

# Erfassung dysfunktionaler Kognitionen zum Body Checking

## Eine deutschsprachige Version der Body Checking Cognitions Scale (BCCS)

Karolin Neubauer, Caroline Bender, Brunna Tuschen-Caffier, Jennifer Svaldi und Jens Blechert

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg, Institut für Psychologie

**Zusammenfassung. Theoretischer Hintergrund:** Empirische Befunde zeigen, dass körperbezogenes Kontrollverhalten und die zugrunde liegenden Kognitionen eine zentrale Rolle in der Aufrechterhaltung von Essstörungspsychopathologie spielen. **Fragestellung:** Eine deutschsprachige Version der Body Checking Cognitions Scale (BCCS) soll teststatistisch überprüft werden. **Methode:** Frauen mit Anorexia Nervosa ( $n = 19$ ), Bulimia Nervosa ( $n = 22$ ) und Binge-Eating Störung ( $n = 28$ ) sowie eine weibliche nicht-klinische Vergleichsgruppe ( $n = 195$ ) füllten die BCCS sowie weitere Fragebögen zur Essstörungspsychopathologie aus. **Ergebnisse:** Das 4-Faktorenmodell der englischsprachigen Originalversion zeigte in Faktorenanalysen die beste Passung. Die deutschsprachige BCCS erwies sich als intern konsistent und zeigte eine zufriedenstellende konvergente und diskriminante Validität. **Schlussfolgerungen:** Die deutschsprachige BCCS ist ein reliabler und valider Selbstbeurteilungsfragebogen. Sie stellt ein vielversprechendes Instrument zum Einsatz in der Essstörungstherapie und -forschung dar.

Schlüsselwörter: Essstörungen, Körperbildstörung, body checking, Körperbild, Fragebogen

Assessment of dysfunctional cognitions in body checking: A German version of the Body Checking Cognitions Scale (BCCS)

**Abstract. Background:** Body checking and its underlying dysfunctional cognitions have been shown to play a key role in the maintenance of eating disorder psychopathology. **Objective:** A German version of the Body Checking Cognitions Scale (BCCS) was statistically validated. **Method:** Patients with anorexia nervosa ( $n = 19$ ), bulimia nervosa ( $n = 22$ ) and binge-eating disorder ( $n = 28$ ) as well as a matched nonclinical comparison group ( $n = 195$ ) completed the BCCS as well as several other questionnaires on eating disorder psychopathology. **Results:** The four factor structure reported for the English BCCS showed the best fit in the German sample. The German version of the BCCS was highly internally consistent and proved to have satisfactory convergent and discriminant validity. **Conclusions:** The German BCCS is a reliable and valid instrument with high promise for the study of the psychopathology and treatment of eating disorders.

Key words: eating disorders, body image disturbance, body checking, body image, questionnaire

Empirische Befunde zeigen, dass ein negatives Körperbild und hohe Körperunzufriedenheit das Auftreten von Essstörungssymptomen sowie die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen wie der Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN) fördern (Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer & Agras, 2004; Killen et al., 1996; Stice, 2002). Körperbildstörungen repräsentieren ein multifaktorielles Konstrukt, bei dem typischerweise vier phänomenologische Komponenten unterschieden werden: die perzeptive, affektive, kognitive und behaviorale Komponente (Thompson, Heinberg, Altabe & Tantleff-Dunn, 1999;

Vocks & Legenbauer, 2005). Auf diesen vier Ebenen zeigen Patientinnen mit Essstörungen häufig psychopathologische Auffälligkeiten.

Auf der behavioralen Ebene, die vor allem in den letzten Jahren mehr Beachtung findet (vgl. Legenbauer, Vocks & Schütt-Strömel, 2007; Vocks, Moswald & Legenbauer, 2008), sind körperbezogenes Kontrollverhalten (body checking; Reas, Whisenhunt, Netemeyer & Williamson, 2002; Shafran, Fairburn, Robinson & Lask, 2004) sowie körperbezogenes Vermeidungsverhalten (body avoidance; Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991) charakteristisch für Patientinnen mit Essstörungen. Body checking kann sich beispielsweise durch häufiges Wiegen, Messen von Körperteilen, häufige Blicke in den Spiegel, Kneifen bestimmter Körperteile wie den Bauch oder die Wangen sowie durch wiederholtes Einholen von Rückversicherun-

Die Autoren danken Dr. Victoria Mountford für die Authorisierung der Übersetzung. Des Weiteren gilt der Dank Maxie von Auer für ihre wertvolle Mitarbeit bei der Überarbeitung des Manuskripts sowie Maurice Fackler und Matislava Karacic für die Unterstützung bei der Datenerhebung.

gen bei anderen Menschen über die eigene Figur äußern (Vocks et al., 2008). Zur Erfassung dieser kontrollierenden Verhaltensweisen kann der *Body Checking Questionnaire* (BCQ; Reas et al., 2002; dt. Vocks et al., 2008) eingesetzt werden. Beispiele für körperbezogenes Vermeidungsverhalten, erfassbar mit dem *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ; Rosen, Srebnik, Saltzberg & Wendt, 1991; dt. Legenbauer et al., 2007), sind das Zuhängen von Spiegeln, die Vermeidung von Orten wie Schwimmbädern und Saunen oder das Tragen weiter, wenig körperbetonter Kleidung, um den eigenen Körper zu kaschieren. Das heißt, es gibt es sowohl für das Kontroll- als auch für das Vermeidungsverhalten verschiedene Manifestationen. Hierbei ist zu beachten, dass sich Patientinnen mit Essstörungen nicht nur interindividuell in den gezeigten Verhaltensweisen unterscheiden, sondern auch intraindividuell zwischen aktiver Vermeidung und wiederholter Überprüfung alternieren (Shafran et al., 2004). Shafran et al. (2004) konnten zudem einen positiven Zusammenhang zwischen Schwere der Essstörungssymptomatik und Häufigkeit von Kontroll- und Vermeidungsverhalten zeigen.

Körperbezogenes Vermeidungs- und Kontrollverhalten wird in der kognitiv-behavioralen Behandlung von Essstörungen in den letzten Jahren stärker berücksichtigt (Fairburn, 2008; Tuschen-Caffier & Florin, 2002; Vocks & Legenbauer, 2005). Hierbei wird das negative körperbezogene Verhalten gezielt durch Expositionsverfahren und kognitive Methoden behandelt. Dieses Vorgehen spiegelt den gegenwärtigen Ansatz in der kognitiv-behavioralen Essstörungsliteratur wieder, sowohl pathologisches Verhalten als auch die dahinterliegenden Kognitionen in der Therapie explizit zu beobachten und zu bearbeiten (Cooper, Whitehead & Boughton, 2004; Waller & Kennerley, 2003).

