

11 Wahrnehmungspsychologische Untersuchungen zu Körperbildstörungen von essgestörten Patienten

Stefan Lautenbacher

11.1 Einleitung

Die wahrnehmungspsychologische Untersuchung von Körperbildstörungen leidet an der mangelhaften theoretischen Fassung der zugrunde liegenden Begrifflichkeit, aus der sich keine verbindliche Messmethodik ableiten lässt. Ergebnis ist eine Vielzahl von beliebigen Operationalisierungen, die zu wenig Konvergenz in den Ergebnissen führen. Trotz dieser methodischen Vorbehalte lässt sich mit einiger Sicherheit feststellen, dass Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimie ganz ähnlich eine deutliche Tendenz zur Überschätzung ihrer Körperweite aufweisen. Das Überschätzen der Körperweite findet sich jedoch in abgeschwächter Form auch bei Frauen, die nicht direkt essgestört sind, speziell bei denen mit gezügeltem Essverhalten. Auch nach Abklingen der anorektischen Symptomatik normalisiert sich die Störung der Körperweitenwahrnehmung nicht automatisch. Sicherlich ist die Wahrnehmungsstörung zeitlich stabiler als die Essstörungssymptomatik; ob sie deshalb als Vulnerabilitätsfaktor gelten kann, müssen prospektive Studien zeigen.

Schon seit einigen Jahren mehren sich daher kritische Stimmen (z.B. Hsu u. Sobkiewicz 1991) bezüglich des Versuchs, immer wieder nach pathologischen Veränderungen in einer mangelhaft definierten und theoretisch schlecht gefassten Variable zu suchen. Unter die Körperbildstörungen essgestörter Frauen

wurden beispielsweise sowohl veränderte Einstellungen als auch Wahrnehmungsprobleme bezüglich des eigenen Körpers subsumiert. Es konnte daher kaum überraschen, dass die Korrelationen innerhalb der Körperbildvariablen oft sehr gering waren (Keeton et al. 1990). Aber auch bei Beschränkung auf einen der beiden Variablenbereiche waren die Zusammenhänge oft zu schwach, um deren Messungen als gelungene Operationalisierungen ein und desselben Konstruktes zu verstehen.

Diese kritische Perspektive sei eingenommen, wenn im Folgenden über die wahrnehmungspsychologischen Versuche, Körperbildstörungen bei essgestörten Patienten zu erfassen, berichtet wird. Erst wird auf die mangelhafte Validität der wahrnehmungspsychologischen Messungen des Körperbildes eingegangen, bevor die Frage beantwortet wird, ob und welche Veränderungen der Körperwahrnehmung bei essgestörten Personen zu finden sind. Hierbei wird auch angesprochen, ob die Wahrnehmungsstörungen mit der Symptomatik remittieren oder darüber hinaus persistieren. Zuvor gilt es aber zu klären, inwieweit Körperwahrnehmungsstörungen erst im Zuge der Erkrankung auftreten oder ob sie auch in subklinischen Fällen zu beobachten sind, was sie als Vulnerabilitätsfaktoren qualifizieren könnte.

11.2 Validität der Messungen der Körperwahrnehmung

Wenn von Körperwahrnehmung in diesem Kontext die Rede ist, muss klar sein, dass eigentlich nur Körperweitenwahrnehmung gemeint ist. Es wird also die Wahrnehmung untersucht, welche Weite oder Umfang der eigene Körper hat. Schon bei dieser Definition wird deutlich, dass es sich hier nicht um eine Wahrnehmung in dem Sinne handelt, dass ein Reiz ein bestimmtes Sinnessystem adäquat aktiviert, um über dessen Aktivierung spezifisch eine bestimmte Wahrnehmungsart auszulösen (z. B. Tonhöhe, Lichthelligkeit, Hauttemperatur). Unser Körper ist uns immer über eine Vielzahl von Sinnessystemen gegeben, es gibt also sicherlich eine komplexe Wahrnehmung auf verschiedenen Ebenen (Lautenbacher 1994). Des Weiteren verfügen wir über ein Körperwissen, das unsere Wahrnehmung ständig beeinflusst. Dieses Körperwissen bzw. dieses Körperschema ist die gespeicherte Form hoch integrierter Wahrnehmungsprozesse.

