

Lizentiatsarbeit der Philosophischen Fakultät der Universität Zürich

Julia Weber  
Edelweiss  
6162 Entlebuch

# **Ich fühle was ich will!** **- Selbstmanagement für Menschen mit Essstörungen**

Randomisierte kontrollierte Studie zur Überprüfung der Effekte  
des ressourcenaktivierenden Selbstmanagementtrainings  
ZRM für Menschen mit Essstörungen

Empirische Lizentiatsarbeit  
Eingereicht bei: Prof. Dr. Helmut Fend  
Fachbereich Pädagogische Psychologie I  
Pädagogisches Institut  
Universität Zürich

Zürich, im September 2007

Betreuung: Dr. Maja Storch

# Inhaltsverzeichnis

Inhaltsverzeichnis	2
Abstract	5
Abbildungsverzeichnis	6
Tabellenverzeichnis	7
Abkürzungsverzeichnis	8
<b>1. Einleitung</b>	<b>10</b>
<b>2. Essstörungen (AN, BN, EDNOS)</b>	<b>13</b>
2.1 Allgemeine Erklärungen zu Essstörungen	13
2.2 Gemeinsamkeiten von Essstörungen	16
2.3 Cognitive Behaviour Theory von Fairburn	18
2.3.1 Überbewertung von Körperform und –gewicht	20
2.3.2 Perfektionismus	20
2.3.3 Geringer Selbstwert	21
2.3.4 Gefühlsintoleranz	21
2.3.5 Soziale Schwierigkeiten	21
2.4 Transdiagnostische Perspektive	22
2.5 Kernpsychopathologie von Essstörungen	23
<b>3. Persönlichkeitspsychologie</b>	<b>25</b>
3.1 Die PSI-Theorie nach Kuhl	25
3.2 Affektmodulation der vier Funktionssysteme	27
3.2.1 Hemmung positiven Affekts (1. Modalitätsannahme)	28
3.2.2 Herabregulierung negativen Affekts (2. Modalitätsannahme)	29
3.3 Persönlichkeitsentwicklung	31
3.3.1 Primärpersönlichkeit: Eine Frage des Temperaments?	31
3.3.2 Affektive Entwicklungsbedingungen	33
3.3.3 Selbststeuerung: Handlungs- vs. Lageorientierung	35
<b>4. Entwicklungspsychologische Determinanten der Entstehung von Essstörungen unter einer transdiagnostischen Perspektive</b>	<b>37</b>
4.1 Neurobiologische Grundlagen zu Persönlichkeitsstörungen	37
4.2 Entwicklungspsychologische Determinanten	38
4.2.1 Primärpersönlichkeit: Temperamentsbedingte Voraussetzungen für Essstörungen	38
4.2.2 Affektive Entwicklungsbedingungen für Essstörungen	42
4.3 Mögliche Störungen die einer Essstörung vorausgehen	45
4.3.1 Dissoziation	45
4.3.2 Alexithymie	47
4.3.3 Alexithymie als Folge der Dissoziation	50
4.3.4 Alienation	51
4.4 Erklärung und Verortung der Hauptbegriffe der Cognitive Behaviour Theory im Rahmen der eigenen Theorie	53
4.4.1 Perfektionismus	54
4.4.2 Geringer Selbstwert	56
4.4.3 Gefühlsintoleranz	57
4.4.4 Soziale Schwierigkeiten	57
4.4.5 Überbewertung von Körperform und –gewicht	58

<b>5.</b>	<b>Behandlungsansätze im Bereich der Essstörungen</b>	<b>60</b>
5.1	Verhaltenstherapie	61
5.2	Interpersonelle Psychotherapie	62
5.3	Familientherapie	64
5.4	Psychopharmaka	64
5.5	Selbstmanagement-Therapie	65
5.6	Niedrigschwellige Behandlungsansätze	67
5.6.1	Selbsthilfe	67
5.6.2	„Stepped care“	68
<b>6.</b>	<b>ZRM-ED</b>	<b>69</b>
6.1	Affektregulation durch ZRM-ED	70
6.1.1	Bilder als Zugang zu unbewussten Emotionen	70
6.1.2	Negativer Affekt	71
6.1.3	Positiver Affekt	72
6.1.4	Eigensprachlichkeit	73
6.1.5	Gefühlsfaktor	73
6.2	ZRM-ED als Behandlung von Essstörungen	74
6.2.1	Was kann ZRM-ED in der Behandlung von Essstörungen bewirken?	75
6.2.2	Verortung von ZRM-ED in der Behandlung von Essstörungen	76
<b>7.</b>	<b>Fragestellung</b>	<b>78</b>
7.1	Formulierung der Wirksamkeitshypothesen des ZRM-ED	78
7.1.1	Handlungskontrolle	79
7.1.2	Alexithymie	79
7.1.3	Veränderung im Erleben und Verhalten	80
7.1.4	Essverhalten	80
7.2	Kriterien für Hypothesenannahme	81
<b>8.</b>	<b>Methode</b>	<b>82</b>
8.1	Stichprobengewinnung	82
8.2	Studien-Design	83
8.3	Untersuchungsinstrumente	86
8.3.1	Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (Hakemp 90)	86
8.3.2	Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)	87
8.3.3	Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	88
8.3.4	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	89
8.3.5	Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)	90
8.3.6	Selbststeuerungsinventar (SSI-K3)	91
8.4	Beschreibung der Testverfahren	93
8.4.1	Testverfahren zur Stichprobenbeschreibung	93
8.4.2	Testverfahren zur Wirksamkeitsmessung	93

<b>9.</b>	<b>Ergebnisse</b>	<b>95</b>
9.1	Stichprobenbeschreibung	95
9.1.1	Soziodemografische Angaben	95
9.1.2	Handlungskontrolle	98
9.1.3	Alexithymie	99
9.1.4	Essverhalten	101
9.2	Wirksamkeitsmessung	101
9.2.1	Handlungskontrolle	102
9.2.2	Alexithymie	104
9.2.3	Essverhalten	108
9.2.4	Veränderung im Erleben und Verhalten	114
<b>10.</b>	<b>Diskussion</b>	<b>117</b>
10.1	Diskussion der getesteten Wirksamkeitshypothesen	117
10.1.1	Handlungskontrolle	117
10.1.2	Alexithymie	119
10.1.3	Veränderung im Erleben und Verhalten	121
10.1.4	Essverhalten	122
10.2	Beantwortung der Fragestellungen	125
10.3	Diskussion zum methodischen Vorgehen	127
10.3.1	Die Stichprobe	127
10.3.2	Erhebungsinstrumente	129
10.3.3	Interne Evaluation	130
<b>11.</b>	<b>Ausblick</b>	<b>131</b>
11.1	Der Gewinn dieser Arbeit	132
11.2	Weiterer Forschungsbedarf	133
11.2.1	Schwierigkeiten und Probleme der Studie	133
11.2.2	Möglichkeiten der Weiterentwicklung des ZRM-ED	135
<b>12.</b>	<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>137</b>
<b>13.</b>	<b>Anhang</b>	<b>143</b>
13.1	Rekrutierung und Kontaktierung der Probanden	143
13.1.1	Informationsbriet zur Wirksamkeitsstudie	143
13.1.2	Informationsblatt zum Forschungsprojekt	144
13.1.3	Anschreiben Entbindung Kontrollgruppe	146
13.1.4	Patienteneinwilligung	147
13.2	Untersuchungsinstrumente	148
13.2.1	Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle (Hakemp 90)	148
13.2.2	Toronto Alexithymie Skala (TAS-26)	150
13.2.3	Eatig Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)	152
13.2.4	Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)	156
13.2.5	Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)	160
13.2.6	Selbststeuerungsinventar (SSI-K3)	162
13.3	Stationsaufenthalt	166
<b>14.</b>	<b>Curriculum Vitae</b>	<b>167</b>

## **Abstract**

Im Theorieteil dieser Arbeit wird eine neue Theorie zur Entstehung von Essstörungen entwickelt, welche unter einer transdiagnostischen Perspektive als Kernpsychopathologie von Essstörungen die mangelnde bzw. fehlende Affektregulationskompetenz betrachtet. In dieser Studie wird die Trainingswirksamkeit des ressourcenaktivierenden Selbstmanagementtrainings ZRM-ED (Eating Disorders) bezüglich der Verbesserung der Affektregulationskompetenz untersucht. Diese wird an den Konstrukten der Handlungskontrolle und Alexithymie gemessen. Zusätzlich wird der Einfluss der Affektregulationskompetenz auf die Essstörung untersucht. Für die Untersuchung der Ergebnisse wurden 17 Fragebögen (10 Kontrollgruppe und 7 Treatmentgruppe) ausgewertet. Trotz der sehr kleinen Stichprobengrösse, die durch die Tatsache gerechtfertigt wird, dass es sich bei der vorliegenden Studie um eine Pilotstudie handelt, können die Ergebnisse zur Trainingswirksamkeit auf die Affektregulation und indirekt auch auf die Essstörung als sehr gut eingeschätzt werden. Die Wirksamkeit des „ZRM Eating Disorders“ kann insgesamt bestätigt werden. Der Gewinn dieser Arbeit liegt in Berechtigung der Durchführung einer grösseren randomisierten kontrollierten Wirksamkeitsstudie.

## Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1:	Prävalenz der Essstörungen (vgl. Fairburn & Bohn, 2005, S. 693)	13
Abbildung 2:	Vereinfachte schematische Darstellung der “Cognitive Behaviour Theory” nach Fairburn (vgl. Fairburn et al., 2003, S. 523)	18
Abbildung 3:	Einfluss des Temperaments auf Bevorzugung von Funktionssystemen (vgl. Kuhl, 2001a, S. 364)	30
Abbildung 4:	Vier Typen der Belohnungs- und Bestrafungssensitivität (vgl. Kuhl, 2001a, S. 433)	37
Abbildung 5:	Studien-Design ZRM-ED	82
Abbildung 6:	Beispielitems für Hakemp 90	85
Abbildung 7:	Beispielitems für TAS-26	86
Abbildung 8:	Beispielitems für EDE-Q	87
Abbildung 9:	Beispielitems für VEV	88
Abbildung 10:	Beispielitems für FEVER	89
Abbildung 11:	Beispielitems für SSI-K3	90
Abbildung 12:	HAK- und HOM-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen	101
Abbildung 13:	ALEX- und IDG-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen	104
Abbildung 14:	EDE_RS-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen	108
Abbildung 15:	ECS- und WCS-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen	110
Abbildung 16:	SCS- und GE-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen	111
Abbildung 17:	Boxplot nach Gruppen (VEV_03)	113

## Tabellenverzeichnis

Tabelle 1:	Ein-/Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie	80
Tabelle 2:	Unterschiede der Erhebungen bei Kontroll- und Treatmentgruppe	83
Tabelle 3:	Stichprobenbeschreibung: Demografische Angaben	95
Tabelle 4:	Hakemp 90 T-Test zu t1	96
Tabelle 5:	Kreuztabelle zur Handlungs- und Lageorientierung zu t1	97
Tabelle 6:	TAS-26 T-Test zu t1	98
Tabelle 7:	Cut-off nach ALEX-Skala zu t1	98
Tabelle 8:	EDE-Q T-Test zu t1	99
Tabelle 9:	T-Test und Varianzanalysen (Hakemp 90-Skalen)	100
Tabelle 10:	Kreuztabelle zur Handlungs- und Lageorientierung zu t3	102
Tabelle 11:	T-Test und Varianzanalysen (TAS-26-Skalen)	103
Tabelle 12:	Kreuztabelle der ALEX-Skala, Cut-off zu t1 und t3	105
Tabelle 13:	Kreuztabelle der IDG-Skala, Cut-off zu t1 und t3	105
Tabelle 14:	T-Test und Varianzanalysen (EDE-Q)	106
Tabelle 15:	T-Test und Varianzanalyse der Einzelitems zur Restraint-Skala	109
Tabelle 16:	T-Test und Varianzanalysen der Einzelitems Ede_18, Ede_35 und Ede_36	112
Tabelle 17:	T-Test (VEV zu t2 und t3)	112
Tabelle 18:	Kreuztabelle nach Gruppen (VE_03)	114

## Abkürzungsverzeichnis

**A+** = **positiver Affekt**: Damit kann eine schwierige Aufgabe aus dem IG über das IVS umgesetzt werden (siehe Kapitel 3.2).

**A(+)** = **gehemmter positiver Affekt**: Dadurch wird eine schwierige Aufgabe im IG aufrechterhalten (siehe Kapitel 3.2).

**A-** = **negativer Affekt**: Dadurch wird einer drohenden Gefahr mehr Gewicht beigemessen als den Inhalten, mit denen man gerade beschäftigt ist (siehe Kapitel 3.2).

**A(-)** = **gehemmter negativer Affekt**: Dadurch wird der Zugang zum EG hergestellt, was erlaubt, eine Gefahr aus dem Überblick zu beurteilen (siehe Kapitel 3.2).

**ALEX** = **Gesamtskala Alexithymie** (siehe TAS-26).

**AN** = **Anorexia Nervosa** (siehe Kapitel 2.1).

**BED** = **Binge-Eating-Disorder**: Unterkategorie der EDNOS (siehe Kapitel 2.1).

**BEG** = „**Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen**“: Alexithymieskala (siehe TAS-26).

**BN** = **Bulimia Nervosa** (siehe Kapitel 2.1).

**BMI** = **Body Mass Index**

**CBT** = **Cognitive Behavior Theory von Fairburn** (siehe Kapitel 2.3)

**DSM-IV** = **Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**: Diagnostisches und Statistisches Handbuch Psychischer Störungen (siehe Kapitel 2.1).

**ECS** = **Eating Concern Scale**: Skala zur Erfassung weiterer Auffälligkeiten in Bezug auf das Essen, z.B. Konzentrationsbeeinträchtigung (siehe EDE-Q).

**EDE-Q** = **Eating Disorder Examination Questionnaire** : Mittels dieses Fragebogens wird die spezifische Psychopathologie von Essstörungen bei Erwachsenen und Jugendlichen erfasst (siehe Kapitel 8.3.3).

**EG** = **Emotionales Erfahrungsgedächtnis**: In diesem Gedächtnissystem werden sowohl Gefühle als auch Körperempfindungen zu gemachten Erfahrungen abgelegt und in ähnlichen Situationen als Körpersignale ausgesendet (siehe Kapitel 3.1).

**EDNOS** = **Eating disorders not otherwise specified** (siehe Kapitel 2.1).

**FEVER** = **Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft**: Mit diesem Fragebogen wird die temporal-motivationale Dimension des Veränderungsprozesses erfasst (siehe Kapitel 8.3.5).

**GE** = **Gesamtskala zum Essverhalten** (siehe EDE-Q).

**HAK** = **Gesamtskala zur Handlungskontrolle** (siehe HAKEMP 90).

**HAKEMP 90** = **Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv**: Mit diesem Fragebogen wird die Selbststeuerungseffizienz unter Bedrohung und Belastung gemessen (siehe Kapitel 8.3.1).

**HOM** = **Handlungsorientiert nach Misserfolg**: Hohes subjektives Bedrohungsempfinden geht mit starkem negativen Affekt, beispielsweise ausgelöst durch Schmerz, Angst oder Misserfolg einher. Mit dem HAKEMP 90 wird untersucht, ob jemand lageorientiert (LOM) oder handlungsorientiert nach Misserfolg (HOM) ist. Handlungsorientiert nach Misserfolg bedeutet, dass jemand den durch die Bedrohung entstandenen negativen Affekt selbstgesteuert hinunter regulieren kann und dadurch handlungsfähig bleibt (siehe Kapitel 3.3.3).

**HOP** = **prospektiv handlungsorientiert**: Viele anstehende schwierige Aufgaben werden als Belastung empfunden. Mit dem HAKEMP 90 wird gemessen, ob jemand unter Belastung prospektiv lage- (LOP) oder handlungsorientiert (HOP) ist. Prospektive



Handlungsorientierung bedeutet, dass positiver Affekt selbstgesteuert gebahnt werden kann und die anstehenden Aufgaben situationsadäquat ausgeführt werden können (siehe Kapitel 3.3.3).

**ICD-10 = Internationale Klassifikation der Krankheiten 10. Revision** (siehe Kapitel 2.1).

**IDG = „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“:** Alexithymieskala (siehe TAS-26).

**IG = Intentionsgedächtnis:** In diesem Gedächtnissystem werden Aufgaben, die nicht sofort ausgeführt werden können, aufrechterhalten, bis sich eine günstige Gelegenheit zur Ausführung bietet (siehe Kapitel 3.1).

**IPT = Interpersonelle Psychotherapie** (siehe Kapitel 5.2).

**IVS = Intuitive Verhaltenssteuerung:** Dieses Funktionssystem führt automatisierte Verhaltensroutinen aus (siehe Kapitel 3.1).

**LOM = Lageorientiert nach Misserfolg:** Hoher negativer Affekt wird nicht selbstgesteuert hinunterreguliert. Die Person verharrt im Grübeln (siehe HOM).

**LOP = prospektiv lageorientiert:** Anstehenden Aufgaben können nicht realisiert werden, weil positiver Affekt nicht selbstgesteuert gebahnt werden kann (siehe HOP).

**OES = Objekterkennungssystem:** Dieses Funktionssystem nimmt Einzelheiten wahr und achtet insbesondere darauf, dass auftretende Gefahren und Abweichungen von Erwartungen frühzeitig erkannt werden (siehe Kapitel 3.1).

**PSI-Theorie = Persönlichkeits-System-Theorie von Julius Kuhl** (siehe Kapitel 3.1).

**RS = Restraint Scale:** Skala zur Erfassung eines gezügelter Essstils (siehe EDE-Q).

**SCS = Shape Concern Scale:** Skala zur Erfassung der Figursorgen (siehe EDE-Q).

**SSI-K3 = Selbststeuerungsinventar:** Mit diesem Fragebogen wird die Veränderung der Selbstregulationsfähigkeit gemessen (siehe Kapitel 8.3.6).

**TAS-26 = Toronto-Alexitymie-Skala-26:** Fragebogen zur Messung der Gesamtskala Alexithymie (ALEX) und der beiden Unterskalen „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ (IDG) und „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (BEG) (siehe Kapitel 8.3.2).

**VEV = Veränderung im Erleben und Verhalten:** Dieser Fragebogen erfasst die subjektiv wahrgenommene Veränderung im Erleben und Verhalten über einen definierten Beobachtungszeitraum hinweg (siehe Kapitel 8.3.4).

**WCS = Weight Concern Scale:** Skala zur Erfassung gewichtsbezogener Sorgen (siehe EDE-Q).

**ZRM = Zürcher Ressourcen Modell:** ZRM ist eine wissenschaftlich fundierte ressourcenorientierte Methode zur gezielten Förderung von Handlungspotentialen (siehe Kapitel 2.3).

**ZRM-ED = Zürcher Ressourcen Modell Eating Disorders:** Für Menschen mit Essstörungen umgeformtes und angepasstes ZRM-Training.

## 1. Einleitung

Das Thema der Essstörungen, besonders die Form der Magersucht, ist momentan in den Medien sehr aktuell. So wird beispielsweise diskutiert ob eine untere Gewichtsgrenze für Modells festgelegt werden soll, um die Verbreitung dieser Krankheit durch Nachahmung zu stoppen. Vor allem junge Mädchen und Frauen streben einem Ideal nach, welches nicht selten im Tode endet. Auch die Bulimie, welche durch strenge Diäten und daran gekoppelte Fressanfälle mit Erbrechen beschrieben werden kann, ist der scheinbare Ausdruck des Strebens nach einem Ideal, das von Gesundheit und einem erfüllten Leben weit entfernt ist. Die Aktualität dieses Themas in der heutigen Gesellschaft führt zu der Frage, wodurch eine Essstörung wie die Magersucht oder Bulimie entsteht? Durch die allgemeine Aufklärung über diese Krankheit weiss doch jeder, dass diese Form von Fasten und Diät halten der eigenen Gesundheit schadet und doch sind die verschiedenen Formen der Essstörungen in den Gesellschaften der Industriestaaten weit verbreitet. Ist der Einfluss der Medien durch das Vorhalten von Schönheitsidealen tatsächlich so stark, dass Menschen dazu bereit sind, „sich bis zum Tode manipulieren zu lassen“. Gibt es einen Punkt an dem ein Mensch entscheidet, von nun an nichts mehr zu essen und dem Ideal der Medien zu folgen? Wenn Essstörungen entstehen, weil Menschen dünn sein wollen, warum können sie dann nicht aufhören abzunehmen, wenn sie das Ziel erreicht haben? Warum schießen sie über das Ziel hinaus? Haben sie vielleicht Spass am Abnehmen? Finden sie es gut, wenn sie sich Fressanfälle leisten können, die sie dank des Erbrechens nicht dick machen? Entscheiden sich Menschen mit Essstörungen bewusst dafür, dünn sein zu wollen oder hindert sie irgendetwas anderes daran „normal“ zu essen?

Alle diese teilweise auch provokativ gestellten Fragen sind durch folgende Frage auf einen Nenner zu bringen: Wollen Menschen mit Essstörungen wirklich dünn sein? Dem „Wollen“ in dieser Frage ist das Bewusstsein für das eigene Handeln vorausgesetzt. In dieser Arbeit wird die Meinung vertreten, die soeben gestellte Frage mit „nein“ zu beantworten. Es wird davon ausgegangen, dass nicht der Wunsch nach „Dünnsein“ den Kern der Essstörungen darstellt. Die Suche nach dem psychopathologischen Kern von Essstörungen begründet diese Arbeit, die als Kern die mangelnde bzw. fehlende Affektregulationskompetenz sieht.

Die vorliegende Lizentiatsarbeit ist eine Wirksamkeitsstudie, in welcher die Effekte des Selbstmanagementtrainings ZRM-ED auf Menschen mit Essstörungen untersucht werden. Der Kern des Trainings ist die Verbesserung der Affektregulationskompetenz. Wie gesagt wird davon ausgegangen, dass die fehlende oder mangelnde Affektregulationskompetenz der psychopathologische Kern von Essstörungen ist. Das zweite Kapitel befasst sich mit dem Thema der Essstörungen, zu denen in dieser Arbeit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und EDNOS gezählt werden. In Kapitel 2.1 werden diese Formen von Essstörungen historisch und nach ihrer Klassifikation betrachtet. Kapitel 2.2 gibt einen Überblick über die Gemeinsamkeiten dieser drei Essstörungsformen. In Kapitel 2.3 wird die Cognitive Behaviour Theory von Fairburn vorgestellt, welche den Essstörungen eine gemeinsame Kernpsychopathologie zugrunde

legt; dabei handelt es sich um eine fehlerhafte Einschätzung des Selbstwertes (disfunktionelles System des evaluierten Selbstwertes), das sich durch Überbewertung von Körperform und –gewicht äussert. Die Kernpsychopathologie steht nach Fairburn in Interaktion mit vier Aufrechterhaltungsprozessen (Perfektionismus, geringer Selbstwert, Gefühlsintoleranz und soziale Schwierigkeiten); diese Interaktion stellt ein zusätzliches Hindernis für positive Veränderungen dar. Unter der in Kapitel 2.4 betrachteten transdiagnostischen Perspektive versteht Fairburn die diagnostische Vereinheitlichung der Essstörungsformen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und EDNOS, welchen die gleiche Kernpsychopathologie zugrunde gelegt wird. Diese Perspektive ist vor allem für die Behandlung von und den Umgang mit Menschen mit Essstörungen wichtig. In Kapitel 2.5 wird die Arbeitshypothese des Theorieteils vorgestellt, die davon ausgeht, dass die Kernpsychopathologie von Essstörungen die fehlende oder mangelnde Affektregulationskompetenz betrifft und nicht, wie von Fairburn vertreten, die Überbewertung von Körperform und –gewicht ist.

Kapitel 3 hat die Persönlichkeitspsychologie nach Julius Kuhl als Thema. Dafür wird in Kapitel 3.1 seine Persönlichkeit-System-Interaktion-Theorie (PSI-Theorie) skizziert, welche eine integrative Persönlichkeitstheorie auf der Grundlage der experimentellen Psychologie und der Neurobiologie ist. Sie postuliert vier verschiedene Systeme (OES, EG, IVS, IG), die für persönlichkeitsrelevante Funktionen besonders wichtig sind. In Kapitel 3.2 wird beschrieben, wie die Dominanzverhältnisse dieser vier Systeme durch Stimmungen und Affekte beeinflusst werden. Dies kann einerseits durch die Hemmung positiven Affekts und andererseits durch die Herabregulierung negativen Affekts passieren. In Kapitel 3.3 wird die Persönlichkeitsentwicklung betrachtet, welche einerseits durch das Temperament und andererseits durch affektive Entwicklungsbedingungen beeinflusst und geformt wird.

Eine Verbindung der beiden vorangegangenen Kapitel stellt das Kapitel 4 dar, welches die entwicklungspsychologischen Determinanten für die Entstehung von Essstörungen unter einer transdiagnostischen Perspektive betrachtet. Die neurobiologischen Grundlagen zur Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung nach der PSI-Theorie werden in Kapitel 4.1 erklärt. Entwicklungspsychologische Determinanten (wie Temperament und affektive Entwicklungsbedingungen) für die Entwicklung von Essstörungen werden in Kapitel 4.2 vorgestellt. Kapitel 4.3 befasst sich mit möglichen Störungen die einer Essstörung vorausgehen können und somit zu ihrer Entstehung beitragen. Dazu zählen die Dissoziation, die Alexithymie und die Alienation. In Kapitel 4.4 werden die von Fairburn eingeführten Begriffe (Überbewertung von Körperform und –gewicht, Perfektionismus, geringer Selbstwert, Gefühlsintoleranz und soziale Schwierigkeiten) anhand der vorausgegangenen Kapitel (4.1 bis 4.3) in Bezug auf ihre Entstehung und Bedeutung für Essstörungen erklärt.

In Kapitel 5 werden verschiedene mögliche Behandlungsansätze für Essstörungen betrachtet. Dabei werden die Behandlungen kurz vorgestellt und es wird erklärt, wo diese in der Psychopathologie von Essstörungen ansetzen. Folgende Behandlungen werden betrachtet: Verhaltenstherapie (Kapitel 5.1), Interpersonelle Psychotherapie

(Kapitel 5.2), Familientherapie (Kapitel 5.3), Psychopharmaka (Kapitel 5.4), Selbstmanagementtraining (Kapitel 5.5) und niedrigschwellige Behandlungsansätze (Kapitel 5.6).

Das Thema von Kapitel 6 ist das Zürcher Ressourcen Modell für Menschen mit Essstörungen (ZRM-ED). In Kapitel 6.1 wird beschrieben, wie durch das ZRM-ED-Training Affektregulationskompetenz erlangt bzw. verbessert wird. Dies geschieht durch bestimmte Techniken wie beispielsweise Bilder, Eigensprachlichkeit und Gefühlsfaktor. Eine Besonderheit des ZRM-ED im Vergleich zu ZRM ist die Arbeit mit negativen Affekten zu Beginn des Trainings. Dies wurde als Training der Affektwahrnehmung eingeführt, da negativer Affekt leichter wahrzunehmen ist als positiver Affekt. Kapitel 6.2 stellt ZRM-ED als mögliche Behandlung von Essstörungen vor. Es wird betrachtet, was ZRM-ED in der Behandlung von Essstörungen bewirken kann und wo eine solche Behandlung in der Therapie von Essstörungen verortet werden kann. Mit diesem Kapitel ist der Theorieteil der Lizentiatsarbeit abgeschlossen.

Zu Beginn des empirischen Teils wird in Kapitel 7 die Fragestellung der Wirksamkeitsstudie vorgestellt. Anschliessend erfolgt in Kapitel 7.1 die Formulierung der Wirksamkeitshypothesen. Kriterien für die Hypothesenannahme werden in Kapitel 7.2 aufgezeigt.

Kapitel 8 widmet sich der Methode. Als Erstes wird unter Kapitel 8.1 die Stichprobengewinnung und danach unter 8.2 das Studien-Design präsentiert. Kapitel 8.3 befasst sich mit den für die vorliegende Studie verwendeten Untersuchungsinstrumenten, welche die Veränderung zwischen den Zeitpunkten vor dem Training und nach dem Training aufzeigen sollen. Die Testverfahren, welche für die Messung der Veränderung eingesetzt werden, stellen das Thema im Kapitel 8.4 dar.

Die Darstellung der Ergebnisse dieser Wirksamkeitsstudie erfolgt in Kapitel 9. Dazu wird in Kapitel 9.1 zuerst die Stichprobe beschrieben, bevor Kapitel 9.2 die Ergebnisse der eingesetzten Untersuchungsinstrumente präsentiert.

In Kapitel 10 werden die Ergebnisse einerseits in Bezug auf die Veränderung der Affektregulationskompetenz (Kapitel 10.1) und andererseits in Bezug auf das methodische Vorgehen (Kapitel 10.3) diskutiert. Dazwischen wird in Kapitel 10.2 die Fragestellung der vorliegenden Arbeit beantwortet.

Schlussfolgerung und Ausblick stellen das Thema des Kapitels 11 dar. Im Kapitel 11.1 wird der Gewinn der vorliegenden Arbeit erläutert und unter 11.2 wird der weitere Forschungsbedarf geklärt. Dabei wird auf Schwierigkeiten und Probleme des ZRM-ED (Kapitel 11.2.1) und Möglichkeiten der Weiterentwicklung des ZRM-ED (Kapitel 11.2.2) hingewiesen.

## **2. Essstörungen (AN, BN und EDNOS)**

In diesem Kapitel der Arbeit geht es um Essstörungen, insbesondere um die Formen der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und EDNOS (Eating disorders not otherwise specified). In einem ersten Teil geht es um allgemeine Erklärungen mit einem kurzen historischen Rückblick und die klinische Klassifikation nach ICD-10 und DSM-IV. Darauf folgt ein Kapitel, welches die Gemeinsamkeiten von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und EDNOS erläutert. In Kapitel 2.3 wird die Cognitive Behaviour Theory nach Fairburn vorgestellt. Sie legt allen Essstörungen eine Kernpsychopathologie zugrunde, welche gemeinsam mit vier Aufrechterhaltungsprozessen eine Erklärung für die Entwicklung und Aufrechterhaltung von Essstörungen bietet. Darauf folgt in Kapitel 2.4 die Transdiagnostische Perspektive nach Fairburn, welche die Anorexia nervosa, die Bulimia nervosa und die EDNOS in eine Kategorie der Essstörungen vereint. In einem letzten Kapitel wird eine von Fairburns Theorie abweichende andere Kernpsychopathologie der Essstörungen als Arbeitshypothese des Theorieteils vorgeschlagen.

### **2.1 Allgemeine Erklärungen zu Essstörungen**

Historisch betrachtet lassen sich Hinweise auf gestörtes Essverhalten bereits in der Antike und im gesamten Mittelalter finden. Die moderne Geschichte der Essstörungen beginnt im 19. Jahrhundert mit der Veröffentlichung des Aufsatzes „Über hysterische Anorexie“ von Ernest-Charles Lasègue im April 1873. Er war der Überzeugung, dass eine psychogene Störung des Appetits als Auslöser der Krankheit angesehen werden kann; hierzu beschreibt er psychische Belastungen und Auswirkungen auf die Familien, die mit Verlockungen und Drohungen versuchen, die Patientinnen zum Essen zu bewegen, und die kognitive Einengung der Patientinnen auf nahrungsbezogene Themen (vgl. Schweiger et al, 2003, S. 17). Etwa zur gleichen Zeit erschien 1874 ein Artikel von William Gull mit dem Titel „Anorexia nervosa (Apepsia hysterica, Anorexia hysterica)“. Gull arbeitete vor allem heraus, welche Untersuchungsbefunde die Anorexia nervosa von durch Infektionskrankheiten bedingten Formen von Untergewicht unterscheiden. Ähnlich wie Lasègue führt er den Appetitmangel auf einen krankhaften psychischen Zustand zurück (vgl. ebd, S. 17f.). 1979 beschrieb erstmals der Londoner Psychiater Gerald Russell die Bulimia nervosa als eine „unheilvolle Variante der Anorexia nervosa“. Ab etwa 1990 wurde das Konzept der Binge-Eating-Störung eingeführt und erprobt (vgl. ebd, S. 18).

Um die Komplexität des Themas „Essstörungen“ aufzuzeigen, wird im folgenden eine aktuelle Langzeitstudie (2006) von Fichter, Quadflieg und Hedlund vorgestellt. In dieser Studie wurden 13 Patienten über Verlauf und Vorhersage der Anorexia Nervosa über zwölf Jahre beobachtet. Die Patienten wurden nach den Kriterien der DSM-IV (siehe nächster Abschnitt) ausgewählt. Die Erhebungen fanden jeweils vor Beginn der Therapie, bei Ende der Therapie und in je einem Follow-up nach zwei, sechs und zwölf Jahren statt. Die Partizipationsrate beim 12-Jahres Follow-up betrug immerhin 88% der

Lebenden. Fünf Patienten waren bis zum 2-Jahres Follow-up gestorben und je eine Person bis zum nächsten Follow-up (vgl. Fichter et al., 2006, S. 89). Nach dem 12-Jahres Follow-up hatten 27.5% ein gutes Outcome, 25.3% ein mittleres Outcome, 39.6% ein schlechtes Outcome und 7.7% waren gestorben. Als gutes Outcome wurde betrachtet, wer total genesen war. Ein mittleres Outcome bedeutet eine Verbesserung und ein schlechtes Outcome eine Chronifizierung der Krankheit. Die Patienten zeigten in ihren Krankheitsverläufen häufig ein Switchen zwischen Anorexie und Bulimie. Die Autoren der Studie fassen zum Zeitpunkt des 12-Jahres Follow-up folgende Ergebnisse zusammen: „At the 12-year follow-up 19% had AN, 9.5% had bulimia nervosa-purging type (BN-P), 19% were classified as eating disorder not otherwise specified (EDNOS). A total of 52.4% showed no major DSM-IV eating disorder and 0% had binge eating disorder (BED)” (ebd., S. 87). Diese Zahlen sind ernüchternd. Etwas enttäuschend muten auch die Ergebnisse für die Vorhersagefaktoren an. In der 12-Jahres-Langzeitstudie konnten vier Prädiktoren für ein schlechteres Outcome als signifikant bezeichnet werden: Sexuelle Probleme, Impulsivität, längere Dauer der Essstörung und längere Dauer der Behandlungsabwehrung (vgl. ebd. S. 94).

Essstörungen werden nach Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified) klassifiziert. Im folgenden wird kurz auf die Klassifikation und auf die Besonderheiten dieser drei Formen von Essstörungen eingegangen. Zur klinischen Klassifikation nach ICD-10 oder DSM-IV ist generell zu sagen, dass eine ideale Klassifikation „... should consist of categories that are mutually exclusive and collectively exhaustive. Its entities should be discreet and together they should cover the ground. The classification of eating disorders measures up to these standards rather poorly. The canon contains only two major categories – anorexia nervosa (AN) and bulimia nervosa (BN). Anorexia nervosa has low weight as an essential criterion. Bulimia nervosa has binge eating as a necessary criterion. DSM-IV does provide two additional diagnoses, namely binge eating disorder (BED) and eating disorder not otherwise specified (EDNOS)” (Palmer, 2005, S. 2). Die Diagnosekriterien nach ICD-10 und DSM-IV (vgl. Jacobi et al., S. 4) für Anorexia Nervosa können zusammengefasst auf folgende Punkte vereinfacht werden. Erstens muss ein deutliches Untergewicht vorliegen, welches auf Bemühungen des Betroffenen zurückgeführt werden kann und zweitens werden die Gedanken von der Fähigkeit, die Nahrungsaufnahme streng zu reglementieren, und der ständigen Sorge um das Gewicht beherrscht. Typisch sind die panische Angst vor Gewichtszunahme und Dicksein. Hierbei kann von einer „Gewichtsphorie“ gesprochen werden. Die strengen Diäten, denen sie sich ständig unterwerfen, sind durch ein „unermüdliches Streben nach Dünnsein“ angetrieben. Etwa ein Viertel aller an Anorexia Nervosa Betroffenen hat Essattacken, welche den Verlust der sonst so unerbittlich aufrecht erhaltenen Kontrolle über die eigene Nahrungsaufnahme darstellt (vgl. Fairburn, 2004, S. 36).

Nach ICD-10 und DSM-IV (vgl. Jacobi et al., S. 6) liegt eine Bulimia Nervosa dann vor, wenn folgende Punkte erfüllt sind: Erstens müssen häufige, objektive Essattacken vorliegen, bei denen ungewöhnlich grosse Mengen Nahrung verzehrt werden. Die

Essattacke geht mit einem Gefühl des Kontrollverlustes einher. Zweitens werden regelmässig drastische Massnahmen ergriffen, um durch die aufgenommene Nahrung eine Gewichtszunahme zu verhindern. Hierzu zählen selbst herbeigeführtes Erbrechen, übermässige körperliche Anstrengungen zum Verbrennen der Kalorien, Missbrauch von Abführmitteln oder Diuretika, extreme Diäten oder Fasten. Drittens ist die Sorge um Figur oder Gewicht grösser als eine blossе Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper. Diese Sorge beherrscht das gesamte Leben der Betroffenen (vgl. Fairburn, 2004, S. 33). Die Kategorie der EDNOS (Eating Disorders Not Otherwise Specified) beinhaltet Essstörungen, die nicht alle Kriterien des DSM-IV für Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa erfüllen: Beispielsweise liegt ein erheblicher Gewichtsverlust vor, der aber noch nicht zum Untergewicht führt oder bulimische Anfälle, die weniger als zweimal wöchentlich auftreten. Diese Störungen kommen besonders häufig bei Adoleszenten vor. Dass die EDNOS nicht alle Kriterien einer vollumfänglichen Essstörung aufweisen, bedeutet allerdings nicht, dass keine Behandlungsnotwendigkeit besteht. „Eating disorders of clinical severity that do not conform to the diagnostic criteria for anorexia nervosa or bulimia nervosa” (Fairburn & Harrison, 2003, S. 408). Fairburn & Bohn betrachten EDNOS als “...the most common category of eating disorder seen in outpatient settings...” (Fairburn & Bohn, 2005, S. 691f.). Die Prävalenz von EDNOS beträgt 60% (vgl. ebd., S. 693). Tatsächlich wurde bis jetzt recht wenig über EDNOS und die Behandlungsmöglichkeiten erforscht und geschrieben. Um die Prävalenz und Bedeutung der EDNOS im Zusammenhang mit Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa deutlich zu machen, wurde folgende Darstellung erstellt:

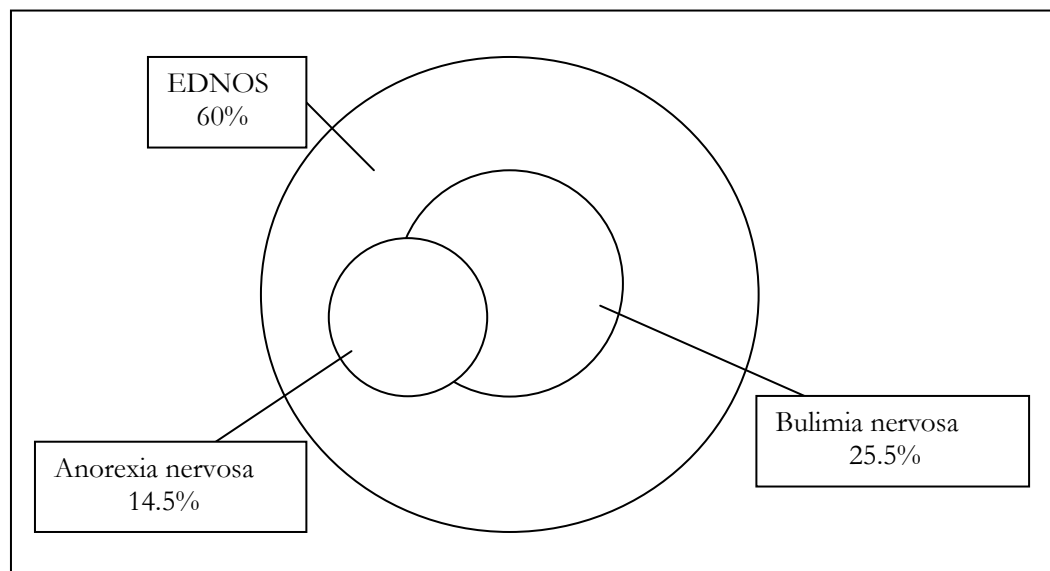


Abbildung 1: Prävalenz der Essstörungen (vgl. Fairburn & Bohn, 2005, S. 693)

Aus Abbildung 1 wird die Häufigkeit der EDNOS-Kategorie sehr deutlich. “The EDNOS category thus defined is common. In many clinical series of people presenting to eating disorders services it is the single most common diagnosis and in some forms the majority of cases” (Palmer, 2005, S. 3). Ein Schwachpunkt der Kategorie der

EDNOS sind die zwei Diagnosekriterien, welche nach dem Ausschlussverfahren operieren. „... EDNOS should be diagnosed only if no non-eating disorder diagnosis is adequate” (ebd.). Hinzu kommt, dass die Kriterien für Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa nicht erfüllt sein dürfen. Es gibt also kein positives Diagnosekriterium für die Kategorie der EDNOS. “Thus the EDNOS category inevitably includes some less severe cases that nevertheless pass the test of being of clinical significance. Many of these will be ‘partial syndromes’ of a kind that just miss out on fulfilling criteria for one of the main disorders” (ebd., S. 4).

Eine Unterkategorie der EDNOS ist die Binge-Eating-Störung (BED), welche von den übrigen vorgestellten Essstörungen folgendermassen unterschieden werden kann: “This new diagnostic concept is termed ‘binge eating disorder’ (BED) and is intended for people who experience recurrent episodes of binge eating in the absence of the extreme methods of weight control seen in bulimia nervosa and anorexia nervosa (...)” (Fairburn & Bohn, 2005, S. 694). Wird die Prävalenz von BED betrachtet, so wird klar, dass diese Art von Essstörung unter Erwachsenen vergleichsweise selten vorkommt, da “... less than ten percent of adult eating disorder cases meet diagnostic criteria for BED” (ebd., S. 695). Eine BED liegt u.a. vor, wenn zweimal wöchentlich über sechs Monate Fressanfälle vorkommen, welche jedoch nicht mit gegensteuernden Massnahmen gegen eine Gewichtszunahme entgegengewirkt wird (vgl. Jacobi et al., 2004, S. 9). Die BED-Kategorie für sich ist allerdings nicht Thema dieser Untersuchung.

## **2.2 Gemeinsamkeiten von Essstörungen**

Werden die Gemeinsamkeiten der verschiedenen Typen von Essstörungen betrachtet, so kann eine Definition von Fairburn und Harrison hinzugezogen werden. Sie machen die Definition der Essstörung an folgenden drei Punkten fest: Erstens besteht eine definitive Störung des Essverhaltens oder der Gewichtskontrolle. Zweitens entsteht daraus eine klinisch signifikante Störung der körperlichen Gesundheit oder der psychosozialen Funktion und drittens ist die Störung weder aus einer generellen medizinischen Krankheit noch aus psychischen Bedingungen entstanden (vgl. Fairburn & Harrison, 2003, S. 408). Schweiger et al. bezeichnen intermittierendes Diätverhalten und einen unangemessenen Einfluss von Figur und Gewicht auf das Verhalten und die Selbsteinschätzung als die gemeinsamen Elemente aller Essstörungen. Im Rahmen der Erkrankung durchlaufen viele Patientinnen verschiedene Formen von Essstörungen (vgl. Schweiger et al, 2003, S. 2). Diesen Wechsel schildern auch Fairburn und Bohn “... there was considerable cross-diagnostic flux with patients moving from one eating disorder diagnosis to another (...)” (Fairburn & Bohn, 2005, S. 695). So tritt Bulimia Nervosa vor allem bei Frauen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr auf. Meist begannen jedoch die Probleme mit dem Essen bereits in der Pubertät mit den ersten strengen Diäten. „In etwa einem Viertel der Fälle kann dies so extrem sein, dass es zunächst zu Anorexia nervosa kommt, aus der sich dann später Bulimia nervosa entwickelt“ (Fairburn, 2004, S. 34). So leidet eine Patientin beispielsweise zuerst an der restriktiven



Form der Anorexia nervosa, dann an der bulimischen Form der Anorexia nervosa, dann an Bulimia nervosa. Es gibt einen kontinuierlichen Übergang von Anorexia nervosa zu Bulimia nervosa, selten jedoch von Anorexia nervosa zu Binge-Eating-Störung oder Adipositas (Schweiger et al, 2003, S. 2). Die diagnostischen Regeln schreiben zwar vor, dass beide Störungen nicht gleichzeitig auftreten können, trotzdem sind beide eng miteinander verwandt. Zahlreiche Magersüchtige werden zu Bulimikerinnen und umgekehrt (Harland & Siegel, 1996, S. 12). Es wurde herausgefunden, dass Patienten mit EDNOS in ihrem Verhalten und ihren Gewohnheiten sehr den Patienten mit Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa ähneln (vgl. Fairburn & Bohn, 2005, S. 695). "Some are virtually identical to the two prototypical disorders, but do not meet their precise diagnostic criteria. (...) Many such patients have had anorexia nervosa or bulimia nervosa in the past" (Fairburn & Harrison, 2003, S. 408). Weiter kann gesagt werden, "... that patients with EDNOS have the same distinctive behaviour and attitudes as patients with anorexia nervosa and bulimia nervosa, (...)" (Fairburn & Bohn, 2005, S. 695). Die häufigsten komorbiden Störungen, die sowohl bei der Anorexia wie auch der Bulimia nervosa im Vergleich zur Normalbevölkerung erhöht sind, sind affektive Störungen, Angststörungen (Sozialphobie, Zwangsstörungen, und kindliche Angststörungen), Substanzmissbrauch und -abhängigkeit und bestimmte Persönlichkeitsstörungen (Jacobi et al, 2004, S. 16). Patientinnen mit allen Formen von Essstörungen zeigen Auffälligkeiten in kognitiven Bewertungsprozessen, wie selektive Abstraktion, dichotomes Denken, Übergeneralisierung, Übertreibungen, abergläubisches Denken oder Selbstreferenz. Diese Verzerrungen können sich auf die Themen Ernährung, Gewicht und Figur beschränken, oder aber auf viele Bereiche der Verhaltensregulation ausgedehnt sein (vgl. Schweiger et al, 2003, S. 43). Auch im Bereich der Emotionen und Affekte haben sie vermehrt Schwierigkeiten. Zwar kennen sie Gefühlen von Angst, Trauer, Hass, Unzulänglichkeit oder auch den Wunsch nach Unabhängigkeit, sie wissen jedoch oft nicht, wie sie mit diesen Gefühlsregungen umgehen sollen. Deswegen und aus Furcht vor Konsequenzen, versuchen sie ihre Emotionen unter strenger Kontrolle zu halten. Vor allem bei Bulimikerinnen und Esssüchtigen stellt das Essverhalten oft ein unbewusstes Mittel dar, um mit Emotionen und emotionsauslösenden Situationen zurechtzukommen (vgl. Harland & Siegel, 1996, S. 28). Die Bulimie wird hier unbewusst zu einer Art von Problemlösung, um zum Beispiel Angstzuständen oder dem Gefühl der inneren Leere auszuweichen (vgl. ebd., S. 25). Gefährlich ist bei der Magersucht, dass sie Gefühle nach und nach tatsächlich ersetzen kann, dass sich Magersüchtige in ihrem Inneren nach geraumer Zeit vollkommen leer fühlen kann. Bei der Überwindung der Magersucht muss sie dann mühsam lernen, die Gefühle erneut zu entdecken und zu erkennen (vgl. ebd., S. 52). Sowohl die kognitiven als auch die emotionalen Schwierigkeiten wirken sich auf soziale Interaktionen aus. Generell kann gesagt werden, dass Personen mit Essstörungen häufiger allein sind und weniger soziale Unterstützung bekommen als Personen ohne Essstörungen. Diese Unterstützung bezieht sich sowohl auf den emotionalen wie auch auf den praktischen

Bereich. Im Umgang mit Problemen sehen sie soziale Unterstützung weniger als eine mögliche Lösung an (vgl. Wilfley et al., 2005, S. 138).

Viele Psychologen gehen davon aus, dass eine übervorsichtige Mutter, die ihr Kind stark behütet und ihm jeden Wunsch von den Augen abliest, dazu beitragen kann, dass es später Essstörungen bekommt. Nach dieser Theorie ist ein Kind nicht in der Lage, eigene Bedürfnisse zu entwickeln, wenn es zum Beispiel gefüttert wird, bevor es hungrig ist und zu schreien beginnt. Essstörungen betreffen vor allem Frauen, die mit der bisherigen Identität unzufrieden sind, die sich selbst keine Freiräume für ihre Bedürfnisse schaffen konnten. Dies führt zu einem geringen Selbstwertgefühl. Um wenigstens auf einem Gebiet in ihrem Leben Erfolge aufweisen zu können, versuchen diese Frauen und Mädchen, ihre Figur zu perfektionieren (vgl. Harland & Siegel, 1996, S.42-46). Hinzu kommt die familiäre Situation. Bei Personen mit Essstörungen ist die Wahrscheinlichkeit eines kritischen Kommentars der Familie über Körperform oder – gewicht oder das Essen im Allgemeinen erhöht. Der familiäre Zusammenhalt ist niedriger und es gibt weniger elterlichen Kontakt. Die Erfahrung von auf das Alter, Geschlecht oder Können bezogenen übersteigerten Erwartungen ist in diesen Familien hoch. „These kinds of problems in family relationships and family environment have been prospective predictors of the later developments of eating disorders” (Wilfley et al., 2005, S. 139). Bulimische und anorektische Essstörungen werden als Kompensationsversuch für Probleme in verschiedenen Bereichen aufgefasst. “Eating disorders are associated with difficulty in various areas of social adjustment including work, social/leisure, extended family, family conflict, female peer conflict, and male rejection”(ebd., S. 138). Die Essstörung ist also nicht das Problem, sondern stellt den Versuch einer Problemlösung dar. Essstörungen haben zudem gemeinsam, dass sie nur schwer oder gar nicht einer Kontrolle durch den Willen unterliegen (Harland & Siegel, 1996, S. 28). Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und EDNOS sind eigentlich immer eine Strategie zur Lösung von Problemen, für die noch kein besserer Weg gefunden wurde. Natürlich gibt es auch Unterschiede zwischen den hier vorgestellten Typen von Essstörungen. “The main feature that distinguishes bulimia nervosa from anorexia nervosa is that attempts to restrict food intake are punctuated by repeated binges. (...) Most patients with bulimia nervosa are distressed by their loss of control over eating and ashamed of this, which makes them easier to engage in treatment than those with anorexia nervosa” (Fairburn & Harrison, 2003, S. 408). Obgleich Anorexia nervosa sich von Bulimia nervosa und Binge Eating-Störung in mehreren wichtigen Aspekten unterscheidet, ist diese Störung vor allem mit Bulimia nervosa eng verwandt (vgl. Fairburn, 2004, S. 35).

### **2.3 Cognitive Behaviour Theory von Fairburn**

Das folgende Kapitel stellt die “Cognitive Behaviour Theory” (CBT) von Fairburn in ihren Grundzügen vor. Ein wichtiger Ansatz dieser Theorie ist die Erklärung, Entwicklung und Aufrechterhaltung der Essstörung. Die kognitive Verhaltenstherapie

hat in Bezug auf die Behandlung von Anorexia Nervosa eine relativ lange Tradition. Die Ursprünge liegen hier bei den klinischen Beobachtungen von Hilde Bruch, die die Wichtigkeit des Denkstils dieser Patienten betont. Bruchs Ideen wurden von Garner und Bemis (1982, 1985) erweitert und diese wiederum von Vitousek. Vitousek veränderte das bis dahin entstandene kognitive Verhaltensmodell folgendermassen: „Reduced to its essence, the cognitive-behavioural model holds that anorexic and bulimic symptoms are maintained by a characteristic set of overvalued ideas about the personal implications of body shape and weight” (Fairburn et al, 1998, S. 2). In vorliegender Arbeit wird jedoch nur auf die CBT von Fairburn genauer eingegangen.

Als Ausgangspunkt für seine Theorie nimmt Fairburn die Bulimia nervosa. Eine Behandlung wurde das erste Mal 1981 von Fairburn beschrieben. Bis 1993 das gesamte Behandlungsmanual erschien, wurden sowohl die Behandlung als auch die Theorie, auf der die Behandlung aufbaut, stets verändert und verbessert. Es wurden viele Untersuchungen gemacht, welche ermöglichten, dass 1997 die Behandlung komplett ausgearbeitet war (vgl. Fairburn et al, 2003, S. 510). Die Theorie beschäftigt sich vor allem mit den Prozessen, welche die Bulimia nervosa aufrechterhalten, und ist somit gleichzeitig relevant für Erklärung der Entwicklung der Störung. Die Theorie legt der Aufrechterhaltung von Bulimia nervosa ein disfunktionelles System des evaluierten Selbstwertes zugrunde und nennt dies die Kernpsychopathologie, da „... people with eating disorders judge themselves largely, or even exclusively, in terms of their eating habits, shape or weight (and often all three) and their ability to control them” (ebd.). Dies bedeutet konkret, dass sich Menschen, die an Bulimie leiden, auf ihre Essgewohnheiten, Körperform oder –gewicht und die Fähigkeit diese zu kontrollieren fokussieren. Diese Überevaluation und Kontrolle sind nach Fairburn sehr wichtig für die Aufrechterhaltung der Störung. Die meisten anderen klinischen Merkmale der Bulimia nervosa (extreme Gewichtskontrolle, Bodychecking, gedankliche Überbeschäftigung mit Essen, Körperform und –gewicht) können als direkt von dieser Kernpsychopathologie stammend angesehen werden. Das einzige Merkmal, welches nicht als ein direkter Ausdruck dieser Grundstörung angesehen werden kann ist das binge eating der Patienten. Die CBT schlägt vor, dass binge eating zum grössten Teil ein Ausdruck der Patienten ist ihre Nahrungsaufnahme einzuschränken (vgl. ebd.).

Im Laufe der Jahre wurde die CBT weiterentwickelt. Die neue Theorie stellt eine Erweiterung der ursprünglichen Theorie dar. Es wird vorgeschlagen, dass bei gewissen Patienten eine oder mehr der vier zusätzlichen Aufrechterhaltungsprozesse mit der Kernstörung interagieren, welche die Mechanismen aufrechterhält. Diese Interaktion stellt ein zusätzliches Hindernis für positive Veränderungen dar. Der erste dieser zusätzlichen Aufrechterhaltungsmechanismen betrifft den Einfluss von klinischem Perfektionismus (clinical perfectionism); die zweite betrifft die Wirkung von niedrigem Selbstwert (core low self-esteem), die dritte betrifft die Schwierigkeit im Umgang mit intensiven Gefühlslagen (mood intolerance), die vierte betrifft Schwierigkeiten im sozialen Umgang (interpersonal difficulties). Die alte Theorie fokussierte sich auf die Kernpsychopathologie, die neue Theorie bezieht zusätzliche Aufrechterhaltungsprozesse

mit ein (vgl. ebd, S.515). Folgend werden die Kernpsychopathologie und diese vier Aufrechterhaltungsprozesse in ihrem Kern erklärt. Um sich der Zusammenhänge dieser bewusst zu werden, wurde in Abbildung 2 ein vereinfachtes Schema der Cognitive Behaviour Theory erstellt:

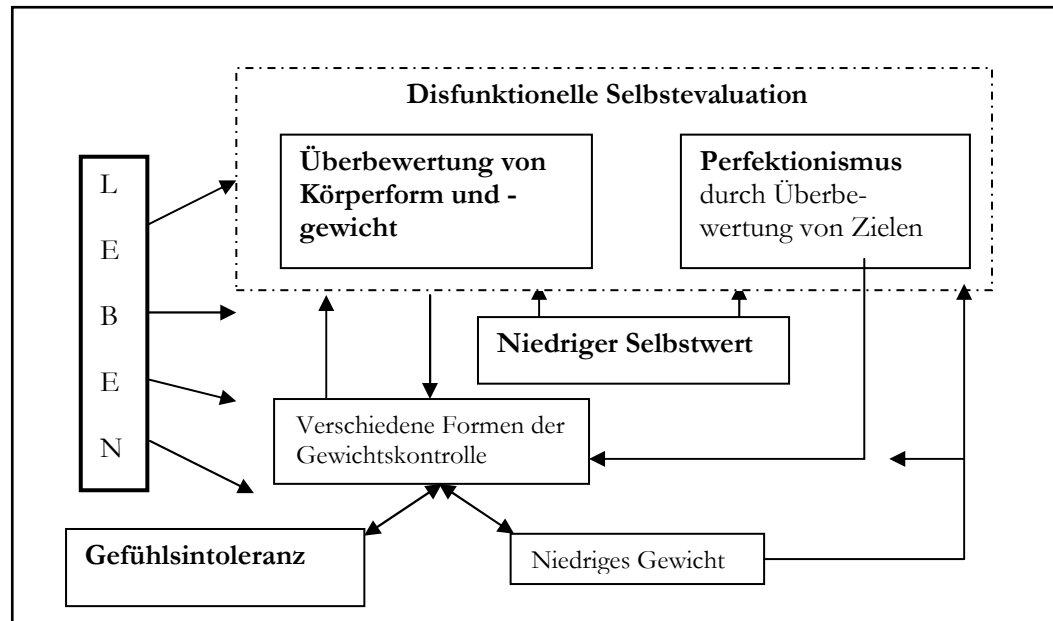


Abbildung 2: Vereinfachte schematische Darstellung der “Cognitive Behaviour Theory” nach Fairburn (vgl. Fairburn et al., 2003, S. 523)

### 2.3.1 Überbewertung von Körperform und –gewicht

Dieser Punkt wurde bereits im letzten Abschnitt besprochen, deswegen folgt an dieser Stelle eine kurze Zusammenfassung der wichtigsten Punkte. Die Kernpsychopathologie von Essstörungen liegt in einem disfunktionellen System des evaluierten Selbstwertes und äussert sich in der Überbewertung von Körperform und –gewicht. Menschen mit Essstörungen fokussieren sich und ihr Leben auf ihre Esssgewohnheiten, Körperform und –gewicht. Diese Überevaluation äussert sich in einer Kontrolle, welche nach Fairburn wichtig für die Aufrechterhaltung der Störung ist.

### 2.3.2 Perfektionismus

Mit klinischem Perfektionismus ist „perfectionism of clinical significance“ (Fairburn et al, 2003, S. 515) gemeint, das bedeutet eine Überbewertung des Zielstrebens nach selbstaufgestellten Standards trotz ungünstigen Voraussetzungen und Folgen. Die Prävalenz des klinischen Perfektionismus bei Essstörungen ist hoch (vgl ebd, S. 516). Die Verbindung dieses Perfektionismus und der Kernpsychopathologie beschreibt Fairburn folgendermassen: “(...) we suggest that at the heart of the psychopathology of clinical perfectionism is a system for self-evaluation in which self-worth is judged largely on the basis of striving to achieve demanding goals and success at meeting them” (ebd, S. 515). Das überbewertete Zielstreben kann zu einer ausgeprägten Form der Selbstkritik führen. Die Betroffenen setzen sich selbst unrealistische Standards in Bezug auf ihr

Essen, Körperform und -gewicht und dessen Kontrolle, und wenn sie diese nicht einhalten können, sehen sie sich selbst als Versager, anstatt zuzugeben, dass ihre Standards zu streng sind. Das Resultat hieraus ist sekundäre negative Selbstevaluation. Auch diese hält die Essstörung aufrecht und hält gleichzeitig die Patienten dazu an, ihre Ziele in den Bereichen ihres Lebens zu erreichen, welche für sie am meisten wichtig ist. „In this way a further vicious circle serves to maintain the eating disorder“ (ebd., S. 512).

### 2.3.3 Geringer Selbstwert

Der niedrige Selbstwert von Patienten mit Bulimia nervosa kann bei den meisten als Resultat des Nichterreichens der gesetzten Ziele angesehen werden. Allerdings gibt es eine Gruppe von Bulimikerinnen, „(...) that has more global negative view of themselves“ (Fairburn et al, 2003, S. 516). Diese generelle negative Selbstbewertung ist Teil ihrer Identität. Der niedrige Selbstwert blockiert Veränderungen generell. „First it creates in patients hopelessness about their capacity to change, (...) and second, it results in them pursuing, with particular determination, achievement in their valued domains (...) thereby making change in these areas all the more difficult“ (ebd, S. 517). Patienten mit einem solchen niedrigen Selbstwert reagieren in der Regel schlecht auf Behandlungen.

