

VERHALTENSTHERAPEUTISCHE INTERVENTIONEN ZUR VERBESSERUNG DER KÖRPERAKZEPTANZ BEI ANOREXIA NERVOSA UND BULIMIA NERVOSA

COGNITIVE-BEHAVIORAL TREATMENT OF BODY IMAGE DISTURBANCES IN ANOREXIA AND BULIMIA NERVOSA

Reimund Böse

Zusammenfassung

Körperwahrnehmungsstörungen und Schwierigkeiten mit der Körperakzeptanz sind ein Hauptproblem bei der Behandlung von Essstörungen. Dies bestätigen auch neueste Forschungsergebnisse, die die Körperunzufriedenheit als einen der bedeutsamsten Prädiktoren für den Verlauf von Essstörungen identifizierten. Therapeutische Erfahrungen zeigen zudem, dass Körperakzeptanzprobleme selten „von allein“ verschwinden und deren Veränderung spezifischer, direkter Interventionen bedarf. Der Artikel beschreibt praxisnah, wie in der ambulanten und stationären Psychotherapie mit Problemen der Körperakzeptanz umgegangen werden kann. Dabei werden Techniken wie Körperwahrnehmungsübungen, Imaginationsübungen, Körperumrisszeichnungen, Seiltechniken, Spiegelübungen und Videobetrachtungen vorgestellt. Schließlich werden die Ergebnisse der bisherigen Therapieevaluationsstudien zusammengefasst.

Schlüsselwörter Körperakzeptanz – Körperschemastörung – Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – Psychotherapieforschung

Summary

Numerous studies point to the high predictive value of the variable ‚body image disturbance‘ for the course of eating disorders. In spite of these findings the direct and systematic treatment of body image problems still constitutes the exception in standard eating disorder treatments.

This article wants to show why intense and sophisticated interventions for this set of problems are necessary and quite useful. Suggestions for implementation of these therapeutic strategies in individual and group settings are followed by a summary of results from (major) therapy outcome studies

Keywords body image – anorexia nervosa – bulimia nervosa – eating disorders – outcome-evaluation

Einleitung

Frauen mit Essstörungen berichten nahezu ausnahmslos von einer übermäßigen Sorge um die Bereiche Körper, Figur und Gewicht. Als zentrale Probleme werden gewöhnlich die „Angst, zu dick zu werden“ bzw. das „Gefühl, zu dick zu sein“ geäußert. Auch empirische Studien belegen diesen klinischen Eindruck und verweisen auf die hohe Bedeutung der Variable Körperunzufriedenheit für den Verlauf von Essstörungen: In einer 9-Monats-Studie von Stice und Agras (1998) konnte Körperunzufriedenheit nicht nur den Beginn von Heißhungeranfällen und Erbrechen prognostizieren, im Gegenzug sagte eine verminderte Körperunzufriedenheit auch eine Verminderung der bulimischen Symptomatik voraus. In einer 4-Jahres-Studie von Stice et al. (1998) sagte Körperunzufriedenheit ebenfalls den Beginn von Heißhungeranfällen und Erbrechen vorher.

Stice (2002) bestätigte in einer Metaanalyse die hohe Bedeutung der Variable „Körperunzufriedenheit“ als Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen: „This variable emerged as one of the most consistent and robust risk and

maintenance factors for eating pathology“ (Stice, 2002, S. 832). Trotz dieser Befundlage bleibt die direkte und strukturierte Behandlung von Körperakzeptanzproblemen bei der Behandlung von Essstörungen im therapeutischen Alltag immer noch eine Ausnahme. Rosen (1997) konnte bei einer Durchsicht bei 21 von 31 evaluierten Behandlungsprogrammen Körperbild-Interventionen identifizieren. Nach wie vor blieben diese eher minimalistisch und beinhalteten lediglich psychoedukative Informationen zum soziokulturellen Schlankheitsideal sowie die globale Vorstellung typischer dysfunktionaler Gedanken über Körper und Gewicht.

Mittlerweile stehen jedoch sehr spezifische, klinisch erprobte Interventionstechniken zur Verfügung, die eine strukturierte und gezielte Behandlung von Körperbildproblemen ermöglichen. Nach einem kurzen Überblick über die diagnostische und theoretische Entwicklung soll im Folgenden begründet werden, warum bei der Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa intensive und differenzierte Interventionen bei Körperbildproblemen sinnvoll und notwendig sind. Möglichkeiten

der praktischen Umsetzung im ambulanten und stationären Kontext werden im Anschluss aufgezeigt.

Die diagnostische Entwicklung der Körperschemastörung

Seit der Einbeziehung der Körperschemastörung in die diagnostischen Kriterien des DSM-III (APA, 1980) wurde deren Definition mit jeder Neuauflage verändert. Es ist zunächst das besondere Verdienst von Hilde Bruch (1962, 1973), Störungen des Körperschemas bei Anorexia nervosa erstmals in den Vordergrund gestellt zu haben. Aus ihrer reichhaltigen klinischen Erfahrung postulierte sie bei der Magersucht drei miteinander verbundene Hauptstörungsbereiche:

1. Körperschemastörungen
2. interozeptive Störungen der propriozeptiven Wahrnehmung (Hunger, Sättigung) und Störungen der Gefühls-wahrnehmung
3. ein alles durchdringendes Gefühl eigener Ineffektivität und Hilflosigkeit

Neuere Konzepte der Körperschemastörung („die kognitive Wende“)

Ausgelöst durch die Arbeiten von Hilde Bruch (1962, 1973) sowie einem klassischen Experiment von Slade und Russell (1973), die beide eine Überschätzung der Körperdimensionen bei Patientinnen mit Anorexia nervosa feststellten, war in den 70er und 80er Jahren des 20. Jahrhunderts eine rege Forschungstätigkeit auf dem Gebiet der perzeptiven Wahrnehmungsstörung zu beobachten. Die Studien warfen jedoch eine Fülle von methodischen und theoretischen Problemen auf. Die Ergebnisse divergierten teilweise, verschiedene Patientencharakteristika wie akutes oder chronisches Krankheitsstadium, Ausmaß der affektiven Störung, Gewicht, Alter, Zeitpunkt der Messung im Verlauf der Behandlung, das Untersuchungsinstrument sowie andere Faktoren zeigten einen moderierenden Einfluss.

