Die Ergebnisse zeigten Verbesserungen in den Bereichen soziale und psychosexuelle Anpassung, sowie physische Faktoren. Auch Dare et al. (2001) konnten eine signifikante Überlegenheit der familientherapeutischen Behandlung über eine Kontrollgruppe nachweisen, welche eine low-contact Routinebehandlung erhielt. Ebenso zeigte sich in dieser Studie eine Überlegenheit der kognitiv-analytischen Therapie über die Kontrollgruppen-Bedingung.

Wilson und Fairburn erklärten 1993 die Wirksamkeit der KVT für AN als erstaunlich unerforscht. Schon 1996 kritisierten Johnson et al., dass die Interventionsforschung der KVT in Bezug zur AN methodisch mangelhaft sei und zu oft der Fokus allein auf der Wiederherstellung des Gewichts der PatientInnen läge. Während Hay et al. (2003) noch Jahre später in einem Review den Schluss zogen, für AN auf Basis der vorhandenen Literatur keine Empfehlung aussprechen zu können, und auch Bulik et al. (2007) zu dem Ergebnis kamen, dass die Stärke der Evidenz in Studien,

die Therapien für AN untersuchen, ungenügend sei, werden in den NICE-Richtlinien (NMCCH, 2004) trotzdem Empfehlungen für die folgenden Interventionen bei der Behandlung der AN genannt. Diese basieren allerdings alle nur auf dem Sicherheitsgrad C (keine kontrollierten Untersuchungen, lediglich Expertenmeinung und klinische Erfahrung): kognitive Verhaltenstherapie, kognitiv-analytische Therapie, interpersonelle Therapie, fokale psychodynamische Therapie und Familientherapie. Ziel dieser Therapien sollte in jedem Fall Risikoreduktion, Ermutigung zur Gewichtszunahme und zur gesunden Ernährung, sowie allgemeine Symptomreduktion sein. Dies soll die psychische und physische Erholung ermöglichen (NMCCH, 2004).

Zu den pharmakologischen Behandlungsmöglichkeiten ist zu sagen, dass zwar verbreitet Antidepressiva der Klasse trizyklische Antidepressiva und Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRI) in der Therapie eingesetzt werden, der Wirksamkeitsnachweis dieser Anwendung fehlt allerdings bisher (Biedert, 2008, Bulik et al., 2007). Auch Untersuchungen zur medikamentösen Behandlung mittels Hormonen (Östrogen, Testosteron, Progesteron) sowie Nahrungsergänzungsmittel liegen vor (Bulik et al., 2007) Zusammenfassend ist zu sagen, dass offenbar keine Medikamentenklasse alleine eine Verbesserung der Essstörungssymptomatik bewirken kann (Biedert, 2008). Zur Kombination verschiedener psychologischer und pharmakologischer Interventionen gibt es jedoch bisher auch keine Untersuchungen von ausreichender methodischer Qualität (Biedert, 2008; Bulik et al., 2007). Eine pharmakologische Behandlung ist jedoch bei entsprechender Komorbidität affektiver Störungen ein wichtiges Kriterium.

### **2.3.2 Therapieforschung – Bulimia nervosa**

Für BN konzentrieren sich die Forschungsinteressen neben der KVT (Anderson & Maloney, 2001; Johnson et al., 1996; Wilson & Fairburn, 1993) ebenfalls auf die DBT (Salbach-Andrae et al., 2009) und interpersonale Therapie (Agras, Walsh, Fairburn, Wilson & Kraemer, 2000; Rieger et al., 2010). Die genannten Studien kommen zu folgenden Ergebnissen: Wie für die AN auch, zeigte die Studie von Salbach-Andrae

(2009) keine Überlegenheit der KVT gegenüber der DBT und wiederum waren beide Interventionen der Wartelistenkontrollgruppe gegenüber effektiver. Bei der Untersuchung der interpersonalen Therapie konnten Agras et al. (2000) eine signifikante Überlegenheit der KVT feststellen, die sich in der Anzahl der PatientInnen, welche genesen – im Sinne des veränderten Essverhaltens – niederschlug. Bei der Behandlung der BN fassen Johnson et al. (1996) zusammen, dass KVT zumindest Wartelisten-Kontrollgruppen und unbehandelten Kontrollgruppen gegenüber überlegen sei, sowie rein verhaltenstherapeutischen Interventionen. Hay, Bacaltchuk, Stefano und Kashyap kommen in ihrem Review von 2009 zu dem Schluss, dass besonders speziell für das Störungsbild der BN entwickelte Ansätze der KVT am wirksamsten seien. Andere vielversprechende Interventionen seien längerfristige interpersonelle Psychotherapie und Selbsthilfeprogramme, welche hochstrukturierten KVT-Manualen folgen (Hay et al., 2009).

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch die AutorInnen der NICE-Richtlinien (NMCCH, 2004): Zunächst soll Erwachsenen, die an BN leiden, ein evidenzbasiertes Selbsthilfeprogramm empfohlen werden. Bei einer Therapie sollte zu einer bulimiespezifischen KVT geraten werden, wobei bei Jugendlichen nach Möglichkeit die Familie mit einbezogen werden sollte. Die bulimiespezifische KVT wird als Grad A Empfehlung ausgesprochen, welche den höchsten Sicherheitsgrad ausdrückt (kontrollierte Untersuchungen vorhanden). Als Alternative kann interpersonelle Psychotherapie nahegelegt werden, mit dem Hinweis, dass diese für eine entsprechende Wirksamkeit acht bis zwölf Monate beansprucht (Grad B).

In Bezug auf die pharmakologische Behandlung der BN ist zu sagen, dass Studien sich überwiegend mit dem Einsatz von Antidepressiva befassen. SSRIs haben sich gegen andere Klassen (tryzyklische Antidepressiva, Monoaminoxidase-Hemmer) aufgrund der geringeren Nebenwirkungen in der Behandlung durchgesetzt (Mitchell, Agras & Wonderlich, 2007). Bezüglich der Wirksamkeit fasst Biedert (2008) zusammen, dass Placebokontrollstudien belegen, dass diese Gruppe zwar wirksam ist in Bezug auf eine Reduktion der Kernsymptomatik, sowie komorbider Störungen. Es kann allerdings in den seltensten Fällen Symptomfreiheit erreicht werden. Im Vergleich zur Behandlung mit

KVT muss außerdem gesagt werden, dass die Behandlung mit Antidepressiva allein einer solchen unterlegen ist. Weitere Medikamente bzw. Wirkstoffe haben sich im Vergleich zu Antidepressiva weniger bewährt (Mitchell et al., 2007). Zu diesen gehören: Lithium, Opiatantagonisten und Antiepileptika.

### **2.3.3 Fazit?**

Aus den vorausgegangenen Abschnitten wird deutlich, dass die BN-Therapieforschung klarere Behandlungsempfehlungen hervorgebracht hat, als die entsprechende Forschung in Bezug auf AN. Die Gründe hierfür sieht de Zwaan (2005) in der geringeren Prävalenz der AN und darin, dass dieses Störungsbild oft ein rasches therapeutisches Handeln notwendig macht. Auch die ambivalente Haltung mit der anorektische PatientInnen einer Therapie gegenüberstehen, wird als Grund angeführt.

In beiden Fällen ist die am besten untersuchte Therapieform die KVT. In Bezug auf die Effektivität der KVT für BN wird sogar von einer Genesungsrate von schätzungsweise 40-50% gesprochen (Anderson & Maloney, 2001; de Zwaan, 2005). Was genau unter kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren verstanden wird, kann dabei durchaus variieren. Johnson et al. (1996) nennen als Komponenten der KVT bei Essstörungen Selbst-Monitoring, Exposition mit Reaktionsvermeidung, Energie-Balance-Training, kognitive Interventionen, persönliches soziales Problemlösen, Entspannungstraining, Körperbildtherapie und Rückfallprophylaxe. Das Therapiemanual von Jacobi, Thiel und Paul (2008) enthält als Phasen einer KVT für AN und BN Informationsvermittlung, Aufbau von Alternativverhalten, Bearbeitung zugrundeliegender Konflikte, Korrektur verzerrter Einstellungen, Stabilisierung und Rückfallanalyse. Baltruschat, Geissner und Bents (2006) fassen für den deutschsprachigen Raum zusammen, dass es sich meistens um ein Programm aus Ernährungsberatung, Einhaltung vorgeschriebener Mahlzeiten, kognitiver Umstrukturierung sowie Problemlösetechniken und Rückfallprophylaxe handelt.

Es handelt sich also weitgehend um Komplexbehandlungen, die versuchen, dem jeweiligen Störungsbild gerecht zu werden. Dass die Forschung in diese Richtung gehen sollte, nämlich dabei zu helfen, maßgeschneiderte Therapieprogramme zu entwickeln, die speziell auf die Kernsymptomatik der jeweiligen Essstörung abzielen und dabei sowohl effizient und für die PatientInnen annehmbar sind, fordern auch Bulik et al. (2007).

Ein Aspekt solcher Komplexbehandlungen, im Sinne multidisziplinärer therapeutischer Ansätzen, welche oft über die KVT hinausgehen, sollte die Behandlung der Körperschemastörung sein. Diese ist – wie bereits gezeigt wurde – ein Kernsymptom sowohl bei AN als auch bei BN. Im Folgenden wird auf dieses Konstrukt und die Implikationen, welche sich daraus in Hinsicht auf die Therapie von Essstörungen ergeben, näher eingegangen.

### **3 Körperbild und Körperschemastörung**

Bevor auf die Rolle der Körperschemastörung innerhalb der Essstörungssymptomatik genauer eingegangen wird, soll zunächst ein Überblick gegeben werden, was unter den vielbemühten Begriffen Körperbild und Körperschema verstanden wird. Des Weiteren soll in diesem Kapitel dann eine Übersicht über diagnostische Möglichkeiten und Behandlungsansätze gegeben werden.

#### **3.1 Begriffsklärung**

Was genau wird gemeint, wenn von einer „Störung des Körperbildes“ oder „Körperschemastörung“ gesprochen wird? Was hat es überhaupt mit dem Begriff „Körperbild“ auf sich? Eine kleine Begriffsklärung.

##### **3.1.1 Körperkonzept, Körperphantasie, Körperwissen?**

Während im Englischen recht einheitlich der Begriff „body image“ verwendet wird, gibt es im Deutschen ein Vielzahl von Definitionen, die versuchen, jeweils sehr komplexen Konzepten gerecht zu werden. So wird neben *Körperbild* auch von *Körperschema*, *Körper-Ich*, *Körper-Selbst*, *Körperkonzept* oder *Körperphantasie* gesprochen. Teilweise meinen diese Begriffe unterschiedliche Konzepte, jedoch gibt es auch viele Überschneidungen (Vocks & Legenbauer, 2005).

Joraschky und Pöhlmann (2008) erklären den Begriff des Körperschemas folgendermaßen: Wir alle verfügen über zielsichere Wahrnehmungs- und Bewegungsschemata, die uns die Bewegung und Orientierung im Raum ermöglichen. Die neuropsychologische, sowie neurophysiologische Erforschung dieser Schemata findet unter

dem Oberbegriff Körperschema statt. Demgegenüber grenzen die AutorInnen den Begriff des Körperbildes ab. So sehen sie hierin – in Anlehnung an Dolto (1987) – „den subjektiv phänomenalen Funktionsbereich, alle körperbezogenen Vorstellungen und Gefühle, die in unterschiedlichem Maße bewusstseinsfähig sind“ (Joraschky & Pöhlmann, 2008, S. 26). Das psychoanalytische Konzept des Körperbildes betont seine Konstruktion aus optischen, kinästhetischen und taktilen Erfahrungen. Es wird die Metapher eines Gemäldes herangezogen, das mehrmals übermalt werden kann. So entstehen Schichten, die Bilder zeigen, welche zusammenpassen, oder auch nicht, wodurch eine produktive ebenso wie eine destruktive Spannung herrschen kann (ebd., S. 27).

Röhrich (2009) sieht das Konzept des Körperbildes als einen Teilbereich des Körpererlebens. Hierunter versteht er alle perzeptiven, kognitiven, emotionalen und motorischen Aspekte, die den Körper betreffen. Das Körperbild wiederum setzt sich nach seiner Konzeption zusammen aus den einzelnen Bereichen Körperphantasie, Körpereinstellung, Körperwissen/Körperkonzepte. Röhrich (2009) beschreibt diese Aspekte als teilweise höchst veränderungssensitiv und schreibt ihnen wesentliche, individuelle Funktionen zu, wie unter anderem das Selbstgefühl, Körpergrenzsetzung und die Geschlechtsrollenidentität.

Innerhalb der deutschsprachigen klinischen Psychologie wurde es notwendig eine einheitliche Idee davon zu entwickeln, wie eine Störung dieses Körperbildes bzw. ein sehr negatives Körperbild verstanden werden soll. In den vergangenen Jahren hat sich dabei – nicht zuletzt wegen der Aufnahme in die Diagnosekriterien des deutschsprachigen ICD-10 – die Körperschemastörung als ein Begriff durchgesetzt. Analog dazu wird die Körperbildstörung angeführt. Diese wird meist verwendet im Sinne einer Übersetzung der „body image disturbance“. So legen sowohl Vocks und Legenbauer (2005) ihrer Körperbildtherapie, als auch Böse (2002) seiner Body-Image-Therapie eine Definition des Körperbildes zugrunde, die sich stark an die angloamerikanische Forschungsliteratur anlehnt. Dort wird das Körperbild in verschiedene Komponenten zerlegt, für welche jeweils beschrieben werden kann, was eine Störung in diesem Bereich bedeutet. Dieses Modell soll nun näher beschrieben werden.

### 3.1.2 Komponenten des Körperbildes und mögliche Beeinträchtigungen

Eine sehr häufig zitierte Definition des Konstruktes Körperbild (bzw. body image) stammt von Slade aus dem Jahr 1988 (S. 20):

“[...] the picture we have in our minds of the size, shape and form of our bodies; and to our feelings concerning the size, shape and form of our bodies, and its constituent parts.”

Während in dieser Definition der Schwerpunkt zum einen auf der Wahrnehmung und zum anderen auf den Gefühlen gegenüber dem Körper liegen, wird in einer späteren Definition von Rosen (1995, S. 369) auch der Einfluss auf das Verhalten betont:

“[...] a person’s mental image and evaluation of his or her physical appearance and the influence of these perceptions and attitudes on behavior.“

In dem Wort „evaluation“ versteckt sich eine Verarbeitung und Bewertung der eigenen Wahrnehmung, bevor diese Einfluss auf das Verhalten ausüben kann. Die Wahrnehmung wird gefiltert durch Gedanken und Grundannahmen welche wiederum Emotionen auslösen. Diese beiden Definitionen vereinernd, wird in der Fachliteratur heute von den folgenden vier Komponenten des Körperbildes ausgegangen: perzeptive, kognitive, affektive und behaviorale Komponente (Böse, 2002; Tuschen-Caffier, 2008; Vocks & Legenbauer, 2005; Vocks, Legenbauer, Troje & Schulte 2006).

*Perzeptive Komponente:* Diese umfasst die Wahrnehmung des Körpers im Sinne der Größe, Breite und des Umfangs. Eine Störung dieser Komponente bedeutet eine Wahrnehmungsungenauigkeit, im Sinne einer Überschätzung der Maße des Körpers oder einzelner Körperteile (Slade, 1988; Tuschen-Caffier, 2008; Vocks & Legenbauer, 2005). Der Körper oder einzelne Körperteile (wie Hüfte, Oberschenkel, etc.) werden breiter oder dicker wahrgenommen und auch so eingeschätzt<sup>3</sup> als es der Realität entspricht.

*Kognitive Komponente:* Diese Ebene umfasst Gedanken und Grundannahmen bezüglich des eigenen Körpers. Eine Störung zeigt sich hier durch häufig auftretende

---

<sup>3</sup> Zu den Möglichkeiten des Einschätzens des Umfangs, siehe Abschnitt 3.5.1

falsche oder dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen (Cash, 2004; Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999; Vocks & Legenbauer, 2005). Wie zum Beispiel: „Mit diesem Körper wird mich nie jemand lieben!“ oder „Wenn ich zunehme, werden sich andere von mir abwenden.“

*Affektive Komponente:* Emotionen bezogen auf das eigene Erscheinungsbild werden unter diesem Punkt zusammengefasst. Liegt eine Störung vor, handelt es sich vor allem um negative Emotionen wie Angst, Dysphorie, Ekel und Unbehagen (Slade, 1988; Tuschen-Caffier, 2008; Vocks & Legenbauer, 2005).

*Behaviorale Komponente:* Im Falle einer Störung auf dieser Ebene kann im Verhalten vor allem eine Vermeidungstendenz beobachtet werden. Es werden solche Situationen oder Objekte vermieden, die zu einer Aktivierung der körperbildbezogenen Bedenken führen könnten (z.B. ins Freibad gehen, enganliegende Kleidung tragen, etc.; Böse, 2002; Thompson et al., 1999; Tuschen-Caffier, 2008). Ebenso kann allerdings in manchen Fällen auch eine übertriebene Beschäftigung mit dem eigenen Körper auf der Verhaltensebene beobachtet werden, wie häufiges Wiegen, „Body check“ (Überprüfen relevanter Körperteile) etc. (Tuschen-Caffier, 2008).

Die vier Komponenten müssen als interdependent angesehen werden. Ihre die Störung aufrechterhaltende Dynamik kann folgendermaßen erklärt werden (Vocks & Legenbauer, 2005): Durch bestimmte Ereignisse wie beispielsweise Hänseleien, Kritik oder der Blick in den Spiegel wird ein negatives Körperbild aktiviert. Dies führt zu negativen Emotionen (wie Ekel oder Scham) und Gedanken (wie „ich bin unförmig!“ oder „So soll mich niemand sehen!“). Auf diese Gedanken und Gefühle folgt ein störungsspezifisches Verhalten, welches sich – wie oben erwähnt – in Vermeidung, oder auch übertriebener Aufmerksamkeit auf den Körper, bestimmte Körperteile oder das Aussehen allgemein äußern kann. Die Bewältigungsstrategien sind dysfunktional, was bedeutet, dass sie nicht – oder nur kurzfristig – zu einer Auflösung der negativen Affekte und Gedanken führen.

Diese aufrechterhaltende Dynamik setzt allerdings voraus, dass sich ein negatives Körperbild bereits entwickelt hat. Wie es dazu kommt, soll im Folgenden behandelt

werden. Zuvor wird allerdings noch zusammenfassend auf Genderunterschiede in Bezug auf das Körperbild eingegangen.

### **3.2 Gender Unterschiede**

Da sich in verschiedenen Publikationen zeigte, dass es verschiedene bedeutende Unterschiede zwischen Männern und Frauen bezüglich ihres Körperbildes gibt, soll dieser Aspekt zusammenfassend dargestellt werden. Dies ist auch insofern wichtig, da in dieser Arbeit im Folgenden nur noch auf Frauen eingegangen wird.

Benninghofen, Tadic, Kuntzendorf und Jantschek (2007) beschreiben eine Veränderung der männlichen Körperideale in der Vergangenheit. Im Gegensatz zu Frauen zeichne sich der ideale männliche Körper heute nicht nur durch wenig Fett, sondern auch durch Muskelmasse aus. Fehlende Muskulatur bewirkt sowohl bei Männern mit, als auch ohne Essstörung Körperunzufriedenheit. Die AutorInnen stellen fest, dass bei der Behandlung einer Essstörung bei Männern dem Körperbild ein ebenso großer Platz eingeräumt werden sollte wie bei Frauen, wobei die Muskulatur dabei zusätzliche Beachtung finden sollte.

Feingold und Mazella (1998) betonen, dass in den 50 Jahren vor Erscheinen ihres Artikels ein dramatischer Anstieg der Körperunzufriedenheit bei Frauen zu finden sei, welcher bei Männern in diesem Ausmaß nicht berichtet werden könne. In diese Richtung deutet auch eine Studie von Grabhorn, Köpp, Gitzinger, Wietersheim und Kaufhold (2003), welche zu dem Schluss kommt, essgestörte Patienten zeichneten sich neben andern Unterschieden in der Symptomatik durch eine höhere Körperzufriedenheit aus als Patientinnen. Striegel-Moore et al. (2009) fanden im Bereich der behavioralen Komponente häufiger kontrollierendes als auch vermeidendes Verhalten bei Frauen als bei Männern mit Essstörungen.

Es muss demnach von Genderunterschieden ausgegangen werden. Eine Vermischung der beiden Geschlechter würde der Problematik nicht gerecht werden. Aus diesem Grund konzentriert sich sowohl die theoretische Auseinandersetzung als auch die vorgestellte Studie in dieser Arbeit auf weibliche Patientinnen.

### **3.3 Faktoren bei der Entstehung eines negativen Körperbildes**

Vocks und Legenbauer (2005) nehmen bei der Betrachtung der Einflussfaktoren, welche an der Entwicklung des Körperbildes beteiligt sind, eine grobe Unterteilung in soziokulturelle und individuelle Faktoren vor. Wenngleich andere AutorInnen eine differenziertere Aufgliederung bevorzugen, soll in den folgenden beiden Abschnitten versucht werden, gefundene Forschungsergebnisse diesen beiden großen Themen unterzuordnen. Es muss allerdings beachtet werden, dass die Faktoren keinesfalls als voneinander unabhängig angesehen werden dürfen. Beide Komponenten stehen miteinander in Wechselwirkung, bedingen sich gegenseitig, können einander verstärken und zusammen ein negatives Körperbild hervorbringen (Clark & Tiggemann, 2008). So fassen Gowers und Shore (2001) zusammen, dass die Ursprünge von Figur- und Gewichtssorgen multifaktoriell zu verstehen seien, wobei biologische, familienbezogene und soziokulturelle Aspekte vorherrschen. Cash (2005) kritisiert, dass jedoch in der Forschung dabei zu sehr auf Risikofaktoren anstatt auf Resilienz und Schutzfaktoren fokussiert wird.

#### **3.3.1 Soziokulturelle Faktoren**

Es bietet sich an, allgemeine und spezifische soziokulturelle Faktoren zu unterscheiden (Vocks & Legenbauer, 2005). Allgemeine soziokulturelle Faktoren sind solche, welchen jede Person innerhalb einer Gesellschaft ausgesetzt ist. Standards einer Gesellschaft werden schon in frühester Kindheit internalisiert. In unserer westlichen

Gesellschaft ist zu beobachten, dass das weibliche Ideal in den letzten Jahrzehnten immer schlanker wurde. Dies ist gegenläufig zu der Entwicklung des realen Gewichts in der Bevölkerung. Es gibt also inzwischen eine starke Diskrepanz zwischen der Realität und dem Ideal, welche sich in Form von Druck in Richtung Schlankheit bemerkbar macht. Als vermittelnd werden dabei Print- sowie Videomedien gesehen. Verschiedenen AutorInnen sehen sie als bedeutende Faktoren in der Verbreitung eines weiblichen Schlankheits- und Schönheitsideal, welches unrealistisch ist und die Akzeptanz bestimmter physischer Merkmale erschwert (Cash, 2005; Stormer & Thompson, 1996; Wiseman, Gray, Mosimann & Ahrens, 1992). Wiseman et al. (1992) untersuchten das amerikanische Playboy-Magazin, aus den Jahren 1979 bis 1988 und stellten ein durchschnittliches Körpergewicht der abgebildeten Frauen fest, welches 13-19% unter dem zu erwartenden Gewicht der entsprechenden Altersgruppe lag. Außerdem zeigten sie, dass bei Miss America Kandidatinnen zwischen 1979 und 1988 eine signifikante Abnahme des Körpergewichts zu verzeichnen war. Die AutorInnen stellten überdies einen Zusammenhang zwischen dieser Entwicklung und der höher werdenden Frequenz an Artikeln über Diäten und Sportübungen in Magazinen her.

Spezifische soziokulturelle Faktoren dagegen betreffen einzelne Gruppen, für welche ein bestimmtes Ideal Voraussetzung für das Ausüben eines Hobbys oder eines Berufs ist. Beispielsweise Schlankheit und geringes Körpergewicht bei Balletttänzerinnen, SportlerInnen oder Models (Vocks & Legenbauer, 2005).

### **3.3.2 Individuelle Faktoren**

Wenn allgemeine soziokulturelle Faktoren jedes Mitglied einer Gesellschaft und spezifische soziokulturelle Faktoren jedes Mitglied einer Gruppe betreffen, woran liegt es dann, dass nicht alle ein negatives Körperbild entwickeln? Cafri, Yamamiya, Brannick und Thompson (2005) untersuchten in einer Meta-Analyse folgende Faktoren, welche den soziokulturellen Einfluss auf das einzelne Individuum besser erklären sollen: Bewusstheit eines Schlankheitsideals, Internalisierung eines Schlankheitsideals und

wahrgenommener Druck, schlank zu sein. Die Ergebnisse der Meta-Analyse zeigten, dass alle drei Konstrukte einen statistisch signifikanten Zusammenhang mit dem Körperbild aufweisen. Wobei sich vor allem die Internalisierung und der wahrgenommene Druck auf das Körperbild negativ auszuwirken scheinen.

Weiters gehören zu den individuellen auch körperliche Faktoren, wie Gewichtsschwankungen, Übergewicht oder „unvorteilhafte“ Körperproportionen (Vocks & Legenbauer, 2005). Mädchen mit einem höheren BMI scheinen eher dazu zu neigen, ein Schlankheitsideal zu internalisieren, sie verspüren einen größeren Wunsch, dünner zu sein und zeigen damit einhergehend ein geringeres Körper-Selbstbewusstsein (Clark und Tiggemann, 2008; Smolak, 2002). Im Bereich der körperlichen Faktoren wurde der Fokus auch auf den Zeitpunkt des Einsetzens der Menstruation gerichtet. Stormer und Thompson (1996) prüften die Hypothese, ob ein frühzeitiges Einsetzen mit einer stärkeren Ausprägung an Körperunzufriedenheit einhergehe. Dies fanden sie in ihren Ergebnissen jedoch nicht bestätigt.

Einen bedeutsamen Einfluss auf die Entwicklung eines negativen Körperbildes scheint auch die individuelle Lerngeschichte zu haben. Sensorische Informationen formen die allgemeine mentale Repräsentation des Körpers (Vocks & Legenbauer, 2005). So ist jegliche visuelle, kinästhetische und taktile Erfahrung beteiligt an der Entwicklung des Körperbildes. Stormer und Thompson (1996) zählen dazu Faktoren der kindlichen Entwicklung, wie beispielsweise häufig negativen Kommentaren bezüglich des Aussehens und/oder Gewichtes ausgesetzt zu sein. Hierbei ist der Einfluss der Eltern maßgeblich (Smolak, 2002; Smolak, Levine & Schermer, 1999; Stormer & Thompson, 1996). Eltern, welche abfällige Bemerkungen gegenüber dem Aussehen ihres Kindes tätigen, oder aber Körperunzufriedenheit und Angst vor Gewichtszunahme im Sinne eines Modells vorleben, können negative Auswirkungen auf das Körperbild eines Kindes haben.

Ebenso ist der Einfluss von Gleichaltrigen – sogenannten Peers – nicht zu vernachlässigen. Auch in diesem Fall können abfällige Bemerkungen, aber auch Diskussionen über Körperformen, Gewichtssorgen oder Gewichtskontroll-Techniken negative Auswirkungen haben (Levine & Smolak, 2002; Smolak, 2002; Stormer &

Thompson, 1996; Tantleff-Dunn & Gokee, 2002). Auch soziale Vergleiche haben einen starken Einfluss: Jemand, der sich häufig mit anderen vergleicht, insbesondere mit „attraktiveren“ Personen, hat ein größeres Risiko eine Körperunzufriedenheit zu entwickeln (Berger, Weitkamp & Strauss, 2009; Stormer & Thompson, 1996; Tantleff-Dunn & Gokee, 2002).

Persönlichkeitsmerkmale wie niedriges Selbstwertgefühl, Depressivität oder Ängstlichkeit kommen ebenfalls als Faktoren infrage, welche sich negativ auf das Körperbild auswirken (Vocks & Legenbauer, 2005). Lewis und Donaghue (2005) untersuchten, wie sehr das Ausmaß, in dem das Körperbild im Leben einer Frau ein Hauptanliegen ist, und das Ausmaß, in dem es mit dem Streben nach anderen Zielen im Leben in Verbindung steht, einen Einfluss darauf hat, wie sehr eine mögliche körperliche Unzufriedenheit ihr Wohlbefinden beeinträchtigt. Die Ergebnisse der Studie zeigten, dass der vermutete Zusammenhang im Sinne einer moderierenden Beziehung besteht.

Swami, Hadji-Michael und Furnham (2008) folgten der oben erwähnten Kritik von Cash (2005), dass in der Forschung zum Körperbild zu sehr auf Risikofaktoren fokussiert wird und sahen sich – im Sinne einer positiven Psychologie – näher an, welche Eigenschaften mit einem positiven Körperbild in Verbindung stehen. Dabei ergaben sich selbst eingeschätzte Attraktivität, Bildungsstatus, emotionale Stabilität und Extraversion als signifikante Prädiktoren einer positiven Einschätzung des eigenen Körpers.

### **3.4 Rolle innerhalb der Essstörungssymptomatik**

Warum ist das Konzept des Körperbildes für die Beschreibung, Diagnose und Ätiologie von Essstörungen so bedeutsam? Wie bereits unter Punkt 2.1 beschrieben, ist innerhalb der Symptomatik der Essstörungen AN und BN ein negatives Körperbild ein zentrales Merkmal. Als erste beschrieb Hilde Bruch, eine Pionierin der Essstörungsforschung, diesen Zusammenhang (Bruch, 1987). Heute ist sowohl im ICD-10 (Dilling et al., 2004) als auch im DSM-IV-TR (Saß et al., 2003) eine Störung des Körperbildes als

Diagnosekriterium festgelegt. So beinhalten die Kriterien B und C für AN im DSM-IV-TR zum einen die Angst dick zu werden, bzw. vor einer Gewichtszunahme, zum anderen eine Störung der Wahrnehmung des eigenen Gewichts und der eigenen Figur. Zusätzlich wird von einem übertriebenen Einfluss des Gewichts auf die Selbstbewertung ausgegangen. Innerhalb der ICD-10 Klassifikationen für AN und BN ist die Körperschemastörung jeweils unter Kriterium 3 erwähnt, als eine Angst dick zu werden und eine sehr niedrige Gewichtsschwelle, die Betroffene für sich festlegen.

In der Forschungsliteratur wird einhellig davon ausgegangen, dass die Körperschemastörung mit der Essstörungssymptomatik korreliert (Böse, 2002; Cattarin & Thompson, 1994; Garner, 2002; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004; Stice, 2002a,b). In einer Meta-Analyse von Cash und Deagle (1997) wurden dabei auf Unterschiede zwischen AN und BN Patientinnen eingegangen: Während sich bei der Erhebung von Körperbildeinstellung – also der kognitiven Komponente – signifikante Unterschiede zwischen den Differenzen beim Vergleich BN-Kontrollgruppe und AN-Kontrollgruppe ergaben, war kein signifikanter Unterschied bei Erhebung der Wahrnehmungsverzerrung zu verzeichnen. Sepúlveda, Botella und León (2002) replizierten und erweiterten diese Metaanalyse, wobei sie auch Studien aus dem europäischen und asiatischen Raum miteinbezogen. Sie berichteten für beide Störungsbilder positive Effektstärken, allerdings waren diese unterschiedlich stark. Für AN ergibt sich eine mittlere Effektstärke (Hedge's  $g$ ) von 0.55, wenn das Ausmaß der Körperbildstörung mit einer Kontrollgruppe verglichen wurde, für BN dagegen betrug die mittlere Effektstärke 1.02. Für die Erhebung der kognitiven Komponente fanden Sepúlveda et al. (2002) folgende Effektstärken für AN und BN:  $d = 0.67$  und  $d = 1.12$ .

Während noch bei Cash und Deagle (1997) kein signifikanter Unterschied zwischen AN und BN in Bezug zur perzeptiven Komponente gefunden werden konnte, ist dies in der Studie von Sepúlveda et al. (2002) der Fall ( $d = 0.38$  und  $d = 0.70$ ,  $p < .001$ ). Es wird allerdings angemerkt, dass die Homogenitätstests für diese Berechnungen signifikant waren, was bedeutet, dass eine deutliche Heterogenität zwischen den einbezogenen Studien vorhanden war. Die AutorInnen untersuchten daher verschiedene Variablen zur Aufklärung dieser Heterogenität. Unter anderem wurde

dabei auf die unterschiedlichen Möglichkeiten der Messung des Körperbildes hingewiesen, welche im nächsten Kapitel dargestellt wird.

Studien, die sich der Frage widmen, ob nun die Körperbildstörung der Essstörung vorangeht oder umgekehrt, zeigen, dass bereits vor dem Auftreten einer Essstörungsproblematik eine Störung des Körperbildes vorliegen kann und ein gestörtes Körperbild ein maßgeblicher Risikofaktor bei der Entstehung einer Essstörung ist (Berger et al., 2009; Cash & Deagle, 1997; Stice, 2002a). Ebenso steht die Körperbildstörung im Zusammenhang mit einem ungünstigen Verlauf der Krankheit und erhöht die Rückfallwahrscheinlichkeit nach einer Behandlung (Cash & Deagle, 1997; Cattarin & Thompson, 1994; Jacobi et al., 2004; Stice, 2002a). Die Körperbildstörung ist ein belastendes Problem, welches der Essstörung vorangeht und selbst dann ein Kampf bleibt, wenn andere Symptome bereits kontrolliert werden können. Daher ist die Beachtung bei der Diagnostik und vor allem innerhalb der Behandlung unerlässlich. Im Folgenden werden Ansätze zur Erfassung der Störung dargestellt und Behandlungsansätze erläutert.