Um die Kognitionen, welche körperbezogenem Kontrollverhalten zugrunde liegen, besser identifizieren und so potenzielle Zusammenhänge zwischen Verhalten und Kognitionen erfassen zu können, haben Mountford, Haase und Waller (2006) im englischsprachigen Raum die *Body Checking Cognitions Scale* (BCCS) entwickelt. Basierend auf klinischer Erfahrung, einer Literaturdurchsicht sowie einer Befragung von Essstörungsprobanden wurde dabei zunächst eine Vorversion von 21 Items zusammengestellt, die nach einer explorativen Faktorenanalyse mit Essstörungspatientinnen sowie einer nicht-klinischen Vergleichsgruppe auf 19 Items reduziert wurde. Neben dem Gesamtscore liegen vier Subskalen vor, die sich empirisch auch in einer unabhängigen nicht-klinischen Stichprobe bestätigen ließen. Entsprechend der vier Skalen erfasst die BCCS Überzeugungen, dass körperbezogenes Kontrollverhalten eine zuverlässige und präzise Möglichkeit zur Überprüfung der eigenen Figur und des eigenen Gewichts darstellt („*objective verification – Objektive Überprüfung*“; 6 Items), dass man sich dadurch besser fühlt und über die eigene Figur rückversichert wird („*reassurance – Rückversicherung*“; 4 Items), dass das Kontrollverhalten dabei hilft, Essen und Gewicht zu kontrollieren („*body control – Körperkontrolle*“; 4 Items) sowie

dass gefürchtete Konsequenzen eintreten, wenn man den eigenen Körper nicht überprüft („*safety beliefs – Sicherheitsgedanken*“; 5 Items). Die Antworten werden auf einer fünfstufigen Rating-Skala zur Häufigkeit des Auftretens solcher Überzeugungen (1 = *nie* bis 5 = *sehr oft*) gegeben. Auf allen Skalen und im Gesamtwert weisen höhere Werte auf psychopathologisch auffällige Kognitionen in Bezug auf körperbezogenes Kontrollverhalten hin.

Die psychometrische Überprüfung der englischsprachigen BCCS zeigte akzeptable interne Konsistenzen der vier Subskalen ( $\alpha = .80$  bis  $.86$  für die Essstörungsstichprobe und  $\alpha = .72$  bis  $.87$  für die nicht-klinische Vergleichsgruppe). Wie erwartet korrelierten die Skalen hoch untereinander ( $r > .4$ ). Mithilfe der BCCS konnten Mountford et al. (2006) zeigen, dass diese dysfunktionalen Kognitionen über den Einfluss von körperbezogenem Kontrollverhalten hinaus einen Zusammenhang zu Essstörungspsychopathologie aufweisen. Dieser Befund deutet an, dass die Kognitionen, die body checking zugrunde liegen, eine entscheidende Rolle in der Aufrechterhaltung von Essstörungen spielen könnten.

In der vorliegenden Arbeit wurde die BCCS ins Deutsche übersetzt und ihre teststatistischen Eigenschaften überprüft, um das Instrumentarium der Körperbildforschung im deutschen Sprachraum zu erweitern und das Verständnis für diesen Symptombereich zu erhöhen.

## Methode

### Stichprobe

Die Gesamtstichprobe von  $N = 264$  setzte sich aus Probandinnen mit der Diagnose einer Essstörung (EG,  $n = 69$ ) sowie einer weiblichen nicht-klinischen Vergleichsgruppe (KG,  $n = 195$ ) zusammen. Von den Essstörungsprobandinnen erfüllten 19 die Diagnose einer AN (27.5%), 22 die Diagnose einer BN (31.9%) und 28 die Diagnose einer Binge-Eating Störung (BED; 40.6%). Komorbid lagen Angststörungen ( $n = 23$ ), affektive Störungen ( $n = 18$ ), Borderline-Persönlichkeitsstörungen ( $n = 5$ ) und somatoforme Störungen ( $n = 1$ ) vor. Größe und Gewicht wurden objektiv gemessen, woraus der Body Mass Index (BMI = Gewicht [kg]/Größe[m]<sup>2</sup>) berechnet wurde. Alle Essstörungsprobanden wurden im Rahmen zweier experimenteller Studien an der Universität Freiburg rekrutiert (Blechert, Ansorge & Tuschen-Caffier, in press; Svaldi, Caffier, Blechert & Tuschen-Caffier, 2009).

Die KG setzte sich aus Studentinnen verschiedener Fachrichtungen der Universitäten Bonn, Freiburg, Hamburg, Köln und Landau zusammen. Sie wurden über an den Universitäten verteilte Flyer und Email-Verteiler der Fachschaften rekrutiert. Alle Probanden wurden nach Größe und Gewicht gefragt, woraus der selbsteingeschätzte BMI berechnet wurde. Der *Global Severity Index* des Brief Symptom Inventory (BSI; Franke, 2000) lag in der KG mit  $T_{GSI} = 47.15 \pm 11.14$  überwiegend im unauffälligen Bereich.

Das Alter der Frauen mit einer BED ( $M = 42.89$ ,  $SD = 10.33$ ) war durchschnittlich höher als das der Frauen mit einer BN ( $M = 25.7$ ,  $SD = 6.93$ ), AN ( $M = 22.9$ ,  $SD = 4.69$ ) oder der Kontrollprobandinnen ( $M = 23.36$ ,  $SD = 3.91$ ;  $F(3,260) = 113.45$ ;  $p < .001$ , post-hoc Scheffé  $ps < .001$ ). Entsprechend ihrer Symptomatik wiesen die Frauen mit einer AN einen niedrigeren BMI ( $M = 16.52$ ,  $SD = 1.36$ ) und die Frauen mit einer BED einen höheren BMI ( $M = 37.11$ ,  $SD = 6.94$ ) als alle anderen Gruppen auf ( $F(3,258) = 197.10$ ;  $p < .001$ ; post-hoc Scheffé  $ps < .001$ ); Frauen mit einer BN ( $M = 22.61$ ,  $SD = 3.21$ ) unterschieden sich hingegen im BMI nicht von der KG ( $M = 21.47$ ,  $SD = 2.72$ ,  $p = .45$ ). Die deskriptive Statistik für den BCQ, den BIAQ und den EDE-Q als Maße für die Ausprägung der Essstörungspsychopathologie und der Körperbildstörungen ist in Tabelle 1 zusammengefasst.