### 2.3.4 Gefühlsintoleranz

Eine Untergruppe von Patienten mit Essstörungen ist von der „mood intolerance“ betroffen, was als eine Unfähigkeit im Umgang mit gewissen Gefühlslagen beschrieben werden kann. Diese Unfähigkeit betrifft meistens negative Gefühle wie beispielsweise Wut, Angst oder Depression, jedoch kann auch eine allgemeine Unfähigkeit im Umgang mit Gefühlen (inklusive positive) vorkommen. Anstatt Veränderungen in Gefühlslagen zu akzeptieren und mit diesen umzugehen, „(...) these patients engage in what may be termed „dysfunctional mood modulatory behaviour“ (Fairburn et al, 2003, S. 517). Dieses Verhalten reduziert das Bewusstsein für Gefühle und neutralisiert diese auf Kosten der eigenen Person in Form von Selbstverletzung oder auch Substanzmissbrauch. Diese beiden Verhaltensweisen kommen häufig unter Patienten mit Essstörungen vor. “Among these patients (i.e., those with an eating disorder and mood intolerance), such forms of behaviour (i.e., binge eating, vomiting, intense exercising) can become habitual means of mood modulation” (ebd.).

### 2.3.5 Soziale Schwierigkeiten

Hierbei geht es um die persönlichen Umstände, welche zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen können. Beispielsweise intensivieren Spannungen in der Familie häufig den Widerstand zu Essen. Dieses Verhalten kann als ein Versuch Kontrolle zu behalten angesehen werden. Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Bereich können sich auf die verschiedensten Bereiche auswirken, so beispielsweise auch auf das Selbstwertgefühl. “There can be no doubt that interpersonal processes contribute in a variety of ways to the maintenance of eating disorders” (Fairburn et al, 2003, S. 518). Generell ist es

wichtig, dass bei einer Behandlung die persönlichen Umstände des Patienten beachtet und gegebenenfalls verändert werden. “In summary, there are good reasons to think that interpersonal difficulties can perpetuate eating disorders, and there is evidence that their resolution facilities change” (ebd, S. 519).

## **2.4 Transdiagnostische Perspektive**

Rückblickend bilden zwei Punkte die entscheidende Voraussetzung für die transdiagnostische Perspektive. Einerseits geht es hierbei um die vielen Gemeinsamkeiten der Essstörungen AN, BN und EDNOS (vgl. Kapitel 2.2) und dass diese Patienten sich mit der Zeit zwischen den Diagnosen hin und herbewegen. Andererseits ist die Quintessenz des vorangehenden Abschnitts, dass AN, BN und EDNOS die gleiche bezeichnende Psychopathologie teilen. “These two characteristics, together with the clinical observation that shared clinical features tend to be maintained by similar psychopathological processes, suggest that common mechanisms are involved in the persistence of bulimia nervosa, anorexia nervosa and the atypical eating disorders” (Fairburn et al, 2003, S. 520). Aufgrund der Gemeinsamkeiten erweitert Fairburn die Aufrechterhaltungsprozesse und die Kernpsychopathologie von Bulimia nervosa auf die Anorexia Nervosa und die EDNOS: “Thus, each of the four additional sets of maintaining processes specified in the broader conceptualisation of bulimia nervosa is also likely to operate among subgroups of patients with anorexia nervosa. And again, in our experience, the same applies in precisely the same way to subgroups of patients with atypical eating disorders” (ebd., S. 522).

Natürlich gibt es auch Unterschiede zwischen den drei Typen von Essstörungen. Beispielsweise ist der klinische Perfektionismus bekannter bei Anorexia nervosa als bei Bulimia nervosa, was teilweise eine Erklärung für den „grösseren Erfolg“ der Nahrungsverweigerung bei diesen Patienten sein kann. Vor allem in chronischen Fällen von Anorexia nervosa erscheint ein geringer Selbstwert häufiger; dies ist gleichzeitig ein wichtiger Aufrechterhaltungsfaktor für die Störung. Im Gegensatz hierzu ist die Gefühlsintoleranz weniger typisch für Patienten mit Anorexia nervosa. Zwischenmenschliche Schwierigkeiten dagegen sind häufig bei Anorexia nervosa, sowohl familiär als auch unter Kollegen (vgl. ebd., S. 521f.).

Die Kernpsychopathologie ist nach Fairburn und seiner CBT die durch das disfunktionelle System des evaluierten Selbstwertes der Patienten resultierende Überbewertung von Körperform und -gewicht. „Anorexia nervosa and bulimia nervosa are united by a distinctive core psychopathology, which is essentially the same in female and male individuals; patients overevaluate their shape and weight. (...) patients with anorexia nervosa or bulimia nervosa judge their self-worth largely, or even exclusively, in terms of their shape and weight and their ability to control them” (Fairburn & Harrison, 2003, S 407). Unter den drei genannten Typen von Essstörungen gibt es weit mehr Gemeinsamkeiten als Unterschiede. Deswegen plädiert Fairburn für “(...) a single unitary diagnostic category ‘eating disorder’ embracing anorexia nervosa, bulimia nervosa

and eating disorder NOS without any subdivisions” (Fairburn & Bohn, 2005, S. 697). Diese transdiagnostische Perspektive ist vor allem für die Behandlung und den Umgang mit Patienten mit Essstörungen wichtig, da davon ausgegangen werden kann, dass die Formen der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der EDNOS auf die gleiche Kernpsychopathologie und die selben Aufrechterhaltungsprozesse zurückgeführt werden können. Zur CBT wurde auch eine Behandlung entwickelt, welche im Kapitel 5.1 vorgestellt wird. Diese eine Kategorie würde eine Behandlung vereinfachen, da diese auf eine Behandlung der Grundstörung abzielt. Diese transdiagnostische Sicht wird in der hier vorliegenden Arbeit übernommen und als Ausgangspunkt für weitere Erklärungen genommen. Wenn im folgenden also von Essstörungen gesprochen wird, ist immer die Rede von Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und EDNOS. Zur Kernpsychopathologie allerdings wird im nächsten Kapitel eine andere Sichtweise vorgeschlagen.

## 2.5 Kernpsychopathologie von Essstörungen

In diesem Kapitel geht es um die Kernpsychopathologie von Essstörungen. Im letzten Kapitel wurde die Sicht von Fairburn erklärt, der davon ausgeht, dass die Überbewertung von Körperform und –gewicht die Kernpsychopathologie der Essstörungen (AN, BN und EDNOS) darstellt. Trotz der vielen Erfolge der auf der kognitiven Verhaltenstherapie aufbauenden Behandlung, „(...) there are still many with bulimia nervosa who do not benefit from it (...)” (Waller & Kennerley, 2005, S. 124). „There is clearly a need to understand why CBT does not induce remission or symptom reduction in a large number of bulimics, and this may require consideration of the sufficiency of existing cognitive-behaviour models that have been applied to bulimia (...)” (ebd., S. 123). Diese Arbeit will eine mögliche Antwort darauf geben, warum nicht mehr Menschen mit Essstörungen von dieser und anderen Therapien geheilt werden können. In der vorliegenden Arbeit wird die Ansicht vertreten, dass alle Essstörungen unter einer transdiagnostischen Perspektive betrachtet werden können und dass diesen eine gemeinsame Kernpsychopathologie zugrunde gelegt werden kann. Allerdings liegt diese Kernpsychopathologie nicht wie Fairburn sagt im disfunktionellen System des evaluierten Selbstwertes und der daraus resultierenden Überbewertung von Körperform und –gewicht. Diese Antwort greift zu kurz.

Die Arbeitshypothese des vorliegenden Theorieteils ist, dass die Kernpsychopathologie der Essstörungen in der mangelnden Affektregulationskompetenz der Patienten liegt.

Um erklären zu können, was genau damit gemeint ist, muss zuerst etwas ausgeholt werden. Im folgenden Kapitel wird die PSI-Theorie von Julius Kuhl vorgestellt, die die Rolle von Affekten und ihre Regulation in Bezug auf die Entstehung von Krankheiten erklärt. Erst wenn die Wichtigkeit der Affekte und deren Regulation vorgestellt wurde, kann ein Schritt weiter gegangen werden. Nach dem folgenden Kapitel geht es entsprechend darum, die Verbindung von der Theorien und Modelle von Fairburn und

Kuhl herzustellen (Kapitel 4). Es werden Entwicklungspsychologische Determinanten der Entstehung von Essstörungen unter einer transdiagnostischen Perspektive vorgestellt.



### 3. Persönlichkeitspsychologie

In diesem Kapitel soll ein Überblick über die Persönlichkeitspsychologie von Julius Kuhl gegeben werden. In Kapitel 4 wird die Verbindung zu Essstörungen hergestellt, hier geht es nun vorerst um ein generelles Grundverständnis. In einem ersten Teil (Kapitel 3.1) wird die Persönlichkeits-System-Theorie nach Kuhl vorgestellt, die eine integrative Persönlichkeitstheorie ist. Dabei soll Verhalten und Erleben aus dem Zusammenspiel von vier Funktionssystemen und dadurch der Begriff der Persönlichkeit erklärt werden. Es werden diese vier Systeme und zwei Formen der Selbststeuerung vorgestellt. In Kapitel 3.2 wird auf die Affektmodulation dieser vier Funktionssysteme eingegangen bzw. wird erklärt, wie Affekte unser Verhalten beeinflussen und steuern können. Kapitel 3.3 geht auf die Persönlichkeitsentwicklung nach Kuhl ein. Diese hängt einerseits von der Primärpersönlichkeit und andererseits von den Entwicklungsbedingungen ab.

#### 3.1 Die PSI-Theorie nach Kuhl

Die Persönlichkeits-System-Interaktion-Theorie (PSI-Theorie) von Julius Kuhl ist eine integrative Persönlichkeitstheorie auf der Grundlage der experimentellen Psychologie und der Neurobiologie, welche in verschiedenen Bereichen Erklärungen für die Praxis liefern kann. Sie postuliert vier verschiedene Systeme, die für persönlichkeitsrelevante Funktionen besonders wichtig sind. Kuhl (2001a) beabsichtigt mit seiner Theorie, Verhalten und Erleben aus dem Zusammenspiel dieser vier Systeme und dadurch den Begriff der Persönlichkeit zu erklären. Kuhl geht davon aus, „(...) dass aus der Art und Weise wie die Affekte die Kommunikation zwischen kognitiven Systemen modulieren, zahlreiche Phänomene, die wir mit dem Begriff Persönlichkeit verbinden, auf einfache Weise erklärt werden können“ (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 230). Die vier Systeme ergeben sich aus einer langen Tradition geistes- und psychologiegeschichtlicher Unterscheidungen zwischen ganzheitlicher Intuition und analytischem Denken. Die PSI-Theorie erweitert diese Ansätze und unterscheidet zwei verschiedene Formen von Intuition und zwei Formen von analytischer Verarbeitung.

Die elementaren Systeme der Wahrnehmung und Verhaltenssteuerung sind das Objekterkennungssystem (OES) und die intuitive Verhaltenssteuerung (IVS). Das OES „(...) dient der Wahrnehmung und der (Wieder-)erkennen von Objekten. In negativen Gefühlslagen ist dieses System mit einer inkongruenzorientierten und konfliktsensitiven Form der Aufmerksamkeit verknüpft“ (ebd., S. 231). Es separiert Wiedererkennbares aus dem Kontext und verwertet Rückmeldungen nur in Bezug auf die definierten Ziele. Diese Dekontextualisierung kann dazu führen, dass ein OES-dominanter Mensch stark in Schwarz-Weiss-Kategorien denkt; Abweichungen vom Vertrauten werden minutiös registriert und zu vermeiden versucht (vgl. Kuhl, 2002, S. 10). Die IVS steuert ohne bewusste Repräsentation automatisierter Handlungen, die hinreichend gut gelernt wurden. Die Wahrnehmungsfunktion der intuitiven Verhaltenssteuerung ist dem Objekterkennungssystem bei z.B. unvertrauten oder unscharfen Reizen überlegen, während das OES für klare, direkte Inputs optimiert ist (vgl. ebd., S. 11).

Die hochinferenten Systeme (= verlangen eine Interpretation vom Beobachter) der Wahrnehmung und Verhaltenssteuerung sind das analytische Denken, das mit einem expliziten Gedächtnis für konkrete Ziele und Handlungsintentionen vernetzt ist (Intentionsgedächtnis), und das ganzheitliche Fühlen, das zu jedem Ziel und jedem Erlebnis eine Vielzahl auch sehr entfernter Assoziationen bereitstellt (Extensionsgedächtnis). Das Intentionsgedächtnis (IG) speichert anstehende, jedoch nicht sofort ausführbare Handlungssequenzen so lange, bis diese Handlung ausgeführt worden ist. Das IG ist mit einer Hemmungskomponente verknüpft, die ein verfrühtes Handeln unterbindet (vgl. Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 230f.). Im Extensionsgedächtnis (EG) werden aus vielen Einzelerlebnissen kognitiv-emotionale Landkarten zusammengesetzt. Die kognitiv-emotionalen Überblickskarten erfassen nicht nur die Aussen-, sondern auch die Innenwelt, also Selbstwahrnehmung, Gefühle, Bedürfnisse und Motive (vgl. ebd., S. 231). Durch die Integration des ganzheitlichen Fühlens von Gefühlen, persönlichen Erlebnissen, Werten und Bedürfnissen der Person kann das Selbst als ein Teil dieses Systems aufgefasst werden. Somit ist das EG wichtig für die Selbststeuerung der Persönlichkeit, da es an der Regulation von Emotionen beteiligt ist (vgl. ebd.).

Zwischen dem Objekterkennungssystem und dem Extensionsgedächtnis findet ein reger Austausch statt, da das OES dem EG die Einzelerfahrung liefert, welche im EG zusammen mit vielen autobiographischen Erlebnissen zu umfassenden Karten integriert werden. Es werden neue Objekte mit den Erwartungen und Erfahrungen aus dem Extensionsgedächtnis verglichen und abgespeichert (vgl. ebd.). Menschen können nach dem bevorzugten Einsetzten eines dieser vier Systeme unterschieden werden. Liegt beispielsweise eine Dominanz des IG vor, wird von einem einseitigen Denktyp gesprochen, der gerne konkrete Absichten bildet und dadurch sehr zielstrebig ist. Bei der Verfehlung eines Ziels wäre ein Umschalten auf das EG notwendig, um andere Ziele oder Handlungsmöglichkeiten wahrnehmen zu können; dieses Umschalten gelingt solch zielstrebigem Personen häufig nicht, was sie rigider macht (vgl. Kuhl, 2002, S. 11). Detailliebende Personen bevorzugen hingegen das Objekterkennungssystem, das IVS wird beim intuitiven Typ bevorzugt eingesetzt (vgl. Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 232).

Wichtig für das weitere Verständnis ist, dass an dieser Stelle die zentralen Begriffe der Selbststeuerung vorgestellt werden, welche einen Einfluss darauf haben, ob der eigene Wille umgesetzt wird oder nicht. Dies hängt einerseits von den vorgestellten Funktionssystemen und ihren Dominanzen ab, andererseits aber auch vom Zugriff auf Selbststeuerungskomponenten. Die Selbststeuerungskomponenten werden anhand von Lage- vs. Handlungsorientierung untersucht. Dabei geht es darum, „(...) wie leicht oder schwer es fällt, Entscheidungen zu fällen und entsprechende Absichten umzusetzen (prospektive Handlungs- versus Lageorientierung: HOP/LOP) bzw. wie leicht oder schwer es fällt, nach Misserfolgen oder in bedrohlichen Situationen aversive Gefühle und Gedanken zu kontrollieren, d.h., sich handlungsorientiert mit der Bedrohung auseinanderzusetzen, statt sie lageorientiert zu ertragen (Handlungs- versus Lageorientierung nach Misserfolg: HOM/LOM)“ (Kuhl, 2001a, S. 212f.). Wichtig ist an

dieser Stelle auch die Unterscheidung von zwei Selbststeuerungsformen: Die *Selbstregulation* ist eine demokratische Selbststeuerung, die eine Form des Willens beschreibt, „(...) bei der die volitionale Führung ‚auf viele Stimmen hört‘ (Gefühle, Präferenzen, Einstellungen, Wissensbestände, Deutungsmöglichkeiten) und dann viele Subsysteme (Temperament, Affekt, Kognition, Bewusstsein) wirksam [...] veranlasst, die aktuelle Entscheidung mitzutragen“ (ebd., S. 134). Bei der *Selbstkontrolle* handelt es sich um eine autoritäre Form der Selbststeuerung, die Prozesse unterdrückt, „(...) die die aktuelle Absicht nicht unterstützen (einschliesslich absichtswidriger Selbstaspekte), verfügt damit über ein stark verengtes Spektrum an positiven emotionalen Ressourcen (die nur bei einem umfassenden Selbstzugang verfügbar wären) und kann deshalb die aktuelle Absicht nur unter relativ hohem Anstrengungsaufwand durchsetzen [...]“ (ebd.). Im nächsten Kapitel werden zwei Modalitätsannahmen dargestellt, mit deren Hilfe Kuhl erklärt, wie Affekte die Funktionssysteme beeinflussen und steuern.

### 3.2 Affektmodulation der vier Funktionssysteme

„Gemäss der Modalitätsannahmen der PSI-Theorie können die Dominanzverhältnisse der vier kognitiven Systeme durch Stimmungen und Affekte beeinflusst werden. Je nachdem, ob die vorliegende Stimmung positiv oder negativ ist und ob ein Affekt stark angeregt oder gehemmt ist, ist der Zugang zu diesen Systemen gebahnt oder gehemmt“ (Fröhlich & Kuhl, 2003, S. 231). Den Theoriekern der PSI-Theorie und der damit gekoppelten Affektmodulation bilden die Modalitätsannahmen erster und zweiter Ordnung:

#### 1. Modalitätsannahme:

Die Hemmung positiven Affekts [d.h. der Übergang von A1 nach A(+)] aktiviert das Intentionsgedächtnis und hemmt seine Verbindung mit der intuitiven Verhaltenssteuerung. Die Aufhebung der Hemmung positiven Affekts (z.B. nach Konfrontation mit Schwierigkeiten oder Frustrationen) bahnt die Verbindung zwischen Intentionsgedächtnis (IG) und intuitiver Verhaltenssteuerung (IVS), so dass schwierige Absichten stärker unterstützt werden als einfache Routinen (vgl. Kuhl, 2002, S. 13).

## 2. Modalitätsannahme:

Negativer Affekt hemmt die Verbindung zwischen Extensionsgedächtnis (EG) und Objekterkennung (OES), so dass einzelne Objektwahrnehmungen auch dann persevieren können, wenn sie nicht zu den aktuellen Wünschen, Zielen oder anderen Selbstaspekten passen (ungewolltes Grübeln). Die Herabregulierung des negativen Affekts [A(-)] bahnt die Verbindung zwischen diesen beiden Systemen, so dass die Vereinbarkeit neuer Erfahrungen mit dem Selbst extensiv geprüft werden, Ungewolltes gehemmt und Selbstkompatibles integriert werden kann (vgl. Kuhl, 2002, S. 18).

„Eine zentrale Annahme der PSI-Theorie besagt, dass psychische Systeme sich je nach situativen Anforderungen immer wieder neu konfigurieren“ (Kuhl, 2002, S. 25). Bei Betrachtung der Modalitätsannahmen wird deutlich, dass hierbei der Einfluss eines positiven/negativen Affekts eine entscheidende Rolle spielt. Wenn beispielsweise das spontane Zugehen auf ein Objekt, welches durch die Aktivierung des IVS und den positiven Affekt vermittelt ist, durch eine Hindernis verhindert wird [A(+) → IG] und dies als schmerzhaft erlebt wird (A- → OES), geht dieses IVS in eine Koalition zwischen der OES und dem IG über. Durch die Einschaltung des OES kann das Problem/Hindernis genauer aufgespürt werden und darauf aufbauend kann ein Zwischenziel vom IG erstellt werden, um das Hindernis zu Überwinden. Dieser Übergang vom IVS zum OES mit Partizipation des IG fällt manchen Menschen leichter als anderen (vgl. ebd.). Wie und warum aber entstehen Affekte? Ursache für einen Affekt ist nach der PSI-Theorie die Befriedigungsbilanz von Bedürfnissen, wobei die drei populärsten wohl das Leistungs-, das Beziehungs- und das Durchsetzungsbedürfnis sind. Die Befriedigungsbilanz wiederum hängt davon ab „(...) wie sehr unbewusste (‘subkognitive’ und ‘subaffektive’) Bedürfnisse mit den vier Informationsverarbeitungssystemen vernetzt sind (Kuhl/Kaschel, 2004, S. 64).

### 3.2.1 Hemmung positiven Affekts (1. Modalitätsannahme)

In Bezug auf die 1. Modalitätsannahme führt die Konfrontation mit schwierigen, frustrierenden oder auch monotonen Aufgaben zu einer Hemmung positiven Affekts. Kann die Person die Hemmung nicht selbstgesteuert wieder aufnehmen (lageorientiert, siehe Kapitel 3.3.3) und gibt es auch keine externe Unterstützung, die den positiven Affekt wiederherstellt, dann bleibt die Verbindung zwischen dem Absichtsgedächtnis (IG) und der intuitiven Verhaltenssteuerung (IVS) gehemmt. Die eigenen Absichten sind dadurch nicht ohne weiteres ausführbar, obwohl das IVS selbst nicht gehemmt ist. Externe Reize, Instruktionen oder fremde Erwartungen können das IVS direkt aktivieren, wenn sie die vorhandenen Verhaltensroutinen ansprechen. Geschieht das, führt die Hemmung der IG-IVS-Verbindung zu einer gesteigerten Fremdsteuerbarkeit

des Verhaltens (Introjektionsbereitschaft, Konformität, manifeste Alienation) (vgl. Kuhl, 2002, S. 13). Die latente und manifeste Alienation werden zu einem späteren Zeitpunkt in Kapitel 4.3 vorgestellt.

Kuhl entwickelte ein Modell, das die neurobiologischen Grundlagen des 1. Modalitätsmechanismus skizziert. Es geht hierbei um die konkrete Vorstellung der durch den Affektwechsel gesteuerten Kommunikation zwischen dem IG und dem IVS. Diese findet über die Kommunikation der Grosshirnhemisphären statt, d.h. von der linken (IG) in die rechte Hemisphäre, die für die Aufmerksamkeitskomponente der IVS bei konkreten Handlungen wichtig ist, da sie eine Bewegung im Raum und somit eine attentionale Orientierung im Raum ermöglicht. Die Kommunikation der beiden Hemisphären ist bei etwa gleich starker Aktivierung gegeben. Wenn auch nur eine der beiden gehemmt ist, ist der Informationsaustausch negativ beeinflusst. Jeder Affektwechsel bietet ein Zeitfenster etwa gleicher Aktivierung der beiden Hemisphären. Ausserhalb dieses Zeitfensters findet eine kontralaterale Hemmung der beiden Hemisphären statt. „Wenn bei Hemmung positiven Affekts die linke und bei Bahnung positiven Affekts die rechte Hemisphäre aktiviert wird, muss eine etwa gleichstarke Aktivierung beider Hemisphären irgendwann im Verlaufe des Übergangs zwischen diesen beiden Zuständen auftreten“ (ebd., S. 15). Dieses Systemkonditionierungsmodell geht also davon aus, dass ähnlich der klassischen Konditionierung Systeme miteinander verknüpft werden können. Voraussetzung ist, dass die zu verknüpfenden Systeme innerhalb eines Zeitfensters aktiviert werden. Diese Umschaltfähigkeit kann auch als Selbstmotivierung bezeichnet werden. Für die Praxis bedeutet dies, dass es zur Entwicklung der hier besprochenen Umschaltfähigkeit (Selbstmotivierung) wichtig ist, dass der Interaktionspartner (z.B. Mutter, Vater, Therapeut) erst dann positive Gefühle weckt, wenn das Selbstsystem aktiv ist. Damit also beispielsweise ein Kind lernt sich selbst zu motivieren, darf die Erweckung positiver Gefühle nur gerade in dem Moment erfolgen, wenn das Kind seine Frustration äussert (vgl. ebd., S. 16).

### 3.2.2 Herabregulierung negativen Affekts (2. Modalitätsannahme)

In Bezug auf die 2. Modalitätsannahme geht es um das Wahrnehmen eigener Präferenzen (oder anderer Selbstaspekte), welches eine Kommunikation zwischen dem Extensionsgedächtnis und der Objekterkennung erfordert. Die Einschätzung eines neuen, unvertrauten Objektes (Person, Gegenstand, Gefühl) in Bezug auf die eigenen Bedürfnisse, Werte und Erfahrungen, erfordert die Verbindung des OES mit dem EG. Neue Objekte können mehr oder weniger starken Affekt auslösen. Dieser negative Affekt ist der Person nicht immer bewusst. Bleibt dieser bestehen, kann die Person gar nicht beurteilen, ob das Objekt mit den eigenen Präferenzen in Einklang zu bringen ist. Negativer Affekt erschwert in der Regel die Wahrnehmung eigener Präferenzen und somit die Kommunikation mit dem EG. So kann es leicht zur kategorischen Ablehnung alles Neuen oder Andersartigen kommen, wenn es der Person nicht gelingt, den negativen Affekt unter Beteiligung des Selbstsystems herabzuregulieren. Dabei ist es egal, ob der negative Affekt durch das neue Objekt ausgelöst wurde oder andere Ursachen hat

(vgl. Kuhl, 2002, S. 17). Im neurobiologischen Modell von Kuhl bedeutet dies, dass der Schalter zwischen dem Extensionsgedächtnis und der Objekterkennung durch sehr starken negativen Affekt geöffnet ist. Die erwähnte Umschaltfähigkeit, welche zur Überprüfung der eigenen Präferenzen nötig wäre, ist gehemmt. Kategorisches Ablehnen von Fremdem würde demnach nur scheinbar dem Selbsterhalt dienen. „In Wahrheit führt es aufgrund der ständigen Umgehung der „Selbstkompatibilitätsprüfung“ (bei offenen Schalter zwischen EG und OES) zu einer fortschreitenden Entfremdung von den eigenen Gefühlen und Präferenzen“ (ebd., S. 18). Mit dieser Erklärung kann die PSI-Theorie das Verständnis von Phänomenen verbessern, die von der Durchführung oder dem Ergebnis einer Selbstkompatibilitätsprüfung abhängen. Zur Selbstkompatibilitätsprüfung gehören die Wirkung einstellungswidriger Kommunikationen, das Ausmass der Identifikation mit und die Integration von Zielen und die Wirkung von Rückmeldungen über die Diskrepanzen zwischen eigenen Standards und dem eigenen Verhalten. In negativer Stimmung speist das OES ausgerechnet solche Wahrnehmungen in das bewusste Erleben, die nicht zu den eigenen Erwartungen und Zielen passen, wie sie im EG repräsentiert sind. Geschieht dies, fällt die Person in ein unkontrollierbares Grübeln, welches zu ungewollten Gedanken und Gefühlen führt, die eine Konzentration auf das aktuell Wesentliche und Machbare erschweren. Um dieses Grübeln zu stoppen muss ein Kontakt zwischen dem EG und dem OES hergestellt werden. „Gemäss der 2. Modulationsannahme (= Modalitätsannahme; Anmerkung der Autorin) wird dieser Kontakt durch die selbstgesteuerte Herabregulierung negativen Affekts ermöglicht“ (ebd., S. 19). Damit Handlungsabläufe auch dann deaktiviert werden können, wenn sie nicht exakt mit dem bewusst repräsentierten Ziel (im IG) übereinstimmen, ist es extrem wichtig, dass Rückmeldungen über erzielte Handlungsergebnisse in das EG eingespeist werden: „Nur das EG ist in der Lage zu registrieren, dass ein erzieltes Handlungsergebnis (...) ausreicht, auch wenn es nicht exakt so ist, wie es vielleicht bewusst oder unbewusst antizipiert war (...)“ (Kuhl, 2001b, S. 84). Geschieht diese Rückkopplung an das EG nicht und wird es durch beispielsweise negativen Affekt (der nicht herabreguliert werden kann) blockiert, so können sinnlose Handlungen nicht abgestellt werden. Das EG vermittelt nämlich ein Gefühl von Sinn und Unsinn einer Handlung. Mit anderen Worten: Allein positiver Affekt reicht nicht aus, um geplante Handlungen umzusetzen. Dann würde nur die intuitive Verhaltenssteuerung aktiv sein. Es ist zwingend notwendig, dass durch herabregulierten negativen Affekt das Intentionsgedächtnis gebahnt wird, um überhaupt planen zu können und dann über den (wieder)hergestellten positiven Affekt mit der intuitiven Verhaltenssteuerung kommunizieren zu können. Dort bedarf es auch eines Wechsels des Affekts und damit der Aktivierung, um eine Kommunikation zwischen Extensionsgedächtnis und Objekterkennungssystem zu ermöglichen.

### 3.3 Persönlichkeitsentwicklung

Um die Persönlichkeit eines Menschen erklären zu können, liefert die PSI-Theorie und die damit verbundene Affektregulation der vier Funktionssysteme einen grossen Beitrag. In diesem Kapitel soll geklärt werden, welche Einflüsse auf die Entwicklung der Persönlichkeit einwirken und somit Einfluss auf die Dominanzverteilung bzw. das ausgeglichene Funktionieren der Systeme haben. Dazu werden in einem ersten Teil der Temperamentsbegriff und die Primärpersönlichkeit betrachtet. Es wird davon ausgegangen, dass Menschen mit gewissen genetischen Dispositionen geboren werden und diese die Belohnungs- bzw. Bestrafungssensitivität beeinflussen und dadurch den Umgang mit positiven bzw. negativen Affekten beeinflussen. In einem zweiten Teil soll betrachtet werden, welchen Einfluss gewisse Entwicklungsbedingungen auf den Umgang mit positiven bzw. negativen Affekten haben. Im letzten Teil wird auf Aspekte der Selbststeuerung eingegangen. Dabei geht es konkret um Prozesse der Handlungskontrolle, welche durch die Konstrukte der Handlungs- und Lageorientierung beschrieben werden.

#### 3.3.1 Primärpersönlichkeit: Eine Frage des Temperaments?

Mit dem Begriff des Temperaments bezeichnet Kuhl Motivationsformen, die „(...) ganz global, d.h. relativ unabhängig von den überdauernden Anreizqualitäten konkreter Objekte, die Aufsuchungsbereitschaft (globale motorische Aktivierbarkeit), bzw. die Sensibilisierung für potentielle Gefahrensignale (diskrepanz-sensitive sensorische Erregbarkeit) und damit die Meidungsbereitschaft erhöhen“ (Kuhl, 2001a, S. 108). Im Hinblick auf diese Definition kann Temperament als etwas Angeborenes (Primärpersönlichkeit) betrachtet werden. Gemeint sind hier individuelle Unterschiede, mit der Neugeborene auf Umgebungsreize reagieren, also beispielsweise eine erhöhte Irritierbarkeit, motorische Unruhe oder Gelassenheit (vgl. ebd., S. 358). Bei Untersuchungen zum Bindungsverhalten konnte herausgefunden werden, dass Neugeborene, die eine geringe Orientierungsfähigkeit bzw. höhere Irritierbarkeit zeigten, später einen unsicher-vermeidenden bzw. unsicher-ambivalenten Bindungsstil entwickelten (vgl. ebd., S. 98f.). Wichtig für das weitere Verständnis ist, dass klar zwischen Temperament und Affekten unterschieden wird. Dieser Unterschied wird bei der Betrachtung der Bindung von Affekten an bestimmte Objekte deutlich. Das Temperament hat eine intensivierende Wirkung auf die Stärke der Kopplung eines Affekts an eine Objektrepräsentation. Diese stärkere Kopplung durch die Anteilnahme des Temperaments bewirkt ein anderes Verhalten gegenüber dem Objekt (vgl. ebd., S. 360).

Des Weiteren ist in der Definition des Temperaments von Kuhl die Rede von einer globalen Intensivierung sämtlicher psychischer Prozesse. Damit ist u.a. gemeint, dass das Temperament einen Einfluss auf die Intensivierung von positiven und negativen Affekten hat. Die Rede ist hier von Belohnungs- und Bestrafungssensitivität. Für die Einführung der Begriffe der Belohnungs- und Bestrafungssensitivität wird von Kuhl auf die Begriffe Extraversion und Neurotizismus als Temperamentskonstrukte

zurückgegriffen. Extraversion ist nach der Theorie Eysenecks (1967) „(...) durch eine weitgehend genetisch determinierte Senkung der allgemeinen Erregbarkeit definiert (verbunden mit einer Steigerung der motorischen Aktivierbarkeit)“ (Kuhl, 2001a, S. 359). Extravertierte versuchen also durch die ständige Reizsuche auf das optimale mittlere Erregungsniveau zu kommen. Hingegen bezeichnet die Persönlichkeitsdimension des Neurotizismus die Leichtigkeit in einen negativen Affekt hineinzukommen. Diese Leichtigkeit wird auch „Sensibilität“ genannt. Bei Extraversion und Neurotizismus handelt es sich also um „temperamentsbedingte“ Quellen der Handlungsbereitschaft (vgl. ebd., S. 213). Extraversion ist in dem System der Belohnungs- und Bestrafungssensitivität durch „(...) die Kombination von hoher Impulsivität und niedriger Ängstlichkeit charakterisiert, während Neurotizismus durch hohe Impulsivität und hohe Ängstlichkeit charakterisiert ist, also im Grunde eine Konfundierung zweier Basismechanismen darstellt“ (ebd., S. 432). Diese Konfundierung beschreibt Formen der Stress- und Belastungsbewältigung. Im Falle der Extraversion bedeutet dies, dass in Stress- oder Belastungsmomenten die Aktivierung gesteigert und die Erregung gesenkt wird (vgl. ebd., S. 433). Wenn im Folgenden von Extraversion gesprochen wird, ist die Belohnungssensitivität gemeint (und umgekehrt), wird Neurotizismus genannt, so ist die Bestrafungssensitivität gemeint (und umgekehrt). Mit der Aktivierung ist die motorische, aufsuchungsbahnende, intuitive Steuerung gemeint; mit Erregung wird eine ursprünglich stärker meidungsorientierte sensorische Erregbarkeit für das Objekterkennungssystem bezeichnet (vgl. ebd., S. 363). In der folgenden Abbildung wird diese Temperamentsannahme von Kuhl bildlich dargestellt. Dabei wird davon ausgegangen, dass Temperament sich nur auf die beiden elementaren Systeme (OES und IVS) auswirkt.

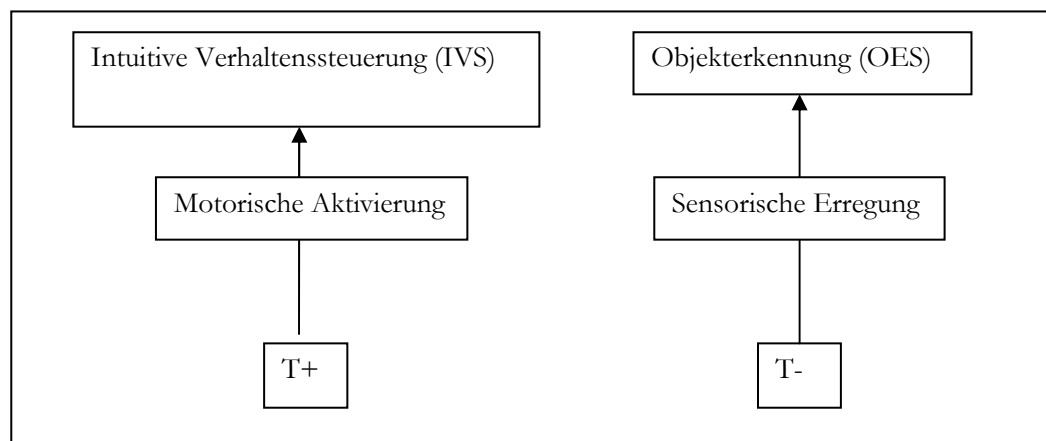


Abbildung 3: Einfluss des Temperaments auf Bevorzugung von Funktionssystemen (vgl. Kuhl, 2001a, S. 364)

Wie gezeigt werden konnte, darf von einer anlagebedingten oder pränatalen Primärkonfiguration des Belohnungs- und Bestrafungssystems ausgegangen werden. Das Temperament bezeichnet grundlegende, relativ stabile Persönlichkeitseigenschaften. Diese Eigenschaften sind von der frühen Kindheit an vorhanden und treten bei Mensch und Tier auf. „Da es in erster Linie durch angeborene physiologische Mechanismen



bestimmt wird, unterliegt das Temperament Veränderungen, die durch Reifungsprozesse, aber auch durch einige Umweltfaktoren verursacht sind“ (Strelau, 1983, S. 117).

Im nächsten Kapitel wird auf frühe soziale Entwicklungsbedingungen eingegangen, welche sich aufgrund der kindlichen Disposition unterschiedlich auswirken können.

### 3.3.2 Affektive Entwicklungsbedingungen

Im letzten Kapitel wurde erklärt, dass Erregung, Aktivierung und affektive Dispositionen zu einem Teil durch genetische Faktoren bestimmt werden. Zu einem anderen Teil werden sie durch frühe sozialisatorische Faktoren bestimmt. Prozesse der selbstgesteuerten Veränderung entsprechender Zustände sind durch Lernerfahrungen bedingt. Die Sensibilität für positiven Affekt ist einerseits genetisch beeinflusst, andererseits hängt sie von der Häufigkeit positiver Erfahrungen (z.B. elterliche Wärme) ab. Allerdings ist die Fähigkeit, beispielsweise negativen Affekt herabzuregulieren, von der zeitlichen Promptheit und inhaltlichen Angemessenheit der Reaktion (Kontingenz) der Bezugsperson auf Selbstäußerungen zurückzuführen (vgl. Kuhl, 2001a, S. 370). Evolutionsbiologisch ist die Lernabhängigkeit der Kontrollierbarkeit von negativem Affekt folgendermassen zu erklären: In der heutigen Welt wechselt die Kontrollierbarkeit von Gefahren von Generation zu Generation stärker als die allgemeine Gefährlichkeit der Umgebung. Zweites begründet eine genetische Prägung der Sensibilität für negativen Affekt. „Wenn der Organismus in eine Situation hineingeboren wird, in der seine ‘Beschützer’ die Gefahren zu bewältigen imstande sind und auch willens und in der Lage sind, ihm das durch eine entsprechend prompte und inhaltlich angemessene Beantwortung seiner Selbstäußerungen zurückzumelden, kann er lernen, auf aversive Situationen mit Herabregulierung negativer Affekte zu reagieren, ohne dass eine evtl. erhöhte Sensibilität für Gefahrenreize deshalb verringert werden muss“ (ebd., S. 405).

Kuhl entwickelte zwei Entwicklungshypothesen, in welchen er den Einfluss von positiven und negativen Affekten in sozialen Interaktionen der frühen Kindheit beschreibt. Bei der *1. Entwicklungshypothese* geht es um die Selbstbestimmungstiefe: Werden in frühen sozialen Interaktionen bedingungslose, positive Erfahrungen gemacht, so wird für das restliche Leben positiver Affekt an die Verarbeitungssysteme der intuitiven Verhaltenssteuerung und des Extensionsgedächtnis gebunden. Dadurch erfährt der positive Affekt eine grössere zeitliche und räumliche Ausdehnung und dadurch eine grössere Verarbeitungstiefe. Somit kann negativer Affekt besser ausgehalten werden, um eine übereilte Herabregulierung und damit eine Verkürzung der Selbstkompatibilitätsprüfung zu vermeiden (vgl. ebd., S. 952). Die *2. Entwicklungshypothese* betrifft den Selbstausdruck. Es wird davon ausgegangen, dass der Ausdruck eines Wunsches beim Säugling durch eine rudimentäre Vorform des Systems gesteuert wird, „(...) das bei Erwachsenen integrierte Selbstrepräsentationen vermittelt (d.h. das ganzheitliche Fühlen)“ (ebd., S. 955). Der Austausch von Gefühlen zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson bildet eine wesentliche Voraussetzung zur Konstituierung eines stabilen Selbst des Säuglings. Affekte dienen dem Kind als erstes

Medium, sich gegenüber seiner interpersonellen Umwelt auszudrücken und verstanden zu werden. Emotionen helfen dem Säugling sich zu spüren und als eigene Person zu erleben, die von seiner Umwelt abgegrenzt ist. Einen zentralen wachstumsfördernden Bestandteil in der Entwicklung des Kindes stellt die emotionale Kommunikationsfähigkeit der primären Bezugsperson (meistens die Mutter) dar. „Eine ‘emotional verfügbare Mutter’, die zuverlässige und adäquate Bewertungshilfen anbietet, trägt in Form von subtilen Affektsignalen zu der Ausdifferenzierung des kindlichen Affektsystems bei“ (Blumenstock, 2004, S. 87).

Auch aufgrund der in dieser Arbeit vorgestellten PSI-Theorie scheint es logisch, dass die Ausbildung eines Selbstkonzeptes vorhanden sein muss, damit das Individuum ein Selbstempfinden oder selbstbezogenes Handeln entwickeln kann. Die Ausbildung des Selbstkonzeptes ist eng mit der Entwicklung von Emotionen verknüpft. Tritt eine Störung in den affektiven Austauschprozessen zwischen Kind und Bezugsperson auf, kann dies zu einer Gefährdung der Selbstkonstanz führen (vgl. ebd., S. 89). Die Selbstkonstanz wird bei der Dissoziation (Kapitel 4.3.1) eine Rolle spielen, da sie ein wichtiges Kernelement bei der Depersonalisation darstellt. In Form der Systemkonditionierungs-Hypothese entwickelte Kuhl eine Erklärung für die Selbstregulationsentwicklung. Hierbei geht es um die Verbindung zwischen dem Selbstsystem und dem betreffenden affektregulierenden Affekt. Diese Verbindung wird um so stärker, je „(...) häufiger in der frühen Kindheit auf die Aktivierung des Selbstsystems (z.B. Schreien als ‘Selbst-Ausdruck’ einer negativen Befindlichkeit oder Blickkontakt als Selbst-Ausdruck eines positiven Interesses für ein Objekt) die Aktivierung subkognitiver affektregulierender Systeme (z.B. Beruhigung durch Streicheln bzw. Ermutigung durch Aufmerksamkeitszuwendung) folgt, und zwar in zeitlich und inhaltlich abgestimmter Weise(...)“ (Kuhl, 2001a, S. 185). Für eine gesunde Persönlichkeitsentwicklung ist also ein System, das bedingungslos positive Emotionalität entwickelt, von ausschlaggebender Bedeutung. Diese besondere Form der positiven Emotionalität kann auch mit bekannten Begriffen wie Urvertrauen (Erikson, 1950) und unbedingte Wertschätzung (Rogers, 1961) beschrieben werden. „Je länger positiver Affekt aktiviert ist, desto mehr Schichten der Bedürfnisstruktur eines Menschen können in den aktuellen Selbstrepräsentationen berücksichtigt werden und desto mehr negativer Affekt kann ausgehalten werden, ohne dass die Verarbeitungstiefe der Prozesse, die relevante Selbstrepräsentationen sichten und integrieren, gestört wird“ (ebd., S. 951). Die unbedingte positive Emotionalität kann die Aktivierung des Selbstsystems besser über längere Zeit aufrechterhalten, als die Herabregulierung des negativen Affekts, und führt dadurch zu relativ langlebigen Herabregulierungsepisoden, „(...) weil sie negativen Affekt nicht wegreguliert, sondern lange aufrechtzuerhalten gestattet, ohne dass die Gefahr besteht, dass die Affektbilanz (d.h. die Resultante aus negativem Affekt und der positiven Grundstimmung) die kritische Marke negativen Affekts überschreitet, ab dem das Selbstsystem gehemmt wird (...)“ (ebd.).

Ob ein Mensch also eine höhere Sensibilität für positiven und/oder negativen Affekt hat, dürfte einerseits von genetischen Prädispositionen andererseits von der Häufigkeit positiver bzw. negativer Erfahrungen beeinflusst werden. Die Fähigkeit jedoch, entstandene Affekts herauf- oder herabzuregulieren, hängt von der Kontingenz der sozialen Interaktionen ab.

### 3.3.3 Selbststeuerung: Handlungs- vs. Lageorientierung

Inwieweit es einer Person gelingt, eine gefasste Absicht auszuführen, hängt nach Kuhl von Prozessen der Handlungskontrolle ab. Die Handlungskontrolle, welche beschreibt, ob eine Person fähig ist, selbstgesteuert zu handeln, beschreibt Kuhl durch die Konstrukte der Handlungs- bzw. Lageorientierung. Folgend wird zuerst die Handlungsorientierung und dann die Lageorientierung erklärt.

In Bezug auf die Handlungskontrolle, liegt der optimale Fall der Handlungsorientierung vor, wenn ein Mensch seine Aufmerksamkeit etwa gleich stark den folgenden vier Gegenstandsbereichen zuwendet: „1. dem angestrebten Ziel-Zustand, 2. dem gegenwärtigen Ist-Zustand, 3. der Diskrepanz zwischen Ist- und Ziel-Zustand und 4. möglichen Handlungsalternativen, die zur Überwindung der Diskrepanz zwischen Ist- und Ziel-Zustand dienlich sind“ (Stiensmeier-Pelster, 1988, S. 28). Der Begriff Handlungsorientierung bezeichnet also nicht eine spezifische Steuerungsform, sondern fasst verschiedene Steuerungsformen zusammen, in denen die volitionale Kontrolle nicht reduziert ist (vgl. Kuhl, 1996, S. 671). Handlungsorientierung beschreibt demnach die willentliche Kontrollierbarkeit des Entscheidens, Umsetzens bzw. der Bewältigung – also die „(...) willentliche Steuerung der Handlungsbereitschaft bei der Umsetzung von Handlungsabsichten und bei der Bewältigung von bedrohlichen oder aversiven Erfahrungen (...)“ (ebd., 2001a, S. 213). Kuhl unterscheidet zwei Arten der Handlungsorientierung: Die prospektive Handlungsorientierung (HOP), welche zur Vorhersage des allgemeinen Wohlbefindens relevant ist, und die Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM), welche vor stressbedingten Symptomen schützt und somit auch die berufliche Leistungsfähigkeit aufrechterhält (vgl. ebd., 2006, S. 320).

Lageorientierung ist eine Form der Emotionsregulation und bezeichnet eine Systemkonfiguration, „(...) in der die volitionale Handlungssteuerung reduziert ist und die Anpassung des inneren Milieus an eine eingetretene Lage im Vordergrund steht“ (ebd., 1996, S. 671). Lageorientierung liegt also dann vor, wenn ein Mensch seine Aufmerksamkeit nur auf die Analyse einer der oben genannten Bereiche richtet. Je nachdem welchem Bereich die Person ungeteilt seine Aufmerksamkeit schenkt, wird zwischen Misserfolgszentrierung, Erfolgszentrierung, Planungs- oder Zielzentrierung unterschieden (vgl. ebd., S. 28f.). Diese Art von Emotionsregulation kann als eine Anpassung des Organismus an besondere Belastungen verstanden werden. So reduziert Handlungsblockierung in gefährlichen Situationen z.B. das Risiko, durch Feinde entdeckt zu werden und erleichtert gleichzeitig die Beobachtung potentieller Gefahren (vgl. ebd., S. 694). Kuhl unterscheidet zwei Formen der Lageorientierung: Die die prospektive Lageorientierung (LOP), welche eine erhöhte Ausführungshemmung beschreibt, und die

Lageorientierung nach Misserfolg (LOM), welche ein Konstrukt für eine erhöhte Selbsthemmung darstellt (vgl. ebd., 2001a, S. 179). Kuhl geht davon aus, dass steter Misserfolg eine funktionale Störung, d.h. eine Störung der Handlungskontrolle, hervorruft, die wiederum Leistungsdefizite bewirkt. Lageorientierung ist auch daran erkennbar, „(...), dass eine Person deshalb relativ lange in einem passiven (LOP) bzw. in einem emotionalen (LOM) Zustand verharrt, weil sie unter Belastung oder Stress keinen Zugriff auf zentrale Steuerungsfunktionen hat, die die Fixierung auf die aktuelle Lage beenden könnten (...)“ (ebd., S. 370). Im Selbsterleben ist Lageorientierung oft dadurch gekennzeichnet, dass über eine vergangene, gegenwärtige oder zukünftige Lage nachgrübelt wird, ohne dass Handlungsmöglichkeiten einfallen, wie die Lage durch eigenes Handeln verändert werden kann. So kann auch gesagt werden, dass es bei der Lageorientierung nicht in erster Linie um volitionale Handlungssteuerung geht, „(...) sondern um die Regulation des internen emotionalen Milieus“ (ebd., S. 692). Lageorientierung ist also sowohl mit kognitiven (Handlungskontroll-) Defiziten als auch mit handlungshemmenden Gefühlen gepaart. Diese Gefühle können sich in Form von Angst, Depressionen oder Resignation äussern und beeinträchtigen die Ausführung einer Absicht. Freude, Interesse oder auch Ärger, die die Ausführung einer Absicht fördern könnten, treten im Zustand der Lageorientierung nicht bzw. nur gering auf (vgl. Stiensmeier-Pelster, 1988, S. 31). Ob und in welchem Mass eine Person Misserfolg als unkontrollierbar wahrnimmt und welche Bedeutung sie diesem beimisst, wird durch die für den Misserfolg vorgenommene Ursachenzuschreibung beeinflusst. „Lageorientierung entsteht insbesondere dann, wenn man Misserfolg auf eine Ursache zurückführt, deren Auftreten nicht der eigenen Kontrolle unterliegt und die darüber hinaus internal sowie stabil und global ist“ (ebd., S.79).

Wie gezeigt wurde, wird die Fähigkeit einer Person, negativen Affekt selbstgesteuert herabzuregulieren, durch die Konstrukte Handlungs- vs. Lageorientierung nach Misserfolg (HOM vs. LOM) beschrieben. Von diesen beiden Handlungskontrollmodi hängt auch ab, inwieweit die Handlungskontrollprozesse in einer für die Ausführung einer Absicht bzw. für das Erzielen von Erfolg günstigen Art und Weise angeregt werden. Die Konstrukte der Handlungs- vs. Lageorientierung sind zum einen als Persönlichkeitsmerkmale zu verstehen und zum anderen auch situativ anregbar. Sie sind also veränder- und beeinflussbar. Kuhl entwickelte zur Erfassung dieser beiden Konstrukte einen Fragebogen (HAKEMP), der davon ausgeht, dass Personen eine überdauernde Bereitschaft zur Bevorzugung einer der beiden Handlungskontrollmodi aufweisen. Im Fragebogen steht die willentliche Kontrollierbarkeit des Entscheidens, Umsetzens bzw. der Bewältigung im Vordergrund. Das Konstrukt Handlungs- vs. Lageorientierung misst demnach „(...) individuelle Unterschiede in der willentlichen Steuerung der Handlungsbereitschaft bei der Umsetzung von Handlungsabsichten und bei der Bewältigung von bedrohlichen oder aversiven Erfahrungen (...)“ (Kuhl, 2001a, S. 213).

## **4. Entwicklungspsychologische Determinanten der Entstehung von Essstörungen unter einer transdiagnostischen Perspektive**

In einem ersten Abschnitt (Kapitel 4.1) werden neurobiologische Grundlagen vorgestellt, welche den Zusammenhang zwischen psychischen Störungen und Persönlichkeitsfunktionen verstehbar machen. In Kapitel 4.2 geht es um angeborene Faktoren und frühkindliche Erfahrungen, welche die Sensibilität einer Person für positiven und/oder negativen Affekt bestimmen. Anders gesagt betrachtet dieses Kapitel, welche genetischen Dispositionen und frühkindlichen sozialen Erfahrungen die Gefahr der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung erhöhen. Dabei liegt ein besonderes Augenmerk auf der Entstehung von Essstörungen nach dem transdiagnostischen Verständnis von Fairburn. In Kapitel 4.3 werden verschiedene Störungen vorgestellt, die einer Essstörung vorausgehen können. Zu diesen zählen die Dissoziation, die Alexithymie und die Alienation. Kapitel 4.4 erklärt die in Kapitel 2.3 eingeführten Begriffe von Fairburn anhand der in dieser Arbeit vertretenden Theorie.

### **4.1 Neurobiologische Grundlagen zu Persönlichkeitsstörungen**

Der Zusammenhang zwischen den verschiedenen psychischen Störungen und Persönlichkeitsfunktionen wie der Selbststeuerungskompetenz wird durch neurobiologische Grundlagen verstehbar. Die Gleichgewichtshypothese (vgl. Kuhl, 2002, S. 22f.) geht davon aus, dass eine grosse Zahl psychischer Störungen (beispielsweise Migräne, Essstörungen, Depression, Zwangsstörungen) mit einer Dysbalance des Serotoninhaushalts verbunden ist. Serotonin ist auf praktisch allen Ebenen des Gehirns nachweisbar. „Wenn die dopaminvermittelte Bahnung des für integrierte Selbstrepräsentationen so wichtigen (rechts-)präfrontalen Systems (...) durch die antagonistische Wirkung von Serotonin verhindert wird, muss damit gerechnet werden, dass alle serotonergen Systeme, die antagonistisch mit der präfrontalen serotonergen Aktivität verschaltet sind, eine reduzierte serotonerge Aktivität zeigen, solange auf der präfrontalen Ebene Serotonin massiv zur Hemmung von Selbstrepräsentationen oder anderer Selbststeuerungsfunktionen eingesetzt wird“ (ebd., S. 22). Vereinfacht gesagt bedeutet dies, dass solange psychische Energien (z.B. Serotonin) für die Hemmung der Selbstwahrnehmung gebraucht werden, solange diese an anderen Stellen (z.B. zur Regulation des Appetits) fehlen. Diese Hemmung der Selbstwahrnehmung wird durch erhöhte negative oder gehemmte positive Emotionalität bewirkt. Damit wird die zentrale Bedeutung der Messung von Selbststeuerungsfunktionen für die Einzelfalldiagnostik deutlich.

Jedoch ist nicht nur der präfrontale Cortex für die Entwicklung integrativer Kompetenzen wichtig, sondern auch der Hippocampus, der den Systemen der Grosshirnrinde die Integrationsleistungen vermittelt. Der Hippocampus hat hierbei folgende Aufgaben: Er vermittelt integrative Leistungen und seine Aktivierung ermöglicht die Modulation emotionaler und behavioraler Reaktionen durch

konfiguratives Wissen, d.h. beispielsweise dass der Hippocampus in der Lage ist, situationsunangemessene oder ungewollte Angstreaktionen zu hemmen. Diese Fähigkeit wird allerdings durch übermäßigen Stress gehemmt, was die Informations- und Angstverarbeitung negativ beeinflusst. Wird der Hippocampus aktiviert, so führt dies zu einer Reduktion der Cortisolkonzentration, unter moderatem Stress erhöht sich die Cortisolkonzentration. Bei einer gewissen individuumsspezifischen Stressgrenze wird seine Aktivität allerdings gehemmt. Diese Hemmung beeinträchtigt seine kognitiven und emotionsregulierenden Funktionen und die erhöhte Cortisolkonzentration führt zu körperlichen Beschwerden, welche psychosomatischen Erkrankungen zugeordnet werden. Bleibt der Stress bestehen (möglicherweise genügen hier schon kleine Intensitäten), wird der Hippocampus strukturell geschädigt. Diese Schädigung führt dazu, dass die individuumsspezifische Stressgrenze herabgesetzt wird, was eine noch frühere Beeinträchtigung der kognitiven und emotionsregulierenden Funktionen zur Folge hat. Grundsätzlich bleibt noch zu sagen, dass der Hippocampus eine gewisse Neuroplastizität besitzt, was einem Wachstumspotential bei einem Mindestmass an Beanspruchung durch entsprechende Aufgaben gleichkommt (vgl. ebd., S. 23f.).

Soweit die generellen neurobiologischen Erklärungen, welche verschiedenen psychischen Störungen und Persönlichkeitsfunktionen zugrunde liegen. Weiter soll es um die Frage gehen, warum gewisse Menschen eine erhöhte Sensibilität für positiven und/oder negativen Affekt und Schwierigkeiten in der Affektregulation zeigen. „Es gibt zahlreiche entwicklungs- und persönlichkeitspsychologische Befunde, die darauf hinweisen, dass individuelle Unterschiede in der Sensibilität für positiven und negativen Affekt z.T. auf angeborenen, z.T. auf frühkindlichen Erfahrungen beruhen“ (ebd., 2001b, S.86). Diese angeborenen Faktoren und frühkindlichen Erfahrungen sollen in den nächsten beiden Unterkapiteln genauer betrachtet werden.

## **4.2 Entwicklungspsychologische Determinanten**

Wie im Kapitel 3.3 gesehen werden konnte, beeinflussen sowohl genetische als auch soziale Faktoren die Entwicklung der Persönlichkeit. In diesem Kapitel soll nun genauer betrachtet werden, welche genetischen Dispositionen vorliegen müssen, damit die Gefahr der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung besteht und welche sozialen Faktoren diese Dispositionen negativ beeinflussen können. Natürlich liegt der Schwerpunkt dieses Kapitels besonders auf der Entstehung von Störungen, die eine Essstörung betreffen. Dazu wird wenn immer möglich ein direkter Verweis auf Essstörungen im Sinne der transdiagnostischen Perspektive nach Fairburn gemacht.

### **4.2.1 Primärpersönlichkeit: Temperamentsbedingte Voraussetzungen für Essstörungen**

In Kapitel 3.3.1 war die Rede von Belohnungs- und Bestrafungssensitivität. Diese sollen an dieser Stelle im Zusammenhang der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung genauer betrachtet werden. Es ist wichtig, dass Extraversion und Neurotizismus nicht als

reine Masse für positiven und negativen Affekt betrachtet werden; sie sind Aktivierungs- bzw. Erregungskomponenten. Das bedeutet konkret, dass sich Extraversion und Neurotizismus nicht wie auf einem bipolaren Faktor gegenüberstehen, sondern getrennt dargestellt werden können. Die Depressivität beispielsweise ist mehr durch niedrige Ladungen auf positiver Emotionalität und Ängstlichkeit durch hohe Ladungen negative Emotionalität gekennzeichnet (vgl. Kuhl, 2001a, S. 434).

Als Beispiel wird von einem Kind/Säugling ausgegangen, das bestrafungssensitiv veranlagt ist. Erfährt dieses häufig Abwertungen und Zurückweisungen, „(...) ist mit einer immer stärkeren Verfestigung negativer Emotionalität und im Extremfall mit abhängigen, selbstunsicheren oder depressiven Störungen zu rechnen“ (ebd., S. 983). Nun gibt es jedoch auch die Möglichkeit, dass ein solches Kind mit der Zeit eine aktive Hemmung der Bestrafungssensitivität einschaltet. Ist dies der Fall würde es auf Abwertungen und Zurückweisung mit Verdrängung reagieren, was mit dem Risiko der Entwicklung antisozialer, paranoider oder narzisstischer Störungen einhergeht.

Bei den Bestrafungssensitiven wird zwischen zwei Typen unterschieden: da gibt es einerseits diejenigen, die die Sensitivität für Bestrafung nicht hemmen – sie werden im folgenden „Sensible“ genannt. Bestrafungssensitive die jedoch die aktive Hemmung der Bestrafungssensitivität einschalten, werden „Robuste“ genannt. Der Vollständigkeit halber sind auch noch die Belohnungssensitiven in der Abbildung 4 aufgeführt, obwohl für diese Kapitel vor allem die Bestrafungssensitiven (Sensible & Robuste) von Bedeutung sind. Hierbei geht es auch darum, ob die Belohnungssensitivität gehemmt wird („Nüchterne“) oder nicht („Begeisterte“).

