Universität Bern
Institut für Psychologie
Psychologie der Entwicklung
und der Entwicklungsstörungen

# Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland

Inauguraldissertation der Philosophisch-historischen Fakultät
der Universität Bern
zur Erlangung der Doktorwürde

vorgelegt von
Femeke May Soleil Britschgi Cabernard
Aus Brigels / Breil, Graubünden und Alpnach Dorf, Obwalden

Selbstverlag, Basel, 2005

Von der Philosophisch-historischen Fakultät auf Antrag
von Prof. Dr. Françoise Alsaker (Hauptgutachterin)
und Prof. Dr. Wilhelm Felder (Zweitgutachter)
angenommen.

Bern, den 11. November 2005 Der Dekan: Prof. Dr. Reinhard Schulze

**Erklärung zur Dissertation**

Hiermit bestätige ich, dass ich meine Dissertation im Fach Psychologie der Entwicklung und der Entwicklungsstörungen unter der Leitung von Prof. Dr. Françoise Alsaker ohne unerlaubte Hilfe ausgeführt und an keiner anderen Universität zur Erlangung eines akademischen Grades eingereicht habe.

Basel, im Juli 2005 Femeke Britschgi Cabernard

Für alle jene junge Frauen,
die ich auf ihrem schwierigen Weg begleiten durfte,
und die mich durch ihren eigenen Kampf lehrten,
dass es sich nicht lohnt aufzugeben
und es einen Weg zurück in
ein Leben ohne Essstörung gibt.

# Danksagungen

Diese Arbeit wäre ohne die Unterstützung vieler Menschen, die mich über längere oder kürzere Zeit begleitet haben, niemals möglich gewesen. An dieser Stelle möchte ich allen ganz herzlich für ihre Unterstützung danken.

Herrn Dr. Emanuel Isler, Chefarzt des Kindes- und Jugendpsychiatrischen Dienstes, möchte ich für sein Vertrauen und seine Unterstützung danken. Er war es, der eines Tages im Kopierraum auf mich zukam und mich fragte, ob ich nicht eine Dissertation schreiben möchte. Mit dieser Frage überrumpelte er mich, habe ich doch immer allen (und vor allem mir selbst) weisgemacht, dass ich *nie* eine Dissertation schreiben würde. Durch seine hilfreiche und unbürokratische Unterstützung liessen sich viele Probleme schnell aus dem Weg räumen.

An dieser Stelle geht auch ein grosses Dankeschön nach Bern zu Frau Prof. Dr. Françoise Alsaker. Sie betreute meine Dissertation als Hauptreferentin und begleitete mich auf meinem Weg. Manchmal war es nicht so einfach die Agenden von zwei vielbeschäftigten Frauen abzugleichen, aber irgendwie schafften wir es immer wieder. Ich bin ihr sehr dankbar für die kritischen Anregungen und Bemerkungen.

Es war mein Wunsch, dass Prof. Dr. Willhelm Felder meine Dissertation als Zweitreferent betreuen würde und ich freue mich sehr, dass er mir seine Zusage ohne zu zögern gab. Für mich ist die Verbindung zwischen Theorie und Praxis beim Schreiben der Dissertation immer ein wichtiger Aspekt gewesen. Deshalb bin ich sehr froh, dass sich mein Bestreben auch in der Betreuung zeigt, indem ich eine Theoretikerin als Hauptreferentin und einen Praktiker als Zweitreferenten gewinnen konnte.

Das Hauptaugenmerk der Dissertation liegt auf der Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liestal, BL. Deshalb geht mein Dank an dieser Stelle an das Behandlungsteam und all jene Betreuerinnen, die schon vor mir jahrelang Daten erhoben haben, obwohl sie eigentlich lange nicht wussten, weshalb. Neben dem Behandlungsteam sind es natürlich auch die Klientinnen selbst, denen ich ein grosses Dankeschön schulde. Erst durch ihre Mitarbeit war diese Evaluation möglich.

Neben der Evaluation wurde auch ein Vergleich mit einer Normstichprobe gemacht und ich bin all jenen RektorInnen, KorektorInnen, LehrerInnen und SchülerInnen im Kanton Baselland (und teilweise Kanton Baselstadt) dankbar verbunden, die sich Zeit nahmen und den Fragebogen ebenfalls ausfüllten.

Neben den oben genannten Menschen waren es natürlich noch ganz viele mehr, die mich vor allem persönlich sehr unterstützten und mir Mut zusprachen, wenn ich glaubte, nicht mehr weiter zu kommen. Ein grosses Dankeschön geht dabei an Sara Binet, die als ehemalige Praktikantin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes und Hilfsassistentin für Statistik am Psychologischen Institut der Universität Basel zu meiner unersetzbaren Statistikhilfe wurde. Daneben bin ich Christine Knauss sehr dankbar für die Korrekturen und fachlichen Anregungen. Aber auch Gesprächen mit vielen Menschen, die wahrscheinlich gar nicht realisierten, dass sie mir in irgendeiner Form weiterhalfen, verdanke ich viel. Mein Dank geht deshalb an meine Familie, Sasch Schöpfer, Nisha Rüegger, Moni Feusi, meine Intervisionsgruppe (Tanja Garau, Annina Paravicini und Verena Trüb) und noch viele mehr. Jemand, der mir immer beistand und meine Launen, Tiefs und Euphorien aushielt und den ich an dieser Stelle besonders hervorheben möchte, ist Clemens Cabernard. Ich bin froh, dass wir unseren weiteren Lebensweg gemeinsam gehen und uns dabei in schwierigen und schönen Zeiten beizustehen versuchen.