### **3.5 Diagnostische Ansätze**

Wie wird die Störung des Körperbildes bzw. die Körperschemastörung erfasst? Bei der Vorstellung der verschiedenen Diagnoseinstrumente macht es Sinn sich auf die bereits vorgestellten vier Komponenten der Störung zu beziehen.

#### **3.5.1 Perzeptive Komponente**

Die ersten Versuche eine Körperschemastörung messbar zu machen, sind diesem Bereich zuzuordnen. Zu diesem Zweck wurde der Body-Distortion-Index (BDI) von Slade und Russel (1973; zitiert nach Thompson et al., 1999) konzeptualisiert. Dieser beruht auf

einer einfachen Formel<sup>4</sup> und soll ein objektives Maß der Störung ermöglichen. Slade und Russel verwendeten den sogenannten Movable-caliper-technique-Apparat, dieser war mit Lämpchen versehen, die man auf Schienen bewegen konnte und so die geschätzte Breite verschiedener Körperteile einschätzen konnte. Diese Technik wurde in den Folgejahren vielfach adaptiert und weiterentwickelt. Zu nennen ist hier beispielsweise der Adjustable-Light-Beam-Apparatus (ALBA) von Thompson und Spana, (1988)<sup>5</sup>. Zusätzlich entstanden Verfahren, die den Patienten ermöglichten, die Dimensionen ihres gesamten Körpers anzupassen. Dies ist möglich durch Video- oder Fotografie-Verzerr-techniken<sup>6</sup>, welche in den vergangenen Jahren diejenige Methode darstellten, welche am häufigsten angewandt wurde (Skrzypek, Wehmeier & Remschmidt, 2001).

Mit der Zeit geriet der Aspekt der Überschätzung der Körpermaße allerdings in den Hintergrund. Dies ist damit zu erklären, dass die Forschung zu dieser Komponente der Körperschemastörung keine einheitlichen Befunde liefern konnte. Während Willmuth, Leitenberg, Rosen, Fondacaro und Gross (1985) noch zeigten, dass BN-Patientinnen bestimmte Körperteile in ihrer Größe signifikant gegenüber einer gesunden Kontrollgruppe überschätzten, konnten in anderen Studien keine Unterschiede zwischen diesen Gruppen gefunden werden (Probst, Vandereycken & van Coppenrolle, 1997; zit. nach Tuschen-Caffier, 2005), oder die Unterschiede existierten, die Schätzungen der bulimischen Patientinnen waren aber adäquater (Kullbartz-Klatt, Florin & Pook, 1999).

Ähnliche Unklarheiten werden im Bereich der AN berichtet (Tuschen-Caffier, 2005; Probst, Vandereycken, van Coppenolle & Pieters, 1995). So stellten Probst et al. (1995) fest, dass sich anorektische Patientinnen bei einer Videoverzerrtechnik auf einem lebensgroßen Bildschirm sowohl über, als auch unter, oder innerhalb der normalen Spannweite einschätzten. Auch konnte kein signifikanter Zusammenhang zwischen der Einschätzung der Körperweite und klinischen Variablen gefunden werden (Probst, Vandereycken, Vanderlinen & van Coppenolle, 1998). Fernández-Aranda, Dahme und

---

<sup>4</sup>  $(\text{geschätzter Umfang} / \text{aktueller Umfang}) \times 100$

<sup>5</sup> Für eine Übersicht über andere Verfahren siehe Böse (2002) und Rosen (1996).

<sup>6</sup> Auch hier bieten Böse (2002) und Rosen (1996) eine gute Übersicht über entsprechende Verfahren.

Meermann (1999), fanden sowohl für BN- als auch für AN-Patientinnen in ihrer Studie keine Evidenz dafür, dass Körperumfang-Einschätzungen mit dem Therapieoutcome in Verbindung stehen. Cash und Deagle (1997) finden in ihrer Metaanalyse die Kritik derjenigen ForscherInnen bestätigt, welche die Überschätzung der Körpermaße als ein relativ schwaches, instabiles und nicht-pathologisches Phänomen sehen.

So konzentriert sich die Forschung verstärkt auf die affektiven und kognitiven Aspekte.

### **3.5.2 Kognitive, affektive Komponenten und generelle Zufriedenheit**

In diesem Bereich wurden anfangs neben Fragebögen auch projektive Verfahren, Interviewtechniken und Silhouettenmethoden eingesetzt (Ben-Tovim & Walker, 1991). Bei letzteren soll aus einer Reihe von Körperabbildungen in Silhouettenform, welche von sehr schlank bis sehr dick reicht, diejenigen ausgewählt werden, welche einerseits dem eigenen Idealbild entspricht und andererseits der Selbsteinschätzung des eigenen Körpers. Über die Differenz dieser Einschätzungen kann ein Maß der (Un)zufriedenheit mit dem eigenen Körper erfasst werden. Heute werden hauptsächlich Fragebögen eingesetzt, die auf Selbstauskunft der PatientInnen beruhen. Inwieweit die Inhalte durch diese Methode erfassbar sind bzw. in welchem Maße sie überhaupt bewusstseinsfähig sind, ist umstritten (Tuschen-Caffier, 2005). Wichtig zu nennen, sind laut Böse (2002) und Tuschen-Caffier (2005) die folgenden Verfahren bzw. Skalen: die Skala „körperliche Unzufriedenheit“ des Eating Disorder Inventory (EDI-2; Garner, 1991), weiters die Frankfurter Körperkonzept Skalen (FKKS; Deusinger, 1998), der Fragebogen zur Bewertung des eigenen Körpers (FBek; Strauß & Richter-Appelt, 1996) sowie der Fragebogen zum Körperbild (FBK-20, Clement & Löwe, 1994). Auf die für die vorliegende Studie bedeutenden Verfahren wird unter Punkt 5.3 näher eingegangen.

### 3.5.3 Verhaltensbezogene Komponente

Vermeidungsverhalten kann im stationären klinischen Kontext teilweise beobachtet werden. In Anamnesegesprächen kann erfragt werden, wie sich die Störung im Alltag zeigt, indem beispielsweise nach der Häufigkeit, in der eine Person ins Schwimmbad geht, welche Kleidung bevorzugt getragen wird, oder wie oft und wie lange die Person sich im Spiegel betrachtet, gefragt wird. Auch Fragebögen, welche körperbildbezogenes Verhalten erfragen, konzentrieren sich in etwa auf solche Aspekte. Aus dem englischsprachigen sind hier folgende Verfahren zu nennen: Der Body Image Avoidance Questionnaire (BIAQ; Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991), der in 19 Items Vermeidungsverhalten in Bezug auf Situationen, welche Bedenken bezüglich des eigenen Aussehens provozieren, abfragt, der Physical Appearance Behavioral Avoidance Test von Thompson, Heinberg und Marshall (1994), welcher sich ebenfalls auf Vermeidungsverhalten bezieht und der Body Checking Questionnaire (Reas, Whisenhunt, Netemeyer, & Williamson, 2002). Letzterer erfasst kontrollierendes bzw. überprüfendes Verhalten gegenüber bestimmten Körperteilen, dem gesamten Körper, sowie Kontrollrituale.

In Studien, in denen Videokonfrontationen durchgeführt werden, wird teilweise die Dauer, mit welcher die PatientInnen bestimmte Körperregionen betrachten, mittels Eyetracking erfasst (Jansen, Nederkoorn & Mulkens, 2005). In der Studie von Jansen et al. (2005) konnte dabei festgestellt werden, dass essgestörte Probandinnen solche Körperregionen länger fixieren, welche sie selbst als hässlich empfinden, während gesunde Probandinnen das gegenteilige Verhalten zeigen. Das Muster der Blickbewegungen und -dauer könnte folglich als Maß für einen Therapieerfolg herangezogen werden. Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht und Hilbert (2003) maßen die Zeit, welche Probandinnen brauchten, um bestimmte Körperteile zu beschreiben und stellten fest, dass AN-Patientinnen schneller in der Beschreibung sogenannter Problemzonen waren. Dieses Ergebnis wird von den AutorInnen als mögliches Vermeidungsverhalten gedeutet.

### 3.5.4 Kritik und methodische Überlegungen

Aus der genannten Vielfalt an Methoden, welche herangezogen werden, um ein und das selbe Konstrukt zu messen, ergeben sich einige Kritikpunkte: Zunächst kann gefolgert werden, dass das Gemessene nicht einfach Körperbild genannt werden sollte, sondern differenziert darauf hinzuweisen ist, welcher Aspekt des Körperbildes bzw. der Körperbildstörung gemeint ist. Wird nur ein Aspekt erfasst, wäre es dementsprechend falsch, daraus auch Schlüsse für die anderen Komponenten zu ziehen. Thompson, Altabe, Johnson und Stormer (1994) führten eine Faktorenanalyse durch, um der Frage nachzugehen: „Body Image Disturbance: Are we all measuring the same construct?“ Sie fanden sowohl für eine Stichprobe von gesunden Jugendlichen, als auch für eine Stichprobe von gesunden Erwachsenen, einen einzelnen Faktor der einen großen Teil der Varianz des Konstruktes Körperbild erklärt (je 54% bzw. 66% der Varianz). Es muss allerdings beachtet werden, dass in der genannten Studie ausschließlich untersucht wurde, inwieweit eine Unterscheidung in affektive, kognitive und verhaltensbezogene Aspekte sinnvoll ist. Die perzeptive Komponente wurde nicht beachtet.

Ben-Tovim und Walker (1991) merken außerdem an, dass bei Testverfahren, welche auf Selbstauskunft beruhen, berücksichtigt werden muss, dass diese durch soziale Erwünschtheit und Verleugnung verfälscht werden können. Die Autoren schlagen vor, dies zu umgehen, indem ProbandInnen bei der Erhebung körperbildrelevanter Aspekte emotional aktivierenden Stimuli ausgesetzt werden. Außerdem halten sie es für sinnvoll, Erhebungsmethoden davon abzuleiten, was Frauen selbst für relevant halten.

Die Überschätzung der Körperumfangs, sollte nach den genannten Unstimmigkeiten wenn überhaupt, dann nicht allein als Parameter zur Erfassung einer Körperbildstörung herangezogen werden, da es nur eine Subgruppe von Patientinnen zu sein scheint, welche sich tatsächlich überschätzen und somit der prognostische Wert zu hinterfragen ist (Skzrypek et al., 2001).

Verschiedene Autoren empfehlen zur umfassenden Erhebung der Körperschemastörung in Studien eine Testbatterie, die einer multidimensionalen Konzeptualisierung folgt und in diesem Sinne möglichst alle genannten Aspekte erfasst (Böse, 2002; Hrabosky et al., 2009; Skrzypek et al., 2001; Tuschen-Caffier, 2005). Eine exakte Diagnostik ist deshalb wichtig, weil von ihr entsprechende Interventionen abgeleitet werden sollen. Behandlungsansätze für essgestörte PatientInnen bei denen eine Körperbildstörung vorliegt, werden im Folgenden diskutiert.

### **3.6 Behandlungsansätze**

Schon 1996 forderte Rosen, dass es für eine umfassende Therapie von Essstörungen unerlässlich ist, sich dem Aspekt der Körperschemastörung zu widmen. Es sei zwar eine rätselhafte Angelegenheit, Personen dabei zu helfen, die Art, wie sie sich sehen zu verändern, allerdings trage jeder Mensch eine Fähigkeit in sich, sein Körperbild zu verändern, ohne seine physische Erscheinung zu verändern – systematische und konkrete Anleitung durch einen Therapeuten oder eine Therapeutin vorausgesetzt (Rosen 1996). So werden in neu entwickelte Therapiekonzepte zunehmend therapeutische Ansätze aufgenommen, die zu einer größeren Körperakzeptanz beitragen sollen. Rosen (1996) fand in einem Drittel der Studien, welche er im Rahmen eines Literaturreviews untersuchte, das Körperbild sowohl erhoben, als auch behandelt (sei es in Form von Hausübungen, Information, Diskussionen oder therapeutischen Einheiten). In den meisten der einbezogenen Studien bestanden die Körperbild-Interventionen aus kognitiver Umstrukturierung maladaptiver Einstellungen bezüglich Körpergewicht und -form. Während dabei die Verbesserung des Körperbildes für BN als mittelmäßig – nicht signifikant! – beschrieben werden konnte, wurde für AN konstatiert, dass zu wenig Information darüber vorhanden sei.

Butters und Cash (1987) beschrieben bereits Ende der 1980er Jahre ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Programm, welches die Körperbild-Unzufriedenheit

reduzieren sollte. Dieses beinhaltete Informationsvermittlung bezüglich der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und Erläuterung verschiedener kognitiver Theorien, Entspannungsverfahren (progressive Muskelentspannung und autogenes Training), systematische Desensibilisierung in sensu (Hinlenken der Gedanken auf bestimmte Körperteile) und in vivo (Spiegelkonfrontationen unter Anleitung). Weiters wurden Rückfallprophylaxe und Copingstrategien diskutiert. Die Autoren fanden im Vergleich zu einer Wartelisten-Kontrollgruppe unter anderem verbesserte Werte in den Bereichen des affektiven Körperbildes und der maladaptiven Körperbild-Kognitionen. Diese Effekte bestanden größtenteils auch noch zu einer Follow-Up Erhebung sieben Wochen nach Ende der Behandlung.

Als bedeutendes Therapieprogramm gilt im englischsprachigen Raum u.a. der Ansatz von Thompson (1990; zit. nach Thompson et al., 1999). Für den deutschsprachigen Raum sind Ansätze von Geissner, Bauer und Fichter (1997), die Body-Image-Therapie von Böse (2002) und die Körperbildtherapie von Vocks und Legenbauer (2005) zu nennen. In diesen Ansätzen finden sich viele Überschneidungen. In dieser Arbeit soll im Folgenden nur auf das Behandlungskonzept von Vocks und Legenbauer eingegangen werden, da dieses für die vorliegende Studie bedeutsam ist.

### **3.6.1 Körperbildtherapie von Vocks und Legenbauer**

Das Therapiekonzept wurde für den Umfang von 10 Sitzungen à 90 Minuten entwickelt. Es kann im Gruppen- oder im Einzelsetting angewandt werden. Bei einer Durchführung im Gruppensetting wird eine Größe von 5-10 Patientinnen empfohlen. Der Ablauf wird folgendermaßen vorgestellt: Zunächst wird auf die Entstehungsgeschichte des negativen Körperbildes eingegangen, wobei auch eine kritische Auseinandersetzung mit dem in unserer Gesellschaft vorherrschenden Schlankheitsideal geschehen sollte. Anschließend wird die individuelle „Geschichte meines Körperbildes“ der Patientinnen herausgearbeitet und besprochen. Es folgt die Identifizierung der vier Komponenten des negativen Körperbildes. Anschließend daran werden die Bedingungen

untersucht, die zu einer Aufrechterhaltung des negativen Körperbildes beitragen, Teufelskreise visualisiert und Ansätze, diese zu durchbrechen, gemeinsam erarbeitet. Schließlich folgen Konfrontationsübungen mithilfe von Spiegeln oder Videos, wobei sowohl auf angstbesetzte negativ bewertete Körperteile als auch auf positiv bewertete fokussiert werden soll. Zum Ende der Therapie sollte dann noch Vermeidungsverhalten abgebaut werden und Rückfallprophylaxe erfolgen.

Vocks und Legenbauer (2005) berichten für eine kleine Stichprobe von 19 Patientinnen, welche über einen Zeitraum von drei Monaten die Körperbildtherapie besuchten und ansonsten keine psychotherapeutische Behandlung erhielten, von folgenden Effekten: Im Bereich der perzeptiven Komponente des Körperbildes konnten von einem Messzeitpunkt vor Beginn der Therapie zu einem zweiten Messzeitpunkt am Ende der Therapie keine signifikanten Veränderungen beobachtet werden, was die Einschätzung der tatsächlichen Körpermaße anbelangt. Allerdings zeigte sich bei der Frage nach der gefühlten Körperdimension, dass die Patientinnen sich nach der Therapie dünner fühlten als davor. Die Effektstärke dieser Veränderung befindet sich im mittleren Bereich ( $d = 0.33$ ). Bezüglich der Veränderungen der kognitiv-emotionalen Körperbildkomponente lagen die Effektstärken für die Skala „ablehnende Körperbewertung“ des FBK-20 (Clement & Löwe, 1994) bei  $d = 1.28$ , für die Subskala „Figursorgen“ des EDE-Q (Fairburn & Beglin, 1994) bei  $d = 0.97$ , also im hohen Bereich. Die behaviorale Komponente wurde mithilfe des BIAQ (Rosen et al., 1991) gemessen. Hier zeigte sich eine signifikante Abnahme des körperbezogenen Vermeidungsverhaltens ( $d = 0.78$ ). Die Autorinnen folgern, dass das Programm zur Verbesserung des Körperbildes als sehr wirksam anzusehen ist. Kritisch zu bemerken ist sicherlich, dass aufgrund der sehr kleinen Stichprobe diese Folgerung etwas gewagt erscheint.

Da ein wesentlicher Bestandteil der KBT von Vocks und Legenbauer (2005) die Durchführung von Körperkonfrontationen (mithilfe von Spiegeln oder Video) ist und diese auch in anderen, ähnlichen Programmen angewendet werden, soll im folgenden Kapitel dargestellt werden, wie solche Konfrontationsverfahren in der Literatur beurteilt werden. Auch ihre Verwendung in Forschung und Praxis wird erläutert.

### 3.6.2 Konfrontationsverfahren

Gemeinsame Bestandteile von kognitiv-verhaltenstherapeutischen Verfahren sind neben Psychoedukation, Gesundheitserziehung und einzel- oder gruppen-therapeutischen Interventionen häufig Expositionsübungen. Dazu zählt zum einen die Konfrontation mit dem Essen selbst (Baltruschat et al., 2006; Jansen, 1998), aber auch Gewichts-Expositionen sind Bestandteil einiger der genannten Therapieprogramme. So soll die regelmäßige Konfrontation mit dem Gewicht eine Habituation bewirken, mit dem Ziel, dass eine Realitätsanpassung ermöglicht wird (Baltruschat et al., 2006; Tuschen-Caffier, 2005). Exposition und Konfrontationsübungen beziehen sich aber auch häufig auf das eigene Körperbild. Hierzu werden Spiegel- oder Videokonfrontationen durchgeführt (Baltruschat et al., 2006; Böse, 2002; Geissner et al., 1997; Goldsmith & Thompson, 1989; Tuschen-Caffier, 2005; Vocks & Legenbauer, 2005). Diese werden teilweise angeleitet, indem die Patientinnen dazu angewiesen werden, sich von Kopf bis Fuß zu beschreiben. Dabei soll verhindert werden, dass selektiv nur bestimmte Körperteile oder sogenannte „Problemzonen“ betrachtet werden. Während diesen Konfrontationsübungen werden ausgeprägte affektive Reaktionen, negative Gedanken und Gefühle aktualisiert (Tuschen-Caffier, 2005). Diese Inhalte werden dann häufig bearbeitet um eine kognitive Umstrukturierung erreichen zu können. Durch wiederholte Expositionsübungen soll das verinnerlichte Körperbild gewissermaßen einem „Realitätscheck“ unterzogen werden und langfristig eine größere Körperakzeptanz erreicht werden (Baltruschat et al., 2006; Tuschen-Caffier, 2005, 2008; Vocks & Legenbauer, 2005).

Key et al. (2002) verglichen zwei Gruppen von AN Patientinnen. Beide erhielten eine Körperbildtherapie. In einer der beiden Gruppen waren Spiegelkonfrontationen ein Bestandteil des Programms, bei der anderen fielen diese Übungen weg. Die AutorInnen berichten von signifikanten Verbesserungen im Bereich der Körperzufriedenheit und signifikant geringeren Werten bei der körperbezogenen Angst, sowie körperbezogenem Vermeidungsverhalten. Allerdings wurden diese Ergebnisse nur für die Gruppe mit Spiegelkonfrontationen gefunden. In der anderen Bedingung konnten keine

signifikanten Verbesserungen festgestellt werden. Goldsmith und Thompson (1989) konnten für eine Versuchsgruppe, welche eine Intervention aus Spiegelkonfrontationen und Feedback über die Adäquatheit von Einschätzungen verschiedener Körpermaße durchlief, eine Verbesserung der Wahrnehmung berichten. Diese Verbesserung war allerdings im Vergleich zu einer Kontrollgruppe bei einer Follow-Up-Testung nicht signifikant.

Auch in einem für die Behandlung der BN vorgestellten Intensivansatz von Baltruschat et al. (2006), werden als ein Schwerpunkt der Behandlung Spiegel- und Videokonfrontationen durchgeführt. Die AutorInnen können von Verbesserungen sowohl bei der Häufigkeit von Essanfällen als auch bei der generellen Essstörungssymptomatik berichten. Von körperbildrelevanten Aspekten wurde in dieser Studie nicht berichtet.

Allgemein wird angenommen, dass Expositionen in vivo (Spiegel- oder Videokonfrontationen) schnellere Veränderungen bewirken können als solche in sensu, bei denen mit der Vorstellung des eigenen Körpers gearbeitet wird (Tuschen-Caffier et al., 2003). Tuschen-Caffier et al. (2003) untersuchten psychologische Reaktionen auf diese zwei verschiedenen Arten von Konfrontationen und stellten fest, dass in beiden Fällen negative Emotionen anstiegen (Anspannung, Angst, Traurigkeit und Unsicherheit), stärker jedoch in der Videobedingung. Dies kann dadurch erklärt werden, dass eine Ablenkung von der Aufgabe in der in sensu-Bedingung leichter ist und in der Videobedingung eine Konfrontation mit konkreterer und detaillierterer Information möglich ist. Die Ergebnisse zeigten sich allerdings nicht nur für eine Gruppe von Patientinnen mit BN sondern auch für eine gesunde Kontrollgruppe. Es wird gefolgert, dass eine Konfrontation mit der eigenen Figur nicht nur für essgestörte Frauen Stress bedeutet.

Vocks, Legenbauer, Wächter, Wucherer und Kosfelder (2007) gingen der Frage nach, was genau während der Konfrontationsübungen in den Patienten vorgehe, wofür sie während 40-minütigen Spiegelkonfrontationen neben Kognitionen und Emotionen auch psychophysiologische Parameter erhoben. Es wurden sieben Gefühlszustände von den Patienten auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt, die Gedanken wurden mithilfe

einer Thoughts-Checklist von Cooper und Fairburn (1992; zit. nach Vocks et al., 2007) erhoben. Während für die Abnahme negativer Emotionen im Laufe einer Exposition mittlere Effekte und für die Abnahme negativer Kognitionen geringe Effektstärken berichtet wurden, konnten keine Effekte bei den physiologischen Parametern festgestellt werden. Diese Ergebnisse sprechen für den habituativen Effekt solcher Übungen.

## **II EMPIRISCHER TEIL**

### **4 Zielsetzung und Fragestellungen**

Der empirische Teil dieser Diplomarbeit besteht aus drei Ansätzen, die sich möglichst optimal ergänzen sollten. Im Folgenden wird die Zielsetzung der gesamten Studie erläutert.

Ziel der Hauptstudie soll es sein, die komplexe psychosomatische Behandlung, die im Psychosomatischen Zentrum Waldviertel (PSZW) für EssstörungspatientInnen angeboten wird, auf ihre Effektivität hin zu überprüfen. Dabei soll neben allgemeinen Therapieoutcomes auch speziell der Effekt auf das Körperbild betrachtet werden. Eine Störung des Körperbildes ist ein Kernsymptom innerhalb der Klassifikation der Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa. Es sollte daher die Behandlung eben dieses Aspektes in aktuell angewandten und entwickelten Therapiekonzepten ein Bestandteil sein. Nach einer komplexen stationären Behandlung, welche ein spezielles Therapiemodul anbietet, das dazu entwickelt wurde, ein positiveres Körperbild bei Essstörungspatientinnen zu etablieren, sollte demnach sowohl ein deutlicher Effekt im Bezug auf das Körperbild zu beobachten sein, als auch – damit einhergehend – eine Verbesserung der allgemeinen Essstörungsproblematik. Dies galt es in dieser Studie zu untersuchen. Interessant zu beachten sind dabei auch Intergruppendifferenzen, was die Krankheitsbilder AN und BN angeht. Über entsprechende Unterschiede gibt es in der Fachliteratur kaum Evidenz (Hrabosky et al., 2009).

In der Forschung ist eine Wirksamkeit der Körperbildtherapie bzw. Therapieansätzen welche Körperkonfrontationen beinhalten relativ gut belegt (Baltruschat et al., 2006; Key et al., 2002; Vocks & Legenbauer, 2005), wie bereits unter Punkt 3.6.1 und 3.6.2 dargestellt wurde. Unklar ist dagegen, was die genauen Wirkfaktoren dahinter sind. Für ein besseres Verständnis, was die Konfrontationen mit dem eigenen Körperbild

auf der emotionalen Ebene bewirken und wie sich diese Reaktionen über die Dauer der Therapie verändern, wurde eine prozessorientierten Untersuchung bei einer kleineren Stichprobe, welche einen Teil der Stichprobe der oben genannten Untersuchung bildet, durchgeführt. Hierbei wurden emotional-affektive Zustände jeweils vor und nach einer Einheit der Körperbildtherapie erhoben. Es wurde angenommen, dass die KBT-Einheiten an sich eine Exposition mit dem eigenen Körperbild darstellen, da dieses in verschiedenen Übungen behandelt wird und damit in den Mittelpunkt gestellt wird. Demnach konnte vermutet werden, dass die Therapieeinheiten anfangs eine starke Erregung in Form von Anspannung und eventuell negativen Emotionen bewirken und sich dieser Effekt im Laufe der Zeit – im Sinne einer Habituation – vermindert.

Körperbildtherapien sind im Allgemeinen entwickelt worden als Interventionen, welche sich ganzheitlich auf das Körperbild und all seine Aspekte auswirken sollten. Diese Veränderung der Bereiche Emotionen, Kognitionen, Handlungsimpulse und Wahrnehmung wurde bislang vor allem durch normierte Fragebögen erhoben (Böse, 2002; Vocks & Legenbauer, 2005). Es ist allerdings fraglich, ob Patientinnen in einer beliebigen Situation Zugang zu der internalisierten, geistigen Repräsentation ihres Körpers haben. So erfassen standardisierte Testverfahren im Grunde retrospektive Selbstauskünfte und unterliegen damit einem Gedächtnis-Bias (Vocks, Wächter, Wucherer & Kosfelder, 2008). Gerade bei Patientinnen, bei denen dieses Körperbild gestört ist, ist anzunehmen, dass dieser negative Aspekt ihres Selbstbildes oft verdrängt wird. Ein Mittel, die dazugehörigen Gedanken und Gefühle bei den Patientinnen abzurufen, besteht in einer Konfrontation mit dem eigenen Körperbild. In einer solchen Situation sollten abgefragte Inhalte dem „wahren Wesen“ des Körperbildes am nächsten kommen. Deshalb sollte in der vorliegenden Studie auch untersucht werden, wie sich körperbildrelevante Inhalte, welche in einer konfrontativen Situation erhoben wurden, durch die Körperbildtherapie verändern. Da bislang einzig die Frage untersucht wurde, *ob* sich diese Inhalte verändern (Vocks & Legenbauer, 2005), sollte in dieser Studie verstärkt das Augenmerk darauf gelegt werden, *wie* sie sich verändern.

Entsprechend der Zielsetzung lauten die dieser Studie zugrundeliegenden Fragestellungen folgendermaßen:

*Fragestellung 1: Kann eine Verbesserung des Körperbildes bei Essstörungspatientinnen nach einer klinisch-psychologischen Komplexbehandlung, welche eine intensive Arbeit am Körperbild beinhaltet, festgestellt werden?*

*Fragestellung 2: Geht eine Verbesserung des Körperbildes mit einer Verbesserung der allgemeinen Essstörungssymptomatik einher?*

*Fragestellung 3: Gibt es Gruppenunterschiede zwischen Patientinnen mit Bulimia nervosa und Patientinnen mit Anorexia nervosa im Bereich des Körperbildes?*

*Fragestellung 4: Wie entwickeln sich emotional-affektive Zustände im Laufe der Dauer der Körperbildtherapie (Prozessbeobachtung)?*

*Fragestellung 5: Wie verändern sich Kognitionen, Emotionen, Zufriedenheit und Handlungsimpulse durch die KBT, wenn sie in einer konfrontativen Situation erfragt werden?*

## 5 Methode

Die aus der Zielsetzung der Studie abgeleiteten Überlegungen zum Forschungsdesign sollen nun im methodischen Teil der Arbeit erläutert werden. Ebenso wird das Prozedere der Datenerhebung, sowie die verwendeten Erhebungsinstrumente vorgestellt. Anschließend werden die verwendeten statistischen Auswertungsmethoden erklärt.

### 5.1 Untersuchung

Der Erhebungszeitraum der für diese Diplomarbeit verwendeten Daten erstreckte sich von Juli 2009 bis Juli 2010. Da die hier vorgestellte Studie aus mehreren methodischen Ansätzen besteht, welche ineinandergreifen, sich allerdings verschieden großer Stichproben bedienen, soll der Zusammenhang dieser drei Ansätze kurz erläutert werden (zur Orientierung siehe auch Abbildung 1).

Für die Frage nach Wirksamkeit und Auswirkungen der Komplexbehandlung im PSZW auf das Körperbild der Patientinnen mit den Diagnosen AN und BN wurde eine Prä-/Postuntersuchung mithilfe von standardisierten und normierten Testverfahren<sup>7</sup> durchgeführt. Die Stichprobe setzte sich dabei aus Patientinnen zusammen, welche für eine ca. 12-wöchige Behandlung im PSZW waren. Die Daten wurden aus klinisch-diagnostischen Testungen extrahiert, die mit jeder Patientin zu Beginn und am Ende ihres Aufenthaltes durchgeführt wurden. Ein Teil der Daten wurde während des Erhebungszeitraums dieser Diplomarbeit erfasst, ein Großteil bestand aus bereits vor diesem Zeitraum erfassten Daten. Es handelt sich also um eine Analyse vorrangig historischer Daten, welche prospektiv erhoben wurden. Da bereits Vocks et al. (2006) Effektstärken zwischen  $d = 0.78$  und  $1.28$  bezüglich der Effektivität der KBT ohne weitere

---

<sup>7</sup> Die Darstellung der Erhebungsinstrumente erfolgt in Kapitel 5.3.

therapeutische Interventionen für die Verbesserung des Körperbildes vom Prä- zum Post-Zeitpunkt nachweisen konnten, und daher von einem mittleren bis großen Effekt ausgegangen werden kann, wurde die benötigte Stichprobengröße auf mindestens 50 Personen festgelegt, um bei einem  $\alpha$ -Niveau von 5% eine Mittelwertdifferenz zwischen zwei Testzeitpunkten zuverlässig statistisch abbilden zu können.

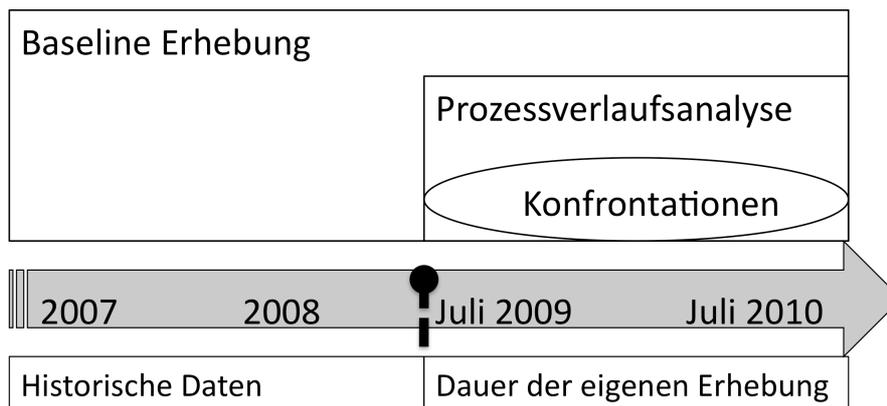


Abbildung 1: Zeitlicher Zusammenhang der verschiedenen methodischen Ansätze

Für die Prozessbeobachtung der KBT wurde den je drei bis fünf Teilnehmerinnen von insgesamt sechs Gruppen, jeweils vor und nach jeder Therapieeinheit (zweimal wöchentlich) Stimmungsskalen vorgegeben. Diese Daten stammen aus dem oben genannten Erhebungszeitraum und die teilnehmenden Patientinnen sind in der Stichprobe der Baseline-Erhebung inkludiert.