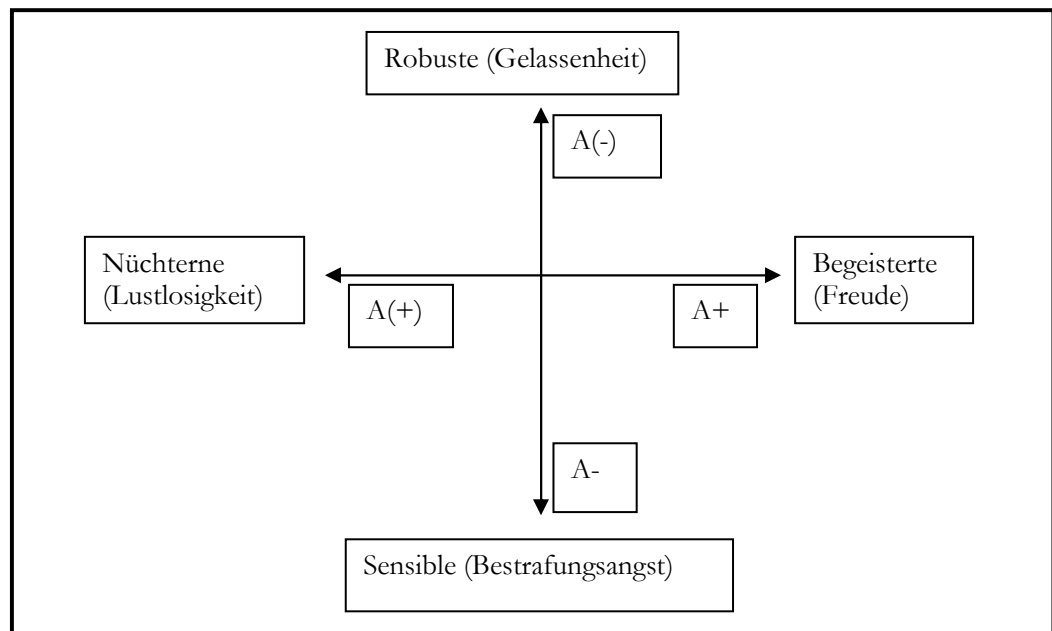


Abbildung 4: Vier Typen der Belohnungs- und Bestrafungssensitivität (vgl. Kuhl, 2001a, S. 433)

Natürlich gibt es auch Unterschiede, wie diese beiden Persönlichkeitstypen schmerzhaftere Erlebnisse verarbeiten. Sensible, die leichter in einen negativen Affekt geraten,

versuchen die Bewältigung durch die direkte, selbstgestützte Auseinandersetzung. Emotional Robuste versuchen sich durch Initiative vor krankmachenden Folgen von Stress und Angst zu schützen. Die Sensiblen beteiligen sich also mehr an der Verarbeitung und erreichen so ein differenzierteres Selbstsystem. Zwar bedingt die erhöhte Anfangssensibilität ein erhöhtes Erkrankungsrisiko, allerdings ermöglicht ihnen ihr komplexeres Selbstsystem eine erhöhte Endstabilität gegenüber den Folgen von Stress und Angst. Emotional Sensible zeigen durch das stärkere Einsetzen ihres Selbstsystems bessere Leistungen als die Robusten. „Die gesteigerte Fähigkeit, auf nicht nahe liegende Lösungen zu kommen, lässt sich aus dem Funktionsprofil des Extensionsgedächtnisses ableiten, das ja in der PSI-Theorie die kognitive Basis des Selbstsystems liefert“ (ebd., 2002, S. 21).

Für die Praxis bedeutet dies, dass eine noch so einseitige Ausprägung eines Persönlichkeitsstils wie Neurotizismus (Bestrafungssensitivität) für sich alleine nicht ausreicht, um eine Krankheitsursache oder Persönlichkeitsstörung zur Folge zu haben. Auch bei einer hohen Sensibilität für negativen Affekt kann es zu einer gesunden Persönlichkeitsentwicklung kommen, und zwar dann wenn der negative Affekt herunterreguliert werden kann. „Die Kombination aus hoher Sensibilität und guter Selbstberuhigungskompetenz bietet gemäss der PSI-Theorie sogar besonders günstige Voraussetzungen für eine Form von emotionaler Dialektik, die gemäss der PSI-Theorie der Motor persönlichen Wachstums ist“ (ebd., S. 19f.). Allerdings ist es gerade für hoch sensible Personen von enormer Wichtigkeit, zu lernen, wie negativer Affekt herunterreguliert werden kann.

Vor dem nächsten Kapitel, in dem es um affektive Entwicklungsbedingungen einer Persönlichkeitsstörung geht, wird eine aktuelle Studie vorgestellt, die diese beiden Kapitel gut vereint. In der Studie von Favaro et al. (2006), geht es um Faktoren, welche während der Schwangerschaft und/oder bei der Geburt auftreten, und das Risiko der Entwicklung einer Essstörung (bei dieser Studie ging es konkret um Anorexia nervosa und Bulimia Nervosa). In diesem Bereich der perinatalen Faktoren gibt es noch nicht viele Untersuchungen. Komplikationen bei der Geburt können die Entwicklung von Essstörungen in zwei Punkten beeinflussen: “First, they may cause hypoxic-induced damage to the brain that impairs the neurodevelopment of the fetus, and second, the adequacy of nutrition during pregnancy and in the immediate postnatal period seems to influence the nutritional status of the adult and appetite programming throughout life” (Favaro et al., 2006, S. 82). Die perinatalen Komplikationen können also die neurologische Entwicklung des Fötus beeinträchtigen und sich auf die Essgewohnheiten des Erwachsenen auswirken. Allerdings wird davon ausgegangen, dass perinatale Komplikationen nur in Verbindung mit anderen spezifischen genetischen (Primärpersönlichkeit) oder sozialen Faktoren zu einer Essstörung führen können (vgl. ebd.). In dieser Studie wird darauf hingewiesen, dass es wichtig sei diese Faktoren herauszufiltern, um die Patienten angemessen behandeln zu können. Allgemein betrachtet ist es wissenschaftlich erwiesen, dass verschiedene Typen von perinatalen Komplikationen das Risiko der Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung erhöhen



können. Bei der Anorexia Nervosa sind diese Komplikationen die Anämie, Diabetes und Präeklampsie (Schwangerschaftshypertonie), welche u.a. durch verringerte Sauerstoffzufuhr das Risiko einer Beeinträchtigung der Entwicklung des zentralen Nervensystems erhöhen können (vgl. ebd., S. 86). Komplikationen wie Plazentainfarkt, Atemnot, Herzprobleme und die Nabelschnur um den Hals können einen Gehirnschaden hervorrufen, welcher vor allem die Regionen des Hippocampus und des Präfrontalen Cortex betreffen (vgl. ebd.). Diese Tatsache lässt sich gut mit den neurobiologischen Grundlagen (Kap. 4.1) verbinden, welche die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung nach Kuhl unterstützen.

Generell wird davon ausgegangen, dass “(...) the presence of a greater number of obstetric complications seems to anticipate the onset of the illness” (ebd.). Bulimische und anorektische Personen teilen signifikante perinatale Risikofaktoren. Der Hauptfaktor, welche diese beiden Formen von Essstörungen unterscheidet, liegt im verzögerten Wachstum des Fötus für Menschen mit Bulimia Nervosa. Diese Verzögerung wird durch Gewicht, Länge und Kopfumfang bei der Geburt angezeigt. Ungenügender Wachstum des Fötus wird als Risiko für die Entwicklung von Affektstörungen, Suizidalität, Herz-Kreislauf-Erkrankungen, Diabetes und Fettsucht im Erwachsenenalter angesehen. Das verzögerte Wachstum kann nicht nur als ein Zeichen von möglichen Veränderungen in der neurologischen Entwicklung angesehen werden, sondern auch als Indikator für eine Stoffwechselstörung, die durch Mangelernährung während einer kritischen Entwicklungsperiode (beispielsweise hat die Mutter zu einem Zeitpunkt der Schwangerschaft Diät gehalten) hervorgerufen wurde. Diese Veränderung kann zu einer „Umprogrammierung“ des Organismus führen „(...) which has been implicated in the regulation of appetite and in an increased risk of developing an overweight condition as well as depressive symptoms” (ebd., S. 87). – allerdings nur “(...) in vulnerable subjects” (ebd.). Diese „Verletzlichkeit“ einer Person kann an dieser Stelle mit einer genetischen Disposition im Sinne des Neurotizismus gleichgesetzt werden

Säuglinge mit einem kleinen Kopfumfang und einem verzögerten, fötalen Wachstum haben einen signifikant höheren Body Mass Index – dies sind die einzigen perinatalen Faktoren, welche signifikant zwischen Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa unterscheiden. Des weiteren wird in der Studie auf den möglichen Einfluss psychischer Krankheiten der Mutter auf die Entwicklung von Essstörungen verwiesen (vgl. ebd.). Zu diesem Thema gibt es eine aktuelle Studie von Farrow & Blissett (2006), welche den Beitrag mütterlicher pre- und postnataler Überzeugungen in Bezug auf Selbstwert und psychopathologische Symptome und das Temperament des Kindes untersucht, um Schwierigkeiten beim Füttern des Kindes vorherzusagen (vgl. Farrow & Blissett, 2006, S. 128). Schwierigkeiten, das eigene Kind zu füttern (im Sinne einer Verweigerung des Kindes), konnten durch hohe Werte emotionaler Deprivation (emotional deprivation) und niedrige Werte von Selbst-Hingabe/Aufopferung (self-sacrifice) während der Schwangerschaft vorhergesagt werden. Soziale Isolation nach der Geburt, niedriger Selbstwert der Mutter und ein schwieriges Temperament (Neurotizismus) des Kindes

waren weitere erklärende Faktoren. Psychopathologische Symptome konnten hingegen die Fütterungsschwierigkeiten nicht vorhersagen (vgl. ebd., S. 132f.).

#### 4.2.2 Affektive Entwicklungsbedingungen für Essstörungen

In den Kapiteln 3.1 und 3.2 wurde erklärt, welche Systeme das psychische Erleben steuern und wie Affekte diese Systeme modulieren können. Dieses Verständnis ist wichtig für den nächsten Schritt. In diesem Abschnitt geht es um Lageorientierung und Handlungsorientierung (nach Misserfolg). Wie kann Lageorientierung nach Misserfolg zu einer Essstörung führen?

Um diese Frage beantworten zu können, muss erstmal etwas weiter ausgeholt werden. Der frühe Austausch zwischen dem Kind und der Mutter (oder auch anderen Bezugspersonen) ist stärker von affektiven als von kognitiven Prozessen begleitet. Hier können affektive Fixierungen entstehen, die dann später zu kognitiven Einseitigkeiten führen können. Wie im letzten Abschnitt gesehen, können diese teilweise auf genetischen Veranlagungen beruhen. Zu einem anderen Teil entstehen sie aufgrund der Häufigkeit positiver bzw. negativer Erfahrungen in der frühen Kindheit. Aus diesen Erfahrungen resultieren wiederum bestimmte Bindungsmuster. Ob eine Person die Fähigkeit besitzt, die aus solchen Veranlagungen resultierenden Zustände selbstgesteuert und situationsangepasst verändern zu können, hängt damit zusammen, ob es mindestens eine Lebensphase gegeben hat, in der Selbstäußerungen beachtet und sowohl prompt als auch inhaltlich angemessen beantwortet wurden“ (Kuhl, 2001b, S. 79). Hierbei ist es wichtig, die Art dieser selbstäußerungskontingenten Ermutigung zu identifizieren. Handelt es sich um eine hinreichend responsive Interaktion des Gegenübers oder ist es nur ein allgemein positives Interaktionsklima? Ein allgemein positives Interaktionsklima ist dann vorhanden, wenn der Interaktionspartner sehr häufig positive Stimmung verbreitet. Dadurch lernt das Kind einerseits zwar leicht in positive Stimmung zu kommen, aber es lernt nicht, aus einer positiven Stimmung herauszukommen, was bei auftretenden Schwierigkeiten wichtig wäre. Andererseits kann es dadurch auch nicht automatisch eine positive Stimmung aufrechterhalten oder wiederherstellen, sobald Frustrationen auftauchen. Eine hinreichend responsive Interaktion bedeutet hingegen die Auslösung positiver Gefühle gerade in dem Moment, wenn das Kind seine Entmutigung ausdrückt (vgl. ebd., 2002, S. 16f.). Dadurch kann ein Kind, das in einem negativen Affekt steckt, lernen, sich selbst zu beruhigen, d.h. negativen Affekt herunterzuregulieren. Menschen bevorzugen u.a. aufgrund frühkindlicher Erfahrungen unterschiedliche Systemkonfigurationen, die für sie in der zukünftigen Lebenswelt nützlicher sind als andere. Die Primärpersönlichkeit eines Menschen führt u.a. dazu, dass Menschen unterschiedliche Erfahrungen machen und diese Erfahrungen unterschiedlich bewerten. Falls die frühkindlichen Erfahrungen zu einseitig sind, kann auch die Festlegung der Systemkonfigurationen zu einseitig werden, d.h. es kann zu Schwierigkeiten bei der Bedürfnisbefriedigung kommen, da verschiedene Basisbedürfnisse unterschiedliche Systemkonfigurationen benötigen. „Kognitive und affektive Einseitigkeiten beruhen teils auf genetischer Veranlagung und teils auf der

Häufigkeit positiver bzw. negativer Erfahrungen besonders in der frühen Kindheit, die sich z.B. in persönlichkeitsprägenden Bindungsmustern niederschlagen. Andererseits scheint die Fähigkeit, die aus solchen Veranlagungen resultierenden Zustände selbstgesteuert und situationsangepasst zu verändern, davon abzuhängen, ob es mindestens eine Lebensphase gegeben hat, in der Selbstäußerungen beachtet und sowohl prompt als auch inhaltlich angemessen beantwortet wurden“ (ebd., 2001b, S. 79). Der Austausch von Gefühlen zwischen dem Säugling und seiner Bezugsperson bildet eine wesentliche Voraussetzung zur Konstituierung eines stabilen Selbst des Säuglings. „Eine Person kann sich in ihrem Verhalten und in ihrer Selbstwahrnehmung zunehmend von ihren eigenen Bedürfnissen (d.h. dem Selbst) entfernen, wenn sie nicht gelernt hat, flexibel zu der jeweils passenden Systemkonfiguration umzuschalten, sobald ein neues Bedürfnis auftaucht“ (ebd., S. 25). Diese Selbstentfremdung macht eine funktionierende Selbstregulation praktisch unmöglich. Die Störung der Entwicklung bedürfniskongruenter Systemkonfigurationen kann dadurch verursacht sein, dass mit den sozialen Basisbedürfnissen in der frühen Kindheit „atypische“ Erfahrungen verknüpft sind. Allgemein kann gesagt werden, dass die Fixierung auf bestimmte kognitive Schemata wie optimistische oder pessimistische, naive oder misstrauische Überzeugung durch affektive Fixierungen verursacht sind. Diese affektiven Fixierungen sind oft schon in der frühen Kindheit entstanden (vgl. ebd., S. 76f.).

Im Hinblick auf die PSI-Theorie scheint es logisch, dass die Ausbildung eines Selbstkonzeptes vorhanden sein muss, damit das Individuum ein Selbstempfinden (siehe Kapitel 4.3.2) oder selbstbezogenes Handeln (siehe Kapitel 4.3.4) entwickeln kann. Eine psychische Störung wird also dann entwickelt, wenn die Subsysteme des Affektsystems nicht ausreichend synchronisiert sind und es zu einer Fixierung auf einem Subsystem kommt. Defekte des Affektsystems lassen sich in funktionalen Beeinträchtigungen isolierter Module und in deren Verschaltung mit anderen aufzeigen. Dem Ausdruck und der Hemmung von Emotionen kommt bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen eine zentrale Rolle zu (vgl. Traue, 1998, Kuhl, 2002).

Nun sollen die bereits erwähnten Konstrukte der Lage- und Handlungsorientierung in Bezug auf die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen bzw. Essstörungen genauer betrachtet werden. Hier soll in einem ersten Schritt zwischen Handlungs-/Lageorientierung und Extraversion bzw. Neurotizismus unterschieden werden. Trotz der vielen Gemeinsamkeiten dieser Konstrukte gibt es auch Unterschiede. Diese Unterschiede beziehen sich auf die Vorhersage der Stimmung zu Anfang einer Untersuchung, welche durch Extraversion und Neurotizismus beschrieben werden kann. Handlungs-/Lageorientierung sagt hingegen die Stimmungsveränderung im Verlauf der Untersuchung voraus (vgl. Kuhl, 2006, S. 315). In Anlehnung an die Konstrukte Neurotizismus und Extraversion erhöht Lageorientierung (LOM) das Risiko psychischer Symptombildung, während misserfolgsbezogene Handlungsorientierung (HOM) vor stressbedingten Symptomen schützt und somit auch die berufliche Leistungsfähigkeit aufrechterhält (vgl. ebd., S. 320). Kuhl machte in Bezug auf Lage-/Handlungsorientierung eine Untersuchung an Patienten, die an verschiedenen

psychischen Symptomen (u.a. Essstörungen) litten. Das Resultat dieser Untersuchung war, „(...) dass Handlungsorientierung dadurch die Verschlimmerung von Symptomen verhindert, dass sie Motivdiskrepanzen beseitigt (d.h. hier: das Verfolgen von bewussten Leistungszielen – Introjekten -, die nicht durch ein entsprechendes Motiv und die mit ihm verbundenen Bedürfnisse unterstützt werden). Prospektive Handlungsorientierung (HOP) hatte keine vergleichbare Schutzfunktion. Sie war aber (im Unterschied zu HOM) relevant zur Vorhersage des allgemeinen Wohlbefindens“ (ebd., S. 320). Der Umkehrschluss ist, dass Lageorientierung psychische Symptome wie Essstörungen verschlimmert. Dieser Befund lässt sich folgendermassen erklären: Handlungsorientierte besitzen durch ihre Resistenz auch in stressreichen Situationen Selbstzugang (autonoetische Interferenz). Bei Lageorientierte ist die Selbstwahrnehmung durch den nicht herabregulierbaren negativen Affekt beeinträchtigt. Dadurch sind sie in negativer Stimmung (beispielsweise unter Stress) nicht in der Lage, den Widerspruch zwischen zwei inkompatiblen Informationen aus dem Selbstsystem wahrzunehmen. Das bedeutet, dass Lageorientierte beispielsweise nicht merken, dass sie selbst eine Tätigkeit gewählt haben und dass diese unattraktiv ist (vgl. ebd., S. 320f.). Wichtig ist an dieser Stelle der Hinweis, dass der Unterschied zwischen lage- und handlungsorientierten Menschen nur in Stresssituationen, d.h. bei negativem Affekt auftritt. Eine Vielzahl von Befunden lässt darauf schliessen, dass Lageorientierung zu einer ganzen Reihe von Funktionsdefiziten führt (vgl. ebd., 2001a, S. 81). Ein Beispiel hierzu ist die Alienation, welche im Kapitel 4.3.4 vorgestellt wird. In verschiedensten Studien konnte empirisch demonstriert werden, dass „(...) viele psychische Erkrankungen wie Depression, Zwangserkrankungen, Angst- und Essstörungen etc. mit einer aus affektiven Fixierungen resultierenden übermässig starken Volitionshemmung, d.h. einer erhöhten Ausführungshemmung (LOP) und/oder einer erhöhten Selbsthemmung (LOM) einhergehen (...)“ (ebd., S. 179). Lageorientierung, d.h. die Beeinträchtigung der Selbststeuerung wurde als krankheitsübergreifendes Merkmal bei Patienten mit Depressionen, Zwangs-, Angst- und Essstörungen gefunden. Nach Kuhl sind Therapiefortschritte bei psychischen Erkrankungen massgeblich von der Beseitigung dieser besonderen Form der Hemmung abhängig. Es gibt Befunde, die zeigen, dass affektive und kognitive Fixierungen nicht zwingend in einer psychischen Erkrankung enden müssen. Hat eine Person die Fähigkeit entwickelt kognitive Überzeugungen und affektive Zustände selbstgesteuert zu verändern, so ist das Erkrankungsrisiko deutlich vermindert (vgl. ebd., 2001b, S. 77). Zusammenfassend kann gesagt werden, dass sobald zuviel negativer Affekt auftritt, d.h. dieser von der Person nicht mehr herabzuregulieren ist, es zu einer Hemmung des EG mit entsprechender Leistungsverminderung bei Aufgaben kommt, die das EG beanspruchen. Die Menge des negativen Affekts bzw. der Punkt, an welchem dieser nicht mehr herabzuregulieren ist, ist individuell verschieden und hängt von zwei Dingen ab: Einerseits von der individuellen Sensibilität für Erregung oder negativen Affekt (z.B. Ängstlichkeit oder Neurotizismus) und andererseits von der Fähigkeit, Erregungen bzw. negativen Affekt herabzuregulieren (d.h. HOM).

### 4.3 Mögliche Störungen, die einer Essstörung vorausgehen

In den folgenden Kapiteln sollen mögliche Störungen vorgestellt werden, die als Folge negativer Entwicklungsbedingungen entstanden sind. Die Frage nach dem Temperament und der Primärpersönlichkeit wird an dieser Stelle nicht gestellt, da davon ausgegangen wird, dass Störungen aufgrund der Bedingungen (unangemessener Umgang mit den Bedürfnissen des Kindes) auftauchen. Dissoziation, Alexithymie und Alienation werden an dieser Stelle als Störungen betrachtet, aufgrund derer sich eine Essstörung entwickeln kann.

#### 4.3.1 Dissoziation

Das Lexikon der Psychologie beschreibt die Dissoziation als ein Prozess, „(...) durch den bestimmte Gedanken, Einstellungen und andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen, bzw. zur übrigen Persönlichkeit verlieren, sich abspalten und mehr oder minder unabhängig funktionieren. So können logisch unvereinbare Gedanken, Gefühle und Einstellungen nebeneinander beibehalten und doch ein Konflikt zwischen diesen vermieden werden“ (Arnold, Eyseneck & Meili, 1980, S. 383). Bei dissoziativen Reaktionen handelt es sich also um eine strukturierte Separation mentaler Prozesse wie Gedanken, Erinnerungen, Bedeutungen oder Identität, die eigentlich im Selbstbild integriert sein sollten. Die Trennung des Handelns und Erlebens kann autoregulativ oder intendiert erfolgen (vgl. Blumenstock, 2004, S. 8).

Wann und weshalb kommt es jedoch zum Vorgang der Dissoziation? Ende des 19. Jahrhunderts entdeckte Janet, dass „(...) das Bewusstsein nicht nur den normalen Wachzustand umfasst, sondern auch alle von ihm getrennten Bewegungs-, Gefühls- und Wahrnehmungsprozesse enthält“ (ebd., S. 25). Wenn die Aufnahme- und Integrationsfähigkeit durch eine Einengung des Bewusstseins gestört ist, werden die verschiedenen Prozesse von dem gewöhnlich vorherrschenden Bewusstseinszustand dissoziiert. Wenn das Bewusstsein mit überwältigenden Emotionen „überladen“ wird, kann es zu einer solchen Einengung kommen. Um mit Kuhl zu sprechen, versperren die überwältigenden Emotionen (negativer Affekt) den Weg zum Extensionsgedächtnis, in welchen die handelnde Integration der Erfahrung stattfindet. Dies ist bei Lageorientierung der Fall.

Die Wahrscheinlichkeit zu dissoziieren ist während der Kindheit am höchsten, da hier die Spannungstoleranzen im Gegensatz zum Erwachsenen stark eingeschränkt sind. Durch rasch anwachsende Uraffekte wird der ganze Organismus des Kindes schnell erregt. Die Bezugsperson hat die Aufgabe, das Kind vor einer Überwältigung der zunehmenden Intensität und Dauer von Affekten zu beschützen. Erfüllt die Bezugsperson ihre Aufgabe nicht, so können die sich wiederholenden Erregungszustände zu einer psychischen Traumatisierung des Kindes führen. Das infantile Trauma entsteht durch die Intensität und die Dauer schmerzlicher Affektvorläufer (Uraffekte) und führt zum Scheitern der Entwicklung (vgl. Krystal, 2001, S. 200). Es konnte gezeigt werden, „(...) dass mässiger, aber chronischer emotionaler Stress ähnlich oder sogar bedeutender in der Entwicklung einer dissoziativen

Symptomatologie ist“ (Blumenstock, 2004, S. 33). Dieser Stress kann beispielsweise durch schwierige Erfahrungen in der frühen Bindungsbeziehung entstehen. So kann ein desorganisierter Bindungsstil zu einer grösseren Vulnerabilität hinsichtlich Dissoziativer Störung führen. „In einer Studie von Liotti (1992) wiesen viele Patienten mit Dissoziativen Störungen einen desorganisierten Bindungsstil zu mindestens einer Bindungsperson auf“ (ebd., S. 34). Die dissoziativen Zustände fungieren bei Kindern mit einem desorganisierten Bindungsstil als Abwehrverhalten gegenüber dem beängstigenden Verhalten der Eltern (vgl. ebd., S. 35). Wenn die Erfahrungen des Kindes weiterhin zu Traumata führen, entwickelt sich eine Persönlichkeit, die u.a. durch depressive Stimmungen, erhöhte Dissoziationsbereitschaft, selbstverletzende Neigungen, suizidale Impulsen oder Suchtmittelmissbrauch gekennzeichnet ist (vgl. ebd.). Durch das Erleben von affektiven Alarmsituationen, die die Unversehrtheit und Integrität des Körpers gefährden, werden negative Emotionen evoziert. Da das Kind beispielsweise keine Selbstberuhigungskompetenzen durch seine Bezugsperson erlernen konnte, stehen ihm keine Bewältigungsstrategien zur Verfügung. So kommt es zu einem Kontrollverlust über die Situation (vgl. ebd., S. 37). Krystal erwähnt die chronifizierten Folgen, die ein desorganisierter oder missglückter Bindungsstil haben kann. Bei Kindern äussern sich diese oft in psychosomatischen Störungen (z.B. in Ess- und Schlafstörungen, Koliken, Ekzemen und Asthma) (vgl. Krystal, 2001, S. 200).

Die neurobiologische Perspektive betrachtet die Dissoziation als Schutzmechanismus, der jedoch für eine konstruktive Bewältigung der traumatischen Erfahrung hinderlich sein kann. Durch diese Erfahrungen kann es zu sogenannten „Alles-oder-Nichts-Prinzipien“ kommen, „(...) da die betroffene Person bemüht ist, diesen negativen Zuständen aus dem Weg zu gehen und es keine Annäherungen zwischen diesen abgespaltenen Zuständen gibt“ (Blumenstock, 2004, S.43). Dieser aktiv mentale Verdrängungsprozess beinhaltet Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Affektisolierung und Spaltung. In Bezug auf vorliegende Arbeit soll der Abwehrmechanismus der Affektisolierung genauer betrachtet werden. Hierbei ist es wichtig zu erwähnen, dass spezialisierte Subsysteme auch unabhängig von zentraler Steuerung Teilaufgaben autonom ausführen können. Konkret betrifft dies die bewussten und unbewussten Formen der Informationsverarbeitung. „Reize können offenbar mit zu einem gewissen Grad verarbeitet werden und Verhalten beeinflussen, ohne dass sie bewusst wahrgenommen werden müssten“ (Goschke, 1996, S. 620). Demnach kann die Verarbeitung von Reizen bis zu einem gewissen Grad ohne sprachliche Repräsentationen oder bewusste Intentionen verlaufen.

Im Kapitel zur Alexithymie werden im Zusammenhang mit der Dissoziation die Begriffe der Depersonalisations- und Derrealisationsstörung genannt. Diese sind dissoziative Störungen, welche häufig als Störungen des Selbst betrachtet werden. Hat eine Person diese Störungen, deren Genese in der frühen Kindheit verankert wird, kann es „(...) zu Einschränkungen in der motivationalen, interaktionsregulierenden und identitätsbildenden Funktion der Emotion kommen“ (Blumenstock, 2004, S. 85).

In Bezug auf die Praxis ist es interessant, dass die Werte für Dissoziative Störungen für stationär psychiatrische Patienten zwischen 5-15% liegen. Bei Patienten mit positiver Traumaanamnese, Angststörungen, affektiven Störungen, posttraumatischen oder akuten Belastungsstörungen, Suchterkrankung, Borderline-Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen liegen die Prävalenzzahlen für Dissoziative Störungen noch deutlich höher (vgl. ebd., S. 21f.). Die Abwesenheit der Affekte ist charakteristisch für die chronische Depersonalisation und wird von den Patienten als normal betrachtet.

In diesem Kapitel konnten viele Gemeinsamkeiten zu den vorherigen Kapiteln gesehen werden. Auch bei der Dissoziation wird davon ausgegangen, dass eine genetische Disposition sowie soziale Entwicklungseinflüsse für die Entwicklung einer fragilen Persönlichkeit verantwortlich sind und es dadurch zur Dissoziation kommen kann.

#### 4.3.2 Alexithymie

Der Begriff der Alexithymie wurde 1970 von Nemiah und Sifneos vorgeschlagen, um folgende Symptome zusammenzufassen: 1. Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren und zu beschreiben, 2. Schwierigkeiten, zwischen Gefühlen und den körperlichen Begleitsymptomen emotionaler Erregung zu unterscheiden, 3. durch Armut an Phantasien charakterisierte Einschränkung imaginativer Prozesse und 4. ein nach aussen orientierter kognitiver Stil. Auf den ersten Blick widersprechen einige alexithyme Patienten dieser Definition, da sie unter chronischen Angstattacken leiden und Anfälle von Trauer, Ärger und Wut haben. Intensives Nachfragen ergibt, dass diese Menschen sehr wenig über ihre eigenen Gefühle wissen und meistens auch nicht dazu fähig sind, diese mit Erinnerungen, Phantasien oder spezifischen Situationen zu verbinden (vgl. Taylor et al, 1997, S. 29). Alexithymie beschreibt eine spezifische Störung des Individuums, die sich in erster Linie in der Art der Kommunikation ausdrückt, welche von einer reduzierten oder gar fehlenden Symbolik der Sprache geprägt ist. «Alexithymic individuals are distinguished from high anxious individuals, however, by their difficulties in accurately identifying and communicating subjective feelings, diminished fantasy life, and externally oriented cognitive style» (Taylor, 2004, S. 140). Geprägt durch ein vermindertes emotionales Bewusstsein sind die Gedanken eindimensional; Gefühle, Wünsche und Phantasien können nicht wahrgenommen werden: „(...) the deficit underlying alexithymia is manifest not only as a difficulty in describing feelings in words, but also as an impoverished fantasy life, an associated utilitarian thought style, and an dissociation of the (subsymbolic) representations of sensory experiences and patterns of autonomic arousal from (symbolic) images and words” (ebd., S. 141f.)

Die Alexithymie verunmöglicht ein Wahrnehmen der eigenen Gefühle. Die Beziehungsstruktur alexithymer Patienten ist folglich durch eine verminderte Fähigkeit für Empathie gekennzeichnet. Alexithyme Patienten weisen ein hohes Mass an sozialer Konformität auf, welches sich durch ein schwaches Selbstwertgefühl und fehlende innere Unabhängigkeit entwickelt. Aufgrund des Mangels von affektiver Beteiligung und an Phantasien und Assoziationen erweist sich die Therapie dieser Patienten, insbesondere die psychoanalytisch orientierte, als äusserst schwierig. Das Phänomen,

dass die Patienten im Therapeuten ein Gefühl von Unzufriedenheit, von Leere und Langeweile hinterlassen, wurde von Nemiah et al. 1970 als "relation blanche" bezeichnet (vgl. Furrer, 2002, S. 7). Zu diesem Thema gibt es eine interessante Studie von Ogrodniczuk et al. (2005), in welcher der negative Effekt der Alexithymie in Bezug auf den Ausgang von Gruppentherapien untersucht wurde. Es wurde speziell untersucht, inwiefern der Therapeut mit seinem (unbewussten) Verhalten gegenüber alexithymen Personen diese Ergebnisse beeinflusst.

Alexithyme Patienten haben sowohl im Bereich der Wahrnehmung und Beschreibung ihrer Gefühle als auch im Bereich der Regulation ihrer Gefühle Defizite. Ihre beschriebene Fantasielosigkeit begrenzt auch die Möglichkeit im positiven Umgang mit Angst oder anderen Emotionen. Durch Träume, Spiel, Interesse und Fantasie ist der Mensch in der Lage, mit seinen Emotionen umzugehen und diese zu bewältigen. Die Unfähigkeit Gefühle durch kognitive Prozesse zu regulieren erklärt vielleicht auch das Verhalten alexithymer Personen bei unangenehmen, stressigen Emotionen impulsive Handlungen zu begehen. Diese Handlungen werden begangen, um innere Spannungen abzubauen und können sich durch Essstörungen, Drogenmissbrauch oder abnormales sexuelles Verhalten manifestieren. „An inability to modulate emotions through cognitive processing might explain also the tendency of alexithymic individuals to discharge tension arising from unpleasant emotional states through impulsive acts (Keltikangas-Järvinen, 1982) or compulsive behaviours such as binge eating, substance abuse, perverse sexual behaviour or the self-starvation of anorexia nervosa; (...)” (Taylor, 1997, S. 31). Bisher wurde vor allem über negative Gefühle gesprochen. Wie sieht die Emotionsregulation alexithymer Personen in Bezug auf positive Gefühle aus? Die Aufnahmefähigkeit von positiven Emotionen wie Freude, Glück und Liebe ist beschränkt. Krystal (1988) und Sifneos (1987) haben diese Menschen als «anhedonic» (a = nicht/abwesend, Hedonismus = philosophische Lehre von der Lust als Sinn und Ziel sittlichen Handelns) bezeichnet. Obwohl schizophrene und depressive Patienten auch ahedonistisch sind, sind nicht alle schizophrenen oder depressiven Patienten gleichzeitig auch alexithym. Untersuchungen mit der "Normalbevölkerung" haben ergeben, dass Alexithymie mit sozialem Ahedonismus assoziiert wird. Alexithyme Personen haben also Probleme negative wie auch positive Gefühle wahrzunehmen.

„Waren in der Familie expressive Äusserungen verpönt, hatten die Probanden später Schwierigkeiten, emotional zu kommunizieren, und der Drang, sich emotional zu äussern, wurde konflikthaft erlebt. Wenn wenig positiv auf kindliches Verhalten eingegangen wurde, dann waren die Betroffenen später nur beschränkt in der Lage, Gefühle zu erkennen und sie zu kommunizieren“ (Traue, 1998, S. 155). Kraemer und Loader sehen in der Zeit der Bindung den Anfang einer späteren Gefährdung zu gehemmter und fehlregulierter Emotionalität: „Trotz körperlicher Unversehrtheit kann das Kleinkind wegen der unsicheren Bindung seine intensiven Emotionen nicht regulieren. Um sich selbst gegen die Emotionsflut zu schützen, wird es die subjektiv emotionalen Anteile von den physiologischen Reaktionen abtrennen, die als unangenehme körperliche Zustände präsent bleiben. Ein solches Kind lernt nicht zu



fühlen und wird eine alexithyme Persönlichkeit entwickeln, in der Gefühle nicht wahrgenommen und ohne Worte bleiben. Dies ist eine Form der Anpassung, mit dem subjektives Leiden vermindert werden kann, allerdings auf Kosten der Verfügbarkeit emotionaler Reaktionen, die dann zur Steuerung des Verhaltens nicht mehr verfügbar sind“ (Kraemer & Loader, 1995, S. 938 In: Traue, 1998, S. 168). Ähnlich wie Kraemer und Loader bezog McDougall (1982) Alexithymie zu Störungen der Mutter-Kind-Beziehung und schlug eine sehr frühe, „präneurotische“ Pathologie als Basis der Alexithymie vor. Diese affektiven Entwicklungsbedingungen sind denen, die an der Entwicklung einer Essstörung beteiligt sind, sehr ähnlich.

Nun soll der wissenschaftliche Zusammenhang von Alexithymie und Essstörung vorgestellt werden. Hierzu berichten Taylor et al.: “Consistent with clinical observations that patients with eating disorders are bewildered by their emotional feelings and often have difficulty describing them, empirical studies have reported rates of alexithymia ranging from 48 percent to 77 percent for patients with anorexia nervosa and 40 percent to 61 percent for patients with bulimia nervosa” (Taylor, 2004, S. 144). Der Zusammenhang zwischen Alexithymie und Anorexia nervosa liegt bei 77.1%. Diese Prozentzahl beschreibt das gemeinsame Vorkommen von Alexithymie und Anorexia nervosa. Werden verschiedene Krankheitsbilder im Zusammenhang mit der Alexithymie betrachtet, so kann festgestellt werden, dass die Anorexia nervosa den höchst vorkommenden Zusammenhang mit Alexithymie hat. In Bezug auf die Bulimia nervosa ist dieser Zusammenhang etwas geringer. Eine andere Studie von Speranza et al. (2005) berichtet hierzu, dass bulimische Patienten vor allem Schwierigkeiten im Identifizieren ihrer Gefühle haben, wohingegen anorektische Patienten Schwierigkeiten bei der Beschreibung ihrer Gefühle haben. Generell wird aber der Zusammenhang von Essstörungen und Alexithymie als hoch eingeschätzt, egal an welchem Typ Essstörung die Person leidet. „It has been shown that women suffering from eating disorders have higher scores on alexithymia, whether they are anorexic or bulimic” (Schmidt, Jiwany, Treasure, 1993 in Chinnet et al, 1998, S. 145).

Patienten, die an Anorexia nervosa leiden, überschneiden sich in vielen ihrer Symptome mit alexithymen Patienten. Diese Überschneidung bezieht sich vor allem auf das operative Denken. ”The results of this study confirm the clinical impression that patients with anorexia nervosa manifest a marked inability to identify affects, and a paucity of fantasies and other imaginative activity” (Bourke et al, 1992, S. 241). Weiter beschreibt Bourke die Alexithymie als ein Persönlichkeitsmerkmal von Anorexia Nervosa, “(...) there is suggestive evidence from a recent follow-up study that alexithymic characteristics are an integral part of the personality of individuals who develop anorexia nervosa” (ebd., S. 242). Taylor et al kamen 1996 in einer Studie zu dem Resultat, dass Alexithymie mit einigen psychologischen und kognitiven Persönlichkeitsmerkmalen verbunden ist, welche für Patienten mit Essstörungen charakteristisch sind. Sie sind jedoch nicht verbunden mit den Verhaltensweisen, welche sich auf abnormales Essverhalten, Körpergewicht und –form beziehen. Die stärkste Verbindung bestand zwischen der Alexithymie und dem zwischenmenschlichen Misstrauen (vgl. ebd., S. 566). Eine

Erklärung für den starken Zusammenhang von Alexithymie und Essstörung ist in ihrer Ähnlichkeit zu suchen, vor allem in der Unfähigkeit des Patienten Emotionen durch kognitive Prozesse zu formen. Diese Unfähigkeit kann zu Zwangsverhalten wie beispielsweise Essstörungen führen. “An inability to modulate emotions through cognitive processing might explain also the tendency of alexithymic individuals to discharge tension arising from unpleasant emotional states through impulsive acts (Keltikangas-Järvinen, 1982) or compulsive behaviours such as binge eating, substance abuse, perverse sexual behaviour, or the self-starvation of anorexia nervosa” (Taylor, 1997, S. 31). Eine weitere Studie (Kessler et al., 2006) zu diesem Thema konnte zeigen, dass Patienten mit Essstörungen signifikant höhere Werte in der Alexithymie- und Psychopathologie-Skala anzeigen. Eine weitere Erklärung hierfür liefern Lumley et al. (1996b), die den Zusammenhang von Alexithymia und psychischer Krankheit untersuchten. Aus ihren Untersuchungen folgern sie, dass die Alexithymie durch die Schwierigkeit der Gefühlswahrnehmung den Umgang mit dem eigenen Körper und der Krankheit negativ beeinflussen kann. „Alexithymia may lead indirectly to organic disease, by prompting unhealthy behaviors such as smoking, substance abuse, poor nutrition, disordered eating, a sedentary lifestyle, unprotected sex, sleep loss, and nonadherence to medical regimens. (...) Also, disturbed self-object development may hinder viewing one’s body as an integral part of oneself, thus leading to a lack of self-care” (Lumley et al., 1996b, S. 509). Friedlander et al. (1997) gehen davon aus, dass Alexithymie wegen den mangelnden Emotionsregulationstrategien (Fantasie, Ausdruck, Spiel und Empathie) zu Drogen- und Alkoholmissbrauch und Essstörungen führen kann.

#### 4.3.3 Alexithymie als Folge der Dissoziation

Die Dissoziation trennt die Erinnerungen und die Gefühle vom Bewusstsein. Durch diese Trennung haben diese Personen nicht primär Probleme, Gefühle zu beschreiben, sondern damit, sie überhaupt erst wahrzunehmen. Im Kapitel der Dissoziation wurde im Zusammenhang mit der Alexithymie die dissoziativen Störungen Depersonalisation und Derealisation genannt. Bei der Depersonalisation erscheinen den Betroffenen ihr eigener Körper und ihre Gedanken als entfernt und abgenabelt. Die Derealisation lässt sie die Wirklichkeit vorübergehend als verloren und losgelöst erleben. In beiden Fällen distanzieren sie sich insofern von ihren Gefühlen, dass die Gefühle vom Bewusstsein nicht wahrgenommen und identifiziert werden (vgl. Reiner mann, 2000, S. 75). Die Dissoziation hilft ihnen, von ihren Gefühlen loszulassen. Krystal (2001, S. 203) legt der Alexithymie eine traumabedingte Regression der Affekte durch Ent-Differenzierung, Ent-Sprachlichung und Re-Somatisierung zugrunde. Alexithyme Patienten reagieren meist mit körperlichen Symptomen anstelle eines “erwachsenen“ Ausdrucks der Emotionen durch das Vorstellungsvermögen. Werden sie beispielsweise nach ihrem Gefühlszustand gefragt, antworten sie in Handlungstermini, beschreiben also was sie tun. Diese Reaktionsweise ist eine direkte Fortsetzung der zum Zeitpunkt der Traumatisierung relevanten Funktionsweisen, d.h. dass es zum Zeitpunkt des Trauma wichtig war, die Gefühle abzustellen und zu Handeln. Werden die kognitiven

Funktionen des Betroffenen betrachtet, so lässt sich eine Sterilität und Monotonie feststellen, welche die Vorstellungskraft und Kreativität einschränken. Es wird dingorientiert und minimiert gedacht, was sowohl auf Kosten des symbolischen Denkens als auch der Objektbeziehung geht. Bei Zweitem fehlt die emotionale Bindung, wodurch es zu keiner aufrichtigen Anerkennung des Anderen kommen kann. In Kapitel 4.2.2 wurde erklärt, dass sie die Selbstberuhigungskompetenzen nicht erworben haben. Dies wird auch dadurch deutlich, dass ihre Fähigkeit sich selbst zu „bemuttern“ und zu steuern, oft stark beeinträchtigt ist. Aufgrund der Affektregression ist es solchen Personen nicht möglich, hilfreiche Affektsignale wahrzunehmen. Die Folge ist eine organische Hyperaktivität, wodurch es zu körperlichen Erkrankungen kommt: „Alexithymie mit psychosomatischer Erkrankung geht immer mit einer Affektregression einher. Wenn also ein Patient sowohl unter Alexithymie als auch unter Lustlosigkeit leidet, dann ist dieses Syndrom mit ziemlicher Sicherheit ein posttraumatisches“ (ebd.). Eine Studie von Iancu et al. (2006) berichtet von sowohl hohen Alexithymie- als auch Dissoziationswerten bei Patienten mit Essstörungen. Dabei wird davon ausgegangen, dass die psychologischen Merkmale der Alexithymie und der Dissoziation die Entwicklung einer Essstörung beeinflussen können. In Bezug auf methodische Auswertungen konnten Irwin et al. (1997) in ihrer Studie über die Beziehung von Alexithymie und Dissoziation belegen, dass im Fragebogen zur Alexithymie (IAS, siehe Kapitel 8.3.2) die Skala „Schwierigkeiten, Gefühle zu identifizieren“ ein Prädiktor für die Dissoziation ist. McDougall (1982) leitet die Alexithymie von einem Stillstand in der affektiven Entwicklung aufgrund eines psychischen Traumas während der Kindheit ab oder von einer Regression der affektiv-kognitiven Funktion nach einem katastrophal erlebten Trauma im Erwachsenenalter. Auch Krystal (1988) unterstützt diese These. Er beobachtete bei Konzentrationslager-Überlebenden alexithyme Züge und folgerte daraus die Hypothese einer psychologischen, traumatischen Ursache der Alexithymie.

#### 4.3.4 Alienation

Für die Aufrechterhaltung der psychischen und körperlichen Gesundheit hat das Erleben von Kohärenz und Lebenssinn die zentrale Bedeutung. In der heutigen Welt gibt es jedoch immer mehr entfremdete Lebensbedingungen, welche im direkten Zusammenhang mit der Zunahme zivilisationsbedingter Erkrankungen stehen. Um einen ersten direkten Zusammenhang zur PSI-Theorie herzustellen, kann Entfremdung auch als ein aus dem Gleichgewicht geratenes System von Funktionen beschrieben werden, deren Zusammenwirken ja die Persönlichkeit ausmachen (vgl. Kuhl, 2002, S. 3). Es gibt zwei Formen der Entfremdung: „Von manifeste Alienation sprechen wir, wenn die emotional bevorzugte Handlung auch dann nicht ausgeführt wird, wenn keine rationalen Gründe gegen die Ausführung sprechen“ (ebd., S. 4). Das eigene Handeln kommt der Person von den eigenen Bedürfnisse, Präferenzen oder Werten fremd vor. Die manifeste Alienation kann auch dann auftreten, wenn sich die Person ihrer Präferenzen bewusst ist. Dieses Bewusstsein kann bei einer Chronifizierung zu starken Schuldgefühlen und depressiven Stimmungen führen. Dieser bewusste Zugang zu den

eigenen Präferenzen ist es, was die manifeste Alienation von der latenten Alienation unterscheidet. Bei zweitem Fall kann ist die Selbstwahrnehmung gestört, so dass die betroffene Person vorübergehend oder dauerhaft gar nicht weiss, was sie eigentlich will (vgl. ebd., S. 5).

Im Zusammenhang mit den verschiedenen Typen ist die Alienation folgendermassen anzusiedeln: Personen, die dazu neigen, in der momentanen Lage zu verharren (LOP) oder über eine eingetretene Lage nachzusinnen (LOM) statt zu handeln, zeigen eine verstärkte Neigung zur Alienation. Hierbei kann zwischen den zwei Alienationstypen unterschieden werden. Prospektive Lageorientierte (LOP) gehen stärker mit der manifesten Form einher; misserfolgsbezogene Lageorientierte (LOM) sind vermehrt von der latenten Form betroffen. Die Alienationsneigung der Lageorientierten wird nur unter besonderen Belastungen (LOP) oder Bedrohungen (LOM) erwartet, was sich folgendermassen erklären lässt. „Der eigentlich Kern der Lageorientierung ist die relativ geringe Fähigkeit, negative Affekte gegenzuregulieren, d.h. den bei einer Konfrontation mit Schwierigkeiten oder Frustrationen gedämpften positiven Affekt wiederherzustellen (LOP) bzw. den bei einer Konfrontation mit ängstigenden oder schmerzhaften Erfahrungen ansteigenden negativen Affekt herabzuregulieren (LOM)“ (ebd.). In Bezug auf die Alienation bedeutet das, dass Lageorientierte in einem entspannten Zustand genau so gut Zugang auf ihre Präferenzen haben wie Handlungsorientierte. Durch andauernden negativen Affekt wird der Zugang zu den Präferenzen versperrt und gleichzeitig verlieren die Lageorientierten den Zugang zu ihren Gefühlen, wenn sie zu stark im sachlichen Denken befangen sind. Einer Person, der der Zugang zu den eigenen Präferenzen und Gefühlen versperrt ist, fällt es nachvollziehbar schwerer, „(...) zwischen eigenen, selbstgewählten Zielen und Aktivitäten und fremdgewählten Zielen zu unterscheiden“ (ebd., S. 7). Der Zugang wird wie erwähnt durch negativen Affekt versperrt. Wie im Kapitel 3.2 beschrieben wurde, braucht es jedoch handlungsbahnenden positiven Affekt um handeln zu können. Dies wird auch anhand folgender Aussage klar: Die Stiftung eines Sinnzusammenhangs ist ein wesentliches Gegenmittel gegen die Alienation (vgl. ebd., S. 6), da das Gefühl etwas Sinnvolles zu tun, mit positiven Affekt gekoppelt ist. Allerdings fällt es gerade Lageorientierte ausserordentlich schwierig, positiven Affekt herzustellen und so beispielweise monotonen Aufgaben einen Sinn zuzuschreiben. Wenn sie sich dann noch in einer Stresssituation befinden, haben sie keinen Einfluss mehr auf die Alienation, welche durch negativen Affekt aufrechterhalten wird, den sie selbstständig nicht herabregulieren können.

Wird die funktionsanalytische Seite der Alienation betrachtet, so wird klar, dass die manifeste Alienation (belastungsbedingte Hemmung der Selbstmotivierung) und die latente Alienation (stressbedingte Hemmung der Selbstwahrnehmung) die beiden zentralen Schaltstellen der Persönlichkeitsdynamik beschreiben. „Manifeste Alienation beruht auf einer Beeinträchtigung des Informationsaustauschs zwischen dem expliziten Gedächtnis für zu erledigende Absichten und dem System, das die für die Umsetzung notwendigen und im Handlungsrepertoire vorhandenen (deshalb intuitiv ausführbaren)

Verhaltensroutinen bereitstellt“ (ebd., S. 31). Um die Dämpfung des positiven Affekts durch die Aktivierung des Intentionsgedächtnisses wieder heraufzuregulieren, bedarf es der Selbstmotivierung. Die Selbstmotivierung ist allerdings durch die Beeinträchtigung des oben beschriebenen Informationsaustauschs schwach. „Latente Alienation beruht auf einer Störung der Kommunikation zwischen der bewussten „Objekterkennung“ und einem impliziten System, das einen ganzheitlichen ‘Überblick’ über ein ausgedehntes Netzwerk persönlicher Erfahrungen gibt (d.h. dem integrierten Selbst als Teil des Extensionsgedächtnisses)“ (ebd., S. 31). Die Kommunikationsstörung ist durch die Unfähigkeit, negativen Affekt selbstgesteuert herunterzuregulieren, bedingt. Diese geringe oder auch nicht vorhandene Selbstberuhigungskompetenz führt dazu, dass die Person in der Objektwahrnehmung „stecken“ bleibt. Im Zustand der Objekterkennung werden Einzelerlebnisse, unstimmgige Details und Misserfolge separat abgespeichert, so dass Zusammengehöriges nicht als zusammengehörig erkannt wird (Dissoziation). Dadurch gelingt es nicht, „(...) die vielen Einzelerfahrungen in ein Gesamtsystem persönlicher Erfahrungen und daraus abgeleitet persönlicher Identität zu integrieren“ (ebd., S. 32).

Wenn eine Person nicht gelernt hat, flexibel zu der jeweils passenden Systemkonfiguration umzuschalten, sobald ein neues Bedürfnis auftaucht, kann sie sich in ihrem Verhalten und in ihrer Selbstwahrnehmung zunehmend von ihren eigenen Bedürfnissen und damit von ihrem Selbst entfernen. Dies ist eine weitere Erklärung für das Entstehen von Alienation. Wie kommt es dazu, dass eine Person nicht gelernt hat, angemessen umzuschalten? Eine Verursachungsebene kann in der frühen Kindheit liegen (vgl. ebd., S. 25). Wenn mit den sozialen Basisbedürfnissen (Beziehung, Leistung, Autonomie) atypische Erfahrungen verknüpft sind, kann es zu einer Störung der Entwicklung bedürfniskongruenter Systemkonfigurationen kommen. Dieser Punkt wurde bereits im letzten Kapitel erklärt. Wird das gesamte Thema der Alienation in Bezug auf die PSI-Theorie rückblickend betrachtet, kann angenommen werden, dass die latente Alienation (also der mangelnde Selbstzugang) ein noch höheres Risiko für die psychische und körperliche Gesundheit bedeutet als die manifeste Alienation.

#### **4.4 Erklärung und Verortung der Hauptbegriffe der Cognitive Behaviour Theory im Rahmen der eigenen Theorie**

Im folgenden Kapitel werden die von Fairburn genannten Begriffe der Kernpsychopathologie (Überbewertung von Körpergewicht und -form) und die damit verbundenen Aufrechterhaltungsprozesse (Perfektionismus, geringer Selbstwert, Mood intolerance und zwischenmenschliche Schwierigkeiten) von Essstörung unter der transdiagnostischen Perspektive anhand des bisher Behandelten erklärt. Es soll geklärt werden, welche Mechanismen bei der Entstehung dieser Störungen eine Rolle spielen. Wie erwähnt verläuft der Bezug auf Essstörungen unter einer transdiagnostischen Perspektive, wobei davon ausgegangen wird, dass die Unterschiede zwischen den Typen von Essstörungen (AN, BN und EDNOS) einerseits durch das Temperament einer

Person und andererseits durch den Schweregrad der frühen Störungen bzw. positive Erfahrungen in der Entwicklung beschrieben werden können. Generell gilt für die folgenden Störungen im Hinblick auf die PSI-Theorie von Kuhl, dass eine psychische Störung dann entwickelt wird, wenn die Subsysteme des Affektsystems nicht ausreichend synchronisiert sind und es dadurch zu einer Fixierung auf ein Subsystem kommt. Dabei kommt dem Ausdruck und der Hemmung von Emotionen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung psychischer Störungen eine zentrale Rolle zu.

#### 4.4.1 Perfektionismus

Perfektionismus bezeichnet ein Persönlichkeitsmerkmal, "(...) which refers to a tendency to expect a greater performance from oneself or others than is required for a given situation" (Wonderlich, 2002, S. 205). Wie in Kapitel 4.2.2 bereits gesehen, wird davon ausgegangen, dass frühkindliche Erfahrungen einen grossen Anteil an der Entwicklung von Essstörungen ausmachen. Wie können nun aber diese Erfahrungen zu Perfektionismus führen?

Eine typische Erfahrung zur Befriedigung des Beziehungsbedürfnisses (Bindung) wäre spontaner Gefühlsaustausch. Wenn jedoch die Erfahrung gemacht wird, dass dieser Austausch nicht spontan funktioniert, das bedeutet dass beispielsweise zur Herstellung von Nähe immer erst „Schwierigkeiten“ überwunden werden müssen, dann wird mit dem Beziehungsbedürfnis eine Systemkonfiguration verknüpft, die eigentlich für das Leistungsbedürfnis herangezogen wird. Bei extremen Fällen ist es so, dass die Verschränkung der leistungsthematischen Systemkonfiguration einen Versuch darstellt, Beziehungsbedürfnisse über Leistung statt über direkte Kontaktaufnahme zu befriedigen. Eine solche Verschiebung der Systemkonfiguration macht eine Form von „Narzissmus“ verständlich, die durch eine hohe Verletzbarkeit bei Konfrontation mit Fehlern oder Misserfolgen charakterisiert ist. „Fehler und geringe Leistungen werden dann als sehr schmerzhaft erlebt, weil sie nicht nur das Leistungsmotiv, sondern das ohnehin schon überaus frustrierte Beziehungsbedürfnis verletzen“ (Kuhl, 2002, S. 26). Durch die Verschiebung des Beziehungsbedürfnisses auf die leistungsthematische Systemkonfiguration entwickelt sich ein Perfektionismus, die Person will erreichen, durch gute Leistungen Anerkennung und somit auch Liebe zu bekommen. Ein Fehler bedeutet Zurückweisung, welchen sie durch ihren Perfektionismus zu vermeiden versucht. Zur Beziehung zwischen Perfektionismus und Essstörungen wurde von Forbush et al. (2007) eine Studie gemacht, welche u.a. die Rolle des Perfektionismus als ein Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen beschreibt. Die Studie ergab eine hohe Korrelation von Perfektionismus und Hungern („fasting“), was ein erhöhtes Vorkommen von Perfektionismus bei anorektischen Personen erklärt.

Der Hang zum Perfektionismus wird durch die Detailorientiertheit vieler Patienten verstärkt. Der Zusammenhang von Perfektionismus, Detailorientiertheit und Essstörungen wird in einer Studie von Holliday et al. (2005) ersichtlich. Dabei wurden allerdings nur anorektische Patienten untersucht, zu den anderen Typen von Essstörungen gibt es in diesem Bereich noch keine Studien. Es wurden Untersuchungen

zum Set-Shifting-Verhalten gemacht, welches den flexiblen Wechsel zwischen verschiedenen Einstellungen und Perspektiven beschreibt. Personen mit Anorexia Nervosa brauchten signifikant länger für diese Übungen als gesunde Personen mit einem vergleichbaren Intelligenzquotient. Personen, die in der Vergangenheit an Anorexia Nervosa litten und gesunde Geschwister von anorektischen Personen hatten im Vergleich zur Kontrollgruppe grössere Schwierigkeiten die entsprechenden Aufgaben zu lösen. Dieses Ergebnis und weitere Untersuchungen sprechen dafür, dass Schwierigkeiten im flexiblen Wechsel zwischen verschiedenen Einstellungen und Perspektiven bei anorektischen Personen unabhängig vom Krankheitsgrad sind. Holliday et al. schlagen vor, dass „(...) reduced cognitive and perceptual flexibility may constitute a familial trait associated with a greater risk of developing anorexia nervosa rather than a consequence or scar of the illness“ (Holliday et al., 2005, S. 2273). Sie gehen davon aus, dass ihre Untersuchungen auf eine mangelhafte Informationslöschung bei anorektischen Personen schliessen lassen. Werden die Ergebnisse anhand der vorgestellten Theorie interpretiert, so kann folgendermassen argumentiert werden: Bei Menschen mit Essstörungen ist durch den ständigen negativen Affekt das Objekterkennungssystem (OES) aktiviert. Durch den fehlenden Austausch mit dem Extensionsgedächtnis ist die Bedeutungszuschreibung erheblich erschwert. Der Hang zum Perfektionismus verlängert die Ausführungszeit. Dieser Ansatz erklärt auch die Ähnlichkeit zu Geschwistern, da diese in einem vergleichbaren Umfeld (mit beispielsweise hohen elterlichen Erwartungen), jedoch mit anderen frühkindlichen Erfahrungen und/oder einem unterschiedlichen Temperament aufgewachsen sind. Wie bereits in Kapitel 3.1 beschrieben wurde, dient das OES der Wahrnehmung und dem Wiedererkennen von Objekten. Bei negativem Affekt ist es mit einer inkongruenzorientierten und konfliktsensitiven Form der Aufmerksamkeit verknüpft. Dadurch wird Wiedererkennbares aus dem Kontext separiert und Rückmeldungen werden nur in Bezug auf die definierten Ziele verwertet. Abweichungen vom Vertrauten werden dadurch minutiös registriert und zu vermeiden versucht. Menschen mit Essstörungen leben quasi in einem Dauerzustand von negativem Affekt, da sie nicht gelernt haben, diesen herunterzuregulieren. Wie bereits gesehen spalten diese Menschen aufgrund der überwältigenden Flut des negativen Affekts ihre Gefühle ab (Dissoziation) was zur Alexithymie führt. Der negative Affekt ist durch diese Abspaltung nicht einfach verschwunden, sondern wirkt immer noch auf das gesamte System – diesmal jedoch unbewusst. Dadurch ist das OES dauernd eingeschaltet und es kann keine Integration der Erfahrungen durch die Kopplung mit dem Extensionsgedächtnis stattfinden. Die Person ist lageorientiert. Durch den Prozess der Dissoziation verlieren bestimmte Gedanken, Einstellungen und andere psychologische Aktivitäten ihre normale Relation zu anderen, bzw. zur übrigen Persönlichkeit. Sie spalten sich ab und funktionieren mehr oder minder unabhängig. Werden die kognitiven Funktionen des Betroffenen betrachtet, so lässt sich eine Sterilität und Monotonie feststellen, welche die Vorstellungskraft und Kreativität einschränken. Es wird dingorientiert und minimiert gedacht, was sowohl auf Kosten des symbolischen Denkens als auch der Objektbeziehung geht.