# Zusammenfassung

In der vorliegenden Studie werden zwei grosse Fragestellungen zu beantworten versucht. Einerseits werden mögliche Unterschiede zwischen einer klinischen, essgestörten Stichprobe und einer nach Alter und Ausbildungsniveau parallelisierten Normstichprobe untersucht. Andererseits wird die Effektivität des Angebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland evaluiert.

Seit der Gründung der Psychotherapiestation im Jahr 1997 werden die konsekutiv aufgenommenen Klientinnen zu sechs Zeitpunkten mit einem von Paravicini und Hartmann (2001) entwickelten Fragebogen, der in der vorliegenden Studie nochmals evaluiert und leicht revidiert wurde, befragt. Die ersten drei Erhebungen werden bei Eintritt, nach sechs Wochen und am Ende der stationären Behandlung durchgeführt. Die drei weiteren Erhebungen sind katamnestisch bis zwei Jahre nach Austritt. Mit dem Fragebogen zur Evaluation des Angebotes der Psychotherapiestation werden vielfältige Bereiche erfasst, die im Zusammenhang mit Essstörungen von Bedeutung sind. Die Skalen können dabei in drei Bereiche eingeteilt werden: a) Anorektische und bulimische Symptomatik, b) Soziale Kompetenzen und Integration und c) Komorbide Symptomatik der Essstörung. Dieser Fragebogen wurde für die Erhebung mit den nicht-essgestörten Jugendlichen modifiziert, indem nur einzelne Skalen ausgewählt wurden.

In einem ersten Teil der Arbeit geht es um den Vergleich der Baseline-Daten der klinischen Stichprobe mit den Daten der Normstichprobe. Die Unterschiede, die sich dabei zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe beobachten lassen, sind vielfältig. Es fällt aber auf, dass es vor allem Unterschiede zwischen der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe sind, die ins Gewicht fallen. Zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen an sich gibt es kaum signifikante Unterschiede. Es zeigt sich zudem, dass die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Skalen in den drei Stichproben ziemlich ähnlich sind und es kaum Unterschiede gibt. Einige Unterschiede können aber festgestellt werden, wenn es darum geht, verschiedene Faktoren zu identifizieren, die für die Vorhersage von einzelnen Skalen wichtig sind. Man kann festhalten, dass die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Essen eine sehr wichtige Skala für die Vorhersage von essstörungstypischen Auffälligkeiten ist und zwar bei den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und in der Normstichprobe gleichermassen.

Aufgrund der Tatsache, dass auch einige Männer befragt werden konnten, geht es in einem kleinen Exkurs um die Klärung der Frage, ob es Unterschiede zwischen Männern und Frauen gibt. Dabei zeigt sich, dass es sehr wohl Unterschiede gibt. Diese sind vor allem dann zu beobachten, wenn

man die Zusammenhänge zwischen den Skalen bei den Frauen und Männern untersucht und mögliche Risikofaktoren für die Entwicklung einer verzerrten Körpererfahrung.

In einem zweiten Teil der Arbeit geht es dann um die Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen. Die Daten wurden mit nonparametrischen Verfahren statistisch ausgewertet, da die Stichprobe einige Eigenheiten vorweist, die zu berücksichtigen sind. Insgesamt kann man festhalten, dass es im Verlauf der Behandlung in der Psychotherapiestation zu einer Verbesserung von sehr vielen essstörungstypischen Bereichen kommt. Diese, wahrscheinlich durch die Therapie errungenen Veränderungen, können jedoch leider im Verlauf der Katamnese nicht konsolidiert werden, sondern es kommt zu einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik nach Austritt. In diesem Zusammenhang geht es auch um die Frage, welche Kriterien es gibt, um einen guten von einem schlechten oder mittelmässigen Verlauf zu unterscheiden. Da es eigentlich in der Literatur kaum Kriterien für den Heilungserfolg gibt, werden in einem Kapitel solche Kriterien herauszuarbeiten versucht und deren Anwendbarkeit überprüft.

# Inhaltsverzeichnis

Danksagungen ..... 9

Zusammenfassung ..... 11

Inhaltsverzeichnis ..... 13

Einleitung und Problemstellung ..... 3

1. Theoretische Einführung und Grundlagen ..... 6

1.1 Überblick über die Essstörungen ..... 6
1.1.1 Das klinische Bild der Anorexia nervosa ..... 7
1.1.2 Das klinische Bild der Bulimia nervosa ..... 9

1.2 Diagnostische Leitlinien ..... 10
1.2.1 Diagnostische Leitlinien der Anorexia nervosa ..... 12
1.2.2 Diagnostische Leitlinien der Bulimia nervosa ..... 13
1.2.3 Kritik an den gängigen diagnostischen Leitlinien ..... 15

1.3 Die Komorbidität von Essstörungen ..... 16
1.3.1 Depressivität ..... 17
1.3.2 Persönlichkeitsstörungen ..... 18
1.3.3 Zwangsstörungen ..... 19
1.3.4 Substanz-Abusus ..... 19

1.4 Prävalenz und Epidemiologie ..... 20

1.5 Modelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung von Essstörungen ..... 21
1.5.1 Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung ..... 22
1.5.1.1 Biologische und genetische Faktoren ..... 24
1.5.1.2 Psychologische Faktoren ..... 24
1.5.1.3 Familiäre Faktoren ..... 26
1.5.1.4 Soziokulturelle Faktoren ..... 29
1.5.2 Modelle zur Aufrechterhaltung von Essstörungen ..... 31
1.5.2.1 Modelle zur Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa ..... 31
1.5.2.2 Modelle zur Aufrecherhaltung der Bulimia nervosa ..... 33