## Messinstrumente zur Selektion und Deskription der Stichprobe

Die Diagnostik der Essstörungen und komorbiden Störungen erfolgte in der EG anhand des strukturierten Essstörunginterviews *Eating Disorder Examination* (EDE; Fairburn & Cooper, 1993; dt. Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004) sowie des Strukturierten Klinischen Interviews für DSM-IV (SKID; Fydrich, Renneberg, Schmitz & Wittchen, 1997; Wittchen, Zaudig & Fydrich, 1997).

Zur Deskription der nicht-klinischen Vergleichsgruppe wurde der *Global Severity Index* des BSI (Franke, 2000) eingesetzt, der die allgemeine psychische Belastung angibt.

## Messinstrumente zur Validierung

Der *Body Checking Questionnaire* (BCQ; Reas et al., 2002; dt. Vocks et al., 2008) erfasst mit einem Gesamtmittelwert über 23 Items das körperbezogene Kontrollverhalten auf einer 5-stufigen Skala. Der BCQ ist intern konsistent (siehe Tabelle 1 für die vorliegenden Stichproben), weist eine hohe Test-Retest-Reliabilität sowie eine gute diskriminante Validität bzgl. der Unterscheidung zwischen Frauen mit und ohne Essstörungen auf (Vocks et al., 2008).

Der *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (EDE-Q; Fairburn & Beglin, 1994; dt. Hilbert, Tuschen-Caffier, Karwautz, Niederhofer & Munsch, 2007) erfasst Merkmale der spezifischen Essstörungspsychopathologie innerhalb der letzten 28 Tagen mittels der vier Subskalen „Gezügeltess Essen“, „Essensbezogene Sorgen“, „Figursorgen“ und „Gewichtssorgen“ sowie des Gesamtmittelwertes auf einer 7-stufigen Rating-Skala. Der EDE-Q weist in der vorliegenden Studie überwiegend moderate bis gute interne Konsistenzen für die vier Subskalen auf (siehe Tabelle 1). Seine diskriminative und konvergente Validität wurden für die deutschsprachige Übersetzung gezeigt (Hilbert et al., 2007).

Der *Body Image Avoidance Questionnaire* (BIAQ; Rosen et al., 1991; dt. Legenbauer, Vocks et al., 2007) er-

Tabelle 1. Mittelwerte (Standardabweichungen) und interne Konsistenzen (Cronbach's Alpha) der Fragebögen BCQ, BIAQ und EDE-Q getrennt nach Gruppe

	Bulimia Nervosa (n = 22)		Anorexia Nervosa (n = 19)		Binge-Eating Störung (n = 28)		KG (n = 195)	
	M (SD)	$\alpha$	M (SD)	$\alpha$	M (SD)	$\alpha$	M (SD)	$\alpha$
BCQ Gesamtscore	1.91 (0.71)	.91	1.74 (0.71)	.91	1.25 (0.77)	.94	.92 (0.55)	.92
EDE-Q Gesamtscore	3.49 (0.89)	.88	3.10 (1.31)	.62	3.60 (0.89)	.84	1.52 (1.19)	.95
EDE-Q Gezügeltess Essverhalten	3.20 (1.62)	.40	3.20 (1.78)	.77	1.88 (1.45)	.73	1.05 (1.23)	.84
EDE-Q Essensbezogene Sorgen	2.99 (1.23)	.70	2.49 (1.41)	.72	2.94 (1.44)	.75	1.56 (0.82)	.77
EDE-Q Gewichtssorgen	2.93 (1.48)	.61	3.35 (1.25)	.39	4.00 (1.07)	.56	1.39 (1.46)	.87
EDE-Q Figursorgen	3.33 (1.32)	.73	3.85 (0.83)	.81	4.61 (0.92)	.66	1.73 (1.47)	.93
BIAQ Kleidung	1.95 (0.74)	.63	1.80 (0.87)	.35	2.58 (0.71)	.52	.83 (0.56)	.53
BIAQ Soziale Aktivität	1.84 (1.25)	.82	1.15 (1.05)	.71	1.15 (0.85)	.56	.18 (0.40)	.53
BIAQ Essensbezogenes Kontrollverhalten	2.00 (1.08)	.68	1.86 (0.95)	.74	1.39 (0.54)	.37	.78 (0.68)	.63

Anmerkungen: KG = Nicht-klinische Vergleichsgruppe; BCCS = Body Checking Cognitions Scale; BCQ = Body Checking Questionnaire; EDE-Q = Eating Disorder Examination-Questionnaire; BIAQ = Body Image Avoidance Questionnaire.



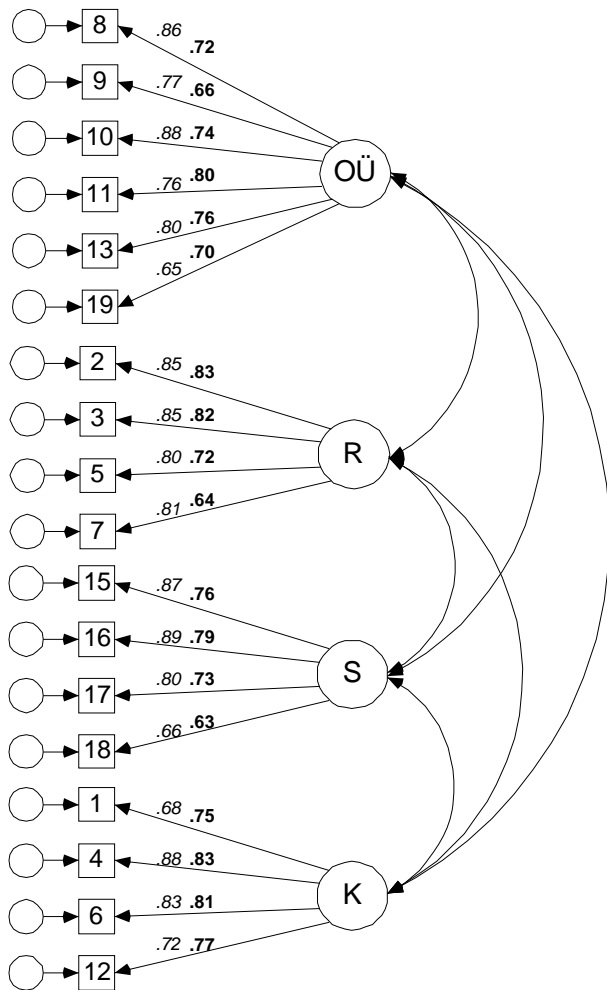


Abbildung 1. Faktorladungen für die essgestörte Gruppe und die Kontrollgruppe. Die Werte der Essstörungsgruppe sind kursiv gedruckt; die Werte der Kontrollgruppe sind fett gedruckt; OÜ = Objektive Überprüfung; R = Rückversicherung; S = Sicherheitsgedanken; K = Körperkontrolle.