Betrachtet man die Körperweitenwahrnehmung als komplexe, hoch integrierte Wahrnehmung mit starken Übergängen zu Gedächtnisfunktionen, so wird deutlich, wie sorgsam Messoperationen entworfen werden müssten, um diese Variable adäquat zu erfassen. Um so mehr verwundert es, wie theoretisch sorglos in der Vergangenheit Messmethodik nach Messmethodik entwickelt wurde. Es sprengt den Rahmen dieses Kapitels, hierüber einen Überblick zu vermitteln (vgl. den Beitrag von Röhrich in diesem Buch, Kap. 4, S. 35) Es sei zudem auf eine ausgezeichnete Zusammenfassung von Thompson und Mitarbeitern (1990) verwiesen. Zur Verdeutlichung der Spannweite von Messmethoden seien drei Verfahren genauer beschrieben, an denen der Autor die konvergente Validität dieser Verfahren überprüft hat.

► Mit der **Videoverzerrungstechnik (VVT)** steht ein Verfahrenstyp zur Verfügung, der den visuellen Aspekt der Körperweitenwahrnehmung

hervorhebt. Den Probanden wird das Bild ihres Körpers in Frontal- oder Sagittalansicht über ein Videosystem präsentiert, wobei die Aufnahmen live oder über vorher angefertigtes Bildmaterial gewonnen werden. Normalerweise tragen die Probanden eine eng anliegende Standardbekleidung (z. B. Gymnastikanzug). Die Videobilder können in der Horizontale verzerrt werden, bis bestimmte Beurteilungskriterien wie „so sehe ich aus“ oder „so möchte ich aussehen“ erreicht sind. Die Körperweitenwahrnehmung wird dann dargestellt als Quotient aus verzerrtem zu unverzerrtem Bild.

► Der **Kinästhetische Größen-Schätz-Apparat (KGSA)** betont hingegen den propriozeptiven Aspekt der Körperweitenwahrnehmung. Die Probanden treten mit verbundenen oder geschlossenen Augen vor eine Horizontalschiene, auf der sich zwei Schieberregister befinden. Die Horizontalschiene wird in Relation zu bestimmten Körperpunkten angebracht, beispielsweise in Schulterhöhe. Die Probanden müssen nun ohne Sichtkontrolle die Schieberregister in den Abstand bringen, den sie für ausreichend halten, damit sie mit bestimmten Körperpartien genau zwischen die Register passen würden. So werden in der Regel die subjektiven Körperweiten von Schulter-, Brust-, Taillen- und Hüftbereich vermessen, wobei die Instruktionen ähnlich denen zur VVT sind. Wieder werden Quotienten aus subjektiver und objektiver Körperweite zur Darstellung der Körperweitenwahrnehmung errechnet.

► Eine mittlere Stellung zwischen diesen beiden Verfahren nimmt die **Board-Markierungsmethode (BMM)** ein. Bei dieser Methode steht der Proband sehend vor einem Wandbord, einer Posterbahn oder einer Wandtafel und soll sich vorstellen, vor einem Spiegel zu stehen. Mit zwei Stiften soll der Proband nun gleichzeitig markieren, an welchen Stellen die Begrenzungen des Schulter-, Brust-, Taillen- und Hüftbereich im „Spiegel“ zu „sehen“ wären. Hieraus ergeben sich wiederum subjektive

Tab. 11.1 Korrelationen zwischen verschiedenen Messmethoden zur Erfassung der Körperweitenwahrnehmung.

Studie	Maße	Korrelationskoeffizient
Lautenbacher et al. 1993	VVT × KGSA	$r = -0,05$
	VVT × BMM	$r = 0,04$
	KGSA × BMM	$r = 0,37^*$
Schormann 1998	VVT × KGSA	$r = 0,38^*$
Eisenack 1998	VVT × KGSA	$r = 0,18$

VVT: Videoverzerrungstechnik; KGSA: Kinästhetischer Größen-Schätz-Apparat; BMM: Board-Markierungs-Methode; *: $p < 0,05$

Weiten, die zu den objektiven in Beziehung gesetzt werden. Bei KGSA und BMM werden die einzelnen Körperpartien teilweise getrennt weiter analysiert, teilweise aber auch zu Ganzkörpermaßen durch Mittelung zusammengeführt.

Allein die Beschreibung der unterschiedlichen Messmethoden macht deutlich, wie völlig verschieden die Versuche bislang waren, Körperweitenwahrnehmung zu messen. Es wundert daher nicht, dass der Autor der vorliegenden Arbeit in einer Reihe von Studien nur ganz schwache Korrelationen zwischen den Ergebnissen der einzelnen Messverfahren nachweisen konnte (Tab. 11.1). Werden diese Korrelationen im Sinne einer Prüfung der konvergenten Validität interpretiert, muss man eingestehen, dass alle oder einzelne dieser Verfahren, die angeblich ein und dasselbe Konstrukt messen sollen, nicht valide sein können.