1.6 Körperkonzept- und Körperschemastörungen im Rahmen der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ..... 35
1.6.1 Begriffsklärung: Körpererfahrung, Körperschema, Körperkonzept, Körperschemastörung und Körperkonzeptstörung ..... 37
1.6.2 Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Körpererfahrungsstörungen 39
1.6.3 Methodische Erfassung der Körpererfahrung ..... 42
1.6.3.1 Verfahren zur perzeptiven Einschätzung der Körpererfahrung ..... 42
1.6.3.2 Verfahren zur kognitiv-evaluativen Einschätzung der Körpererfahrung ..... 44

1.6.4 Ergebnisse und Stand der Forschung zu Körpererfahrungen ..... 44
1.6.4.1 Die Entwicklung des Körperkonzeptes ..... 45
a) Entwicklung des Körperkonzeptes im Vorschulalter (Geburt bis fünf Jahre) ..... 46
b) Entwicklung des Körperkonzeptes im Schulalter (fünf bis elf Jahre) ..... 46
c) Entwicklung des Körperkonzeptes bei Jugendlichen (ab elf Jahren) ..... 46
1.6.4.2 Körpererfahrungen in klinischen und nichtklinischen Populationen ..... 47
a) Forschungsergebnisse zu perzeptiven Aspekten des Körpererlebens (Fehlwahrnehmungen der Körperdimensionen) ..... 47
b) Forschungsergebnisse zu kognitiv-evaluativen Aspekten des Körpererlebens (körperbezogene Einstellungen, Gedanken und Gefühle) ..... 49
c) Forschungsergebnisse zu integrativen Ansätzen der Untersuchung ..... 49
1.6.5 Theoretischer Exkurs: Selbstkonzept ..... 51

1.7 Prävention und Therapie von Essstörungen ..... 53
1.7.1 Prävention von Essstörungen ..... 53
1.7.2 Der Verlauf von Essstörungen ..... 56
1.7.2.1 Spezifische Verlaufsforschung zur Anorexia nervosa ..... 58
1.7.2.2 Spezifische Verlaufsforschung zur Bulimia nervosa ..... 61
1.7.3 Die Therapie der Essstörung (oder die vier Ebenen der Behandlung) ..... 64
1.7.3.1 Ambulante Therapieansätze ..... 67
a) Ambulante Behandlungsansätze für die Therapie der Anorexia nervosa ..... 69
b) Ambulante Behandlungsansätze für die Therapie der Bulimia nervosa ..... 71
c) Selbsthilfeprogramme ..... 74
1.7.3.2 Teilstationäre Therapieangebote / Tageskliniken ..... 76
a) Tagklinisches Programm von Kaplan und Olmsted (1997) im Toronto General Hospital (DHP) in Kanada ..... 77
b) Tagklinisches Programm des Therapie-Centrums für Essstörungen (TCE) am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, Deutschland ..... 77
c) Our Lady of the Lake Eating Disorders Program in Los Angeles, USA (OLOL) ..... 78
1.7.3.3 Behandlung in Wohngruppen ..... 79
a) Die Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland in Liestal – ein Behandlungsansatz in einer Wohngruppe ..... 80
1.7.3.4 Stationäre Therapieangebote ..... 83
a) Stationäre jugendpsychiatrische Behandlung an der Kinderklinik des Kantonsspitals Aarau und am Wildermeth Kinderspital in Biel (Schweiz) ..... 85
b) Psychiatrische Universitätsklinik in Kortenberg (Belgien) ..... 85
c) Psychosomatische Fachklinik Bad Pyromt (Deutschland) ..... 87
d) Stationäres Therapieangebot für Essstörungen in Philadelphia, USA ..... 87
e) Stationäres Therapieangebot der Klinik Roseneck in Prien (Deutschland) ..... 88

1.8 Hypothesen und Fragestellungen der vorliegenden Studie ..... 89

2 Verwendete Methoden ..... 100

2.1 Beschreibung der Stichproben ..... 100
2.1.1 Die klinische Stichprobe ..... 100
2.1.1.1 Demographische und symptomatische Eigenschaften der klinischen Stichprobe ..... 103
a) Soziodemographische Angaben ..... 107
b) Angaben zum stationären Aufenthalt ..... 108

c) Persönliche Anamnese ..... 108
d) Familienanamnese ..... 109
e) Krankheitsanamnese ..... 110
2.1.2 Die Normstichprobe ..... 114
2.1.2.1 Die weibliche Normstichprobe ..... 114
2.1.2.2 Die männliche Normstichprobe ..... 115