fasst auf einer 5-stufigen Skala das Ausmaß von körperbezogenem Vermeidungs- und Kontrollverhalten. Im Gegensatz zur Originalversion besteht die deutschsprachige Version aus 11 statt 19 Items, die drei Subskalen zugeordnet werden („Kleidung“, „Soziale Aktivitäten“ sowie „Essensbezogenes Kontrollverhalten“). Die validierte deutschsprachige Version weist wie das englischsprachige Original gute teststatistische Kennwerte auf (Legenbauer, Vocks & Schütt-Strömel, 2007).

## Vorgehen

Die englischsprachige Version der BCCS wurde unter dem Aspekt der Wort- und Sinnreue von zwei im Bereich der Essstörungsforschung erfahrenen Diplom-Psychologinnen unabhängig ins Deutsche übersetzt, zu einer übereinstimmenden Fassung zusammengefasst und mittels einer

Rückübersetzung einer professionellen bilingualen Übersetzerin geprüft. Bei der Übersetzung wurde entschieden, die Formulierung „Körper überprüfen“ als Operationalisierung von „body checking“ zu verwenden, da „Körperkontrolle“ im Deutschen stärker aktives Handeln zur Veränderung von Figur und Gewicht impliziert.

Die Teilnehmerinnen der nicht-klinischen Vergleichsgruppe füllten nach der Einverständniserklärung die Fragebogenbatterie bestehend aus der BCCS, dem BCQ, dem BIAQ, dem EDE-Q und dem Brief Symptom Inventory online aus. Die Probandinnen mit Essstörungen füllten die Fragebögen nach der Einschlussdiagnostik bestehend aus EDE und SKID ebenfalls online aus. Als Dankeschön für die Teilnahme wurden Kinogutscheine unter den Probandinnen verlost.

## Statistische Vorkanalysen und Prozedere

Die Itemwerte waren in der Gesamtgruppe ( $p < .001$ ) und in den Subgruppen (KG:  $p < .001$ , EG:  $p \leq .10$ ) nicht normal verteilt. Für den BCCS Gesamtwert und die Subskalenwerte lag in der EG eine Normalverteilung vor ( $p > .20$ ), in der KG jedoch nicht ( $p \leq .06$ ). Die Korrelationsmatrizen wiesen in beiden Gruppen substantielle Zusammenhänge auf (Kaiser-Meyer-Olkin measure of sampling adequacy .94 (KG), .93 (EG); Bartlett-Test:  $\chi^2 = 2205.29$ ,  $df = 153$ ,  $p < .001$  (KG),  $\chi^2 = 1045.44$ ,  $df = 153$ ,  $p < .001$  (EG)).

Die Faktorenstruktur wurde mittels konfirmatorischer Faktorenanalysen mit AMOS 7.0 überprüft. Dabei wurde neben der originalen Skalenstruktur (4 korrelierte Faktoren; ohne Item 14 s. u.) aufgrund der hohen Skaleninterkorrelation auch ein 1-Faktormodell berücksichtigt. Zur Bestimmung des Modell-Fit wurden folgende Kriterien verwendet: minimum value of discrepancy ( $\chi^2/df$ ;  $< 2.5$ ), der comparative fit index (CFI;  $> .90$  bzw.  $.95$ ), der Tucker-Lewis-Index (TLI;  $> .90$  bzw.  $.95$ ) und der root mean square error of approximation (RMSEA;  $< .08$  bzw.  $.08$ ) (Hair, Anderson, Tatham & Black, 1998; Hu & Bentler, 1999; Moosbrugger & Kelava, 2007).

## Ergebnisse

### Itemanalyse

Die Itemmittelwerte für die Gesamtgruppe lagen zwischen 1.81 (Item 17) und 2.92 (Item 14) und sprechen für eine mittlere Itemschwierigkeit. Mit Ausnahme der Items 4, 5, 6, 7 und 19 waren die Itemmittelwerte in der nicht-klinischen Vergleichsgruppe niedriger als in der Essstörungsgruppe ( $F_s > 4.85$ ,  $p_s \leq .03$ ). Die mittlere Inter-Item-Korrelation betrug  $r_{ii} = .52$  (KG:  $.48$ ; EG:  $.54$ ). Die Trennschärfen lagen bei  $r_{it} \geq .61$  (KG:  $r_{it} \geq .55$ ; EG:  $r_{it} \geq .61$ ) mit Ausnahme von Item 14 ( $r_{it} = .50$ ; KG:  $r_{it} = .55$ ; EG:  $r_{it} = .18$ ). Da für Item 14 die Trennschärfe in der EG nicht mehr im Akzeptanzbereich  $> .30$  (Fisseni, 1997) lag und damit die Reliabilität dieses Items angezweifelt werden muss, wurde es aus dem Itempool entfernt.