Ende der 80er bis Mitte der 90er Jahre führten besonders die Arbeiten von Gardner und Kollegen (Gardner und Moncrieff, 1988; Gardner und Bokenkamp, 1996) zur Signalentdeckungstheorie zu einem Fortschritt im theoretischen Verständnis der Körperschemastörung. Das Hauptziel dieses Forschungsbereiches war es, in der Wahrnehmung sensorische Reaktionen (Retina, visueller Kortex) von nichtsensorischen (z. B. kognitive) Reaktionen des visuellen Systems experimentell voneinander zu trennen. Durch eine mathematische Analyse kann die sensorische Sensibilität (Fähigkeit, einen sensorischen Stimulus wahrzunehmen) von einer Verzerrung der Reaktion auf einen Stimulus (falsche Interpretation) unterschieden werden. Verschiedene Studien mit anorektischen Patientinnen zeigten in sehr konsistenter Weise, dass diese z. B. Größenunterschiede ebenso gut wie Kontrollgruppen identifizieren konnten. Trotzdem tendierten die anorektischen Patientinnen dazu, dass (offensichtlich identische Wahrnehmungsbild) als „zu dick“ zu beurteilen. Gardner und Bokenkamp (1996) folgerten aus ihren Ergebnissen, „dass es die nichtsensorischen Faktoren sind, die für die Überschätzung der Körperdimensionen verantwortlich sind“ (Übers. v.

Verf.). Als nicht sensorisch wurden von ihnen besonders emotionale und kognitive Faktoren betrachtet.

Inzwischen werden die vielen verschiedenen Einflüsse auf das Körperschema durch zahlreiche empirische Arbeiten gestützt (Thompson et al., 1998). Slade (1994) schlägt deshalb zusammenfassend vor, das Körperbild als ein variables, von vielen Faktoren beeinflussbares Vorstellungsbild zu konzipieren („loose mental representation of the body's shape, form and size“) und dies im Rahmen zukünftiger Forschungs- und Behandlungsprogramme angemessen zu berücksichtigen.

Diese empirische Ergebnislage hatte Einfluss auf die Konzeptualisierung der Körperschemastörung in den aktuellen Diagnosemanualen. Im Unterschied zu früheren Versionen wurden im DSM-IV (APA, 1994) die eher wahrnehmungsbezogenen Kriterien der Überschätzung der Körperbreite bzw. das Gefühl, „zu dick zu sein“, aufgegeben und durch eher kognitiv-affektive Variablen ersetzt:

„Störung der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Figur und des eigenen Körpergewichtes, d. h. Leugnung der Ernsthaftigkeit eines bestehenden Untergewichtes oder übermäßiger Einfluss von Figur und Gewicht auf das Selbstwertgefühl“

Die Bedeutung der Körperunzufriedenheit für den Verlauf von Essstörungen

Die wohl bedeutsamsten Argumente für eine primäre Bedeutsamkeit von Body-Image-Problemen bei der Entwicklung von Essstörungen liefern prospektive Längsschnittstudien, die in den letzten Jahren durchgeführt wurden. Cattarin und Thompson (1994) konnten in einer 3-Jahres-Längsschnittstudie zeigen, dass Körperunzufriedenheit bei weiblichen Jugendlichen den Beginn des restriktiven Essverhaltens vorhersagt. Killen et al. (1996) untersuchten in einer 4-Jahres-Längsschnittstudie bei 877 High-School-Studentinnen Prädiktorvariablen, die die Entwicklung (subklinischer) Essstörungen vorhersagen können. Die Frauen mit den meisten figurbezogenen Sorgen (höchstes Quartil) zeigten die höchste Inzidenzrate an subklinischen Essstörungen (10 %). Veron-Guidry et al. (1997) konnten durch komplexe Pfadanalysen zeigen, dass Körperunzufriedenheit die Beziehung zwischen verschiedenen Risikofaktoren (z. B. sozialer Druck, schlank zu sein, negatives Selbstwertgefühl, negativer Affekt) und Essstörungssymptomatik moderiert. In einer ähnlichen Studie fanden Thompson et al. (1995), dass Körperunzufriedenheit den negativen Effekt von figurbezogenen Hänseleien (*teasing*) auf Essstörungssymptome ebenfalls moderiert.

Im Rahmen zweier älterer Therapiestudien mit Anorexiapatientinnen waren Body-Image-Probleme jeweils unter den signifikanten Prädiktoren für eine Gewichtszunahme. Eine Fülle von weiteren psychologischen, familiären oder anderen symptombezogenen Variablen hatte daneben keine weitere Vorhersagekraft (Button, 1986; Strober et al., 1985).

Behandlung

Frauen mit Körperbildproblemen äußern in der Regel zahlreiche problematische Einstellungen zu ihrer Figur und vermeiden es, sich in differenzierter Weise im Spiegel zu be-

trachten. Es werden wahrnehmungsbezogene, kognitive, affektive sowie verhaltensbezogene Probleme genannt. Aus lerntheoretischer Sicht gehen wir davon aus, dass diese Probleme durch konditioniertes Vermeidungsverhalten aufrechterhalten werden. Mehrere Studien zur kognitiven Informationsverarbeitung legen zudem nahe, dass bei diesen Personen typische dysfunktionale Denkmuster wie „Schwarz-Weiß-Denken“ oder „Selektive Abstraktion“ bezüglich dieser Themen zu erkennen sind.