2.2 Messinstrumente ..... 116
2.2.1 Anorektische und bulimische Symptomatik ..... 118
2.2.1.1 Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ..... 119
2.2.1.2 Negative körperliche Selbsteinschätzung ..... 120
2.2.1.3 Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ..... 120
2.2.1.4 Zügelung des Essens (Diätverhalten) ..... 121
2.2.1.5 Bulimische Symptomatik ..... 121
2.2.1.6 Hunger- und Sättigungsgefühl ..... 122
2.2.1.7 Negative Wahrnehmung des Essens ..... 122
2.2.1.8 Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung ..... 123
2.2.1.9 Essgeschwindigkeit ..... 124
2.2.1.10 Einstellung zu Sport ..... 124
2.2.1.11 Menstruation ..... 125
2.2.2 Soziale Kompetenzen und soziale Integration ..... 125
2.2.2.1 Angst vor eigenen Fehlern und Kritik ..... 126
2.2.2.2 Fordern können ..... 126
2.2.2.3 Kontaktangst ..... 127
2.2.2.4 Konfliktvermeidung ..... 127
2.2.2.5 Gefühle der Einsamkeit und Isolation ..... 128
2.2.2.6 Zufriedenheit mit Beziehungen ..... 128
2.2.2.7 Gruppenzugehörigkeit ..... 129
2.2.3 Komorbide Symptomatik der Essstörung ..... 129
2.2.3.1 Negative Selbstbeurteilung ..... 130
2.2.3.2 Positive Selbstbeurteilung ..... 130
2.2.3.3 Selbstwirksamkeit ..... 131
2.2.3.4 Zwanghaftigkeit ..... 131
2.2.3.5 Depressivität ..... 132
2.2.3.6 Suizidalität ..... 133
2.2.3.7 Bedürfnis nach Kontrolle (Ernährung, Essen, Gefühle, Körper und Person) ..... 133
2.2.3.8 Kontrollwahrnehmung ..... 134
2.2.3.9 Negatives psychisches Befinden / Stimmung ..... 134

2.3 Statistische Anmerkungen ..... 135

3 Ergebnisse der Studie ..... 138

3.1 Vergleiche zwischen den weiblichen Jugendlichen der Normstichprobe und den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe ..... 138
3.1.1 Vergleiche zwischen essgestörten und nicht-essgestörten weiblichen Jugendlichen in Bezug auf die anorektische und bulimische Symptomatik, die sozialen Kompetenzen und soziale Integration und die komorbide Symptomatik der Essstörung ..... 138
3.1.1.1 Die anorektische und bulimische Symptomatik in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe ..... 140

3.1.1.2 Die sozialen Kompetenzen und soziale Integration in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe ..... 142
3.1.1.3 Die komorbide Symptomatik der Essstörung in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe ..... 142
3.1.2 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe ... 144
3.1.2.1 Zusammenhänge zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung in den drei Stichproben ..... 144
a) Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben ..... 144
b) Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben ..... 146
c) Zusammenhänge zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben ..... 148
3.1.2.2 Zusammenhänge zwischen den Facetten des Selbstkonzeptes und den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung in den drei Stichproben ..... 152
a) Zusammenhänge zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben ..... 152
b) Zusammenhänge zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben ..... 154
c) Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeit und relevanten Konstrukten in den beiden klinischen Stichproben ..... 155
3.1.2.3 Diskussion der Ergebnisse ..... 159
3.1.3 Risiko- und Einflussfaktoren für die Entstehung essstörungsspezifischer Symptome (Bereiche des Körperkonzeptes und des Selbstkonzeptes) ..... 162
3.1.3.1 Vorhersage der Bereiche des Körperkonzeptes ..... 162
a) Vorhersage der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung ..... 162
b) Vorhersage der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ..... 165
c) Vorhersage der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ..... 168
3.1.3.2 Vorhersage der Bereiche des Selbstkonzeptes ..... 171
a) Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung ..... 171
b) Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung ..... 173
c) Vorhersage der Selbstwirksamkeit ..... 176
3.1.3.3 Vorhersage ausgewählter Konstrukte ..... 177
a) Vorhersage der Zügelung des Essens (Diätverhalten) ..... 177
b) Vorhersage des Body Mass Index bei Eintritt ..... 180
c) Vorhersage des Body Mass Index bei Austritt ..... 181
d) Vorhersage der Bulimischen Symptome ..... 183
e) Vorhersage des Vorhandenseins einer Essstörung ..... 185
f) Vorhersage der Ausprägung einer Anorexia nervosa oder einer Bulimia nervosa 185
3.1.3.4 Diskussion der Ergebnisse ..... 186

3.2 Exkurs: Vergleiche zwischen den Frauen und Männern der Normstichprobe ..... 187
3.2.1 Vergleiche zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen der Normstichprobe in Bezug auf die anorektische und bulimische Symptomatik, die sozialen Kompetenzen und soziale Integration und die komorbide Symptomatik der Essstörung ..... 187
3.2.1.1 Die anorektische und bulimische Symptomatik bei den Männern und Frauen der Normstichprobe ..... 187

3.2.1.2 Die sozialen Kompetenzen und soziale Integration bei den Männern und Frauen der Normstichprobe ..... 188
3.2.1.3 Die komorbide Symptomatik der Essstörung bei den Männern und Frauen der Normstichprobe ..... 188
3.2.2 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung bei den Männern und Frauen der Normstichprobe ..... 189
3.2.2.1 Zusammenhänge zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Esstsörung bei den Männern und Frauen der Normstichprobe 190
a) Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und relevanten Konstrukten bei den Männern der Normstichprobe ..... 190
b) Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und relevanten Konstrukten bei den Männern der Normstichprobe ..... 190
c) Zusammenhänge zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und relevanten Konstrukten bei der männlichen Normstichprobe ..... 191
3.2.2.2 Zusammenhänge zwischen den Facetten des Selbstkonzeptes und den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Esstsörung bei den Männern und Frauen der Normstichprobe 193
a) Zusammenhänge zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und relevanten Konstrukten bei den Männern der Normstichprobe ..... 193
b) Zusammenhänge zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und relevanten Konstrukten bei den Männern der Normstichprobe ..... 194
3.2.3 Risiko- und Einflussfaktoren für die Entstehung essstörungsspezifischer Symptome (Bereiche des Körperkonzeptes und des Selbstkonzeptes) ..... 196
3.2.3.1 Vorhersage der Bereiche des Körperkonzeptes ..... 196
a) Vorhersage der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung ..... 196
b) Vorhersage der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ..... 196
c) Vorhersage der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ..... 197
3.2.3.2 Vorhersage der Bereiche des Selbstkonzeptes ..... 198
a) Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung ..... 198
b) Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung ..... 198
3.2.3.3 Vorhersage ausgewählter Konstrukte ..... 199
a) Vorhersage der Zügelung des Essens (Diätverhalten) ..... 199
b) Vorhersage des BMI ..... 200