Um die Frage, *ob* und *wie* sich evozierte Emotionen und Kognitionen im Laufe der Beschäftigung mit dem eigenen Körperbild konkret verändern: Ist es z.B. die Qualität der Emotionen und Gedanken, die sich verändert, oder ihre Intensität? Wurde in einer konfrontativen Situation (Videokonfrontation) ein selbstentwickeltes strukturiertes Interview eingesetzt. Durch diese *in-vivo*-Situation sollte erreicht werden, dass körperbezogene Einstellungen und Gefühle evoziert werden, die unter anderen Umständen – beispielsweise beim Ausfüllen von Fragebögen am Computer – eventuell nicht zugänglich sind, bzw. einem Bias des Erinnerungsvermögens unterliegen (Vocks et al., 2008). Die Erhebung der Daten während einer Konfrontation fand zu zwei

Zeitpunkten (zu Anfang und gegen Ende der 6-7-wöchigen KBT) statt. Die Stichprobe sollte alle Patientinnen, welche auch an der Prozessbeobachtung teilnahmen und sich freiwillig dazu bereit erklärten, umfassen. Ausschlussgrund für die Teilnahme an den Konfrontationen waren klinisch-psychologisch begründete Kontraindikationen der betreuenden Psychologinnen, wie ein aktuell zu instabiler emotionaler Zustand einer Patientin oder die Befürchtung, eine Konfrontation könne sie überfordern.

## **5.2 Konfrontation – Prozedur**

Die Patientinnen mit den Diagnosen AN oder BN wurden zu den beiden Zeitpunkten jeweils mit einem aktuellen Video, auf dem sie sich selbst in Unterwäsche oder Bikini sahen, konfrontiert. Diese Konfrontationen erfolgten nicht im Gruppen-setting. Es wurden individuelle Termine – sowohl für die Aufnahme, als auch für die Konfrontationen selbst – mit den Patientinnen vereinbart. Diese fanden vormittags, vor dem Mittagessen statt, um einen möglichen Einfluss des Essens zu kontrollieren. Die Videos wurden mit einer SONY© Handycam (3.3 Megapixel Auflösung) aufgezeichnet und den Patientinnen auf einem Flachbildschirm (Format 30x40 cm) gezeigt. Auf dem Video, welches ca. eine Minute dauerte, sahen sich die Patientinnen von vorne von der Seite und von hinten. Der Ablauf war immer gleich und erfolgte jedes Mal nach denselben Instruktionen. Nach dem einmaligen Betrachten des Videos blieb eine Standaufnahme der Patientin von vorne auf dem Bildschirm. Während die Patientin dieses Bild weiter betrachtete, wurde das strukturierte Interview eingesetzt, das im nächsten Kapitel vorgestellt wird. Da die Konfrontationen für die Patientinnen besonders anfangs eine starke Belastung bedeuteten, war eine Nachbetreuung nach der Übung durch die betreuende Psychologin unerlässlich.

## 5.3 Erhebungsinstrumente

Als allgemeiner Outcome des Therapieerfolges werden die folgenden Verfahren herangezogen: Symptom-Check-List 90-R (SCL 90R) und Beck-Depression-Inventory (BDI). Der essstörungsspezifische Outcome wird durch das Verfahren Eating-Disorder-Inventory-2 (EDI-2) operationalisiert. Bei Patientinnen mit AN soll zusätzlich der BMI als Therapieoutcome berücksichtigt werden. Als Maße für die Veränderung des Körperbildes sollen die Werte des FBeK, der FKKS und die Skala Unzufriedenheit mit dem Körper des EDI-2 herangezogen werden. Diese Verfahren werden im Folgenden näher erläutert. Auch das selbstentwickelte strukturierte Interview und die Thermometerskalen zur Erfassung verschiedener emotional-affektiver Zustände werden vorgestellt.

### 5.3.1 Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)

Das Eating Disorder Inventory-2 (deutsche Version: Paul & Thiel, 2005) ist ein Instrument zur mehrdimensionalen Beschreibung der spezifischen Psychopathologie von PatientInnen mit AN, BN und anderen psychogenen Essstörungen. Die insgesamt 11 Skalen des Verfahrens erfassen die folgenden Bereiche:

- Schlankheitsstreben (SS): Eine starke Beschäftigung mit Diäten, gedankliche Fixierung auf Gewicht und die Angst vor einer Gewichtszunahme.
- Bulimie (B): Die Tendenz, sich auf gedanklicher wie auf Handlungsebene mit Heißhungeranfällen zu beschäftigen.
- Unzufriedenheit mit dem Körper (UK): Unzufriedenheit mit der eigenen körperlichen Gestalt und mit der Größe bestimmter Körperteile.
- Ineffektivität (I): Gefühl genereller Unzulänglichkeit, Unsicherheit, Wertlosigkeit, Leere und mangelnder Kontrolle über das eigene Leben.
- Perfektionismus (P): Streben nach Persönlicher Bestleistung.
- Misstrauen (M): Generelles Gefühl von Distanzierung und Abneigung hinsichtlich enger Beziehungen.

- Interozeptive Wahrnehmung (IW): Unsicherheit und Besorgnis bezüglich der richtigen Einschätzung von gefühlsmäßigen Zuständen.
- Angst vor dem Erwachsenwerden (AE): Wunsch, sich in die Kindheit zurückzuziehen.
- Askese (A): Ausmaß von Tugendhaftigkeit, welches sich durch das Streben nach geistigen Idealen, wie Selbstdisziplin, Selbstverleugnung, Selbstbeherrschung, Selbstaufopferung und die Kontrolle von körperlichen Bedürfnissen versucht wird zu erreichen.
- Impulsregulation (IR): Tendenz zu impulsivem Handeln, Stimmungsschwankungen, Alkoholmissbrauch, Rücksichtslosigkeit, Feindlichkeit, Destruktivität in interpersonellen Beziehungen und Selbstdestruktivität.
- Soziale Unsicherheit (SU): Überzeugung, wonach soziale Beziehungen angespannt, unsicher, enttäuschend, nicht lohnenswert und generell von geringer Qualität sind.

Für die interne Konsistenz der Skalen wurden für eine Stichprobe anorektische und bulimische PatientInnen ( $n = 463$ ) Werte (Cronbachs  $\alpha$ ) zwischen .73 und .93 errechnet. Die Retestreliabilität über ein 7-Tagesintervall ist mit Werten zwischen  $r_{tt} = .75$  bis .94 als hoch zu bewerten. Was die Validität angeht, konnte die kriteriumsbezogene Validität durch Mittelwertsunterschiede zwischen essgestörter und gesunder Kontrollgruppe, Ergebnisse von Diskriminanzanalysen, sowie durch moderate korrelative Zusammenhänge mit anderen Verfahren (SCL-90, BDI, FEV) belegt werden. Die faktorielle Validität dagegen wurde nur teilweise bestätigt. Objektivität ist durch die standardisierte Vorgabe gegeben.

### **5.3.2 Symptom Checklist 90-R (SCL 90-R)**

Die SCL-90-R (deutsche Version: Franke, 1995) erfragt in 90 Items körperliche und psychische belastende Symptome der letzten 7 Tage auf einer fünfstufigen Likert-

Skala. Sie liefert sowohl bei ambulanten wie stationären Patienten im psychiatrischen sowie im nichtpsychiatrischen Bereich Kurzinformationen über den unmittelbaren Symptomzustand. Die Items bilden folgende Skalen:

- Somatisierung (SOMA): Beschreibt Zustände von einfacher körperlicher Belastung bis hin zu funktionellen Störungen
- Zwanghaftigkeit (ZWANG): Erfasst werden leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit
- Unsicherheit im Sozialkontakt (UNS): Beschrieben werden leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit.
- Depressivität (DEP): Berichtet von Traurigkeit bis hin zu Symptomen schwerer Depression.
- Ängstlichkeit (ANGST): Im Mittelpunkt stehen manifeste Angst mit Nervosität, Spannung und Zittern, Panikattacken, Schreckgefühle mit kognitiven und somatischen Angstkorrelaten.
- Aggressivität/Feindseligkeit (AGGRES): Beinhaltet Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Gedanken.
- Phobische Angst (PHOB): Erfasst die Dimension von einem leichten Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst.
- Paranoides Denken: Erfasst Misstrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoiden Denken.
- Psychotizismus (PSYCH): Es werden Zustände angesprochen von leichten Gefühlen der Isolation und Entfremdung bis hin zu ausgeprägten psychotischen Episoden.

Als Gesamtkennwert kann der Global Severity Index (GSI) berechnet werden, welcher die grundsätzliche psychische Belastung wiedergibt. Weiters die Positive Symptom Total (PST), welche als Anzahl belastender Symptome zu verstehen ist und schließlich der Positive Symptom Distress Index (PSDI), der die Intensität der Antworten beschreibt.

Zu den Testgütekriterien ist Folgendes zu sagen: Durchführungs- und

Auswertungsobjektivität sind besonders bei der Computerversion als gegeben anzusehen. Für die deutschsprachige Version werden interne Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) zwischen .51 und .89 für die einzelnen Skalen berichtet, für den GSI sogar ein  $\alpha > .90$  (Franke, 1995).

Untersuchungen zur diskriminanten und differentiellen sowie zur konvergenten Validität brachten gute Ergebnisse. So konnten in einer Validierungsstudie von Rief und Fichter (1992) 67% der PatientInnen, mit entweder einer Angststörung, Dysthymie oder Anorexia nervosa in einer Diskriminanzanalyse korrekt klassifiziert werden.

### **5.3.3 Beck-Depression-Inventory (BDI)**

Das BDI (deutsche Version: Hautzinger, Bailer, Worall & Keller, 1995) wird als Screeninginstrument zur Erfassung einer depressiven Symptomatik herangezogen, sowie der groben Bestimmung des Schweregrads. Eine klinische Diagnose der Depression ist aufgrund der Ergebnisse nicht zulässig, allerdings wird das Instrument herangezogen, um im Sinne von Status- und Verlaufsdagnostik Veränderungen in der Symptomatik abzubilden. Bei der deutschen Version handelt es sich um eine Übersetzung des Originals von Beck, Ward, Mendelson, Mock, und Erbaugh aus dem Jahr 1961.

Das BDI ist ein Selbstbeurteilungsverfahren. Es werden zu 21 depressiven Symptomen (u.a. Selbsthass, Reizbarkeit, Appetitverlust, Selbstmordimpulse, Schuldgefühle, sozialer Rückzug und Isolierung), je 4 Aussagen vorgegeben, welche unterschiedliche Schweregrade ausdrücken. Von diesen wählen die Testpersonen jeweils diejenige aus, welche ihren Zustand in den vergangenen vier Wochen am besten beschreibt. Die Symptomauswahl folgt der Kriteriumsdiagnose des DSM-III. Bei der Auswertung werden die Punktzahlen zusammengezählt und ihre Summe als Schweregrad interpretiert.

Hautzinger et al. (1995) berichten für die Originalfassung Retestreliabilitäten von  $r_{tt} = .60$  bis  $.86$  für einen Zeitraum von einer Woche. Testhalbierungsreliabilität ergeben sich bei Beck et al. (1961) mit  $r_{tt} = .86$  Werte, welche als zufriedenstellend angesehen

werden können. Für psychiatrische PatientInnen liegen die inneren Konsistenzen (Cronbachs  $\alpha$ ) im Bereich zwischen .76 und .95, für nicht psychiatrische Stichproben im Bereich zwischen .73 und .92. Hautzinger et al. (1994) fanden für die deutschsprachige Stichprobe ein  $\alpha$  von .88 über alle Testpersonen und eine Split-Half-Reliabilität von .72.

Bezüglich der Validität der Originalversion berichtet Lukesch (1974), dass sich in verschiedenen Untersuchungen signifikante Korrelationen von  $r = .39$  bis  $.90$  zu psychiatrischen Beurteilungen zeigten. Für die diskriminante Validität sprechen Unterschiede zwischen gesunden ProbandInnen und psychosomatischen bzw. depressiven PatientInnen (Hautzinger et al., 1994).

#### 5.3.4 Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)

Der FBeK (Strauß & Richter-Appelt, 1996) dient der Erfassung des subjektiven Körperbildes bzw. des Körperschemas, wobei sich der Fokus besonders auf körperliche Attraktivität und körperliches Missempfinden richtet. Es handelt sich um einen Fragebogen, in dem durch 52 Items, welche jeweils mit *stimmt* und *stimmt nicht* beantwortet werden können, vier Skalen erhoben werden<sup>8</sup>:

- **Attraktivität/Selbstvertrauen (AS):** Beschreibt positive Körpereinschätzungen, wie Zufriedenheit und Identifikation mit dem Aussehen, dem Körper, der Figur und der eigenen Attraktivität sowie Vertrauen in den Körper und seine Reaktionen.
- **Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes (AK):** Betont wird hier das Aussehen und die Freude an der Beschäftigung mit dem eigenen Körper.
- Unsicherheit/Besorgnis (UB)
- Körperlich-sexuelles Missempfinden (KM)

---

<sup>8</sup> Die Skalen welche für die vorliegende Studie bedeutsam sind werden hervorgehoben und näher beschrieben.

Für die Reliabilität nennen die AutorInnen Werte von .69 bis .85 (Cronbachs  $\alpha$ ), die Retestreliabilität liegt zwischen .69 und .84. Die interne Validität scheint aufgrund der Testkonstruktion (Faktorenanalyse) gegeben. Für die differentielle Validität sprechen Vergleiche zwischen klinischen und nicht-klinischen Gruppen. Die Gruppenzugehörigkeit konnte für AN in 81.5% und für BN in 88.5% der Fälle korrekt vorhergesagt werden (Strauß & Richter-Appelt, 1996). Objektivität ist durch die standardisierte Vorgabe weitgehend gegeben.

### 5.3.5 Frankfurter Körperkonzept Skalen (FKKS)

Die FKKS (Deusinger, 1998) dienen der vergleichenden Beschreibung von Körperkonzepten bei Individuen und Kollektiven. Die Autorin geht davon aus, dass eine Verbesserung der Körperkonzepte mit einer Verbesserung der allgemeinen psychischen Gesundheit einhergeht. Der Fragebogen enthält neun Skalen mit je 4 bis 14 Items, welche auf sechsstufigen Skalen zugestimmt werden kann (*trifft sehr zu bis trifft gar nicht zu*)<sup>9</sup>:

- Gesundheit/körperliches Befinden (SGKB)
- Pflege des Körpers und der äußeren Erscheinung (SPKF)
- Körperliche Effizienz (SKEF)
- Körperkontakt (SKKO)
- Sexualität (SSEX)
- **Selbstakzeptanz des Körpers (SSAK)**: Bezieht sich auf Einstellungen zu biologischen Körperfunktionen und zu ästhetischen Aspekten des eigenen Körpers.
- **Akzeptanz des Körpers durch andere (SAKA)**: Soll die generellen Bewertung des Individuums seiner äußeren Erscheinung durch andere abbilden.

---

<sup>9</sup> Die Skalen welche für die vorliegende Studie bedeutsam sind, werden hervorgehoben und näher beschrieben.

- **Aspekte körperlicher Erscheinung (SASE):** Beschreibt den Grad der Positivität der vom Individuum entwickelten Einstellungen, die vornehmlich durch ästhetische Gesichtspunkte äußerer Körpermerkmale gebildet werden.
- Dissimilatorische Körperprozesse (SDIS)

Bezüglich der Reliabilität ist zu sagen, dass sowohl Konsistenzanalysen als auch Skalenhaltbarkeitsreliabilitäten gute Ergebnisse brachten ( $r = .87$  bis  $.96$ ; Deusinger, 1998). Bei der Überprüfung der Validität konnten hohe Korrelationen mit vorhandenen Tests berichtet werden. Außerdem konnten verschiedene Hypothesen bestätigt werden, was den Unterschied zwischen klinischen Gruppen und der Normalpopulation angeht, wie zum Beispiel, dass Depressive ein ungünstigeres Körperkonzept haben als Gesunde (ebd.). Objektivität ist auch hier durch die standardisierte Vorgabe weitgehend gegeben.

### 5.3.6 Thermometerskalen zur Erfassung verschiedener emotional-affektiver Zustände

Zur Erfassung der emotional-affektiven Zustände Anspannung, Angst, Scham, Ekel, Wohlbefinden und Selbstvertrauen, wurden Thermometerskalen vorgegeben, welche jeweils eine Einschätzung von 0 bis 100 ermöglichen. Diese Skalen wurden von Rockenbauer (2010) im Rahmen ihrer Diplomarbeit entwickelt und für diese Studie mit leichter Abänderung übernommen. Da sich bei der Studie von Rockenbauer (2010) bei der Skala *Spannung* gezeigt hatte, dass diese möglicherweise verschieden verstanden werden kann, wurde sie in *Anspannung* umbenannt und genauer beschrieben. Die Skalen *Trauer*, *Vertrauen in andere* und *Neugierde* wurden mit *Ekel* und *Scham* ersetzt. Die Auswahl der Emotionen erfolgte mithilfe von ExpertInnen, sowie theoriegeleitet. So wurden vor allem bei den negativen Emotionen solche ausgewählt, welche auch in den gebräuchlichen essstörungs- und körperbildspezifischen Testverfahren, welche in dieser Studie zur Verwendung kommen (EDI-2; FKKS und FBek), auftauchen, sowie allgemein mit Essstörungen in Verbindung gebracht werden (Goss & Allan, 2009). Der Scham kommt dabei eine besonders wichtige Rolle zu. So gilt laut Goss und Allan (2009) die

Scham als bedeutende Emotion für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen. Die Autoren beschreiben sie als eine Mischung aus Ärger, Angst und Ekel und unterscheiden zwischen internaler und externaler Scham. Erstere wird assoziiert mit Selbstkritik und Selbsthass, letztere bezieht sich auf die Überzeugung einer Person, andere würden sie als fehlerhaft, wertlos oder unattraktiv wahrnehmen. Die verwendeten Thermometerskalen befinden sich im Anhang A.2 dieser Arbeit.

### **5.3.7 Interview zur Videokonfrontation mit dem eigenen Körperbild**

*Entwicklung:* Ausgehend von dem Forschungsinteresse, tatsächlich nur diejenigen Emotionen, Kognitionen und Handlungsimpulse zu erfassen, welche in einer konfrontativen Situation aktiviert werden, wurde im Gegensatz zu den Studien von Vocks et al. (2007, 2008) ein Interview entwickelt, welches durch offen gestellte Fragen forced-choice Antworten vermeidet, der Diversität der Gedankeninhalte und Gefühle der Patientinnen auf diese Weise gerechter werden kann und somit die ökologische Validität erhöht. Dieses Vorgehen folgt auch der Kritik von Swami et al. (2008), die bemängeln, dass der Fokus bei der Untersuchung von Körperbildkomponenten zu sehr auf dem negativen Körperbild liegt. Das Interview soll Ausprägungen eines positiven Körperbildes – sofern vorhanden – Raum geben. Für die Bereiche wurden mithilfe von ExpertInnen Fragen formuliert, welche allgemein verständlich sein sollten. Einzig zum Bereich der Zufriedenheit wurde beschlossen, zwei Aussagen vorzugeben, welche die Körperzufriedenheit erfassen und diese einschätzen zu lassen.

Die Handhabbarkeit und Akzeptanz durch die Patientinnen wurde schließlich in einer Vorstudie mit vier Patientinnen getestet. Da sich in dieser Vorstudie herausstellte, dass das Notieren der genannten Gedanken oftmals sehr schwierig ist und der/die Interviewer/in auf Abkürzungen zurückgreifen muss, welche im Nachhinein unverständlich sind, wurde beschlossen, in der Hauptstudie die Interviews auf Tonband aufzuzeichnen. Als Hilfe für den/die Interviewer/in stellte es sich auch heraus, häufiger

genannte Emotionen bereits auf dem Interviewbogen aufscheinen zu lassen, um sie bei einer Nennung nur mehr ankreuzen zu müssen.

*Interview:* Das in dieser Arbeit vorgestellte selbstentwickelte strukturierte Interview soll bei Expositionsübungen auftauchende Gedanken und Gefühle systematisch erfassen und so eine Veränderung dieser Inhalte abbilden. Zunächst wird nach aktuellen Emotionen gefragt und die Intensität dieser auf einer Skala von 0 bis 100 eingeschätzt. Anschließend werden Gedanken, die beim Betrachten des Körpervideos oder des Spiegelbildes auftauchen, sowie die allgemeine Zufriedenheit und Handlungsimpulse erfasst und ebenfalls durch Intensitäts-, bzw. Zustimmungsskalen festgehalten (jeweils auf einer Skala von 1 bis 5).

Bei der Vorgabe des zweiten Videos (zweiter Testzeitpunkt) werden die Bereiche erneut exploriert und zusätzlich werden die Patientinnen mit Aussagen konfrontiert, die sie zum letzten Testzeitpunkt gemacht hatten. So soll erfasst werden, ob eine Veränderung in der Intensität bzw. Qualität der Inhalte eingetreten ist. Schließlich soll zum zweiten Zeitpunkt neben der Konfrontation mit dem aktuellen Aussehen auch erfasst werden, wie die Patientinnen eine Veränderung ihres Körpers wahrnehmen und bewerten. Auf diese Wahrnehmung der Veränderung bezieht sich der zweite Teil des Interviews. Das vollständige Interview befindet sich in Anhang A.3 dieser Arbeit.

## **5.4 Auswertungsverfahren**

Im Folgenden werden statistische Auswertungsverfahren vorgestellt, die zur Prüfung der statistischen Hypothesen herangezogen wurden. Sämtliche Auswertungen erfolgten mittels SPSS 15.0 und Microsoft Excel 2008 für Windows.

Um *Zeit- und Gruppeneffekte* darzustellen, wurden über die unter Punkt 5.3 dargestellten Testverfahren (bzw. deren Skalen) Varianzanalysen mit Messwiederholungen gerechnet. Die Voraussetzungen dieses Verfahrens (Homogenität der Varianzen in den Faktorstufengruppen; Normalverteilung der abhängigen Variable)

wurden vorher überprüft. Zur Untersuchung von Prä-/Postunterschieden innerhalb der einzelnen Gruppen (AN, BN) wurden *t*-Tests für abhängige Stichproben gerechnet, sofern die Voraussetzungen gegeben waren (Normalverteilung der Differenzen). Für Mittelwertunterschiede zwischen zwei Gruppen zu einem Zeitpunkt wurden *t*-Tests für abhängige Stichproben gerechnet (Voraussetzungen: Homogenität der Varianzen; Normalverteilung der abhängigen Variable). Bei Verletzung der Voraussetzungen wurde auf nicht-parametrische Verfahren zurück gegriffen.

Für die *Auswertung der Thermometerskalen* wurden zunächst für jede Person und jede Emotion gewichtete Regressionskoeffizienten zur Beschreibung der longitudinalen Verläufe der Ratings über alle Einheiten der Körperbildtherapie errechnet. Lineare Regressionskoeffizienten (ordinary least squares; OLS) für jede Patientin wurden dabei, gemäß der Empfehlung von Overall und Tonidandel (2006), zum einen nach der Anzahl der Therapieeinheiten, an welchen eine Person teilgenommen hatte (*number of available measurements*; NRM) und zum anderen nach der Dauer mit der sie an der Therapie teilgenommen hatte (*time in study*; TIS) gewichtet.

Es ergibt sich der gewichtete Regressionskoeffizient W-OLS aus der folgenden Formel:

$$W\text{-OLS} = b_i (TIS \times NRM)$$

Die so errechneten Koeffizienten gingen in Einstichproben-*t*-Tests ein, um ihre Abweichung von 0 zu untersuchen. Weiters wurden Verlaufsdiagramme erstellt und für die Interpretation der Entwicklung von Differenzen zwischen den Prä- und Postausprägungen jeder Einheit (Intra-session Differenzen) verschiedene Typen von Regressionsgeraden gebildet, welche genauer analysiert wurden. Die Verläufe der Regressionsgeraden wurden in neun verschiedene Typen unterteilt (s. auch Abbildung 2):

- Typ A: Die Gerade fällt im positiven Bereich ab in Richtung 0. Dies bedeutet, dass die Differenzen anfangs hoch positiv sind und schließlich kleiner werden, die Therapie also anfangs einen positiven Effekt hat (z.B. Reduzierung von Angst) und im Verlauf an Einfluss verliert.

- Typ B: Die Gerade steigt im negativen Bereich in Richtung 0. Dies bedeutet, dass die Differenzen anfangs hoch negativ sind und schließlich kleiner werden, die Therapie also anfangs einen negativen Effekt hat (z.B. Erhöhung der Scham) und im Verlauf an Einfluss verliert.
- Typ C: Die Gerade steigt im positiven Bereich. Dies bedeutet, dass die Differenzen bereits anfangs positiv sind, die Therapie also eine Reduktion negativer Gefühle bewirkt, und sich dieser Effekt im Verlauf intensiviert.
- Typ D: Die Gerade fällt im negativen Bereich. Dies bedeutet, dass die Differenzen anfangs negativ sind, die Therapie also eine Verstärkung negativer Emotionen bewirkt, und sich dieser Effekt im Verlauf intensiviert.
- Typ E: Der Verlauf entwickelt sich von anfänglich positiven Differenzen hin zu negativen Differenzen. Das heißt, ein positiver Effekt der Therapie (Reduktion negativer Emotionen) weicht einem negativen Effekt (Verstärkung negativer Emotionen).
- Typ F: Gegenteiliger Verlauf wie Typ E. Von negativen Effekten hin zu positiven Effekten
- Typ G: Regressionsgeraden mit einer Steigung von 0. Also keine Veränderung abbildbar.

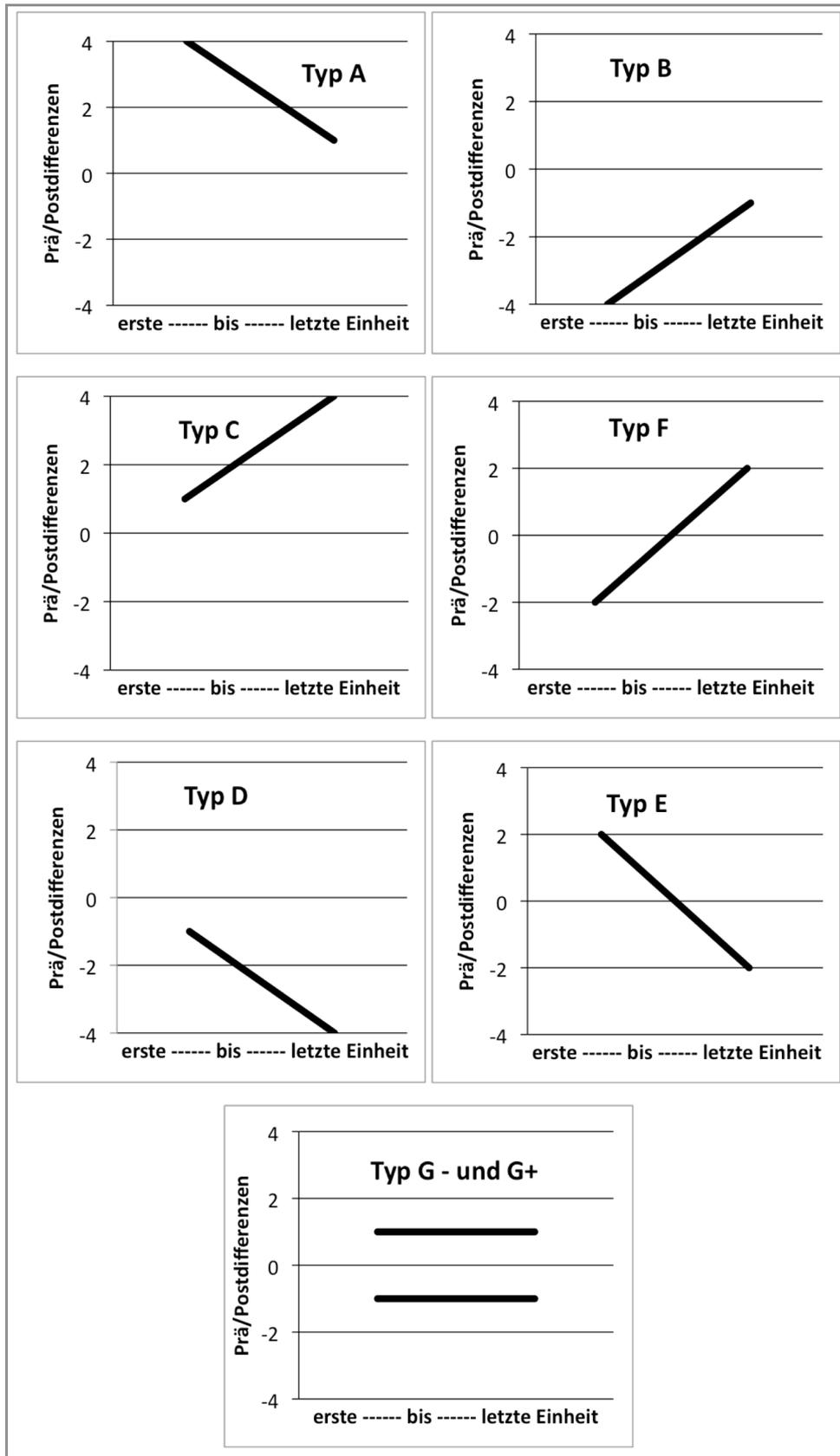


Abbildung 2: Regressionsgeradentypen A-G

Für die beiden Skalen Selbstvertrauen und Wohlbefinden, wurden die Typen jeweils konträr bestimmt, sodass eine inhaltliche Übereinstimmung in der Interpretation mit den übrigen Skalen gegeben ist (Typ C bedeutet demnach eine immer stärker werdende Abnahme der Scham, sowie eine zunehmende Ausprägung des Selbstvertrauens über die besuchten Einheiten). Aufgrund inhaltlicher Überlegungen wurden nach dieser Klassifizierung Haupttypen gebildet, indem die Typen A und B, bei denen jeweils eine Verringerung der Differenzen hin zur 0 zu beobachten ist, zum Haupttyp *Habituierer* zusammengefasst wurden. Typ C und F zum Haupttyp *Profitierer*, da bei ihnen ein immer größer werdender Gewinn durch die einzelnen Einheiten erkennbar ist (z.B. wird die Scham von mal zu mal mehr reduziert), Typ D und E zum Haupttyp *Sensitive*, da die Verläufe eine erhöhte Sensitivität gegenüber des stufenweise konfrontativer werdenden Aufbaus der KBT ausdrücken (z.B. wird die Angst von mal zu mal mehr verstärkt), sowie die G-Typen im positiven, sowie im negativen Bereich zum Typ *Gleichbleibend* (die Veränderungen in den Differenzen sind nicht systematisch und ergeben eine Regressionsgerade ohne Steigung).

Die *Auswertung der Daten aus den Videokonfrontationen* bedurfte einer mehrstufigen Analyse. Zunächst mussten aus allen genannten Gedanken, und Handlungsimpulsen post-hoc Kategorien gebildet werden. Dies geschah in Anlehnung an Glaser und Strauss (1998), sowie Strauss (1998) und die von ihnen beschriebene *Grounded Theory*. Hierbei wird für die Generierung von Kategorien empfohlen, im Laufe der Erhebung die Daten immer wieder in Gruppen zu ordnen, welchen ein gemeinsamer Überbegriff gegeben werden kann. Neue Daten werden mit den vorläufigen verglichen und Angleichungen und Veränderungen vorgenommen, bis die endgültigen Kategorien benannt werden können. Nach der Kategorisierung war es möglich neben inferenzstatistischer Darstellung auch verschiedene statistische Verfahren anzuwenden, um Aussagen über qualitative sowie quantitative Veränderungen zwischen den beiden Erhebungszeitpunkten zu treffen (Mittelwertsvergleiche mithilfe von *t*-Test, bzw. nicht-parametrischen Verfahren).

## **5.5 Stichprobe**

Die Stichprobe, die dieser Untersuchung zugrunde liegt, war für eine mehrwöchige Behandlung im PSZW stationär aufgenommen. Bevor über die Stichprobencharakteristika berichtet wird, soll kurz auf die Institution und das Behandlungsprogramm eingegangen werden.

### **5.5.1 PSZW – Institution und Behandlungsprogramm**

Das PSZW wurde 2006 eröffnet und steht unter der Leitung von Prim. Dr. Dr. Dipl. Psych. Andreas Rimmel. Es handelt sich bei dieser Institution um die erste Modellklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Österreich. Die verschiedenen Stationen sind spezialisiert auf die multiprofessionelle Behandlung folgender Störungsbilder: Adipositas und kardiovaskuläre Erkrankungen, Borderline Persönlichkeitsstörung, Angst- und Panikstörungen, Essstörungen, Depression, Somatisierungsstörungen, Schmerzstörungen, sekundäre Abhängigkeitssyndrome, Burnout sowie soziale Phobie. Zu dem interdisziplinären Team zählen neben FachärztInnen, PsychologInnen und PsychotherapeutInnen auch Sozialarbeiterinnen, Ernährungswissenschaftlerinnen, PhysiotherapeutInnen, Kunst- und MusiktherapeutInnen sowie Pflegepersonal.

Die Unit C ist spezialisiert auf die Behandlung von Essstörungen. Neben bulimischen und anorektischen PatientInnen, werden hier auch Personen mit EDNOS aufgenommen und behandelt. Das Behandlungsprogramm beinhaltet folgende Angebote: Einzeltherapie, Gruppentherapie, Skill-Training, Ernährungsberatung, Körperbildtherapie, Training sozialer Kompetenz, bewegungstherapeutische Angebote, Gestalttherapie und Entspannungsverfahren.