Als therapeutische Interventionen kommen entsprechend konfrontativ-behaviorale sowie kognitive Vorgehensweisen zum Einsatz. Behaviorale Techniken dienen dem Ziel, die Patientinnen mit ihrem Vermeidungsverhalten bzw. ihrer Krankheitsverleugnung zu konfrontieren sowie ein „emotionales Priming“ zu fördern, um die körperschemarelevanten Gedanken zu aktualisieren. Kognitive Techniken erlauben es, dominante „Body-Image-Schemata“ (Altabe und Thompson, 1996) und dysfunktionale Gedanken über die individuellen Ziele der Patientinnen realitätsadäquat zu disputieren.

Zur therapeutischen Bearbeitung des phobischen Vermeidungsverhaltens wird ein gestuftes Vorgehen vorgeschlagen, um bei den Patientinnen ein Höchstmaß an Compliance zu erreichen. Die Reihenfolge der entsprechenden Techniken, d. h. (a) Seilübungen, (b) Körperumrisszeichnungen (z.B.: Klöffler und Krell, 1994), (c) Videokonfrontation (z.B.: Fernandez und Vandereycken, 1994) sowie (d) Spiegelkonfrontation (z.B.: Norris, 1984), entspricht in aufsteigender Intensität der zu erwartenden Angsthierarchie (s. Abb. 1).

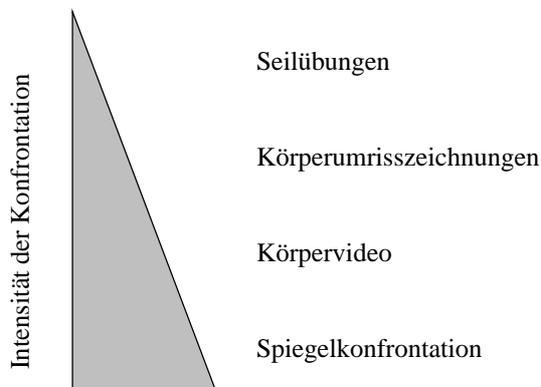


Abbildung 1: Graduierte Konfrontation bei der Behandlung von Körperbildproblemen

Figurbezogenes Vermeidungsverhalten sowie damit verbundene dysfunktionale Gedanken sind bei verschiedenen Patientinnen naturgemäß unterschiedlich ausgeprägt. Speziell im Rahmen eines Gruppensettings ist es wichtig, einen „niederschweligen“ Einstieg in diese schwierige Thematik zu ermöglichen. Hierfür sind spezifische Techniken wie Seilübungen oder die Anfertigung von Körperumrisszeichnungen in Lebensgröße besonders geeignet.

Seilübungen

Vorgehen: Jede Patientin erhält zwei Seile von unterschiedlicher Farbe. Sie erhält zunächst die Teilaufgabe, die Länge bzw. den Umfang eines Körperteils mit einem Seil subjektiv

abzuschätzen und das Ergebnis, d.h. das abgeknickte Seil, auf den Boden zu legen.

Als zweite Teilaufgabe soll sie die Länge bzw. den Umfang desselben Körperteils mit einem anderen Seil objektiv abmessen und neben die subjektive Schätzung legen.

Anschließend können die Unterschiede gemeinsam betrachtet und disputiert werden.

1. Abschätzung der Länge bzw. des Umfangs eines Körperteils mit einem Seil (subjektiv)
2. Abmessen der Länge bzw. des Umfangs des Körperteils mit einem anderen Seil (objektiv)
3. Gemeinsame Betrachtung und Disputation der Unterschiede

Körperumrisszeichnungen

Vorgehen: Jede Patientin legt dabei ein etwa 2x1m großes Stück Papier auf den Boden (oder hängt es an die Wand) und zeichnet mit einer durchgezogenen Linie aus der Vorstellung heraus ihren lebensgroßen Körperumriss, wie sie ihn sich vorstellt (subjektive Vorstellung).

Anschließend legt sich jede Patientin auf das gleiche Stück Papier (bzw. stellt sich an die Wand) und lässt von einer anderen Patientin ihren realen Körperumriss mit einer anderen Farbe nachzeichnen (objektive Wahrnehmung). Danach paarweiser Wechsel.

Zur Auswertung werden alle Körperbilder an die Wand gehängt. Danach können zum Beispiel die folgenden Fragen diskutiert werden:

- Welche Gedanken gehen mir durch den Kopf, wenn ich meinen Körperumriss an der Wand sehe?
- Bestehen Unterschiede zwischen subjektivem und objektivem Umriss? Welche Gedanken/Gefühle habe ich dazu?
- Habe ich mir bestimmte Körperteile/Proportionen anders vorgestellt?
- Wie sollte mein Körperumriss aussehen?

Gruppe:

- Was nehme ich bei den anderen subjektiven und objektiven Körperumrissen wahr?
- Wie sehe ich meinen Körperumriss im Vergleich zu den anderen?
- Wie sehen die anderen mein Körperbild?

Manche Patientinnen reagieren auf die schemenhafte Darstellung ihrer Körperumrisse noch mit deutlichem Vermeidungsverhalten, wie z.B. „In der Realität sieht das anders aus! Die Linien sind falsch gezogen!“

Erfahrungsgemäß kann jedoch bei den meisten Patientinnen durch die Wahrnehmung der deutlichen Unterschiede zwischen subjektivem und objektivem Bild eine therapeutisch sinnvolle kognitive Dissonanz erzeugt werden, die vermehrtes Interesse an der weiteren Bearbeitung der Körperschemastörung zur Folge hat.