3.3 Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland ..... 201
3.3.1 Beobachtete Veränderungen bei Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen ..... 202
3.3.1.1 Vergleich zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bei Ein- und Austritt 203
3.3.1.2 Beobachtete Veränderungen nach dem stationären Aufenthalt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 206
a) Beobachtbare Veränderungen zwischen Ein- und Austritt nach bei den Anorektikerinnen ..... 206
b) Beobachtbare Veränderungen zwischen Ein- und Austritt bei den Bulimikerinnen ..... 208
c) Vergleich der beobachteten Veränderungen zwischen Ein- und Austritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 210

d) Beantwortung und Diskussion der Hypothesen ..... 210
3.3.1.3 Vergleich der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe bei Austritt mit der weiblichen Normstichprobe ..... 212
a) Vergleich zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe bei Austritt ..... 212
b) Vergleich zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe bei den katamnestischen Erhebungszeitpunkten ..... 215
3.3.1.4 Bestimmung der Qualität des Zustandes der Klientin bei Austritt ..... 220
a) Bestimmung des Heilungserfolgs der klinischen Population mit dem General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) ..... 221
b) Entwicklung eines neuen Klassifikationssystems für den Krankheitszustand der klinischen Klientinnen ..... 222
c) Vergleich des General Outcome Scores und des neuen Klassifikationssystems ..... 226
d) Anwendung des neuen Klassifikationssystems für den Krankheitszustand der klinischen Klientinnen bei Eintritt ..... 227
e) Auswirkungen der beiden Klassifikationssysteme auf die sechs Erhebungszeitpunkte ..... 228
3.3.2 Beobachtete Verlaufsunterschiede zwischen verschiedenen Klientinnengruppen (Drop-outs vs. vollständige Datensätze, ein vs. mehrere stationäre Aufenthalte und zweiwöchiger „Brechentzug“ vs. längerer Aufenthalt) ..... 231
3.3.2.1 Verlaufsunterschiede bei Drop-outs und Klientinnen mit einem vollständigen Datensatz 232
a) Skalenunterschiede bezüglich Vollständigkeit der Daten bei Eintritt ..... 232
b) Skalenunterschiede bezüglich Vollständigkeit der Daten bei Austritt ..... 235
3.3.2.2 Verlaufsunterschiede bei Klientinnen mit einem Aufenthalt und Klientinnen mit mehreren Aufenthalten ..... 238
a) Skalenunterschiede bezüglich Anzahl der Aufenthalte bei Eintritt ..... 238
b) Skalenunterschiede bezüglich Anzahl der Aufenthalte bei Austritt ..... 241
3.3.2.3 Verlaufsunterschiede bei Bulimikerinnen, die einen zweiwöchigen „Brechentzug“ machen und solchen mit einem längeren Aufenthalt ..... 243
a) Skalenunterschiede bezüglich Art des Aufenthaltes bei Eintritt ..... 244
b) Skalenunterschiede bezüglich Art des Aufenthaltes bei Austritt ..... 246
3.3.3 Analyse der vollständigen Verläufe der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe bis zwei Jahre nach Austritt ..... 249
a) Anorektische und bulimische Symptomatik ..... 249
- Negative körperliche Selbsteinschätzung ..... 249
- Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ..... 251
- Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ..... 253
- Zügelung des Essens (Diätverhalten) ..... 256
- Bulimisches Verhalten ..... 258
- Einstellung zu Sport ..... 260
- Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl ..... 262
- Negative Wahrnehmung des Essens ..... 263
- Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen ..... 266
- Essgeschwindigkeit ..... 267

b) Soziale Kompetenzen und Integration ..... 269
- Angst vor eigenen Fehlern und Kritik ..... 269
- Fordern können ..... 271
- Kontaktangst ..... 273
- Konfliktvermeidung ..... 275

- Gefühle der Einsamkeit und Isolation ..... 276
- Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ..... 278
- Zufriedenheit mit Peerbeziehungen ..... 279
- Gruppenzugehörigkeit ..... 281

c) Komorbide Symptomatik der Essstörung ..... 283

- Negative Selbstbeurteilung ..... 283
- Positive Selbstbeurteilung ..... 284
- Selbstwirksamkeit ..... 286
- Zwanghaftigkeit ..... 287
- Depressivität ..... 289
- Suizidalität ..... 291
- Bedürfnis nach Kontrolle ..... 293
- Kontrollwahrnehmung ..... 294
- Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung ..... 296
- Introversion / Extraversion ..... 298
- Body Mass Index (BMI) ..... 300

3.3.3.1 Beantwortung und Diskussion der Hypothesen zum Verlauf ..... 301

4 Diskussion ..... 305

4.1 Abschliessende Diskussion der Ergebnisse der Studie ..... 305
4.2 Implikationen der Ergebnisse der Evaluation des Angebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen auf den therapeutischen Alltag ..... 307
4.3 Methodische und statische Begrenzungen der Studie ..... 310

Literaturverzeichnis ..... 314

Anhang ..... 332
Verzeichnis der Tabellen ..... 332
Verzeichnis der Abbildungen ..... 337
Evaluationsfragebogen der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen ..... 340
Fremdbeobachtungsfragebogen für die Betreuerinnen der WG ..... 356
Übersicht über die einzelnen Items der Skalen des Fremdbeobachtungsfragebogens mit dazugehörigen Kennwerten der Reliabilitätsanalyse ..... 363
Fragebogen für die Erhebung der Normstichprobe ..... 365
Curriculum Vitae ..... 374