In der Ernährungsberatung findet wichtige Psychoedukation bezüglich Essverhalten und Gewichtszunahme statt. Unter anderem werden die Patientinnen auch mit der Set-Point Theorie (Cabanac, Duclaux & Spector, 1971) vertraut gemacht, welche

besagt, dass sich das Körpergewicht bei normaler Kalorienzufuhr auf einen Wert einpendelt, welcher individuell unterschiedlich sein kann. Beim Skill-Training wird Alternativverhalten gelernt, insbesondere wie mit starken Spannungszuständen umgegangen werden kann. Das Training sozialer Kompetenzen beinhaltet Übungen und Gruppenspiele, welche den TeilnehmerInnen adäquates soziales Verhalten nahebringen soll, wie beispielsweise Komplimente geben, sowie annehmen können, oder auch „Nein“ sagen lernen (Hinsch & Pfingsten, 2007). Die Körperbildtherapie im PSZW lehnt sich stark an das Manual der unter Punkt 3.6.1 beschriebenen Behandlung von Vocks und Legenbauer (2005) an.

Außerdem nehmen die PatientInnen verpflichtend an einem Ernährungsprogramm teil, das ihnen feste Essenszeiten, sowie -mengen vorgibt und welches durch das Team kontrolliert wird. Dies geschieht mithilfe von Ernährungsprotokollen. Das Körpergewicht wird zweimal (bzw. in der letzten Therapiephase nur noch einmal) wöchentlich durch Wiegen erfasst und somit kontrolliert. Die Behandlung, welche sich über 12-13 Wochen erstreckt, ist gebunden an Wochenziele, welche die PatientInnen erreichen müssen. Diese sind bei untergewichtigen PatientInnen das Erreichen eines bestimmten Zielgewichts zum Ende jeder Woche (mindestens 500 g), das Unterlassen von Essanfällen sowie Erbrechen. Werden die Regeln, welche zu Anfang der Therapie in einem Therapievertrag vereinbart werden, nicht eingehalten, gibt es als erste Konsequenz eine sogenannte „Time-out“-Phase, in welcher nicht an Therapien teilgenommen werden darf, als weitere Konsequenz kann vom Team das Ende des Aufenthalts in der Klinik beschlossen werden.

### **5.5.2 Stichprobenbeschreibung**

Die Stichprobe, auf welche sich die Berechnungen der Baselineerhebung bezieht, umfasst 121 Patientinnen mit den Diagnosen AN (F50.0;  $n = 66$ ), atypische AN (F50.1;

$n = 8$ )<sup>10</sup> und BN ( $n = 47$ ). Die durchschnittliche Behandlungsdauer dieser Patientinnen betrug 10.34 Wochen ( $SD = 2.8$ , Min = 1.29, Max = 15.43), wobei es hier keinen Unterschied zwischen den Diagnosegruppen gab ( $t = -0.02$ ;  $df = 119$ ;  $p = .985$ )

Das Durchschnittsalter bei Aufnahme betrug 28.0 Jahre ( $SD = 8.9$ , Min = 16.5, Max = 62.6). Die bulimischen Patientinnen waren mit durchschnittlich 29.5 ( $SD = 9.5$ , Min = 16.5, Max = 62.5) Jahren etwas älter als die anorektischen mit 27.2 ( $SD = 7.2$ , Min = 17.2, Max = 56.1). Dieser Unterschied ist statistisch allerdings nicht bedeutend ( $t = -1.33$ ;  $df = 119$ ;  $p = .185$ ). Der BMI der Gesamtstichprobe lag mit 17.5 ( $SD = 3.9$ , Min = 10.6, Max = 33.6) im untergewichtigen Bereich, für die Gruppe der AN-Patientinnen mit 15.2 ( $SD = 3.9$ , Min = 10.6, Max = 19.9) allerdings definitionsgemäß deutlich unter den durchschnittlich 21.4 BMI-Punkten der bulimischen Stichprobe ( $SD = 3.4$ , Min = 17.1, Max = 33.6). Dieser Unterschied ist statistisch signifikant ( $t = -12.25$ ;  $df = 111$ ;  $p < .001$ ) Von den AN-Patientinnen lagen dabei 84 % unter einem Cut-Off Wert von 17.5, welcher im ICD-10 als Diagnosekriterium für dieses Störungsbild festgeschrieben steht. 12% lagen darüber und von 4% fehlt die Information. In der Gruppe der BN-Patientinnen lagen nur 4% unter diesem Wert, 84% darüber und von 11% fehlt die Information.

Die Medikation der Patientinnen wurde bei Aufnahme und Entlassung erfasst. Nach Unterteilung in verschiedene Klassen können die absoluten und relativen Häufigkeiten, wie in Tabelle 3 dargestellt, berichtet werden. Etwa die Hälfte der Patientinnen ( $n = 47$  bzw.  $n = 56$ ) nahmen Antidepressiva ein, ein großer Teil ( $n = 18$ , bzw.  $n = 28$ ) wurde mit atypischen oder herkömmlichen Neuroleptika behandelt. Dem Störungsbild und seiner somatischen Begleiterscheinungen entsprechend wurden vielen Patientinnen Nahrungsergänzungsmittel wie Eisen-, oder Vitaminpräparate, sowie Magen- oder Darmtherapeutika verabreicht, um die normale Funktionsfähigkeit der Verdauungsorgane wiederherstellen zu können. Die Bezeichnung „sonstige Medikamente“ in Tabelle 3 fasst eine äußerst heterogene Gruppe an Arzneimitteln zusammen, von Herz-Kreislauf Medikation, über Hormonpräparate bis hin zu Asthmatika.

---

<sup>10</sup> Die beiden Diagnosegruppen F50.0 und F50.1 werden im Folgenden unter AN zusammengefasst erwähnt.

Tabelle 3: Medikation

<i>Medikamentenklasse</i>	<i>Aufnahme</i>		<i>Entlassung</i>	
	<i>Häufigkeit</i>	<i>%</i>	<i>Häufigkeit</i>	<i>%</i>
Antidepressiva	47	39	56	46
Antiepileptika	7	6	13	11
Anxiolytika	5	4	1	1
Neuroleptika	18	15	28	23
Hypnotika	9	7	11	9
Magen- und Darmtherapeutika	23	19	44	36
Nahrungsergänzungsmittel	27	22	29	24
Sonstige Medikamente	33	27	34	28

Die folgenden somatischen Krankheiten, diagnostiziert nach ICD-10, traten bei der Stichprobe als Komorbiditäten auf, allerdings jeweils bei weniger als fünf Patientinnen: Krankheiten des Blutes und der blutbildenden Organe sowie bestimmte Störungen mit Beteiligung des Immunsystems (D50-D90), Krankheiten des Nervensystems (G00-G99), des Kreislaufsystems (I00-I99), des Atmungssystems (J00-J99), des Verdauungssystems (K00-K93), der Haut und der Unterhaut (L00-L99), des Urogenitalsystems (N00-N99), sowie endokrine, Ernährungs- und Stoffwechselkrankheiten (E00-E90). Diagnosen aus dem Bereich der Krankheiten des Muskel-Skelett-Systems und des Bindegewebes (M00-M99) kamen zehnmal vor.

Bei den psychischen und Verhaltensstörungen herrschten die Diagnosen F60-69 (Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen) vor (19.8%), gefolgt von F10-F19 (Psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen, 14.0%). Neurotische, Belastungs- und somatoforme Störungen (F40-48) waren seltener (6.6%) affektive Störungen, sowie Verhaltens- und emotionale Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend kamen jeweils nur einmal vor. Zu den Häufigkeiten und genauen Diagnosen siehe Tabelle 4.

Tabelle 4: Komorbiditäten aus dem Bereich des psychischen und Verhaltensstörungen (F00 - F99)

<i>Code (ICD-10)</i>	<i>Bezeichnung</i>	<i>Häufigkeit</i>
F10	Psychische und Verhaltensstörungen durch Alkohol	14
F17	Psychische und Verhaltensstörungen durch Tabak	1
F19	Psychische und Verhaltensstörungen durch multiplen Substanzgebrauch	2
F31	Bipolare affektive Störung	1
F41.0	Panikstörung	1
F41.1	generalisierte Angststörung	1
F42.9	Zwangsstörung, n.n.b. <sup>a</sup>	2
F43.1	Posttraumatische Belastungsstörung	3
F43.9	Reaktion auf schwere Belastung, n.n.b. <sup>a</sup>	1
F60.3	Emotional instabile PS <sup>b</sup>	14
F60.6	Ängstliche (vermeidende) PS <sup>b</sup>	3
F60.9	PS <sup>b</sup> , n.n.b. <sup>a</sup>	2
F61	Kombinierte und andere PS <sup>b</sup>	5
F90.0	Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung	1

Anmerkungen: <sup>a</sup> nicht näher bezeichnet, <sup>b</sup> Persönlichkeitsstörung

Die Teilstichprobe, welche an der Prozessbeobachtung der KBT teilnahm, umfasste in der ersten Einheit 27 Patientinnen. Von diesen waren 10 bulimisch und 17 anorektisch. Von diesen 27 Patientinnen wurde mit 15 eine erste Videokonfrontation durchgeführt. Die Verteilung der beiden Diagnosegruppen war in diesem Fall 6 (BN): 9 (AN). Von den 3 Patientinnen, welche zum zweiten Zeitpunkt nicht an den Konfrontationen teilnahmen waren 2 bulimisch und 1 anorektisch, weshalb sich für den zweiten Zeitpunkt eine Verteilung von 4 (BN) : 8 (AN) ergibt. Aufgrund fehlender Datensätze zum zweiten Zeitpunkt der Testungen bzw. über den Verlauf der Prozessbeobachtung, folgt im nächsten Kapitel eine Dropoutanalyse. Zur Orientierung soll Abbildung 3 dienen.

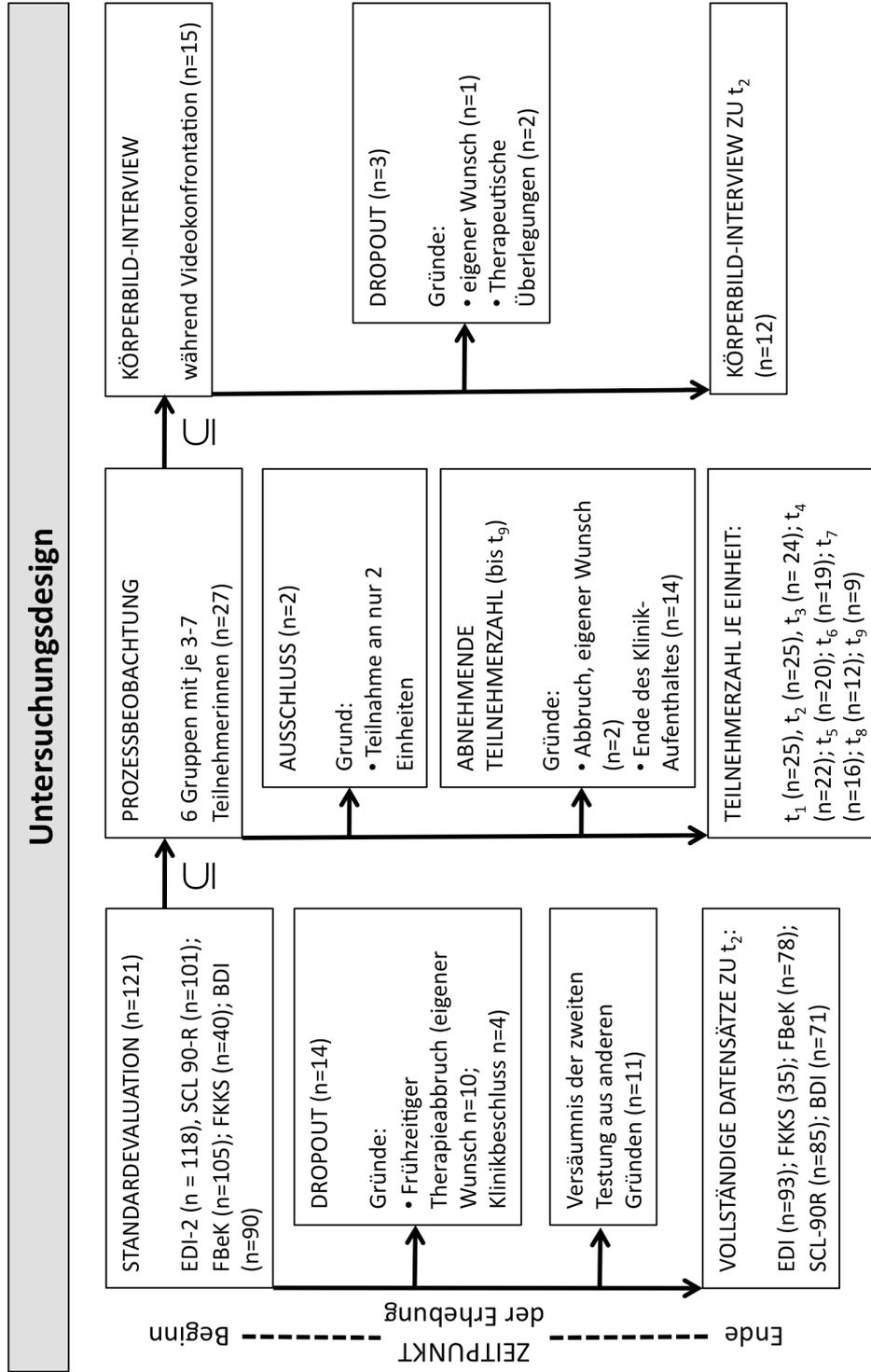


Abbildung 3: Untersuchungsdesign und Dropout-Analyse

### 5.5.3 Dropoutanalyse

Aus verschiedenen Gründen konnte bei einigen Patientinnen eine zweite Testung mit den herangezogenen Verfahren nicht erfolgen. Dies lag teilweise an frühzeitigen Abbrüchen. Von den 25 (21 %) Patientinnen, mit denen zum zweiten Zeitpunkt die essstörungsspezifische Diagnostik nicht durchgeführt werden konnte, beendeten 10 die Therapie auf eigenen Wunsch vorzeitig, 4 wurden von Seiten der Klinik entlassen, da der Therapievertrag nicht eingehalten wurde, oder keine ausreichende Therapiemotivation vorhanden war. Bei 11 Patientinnen waren die Gründe für die fehlenden Daten nicht eindeutig rekonstruierbar. Es lagen bei ihnen keine Therapieabbrüche vor. Wahrscheinlich sind die fehlenden Testdaten mit organisatorischen Fehlern vonseiten der Klinik, oder terminlichen Versäumnissen vonseiten der Patientinnen erklärbar. Zur Orientierung und Dropoutraten je Testverfahren siehe Abbildung 3. Die unterschiedlichen Stichprobengrößen in den verschiedenen Testverfahren sind damit zu erklären, dass das Verfahren FBek seit Anfang 2010 im PSZW nicht mehr standardmäßig vorgegeben wurde und stattdessen seitdem der FKKS eingesetzt wird. Der BDI wurde ebenfalls seit Anfang 2010 nicht mehr vorgegeben. Es liegen für diese Tests daher nur Teilstichproben vor.

Bei der Prozessverlaufsuntersuchung der KBT war es nicht möglich, eine konstante Gruppe über mehrere Einheiten zu beobachten. Die Aufnahme der PatientInnen im PSZW erfolgt nicht geblockt, der Beginn der KBT dagegen schon. Es handelt sich um eine geschlossene Gruppe. Dies bedeutet, dass dieses spezielle Therapiemodul für die verschiedenen Patientinnen zu unterschiedlichen Zeitpunkten ihres Aufenthalts beginnt. Damit ergab sich eine kürzere oder längere Teilnahme der einzelnen Patientinnen an der KBT. Weiters nahmen nicht alle Patientinnen – teilweise aufgrund von Arztterminen oder anderen dringenden Gründen – an allen einzelnen Einheiten teil. Die genaue Anzahl an Patientinnen welche an den maximal 14 Einheiten teilnahmen, kann Abbildung 4 entnommen werden.

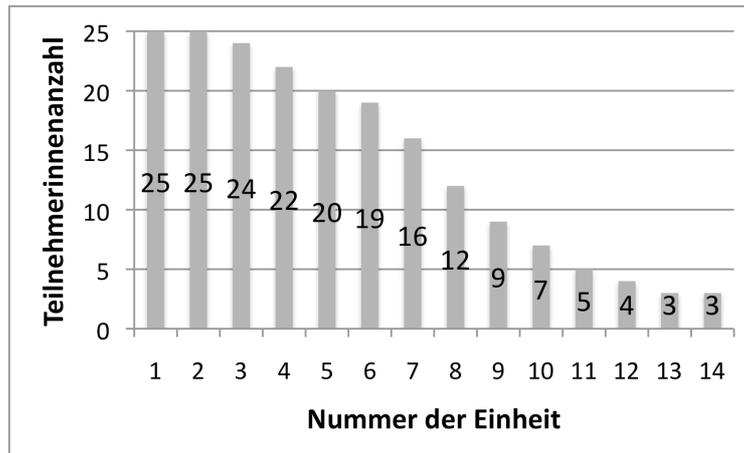


Abbildung 4: Anzahl der Teilnehmerinnen je Einheit

Bis Einheit 14 nahm die Teilnehmerinnenzahl drastisch ab. Grund hierfür war bei zwei Patientinnen der eigene Wunsch abubrechen, für die restlichen bedeutete das Ende ihres Klinikaufenthalts ein früheres Ende der KBT. Es gingen dennoch alle Daten von Patientinnen, welche die KBT mindestens dreimal besucht hatten in die Analyse ein. Zwei Patientinnen, welche nur zwei Einheiten besucht hatten, wurden aufgrund zu geringer Aussagekraft aus der Analyse der KBT ausgeschlossen. Um aussagekräftige Ergebnisse erzielen zu können, wurde beschlossen, nur die Einheiten 1-9 in die Analyse aufzunehmen, um Daten von mindestens neun Patientinnen pro Einheit heranziehen zu können.

Für die Konfrontationen ist zu sagen, dass von den 15 Patientinnen mit denen die Interviews zum ersten Zeitpunkt durchgeführt wurden, zwei von therapeutischer Seite aus der laufenden Studie genommen wurden, da Kontraindikationen zur weiteren Fortführung vorlagen. Bei beiden Patientinnen war dies ein Verdacht auf traumatische Erfahrungen, aufgrund welcher eine weitere Exposition als zu belastend bewertet werden musste. Eine dritte Patientin verweigerte die zweite Konfrontation.

## 6 Ergebnisse

Im Folgenden werden die Ergebnisse vorgestellt, welche sich unter Anwendung der unter Punkt 5.4 beschriebenen Verfahren ergaben. Die genaue Interpretation dieser Ergebnisse folgt in Kapitel 7. Sofern  $t$ -Tests gerechnet wurden, werden die  $t$ -Werte, das Signifikanzniveau ( $p$ ), sowie die Effektstärke Cohen's  $d$  angegeben. Im Fall von Voraussetzungsverletzungen wurden Wilcoxon-Tests gerechnet (Angabe von  $z$ -Wert und  $p$ ). Sofern Varianzanalysen gerechnet wurden, werden die entsprechenden  $F$ -Werte,  $p$  und als Effektstärke das partielle Eta-Quadrat ( $\eta^2$ ) angegeben, bzw. für Zeiteffekte ebenfalls  $d$ . Effektstärken werden folgendermaßen interpretiert (Cohen, 1988):  $d$ : 0.20 = klein, 0.50 = mittel, 0.80 = groß;  $\eta^2$ : klein = 0.01, mittel = 0.06, groß = 0.14.

Ergebnisse welche unter einem  $\alpha$ -Niveau von 10 % liegen, werden als statistischer Trend gewertet ( $p < .10$ ), unter einem  $\alpha$ -Niveau von 5 % als statistisch signifikant ( $p < .05$ ) und unter einem  $\alpha$ -Niveau von 1 % als statistisch hoch signifikant ( $p < .01$ ).

### 6.1 Analyse von Gruppen- und Zeitunterschieden

Die Darstellung der Zeit- und Gruppenunterschiede der durch normierte Test erhobenen Daten (Standardevaluation), werden in drei Outcomegruppen geteilt: *Störungsunspezifische Outcomes* sollen Veränderungen in der allgemeinen Symptombelastung (gemessen mit SCL-90 R), sowie den Grad der Depressivität (gemessen mit dem BDI) beschreiben. *Störungsspezifische Outcomes* dagegen beschreiben Veränderungen, sowie Gruppenunterschiede in Symptombereichen, welche typisch für das Krankheitsbild der Essstörungen sind (EDI-2; Gewichtszunahme). *Körperbildrelevante Outcomes* befassen sich mit Veränderungen im Bereich des

Körperbildes, der Körperwahrnehmung, sowie der Zufriedenheit mit dem eigenen Körper (FKKS; FBeK; Körperbildindex).

### 6.1.1 Störungsunspezifische Outcomes

Die allgemeine Symptombelastung wurde mit dem SCL-90-R erhoben. Es zeigten sich in allen Skalen signifikante Zeiteffekte mit Effektstärken zwischen  $d = 0.36$  in der Skala Ängstlichkeit und  $d = 1.03$  in der Skala Depressivität. Der im GSI zeigt sich ein sehr großer Zeiteffekt ( $F_{(1,79)} = 88.85$ ;  $p < .001$ ;  $d = 1.07$ ). Effekte welche auf Unterschiede zwischen den Gruppen BN und AN hindeuten, zeigten sich dagegen nur für zwei Skalen: In der Skala Aggressivität wurde eine Wechselwirkung gefunden. Während sich zu den beiden Zeitpunkten zwar keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zeigen ( $t_1: t = -0.97$ ;  $df = 99$ ;  $p = 0.330$ ;  $t_2: t = 0.50$ ;  $df = 66$ ;  $p = .621$ ), ist die Verbesserung der Werte in der Gruppe der BN-Patientinnen dennoch stärker – mit einer Effektstärke von  $d = 0.58$ , gegenüber  $d = 0.23$  bei den AN-Patientinnen – so dass sie zu Anfang noch höhere Werte als die AN-Patientinnen aufweisen, zum zweiten Zeitpunkt allerdings unter ihren Werten liegen ( $t_1: M_{AN} = 4.69$ ;  $M_{BN} = 5.52$ ;  $t_2: M_{AN} = 3.33$ ;  $M_{BN} = 2.90$ ). Ein ähnliches Muster zeigt sich auch in der Skala Paranoia: Die gefundene Wechselwirkung drückt ebenfalls aus, dass die Verbesserung der Bulimikerinnen deutlicher ist (BN:  $d = 0.96$ , AN:  $d = 0.51$ ), ohne dass sich die Gruppen zu einem der beiden Zeitpunkte eindeutig voneinander unterscheiden ( $t_1: M_{AN} = 6.87$ ;  $M_{BN} = 8.21$ ;  $t = -1.23$ ;  $df = 62$ ;  $p = .221$ ;  $t_2: M_{AN} = 4.09$ ;  $M_{BN} = 3.40$ ;  $t = .73$ ;  $df = 51$ ;  $p = .470$ ). Für eine Übersicht über sämtliche Skalen des SCL-90-R siehe Anhang A.1, Tabelle 15. Zur Messung der allgemeinen Depressivität wurde der BDI herangezogen. Auch hier zeigte sich ein sehr großer Zeiteffekt ( $F_{(1,71)} = 121.82$ ;  $p < .001$ ;  $d = 1.42$ ), aber weder ein Effekt über die Gruppen, noch eine signifikante Wechselwirkung (für die genauen Werte s. Anhang A.1, Tabelle 15).

### 6.1.2 Störungsspezifischer Outcome

In sämtlichen Skalen des EDI-2 ergaben sich signifikante Veränderungen über die Zeit mit hohen Effektstärken (s. Tabelle 5). Dabei konnte nur in der Skala Bulimie ein signifikanter Effekt zwischen den Gruppen gefunden werden, sowie ein statistischer Trend in der Skala Angst vor dem Erwachsenwerden. Statistisch signifikante Wechselwirkungen zeigten sich in den Skalen Bulimie, Perfektionismus, körperliche Unzufriedenheit, interozeptive Wahrnehmung, Askese, sowie Impulsregulation.

Tabelle 5: Ergebnisse aus Varianzanalysen mit Messwiederholungen für die Skalen des EDI-2

Skala	Zeit			Hauptdiagnose			Zeit*Hauptdiagnose		
	F	p	d	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
SS	140.98	<.001**	1.23	0.95	.332	0.01	2.62	.109	0.03
B	115.04	<.001**	1.05	10.00	.002**	0.10	8.30	.005**	0.08
I	73.65	<.001**	0.87	0.84	.362	< 0.01	3.62	.060 <sup>+</sup>	0.04
P	24.41	<.001**	0.46	0.03	.859	< 0.01	5.75	.019*	0.06
UK	54.16	<.001**	0.73	0.07	.791	< 0.01	4.73	.032*	0.05
M	51.57	<.001**	0.77	0.35	.557	< 0.01	0.18	.669	< 0.01
IW	94.82	<.001**	0.96	1.08	.300	0.01	7.06	.099**	0.07
AE	27.50	<.001**	0.54	3.11	.083 <sup>+</sup>	0.03	1.26	.264	0.01
A	92.82	<.001**	0.96	0.83	.366	< 0.01	5.32	.023*	0.06
IR	55.30	<.001**	0.73	0.02	.886	< 0.01	5.63	.020*	0.04
Gesamt	127.84	<.001**	1.11	0.03	.870	< 0.01	7.79	.006**	0.08

Anmerkungen: <sup>+</sup>statistischer Trend (<.10) \* statistisch signifikant (<.05), \*\* statistisch hochsignifikant (<.01); EDI-2: n (BN) = 35, n (AN) = 58. Skalenabkürzungen: SS (Schlankheitsstreben), B (Bulimie), I (Ineffektivität), P (Perfektionismus), UK (Körperliche Unzufriedenheit), M (Misstrauen), IW (interozeptive Wahrnehmung), AE (Angst vor dem Erwachsenwerden), A (Askese), IR (Impulsregulation).

Weitere Analysen zur Klärung der Gruppeneffekte und Wechselwirkungen mittels *t*-Tests zu beiden Zeitpunkten ergaben, dass sich die beiden Gruppen zum Zeitpunkt der Aufnahme in vier Skalen des EDI-2 unterschieden: Sowohl in der Skala

Bulimie ( $t = -4.60$ ;  $df = 116$ ;  $p < .001$  ;  $d = 0.87$ ), als auch in der Skala Schlankheitsstreben ( $t = -2.72$ ;  $df = 116$ ;  $p = .008$  ;  $d = 0.51$ ) sind diese Unterschiede statistisch hochsignifikant mit mittleren Effektstärken. Trends zum ersten Testzeitpunkt in der Skala Unzufriedenheit mit dem Körper ( $t = -1.99$ ;  $df = 88$ ;  $p = .055$ ) und Impulsregulation ( $t = -1.92$ ;  $df = 81$ ;  $p = .058$ ) zu erkennen, wobei in allen Fällen die Werte der BN-Patientinnen höher sind (für genaue Werte siehe Anhang A.1, Tabelle 16). Diese Unterschiede wirkten sich auch auf den Gesamtwert des EDI-2 aus ( $t = -2.04$ ;  $df = 85$ ;  $p = .044$ ;  $d = 0.40$ ).

Bei der Berechnung der  $t$ -Tests zum Zeitpunkt der Entlassung zeigten sich diese Unterschiede und Trends nur noch teilweise. So bestand der Unterschied im Schlankheitsstreben nicht mehr ( $t = -0.13$ ;  $df = 66$ ;  $p = .896$ ). Bei der Impulsregulation ( $t = 0.92$ ;  $df = 62$ ;  $p = .363$ ), der Bulimie ( $t = -1.38$ ;  $df = 60$ ;  $p = .171$ ), der Unzufriedenheit mit dem Körper ( $t = 1.20$ ;  $df = 91$ ;  $p = .234$ ) und dem Gesamtscore des EDI-2 ( $t = 1.40$ ;  $df = 91$ ;  $p = .166$ ) konnten ebenfalls keine Unterschiede mehr gefunden werden. Die Wechselwirkung in der Skala körperliche Unzufriedenheit ergab sich, da die höheren Werte der Bulimikerinnen zum zweiten Zeitpunkt nicht nur verschwanden, sondern zudem die AN-Patientinnen leicht höhere Werte aufwiesen, so war die Verbesserung über die Zeit bei den BN-Patientinnen mit einer großen Effektstärke von  $d = 1.03$  deutlicher als in der AN-Gruppe ( $d = 0.56$ ). Dasselbe kann auch für den Gesamtwert des Testverfahrens berichtet werden: Eine deutlichere Verbesserung zeigte sich in der Gruppe der BN-Patientinnen ( $d = 1.10$ ) wenn auch die Verbesserung der AN-Patientinnen ebenfalls eine sehr hohe Effektstärke aufwies ( $d = 0.99$ ).

Zum zweiten Zeitpunkt zeigten sich hingegen andere Gruppenunterschiede: So ergab sich ein signifikanter Unterschied auf der Skala interozeptive Wahrnehmung ( $t = 2.07$ ;  $df = 60$ ;  $p = .043$ ;  $d = 0.47$ ) mit besseren Werten für die BN-Patientinnen. Die Wechselwirkung in dieser Skala beschreibt, dass zum ersten Zeitpunkt die Bulimikerinnen ungünstigere Werte als die Anorektikerinnen aufwiesen (wenn auch nicht signifikant im Einzelvergleich). So ist auch hier eine deutlichere Verbesserung der Symptomatik in der Gruppe der BN-Patientinnen zu erkennen ( $d = 1.23$ ) als in der Gruppe der AN-Patientinnen ( $d = 0.81$ ). Weiters gab es einen Unterschied auf der Skala

Angst vor dem Erwachsenwerden ( $t = 2.37$ ;  $df = 73$ ;  $p = .020$ ;  $d = 0.50$ ), wobei sich die AN-Patientinnen als ängstlicher beschrieben (für die genauen Werte zu  $t_2$  siehe Anhang A.1, Tabelle 17). In der Skala Perfektionismus unterschieden sich die beiden Gruppen zu keinem der beiden Zeitpunkte signifikant. Die Wechselwirkung ergab sich in diesem Fall daraus, dass zum ersten Zeitpunkt die AN-Patientinnen leicht höhere Werte als die BN-Patientinnen aufwiesen, zum zweiten dagegen niedrigere Werte, so ist auch in diesem Fall die Verbesserung der BN-Patientinnen deutlicher ( $d = 0.68$ ) als die der AN-Patientinnen ( $d = 0.31$ ). Ähnlich erklärt sich auch die Wechselwirkung in der Skala Askese: Hier hatten zum ersten Zeitpunkt die AN-Patientinnen durchschnittlich geringere Werte als die BN-Patientinnen, zum zweiten Zeitpunkt war das Gegenteil der Fall (BN:  $d = 1.24$ , AN:  $d = 0.81$ ).

### 6.1.3 Gewichtszunahme

Bezüglich der Gewichtszunahme ergab sich folgendes Bild: Patientinnen mit AN nahmen durchschnittlich 5.06 kg ( $SD = 2.79$ ) zu, was 1.85 ( $SD = 1.05$ ) Punkten auf der BMI Skala entspricht. Der Anstieg des BMIs in dieser diese Gruppe auf 17.07 ( $SD = 2.00$ ) bis zum Ende des Aufenthalts war statistisch signifikant ( $t = -14.31$ ;  $df = 66$ ;  $p < .001$ ,  $d = 1.75$ ). Unter dem Cut-Off Wert von 17.5 lagen zum zweiten Zeitpunkt noch 55.9% der Patientinnen. Bei 38.8% der AN-Patientinnen gelang also eine Gewichtszunahme in einen BMI-Bereich, welcher nicht mehr krankhaft – im Sinne der Störungsdefinition des ICD-10 – ist.

Für die Gruppe mit BN zeigte sich eine Zunahme von 0.44 ( $SD = 1.04$ ) Punkten auf der BMI-Skala ( $M_{t2} = 21.66$ ) bzw. 0.88 kg ( $SD = 3.10$ ). Auch dieser Unterschied war statistisch signifikant ( $t = -2.45$ ;  $df = 32$ ;  $p = .020$ ;  $d = 0.45$ ), ist jedoch inhaltlich nicht annähernd so bedeutsam, da die BN-Patientinnen im Schnitt initial ohnehin keinen zu niedrigen BMI aufwiesen. Unter einem Wert von 17.5 BMI-Punkten lag zum zweiten Zeitpunkt keine Patientin.

#### 6.1.4 Körperbildrelevante Outcomes

Zunächst soll kurz auf die Bildung des in den Analysen verwendeten Indexes eingegangen werden. Dies erwies sich als notwendig, da aufgrund der unter Punkt 5.5.3 geschilderten Ablösung des FBeK durch den FKKS im PSZW Teilstichproben mit unterschiedlichen Testverfahren vorlagen. Für die gemeinsame Analyse musste daher ein gemeinsamer Index gebildet werden.