Videoexposition

Folgt man dem Modell einer graduierten Konfrontation, um die Bearbeitung der Körperschemastörung sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting zu ermöglichen, so hat sich als möglicher weiterer Schritt die Videokonfrontation bewährt.

Die verkleinerte Darstellung der eigenen Figur auf einem Bildschirm erlaubt den Patientinnen erfahrungsgemäß eine partielle Distanzierung von ihrem eigenen Erleben und lässt dadurch oft eine objektivere Einschätzung der Körperproportionen zu.

Vorgehen: Es wird ein Videofilm von ca. 5-10 Min. Länge angefertigt, der die Patientin in Ganzkörperaufnahmen sowie in Nahaufnahmen einzelner Körperteile zeigt. Ein genaues Drehbuch für Körpervideoaufnahmen wurde z.B. von Böse (2002, S. 186) erstellt. Die Videofilme können im Einzel- oder Gruppensetting gemeinsam mit dem Therapeuten betrachtet werden.

Wie oben beschrieben, werden bei der therapeutischen Bearbeitung Techniken der Exposition sowie der kognitiven Therapie miteinander verbunden.

A. Exposition/Habituation (Wahrnehmung der Figur)

Erfahrungsgemäß ist es sinnvoll, zunächst eine Ganzkörperaufnahme zu zeigen und das Band zur Besprechung zu stoppen. Da die meisten Patientinnen auf bestimmte Körperteile in der Körpermitte (Bauch, Po, Hüfte Oberschenkel) fixiert sind, ist es zweckmäßig, mit der Beschreibung dieser Körperteile zu beginnen. Um eine ganzheitliche, realistische Beschreibung des Körpers mit entsprechender Habituation zu fördern, sollten alle wesentlichen Körperteile beschrieben und die Adjektive „dick“ und „dünn“ dabei möglichst nicht benutzt werden (s. auch „Spiegelkonfrontation“). Folgende Körperteile können zum Beispiel einzeln beschrieben werden:

Kopf mit Augen, Nase, Wangen, Mund, Kinn und Hals
 Oberkörper mit Brust, Bauch und Taille
 Schultern, Arme, Hände, Finger, Gelenke
 Hüfte, Po und Oberschenkel; Knie, Unterschenkel und Füße

Gegen Ende dieses beschreibenden Teils wechselt der Therapeut schrittweise aus der rein wahrnehmungsfördernden Haltung in eine kognitiv-disputierende Rolle.

B. Kognitive Therapie (Bewertung der Figur)

a) Diskussion von Wahrnehmungsfehlern (z.B. selektive Wahrnehmung)

Vorgehen: Es wird niemals direkt versucht, die Patientin davon zu überzeugen, dass sie falsch wahrnimmt. Die Patientin soll vielmehr durch Wahrnehmungsfokussierung, ganzheitliche Wahrnehmung und Vergleiche der Körperproportionen in die Lage versetzt werden, ihren Zustand selbst real zu erkennen. Im sokratischen Dialog kann eine Flexibilisierung der Wahrnehmung eingeübt werden, um die Erkenntnis zu fördern, welche Wahrnehmungsmuster zu einer Fehlinterpretation der Figur führen. Die Patientin kann z. B. zu folgenden Fragen Stellung nehmen:

- Bestehen Unterschiede zwischen Realbild und Vorstellungsbild?
- Was sehen Sie? Was fokussieren Sie? Was blenden Sie aus?
- Welche Gründe könnten dafür vorliegen, dass ihr gesamter Körper (noch) unproportional aussieht?
- Welche Körperbereiche hatten Sie sich dicker/dünnere vorgestellt?
- Was gefällt Ihnen an ihrem Körperbild?

- Welche Körperbereiche gefallen Ihnen nicht?
- Wie sollte Ihr Körper aussehen?

Im Anschluss bietet sich eine Diskussion der zugrunde liegenden Bewertungsmaßstäbe an:

b) Diskussion dysfunktionaler Gedanken

Abgesehen von Wahrnehmungsfehlern lehnen viele Patienten mit Essstörungen ihren Körper deshalb ab, weil er nicht einem angestrebten Ideal (z.B. Schönheitsideal) entspricht oder er diesem Ideal nach einer Gewichtszunahme nicht entsprechen könnte. Ein häufiger Lösungsversuch ist die strikte Kontrolle des Körpers. Kognitive therapeutische Interventionen sollten die Vor- und Nachteile sowie die langfristigen Erfolgsaussichten dieser Kontrollversuche fokussieren.

Vorgehen: Im sokratischen Dialog können die Argumente für und wider, die kurz- und langfristigen Effekte der Kontrollversuche sowie die Einschätzungen anderer Personen von Körper sowie Körperideal diskutiert werden. Typische dysfunktionale Denkmuster sollten benannt werden, um den Patientinnen die Möglichkeit der Generalisierung zu erleichtern, z.B.:

- „Alles-oder-nichts-Denken“ („*Entweder ich sehe perfekt aus, oder ich bin hässlich!*“)
- „Selektive Wahrnehmung“ („*Meine Oberschenkel sind zu breit, deshalb sieht der ganze Körper unmöglich aus!*“)
- „Emotionale Beweisführung“ („*Ich fühle mich zu dick, also bin ich zu dick!*“)
- „Übertriebene Verallgemeinerung“ („*Ich bin früher in der Schule wegen meines Hintern gehänselt worden. Das wird mir wieder passieren!*“)