# Einleitung und Problemstellung

Seit Jahrhunderten setzen sich Philosophen, Denker, Forscher und Psychologen mit der Frage der menschlichen Existenz und damit verbunden dem Zusammenspiel zwischen Körper und Seele auseinander. So erklärte bereits im vierten Jahrhundert vor Christus Sokrates, dass man den Körper nicht ohne Seele behandeln könne. Diese Sicht hatte jedoch wenig Anziehungskraft und gipfelte sogar darin, dass Descartes im 17. Jahrhundert den so genannten Leib-Seele-Dualismus begründete und damit bekräftigte, dass der Geist und die Seele vom Körper losgelöst seien.

In der westlichen Gesellschaft des 20. Jahrhunderts rückte die Bedeutung des Körpers wieder stark in den Vordergrund und Schlankheit wird oft mit Gesundheit, Schönheit und Erfolg gleichgesetzt und als etwas betrachtet, was durch das einzelne Individuum aktiv verändert werden kann. Die Individuen in den westlichen Gesellschaften setzen sich sehr stark mit der Bedeutung und Funktion der Lebensmittelaufnahme und den Auswirkungen auf ihren Körper und ihr Aussehen auseinander. Dabei stellt sich schnell einmal die Frage, ob eine gewisse Sorge um das eigene Aussehen und die Beschäftigung damit, wie viel man isst, bereits als krank angesehen werden muss oder noch ein gesundes und normales Verhalten darstellt.

Die enge Verknüpfung zwischen Seele und Körper zeigt sich akzentuiert beim Störungsbild der Essstörungen, die durch mediales Interesse auch einer breiten Bevölkerung bekannt wurden. Die Symptome der Essstörungen lösen bei den Betroffenen oft grosse Schuld- und Schamgefühle aus, können aber auch total verharmlost und negiert werden. Bei Angehörigen kann eine Essstörung Befremden, Unverständnis und sogar Ablehnung hervorrufen. Der Kern der Essstörung, nämlich die krankhafte Angst vor einer Gewichtszunahme ist oft für Aussenstehende nicht nachvollziehbar. Für viele ist es auch unverständlich, wie eine abgemagerte Anorektikerin in vollem Ernst behaupten kann, dass sie sich zu dick fühlt. Diese Störung, die in der Fachliteratur als Körperkonzeptstörung bezeichnet wird, führt den Zusammenhang von Körper und Psyche deutlich vor Augen: Eine körperliche Beschaffenheit kann auf der psychischen Ebene zu Annahmen, Gefühlen und Überzeugungen führen, die verzerrt sind.

Die Auseinandersetzung mit dem Störungsbild der Essstörung ist insofern wichtig, dass gerade die Anorexia nervosa die grösste Mortalitätsrate aufweist. Auch hier zeigt sich wieder die enge Verflechtung zwischen Körper und Seele, denn durch die übermässige Angst, zu dick zu werden, kommt es zu einer selbstinduzierten Gewichtsabnahme, die für die Betroffene lebensbedrohlich werden kann. Das bedeutet, dass es durch die psychische Störung direkt zu medizinischen

Komplikationen kommen kann, die ihm Rahmen der Anorexia, aber auch im Rahmen der Bulimia nervosa beobachtet werden können.
Besorgniserregend ist die Beobachtung, dass vor allem adoleszente Frauen von Essstörungen betroffen sind und es scheinbar zu einer kontinuierlichen Zunahme dieses Krankheitsbildes gekommen ist. Deshalb ist es sehr wichtig, dass Präventionsprogramme und therapeutische Behandlungsansätze entwickelt werden, die sich mit diesem Störungsbild auseinandersetzen.
Die vorliegende Studie setzt sich mit dem Zusammenspiel zwischen Körper und Psyche auseinander und geht verschiedenen Fragen nach, die die Abgrenzung zwischen einer normalen und einer essgestörten Entwicklung zu beleuchten versuchen. Zudem wird ein Behandlungsprogramm evaluiert, welches speziell für die Therapie der Essstörungen entwickelt wurde. Ein Hauptaugenmerk ist dabei auf die verschiedenen Bereiche des Körperkonzeptes und des Selbstkonzeptes gerichtet. Die Zusammenhänge zwischen diesen beiden Konzepten werden in einer klinischen und einer Normstichprobe untersucht.
Aufgrund dieser Überlegungen geht es im ersten Teil der Arbeit um den Vergleich einer klinischen, essgestörten Population mit einer (weiblichen) Normstichprobe. Verschiedene Fragestellungen werden erörtert, so die Frage nach Unterschieden zwischen den beiden Stichproben, nach den Zusammenhängen zwischen verschiedenen Bereichen der anorektischen und bulimischen Symptomatik mit den Körpererfahrungen und den Selbsterfahrungen, wie auch die Frage, ob und wie man solche verzerrten Körpererfahrungen und Selbstkonzeptstörungen vorhersagen könnte.
In einem zweiten Teil dieser Arbeit geht es um die Evaluation eines therapeutischen Konzeptes, welches in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland entwickelt wurde. Es besteht die dringende Notwendigkeit, neue Behandlungskonzepte zu entwickeln und diese auch zu überprüfen und abzusichern. Nur dadurch kann gewährleistet werden, dass die Betroffenen die richtige Behandlung erhalten und sie ihre Symptome aufgeben können.