Diese Einschränkungen sollte man berücksichtigen und gewahr sein, dass Ergebnisse zur Körperweitenwahrnehmung, die mit einer Methode gewonnen wurden, nicht notwendigerweise mit einer anderen zu replizieren sind.

11.3 Veränderungen der Körperweitenwahrnehmung im subklinischen Bereich

Stellt man sich die Frage, ob Störungen der Körperweitenwahrnehmung ein pathognostisches Spezifikum von Essstörungen darstellen, muss nicht nur der Vergleich mit anderen psychischen Störungen gesucht, sondern erst mal festgestellt werden, ob solche Störungen nicht bereits in subklinischen Populationen auftreten. Da Patienten mit den Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimie überwiegend Frauen sind, muss geprüft werden, ob die Körperweitenwahrnehmung bei Frauen allgemein anders ist als bei Männern, und genauer, ob die bei Essstörungspatientinnen zu beobachtende Überschätzung der Körperweite ein unter Frauen weit verbreitetes Phänomen ist.

Vergleich von Frauen und Männern: Systematische Untersuchungen von Geschlechtsunterschieden in der Körperweitenwahrnehmung sind bislang selten geblieben. Keeton und Mitarbeiter (1990) beobachteten mit dem „Body Image Detection Device“ eine generelle Tendenz zur Überschätzung der Körperweite, die bei Frauen jedoch signifikant stärker ausfiel als bei Männern. Der Autor der vorliegenden Arbeit ließ an je 20 jungen Frauen und Männern die frontale Körperweitenwahrnehmung mit der VVT und dem KGSA bestimmen (Eisenack 1998). Starke Tendenzen zur

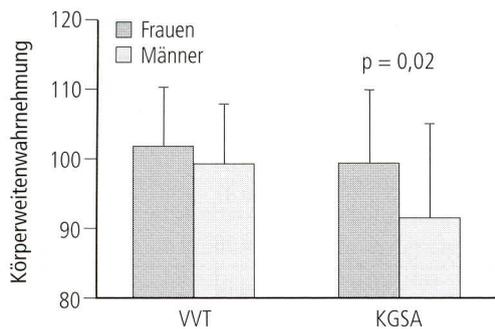


Abb. 11.1 Mittelwert und Standardabweichung der Körperweitenwahrnehmung von je 20 Frauen und Männern erhoben mit der Videoverzerrungstechnik (VVT) und dem Kinästhetischen Größen-Schätz-Apparat (KGSA).

Über- und Unterschätzung fehlten in beiden Geschlechtern, da das Verhältnis von subjektiver zu objektiver Körperweite ungefähr gleich (100 %) war (Abb. 11.1). Mit dem KGSA war dennoch ein signifikanter Unterschied zwischen Frauen und Männern zu beobachten, wobei Männer ihre Körperweite eher zu unterschätzen schienen. Soweit man von solchen Daten ausgehen kann, nehmen gesunde Frauen ihren Körper offenbar leicht weiter bzw. sich selbst „dicker“ wahr als Männer. Als nächstes stellt sich natürlich nun die Frage, ob diese Tendenz bei Frauen mit subklinisch gestörtem Essverhalten verstärkt ist.

Vergleich von Frauen mit gezügeltem und ungezügeltem Essverhalten: Unter dem Begriff des gezügelten Essverhaltens wird eine Art der Nahrungsaufnahmeregulation verstanden, bei der die natürlichen Hunger- und Sättigungssignale nicht beachtet werden und das Essen nur mittels Diätregeln gesteuert wird. Konsequenz dieses Diäthaltens sind häufige Essattacken. Der Verhaltenszyklus von Diät halten, Diätsünden und verstärktem Diät halten ist mittlerweile unter jungen Frauen sehr häufig zu beobachten und wird als Vorstufe von klinischen Essstörungen, vor allem der Bulimie angesehen. Lautenbacher und Mitarbeiter (1992) untersuchten 41 gezügelte und ungezü-