Inhaltlich können zudem die folgenden Fragen diskutiert werden:

- Konnten Sie nach einer Gewichtsabnahme ihr niedriges Gewicht schon einmal dauerhaft halten?
- Welche Folgen im gesundheitlichen Bereich sowie im Kontaktbereich hatte die restriktive Ernährung bzw. das niedrige Gewicht?
- Konnten Sie durch die Gewichtsabnahme längerfristige Lebensziele wie Glück, Zufriedenheit und Selbstbewusstsein erreichen?
- Wie viel Prozent der Menschen haben genau eine Idealfigur? (1-2%)
- Wie viele Freundinnen von Ihnen haben eine ideale Figur?
- Wie können andere Menschen ohne ideale Figur leben?
- Stellen Sie sich vor, ihre Oberschenkel, ihre Hüften oder ihr Po sind ca. 2-3mm breiter, als Sie sie sich wünschen, aber Sie können dieses Gewicht mit normalem Essverhalten halten. Welche Gedanken gehen Ihnen dabei durch den Kopf?
- Gibt es neben dem Aussehen noch andere Faktoren, mit denen man Zufriedenheit, Selbstbewusstsein und Anerkennung erreichen kann?

Neben der mündlichen Bearbeitung können diese Fragen auch schriftlich mit kognitiven Arbeitsblättern (Pro- und Contra-Disputationen konkreter automatischer Gedanken) bearbeitet werden, um die Flexibilisierung des Denkens zu üben.

Die Patientin sollte weiterhin dazu ermutigt werden, ihre Gedanken und Bewertungen mit einer Freundin, Mitpatientin oder auch in der Patientengruppe zu besprechen. Kann die Patientin konträre Rückmeldungen zu ihrer eigenen Körperwahrnehmung nicht annehmen, wird sie ermutigt, beide Sichtweisen in Erwägung zu ziehen und Möglichkeiten einer realitätsnahen Prüfung zu suchen.

Spiegelkonfrontation

Selbstbetrachtungen vor einem Spiegel stellen die direkteste Form der Konfrontation von Patientinnen mit Essstörungen mit ihrer Figur dar. Da bei diesem Vorgehen erfahrungsgemäß die meisten wahrnehmungsbezogenen und kognitiven Vermeidungsstrategien bzw. Denkfehler deutlich werden, erfordert diese Technik ein ähnlich hohes Maß an Strukturierung und Konkretheit, wie es bei der Veränderung hartnäckiger automatischer Gedanken, z.B. bei depressiven Störungen, oft erforderlich ist.

Vorgehen: Eine Patientin steht vor einem Ganzkörperspiegel und beschreibt einzelne Teile ihres Körpers sowie ihre Körperproportionen. Im Einzelsetting steht eine Therapeutin oder ein Therapeut als Gesprächspartner(in) daneben, im Rahmen einer Gruppentherapie kann eine weitere Patientin diese Rolle übernehmen. Im Sinne einer graduierten Konfrontation kann die Patientin zunächst Alltagskleidung, dann Gymnastikkleidung, schließlich Badekleidung tragen.

A. Exposition/ Habituation

Wie bei der Videoexposition sollte die Patientin zunächst sämtliche Körperteile in möglichst wertfreier Form beschreiben, z.B. mit Hilfe der Adjektive „schmal“ oder „breit“ oder mit anderen Adjektiven. Da die Patientinnen es nicht gewohnt sind, sich so detailliert zu beschreiben und hohe Anforderungen an eine neutrale Wortwahl bestehen, kann die Verwendung eines vorher festgelegten Leitfadens hilfreich sein. Bei der Reihenfolge der Beschreibung kann zunächst der Präferenz der Patientinnen gefolgt werden, zum Zwecke einer ganzheitlichen Wahrnehmung sollten jedoch alle wesentlichen Körperteile beschrieben werden. Um eine genaue Wahrnehmung zu fördern, können beispielsweise die folgenden Fragen gestellt werden:

- Beschreiben Sie Ihren Bauch. Ist er rund, flach, wenig oder stark gewölbt?
- Beschreiben Sie Ihre Taille und Ihre Hüfte. Ist sie schmal oder breit, ausgeprägt oder kaum erkennbar, weich oder hart/knochig?
- Beschreiben Sie Ihre Oberschenkel. Sind sie schmal oder breit, straff oder weich? Ist der Abstand zwischen dem linken und rechten Oberschenkel groß oder klein?
- Beschreiben Sie Ihren Po (Patientin dreht sich zur Seite). Ist er flach oder rund, straff oder weich, glatt oder dellig?
- Ist Ihre Haut straff oder schlaff? Warum?

B. Kognitive Therapie

Grundsätzlich finden die Bemerkungen zur Videoexposition (s.o.) auch hier Anwendung. Der Patientin wird genügend Raum gegeben, ihre subjektiven (oft negativen) Einstellungen und Gefühle gegenüber den verschiedenen Körperteilen zu äußern. Nach der Beschreibung der wesentlichen Körper-

teile durch die Patientin gibt der/die Therapeut/-in (bzw. die Gesprächspartnerin) Rückmeldung über identische oder abweichende Beobachtungen zur Körperform. Bei der Rückmeldung abweichender Bewertungen wird darauf geachtet, die Patientin nicht zu „überreden“, sondern ihr eine „weitere Bewertungsmöglichkeit“ ihrer Körperform anzubieten.