In Bezug auf die Fehlerquote bei den Set-Shifting-Aufgaben lässt sich der Kreis zum Perfektionismus schliessen; „(...) recovered subjects made significantly fewer errors than all other groups on the Trail Making alphabet task“ (ebd.). Dies lässt vor allem auf die noch immer verschobene Systemkonfiguration (Beziehung über Leistung) schliessen. Solange nicht gelernt wird, negativen Affekt herunterzuregulieren, kann die Verbindung zum Extensionsgedächtnis und somit die Integration der Erfahrung nicht stattfinden. Hinzu kommen verstärkend die gesellschaftlichen Forderungen nach Leistung und Perfektionismus und die damit verbundenen Ängste Fehler zu machen bzw. die Übernahme dieser Forderungen durch die Alienation und die damit verbundene Übernahme von Fremdzielen. Die eben genannten Ängste wirken wiederum als negativer Affekt, welcher nicht herunterreguliert werden kann.

#### 4.4.2 Geringer Selbstwert

“Both active and remitted patients showed greater increases in self-criticism and deterioration in mood following a stressful interpersonal transition than normal controls suggesting a hypersensitivity to interpersonal experiences that is consistent with trait narcissism“ (Wonderlich, 2002, S. 205). Auch im Fall des geringen Selbstwert wird das Wirken des OES als Erklärung hinzugezogen. Im OES geht es um die Informationsaufnahme, und zwar nicht nur von Objekten, sondern auch bei der Personwahrnehmung und Informationssuche. Hier werden in Verbindung mit dem Extensionsgedächtnis die Informationen aufgenommen, die die erstrebte Reduktion von Unsicherheit über die eigene Fähigkeit erbringen und auch allgemein entschieden, ob Informationen gesucht oder gemieden werden, die den Selbstwert mindern können. Diese Informationsaufnahme kann beispielsweise den Vergleich mit fähigeren Personen oder die Konfrontation mit eigenen Misserfolgen betreffen. Wie bei der Erklärung zum Perfektionismus wird allerdings davon ausgegangen dass der Zugang zum Extensionsgedächtnis durch negativen Affekt versperrt ist. Durch diese Blockade können Erfahrungen und Informationen nicht mit den eigenen Werten und Vorstellungen verglichen und danach aussortiert werden. Menschen mit Essstörungen haben einen eher nüchtern-sachlichen Persönlichkeitsstil (siehe Kapitel 4.3.2 zur Alexithymie). „(...) Personen, die ihr negatives Selbstbild lieber bestätigen, als sich positiven Illusionen hinzugeben, mehr kognitiv als affektiv zentrieren (...)“ (Kuhl, 2001a, S. 257).

Natürlich spielen in Bezug auf den Selbstwert wiederum die frühkindlichen Erfahrungen eine grosse Rolle. Ausgangslage ist ein bestrafungssensitiver Säugling. Erfährt dieser häufig Abwertungen und Zurückweisungen, „(...) ist mit einer immer stärkeren Verfestigung negativer Emotionalität und im Extremfall mit abhängigen, selbstunsicheren oder depressiven Störungen zu rechnen“ (ebd., S. 983). Wie bereits im Kapitel des Perfektionismus gesagt wurde, erklärt die Verschiebung der Systemkonfiguration von Beziehung auf Leistung eine Form von Narzissmus, die durch eine hohe Verletzbarkeit bei Konfrontation mit Fehlern oder Misserfolgen charakterisiert ist. Demnach reagieren Menschen mit einer solchen Systemverschiebung empfindlicher



auf die Konfrontation mit Fehlern als andere. Durch die Detailorientierung bemerken sie sogar kleinste Fehler häufiger als andere Menschen und werden somit auch gehäuft mit Fehlern konfrontiert. Hinzu kommt, dass sie die persönliche Bedeutung eines Fehlers wahrscheinlich gar nicht angemessen betrachten können, weil ihnen der Bezug zum Extensionsgedächtnis fehlt. Im EG werden aus vielen Einzelerlebnissen kognitiv-emotionale Landkarten zusammengefügt, welche Aussen- und Innenwelt (Selbstwahrnehmung, Gefühle, Bedürfnisse und Motive) erfasst. Wenn diese Innenwelt nicht richtig erfasst werden kann und die persönlichen Normen durch den Perfektionismus erhöht sind, verringert sich der Selbstwert. Auch die Alexithymie kann zur Erklärung des geringen Selbstwerts hinzugezogen werden. Alexithyme Patienten weisen ein hohes Mass an sozialer Konformität auf, welches sich durch ein schwaches Selbstwertgefühl und fehlende innere Unabhängigkeit entwickelt.

#### 4.4.3 Gefühlsintoleranz

Im Kapitel 2.3.4 beschrieb Fairburn die Gefühlsintoleranz als Unfähigkeit im Umgang mit gewissen Gefühlslagen. Diese Beschreibung und sein weiteres Verständnis lassen den Schluss zu, dass mit Gefühlsintoleranz die Alexithymie gemeint ist. Die Unterscheidung zwischen diesen beiden Bezeichnungen betrifft folgenden Punkt: Fairburn geht davon aus, dass die Patienten Probleme mit der Akzeptanz und dem Umgang von Veränderungen in Gefühlslagen haben. Dieses Verhalten reduziert das Bewusstsein für Gefühle und neutralisiert diese auf Kosten der eigenen Person in Form von Selbstverletzung oder auch Substanzmissbrauch. Fairburn geht demnach davon aus, dass diese Menschen ihre Gefühle und Gefühlsveränderungen zwar wahrnehmen jedoch nicht akzeptieren können. In dieser Arbeit wird jedoch, wie bereits in Kapitel 4.3.3 beschrieben, davon ausgegangen, dass die Alexithymie als Folge der Dissoziation auftritt und die Betroffenen Schwierigkeiten sowohl in der Wahrnehmung als in der Identifikation der Gefühle haben.

#### 4.4.4 Soziale Schwierigkeiten

Nach dem bereits dargestellten scheint es nicht zu überraschen, dass Mensch mit Essstörungen Probleme im zwischenmenschlichen Umgang haben. Der Hang zum Perfektionismus, der sich auch in Erwartungen an andere widerspiegelt, wird durch die Systemverschiebung von Beziehung auf Leistung begünstigt. Das Beziehungsbedürfnis ist mit einer Systemkonfiguration verknüpft, die eigentlich für das Leistungsbedürfnis herangezogen wird. Somit lernt das Kind, dass es für eine Beziehungsaufnahme immer zuerst einen Plan entwickeln muss. Dieses Planen führt in den späteren Jahren immer wieder zu Zurückweisungen, da sich das Gegenüber nicht echt für eine Beziehungsherstellung aufgefordert fühlt. Solche Menschen und ihre Absichten werden oft als kalkuliert wahrgenommen (z.B.: „Er ist nur nett, wenn er etwas von mir will“). Die Detailorientierung der Betroffenen minimiert das symbolische Denken und verhindert die emotionale Bindung bei der Objektbeziehung, wodurch es zu keiner aufrichtigen Anerkennung des Anderen kommen kann.

Wie im Kapitel 4.3.2 gesehen werden konnte, ist eine soziale Beziehung mit einem alexithymen Menschen schwierig, da dieser einerseits so gut wie keine Empathie zeigt und andererseits die schwachen bis nicht vorhandenen Gefühlsregungen die Empathiefähigkeit des Gegenübers erschweren. Leidet eine Person an einer dissoziativen Störung, kann es zu motivationalen, interaktionsregulierenden und identitätsbildenden Einschränkungen kommen.

In Bezug auf die frühkindlichen Erfahrungen ist in diesem Zusammenhang zu erwähnen, dass es auch dazu kommen kann, dass ein Kind nach unzureichenden Erfahrungen mit der Zeit eine aktive Hemmung der Bestrafungssensitivität einschaltet. Ist dies der Fall besteht das Risiko der Entwicklung antisozialer, paranoider oder narzisstischer Störungen, da es auf Abwertungen und Zurückweisung mit Verdrängung reagiert.

In wiefern das familiäre Umfeld bei zwischenmenschlichen Problemen eine Rolle spielt, wurde beispielsweise bei einer Studie von Lumley et al. (1996a) untersucht. Dabei ging es um familiäre Faktoren bezogen auf alexithyme Ausprägungen. Diese Studie wird deshalb vorgestellt, weil davon ausgegangen wird, dass die Alexithymie einen grossen Einfluss auf soziale Interaktionen hat und die sozialen affektiven familiären Strukturen wiederum einen Einfluss auf die Alexithymie und ihre Ausprägungen haben. Die Auswertung der Ergebnisse konnte u.a. zeigen, dass ein gestörtes Familiensystem eine grosse Rolle bei der Entwicklung von Alexithymie in der Kindheit spielt.

#### 4.4.5 Überbewertung von Körperform und -gewicht

Fairburn geht davon aus, dass die gemeinsame Kernpsychopathologie aller Essstörungen (AN, BN und EDNOS) die Überbewertung der Körperform und des Körpergewichts ist. In diesem Abschnitt wird erklärt, woher diese Überbewertung kommt. Durch diese Erklärung wird klargestellt, dass diese Überbewertung nicht die Kernpsychopathologie der Essstörungen darstellt. Im Gegenteil, die Überbewertung kann als Folge von Störungen angesehen werden, welche wiederum aus der in dieser Arbeit postulierten Kernpsychopathologie (mangelnde Affektregulationskompetenz) entstanden sind. In der folgenden Erklärung wird davon ausgegangen, dass die soeben genannte Kernpsychopathologie bereits verankert ist und es durch diese gestörte Affektregulation zur Alienation gekommen ist, welche in Kapitel 4.3.4 beschrieben wurde.

In Bezug auf die PSI-Theorie ist dies folgendermassen zu erklären: Der ständige negative Affekt versperrt den Zugang zum EG und dadurch wird die Selbstkompatibilitätsprüfung umgangen – es kommt zu einer fortschreitenden Entfremdung von den eigenen Gefühlen und Präferenzen. In negativer Stimmung speist das OES ausgerechnet solche Wahrnehmungen in das bewusste Erleben, die nicht zu den eigenen Erwartungen und Zielen passen, wie sie im EG repräsentiert sind. Hinzu kommt die Hemmung der Verbindung des Absichtsgedächtnis und der intuitiven Verhaltenssteuerung durch den selbstgesteuert nicht wieder herstellbaren positiven Affekt (Lageorientierung). Die eigenen Absichten sind dadurch nicht ohne weiteres ausführbar, obwohl das IVS selbst nicht gehemmt ist. Externe Reize, Instruktionen oder fremde Erwartungen können das IVS direkt aktivieren, wenn sie die vorhandenen Verhaltensroutinen ansprechen.

Geschieht das, führt die Hemmung der IG-IVS-Verbindung zu einer gesteigerten Fremdsteuerbarkeit des Verhaltens (Introjektionsbereitschaft, Konformität, manifeste Alienation).

Konkret für den Bereich der Essstörungen ist im Zusammenhang mit der Überbewertung von Körperform und –gewicht die genannte Fremdsteuerbarkeit entscheidend. In der heutigen Gesellschaft spielen die Massenmedien eine immer grössere Rolle. Diese sind im Leben eines modernen Menschen allgegenwärtig. Sie geben bestimmte Normen vor, die einen Menschen attraktiv, erfolgreich und liebenswert machen. Das Erfolgsrezept, welches in den Medien angepriesen wird, heisst Schönheit, Attraktivität und Selbstdisziplin. Dieses Bild gilt vor allem für Frauen, wobei in den letzten Jahren auch der „männliche Markt“ entdeckt worden ist.

Menschen die an Essstörungen leiden, wollen in erster Linie nicht einfach nur dünn sein. Wie weiter oben gesehen werden konnte, haben sie negative Erfahrungen in Bezug auf ihr Beziehungsmotiv gemacht und versuchen dieses Beziehungsmotiv durch Leistung zu befriedigen. Ihre erhöhte Fremdsteuerbarkeit macht sie anfällig auf äusserliche Normen. Die Allgegenwärtigkeit der Massenmedien spielt insofern bei der Entstehung einer Essstörung eine Rolle, dass die Medien den vermeintlichen Weg aufzeigen, um das Beziehungsbedürfnis zu befriedigen. Dass dieses Bild mit Leistung gepaart ist, kommt der verschobenen Systemkonfiguration der Betroffenen entgegen.

Der Perfektionismus spielt insofern eine Rolle, um die Rigidität und den Durchhaltewillen der Betroffenen erklären zu können. Wenn einmal ein Ziel gesetzt wurde, wird dieses bis zur Erreichung verfolgt. Nun besteht jedoch das Problem, dass der negative Affekt das Feedback des Extensionsgedächtnisses verhindert, welches darauf hinweisen könnte, dass das Ziel erreicht worden ist. Auch die Detailorientierung dieser Menschen hat ihre Bedeutung bei der Überbewertung von Körperform und –gewicht. Personen mit Essstörungen fixieren sich dadurch auf ein oder ein paar wenige Körperteile, die dünner werden sollen. Sie betrachten beispielsweise nur ihren rechten Oberarm und vergleichen diesen nicht mit dem Rest ihres Körpers. Dadurch können sie keine Gewichtsabnahme feststellen bzw. keine entsprechenden Relationen herstellen.

## 5. Behandlungsansätze

Im folgenden Kapitel soll ein Einblick in verschiedene mögliche Behandlungsansätze von Essstörungen gegeben werden. Dabei wird der Anspruch auf Vollständigkeit nicht erhoben, weil es darum geht aufzuzeigen, dass es zwar viele verschiedene Behandlungsformen gibt, bisher jedoch keine Form von sich behaupten kann, Essstörungen „heilen“ oder ausreichend behandeln zu können. Immer noch gibt es eine relativ grosse Menge von Patienten, die einerseits auf gewisse Therapieformen überhaupt nicht ansprechen und andererseits gibt es vor allem im Bereich der Essstörungen viele Therapieabbrüche, sogenannte „drop-outs“. So kann gesagt werden, dass „(...) fewer than one half of those who begin treatments for eating disorders actually complete it“ (Gale et al., 2006, S. 394).

Bei jeder vorgestellten Therapieform wird erklärt, wo diese bei der Essstörung und daran gekoppelten verschiedenen Störungen ansetzt. Generell kann bei der Behandlung von Essstörungen zwischen einer ambulanten, einer teilstationären und einer stationären Therapie unterschieden werden. Welche Therapieform gewählt wird, ist vom Schweregrad der Erkrankung und dem therapeutischen Konzept der betreuenden Fachpersonen abhängig. Bis heute fehlt allerdings die Evidenz dafür, welche therapeutische Methode am wirksamsten ist. So werden je nach Therapeut unterschiedliche psychotherapeutische Methoden eingesetzt. Oft werden die klassischen psychotherapeutischen Ansätze ergänzt durch andere therapeutische Verfahren wie Körperwahrnehmungs- und Bewegungstherapie (körperorientierte Psychotherapien), Kreative Therapien (Tanz-, Musik- und Kunsttherapie, Psychodrama), Ergotherapie, Massage- und Physiotherapie.

Um wissenschaftlich beurteilen zu können, ob eine Behandlung erfolgreich ist, muss definiert werden, wann eine Person sich erholt hat und wieder gesund ist. Bei den Essstörungen gibt es allerdings „(...) no standardized definition of recovery“ (Wagner et al., 2006, S. 282). Der Mangel an einer einheitlichen Definition von Genesung beeinflusst die Ergebnisse der Untersuchungen von Behandlungsansätzen erheblich. „Based on a cutpoint of diagnostic criteria for weight (85% IBW) long-term recovery was 94%; however, if recovery is based on a combination of weight and EDE scores, this rate drops to 74%“ (Couturier & Lock, 2006, S. 554). Generell wird davon ausgegangen, dass „(...) it took approximately 12 months for weight, and 24 months for psychological recovery“ (ebd.). Ohne einen Bezugspunkt für Genesung, ist ein genauer Vergleich der Ergebnisse der Studien schwierig. „The need to make it explicit becomes clearer when comparisons of treatment studies are made wherein different standards for calculating the effect size are derived from differing theories about what constitutes recovery“ (ebd., S. 555). Gibt es eine einheitliche Definition der Genesung, besteht auch die Möglichkeit, Persönlichkeitsmerkmale zu beschreiben, welche abhängig bzw. unabhängig von der Essstörung bestehen. Bei der folgenden Studie gingen die Forscher von einer strengen Definition von Genesung aus, welche die Ernährung, das Gewicht, den Menstruationszyklus und medikamentöse Unterstützung betrifft. „The current study confirms and extends studies showing that symptoms persist after recovery from AN

and BN“ (Wagner et al., 2006, S. 280). Diese betreffen Symptome wie Ängstlichkeit und Depression. “It is noteworthy that because anxious and obsessional symptoms have their onset in childhood, before the appearance of ED symptoms, it is possible that these are traits that create a susceptibility to the development of an ED” (ebd., S. 281). Diese Aussage lässt sich gut mit der in dieser Arbeit vorgestellten Theorie vereinen. Es gibt bestimmte vorausgehende Mechanismen und Störungen, die zur Entwicklung einer Essstörung führen können. Auch der Aspekt der transdiagnostischen Perspektive wird gestärkt. „A wide range of classic ED symptoms persist after recovery and do not differ between subtypes of ED, suggesting that they are traits rather than state-related disturbances“ (ebd., S. 282).

Mit diesem Vorwissen geht es nun weiter zu den verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten von Essstörungen und der Erklärung, wo diese in der Kernpsychopathologie und den anderen Störungen ansetzen. Auch in diesem Kapitel werden unterschiedliche Erfolge in den verschiedenen Formen von Essstörungen durch Temperament und Erfahrungen erklärt. Je stärker die Affektregulationskompetenz in Mitleidenschaft gezogen wurde, desto geringer ist der Erfolg der therapeutischen Behandlung.

## **5.1 Verhaltenstherapie**

In der Verhaltenstherapie geht es um Überzeugungen, Bewertungen, Annahmen, Regeln, Hypothesen, Vermutungen, Voraussagen, Erwartungen, Plänen und Imperativen, die eine Rolle in der Entstehung und Aufrechterhaltung von gestörtem Essverhalten haben (vgl. Schweiger et al., 2003, S. 141). Gedanken beeinflussen Gefühle und Verhalten, welche wiederum die Gedanken beeinflussen. Das Ziel der Verhaltenstherapie ist es dem Patienten zu helfen seine Gedanken zu identifizieren, welche das problematische Verhalten und die Emotionen untermauern und diese Gedanken neu zu bewerten. Der Erfolg der Verhaltenstherapie im Bereich der Essstörungen ist nicht genügend. “The failure of behaviour therapy in the eating disorders has indicated a need to develop cognitive-behavioural approaches to the eating disorders, with a greater stress on modifying the belief structures of these patients” (Waller & Kennerley, 2005, S. 120). Die Kognitive Verhaltenstherapie (CBT) von Fairburn gehört zu den Verhaltenstherapien und beschäftigt sich mit der Identifikation und Bearbeitung von dysfunktionalen Kognitionen. Generell kann gesagt werden, dass jede „(...) cognitive therapy recognises the reciprocal role of cognitions (mental representations in the form of thoughts or images), affect and behaviour” (ebd., S. 117). Die CBT setzt vor allem an der Möglichkeit der Veränderung der Bewertungen an. Sie nutzt dabei den Sachverhalt, dass Gedanken ein günstiger Ansatzpunkt für Veränderungsprozesse sind (vgl. Schweiger et al., 2003, S. 142). Safran und Siegel (1990) haben gewisse Voraussetzungen der Patienten identifiziert, die für die Verhaltenstherapie wichtig sind. “Those characteristics include; an ability to access relevant cognitions; an awareness of and ability to differentiate emotional states; acceptance of the cognitive rationale for treatment; acceptance of

personal responsibility for change; and the ability to form a real ‘working alliance’ with the psychotherapy (such as analytical, systemic, social and pharmacological approaches), and it is the task of the assessing therapist to consider the most appropriate intervention” (Waller & Kennerley, 2005, S. 118). Kognitive Verhaltenstherapien zeigen eine gewisse Effizienz bei der Reduzierung bulimischen Verhaltens und Gedanken. Sie zeigen klare Vorteile in der Anzahl und/oder der Geschwindigkeit der Veränderungen. Trotz dieser positiven Punkte der Kognitiven Verhaltenstherapie bei Essstörungen, gibt es eine grosse Anzahl von Patienten, die nicht genesen (wie auch immer dieser Begriff definiert wird). Die genannte Effizienz nimmt jedoch mit einer Zunahme der Komplexität des Falles ab, „(...) there is some evidence that CBT is less effective in working with complex cases, such as those bulimics with a history of trauma, high levels of dissociation or comorbid personality disorders ...” (ebd., S. 123).

Nach dieser kurzen Einführung in die (Kognitive) Verhaltenstherapie soll nun erklärt werden, wo diese Art von Therapie bei den Essstörungen nach dem Verständnis dieser Arbeit ansetzt. Die Veränderung von Bewertungen kann nur dann effizient erfolgen, wenn die betroffenen Personen einen Bezug zu ihren Gefühlen herstellen und die Affekte regulieren können. Dadurch dass diese Therapieform auf der kognitiven Ebene ansetzt, fördert sie die Entwicklung oder unterstützt die bereits bestehende Form der Selbstkontrolle, welche eine autoritäre Form der Selbststeuerung darstellt. Dabei werden Prozesse unterdrückt, die die aktuelle Absicht nicht unterstützen. Was ist nun aber die aktuelle Absicht? Die erhöhte Anfälligkeit auf Fremdsteuerung und die Übernahme von Fremdzielen wirkt nicht nur bei den Medien, sondern auch von Seiten des Therapeuten. Auch er zeigt dem Patienten einen vermeintlichen Weg auf, um das Beziehungsmotiv (welches ja auch in der Beziehung des Patienten gegenüber dem Therapeuten eine Rolle spielt) zu befriedigen. Der Patient versucht also durch die Selbstkontrolle zum übernommenen Ziel zu gelangen. Die Selbstkontrolle verfügt über ein stark verengtes Spektrum an positiven emotionalen Ressourcen und kann deshalb die aktuelle Absicht nur unter relativ hohem Anstrengungsaufwand durchsetzen. Der hohe Anstrengungsaufwand und der fehlende Selbstzugang erklären den mangelnden Erfolg der Verhaltenstherapie. Der verhältnismässig grosse Erfolg wird durch die Unterstützung der Selbstkontrolle erreicht. Würde dieser Form der Therapie die Erlernung der Wahrnehmung der Affekte und deren Regulation vorgeschaltet werden, so besteht die Wahrscheinlichkeit, dass die Patienten in ihrer Fähigkeit zur Selbstregulation unterstützt werden. Die Selbstregulation ist eine volitionale Führung, die Gefühle, Präferenzen, Einstellungen, Wissen und Deutungsmöglichkeiten wahrnimmt und viele Subsysteme (Temperament, Affekt, Kognition, Bewusstsein) veranlasst, die aktuelle Entscheidung mitzutragen.

## **5.2 Interpersonelle Psychotherapie**

Psychotherapeutische Verfahren wie die Interpersonal Psychotherapie (IPT) konzentrieren sich im Zusammenhang mit Essstörungen auf die zwischenmenschlichen

Beziehungen und Funktionen, den Selbstwert und Gefühle der Patienten (vgl. Wilfley et al., 2005, S. 140). Dabei wird davon ausgegangen, dass zwischenmenschliche Probleme und Defizite eine signifikante Rolle bei der Entstehung von Essstörungen spielen. Wie in dieser Arbeit bereits gezeigt wurde, sind Menschen mit Essstörungen einsamer und erhalten weniger soziale Unterstützung als Menschen der Normalbevölkerung. Sie haben in verschiedenen sozialen Bereichen (Arbeit, Freizeit, Familie, Beziehung) grosse Schwierigkeiten (vgl. ebd., S. 138). Die IPT setzt an drei Punkten an: “The initial phase of identifying the problem area in significant relationships, the middle phase of working on the target problem area(s), and the late phase of consolidating work and preparing patients for future work on their own” (ebd., S. 140). Es geht also um die Identifizierung des Problems im zwischenmenschlichen Bereich und die Arbeit an diesem Problem mit einer zukunftsgerichteten Perspektive. Hierbei wird ein grosses Gewicht der positiven Beziehung zum Therapeuten beigemessen, die durch Wärme, Unterstützung und Empathie gezeichnet sein soll (vgl. ebd., S. 144). Gerade dies ist jedoch nach Ogrodniczuk et al. (2005) ein grosses Problem, da Personen mit hohen Alexithymiewerten (was bei Essstörungen der Fall ist) u.a. durch ihre Empathielosigkeit ein negatives Gefühl bei Therapeuten hervorrufen, mit welchem dieser erst einmal umgehen lernen muss. Im Vergleich zur Verhaltenstherapie erhält die Essstörung an sich relativ wenig Aufmerksamkeit, das Hauptaugenmerk ist „(...) to help patients identify and modify current interpersonal problems“ (Wilson & Fairburn, 2002, S. 570).

Die Behandlungserfolge der IPT sind mit denjenigen der CBT vergleichbar, „(...) IPT is the only psychological treatment for BN that has demonstrated long-term outcomes comparable to CBT“ (Wilfley et al., 2005, S. 150). Daraus lässt sich folgern, dass allerdings auch die Misserfolge der Behandlung vergleichbar sind. Für diese Behandlungsmisserfolge ist ein möglicher Erklärungsgrund die Schwierigkeit mit essgestörten Patienten (welche meist hoch alexithym sind) eine funktionierende soziale Beziehung aufzubauen. Diese Schwierigkeit betrifft einerseits das Umfeld der betroffenen Menschen und äussert sich durch Schwierigkeiten in den verschiedensten Bereichen. Andererseits ist diese Schwierigkeit auch in der Beziehung zwischen dem Patienten und dem Therapeuten zu finden. Ausschlaggebend hierfür ist wiederum die mangelnde bzw. fehlende Affektregulationskompetenz, welche zur Alexithymie führen kann. Für einen positiven Therapieeffekt ist also auch das Verhalten des Therapeuten entscheidend, der sich der Alexithymie der Patienten bewusst sein muss und diese nicht in die Beziehungsebene einfliessen lassen darf.

Die Lageorientierung erschwert auch bei dieser Therapieform die Umsetzung des in der Therapie erarbeiteten. Hierzu wäre vorerst die Verbindung zum Extensionsgedächtnis durch Herabregulierung des negativen Affekts nötig. Diese erlernte Kompetenz könnte der Alienation entgegenwirken, somit wären die Patienten fähig herauszufinden, was sie wirklich wollen, da gut funktionierende soziale Beziehungen nicht planbar sind. Ansonsten werden den Betroffenen Unaufrichtigkeit und Berechnung von ihren sozialen Interaktionspartnern nachgesagt.

### 5.3 Familientherapie

Die Familientherapie wird vor allem bei anorektischen Patienten eingesetzt. Sie kann als Aktivierung familiärer Ressourcen angesehen werden, es geht hierbei nicht in erster Linie um die Behandlung von Funktionsstörungen in der Familie (vgl. Eisler et al., 2005, S. 163). So unterschiedlich wie Familien auf die Essstörung eines Familienmitgliedes reagieren, so unterschiedlich ist auch Erfolg dieser therapeutischen Interventionen. Die Familientherapie bietet der Familie die Möglichkeit, „(...) to step back and begin to disentangle itself from the way they have been caught up with the symptomatic behaviour and, perhaps even more importantly, that they have regained their belief that they can find a way of overcoming the problem, even through it may take some time“ (ebd., S. 178). Diese Form der Therapie bietet der Familie die Möglichkeit des aktiven Umgangs mit der Krankheit und arbeitet dadurch gegen ein Gefühl der Ohnmacht. Vor allem die Eltern gewinnen dadurch die Fähigkeit zurück, etwas für ihr Kind tun zu können. „The anorexic’s conflict is, however, a fight to the death and is a lethal challenge to the ability of the mother and father to nurture and provide“ (Robinson, 2005, S. 198). Essstörungen haben einen Zusammenhang mit geringem Zusammenhalt in der Familie. Personen mit Essstörungen haben eine erhöhte Wahrscheinlichkeit kritische Kommentare ihrer Familienangehörigen in Bereichen der Körperform, des Gewichts oder des Esssverhaltens zu hören und erfahren weniger elterlichen Kontakt. Die elterlichen Erwartungen sind meist unangemessen für Alter, Geschlecht oder Fähigkeiten. Es kann gesagt werden, dass “(...) several aspects of family dynamics – warmth, communication, affective expression, and control – have been identified as problematic for some eating-disordered patients. These kinds of problems in family relationships and family environment have been prospective predictors of the later developments of eating disorders“ (Wilfley et al., 2005, S. 139). Der Erfolg der Familientherapie ist entscheidend von den Familien an sich abhängig. So werden Eltern, die selbst Schwierigkeiten im Umgang mit Affekten haben, Probleme haben, ihr Kind in dieser Richtung zu unterstützen. Als positiv kann in erster Linie angesehen werden, dass das Kind (der Patient) von elterlicher Seite Interesse bekommt, was sich positiv auf das Beziehungsmotiv auswirkt.

### 5.4 Psychopharmaka

In Bezug auf Essstörungen ist die medikamentöse Behandlung nicht die erste Wahl der Behandlung. Werden Medikamente eingesetzt, so bezieht sich der Einsatz dieser auf die körperliche Gesundheit des Patienten. „The first focus of attention is the physical health of the patient, whether she is suffering from anorexia nervosa, bulimia nervosa, binge eating disorder or other eating disorders“ (Bruna & Fogtello, 2005, S. 183). Der Einsatz von Psychopharmaka muss individuell beurteilt werden. Antidepressiva können beispielsweise bei Personen zum Einsatz kommen, die an persistierenden Depressionen leiden. Bei extremer Gewichtsphobie, Körperschemastörungen und/oder selbstverletzendem Verhalten können atypische Neuroleptika in Erwägung gezogen



werden. In Bezug auf Anorexia Nervosa konnten klinische Studien bisher nicht eindeutig nachweisen, dass die Gabe dieser Medikamente bei Untergewicht den Heilungsverlauf beschleunigt oder verbessert. Für bulimische Patienten konnte eine Wirksamkeit der psychopharmakologischen Therapie mit Antidepressiva vom SSRI-Typ (selektive Serotonin-Reuptake-Inhibitor) und Fluoxetin nachgewiesen werden (vgl. Experten-Netzwerk, 2006, S. 17f.). Die Akzeptanz von Psychopharmaka bei den Patienten im Vergleich mit therapeutischen Interventionen ist geringer. „CBT seems more acceptable to patients than antidepressant medication. Patients with BN appear reluctant to take antidepressant medication and seem to prefer psychological treatment“ (Wilson & Fairburn, 2002, S. 565).

Die Funktion des Serotonin wurde in dieser Arbeit bereits in Kapitel 4.1 besprochen. Dabei war die Rede von der Gleichgewichtshypothese, die davon ausgeht, dass eine grosse Zahl psychischer Störungen (beispielsweise Migräne, Essstörungen, Depression, Zwangsstörungen) mit einer Dysbalance des Serotoninhaushalts verbunden ist. Auf der präfrontalen Ebene wird Serotonin massiv zur Hemmung von Selbststeuerungsfunktionen eingesetzt. Diese Hemmung der Selbstwahrnehmung wird durch erhöhte negative oder gehemmte positive Emotionalität bewirkt. Dies führt zu einem Ungleichgewicht, da das Serotonin an anderen Orten fehlt (beispielsweise zur Regulation des Appetits). Der Bezug auf diese neurobiologischen Grundlagen könnte die Wirksamkeit von Antidepressiva vom Typ SSRI erklären. Diese stellen das neurobiologische Gleichgewicht für die Zeit der Einnahme wieder her. Unterschiede auf die Reaktion der Patienten bei der psychopharmakologischen Behandlung können durch Unterschiede im Temperament und den frühkindlichen Erfahrungen erklärt werden. Je stärker die Affektregulationskompetenz in Mitleidenschaft gezogen wurde, desto geringer ist der Erfolg durch eine medikamentöse Behandlung.

## **5.5 Selbstmanagement-Therapie**

Bei der Selbstmanagement-Therapie geht es um den Aufbau von Verhaltensweisen. Es wird davon ausgegangen, dass bei der Aufrechterhaltung von Essstörungen Defizite in Verhaltensfertigkeiten (Problemlösefähigkeiten, soziale Kompetenz und Regulation von Emotionen und Spannungen) eine grosse Rolle spielen. „Fehlende allgemeine Verhaltensfertigkeiten sind ein unmittelbarer aufrechterhaltender Faktor von gestörtem Essverhalten. Sie behindern auch die Behandlung spezifischer komorbider Störungen und sind deshalb in der Priorität vor ihnen angeordnet“ (Schweiger et al., 2003, S. 89). Im Folgenden wird auf die einzelnen Defizite in Verhaltensfertigkeiten eingegangen und Bezug auf die in dieser Arbeit vorgestellte Theorie genommen. Chronische Anspannung kann zu fehlenden Problemlösetechniken führen. Die entsprechende Förderung kann nach der Selbstmanagement-Therapie über die Vermittlung und Einübung von Problemlösestrategien erfolgen: „Identifikation von problematischen Situationen, Entwicklung einer Veränderungsidee als Zieldefinition, Bestimmung der Mittel, die zur Zielerreichung eingesetzt werden, das Ausprobieren verschiedener

Lösungsmöglichkeiten in Verhaltensexperimenten und die Überprüfung der Wirksamkeit der gewählten Lösungsstrategie“ (ebd.). Dies ist jedoch durch die Hemmung der Verbindung des OES mit dem EG erheblich erschwert.

Nach der Theorie der Selbstmanagement-Therapie tragen Defizite in sozialen Fertigkeiten zur Überbetonung einer idealen Figur und eines idealen Gewichts als Voraussetzung für sozialen Erfolg bei. In Form einer Gruppentherapie werden soziale Fertigkeiten eingeübt. „Hier besteht ausreichend Möglichkeit zum Lernen am Modell, Durchführung von Verhaltensexperimenten mit anderen Gruppenmitgliedern sowie Rückmeldung zu den Erfolgen oder Verbesserungsideen“ (ebd.). Da Menschen mit Essstörung Probleme in der Wahrnehmung ihrer eigenen Gefühle haben und eine niedrige Empathiefähigkeit aufzeigen, könne solche „Einübungen“ eigentlich nur eine Form der Selbstkontrolle aktivieren, die zum Ziel hat, das Gegenüber (beispielsweise den Trainer) zufriedenzustellen und so Anerkennung zu erreichen. Eine effektive Verbesserung im sozialen Bereich ist anzuzweifeln.

Durch Emotionsmanagement soll der Patient einen adäquaten Umgang mit Emotionen erlernen. „Emotionsmanagement beinhaltet die Identifikation von Emotionen, die Fähigkeit, sie als angemessen oder unangemessen für eine bestimmte Situation zu identifizieren, den Emotionsausdruck und auch die Kompetenz, in einigen Situationen entgegen der eigenen Emotion zu handeln, um ein bestimmtes Ziel zu erreichen“ (ebd., S. 91). Vergleichbar ist hierzu das Stressmanagement, welches das Erlernen von kurzfristigen und langfristigen Stressbewältigungsstrategien, die Erhöhung der Stresstoleranz und die Nutzung von sozialer Unterstützung zum Ziel hat. Ob Stress- oder Emotionsmanagement, so stärken beide eher die Selbstkontrolle als die Selbstregulation, welche ja mit einem hohen Mass an Anstrengung verbunden ist. In der Anleitung der Patientinnen zum Selbstmanagement wird dieser Punkt ersichtlich. Nach Schweiger umfasst das Selbstmanagement „Prozesse der Selbstregulation und Prozesse der Selbstkontrolle“ (ebd., S. 95). Unter Selbstregulation wird hierbei die Fähigkeit der zielorientierten und wirkungsvollen Steuerung des eigenen Verhaltens verstanden. „Selbstregulation setzt dabei Prozesse der Selbstbeobachtung, Selbstbewertung und Selbstverstärkung voraus“ (ebd.). Diese Voraussetzung erschwert den Einsatz der Selbstregulation für Patienten mit Essstörungen. In einem ersten Schritt müssten diese Prozesse erlernt werden. Ausserdem orientiert sich die Selbstregulation an persönlichen Zielen. Ist ein Mensch mit Essstörungen sich seiner eigenen Ziele und Präferenzen bewusst? Nach dem bis hier Erarbeiteten ist diese Frage mit „eher nicht“ zu beantworten. Bevor ein Mensch sich an persönlichen Zielen orientieren kann, muss er erst einmal lernen diese wahrzunehmen. Mit Selbstkontrolle ist der kontrollierte Einsatz von Verhaltensweisen gemeint, Handlungsimpulse auszuwählen und zu steuern. Fraglich ist, warum, wenn die Voraussetzungen für die Selbstregulation nicht gegeben sind, diese nicht gelernt werden. Es findet an dieser Stelle das Umschalten auf die Selbstkontrolle statt, welche das System des Patienten ansprechen, da hier wiederum die Alienation wirkt und sie so eine Anleitung für die Befriedigung ihres Beziehungsmotivs erreichen.

Ein weiteres Vorgehen der Selbstmanagement-Therapie beinhaltet die Wissensvermittlung über die Erkrankung, die Therapiemöglichkeiten und den Therapieverlauf. „Wissen über die Essstörung ist eine wichtige Grundlage für Selbstregulation und Selbstkontrolle“ (ebd., S. 96).

## **5.6 Niedrigschwellige Behandlungsansätze**

Niedrigschwellig bedeutet im Zusammenhang mit der Behandlung von Essstörungen, dass die Hemmschwelle der Betroffenen etwas gegen ihre Krankheit zu unternehmen, heruntergesetzt wird. Es ist sozusagen eine Ermöglichungsschwelle für die Betroffenen, einen ersten „therapeutischen Kontakt“ in Form von beispielsweise Büchern oder Internetforen herzustellen und sich seiner Krankheit bewusst zu werden. Dieser Punkt ist bei Menschen mit Essstörungen entscheidend, da diese ihre Krankheit oft verneinen und sich erst dann Hilfe suchen, wenn die Krankheit schon weit fortgeschritten ist. In diesem Kapitel wird die Selbsthilfe als ein möglicher niedrigschwelliger Behandlungsansatz vorgestellt. Darauf folgt das Stepped-care-Modell, welches eine Möglichkeit der Integration von niedrigschwelligen und den bereits gehörten Behandlungsansätzen darstellt.

### **5.6.1 Selbsthilfe**

Die Selbsthilfe kann als ein niedrigschwelliger Behandlungsansatz im Bereich der Essstörungen angesehen werden. Selbsthilfe in Form von Bücher usw. ist oft eine Abwandlung einer bereits bestehenden Therapie. So gibt es beispielsweise auch von Selbsthilfe nach der Theorie der kognitiven Verhaltenstherapie (CBT). „CBT delivered in a self-help or guided self-help format seems to be nearly as efficacious as full CBT“ (Treasure & Schmidt, 2005, S. 93). Palmer et al. (2002) untersuchten in ihrer Studie die Wirksamkeit der geleitete Form der Selbsthilfe. Dies meint eine Form der Selbsthilfe, in der Betroffene minimale therapeutische Unterstützung erhalten. „However, those who received additional guidance, particularly face-to-face, fared better“ (Palmer et al., 2002, S. 233). Auch bei dieser Form der Therapie gibt es individuelle Unterschiede. Manche Personen reagierten sehr gut auf die geleitete Form der Selbsthilfe: “Those who had guided self-help would have tended to have shorter sessions and their provision would tend to be less demanding of therapeutic skill” (ebd., S. 234). Die Resultate der Studie lassen erkennen, dass geleitete Selbsthilfe “(...) might well be a useful and cost-effective first response (...)” und weiter schlagen Palmer et al. vor, dass Selbsthilfe eine gute Möglichkeit für die Patienten ist, “(...) especially where the alternative is a long wait for full therapy” (ebd.). Wenn sich ein Mensch mit Essstörungen zu seiner Krankheit bekennt und etwas dagegen unternehmen will, kommt er in den meisten Fällen auf eine Warteliste, bevor er mit der Therapie starten kann. Das Warten kann sich negativ auf den Therapieentscheid auswirken, so dass die Person erst gar nicht mit derselbigen anfängt. Dies kann durch eine erste (geleitete) Selbsthilfe umgangen werden, die der betroffenen Person Aufmerksamkeit und einen ersten Umgang mit der Krankheit bietet.

### 5.6.2 „Stepped care“

In diesem Unterkapitel soll das Stepped-care-Modell vorgestellt werden. Dabei geht es darum, dass, wenn dies der physische Zustand der Person erlaubt, nicht jede Person das volle Ausmass an Therapien benötigt. Dieses Modell geht davon aus, dass ein Teil der Patienten mit Essstörungen schon auf eine geringe Menge an Therapie positiv reagieren und diese für eine Genesung ausreichen. So können aufwendigere und teurere Therapien für Patienten reserviert werden, die auf knappere Therapieformen nicht ansprechen. Das Modell kann ins Deutsche als Stufenmodell übersetzt werden. Zu Beginn gehen alle Patienten durch beispielsweise ein geleitetes Selbsthilfeprogramm. “Guided self-help may reduce the amount of more intensive therapy that is subsequently required within a stepped care model” (Palmer et al., 2002, S. 230). Diejenigen, die auf diese Form der Therapie nicht ansprechen, kommen auf die nächste Stufe, beispielsweise eine ambulante Form der Verhaltenstherapie. “(...) only those who failed to respond to self-help with minimal guidance or guided self-help were offered full therapy – or further guided self-help – according to their degree of continuing symptoms” (ebd., S. 234). In der Verhaltenstherapie können sie die im Selbsthilfeprogramm erlernten Techniken und das Wissen über ihre Krankheit mit einbringen. Diejenigen Patienten, die auch auf diese Form nicht genügend ansprechen, kommen zu einer nächsten Form der Therapie, beispielsweise teilstationär. „Such schemes seem to be rational and to promise an efficient use of resources, (...)” (ebd.).

Mit Verweis auf den Anfang dieses Kapitel ist es natürlich von enormer Wichtigkeit festzulegen, wann eine Therapieform für einen Patienten angemessen und ausreichend für die Genesung ist und wie der Zustand der Genesung definiert wird.

Zusammenfassend können die in diesem Kapitel zusammengetragenen Punkte vereinfacht folgendermassen auf den Punkt gebracht werden: Die Hemmschwelle der Betroffenen sich für eine Behandlung der Essstörung zu entscheiden wird durch niedrigschwellige Angebote herabgesetzt. Die Wahrscheinlichkeit, bei einem Selbsthilfeprogramm mitzumachen ist höher, als sich für eine komplette Therapie zu entscheiden. Dadurch können Menschen behandelt werden, bei denen die Erkrankung noch nicht so weit fortgeschritten ist, was wiederum die Behandlungserfolge verbessern sollte.

## 6. ZRM-ED

Wie in Kapitel 4 gesehen werden konnte, haben das Selbstsystem und seine Beeinträchtigung die entscheidende Bedeutung für die Regulation psychischer und somatischer Prozesse. Soll eine Langzeitstabilität der Therapieeffekte erreicht werden, so werden „(...) therapeutische Fortschritte in der Entwicklung zentraler Selbstfunktionen wie Selbstmotivierung und Selbstberuhigung besonders wichtig für die Stabilität der Symptombeseitigung“ (Kuhl, 2002, S.28). Wenn Menschen Schwierigkeiten haben, das zu tun, was sie tun wollen (wie dies bei der manifesten Alienation der Fall ist), so muss ihnen der Zugang zum intuitiven Ausführungssystem erleichtert werden. Dies kann durch verschiedenste Techniken herbeigeführt werden, solange diese den Wechsel in die rechte Hemisphäre provozieren (positive Zielerreichungsfantasien, Humortraining, Körperwahrnehmungsübungen, positives Denken, u.v.m.). Diese Provokation des Wechsels kann als Entwicklungsbedingung der Selbstmotivierung angesehen werden (vgl. ebd., S.15f.). Bei Betrachtung der 1. Modulationsannahme, kann jedoch zu dem Schluss gekommen werden, dass solche Übungen für den gewünschten Wechsel nicht immer ausreichen. Das bloße Wissen, wie man sich in eine positive Stimmung versetzt, reicht nicht aus. Dieser Wechsel in die positive Stimmung muss unbewusst innerhalb weniger Millisekunden herstellbar sein. „Das gelingt am besten, wenn das Umschalten auf positiven Affekt bzw. auf rechtshemisphärische Verarbeitung geradezu auf den Zustand der Hemmung positiven Affekts, also auf Gefühle der Frustration und Entmutigung konditioniert ist und dann, wenn die Wiederherstellung positiven Affekts für die Umsetzung wichtig ist, automatisch ausgelöst wird“ (ebd., S.16). Wie ist das nun aber bei Patienten, die in ihrer Selbstwahrnehmung oder Selbstäußerung stark eingeschränkt sind? In einem solchen Fall müssen diese Fähigkeiten erst gelernt werden, „(...) bevor sie überhaupt die Erfahrung von selbstäußerungskontingenten Ermutigungen durch den Therapeuten zur Förderung der Selbstmotivierungskompetenz machen können“ (ebd., S. 16f.).

Dieses Kapitel befasst sich mit dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM), beziehungsweise dem daraus entwickelten spezifischen ressourcenorientierten Selbstmanagementtraining ZRM-ED (Eating Disorders) für Menschen mit Essstörungen. Das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) wurde von Storch und Krause (2002) entwickelt. ZRM ist ein Selbstmanagement-Training und beruht auf neuesten neurowissenschaftlichen Erkenntnissen zum menschlichen Lernen und Handeln. Es bezieht systematisch kognitive, emotive und physiologische Elemente in den Entwicklungsprozess mit ein. Die Teilnehmenden entwickeln und erweitern ihre Selbstmanagementkompetenzen durch eine abwechslungsreiche Folge von systemischer Analyse, Coaching, theoretischen Impulsreferaten und interaktiven Selbsthilfetechniken. 2006 wurde das ursprüngliche ZRM-Training in Form einer Seminararbeit von Fischer, Weber und Wiesmann für Menschen mit Essstörungen umgeformt und entsprechend angepasst. Das neue Training erhielt den Namen ZRM-ED (Eating Disorders). In diesem Kapitel soll nur auf die Besonderheiten des ZRM-ED in Bezug auf die Behandlung von Essstörungen eingegangen werden. Dazu wird in einem ersten Schritt

betrachtet, wie die Affektregulationskompetenz durch das ZRM-ED-Training erlernt oder verbessert werden kann. In einem zweiten Schritt wird die Behandlung von Essstörungen betrachtet bzw. wo eine solche ansetzen kann und wo ihre Möglichkeiten und Grenzen liegen.

Ein generell wichtiger Punkt beim ZRM-ED-Training ist, dass Essstörungen kein Thema sind. Das bedeutet, dass die Kursleitung das Thema Essstörung nicht anspricht. Wenn allerdings die Teilnehmenden von sich aus auf dieses Thema zu sprechen kommen, ist dies in Ordnung. Es geht bei diesem Training nicht direkt um die Behandlung von Essstörungen, sondern um das Erlangen der Affektregulationskompetenz, welche sich sekundär positiv auf die Krankheit auswirkt.

## **6.1 Affektregulation durch ZRM-ED**

In diesem Kapitel soll aufgezeigt werden, anhand welcher bestimmten Techniken und Übungen Affektregulation durch das ZRM-ED-Training erlernt werden kann. Dabei wird nicht das gesamte Training vorgestellt sondern nur der für das ZRM-ED spezifische Teil. Die Anleitung zum gesamten Training befindet sich in der erwähnten Seminararbeit (Fischer, Weber & Wiesmann, 2006).

### **6.1.1 Bilder als Zugang zu unbewussten Emotionen**

Im ZRM-ED-Training wird mit Bildkarteien gearbeitet, um Unbewusstes bewusst zu machen. Die Teilnehmenden wählen ein Bild, welches ihr Unbewusstes anspricht und dies äussert sich darin, dass ein Bild im Teilnehmer ein gutes Gefühl auslöst. Bei dieser Übung geht es darum, dass die Teilnehmenden herausfinden, was sie momentan wirklich wollen. Oft wissen die Teilnehmenden nämlich nur, was sie nicht wollen. Dieses Vorgehen wird durch Bucci (2001, 2002, 2005) begründet. Sie geht in ihrer „Multiple Code“ Theorie davon aus, dass Menschen “(...) represent and process information, including emotional information, in two basic formats: the subsymbolic (or nonsymbolic), and the symbolic codes” (Bucci, 2002, S. 767). Schemata von Emotionen setzen sich aus drei Systemen zusammen: (1) Das Subsymbolische System beschreibt einen Informationsprozess, der Wünsche und Bedürfnisse repräsentiert und dadurch eine entscheidende Rolle für das komplexe, zielgerichtete Handeln spielt. (2) Das nonverbale Symbolische System und (3) das verbale Symbolische System können durch Bilder und Wörter beschrieben werden. “Like all memory schemas, the emotion schemas include components of all processing systems – nonverbal subsymbolic, nonverbal symbolic, and verbal symbolic, but are more strongly dominated by sensory and bodily representations and processes than other knowledge schemas” (ebd., S. 771). Emotionsschemata werden ab der Geburt durch Interaktionen mit Bezugspersonen (z.B. Mutter) geformt. “They are prototypic scenarios of interaction with others that determine one’s sense of self, as well” (ebd., 2005, S. 859). Symbolische und subsymbolische Prozesse können innerhalb oder ausserhalb des Bewusstseins auftreten (vgl. ebd., 2001, S. 49) und sind durch einen Prozess verbunden, den Bucci „Referential

Process“ nennt: Dabei geht es um die Begebenheit, dass Menschen Objekte und Gefühle in Beziehung zu sich selbst stellen. Dieser Vorgang wurde auch von Damasio beschrieben und wird an dieser Stelle zwecks besserem Verständnis zitiert: „Während das Gehirn Vorstellungen von einem Objekt bildet – etwa einem Gesicht, einer Melodie, einem Zahnschmerz, die Erinnerung an ein Ereignis – und die Vorstellungen von dem Objekt auf den Zustand des Organismus *einwirken*, erzeugen Gehirnstrukturen auf einer anderen Ebene einen raschen nichtsprachlichen Bericht“ (Damasio, 2003, S. 206). Der „Referential Process“ kann nach Bucci als Versuch beschrieben werden, ein Gefühl oder Objekt zu erkennen und in Worte oder Bilder zu fassen. Hier ist eine Parallele zu Kuhl zu erkennen, der wie in Kapitel 3.1 beschrieben wurde davon ausgeht, dass das OES neue Objekte erkennt und durch die Verbindung mit dem EG die Bedeutung des Objekt für das eigene Selbst klar wird. Für die Verbindung zwischen dem Emotionsschema und Worten stellt Bucci Bilder. „In connecting the analogic processes of the subsymbolic system to the discrete elements of the verbal code, images play a pivotal role: they connect in their sensory, modality-bound aspects to the subsymbolic mode. As discrete representational elements (nonverbal symbols), images connect to the symbols of the verbal code“ (Bucci, 2002, S. 771). Bucci plädiert daher dafür, dass die erste Phase einer Psychoanalytischen Behandlung die Aktivierung des Emotionsschemas betreffen muss (vgl. ebd., S. 783). Für die Therapie bedeutet dies, dass der Therapeut die Körpersignale des Patienten liest und diese ihm ins Bewusstsein bringt. Bei Menschen mit Essstörungen sind Körpersignale durch die Alexithymie und die Dissoziation nur schwer zu erkennen. Aus diesem Grund wird im ZRM-ED für die Aktivierung des Emotionsschemas auf die Arbeit mit Bildern zurückgegriffen.

#### 6.1.2 Negativer Affekt

Im ZRM-ED wird mit somatischen Markern gearbeitet, welche als Bewertungen des Körperselbst beschreiben werden können und ein Annäherungs- oder Vermeidungsverhalten an Situationen und Objekte steuern. „Das Wort *somatosensorisch* bezeichnet, wie seine etymologische Herleitung vermuten lässt, die Empfindungen, die wir vom *Soma* haben, welches das griechische Wort für Körper ist“ (Damasio, 2003, S. 182). Durch die Einführung der somatischen Marker wird dem Körper und der Wahrnehmung von Körperempfindungen ein zentraler Stellenwert bei der Entstehung von Identität gegeben (Storch & Riedener, 2005, S. 21). Das Gehirn nimmt negative somatische Marker viel stärker wahr als positive somatische Marker. Diese Tatsache ist evolutionsbedingt, da wie bei Tieren der Instinkt, das Spüren von negativen Gefühlen bzw. Gefahren das Überleben sichert. Die richtige Entscheidung fürs Überleben, wird über Gene an jede Generation weitergegeben. Bei der Arbeit mit negativen Affekten handelt es sich um einen Teil des Trainings, das speziell für Menschen mit Essstörungen entwickelt wurde. Im herkömmlichen ZRM-Training gilt die Regel, dass ausschliesslich mit positiven Affekten gearbeitet wird. Damit jedoch mit Menschen mit Essstörungen mit positiven Affekten ressourcenaktivierend gearbeitet werden kann, wird an dieser Stelle der Umweg über negative Affekte gewählt. Wie gesehen werden konnte, haben

Menschen mit Essstörungen grosse Probleme in der Wahrnehmung von Gefühlen. Negative Affekte sind generell einfacher wahrzunehmen als positive Gefühle. Diese Tatsache wird in der Wissenschaft „negativity bias“ (vgl. Carreti'e et al., 2001) genannt. Die Kursteilnehmenden werden im Training gefragt, was sie alles für Gründe für schlechte Gefühle kennen. Die gesammelten Ideen werden von der Kursleitung auf dem Flipchart notiert. Jeder Teilnehmende darf sich nun ein Thema vom Flipchart wählen, welches er aus eigener Erfahrung kennt. Im Folgenden geht es darum, dieses schlechte Gefühl in eine Comicfigur einzuzichnen. Diese Comicfigur wird personalisiert, das heisst, dass der Figur ein paar äusserliche Merkmale des Teilnehmenden aufgezeichnet werden (beispielsweise Brille und rote Haare). Dieses Verfahren macht die Figuren persönlich zuordbar. Für das schlechte Gefühl wird von den Teilnehmenden eine Farbe gewählt. Auf der entsprechenden Figur zeichnet die Person dieses Gefühl ein. Auf diese Weise ist es für die Teilnehmenden möglich ihre Gefühle ausserhalb ihrer selbst anzubringen. Dieses Vorgehen wirkt auf die Betroffenen weniger bedrohlich, da das Gefühl in einem ersten Schritt einerseits gemalt und nicht in Sprache gefasst wird. Die Versprachlichung von Gefühlen ist für Menschen mit Essstörungen besonders schwierig (siehe Kapitel 4.3.2 Alexithymie). Andererseits wird in einem zweiten Schritt nicht direkt über die eigenen Gefühle, sondern über die Figur und die Farben gesprochen. Dies geschieht in der eigenen Sprache jedes Teilnehmenden (siehe Kapitel 6.1.4 Eigensprachlichkeit).

Bei dieser Übung kann es dazu kommen, dass die Teilnehmenden Schwierigkeiten haben, den ersten Strich in ihre Figur zu zeichnen. Dies kommt oft daher, dass sie nicht wissen, was richtig wäre und wie sie mit dieser Situation umgehen sollen. Dem Perfektionismus der Teilnehmenden (siehe Kapitel 4.4.1) kann in dieser Übung auf zwei Arten entgegengetreten werden. Einerseits werden die „Ursprungsfiguren“ von der Kursleitung gezeichnet. Dabei soll auf Unvollkommenheit geachtet werden. Wenn beispielsweise ein Bein länger als das andere ist, so wird dies nicht ausgebessert, sondern darüber gelacht mit der Bemerkung „Etwas krumm! Naja, im Zeichnen war ich noch nie so richtig gut!“ Andererseits sollen die Teilnehmenden ausdrücklich darauf hingewiesen werden, dass sie sich Zeit lassen sollen und es kein Richtig oder Falsch bei dieser Übung gibt.

### 6.1.3 Positiver Affekt

Wenn die Teilnehmenden gelernt haben, negative Affekte zu erkennen, kann zur Ressourcenaktivierung durch positiven Affekt übergegangen werden. Bevor jedoch die Aktivierung der eigenen Ressourcen beginnen kann, muss auch an dieser Stelle eine Übung eingeschaltet werden, die der oben beschriebenen sehr ähnlich ist. Nur geht es diesmal um positiven Affekt. Zuerst werden positive Gefühle gesammelt, dann sucht sich jeder Teilnehmende ein positives Gefühl aus und zeichnet dieses in seine personalisierte Figur mit einer entsprechend gewählten Farbe ein. Es wird in der eigenen Sprache über die Figur und die Farbe(n) gesprochen. Haben die Teilnehmenden gelernt, positiven Affekt zu erkennen, so findet in einem nächsten Schritt die Kopplung an das gewählte Bild statt. Dieses wird zu einem späteren Zeitpunkt des Trainings als Ressource



eingesetzt. Die Teilnehmenden sollen an einer neuen personalisierten Figur das positive Bildgefühl einzeichnen.

#### 6.1.4 Eigensprachlichkeit

Im ZRM-ED-Training ist die Eigensprachlichkeit jedes Teilnehmenden wichtig. Die Eigensprachlichkeit wird im Bereich der Gefühle eingesetzt und kann auch als eine Sprache in Bildern bezeichnet werden. So wird eine Annäherung an die eigene Gefühlswelt geschaffen, die weniger wertend und dadurch weniger bedrohlich erscheint als herkömmliche Begriffe. Gleichzeitig werden Gefühle jedoch für andere klar nachvollziehbar gemacht. So können die Teilnehmenden sich nicht in Begriffe wie traurig, wütend oder glücklich flüchten. Durch die Eigensprachlichkeit wird ein individuelles Gefühl beschrieben.

Um die Eigensprachlichkeit besser verständlich zu machen, werden an dieser Stelle je ein Beispiel für einen negativen Affekt und für einen positiven Affekt gemacht: Ein negativer Affekt kann als ein schwer lastender schwarzer Schleim, der auf Kopf und Schultern liegt und langsam am Körper herabfließt, beschrieben werden. Ein Beispiel für einen positiven Affekt ist ein gelbes Wollknäuel im Bauch, das Wärme und Entspannung strahlt. Die Beschreibung der eigenen Gefühle fällt den Teilnehmenden auf diese Weise einerseits durch die Vorschaltung des Einzeichnens der Gefühle und andererseits durch die Bildlichkeit der Sprache leicht. Durch die Individualität der Eigensprachlichkeit wird eine Differenzierung von Gefühlszuständen wie „traurig“ und „wütend“ geschaffen. An dieser Stelle wird auf Bucci verwiesen. „The central point of this formulation is that emotion schemas are not simple discrete entities with names like *anger*, *fear*, and *love* attached to them. (...) Such terms are not the forms in which we experience our emotional lives. (...) *anger* and *fear* and *love* have unique emotional meaning for each individual in this sense“ (Bucci, 2005, S. 860).