Zuerst wurde inhaltlich überprüft, welche Skalen der beiden Testverfahren FKKS und FBeK sich in ihren Items ähneln und am ehesten jene körperbildrelevanten Bereiche abdecken, die in dieser Arbeit von theoretischem Interesse sind (emotionale, kognitive, sowie behaviorale Komponenten). Es wurden die beiden Skalen Attraktivität und Selbstvertrauen (AS), sowie Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes (AK) des FBeK ausgewählt und die drei Skalen Selbstakzeptanz des Körpers (SSAK), Akzeptanz des Körpers durch andere (SAKA), sowie Aspekte körperlicher Erscheinung (SASE) aus dem FKKS. Bei Berechnung bivariater Korrelationen mit der Skala Unzufriedenheit mit dem Körper des EDI-2, welche als Außenkriterium herangezogen wurde, konnte festgestellt werden, dass drei dieser vier Skalen signifikant im mittleren bis hohen negativen Bereich mit dieser Skala korrelierten. Dies galt für die drei Skalen des FKKS: SSAK ( $r = -.53$ ;  $p < .001$ ), SAKA ( $r = -.44$ ;  $p = .004$ ) und SASE ( $r = -.51$ ;  $p = .001$ ), sowie für die Skala AS des FBeK ( $r = -.70$ ;  $p < .001$ ). Diese Skalen decken inhaltlich vor allem den Bereich positiver emotionaler, sowie kognitiver Komponenten des Körperbildes ab. Dagegen ergab sich für die Skala AK des FBeK, welche vor allem die behaviorale Komponente des Körperbildes erfasst, eine geringe Korrelation ( $r = -.06$ ;  $p = .523$ ). Die letzte Skala wurde daher ausgeschlossen und der Index schließlich für Patientinnen, für welche FKKS-Daten vorhanden waren, aus den drei genannten Skalen gebildet, wohingegen für Patientinnen, für welche FBeK Daten vorhanden waren, die Skala AS zur Bildung herangezogen wurde. Für die Neuberechnung des Körperbildindex (KBI) wurden die Skalen jeweils mithilfe von Division des Scores ( $S_i$ ) durch Itemanzahl (IA), sowie die Abstufungen der Ratingskala (AR) auf einen Wert zwischen 0 und 1 normiert.

$$\text{KBI} = S_i / (\text{IA} \times \text{AR})$$

Für die drei neu normierten Skalen des FKKS wurde anschließend zusätzlich der Mittelwert gebildet.

Folgende Ergebnisse können für den Körperbildindex, welcher auf diese Weise gebildet worden war, berichtet werden: Es ergab sich ein signifikanter Zeiteffekt mit einer großen Effektstärke ( $F_{(1,85)} = 58.46$ ;  $p < .001$ ;  $d = 0.81$ ), sowie ein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosegruppen BN und AN ( $F_{(1,85)} = 4.71$ ;  $p = .033$ ;  $\eta^2 = 0.05$ ). Zu beiden Zeitpunkten wiesen die BN-Patientinnen höhere Werte in diesem Index auf, welcher für ein positives Körperbild steht ( $t_1$ :  $M_{AN} = 0.35$ ;  $M_{BN} = 0.41$ ;  $t_2$ :  $M_{AN} = 0.53$ ;  $M_{BN} = 0.68$ ). Zur Veranschaulichung siehe Abbildung 5.

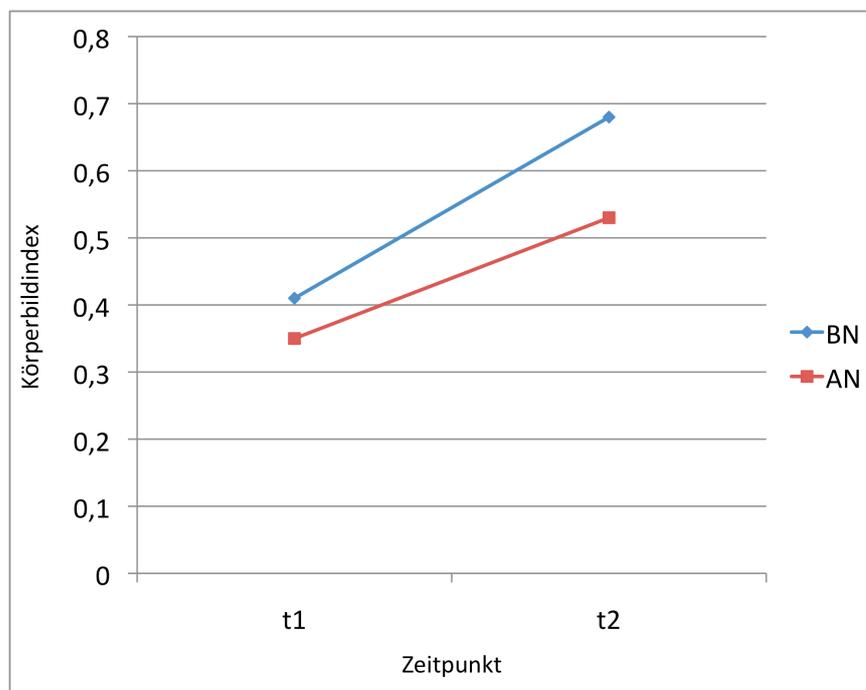


Abbildung 5: Mittelwertsunterschiede zwischen BN und AN im Körperbild-Index zu beiden Testzeitpunkten

Der Unterschied zwischen den Gruppen war nur zum zweiten Zeitpunkt statistisch signifikant mit einer mittleren Effektstärke ( $M_{AN} = 0.53$ ;  $M_{BN} = 0.68$ ;  $t = -2.23$ ;  $df = 89$ ;  $p = .028$ ;  $d = 0.54$ ). Die weitere Analyse der Testverfahren FKKS und FBeK ist aufgrund der Tatsache, dass die Ergebnisse sich auf verschiedene Stichproben beziehen

und die Stichprobe, welche dem FKKS zugrunde liegt sehr klein ist, nur eingeschränkt möglich. Ergebnisse sollen im Folgenden dennoch berichtet werden.

In sämtlichen Skalen des FBeK zeigten sich signifikante Zeiteffekte, diese können bis auf den Effekt in der Skala Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes (AK) als hochsignifikant mit großen Effektstärken betrachtet werden (s. Tabelle 6). Ein Gruppenunterschied wurde in der Skala Attraktivität und Selbstvertrauen gefunden. Wechselwirkungen lagen keine vor. Bei der Analyse mittels *t*-Tests zu beiden Zeitpunkten, konnte festgestellt werden, dass der Gruppenunterschied in der Skala Attraktivität und Selbstvertrauen nur zum zweiten Zeitpunkt einen Trend zeigte, mit höheren Werten in der Gruppe der BN-Patientinnen ( $M_{AN} = 6.63$ ;  $M_{BN} = 8.93$ ;  $t = -1.89$ ;  $df = 72$ ;  $p = .065$ ;  $d = 0.22$ ) kein entsprechender Effekt zum ersten Zeitpunkt:  $t = -0.91$ ;  $df = 76$ ;  $p = .370$ ;  $d = 0.10$ ).

Tabelle 6: Haupteffekte und Wechselwirkungen in FBek und FKKS

Test/ Skala	Zeit			Hauptdiagnose			Zeit*Hauptdiagnose		
	F	p	d	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
<b>FBek</b>									
AS	46.06	<.001**	0.77	4.33	.041*	0.06	1.24	.269	0.02
AK	4.36	.040*	0.26	1.88	.174	0.02	0.09	.771	<.01
UB	26.55	<.001**	0.60	2.38	.127	0.03	0.20	.652	<.01
KM	26.76	<.001**	0.57	0.03	.856	<0.01	2.01	.160	0.03
<b>FKKS</b>									
SGKB	41.83	<.001**	1.20	0.91	.349	0.03	1.87	.183	0.07
SPKF	12.71	.001*	0.67	0.41	.528	0.02	0.75	.396	0.03
SKEF	25.66	<.001**	0.90	2.06	.163	0.08	2.42	.132	0.09
SKKO	4.04	.055 <sup>+</sup>	0.45	8.82	.006**	0.26	0.71	.409	0.03
SSEX	10.51	.003**	0.66	12.04	.002**	0.33	0.002	.963	<.01
SSAK	20.67	<.001**	0.87	4.04	.055 <sup>+</sup>	0.10	0.70	.411	0.03
SAKA	8.07	.009**	0.49	7.55	.011*	0.23	1.59	.219	0.06
SASE	18.95	.001**	0.74	6.79	.153	0.21	3.21	.085 <sup>+</sup>	0.11
SDIS	1.16	.293	0.14	2.17	.153	0.08	1.79	.193	0.07

Anmerkungen: <sup>+</sup> statistischer Trend (<.10) \* statistisch signifikant (<.05), \*\* statistisch hochsignifikant (<.01); FBek: n (BN) = 29, n (AN) = 49; FKKS: n (BN) = 10, n (AN) = 17.

Im FKKS konnten ebenfalls in allen Skalen Zeiteffekte festgestellt werden, welche als Verbesserungen interpretiert werden können, bis auf die Skala dissimilatorische Körperprozesse (SDIS), in der sich keine Veränderung ergab (s. Tabelle 6). Bedeutsame Unterschiede zwischen den Gruppen ergaben sich für die Skalen Sexualität, Körperkontakt, Akzeptanz des Körpers durch andere, sowie Aspekte der körperlichen Erscheinung. In allen diesen Skalen wiesen die anorektischen Patientinnen zu beiden Zeitpunkten niedrigere Werte auf als die bulimischen. Diese Unterschiede waren in der Skala Sexualität zu beiden Zeitpunkten signifikant mit hohen Effektstärken ( $t_1$ :  $M_{AN} = 16.52$ ;  $M_{BN} = 22.08$ ;  $t = -3.06$ ;  $df = 24$ ;  $p = .005$ ;  $d = 1.03$ ;  $t_2$ :  $M_{AN} = 20.92$ ;  $M_{BN} = 26.00$ ;  $t = -2.28$ ;  $df = 19$ ;  $p = .034$ ;  $d = 0.84$ ), in der Skala Aspekte der körperlichen Erscheinung nur zum zweiten Zeitpunkt, allerdings mit einer hohen Effektstärke

( $M_{AN} = 57.79$ ;  $M_{BN} = 68.34$ ;  $t = -2.81$ ;  $df = 18$ ;  $p = .011$ ;  $d = 1.01$ ). In der Skala Körperkontakt war der Effekt zum ersten Zeitpunkt statistisch signifikant, zum zweiten Zeitpunkt stellte er lediglich einen Trend dar ( $t_1$ :  $M_{AN} = 18.74$ ;  $M_{BN} = 24.46$ ;  $t = -2.13$ ;  $df = 21$ ;  $p = .045$ ;  $d = 0.75$ ;  $t_2$ :  $M_{AN} = 21.38$ ;  $M_{BN} = 25.56$ ;  $t = -1.94$ ;  $df = 21$ ;  $p = .066$ ;  $d = 0.68$ ). In der Skala Akzeptanz des Körpers durch andere zeigte sich ein statistischer Unterschied nur zum zweiten Zeitpunkt mit einer allerdings hohen Effektstärke ( $M_{AN} = 11.37$ ;  $M_{BN} = 15.64$ ;  $t = -3.19$ ;  $df = 15$ ;  $p = .006$ ;  $d = 1.30$ ). Für bedeutende Unterschiede zwischen den Gruppen zu  $t_1$  bzw.  $t_2$  siehe Anhang A.1, Tabelle 16 bzw. 17. Signifikante Wechselwirkungen ergaben sich für keine der Skalen.

## 6.2 Zusammenhang Körperbild und Essstörungssymptomatik

Um die Frage zu untersuchen, inwieweit eine Abnahme der allgemeinen Essstörungssymptomatik, operationalisiert durch den Gesamtscore des EDI-2, mit der Verbesserung des Körperbildes, operationalisiert durch den Körperbild-Index, einhergeht, wurde eine bivariate Korrelation nach Pearson über die Differenzen des Gesamtscores bzw. des Indexes zu beiden Zeitpunkten gerechnet. Diese ergab eine mittlere negative Korrelation von  $r = -.55$  ( $p < .001$ ). Eine Abnahme der Essstörungssymptomatik hing somit in einem Ausmaß von 30.4% (Bestimmtheitsmaß  $R^2$ ) mit der Verbesserung des Körperbildes zusammen. Werden die Ausprägungen zu  $t_1$  kontrolliert ergab sich eine Korrelation von  $r = -.66$  ( $p < .001$ ;  $R^2 = 44.1\%$ ).

## 6.3 Prozessverlaufsuntersuchung

Nach Berechnung der gewichteten Regressionskoeffizienten – wie unter Punkt 5.4 beschrieben – wurden jeweils  $t$ -Tests gegen 0 berechnet, um zu untersuchen, ob sich bezüglich der Richtung und Stärke der einzelnen Verläufe gemeinsame Trends ergaben.

Zunächst wurden diese Berechnungen für alle sechs Emotionen und jeweils für die Vorher- und Nachher-Verläufe berechnet. Wie man in Tabelle 7 erkennen kann, zeichneten sich dabei für die Emotionen Scham und Ekel und für das allgemeine Wohlbefinden, sowie das Selbstvertrauen vor Beginn der Einheiten Trends ab, welche Verbesserungen darstellen. Für das Selbstvertrauen ist diese Verbesserung statistisch signifikant. Das heißt Ekel und Scham wurden vor Beginn der einzelnen Therapieeinheiten mit der Zeit kontinuierlich weniger, während das Wohlbefinden und das Selbstvertrauen mit der Zeit anstieg. Die Verläufe nach der Körperbildtherapie zeigten lediglich beim allgemeinen Wohlbefinden einen Trend, welcher eine Erhöhung dieses Wohlbefindens über die Zeit ausdrückt.

Tabelle 7: T-Tests gegen 0 für Emotionen vor und nach der KBT-Einheit

Skala	vorher			nachher		
	mittleres $\beta^a$	t	p	mittleres $\beta^a$	t	p
Anspannung	-0.31	-0.3	.794	-1.23	-1.0	.320
Angst	-1.43	-1.3	.201	-1.05	-1.0	.332
Scham	-2.18	-2.0	<b>.051*</b>	-1.40	-1.5	.137
Selbstvertrauen	2.14	2.3	<b>.027**</b>	1.48	1.6	.138
Ekel	-2.26	-1.9	<b>.066*</b>	-1.61	-1.7	.101
Wohlbefinden	1.90	2.0	<b>.051*</b>	1.89	1.75	<b>.093*</b>

Anmerkungen: \*statistischer Trend  $<.10$ , \*\*statistisch signifikant  $<.05$ , <sup>a</sup> Berechnet aus  $\Sigma (W-OLS)/\Sigma (TIS*NRM)$ .

### 6.3.1 Prä-/Postdifferenzen

Die Analyse der Prä-/Postdifferenzen ergab folgende Ergebnisse: Wurden die Differenzen aller sechs Emotionen sowie affektiven Zustände für jede Patientin gemittelt und anschließend Einstichproben *t*-Tests für diese gemittelten Differenzen je Einheit

berechnet, ergaben diese zu den Testzeitpunkten 1, 2, 3, 7, 8 und 9 eine gemeinsame Richtung der Differenzen<sup>11</sup>, welche sich signifikant von 0 unterschied, oder zumindest als statistischer Trend zeigte (siehe Tabelle 8). Zu den Testzeitpunkten 5, 6 und 7 war dies nicht der Fall. Wurden die Prä-/Postdifferenzen jeder Patientin über alle neun Einheiten gemittelt, ergab sich für die sechs verschiedenen Emotionen bzw. affektiven Zustände ebenfalls ein gemeinsamer Anstieg der ( $M = 4.06$ ,  $SD = 1.64$ ) welcher als Abnahme der jeweiligen negativen Emotion, bzw. Zunahme der positiven Emotionen interpretiert werden kann ( $t = 6.07$ ;  $p = .002$ ).

Tabelle 8: Einstichproben-*t*-Tests zu Prä-/Postdifferenzen

<i>Testzeitpunkt</i>	<i>M (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>
1	6.57 (2.45)	2.68	<b>.044**</b>
2	2.72 (2.26)	2.94	<b>.032**</b>
3	2.95 (3.44)	2.10	<b>.090*</b>
4	2.53 (2.31)	2.68	<b>.044</b>
5	1.45 (2.38)	1.50	.194
6	0.14 (4.62)	0.08	.942
7	2.40 (6.46)	0.91	.404
8	8.29 (3.22)	6.30	<b>.001**</b>
9	9.50 (5.74)	4.05	<b>.010**</b>

*Anmerkungen:* \*statistischer Trend  $<.10$ , \*\*statistisch signifikant  $<.05$

Ebenfalls wurde für jede Emotion und für jede Einheit ein Einstichproben *t*-Test berechnet (s. Anhang A1, Tabellen 18a-i), um festzustellen, ob sich die Prä-/Postdifferenzen der Teilnehmerinnen in einem gemeinsamen Trend beschreiben lassen. Hier war auffällig, dass dies selten der Fall war: In der ersten Einheit ist das Absinken von Angst, Scham und Ekel signifikant unterschiedlich von 0. In Einheit 7 gilt dies für das Absinken

<sup>11</sup> Die Prä-/Postdifferenzen von Wohlbefinden und Selbstvertrauen wurden vor der Berechnung umgepolt.

der Anspannung, in Einheit 8 für den Anstieg des Wohlbefindens. In Einheit 9 ist diese Abweichung von 0 für sowohl das Absinken der Anspannung und der Angst, als auch für das Ansteigen von Selbstvertrauen und Wohlbefinden feststellbar. Ansonsten liegen die  $p$ -Werte zwischen .101 und .973. Die Standardabweichungen der Mittelwerte einzelner Emotionen in einer Einheit sind in allen Fällen sehr groß ( $SD = 10.36$  bis  $33.54$ ), was auf heterogene Verläufe hindeutet.

Aufgrund dieser offensichtlich sehr differenziellen Verläufe, wurden im weiteren Verlauf die einzelnen ungewichteten Regressionsgeraden jeder Patientin in jeder Emotion analysiert, wofür die unter Punkt 5.4 beschriebenen Typen gebildet wurden. Hierbei ergaben sich für die Häufigkeiten verschiedener Typen die Ergebnisse, welche in Tabelle 9 zu sehen sind.

Tabelle 9: Verteilung der Typen A-G innerhalb der sechs Emotionen

	<i>Anspannung</i>	<i>Angst</i>	<i>Scham</i>	<i>Selbstvertrauen</i>	<i>Ekel</i>	<i>Wohlbefinden</i>
Typ A	3	<b>7</b>	<b>5</b>	6	<b>5</b>	4
Typ B	3	3	3	2	3	3
Typ C	<b>7</b>	4	2	2	4	3
Typ D	4	1	4	0	2	1
Typ E	2	4	<b>5</b>	<b>8</b>	<b>5</b>	6
Typ F	6	5	4	5	3	<b>7</b>
Typ G	0	1	2	2	3	1

*Anmerkung:* Die am häufigsten vorkommenden Typen werden hervorgehoben.

Die Verteilung der Typen ist in jeder der sechs Emotionen unterschiedlich. Aufgrund dieser fehlenden Systematik lohnte es sich, die Verteilung nach Bildung von Haupttypen (wie ebenfalls unter 5.4 beschrieben) zu betrachten: Während bei Anspannung und Wohlbefinden der Typ Profitierer vorherrscht, ist lediglich Ekel den Habituierten zuzuteilen. Bei der Scham herrscht der sensitive Typ vor und beim Selbstvertrauen kommen gleich viele Habituierte und Sensitive vor. Zur genauen Übersicht siehe Abbildung 6.

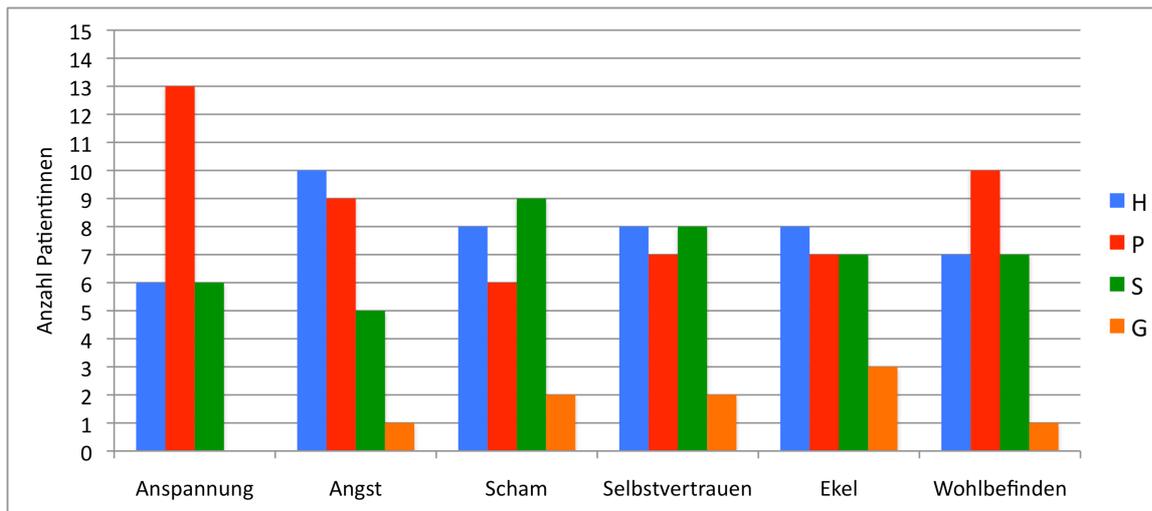


Abbildung 6: Verteilung der 4 Haupttypen über die Emotionen

Ebenso wurde für jede der 25 Patientinnen ein Haupttyp bestimmt, welcher über die sechs Emotionen am häufigsten vorkam. Dabei ergab sich für 7 Patientinnen der Haupttyp Habituiert für 8 der Haupttyp Profitierend, für 3 der Haupttyp Sensitiv. Für die restlichen 6 konnte aufgrund der Verteilung kein Haupttyp bestimmt werden (s. Abbildung 7).

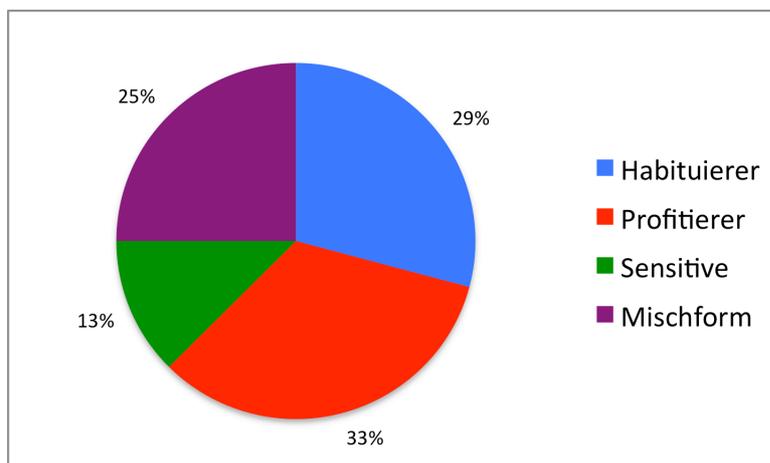


Abbildung 7: Bestimmung von Haupttypen für Patientinnen

### 6.3.2 Gruppenunterschiede zwischen den Haupttypen innerhalb der Emotion Scham

Da sich in der Analyse der Prozessverlaufsuntersuchung die Scham als Emotion herausgestellt hatte, in der die meisten Patientinnen eine Erhöhung der negativen Differenzen gezeigt hatten, sollen die unterschiedlichen Gruppen in Bezug auf verschiedene Testkennwerte verglichen werden. Ein Grund der für die genauere Untersuchung dieser Emotion spricht ist auch, dass wie weiter oben erwähnt, die Scham als bedeutende Emotion für die Aufrechterhaltung der Essstörung gilt (Gilbert & Goss, 2009).

Die vier Haupttypen innerhalb der Emotion Scham wurden in ihren Ergebnissen verschiedener Testverfahren verglichen. Hierbei zeigte sich in interessierenden Skalen ein Muster: Die als Sensitive kategorisierten Patientinnen hatten oft zu Beginn bereits die schlechtesten Werte und obwohl sie sich wie alle anderen in allen untersuchten Skalen zum zweiten Zeitpunkt verbesserten, blieben ihre Werte am negativsten. Diese Gruppenunterschiede waren allerdings in keinem Fall groß genug, um bei der gegebenen Stichprobengröße in einer Varianzanalyse mit Messwiederholungen signifikant zu werden ( $p > .151$ ). Einzig ein Mittelwertvergleich zwischen den Gruppen der Profitierer und der Sensitiven im GSI des SCL-90R zum ersten, sowie zum zweiten Testzeitpunkt zeigte einen Trend, welcher auf eine höhere Symptombelastung der letzteren hindeutet ( $t_1: t = 2.17; df = 12; p = .053; d = 1.08; t_2: t = 3.01; df = 8; p = .076; d = 1.28$ ). Tabelle 10 zeigt eine Übersicht über Mittelwerte verschiedener interessierender Tests bzw. Skalen.

Tabelle 10: Vergleich der Mittelwerte der 4 Haupttypen in der Emotion Scham in verschiedenen Tests

Test/Skala	$t_1/t_2$	<i>Profitierer</i>	<i>Sensitive</i>	<i>Habituierer</i>	<i>Gleichbleibend</i>
		$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$	$M (SD)$
Körperbild-Index	$t_1$	0.55 (0.11)	0.45 (0.15)	0.55 (0.18)	0.48 (0.08)
EDI-2 Gesamtscore	$t_1$	323.80 (28.28)	377.29 (64.24)	350.85 (56.76)	352.0 (28.28)
EDI-2 (UK)	$t_1$	35.40 (4.93)	43.29 (11.32)	41.50 (14.77)	50.50 (4.95)
SCL 90-R (GSI)	$t_1$	1.05 (0.38)	1.67 (0.55)	1.28 (0.55)	1.52 (0.16)
Körperbild-Index	$t_2$	0.62 (0.11)	0.58 (0.21)	0.66 (0.14)	0.74 (0.07)
EDI-2 Gesamtscore	$t_2$	238.00 (38.75)	291.14 (86.33)	253.67 (67.06)	243.50 (34.65)
EDI-2 (UK)	$t_2$	31.20 (4.67)	36.28 (17.42)	32.50 (13.19)	31.50 (3.53)
SCL 90-R	$t_2$	0.34 (0.15)	0.77 (0.45)	0.59 (0.63)	0.31 (0.14)

## 6.4 Analyse der Interviews zur Konfrontation mit dem eigenen Körperbild

In die Analyse der Konfrontationen gingen zum ersten Zeitpunkt die Daten von 15 und zum zweiten die Daten von 12 Patientinnen ein. Die Berechnungen erfolgten nach der Kategorienbildung, wie unter Punkt 5.3.7 beschrieben wurde.

### 6.4.1 Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild

Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild wurde mit den beiden Items „Mein Körper ist ok, so wie er ist“ und „Ich bin zufrieden damit, wie ich aussehe“ erhoben (Skala von 0: *stimmt gar nicht* bis 5: *stimmt völlig*). Insgesamt nahm die Zufriedenheit (gemittelt über beide Items) von  $M_{t1} = 2.04$  ( $SD = 1.19$ ) auf  $M_{t2} = 3.37$  ( $SD = 1.05$ ) Punkte zu. Diese Veränderung war statistisch signifikant mit einer großen Effektstärke ( $t = -3.37$ ;  $df = 11$ ;  $p = .006$ ;  $d = 1.18$ ).

## 6.4.2 Emotionen

Gefragt nach den Emotionen, welche beim Betrachten des Videos auftauchten, wurden zum ersten Zeitpunkt genannt: Angst, Ekel, Trauer, Scham, Wut/Ärger, Schock, Verzweiflung, Überraschung, Stolz. Eine weitere zehnte Kategorie („sonstige negative Gefühle“) wurde zudem für undifferenzierte negative Gefühle wie „Unbehagen“, „ein unangenehmes Gefühl“ oder „es fühlt sich schlecht an“ gebildet. Von den spontan genannten Emotionen waren zum ersten Zeitpunkt acht (95%) den negativen Emotionen zuzuordnen, eine weder positiv noch negativ (Überraschung, 2.5%) und eine positive Emotion (Stolz) wurde von nur einer Patientin genannt (2.5%).

Zum zweiten Zeitpunkt wurden genannt: Angst, Ekel, Trauer, Scham, Wut, Enttäuschung, Unsicherheit, Stolz, Freude, Erleichterung, Hoffnung, Zufriedenheit, sonstige negative und ähnlich wie für die sonstigen negativen musste zum zweiten Zeitpunkt eine Kategorie für wenig differenzierte positive Emotionen gebildet werden (sonstige positive Emotionen) wie „es ist ein angenehmes Gefühl“, oder „es fühlt sich gut an“. Die Diversität der positiven Emotionen erhöhte sich demnach von einer genannten auf sechs verschiedene. Die Anzahl der verschiedenen negativen Emotionen veränderte sich nicht (zu beiden Zeitpunkten waren es sieben verschiedene). Über alle genannten Emotionen verteilten sich die negativen und positiven zum zweiten Zeitpunkt 52% zu 48%. Betrachtet man die relative Häufigkeit der Patientinnen, welche jeweils zum ersten und zum zweiten Zeitpunkt eine negative Emotion nannten, ergibt sich für die am häufigsten genannten (Angst, Ekel, Trauer, Scham und Wut) die in Abbildung 8 dargestellte Verteilung.

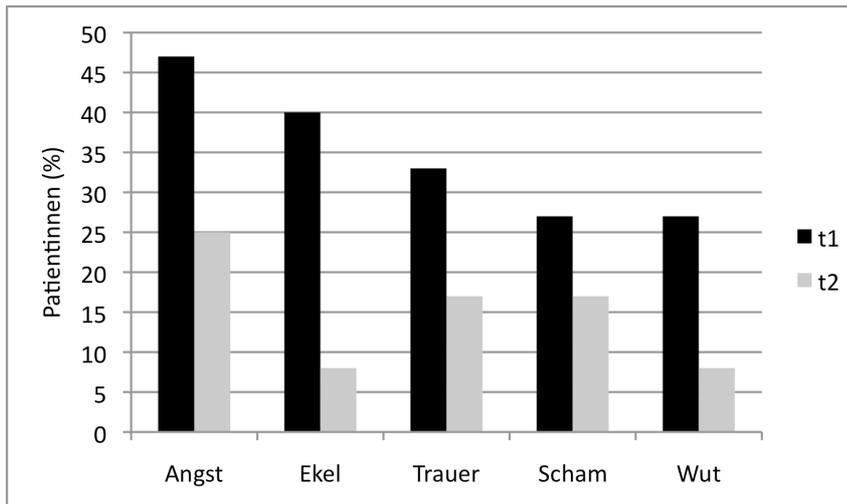


Abbildung 8: Anteil an Patientinnen je genannter Emotion zu t1 und t2

Wie zu erkennen ist, nahmen die Häufigkeiten dieser fünf Emotionen ab. Der Unterschied in der Anzahl der genannten negativen Emotionen wurde für alle negativen Emotionen gemeinsam überprüft. Dabei ergab sich ein signifikanter Unterschied ( $t = 2.38$ ;  $df = 11$ ;  $p = .039$ ;  $d = 0.69$ ). Während zum ersten Zeitpunkt im Durchschnitt 2.33 negative Emotionen genannt wurden, waren es zum zweiten Zeitpunkt noch 1.17. Der Unterschied bei der Anzahl genannter positiver Emotionen, war – nachdem zum ersten Zeitpunkt nur eine Patientin eine positive Emotion nannte – erwartungsgemäß hochsignifikant mit einer großen Effektstärke ( $t = -4.69$ ;  $df = 11$ ;  $p = .001$ ;  $d = 1.35$  bzw. nicht-parametrisch berechnet:  $z = 2.76$ ;  $p = .006$ ).

Die Intensität der Emotionen wurde ebenfalls analysiert (s. Tabelle 11). Hier zeigte sich, dass für die negativen Emotionen zusammengenommen der Mittelwert von  $M_{t1} = 76.6$  auf  $M_{t2} = 30.7$  zurückging. Dies ist statistisch hoch signifikant bei einer großen Effektstärke ( $t = 8.21$ ;  $p < .001$ ;  $d = 2.56$ ). Für Angst ergab sich eine signifikante Abnahme ( $t = 5.73$ ;  $df = 4$ ;  $p = .005$ ;  $d = 2.86$ ) ebenso wie für Ekel ( $t = 3.87$ ;  $df = 4$ ;  $p = .018$ ;  $d = 1.73$  bzw. nicht-parametrisch berechnet:  $z = 2.03$ ;  $p = .042$ ). Für weitere einzelne Emotionen konnten aufgrund der sehr geringen Anzahl an Nennungen formal keine Tests berechnet werden. Ebenso wenig war dies für die Intensitäten der positiven Emotionen möglich, da zum ersten Zeitpunkt nur eine Nennung vorlag.

Tabelle 11: Verteilung und Intensität der genannten Emotionen

<i>Emotion</i>	<i>t<sub>1</sub></i>		<i>t<sub>2</sub></i>	
	<i>Prozent<sup>a</sup></i>	<i>M (SD)</i>	<i>Prozent<sup>a</sup></i>	<i>M (SD)<sup>b</sup></i>
Angst	47	75 (17.2)	25	62 (18.9)
Ekel	40	80 (21.0)	8	27 (20.5)
Trauer	33	72 (16.8)	17	29 (22.8)
Scham	27	75 (26.4)	17	33 (10.0)
Wut/Ärger	27	70 (14.1)	8	13 (20.0)

*Anmerkungen:* <sup>a</sup> Anteil an Patientinnen, welche die jeweilige Emotion spontan nannten.