Bei anorektischen Patientinnen können z.B. die folgenden Gesichtspunkte besprochen werden:

- Kann es sein, dass die Wölbung ihres Bauchs nur deshalb so auffällt, weil der Rest des Körpers so abgemagert ist?
 - Welche unterschiedlichen Erklärungsmöglichkeiten gibt es dafür, dass Ihre Körperproportionen „komisch“ aussehen (z.B. Schultern zu breit)? Welche Bedeutung könnte das deutliche Untergewicht (z.B. Becken noch zu schmal) diesbezüglich haben?
 - Wie könnten Sie mit 5-10 kg mehr Gewicht aussehen?
- Typische Leitfragen für bulimische Patientinnen sind:
- Kann es sein, dass Sie Ihren Körper nur in Schwarz-Weiß-Kategorien betrachten? Ideal oder hässlich? Gibt es Bewertungen dazwischen?
 - Gibt es einzelne Körperteile, die Sie mögen?
 - Gibt es neben dem Aussehen noch andere Kategorien, nach denen Sie Ihren Körper einschätzen können?

Im Rahmen einer Gruppentherapie können identische oder abweichende Beobachtungen/Bewertungen zur Körperform zwischen den einzelnen Gruppenmitgliedern besprochen werden.

Evaluation

Subklinische Studien

Entsprechend der hohen Prävalenz der Körperunzufriedenheit in der Normalbevölkerung wurden die meisten spezifischen Studien mit normalgewichtigen, mit ihrem Körper unzufriedenen Frauen durchgeführt, die nicht die Kriterien einer Essstörung erfüllen.

Dworkin und Kerr (1987) verglichen die Effektivität kognitiver Therapie, kognitiv-behavioraler Therapie und reflektiver Therapie mit einer Wartekontrollgruppe. Bezüglich des Selbstkonzeptes sowie der Körperzufriedenheit waren die drei Therapiegruppen der Wartegruppe überlegen. Die kognitive Therapie war bei der Veränderung des Body-Image am effektivsten, die beiden anderen Gruppen waren jedoch nahezu vergleichbar.

Butters und Cash (1987) verglichen ein 6-wöchiges kognitiv-behaviorales Einzeltherapieprogramm mit einer Wartegruppe, die später eine 3-wöchige kognitive Version erhielt. Die Therapiegruppe erzielte signifikante Body-Image-Verbesserungen gegenüber der Wartegruppe, die auch nach einem 7-Wochen-Follow-up stabil blieben. Das 3-wöchige kognitive Programm erzielte vergleichbare Ergebnisse.

Rosen et al. (1989) verglichen eine 6-wöchige kognitiv-behaviorale Body-Image-Gruppentherapie mit einer unspezifischen Gruppentherapie vom gleichen zeitlichen Format. Obwohl sich die Körperzufriedenheit der beiden Gruppen verbesserte, gingen nur in der Body-Image-Gruppe die Werte in den Normalbereich zurück. Auch nach zwei Monaten blieb der Unterschied zur Kontrollgruppe stabil.

Im Rahmen einer Folgestudie verglichen Rosen et al. (1990),

kognitive Therapie mit und ohne Training der Wahrnehmungsgenauigkeit. Beide Gruppen erzielten signifikante Verbesserungen in allen Body-Image-Maßen, auch nach drei Monaten. Die Autoren schlussfolgerten, dass das Training der Wahrnehmungsgenauigkeit kein notwendiger Bestandteil einer effektiven kognitiv-behavioralen Body-Image-Therapie sein muss. Grant und Cash (1995) verglichen ein 11-wöchiges Body-Image-Selbsthilfeprogramm (Cash, 1991), das eine wöchentliche 20-minütige Minimalunterweisung beinhaltet, mit einer 90-minütigen strukturierten kognitiv-behavioralen Body-Image-Therapie. Beide Therapieformate zeigten vergleichbare substantielle Verbesserungen bezüglich dysfunktionaler negativer Gedanken, Körperzufriedenheit, gewichtsbezogener Ängste sowie Vermeidungsverhalten. Die Veränderungen blieben auch nach zwei Monaten in beiden Gruppen stabil.

Klinische Studien

Bis heute existieren keine Therapiestudien, die ein strukturiertes kognitiv-behaviorales Body-Image-Therapieprogramm bei Anorexia oder Bulimia nervosa evaluiert haben. Einzelne Therapieelemente wurden jedoch in verschiedenen Studien einer empirischen Prüfung unterzogen. Rosen et al. (1995b) konnten belegen, dass ein Body-Image-Programm bei Patienten mit einer körperdysmorphen Störung zu signifikanten Verbesserungen der Symptomatik und der Einschätzung des Body-Image führte. Die Veränderungen führten zudem zu einer allgemeinen Verbesserung des psychischen Befindens und blieben auch nach vier Monaten stabil.

Angesichts bescheidener Langzeitergebnisse einer dauerhaften Gewichtsabnahme plädieren verschiedene Forschergruppen (Brownell und Wadden, 1991; Cash, 1992; Garner und Wooley, 1991) auch bei übergewichtigen Patienten für eine Therapie zur Verbesserung des Body-Image, unabhängig von einer Gewichtsveränderung. Rosen et al. (1995a) konnten nach einer kognitiv-behavioralen Body-Image-Behandlung entsprechende positive Effekte bei Übergewichtigen nachweisen. Die Patienten zeigten im Vergleich zu einer Kontrollgruppe eine höhere Körperzufriedenheit, weniger körperdysmorphe Symptome, ein verbessertes Selbstwertgefühl sowie ein weniger problematisches Essverhalten. Diese Veränderungen wurden ohne eine Modifikation des Gewichtes erreicht.

Für den Bereich der Anorexia nervosa konzentrierten sich die Therapiestudien bisher eher auf die Korrektur der Fehlwahrnehmung der Körperdimensionen.