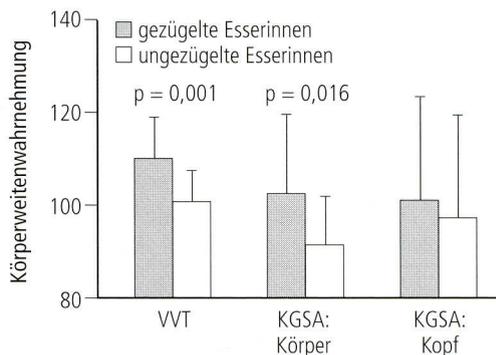


Abb. 11.2 Mittelwert und Standardabweichung der Körperweitenwahrnehmung von je 20 Frauen mit gezügeltem und ungezügeltem Essverhalten, erhoben mit der Videoverzerrungstechnik (VVT) und dem Kinästhetischen Größen-Schätz-Apparat (KGSA).

gelte Esserinnen mit der VVT, der BMM und dem KGSA und fanden bei den gezügelten Esserinnen ein verstärktes Maß an Wahrnehmungsunsicherheit. Eine Tendenz zur Überschätzung der Körperweite war aber entgegen der Erwartung nicht zu beobachten. In einer Replikationsstudie untersuchte der Autor erneut jeweils 20 gezügelte und ungezügelte Esserinnen mit der VVT und dem KGSA (Schormann 1998). Diesmal unterschieden sich die beiden Gruppen nicht bezüglich der Wahrnehmungsunsicherheit, die gezügelten Esserinnen hatten jedoch – objektivierbar mit beiden Messmethoden – eine signifikant größere Neigung, ihre Körperweite zu überschätzen (Abb. 11.2).

Fasst man die eben referierten Befunde zusammen, so scheint bei Frauen allgemein – und verstärkt bei solchen mit gezügeltem Essverhalten – die Körperweitenwahrnehmung verändert zu sein. Diese Veränderungen sind mittelgradig und zeichnen sich vor allem durch eine Tendenz zur Überschätzung der Körperweite aus. Das heißt, die zu berichtenden Veränderungen der Körperweitenwahrnehmung bei Essstörungspatientinnen sind mit Sicherheit in Veränderungen eingebettet, die sich auch an subklinischen Populationen schon feststellen lassen.

11.4. Veränderungen der Körperweitenwahrnehmung bei essgestörten Patienten

Wenn Veränderungen der Körperweitenwahrnehmung bei essgestörten Personen zu beobachten sind, so ist von Interesse, ob es sich hierbei um ein Symptom oder um einen pathogenetischen Mechanismus handelt. Bei einem Symptom sollte die Wahrnehmungsstörung zuverlässig mit der Remission der Essstörung verschwinden. Bei einem pathogenetischen Mechanismus könnte die Wahrnehmungsstörung persistieren und das Risiko für eine Wiedererkrankung bedingen. Daher soll im Folgenden auf Veränderungen der Körperweitenwahrnehmung bei essgestörten Personen in der Akutphase und nach Remission eingegangen werden.

Akutphase: In einer sehr eleganten Untersuchung konnten Bowden und Mitarbeiter (1989) zeigen, dass Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimie ganz ähnliche Veränderungen der Körperweitenwahrnehmung aufweisen. Beide Gruppen zeigten eine so ausgeprägte Tendenz zur Überschätzung der Körperweite, dass sie sich mit allen drei verwendeten Messmethoden, nämlich der VVT, dem KGSA und der BMM nachweisen ließen. Interessanterweise war die Neigung zur Überschätzung bei „kognitiven“ Instruktionen, die zur Realitätsprüfung mahnten, deutlich geringer als bei „affektiven“ Instruktionen, die den Einfluss von Gefühlen forcierten. Hierdurch erkennt man, dass das Ausmaß der Wahrnehmungsstörung sehr situationsabhängig ist. Letzteres wird durch eine Untersuchung von Hamilton und Waller (1993) noch klarer, in der der Einfluss gewisser Printmedien auf die Wahrnehmungsurteile überprüft wurde: Sahen essgestörte Frauen vor der Wahrnehmungsuntersuchung Magazine mit Mannequins, überschätzten sie ihre eigene Körperweite signifikant deutlicher als bei der Betrachtung von Möbelanzeigen. Dieser Effekt trat bei gesun-