<sup>b</sup> Mittelwert setzt sich zusammen aus Intensitätsratings spontan genannter, sowie nur zu t1 spontan genannter Emotionen, welche zu t2 nachgefragt wurden.

### 6.4.3 Kognitionen

Im Bereich der Kognitionen konnten die folgenden Kategorien gebildet werden:

- **Annehmende/positive Bewertung:** Unter diese Kategorie fielen alle Gedanken, welche einen annehmenden oder positiven Inhalt bezüglich des eigenen Körpers ausdrücken. Beispiele sind „den Bauch kann ich so annehmen“, „Meine Arme gefallen mir gut“ „Ich finde ich habe einen schönen Oberkörper“
- **Negative Bewertung:** Diese Kategorie umfasste abwertende Kognitionen, bezüglich des eigenen Körpers und/oder der eigenen Person, wobei nicht unterschieden wurde zwischen genereller und spezifischer Ablehnung. Beispiele sind: „Ich hasse meine Oberschenkel“, „Ich gefalle mir überhaupt nicht“, „Was ich sehe ist schrecklich“.
- **Wertfreie Beschreibung:** In diese Kategorie fielen Kognitionen, welche sich auf den Körper beziehen und neutral formuliert sind, so dass weder eine Auf- noch eine Abwertung zu erkennen ist. Beispiele sind: „Am Rücken sehe ich die Wirbelsäule“, „Ich sehe weiblicher aus“, „Ich habe etwas zugenommen“
- **Reflexion bezüglich Krankheit und Wahrnehmung (Reflexion K+W):** Diese Kategorie ergab sich aus Aussagen, welche eine reflektierende Haltung bezüglich

spontan auftretender Gedanken und Gefühle ausdrückten, im Sinne einer gewissen Selbstregulation und Selbstbeobachtung. Beispiele hierfür sind: „Ich habe Angst, dass ich zu streng sein könnte“, „Ist es mir möglich, mich so anzusehen, dass ich mir gefalle?“, „Ich hoffe ich bleibe nicht bei dem Gedanken hängen, dass ich einen Bauch habe“ oder „Ich sehe mich anders“.

- Selbstentfremdung: Diese Kategorie umfasste Gedanken, welche Selbstentfremdung ausdrücken, wie „Das bin nicht ich“, „Es ist als würde ich eine andere Person anschauen“ oder „Ich sehe mich noch immer sehr distanziert“.
- Sorgen: Diese Kategorie bezog sich auf Kognitionen, welche Sorgen zur Gewichtszunahme zum Inhalt haben: „Ich mache mir Sorgen darüber wenn ich zunehme, wo ich dann zunehme“ oder „ich habe Angst, dass der Po noch breiter wird“.

Für die Verteilung der Kategorien zu den beiden Zeitpunkten ergab sich das in Abbildung 9 dargestellte Bild. Während der Anteil der positiven Bewertungen an allen genannten Kognitionen nur leicht anstieg (von 11% auf 18%), nahmen die negativen Bewertungen stark ab (von 50% auf 15%). Die wertfreien Beschreibungen verdoppelten ihren Anteil von 15% auf 32% und auch die Reflexionen über Krankheit und Wahrnehmung nahmen in ihrem Anteil zu (12% auf 28%). Die Gedanken bezüglich der Selbstentfremdung wurden relativ gesehen weniger (9% auf 3%) und die Sorgen hielten sich bei 3% konstant.

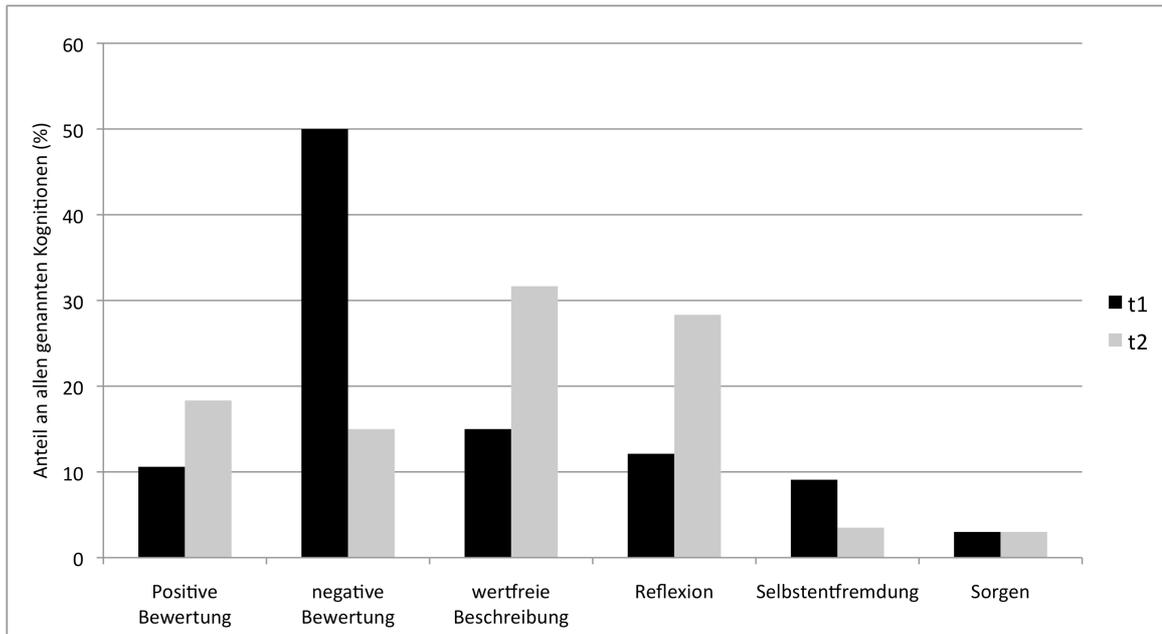


Abbildung 9: Verteilung verschiedener Kognitionen

Die Mittelwertunterschiede der Häufigkeiten mit denen Kognitionen einer bestimmten Kategorie genannt wurden und die dazugehörigen *t*-Werte sind Tabelle 12 zu entnehmen. Für die negativen Bewertungen und die Reflexionen zeigten sich signifikante Ab- bzw. Zunahmen. Bei den wertfreien Beschreibungen war ein Trend zu einer Zunahme der spontanen Nennungen zu erkennen. Bei den positiven Bewertungen erhöhte sich die Anzahl der durchschnittlichen Nennungen zwar von 0.58 auf 0.92, dieser Unterschied war allerdings statistisch nicht bedeutsam, ebenso wenig wie die Abnahme der Gedanken der Kategorie Selbstentfremdung. Die Sorgen blieben mit je zwei Nennungen über beide Zeitpunkte konstant.

Tabelle 12: Anzahl der Nennungen verschiedener Kognitionen zu t1 und t2 und dazugehörige t-Test-Werte

<i>Kategorie</i>	<i>M<sub>t1</sub> (SD)</i>	<i>M<sub>t2</sub> (SD)</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>d</i>
Negative Bewertung	2.08 (1.00)	0.75 (0.87)	5.20	<b>&lt;.001**</b>	1.50
Positive Bewertung	0.58 (0.51)	0.92 (0.99)	-1.08	.301	0.31
Wertfreie Beschreibung	0.67 (0.98)	1.58 (1.16)	-1.96	.076 <sup>+</sup>	0.57
Reflexion (K & W)	0.58 (0.99)	1.42 (1.08)	-2.28	<b>.044*</b>	0.66
Selbstentfremdung	0.42 (0.51)	0.17 (0.39)	1.39	.191	0.40

Anmerkungen: <sup>+</sup> statistischer Trend (<.10); \* statistisch signifikant (<.05); \*\* statistisch hochsignifikant (<.01)

Für die Kategorie Selbstentfremdung wurde zusätzlich ein nicht-parametrischer Test wegen Voraussetzungsverletzung berechnet. Dieser ergab ebenfalls kein signifikantes Ergebnis ( $z = -1.34$ ;  $df = 11$ ;  $p = .180$ ).

Schließlich wurden auch die Mittelwerte der Intensitäten auf Unterschiede zwischen den beiden Zeitpunkten hin untersucht. Tabelle 13 zeigt alle Mittelwerte. *t*-Tests wurden ausschließlich für die positiven und die negativen Bewertungen gerechnet, da inhaltlich eine Untersuchung der Intensität wertfreier Beschreibungen und Reflexionen keinen Gewinn versprach. In diesem Fall ist vielmehr die Veränderung der Häufigkeit der Nennungen bedeutsam. Für die Gedanken der Kategorie Selbstentfremdung und die Sorgen musste aufgrund der zu geringen Anzahl an Nennungen davon abgesehen werden.

Es ergab sich für die negativen Bewertungen ein hoch signifikanter Unterschied, im Sinne einer Abnahme der Intensität ( $t = 5.60$ ;  $df = 11$ ;  $p < .001$ ;  $d = 1.62$ ). Für die positiven Bewertungen dagegen war kein statistisch bedeutsamer Unterschied beobachtbar ( $t = -0.64$ ;  $df = 6$ ;  $p = .544$ ,  $d = 0.24$ ).

Tabelle 13: Intensität verschiedener Kognitionen

<i>Kategorie</i>	<i>M<sub>t1</sub> (SD)</i>	<i>M<sub>t2</sub> (SD)</i>
Positive Bewertung	3.5 (1.3)	4.0 (0.9)
Negative Bewertung	4.5 (0.7)	3.1 (1.3)
Wertfreie Beschreibung	3.6 (1.5)	3.5 (1.6)
Reflexion (K + W)	4.5 (0.8)	3.8 (1.5)
Selbstentfremdung	4.0 (1.0)	3.2 (1.6)
Sorgen	4.7 (0.6)	4.2 (1.1)

#### 6.4.4 Handlungsimpulse

Für den Bereich der Handlungsimpulse wurden die folgenden Kategorien generiert:

- Vermeidung: Hierzu gehörten Wünsche und Verhaltensweisen, welche sich auf die Nicht-Auseinandersetzung mit dem Körper beziehen. Dazu gehört der Impuls aus der Situation zu fliehen („Ich würde am liebsten raus gehen“) ebenso wie das Abschalten des Videos oder das Bedecken des Körpers im Video.
- Modifikation: Diese sehr heterogene Kategorie fasste alle Impulse zusammen, welche sich auf Aussagen zur Veränderungen des Körpers beziehen: „Ich möchte den Gesichtsausdruck verändern“, „Ich möchte mich in Knetmasse verwandeln und umformen“, „Ich möchte einzelne Körperteile wegnehmen und andere dazustecken“.
- Hinwendung zu Körperbild: Diese Kategorie umfasste Handlungsimpulse, welche ein Interesse den eigenen Körper genau zu betrachten ausdrücken: „Ich möchte es noch einmal sehen“, oder „Ich möchte mich in das Video stellen, um genauer hinsehen zu können“.

- Sport: Eine Restkategorie, die den Handlungsimpuls Sport zu treiben erfasste.
- Weinen: Ebenfalls eine Restkategorie, welche den Wunsch zu weinen erfasste.

Überhaupt einen Handlungsimpuls nannten zum ersten Zeitpunkt 12 von 15 (80%) Patientinnen und zum zweiten Zeitpunkt 7 von 12 (58%). Während zum ersten Zeitpunkt dabei Handlungsimpulse aller Kategorien genannt wurden, verteilten sich zum zweiten Zeitpunkt alle genannten auf die beiden Kategorien Hinwendung zum Körperbild und Modifikationen. Wie man in Abbildung 10 erkennen kann, nannten zu  $t_1$  die größte Gruppe der Patientinnen Handlungsimpulse aus der Kategorie Vermeidung, während zum zweiten Zeitpunkt keine Patientin mehr einen solchen Wunsch nannte. Zum zweiten Zeitpunkt nannte ein größerer Anteil an Patientinnen Modifikationen und einen Wunsch, sich dem Körperbild zuzuwenden.

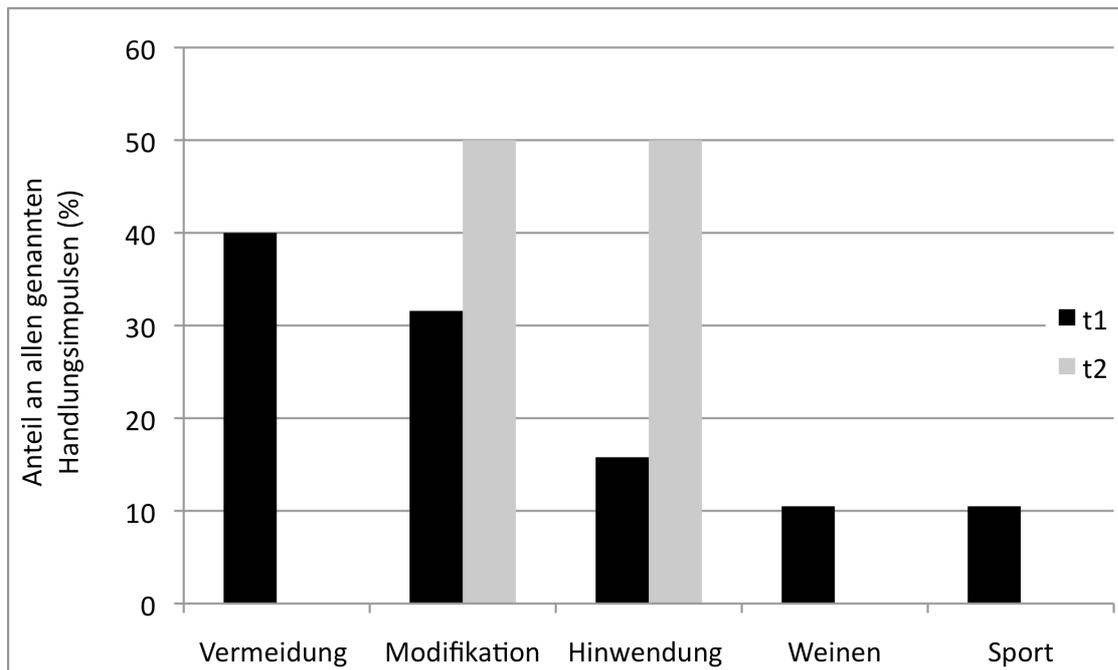


Abbildung 10: Nennungen verschiedener Kategorien von Handlungsimpulsen in Prozent zu  $t_1$  und  $t_2$

Zur Verteilung der verschiedenen Kategorien ergaben sich die Prozentwerte, welche in Tabelle 14 dargestellt sind. Dort sind auch die Mittelwerte der Intensitäten angegeben.

Tabelle 14: Häufigkeiten verschiedener Handlungsimpulse

Kategorie	$t_1$		$t_2$	
	Anteil an allen genannten	M (SD)	Anteil an allen genannten	M (SD)
Vermeidung	32	3.7 (0.81)	0	3 (1.6)
Modifikationen	32	4.5 (0.83)	50	3 (1.5)
Sport	10	4 (1.4)	0	4 (0) <sup>a</sup>
Hinwendung KB	16	4.3 (1.10)	50	4.3 ( 1.11)
Weinen	10	4.5 (0.7)	0	1 (0) <sup>a</sup>
Gesamt	100	4.2 (1.12)	100	3.06 (0.84)

Anmerkungen: <sup>a</sup> Bezieht sich auf die Wertung nur einer Person.

Für die Häufigkeit der Nennungen ergaben sich folgende Ergebnisse: Die Abnahme im Bereich der Vermeidung (auf 0 Nennungen zu  $t_2$ ) war statistisch signifikant ( $t = 2.80$ ;  $df = 11$ ;  $p = .017$ ;  $d = 0.81$ ). Die Zunahme an Modifikationen dagegen nicht ( $t = -0.25$ ;  $df = 11$ ;  $p = .809$ ;  $d = 0.07$ ), ebenso wenig die Zunahme in der Kategorie Hinwendung zum Körperbild ( $t = -1.00$ ;  $df = 11$ ;  $p = .339$ ;  $d = 0.29$ ).

Die Abnahme der Intensität im Bereich der Modifikationen war nicht signifikant ( $t = 1.36$ ;  $df = 3$ ;  $p = .297$ ;  $d = 0.68$ ), ebenso wenig war eine Veränderung in der Intensität der Kategorie Hinwendung zu erkennen. Eine Berechnung ist aufgrund von nur zwei Nennungen zu  $t_1$  formal nicht sinnvoll.

#### **6.4.5 subjektive Wahrnehmung der Veränderung**

Der letzte Teil des Interviews erhob zum zweiten Zeitpunkt die subjektive Wahrnehmung darüber, ob sich der eigene Körper verändert hat, wie diese Veränderung zu beschreiben sei und ob sie positiv oder negativ bewertet wird. Von den 12 Patientinnen, mit welchen die Konfrontation zum zweiten Zeitpunkt durchgeführt wurde, nahmen 11 eine Veränderung wahr. Diese wurde von 8 als Zunahme an Gewicht beschrieben und von 3 Patientinnen weder als Zunahme noch als Abnahme. Diese Einschätzungen stimmten alle mit den erhobenen BMI Werten in ihrer Richtung überein, d.h. bei Patientinnen welche angaben, zugenommen zu haben, war ein Anstieg des BMIs dokumentiert worden, bei jenen, welche angaben, weder zu- noch abgenommen zu haben war der BMI als konstant dokumentiert.

Weiters bewerteten 7 Patientinnen diese Veränderung als positiv, 4 bewerteten sie als weder positiv noch negativ und eine Patientin (AN) bewertete die Gewichtszunahme als negativ. Aufgrund der realistischen Einschätzung und dem Fehlen von ausreichend Negativ-Evaluiererinnen konnten diesbezüglich keine Gruppen zur weiteren Analyse gebildet werden.

## 7 Interpretation und Diskussion

Ziel dieser Studie war es, zu untersuchen, wie sich die komplexe Behandlung von Essstörungen im PSZW auf verschiedene Therapieoutcomes auswirkt. Speziell wurde das Augenmerk auf den Einfluss der Behandlung auf essstörungsspezifische Symptomatik, sowie das Körperbild gerichtet. In einer Prozessbeobachtung sollte Einblick in die Veränderung verschiedener emotionaler, sowie affektiver Zustände über die gesamte Dauer der Körperbildtherapie ermöglicht werden und schließlich wurden körperbildrelevante Aspekte in einer in-vivo Konfrontation mithilfe eines strukturierten Interviews erhoben, um Veränderungen in diesem Bereich der Symptomatik möglichst valide und detailreich zu erheben.

Die im vorigen Kapitel berichteten Ergebnisse sollen nun im Folgenden inhaltlich interpretiert und in ihrer Bedeutung diskutiert werden.

### 7.1 Evaluation der stationären Behandlung

Bei der Evaluation der Behandlung im PSZW ergaben sich durchwegs beachtliche Verbesserungen in den verschiedenen erhobenen Bereichen. Die allgemeine, nicht störungsspezifische Symptombelastung (gemessen durch die SCL-90-R) ging ebenso zurück wie auch die Depressivität (BDI) und störungsspezifische Symptome (EDI-2). Es konnten dabei hohe Effektstärken erreicht werden. Für die Skalen der SCL-90-R reichten diese von  $d = 0.36$  bis  $1.03$ , im GSI ergab sich sogar eine Effektstärke von  $d = 1.07$ . Der Summenwert des BDI erreichte ein sehr großes  $d$  von  $1.41$  und die Effektstärken der Skalen des EDI-2 schwankten zwischen  $d = 0.46$  und  $d = 1.23$ . Diese Ergebnisse zeigen beeindruckend eine grundsätzliche Effektivität des entwickelten Behandlungsprogramms für die untersuchten Diagnosegruppen.

Für die Testverfahren, welche eingesetzt wurden, um körperbildrelevante Aspekte zu erheben (FBeK, FKKS) konnte nach Bildung eines gemeinsamen Index ebenfalls eine statistisch signifikante Verbesserung festgestellt werden, mit einer großen Effektstärke von  $d = 0.81$ . Während das durch diesen Index ausgedrückte positive Körperbild zunimmt, kann in der Skala Unzufriedenheit mit dem Körper des EDI-2 eine deutliche Abnahme eines negativen Körperbildes aufgezeigt werden ( $d = 0.73$ ). Im Einklang mit diesem Ergebnis berichten Vocks und Legenbauer (2005) eine Abnahme im Bereich der Figursorgen, sowie bei ablehnender Körperbewertung nach einer Behandlung mit der von ihnen entwickelten Körperbildtherapie.

Bei der Betrachtung von Gruppenunterschieden zwischen Patientinnen mit AN und solchen mit BN konnte festgestellt werden, dass sich Bulimikerinnen zum Zeitpunkt der Aufnahme in einigen Skalen des EDI-2 von AN-Patientinnen unterschieden. Sie erreichten schlechtere Werte in den Skalen Bulimie, Impulsregulation, körperliche Unzufriedenheit sowie im Gesamtwert des EDI-2. Der Unterschied in der Skala Bulimie ist durch das Störungsbild selbst zu erklären und erwartungsgemäß. So beschäftigt sich nur ein Teil der AN-Patientinnen mit Essanfällen (bing/purge Typ), während sich der andere Teil restriktiv verhält. Bei den BN-Patientinnen dagegen ist diese Beschäftigung Teil der Diagnosestellung (Dilling et al., 2003). Bezüglich der Impulsregulation scheint dies ebenfalls störungsspezifisch erklärbar zu sein: So berichten sowohl Rosval et al. (2006) als auch Fernández-Aranda et al. (2008), dass erhöhte Impulsivität vor allem bei Frauen mit BN oder aber dem binge/purge Typ der AN zu finden ist. Da in der vorliegenden Untersuchung nicht zwischen den beiden Typen unterschieden wurde, ist anzunehmen, dass in der Gruppe der AN-Patientinnen die Impulsivität durch den Anteil der restriktiven Typen insgesamt vermindert wurde.

Interessanterweise verschwanden diese Effekte zum zweiten Zeitpunkt weitgehend. In einigen Skalen war sogar eine Umkehrung zu beobachten. Die Wechselwirkung im Gesamtwert des EDI-2 zeigt zudem, dass die Behandlung eine unterschiedliche Effektivität in Bezug auf die beiden Diagnosegruppen hatte. Die Werte der BN-Patientinnen veränderten sich stärker positiv, bei anfänglich teilweise sogar ungünstigerer Ausgangslage. Diese Beobachtung steht im Einklang damit, dass die

Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Behandlungsansätze für die BN gesicherter zu sein scheinen, als für AN (Hay et al., 2003, 2009; NMCCH, 2004).

Bei der Betrachtung der Gruppenunterschiede zum zweiten Zeitpunkt zeigte sich in der Skala Angst vor dem Erwachsenwerden, dass sich die AN-Patientinnen tendenziell als ängstlicher beschrieben als die BN-Patientinnen. Dies könnte dadurch erklärbar sein, dass bei AN-Patientinnen die Veränderung des Körpers durch die Gewichtszunahme ein sehr viel wichtigeres Thema während der Therapie ist. Einhergehend mit dieser Gewichtszunahme ist auch die Entwicklung der weiblichen Formen des Körpers, was stark mit Erwachsenwerden assoziiert wird (Paul & Thiel, 2005) und somit auch für diese Gruppe angstausslösender wirken könnte.

Die Verbesserung des Körperbildes war ebenfalls für die Gruppe der BN-Patientinnen etwas deutlicher. Das bedeutet, dass bei BN-Patientinnen, zumindest zum Ende der Behandlung hin, die positive Einschätzung des Körpers gegenüber den AN-Patientinnen erhöht war. Ein Grund hierfür könnte sein, dass innerhalb der Therapie großer Wert auf die Vermittlung von Wissen über Normalgewicht und Set-Point Theorie gelegt wird (siehe Beschreibung des Behandlungsprogramms unter Punkt 5.5.1). Möglicherweise lernten Bulimikerinnen, deren Gewicht in den meisten Fällen im Normalbereich lag, eher ihren Körper zu akzeptieren als Anorektikerinnen, welche während der Therapie möglicherweise eher feststellten, dass sie zu dünn sind – im Sinne ihres Untergewichts. Allerdings darf nicht vergessen werden, dass in beiden Gruppen ein positiver Zeiteffekt, im Sinne einer Verbesserung, im Bereich des Körperbildes festgestellt wurde.

Entgegen der Erwartungen konnten demnach Unterschiede bezüglich des Konstruktes Körperbild zwischen den beiden Diagnosegruppen gefunden werden. Die Gründe für diese unterschiedlichen Entwicklungen bedürfen jedoch noch weiterer Studien.

Die Untersuchung, ob die Abnahme der Essstörungssymptomatik mit einer Verbesserung des Körperbildes einhergeht, führte zu dem erwarteten Ergebnis: Es ergab sich ein großer Effekt. Es besteht demnach ein Zusammenhang in der Stärke der

Verbesserung. Über die kausale Wirkrichtung kann allerdings keine Aussage getroffen werden. Es ist nach wie vor offen, ob die Verbesserung des Körperbildes eine Verminderung der allgemeinen Essstörungssymptomatik bewirkt, ob es sich andersrum verhält, oder ob der Zusammenhang über eine Drittvariable zu erklären ist.

## **7.2 Prozessbeobachtung der KBT**

Bei der Prozessbeobachtung konnte rein deskriptiv festgestellt werden, dass die negativen Emotionen Scham und Ekel vor der KBT im Laufe der Zeit abnahmen und das allgemeine Wohlbefinden und Selbstvertrauen zunahm. Dies kann wahrscheinlich mit der allgemeinen Verbesserung der Symptomatik erklärt werden. Die Verläufe nach der KBT sind zwar ebenfalls durchwegs als Verbesserungen zu interpretieren, allerdings ist hier nur bei Wohlbefinden ein statistischer Trend abbildbar. Die geringe Abnahme der negativen Emotionen über die Zeit, wenn sie nach der KBT-Einheit erhoben wurden, ist möglicherweise mit dem inhaltlichen Aufbau der Therapie zu erklären: Der anfangs eher kognitiven und psychoedukativen Beschäftigung mit dem Körperbild, folgt eine stufenweise konfrontativere Auseinandersetzung (Vocks & Legenbauer, 2005).

Aussagekräftig ist in diesem Sinne auch die Analyse der Prä-/Postdifferenzen. So zeigte sich, dass nach Bildung von Regressionsgeraden-Typen unterschiedliche Verteilungen von sogenannten Profitierern, Sensitiven, Habituierten und gleichbleibenden Verläufen in den jeweiligen Emotionen vorkamen. Es scheint so zu sein, dass Patientinnen innerhalb der Emotionen Ekel, Scham und Selbstvertrauen eher sensitiv auf das zunehmende Maß an konfrontativen Anteilen reagieren, während die Zunahme von allgemeinem Wohlbefinden ebenso wie die Abnahme von Anspannung in den einzelnen Einheiten mit der Zeit intensiver wird. Bei der Angst herrschten die Habituierten und die Profitierer vor, was so interpretiert werden kann, dass die Einheiten im Laufe der Zeit für einen großen Teil der Teilnehmerinnen entweder immer weniger Einfluss auf die aktuelle Angst haben (Habituierten), oder immer angstreduzierender wirken (Profitierer).

Die Untersuchung, ob sich die Haupttypen in der Emotion Scham in verschiedenen Testverfahren unterscheiden, ergab eine erhöhte allgemeine Symptombelastung der Sensitiven gegenüber den Profitierern (GSI der SCL-90-R). Daraus kann gefolgert werden, dass Patientinnen mit einer erhöhten Symptombelastung größere Schwierigkeiten in der Regulation ihres Schamgefühls haben. Dieses Ergebnis ist von großer Bedeutung, da in der Körperbildtherapie stark Scham besetzte Themen behandelt werden. Die externale Scham könnte außerdem durch die Durchführung der Therapie im Gruppensetting zusätzlich gesteigert werden. Eine Überforderung eines Teils der Teilnehmerinnen ist sicher kontraproduktiv, folgt man den Überlegungen von Goss und Allan (2009), welche aufzeigen, in welchem Maße die Scham an der Aufrechterhaltung von Essstörungen beteiligt ist. Es muss allerdings beachtet werden, dass wie bereits gesagt dennoch das Schamgefühl im Therapieverlauf abnimmt (Verlauf vor der Einheit). Die Erhöhung der Scham ist daher möglicherweise eher eine kurzfristige Veränderung der Stimmung (*state*) und nicht als langfristige Gemütsveränderung zu verstehen (*trait*). Die genauen Zusammenhänge und Auswirkungen der berichteten Befunde bedürfen weiterer Forschungsbemühungen.

Wird ein Haupttyp für jede Patientin gebildet, herrschten die Typen Profitierer und Habituierer gegenüber den anderen vor und nur zwei Patientinnen ließen sich als Sensitive kategorisieren. Auch Vocks, Vogt, Ertle und Kosfelder (2009) fanden in ihrer Prozessverlaufsuntersuchung der KBT unterschiedliche Verläufe. Die AutorInnen untersuchten Konstrukte, welche diese Diversität erklären könnten und stellten fest, dass zum einen *Problembewältigung* und zum anderen *Einsicht/Klärung* mit dem Behandlungserfolg zumindest assoziiert sind. Diese Faktoren könnten zur Erklärung der differenziellen Verläufe beitragen.

Auch in diesem Teil der Untersuchung bestätigte sich die a priori Annahme nicht. Es wurde angenommen, dass die Differenzen sich von negativen gegen 0 bewegen (Typ B-Habituierer) oder aber von negativen zu positiven entwickeln (Typ F-Profitierer). Diese Typen herrschen allerdings nicht vor, sondern treten neben den anderen mit ähnlicher Häufigkeit auf.

### 7.3 Videokonfrontationen

Die Daten, welche aus den Interviews generiert wurden, die während den Videokonfrontationen durchgeführt worden waren, lassen folgende Interpretationen zu: Die Zufriedenheit mit dem eigenen Körperbild verbesserte sich deutlich. Auch im Bereich der Emotionen waren positive Veränderungen zu erkennen. So nahmen negative Emotionen bei freier Nennung einen deutlich größeren Anteil ein, als beim zweiten Zeitpunkt, bei dem auch eine Reihe positiver Emotionen spontan genannt wurde. Das Verhältnis zwischen positiven und negativen Emotionen betrug zum zweiten Zeitpunkt 48% zu 52%. Auch war der Anteil der Patientinnen, welche jeweils eine negative Emotion nannten, in allen Fällen verringert. Dies lässt den Schluss zu, dass sich in der doch recht kurzen Zeit, in der allerdings sehr intensiv an der Körperakzeptanz und Zufriedenheit gearbeitet wurde, tatsächlich die Qualität der Emotionen gegenüber dem Körper verändert, sowie die Zufriedenheit steigt.

Bezüglich der Veränderung der Intensitäten emotionaler Qualitäten war die Analyse leider nur eingeschränkt möglich und lässt daher nur die folgenden Schlüsse zu: Die Intensität der negativen Emotionen insgesamt nahm zum zweiten Zeitpunkt signifikant ab. Dies ist auch für die einzelnen Emotionen Angst und Ekel zu berichten. Neben der qualitativen Veränderung ist demnach auch eine Verringerung der Intensität negativer Emotionen beim Betrachten des eigenen Körpers festzustellen. Vocks et al. (2008) konnten ebenfalls eine Reduzierung der Intensität negativer Emotionen in einer in-vivo-Situation (Spiegelkonfrontation) zu Beginn und am Ende einer zehnwöchigen Körperbildtherapie berichten. Die AutorInnen berichten allerdings nichts über die Veränderung der Qualität aktivierter Emotionen, da sie in ihrer Studie die Thoughts Checklist von Cooper und Fairburn (1992; zit. nach Vocks et al., 2008) verwendeten, anstatt wie in der vorliegenden Studie freie Nennungen zuzulassen. Der Vorteil der freien Nennungen kann also vor allem darin gesehen werden, dass aufgezeigt werden kann, dass neben einem Rückgang der Intensität negativer Emotionen, auch ihre spontane Nennung zurück geht, sowie die Nennung positiver Emotionen zunimmt.

Bezüglich der Kognitionen konnte eine Verschiebung zwischen den Kategorien festgestellt werden: Während zum ersten Zeitpunkt negative Bewertungen des eigenen Körpers im Vordergrund standen, nahmen zum zweiten Zeitpunkt positive Bewertungen, reflektierende Gedanken und wertfreie Beschreibungen zu. Während der letztere Aspekte in der KBT aktiv geübt wird (beschreiben statt zu werten), kann in Bezug auf die reflektierenden Gedanken angenommen werden, dass dies durch die psychoedukative Arbeit bezüglich des Körperbildes erreicht wird, welche möglicherweise eine distanzierte, kognitiv überlagerte Auseinandersetzung begünstigt. Hier muss darauf hingewiesen werden, dass eine solche kognitive Überlagerung durch die konfrontative Situation eigentlich umgangen werden sollte. Die Zunahme an positiven Bewertungen könnte mit der Steigerung der allgemeinen Zufriedenheit zusammenhängen, oder mit Übungen innerhalb der KBT, welche darauf abzielen, den Fokus auf Aspekte des eigenen Körpers zu lenken, welche man bereits akzeptieren kann. In jedem Fall ist dieses Ergebnis bemerkenswert, da eine Körperkonfrontation im Allgemeinen eine unangenehme Situation ist, welche auch für gesunde Frauen Stress bedeutet (Tuschen-Caffier, 2005; Tuschen-Caffier et al., 2003).