Im Rahmen einer frühen Einzelfallstudie filmten Gottheil et al. (1969) eine 17-jährige Patientin mit Anorexia nervosa und konfrontierten sie anschließend mit ihrem Körperbild auf Videoband. Die Autoren berichten positive Ergebnisse. Aufgrund einer Vermischung dieser Intervention mit anderen psychotherapeutischen Maßnahmen im Rahmen der Behandlung (Einzelpsychotherapie, Mahlzeitenplanung) können jedoch keine Aussagen über die differenziellen Effekte gemacht werden.

Biggs et al. (1980) berichteten von negativen Effekten auf das Selbstwertgefühl der anorektischen Patientinnen nach dem Betrachten eines 4-minütigen Videos von sich selbst. Eine depressive Gruppe sowie eine Kontrollgruppe zeigten keine Veränderungen. Es wurden jedoch keine Body-Image-Maße erhoben.

Norris (1984) konnte zeigen, dass bereits eine einfache Spiegelkonfrontation bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa zu einer Verbesserung der Wahrnehmungsgenauigkeit führt. Die vier Experimentalgruppen bestanden aus jeweils 12 Personen (Frauen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, mit emotionalen Störungen sowie gesunde Frauen ohne psychische Störungen). Bei den drei Gruppen von Frauen mit psychischen Störungen kam es jeweils zu Überschätzungen ähnlichen Ausmaßes. Die gesunden Frauen schätzten ihre Körpermaße relativ genau. Die Patientinnen mit Anorexia nervosa verbesserten ihre Wahrnehmungsgenauigkeit nach der Spiegelkonfrontation um 18 %, die von Bulimia nervosa Betroffenen um 7,5 %. Nur die Patientinnen mit Anorexia nervosa zeigten signifikante Verbesserungen in der Einschätzung aller Körperbereiche (Kopf, Brust, Taille, Hüfte). Die beiden Kontrollgruppen ohne Essstörungen zeigten in keinem Körperbereich signifikante Verbesserungen der Schätzungsgenauigkeit.

Fernandez und Vandereycken (1994) filmten anorektische Patientinnen, die einen schwarzen Bikini trugen. Nach dem Betrachten des Videos schätzten die Patientinnen ihren Körper auf einem semantischen Differenzial dünner und aktiver ein. Rushford und Ostermeyer (1997) verglichen die wahrnehmungsbezogenen und affektiven Body-Image-Einschätzungen anorektischer Patientinnen vor und nach einem Videofeedback. Gegenüber einer Kontrollgruppe waren beide Maße erhöht; sie veränderten sich jedoch nach dem Feedback bei den anorektischen Patientinnen signifikant in die erwünschte Richtung, während sie bei der Kontrollgruppe stabil blieben. Geissner, Bauer, Fichter (1997) konnten im Rahmen einer kontrollierten Studie belegen, dass eine massierte Videokonfrontation eine wirksame Methode zur Veränderung der subjektiv-emotionalen Komponente der Körperschemastörung ist. Nach drei Konfrontationssitzungen innerhalb von 10 Tagen ergaben sich signifikante Veränderungen in diesem Bereich, nicht jedoch in der perzeptiven Einschätzung (gemessen mit der Image Marking Procedure).

Wallin et al. (2000) verglichen die Effekte eines familien-therapeutischen Ansatzes bei jugendlichen anorektischen Patientinnen mit einer Gruppe, die zusätzlich Körperwahrnehmungstherapie erhielt. Im Rahmen eines 2-Jahres-Follow-up ergaben sich keine signifikanten Unterschiede.

Key et al. (2002) wiesen durch Spiegelkonfrontation während der stationären Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa ebenfalls positive Effekte in der Wahrnehmungsgenauigkeit nach.

Böse (2002) verglich im Rahmen eines umfassenden stationären Programms zur Behandlung der Anorexia nervosa eine Ernährungsmanagement-Gruppe mit einer Body-Image-Gruppe. Beide Gruppen erzielten signifikante Verbesserungen mit mittleren bis hohen Effektstärken in allen relevanten Parametern (Gewicht, EDI, SCL-90-R, Figure Rating Scale, Body Shape Questionnaire). Unmittelbar nach Interventionsende war die Body-Image-Gruppe in der Gewichtszunahme überlegen. Bei der 3-Monats-Katamnese unterschieden sich die beiden Gruppen jedoch nicht mehr voneinander. Schließlich konnten Pfenning et al. (2004) durch ein ambulantes Training einen Abbau dysfunktionaler körperbezogener Kognitionen bei Frauen mit Essstörungen belegen.