Tabelle 3. Skaleninterkorrelationen der BCCS sowie Korrelation der BCCS Subskalen mit den Skalenwerten von BCQ, BIAQ und EDE-Q in der EG und KG

		Körper- kontrolle	Rück- versicherung	Objektive Überprüfung	Sicherheits- gedanken
BCCS	EG	.83**			
Rückversicherung	KG	.68**			
BCCS Objektive Überprüfung	EG	.83**	.77**		
	KG	.77**	.72**		
BCCS Sicherheitsgedanken	EG	.76**	.74**	.85**	
	KG	.66**	.67**	.71**	
BCQ	EG	.57**	.49**	.65**	.55**
	KG	.70**	.60**	.68**	.70**
BIAQ Kleidung	EG	-.08	-.12	-.01	.07
	KG	.31**	.25**	.43**	.35**
BIAQ Soziale Aktivitäten	EG	.31**	.26*	.26*	.33**
	KG	.42**	.26**	.39**	.47**
BIAQ Essensbezogenes Kontrollverhalten	EG	.45**	.32**	.37**	.27*
	KG	.67**	.53**	.60**	.61**
EDE-Q Gezügelt Essen	EG	.56**	.42**	.53**	.47**
	KG	.71**	.46**	.63**	.60**
EDE-Q Essensbezogene Sorgen	EG	.09	.04	.11	.10
	KG	.50**	.35**	.53**	.53**
EDE-Q Gewichtssorgen	EG	-.02	-.06	.12	.14
	KG	.61**	.42**	.65**	.60**
EDE-Q Figursorgen	EG	-.11	-.17	.08	.07
	KG	.61**	.43**	.68**	.59**

Anmerkungen: BCCS = Body Checking Cognitions Scale; BCQ = Body Checking Questionnaire; EDE-Q = Eating Disorder Examination-Questionnaire; BIAQ = Body Image Avoidance Questionnaire; KG = Nicht-klinische Vergleichsgruppe; EG = Essstörungsgruppe. \*  $p < .05$ . \*\*  $p < .01$ .

## Faktorenstruktur

Für das 4-Faktormodell ergab sich in KG ( $\chi^2 = 340.96$ ,  $df = 129$ ,  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 2.64$ ; CFI = .90; TLI = .88; RMSEA = .09) und EG ( $\chi^2 = 223.35$ ,  $df = 129$ ,  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 1.73$ ; CFI = .91; TLI = .89; RMSEA = .10) ein vergleichbarer, jedoch nur mäßiger Fit (vgl. Tabelle 2). Die Skaleninterkorrelationen lagen hierbei zwischen  $r = .77$  und  $r = .88$  in der KG sowie zwischen  $r = .81$  und  $r = .94$  in der EG. Die Faktorenladungen werden in Abbildung 1 dargestellt. Der Fit für das 1-Faktormodell war in KG ( $\chi^2 = 470.32$ ,  $df = 135$ ,  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 3.48$ ; CFI = .84; TLI = .82; RMSEA = .11) und EG ( $\chi^2 = 277.35$ ,  $df = 135$ ,  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 2.05$ ; CFI = .86; TLI = .84; RMSEA = .13) schlechter. Eine anhand der Vergleichsstichprobe explorativ ermittelte Struktur (Hauptkomponentenanalyse mit oblimmer Rotation), für die die Items 1, 2, 12 und 19 aufgrund hoher Kreuzladungen entfernt wurden, erbrachten in der klinischen Stichprobe keinen besseren Fit als das 4-Faktormodell ( $\chi^2 = .142.69$ ,  $df = 74$ ,  $p < .001$ ;  $\chi^2/df = 1.93$ ; CFI = .91; TLI = .89; RMSEA =

.12). Für das 4-Faktormodell wurde die Invarianz der Parameter über die beiden Gruppen geprüft. Dabei zeigte sich, dass die Parameter des Messmodells über die Gruppen vergleichbar waren ( $\chi^2 = 14.47$ ,  $df = 14$ ,  $p = .50$ ), während sich zusätzlich die latenten Zusammenhänge ( $\chi^2 = 42.98$ ,  $df = 24$ ,  $p = .01$ ) und die Messresiduen ( $\chi^2 = 90.38$ ,  $df = 42$ ,  $p < .001$ ) zwischen den Gruppen unterschieden.

Obwohl somit für die originale Faktorenstruktur kein optimaler Fit erzielt werden konnte, wurde für dieses Modell der relativ beste Fit mit einer Invarianz des Messmodells über die Gruppen erreicht. Auch hinsichtlich der internationalen Vergleichbarkeit wurde daher die 4-Faktorenstruktur den weiteren Berechnungen zugrunde gelegt.

## Interne Konsistenz und Skaleninterkorrelation

Die interne Konsistenz der Gesamtskala lag bei  $\alpha = .95$  (KG:  $\alpha = .94$ , EG:  $\alpha = .96$ ). Die vier Subskalen „Körperkon-

Tabelle 4. Mittelwerte und Standardabweichungen in den BCCS Subskalen und Gesamtwert getrennt nach Gruppe

	Bulimia Nervosa <i>n</i> = 22	Anorexia Nervosa <i>n</i> = 19	Binge-Eating Störung <i>n</i> = 28	KG <i>n</i> = 195	<i>F</i> (3, 260); <i>p</i>
BCCS Gesamtwert	3.23 (0.92)	3.41 (0.99)	2.00 (0.80)	2.19 (0.81)	23.16 <i>p</i> < .001
Körperkontrolle	3.08 (1.05)	3.41 (1.03)	1.81 (0.68)	2.06 (0.98)	18.92 <i>p</i> < .001
Rückversicherung	3.15 (1.13)	3.54 (1.00)	1.74 (0.74)	2.37 (0.88)	20.10 <i>p</i> < .001
Objektive Überprüfung	3.57 (0.98)	3.46 (1.00)	2.38 (1.12)	2.41 (0.96)	14.81 <i>p</i> < .001
Sicherheits- gedanken	2.94 (1.04)	3.21 (1.20)	1.88 (0.98)	1.72 (0.80)	27.19 <i>p</i> < .001

Anmerkungen: KG = Nicht-klinische Vergleichsgruppe; BCCS = Body Checking Cognitions Scale.

trolle“ ( $\alpha = .87$ ; KG:  $\alpha = .87$ , EG:  $\alpha = .85$ ), „Objektive Überprüfung“ ( $\alpha = .89$ ; KG:  $\alpha = .87$ , EG:  $\alpha = .91$ ), „Rückversicherung“ ( $\alpha = .87$ ; KG:  $\alpha = .84$ , EG:  $\alpha = .90$ ) und „Sicherheitsgedanken“ ( $\alpha = .86$ ; KG:  $\alpha = .81$ , EG:  $\alpha = .88$ ) wiesen ebenfalls zufriedenstellende Werte auf.

Die Skaleninterkorrelation lag zwischen .69 (Rückversicherung, Sicherheitsgedanken) und .80 (Objektive Überprüfung, Körperkontrolle). Werte für die Subgruppen sind in Tabelle 3 zusammengefasst.