#### 6.1.5 Gefühlsfaktor

Damit die Teilnehmenden ihre somatischen Marker in positiv und negativ einteilen können, werden die Fragen „Was ist gut für mich?“ und „Was ist schlecht für mich?“ gestellt. Durch das zuvor abgehaltene Training der Wahrnehmung den positiven wie negativen Affekten sind die Teilnehmenden in der Lage, diese Fragen zu beantworten. Die Einführung des Arbeitsinstruments „Gefühlsfaktor“ ist wiederum eine Hilfe für die Teilnehmenden ihre Gefühle beschreiben zu können. Bei dem „Gefühlsfaktor“ handelt es sich um zwei Skalen, die eine steht für die Valenz (positiv oder negativ) des Gefühls, die andere steht für die Intensität (stark oder schwach) des Gefühls. Die Einführung des Gefühlsfaktors wird durch die Theorie von Peter Lange (1995) begründet. Die Funktion und die Benutzung dieses Instrument wird an dem Beispiel des Wortes „mutig“ erläutert: „Mutig“ kann auf der positiven Valenzskala für den Teilnehmenden einen Wert von 80% haben, das bedeutet konkret, dass „mutig“ eine starke positive Intensität auf der positiven Valenzskala hat. Gleichzeitig ist es möglich, dass der Teilnehmer dem Wort „mutig“ auf der negativen Valenzskala einen Wert von 30% zuschreibt, dass „mutig“ also eine schwache bis mittlere Intensität auf der negativen Valenzskala hat. Der

Teilnehmer verbindet also mehrheitlich positive Gefühle mit dem Wort „mutig“, die 30% an negativen Gefühlen (evtl. Risiko, Gefahr, Unfall) sind jedoch nicht ausser Acht zu lassen. Theoretisch ist es nach Peter Lange nicht möglich, keine Intensität auf der negativen Valenzskala zu haben. Für das Training ist es ausreichend, wenn die Intensität der negativen Valenz sehr gering ist, da eine geringe negative Valenz von den meisten Menschen mit „nicht vorhanden“ gleichgesetzt wird. Bei der Arbeit mit dem Gefühlsfaktor ist darauf zu achten, dass auf der Skala keine Zahlen vorhanden sind, an denen sich die Teilnehmenden orientieren können. Patienten mit Essstörungen neigen dazu, Gefühle kognitiv zu verarbeiten. Um mit einer Zielformulierung arbeiten zu können, muss ihr Gefühlsfaktor über 70% liegen. Wie bei der Übung in Kapitel 6.1.2 beschrieben, ist der Vorteil des Gefühlsfaktors bei der Arbeit mit Menschen mit Essstörungen, dass sie ihre Gefühle nicht direkt ausdrücken müssen, sondern Zahlen verwenden können, was die Situation für sie weniger bedrohlich macht. Oder anders gesagt besteht der Vorteil des Gefühlsfaktors für alexithyme Patienten besteht in der Tatsache, dass kein Emotionsvokabular verwendet werden muss.

Die Übung mit dem Gefühlsfaktor wird von der Kursleitung bei jeder Gelegenheit eingesetzt, um das Einschätzen der eigenen Gefühle auf lockere Art einzuüben. Die Skalen des Gefühlsfaktors sind immer im Raum, jedes Objekt eignet sich als Stimulus für das Bewertungssystem der Teilnehmenden. Durch diese spielerische Übung lernen die Teilnehmenden das Wahrnehmen, Differenzieren und in Sprache fassen ihrer Gefühle.

## **6.2 ZRM-ED als Behandlung von Essstörungen**

Für den Bereich der Essstörungen liegen bisher wenig randomisierte kontrollierte Studien über psychotherapeutische Behandlungsstrategien vor. Das Training nach dem Zürcher Ressourcen Modell ist ein ressourcenaktivierendes psychoedukatives Verfahren zur Steigerung der Selbststeuerungsfähigkeit. Das ZRM-Training arbeitet neben den expliziten, bewussten auch mit impliziten, unbewussten Wissensstrukturen. In dieser Studie steht die Affektregulationskompetenz im Mittelpunkt. Spezifisch geht es um Bewertungssignale aus einem impliziten Erfahrungsgedächtnis, die entweder als Körpersignal und/oder als Affekt erlebbar sind. In einem ersten Schritt trainiert ZRM-ED die Wahrnehmung dieser Signale, damit in einem zweiten Schritt deren Regulation erlernt werden kann. Die Wahrnehmung und Regulation dieser Signale kann als wichtige Grundlage von Selbststeuerungsfähigkeit und als Basis des Selbsterlebens angesehen werden. Bei essgestörten Patienten ist die interozeptive Wahrnehmung gestört, was sich in erhöhten Alexithymie-Werten bemerkbar macht. Das ZRM-Training für essgestörte Patienten beinhaltet eine spezielle Schulung zur Wahrnehmung der individuellen Körpersignale und unterweist die Patienten darin, wie sie auf der Basis einer verbesserten Interozeptionsfähigkeit eigene Ressourcen entdecken und gezielt aktivieren können. Dadurch wird die Affektregulationskompetenz gelernt und verbessert.

### 6.2.1 Was kann ZRM-ED in der Behandlung von Essstörungen bewirken?

Warum stellt gerade das Zürcher Ressourcen Modell einen guten Weg für die Arbeit mit Menschen mit Essstörungen dar? Im ZRM-ED-Training werden Personen mit den genannten Formen von Essstörungen angesprochen. Wie im letzten Abschnitt gesehen werden konnte, leiden ca. 70% der Magersüchtigen an Alexithymie; Krystal spricht davon, dass es in der Therapie mit anorektischen Patienten wichtig ist, dass diese Gefühle erkennen und regulieren lernen. Es muss eine andere Form als die interpretive Psychotherapie gefunden werden. "(...), anorexic patients need therapeutic approaches that enhance their ability to identify and regulate affects rather than traditional interpretive psychotherapy (Krystal, 1979)" (Bourke et al, 1992, S. 242). Auch Bruch betont die Wichtigkeit der Gefühle im Umgang mit anorektischen Patienten. Sie müssen lernen ihre Gefühle zu erkennen und diese dann richtig zu identifizieren: "(...) advised against the use of interpretive psychotherapy for anorexia nervosa and recommended instead a therapeutic approach that enables patients to become aware of, and to identify, their own feelings and impulses" (Taylor et al, 1996, S. 561). Aufgrund des Mangels von affektiver Beteiligung und an Phantasien und Assoziationen erweist sich die Therapie dieser Patienten, insbesondere die psychoanalytisch orientierte, als äusserst schwierig.

Bei diesem Punkt setzt das Zürcher Ressourcen Modell an. Zu Beginn des Trainings wird von den Teilnehmenden nicht verlangt ihre Gefühle zu benennen. Die Probanden sollen erst einmal erkennen, dass sie überhaupt Gefühle haben. Mit zeichnerischen Übungen und anhand des Gefühlsfaktors lernen die Probanden ihre positiven und negativen Gefühle wahrzunehmen und ihre somatischen Marker zu erkennen. Beim Zürcher Ressourcen Modell geht es darum, Verhalten in Handlung zu überführen, also von der Aussensteuerung zur Innensteuerung zu gelangen. Dieses (Wieder-)Erlangen der Kontrolle führt zu einem anderen Umgang mit Gefühlen und Problemen. Das Erlernen der Regulation von Gefühlen durch kognitive Prozesse ermöglicht den Patienten einen neuen Umgang mit unangenehmen, stressigen Emotionen. Sie sind fähig, gezielte statt impulsive Handlungen zu begehen; sie werden sich ihrer Essstörung bewusst und haben durch dieses Bewusstsein neue, andere Handlungsmöglichkeiten. Zu diesem Bewusstwerden steuert das ZRM-ED-Training bei, da die Teilnehmenden im Kurs nicht über ihre Essstörung reden müssen, sondern einen anderen Umgang mit ihren Problemen lernen. Dafür ist es wichtig, dass das einzelne Individuum im Zentrum steht, da sich Personen dieser Zielgruppe generell eher zurücknehmen. Im Kurs lernen sie, eigene Ressourcen zu entdecken, zu nutzen und entwickeln darauf neue Handlungsmuster, die sie in schwierigen Situationen abrufen und optimal anwenden können. Der Schwerpunkt des Kurses liegt zusammengefasst bei dem Erkennen der eigenen Gefühle und Ziele und dem Erlernen neuer Handlungskompetenzen. Dadurch wird die Affektregulationskompetenz verbessert.

Wie in Kapitel 4 gesehen werden konnte, wird die Affektregulation bzw. die Verbindung des OES mit dem EG durch negativen Affekt gestört. Zu negativen Affekten ist u.a. Stress zu zählen. In einer Studie von Storch et al. (2006) konnte gezeigt werden, dass das ZRM-Training einen positiven Effekt auf den Einfluss auf Stress hat. Die Wirkung des Stress' wurde in dieser Studie durch die Messung der Cortisolwerte erhoben. „Three months after receiving ZRM training, participants in the treatment group showed a

decreased cortisol stress response in the standardized stress test” (ebd., S.14). Situationen und Gefühle, die vor dem Training Stress hervorriefen, waren für die Teilnehmer nach dem ZRM-Training weniger stressreich. Dabei hatte das ZRM-Training einen entscheidenden Einfluss auf die Bewertung einer Situation in Bezug auf das Stresspotential. „In summary, the results show that resource-activating self-management training has beneficial effects on the psychobiological stress response“ (ebd., S. 15). Stress ist auch im Bereich der Essstörungen ein entscheidender Faktor. Die Wahrnehmung und Beurteilung von stressreichen Situation und Gefühlen wird durch das ZRM-Training verbessert, d.h. die Toleranzgrenze für Stress wird hinaufgesetzt. Die Verringerung von Stress wirkt sich wiederum positiv auf die Affektregulationskompetenz aus. Die Betroffenen sind in der Lage Affekte zu regulieren und können dadurch neue Handlungskompetenzen erlernen.

Einen weiteren wichtigen Punkt bei der Behandlung von Essstörung betrifft die Therapiemotivation der Patienten. „Therapien bei Patientinnen mit Essstörungen sind mit einer erheblichen Rate an Misserfolgen belastet. Eine häufige Erklärung für dieses Phänomen ist fehlende Motivation“ (Schweiger, 2003, S. 158). Schweiger zählt zu den Möglichkeiten, die sich als fehlende Motivation darstellen kann, eine extreme Lageorientierung und fehlende Handlungsorientierung der Patienten (vgl. ebd.). Hier setzt das ZRM-ED-Training an, welches die Lageorientierung der Betroffenen in Handlungsorientierung überführt und dadurch die Therapiemotivation verbessert.

Generell ist es noch wichtig zu sagen, dass die Entwicklung selbstregulatorischer Kompetenzen nicht von heute auf morgen entsteht. „Die in der Therapie entwickelten selbstregulatorischen Kompetenzen sind demnach mit einer niedrigen Anfangs- und einer hohen Endstabilität verbunden, während es bei den einfachen Abwehrformen umgekehrt ist“ (Kuhl, 2002, S. 30).

### 6.2.2 Verortung des ZRM-ED in der Behandlung von Essstörungen

In Kapitel 5.6.2 wurde das Stepped-care-Modell vorgestellt. Nach dem Verständnis dieses Ansatzes könnte auf Stufe 1 der Behandlung von Essstörungen eine geleitete Form der Selbsthilfe stehen. In dieser Arbeit wird an dieser Stelle das ZRM-ED-Training vorgeschlagen. Das ZRM-ED kann als niedrighwelliges Angebot im Bereich der Essstörungen betrachtet werden, welches jedoch nicht nur eine Überbrückung und Überleitung zu anderen Therapien darstellt, sondern die Voraussetzung für jede weitere Therapie darstellt, da die Patienten durch das ZRM-ED ihre Kompetenzen im Bereich der Affektregulation (wieder)erlangen können. Wie gesehen werden konnte, kann die Therapiemotivation durch das ZRM-ED-Training erhöht werden, indem die Lageorientierung der Patienten in Handlungsorientierung überführt wird. Nach dem Verständnis des Stepped-care-Modell können Behandlungskosten durch das ZRM-ED verringert werden: „Hohe Motivation stellt sowohl für die ambulante Behandlung als auch für die Behandlung in einem spezialisierten Zentrum eine günstige Voraussetzung dar“ (Schweiger et al., 2003, S. 84). Eine niedrige Motivation begründet die Indikation zur stationären Behandlung, welche in der Regel mit einem höheren wirtschaftlichen Aufwand verbunden ist. Eine weitere Indikation für intensivierete therapeutische

Massnahmen stellt das Fehlen oder die ungenügende Ausprägung von Selbstkontrolle dar (vgl. ebd.). Auch hier ist ZRM-ED hilfreich, wobei jedoch weniger die Selbstkontrolle als vielmehr die Selbstregulation der Betroffenen angesprochen wird. Durch die Aktivierung der Selbstregulation können also intensive therapeutische Massnahmen reduziert werden.

Mit diesem Kapitel ist der Theorieteil dieser Arbeit beendet. Es folgt nun der empirische Teil, welcher als erstes die Fragestellung und die Hypothesen (Kapitel 7) zur vorliegenden Wirksamkeitsstudie vorstellt. Darauf folgen in Kapitel 8 die Methode und in Kapitel 9 die Darstellung der Ergebnisse. In Kapitel 10 werden die Ergebnisse der Wirksamkeitsstudie diskutiert.

## 7. Fragestellung

Bei dieser Lizentiatsarbeit handelt es sich um eine Wirksamkeitsstudie, in der geprüft werden soll, ob sich das ZRM-ED-Training positiv auf die Affektregulationskompetenz der Probanden auswirkt. Daraus ergibt sich die folgende Fragestellung:

### **Fragestellung 1:**

Erhöht das ZRM-ED-Training die Affektregulationskompetenz von Menschen mit Essstörungen?

Mit dieser Wirksamkeitsstudie wird die Möglichkeit untersucht, eine Basisstörung des Formenkreises der Essstörungen zu verbessern. Da das ZRM-ED-Training in manualisierter Form vorliegt, kann es, falls sich seine Wirksamkeit erweisen sollte, mit hoher Effektivität und grosser Präzision weiter vermittelt werden. Die vorliegende Studie stellt einen Versuch dar, auf dem schwierigen Gebiet der Essstörungen einen weiteren Baustein für Evidence-Based Methods zu entwickeln.

Das ZRM-ED Training soll bei Menschen mit Essstörungen eine Verbesserung der Affektregulationskompetenz bewirken. Aus diesem Grund ist es von zusätzlichem Interesse, welchen Einfluss das ZRM-ED auf das Essverhalten hat. Hierzu wird eine zweite Fragestellung formuliert:

### **Fragestellung 2:**

Beeinflusst das ZRM-ED-Training das Essverhalten von Menschen mit Essstörungen?

In der hier vorgestellten Studie wurde an die Probanden ein Fragebogen verteilt, welcher sich aus verschiedenen Fragebögen zusammensetzt. Die Affektregulationskompetenz kann durch verschiedene Bereiche beschrieben werden, welche in Kapitel 7.1 vorgestellt werden.

### **7.1 Formulierung der Wirksamkeitshypothesen des ZRM-ED**

Wie bereits erwähnt, kann die Affektregulationskompetenz durch verschiedene Bereiche ausgedrückt werden. Hierzu zählen vorrangig die Handlungs- respektive Lageorientierung und der Alexithymiewert der Teilnehmenden. Zusätzlich wird in dieser Studie die Veränderung im Erleben und Verhalten der Probanden untersucht. Da es bei dieser Wirksamkeitsstudie um die Behandlung von Essstörungen geht, ist die Untersuchung dieses Punktes von zusätzlichem Interesse. Allerdings wird davon ausgegangen, dass allfällige Veränderungen in diesem Bereich indirekt von der verbesserten Affektregulationskompetenz herrühren, welche die Essstörung und deren Verlauf beeinflusst. Ein direkter Einfluss des ZRM-ED-Trainings auf das Essverhalten wird verneint, da Essstörungen während des Trainings kein Thema sind (vgl. Kapitel 6). Die folgenden Kapitel stellen die einzelnen Wirksamkeitshypothesen der Studie vor.

### 7.1.1 Handlungskontrolle

Das ZRM-ED-Training ist in der Lage, Lageorientierung in Handlungsorientierung zu überführen. Dies wird durch die Erhöhung der Handlungsorientierung erreicht. Daraus ergibt sich folgende erste Hypothese:

**Hypothese 1a:** Die Werte der Skala der Handlungsorientierung sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe höher, als die Werte der Skala Handlungsorientierung der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Anders formuliert, interessiert wie viele Probanden bei der Treatment- und Kontrollgruppe zum ersten Erhebungszeitpunkt (t1) lageorientiert sind, und wie viele Probanden zum letzten Erhebungszeitpunkt (t3) handlungsorientiert sind und ob ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen auszumachen ist.

Die Handlungsorientierung kann in zwei Skalen unterteilt werden: Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) und Handlungsorientierung bei Handlungsplanung (HOP). Auch zu diesen Skalen werden Hypothesen formuliert:

**Hypothese 1b:** Die Werte der Skala der Handlungsorientierung nach Misserfolg sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe höher, als die Werte der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolg der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 1c:** Die Werte der Skala der Handlungsorientierung bei Handlungsplanung sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe höher, als die Werte der Skala Handlungsorientierung bei Handlungsplanung der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

### 7.1.2 Alexithymie

Im ZRM-ED-Training lernen die Teilnehmenden ihre Gefühle besser wahrzunehmen. Die verbesserte Wahrnehmung hat einen positiven Einfluss auf die Alexithymiewerte der Teilnehmenden auf der Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“. Daraus lässt sich folgende Hypothese formulieren:

**Hypothese 2a:** Die Werte der Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Im Training wird jedoch nicht nur die Wahrnehmung sondern durch bestimmte Techniken (siehe Kapitel 6.1) auch die Beschreibung der Gefühle verbessert. Dies hat einen positiven Einfluss auf die Alexithymiewerte der Teilnehmenden auf der Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“. Daraus lässt sich folgende Hypothese formulieren:

**Hypothese 2b:** Die Werte der Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Die Gesamtskala des Alexithymiewertes eines Probanden setzt sich aus den Skalen „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“, „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ und „Extern orientierter Denkstil“ zusammen. Zur Skala „Extern orientierter Denkstil“ wird in dieser Untersuchung allerdings keine Hypothese aufgestellt. Jedoch wird davon ausgegangen, dass das ZRM-ED-Training einen positiven Einfluss auf die Alexithymiewerte der Gesamtskala hat. Daraus lässt sich folgende Hypothese formulieren:

**Hypothese 2c:** Die Werte der Gesamtskala „Alexithymie“ sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

#### 7.1.3 Veränderung im Erleben und Verhalten

Im Training wird eine Persönlichkeitsentwicklung durchlaufen. Durch diesen Prozess lernen die Teilnehmenden bewusster mit sich selbst und mit ihrer Umwelt umzugehen und ihr eigenes Verhalten gezielter selber zu steuern. Es wird erwartet, dass eine Veränderung im Erleben und Verhalten nachgewiesen werden kann:

**Hypothese 3:** Die Teilnehmenden der Treatmentgruppe zeigen eine höhere positive Veränderung im Erleben und Verhalten, als dies die Teilnehmenden der Kontrollgruppe aufzeigen.

#### 7.1.4 Essverhalten

In der vorliegenden Studie wird davon ausgegangen, dass das ZRM-ED-Training durch die relative Kürze der Behandlung in den vorliegenden Auswertungen keinen grossen Einfluss auf die Essstörung an sich hat. Das Training wirkt vorerst auf Handlungskontrolle und Alexithymie und kann sich durch diese Mediatorenwirkung wiederum positiv auf das Essverhalten auswirken. Das Essverhalten kann in vier Skalen unterteilt werden: „Restraint Scale“ (gezügelt Essen), „Eating Concern Scale“ (essensbezogene Sorgen), „Weight Concern Scale“ (Gewichtssorgen) und „Shape Concern Scale“ (Figursorgen); durch Zusammenfügen dieser vier Skalen entsteht der Gesamtwert zum Essverhalten, der den Grad der Psychopathologie der Essstörung kennzeichnet. Es wird davon ausgegangen, dass das ZRM-ED-Training durch seinen positiven Einfluss auf die in den vorherigen besprochenen Hypothesen einen positiven Einfluss auf das Essverhalten der Probanden hat. Daraus lassen sich folgende Hypothesen formulieren:



**Hypothese 4a:** Die Werte der „Restraint“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 4b:** Die Werte der „Eating Concern“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 4c:** Die Werte der „Weight Concern“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 4d:** Die Werte der „Shape Concern“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 4e:** Der Gesamtwert zum Essverhalten ist bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

## 7.2 Kriterien für Hypothesenannahme

Für die oben aufgeführten Hypothesen wird zuerst getestet, ob innerhalb der Gruppe eine vorhersagekonforme Wirkung auftritt. Dies bedeutet, dass sich bei der Treatmentgruppe eine Erhöhung der Mittelwerte, während bei der Kontrollgruppe keine wesentliche Veränderung auftritt. In der vorliegenden Studie wird allerdings davon ausgegangen, dass beide Gruppen eine positive Veränderung aufzeigen, da sowohl die Kontroll- wie auch die Treatmentgruppe eine Behandlung der Psychiatrischen Poliklinik Zürich erhielten. Deshalb wird davon ausgegangen, dass das ZRM-ED-Training bei der Treatmentgruppe generell bessere Werte in den verschiedenen Fragebögen erzielt und somit bei dieser Gruppe bessere Ergebnisse als bei der Kontrollgruppe zu erwarten sind. Da die Studie mit 17 Probanden als klein angesehen werden kann, werden als „generell bessere Werte“ Werte der Treatmentgruppe betrachtet, die entweder signifikant besser (d.h.  $p \leq .05$ ) sind oder einem Trend dieser Werte entsprechen (d.h.  $1.0 \geq p \geq .05$ ). Vereinfacht gesagt wird eine Hypothese dann angenommen, wenn die Werte der Treatmentgruppe signifikant oder einem Trend entsprechend besser sind. Andernfalls wird die Hypothese verworfen.

## 8. Methode

In diesem Kapitel des empirischen Teils der Arbeit geht es um die Methode. Bevor in Kapitel 8.3 die Untersuchungsinstrumente und deren Operationalisierung vorgestellt werden, werden zuerst die Stichprobengewinnung (Kapitel 8.1) und das Studien-Design (Kapitel 8.2) beschrieben. In Kapitel 8.4 erfolgt die Beschreibung der Testverfahren. In dieser Wirksamkeitsstudie soll letztendlich die Trainingswirksamkeit des ZRM-ED in Bezug auf die Affektregulationskompetenz bei Menschen mit Essstörungen gemessen werden. Zu diesem Zweck werden in dieser Studie quantitative Grössen gemessen und standardisierte Fragebögen zu verschiedenen Zeitpunkten eingesetzt. Die Vorteile einer standardisierten schriftlichen Befragung liegen in der Vergleichbarkeit der Daten, d.h. die Wirkung des ZRM-ED-Trainings lässt sich mit der Wirkung anderer Trainings vergleichen, und der Minimierung des zeitlichen Aufwands für die Befragung der Probanden.

### 8.1 Stichprobengewinnung

Die Probanden für diese Studie wurden in Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Poliklinik Zürich rekrutiert. Für die vorliegende Studie wurden eine Treatment- und eine Kontrollgruppe gebildet. Beide Gruppen müssen bezogen auf die soziodemographischen Daten vergleichbar sein. Zu den Erhebungszeitpunkten werden bei beiden Gruppen Daten erhoben, während die Treatmentgruppe jedoch nach dem 1. Erhebungszeitpunkt das ZRM-ED-Training absolviert, bekommt die Kontrollgruppe ein Arbeitstraining; die Kontrollgruppe bekommt das Training erst, wenn alle Erhebungen zur Studie abgeschlossen sind (vgl. Kapitel 8.2).

Die Randomisierung zu den Gruppen erfolgt nach Eintrittszeit in die Klinik: Die ersten zwölf Patienten werden der Kontrollgruppe zugewiesen, darauf folgt die Zuweisung zur Treatmentgruppe. Dieses Vorgehen hat zur Folge, dass manche Probanden der Kontrollgruppe bereits aus der stationären Behandlung ausgetreten waren. Dieser Punkt wird zu einem späteren Zeitpunkt diskutiert (Kapitel 8.2 & Kapitel 10).

In Tabelle 1 sind die Ein- respektive Ausschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie aufgelistet:

Tabelle 1: Ein-/Ausschlusskriterien für die Teilnahme an Studie

Einschlusskriterien	Ausschlusskriterien
<ul style="list-style-type: none"><li>■ Psychiatrische Diagnose DSM IV (AN/BN/EDNOS)</li><li>■ Alter &gt; 17</li><li>■ Einwilligungsfähigkeit</li><li>■ Ausreichende Deutschkenntnisse</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>■ BMI &gt; 30</li><li>■ Alter &lt; 17</li><li>■ Somatische vitale Gefährdung</li><li>■ Mangelnde Deutschkenntnisse</li><li>■ Suizidalität/Sucht</li><li>■ Vorwissen über ZRM</li></ul>

Aus Tabelle 1 wird ersichtlich, dass an der Studie nur Probanden teilnahmen, welche an Anorexia nervosa, Bulimia nervosa oder EDNOS litten. Sie mussten zum Zeitpunkt der

Erhebung mindestens 17 Jahre alt sein und über ausreichende Deutschkenntnisse verfügen. Sie mussten in Bezug auf ihre Krankheit in der Lage sein, an der Studie teilzunehmen. Bei Betrachtung der Einschlusskriterien wird klar, dass das Screeningverfahren der Probanden über die Psychiatrische Poliklinik Zürich laufen musste, da diese über eine gute Kenntnis der Erfüllung dieser Kriterien verfügt (besonders in Bezug auf die Psychiatrische Diagnose und die Einwilligungsfähigkeit). Dementsprechend wurden Probanden ausgeschlossen, welche weder an einer Anorexia nervosa, Bulimia nervosa noch an EDNOS litten. Weitere Ausschlusskriterien waren eine zu junges Alter, mangelnde Deutschkenntnisse, Suizidalität/Sucht und somatische vitale Gefährdung. Kannten die Probanden das ZRM-Training schon oder hatten sie ein Vorwissen über dieses, wurden sie von der Studie ausgeschlossen, um die Verfälschung der Daten auf die Wirksamkeit des ZRM-ED auszuschliessen.

Allen Probanden wurde vor Trainingsbeginn ein Informationsbrief zur Wirksamkeitsstudie (siehe Kapitel 13.1.1) und ein Informationsbrief zum Forschungsprojekt (siehe Kapitel 13.1.2) geschickt. Für die Entbindungserklärung wurde der Kontrollgruppe ein Brief (siehe Kapitel 13.1.3) zugeschickt, die Treatmentgruppe erhielt diese von den Betreuern ihrer Station. Die Probanden, die an der Studie teilnahmen, wurden gesamthaft zu einem Eingangsbriefing eingeladen, bei dem der Ablauf der gesamten Studie erklärt und Fragen beantwortet wurden.

Es wurden insgesamt 22 Personen in die Studie aufgenommen, 12 für die Kontrollgruppe und 10 für die Treatmentgruppe. Das Training wurde kostenlos angeboten. Nach der Beschreibung der Rekrutierung der Stichprobe, wird als nächstes der Untersuchungsablauf erläutert.

## **8.2 Studien-Design**

In Bezug auf die Kontrollgruppe erscheint es ethisch betrachtet problematisch, dass diese durch das Ausfüllen der Fragebögen und Erscheinen an den Follow-up Sitzungen einen grossen Aufwand haben, ohne von der Studie an sich einen persönlichen Nutzen ziehen zu können (vgl. Patry & Perrez, 2000, S. 37). Deshalb orientiert sich das Studien-Design an „delayed-treatment control-group-designs“ (vgl. Neck & Manz, 1996; zitiert nach, Priemuth, 2002, S. 83). Diese Art von Studiendesign hat sich bei Untersuchungen einer Programmwirksamkeit bewährt und wird dem erwähnten Vorbehalt gerecht: Sobald alle Erhebungen abgeschlossen sind, erhält die Kontrollgruppe die Interventionsmassnahme. Dieses Vorgehen hat zwei Vorteile; erstens kann damit der oben erwähnte ethische Vorbehalt überwunden werden und zweitens kann die Vergleichsgruppe, welche damit zur Wartekontrollgruppe wird, als weitere Interventionsgruppe untersucht werden (vgl. Patry & Perrez, 2000, S.37). Die Untersuchung der Wartekontrollgruppe ist jedoch nicht mehr Gegenstand der vorliegenden Arbeit.

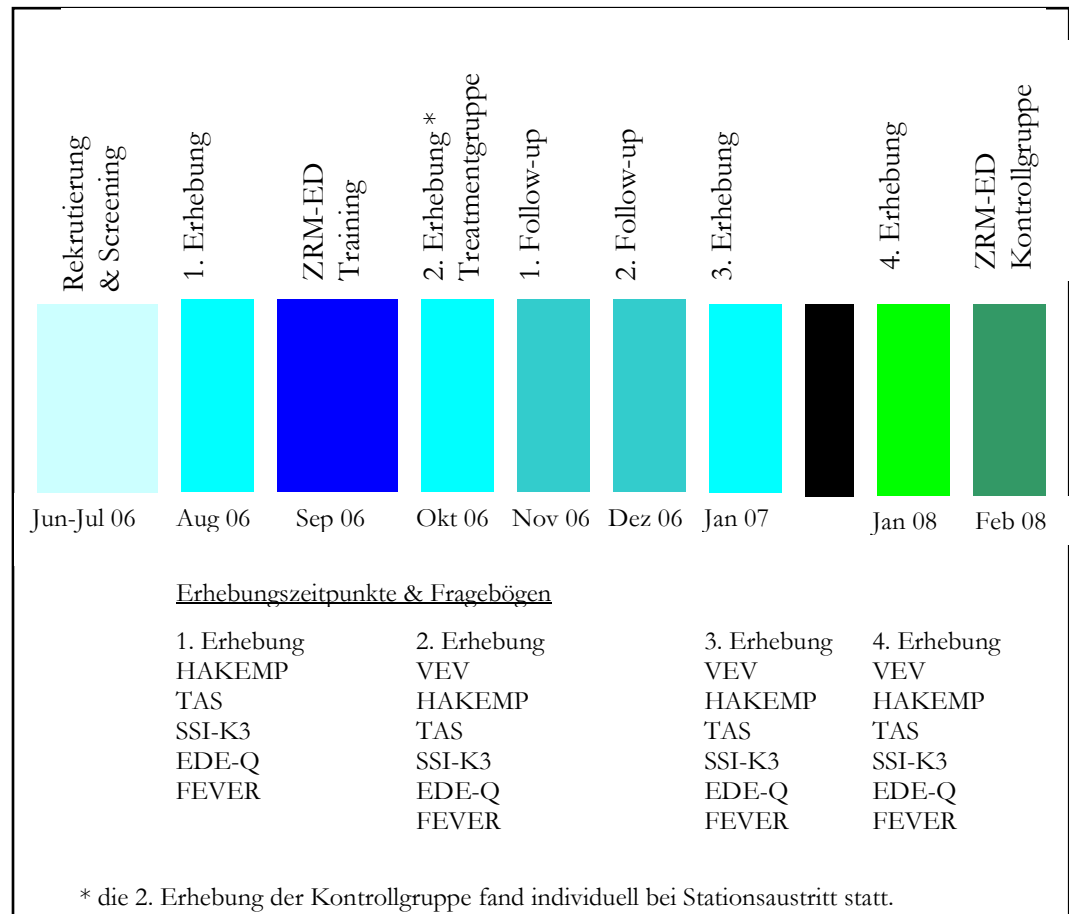


Abbildung 5: Studien-Design ZRM-ED

Abbildung 5 beschreibt das Studiendesign. Die Rekrutierung der Versuchspersonen fand im Juni und Juli 2006 statt. Parallel dazu fand das Screening durch die Psychiatrische Poliklinik Zürich statt. Die Einführung des Teams der Therapiestation der Psychiatrischen Poliklinik war am 11. Juli 2006 und wurde von Frau Storch, Frau Milos, Frau Weber und Frau Fischer gemacht. Das Briefing zur Studie fand für die Kontrollgruppe am 17. Juli, für die Treatmentgruppe am 31. August 2006 statt und wurde von Frau Weber gemacht. In Abbildung 5 wird ersichtlich, dass für diese Wirksamkeitsstudie drei Erhebungen gemacht worden sind. Zu allen Erhebungszeitpunkten wurden die folgenden Fragebögen in Form eines Gesamtfragebogens verteilt: HAKEMP, TAS-26, SSI-K3, EDE-Q und FEVER. Bei der zweiten und dritten Erhebung wurde zusätzlich der VEV ausgeteilt.

Tabelle 2: Unterschiede der Erhebungen bei Kontroll- und Treatmentgruppe

	<b>Kontrollgruppe</b>	<b>Treatmentgruppe</b>
<b>1. Erhebung</b>	Eintritt Station	Eintritt Station
<b>2. Erhebung</b>	Austritt Station	Ende ZRM-ED
<b>3. Erhebung</b>	4 Wochen nach Follow-up 2	4 Wochen nach Follow-up 2
<b>4. Erhebung</b>	1 Jahr nach 3. Erhebung	1 Jahr nach 3. Erhebung

In Tabelle 2 werden die Unterschiede zu den verschiedenen Erhebungen bei Kontroll- und Treatmentgruppe ersichtlich. Die Personen, die die Einschlusskriterien für die Teilnahme an der Studie erfüllten, füllten den Fragebogen für die erste Erhebung bei Eintritt in die Psychiatrische Poliklinik Zürich aus. Dies war für die Treatment und die Kontrollgruppe gleich. Bei der zweiten Erhebung unterschieden sich diese beiden Gruppen aufgrund des stationären Settings: die Treatmentgruppe füllte den zweiten Fragebogen in der Woche nach dem ZRM-ED-Training aus, die Kontrollgruppe erhielt diesen bei Austritt aus der Klinik. Die dritte Erhebung war für alle Teilnehmenden gleich, sie fand vier Wochen nach der zweiten Follow-up Sitzung statt. Zu diesem Erhebungszeitpunkt hatten alle Probanden ihren Aufenthalt in der Poliklinik Zürich beendet (siehe Anhang). Die verschiedenen Erhebungszeitpunkte bei der zweiten Erhebung lassen sich wie folgt erklären: Der Klinikeintritt der Treatmentgruppenmitglieder fand wie erwähnt nach dem Eintritt der Kontrollgruppenmitglieder statt. Da nicht vorausgesagt werden konnte, wie lange der Aufenthalt der Patientinnen der Treatmentgruppe dauern würde und die vorliegende Studie zeitlich begrenzt war, wurde als zweiter Erhebungszeitpunkt für die Treatmentgruppe die Woche nach dem ZRM-ED-Training gewählt. Bei der Auswertung der Daten spielt dies eine Rolle und muss berücksichtigt werden. Allerdings sind die erste und dritte Erhebung von vorrangiger Bedeutung, welche zu einem vergleichsweise gleichen Zeitpunkt stattfanden.

Die beiden Follow-up Sitzungen waren für die Kontrollgruppe am 13. November 2006 und am 11. Dezember 2006, für die Treatmentgruppe waren diese am 20. November 2006 und am 18. Dezember 2006. Die Follow-up Sitzungen für die Kontrollgruppe fanden unter den gleichen Bedingungen und an demselben Ort wie die Follow-up Sitzungen der Treatmentgruppe statt. Um die Kontrollgruppe an der Teilnahme der Follow-up Sitzungen zu motivieren, wurde pro Erscheinen ein Gutschein im Wert von 30 SFr. an die Probanden ausgeteilt. Der Kontrollgruppe wurden drei Fragen zur Befindlichkeit nach dem Austritt aus der Station gestellt, bei der Treatmentgruppe wurden Fragen zum Training beantwortet und bei Bedarf Trainingseinheiten wiederholt. Nach einem Jahr wird im Januar 2008 die vierte Erhebung zu dieser Studie stattfinden. Diese Untersuchung ist jedoch nicht Thema der hier besprochenen Arbeit und Ergebnisse.

Die Kontrollgruppe erhielt anstatt des ZRM-ED-Training ein Arbeitstraining. Bei dem Arbeitstraining handelt es sich um eine externe Beschäftigung von der Dauer von ca drei Stunden. Für Schülerinnen und Studentinnen kann das Arbeitstraining das Besuchen der Schule am Nachmittag oder das Selbststudium in einer Bibliothek bedeuten. Für Patientinnen, die in einem Arbeitsverhältnis sind, findet das Arbeitstraining am ursprünglichen Arbeitsplatz mit reduziertem Pensum statt. Bei Patientinnen mit keiner vorbestehenden Tagesstruktur findet das Arbeitstraining in Geschäften (z.B Blumenladen, Buchhandlungen, Kinderkrippen), die mit der Psychiatrischen Poliklinik Zürich in Kontakt stehen, statt. Das Arbeitstraining dient innerhalb der stationären Therapie der Konfrontation mit der Realität, wirkt den Regressionstendenzen der Patientinnen entgegen und ist eine Vorbereitung für eine strukturierte Tagesstruktur nach Abschluss der Therapie.

### **8.3 Untersuchungsinstrumente**

Zur Messung der Trainingswirksamkeit wurden, wie oben erwähnt, verschiedene standardisierte Fragebögen eingesetzt, um so die erwarteten Veränderungen abbilden zu können. Die eingesetzten Fragebögen werden im Folgenden in Bezug auf Anwendungsbereiche und Messungen erläutert. Bei der Auswertung der Ergebnisse (siehe Kapitel 9) wurden jedoch nicht alle erhobenen Fragebögen ausgewertet, sondern nur diejenigen welche zur Beantwortung der Fragestellung und zur Testung der Hypothesen entscheidend sind. Nicht ausgewertet wurden der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER) und das Selbststeuerungsinventar (SSI-K3).

#### **8.3.1 Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv (Hakemp 90)**

Der Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle nach Erfolg, Misserfolg und prospektiv wurde von Julius Kuhl entwickelt und besteht aus drei Skalen:

1. Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrungen (HOM)
2. Grad der Entscheidungs- und Handlungsplanung (HOP)
3. Handlungsorientierung bei (erfolgreicher) Tätigkeitsausführung (HOT)

Für diese Untersuchung wurden allerdings nur die Skalen 1 (HOM) und 2 (HOP) erhoben. Die Skala HOT kann weggelassen werden, da sie einen Verhaltensbereich erfasst, der ausser von der Handlungs-/Lageorientierung auch von vielen anderen Variablen beeinflusst wird. Jede Skala umfasst 12 Situationsbeschreibungen. Jeder Situation folgen zwei Antwortalternativen, wobei die eine Alternative handlungsorientiertes und die andere Alternative lageorientiertes (bzw. „aktionistisches“) Verhalten erfasst. Daraus ergeben sich für jede Skala die Möglichkeit der Handlungsorientierung oder der Lageorientierung. Bei Skala 1 sind dies Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) und Lageorientierung nach Misserfolg (LOM), bei der Skala 2 sind dies Handlungsorientierung bei Handlungsplanung (HOP) und Lageorientierung bei Handlungsplanung (LOP). Da die Skalen zum Teil mit unterschiedlichen Verhaltenskennwerten korrelieren, sollten die Kennwerte für die drei

Skalen in jeder Untersuchung getrennt berechnet werden. Die Zusammenfassung zu einer Gesamtscore ist allenfalls für die Skalen HOM und HOP sinnvoll. Diese beiden Skalen zusammen bilden die Gesamtskala der Handlungskontrolle (HAK). In Bezug auf die in dieser Arbeit gestellte Fragestellung ist der Hakemp 90 in der Lage, Antworten in den Bereichen der Handlungskontrolle nach Misserfolgserlebnissen, der Tätigkeitsausführung und der Entscheidungs- und Handlungsprozesse zu geben. Der Hakemp 90 kann ab einem Alter von 12 Jahren angewendet werden.

<p><b>19 Wenn mich etwas traurig macht, dann</b></p> <p>a) fällt es mir schwer, irgendetwas anderes zu tun. ► <b>LOM</b></p> <p>b) fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken. ► <b>HOM</b></p> <p><b>20 Wenn ich vorhabe, eine umfassende Arbeit zu erledigen, dann</b></p> <p>a) denke ich manchmal zu lange nach, womit ich anfangen soll. ► <b>LOP</b></p> <p>b) habe ich keine Probleme loszulegen. ► <b>HOP</b></p> <p><b>21 Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tag misslingen, dann</b></p> <p>a) weiss ich manchmal nichts mit mir anzufangen. ► <b>LOM</b></p> <p>b) bleibe ich fast genauso tatkräftig, als wäre nichts passiert. ► <b>HOM</b></p> <p><b>22 Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann</b></p> <p>a) habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen. ► <b>HOP</b></p> <p>b) bin ich manchmal wie gelähmt. ► <b>LOP</b></p>
---

Abbildung 6: Beispielimens für Hakemp 90

Der Grad der Intention zur Ausführung von Aktivitäten und das Ausmass der tatsächlichen Ausführung werden durch HOP moderiert. Bei handlungsorientierten Menschen (über dem HOP-Median) ist die Korrelation zwischen Intention und Ausführung erheblich grösser als bei lageorientierten Menschen (unter dem HOP-Median).

### 8.3.2 Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26)

Die Alexithymiewerte der Probanden sind wissenschaftlich messbar durch die Toronto-Alexithymie-Skala-26 (TAS-26), welche von Taylor und Mitarbeitern (Taylor, Ryan & Bagby, 1985; Taylor, Bagby, Ryan & Parker, 1990) entwickelt wurde und der Erfassung der subjektiven Einschätzung von spezifischen Dimensionen der Konstrukte «Alexithymie» und «pensée opératoire» dient. Die deutsche Version stammt von Kupfer et al. (2000). Sie enthält 26 Items in drei Skalen:

1. „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ (IDG): Hohe Werte in dieser Skala sprechen dafür, dass der Proband Schwierigkeiten hat eigene Gefühle und deren physiologische Begleiterscheinung in adäquater Weise wahrzunehmen.
2. „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (BEG): Hohe Werte in dieser Skala deuten auf Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen hin, da ein Teil der Kommunikation eingeschränkt oder im Extremfall fehlend ist.

3. „Extern orientierter Denkstil“ (pensée opératoire): Hohe Werte in dieser Skala deuten auf ein Desinteresse für analytisches Denken hin, welches zu Problemen bei Anpassungsanforderungen führen, da Erwartungswerte zu Erwartungen über Folgen eines bestimmten Verhaltens nicht verfügbar sind. Wie in Kapitel 7.1.2 gesehen werden konnte, wurde in der vorliegenden Arbeit zu dieser Skala keine Hypothese aufgestellt; somit wird diese Skala nicht weiter untersucht.

Jedes Item kann auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden, die mit „trifft gar nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „teils/teils“, „trifft eher zu“ und „trifft völlig zu“ bezeichnet ist.

	Trifft gar nicht zu	Trifft eher nicht zu	Teils/teils	Trifft eher zu	Trifft völlig zu
Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.	1	2	3	4	5
Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
Wenn ich aufgeregt bin, weiss ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5

Abbildung 7: Beispielitems für TAS-26

In der Toronto-Alexithymie-Skala-26 wird der Wert 3 als Cut-off Punkt vorgeschlagen. Probanden ab einem Gesamtwert von 3 und mehr auf einer Skala oder auf der Gesamtskala werden als „alexithym“ bezeichnet. Allerdings muss dieser Wert noch in klinischen Studien bestätigt werden. Die Untersuchungen dieser Studie in Bezug auf den TAS-26 beziehen sich auf die Skalen 1 und 2 und den Gesamtscore aller drei Skalen. Die Gesamtscore ergibt einen Globalwert für die Ausprägung der Alexithymie (ALEX). Insbesondere für die Unterteilung von Probanden in hoch- und niedrigalexithyme Untergruppen scheint die Gesamtskala am besten geeignet.

### 8.3.3 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Der „Eating Disorder Examination-Questionnaire“ (EDE-Q) von Fairburn und Beglin (1994) ist die Fragebogenversion des strukturierten Essstörungeninterviews „Eating Disorder Examination“ (EDE). Die deutschsprachige Übersetzung dieses Fragebogens ist von Hilbert und Tuschen-Caffier (2006). Mittels dieses Fragebogens wird die spezifische Psychopathologie von Essstörungen bei Erwachsenen und Jugendlichen erfasst. Der gesamte Fragebogen besteht aus 36 Items. 23 Items umfassen vier Skalen:



1. „Restraint Scale“ (RS) umfasst Parameter eines gezügelten Essstils, z.B. den Versuch, das Essen einzuschränken oder Diätregeln zu befolgen.
2. „Eating Concern Scale“ (ECS) beschreibt weitere Auffälligkeiten in Bezug auf das Essen, die z.B. in einer Konzentrationsbeeinträchtigung aufgrund des Nachdenkens über das Essen oder in heimlichem Essen bestehen können.
3. „Shape Concern Scale“ (SCS) erfragt Korrelate von Figursorgen, z.B. die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von der Figur oder die Vermeidung des Entkleidens im Beisein anderer.
4. „Weight Concern Scale“ (WCS) erfragt gewichtsbezogene Sorgen, z.B. die Relevanz des Gewichts für das Selbstwertgefühl.

Der Gesamtwert zum Essverhalten (GE) ergibt sich aus diesen vier Skalen und kennzeichnet den Grad der Psychopathologie der Essstörung. Er ergibt sich aus der Summe der Skalenwerte dividiert durch die Anzahl der Subskalen.

Die Items 1-14 und 29-36 können auf einer 7-stufigen Likert-Skala, Item 15 auf einer 6-stufigen Likert-Skala beantwortet werden. Die restlichen Items (16-28) erfassen diagnostisch relevante Kernverhalten wie Essanfälle, Erbrechen, Kontrollverlust, intensives Sporttreiben, Diuretika- und Abführmittelmissbrauch.

	Kein Tag	1-5 Tage	6-12 Tage	13-15 Tage	16-22 Tage	23-27 Tage	Jeden Tag
Hatten Sie Essanfälle?	0	1	2	3	4	5	6
Haben Sie heimlich gegessen?	0	1	2	3	4	5	6
Hatten sie den deutlichen Wunsch, einen flachen Bauch zu haben?	0	1	2	3	4	5	6
Haben sie sich dick gefühlt?	0	1	2	3	4	5	6

Abbildung 8: Beispielitems für EDE-Q

#### 8.3.4 Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)

Der VEV (Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens, M. Zielke und C. Kopf-Mehnert) wird seit 1978 als Therapieverlaufskontrolle bei Jugendlichen und Erwachsenen eingesetzt. Er erfasst einen bipolaren Veränderungsfaktor des Erlebens und Verhaltens mit den Polen Entspannung/Gelassenheit/Optimismus und Span-

nung/Unsicherheit/Pessimismus und ermöglicht eine Kontrolle der Wirksamkeit psychologisch-therapeutischer Interventionen.

Der VEV ist eine Einschätzung der subjektiv wahrgenommenen Veränderungen im Erleben und Verhalten; er sagt also etwas darüber aus, in welcher Richtung und mit welcher Stärke sich ein Klient nach einer abgeschlossenen Therapie oder einem vorgegebenen Zeitraum in seinem Verhalten und Erleben verändert hat. Die Testung hat die Funktion, eine Veränderung des subjektiven Befindens durch einen rückschauenden Schätzprozess anhand einzelner Veränderungsaussagen zu objektivieren und zu quantifizieren. Der Fragebogen besteht aus insgesamt 42 Items, aus welchen ein Gesamtwert berechnet wird. Hohe Testwerte (ab 187 Punkten) bedeuten eine Veränderung im Sinne einer Zunahme von Entspannung/Gelassenheit/Optimismus. Testwerte zwischen 149 und 187 Punkten bedeuten, dass es keine Veränderung im Erleben und Verhalten gegeben hat und Testwerte unter 149 Punkten weisen darauf hin, dass eine Veränderung im Sinne einer Zunahme von Spannung/Unsicherheit/Pessimismus stattgefunden hat (vgl. Zielke & Kopf-Mehnert, 1978).

	Änderung						
	In gleicher Richtung			keine	In entgegengesetzter Richtung		
	+3 stark stark	+2 mittel	+1 schwach	0	-1 schwach	-2 mittel	-3
Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Abbildung 9: Beispielitems für VEV

Die Antworten werden mittels einer Werteskala von 1-7 ausgewertet, wobei verschiedene Items umgepolt werden müssen (1, 2, 3, 6, 7, 8, 9, 11, 13, 14, 15, 16, 18, 21, 22, 25, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 36, 38, 39, 40, 41)

### 8.3.5 Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)

Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER) ist die deutschsprachige Version des „University of Rhode Island Change Assessment Skale“ (URICA) und ist ein Instrument zur Erfassung der temporal-motivational Dimension des Veränderungsprozesses. Der theoretische Hintergrund ist das transtheoretische

Modell von Prochaska. „Dieses Modell trägt dem Umstand Rechnung, dass eine Vielzahl von psychischen Störungen mit repetitivem, gewohnheitsmässigem Verhalten einhergeht und dass Veränderungen solchen Verhaltens im Rahmen langwieriger, mehrstufiger Prozesse stattfinden“ (Hasler et al., 2003, S. 406). Der FEVER-Fragebogen eignet sich besonders für die Messung der Therapiemotivation bei repetitiven, gewohnheitsmässigen, also komplexem Problemverhalten (dazu sind u.a. Essstörungen zu zählen). Die Veränderungsphasen werden durch 24 Items in drei Skalen erfasst:

1. Precontemplation: Die Person tritt in eine therapeutische Situation, denkt jedoch nicht, dass sie ein Problem hat und denkt nicht, dass sie etwas verändern möchte.
2. Contemplation: Die Person beginnt, sich bewusst zu werden, dass ein Problem existiert, das sie oder andere stört. Sie hat aber noch Mühe, das Problem hinsichtlich Verursachung und Lösungsmöglichkeiten zu verstehen.
3. Action: Die Person hat angefangen, aktiv ihr Verhalten oder ihre Umgebung zu verändern. Aufkommende Schwierigkeiten werden überwunden und es wird die notwendige Unterstützung beansprucht.

Jedes Item kann auf einer 5-stufigen Likert-Skala beantwortet werden, die mit „trifft überhaupt nicht zu“, „trifft eher nicht zu“, „weiss nicht“, „trifft eher zu“ und „trifft sehr zu“ bezeichnet ist.

	Trifft überhaupt nicht zu	Trifft eher nicht zu	Weiss nicht	Trifft eher zu	Trifft sehr zu
Ich habe keine Probleme, an denen etwas geändert werden müsste.	1	2	3	4	5
Es könnte sich lohnen, mein Problem anzugehen.	1	2	3	4	5
Ich gebe mir wirklich Mühe, etwas bei mir zu verändern.	1	2	3	4	5

Abbildung 10: Beispielitems für FEVER

### 8.3.6 Selbststeuerungsinventar (SSI-K3)

Das Selbststeuerungs-Inventar (SSI-K3, Kuhl, J. & Fuhrmann, A., 1998) von Julius Kuhl misst die Veränderung der Selbstregulationsfähigkeit. Es enthält 48 Items in fünf Skalen: Selbstregulation (Kompetenz), Selbstkontrolle, Willensbahnung (Selbstbeherrschung),

Selbstzugang und allgemeine Stressbelastung. Während im ersten Teil Formulierungen eingesetzt worden sind, die allgemeine Schwierigkeiten beschreiben, beziehen sich die Items im zweiten Teil konkret auf aversive oder belastende Bedingungen. Jedes Item kann auf einer 4-stufigen Likert-Skala beantwortet werden, die mit „trifft gar nicht auf mich zu“, „trifft etwas auf mich zu“, „trifft überwiegend auf mich zu“ und „trifft ausgesprochen auf mich zu“ bezeichnet ist.

	Trifft auf mich zu			
	gar nicht	etwas	überwiegend	ausgesprochen
Bei fast allem, was ich im Alltag tue, spüre ich, dass ich es freiwillig tue.	(1)	(2)	(3)	(4)
Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit ohne Zögern.	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich schiebe unangenehme Dinge oft auf.	(1)	(2)	(3)	(4)
Viele Dinge gelingen gut, weil ich sie kraftvoll anpacke.	(1)	(2)	(3)	(4)
Ich muss mit einer Menge Schwierigkeiten fertig werden.	(1)	(2)	(3)	(4)

Abbildung 11: Beispielitems für SSI-K3

Die oben genannten Skalen setzen sich wiederum aus Unterskalen zusammen, welche teilweise umgepolt werden müssen. Im folgenden werden die zu den Skalen entsprechenden Unterskalen und Items aufgelistet:

**I. Selbstregulation:**

- 1.) Selbstbestimmung = 1 + 13 + 25 + 37
- 2.) Selbstmotivierung = 2 + 14 + 26 + 38
- 3.) Selbstberuhigung = 3 + 15 + 27 + 39

**II. Selbstkontrolle:**

- 4.) Planungsfähigkeit = 4 + 16 + 28 + 40
- 5.) Angstfreie Zielorientierung = 5 + 17 + 29 + 41 (Skala umpolen)

**III. Willensbahnung:**

- 6.) Initiative = 6 + 18 + 30 + 42
- 7.) Absichten umsetzen = 7 + 19 + 31 + 43 (Skala umpolen)
- 8.) Konzentration = 8 + 20 + 32 + 44 (Skala umpolen)

**IV. Selbstzugang:**

- 9.) Misserfolgsbewältigung = 9 + 21 + 33 + 45
- 10.) Selbstgespür = 10 + 22 + 34 + 46 (Skala umpolen)

**V. Allgemeine Stressbelastung**

$$11.) \text{ Belastung} = 11 + 23 + 35 + 47$$

$$12.) \text{ Bedrohung} = 12 + 24 + 36 + 48$$

## 8.4 Beschreibung der Testverfahren

Die statistische Auswertung wurde mit dem SPSS-Programm Version 12 durchgeführt. Um die gesammelten Daten auszuwerten, wurden für die vorliegende Studie verschiedene Testverfahren verwendet, diese werden in den folgenden Kapiteln vorgestellt.

### 8.4.1 Testverfahren zur Stichprobenbeschreibung

Für die Beschreibung der Stichprobe und für den Vergleich der beiden Gruppen zum Zeitpunkt t1 wurden der T-Test bei unabhängigen Stichproben und der U-Test nach Mann und Withney durchgeführt. Das Alter der Probanden, das Alter bei Beginn der Essstörung und die Dauer der Essstörung lassen einen Mittelwertsvergleich mittels T-Test zu, da sie die Normalverteilung erfüllen. Der U-Test kann im Gegensatz zum T-Test auch bei ordinalen Skalen und bei nicht normal verteilten Variablen eingesetzt werden (vgl. Bühl & Zöfel, 2005, S. 294) und wird für Unterschiede der beiden Gruppen bezüglich Geschlecht, Schulabschluss, Bildungsniveaus, berufliche Funktion und Diagnose der Essstörung durchgeführt.

### 8.4.2 Testverfahren zur Wirksamkeitsmessung

Um die Wirksamkeit des Trainings zu messen, wurden bei der vorliegenden Studie zwei Verfahren gewählt. Wie bereits in Kapitel 8.4.1 beschrieben, wird die Wirksamkeit des Trainings als erstes innerhalb der Gruppe untersucht. Um die Veränderung innerhalb der Gruppen zu untersuchen, wird der T-Test bei gepaarten Stichproben zu Zeitpunkten t1 und t3 durchgeführt. Dieser Test untersucht zwei Mittelwerte, die nicht als vollkommen unabhängig voneinander angesehen werden können. Es werden demnach Mittelwerte zweier unterschiedlicher Variablen oder Skalen verglichen, die sich auf dieselben Probanden beziehen (Wittenberg & Cramer, 2003, S. 196). Kann die Wirksamkeitshypothese innerhalb der Gruppen bestätigt werden, werden die Effekte zwischen den Gruppen mittels Varianzanalyse mit Messwiederholungen gemessen (Bühl & Zöfel, 2005, S. 288). Es werden Varianzanalysen mit Messwiederholung für die beiden Gruppen (Kontroll und Treatment) und die drei Erhebungszeitpunkte durchgeführt; zur Berücksichtigung möglicher Eingangsunterschiede werden die entsprechenden Variablen als Kovariate in der Messwiederholungs-Varianzanalyse berücksichtigt. Als grundlegende Voraussetzung für die Anwendung der Varianzanalyse gilt, dass die abhängige Variable metrisch und in den Gruppen annähernd normal verteilt ist (vgl. Wittenberg & Cramer, 2003, S. 201). Als Messwiederholungsfaktor gilt die Zeit. Die Signifikanzniveaus werden adjustiert für multiple Tests (Bonferroni). Effektstärken werden berechnet für die Treatment- gegen die Kontrollbedingung. Die Anzahl der bezüglich Alexithymie und Handlungskontrolle gebesserten Patienten wird zum Erhebungszeitpunkt t2 und t3 bestimmt und mittels Chi2-Test verglichen (Treatment- versus Kontrollgruppe). Für

Verfahren, die nur einmal erhoben werden, werden Mittelwertunterschiede mit dem t-Test für unabhängige Stichproben geprüft.

Wie in Kapitel 7.1.4 bereits erwähnt wurde, handelt es sich bei der Wirkung des Trainings auf das Essverhalten um eine Mediatorenwirkung. Das bedeutet, dass durch die Verbesserung der Affektregulationskompetenz eine indirekte Wirkung des Trainings auf das Essverhalten festzustellen ist. Baron und Kenny (1986) schlagen vor, Mediatorenthesen in Regressions-Modellen zu testen. Da hierfür jedoch die vorliegende Stichprobe zu klein ist, wird in der Untersuchung auf eine varianzanalytische Hypothesentestung zurückgegriffen.

## 9. Ergebnisse

In diesem Kapitel erfolgt die Darstellung der Ergebnisse der statistischen Auswertung der Daten. In Kapitel 9.1 erfolgt die Stichprobenbeschreibung, welche in demografische Angaben und die Beschreibung der Fragebogen zum Erhebungszeitpunkt unterteilt ist. Hier soll geklärt werden, ob sich die Treatment- und Kontrollgruppe zum ersten Erhebungszeitpunkt signifikant voneinander unterscheiden oder ob die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen gegeben ist. Zur Auswertung der Vergleichbarkeit wird der T-Test hinzugezogen. Bei nicht normalverteilten Werten wird der Median berechnet und als nichtparametrischen Test der U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt.

Nach der Darstellung der Ergebnisse der Stichprobenbeschreibung (Kap. 9.1) folgen die Resultate zur Wirksamkeitsmessung der Untersuchung der folgenden Fragebögen: HAKEMP, TAS-26, EDE-Q und VEV.

### 9.1 Stichprobenbeschreibung

Bei dem Kapitel zur Stichprobenbeschreibung geht es darum, die Stichprobe bezüglich ihrer Werte zum ersten Erhebungszeitpunkt zu vergleichen bzw. diese Vergleichbarkeit zu überprüfen. Denn nur wenn die Erhebungsdaten der beiden Gruppen vergleichbar sind, kann die Wirksamkeit des Trainings valide gemessen werden. In Kapitel 9.1.1 wird zuerst die gesamte Stichprobe bezüglich ihrer soziodemografischen Daten verglichen bevor die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen überprüft wird. Kapitel 9.1.2 erklärt die zu Zeitpunkt t1 erhobenen Daten in Bezug auf die Handlungskontrolle, Kapitel 9.1.3 macht dies in Bezug auf die Alexithymie. Bezüglich des Essverhaltens findet die Betrachtung und der Vergleich der Ergebnisse des ersten Erhebungszeitpunktes in Kapitel 9.1.4 statt.

#### 9.1.1 Soziodemografische Angaben

Bei der Stichprobenbeschreibung geht es grundlegend um die Vergleichbarkeit der Treatment- mit der Kontrollgruppe. Damit diese Vergleichbarkeit gegeben ist, dürfen sich die Werte der ersten Erhebung der beiden Gruppen nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Insgesamt haben an der vorliegenden Studie 21 Personen teilgenommen, bei denen es sich durchgehend um Frauen handelt. Obwohl nur Frauen an dieser Studie teilgenommen haben, wird im weiteren Verlauf einheitlich von Probanden die Rede sein. Die Treatmentgruppe besteht aus 9 Probanden, die Kontrollgruppe aus 12 Probanden. Im Laufe der Erhebungen sind 4 Probanden ausgeschieden, da sie einzelne Fragebögen nicht oder nicht vollständig ausgefüllt haben. Somit besteht der zu untersuchende Datensatz aus 17 Probanden, 7 aus der Treatment- und 10 aus der Kontrollgruppe.

Das Durchschnittsalter aller Probanden betrug zum Zeitpunkt t1 der Untersuchung 23.12 (SD=5.023). Die jüngste Patientin war 17 Jahre alt, die älteste 35 Jahre. Insgesamt hatten 10 Probanden den Hauptschulabschluss, 1 die mittlere Reife und 4 die Matur/Abitur. Zwei Probanden machten zu ihrem Schulabschluss keine Angaben.

Insgesamt waren beim Bildungsniveau 6 Schulabschlüsse und 6 Berufslehren zu verzeichnen. 4 Probanden hatten die Matur/das Abitur erlangt und eine die Fachhochschule abgeschlossen. Zur beruflichen Funktion ist zu sagen, dass 8 Probanden zum Zeitpunkt der Erhebung angestellt sind, 7 sind in Ausbildung und 2 haben eine sonstige berufliche Funktion. In beiden Gruppen sind 13 Probanden als anorektisch und 4 als bulimisch diagnostiziert. Keiner der Probanden erhielt die Diagnose EDNOS. Das durchschnittliche Alter bei Beginn der Essstörung ist 17.06 (SD=3.087). Das früheste Alter des Beginns der Essstörung ist 12 Jahre, das späteste ist 24 Jahre. Die durchschnittliche Dauer der Essstörung ist 5.41 Jahre (SD=3.040). Die kürzeste Dauer ist 2, die längste 11 Jahre.