Literatur

- Altabe MN, Thompson JK (1996): Body image: A cognitive self-schema? *Cognit Ther Res* 20:171-193
- American Psychiatric Association (APA). (1980). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (3rd ed.). Washington, DC: APA
- American Psychiatric Association (APA). (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (4th ed.). Washington, DC: APA
- Biggs SJ, Rosen B, Summerfield AB (1980): Video-feedback and personal attribution in anorexic, depressed, and normal viewers. *Br J Med Psychol* 53:249-254
- Böse R (2002): *Body-Image-Therapie bei Anorexia nervosa. Eine kontrollierte Studie. Theorie – Forschungsstand – Behandlungsmanual*. Regensburg: Roderer
- Brownell KD, Wadden TA (1991): The heterogeneity of obesity: Fitting treatments to individuals. *Behav Ther* 22, 153-177
- Bruch H (1962): Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosom Med* 24:187-194
- Bruch H (1973): *Eating disorders: Obesity, anorexia, and the person within*. New York: Basic Books
- Butters, JW, Cash TF (1987). Cognitive-behavioral treatment of women's body-image dissatisfaction. *J Consult Clin Psychol* 55 :889-897
- Button EJ (1986): Body size perception and response to in-patient treatment in anorexia nervosa. *Int J Eating Disord* 5:617-629
- Cash TF (1991): *Body-image therapy: A program for self-directed change*. New York: Guilford
- Cash TF (1992): Body images and body weight: What is there to gain or lose? *Weight Control Digest* 2 (4):169ff
- Cattarin J, Thompson JK (1994): A three-year longitudinal study of body image and eating disturbance in adolescent females. *Eat Disord* 2:114-125
- Dworkin SH, Kerr BA (1987): Comparison of interventions for women experiencing body image problems. *J Counsel Psychol* 34:136-140
- Fernandez R, Vandereycken W (1994): Influence of video-confrontation on the self-evaluation of anorexia nervosa patients. *Eat Disord* 2:135-140
- Gardner RM, Bokenkamp ED (1996): The role of sensory and nonsensory factors in body size estimations of eating disorder subjects. *J Clin Psychol* 52:3-15
- Gardner RM, Moncrieff C (1988): Body image distortion in anorexics as a non-sensory phenomenon: A signal detection approach. *J Clin Psychol* 44:101-107
- Garner DM, Wooley SC (1991): Confronting the failure of behavioural and dietary treatments for obesity. *Clin Psychol Rev* 11 :729-780
- Geissner E, Bauer C, Fichter, MM (1997): Videogestützte Konfrontation mit dem eigenen körperlichen Erscheinungsbild als Behandlungselement in der Therapie der Anorexia nervosa. *Z Klin Psychol* 26 (3):218-225
- Gottheil E, Backup CE, Cornelison FS (1969): Denial and self-image confrontation in a case of anorexia nervosa. *J Nerv Ment Dis* 148:238-250
- Grant J, Cash TF (1995): Cognitive-behavioral body-image therapy: Comparative efficacy of group and modest-contact treatments. *Behav Ther* 26:69-84
- Key A, George CL, 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. *Int J Eat Disord* 31:185-190
- Killen JD, Taylor CB, Hayward C, Haydel KF, Wilson DM, Hammer L, Kraemer H, Blair-Greiner A, Strachowski D (1996): Weight concerns influence the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *J Consult Clin Psychol* 64:936-940
- Klöffler U, Krell W (1994): Körperwahrnehmung. In: Zielke M, Sturm J (Hrsg): *Handbuch stationäre Verhaltenstherapie*. Weinheim: Psychologie Verlags Union, 912-923
- Norris DL (1984): The effects of mirror confrontation on self-estimation of body dimension in anorexia nervosa, bulimia, and two control groups. *Psychol Med* 14:835-842
- Pfenning N, Legenbauer T, Vocks S, Hiller W (2004): Veränderung dysfunktionaler körperbezogener Kognitionen durch ein kognitiv-behaviorales Körperbildtraining. Poster auf dem 22. Symposium Klinische Psychologie und Psychotherapie der Deutschen Gesellschaft für Psychologie, Halle (Saale)
- Rosen JC (1997): Cognitive-behavioral body image therapy. In: Garner DM, Garfinkel PE (eds.): *Handbook of treatment for eating disorders*. New York: Guilford, pp. 188- 201
- Rosen JC, Saltzberg E, Srebnik D (1989): Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behav Ther* 20:293-404
- Rosen JC, Cado S, Silberg NT, Srebnik D, Wendt S (1990): Cognitive behavior therapy with and without size perception training for women with body image disturbance. *Behavior Therapy*, 21:481-498
- Rosen JC, Orosan, P, Reiter J (1995a): Cognitive behavior therapy for negative body image in obese women. *Behav Ther* 26:25-42
- Rosen JC, Reiter J, Orosan P (1995b). Cognitive behavioral body image therapy for body dysmorphic disorder. *J Consult Clin Psychol* 63 :263-269
- Rushford N, Ostermeyer A (1997): Body image disturbances and their change with videofeedback in anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 35:389-398
- Slade PD (1994): What is Body Image? *Behav Res Ther* 32(5):497-502
- Slade PD, Russell GFM (1973): Awareness of body dimensions in anorexia nervosa: Cross-sectional and longitudinal studies. *Psychol Med* 3:188-199
- Stice E (2002): Risk and Maintenance Factors for Eating Pathology: A Meta-Analytic Review. *Psychol Bull* 128(5):825-848
- Stice E, Agras WS (1998): Predicting the onset and remission of bulimic behavior during adolescence: a longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29:257-276
- Stice E, Killen JD, Hayward C, Taylor CB (1998): Age of onset for binge eating and purging during late adolescence: A four-year survival analysis. *J Abnorm Psychol* 107:671-675
- Strober M, Bowen E, Preble J (1985): Predictors of weight change in juvenile anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 4:605-608
- Thompson JK, Coovert MD, Richards KJ, Johnson S, Cattarin J (1995): Development of body image, eating disturbance, and general psychobiological functioning in female adolescents: Covariance structure modeling and longitudinal investigations. *Int J Eat Disord* 18:221-236
- Thompson JK, Heinberg LJ, Altabe M, Tantleff-Dunn S (1998): *Exacting beauty. Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association
- Veron-Guidry S, Williamson, DA, Netemeyer RG (1997): Structural modeling analysis of body dysphoria and eating disorder symptoms in preadolescent girls. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention* 5:15- 27
- Wallin U, Kronvall P und Majewski ML (2000): Body Awareness Therapy in Teenage Anorexia nervosa: Outcome after 2 years. *Eur Eat Disord Rev* 8(1):19-30

Dr. phil. Dipl.-Psych. Reimund Böse
 Psychotherapeutische Praxis
 Alt-Tegel 28 • 13507 Berlin
 E-Mail: r.boese@t-online.de