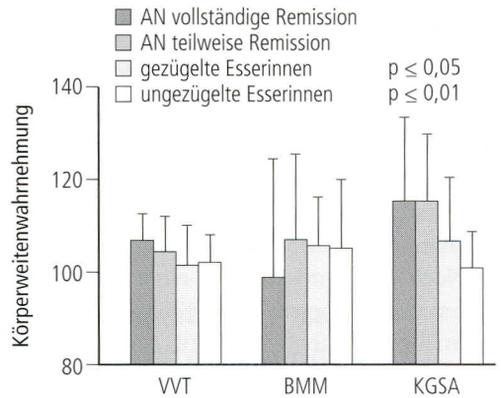


Abb. 11.3 Mittelwert und Standardabweichung der Körperweitenwahrnehmung von ehemaligen Anorexia-nervosa-Patientinnen (AN) mit vollständiger ($n = 14$) und teilweiser Remission ($n = 9$) sowie von 20 Frauen mit gezügelterm und 21 Frauen mit ungezügelterm Essverhalten erhoben mit der Videoverzerrungstechnik (VVT), der Board-Markierungs-Methode (BMM) und dem Kinästhetischen Größen-Schätz-Apparat (KGSA).

den Frauen nicht auf. Der Unterschied zwischen den beiden Gruppen wurde daher nur bei der Betrachtung der Mannequins signifikant.

Wie schon angedeutet, unterscheiden sich Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimie bezüglich ihrer Körperweitenwahrnehmung nicht. Dies bestätigten auch Horne und Mitarbeiter (1991), die zudem ganz ähnliche Überschätzungen der Körperweiten bei Patientinnen mit der Doppeldiagnose Anorexia nervosa und Bulimie fanden. Diese Unterschiedslosigkeit ist bemerkenswert, sind doch Patientinnen mit Bulimie und Anorexia nervosa bezüglich ihres tatsächlichen Körpergewichts oft viele Kilogramm voneinander getrennt. Dies bedeutet auch, dass die Störung der Körperweitenwahrnehmung im Sinne einer Überschätzung nicht pathognostisch für einzelne Essstörungen sein kann. Die Tendenz zur Überschätzung bei subklinisch essgestörten Frauen zeigt zudem, dass nicht mal eine Erkrankung im engeren Sinne notwendig ist, um die Körperweitenwahrnehmung zu verän-

dern. Dass die Überschätzung nicht ein ubiquitäres Merkmal veränderten Wahrnehmens, Erlebens und Befindens ist, beweist jedoch eine Studie von Röhrich und Priebe (1996), die an schizophrenen Patienten zwar auch Störungen der Körperwahrnehmung nachwies, aber hauptsächlich eine systematische Unterschätzung der Körperweite fanden.

Nach der Remission: In einer Studie von Deter und Kollegen (1997) zeigten sich bei ehemaligen Patientinnen mit Anorexia nervosa viele Jahren nach der Remission (ca. 12 Jahre) noch anatomisch diskrete Tendenzen zur Überschätzung der eigenen Körperweite, so für Schulter, Brustkorb und Oberschenkel, nicht aber für Taille und Hüfte. Lautenbacher und Mitarbeiter (1997) untersuchten ehemalige Patientinnen mit Anorexia nervosa – die entweder eine vollständige ($n = 14$) oder eine partielle Symptomremission ($n = 9$) hatten, einige Jahre nach der letzten Akutphase – mit den Methoden VVT, BMM und KGSA und verglichen sie mit gezügelten und ungezügelten Esserinnen. Für beide Patientinnengruppen waren gleichermaßen noch Körperwahr-

nehmungsstörungen im Sinne einer Überschätzung im Vergleich zu den ungezügelten Esserinnen zu berichten (Abb. 11.3). Offenbar war die Vollständigkeit der Symptomremission nicht ausschlaggebend für die Rückbildung der Körperweitenwahrnehmungsstörung. Das Fortbestehen dieser Störung wurde aber nur mit dem KGSA, nicht aber mit der VVT und der BMM attestiert.

Fastet man die Befunde zu den gezügelten Esserinnen, zu den Patientinnen in der Akutphase und zu den ehemaligen Patientinnen zusammen, so entsteht der Eindruck, dass eine Neigung zur Überschätzung der eigenen Körperweite durchaus ein Trait sein könnte, der unabhängig von der Erkrankung besteht, dass sich diese Neigung jedoch während der Akutphase einer Anorexia nervosa und einer Bulimie verstärkt. Ob die Überschätzung der eigenen Körperweite als Vulnerabilitätsfaktor für die beiden Essstörungen zu sehen ist, kann damit aber noch nicht als gesichert gelten. Hierzu bedarf es geeigneter prospektiver Studien.