In der ersten Erhebung wurde zusätzlich die Frage gestellt, ob das ZRM-Training den Probanden bereits ein Begriff ist, bzw. ob sie bereits schon einmal in ihrem Leben das ZRM-Training gemacht haben. Keiner der Befragten bejahte diese Frage.

In Tabelle 3 sind die beiden Gruppen im Vergleich dargestellt. Angegeben sind jeweils die Anzahl der Probanden in der jeweiligen Gruppe (N), der entsprechende Mittelwert mit Standardabweichung und die Spannweite. In der letzten Spalte werden die Mittelwerte mittels eines T-Test bzw. U-Test verglichen.



Tabelle 3: Stichprobenbeschreibung: Demografische Angaben

Demografische Angaben	Gruppe	N	Mittelwert	Std Abw.	Spannweite (Minimum-Maximum)	Test für Mittelwertsvergleiche
Geschlecht	Treatment	7	w=7, m=0			U = 35;
	Kontroll	10	w=10, m=0			p = 1.00
Alter	Treatment	7	22	5.23	17 – 35	T=.757; df=15;
	Kontroll	10	23.9	4.90	17 - 31	p=.461
Schulabschluss	Treatment	6	2 (Median)	1.10	1 - 3	U=18;
	Kontroll	9	1 (Median)	0.71	1 - 3 1=Hauptschule 3=Abitur/Matur	p=.201
Bildungsniveau	Treatment	7	2 (Median)	1.11	1 - 4	U=26;
	Kontroll	10	2 (Median)	0.79	1 - 3 1=Schulabschluss 3=Abitur/Matur 4=Fachhochschule	p=.355
Berufliche Funktion	Treatment	7	10 (Median)	3.21	4 - 10	U=33.5;
	Kontroll	10	7 (Median)	3.39	4 - 11 4=angestellt 10=in Ausbildung 11=Sonstiges	p=.872
Diagnose Anorexie	Treatment	7	1 (Median)	0.38		U=29.5;
	Kontroll	10	1 (Median)	0.48		p=.466
Diagnose Bulimie	Treatment	7	0 (Median)	0.38		U=29.5;
	Kontroll	10	0 (Median)	0.48		p=.466
Diagnose EDNOS	Treatment	7	0	.00		U=35;
	Kontroll	10	0	.00		p=1.0
Alter bei Beginn der Essstörung	Treatment	6	14.83	1.84	12-17	T=2.65; df=14;
	Kontroll	10	18.40	2.95	15 - 24	<b>p=.019</b>
Dauer der Essstörung	Treatment	6	5.33	3.39	2 - 10	T=.072; df=14;
	Kontroll	10	5.45	3.01	2 - 11	p=.944
Stationsaufenthalt	Treatment	7	101.43	39.7	62-167	T=.690; df=15;
	Kontroll	10	87.90	39.9	18 - 160	p=.501

Wie aus Tabelle 3 ersichtlich wird, unterscheiden sich die beiden Gruppen bezüglich ihrer demografischen Angaben nur in Bezug auf das Alter bei Beginn der Essstörung signifikant ( $p=.019$ ). Bei der Treatmentgruppe liegt das Alter bei Beginn der Essstörung zwischen 12 und 17 Jahren, bei der Kontrollgruppe liegt das Alter bei Beginn der Essstörung zwischen 15 und 24 Jahren. Dass die Werte des Alters bei Beginn der Essstörung signifikant unterschiedlich in den beiden Gruppen sind, wird als zufällig und durch die geringe Anzahl Probanden erklärt. In der weiteren Untersuchung wird diesem Unterschied kein Gewicht beigemessen.

#### 9.1.2 Handlungskontrolle

In diesem Abschnitt soll die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Handlungskontrolle untersucht werden. Damit die Vergleichbarkeit gewährt ist, dürfen sich die Daten der Kontroll- und Treatmentgruppe der ersten Erhebung nicht signifikant voneinander unterscheiden. In Tabelle 4 wird ersichtlich, dass sich die beiden Gruppen zum Zeitpunkt t1 weder auf der Gesamtskala zur Handlungskontrolle (HAK) noch auf den Skalen zur Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung (HOM) und zur Handlungsorientierungen bei Handlungsplanung (HOP) signifikant voneinander unterscheiden.

Tabelle 4: Hakemp 90 T-Test zu t1

	Gruppe	N	Mittelwert	Std Abw.	Spannweite (Minimum-Maximum)	Test für Mittelwertsvergleiche
Handlungskontrolle (HAK)	Treatment	7	5.14	2.54	1-8	T=.927; df=15; p=.368
	Kontroll	10	6.90	4.51	0-17	
Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung (HOM)	Treatment	7	1.57	1.72	0-4	T=1.561; df=15; p=.139
	Kontroll	10	3.00	1.94	0-6	
Handlungsorientierung bei Handlungsplanung (HOP)	Treatment	7	3.57	1.72	1-6	T=.250; df=15; p=.806
	Kontroll	10	3.90	3.14	0-11	

Durch die Skalen „Handlungsorientierung nach Misserfolgserfahrung“ (HOM) und „Handlungsorientierung bei Handlungsplanung“ (HOP) ergeben sich vier verschiedene Kombinationsmöglichkeiten von Handlungs- und Lageorientierung. Eine Person kann auf jeder Skala (HOM und HOP) handlungs- oder lageorientiert sein. So entstehen verschiedene Kombinationsmöglichkeiten der folgenden vier Felder: Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM), Lageorientierung nach Misserfolg (LOM), Handlungsorientierung bei Handlungsplanung (HOP) und Lageorientierung bei Handlungsplanung (LOP). Tabelle 5 zeigt die jeweilige Orientierung der Probanden zum

Zeitpunkt t1 in einer Kreuztabelle auf, dabei wird zwischen der Treatment- und Kontrollgruppe unterschieden.

Tabelle 5: Kreuztabelle zur Handlungs- und Lageorientierung zu t1

<b>Kontrollgruppe</b>				<b>Treatmentgruppe</b>			
	HOM	LOM			HOM	LOM	
HOP	1	1	2	HOP	0	1	1
LOP	1	7	8	LOP	0	6	6
	2	8			0	7	

Aus Tabelle 5 wird ersichtlich, dass bei der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t1 eine Person handlungsorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung, eine Person handlungsorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung, eine Person lageorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung und sieben Personen lageorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung sind. Bei der Treatmentgruppe ist zum Zeitpunkt t1 keine Person handlungsorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung, keine Person handlungsorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung, eine Person lageorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung und sechs Personen lageorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung sind. Aus dieser Darstellung wird klar ersichtlich, dass in beiden Gruppen die Mehrheit der Probanden dieser Studie lageorientiert sowohl nach Misserfolg als auch bei Handlungsplanung ist.

### 9.1.3 Alexithymie

In diesem Abschnitt soll die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Alexithymiewerte untersucht werden. Damit die Vergleichbarkeit gewährt ist, dürfen sich die Daten der ersten Erhebung nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Tabelle 6: TAS-26 T-Test zu t1

TAS-26	Gruppe	N	Mittelwert	Std Abw.	Spannweite (Minimum-Maximum)	Test für Mittelwertsvergleiche
Alexithymiewert (ALEX)	Treatment	7	60.14	5.37	53-65	T=.107; df=15; p=.916
	Kontroll	10	60.50	7.55	50-72	
Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen (IDG)	Treatment	7	24.00	3.32	19-29	T=.773; df=15; p=.451
	Kontroll	10	22.50	4.30	17-28	
Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen (BEG)	Treatment	7	15.57	2.07	12-18	T=.175; df=15; p=.863
	Kontroll	10	15.30	3.68	8-21	

Aus Tabelle 6 wird ersichtlich, dass sich die beiden Gruppen zum Zeitpunkt t1 weder in der Gesamtskala „Alexithymie“ (ALEX) noch in den Skalen „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ (IDG) und „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (BEG) signifikant voneinander unterscheiden.

In der Toronto-Alexithymie-Skala-26 wird der Wert 3 als Cut-off Punkt vorgeschlagen. Dies bedeutet, dass Probanden ab einem Gesamtwert von 3 und mehr auf einer Skala oder auf der Gesamtskala als „alexithym“ bezeichnet werden. Allerdings muss dieser Wert noch in klinischen Studien bestätigt werden (siehe Manual). Im folgenden wird untersucht, wie viele der Probanden zum ersten Erhebungszeitpunkt über dem Cut-off liegen. Die Darstellung hierzu erfolgt in Tabelle 7 getrennt nach Treatment- und Kontrollgruppe und wird zu diesem Zeitpunkt der Untersuchung nur für die Gesamtskala ALEX gemacht.

Tabelle 7: Cut-off nach ALEX-Skala zu t1

	Kontrollgruppe	Treatmentgruppe
"nicht alexithym" zu t1	2	1
"alexithym" zu t1	8	6
Total t1	10	7

Tabelle 7 zeigt, dass die beiden Gruppen sich zu Zeitpunkt t1 unter Berücksichtigung des Cut-off Punktes nicht voneinander unterscheiden. Bei der Kontrollgruppe (N=10) sind zu diesem Zeitpunkt 8 Probanden als alexithym zu betrachten, zwei Probanden sind nicht alexithym. Bei der Treatmentgruppe (N=7) sind 6 Probanden alexithym, ein Proband ist nicht alexithym. Auffallend ist schon hier, wie viele Probanden über die gesamte Stichprobe hinweg alexithym sind. Prozentual gesehen sind 82.4% der Probanden zum ersten Erhebungszeitpunkt alexithym.

### 9.1.4 Essverhalten

In diesem Abschnitt soll die Vergleichbarkeit der beiden Gruppen hinsichtlich ihres Essverhaltens untersucht werden. Damit die Vergleichbarkeit gewährt ist, dürfen sich die Daten der Kontroll- und Treatmentgruppe der ersten Erhebung nicht signifikant voneinander unterscheiden. In Tabelle 8 wird ersichtlich, dass sich die beiden Gruppen zum Zeitpunkt t1 auf keiner der Skalen signifikant voneinander unterscheiden. Dies betrifft konkret die Skala zum gezügelter Essverhalten (RS), die Skala zu essensbezogenen Sorgen (ECS), die Skalen zu Gewichts- (WCS) und Figursorgen (SCS) und die Gesamtskala zum Essverhalten (GE).

Tabelle 8: EDE-Q T-Test zu t1

	Gruppe	N	Mittelwert	Std Abw.	Spannweite (Minimum-Maximum)	Test für Mittelwertvergleiche
Gezügeltes Essverhalten (RS)	Treatment	7	5.17	1.76	2.8-7.8	T=1.448; df=15; p=.168
	Kontroll	10	4.04	1.45	1.6-6	
Essensbezogene Sorgen (ECS)	Treatment	7	3.97	1.37	2.2-5.8	T=.395; df=15; p=.699
	Kontroll	10	4.21	1.12	1.6-5.6	
Gewichtssorgen (WCS)	Treatment	7	3.71	1.44	1.4-5.6	T=1.375; df=15; p=.207
	Kontroll	10	4.52	.681	3.4-6	
Figursorgen (SCS)	Treatment	7	4.46	1.22	2.1-6	T=.565; df=15; p=.581
	Kontroll	10	4.76	.962	3.1-6	
Essverhalten (GE)	Treatment	7	4.33	1.33	2.1-5.6	T=.118; df=15; p=.908
	Kontroll	10	4.38	.569	3.3-5.7	

## 9.2 Wirksamkeitsmessung

Im folgenden Kapitel geht es um die Wirksamkeitsmessung des ZRM-Training in Bezug auf die Handlungskontrolle, die Alexithymie, das Essverhalten und die Veränderungsbereitschaft. Hinzu kommt der Fragebogen zur Veränderung im Erleben und Verhalten (VEV), der jeweils zu den Zeitpunkten t2 und t3 an die Probanden ausgehändigt wurde. Die Auswertung der Daten findet für jeden erwähnten Fragebogen in Form einer einfaktoriellen Varianzanalyse mit Messwiederholungen statt. Die signifikanten (**rot**) und tendenziell signifikanten (**grün**) Ergebnisse werden weiter durch Grafiken veranschaulicht. An dieser Stelle soll noch eine weitere Erklärung vorweggenommen werden: Wird im folgenden von Greenhouse-Geisser gesprochen, so

ist damit ein Korrekturfaktor für Sphärizität für das Ergebnis der Varianzanalyse gemeint.

### 9.2.1 Handlungskontrolle

Wie bereits erwähnt, enthält der Fragebogen zur Handlungskontrolle (Hakemp 90) drei Skalen, welche in diesem Kapitel ausgewertet werden sollen. In Tabelle 9 sind der T-Test und die Varianzanalyse für jede der Skalen abgebildet.

Tabelle 9: T-Test und Varianzanalysen (Hakemp 90-Skalen)

Hakemp- Skalen	Gruppe*	N	Mittelwert t1	StdAbw. t1	Mittelwert t3	StdAbw. t3	Gepaarter T-Test nach Gruppe** (t1 und t3)	Mauchly Signifikanz	Haupteffekt Zeit (t1-t3), F (2,30)	Haupteffekt Gruppe (t1-t3), F (1,15)	Interaktionseffekt t (ZeitxGruppe) (t1-t3), F (2,30)
<b>HAK</b>	K	10	6.9	4.51	7.1	5.35	-0.178 p=.862	0.041	F=4.76 <b>p=.028</b> (GG**)	F=.127 p=.726	F=2.687 <b>p=.103</b> (GG**)
	T	7	5.14	2.54	10.3	6.07	<b>p=.081</b>				
<b>HOM</b>	K	10	3	1.94	3.2	2.49	-0.275 p=.790	0.119	F=5.318 <b>p=.011</b>	F=.024 p=.878	F=3.091 <b>p=.060</b>
	T	7	1.57	1.72	4.14	4.06	<b>p=.074</b>				
<b>HOP</b>	K	10	3.9	3.14	3.9	3.57	0 p=1	0.296	F=2.15 p=.134	F=.196 p=.665	F=1.940 p=.161
	T	7	3.57	1.72	6.14	3.63	-1.669 p=.146				

\* Gruppe: K=Kontrollgruppe; T=Treatmentgruppe

\*\* df (K)=9; df(T)=6

\*\*\* GG=Korrekturgröße Greenhouse-Geisser Epsilon

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt für die Skala zur Handlungskontrolle (HAK), dass der Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=4.76$ ,  $p=.028$ ) nach Greenhouse-Geisser signifikant ist und der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=2.687$ ,  $p=.103$ ) nach Greenhouse-Geisser knapp tendenziell signifikant ist. Wäre der Mauchly-Test nicht signifikant und könnte Sphärizität angenommen werden, so hätte der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe einen tendenziell signifikanten Wert von  $F_{(2,30)}=2.69$ ,  $p=.084$ . Der Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.127$ ,  $p=.726$ ) ist nicht signifikant. Der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 zeigt, dass die Treatmentgruppe auf der HAK-Skala tendenziell signifikante ( $p=.081$ ) Veränderungen aufweist. Die Kontrollgruppe zeigt an dieser Stelle keine Veränderungen ( $p=.862$ ).

Für die Skala zur Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung ähnliche Werte. Auch hier ist der Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=5.318$ ,  $p=.011$ ) signifikant und der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=3.091$ ,  $p=.060$ ) tendenziell signifikant. Der Haupteffekt Gruppe

( $F_{(1,15)}=.024$ ,  $p=.878$ ) ist nicht signifikant. Der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 zeigt, dass die Treatmentgruppe auf der HOM-Skala tendenziell signifikante ( $p=.074$ ) Veränderungen aufweist. Auch bei dieser Skala zeigt die Kontrollgruppe keine Veränderungen ( $p=.790$ ).

In Bezug auf die Skala zur Handlungsorientierung bei Handlungsplanung (HOP) zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse weder auf dem Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=2.15$ ,  $p=.134$ ), dem Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.196$ ,  $p=.665$ ) noch auf dem Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=1.940$ ,  $p=.161$ ) signifikante Werte. Auch der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 ergab weder für die Treatmentgruppe ( $p=.146$ ) noch für die Kontrollgruppe ( $p=1$ ) eine Signifikanz.

Der für diese Studie bedeutende Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe wird für die Skalen mit tendenziell signifikanten Werten (HAK und HOM) folgend grafisch dargestellt.

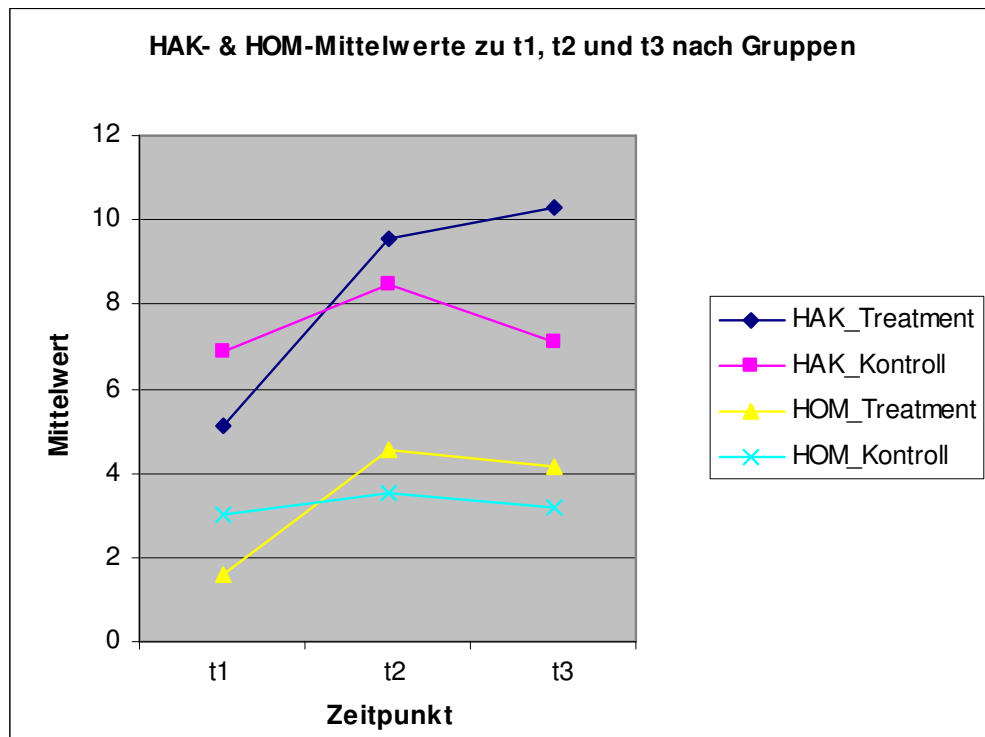


Abbildung 12: HAK- und HOM-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen

Aus Abbildung 12 wird ersichtlich, dass bei der Skala zur Handlungskontrolle (HAK) die Werte der Treatmentgruppe zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 stark und zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 weiter ansteigen. Bei der Kontrollgruppe ist dies nicht der Fall. Zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 steigen die Werte vergleichsweise so stark, wie sie zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 wieder fallen. Bei der Skala zur Handlungsorientierung nach Misserfolg wird aus der Grafik für die Treatmentgruppe ein starkes Ansteigen zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 im Vergleich zu Kontrollgruppe ersichtlich. Zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 fallen die Werte für beide Gruppen ab, für die Treatmentgruppe allerdings auf einem höheren Niveau, d.h. die Probanden sind

zum Zeitpunkt t3 auf einem vergleichbaren Niveau wie zum Zeitpunkt t3. Dies wird auch aus Tabelle 10 ersichtlich. In Kapitel 9.1.2 wurden die Handlungs- und Lageorientierung zum Zeitpunkt t1 beschrieben. In Tabelle 9 sind die Handlungs- und Lageorientierung zum Zeitpunkt t3 für beide Gruppen dargestellt.

Tabelle 10: Kreuztabelle zur Handlungs- und Lageorientierung zu t3

		Kontrollgruppe		Treatmentgruppe	
		HOM	LOM	HOM	LOM
HOP	HOM	1	3	3	1
		LOP	1	5	1
Summe			2	8	4

Tabelle 10 zeigt auf, dass bei der Kontrollgruppe zum Zeitpunkt t3 eine Person (t1=eine Person) handlungsorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung, eine Person (t1=eine Person) handlungsorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung, drei Personen (t1=eine Person) lageorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung und fünf Personen (t1=sieben Personen) lageorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung sind. Bei der Treatmentgruppe sind zum Zeitpunkt t3 drei Personen (t1=keine Person) handlungsorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung, eine Person (t1=keine Person) handlungsorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung, eine Person (t1=eine Person) lageorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung und zwei Personen (t1=sechs Personen) lageorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung sind. Der Darstellung ist zu entnehmen, dass im Gegensatz zur Kontrollgruppe bei der Treatmentgruppe eine deutliche Verschiebung von Lageorientierung zur Handlungsorientierung stattgefunden hat.

### 9.2.2 Alexithymie

Wie in Kapitel 8.3.2 dargestellt wurde, besteht die Toronto-Alexithymie-Skala aus drei Skalen, welche durch Zusammenfügen die Gesamtskala zur Alexithymie bilden. In diesem Kapitel sollen die drei Skalen „Alexithymie“ (ALEX), „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ (IDG) und „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (BEG) ausgewertet werden. In Tabelle 11 sind der T-Test und die Varianzanalyse für jede der Skalen abgebildet.



Tabelle 11: T-Test und Varianzanalysen (TAS-26-Skalen)

TAS-Skalen	Gruppe*	N	Mittelwert t1	StdAbw. t1	Mittelwert t3	StdAbw. t3	Gepaarter T-Test nach Gruppe** (t1 und t3)	Mauchly Signifikanz	Haupteffekt Zeit (t1-t3), F(2,30)	Haupteffekt Gruppe (t1-t3), F(1,15)	Interaktionseffekt (ZeitxGruppe) (t1-t3), F(2,30)
ALEX	K	10	60.5	7.55	54.9	5.04	2.888	0.514	F=10.85	F=.001	F=2.70
	T	7	60.1	5.37	51.7	5.79	p=.018 3.094 p=.021		p=.000	p=.975	p=.084
IDG	K	10	22.5	4.3	19.7	3.4	3.139	0.703	F=14.016	F=.383	F=4.272
	T	7	24	3.32	17.9	3.72	p=.012 3.378 p=.015		p=.000	p=.545	p=.023
BEG	K	10	15.3	3.68	14.7	1.77	0.47	0.132	F=1.688	F=.009	F=.710
	T	7	15.6	2.07	13.9	2.97	p=.649 1.686 p=.143		p=.202	p=.925	p=.500

\* Gruppe: K=Kontrollgruppe; T=Treatmentgruppe

\*\* df (K)=9; df(T)=6

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt für die Skala zur Alexithymie (ALEX), dass der Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=10.85$ ,  $p=.000$ ) und der Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.975$ ,  $p=.001$ ) signifikant sind und der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=2.70$ ,  $p=.084$ ) tendenziell signifikant ist. Der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 zeigt auf der ALEX-Skala für beide Gruppen signifikante Ergebnisse (K:  $p=.018$ ; T:  $p=.021$ ). Für die Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ (IDG) zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung, dass der Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=14.016$ ,  $p=.000$ ) und der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=4.272$ ,  $p=.023$ ) signifikant sind. Der Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.383$ ,  $p=.545$ ) ist nicht signifikant. Der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 weist auf der IDG-Skala für beide Gruppen signifikante Ergebnisse (K:  $p=.012$ ; T:  $p=.015$ ) auf. In Bezug auf die Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ (BEG) zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse weder auf dem Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=1.688$ ,  $p=.202$ ), dem Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.009$ ,  $p=.925$ ) noch auf dem Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=.710$ ,  $p=.500$ ) eine Signifikanz. Auch der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 ergab weder für die Treatmentgruppe ( $p=.649$ ) noch für die Kontrollgruppe ( $p=.143$ ) eine Signifikanz.

Der für diese Studie bedeutende Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe wird für die Skalen mit Signifikanzen (IDG) oder tendenziell signifikanten Werten (ALEX) in Abbildung 13 grafisch dargestellt.

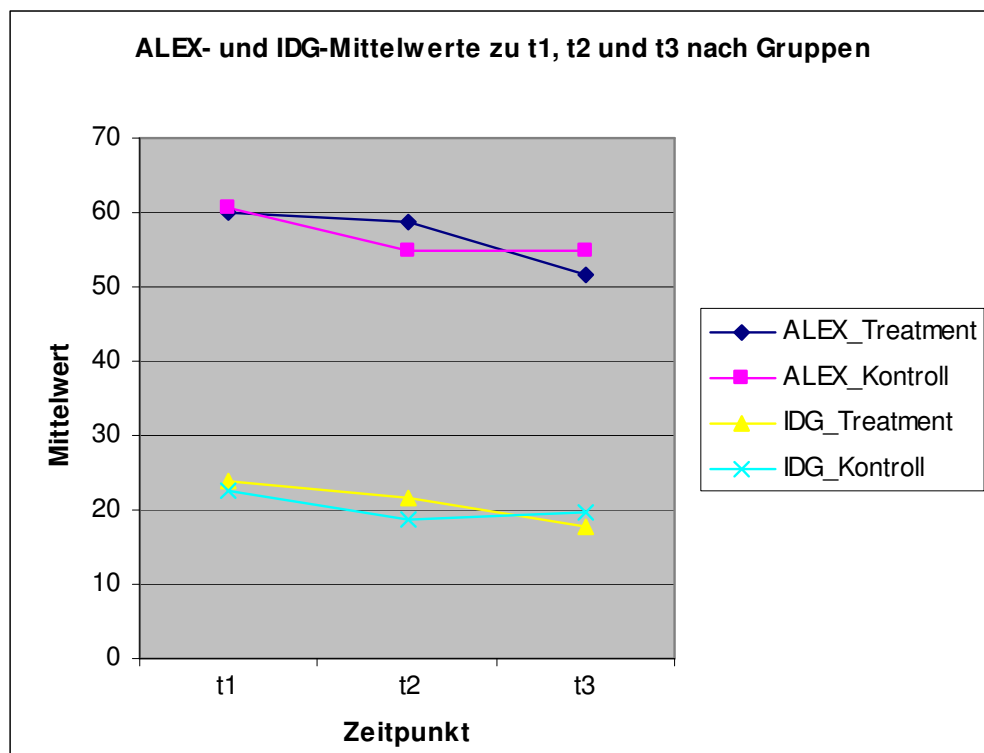


Abbildung 13: ALEX- und IDG-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen

Für die Skala zur Alexithymie zeigt Abbildung 13, dass die Werte der Treatmentgruppe zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 leicht und zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 stark abfallen. Bei der Kontrollgruppe hingegen fallen die Werte zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 ab und steigen zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 wieder leicht an. Zum ersten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der beiden Gruppen auf einem ähnlichen Niveau, zum dritten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Kontrollgruppe höher als die der Treatmentgruppe. Für die Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ zeigt die Grafik für die Treatmentgruppe ein stetes Abfallen der Werte zwischen den Zeitpunkten t1, t2 und t3. Bei der Kontrollgruppe fallen die Werte zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 ab und steigen zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 wieder an. Auch hier sind zum ersten Erhebungszeitpunkt die Werte der beiden Gruppen auf einem vergleichbaren Niveau (die Werte der Treatmentgruppe sind leicht höher), zum dritten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Kontrollgruppe höher als die Werte der Treatmentgruppe.

Wie bereits erwähnt (Kapitel 9.1.3) wird in der Toronto-Alexithymie-Skala-26 der Wert 3 als Cut-off Punkt vorgeschlagen. Dies bedeutet, dass Probanden ab einem Gesamtwert von 3 und mehr auf einer Skala oder auf der Gesamtskala als „alexithym“ bezeichnet werden. Allerdings muss dieser Wert noch in klinischen Studien bestätigt werden (siehe Manual). Im folgenden wird untersucht, ob sich die Probanden über dem Cut-off befinden und ob sie sich über den Zeitraum t1 zu t3 verändern. Zuerst wird dies in einer Kreuztabelle (Tabelle 12) für die trendige Gesamtskala „Alexithymie“ (ALEX) dargestellt.

Tabelle 12: Kreuztabelle der ALEX-Skala, Cut-off zu t1 und t3

Gruppe		"nicht alexithym" zu t3	"alexithym" zu t3	Total t3
	"nicht alexithym" zu t1	1	1	2
<b>Kontroll</b>	"alexithym" zu t1	2	6	8
	Total t1	3	7	10
	"nicht alexithym" zu t1	0	1	1
<b>Treatment</b>	"alexithym" zu t1	2	4	6
	Total t1	2	5	7

Die beiden Gruppen unterscheiden sich zu Zeitpunkt t1 unter Berücksichtigung des Cut-off Punkts nicht entscheidend voneinander. Zu diesem Zeitpunkt sind in der Kontrollgruppe 8 Probanden (N=10) und in der Treatmentgruppe 6 Probanden (N=7) alexithym. Zum Zeitpunkt t3 ist in beiden Gruppen jeweils eine Person weniger alexithym, das bedeutet, dass zum Zeitpunkt t3 7 Probanden in der Kontrollgruppe und 5 Probanden in der Treatmentgruppe alexithym sind. Prozentual gesehen waren zum ersten Erhebungszeitpunkt 82.4% aller Probanden alexithym (Kontroll: 80%; Treatment: 85.7%). Zum dritten Erhebungszeitpunkt waren 70% der Probanden der Kontrollgruppe und 71.4% der Probanden der Treatmentgruppe alexithym.

Nun folgt die gleiche Darstellung in einer Kreuztabelle (Tabelle 13) für die signifikante Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ (IDG).

Tabelle 13: Kreuztabelle der IDG-Skala, Cut-off zu t1 und t3

Gruppe		"nicht alexithym" zu t3	"alexithym" zu t3	Total t3
<b>Kontroll</b>	"nicht alexithym" zu t1	4	0	4
	"alexithym" zu t1	1	5	6
	Total t1	5	5	10
<b>Treatment</b>	"nicht alexithym" zu t1	1	0	1
	"alexithym" zu t1	5	1	6
	Total t1	6	1	7

Die beiden Gruppen unterscheiden sich zu Zeitpunkt t1 unter Berücksichtigung des Cut-off Punkts gering voneinander. Zu diesem Zeitpunkt sind in der Kontrollgruppe 6 Probanden (N=10) und in der Treatmentgruppe 6 Probanden (N=7) alexithym. Zum Zeitpunkt t3 ist allerdings eine deutliche Veränderung zu verzeichnen. Während in der Kontrollgruppe eine Person weniger alexithym ist, also insgesamt 5 Probanden, ist bei der Treatmentgruppe nur noch eine Person alexithym. In der Treatmentgruppe sind 5

Probanden „nicht alexithym“ geworden. Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren 70.6% aller Probanden alexithym (Kontroll: 60%; Treatment: 85%). Zum dritten Erhebungszeitpunkt waren 50% der Probanden der Kontrollgruppe und 14.3% der Probanden der Treatmentgruppe alexithym.

### 9.2.3 Essverhalten

Wie in Kapitel 8.3.6 dargestellt wurde, enthält der Eating Disorder Examination Questionnaire vier Skalen („Restraint (RS), Eating Concern (ECS), Weight Concern (WCS) und Shape Concern (SCS)“) und die Gesamtskala zum Essverhalten (GE), welche in diesem Kapitel ausgewertet werden. In Tabelle 14 sind der T-Test und die Varianzanalyse für jede der Skalen abgebildet.

Tabelle 14: T-Test und Varianzanalysen (EDE-Q)

EDE-Q- Skalen	Gruppe*	N	Mittelwert t1	StdAbw. t1	Mittelwert t3	StdAbw. t3	Gepaarter T-Test nach Gruppe** (t1 und t3)	Mauchly Signifikanz	Haupteffekt Zeit (t1-t3), F(2,30)	Haupteffekt Gruppe (t1-t3), F(1,15)	Interaktionseffekt (ZeitxGruppe) (t1-t3), F(2,30)
<b>RS</b>	K	10	4.04	1.45	2.28	1.47	2.524	0.144	F=30.13	F=.280	F=2.868
	T	7	5.14	2.54	10.3	6.07	p=.033 4.851 p=.003				
<b>ECS</b>	K	10	4.21	1.12	2.32	1.57	4.320	0.435	F=25.79	F=.276	F=.642
	T	7	3.97	1.37	1.70	1.19	p=.003 3.464 p=.013				
<b>WCS</b>	K	10	4.52	.68	2.28	1.25	4.643	0.703	F=23.65	F=.210	F=1.652
	T	7	3.71	1.44	2.20	1.18	p=.001 2.538 p=.044				
<b>SCS</b>	K	10	4.76	.96	3.11	.840	5.351	0.951	F=24.761	F=.602	F=1.043
	T	7	4.46	1.22	2.39	1.33	p=.000 3.637 p=.011				
<b>GE</b>	K	10	4.38	.688	2.50	1.15	4.410	0.617	F=36.017	F=.159	F=1.096
	T	7	4.33	1.17	1.89	1.07	p=.002 4.510 p=.004				

\* Gruppe: K=Kontrollgruppe; T=Treatmentgruppe

\*\* df (K)=9; df(T)=6

Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Messwiederholung zeigt für die Skala zum gezügelten Essstil (RS), dass bei angenommener Sphärizität der Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=30.13$ ,  $p=.000$ ) hoch signifikant ist und der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=2.868$ ,  $p=.072$ ) tendenziell signifikant ist. Der Haupteffekt Gruppe

( $F_{(1,15)}=.280$ ,  $p=.604$ ) ist nicht signifikant. Der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 zeigt, dass die Treatmentgruppe ( $p=.003$ ) höher signifikant ist als die Kontrollgruppe ( $p=.033$ ).

Für die Skala zu essensbezogenen Sorgen (ECS) zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse auch beim Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=25.79$ ,  $p=.000$ ) einen hoch signifikanten Wert. Der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=.642$ ,  $p=.533$ ) und der Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.276$ ,  $p=.611$ ) sind hingegen nicht signifikant. Der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 zeigt, dass die Kontrollgruppe ( $p=.003$ ) höher signifikant ist als die Treatmentgruppe ( $p=.013$ ).

In Bezug auf die Skala zu Gewichtssorgen (WCS) zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse ein ähnliches Bild. Auch hier ist der Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=23.65$ ,  $p=.000$ ) hoch signifikant. Der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=1.652$ ,  $p=.209$ ) und der Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.210$ ,  $p=.654$ ) sind nicht signifikant. Auch hier ergab der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 höhere signifikante Werte für die Kontrollgruppe ( $p=.001$ ) als für die Treatmentgruppe ( $p=.044$ ).

Für die Skala zu Figursorgen (SCS) zeigt die einfaktorielle Varianzanalyse auch beim Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=24.76$ ,  $p=.000$ ) einen hoch signifikanten Wert. Der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=1.043$ ,  $p=.365$ ) und der Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.602$ ,  $p=.450$ ) sind hingegen nicht signifikant. Der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 zeigt, dass die Kontrollgruppe ( $p=.000$ ) höher signifikant ist als die Treatmentgruppe ( $p=.011$ ).

Zum Gesamtwert zum Essverhalten, der den Grad der Psychopathologie der Essstörung beschreibt, ergab die einfaktorielle Varianzanalyse einen hoch signifikanten Wert beim Haupteffekt Zeit ( $F_{(2,30)}=36.017$ ,  $p=.000$ ). Der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=1.096$ ,  $p=.347$ ) und der Haupteffekt Gruppe ( $F_{(1,15)}=.159$ ,  $p=.696$ ) sind nicht signifikant. Der gepaarte T-Test zwischen Zeitpunkt t1 und t3 ergab einen vergleichbaren Wert für die beiden Gruppen (Treatment:  $p=.004$ ; Kontroll:  $p=.002$ ).

Für die vorliegende Studie ist der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe von besonderer Bedeutung. Daher wird im folgenden der tendenziell signifikante Wert ( $p=.072$ ) der Skala zum gezügelten Essstil in einer Grafik (Abbildung 14) genauer dargestellt:

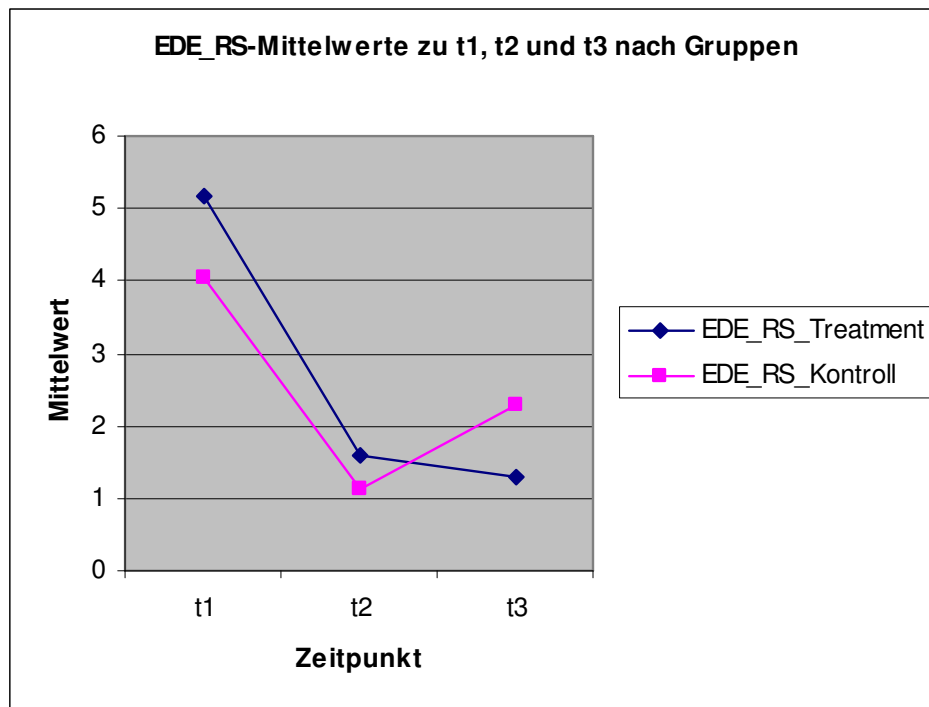


Abbildung 14: EDE\_RS-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen

Aus Abbildung 16 wird ersichtlich, dass die Werte der beiden Gruppen zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 vergleichsweise stark abfallen. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe, deren Werte zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 wieder ansteigen, fallen die Werte der Treatmentgruppe zwischen den genannten Zeitpunkten weiter ab. Die Treatmentgruppe hat zum ersten Erhebungszeitpunkt höhere Werte auf der „Restraint“-Skala als die Kontrollgruppe, zum dritten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Treatmentgruppe geringer als die der Kontrollgruppe. Wie aus Tabelle 16 ersichtlich wird, ergab der gepaarte T-Test zwischen t1 und t3 einen signifikanten Wert für sämtliche Skalen.

Da, wie in Kapitel 7 gesagt, in dieser Arbeit aufgrund der vorgestellten Theorie nicht davon ausgegangen wurde, dass das ZRM-ED-Training innerhalb des relativ kurzen Erhebungszeitraumes einen bedeutenden Einfluss auf das Essverhalten hat, wird im folgenden Abschnitt genauer auf diese Skala eingegangen. Dazu wird eine Einzelitemanalyse gemacht (siehe Tabelle 15)

Tabelle 15: T-Test und Varianzanalysen der Einzelitems zur Restraint-Skala

Einzelitem zur Restraint-Skala	Gruppe*	N	Mittelwert t1	StdAbw. t1	Mittelwert t3	StdAbw. t3	Gepaarter T-Test nach Gruppe** (t1 und t3)	Mauchly Signifikanz	Haupteffekt Zeit (t1-t3), F(2,30)	Haupteffekt Gruppe (t1-t3), F(1,15)	Interaktionseffekt (ZeitxGruppe) (t1-t3), F(2,30)
Ede_01	K	10	4.50	2.01	2.50	1.90	2.023	0.567	F=11.73	F=.207	F=.343
	T	7	5.29	2.75	2.14	2.04	p=.074 2.655 p=.038				
Ede_02	K	10	2.70	2.54	1.10	1.66	1.652	0.001	F=13.56	F=.001	F=1.4
	T	7	3.86	3.76	.00	.00	p=1.333 2.714 p=.035				
Ede_03	K	10	4.20	2.35	2.80	1.40	1.382	0.047	F=18.50	F=.220	F=3.50
	T	7	5.86	1.77	1.14	.90	p=.200 5.133 p=.002				
Ede_04	K	10	4.80	2.53	2.60	1.96	2.369	0.699	F=27.17	F=.166	F=3.82
	T	7	5.86	.378	1.00	1.00	p=.042 3.050 p=.023				
Ede_05	K	10	4	2.71	2.40	2.07	2.058	0.620	F=7.33	F=.817	F=.667
	T	7	5	1.92	2.14	2.41	p=.070 4.510 p=.004				

\* Gruppe: K=Kontrollgruppe; T=Treatmentgruppe

\*\* df (K)=9; df(T)=6

\*\*\* GG=Korrekturgrösse Greenhouse-Geisser Epsilon

Im folgenden werden nur diejenigen Ergebnisse besprochen, welche für die Wirksamkeit des Trainings von Bedeutung sind, d.h. die Interaktionseffekte zwischen Zeit und Gruppe. Beim Einzelitem Ede\_03 ist der Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe ( $F_{(2,30)}=3.50$ ,  $p=.060$ ) tendenziell signifikant und beim Einzelitem Ede\_04 ist dieses Effekt ( $F_{(2,30)}=3.50$ ,  $p=.060$ ) hoch signifikant.

Soeben wurde der Trendwert des Interaktionseffekt zwischen Zeit und Gruppe für die „Restraint“-Skala anhand einer Grafik genauer dargestellt und diskutiert. In den Abbildungen 15 und 16 sollen nun die übrigen Skalen grafisch dargestellt werden. Aus Gründen der besseren Überblickbarkeit werden pro Grafik zwei Skalen dargestellt:

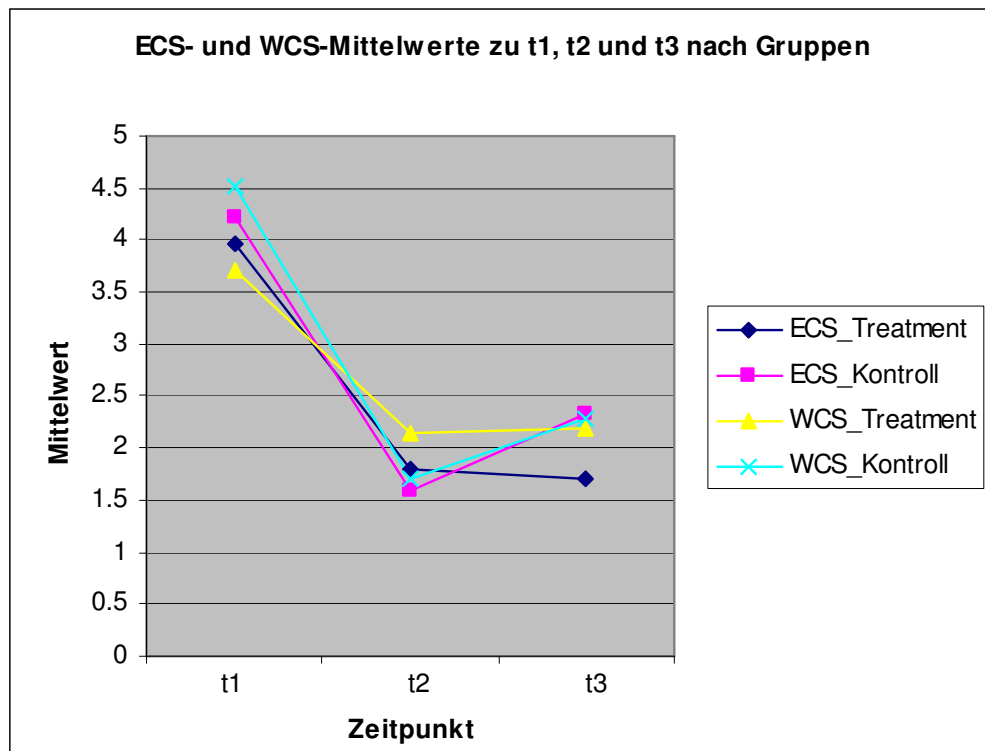


Abbildung 15: ECS- und WCS-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen

Für die „ECS“- Skala wird aus Abbildung 15 ersichtlich, dass die Werte der beiden Gruppen zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 vergleichsweise stark abfallen. Im Gegensatz zur Kontrollgruppe, deren Werte zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 wieder ansteigen, fallen die Werte der Treatmentgruppe zwischen den genannten Zeitpunkten weiter ab. Die Kontrollgruppe hat zum ersten Erhebungszeitpunkt leicht höhere Werte auf der „ECS“-Skala als die Treatmentgruppe, zum dritten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Treatmentgruppe geringer als die der Kontrollgruppe.

Bei der „WCS“-Skala sieht die Grafik in Abbildung 15 leicht anders aus. Zwischen den Zeitpunkten t1 und t3 fallen die Werte der beiden Gruppen ab, allerdings bei der Kontrollgruppe stärker als bei der Treatmentgruppe. Zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 bleiben die Werte der Treatmentgruppe auf demselben Niveau, bei der Kontrollgruppe steigen die Werte zwischen diesen Zeitpunkten wieder an. Zum ersten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Kontrollgruppe höher als die der Treatmentgruppe, zum zweiten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Kontrollgruppe niedriger als die der Treatmentgruppe und zum dritten Erhebungszeitpunkt befinden sich die Werte der beiden Gruppen auf demselben Niveau.



Nun folgen die Grafiken für die „SCS“-Skala und die die „GE“-Gesamtskala:

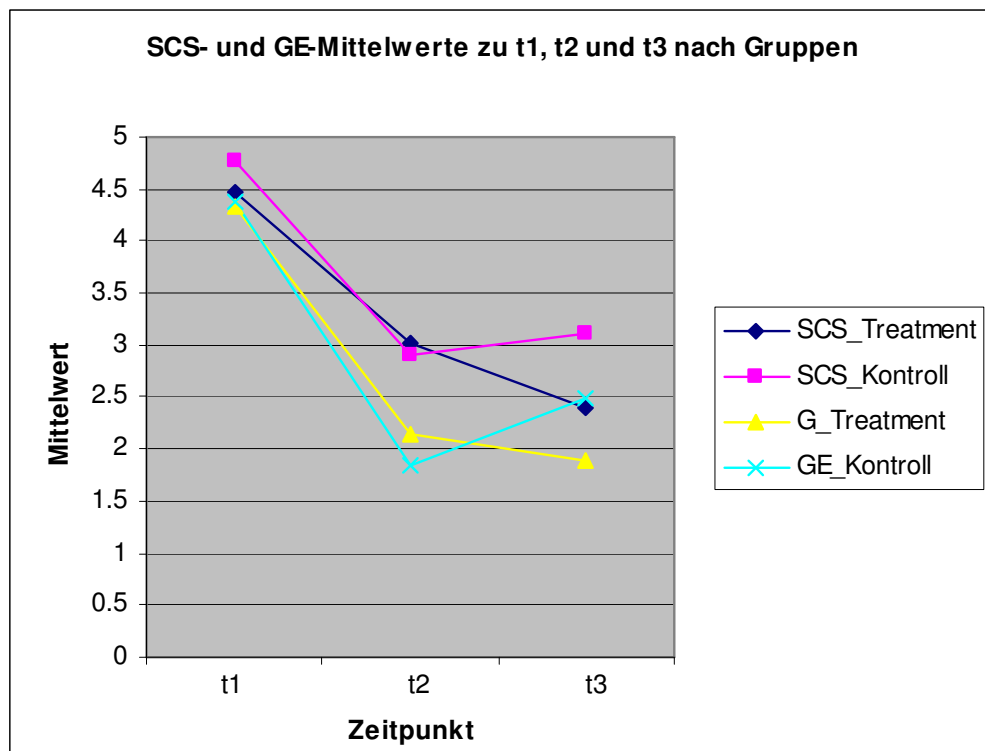


Abbildung 16: SCS- und GE-Mittelwerte zu t1, t2 und t3 nach Gruppen

Aus Abbildung 16 wird für die „SCS“-Skala ersichtlich, dass die Werte der beiden Gruppen zwischen den Zeitpunkten t1 und t2 stark abfallen. Während die Werte der Treatmentgruppe zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 vergleichsweise weiter stark abfallen, steigen die Werte der Kontrollgruppe zwischen diesen Zeitpunkten wieder an. Zum ersten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Kontrollgruppe leicht höher als die der Treatmentgruppe, zum dritten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Treatmentgruppe deutlich niedriger als die der Kontrollgruppe.

Die Grafik der Gesamtskala in Abbildung 16 beschreibt ein starkes Abfallen der Werte der beiden Gruppen zwischen den Zeitpunkten t1 und t2. Zwischen den Zeitpunkten t2 und t3 steigen die Werte der Kontrollgruppe wieder an, die Werte der Treatmentgruppe fallen zwischen diesen Zeitpunkten allerdings weiter ab. Zum ersten Erhebungszeitpunkt befinden sich die Werte der beiden Gruppen auf demselben Niveau, zum dritten Erhebungszeitpunkt sind die Werte der Treatmentgruppe klar niedriger als die Werte der Kontrollgruppe. Zusammengefasst kann zu den Ergebnissen des gepaarten T-Tests gesagt werden, dass bei allen Skalen die Werte der Treatmentgruppe zum dritten Erhebungszeitpunkt niedriger sind als die Werte der Kontrollgruppe.

Da die Resultate zur „Restraint“-Skala und die Varianzanalyse überraschten, wird im folgenden eine Einzelitemanalyse sämtlicher Items (exklusive der Items der „Restraint“-Skala) gemacht. In Tabelle 16 sind alle Items aufgelistet, deren Varianzanalyse ein für die Trainingswirksamkeit bedeutendes Resultat ergeben.

Tabelle 16: T-Test und Varianzanalysen der Einzelitems Ede\_18, Ede\_35 und Ede\_36

Einzelitem	Gruppe*	N	Mittelwert t1	StdAbw. t1	Mittelwert t3	StdAbw. t3	Gepaarter T-Test nach Gruppe** (t1 und t3)	Mauchly Signifikanz	Haupteffekt Zeit (t1-t3), F(2,30)	Haupteffekt Gruppe (t1-t3), F(1,15)	Interaktionseffekt (ZeitxGruppe) (t1-t3), F(2,30)
Ede_18	K	10	16.60	10.80	5.80	6.99	2.695	0.128	F=4.995	F=2.995	F=3.878
	T	7	5.43	10.63	1.00	1.52	p=.025 1.231 p=.264				
Ede_35	K	10	4.20	1.75	4.40	.843	.612	0.141	F=5.56	F=.978	F=.7.70
	T	7	4.57	2.15	2.00	1.53	p=.555 2.521 p=.045				
Ede_36	K	10	5.00	1.49	3.70	1.25	3.074	0.222	F=7.084	F=.220	F=4.092
	T	7	4.86	2.27	1.14	2.86	p=.013 2.103 p=.080				

\* Gruppe: K=Kontrollgruppe; T=Treatmentgruppe

\*\* df (K)=9; df(T)=6

Auch zu Tabelle 16 werden nur diejenigen Ergebnisse besprochen, welche für die Wirksamkeit des Trainings von Bedeutung sind, d.h. die Interaktionseffekte zwischen Zeit und Gruppe. Beim Einzelitem Ede\_18 ( $F_{(2,30)}=3.88$ ,  $p=.032$ ), beim Einzelitem Ede\_35 ( $F_{(2,30)}=7.70$ ,  $p=.002$ ) und beim Einzelitem Ede\_36 ( $F_{(2,30)}=4.09$ ,  $p=.027$ ) sind die Interaktionseffekte zwischen Zeit und Gruppe hoch signifikant.

#### 9.2.4 Veränderung im Erleben und Verhalten

Die Variable „Veränderung im Erleben und Verhalten“ wird nur zu den Zeitpunkten t2 und t3 erhoben. Sie ist in der Stichprobe normalverteilt (Kolmogorov-Smirnov: VEV\_02:  $p=.866$ ; VEV\_03:  $p=.854$ ), weshalb ein T-Test durchgeführt wird. Die Ergebnisse werden in Tabelle 17 aufgezeigt.

Tabelle 17: T-Test (VEV zu t2 und t3)

	Gruppe	N	Mittelwert	StdAbw	Kolmogorov v-Smirnov-Test	T-Test
VEV_02	Kontroll	10	218.2	31.89	Z=.599, df=15 p=.866	T=-.685; df=15
	Treatment	7	229.14	33.14		p=.504
VEV_03	Kontroll	10	195	25.21	Z=.608; df=15 p=.854	T=-2.41; df=15
	Treatment	7	229.29	33.7		p=.029

Der T-Test bei unabhängigen Stichproben hat für die Postevaluation zum Zeitpunkt t2 (VEV\_02) keinen signifikanten Wert ergeben ( $p=.504$ ). Zum dritten Erhebungszeitpunkt (VEV\_03) ist der T-Test allerdings signifikant ( $p=.029$ ).

Nach der Veränderung-Normtabelle des VEV (vgl. Zielke & Kopf-Mehnert, 1978) weisen Mittelwerte zwischen 149 und 187 weder eine positive noch eine negative Veränderung auf und Mittelwerte ab 187 können als positive Veränderung im Erleben und Verhalten angesehen werden. Während Mittelwerte von 187 bis 193 auf dem 5%-Signifikanz-Niveau signifikant sind, bedeuten Mittelwerte von 193 und grösser eine positive Veränderung auf dem 1%-Signifikanz-Niveau. Mittelwerte grösser und gleich 200 bedeuten eine Veränderung auf dem 0.1%-Signifikanz-Niveau.

Der Mittelwert der Kontrollgruppe ist zum Zeitpunkt t2 218.2 (Sd=31.89). Zum selben Zeitpunkt ist der Mittelwert der Treatmentgruppe 229.14, also etwas höher. Zum dritten Erhebungszeitpunkt unterscheiden sich die Gruppen in ihren Mittelwerten (K=195; T=229.29) signifikant voneinander. Da der T-Test nur zum Zeitpunkt t3 einen signifikanten Wert ergab, soll dieser folgend genauer untersucht werden. Abbildung 11 stellt die Veränderung im Erleben und Verhalten der beiden Gruppen in Form einer Boxplot-Grafik dar.

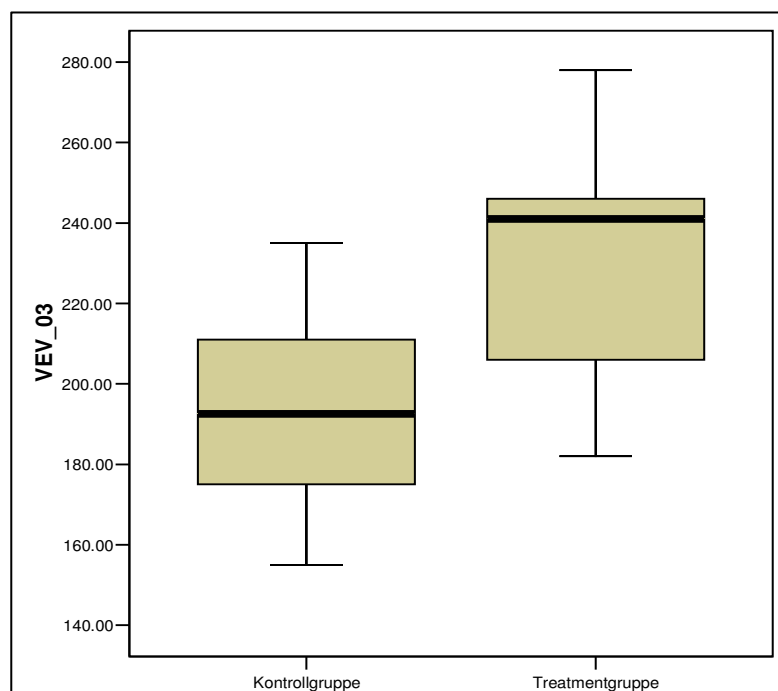


Abbildung 17: Boxplot nach Gruppen (VEV\_03)

Aus Abbildung 17 wird ersichtlich, dass sich zum dritten Erhebungszeitpunkt die einzelnen Mittelwerte für die Kontrollgruppe zwischen 155 und 235 und für die Treatmentgruppe zwischen 182 und 278 befinden. Die Werte der Treatmentgruppe sind also klar höher als die Werte der Kontrollgruppe.

In Tabelle 18 wird anhand einer Kreuztabelle beschrieben, wie sich die unterschiedlichen Mittelwerte der Kontroll- und Treatmentgruppe zusammensetzen.

Tabelle 18: Kreuztabelle nach Gruppen (VE\_03)

Gruppe	negative Veränderung	keine Veränderung	positive Veränderung $p \leq 5\%$	positive Veränderung $p \leq 1\%$	sehr positive Veränderung $p \leq 0.1\%$	Total
K	0	<b>4</b>	1	1	<b>4</b>	10
T	0	<b>1</b>	1	0	<b>5</b>	7
Total	0	5	2	1	9	17

Wie aus Tabelle 18 hervorgeht, zeigen die Probanden weder bei der Kontroll- noch bei der Treatmentgruppe negative Veränderungen zum Zeitpunkt t3. Allerdings ist die Anzahl der Probanden, welche keine Veränderung zeigt bei der Kontrollgruppe (4) weitaus grösser als bei der Treatmentgruppe (1). Jeweils ein Proband pro Gruppe weist eine positive Veränderung auf dem 5%-Niveau auf. Auf dem 1%-Niveau der positiven Veränderung befindet sich ein Proband der Kontrollgruppe. Die positive Veränderung auf dem 0.1%-Niveau tritt bei 4 Probanden der Kontrollgruppe und 5 Probanden der Treatmentgruppe auf. Somit zeigen vergleichsweise mehr Probanden der Treatmentgruppe (N=7) eine positive Veränderung auf hoch signifikanten Niveau als dies Probanden der Kontrollgruppe (N=10) zeigen.

## 10. Diskussion

Im nachfolgenden Diskussionsteil werden die gewonnenen Erkenntnisse aus dem Theorieteil mit dem Ergebnisteil in Beziehung gesetzt. Hierzu findet in einem ersten Kapitel die Diskussion der getesteten Wirksamkeitshypothesen statt, daraufhin folgen die Beantwortung der Fragestellungen und die Diskussion zum methodischen Vorgehen.

### 10.1 Diskussion der getesteten Wirksamkeitshypothesen

In Kapitel 7 wurden die Hypothesen vorgestellt, welche in dieser Studie zu testen waren. Nach der Darstellung der Ergebnisse folgt nun die Diskussion der einzelnen Hypothesen im Hinblick auf die Trainingswirksamkeit von ZRM-ED.

#### 10.1.1 Handlungskontrolle

Die Wirksamkeitshypothesen zur Handlungskontrolle wurden in Kapitel 7 folgendermassen formuliert:

**Hypothese 1a:** Die Werte der Skala der Handlungsorientierung sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe höher, als die Werte der Skala Handlungsorientierung der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 1b:** Die Werte der Skala der Handlungsorientierung nach Misserfolg sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe höher, als die Werte der Skala Handlungsorientierung nach Misserfolg der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 1c:** Die Werte der Skala der Handlungsorientierung bei Handlungsplanung sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe höher, als die Werte der Skala Handlungsorientierung bei Handlungsplanung der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Es sollte untersucht werden, wie viele Probanden bei der Treatment- und Kontrollgruppe zum ersten Erhebungszeitpunkt lageorientiert und zum dritten Erhebungszeitpunkt handlungsorientiert sind und ob hierbei ein Unterschied zwischen den Gruppen auszumachen ist. Ferner wurde diese Unterscheidung in Handlungsorientierung durch die Hypothese 1b zur Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) und durch die Hypothese 1c zur Handlungsorientierung bei Handlungsplanung (HOP) präzisiert. Wie in Kapitel 9.1.2 gesehen werden konnte, ist zum ersten Erhebungszeitpunkt in beiden Gruppen die Mehrheit der Probanden (Treatment: 6 Probanden; Kontroll: 7 Probanden) dieser Studie lageorientiert sowohl nach Misserfolg als auch bei Handlungsplanung. Für die gesamte Stichprobe bedeutet dies, dass 76.5% der Probanden lageorientiert sind. Verglichen mit der Gesamtbevölkerung sind die Hakemp 90-Skalen so konzipiert, dass jeweils rund die Hälfte der Population lage- bzw. handlungsorientiert ist. Aus diesen ersten Ergebnissen lässt sich behaupten, dass Menschen mit Essstörungen sowohl in Bezug auf Misserfolg,

wie auch in Bezug auf Handlungsplanung vorwiegend lageorientiert sind. Diese Aussage deckt sich dem Theorieteil (Kapitel 4.2.2). Hier wurde beschrieben, dass in verschiedensten Studien Lageorientierung als krankheitsübergreifendes Merkmal bei Patienten mit Depressionen, Zwangs-, Angst- und Essstörungen gefunden wurde.