In den folgenden Ausführungen werden zu Beginn theoretische Konzepte im Zusammenhang mit Essstörungen diskutiert. Ein Augenmerk ist dabei auf die Körpererfahrungen gerichtet und die häufig beobachteten Störungen des Körperkonzeptes bei anorektischen und bulimischen Jugendlichen. Es geht um die Darstellung dieser Symptome und den therapeutischen Umgang mit solchen Problemen. Dabei werden verschiedene Behandlungsansätze vorgestellt und auch Implikationen für die Prävention. In einem zweiten, methodischen Teil geht es um die Darstellung der untersuchten Stichproben und die Operationalisierung der Fragestellung mit Hilfe eines Fragebogens. In einem dritten Teil werden dann die Ergebnisse der Studie dargestellt und die zu

Beginn der Arbeit formulierten Hypothesen diskutiert und erläutert. Dabei werden zuerst die Ergebnisse des Vergleiches der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe dargestellt und im Anschluss daran in einem Exkurs die Ergebnisse des Vergleiches zwischen Männern und Frauen. In einem weiteren Teil wird die Evaluation des Therapieprogramms der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen erörtert. Im abschliessenden vierten Teil werden methodische Einzigartigkeiten der vorliegenden Studie diskutiert, wie auch Implikationen der Ergebnisse für den therapeutischen Alltag aufgezeigt.

# 1. Theoretische Einführung und Grundlagen

## 1.1 Überblick über die Essstörungen

In diesem ersten Unterkapitel geht es um eine Einführung in die Theorie der Essstörungen. Die beiden klinisch beobachtbaren Essstörungen der Anorexia und Bulimia nervosa werden deskriptiv beschrieben und dargestellt. Danach folgt im zweiten Unterkapitel die Diagnostik der Essstörungen.
In jüngster Zeit wurde von vielen Autoren vorgeschlagen, dass es sich beim klinischen Bild der Anorexia und Bulimia nervosa um Endpunkte auf einem Kontinuum von Essverhalten handelt (Smolak & Striegel-Moore, 1996; Levine, Smolak & Striegel-Moore, 1996; Button, 1993; Hsu, 1990). Diese Ansicht wird als Kontinuums- oder Spektrumsmodell der Essstörungen bezeichnet. Das Kontinuum reicht dabei von einem normalen Essverhalten bis zum Vollsyndrom der Anorexia oder Bulimia nervosa. Hesse-Biber (1996) betont, dass auch viele nicht-essgestörte Frauen aufgrund von kulturellem Druck und in unserer Gesellschaft herrschenden Schönheitsidealen Verhaltensweisen zeigen, die für essgestörte Frauen typisch sind. In diesem Zusammenhang spricht man von einer subklinischen, partiellen, subdiagnostischen oder atypischen Esssymptomatik. Die Prävalenz dieser partiellen Syndrome ist wahrscheinlich um einiges höher als diejenige für das Vollsyndrom (Järmann, 2000). Bei einer grossen Anzahl von Jugendlichen kann das Diätverhalten als entwicklungsbedingtes Verhalten ohne ungünstige Konsequenzen betrachtet werden und somit als vorübergehende Erscheinung (Narring et al., 2004; Waadegaard & Petersen, 2002). Einige Mädchen zeigen jedoch ernsthafte Probleme im Bereich der Zügelung des Essens und eine Minderheit entwickelt dann auch ein klinisch voll ausgeprägtes Bild einer Essstörung.
Das Verhalten von Klientinnen mit Essstörungen scheint jeglichem biologischen Verhalten entgegengesetzt zu sein. Die Anorektikerinnen schränken ihre Nahrungsaufnahme so drastisch ein, dass sie ernsthafte Risiken in Kauf nehmen, an Unterernährung zu sterben und die Bulimikerinnen essen bis an die Grenzen der körperlichen Belastbarkeit.
In den folgenden Ausführungen beschränke ich mich auf die Bulimia und Anorexia nervosa, obwohl es auch noch andere Essstörungsformen gibt, wie zum Beispiel die Binge Eating Störung oder Adipositas.

### 1.1.1 Das klinische Bild der Anorexia nervosa

Schon früh wurde von vielen Autoren darauf hingewiesen, dass der Begriff der „Anorexia" irreführend ist, da er „Mangel an Appetit" bedeutet (Hsu, 1990). Bruch (2002) formulierte dies treffend: Magersüchtige leiden nicht unter einem Appetitmangel, sondern „unter der panikartigen Furcht vor Gewichtszunahme" (Bruch, 2002, 23). Heute geht man davon aus, dass die Anorexia nervosa eine psychische Erkrankung ist, die durch einen schweren, selbst herbeigeführten Gewichtsverlust gekennzeichnet ist und der Weigerung, das normale Körpergewicht zu halten. Die Klientinnen haben grosse Angst vor einer Gewichtszunahme und eine erhebliche Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körperumfanges („Diät-Störung" nach Beaumont & Touyz, 2003). Sie zeigen eine ausgeprägte Verleugnung ihrer Krankheit und der Gefahren medizinischer Komplikationen (Button, 1993). Häufig sind bei den Klientinnen zwanghafte Tätigkeiten, wie zum Beispiel sportliche Aktivitäten, um Kalorien abzubauen zu beobachten (Gerlinghoff & Backmund, 2001).