## Validität

Zusammenhänge zwischen der BCCS und den Fragebögen BCQ, BIAQ und EDE-Q werden getrennt nach Gruppen in Tabelle 3 beschrieben. In der nicht-klinischen Gruppe zeigten sich hier vorwiegend mittlere Zusammenhänge zu allen Subskalen. In der essgestörten Gruppe zeigten sich signifikante Zusammenhänge nur zum BCQ, zur EDE-Q-Subskala „Gezügeltes Essen“ sowie zu den BIAQ-Subskalen „Soziale Aktivitäten“ und „Essensbezogenes Kontrollverhalten“.

Eine einfaktorielte Varianzanalyse (ANOVA) der BCCS Skalenwerte mit dem Faktor „Diagnose“ (4-stufig: keine Diagnose, AN, BN, BED) zeigte, dass sich die Gruppen in allen Skalenwerten unterschieden ( $F_s > 14.80$ ,  $p_s < .001$ ). Mittelwert und Standardabweichungen sind in Tabelle 4 zusammengefasst. Post-hoc Scheffé-Vergleiche ergaben, dass die Probandinnen mit AN und BN signifikant höhere Werte in den Subskalen „Körperkontrolle“, „Objektive Überprüfung“ und „Sicherheitsgedanken“ aufwiesen als diejenigen mit BED und die nicht-klinische Gruppe ( $p_s < .001$ ). Hinsichtlich der Subskala „Rückversicherung“ zeigten sich bei den Frauen mit BED niedrigere Werte als in der nicht-klinischen Gruppe ( $p < .01$ ), welche wiederum niedrigere Werte aufwies als die Gruppe von AN- und BN-Probandinnen ( $p_s < .01$ ).

## Normierung

Aufgrund der fehlenden Normalverteilung in der KG wurden zur Normierung Prozentrangnormen erstellt (siehe Tabelle 5). Aufgrund der geringen Gruppengröße der EG wurden keine Normwerte berechnet. Hier wird als Referenz

Tabelle 5. Prozentrangnormen für die BCCS Skalenwerte in der nicht-klinischen Gruppe (KG)

PR	Körperkontrolle	Rückversicherung	Objektive Überprüfung	Sicherheitsgedanken
5	1.00	1.00	1.00	1.00
10	1.00	1.25	1.17	1.00
25	1.25	1.50	1.67	1.00
50	1.75	2.25	2.17	1.50
75	2.75	3.00	3.00	2.25
90	3.50	3.50	3.73	3.00
95	4.00	4.00	4.17	3.50

Anmerkungen: BCCS = Body Checking Cognitions Scale; PR = Prozentrang.

auf die Mittelwerte und Standardabweichungen in Tabelle 4 verwiesen.

## Diskussion

Ziel der vorliegenden Untersuchung war die psychometrische Überprüfung der deutschsprachigen Übersetzung des Fragebogens BCCS. Dieser Fragebogen erfasst Kognitionen, die körperbezogenem Kontrollverhalten zugrunde liegen können.

Die teststatistischen Eigenschaften der deutschsprachigen Version sind insgesamt als gut zu beurteilen. Die internen Konsistenzen fielen überwiegend gut bis sehr gut aus. Die mittlere Itemschwierigkeit und die hohen Trennschärfen stellen eine gute Voraussetzung für die Differenzierungsfähigkeit der Items hinsichtlich der Unterscheidung von Essstörungspatientinnen und nicht-klinischen Kontrollprobandinnen dar. Ein Item musste aufgrund zu geringer Trennschärfe aus dem Fragebogen entfernt werden, sodass 18 Items in die deutsche Übersetzung eingingen.

Bezüglich der konvergenten Validität zeigten sich in der KG und EG – wie auch in der englischsprachigen Originalfassung – signifikante positive mittlere Korrelationen zwischen den BCCS-Subskalen und dem BCQ. Dieser Befund weist darauf hin, dass es hypothesengemäß einen Zusammenhang zwischen körperbezogenem Kontrollverhalten und den zugrundeliegenden dysfunktionalen Überzeugungen gibt. Während sich in der KG weiterhin positive Zusammenhänge zwischen den BCCS-Subskalen und allen Subskalen der Selbstbeurteilungsfragebögen EDE-Q und BIAQ fanden, zeigten sich in der EG nur signifikante Zusammenhänge zur EDE-Q-Subskala „Gezügelt Essen“ sowie zu den BIAQ-Subskalen „Soziale Aktivitäten“ und „Essensbezogenes Kontrollverhalten“. Die Zusammenhänge zu den Skalen „Gezügelt Essen“ und „Essensbezogenes Kontrollverhalten“ sind gut erklärbar, da diese konstrukt-nah überwiegend kontrollierende Verhaltensweisen erfassen. Daher liegt nahe, dass sie mit Überzeugungen zur Funktionalität dieser und ähnlicher Verhaltensweisen einhergehen. Da diese Zusammenhänge in der Originalfassung nicht für die Essstörungsgruppe überprüft wurden, kann nicht sicher gesagt werden, ob dieser Befund spezifisch für die deutschsprachige Übersetzung ist. Die konvergente Validität sollte somit in zukünftigen Studien weiter untersucht werden.

Bezüglich der diskriminanten Validität zeigte sich insgesamt eine gute Diskriminierungsfähigkeit des Fragebogens und seiner Skalen zwischen den essgestörten Gruppen und der nicht-klinischen Vergleichsgruppe. Innerhalb der Essstörungsgruppe muss jedoch zwischen Probandinnen mit AN und BN einerseits und solchen mit BED andererseits unterschieden werden. Während die Frauen mit AN und BN bei allen Subskalen höhere Werte als Gesunde zeigten, unterschieden sich diejenigen mit BED in den Subskalen „Körperkontrolle“, „Objektive Überprüfung“ und „Sicherheitsgedanken“ nicht von der nicht-klinischen Gruppe und wiesen in der Subskala „Rückversi-