Was die quantitative Veränderung angeht, kann für die negativen Bewertungen gesagt werden, dass die Zustimmung zu den eigenen Aussagen schwächer wurde, in diesem Bereich also eine Verringerung der Intensität beobachtbar war. Dieses Ergebnis entspricht den von Vocks et al. (2007, 2008) gefundenen Verbesserungen im Bereich negativer körperbezogener Kognitionen. Positiven Bewertungen wurde zwar etwas stärker zugestimmt, allerdings war dieser Unterschied statistisch nicht signifikant. Hier ist neben der Veränderung der Häufigkeit der Nennungen also keine weitere Veränderung zu berichten. Dies könnte an dem zum ersten Zeitpunkt bereits recht hohen Mittelwert liegen (Deckeneffekt).

Als ein Erklärungsansatz für die Zunahme der positiven Bewertungen des eigenen Körpers können die Ergebnisse einer Studie von Jansen et al. (2005) herangezogen werden, in welcher die Augenbewegungen von Patientinnen mittels Eye-Tracking aufgezeichnet wurde und so gezeigt werden konnte, dass nach einer entsprechenden

Intervention vermehrt Körperteile fokussiert werden, welche von den Patientinnen als vorteilhafter angegeben wurden.

Im Bereich der Handlungsimpulse wurde zunächst einmal deutlich, dass – verglichen mit dem zweiten Zeitpunkt – ein etwas größerer Anteil der Patientinnen zum ersten Zeitpunkt einen solchen verspürte, oder ihn zumindest nannte. Dies deutet darauf hin, dass die Konfrontation mit dem eigenen Körperbild am Ende der Therapie generell weniger verhaltensauslösend wirkt. Dies ist ein wichtiges Ergebnis, da bisher ausschließlich darüber berichtet wurde, wie sich esstörungsspezifisches Verhalten verändert und dies auch nur anhand von Selbstauskunft (Böse, 2002), Augenbewegungen, (Jansen et al., 2005) oder aber, indem die Dauer gemessen wurde, in der Patientinnen bestimmte Körperregionen beschrieben (Tuschen-Caffier et al., 2003).

Eine inhaltliche Verschiebung ist auch in diesem Fall zu beobachten: Während zum ersten Zeitpunkt eine große Gruppe Handlungsimpulse aus dem Bereich der Vermeidung nannte, tat dies zum zweiten Zeitpunkt niemand mehr. Dagegen nahm der Anteil an Handlungsimpulsen der Kategorie Hinwendungen zum Körperbild zu. Rosen et al. (1991) fanden, dass ein vermeidendes Verhalten in engem Zusammenhang mit negativen Einstellungen bezüglich Gewicht und Figur steht. Allerdings muss beachtet werden, dass im Allgemeinen die beiden Handlungstendenzen Vermeidung und übermäßige Beschäftigung mit dem Körperbild als mögliche Ausprägungen der behavioralen Komponente der Körperbildstörung gesehen werden (Tuschen-Caffier, 2008; Shafran, Fairburn, Robinson & Lask, 2004). Die Verschiebung zwischen den Kategorien müsste demnach durchaus nicht positiv interpretiert werden. Ziel der untersuchten Behandlung, speziell im Rahmen der KBT, war es allerdings das Vermeidungsverhalten zu reduzieren und eine Hinwendung zum eigenen Körperbild zu erreichen. Ob diese erhöhte Aufmerksamkeit in ein esstörungsspezifisches Kontrollverhalten übergehen könnte, wäre sicherlich eine wichtige Frage, die zu untersuchen sich lohnen würde.

Interessant ist auch der Bereich der Modifikationen. Beachtet man den bereits genannten Anstieg im Bereich der Zufriedenheit, sowie die Zunahme positiver

Emotionen, wäre anzunehmen, dass der Wunsch, etwas an sich zu ändern, im Laufe der Therapie eher abnimmt. In der untersuchten Stichprobe stieg die Zahl der Nennungen von Modifikationen zwar nicht an, allerdings erhöhte sich der Anteil an allen genannten Handlungsimpulsen deutlich. Dies widerspricht daher den Erwartungen. Bei genauerer Untersuchung der Inhalte konnte allerdings festgestellt werden, dass sich die Wünsche zur Modifikation zum ersten und zum zweiten Zeitpunkt qualitativ unterschieden: Zum ersten Zeitpunkt bezogen sich diese Modifikationswünsche vermehrt auf Veränderungen, welche unrealistisch und umfassender waren – wie beispielsweise eine Verwandlung in Knetmasse, um sich zu verformen. Zum zweiten Zeitpunkt herrschten eher Modifikationswünsche vor, welche sich mit durchaus realistischen Veränderungen befassten und nicht dem Krankheitsbild (z.B. Gewichtsabnahme) zuzuordnen sind – wie beispielsweise die Veränderung des Gesichtsausdrucks oder der Frisur. Dies kann vorsichtig so interpretiert werden, dass die Patientinnen gegen Ende der Therapie ihre Aufmerksamkeit verstärkt auf Aspekte ihres Körpers richten, welche sie ohne Essstörungsverhalten verändern könnten, um sich insgesamt wohler zu fühlen.

Die genannten Ergebnisse entsprechen weitgehend den Annahmen, welche a priori getroffen wurden. So wurde angenommen, dass sich Gedanken und Emotionen in ihrer Qualität verändern und negative Emotionen in ihrer Intensität abnehmen. Alle weiteren Ergebnisse hängen mit den generierten Kategorien zusammen, über welche vorweg keine Hypothesen gebildet wurden. Die erhaltenen Kategorien sind demnach in sich als Erkenntnisgewinn zu betrachten und eher explorativ zu verstehen.

Die Frage nach der Wahrnehmung der Veränderung vom ersten zum zweiten Video, wurde entgegen der Erwartungen von allen Patientinnen den tatsächlichen Körpergewichten entsprechend beantwortet. Man muss dazu bedenken, dass die Patientinnen während der Therapie ständig mit ihrem aktuellen Gewicht konfrontiert werden und demnach sehr genau wissen, wie der Verlauf vom ersten zum zweiten Video war. Ob tatsächlich also die Wahrnehmung erhoben wurde, oder nicht vielmehr das Faktenwissen, ist fraglich. Interessant ist, dass obwohl von allen Patientinnen außer einer eine Zunahme an Gewicht wahrgenommen wurde, und nur eine Patientin diese Zunahme als negativ bewertete. Diesen Aussagen zufolge kann ein Großteil der AN-

Patientinnen zum Ende der Therapie die Gewichtszunahme als notwendige Voraussetzung für die Genesung sehen.

Allgemein kann aufgrund der vorliegenden Ergebnisse gefolgert werden, dass die essstörungsspezifische Behandlung im PSZW gute Ergebnisse bei Patientinnen mit AN sowie mit BN erzielen kann. Die intensive Arbeit am Körperbild scheint dabei eine wichtige Komponente zu sein. Negative Emotionen, negative Bewertungen, sowie Impulse eines Vermeidungsverhaltens in einer konfrontativen Situation konnten innerhalb weniger Wochen reduziert werden, sowie der Anteil positiver Emotionen und Kognitionen zunehmen. Dies ist von besonderer Bedeutung, da anzunehmen ist, dass das internalisierte Körperbild in einer solchen in-vivo Situation besonders aktiviert und damit zugänglich ist. Bei Patientinnen mit einer hohen allgemeinen Symptombelastung zu Therapiebeginn (in dieser Studie gemessen durch den GSI des SCL 90-R) ist die Körperbildtherapie allerdings mit Vorsicht einzusetzen, da sie für diese Gruppe eine Überforderung in der Auseinandersetzung mit schambesetzten Themen bedeuten könnte.

## 8 Einschränkungen

Der Schwerpunkt dieser Studie lag auf der Untersuchung der Art und Stärke der Veränderung körperbildrelevanter Aspekte von Essstörungspatientinnen im Laufe einer ca. 10-wöchigen stationären psychosomatischen Behandlung. Die dabei gefundenen Ergebnisse müssen aus verschiedenen Gründen mit Vorsicht betrachtet werden.

Die Frage, ob die Behandlung in ihrer Gesamtheit wirksam ist, ist nur eingeschränkt zu bejahen: So wurden zwar mittlere bis große Effekte in verschiedenen störungsspezifischen und -unspezifischen Bereichen gefunden, allerdings beruhen diese Effekte auf einem einfachen Prä-Postvergleich. Auch wenn dies nicht Ziel der Untersuchung war, kann somit keinerlei Aussage darüber getroffen werden kann, ob beispielsweise eine andere Behandlung dieselben Effekte ermöglicht hätte, oder wie groß im Gegensatz zu der hier untersuchten Behandlung der Effekt in einer unbehandelten Gruppe (z.B. Wartelisten-Kontrollbedingung) gewesen wäre. Spontanremissionen können auch bei Essstörungen auftreten (Steinhausen, 2002; Quadflieg & Fichter, 2003). Dies verzerrt die gefundenen Ergebnisse demnach mit großer Wahrscheinlichkeit. Weiters ist auch der weitere Verlauf der Krankheiten durch das gewählte Studiendesign nicht erkennbar. Biedert (2008) berichtet von einer Chronifizierungsrate der AN von 20%, und Quadflieg und Fichter (2003) sprechen für die BN von einer Chronifizierungsrate von 26%. Demnach wären Untersuchungen mit katamnestischen Erhebungen wünschenswert.

Zusätzlich ist darauf hinzuweisen, dass die Studie keinerlei Aussagen über Wirkungskomponenten der untersuchten Behandlung zulässt, welche eine sehr komplexe, multiprofessionelle Therapie darstellt. Das heißt, welchen Beitrag einzelnen Therapiemodule (Skills-Training, Körperbildtherapie, Ernährungsprogramm, etc.) am Gesamterfolg leisten, ist nicht zu beantworten.

Auch für die Prozessverlaufsanalyse gilt eine Einschränkung der Aussagekraft aufgrund einer fehlenden Vergleichsgruppe. Die gefundenen Verläufe der

verschiedenen Emotionen über die Dauer der KBT müssen demnach nicht störungsspezifisch sein. Da es sich bei der KBT aber um ein Therapiemodul handelt, welches bei der Behandlung von Essstörungen eingesetzt wird, wäre es interessant den Verlauf einer Gruppe mit einer anderen Diagnose mit dem hier berichteten zu vergleichen. Ebenfalls interessant zu untersuchen wäre die Frage, inwieweit sich Patientinnen mit verschiedenen Graden an Körperunzufriedenheit in ihren Verläufen unterscheiden. Ein Manko, welches dazu führte, dass diese und andere weitere Analysen nicht durchgeführt werden konnten, liegt in der Größe der Stichprobe. Es wäre vorteilhaft, wenn an einer größeren Gruppe weitere Untersuchungen durchgeführt werden könnten. Diese könnte weitere Einsichten liefern bezüglich der Nützlichkeit, oder Überforderung durch die KBT für bestimmte Gruppen, welche sich in bestimmten Symptomklassen unterscheiden.

Bei der Untersuchung der Kognitionen, Emotionen und Handlungsimpulse unter konfrontativen Bedingungen ergaben sich verschiedene interessante Ergebnisse. Das gewählte offene Frageformat stellt hierbei einen Faktor dar, welcher es ermöglichte, neue Einsichten zu generieren. Allerdings brachte es auch weitere Einschränkungen mit sich: So wiesen die Gedankeninhalte der Patientinnen eine hohe Diversität auf, die zur weiteren Analyse in Kategorien zusammengefasst werden mussten, welche dieser Vielfalt kaum gerecht wurden. Betrachten wir beispielweise die Kategorie der negativen Bewertungen, so fallen in diese Kategorie sowohl generelle Abwertungen wie „Was ich sehe ist furchtbar“, sowie höchst spezielle negative Bewertungen wie „Meine Oberschenkel sind fett“. Eine Differenzierung wäre hier und in anderen Bereichen inhaltlich sinnvoll gewesen, hätte allerdings bei der gegebenen Stichprobengröße kaum inferenzstatistische Auswertungen erlaubt. Es ist also anzumerken, dass in diesem Fall leider ein Verlust an Information erfolgte.

In Bezug auf die behaviorale Komponente der Körperbildstörung muss kritisiert werden, dass in dem hier verwendeten Interview nicht Verhalten im eigentlichen Sinne erhoben wurde, sondern vielmehr Handlungsimpulse im Sinne einer *cue reactivity* (Jansen, 1998). Alle Aussagen sind also nur in Bezug darauf zu verstehen und nicht auf tatsächliches Verhalten zu generalisieren.

Faktoren, die bei der Interpretation der Veränderungen von Emotionen, Kognitionen, sowie Handlungsimpulsen eine Rolle spielen könnten, sind Blickbewegungen, sowie Dauer der Fixationen bestimmter Körperteile. Inwieweit die gefundenen Veränderungen mit veränderten Betrachtungsweisen in Zusammenhang stehen oder darüber erklärbar sind (Jansen et al., 2005), ist leider nicht zu beantworten, da die Blickbewegungen in dieser Studie nicht aufgezeichnet wurden.

Weiters ist durch das gewählte Studiendesign nicht zu beantworten, welchen Effekt die wiederholte Konfrontationen hatte (Vocks et al., 2008). Die konfrontative Situation wurde zwar als Stimulus genutzt und war nicht primär als Übung angelegt, allerdings musste aufgrund der starken Wirkung, welche die Konfrontation auf die meisten Patientinnen hatte, eine ausführliche Nachbereitung stattfinden, welche an sich als psychologisch-therapeutische Intervention zu verstehen ist. Dieser Effekt hätte durch eine Gruppe von Essstörungspatientinnen kontrolliert werden können, welche eine ähnliche Symptomausprägung wie die Versuchsgruppe aufweist, allerdings nicht an der KBT teilnimmt. Da dies praktisch nicht durchführbar war und es ethisch auch schwer zu vertreten gewesen wäre, wurde im Rahmen dieser Diplomarbeit auf eine solche Kontrollgruppe verzichtet. Die Einschränkung dieses Vorgehens auf die Aussagekraft der Ergebnisse muss dennoch als bedeutend gewertet werden.

## 9 Zusammenfassung

Ein negatives Körperbild ist für die Genese und Aufrechterhaltung von Essstörungen ein bedeutender Faktor (u.a. Böse, 2002; Cash & Deagle, 1997). Es herrscht Einigkeit darüber, dass eine Verminderung der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, sowie eine Erhöhung der Akzeptanz desselben, Teil einer erfolgreichen Behandlung sein muss und als Parameter zur Überprüfung des Behandlungserfolges herangezogen werden sollte. Die diesbezügliche Diagnostik befasst sich jeweils mit unterschiedlichen Aspekten des komplexen Konstruktes *Körperbild*. So wurde lange Zeit vor allem Wert auf eine Erhebung des Ausmaßes einer Wahrnehmungsverzerrung gelegt, welche die Patientinnen sich selbst als breiter oder dicker wahrnehmen lässt als dies der Realität entspricht. Mit der Zeit wurde jedoch der Fokus eher auf kognitive sowie emotionale Aspekte verschoben. Diese wurden und werden vorrangig mit standardisierten Testverfahren erhoben. Kritik wird an dem Umstand geübt, dass der Zugang zu dieser internalisierten Repräsentation des eigenen Körpers nicht unbedingt in jeder Situation möglich ist (Ben-Tovim & Walker, 1991; Vocks et al., 2008). Es wird daher empfohlen, Aspekte, welche emotional-kognitive Aspekte des Körperbildes umfassen in Situationen zu erheben, in welchen das Körperbild aktiviert ist. Hierfür eignen sich Spiegel-, sowie Videokonfrontationen.

In dieser Untersuchung stellte sich die Frage, inwieweit ein komplexes psychosomatisches Behandlungsprogramm, welches in einer Klinik in Niederösterreich (PSZW) angeboten wird und im Rahmen eines Körperbildtherapiemoduls der Wichtigkeit der Behandlung dieser Problematik Rechnung trägt, sich neben allgemeinen störungsunspezifischen, sowie -spezifischen Therapieoutcomes auf körperbildrelevante Aspekte auswirkt. Testverfahren, welche eingesetzt wurden, waren die SCL-90-R, der BDI, EDI-2, sowie FKKS und FBek. Die Stichprobe umfasste 121 Frauen, welche für eine ca. 10-wöchige Behandlung im PSZW waren. 74 Patientinnen litten an einer Form der Anorexia nervosa (AN) und 47 Patientinnen an einer Bulimia nervosa (BN). Etwaige

Unterschiede zwischen diesen beiden Diagnosegruppen waren ebenfalls Teil der Analysen.

Weiters war von Interesse zu untersuchen, auf welche Weise sich emotional-affektive Zustände im Laufe der ca. 10 Einheiten der Körperbildtherapie verändern, um so Wirkmechanismen dieser speziellen Therapie besser verstehen zu können. Mit einer Teilstichprobe wurden zu zwei Zeitpunkten Videokonfrontationen durchgeführt, deren Effekte mittels eines strukturierten Interviews erfasst wurden. Dieses Vorgehen wurde gewählt, um einen direkteren Zugang zum Körperbild der Patientinnen zu erhalten und Veränderungen durch die Therapie ökologisch valider darzustellen. Außerdem sollte durch das gewählte freie Antwortformat erreicht werden, dass sowohl Äußerungen bezüglich eines negativen, sowie eines positiven Körperbildes Raum gegeben wird.

Wie die Ergebnisse zeigen, nahm die Symptomatik in beiden Diagnosegruppen über die Zeit deutlich ab. Dies galt für alle erhobenen Parameter. Weiters konnte gezeigt werden, dass eine Abnahme allgemeiner Essstörungssymptomatik in großem Umfang mit einer Zunahme eines positiven Körperbildes zusammenhing. Gruppenunterschiede zeigten sich in verschiedenen Bereichen. Interessant hierbei war jedoch, dass auch ein Unterschied im positiven Körperbild zugunsten der Frauen mit Bulimie bestand. Auch in anderen Bereichen wies diese Gruppe, besonders zum zweiten Zeitpunkt positivere Werte auf, oder aber die Verbesserung über die Zeit war zumindest stärker. Diese Beobachtung entspricht den Aussagen zusammenfassender Forschungsberichte, welche Behandlung der Bulimie durch kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramme eine bessere Effektivität zuzuschreiben, als dies für die Anorexie der Fall ist (Hay et al., 2003, 2009; NMCCH, 2004).

Bei der Prozessbeobachtung zeigten sich stark individualisierte Behandlungsverläufe. Ein Hinweis auf einen möglichen ungünstigeren Verlauf für konnte für Patientinnen mit einer zu Beginn erhöhten negativen Symptombelastung festgestellt werden. Diese Gruppe wies in der Prozessbeobachtung einen ungünstigen Verlauf in der Emotion Scham auf: Je weiter die KBT fortschritt, desto mehr wurde durch eine Einheit die Scham erhöht. Somit stellte sich die Scham als diejenige Emotion heraus, in welcher

die Patientinnen am sensitivsten auf den stufenweisen Aufbau der KBT reagierten, in welcher die Stärke der Konfrontationen zum Ende hin zunimmt.

Die Interviewdaten zeigten, dass sowohl negative Emotionen, als auch negative körperbezogenen Kognitionen sowohl in ihrer Häufigkeit, als auch in der Intensität zum zweiten Zeitpunkt der Konfrontation hin abnahmen. Dies spricht für einen Erfolg der Arbeit am Körperbild während der Therapie. Neu an den hier berichteten Ergebnissen ist, dass auch positive Emotionen sowie positive körperbezogene Kognitionen zunahmten und die Zufriedenheit stieg. Auch eine Verschiebung von Handlungsimpulsen konnte berichtet werden: von Vermeidungsverhalten hin zu einem verstärkten Wunsch zur Befassung mit dem eigenen Körperbild. Ob dies eine Begünstigung von sogenanntem „checking-behaviour“ bedeuten könnte, müsste durch weitere Untersuchungen geklärt werden.

Zusammenfassend ist zu sagen, dass neben allen Einschränkungen, welche das Untersuchungsdesign mit sich brachte – so musste beispielsweise auf Kontrollgruppen verzichtet werden – gezeigt werden konnte, dass das untersuchte Behandlungsprogramm für Patientinnen mit den Diagnosen AN und BN eine deutliche Verbesserung ihrer Symptomatik bewirken kann. Die KBT stellte sich als erfolgreich bei der Verminderung negativer Kognitionen und Emotionen in Bezug auf den Körper heraus, sowie bei einer Zunahme von Aspekten eines positiven Körperbildes. Da teilweise ungünstige Verläufe in der Emotion Scham über die gesamte Dauer der KBT festgestellt werden konnten, sollte der Zusammenhang von Scham besetzten Inhalten, dem Gruppensetting und individuellen Merkmalen der Teilnehmerinnen in weiteren Studien untersucht werden.

## 10 Abstract

### *English*

**Theoretical Background:** Negative body-image plays an important role in the development and maintenance of eating disorders. Therefore, it should be specifically addressed in treatment. Moreover, assessment of negative body-image should also be implemented in routine outcome evaluations of treatment. Cognitive-emotional aspects of the body-image may be accessed in confrontational situations where patients are presented with displays of their own body, using either a mirror or video.

**Objective:** The aim of this study was to evaluate an in-patient treatment program for patients with eating disorders of a psychosomatic clinic in Lower Austria. Treatment included a module that focused specifically on patients' negative body-image (body-image therapy). In particular, this study examined the therapeutical changes in patients' body-image following therapy.

**Methods:** Participants were 121 female patients (47 diagnosed with bulimia nervosa, 74 with anorexia nervosa) who were hospitalised for about 10 weeks. For outcome assessment the Symptom-Check-List 90-R, the Beck Depression Inventory, the Eating-Disorder-Inventory-2, the FKKS (Frankfurter Körperkonzeptskalen), and the FBek (Fragebogen zur Beschreibung des eigenen Körpers) were used, with the FKKS and FBek serving as two different measures of various aspects of body-image. The course of body-image therapy was examined longitudinally in a subsample of 25 patients, 15 of which also participated in video confrontations at the beginning and at the end of treatment.

**Results:** Treatment resulted in significant and mostly large improvements among patients of both diagnostic groups. Bulimic patients had a slightly better outcome than anorectic patients. Negative body-related cognitions and emotions emerged less frequently in the second video confrontation, while positive evaluations and emotions emerged more often. Behavioral avoidance of patients' own bodily displays lessened and gave way to increased interest. The longitudinal evaluation of the body-image therapy revealed strongly individualized therapy courses and also highlighted the confrontational character of body-image therapy itself.

*Deutsch*

**Theoretischer Hintergrund:** Ein negatives Körperbild ist für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen ein bedeutender Faktor. Diese spezielle Symptomatik sollte daher Teil von umfassenden Behandlungen sein und als Parameter zur Überprüfung des Behandlungserfolges herangezogen werden. Für die Erhebung von emotional-kognitiven Aspekten des Körperbildes empfehlen sich Konfrontationsverfahren mittels Spiegel oder Video, da in solchen Situationen das Körperbild hoch aktiviert und dadurch zugänglicher ist.

**Zielsetzung:** Ziel dieser Studie war es, ein komplexes stationäres psychosomatisches Behandlungsprogramm, welches in einer Klinik in Niederösterreich angeboten wird und ein Körperbildtherapiemodul beinhaltet, einer Evaluation zu unterziehen. Dabei sollte besonders die Auswirkung auf körperbildrelevante Aspekte untersucht werden.

**Methode:** Teilnehmerinnen der Evaluation waren 121 Frauen (47 mit der Diagnose Bulimia nervosa und 74 mit Anorexia nervosa), welche für eine ca. 10-wöchige Behandlung stationär aufgenommen waren. Eingesetzte Testverfahren waren die Symptom-Checkliste 90-R, das Beck-Depressions-Inventar, Eating-Disorder-Inventory-2, sowie die Frankfurter Körperkonzeptskalen und der Fragebogen zur Beschreibung des eigenen Körpers. An einer kleinen Teilstichprobe von 25 Patientinnen wurde eine longitudinale Prozessbeobachtung der Körperbildtherapie durchgeführt und mit 15 Patientinnen wurden strukturierte Interviews zur Erfassung des Körperbildes während einer Videokonfrontation zu zwei Zeitpunkten geführt.

**Ergebnisse:** Die Ergebnisse der Evaluation zeigte deutliche Verbesserungen der Symptomatik für beide Diagnosegruppen, wobei die bulimischen Patientinnen etwas mehr von der Therapie profitieren konnten. Während der Konfrontationen traten negative körperbezogene Kognitionen und Emotionen seltener auf, positive wurden häufiger genannt und es fand eine Verschiebung von Vermeidungsverhalten zu einer Hinwendung zum eigenen Körper statt. Die Prozessbeobachtung ergab stark individuelle Verläufe und verdeutlichte den konfrontativen Charakter der Körperbildtherapie.

## Literaturverzeichnis

- Agras, W. S., Walsh, T., Fairburn, C. G., Wilson, G. T., & Kraemer, H. C. (2000). A multicenter comparison of cognitive-behavioral therapy and interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *57*, 459-466.
- Anderson, D. A., & Maloney, K. C. (2001). The efficacy of cognitive-behavioral therapy on the core symptoms of bulimia nervosa. *Clinical Psychology Review*, *21* (7), 971-988.
- American Psychiatric Association (APA) (2006). *Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders* (3rd ed.). Zugriff am 27.03.2010 unter [http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc\\_12.aspx](http://www.psychiatryonline.com/pracGuide/pracGuideChapToc_12.aspx)
- Baltruschat, N., Geissner, E., & Bents, H. (2006). Expositionsverfahren in der Behandlung der Bulimia nervosa. Evaluation eines verhaltenstherapeutischen Intensivansatzes. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *35* (1), 1-11.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, *4*, 561-571.
- Benninghoven, D., Tadic, V., Kunzendorf, S., & Jantschek, G. (2007). Körperbilder männlicher Patienten mit Essstörungen. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *57*, 120-127.
- Ben-Tovim, D. I., & Walker, M. K. (1991). Women's body attitudes: A review of measurement techniques. *International Journal of Eating Disorders*, *10* (2), 155-167.
- Berger, U., Weitkamp, K., & Strauss, B. (2009). Weight limits, estimations of future BMI, subjective pubertal timing and physical appearance comparisons among adolescent girls as precursors of disturbed eating behaviour in a community sample. *European Eating Disorder Review*, *17*, 128-136.
- Biedert, E. (2008). *Essstörungen*. München: UTB Profile.
- Böse, R. (2002). *Body-Image-Therapie bei Anorexia nervosa. Eine kontrollierte Studie. Theorie – Forschungsstand – Behandlungsmanual*. Regensburg: Roderer.
- Bruch, H. (1987). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa and the person within*. New York: Basic Books.
- Bulik, C. M., Berkman, N. D., Brownley, K. A., Sedway, J. A., & Lohr, K. N. (2007). Anorexia nervosa treatment: A systematic review of randomized controlled trials. *International Journal of Eating Disorders*, *40* (4), 310-320.

- Butters, J. W., & Cash, T. F. (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55* (6), 889-897.
- Byford, S., Barrett, B., Roberts, C., Clark, A., Edwards, V., Smethurst, & Gowers, S. G. (2007). Economic evaluation of a randomised controlled trial for anorexia nervosa in adolescents. *British Journal of Psychiatry, 191*, 436-440.
- Cabanac, M., Duclaux, R., & Spector, N. H. (1971). Sensory feedback in regulation of body weight: Is there a ponderostat? *Nature, 229*, 125-127.
- Cafri, G., Yamamiya, Y., Brannick, M., & Thompson, J. K. (2005). The influences of sociocultural factors on body image: A meta-analysis. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12* (4), 421-433.
- Cash, T. F. (2004). Body image: past, present and future. *Body Image, 1*, 1-5.
- Cash, T. F. (2005). The influence of sociocultural factors on body image: Searching for constructs. *Clinical Psychology: Science and Practice, 12* (4), 438-442.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbance in anorexia nervosa and bulimia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders, 22*, 107-125.
- Cash, T. F., Morrow, J. A., Hrabosky, J. I., & Perry, A. A. (2004). Has body image changed? A cross-sectional investigation of college women and men from 1983 to 2001. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72* (6), 1081-1089.
- Cattarin, J., & Thompson, J. K. (1994). A three-year longitudinal study of body-image and eating disturbance in adolescent females. *Eating Disorders: The Journal of Prevention and Treatment, 2*, 114-125.
- Clark, L., & Tiggemann, M. (2008). Sociocultural and individual psychological predictors of body image in young girls: A prospective study. *Developmental Psychology, 44* (4), 1124-1134.
- Clement, U., & Löwe, B. (1994). *Fragebogen zum Körperbild (FBK-20)*. Göttingen: Hofgrete.
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences (2.ed.)*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum.
- Dare, C., Eisler, I., Russel, G., Treasure, J., & Dodge, L. (2001). Psychological therapies for adults with anorexia nervosa: Randomised controlled trial of out-patient treatments. *British Journal of Psychiatry, 178*, 216-221.
- De Zwaan, M. (2005). Empirische Untersuchungen zur Psychotherapie der Essstörungen: Was ist wirklich evidenz-basiert? *Psychotherapie, 10* (1), 142-146.

- Deusinger, I. M. (1998). *Die Frankfurter Körperkonzeptskalen (FKKS)*. Göttingen: Hofgrete.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. (2004). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Bern: Huber-Verlag.
- Dolto, F. (1987). *Das unbewusste Bild des Körpers* (E. Widmer, Übers.). Weinheim: Quadriga. (Originalarbeit erschienen 1984).
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16 (4), 363-370.
- Feingold, A., & Mazzella, R. (1998). Gender differences in body image are increasing. *Psychological Science*, 9 (3), 190-195.
- Fernández-Aranda, F., Dahme, B., & Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analyses of its relevance: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 419-428.
- Fernández- Aranda, F., Pinheiro, A.P., Thornton, L. M., Berrettini, W. H., Crow, F., Fichter, M. M., ... Bulik, C. M. (2008). Impulse control disorders in women with eating disorders. *Psychiatry Research*, 157, 147-157.
- Franke, G. H. (1995). *SCL-90 R. Die Symptom Checkliste von Derogatis – deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Garner, D. M. (1991). *Eating Disorder Inventory 2: Professional manual*. Odessa, FL: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D. M. (2002). Body image and anorexia nervosa. In T. F. Cash & T. Pruzinski (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (p. 295-303). New York: Guilford Press.
- Geissner, E., Bauer, C., & Fichter, M. (1997). Videogestützte Konfrontation mit dem eigenen Erscheinungsbild als Behandlungselement in der Therapie der Anorexia nervosa. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 26 (3), 218-225.
- Glaser, B. G., & Strauss, A. L. (1998). *Grounded theory: Strategien qualitativer Forschung*. Bern: Huber.
- Goldsmith, D., & Thompson, J. K. (1989). The effect of mirror confrontation and size estimation feedback on perceptual inaccuracy in normal females who overestimate body size. *International Journal of Eating Disorders*, 8 (4), 437-444.
- Goss, K. & Allan, S. (2009). Shame, pride and eating disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 16, 303-316.
- Gowers, S. G., Norton, K., Halek, C., & Crisp, A. H. (1994). Outcome of outpatient psychotherapy in a random allocation treatment study of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 165-177.

- Gowers, S. G., & Shore, A. (2001). Development of weight and shape concerns in the aetiology of eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, *179*, 236-242.
- Grabhorn, R., Köpp, W., Gitzinger, I., von Wietersheim, J., & Kaufhold, J. (2003). Unterschiede zwischen weiblichen und männlichen Patienten mit einer Essstörung. *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, *53*, 15-22.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1995). *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*. Testhandbuch (2.Aufl.). Bern: Hans Huber.
- Hay, P. P. J., Bacaltchuk, J., Byrnes, R. T., Claudino, A. M., Ekmeijan, A. A., & Yong, P. Y. (2003). Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*.
- Hay, P. P. J., Bacaltchuk, J., Stefano, S., & Kashyap, P. (2009). Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, *4*.
- Hinsch, R., & Pfingsten, U. (2007). *Gruppentraining sozialer Kompetenzen (GSK)*. Weinheim: PVU.
- Hölling, H., & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter – erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitssurvey (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt – Gesundheitsforschung – Gesundheitsschutz*, *5/6*, 794-799.
- Hrabosky, J. I., Cash, T. F., Veale, D., Neziroglu, F., Soll, E. A., Garner, D. M., ... Phillips, K. A. (2009). Multidimensional body image comparison among patients with eating disorders, body dysmorphic disorder, and clinical controls: A multisite study. *Body Image*, *6*, 155-163.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H., & Agras, S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, *130* (1), 19-65.
- Jacobi, C., Thiel, A., & Paul, T. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*. Weinheim, Basel: Beltz Verlag.
- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behavior Research and Therapy* *36*, 257-272.
- Jansen, A., Nederkoorn, C., & Mulkens, S. (2005). Selective visual attention for ugly and beautiful body parts in eating disorders. *Behavior Research and Therapy*, *43*, 183-196.
- Johnson, W. G., Tsoh, J. Y., & Varnado, P. J. (1996). Eating disorders: Efficacy of pharmacological and psychological interventions. *Clinical Psychology Review*, *16* (6), 457-478.