Von besonderem Interesse dieser Studie ist, wie viele Probanden der Treatmentgruppe durch das ZRM-ED-Training Handlungsorientierung erlangen konnten. Während bei der Kontrollgruppe eine Verschiebung zweier Probanden von lageorientiert nach Misserfolg und lageorientiert bei Handlungsplanung zu lageorientiert nach Misserfolg und handlungsorientiert bei Handlungsplanung (also von LOM/LOP zu LOM/HOP) stattgefunden hat, gab es bei der Treatmentgruppe eine deutliche Veränderung in Richtung Handlungsorientierung. Von vorerst 6 lageorientierten Probanden waren zum dritten Erhebungszeitpunkt nur noch zwei Probanden lageorientiert (LOM/LOP), drei Probanden handlungsorientiert (HOM/HOP) und eine Person unverändert handlungsorientiert bei Handlungsplanung und lageorientiert nach Misserfolg (HOP/LOM). Den Ergebnisse (Kapitel 9.2.1) ist zu entnehmen, dass im Gegensatz zur Kontrollgruppe bei der Treatmentgruppe eine deutliche Verschiebung von Lageorientierung zur Handlungsorientierung stattgefunden hat. Konkret kann dies bei der Betrachtung der Varianzanalyse gesehen werden: Bei der Skala zur Handlungskontrolle nach Misserfolg (HOM:  $p=.60$ ) und der Gesamtskala zur Handlungskontrolle (HAK:  $p=.103$ ) sind tendenziell signifikante Wert zu verzeichnen. Aufgrund der geringen Stichprobengröße sind diese Ergebnisse als eine gute Wirkung des ZRM-ED-Trainings einzuschätzen. In Bezug auf die Wirksamkeitshypothesen zur Handlungskontrolle kann gesagt werden, dass die Hypothesen 1a und 1b angenommen werden:

Die Werte der Skala der Handlungsorientierung (HAK) und der Skala der Handlungsorientierung nach Misserfolg (HOM) sind bei Teilnehmenden der Treatmentgruppe höher, als die Werte derselben Skalen der Kontrollgruppe.

Die Varianzanalyse zur Skala der Handlungsorientierung bei Handlungsplanung ergab keine bedeutenden Ergebnisse. Hypothese 1c wird verworfen:

Die Werte der Skala der Handlungsorientierung bei Handlungsplanung (HOP) unterscheiden sich bei Teilnehmenden der Treatmentgruppe nicht von den Werten dieser Skala bei Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

An dieser Stelle soll ein kleiner Theorierückblick (Kapitel 4.2.2) erfolgen, um die Bedeutung von Handlungs- und Lageorientierung für Menschen mit Essstörungen nochmals deutlich zu machen. Lageorientierung (LOM) erhöht das Risiko psychischer Symptombildung, während misserfolgsbezogene Handlungsorientierung (HOM) vor stressbedingten Symptomen schützt. Handlungsorientierung verhindert die Verschlimmerung der Symptome durch die Beseitigung von Motivdiskrepanzen.

Prospektive Handlungskontrolle (HOP) hatte keine vergleichbare Schutzfunktion. Sie war aber (im Unterschied zu HOM) relevant zur Vorhersage des allgemeinen Wohlbefindens. Der Umkehrschluss ist, dass Lageorientierung psychische Symptome wie Essstörungen verschlimmert. Handlungsorientierte besitzen durch ihre Resistenz auch in stressreichen Situationen Selbstzugang, bei Lageorientierten ist die Selbstwahrnehmung durch den nicht herabregulierbaren negativen Affekt beeinträchtigt. Nach Kuhl sind Therapiefortschritte bei psychischen Erkrankungen massgeblich von der Beseitigung dieser besonderen Form der Hemmung (also Lageorientierung) abhängig. Aufgrund der hier besprochenen Ergebnisse und Wirksamkeitshypothesen kann davon ausgegangen werden, dass das ZRM-ED-Training einen positiven Einfluss auf die Handlungskontrolle und somit auch auf Affektregulationskompetenz hat.

#### 10.1.2 Alexithymie

Zur Alexithymie wurden in Kapitel 7 folgende Wirksamkeitshypothesen formuliert:

**Hypothese 2a:** Die Werte der Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 2b:** Die Werte der Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 2c:** Die Werte der Gesamtskala „Alexithymie“ sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Wie in Kapitel 9.1.3 gesehen werden konnte, ist ein Grossteil aller Probanden alexithym (Treatment: 6; Kontroll: 8 für ALEX-Skala bzw. Treatment:6; Kontroll: 6 für IDG-Skala). Dieses Ergebnis war aufgrund der Theorie zu erwarten. Wie in Kapitel 4.3.2 gesehen werden konnte, ist der wissenschaftliche Zusammenhang zwischen Alexithymie und Essstörung sehr hoch bzw. hat die Anorexia nervosa mit 77.1% den höchst vorkommenden Zusammenhang mit Alexithymie im Vergleich zu anderen Krankheitsbildern. Bei der vorliegenden Studie liegen die Ergebnisse zu diesem Zusammenhang leicht über bzw. unter diesem Wert: 82.35% für die ALEX-Skala und 70.6% für die IDG-Skala.

Werden die Ergebnisse der Varianzanalyse zur Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ betrachtet, so ist klar ersichtlich, dass bei der Treatmentgruppe eine signifikante Verbesserung ( $p=.023$ ) stattgefunden hat. Die Trainingswirksamkeit ist somit für diese Skala erwiesen und Hypothese 2a kann angenommen werden:

Die Werte der Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe signifikant niedriger als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Wie aus diesem Ergebnis zu erwarten war, gibt es auf dieser Skala die grösste Verschiebung von „alexithym“ zu „nicht alexithym“; während bei der Kontrollgruppe nur eine Person diesen Wechsel schaffte, waren es bei der Treatmentgruppe fünf von sieben Probanden. Nach dem ZRM-ED-Training sind bei der Treatmentgruppe nur noch 14.3% Probanden alexithym, während bei der Kontrollgruppe immer noch 50% der Probanden alexithym sind. Bevor genauer auf dieses Ergebnis eingegangen wird, werden noch die Hypothesen 2b und 2c auf ihre Wirksamkeit hin betrachtet.

Das Ergebnis der Varianzanalyse zur Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ ist im Hinblick auf die Trainingswirksamkeit nicht bedeutend. Hypothese 2b wird verworfen:

Die Werte der Skala „Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen“ unterscheiden sich bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe nicht von den Werten dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Die Varianzanalyse zur Gesamtskala der Alexithymie zeigt im Hinblick auf die Trainingswirksamkeit einen Trendwert ( $p=.084$ ) für die Gruppen. Die Hypothese 2c kann nach den Kriterien der Hypothesenannahme angenommen werden:

Die Werte der Alexithymieskala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Die Verschiebung von „alexithym“ zu „nicht alexithym“ ist auf dieser Skala jedoch mit jeweils einem Proband für beide Gruppen gleich.

Auch in diesem Kapitel soll ein kleiner Theorierückblick (Kapitel 4.3.2) stattfinden, um später die spezifische Wirkung des ZRM-ED ein- und zuordnen zu können. Aufgrund des Mangels von affektiver Beteiligung und an Phantasien und Assoziationen erweist sich die Therapie dieser Patienten als äusserst schwierig. Alexithymie Patienten haben sowohl im Bereich der Wahrnehmung und Beschreibung ihrer Gefühle als auch im Bereich der Regulation ihrer Gefühle Defizite. Ihre beschriebene Fantasielosigkeit begrenzt auch die Möglichkeit im positiven Umgang mit Angst oder anderen Emotionen. Die Unfähigkeit Gefühle durch kognitive Prozesse zu regulieren erklärt vielleicht auch das Verhalten alexithymer Personen, bei unangenehmen, stressigen Emotionen impulsive Handlungen zu begehen. Diese Handlungen werden begangen, um innere Spannungen abzubauen und können sich durch Essstörungen, Drogenmissbrauch oder abnormales sexuelles Verhalten manifestieren. Dass die Alexithymie durch die



Schwierigkeit der Gefühlswahrnehmung den Umgang mit dem eigenen Körper und der Krankheit negativ beeinflussen kann. Es wird davon ausgegangen, dass Alexithymie wegen den mangelnden Emotionsregulationsstrategien zu Essstörungen führen kann. Nun soll sich der Frage zugewendet werden, woher der hohe Einfluss des Trainings auf die Alexithymie, insbesondere bei der Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ kommt. Hierzu gibt es mehrere Gründe: Im Training wird ein Zugang zu Emotionen geschaffen, der nicht über Kognitionen sondern das Unbewusste geschieht. Alexithyme Personen sind, wie im Theorieteil gesehen werden konnte, nicht in der Lage, Gefühle durch kognitive Prozesse zu regulieren. Bei Menschen mit Essstörungen sind Körpersignale durch die Alexithymie nur schwer erkennbar. Aus diesem Grund wird im ZRM-ED für die Aktivierung des Emotionsschemas auf die Arbeit mit Bildern zurückgegriffen. Speziell für die Arbeit mit Menschen mit Essstörungen wurde ein Teil im Training entwickelt, der die Arbeit mit negativen Affekten betrifft. Negative Affekte sind generell einfacher wahrzunehmen als positive Gefühle. Das Training bietet den Teilnehmenden durch ein spezifisches Vorgehen die Möglichkeit, die negativen Affekte vorerst ausserhalb ihrer selbst anzubringen. Ein weiterer wichtiger Punkt für Menschen mit Essstörungen ist, dass die Gefühle nicht von Anfang an versprachlicht werden, sondern in Bildern und Farben Ausdruck finden. Zu einem späteren Zeitpunkt wird dem negativen Affekt ein von den Teilnehmenden in ihrer Eigensprachlichkeit selbst erfundenes Wort zugeordnet. Dasselbe Verfahren ereignet sich bei der Arbeit mit positiven Affekten, welche bei der Ressourcenaktivierung zum Einsatz kommen. Um Gefühle besser beschreiben zu können, setzt das ZRM-ED das Arbeitsinstrument „Gefühlsfaktor“ ein. Auch dieses Instrument dient den Teilnehmenden, ihre Gefühle nicht direkt ausdrücken zu müssen. Dies bedeutet, dass alexithyme Patienten zum Ausdruck ihrer Gefühle kein Emotionsvokabular verwenden müssen. In einem ersten Schritt wird also im ZRM-ED die Wahrnehmung von emotionalen Signalen (Affekten) trainiert, darauf folgt in einem zweiten Schritt das Erlernen der Affektregulation. Für alexithyme Patienten und deren weiterer Behandlung ist das Trainieren der Wahrnehmung der eigenen Affekte von grosser Bedeutung.

### 10.1.3 Veränderung im Erleben und Verhalten

Zur Veränderung im Erleben und Verhalten wurde in Kapitel 7 folgende Wirksamkeitshypothese formuliert:

**Hypothese 3:** Die Teilnehmenden der Treatmentgruppe zeigen eine höhere positive Veränderung im Erleben und Verhalten, als dies die Teilnehmenden der Kontrollgruppe aufzeigen.

Die Ergebnisse des T-Test in Kapitel 9.2.4 haben ergeben, dass die Probanden Treatmentgruppe eine signifikant höhere Veränderung im Erleben und Verhalten haben, als dies die Probanden der Kontrollgruppe haben. Die Streuung der Mittelwerte ist vergleichbar. Für die Kontrollgruppe liegen die Werte des dritten Erhebungszeitpunkt zwischen 155 und 235 (Spannweite=80), für die Treatmentgruppe liegen diese Werte

zwischen 182 und 278 (Spannweite=96). Die Hypothese 3 kann demnach beibehalten werden:

Die Teilnehmenden der Treatmentgruppe zeigen eine höhere positive Veränderung im Erleben und Verhalten als dies die Teilnehmenden der Kontrollgruppe aufzeigen.

Zu diesem Ergebnis wurde eine weitere Untersuchung gemacht, welche die Qualität der Veränderung erklärt. 71.4% der Probanden der Treatmentgruppe erlebte eine positive Veränderung auf höchst signifikantem Niveau, bei der Kontrollgruppe waren es an dieser Stelle nur 40% der Probanden. Keine Veränderung erlebten bei der Treatmentgruppe 14.3%, bei der Kontrollgruppe waren es wiederum 40%. Der Rest der Probanden erlebte eine positive Veränderung, niemand eine negative Veränderung.

#### 10.1.4 Essverhalten

Die Wirksamkeitshypothesen zum Essverhalten wurden in Kapitel 7 folgendermassen formuliert:

**Hypothese 4a:** Die Werte der „Restraint“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 4b:** Die Werte der „Eating Concern“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 4c:** Die Werte der „Weight Concern“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 4d:** Die Werte der „Shape Concern“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

**Hypothese 4e:** Der Gesamtwert zum Essverhalten ist bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger, als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Werden die Ergebnisse der Varianzanalyse in Hinblick auf die Trainingswirksamkeit des ZRM-ED betrachtet, so wird deutlich, dass dieses einen positiven Einfluss auf einer Skala („Restraint“-Skala) hat; diese Skala betrifft den gezügelten Essstil, den Versuch das Essen einzuschränken oder Diätregeln zu befolgen. Die Hypothese 4a kann nach den Kriterien der Hypothesenannahme angenommen werden:

Die Werte der „Restraint“-Skala sind bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe niedriger als die Werte dieser Skala der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Eine mögliche Erklärung für die Trainingswirksamkeit des ZRM-ED auf dieser Skala kann folgendermassen hergeleitet werden: Bei der „Restraint“-Skala handelt es sich um den Bereich des gezügelten Essens und um das Befolgen von Diätregeln. In Kapitel 9.2.3 wurde zusätzlich zu der Varianzanalyse dieser Skala, die Varianzanalyse der einzelnen Items dieser Skala durchgeführt. Dabei kam heraus, dass in Bezug auf die Trainingswirksamkeit das Item Ede\_03 ( $p=.060$ ) tendenziell signifikant und das Item Ede\_04 ( $p=.033$ ) hoch signifikant ist. Die Trainingswirksamkeit des ZRM-ED lässt sich demnach aus den Erklärungen zu den beiden Einzelitems herleiten. An dieser Stelle interessiert der genaue Wortlaut dieser beiden Items, um die Wirksamkeit des ZRM-ED erklären zu können:

**Ede\_03:** Haben Sie versucht, Nahrungsmittel, die Sie mögen, zu vermeiden, um Ihre Figur oder Ihre Gewicht zu beeinflussen?

Im Gegensatz zu den anderen Items dieser Skala betont dieses Item das Vermeiden von Nahrungsmittel, die der Proband mag. Im ZRM-ED lernt der Teilnehmende nebst anderem sich selbst zu spüren, seine Bedürfnisse wahrzunehmen und seine Affekte zu regulieren. Für die Regulation negativer Affekte ist es von Bedeutung positive Gegenstände, Düfte, Gedanken und Gefühle gezielt einzusetzen. Die Teilnehmenden lernen sich selbst etwas Gutes zu tun, damit es ihnen gut geht. Ein entscheidender Punkt bei diesem Item ist zum einen, dass die Probanden sich darüber im Klaren sind, was sie „mögen“, sie haben ein Bewusstsein für ihre Vorlieben. Zum anderen ist es ihnen nach dem Training möglich positive Dinge einerseits als Belohnung und andererseits als Affektregulation anzusehen. Aus dem Theorieteil wird ersichtlich, dass Menschen mit Essstörungen sich selbst oft etwas verbieten (was sie mögen), um sich selbst für einen Fehltritt zu bestrafen oder auch ihren Willen zu testen. Dieses Verhalten zeigen die Probanden der Treatmentgruppe nach dem Training nicht mehr.

**Ede\_04:** Haben Sie versucht, festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens zu befolgen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen; z.B. eine Kaloriengrenze, eine festgesetzte Nahrungsmenge oder Regeln darüber, was oder wann Sie essen sollten?

Dieses Item betont den Gebrauch von Regeln im Umgang mit Essen. Die Probanden der Treatmentgruppe benötigen nach dem Training viel weniger Regeln im Umgang mit Nahrungsmitteln als vor dem Training. Die Wahrnehmung und Regulation von Affekten und Körpersignalen kann als wichtige Grundlage von Selbststeuerungsfähigkeit und als Basis des Selbsterlebens angesehen werden. Bei essgestörten Patienten ist die interozeptive Wahrnehmung gestört. Sie können selbst nicht wahrnehmen, was ihr Körper braucht. Beispielsweise erscheint es Menschen mit Essstörungen unmöglich zu

sagen „ich bin satt“ oder „ich habe Hunger“. Das Aufstellen von Regeln erleichtert diesen Menschen den Alltag. Das ZRM-ED stellt den Bezug zum eigenen Körper wieder her und verbessert die Interozeptionsfähigkeit, die die Entdeckung und gezielte Aktivierung eigener Ressourcen ermöglicht. Die Selbstsicherheit steigt, die Bedeutung von aufgestellten Regeln sinkt.

Die Varianzanalysen zu den übrigen Skalen ergaben im Hinblick auf die Trainingswirksamkeit keine bedeutenden Ergebnisse. Somit müssen die Hypothesen 4b-e verworfen werden:

Die Werte der „Eating Concern“-Skala, der „Weight Concern“-Skala, der „Shape Concern“-Skala und der Gesamtskala zum Essverhalten unterscheiden sich bei den Teilnehmenden der Treatmentgruppe nicht von den Werten dieser Skalen der Teilnehmenden der Kontrollgruppe.

Im Gegensatz zu dem Ergebnis der Restraint-Skala war dieses Resultat zu erwarten, da, wie in Kapitel 7 erwähnt, davon ausgegangen wird, dass der bedeutende Einfluss des ZRM-ED-Trainings im Bereich der Affektregulationskompetenz liegt und sich erst zu einem späteren Zeitpunkt auf das Essverhalten der Person auswirkt. Die Entwicklung selbstregulatorischer Kompetenzen entsteht nicht von heute auf morgen. Wie Kuhl sagte, sind die in der Therapie entwickelten selbstregulatorischen Kompetenzen demnach mit einer niedrigen Anfangs- und einer hohen Endstabilität verbunden, während es bei einfachen Abwehrformen umgekehrt ist (vgl. Kuhl, 2002, S.30) Diese Annahme wird auch daher begründet, dass die Probanden im Training lernen, ihre Affekte wahrzunehmen; allerdings geschieht dies nicht innerhalb kürzester Zeit, sondern wird über das Training hinaus von den Probanden weiter geübt. Erst wenn sich die Affektregulationskompetenz durch genügend Übung „normalisiert“ hat, ist eine signifikante Veränderung im Bereich der Essstörung zu erwarten. Wie dem Theorie teil zu entnehmen ist, wird in dieser Arbeit davon ausgegangen, dass die Essstörung als Symptom der mangelnden oder fehlenden Affektregulationskompetenz verstanden werden kann. Demnach muss zuerst diese primäre Störung behoben werden, bevor im Bereich der Essstörung aufgrund des Trainings eine signifikante Verbesserung zu verzeichnen ist. Wie in Kapitel 9.2.4 gesehen werden konnte sind der Haupteffekt Zeit und der gepaarte T-Test nach Gruppe bei allen Skalen hoch signifikant, was darauf hinweist, dass die Behandlung und Veränderung des Essverhalten bei allen Probanden stattgefunden hat. Diese Behandlung hat vornehmlich durch die Psychiatrische Poliklinik Zürich stattgefunden.

Allerdings wurde in Kapitel 9.2.3 zu jedem Einzelitem eine Varianzanalyse gemacht, die bei drei Items hoch signifikante Werte ergab. Diese drei Items sollen in ihrem Wortlaut folgend aufgelistet und im Hinblick auf das ZRM-ED-Training diskutiert werden:

**Ede\_18:** Bei wie vielen dieser Episoden, bei denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über ihr Essen verloren zu haben?

Dieses Item steht im Zusammenhang mit der Handlungskontrolle der Probanden, genauer gesagt mit der Handlungskontrolle nach Misserfolg. Wie in Kapitel 9.2.1 gesehen werden konnte, ist diese bei Probanden der Treatmentgruppe höher als bei den Probanden der Kontrollgruppe. Bei diesem Item wird der Zusammenhang zwischen dem Training, der Handlungskontrolle und dem Essverhalten der Probanden gut erkennbar. ZRM-ED überführt Verhalten in Handlung, wechselt also von der Aussensteuerung zur Innensteuerung. Dieses Erlangen der Kontrolle führt zu einem anderen Umgang mit Gefühlen und Problemen. Das Erlernen der Regulation von Gefühlen durch kognitive Prozesse ermöglicht den Probanden der Treatmentgruppe einen neuen Umgang mit unangenehmen, stressigen Emotionen.

**Ede\_35:** Wie unwohl haben sie sich (während der letzten vier Wochen; Anm. d. Autorin) gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben; z.B. im Spiegel, in reflektierenden Schaufensterscheiben, beim Ausziehen, Baden oder Duschen?

**Ede\_36:** Wie unwohl haben Sie sich (während der letzten vier Wochen; Anm. d. Autorin) gefühlt, wenn andere Ihren Körper gesehen haben; z.B. in Gemeinschaftsumkleideräumen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung?

Da Item Ede\_35 und Ede\_36 in ihrer Thematik sehr ähnlich sind, werden diese im Hinblick auf das Training gemeinsam besprochen. Das ZRM-ED stellt den Bezug zum eigenen Körper wieder her und verbessert die Interozeptionsfähigkeit, die die Entdeckung und gezielte Aktivierung eigener Ressourcen ermöglicht. Bei diesen beiden Items wird der verbesserte Bezug zum eigenen Körper durch das Training deutlich. Dieser Bezug hat einen Einfluss auf den Selbstwert und die Selbstsicherheit des Probanden und wirkt somit auch auf seine Selbstwahrnehmung. Dieser Einfluss wurde in Kapitel 8.4.2 als Mediatorenwirkung beschrieben, welche auf Grund der zu kleinen Stichprobe allerdings nicht genauer, d.h. anhand einer Regressionsanalyse untersucht werden konnte. Eine andere Erklärung der positiven Ergebnisse bei diesen Items ist, dass das ZRM-ED einen neuen Umgang mit unangenehmen, stressigen Emotionen ermöglicht. Wie in Kapitel 6.2.1 gesehen werden konnte, hat das Training einen entscheidenden Einfluss auf die Bewertung einer Situation hinsichtlich ihres Stresspotentials. Die Toleranzgrenze für Stress wird durch das Training hinaufgesetzt, die Verringerung von Stress wirkt sich wiederum positiv auf die Affektregulationskompetenz aus.

## 10.2 Beantwortung der Fragestellungen

In dieser Studie sollte geprüft werden, ob sich das ZRM-ED-Training positiv auf die Affektregulationskompetenz der Probanden auswirkt. Die hierzu gestellte Fragestellung lautete:

**Fragestellung 1:**

Erhöht das ZRM-ED-Training die Affektregulationskompetenz von Menschen mit Essstörungen?

Die Affektregulationskompetenz lässt sich bei der vorliegenden Untersuchung am besten durch die Ergebnisse der Auswertungen zum Hakemp 90 und TAS-26 diskutieren. Wie die Ergebnisse gezeigt haben, bewirkt das ZRM-ED eine Verbesserung der Affektregulationskompetenz durch die Verbesserung der allgemeinen Handlungskontrolle, der Handlungsorientierung nach Misserfolg und der Alexithymiewerte der Probanden der Treatmentgruppe. Hinzu kommen die positiven Ergebnisse zur Veränderung im Erleben und Verhalten, welche zusätzlich die erhöhte Affektregulationskompetenz der Probanden bestärken. Fragestellung 1 kann somit positiv beantwortet werden: Das ZRM-ED-Training erhöht die Affektregulationskompetenz von Menschen mit Essstörungen.

In der vorliegenden Studie zur Trainingswirksamkeit des ZRM-ED wurde im Zusammenhang mit dem Essverhalten der Probanden folgende zweite Fragestellung gestellt:

**Fragestellung 2:**

Beeinflusst das ZRM-ED-Training das Essverhalten von Menschen mit Essstörungen?

Mit dieser Wirksamkeitsstudie wird die Möglichkeit untersucht, eine Basisstörung des Formenkreises der Essstörungen zu verbessern. Daher ist nicht nur die erhöhte Affektregulationskompetenz von Interesse, sondern auch deren Mediatorenwirkung auf das Essverhalten der Probanden. Die Ergebnisse zur Skala des gezügelten Essstils und fünf Einzelitems bestätigen einen positiven Einfluss auf das Essverhalten. Das auf den übrigen Skalen keine nachweisbare Veränderung stattgefunden hat wird folgendermassen erklärt: Der entscheidende Punkt ist hierbei die Kürze der Erhebungsspanne von sechs Monaten. Es wird davon ausgegangen, dass der entscheidende Einfluss des ZRM-ED bei der Erhöhung der Affektregulationskompetenz liegt. Dieser Einfluss konnte in der vorliegenden Studie bestätigt werden. Selbstregulatorische Kompetenzen sind allerdings mit einer niedrigen Anfangs- und einer hohen Endstabilität verbunden. Es wird davon ausgegangen, dass die erlernten Kompetenzen erst dann einen entscheidenden Einfluss auf das Essverhalten haben, wenn sie sich stabilisiert haben. In den Ergebnissen konnte wie erwähnt gezeigt werden, dass das Training auf der Skala zum gezügelten Essstil ein Einfluss und bei fünf Einzelitems einen hohen Einfluss auf das Essverhalten hat. Dieses Ergebnis wird als Bestätigung der obigen Erklärung angesehen. Ein weiterer wichtiger Punkt betrifft die Grösse der Stichprobe, die mit insgesamt 17 Probanden als sehr klein einzustufen ist. Es wird davon ausgegangen, dass bei einer grösseren Stichprobe die Ergebnisse stärker ausfallen. Ein weiterer Punkt ist die auf die Essstörung ausgerichtete Behandlung der Psychiatrischen Poliklinik Zürich. Der Stationsaufenthalt der Probanden war vergleichbar. Allerdings lag der Austritt aus der Klinik bei der Kontrollgruppe zum

dritten Erhebungszeitpunkt länger zurück als bei der Treatmentgruppe (siehe Stationsaufenthalt im Anhang). Dies hängt mit dem gewählten Studien-Design der Studie zusammen (vgl. Kapitel 8.2). In diesem Zusammenhang könnte vermutet werden, dass die positiveren Ergebnisse der Treatmentgruppe mit dem Zeitpunkt des Klinikaustritts zusammenhängen, dass also das „Nachwirken“ der Behandlung der Psychiatrischen Polyklinik Zürich bei dieser Gruppe durch die kürzere Zeitspanne zum dritten Erhebungszeitpunkt den positiven Einfluss auf das Essverhalten ausmacht. Ein solcher Einwand ist nicht unberechtigt, wird allerdings durch folgende zwei Punkte zurückgewiesen: Erstens ist der Zusammenhang der Skala zum gezügelten Essstil und den fünf Einzelitems mit der Affektregulationskompetenz (Handlungskontrolle, Alexithymie) zu nennen. Wie in der Diskussion zum Essverhalten (Kapitel 10.1.3) gesehen werden konnte, stehen die fünf Einzelitems, welche hoch signifikante Ergebnisse aufzeigen, in direktem Zusammenhang mit der Affektregulationskompetenz. Zweitens fand vor dem dritten Erhebungszeitpunkt für alle Probanden die zweite Follow-up Sitzung statt, welche als „Refresher“ angesehen werden kann. Mit „Refresher“ ist gemeint, dass durch die Sitzungen, welche in Räumen der Psychiatrischen Poliklinik der Universität Zürich durchgeführt wurden, bei den Probanden ein Erinnerungseffekt bezüglich der Klinik, ihrer Krankheit und der Behandlung stattfand.

### **10.3 Diskussion zum methodischen Vorgehen**

In diesem Kapitel soll das bei der vorliegenden Arbeit gewählte methodische Vorgehen diskutiert werden. Die wesentlichen Diskussionspunkte sind die Stichprobe, die Untersuchungsinstrumente und die interne Evaluation. Dabei ist immer von Bedeutung, dass sich der Leser bewusst ist, dass es sich bei der vorliegenden Studie um eine Pilotstudie handelt, die einer randomisierten kontrollierten Studie mit entsprechender Stichprobengrösse vorgeschaltet wurde. Bevor eine solche Studie in Angriff genommen werden kann, musste erstmals in einer kleineren Pilotstudie erforscht werden, ob das ZRM-ED überhaupt einen Einfluss auf die Affektregulation und das Essverhalten hat. Wie in der Diskussion zu den Wirksamkeitshypothesen gesehen werden konnte, ist dies der Fall und einer Studie mit einer ordentlichen Stichprobengrösse steht soweit nichts entgegen.

#### **10.3.1 Stichprobe**

Die Stichprobengrösse ist mit 17 Probanden (Kontroll: 10; Treatment: 7) sehr klein. Ursprünglich nahmen 21 Probanden (Kontroll:12; Treatment:9) an der Studie teil, durch fehlende oder ungenügend ausgefüllte Fragebögen mussten allerdings vier Probanden aussortiert werden. Die Grösse der Stichprobe und die Tatsache, dass es sich um eine Pilotstudie handelt, rechtfertigen, weshalb in Kapitel 9 auch auf Ergebnisse genauer eingegangen wurde, die tendenziell signifikant sind ( $.05 \leq p \leq .1$ ). Es wird davon ausgegangen, dass diese Ergebnisse bei einer grösseren Stichprobe signifikant wären. Aufgrund der kleinen Stichprobengrösse konnte auch der Fragebogen SSI-K3 nicht

quantitativ ausgewertet werden, da dieser eine Zuweisung in unterschiedliche Gruppen verlangt. Für weiterführende oder ähnliche Studien wird darauf hingewiesen der Rekrutierung von Probanden mehr Zeit einzuräumen. Im Bereich der Essstörungen gestaltet sich die Stichprobengewinnung als äusserst schwierig. Dies hat verschiedene Gründe: Einerseits werden Essstörungen sowohl von den Betroffenen als auch von ihrem Umfeld grösstenteils ignoriert. Menschen mit Essstörungen verneinen meist, dass sie ein Problem haben. Bestärkt wird dieses Phänomen durch das Verhalten der Umwelt in den ersten Anfängen einer Essstörung. Nimmt ein Mensch ein paar Kilo ab, so bekommt er meist von seiner Umwelt durchwegs positives Feedback wie „Toll siehst du aus, steht dir gut die paar Kilo weniger!“ oder „Wie hast du denn das geschafft, du musst mir unbedingt das Rezept deines Erfolges verraten!“. Zusätzlich zu solchen Reaktionen kommen der Einfluss und das Vorbild der Massenmedien, welche den Menschen bestimmte Normen für Attraktivität, Erfolg und Schönheit vorgeben. Auf solche „positive“ Reaktionen der Umwelt sprechen, wie in der Theorie erklärt wurde, vornehmlich Personen an, die unter einem hohen Perfektionismus und einem geringen Selbstwert leiden. In Kapitel 4.4.1 wurde der Perfektionismus als ein Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen genannt, welcher die Rigidität und den Durchhaltewillen der Betroffenen erklären kann. Der Hang zum Perfektionismus wird durch die Detailorientiertheit vieler Patienten verstärkt. Diese Detailorientiertheit, der geringe Selbstwert der Betroffenen und die Verhinderung des Feedbacks des Extensionsgedächtnisses der Zielerreichung durch den negativen Affekts verstärken das Beharren auf die neue positive Erfahrung. Hinzu kommt, dass solche Menschen Probleme in der Herstellung von sozialen Beziehungen haben. Genannte Reaktionen sprechen die Beziehungsbedürfnisse der Betroffenen an und bestärken wiederum das erwähnte Verhalten. In Kapitel 4.4.5 wurde hierzu noch die gesteigerte Fremdsteuerbarkeit der Betroffenen erwähnt, welche die Reaktionen der Umwelt als eine Aufforderung zum Weitermachen interpretieren kann. Dieser theoretische Rückblick soll die Einstellung der Betroffenen zu ihrer Krankheit verdeutlichen. Für sie ist die Essstörung kein Problem, sondern eine positive Erfahrung, eine Erfahrung positiver Affekte. Folglich kann behauptet werden, dass das weitere strenge Diät halten oder sonstige Versuche das Gewicht zu reduzieren, daher kommen können, dass die Person immer wieder die Erfahrung positiver Affekte machen will. Durch fehlende Selbstwahrnehmung, mangelnde Affektregulation und Detailorientiertheit sehen die Betroffenen nicht, dass sie „über ihr Ziel hinausgeschossen sind“, dass ihr Verhalten keine bzw. negative Affekte erzeugt. Eine Auseinandersetzung des Umfelds mit dem „Problem“ der Essstörung findet eigentlich erst dann statt, wenn nicht mehr weggeschaut werden kann, d.h. wenn die Essstörung soweit fortgeschritten ist, dass sie zu einer Gefahr für Leib und Leben wird. Zu diesem Zeitpunkt müssen die Betroffenen meist in eine Klinik eingewiesen werden, wo oft eine so genannte „Zwangsernährung“ angeordnet wird. Patienten, die sich in diesem physischen und psychischen Stadium befinden, können vorerst nicht an einem Training wie das ZRM-ED oder einer ähnlichen Behandlung teilnehmen.



Zusammengefasst kann gesagt werden, dass die Rekrutierung von Probanden dadurch erschwert wird, dass 1. die Umwelt und die Betroffenen die Essstörung solange ignoriert, bis dies nicht mehr möglich ist, 2. die Betroffenen ihre Essstörung meist positiv beurteilen und dadurch nicht das Bedürfnis nach einer Veränderung oder Behandlung haben und 3. Patienten einer Klinik in ihrem Krankheitsverlauf meist schon sehr weit fortgeschritten sind, geschweige denn soweit, dass das Teilnehmen am Training psychisch und physisch vorerst nicht möglich ist. An diesem Punkt muss allerdings betont werden, dass die Rekrutierung von Probanden durch die Zusammenarbeit mit einer Klinik generell gut funktioniert, da hier die Möglichkeit besteht das Training als ein Bestandteil der Behandlung anzubieten und die Teilnahme dadurch obligatorisch zu machen. Wie jedoch in Kapitel 6.2.2 gesagt wurde, ist die Behandlung von Essstörungen durch das ZRM-ED vor allem in einem frühen Stadium der Krankheit sinnvoll. In dem genannten Kapitel wurde das ZRM-ED als Bestandteil eines Stepped-care-Modells vorgeschlagen. In der Behandlung von Essstörung nach diesem Modell sollte das Training auf Stufe 1 der Behandlung stehen: einerseits als Voraussetzung für jede weitere Therapie und andererseits für die Steigerung der Therapiemotivation durch das Herbeiführen von Handlungsorientierung. Eine interessante weiterführende Frage ist hierbei, wie das ZRM-ED zu einem möglichst frühen Zeitpunkt der Krankheit an die Betroffenen herangetragen werden kann. Dieser Frage wird allerdings in der hier vorliegenden Arbeit nicht näher nachgegangen. Eine erste vorsichtige Auseinandersetzung mit dieser Frage fand in der genannten Seminararbeit von Fischer et al. (2006, S.33ff.) statt.

### 10.3.2 Erhebungsinstrumente

Die Erhebungsinstrumente, welche in dieser Wirksamkeitsstudie eingesetzt und ausgewertet wurden, haben sich gut bewährt und scheinen das zu messen, was gemessen werden sollte. Das Ausfüllen der Fragebögen wurde von den Probanden unter Abwesenheit einer Aufsichtsperson gemacht. Zum dritten Erhebungszeitpunkt wurden die Fragebögen per Post an die Probanden versandt. Zu diesem Zeitpunkt waren alle Probanden aus der Klinik entlassen (siehe Anhang, Kapitel 13.3). Aufgrund der mehrheitlich korrekt ausgefüllten Fragebögen und keinerlei Bemerkungen in den Fragebögen bzw. keinerlei Nachfragen bei der Studienleitung, wird davon ausgegangen, dass die Fragebögen gut verständlich sind. Die gute Verständlichkeit spiegelt sich indirekt in den Ergebnissen wieder.

Aus dem Theorieteil zu den affektiven Entwicklungsbedingungen (Kapitel 4.2.2) geht hervor, dass bei Menschen mit Essstörungen Lageorientierung überdurchschnittlich häufig auftritt, da diese als krankheitsübergreifendes Merkmal bei Patienten mit Depressionen, Zwangs-, Angst- und Essstörungen bezeichnet werden kann. Die Ergebnisse dieser Studie stützen diese Aussage: Zum ersten Erhebungszeitpunkt waren 76.5% der Probanden lageorientiert. In der Gesamtbevölkerung ist Lageorientierung jedoch durchschnittlich nur bei 50% der Menschen vorhanden.

Bei der Alexithymie bestätigen die Ergebnisse der vorliegenden Studie wissenschaftliche Untersuchungen zum Zusammenhang von Alexithymie und Essstörung: Im Theorieteil (Kapitel 4.3.2) wurde beschrieben, dass zwischen 48 und 77% der Menschen mit Anorexia nervosa alexithym sind und dass zwischen 40 und 60% der Menschen mit Bulimia nervosa alexithym sind. Die untersuchte Stichprobe setzt sich aus 13 anorektischen und vier bulimischen Probanden zusammen. Zum ersten Erhebungszeitpunkt sind auf der Gesamtskala „Alexithymie“ 82.35%, auf der Skala „Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen“ 70.6% aller Probanden alexithym. Die Alexithymie trat also zum ersten Erhebungszeitpunkt bei der untersuchten Stichprobe vergleichsweise gleich häufig wie bei anderen Untersuchungen zu diesem Thema. In diesem Bereich sind die gemessenen Ergebnisse als sehr gut einzustufen. Auch die Verbesserung des Essverhaltens auf der Skala zum gezügelten Essstil und einiger Einzelitems zeigt auf, dass gemessen wurde, was gemessen werden sollte: Damit ist der Zusammenhang der Affektregulationskompetenz mit dem Essverhalten gemeint. Das Instrument zu Messung der Veränderung im Erleben und Verhalten zeigte eindrücklich, dass aufgrund des Trainings sogenannte innerpsychische Prozesse stattgefunden haben, welche nach Aussen teilweise nicht immer erkennbar waren.

### 10.3.3 Interne Evaluation

Bei der vorliegenden Studie handelt es sich um eine interne Evaluation. Damit ist gemeint, dass die Evaluatorin auch das Interventionsprogramm (ZRM-ED) mitentwickelte und es gemeinsam mit zwei weiteren Trainerinnen durchführte. Bei dieser Art der Evaluation kann bemängelt werden, dass die Gefahr besteht, die eigenen Massnahmen als positiver auszuwerten, als es den eigentlichen Fakten entspricht (vgl. Priemuth, 2002, S. 5). Da bei der vorliegenden Studie die Wirksamkeitsmessung des ZRM-ED hinsichtlich der Verbesserung der Affektregulationskompetenz im Vordergrund stand, wurde bei deren Überprüfung strikt nach Versuchsplan vorgegangen, der in Zusammenarbeit mit Dr. Storch (Pädagogisches Institut Universität Zürich und Mitbegründerin des ZRM) und PD Dr. Milos (Psychiatrische Poliklinik Zürich) ausgearbeitet wurde. Es kann davon ausgegangen werden, dass dieselben Ergebnisse bei einer externen Evaluation resultiert wären. Selbstverständlich kann und sollte eine solche zu einem späteren Zeitpunkt durchgeführt werden. Diese Pilotstudie wurde aus Gründen der Abklärung der Wirksamkeit des ZRM-ED gemacht, um weitere Forschung in diese Richtung zu betreiben. Ihr weiterführender Charakter bestärkt die Bemühung der Evaluatorin, die Massnahmen möglichst objektiv auszuwerten, jedoch auch auf Trends und etwaige Resultate hinzuweisen, die bei einer grösseren Studie hätten herauskommen können.

## 11. Ausblick

Zu Beginn dieser Arbeit wurde das Thema der Essstörungen im Allgemeinen und in Bezug auf Fairburn und seine Cognitive Behaviour Theory erläutert. Für den weiteren Verlauf waren besonders die Kernpsychopathologie, Aufrechterhaltungsprozesse und die Transdiagnostische Perspektive von Bedeutung. Im darauffolgenden Kapitel wurde die Persönlichkeits-System-Theorie nach Kuhl vorgestellt. Hierbei waren für das Verständnis der Affektregulationskompetenz die Affektmodulation und die Persönlichkeitsentwicklung besonders wichtig. Das nächste Kapitel erklärte die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen unter einer transdiagnostischen Perspektive in Bezug auf die Affektregulationskompetenz. In Kapitel 6 wurde das ZRM-ED-Training vorgestellt, welches eine Weiterentwicklung des Zürcher Ressourcen Modells (ZRM) darstellt. Diese Weiterentwicklung richtete sich besonders auf die Affektregulationskompetenz, welche nach der vorgestellten Theorie den Kern von Essstörungen ausmacht. Das ZRM-ED ist in der Lage auf die spezifischen Schwierigkeiten bei der Behandlung von Menschen mit Essstörungen einzugehen und so die Affektregulationskompetenz, welche bei diesen Menschen nur mangelhaft oder auch gar nicht vorhanden ist, zu verbessern bzw. herzustellen.

Das Ziel der vorliegenden Arbeit war die Überprüfung der Wirksamkeit des ZRM-ED bezüglich der Verbesserung der Affektregulation von Menschen mit Essstörungen. Dabei handelt es sich bei der vorgestellten Studie um eine Pilotstudie. Die Ergebnisse zeigen eine klare Verbesserung bezüglich der Affektregulationskompetenz, welche durch die Handlungskontrolle und die Alexithymiewerte der Probanden gemessen wurde. Bei der Handlungskontrolle und der Handlungsorientierung nach Misserfolg lagen die Ergebnisse im Trendwertbereich, was einen Effekt des Trainings nachweist. Bei der Handlungsorientierung bei Handlungsplanung konnte allerdings keine Wirksamkeit des Trainings nachgewiesen werden. Zwei von drei Hypothesen zur Handlungskontrolle konnten angenommen werden. Bei der Alexithymie fand eine Verbesserung der Werte auf der Gesamtskala statt, während auf der Skala zu Schwierigkeiten bei der Identifikation von Gefühlen hoch signifikante Ergebnisse zu verzeichnen sind. Die Ergebnisse zur Skala zu Schwierigkeiten bei der Beschreibung von Gefühlen wies allerdings keine Trainingswirksamkeit nach. Zwei von drei Hypothesen zur Alexithymie konnten angenommen werden. Der erste Einfluss dieser verbesserten Affektregulation wurde bei den Untersuchungen zum Essverhalten der Probanden ersichtlich. Hierbei wies eine von fünf Skalen Ergebnisse im Trendwertbereich auf. Bei der genaueren Untersuchung dieser Skala und aller Items anhand einer Einzelitemanalyse wurde ersichtlich, dass sich diejenigen Items verbesserten, welche einen direkten Bezug zur Affektregulationskompetenz haben. Die Wirkung des Trainings auf die Affektregulationskompetenz äusserte sich bei diesem Erhebungsinstrument in einer Verbesserung derjenigen Items, die in direktem Zusammenhang mit der Handlungskontrolle und der Alexithymie, also der Affektregulationskompetenz stehen. Vier Items zeigten eine hoch signifikante und ein Item eine Wirksamkeit des ZRM-ED

auf das Essverhalten. Hinzu kam eine sehr hohe positive Veränderung im Erleben und Verhalten der Probanden.

### **11.1 Der Gewinn dieser Arbeit**

Wie zu Beginn des letzten Kapitel bereits aufgezeigt wurde, handelt es sich bei der vorliegenden Arbeit um eine Pilotstudie, um vorest in einem nicht allzu aufwändigen Setting überprüfen zu können, ob das ZRM-ED überhaupt einen Einfluss auf die Affektregulationskompetenz und das Essverhalten haben kann. Die Evaluation der Ergebnisse ergab, dass die Wirksamkeit des ZRM-ED nachgewiesen werden konnte. In diesem Ergebnis liegt der bedeutende Gewinn dieser Arbeit. Diese Arbeit ermöglicht weitere Studien und Forschungen im Gebiet der Essstörungen im Zusammenhang mit dem ZRM-ED. Einer randomisierten kontrollierten Studie mit ordentlicher Stichprobengröße steht somit nichts entgegen.

Durch diese Pilotstudie konnte ein klarer Nachweis bezüglich der Trainierbarkeit der Affektregulationskompetenz von Menschen mit Essstörungen erbracht werden. Unter Vorbehalt der kleinen Stichprobe ist der Einfluss der Affektregulationskompetenz auf das Essverhalten als erwiesen zu betrachten. Dieser Zusammenhang zwischen Affektregulationskompetenz und Essverhalten und die gute Trainierbarkeit von Menschen mit Essstörungen bezüglich ihrer Affektregulationskompetenz bestätigt die in dieser Arbeit entwickelte Theorie zur Entwicklung und Aufrechterhaltung von Essstörungen. Somit liegt der Hauptgewinn dieser Arbeit in der Entwicklung einer Theorie zur Entwicklung von Essstörungen, welche in dieser Studie bestätigt wurde. Diese Theorie ist ein neuer Ansatz im Umgang und in der Behandlung von Menschen mit Essstörungen. Der Schwerpunkt bisheriger Theorien und Behandlungen liegt einfach gesagt vorwiegend im Bereich der Wahrnehmung des eigenen Körpers und der Unzufriedenheit mit selbigem. Die in dieser Arbeit entwickelte Theorie gibt einen neuen Einblick in die Entstehung von Essstörungen und zeigt gleichzeitig eine Behandlung auf, deren Wirksamkeit in der vorliegenden Studie nachgewiesen werden konnte.

Ein weiterer Gewinn dieser Arbeit besteht in der Bestätigung vorangegangener Studien zum Zusammenhang von Essstörungen und Alexithymie und/oder Handlungskontrolle. Die vorliegende Pilotstudie konnte in diesen Bereichen ähnliche Zusammenhänge nachweisen. Auch dieser Punkt bestärkt die Richtigkeit der entwickelten Theorie, welche zusätzlich zu diesen Zusammenhängen eine Erklärung für diese gibt. Als Kernpsychopathologie von Essstörungen wird in dieser Arbeit die fehlende bzw. mangelnde Affektregulationskompetenz angesehen. Diese Betrachtung kann die Entwicklung von Essstörungen und deren Zusammenhang mit beispielsweise Perfektionismus, Überbewertung von Körperform und -gewicht, geringer Selbstwert, soziale Schwierigkeiten und/oder Gefühlsintoleranz erklären (siehe Kapitel 4.4). In Bezug auf entwicklungspsychologische Determinanten (siehe Kapitel 4.2) erklärt die vorgestellte Theorie, welche Prädiktoren die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen begünstigen und aus welcher Konstellation von Persönlichkeit und

Erfahrungen eine Essstörung entstehen kann. Die bisherigen Theorien zu Essstörungen greifen nach dem Verständnis der Autorin für eine vergleichbare Erklärung zu kurz.

Ein weiterer Gewinn dieser Arbeit liegt darin, dass sie als Pilotstudie für eine randomisierte kontrollierte Studie bereits Einblick in allfällige Probleme erhielt, welche in einer solchen Studie mit Menschen mit Essstörungen auftreten können. Auf diesen Punkt wird im nächsten Kapitel genauer eingegangen.

## **11.2 Weiterer Forschungsbedarf**

Wie in Kapitel 8.2 dargelegt wurde, stellt die vorliegende Studie den ersten Teil einer „delayed-treatment control-group-design“-Studie dar. Dies bedeutet, dass die vorliegende Studie eine erste Prä-Postmessung beinhaltet. Im Januar 2008 wird dann die vierte Datenerhebung durchgeführt, welche die Werte der beiden Gruppen 17 Monate nach der ersten Erhebung misst. Dieser Erhebung folgt das ZRM-ED-Training der Kontrollgruppe. Nach diesem Design könnte weiterverfahren werden, indem zur Erhebung im Januar 2008 eine nächste Kontrollgruppe rekrutiert wird. Allerdings lag das Ziel dieser Arbeit darin, die Wirksamkeit des ZRM-ED nachzuweisen, um den Weg für eine randomisierte kontrollierte Studie mit ordentlicher Stichprobengrösse zu rechtfertigen und etwaigen Aufwand möglichst klein zu halten. Die Trainingswirksamkeit wurde nachgewiesen und somit besteht der weitere Forschungsbedarf in der Durchführung einer ordentlichen randomisierten kontrollierten Studie. Allerdings muss hierbei unbedingt beachtet werden, dass die Stichprobengrösse den Ansprüchen einer Regressionsanalyse entspricht, da nur eine Regressionsanalyse in der Lage ist, die Mediatorenwirkung des Training auf das Essverhalten vollends zu erklären.

Weiterer Forschungsbedarf könnte auch durch eine (zusätzliche) qualitative Auswertung geschehen, da die Probanden der Treatmentgruppe bezüglich des ZRM-ED im Verlauf des Trainings und bei den beiden Follow-up Sitzungen sehr interessante Feedbacks erbrachten.

Im folgenden sollen Schwierigkeiten und Probleme vorgestellt werden, die sich bei der hier vorgestellten Studie ergeben haben. Bei einer nächsten grösseren Studie sollte diesen Punkten Beachtung geschenkt werden. In einem letzten Kapitel wird auf Möglichkeiten der Weiterentwicklung des ZRM-ED eingegangen.

### **11.2.1 Schwierigkeiten und Probleme der Studie**

In Kapitel 10.3.1 wurde bereits das Problem der Stichprobengrösse erläutert. Allerdings ist diesem Problem durch Erhöhung der Stichprobengrösse bei der Rekrutierung relativ leicht beizukommen. Schwierigkeiten können allerdings bei der Rekrutierung selbst auftreten, da die Einstellung von Menschen mit Essstörungen diese insofern beeinflusst, dass sie erst zu einem relativ späten Zeitpunkt ihrer Krankheit zu einer Behandlung bereit sind. Die Zusammenarbeit mit einer Klinik erhöht allerdings die Möglichkeit, genügend Probanden für eine grössere Wirksamkeitsstudie rekrutieren zu können. Es hat sich von Vorteil erwiesen, die Probanden persönlich über die Teilnahme und das Ziel der Studie aufzuklären. Dadurch kann ein erster Kontakt der Trainer zu den Probanden

hergestellt werden, welcher die Bereitswilligkeit zur Teilnahme am Training erhöht und den Probanden die „Angst“ vor einer weiteren Behandlung nehmen kann. Bei diesem ersten Kennenlernen ist es wichtig, dass den Probanden erklärt wird, dass „ihre Essstörung“ kein Thema des Trainings sein wird. Wie in persönlichen Gesprächen mit Probanden der Treatmentgruppe herauskam, empfanden diese es als wohltuend, auch einmal nicht über ihre Essstörung sprechen zu müssen (jedoch zu dürfen, wenn sie das Bedürfnis haben). Denn dieses „müssen“ ist oft Teil von anderen Behandlungen, welche sie während ihres Klinikaufenthalts machen. In Kapitel 10.3 wurde weiterhin darauf hingewiesen, dass die Behandlung von Essstörungen durch das ZRM-ED vor allem in einem frühen Stadium der Krankheit sinnvoll sei. Nach dem Stepped-care Modell wurde das ZRM-ED auf Stufe 1 einer Behandlung verortet. Bevor allerdings diesem Ziel nachgegangen werden kann, scheint es sinnvoll, die in dieser Studie herausgekommenen Ergebnisse im Rahmen einer grösseren randomisierten kontrollierten Wirksamkeitsstudie zu überprüfen und zu bestätigen. Erst zu diesem Zeitpunkt sieht die Autorin die Möglichkeit das ZRM-ED im Bereich der Essstörungen breitfächerig anbieten zu können.

Beim Training selbst ist die spezifische Schwierigkeit zu nennen, dass die Teilnehmenden zu Beginn des Training sehr passiv bzw. teilweise auch sehr lustlos sind. Dieser Punkt kann durch ihre hohe Alexithymie erklärt werden. In Kapitel 4.3.2 wird dieses Phänomen als „relation blanche“ bezeichnet, welches erklärt, dass die Patienten im Therapeuten ein Gefühl von Unzufriedenheit, von Leere und Langeweile hinterlassen. Ist sich der Therapeut bzw. der Trainer dieses Phänomens nicht bewusst, so besteht die Gefahr, dass dieser die Behandlung bzw. das Training negativ beeinflusst. Hier sind die Persönlichkeit und der Durchhaltewillen des Trainers gefragt. Aus persönlicher Erfahrung im Training ist zu empfehlen, die Passivität und Lustlosigkeit der Teilnehmenden vorerst zu ignorieren und dafür umso aktiver zu sein. Die gute Stimmung des Trainers ist als Schutz zu verstehen, welche dazu dient, dass dieser sich nicht verunsichern lässt. Spätestens bei der Arbeit mit den Bildern (siehe Kapitel 6.1.1) sind die Teilnehmenden durch das Training soweit motiviert, dass ihre Passivität und Lustlosigkeit nur noch vereinzelt auftritt.

Das Wegfallen der vier von insgesamt 21 Fragebögen kann eventuell dadurch verbessert werden, dass das Ausfüllen in einem kontrollierten Rahmen stattfindet, welcher direktes Rückfragen bezüglich der Fragebögen ermöglicht. Zu den Zeitpunkten der Erhebungen hat es sich ein persönlicher Kontakt zu beiden Gruppen von Vorteil erwiesen. Damit ist gemeint, dass vor jeder Erhebung die Probanden via Telefon, E-mail oder SMS auf diese hingewiesen wurden. Ein Nachfragen nach der Erhebung auf diesem Wege verbesserte den Rücklauf, da viele Probanden sich bedankten und erwähnten, dass sie das Ausfüllen des Fragebogens ansonsten vergessen hätten. Ein solches persönliches Nachfragen spricht die Probanden in ihrem Perfektionismus und ihrem Bemühen an, es allen recht zu machen. Dieses Persönlichkeitsmerkmal ist für Erhebungen günstig und sollte auf dem beschriebenen Wege genützt werden.

### 11.2.2 Möglichkeiten der Weiterentwicklung des ZRM-ED

Im ZRM-ED Training haben die Teilnehmenden erstens gelernt ihre Gefühle wahrzunehmen und zweitens diese zu regulieren. Diese Verbesserung der Affektregulationskompetenz hatte zur Folge, dass die Handlungskontrolle erhöht und die Alexithymiewerte verringert wurden. Wie aufgrund der Ergebnisse der varianzanalytischen Hypothesentestung vermutet wird, beeinflusst die gewonnene Affektregulationskompetenz das Essverhalten der Teilnehmenden positiv, wobei davon ausgegangen wird, dass dieser Einfluss zu einem späteren Erhebungszeitpunkt noch grösser sein wird. Zu diesem Zeitpunkt der Untersuchungen zum ZRM-ED wird davon ausgegangen, dass dieses nicht weiter verändert oder verbessert werden muss, da während dem Training keine Schwierigkeiten auftraten und die Ergebnisse der vorliegenden Studie als sehr gut zu bewerten sind. Um allerdings den effektiven Einfluss des Trainings auf das Essverhalten untersuchen zu können, müssen die Mediatorenthesen in Regressionsanalysen getestet werden, was allerdings eine grössere Stichprobe voraussetzt. Erst wenn die erwähnten Untersuchungen vorliegen, sind allfällige Weiterentwicklungen des ZRM-ED sinnvoll.

## Dank

Eine Studie zur Messung der Trainingswirksamkeit bedingt, dass Probanden für die Studie gewonnen werden können. An dieser Stelle möchte ich mich bei den 21 Probanden bedanken. Ohne die Zusammenarbeit mit der Psychiatrischen Polyklinik Zürich, welche das Training mit ihren Patienten, wäre die vorliegende Studie nicht zustande gekommen. Hierfür möchte ich mich bei allen Mitarbeitern der Psychiatrischen Polyklinik Zürich, insbesondere bei Frau PD Dr. Gabriella Milos, bedanken. Weiterer Dank gebührt meinen beiden Mittrainerinnen, Karin Fischer und Nina Wiesmann, deren Trainerkompetenz an dieser Stelle ein grosses Lob ausgesprochen werden soll. Denn schliesslich beeinflusst die Qualität des Trainings die Qualität der Ergebnisse, welche in dieser Studie alle Erwartungen übertraf. In statistischen Fragen stand mir PD Dr. Ferdinand Keller der Universitätsklinik Ulm mit Rat und Tat zur Seite, ihm möchte ich vor allem für seine Geduld und seine einleuchtenden Erklärungen danken. Ermöglicht wurde diese Studie Dank der finanziellen Unterstützung des ZRM-Research. Den grössten Dank erhält Frau Dr. Maja Storch für ihre beratende Unterstützung, ihr Wissen, ihre Motivation und ihren Glauben an mich und diese Studie.



## 12. Literaturverzeichnis

- Arnold, W., Eyseneck, H.J., Meili, R. (1980). Lexikon der Psychologie. Herder Verlag. Freiburg im Breisgau.
- Asendorpf, J. (2004). Psychologie der Persönlichkeit. 3., überarb. und aktualisierte Auflage. Springer. Berlin.
- Baron, R., Kenny, D. (1986). The Moderator-Mediator Variable Distinction in Social Psychological Research: Conceptual, Strategic, and Statistical Considerations. *Journal of Personality and Social Psychology*, 51 (1173-1182).
- Blumenstock, S. (2004). Dissoziation, Affekt und Abwehr. Mimisch-affektive Beziehungsregulation und Abwehrmechanismen von hoch- und niedrigdissoziativen Personen. Logos Verlag. Berlin.
- Bourke, M.P., Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M. (1992). Alexithymia in Women with Anorexia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 161 (240-243).
- Bruna, T., Fogtelloo, J. (2005). Drug Treatments. In: Treasure, J., Schmidt, U., von Furth, E. (Hrsg.). *The Essential Handbook of Eating Disorders*. Wiley. England.
- Bucci, W. (2001). Pathways of Emotional Communication. *Psychoanalytic Inquiry*, 21 (40-70).
- Bucci, W. (2002). The referential process, consciousness, and the sense of self. *Psychoanalytic Inquiry*, Volume 22, Number 5 (766-793).
- Bucci, W. (2005). The interplay of subsymbolic and symbolic processes in psychoanalytic treatment. Commentary on paper by Steven H. Knoblauch. *Psychoanalytic Dialogues*, 15; 6 (855-873).
- Bühl, A., Zöfel, P. (2005). SPSS 12. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows. 9. Auflage. Pearson Studium. München.
- Carreti'e, L., Francisco, M., Tapia, M., Hinojosa, J.A. (2000). Emotion, attention, and the 'negativity bias', studied through event-related potentials. *International Journal of Psychophysiology*, 41 (75-85).
- Chinet, L., Bolognini, M., Plancherel, B., Stéphan, P., Halfon, O. (1998). Is alexithymia a typical characteristic of addictive behaviours in adolescents and young adults? *Swiss Journal of Psychology*, 57 (145-152).
- Couturier, J., Lock, J., (2006). What is Recovery in Adolescent Anorexia Nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 39 (550-555).
- Damasio, A.R. (2003). Ich fühle also bin ich. Die Entschlüsselung des Bewusstseins. 4. Auflage. List Verlag. München.
- Eisler, I., le Grange, D., Asen, E. (2005). Family Interventions. In: Treasure, J., Schmidt, U., von Furth, E. (Hrsg.). *The Essential Handbook of Eating Disorders*. Wiley. England.