cherung“ sogar niedrigere Werte als die nicht-klinische Gruppe auf. Ähnlich zu diesen Ergebnissen fanden Mountford, Haase und Waller (2007), dass körperbezogenes Kontrollverhalten und zugrundeliegende Kognitionen bei Frauen mit BED seltener auftraten als bei Frauen mit anderen nicht näher bezeichneten Essstörungen (Eating Disorders Not Otherwise Specified, EDNOS) und Frauen mit BN. Mögliche Erklärungen dafür, dass die dysfunktionalen Kognitionen, wie sie in der BCCS erfragt werden, bei Patientinnen mit BED seltener auftreten als bei denjenigen mit AN und BN, könnten in der gescheiterten Körperkontrolle bei BED liegen, die eher zur Vermeidung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper führt. Dies würde auch erklären, dass Frauen mit BED weniger Rückversicherungsüberzeugungen aufweisen, da die Überprüfung des Körpers bei ihnen immer negativ ausfällt. Der Verlust des Kontrollgefühls könnte weiterhin dazu führen, dass bei diesen Patientinnen weniger funktionale Überzeugungen zum Checking-Verhalten vorliegen. Dies würde bedeuten, dass körperbezogenes Kontrollverhalten bei Frauen mit BED mit anderen Kognitionen und Funktionalitäten verbunden sein könnte als mit denjenigen, die in der BCCS abgefragt werden. Dieser Aspekt würde damit auch die psychopathologische Abgrenzung von BED und BN einerseits sowie von BED und anderen EDNOS Diagnosen andererseits unterstützen (vgl. Striegel-Moore, Wilson, Wilfley, Elder & Brownell, 1998; Wilfley, Schwartz, Spurrell & Fairburn, 2000; Wilfley, Wilson & Agras, 2003). Für diese Erklärung sprechen auch Befunde, die zeigen, dass körperbezogenes Kontrollverhalten eher mit gezieltem Essverhalten und Vermeidungsverhalten als mit Essanfällen korreliert (Reas, Grilo, Masheb & Wilson, 2005).

Die mittlere Inter-Item-Korrelation lag in unserer Studie oberhalb des von Briggs & Cheek (1986) vorgeschlagenen optimalen Bereichs, was durch die Spezifität des erfassten Konstrukts zu erklären ist. Bezogen auf die Faktorenstruktur zeigten die Ergebnisse, dass die Items und Subskalen der BCCS deutlich korreliert waren, was die Auswertung eines Subskalenprofils erschwert. Dennoch wurde die 4-Faktorenstruktur aus statistischen und inhaltlichen Gründen aufrechterhalten, die im Folgenden diskutiert werden. Zum ersten zeigte das 4-Faktoren Modell in der konfirmatorischen Faktorenanalyse den besten Fit und das Messmodell war in beiden Gruppen vergleichbar. Desweiteren ermöglicht die Verwendung derselben Subskalen wie im Original internationale Vergleichbarkeit, was insbesondere die weitere Erforschung des Konstrukts erleichtert. Zum zweiten scheint die Unterscheidung der verschiedenen Subskalen aus klinischer Sicht inhaltlich sinnvoll, da diese unterschiedliche Mechanismen der Aufrechterhaltung und Funktionen von body checking abbilden. So bezieht sich die Skala „Sicherheitsgedanken“ auf die Funktion von körperbezogenem Überprüfungsverhalten, Angst und Unwohlsein zu verhindern bzw. zu reduzieren (vgl. Reas et al., 2002). Die Skala „Körperkontrolle“ hingegen bildet Kognitionen ab, die beinhalten, dass body checking dabei hilft, Essen und Gewicht zu kontrollieren. Dies stimmt mit dem Modell von Shafran et al. (2004) überein, das besagt, dass körperbezogenes Kontrollver-



halten ein Ergebnis ego-syntoner Überzeugungen über Figur und Gewicht ist und keine Zwangshandlung zur Reduktion von negativem Affekt darstellt. Die Integration dieser unterschiedlichen Aspekte führt zu einem komplexen Modell, das verschiedene Mechanismen zur Erklärung von body checking beinhaltet (vgl. Mountford et al., 2006). Diese differenzierte Modellierung ist notwendig, um verschiedene Funktionen von body checking erklären zu können, die in die Therapie einbezogen werden sollten. So kann das Kontrollverhalten zum Beispiel bei einer gegebenen Patientin gleichzeitig angstreduzierend wirken und zudem egosynton schlüssig aus dysfunktionalen Kognitionen hervorgehen. Wichtig ist es dabei, die verschiedenen Funktionen zu konkretisieren, da sie teilweise mit unterschiedlichen Therapieimplikationen verbunden sind. Wenn das Überprüfungsverhalten etwa primär der Reduktion von Angst dient, liegen Ansätze wie Reaktionsverhinderung nahe, während sich bei body checking auf Basis dysfunktionaler ego-syntoner Kognitionen kognitive Ansätze und Verhaltensexperimente (Bennett-Levy et al., 2004) anbieten. So kann die Identifikation dysfunktionaler Kognitionen zum body checking mit Unterstützung der BCCS äußerst hilfreich bei der Therapieplanung sein.

Eine Einschränkung der vorliegenden Studie liegt in der Stichprobenrekrutierung. Zum einen wurde in der nicht-klinischen Vergleichsgruppe die Diagnose einer Essstörung aus ökonomischen Gründen nicht mit einem strukturierten klinischen Interview ausgeschlossen, weswegen nicht garantiert werden kann, dass in der KG keine Person eine Essstörung hatte. Zum anderen wurden die Probandinnen mit einer Essstörungsdiagnose im Rahmen zweier experimenteller Studien rekrutiert. Die teilnehmenden Frauen unterschieden sich also möglicherweise von Patientinnen mit einer Essstörungsdiagnose, die sich in Therapie begeben. Außerdem wurden Probandinnen mit subsyndromalen Störungen ausgeschlossen. Aus den genannten Gründen sollten die Gütekriterien der BCCS in weiteren Studien bei Frauen mit einer EDNOS-Diagnose sowie Patientinnen untersucht werden. Außerdem sollten in zukünftigen Studien auch in der KG strukturierte klinische Interviews eingesetzt werden.

Des Weiteren ist anzumerken, dass die Ergebnisse zu Mittelwertsunterschieden und der Faktorenstruktur hinsichtlich der verletzten Normalverteilungs-Annahme besonders in der EG vorsichtig interpretiert werden sollten. Ziel wäre es, in folgenden Studien beides anhand größerer Stichproben zu überprüfen.

Weitere zukünftige Aufgaben stellen die Bestimmung der Retest-Reliabilität, Erhebungen zur Änderungssensitivität bei der Erfolgsmessung therapeutischer Maßnahmen, weitergehende Untersuchungen zur konvergenten Validität sowie Untersuchungen an größeren Essstörungsstichproben zur Berechnung von Normwerten dar. Potenzial für zukünftige Studien bietet weiterhin die Fragestellung nach Unterschieden hinsichtlich der Ausprägung von body checking und zugrundeliegender dysfunktionaler Kognitionen bei verschiedenen Essstörungsdiagnosen.