- Joraschky, P., & Pöhlmann, K. (2008). Theorien zum Körpererleben und ihre Bedeutung für das Körpererleben von Patienten mit Essstörungen. In P. Joraschky, H. Lausberg & K. Pöhlmann (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen* (S. 25-33). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Key, A., George, C. L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: The role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 31 (2), 185-190.
- Kullbartz-Klatt, Y. J., Florin, I., & Pook, M. (1999). Bulimia nervosa : Mood changes do have an impact on body width estimation. *British Journal of Clinical Psychology*, 38, 279-287.
- Levine, M. P., & Smolak, L. (2002). Body image development in adolescence. In T.F. Cash & T. Pruzinski (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (p. 74-82). New York: Guilford Press.
- Lewis, V., & Donaghue, N. (2005). The embeddedness of body image: A study of women with and without eating disorders. *Journal of Applied Biobehavioral Research*, 10 (4), 199-208.
- Lukesch, H. (1974). Testkriterien des Depressionsinventars von A.T. Beck. *Psychologie und Praxis*, 18, 60-78.
- Mitchell, J. E., Agras, S., & Wonderlich, S. (2007). Treatment of bulimia nervosa: Where are we and where are we going? *International Journal of Eating Disorders*, 40 (2), 95-101
- National Collaborating Center for Mental Health (NCCMH) (2004). *Core interventions in the treatment an management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorder*. London: British Psychological Society.
- Overall, J. E., & Tonidandel, S. (2006). A two-stage analysis of repeated measurements with dropouts and/or intermittent missing data. *Journal of Clinical Psychology*, 62 (3), 285-291.
- Paul, T., & Thiel, A. (2005). *Eating disorder inventory-2 – deutsche Version*. Göttingen: Hofgreffe.
- Pöhlmann, K., & Joraschky, P. (2006). Körperbild und Körperbildstörungen: Der Körper als gestaltbare Identitätskomponente. *Psychotherapie im Dialog*, 7 (2), 191-195.
- Preti, A., de Girolamo, G., Vilagut, G., Alonso, J., de Graaf, R., Bruffaerts, R., ... Morosini, P. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research*, 43 (14), 1125 -1132.

- Probst, M., Vandereycken, W., van Coppenolle, H., & Pieters, G. (1995). Body size estimation in eating disorder patients: testing the video distortion method on a life-size screen. *Behavior Research and Therapy*, *33*, 985-990.
- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., & van Coppenolle, H. (1998). The significance of body estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, *24*, 167-174.
- Quadflieg, N., & Fichter, M. M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child and Adolescent Psychiatry*, *12* (Suppl.1), 99-109.
- 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.
- Rief, W., & Fichter, M. (1992). The Symptom Check List SCL-90-R and its ability to discriminate between dysthymia, anxiety disorders, and anorexia nervosa. *Psychopathology*, *25*, 128-138.
- Rieger, E., Van Buren, D. J., Bishop, M., Tanofsky-Kraff, M., Welch, R., & Wilfley, D. E. (2010). An eating disorder-specific model of interpersonal psychotherapy (IPT-ED): Causal pathways and treatment implications. *Clinical Psychology Review* *30* (4), 400-410.
- Rockenbauer, S. (2010). *Tiergestützte Therapie mit Pferden bei Patienten mit emotionaler Instabilität*. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Wien.
- Röhrich, F. (2008). Klinisches Management und Psychotherapie bei Essstörungen: Evidence base – eine kurze narrative Literaturübersicht. In P. Joraschky, H. Lausberg, & K. Pöhlmann (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen* (S. 49-55). Gießen: Psychosozial-Verlag.
- Röhrich, F. (2009). Das Körperbild im Spannungsfeld von Sprache und Erleben – terminologische Überlegungen. In P. Joraschky, T. Loew & F. Röhrich (Hrsg.), *Körpererleben und Körperbild – ein Handbuch zur Diagnostik* (S. 25-35). Stuttgart: Schattauer.
- Rosen, J. C. (1995). Assessment and treatment of body image disturbance. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity – A comprehensive handbook* (p. 369-373). New York: The Guilford Press.
- Rosen, J. C. (1996). Body image assessment and treatment in controlled studies of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *20* (4), 331-343.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E., & Wendt, S. (1991). Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychological Assessment: A Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *3* (1), 32-37.

- Rosval, L., Steiger, H., Bruce, K., Israel, M., Richardson, J., & Aubut, M. (2006). Impulsivity in women with eating disorders: Problem of response inhibition, planning, or attention? *International Journal of Eating Disorders*, *39* (7), 590-593.
- Salbach-Andrae, H., Bohnkamp, I., Bierbaum, T., Schneider, N., Thurn, C., Stiglmayer, C., ... Lehmkuhl, U. (2009). Dialektisch Behaviorale Therapie (DBT) und Kognitiv Behaviorale Therapie (CBT) für Jugendliche mit Anorexia und Bulimia nervosa im Vergleich. *Kindheit und Entwicklung*, *18* (3), 180-190.
- Saß, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen –Textrevison (DSM-IV-TR)*. Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Sepúlveda, A. R., Botella, J., & León, J. A. (2002). Body-image disturbance in eating disorders: A meta-analysis. *Psychology in Spain*, *6* (1), 83-95.
- Shapiro, S., Newcomb, M., & Loeb, T. B. (1997). Fear of fat, disregulated-restrained eating, and body-esteem: Prevalence and gender differences among eight- to ten-year-old children. *Journal of Clinical Child Psychology*, *26* (4), 358-565.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P., & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *35* (1), 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.
- Slade, P. D. (1988). Body image in anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *153* (Suppl. 2), 20-22.
- Smolak, L. (2002). Body image development in children. In T. F. Cash & T. Pruzinski (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (p. 65-73). New York: Guilford Press.
- Smolak, L., Levine, M. P., & Schermer, F. (1999). Parental input and weight concerns among elementary school children. *International Journal of Eating Disorders*, *25* (3), 263-271.
- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American Journal of Psychiatry*, *159* (8), 1284-1293.
- Stice, E. (2002a). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, *128* (5), 825-848.
- Stice, E. (2002b). Body image in bulimia nervosa. In T. F. Cash & T. Pruzinski (Eds.), *Body image. A handbook of theory, research, and clinical practice* (p. 304-311). New York: Guilford Press.

- Stormer, S. M., & Thompson, J. K. (1996). Explanations of body image disturbance: A test of maturation status, negativ verbal commentary, social comparison, and sociocultural hypotheses. *International Journal of Eating Disorders, 19* (2), 193-202.
- Strauss, A. L. (1998). *Grundlagen qualitativer Sozialforschung: Datenanalyse und Theoriebildung in der empirischen soziologischen Forschung*. München: UTB.
- Strauß, B., & Richter-Appelt, H. (1996). *Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK)*. Göttingen: Hofgreffe Verlag.
- Striegel-Moore, R. H., Rosselli, F., Perrin, N., DeBar, L., Wilson, G. T., May, A., & Kraemer, H. C. (2009). Gender differences in the prevalence of eating disorder symptoms. *International Journal of Eating Disorders, 42* (5), 471-474.
- Swami, V., Hadji-Michael, M., & Furnham, A. (2008). Personality and individual differences correlates of positiv body image. *Body Image, 5*, 322-325.
- Tantleff-Dunn, S., & Gokee, J. L. (2002). Interpersonal influences on body image development. In T. F. Cash & T. Pruzinski (Eds.), *Body Image. A Handbook of Theory, Research, and Clinical Practice* (pp. 108-116). New York: Guilford Press.
- Thompson, J. K., Altabe, M., Johnson, S., & Stormer, S. M. (1994). Factor analysis of multiple measures of body image disturbance: Are we all measuring the same construct? *International Journal of Eating Disorders, 16* (3), 311-315.
- Thompson, J. K., Heinberg, L., & Marshall, K. (1994). The Physical Appearance Behavioral Avoidance Test (PABAT): Preliminary findings. *The Behavior Therapist, 14*, 174.
- 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.
- Thompson, J. K., & Spana, R. E. (1988). The adjustable light beam method for the assessment of size estimation accuracy: description, psychometric, and normative data. *International Journal of Eating Disorders, 7* (4), 521-526.
- Tuschen-Caffier, B. (2005). Konfrontation mit dem eigenen Körperbild. In P. Neudeck & H.U. Wittchen (Hrsg.), *Konfrontationstherapie bei psychischen Störungen* (S. 227-248). Göttingen: Hogrefe Verlag.
- Tuschen-Caffier, B. (2008). Körperbildstörung bei Essstörungen: Theoretische Konzeptionen, empirische Befunde und deren Implikationen für die Psychotherapie. In P. Joraschky, H. Lausberg & K. Pöhlmann (Hrsg.), *Körperorientierte Diagnostik und Psychotherapie bei Essstörungen* (S. 35-48). Gießen: Psychosozial-Verlag.

- 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 Behandlungsprogramm*. Göttingen: Hofgrete Verlag.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Troje, N., & Schulte, D. (2006). Körperbildtherapie bei Essstörungen – Beeinflussung der perceptiven, kognitiv-affektiven und behavioralen Körperbildkomponente. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *35* (4), 286–295.
- Vocks, S., Legenbauer, T., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2007). What happens in the course of body exposure? Emotional, cognitive, and physiological reactions to mirror confrontation in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, *62*, 231-239.
- Vocks, S., Vogt, A., Ertle, A., & Kosfelder, J. (2009). Identifikation von erfolgsrelevanten Veränderungen im Verlauf einer Körperbildtherapie. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *38* (1), 34-43.
- Vocks, S., Wächter, A., Wucherer, M., & Kosfelder, J. (2008). Look at yourself: can body image therapy affect the cognitive and emotional response to seeing oneself in the mirror in eating disorders? *European Eating Disorder Review*, *16*, 147-154.
- Willmuth, M. E., Leitenberg, H., Rosen, J. C., Fondacaro, K. M., & Gross, J. (1985). Body size distortion in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *4* (1), 71-78.
- Wilson, G. T., & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61* (2), 261-269.
- Wiseman, C. V., Gray, J. J., Mosimann, J. E., & Ahrens, A. H. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, *11* (1), 85-89.
- Wittchen, H. U., Nelson, C. B., & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine*, *28*, 109-126.
- Zaudig, M., Wittchen, H. U., & Saß, H. (2000). *DSM-IV und ICD-10-Fallbuch: Fallübungen zur Differentialdiagnose nach DSM-IV und ICD-10*. Göttingen: Hofgrete Verlag.

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Gegenüberstellung der Diagnosen aus ICD-10 und DSM-IV-TR.....	5
Tabelle 2: Prävalenzen für Essstörungen (Wittchen et al., 1998).....	8
Tabelle 3: Medikation.....	58
Tabelle 4: Komorbiditäten aus dem Bereich des psychischen und Verhaltensstörungen (F00 - F99).....	59
Tabelle 5: Ergebnisse aus Varianzanalysen mit Messwiederholungen für die Skalen des EDI-2 .....	65
Tabelle 6: Haupteffekte und Wechselwirkungen in FBek und FKKS .....	71
Tabelle 7: T-Tests gegen 0 für Emotionen vor und nach der KBT-Einheit .....	73
Tabelle 8: Einstichproben- <i>t</i> -Tests zu Prä-/Postdifferenzen .....	74
Tabelle 9: Verteilung der Typen A-G innerhalb der sechs Emotionen .....	75
Tabelle 10: Vergleich der Mittelwerte der 4 Haupttypen in der Emotion Scham in verschiedenen Tests .....	78
Tabelle 11: Verteilung und Intensität der genannten Emotionen.....	81
Tabelle 12: Anzahl der Nennungen verschiedener Kognitionen zu t1 und t2 und dazugehörige t-Test-Werte .....	84
Tabelle 13: Intensität verschiedener Kognitionen.....	85
Tabelle 14: Häufigkeiten verschiedener Handlungsimpulse .....	87
Tabelle 15: Gruppen- und Zeitunterschiede in verschiedenen Tests .....	118
Tabelle 16: Statistisch signifikante Unterschiede zwischen AN und BN und Trends zu t1 .....	119
Tabelle 17: Statistisch signifikante Unterschiede zwischen AN und BN und Trends zu t2 .....	120
Tabelle 18a-i: Differenzen und dazugehörige t-Tests in den Einheiten 1 bis 9 .....	120

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Zeitlicher Zusammenhang der verschiedenen methodischen Ansätze .....	40
Abbildung 2: Regressionsgeradentypen A-G .....	53
Abbildung 3: Untersuchungsdesign und Dropout-Analyse .....	60
Abbildung 4: Anzahl der Teilnehmerinnen je Einheit .....	62
Abbildung 5: Mittelwertsunterschiede zwischen BN und AN im Körperbild-Index zu beiden Testzeitpunkten .....	69
Abbildung 6: Verteilung der 4 Haupttypen über die Emotionen .....	76
Abbildung 7: Bestimmung von Haupttypen für Patientinnen .....	76
Abbildung 8: Anteil an Patientinnen je genannter Emotion zu t1 und t2 .....	80
Abbildung 9: Verteilung verschiedener Kognitionen .....	83
Abbildung 10: Nennungen verschiedener Kategorien von Handlungsimpulsen in Prozent zu t1 und t2 .....	86

# Anhang

## A.1 Ergänzende Testkennwerte

Tabelle 15: Gruppen- und Zeitunterschiede in verschiedenen Tests

Test/ Skala	Zeit			Hauptdiagnose			Zeit*Hauptdiagnose		
	F	p	d	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
<b>EDI-2</b>									
SS	140.98	<.001**	1.23	0.95	.332	0.01	2.62	.109	0.03
B	115.04	<.001**	1.05	10.00	.002**	0.10	8.30	.005**	0.08
I	73.65	<.001**	0.87	0.84	.362	<0.01	3.62	.060 <sup>+</sup>	0.04
P	24.41	<.001**	0.46	0.03	.859	<0.01	5.75	.019*	0.06
UK	54.16	<.001**	0.73	0.07	.791	<0.01	4.73	.032*	0.05
M	51.57	<.001**	0.77	0.35	.557	<.01	0.18	.669	<.01
IW	94.82	<.001**	0.96	1.08	.300	0.01	7.06	.009**	0.07
AE	27.50	<.001**	0.54	3.11	.083 <sup>+</sup>	0.03	1.26	.264	0.01
A	92.82	<.001**	0.96	0.83	.366	<0.01	5.32	.023*	0.06
IR	55.30	<.001**	0.73	0.02	.886	<.01	5.63	.020*	0.04
Gesamt	127.84	<.001**	1.11	0.03	.870	<0.01	7.79	.006*	0.08
<b>FBeK</b>									
AS	46.06	<.001**	0.77	4.33	.041*	0.06	1.24	.269	0.02
AK	4.36	.040*	0.26	1.88	.174	0.02	0.09	.771	<.01
UB	26.55	<.001**	0.60	2.38	.127	0.03	0.20	.652	<.01
KM	26.76	<.001**	0.57	0.03	.856	<0.01	2.01	.160	0.03
<b>BDI</b>	121.82	<.001**	1.41	0.31	.581	<0.01	0.75	.388	0.01
<b>SCL90-R</b>									
SOMA	41.65	<.001**	0.75	0.01	.914	<0.01	0.18	.672	<.01
ZWANG	66.54	<.001**	0.95	0.40	.808	<0.01	0.06	.528	<.01
UNS	74.35	<.001**	0.95	0.01	.919	<0.01	2.50	.117	0.03
DEP	78.29	<.001**	1.03	0.08	.778	<0.01	0.26	.611	<.01
ANGST	38.84	<.001**	0.69	0.001	.928	<0.01	1.52	.221	0.02

Test/ Skala	Zeit			Hauptdiagnose			Zeit*Hauptdiagnose		
	F	p	d	F	p	$\eta^2$	F	p	$\eta^2$
AGGRES	14.27	<.001**	0.36	1.06	.305	0.01	4.38	.040*	0.05
PHOB	15.73	<.001**	0.48	0.03	.855	<0.01	0.01	.909	<.01
PARAN	41.12	<.001**	0.66	0.65	.424	<0.01	5.06	.027*	0.06
PSYCH	43.03	<.001**	0.72	0.06	.804	<0.01	1.96	.166	0.02
ZUS	95.41	<.001**	1.18	0.89	.350	<0.01	0.09	.767	<.01
GSI	88.85	<.001**	1.07	0.01	.938	<0.01	1.43	.235	0.02
PSDI	79.15	<.001**	1.00	0.05	.829	<0.01	1.52	.221	0.02
PST	92.13	<.001**	1.05	0.17	.676	<0.01	3.45	.067 <sup>+</sup>	0.04

Anmerkungen: <sup>+</sup> statistischer Trend (<.10) \* statistisch signifikant (<.05), \*\* statistisch hochsignifikant (<.01)

Tabelle 16: Statistisch signifikante Unterschiede zwischen AN und BN und Trends zu t1

Test	Skala	$M_{AN}$ (SD)	$M_{BN}$ (SD)	t	p	d
EDI-2	SS	30.26 (9.61)	34.70 (6.87)	-2.72	.008**	0.51
	B	20.50 (10.21)	28.63 (7.85)	-4.60	<.001**	0.87
	UK	37.87 (10.43)	41.98 (11.63)	-1.99	.055 <sup>+</sup>	0.38
	IR	30.68 (7.54)	33.84 (9.37)	-1.92	.058 <sup>+</sup>	0.38
	Gesamtscore	325.73 (55.00)	349.21 (64.44)	-2.04	.044*	0.40
FBeK	AK	7.03 (1.71)	7.76 (1.91)	-1.98	.052 <sup>+</sup>	0.41
FKKS	SSEX	16.52 (5.39)	22.08 (5.38)	-3.06	.005**	1.03
	SKKO	18.74 (7.23)	24.46 (8.25)	-2.13	.045*	0.75

Anmerkungen: <sup>+</sup> statistischer Trend, \* statistisch signifikant (p < .05), \*\* statistisch hochsignifikant (p < .10). EDI: n (BN) = 46, n (AN) = 72; FBeK: n (BN) = 41, n (AN) = 64; FKKS: n (BN) = 13, n (AN) = 27.

Tabelle 17: Statistisch signifikante Unterschiede zwischen AN und BN und Trends zu t2

Test	Skala	$M_{AN}$ (SD)	$M_{BN}$ (SD)	t	p	d
EDI-2	I	29.81 (8.12)	26.26 (11.54)	1.74	.085 <sup>+</sup>	0.37
	IW	32.10 (8.55)	27.71 (10.65)	2.07	<b>.043*</b>	0.47
	AE	24.85 (6.46)	21.63 (6.28)	2.37	<b>.020*</b>	0.50
	A	21.25 (6.17)	18.80 (6.61)	1.77	.080 <sup>+</sup>	0.39
FBeK	AS	6.67 (4.54)	8.93 (5.40)	-1.89	.065 <sup>+</sup>	0.46
FKKS	SASE	57.79 (10.16)	68.64 (10.81)	-2.81	<b>.011*</b>	1.01
	SKEF	38.83 (6.60)	46.00 (8.02)	-2.59	<b>.020*</b>	1.00
	SSEX	20.92 (6.01)	26.00 (6.16)	-2.28	<b>.034*</b>	0.84
	SGKB	23.33 (4.90)	27.45 (7.41)	-1.96	.058 <sup>+</sup>	0.69
	SKKO	21.38 (6.23)	25.56 (5.78)	-1.94	.066 <sup>+</sup>	0.68
	SSAK	20.42 (6.02)	25.00 (6.63)	-2.15	<b>.043*</b>	0.74
	SAKA	11.37 (2.79)	15.63 (4.00)	-3.19	<b>.006**</b>	1.30

Anmerkungen: <sup>+</sup>statistischer Trend, \*statistisch signifikant ( $p < .05$ ), \*\*statistisch hochsignifikant ( $p < .10$ ). EDI: n (BN) = 35, n (AN) = 58; FBeK: n (BN) = 29, n (AN) = 49; FKKS: n (BN) = 10, n (AN) = 17.

Tabelle 18a-i: Differenzen und dazugehörige t-Tests in den Einheiten 1 bis 9

a: Einheit 1					b: Einheit 2				
Skala	t	p	M (SD)		Skala	t	p	M (SD)	
AS	-0.26	.795	-1.20 (22.79)	↑	AS	0.48	.639	2.13 (21.45)	↓
A	2.62	<b>.015*</b>	13.88 (26.47)	↓	A	0.90	.380	2.48 (13.26)	↓
S	2.31	<b>.029*</b>	11.00 (11.00)	↓	S	0.15	.882	0.56 (18.03)	↓
SV	-1.24	.224	-4.40 (17.64)	↑	SV	-1.91	.069 <sup>+</sup>	-5.91 (14.47)	↑
E	1.76	.091 <sup>+</sup>	10.16 (28.88)	↓	E	-0.24	.815	-0.54 (10.81)	↓
W	0.28	.779	1.60 (28.18)	↓	W	-1.81	.085 <sup>+</sup>	-6.14 (15.90)	↑

c: Einheit 3

<i>Skala</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (SD)</i>	
AS	1.53	.141	8.26 (25.96)	↓
A	0.41	.687	2.09 (24.48)	↓
S	0.12	.901	0.56 (21.64)	↓
SV	-0.08	.938	-0.22 (13.20)	↓
E	1.50	.148	5.22 (16.68)	↓
W	-0.51	.617	-2.52 (23.82)	↑

f: Einheit 6

<i>Skala</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (SD)</i>	
AS	-0.39	.698	-2.30 (26.09)	↑
A	1.31	.207	7.05 (23.48)	↓
S	0.52	.611	1.95 (16.40)	↓
SV	0.21	.838	0.95 (21.64)	↓
E	0.73	.474	1.74 (10.36)	↓
W	1.73	.101	6.63 (16.72)	↓

d: Einheit 4

<i>Skala</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (SD)</i>	
AS	0.10	.918	0.79 (33.02)	↓
A	0.71	.484	5.09 (33.54)	↓
S	0.89	.382	4.68 (24.62)	↓
SV	-0.11	.916	-0.45 (20.05)	↑
E	0.64	.531	2.54 (18.76)	↓
W	-0.42	.675	-1.95 (21.57)	↓

g: Einheit 7

<i>Skala</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (SD)</i>	
AS	2.30	<b>.037*</b>	8.53 (14.37)	↓
A	0.95	.359	5.06 (21.39)	↓
S	-1.32	.208	-7.12 (21.64)	↑
SV	-1.25	.232	-3.75 (12.04)	↑
E	-0.84	.413	-3.87 (18.39)	↑
W	-1.73	.105	-8.06 (18.67)	↑

e: Einheit 5

<i>Skala</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (SD)</i>	
AS	-0.03	.973	-0.24 (31.91)	↓
A	0.24	.814	1.67 (32.07)	↓
S	-0.05	.961	-0.24 (22.22)	↑
SV	0.35	.732	1.62 (21.40)	↓
E	-0.50	.621	-2.10 (18.70)	↑
W	0.57	.578	3.09 (25.07)	↓

h: Einheit 8

<i>Skala</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M (SD)</i>	
AS	1.32	.214	9.75 (25.60)	↓
A	1.39	.192	7.00 (17.45)	↓
S	1.53	.155	5.25 (11.90)	↓
SV	-1.37	.200	-6.81 (16.47)	↑
E	1.44	.177	7.50 (18.03)	↓
W	-2.45	<b>.034*</b>	-14.09 (19.08)	↑

i: Einheit 9

<i>Skala</i>	<i>t</i>	<i>p</i>	<i>M</i>	
AS	3.55	<b>.008**</b>	12.89 (17.36)	↓
A	2.96	<b>.018*</b>	17.11 (10.90)	↓
S	0.49	.638	2.00 (12.29)	↓
SV	-2.62	<b>.031*</b>	-10.00 (11.46)	↑
E	0.98	.356	3.56 (10.89)	↓
W	-2.61	<b>.031*</b>	-11.44 (13.13)	↑

Anmerkungen (Tabellen a-i): <sup>+</sup> p < .10; \* p < .05; \*\* p < .01; Abkürzungen: AS (Anspannung); A (Angst); S (Scham); SV (Selbstvertrauen); E (Ekel); W (Wohlbefinden). Tendenzuelle Richtung der Veränderung: ↓ = sinkt während der Einheit, ↑ = steigt während der Einheit.

## A.2 Thermometerskalen

Sehr geehrter Patient,  
sehr geehrte Patientin!

Bitte kennzeichnen Sie auf den folgenden Skalen, wie Sie sich jetzt gerade in Bezug auf *Anspannung*, *Angst*, *Scham*, *Selbstvertrauen*, *Ekel* und *Wohlbefinden* fühlen.

Diese Skalen sind ähnlich einem Thermometer – 0 bezeichnet dabei „Sehr gering“ und 100 steht für „Sehr hoch“.

Bitte machen Sie an jener Stelle ein Kreuz, welche Ihren momentanen Zustand am Besten widerspiegelt. Danke.

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Zeitpunkt: Vor der KBT

Nach der KBT

Meine momentane  
**Anspannung**

**Sehr hoch**

(Ich stehe innerlich unter Hochspannung und fühle mich unruhig)

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

**Sehr gering**

(Ich fühle mich entspannt und ruhig)

Meine momentane  
**Angst**

**Sehr hoch**

(Ich fühle mich unsicher und habe Angst)

100

90

80

70

60

50

40

30

20

10

0

**Sehr gering**

(Ich fühle mich sicher und habe keine Angst)

Mein momentanes  
**Schamgefühl**

**Sehr hoch**

(Ich schäme mich sehr)

100

90

80

70

60

50

40

30

20

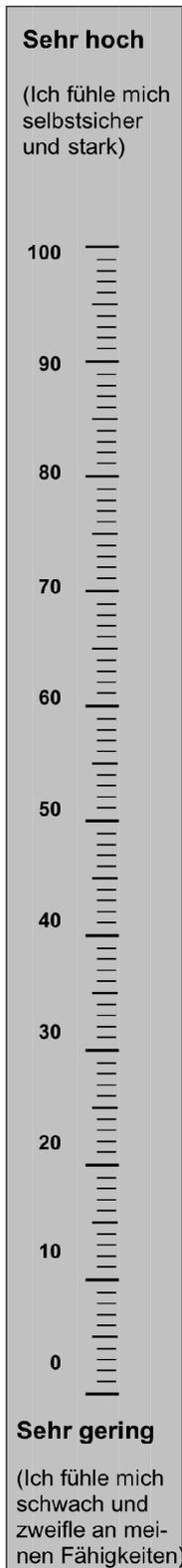
10

0

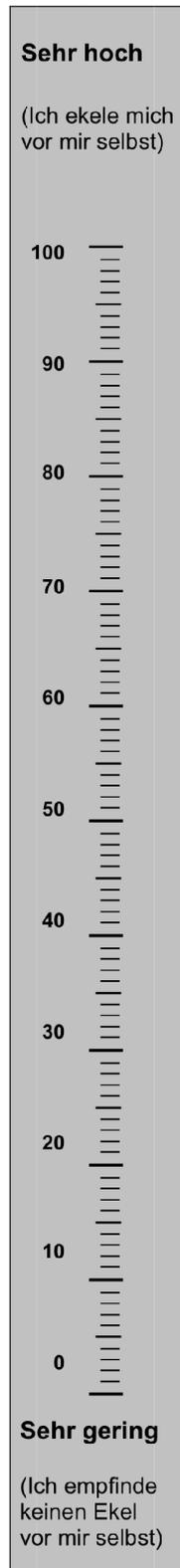
**Sehr gering**

(Ich empfinde überhaupt kein Schamgefühl)

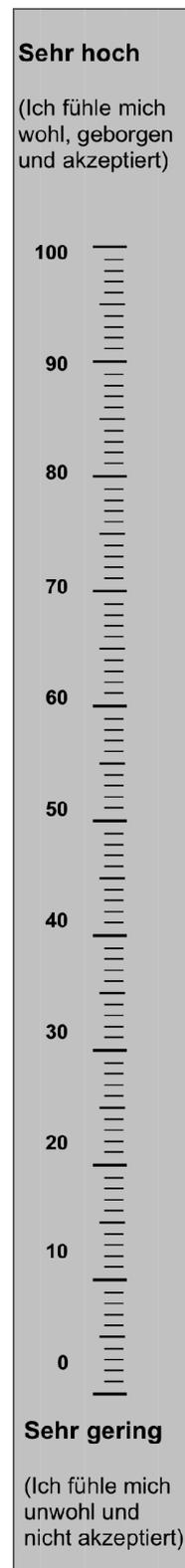
Mein momentanes  
**Selbstvertrauen**



Mein momentanes  
**Gefühl von Ekel**



Mein momentanes  
**Wohlbefinden**



### A.3 Strukturiertes Interview zur Videokonfrontation mit dem eigenen Körperbild

#### Strukturiertes Interview zur Videokonfrontation mit dem eigenen Körperbild

---

Name: \_\_\_\_\_

Datum: \_\_\_\_\_

Testzeitpunkt:  t<sub>1</sub>  t<sub>2</sub>

---

1a. Welche Gefühle sind beim Betrachten ihres Körpers aktiv?

(freie Nennung)	t <sub>1</sub>	t <sub>2</sub>
<input type="checkbox"/> Angst	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ekel	_____	_____
<input type="checkbox"/> Scham	_____	_____
<input type="checkbox"/> Hass	_____	_____
<input type="checkbox"/> Ablehnung	_____	_____
<input type="checkbox"/> Trauer	_____	_____
<input type="checkbox"/> Wut/Ärger	_____	_____
<input type="checkbox"/> Überraschung	_____	_____
<input type="checkbox"/> anderes _____	_____	_____
<input type="checkbox"/> anderes _____	_____	_____

1b. Sie haben die folgenden Emotionen genannt [...]. Bitte geben Sie jeweils an, wie stark sie jeweils ausgeprägt sind von 0 (gar nicht) bis 100 (maximal).

*Einzutragen neben der jeweiligen Emotion.*

Bei t<sub>2</sub>: Letztes Mal nannten Sie außerdem die folgenden Gefühle [...], bitte geben Sie auch zu diesen die momentane Intensität an.



3. Wie sehr können Sie momentan den beiden folgenden Aussagen zustimmen:

	$t_1$	$t_2$
„Mein Körper ist ok so wie er ist“	_____	_____
„Ich bin zufrieden damit wie ich aussehe“	_____	_____

4a. Was würden Sie am liebsten auf ihren auf diese Situation, oder auf Ihren Körper bezogen tun, wenn Sie das Video so sehen?

	$t_1$	$t_2$
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____
_____	_____	_____

4b. Wie intensiv ist der jeweilige Wunsch momentan? [*wiederholen*] Von 1 bis 5:

1 = gar nicht 2 = kaum 3 = etwas 4 = deutlich 5 = sehr stark vorhanden

*Einzutragen neben dem jeweiligen Handlungsimpuls*

Bei  $t_2$ : Das letzte Mal nannten Sie auch noch die folgenden Handlungsimpulse [...]. Bitte geben Sie auch für diese die momentane Intensität an.

**Der folgende Teil ist nur bei der Konfrontation mit dem zweiten Video relevant!**

5. Wenn Sie sich an die Konfrontation mit dem ersten Körpervideo erinnern: Nehmen Sie eine Veränderung ihres Körpers vom ersten zum zweiten Video wahr?

JA       NEIN

6. Wenn NEIN: Interview beenden.

Wenn JA: Wie würden Sie diese Veränderung beschreiben?

Notizen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Die Patientin beschreibt die Veränderung als Zunahme an Gewicht oder Umfang
- Die Patientin beschreibt die Veränderung als Abnahme an Gewicht oder Umfang
- Andere Beschreibung

6. Wie bewerten Sie diese Veränderung?

Notizen \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Die Patientin bewertet die Veränderung negativ
- Die Patientin bewertet die Veränderung positiv
- Die Patientin bewertet die Veränderung sowohl positiv als auch negativ

## ERKLÄRUNG

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

---

Ort, Datum

---

Unterschrift



# Lebenslauf

## PERSÖNLICHE DATEN

---

Name: Pia Kur  
Geburtsdatum: 14.09.1983  
Geburtsort: München, Deutschland

## SCHULAUSBILDUNG

---

Mai 2003 Abitur  
1994 bis 2003 Luisengymnasium, München  
1990 bis 1994 Grundschule am Winthirplatz, München

## STUDIUM

---

Seit Oktober 2006 Zweiter Studienabschnitt, verpflichtendes Wahlfach:  
Klinische und Gesundheitspsychologie  
29.06.2006 Abschluss des ersten Studienabschnittes  
Seit Oktober 2004 Studium der Psychologie, Uni Wien

## PRAKTISCHE ERFAHRUNG

---

Juli 2009 bis September 2010 Diplomarbeit am PSZW, sowie am Eggenburg Institute for Complex Systems, Health and Neuroscience (EICoN)  
Juli und August 2009 Praktikum am Psychosomatischen Zentrum Waldviertel (PSZW), Eggenburg  
Juli und August 2008 Praktikum an der medizinisch-psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien a. Chiemsee, Deutschland  
März bis Juli 2007 Praktikum am Institut für Traumaverarbeitung T&W, Wien

## STUDIENAUFENTHALTE IM AUSLAND

---

Februar bis Juni 2008 Auslandssemester (ERASMUS) an der Università di Roma – la Sapienza (Rom, Italien)  
April bis Juli 2004 Sprachstudium an der Université de Pau et des Pays de l'Adour (Pau, Frankreich)

## FREMDSPRACHEN

---

Englisch, Französisch, Italienisch