Experten-Netzwerk (2006). Empfehlungen des Experten-Netzwerks Essstörungen Schweiz: Behandlung von Menschen mit Essstörungen.  
[http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/fachleute/page\\_5.htm](http://www.netzwerk-essstoerungen.ch/d/fachleute/page_5.htm)

Fairburn, C.G., Shafran, R., Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioural theory of anorexia nervosa. *Behaviour Research and Therapy* 37 (1-13).

Fairburn, C.G., Cooper, Z., Shafran, R. (2003). Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a “transdiagnostic” theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41 (509-528).

Fairburn, C.G., Harrison, P.J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361 (407-416).

Fairburn, C.G. (2004). *Ess-Attacken stoppen. Ein Selbsthilfeprogramm.* Hans Huber. Bern.

Fairburn, C.G., Bohn, K. (2005). Eating disorder NOS (EDNOS): an example of the troublesome „not otherwise specified“ (NOS) category in DSM-IV. *Behaviour Research and Therapy* , 43 (691-701).

Farrow, C., Blissett, J. (2006). Maternal Cognitions, Psychopathologic Symptoms, and Infant Temperament as Predictors of Early Infant Feeding: Problems: A Longitudinal Study. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (128-134).

Favaro, A., Tenconi, E., Santonastaso, P. (2006). Perinatal Factors and the Risk of Developing Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Arch Gen Psychiatry*, 63 (82-88).

Fichter MM, Quadflieg N, Hedlund S (2006): Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (87-100).

Fischer, K., Weber, J. & Wiesmann, N. (2006). *Das Zürcher Ressourcen Modell für Jugendliche und Erwachsene mit Essstörungen.* Seminararbeit am Lehrstuhl für Pädagogische Psychologie I, Universität Zürich.  
<http://www.zrm.ch/default.htm?/publikationen.htm>

Forbush, K., Heatherton, T., Keel, P. (2007). Relationships between Perfectionism and Specific Disordered Eating Behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (37-41).

Friedlander, L., Lumley, M.A., Farchione, T., Doyal, G. (1997). Testing the Alexithymia Hypothesis: Physiological and Subjektive Responses During Relaxation and Stress. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185 (233-239).

Fröhlich, S. & Kuhl, J. (2003). Das Selbststeuerungsinventar: Dekomponierung volitionaler Funktionen. In: Stiensmeier-Pelster, J. & Rheinberg, F. (Hrsg.). *Diagnostik von Motivation und Selbstkonzept. Test und Trends, neue Folge; Bd. 2* (221-257). Hogrefe. Göttingen.

Furrer, R. (2002). *Alexithymie. Beziehung zu verwandten Konzepten und Beitrag der Traumavariablen zur Ätiologie von Alexithymie.* Medizinische Dissertation Zürich.

- Gale, C., Holliday, J., Toop, N., Serpell, L., Treasure, J. (2006). The Pros and Cons of Change in Individuals with Eating Disorders: A Broader Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (394-403).
- Goschke, T. (1996). Wille und Kognition. Zur funktionalen Architektur der intentionalen Handlungssteuerung. In: Kuhl, J., Heckhausen, H. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie*. Band 4 (S. 583-663). Hogrefe. Göttingen
- Harland, S., Siegel, W. (1996). *Essstörungen. Erkennen und behandeln*. Midena Verlag. Küttigen/Aarau.
- Hasler, G., Klaghofer, R., Buddeberg, C. (2003). Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER). Testung der deutschen Version der University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA). *Psychother Psych Med*, 53 (406-411).
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. (2006). *Eating Disorder Examination-Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung*. Verlag für Psychotherapie. Münster.
- Holliday, J., Tchanturia, K., Landau, S., Collier, D., Treasure, J. (2005). Is Impaired Set-Shifting an Endophenotype of Anorexia Nervosa? *American Journal of Psychiatry*, 162 (2269-2275).
- Iancu, I., Cohen, E., Yehuda, Y.B., Kotler, M. (2006). Treatment of eating disorders improves eating symptoms but not alexithymia and dissociation proneness. *Comprehensive Psychiatry*, 47 (189-193).
- Irwin, H.J., & Melbin-Helberg, E.B. (1997). Alexithymia and dissociative tendencies. *Journal of Clinical Psychology*, 53 (159-166).
- Jacobi, C., Paul, Th., Thiel, A. (2004). *Essstörungen. Aus der Reihe: Fortschritte der Psychotherapie*, Bd. 24. Hogrefe. Bern.
- Kessler, H., Schwarze, M., Filipic, S., Traue, H.C., von Wietersheim, J. (2006). Alexithymia and Facial Emotion Recognition in Patients with Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 39 (1-7).
- Kuhl, J. (1996). Wille und Freiheitsleben: Formen der Selbststeuerung. In: Kuhl, J., Heckhausen, H. (Hrsg.). *Enzyklopädie der Psychologie*, Bd 4 (583-663). Hogrefe. Göttingen.
- Kuhl, J. (2001a) *Motivation und Persönlichkeit: Interaktionen psychischer Systeme*. Hogrefe. Göttingen.
- Kuhl, J. (2001b). Testgestützte Therapiegestaltung und Evaluation: Soziale Motive, affektiv-kognitive Stile und Selbststeuerungsfunktionen. In: Mauthe, J.-H. (Hrsg.). *Affekt und Kognition* (72-95). Verlag Wissenschaft und Praxis. Sternenfels.
- Kuhl, J. (o.J.c.). Kurzanweisung zum Fragebogen Hakemp 90. Manuskript: Universität Osnabrück.
- Kuhl, J. (2002). Entfremdung als Krankheitsursache: Von der Funktionsanalyse zum Langzeiterfolg prozessdiagnostisch unterstützter Intervention. Universität Osnabrück.

- Kuhl, J. (2006). Individuelle Unterschiede in der Selbststeuerung. In: Heckhausen, J. & Heckhausen, H. (Hrsg.). *Motivation und Handeln*. Dritte, überarbeitete und aktualisierte Auflage. Springer. Heidelberg.
- Kupfer, J., Burkhard, B., Brähler, E. (2000). TAS-26. Toronto-Alexithymie-Skala-26. Deutsche Version. Hogrefe. Göttingen.
- Krystal, H (1988). *Integration and Self-healing: Affect, Trauma, Alexithymia*. Hillsdale, NJ, Analytic.
- Krystal, H. (2001). Trauma und Affekt. Posttraumatische Folgeerscheinungen und ihre Konsequenz für die psychoanalytische Technik. In: Bohleber, W., Drews, S. (Hrsg.). *Die Gegenwart der Psychoanalyse – die Psychoanalyse der Gegenwart (197-207)*. Klett-Cotta. Stuttgart.
- Lang, P. (1995). The emotion probe: Studies of Motivation and Attention. *American Psychologist*, 50 (372-385).
- Lumley, M.A., Mader, G., Gramzow, J., Papineau, K. (1996a). Family Factors related to Alexithymia Characteristics. *Psychosomatic Medicine*, 58 (211-216).
- Lumley, M.A., Stettner, L., Wehmer, F. (1996b). How are alexithymia and physical illness linked? A review and critique of pathways. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (505-518).
- McDougall, J (1982). Alexithymia: A psychoanalytic viewpoint. *Psychother Psychosom*, 38 (81-90).
- Ogrodniczuk, J., Piper, W., Joyce, A. (2005). The negative effect of alexithymia on the outcome of group therapy for complicated grief: what role might the therapist play? *Comprehensiv Psychiatry*, 46 (206-213).
- Palmer, R., Birchhall, H., McGrain, L., Sullivan, V. (2002). Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *British Journal of Psychiatry*, 181 (230-235).
- Palmer, B. (2005). Concepts of Eating Disorders. In: Treasure, J., Schmidt, U., von Furth, E. (Eds.). *The Essential Handbook of Eating Disorders (1-10)*. Wiley. West Sussex, England.
- Patry, J.L. & Perrez, M. (2000). Theorie-Praxis-Probleme und die Evaluation von Interventionsprogrammen. In: Hager, W., Patry, J.L. & Brezing, H. (Hrsg.). *Handbuch Evaluation psychologischer Interventionsmassnahmen (19-40)*. Hans Huber. Bern.
- Priemuth, K. (2002). *Motivation und Volition. Evaluation eines psychologischen Interventionsprogrammes*. Peter Lang Verlag. Frankfurt am Main.
- Robinson, P. (2005). Day Treatments. In: Treasure, J., Schmidt, U., von Furth, E. (Hrsg.). *The Essential Handbook of Eating Disorders*. Wiley. England.
- Reinermann, S. (2000): *Beziehungen zwischen Alexithymie und Dissoziation*. Medizinische Dissertation Bonn (Freyberger).

- Schweiger, U., Peters, A., Sipos, V. (2003). *Essstörungen*. Georg Thieme Verlag. Stuttgart.
- Shafran, R., de Silva, P. (2005). Cognitive Behavioural Models. In Treasure, J., Schmidt, U., von Furth, E. (Eds.). *The Essential Handbook of Eating Disorders* (35-52). Wiley. West Sussex, England.
- Speranza, M., Corcos, M., Loas, G., Stéphan, P., Guilbaud, O., Perez-Diaz, F., Venisse, J.-L., Bizouard, P., Halfon, O., Flament, M., Jeammet, P. (2005). Depressive personality dimensions and alexithymia in eating disorders. *Psychiatry Research*, 135 (153-163).
- Stiensmeier-Pelster, J. (1988). *Erlernte Hilfslosigkeit, Handlungskontrolle und Leistung*. Springer-Verlag. Berlin/Heidelberg.
- Storch, M., Krause, F. (2002). *Selbstmanagement – ressourcenorientiert. Grundlagen und Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell*. Hans Huber. Bern.
- Storch, M., Riedener, A. (2005). *Ich pack's! - Selbstmanagement für Jugendliche. Ein Trainingsmanual für die Arbeit mit dem Zürcher Ressourcen Modell*. Hans Huber. Bern.
- Storch, M., Gaab, J., Küttel, Y., Stüssi, A.-C., Fend, H. (2006). Effects of resource-activating self-management training on salivary cortisol levels in response to stress: a randomized controlled trial. *Unveröff. Arbeit, Universität Zürich, Pädagogisches Institut*.
- Strelau, J. (1983). *Temperament, personality, activity*. Academic Press. New York.
- Taylor, G.J., Parker, J.D.A., Bagby, R.M., Bourke, M.P. (1996). Relationships between alexithymia and psychological characteristics associated with eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 41 (561-568).
- Taylor, G.J., Bagby, R.M., Parker, J.D.A. (1997). *Disorders of affect regulation: Alexithymia in medical and psychiatric illness*. Cambridge University Press. Cambridge.
- Taylor, G.J. (2004). Alexithymia: 25 years of theory and research. In: Nyklicek, I., Temoshok, L., Vingerhoets, A. (Hrsg.). *Emotional Expression and Health. Advanced in theory, assessment and clinical applications* (137-153). Psychology Press.
- Traue, H.C. (1998). *Emotion und Gesundheit. Die psychologische Regulation durch Hemmungen*. Spektrum Akademischer Verlag. Heidelberg.
- Treasure, J., Schmidt, U. (2005). Treatment Overview. In: Treasure, J., Schmidt, U., von Furth, E. (Hrsg.). *The Essential Handbook of Eating Disorders*. Wiley. England.
- Waller, G., Kennerley, H., & Ohanian, V. (2005). Schema-focused cognitive behavior therapy with the eating disorders. In: Riso, L.P., du Toit, P.T. & J.E. Young (Hrsg.). *Cognitive schemas and core beliefs in psychiatric disorders: A scientist practitioner guide*. American Psychiatric Association. New York.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N., Frank, G., Bailer, U., Wonderlich, S., Crosby, R. Henry, S., Vogel, V., Plotnicov, K., McConaha, C., Kaye, W. (2006). Personality Traits after Recovery from Eating Disorders: Do Subtypes Differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39 (276-284).

Wilfley, D., Stein, R., Welch, R. (2005). Interpersonal Psychotherapy. In: Treasure, J., Schmidt, U., von Furth, E. (Hrsg.). *The Essential Handbook of Eating Disorders* (137-154). Wiley. West Sussex, England.

Wittenberg, R., Cramer, H. (2003). *Datenanalyse mit SPSS für Windows*. 3. Auflage. Lucius & Lucius. Stuttgart.

Wonderlich, S.A. (2002). Personality and Eating Disorders. In: Fairburn, C.G., Brownell, K.D. (Hrsg.). *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (204-209). The Guilford Press. New York.

Wilson, G.T., Fairburn, C.G. (2002). Treatments for Eating Disorders. In: Nathan, P.E., Gorman, J.M. (Hrsg.) *A Guide to Treatments that work* (559-592). Oxford University Press. New York.

Zielke, M. & Kopf-Mehnert, C. (1978). *Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens (VEV)*. Beltz. Weinheim.

### 13. Anhang

#### 13.1 Rekrutierung und Kontaktierung der Probanden

##### 13.1.1 Informationsbrief zur Wirksamkeitsstudie

„Anrede“	UniversitätsSpital Zürich
„Vorname“ „Nachname“	Psychiatrische Poliklinik
„Adresse“	Culmannstrasse 8
„PLZ“ „Ort“	8091 Zürich
	Tel. 044 255 52 80
	ODER
	Universität Zürich
	Pädagogisches Institut
	Scheuchzerstrasse 21
	CH-8006 Zürich
	Tel.: 044 634 45 72

Datum

#### **Teilnahme am Forschungsprojekt „Ich tu was ich will“**

Sehr geehrte Frau/Herr „Name“

Wir möchten Sie einladen zur Teilnahme am Forschungsprojekt „Ich tu was ich will“. Dieses Forschungsprojekt ist ein Selbstmanagement-Kurs, welcher Ihnen helfen wird, die eigenen Wünsche und Ziele kennen zu lernen und diese in den Alltag umzusetzen. Es geht um Ihre Bedürfnisse und um Sie selbst. In dem Kurs werden Essstörungen kein Thema sein. Stattdessen werde ich Sie mit einem Training zum lustvollen und ressourcenorientierten Selbstmanagement vertraut machen, dass an der Universität Zürich entwickelt wurde. Im Rahmen meiner Lizentiatsarbeit möchte ich die positiven Auswirkungen dieses Trainings untersuchen.

Ich würde mich freuen, Sie an unserem nächsten Kurs Willkommen zu heissen und Sie bei Ihrem Selbstmanagement-Training begleiten zu dürfen.

Im Infoblatt, welches sich im Anhang dieses Briefes befindet, erhalten Sie genaue Informationen über das Projekt und seine Leitung.

Mit freundlichen Grüssen

Julia Weber

## Informationsblatt zum Forschungsprojekt „Ich tu was ich will“

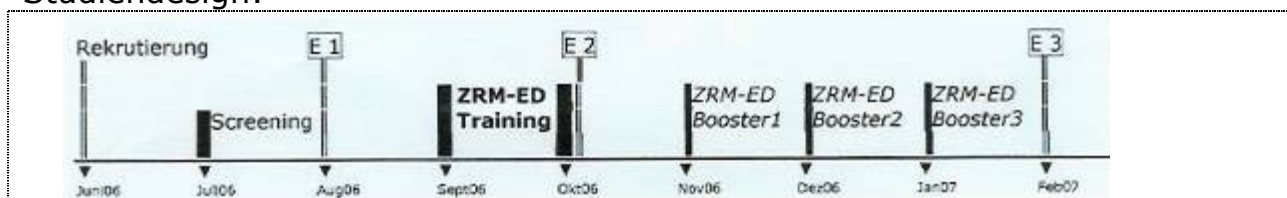
Das Pädagogische Institut der Universität Zürich und das Zentrum für Essstörungen der Psychiatrischen Poliklinik Unispital Zürich führen unter Leitung von Dr. Maja Storch und Dr. Gabriella Milos eine Wirksamkeitsstudie zum Thema „Alexithymie und Selbststeuerung bei essgestörten Patienten“ durch. Hierzu wird das Selbstmanagementtraining des Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) nach Dr. Maja Storch und Dr. Frank Krause verwendet.

Das ZRM ist ein ressourcenorientiertes Selbstmanagementtraining zur gezielten Entwicklung von Handlungspotenzialen. In dem Kurs lernen Sie anhand bestimmter Techniken ihre eigenen verborgenen Wünsche und Bedürfnisse kennen und diese in den Alltag umzusetzen. ZRM beruht auf neuesten neurowissenschaftlichen Erkenntnissen zum menschlichen Lernen und Handeln.

Zu Beginn des Kurses wählen Sie ein „positives Bild“, aus welchem Sie Ihr Ziel formulieren. Die Verknüpfung und Integration des Ziels mit dem Alltag findet mit Unterstützung der Kursleitung statt. Sie erlernen Körperhaltungen und Einstellungen, welche Ihnen helfen ihr Ziel um- und in schwierigen Situationen einzusetzen. Das Ziel von ZRM ist eine Verbesserung der Lebensqualität und eine Verwirklichung der eigenen Wünsche und Träume.

Zur Überprüfung der Wirksamkeit des Trainings, benötigen wir ihre Mithilfe. Anfang Juli 06 (genaues Datum wird Ihnen noch mitgeteilt) findet ein Screening aller Teilnehmer statt. Dieses Screening wird unter Leitung von Dr. Gabriella Milos von ... durchgeführt und dient der genauen Abklärung der Art der Essstörung. Danach nehmen sie an einem ZRM-Kurs teil, welcher über einen Monat (September 06) zweimal wöchentlich abends stattfindet. Im November 06, Dezember 06 und Januar 07 folgen drei Followup-Kurse (Booster) von jeweils zwei bis drei Stunden. Zusätzlich zu dem Kurs bitten wir Sie, im Zeitraum von sechs Monaten (August 06 – Februar 07) viermal ... Fragebögen auszufüllen. Zum Ausfüllen der Fragebögen benötigen Sie ... Minuten.

### Studiendesign:





**Freiwilligkeit:**

An diesem Forschungsprojekt nehmen Sie freiwillig teil. Nicht volljährige Teilnehmer nehmen unter der Voraussetzung der Zustimmung der Eltern freiwillig teil. Ihr Einverständnis kann jederzeit und ohne Angabe von Gründen widerrufen werden, was eine Vernichtung ihrer sämtlichen Daten zur Folge hat.

**Erreichbarkeit des Prüfarztes:**

Sollten zusätzliche Fragen auftauchen, so können sie als Ansprechpartnerin jederzeit **Julia Weber** unter der Telefonnummer **079/484'87'79** oder via Mail (**weber\_julchen@yahoo.com**) erreichen.

**Versicherung:**

Ihnen ist bekannt, dass Sie während der Teilnahme an diesem Forschungsprojekt Versicherungsschutz genießen. Es gelten die allgemeinen Haftungsbedingungen.

**Vertraulichkeit/Datenschutz:**

Alle Personen, die Sie im Rahmen dieses Projektes betreuen, unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht und sind auf das Datengeheimnis verpflichtet. Die studienbezogenen Untersuchungsergebnisse werden in anonymisierter Form in wissenschaftlichen Veröffentlichungen verwendet werden. Die Videoaufnahmen dienen ausschliesslich einem wissenschaftlichen Interesse und sind für die Öffentlichkeit nicht zugänglich.

Datum

Name des/der aufklärenden  
Arztes/Ärztin

### 13.1.3 Anschreiben Entbindungserklärung Kontrollgruppe

CUL 8 / E 414

Klinikdirektor

**PD Dr. Gabriella Milos**  
Leitende Ärztin

UniversitätsSpital Zürich  
Psychiatrische Poliklinik  
Culmannstrasse 8  
CH-8091 Zürich

Zentrale 044 255 52 80  
Sekretariat 044/255 52 48  
Telefax 044/255 45 30  
E-Mail: [gabriella.milos@usz.ch](mailto:gabriella.milos@usz.ch)

Zürich, 11. Dezember 2007

Liebe Frau ...

Vor einiger Zeit haben Sie die Therapie an der Culmannstrasse abgeschlossen und psychometrische Fragebögen ausgefüllt.

Wir möchten innerhalb unseres Therapieprogrammes ein neues Behandlungselement prüfen und zwar das Zürcher Ressourcen Modell (ZRM). Um die Auswirkung dieses neuen Behandlungselementes zu prüfen, haben wir uns entschlossen, eine Gruppe von Patientinnen, welche das ZRM Programm durchlaufen (September – Oktober 06) mit einer Kontrollgruppe (Patientinnen, die von Januar bis August 06 da waren) zu vergleichen.

Sie wurden als Teilnehmerin dieser Kontrollgruppe ausgewählt. Die Teilnahme an dieser Kontrollgruppe bedeutet, dass:

1. wir würden gerne Ihre Daten (Fragebogen) in anonymisierter Form verwenden dürfen, dafür benötigen wir, dass Sie die beigelegte Entbindungserklärung unterzeichnen.

2. wir würden gerne Sie an zwei Follow-up-Sitzungen eingeladen. Datum, Ort und Zeit werden Ihnen im November mitgeteilt.

Falls Sie am ZRM interessiert sind, Sie können gerne zu einem späteren Zeitpunkt ein ZRM-Kurs besuchen. Das ZRM ist ein Selbstmanagementkurs, welcher unbewusste Wünsche bewusst macht und somit jedem neue Handlungspotenziale ermöglicht. Beispielsweise die Fragen „Was will ich?“ oder „Wie komme ich an mein Ziel?“ werden im ZRM-Kurs individuenzentriert beantwortet und umgesetzt. Genauere Informationen hierzu werden Ihnen bei der ersten Follow-up-Sitzung gegeben.

Mit freundlichen Grüssen

Frau PD Dr. G. Milos  
Leitende Ärztin

13.1.4 Patienteneinwilligung

**Patienteneinwilligung zur Studie "Training der Gefühlswahrnehmung mit dem Zürcher Ressourcen Modell für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen"**

Zürich, 10. März 2006

**Sehr geehrte Patientin, sehr geehrter Patient es freut uns dass Sie sich entschieden haben, an der Studie teilzunehmen.**

**Sie bestätigen durch Ihre Unterschrift folgendes:**

- Ich bin über die Studie ausreichend informiert worden, habe die Patienteninformation erhalten, gelesen und verstanden.
- Ich nehme freiwillig an der Studie teil und hatte genügend Zeit, um in die Teilnahme einzustimmen.
- Ich bin einverstanden, dass meine Daten gesammelt und wissenschaftlich ausgewertet werden und habe das Recht auf die Einsicht meiner Daten.
- Ich kann meine Teilnahme zu jedem Zeitpunkt widerrufen.

Name: .....

Unterschrift

Datum

.....

.....

Name Studienleitung:.....

Unterschrift

Datum

.....

.....

Bei Fragen können Sie sich jederzeit an die Leiterinnen der Studie wenden

Für die Studienleitung

Dr. phil. Maja Storch

Dr. med Gabriella Milos

ZRM-research

Universität Zürich

Scheuchzerstrasse 21

8006 Zürich

Tel: 01 634 45 72

Zentrum für Essstörungen

Universität Zürich

Culmannstrasse 8

8091 Zürich

Tel: 01 255 52 80

## 13.2 Untersuchungsinstrumente

### 13.2.1 Fragebogen zur Erfassung der Handlungskontrolle (Hakemp 90)

#### HAKEMP-90

Bitte kreuzen Sie zu jeder Frage immer diejenige der beiden Antwortmöglichkeiten (a oder b) auf dem Antwortbogen an, die für Sie eher zutrifft.

- 1 Wenn ich etwas Wertvolles verloren habe und jede Suche vergeblich was, dann**
  - a) kann ich mich schlecht auf etwas anderes konzentrieren.
  - b) denke ich nicht mehr lange darüber nach.
- 2 Wenn ich weiss, dass etwas bald erledigt werden muss, dann**
  - a) muss ich mir oft einen Ruck geben, um den Anfang zu kriegen.
  - b) fällt es mir leicht, es schnell hinter mich zu bringen.
- 3 Wenn ich vier Wochen lang an einer Sache gearbeitet habe und dann doch alles misslungen ist, dann**
  - a) dauert es lange, bis ich mich damit abfinde.
  - b) denke ich nicht mehr lange darüber nach.
- 4 Wenn ich nichts Besonderes vorhabe und Langeweile habe, dann**
  - a) kann ich mich manchmal nicht entscheiden, was ich tun soll.
  - b) habe ich meist rasch eine neue Beschäftigung.
- 5 Wenn ich bei einem Wettkampf öfter hintereinander verloren habe, dann**
  - a) denke ich bald nicht mehr daran.
  - b) geht mir das noch eine ganze Weile durch den Kopf.
- 6 Wenn ich ein schwieriges Problem angehen will, dann**
  - a) kommt mir die Sache vorher wie ein Berg vor.
  - b) überlege ich, wie ich die Sache auf eine einigermaßen angenehme Weise hinter mich bringen kann.
- 7 Wenn mir ein neues Gerät versehentlich auf den Boden gefallen und nicht mehr zu reparieren ist, dann**
  - a) finde ich mich rasch mit der Sache ab.
  - b) komme ich nicht so schnell darüber hinweg.
- 8 Wenn ich ein schwieriges Problem lösen muss, dann**
  - a) lege ich meist sofort los.
  - b) gehen mir zuerst andere Dinge durch den Kopf, bevor ich mich richtig an die Aufgabe heranmache.
- 9 Wenn ich jemanden, mit dem ich etwas Wichtiges besprechen muss, wiederholt nicht zu Hause antreffe, dann**
  - a) geht mir das oft durch den Kopf, auch wenn ich mich schon mit etwas anderem beschäftige.
  - b) blende ich das aus, bis die nächste Gelegenheit kommt, ihn zu treffen.
- 10 Wenn ich vor der Frage stehe, was ich in einigen freien Stunden tun soll, dann**
  - a) überlege ich manchmal eine Weile, bis ich mich entscheiden kann.
  - b) entscheide ich mich meist ohne Schwierigkeit für eine der möglichen Beschäftigungen.
- 11 Wenn ich nach einem Einkauf zu Hause merke, dass ich zu viel bezahlt habe, aber das Geld nicht mehr zurückbekomme,**
  - a) fällt es mir schwer, mich auf irgend etwas anderes zu konzentrieren.
  - b) fällt es mir leicht, die Sache auszublenden.

- 12 Wenn ich eigentlich zu Hause arbeiten müsste, dann**  
a) fällt es mir oft schwer, mich an die Arbeit zu machen.  
b) fange ich meist ohne weiteres an.
- 13 Wenn meine Arbeit als völlig unzureichend bezeichnet wird, dann**  
a) lasse ich mich davon nicht lange beirren.  
b) bin ich zuerst wie gelähmt.
- 14 Wenn ich sehr viele wichtige Dinge zu erledigen habe, dann**  
a) überlege ich oft, wo ich anfangen soll.  
b) fällt es mir leicht, einen Plan zu machen und ihn auszuführen.
- 15 Wenn ich mich verfare (mit dem Auto, mit dem Bus usw.) und eine wichtige Verabredung verpasse, dann**  
a) kann ich mich zuerst schlecht auffressen, irgendetwas anderes anzupacken.  
b) lasse ich die Sache erst mal auf sich beruhen und wende mich ohne Schwierigkeiten anderen Dingen zu.
- 16 Wenn ich zu zwei Dingen grosse Lust habe, die ich aber nicht beide machen kann, dann**  
a) beginne ich schnell mit einer Sache und denke gar nicht mehr an die andere.  
b) fällt es mir nicht so leicht, von einer der beiden Sachen ganz Abstand zu nehmen.
- 17 Wenn mir etwas ganz Wichtiges immer wieder nicht gelingen will, dann**  
a) verliere ich allmählich den Mut.  
b) vergesse ich es zunächst einmal und beschäftige mich mit anderen Dingen.
- 18 Wenn ich etwas Wichtiges, aber Unangenehmes zu erledigen habe, dann**  
a) lege ich meist sofort los.  
b) kann es eine Weile dauern, bis ich mich dazu auffresse.
- 19 Wenn mich etwas traurig macht, dann**  
a) fällt es mir schwer, irgendetwas anderes zu tun.  
b) fällt es mir leicht, mich durch andere Dinge abzulenken.
- 20 Wenn ich vorhabe, eine umfassende Arbeit zu erledigen, dann**  
a) denke ich manchmal zu lange nach, womit ich anfangen soll.  
b) habe ich keine Probleme loszulegen.
- 21 Wenn einmal sehr viele Dinge am selben Tag misslingen, dann**  
a) weiss ich manchmal nichts mit mir anzufangen.  
b) bleibe ich fast genauso tatkräftig, als wäre nichts passiert.
- 22 Wenn ich vor einer langweiligen Aufgabe stehe, dann**  
a) habe ich meist keine Probleme, mich an die Arbeit zu machen.  
b) bin ich manchmal wie gelähmt.
- 23 Wenn ich meinen ganzen Ehrgeiz darin gesetzt habe, eine bestimmte Arbeit gut zu verrichten und es geht schief, dann**  
a) kann ich die Sache auf sich beruhen lassen und mich anderen Dingen zuwenden.  
b) fällt es mir schwer, überhaupt noch etwas zu tun.
- 24 Wenn ich unbedingt einer lästigen Pflicht nachgehen muss, dann**  
a) bringe ich die Sachen ohne Schwierigkeiten hinter mich.  
b) fällt es mir schwer, damit anzufangen.

## 13.2.2 Toronto-Alexithymie Skala (TAS-26)

### Fragebogen

### Toronto-Alexithymie-Skala - 26

### TAS-26

Im Folgenden geht es um den Umgang mit Gefühlen. Bitte geben Sie an, wie sehr die folgenden Aussagen auf Sie zutreffen oder nicht zutreffen. Kreuzen Sie bitte *diejenige* Antwort an, die am besten auf Sie persönlich zutrifft (1 = trifft gar nicht zu, 2 = trifft eher nicht zu, 3 = trifft teilweise zu/teilweise nicht zu, 4 = trifft eher zu, 5 = trifft völlig zu).

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
1 Wenn ich weine, weiß ich immer warum.	1	2	3	4	5
2 Tagträumen ist Zeitverschwendung.	1	2	3	4	5
3 Ich wünschte, ich wäre nicht so schüchtern.	1	2	3	4	5
4 Mir ist oft unklar, was ich gerade fühle.	1	2	3	4	5
5 Ich habe oft Tagträume über die Zukunft.	1	2	3	4	5
6 Ich glaube, ich kann genauso leicht wie andere Freundschaften schließen.	1	2	3	4	5
7 Es ist wichtiger, Lösungen für Probleme zu kennen, als zu wissen, wie die Lösungen entstanden sind.	1	2	3	4	5
8 Es ist schwierig für mich, die richtigen Worte für meine Gefühle zu finden.	1	2	3	4	5
9 Ich teile anderen Menschen gerne meinen Standpunkt zu Dingen mit.	1	2	3	4	5
10 Ich habe körperliche Empfindungen, die selbst Ärzte nicht verstehen.	1	2	3	4	5
11 Es reicht mir nicht, daß etwas funktioniert, ohne zu wissen, warum und wie es funktioniert.	1	2	3	4	5
12 Es fällt mir leicht, meine Gefühle zu beschreiben.	1	2	3	4	5
13 Ich analysiere Probleme lieber, als sie nur zu schildern.	1	2	3	4	5
14 Wenn ich aufgeregt bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.	1	2	3	4	5

	trifft gar nicht zu	trifft eher nicht zu	teils/ teils	trifft eher zu	trifft völlig zu
15 Ich nutze sehr viel meine Vorstellungskraft.	1	2	3	4	5
16 Ich verbringe viel Zeit mit Tagträumen, wenn ich nichts zu tun habe.	1	2	3	4	5
17 Ich bin oft verwirrt über meine körperlichen Empfindungen.	1	2	3	4	5
18 Ich habe selten Tagträume.	1	2	3	4	5
19 Ich ziehe es vor, Dinge geschehen zu lassen, als verstehen zu wollen, warum sie gerade passieren.	1	2	3	4	5
20 Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig verstehen kann.	1	2	3	4	5
21 Gefühle verstehen zu können ist wesentlich.	1	2	3	4	5
22 Ich finde es schwierig zu beschreiben, wie ich anderen gegenüber fühle.	1	2	3	4	5
23 Andere sagen, ich soll meine Gefühle mehr zeigen.	1	2	3	4	5
24 Man sollte nach den genaueren Erklärungen suchen.	1	2	3	4	5
25 Ich weiß nicht, was in mir vorgeht.	1	2	3	4	5
26 Ich erkenne oft nicht, wann ich wütend bin.	1	2	3	4	5

Wir benötigen von Ihnen noch folgende Angaben:

Name / Code-Nr.: .....

Welchen Schulabschluß haben Sie?    ( ) keinen  
   ( ) Hauptschule  
   ( ) Mittlere Reife / POS  
   ( ) Abitur

Geschlecht    ( ) männlich    ( ) weiblich

Wie alt sind Sie?    ..... Jahre

## EATING DISORDER EXAMINATION QUESTIONNAIRE (EDE-Q)

Die folgenden Fragen beziehen sich **ausschließlich auf die letzten vier Wochen (28 Tage)**.  
Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und umkreisen Sie die zutreffende Zahl rechts daneben.  
Bitte beantworten Sie alle Fragen.

<b>AN WIE VIELEN TAGEN DER LETZTEN 28 TAGE ...</b>	kein Tag	1 – 5 Tage	6 – 12 Tage	13 – 15 Tage	16 – 22 Tage	23 – 27 Tage	jeden Tag
1. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	0	1	2	3	4	5	6
2. Haben Sie über längere Zeitspannen (8 Stunden oder mehr) nichts gegessen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	0	1	2	3	4	5	6
3. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, zu vermeiden, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen?	0	1	2	3	4	5	6
4. Haben Sie <u>versucht</u> , festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens zu befolgen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen; z. B. eine Kaloriengrenze, eine festgesetzte Nahrungsmenge oder Regeln darüber, was oder wann Sie essen sollten?	0	1	2	3	4	5	6
5. Haben Sie sich gewünscht, einen leeren Magen zu haben?	0	1	2	3	4	5	6
6. Hat das Nachdenken über Nahrung oder deren Kaloriengehalt es Ihnen sehr viel schwieriger gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren; z. B. lesen, fernsehen, einem Gespräch folgen?	0	1	2	3	4	5	6
7. Hatten Sie Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?	0	1	2	3	4	5	6

Dr. Anja Hilbert, Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Bielefeld, [anja.hilbert@uni-bielefeld.de](mailto:anja.hilbert@uni-bielefeld.de)



**AN WIE VIELEN TAGEN  
DER LETZTEN 28 TAGE ...**

	kein Tag	1 – 5 Tage	6 – 12 Tage	13 – 15 Tage	16 – 22 Tage	23 – 27 Tage	jeden Tag
8. Hatten Sie Essanfälle?	0	1	2	3	4	5	6
9. Haben Sie heimlich gegessen? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	0	1	2	3	4	5	6
10. Hatten Sie den deutlichen Wunsch, einen flachen Bauch zu haben?	0	1	2	3	4	5	6
11. Hat das Nachdenken über Figur oder Gewicht es Ihnen viel schwieriger gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren; z. B. lesen, fernsehen, einem Gespräch folgen?	0	1	2	3	4	5	6
12. Hatten Sie eine deutliche Angst, dass Sie an Gewicht zunehmen oder dick werden könnten?	0	1	2	3	4	5	6
13. Haben Sie sich dick gefühlt?	0	1	2	3	4	5	6
14. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	0	1	2	3	4	5	6

**WÄHREND DER LETZTEN VIER WOCHEN (28 TAGE) ...**

- |  |  |
|--|--|
| 15. Wie oft hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle, wenn Sie gegessen haben?<br>(Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)<br>(Bitte tragen Sie die passende Zahl in das Kästchen ein.) | <i>0 – niemals</i><br><i>1 – selten</i><br><i>2 – weniger als die Hälfte der Fälle</i><br><i>3 – die Hälfte der Fälle</i><br><i>4 – mehr als die Hälfte der Fälle</i><br><i>5 – meistens</i><br><i>6 – immer</i> |
|--|--|



---

16. Kam es in den letzten vier Wochen (28 Tage) vor, dass Sie das Gefühl hatten, eine Nahrungsmenge gegessen zu haben, die andere Menschen unter ähnlichen Umständen als ungewöhnlich groß ansehen würden?  
(Bitte tragen Sie die passende Zahl in das Kästchen ein.)

0 – Nein  
1 – Ja

17. Wie viele solcher Episoden hatten Sie während der letzten vier Wochen?

18. Bei wie vielen dieser Episoden, bei denen Sie zu viel gegessen haben, hatten Sie das Gefühl, die Kontrolle über Ihr Essen verloren zu haben?

---

19. Hatten Sie andere Essensepisoden, bei denen Sie das Gefühl hatten, die Kontrolle verloren und zu viel gegessen zu haben, obwohl Sie unter den gegebenen Umständen keine ungewöhnlich große Nahrungsmenge gegessen haben?

0 – Nein  
1 – Ja

20. Wie viele solcher Episoden hatten Sie während der letzten vier Wochen?

---

21. Haben Sie während der letzten vier Wochen Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?

0 – Nein  
1 – Ja

22. Wie oft haben Sie dies während der letzten vier Wochen gemacht?

---

23. Haben Sie Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?

0 – Nein  
1 – Ja

24. Wie oft haben Sie dies während der letzten vier Wochen gemacht?

---

25. Haben Sie Diuretika (Entwässerungsmittel) eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?

0 – Nein  
1 – Ja

26. Wie oft haben Sie dies während der letzten vier Wochen gemacht?

---

27. Haben sie intensiv Sport getrieben, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?

0 – Nein  
1 – Ja

28. Wie oft haben Sie dies während der letzten vier Wochen gemacht?

**WÄHREND DER LETZTEN VIER  
WOCHEN (28 TAGE) ...**

*(Bitte kreisen Sie die Zahl ein, die Ihr Verhalten am besten beschreibt.)*

	überhaupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
29. Hat Ihr Gewicht einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	0	1	2	3	4	5	6
30. Hat Ihre Figur einen Einfluss darauf gehabt, wie Sie über sich selbst als Person denken (urteilen)?	0	1	2	3	4	5	6
31. Wie stark würde es Sie aus der Fassung bringen, wenn Sie sich in den nächsten vier Wochen einmal pro Woche wiegen müssten?	0	1	2	3	4	5	6
32. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem Gewicht?	0	1	2	3	4	5	6
33. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrer Figur?	0	1	2	3	4	5	6
34. Wie beunruhigt waren Sie, wenn andere Menschen Sie beim Essen gesehen haben?	0	1	2	3	4	5	6
35. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben; z. B. im Spiegel, in reflektierenden Schaufensterscheiben, beim Ausziehen, Baden oder Duschen?	0	1	2	3	4	5	6
36. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn andere Ihren Körper gesehen haben; z. B. in Gemeinschaftsumkleide-räumen, beim Schwimmen oder beim Tragen enger Kleidung?	0	1	2	3	4	5	6

## Veränderungsfragebogen des Erlebens und Verhaltens

VEV

### Anleitung

Bitte stellen Sie sich den Zeitpunkt bei Ihrem Eintritt vor.  
Das war der  
(Datum des Eintritts).

Überlegen Sie, was Sie zu diesem Zeitpunkt machten und wie Sie sich fühlten. Überblicken Sie bitte nunmehr immer den Zeitraum vom obigen Datum bis heute.

Bitte prüfen Sie bei den nachfolgenden Fragen immer, ob sich bei Ihnen innerhalb dieses Zeitraums eine Änderung in die eine oder andere Richtung vollzogen hat. Das Ausmaß der Änderung geben Sie bitte durch Ankreuzen einer Zahl an.

#### Hier ein Beispiel:

Änderung						
in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
stark	mittel	schwach		schwach	mittel	stark

Ich bin ruhiger geworden.	+3	+2	+1	<input checked="" type="checkbox"/>	-1	-2	-3
---------------------------	----	----	----	-------------------------------------	----	----	----

Wenn Sie innerhalb des Zeitraums keine Änderung erlebt haben, wenn Sie also weder ruhiger noch unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die 0 (wie hier in diesem Beispiel).

Wenn Sie eine starke Änderung in entgegengesetzter Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeit-

raums unruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die -3.

Wenn Sie eine starke Änderung in die gleiche Richtung erlebt haben, wenn Sie also während des Zeitraums ruhiger geworden sind, durchkreuzen Sie bitte die +3.

Beantworten Sie bitte zügig und spontan alle Fragen!

Änderung						
in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
+3 stark	+2 mittel	+1 schwach	0	-1 schwach	-2 mittel	-3 stark

1	Ich fühle mich weniger gehetzt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
2	Ich rege mich über viele Dinge nicht mehr auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
3	Ich weiß jetzt eher, was ich tun will und tun kann.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
4	Ich habe jetzt das Gefühl, in einer Sackgasse zu stecken, aus der ich nicht herauskomme.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
5	Das Leben hat für mich keinen rechten Inhalt mehr.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
6	Ich bin mit mir zufrieden und mache mir weniger Gedanken über mich selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
7	Ich sehe Schwierigkeiten gelassener entgegen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
8	Ich bin innerlich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
9	Alle Dinge haben jetzt Bedeutung und Leben für mich.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
10	Ich habe weniger Ausdauer und gebe schneller auf.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
11	Ich bin heiterer geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
12	Meine Stimmungen schwanken jetzt stärker als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
13	Ich fühle mich unabhängiger von anderen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
14	Ich leide nicht mehr unter meiner Unsicherheit.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
15	Im Umgang mit anderen Menschen bin ich ruhiger geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
16	Ich fühle mich weniger beunruhigt, wenn ich an die Zukunft denke.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
17	Diese quälende Ungewißheit ist stärker geworden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
18	Unerwartete Ereignisse nehme ich gelassener hin.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
19	Ich fühle mich stärker isoliert als früher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
20	Ich weiß jetzt manchmal nicht mehr, wie es weitergehen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
21	Ich kann es noch nicht verstehen, aber es geht mir seit einiger Zeit besser.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3

Summe Seite 1

Änderung						
in gleicher Richtung			keine	in entgegengesetzter Richtung		
+3	+2	+1	0	-1	-2	-3
stark	mittel	schwach		schwach	mittel	stark

22	Ich kann jetzt freier sprechen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
23	Ich habe weniger Selbstvertrauen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
24	Irgendwie sehe ich wieder mehr Sinn in meinem Leben.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
25	Ich fühle mich freier.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
26	Mit Personen des anderen Geschlechts kann ich schlechter Kontakt aufnehmen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
27	Meine Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Menschen haben zugenommen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
28	Ich bin häufiger niedergestimmt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
29	Ich fühle mich meinen Aufgaben nicht mehr gewachsen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
30	Ich bin entspannter.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
31	Ich fühle mich ruhiger und ausgeglichener.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
32	Ich habe ein klareres Bild von mir und meiner Zukunft.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
33	Irgendwie bin ich froh und sehe die Dinge optimistischer.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
34	Ich glaube, daß ich jetzt eher weiß, was für mich wichtig ist.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
35	Ich kann mich jetzt mit meinen Problemen besser abfinden.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
36	Im Gespräch mit anderen fühle ich mich nicht mehr so unsicher.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
37	Ich komme mit mir selbst schlechter aus.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
38	Ich kann das Ungemach des alltäglichen Lebens besser ertragen.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
39	Ich habe keine Angst mehr, in einer Sache zu versagen, die mir gelingen soll.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
40	Es macht mich nicht mehr so unsicher, wenn sich ein anderer mir gegenüber selbstbewußt gibt.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
41	Ich liege nicht mehr im Kriegszustand mit mir selbst.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	
42	Ich habe immer größere Schwierigkeiten, mich mit anderen Menschen zu unterhalten.	+3	+2	+1	0	-1	-2	-3	

Überprüfen Sie bitte, ob Sie alle Fragen beantwortet haben.

Summe Seite 2

Bitte hier nichts ausfüllen!

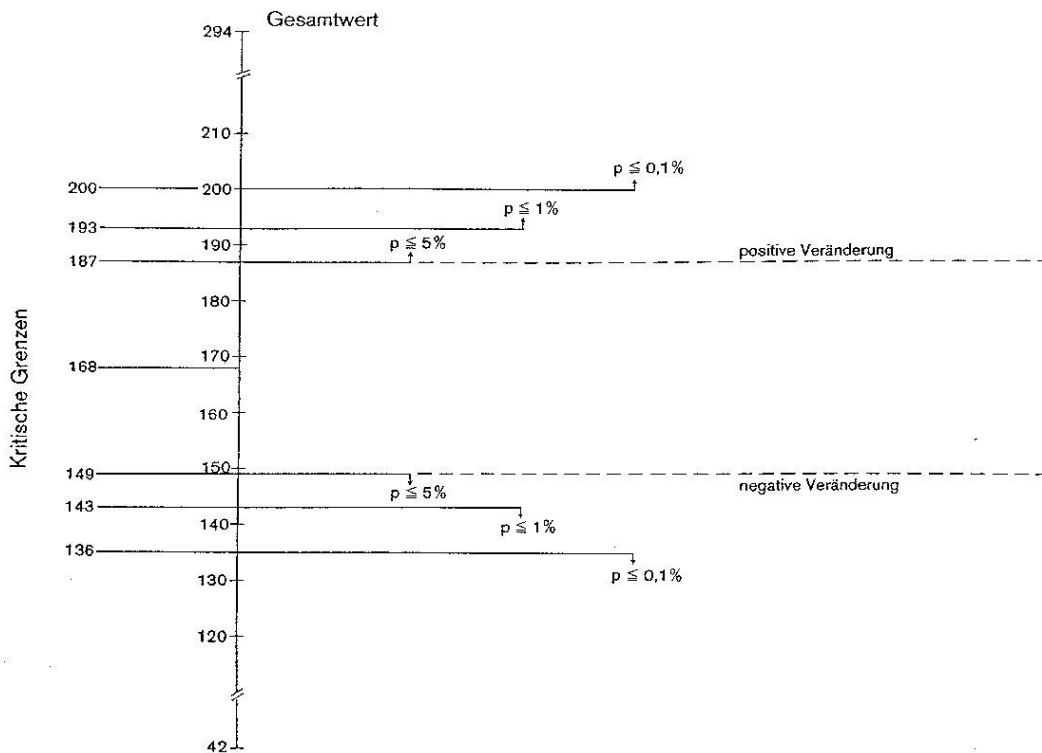
**Auswertung**

Übertrag: Summe Antwortseite 1

Summe Antwortseite 2 +

Gesamtwert =

**Veränderungsnormen**



**Klinische Daten**

Psychotherapeut: \_\_\_\_\_

Zeitspanne des Beurteilungszeitraums: \_\_\_\_\_

Beginn (Datum)

Ende (Datum)

Therapeutische Maßnahmen: \_\_\_\_\_

Besondere zwischenzeitliche Ereignisse: \_\_\_\_\_

Auswerter: \_\_\_\_\_

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

## 13.2.5 Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)

Spezialsprechstunde für Essstörungen, Psychiatrische Poliklinik Zürich (GH)

### Patienten-Fragebogen zur Abklärung von Essstörungen

C

Jede Aussage in der folgenden Liste beschreibt ein Gefühl, das man haben kann, wenn man ein Problem in seinem Leben angehen will oder eine Behandlung beginnt. Bitte geben Sie bei jeder Aussage an, inwieweit diese für Sie zutrifft oder nicht zutrifft. Es geht immer darum, wie sie sich jetzt fühlen und nicht um Gefühle in der Vergangenheit und auch nicht darum, wie sie sich in Zukunft fühlen möchten. Bei allen Aussagen, die sich auf ein „Problem“ beziehen, antworten Sie bitte hinsichtlich ihres Problems im Essverhalten. Das Wort „hier“ meint immer unsere Spezialsprechstunde für Essstörungen.

Bitte beschreiben Sie zuerst **detailliert**, was ihr Problem ist:

.....

.....

.....

Es gibt bei jeder der folgenden Aussagen fünf mögliche Antworten:

- 1 – trifft überhaupt nicht zu
- 2 – trifft eher nicht zu
- 3 – weiss nicht
- 4 – trifft eher zu
- 5 – trifft sehr zu

Bitte kreisen sie die Zahl ein, die hinsichtlich ihres Essverhaltens am besten auf Sie zutrifft.

		TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	WEISS NICHT	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT SEHR ZU
1.	Ich habe keine Probleme, an denen etwas geändert werden müsste.	1	2	3	4	5
2.	Ich glaube, dass ich bereit bin, bei mir selber etwas zu verändern.	1	2	3	4	5
3.	Ich setze mich mit den Problemen auseinander, die mich belasten.	1	2	3	4	5
4.	Es könnte sich lohnen, mein Problem anzugehen.	1	2	3	4	5
5.	Ich habe kein Problem. Es macht nicht viel Sinn, dass ich hier bin.	1	2	3	4	5
6.	Endlich habe ich angefangen, an meinem Problem zu arbeiten.	1	2	3	4	5
7.	Ich habe schon daran gedacht, dass ich etwas bei mir verändern möchte.	1	2	3	4	5

Bitte wenden



		TRIFFT ÜBERHAUPT NICHT ZU	TRIFFT EHER NICHT ZU	WEISS NICHT	TRIFFT EHER ZU	TRIFFT SEHR ZU
8.	Manchmal fühle ich mich mit meinem Problem überfordert, aber ich arbeite daran.	1	2	3	4	5
9.	Hier zu sein ist eigentlich eine Zeitverschwendung, da das Problem nichts mit mir zu tun hat.	1	2	3	4	5
10.	Ich hoffe, ich erhalte hier Hilfe, um mich besser zu verstehen.	1	2	3	4	5
11.	Ich denke schon, dass ich Fehlverhalten habe, aber es gibt nichts, dass ich wirklich verändern müsste.	1	2	3	4	5
12.	Ich gebe mir wirklich Mühe, etwas bei mir zu verändern.	1	2	3	4	5
13.	Ich habe ein Problem und ich bin überzeugt, dass ich daran arbeiten sollte.	1	2	3	4	5
14.	Obwohl es mir nicht immer gelingt, mich zu verändern, arbeite ich wenigstens an meinem Problem.	1	2	3	4	5
15.	Ich wünschte, ich hätte mehr Ideen, wie ich mein Problem lösen könnte.	1	2	3	4	5
16.	Ich habe angefangen, mein Problem anzugehen, aber ich brauche dazu Unterstützung.	1	2	3	4	5
17.	Vielleicht kann man mir hier helfen.	1	2	3	4	5
18.	Vielleicht hat das Problem mit mir zu tun, aber ich glaube es eigentlich nicht.	1	2	3	4	5
19.	Ich hoffe, dass man mich hier gut beraten wird.	1	2	3	4	5
20.	Jeder kann über Veränderung reden; ich aber tue wirklich etwas.	1	2	3	4	5
21.	Psychologisches Gerede finde ich langweilig. Warum kann man seine Probleme nicht einfach vergessen?	1	2	3	4	5
22.	Ich habe schon Schwierigkeiten, aber die hat jeder. Warum Zeit verschwenden, darüber nachzudenken?	1	2	3	4	5
23.	Ich bin aktiv daran, mein Problem anzugehen.	1	2	3	4	5
24.	Ich möchte mich lieber mit meinem Fehlverhalten akzeptieren, als etwas an ihm zu ändern.	1	2	3	4	5

### 13.2.6 Selbststeuerungsinventar (SSI-K3)

## SSI-K3

Bitte geben Sie in folgendem Fragebogen an, inwieweit die hier aufgelisteten Aussagen auf Ihre momentane Situation zutreffen:

	Trifft auf mich zu:			
	gar nicht	etwas	über- wiegend	ausge- sprochen
1) Bei fast allem, was ich im Alltag tue, spüre ich, dass ich es freiwillig tue.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
2) Wenn mein Durchhaltevermögen nachlässt, weiß ich meist ganz genau, wie ich meine Lust an der Sache verstärken kann.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
3) Nervosität kann ich ganz gezielt abbauen.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
4) Wenn ich viele Dinge erledigen muss, mache ich mir einen Zeitplan (d.h., ich lege fest, was ich wann tue).	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
5) Um mich zu motivieren, stelle ich mir oft vor, was passiert, wenn ich eine Sache nicht rechtzeitig erledige.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
6) Wenn etwas getan werden muss, beginne ich damit ohne Zögern.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
7) Ich schiebe unangenehme Dinge oft auf.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
8) Meine Gedanken schweifen oft ganz unwillkürlich von der Sache ab, mit der ich mich gerade beschäftige.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
9) Nach unangenehmen Erlebnissen komme ich oft über eine ganze Zeit nicht mehr aus dem Grübeln heraus.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
10) Wenn ich traurig bin, verliere ich das Gespür für das, was ich wirklich will.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

## Trifft auf mich zu:

über-

ausge-

gar nicht

etwas

wiegend  
sprochen

11) Beruf bzw. Ausbildung sind zurzeit sehr belastend für mich.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
12) In meinem Leben hat sich vieles verändert, mit dem ich klar kommen muss.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
13) Ich fühle mich meist im Einklang mit mir selbst.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
14) Bei einer schwierigen Tätigkeit kann ich gezielt auf die positiven Seiten schauen.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
15) Ich kann mich auch in einem Zustand starker innerer Anspannung schnell wieder entspannen.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
16) Bevor ich mit einer Sache anfangen, gehe ich die Einzelheiten erst einmal gedanklich durch.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
17) Wenn ich eine unangenehme Pflicht erledigen muss, stelle ich mir oft vor, wie schlimm ich mich fühle, wenn ich sie nicht rechtzeitig erledigt habe.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
18) Wenn eine Aufgabe erledigt werden muss, packe ich sie am liebsten sofort an.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
19) Ich nehme mir öfters Dinge vor und komme dann doch nicht dazu.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
20) Oft muss ich an Dinge denken, die mit dem, was ich gerade tue, gar nichts zu tun haben.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
21) Wenn etwas Schlimmes passiert ist, dauert es sehr lange, bis ich mich auf etwas anderes konzentrieren kann.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
22) Wenn ich unter Druck gerate, spüre ich oft gar nicht richtig, was ich selbst will.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
23) Meine momentanen Lebensumstände sind schon recht hart.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
24) Ich muß mit großen Veränderungen in meinem Leben fertig werden.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

## Trifft auf mich zu:

über-

ausge-

gar nicht

etwas

wiegend  
sprochen

25) Ich fühle mich in den meisten Situationen ganz frei, so zu handeln, wie ich es möchte.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
26) Ich kann mich meist ganz gut motivieren, wenn der Durchhaltewille nachlässt.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
27) Ich kann übermäßige Erregung sehr gut abbauen..	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
28) Bevor ich eine umfangreiche Arbeit beginne, lege ich fest, wie ich vorgehe.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
29) Oft spornt mich die Angst vor einem Fehlschlag an, mich ganz besonders anzustrengen.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
30) Viele Dinge gelingen gut, weil ich sie kraftvoll anpacke.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
31) Ich schiebe viele Dinge vor mir her.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
32) Ich muss oft aus heiterem Himmel an Dinge denken, die gar nicht zur Sache gehören.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
33) Wenn ich in eine schlechte Stimmung gerate, komme ich da ganz schwer wieder heraus.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
34) Wenn etwas schiefgegangen ist, verliere ich oft den Kontakt zu meinen Gefühlen.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
35) Ich muß mit einer Menge Schwierigkeiten fertig werden.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
36) Ich hatte in der letzten Zeit eine Menge Ärger.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
37) Meist handle ich in dem Bewusstsein, das, was ich tue, selbst zu wollen.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
38) Wenn eine Sache langweilig wird, weiß ich meist, wie ich wieder Spaß daran finden kann.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
39) Ich kann meine Anspannung lockern, wenn sie störend wird.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

*Trifft auf mich zu:*  
über-

ausge-

gar nicht    etwas    wiegend  
                  sprechen

40) Bevor ich eine neue Sache in Angriff nehme, mache ich mir meist einen Plan.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
41) Oft komme ich erst dadurch in Gang, dass ich mir vorstelle, wie schlecht ich mich fühle, wenn ich eine Sache nicht tue.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
42) Wenn etwas zu erledigen ist, beginne ich am liebsten sofort damit.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
43) Oft fange ich mit einer Sache an, ohne sie zu beenden.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
44) Meine Gedanken treiben oft von der Sache weg, auf die ich mich eigentlich konzentrieren möchte.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
45) Sorgenvolle Gedanken werde ich schlecht wieder los, wenn sie einmal da sind.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
46) Unter Belastung verliere ich den Zugang zu meinen Gefühlen.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
47) Ich bin zurzeit mit vielen Schwierigkeiten in meinem Leben konfrontiert.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )
48) Ich muß mich auf eine ganz neue Situation in meinem Leben einstellen.	( 1 )	( 2 )	( 3 )	( 4 )

### 13.3 Stationsaufenthalt

#### Stationsaufenthalt der Patienten an der Psychiatrischen Poliklinik Zürich

Code	Eintritt	Austritt	Anzahl Tage
C916101	18.04.2006	12.08.2006	117
C977102	24.04.2006	30.09.2006	160
C935103	02.05.2006	22.07.2006	82
C346104	02.05.2006	22.07.2006	82
C989105	29.05.2006	19.08.2006	83
C334106	03.07.2006	21.08.2006	50
T016107	24.07.2006	23.09.2006	62
C317109	17.07.2006	21.10.2006	97
T106110	04.09.2006	06.01.2007	90
C339112	02.05.2006	02.09.2006	124
C784113	25.04.2006	12.05.2006	18
C998114	24.04.2007	28.07.2006	66
T296116	07.08.2006	20.01.2007	167
T936117	14.08.2006	14.11.2006	93
T329118	21.08.2006	11.11.2006	83
T436119	21.08.2006	13.01.2007	146
T866121	28.08.2006	04.11.2006	69

## 14. Curriculum Vitae

### PERSÖNLICHE ANGABEN

Name, Vorname	Weber, Julia
Adresse	Edelweiss 6162 Entlebuch
Telefon privat	079/484'87'79
Staatsangehörigkeit	Deutschland (seit Januar 1992 in der Schweiz)
Geburtstag	23. Mai 1981
Geburtsort	Marktoberdorf, Deutschland
Familienstand	ledig

### AUSBILDUNG

Seit Oktober 2000	Pädagogikstudium an der Universität Zürich HS: Psychologische Pädagogik, NS: Sozialpädagogik 1.NF: Publizistik 2.NF: Kriminologie
2002 bis 2006	Ausbildung zur Selbstmanagementtrainerin nach dem Zürcher Ressourcen Modell (ZRM) bei Dr. Maja Storch, Universität Zürich
20.06.2000	Matura an der Kantonsschule Beromünster
1997 bis 2000	Kantonsschule, Beromünster
1993 bis 1997	Kantonsschule, Schüpfheim
1992 bis 1993	Primarschule, Entlebuch
1991 bis 1992	Gymnasium, Ludwigsburg, Deutschland
1987 bis 1991	Grundschule, Ludwigsburg, Deutschland

### BERUFSERFAHRUNG

Frühling 2008	Voraussichtlicher Abschluss des Pädagogikstudiums an der Universität Zürich
Seit 29. 03.06	Lizentiatsarbeit mit dem Inhalt ZRM-Eating Disorder, Selbstmanagementtraining für Menschen mit Essstörungen, Universität Zürich
Seit 18.10.05	ABA-Therapie bei Marco Odermatt, Dallenwil. Die Applied Behavioral Analysis ist eine Therapieform für Kinder/Menschen mit Autismus
Seit 29.03.05	ZRM-Eating Disorder, Selbstmanagementtraining für Menschen mit Essstörungen, Ulm und Zürich
22.07.06 bis 29.07.06	Betreuerin im Sommerlager für Kinder mit Autismus, Klosters
23.07.05 bis 30.07.05	Betreuerin im Sommerlager für Kinder mit Autismus, Klosters
01.01.04 bis 30.11.05	ABA-Therapeutin bei Marc Schnebli, Zürich. Die Applied Behavioral Analysis ist eine Therapieform für Kinder/Menschen mit Autismus
15.08.02 bis 04.07.03	Pädagogische Betreuerin im Studienheim Don Bosco, Beromünster, 60% Pensum