Trotz dieser offenen Fragen zeigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie, dass die deutschsprachige Version der BCCS ein vielversprechendes Instrument zum Einsatz in der Essstörungsforschung und -therapie mit zufriedenstellenden psychometrischen Eigenschaften darstellt. Einerseits kann sie dazu verwendet werden, die Verbindung zwischen dysfunktionalen Kognitionen und Verhaltensweisen weiter zu erforschen; andererseits kann die Erfassung der zugrundeliegenden dysfunktionalen Kognitionen in der Essstörungstherapie dazu beitragen, körperbezogenes Kontrollverhalten effektiv zu behandeln.

## Literatur

- Bennett-Levy, J., Butler, G., Fennell, M., Hackmann, A., Mueller, M. & Westbrook, D. (Eds.). (2004). *Oxford Guide to Behavioural Experiments in Cognitive Therapy*. New York: Oxford University Press.
- Blechert, J., Ansorge, U. & Tuschen-Caffier, B. (2010). A body-related saccade task reveals distinct attentional patterns for bulimia nervosa and anorexia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology, 119* (3), 575–585.
- Briggs, S. R. & Cheek, J. M. (1986). The role of factor analysis in the development and evaluation of personality scales. *Journal of Personality and Social Psychology, 54*, 106–148.
- Cooper, M. J., Whitehead, L. & Boughton, N. (2004). Eating disorders. In J. Bennett-Levy, G. Butler, M. Fennell, A. Hackmann, M. Mueller & D. Westbrook (Eds.), *Oxford handbook of behavioural experiments* (pp. 267–284). Oxford: Oxford University Press.
- Fairburn, C. G. (2008). *Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders, 16*, 363–370.
- Fairburn, C. G. & Cooper, P. J. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). New York: Guilford Press.
- Fisseni, H. J. (1997). *Lehrbuch der psychologischen Diagnostik* (2. Auflage). Göttingen: Hogrefe.
- Franke, G. H. (2000). *Brief Symptom Inventory von L. R. Derogatis (Kurzform der SCL-90-R) – Deutsche Version*. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Fydrich, T., Renneberg, B., Schmitz, B. & Wittchen, H.-U. (1997). *SKID-II. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse II: Persönlichkeitsstörungen*. Interviewheft. Göttingen: Hogrefe.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L. & Black, W. C. (1998). *Multivariate Data Analysis* (5th Edition). Upper Saddle River, NJ: Prentice Hall.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Karwautz, A., Niederhofer, H. & Munsch, S. (2007). Eating Disorder Examination-Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Übersetzung. *Diagnostica, 53*, 144–154.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. & Ohms, M. (2004). Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungsinterviews. *Diagnostica, 50*, 98–106.
- Hu, L. & Bentler, P. M. (1999). Cutoff criteria for fit indexes in covariance structure analysis: conventional criteria versus new alternatives. *Structural Equation Modeling, 6*, 1–55.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin, 130*, 19–65.
- Killen, J. D., Taylor, C. B., Hayward, C., Haydel, K. F., Wilson, D. M., Hammer, L., et al. (1996). Weight concerns influence

- the development of eating disorders: A 4-year prospective study. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 64, 936–940.
- Legenbauer, T., Vocks, S. & Schütt-Strömel, S. (2007). Validierung einer deutschsprachigen Version des Body Image Avoidance Questionnaire BIAQ. *Diagnostica*, 53 (4), 218–225.
- Moosbrugger, H. & Kelava, A. (2007). *Testtheorie und Fragebogenkonstruktion*. Heidelberg: Springer.
- Mountford, V., Haase, A. & Waller, G. (2006). Body checking in the eating disorders: Association between cognitions and behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 39, 708–715.
- Mountford, V., Haase, A. & Waller, G. (2007). Is body checking in the eating disorders more closely related to diagnosis or to symptom presentation? *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2704–2711.
- Reas, D. L., Grilo, C. M., Masheb, R. M. & Wilson, G. T. (2005). Body Checking and Avoidance in Overweight Patients with Binge Eating Disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 37, 342–346.
- Reas, D. L., Whisenhunt, B. L., Netemeyer, R. & Williamson, D. A. (2002). Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 324–333.
- Rosen, J. C., Srebnik, D., Saltzberg, E. & Wendt, S. (1991). Development of a Body Image Avoidance Questionnaire. *Psychological Assessment*, 3, 32–37.
- Shafran, R., Fairburn, C. G., Robinson, P. & Lask, B. (2004). Body checking and its avoidance in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 93–101.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128, 825–848.
- Striegel-Moore, R. H., Wilson, G. T., Wilfley, D. E., Elder, K. A. & Brownell, K. D. (1998). Binge eating in an obese community sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 27–37.
- Svaldi, J., Caffier, D., Blechert, J. & Tuschen-Caffier, B. (2009). Body-related film clip triggers desire to binge in women with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 47, 790–796.
- Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M. & Tantleff-Dunn, S. (1999). *Exacting beauty: Theory, assessment, and treatment of body image disturbance*. Washington, DC: American Psychological Association.
- Tuschen-Caffier, B. & Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie: Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Vocks, S. & Legenbauer, T. (2005). *Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Göttingen: Hogrefe.
- Vocks, S., Moswald, C. & Legenbauer, T. (2008). Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Fassung des Body Checking Questionnaire (BCQ). *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 37, 131–140.
- Waller, G. & Kennerley, H. (2003). Cognitive-behavioural treatments: current status and future directions. In J. Treasure, U. Schmidt & E. van Furth (Eds.), *Handbook of eating disorders: theory, treatment and research* (2nd ed) (pp. 233–251). Chichester, UK: Wiley.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B. & Fairburn, C. G. (2000). Using the eating disorder examination to identify the specific psychopathology of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 259–269.
- Wilfley, D. E., Wilson, G. T. & Agras, W. S. (2003). The clinical significance of binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 34 Suppl., 96–106.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M. & Fydrich, T. (1997). *SKID-I. Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV. Achse I: Psychische Störungen. Interviewheft*. Göttingen: Hogrefe.

Manuskript eingereicht: 05. 01. 2010  
 Manuskript angenommen: 16. 09. 2010

Dipl.-Psych. Karolin Neubauer

Albert-Ludwigs-Universität Freiburg  
 Institut für Psychologie  
 Abteilung Klinische Psychologie und Psychotherapie  
 Engelbergerstraße 41  
 79106 Freiburg  
 E-Mail: sekr.klin@psychologie.uni-freiburg.de