Wie wir bereits gesehen haben, weigern sich Anorektikerinnen ein Minimum des normalen Körpergewichtes zu halten. Der damit verbundene Gewichtsverlust wird durch eine strenge und selektive Nahrungsaufnahme erreicht, indem zum Beispiel fettmachende Nahrungsmittel und Kohlenhydrate vermieden werden. Neben dieser selektiven Nahrungsaufnahme gibt es auch Anorektikerinnen, die Laxantien, Diuretika, Erbrechen oder eine übermässige Bewegungsaktivität als Gewichtsregulans benutzen. Diese Handlungen können als verdeckte gegensteuernde Massnahmen bezeichnet werden.

Durch das Hungern entstehen bei fast allen Menschen ähnliche psychische und physische Reaktionen, die auch schon Bruch (2001, 2002) beschrieb und die in der exemplarischen Minnesota-Studie erstmals festgehalten wurden (Keys, Brozek, Henschel, Mickelson & Taylor, 1950). Bruch unterteilte die Hungerperiode in zwei Phasen: Die erste Phase ist durch die ständige Beschäftigung mit Lebensmitteln, den Verlust sexuellen Verlangens, jeglicher emotionaler Reaktionen, sozialer Rücksichtsnahme und zunehmenden Egoismus gekennzeichnet. Die zweite Phase hingegen ist charakterisiert durch Passivität, Apathie, sozialen Rückzug, erhöhte Reizbarkeit und Aggressivität. Die nachfolgende Tabelle (vgl. Tabelle 1) gibt einen kurzen Überblick über mögliche psychische und physische Konsequenzen von reduzierter Nahrungsaufnahme. Inwieweit die verschiedenen Konsequenzen Folge oder Ursache der restriktiven Nahrungsaufnahme und des damit verbundenen Gewichtsverlustes sind, lässt sich nicht eindeutig sagen.

**Tabelle 1: Physische und psychologische Konsequenzen von reduzierter Nahrungsaufnahme (Meier, 2003; Claude-Pierre, 2001; Gerlinghoff & Backmund, 2000a)**

| Psychologische Konsequenzen | Physische Konsequenzen |
|---|---|
| • Angst<br>• Depression<br>• Stimmungsschwankungen<br>• Gefühle der Inadäquatheit<br>• Irritiabilität<br>• Sozialer Rückzug<br>• Andauernde und übermässige Beschäftigung mit Nahrung / Kalorientabellen<br>• Schlechte Konzentrationsfähigkeit und Aufmerksamkeit<br>• Hypersensibilität auf Geräusche<br>• Zwangsgedanken, Zwanghaftigkeit und zunehmender Perfektionismus<br>• „Negativismussyndrom“: komplexe Denkmuster und fixierte Gedankenketten | • Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruation)<br>• Trockene Haut<br>• Lanugo Behaarung (starke Körperbehaarung)<br>• Haarausfall<br>• Osteoporose<br>• Ödeme (Wasseransammlungen im Gewebe) aufgrund des gestörten Elektrolythaushaltes<br>• Müdigkeit<br>• Hypothermia<br>• Veränderungen im Blutbild<br>• Verminderte Darmtätigkeit<br>• Bradykardie (verlangsamter Herzschlag) und Herzrhythmusstörungen)<br>• Gefahr von Nierenversagen<br>• Gefahr von Leberversagen<br>• Extreme Blutdruckschwankungen<br>• Schlaflosigkeit |

Im Zusammenhang mit der Anorexia nervosa wird immer wieder auf emotionale Dysfunktionen hingewiesen. Schon früh wurde als Merkmal der Anorexia nervosa die Alexthymia beschrieben, das heisst, eine Störung der Verarbeitung emotionaler Reize. Zonnevijlle-Bendek, van Goozen, Cohen-Kettenis, van Elburg und van Engeland (2002) konnten zeigen, dass auch jugendliche Anorektikerinnen Schwierigkeiten haben, Gefühle zu identifizieren und zu benennen. Die Autoren vermuten, dass diese Schwierigkeiten mit Problemen in der eigenen Gefühlswahrnehmung verbunden sein könnten. Neben emotionalen Dysfunktionen sind auch die intellektuellen Fähigkeiten dieser Jugendlichen auffallend, die meistens gut bis sehr gut sind. Bruch (2002) geht davon aus, dass die guten akademischen Leistungen, die die Anorektikerinnen erbringen, vor allem auf Fleiss und grosse Anstrengung zurückzuführen sind. Das bedeutet, dass sich die Anorektikerinnen eine enorme Wissensmenge aneignen können, in ihren Denkfunktionen aber oftmals auf einem frühen Entwicklungsniveau stehen geblieben zu sein scheinen. Bruch (2002) gibt eine ziemlich detaillierte Umschreibung der Essstörung Anorexie: Sie beschreibt Anorektikerinnen aus ihrer Erfahrung als Individuen, die immer den Erwartungen anderer zu entsprechen versuchen. Die Familien, aus denen die Mädchen stammen, scheinen nach aussen hin normal zu sein. Die Eltern bezeichnen ihre Ehe selbst als stabil und nur wenige sind geschieden. Es handelt sich meist um eher kleine Familien und es gibt nur einen geringen Anteil an männlichen Geschwistern. Magersüchtige Mädchen, die Brüder hatten, waren meistens die jüngsten Kinder. In den Familien wird Wert auf höfliches Verhalten gelegt und Gefühle, vor allem negative, werden selten geäussert. Die Eltern erwarten von diesen Mädchen häufig nicht nur in Bezug auf äussere Erscheinung und gutes Verhalten viel, sondern auch gute akademische Leistungen. Die Klientin wird oft nicht als Individuum mit eigenen Bedürfnissen angesehen, sondern als jemand, der den Erwartungen der Eltern genügen sollte.

Das klinische Bild der Anorexia nervosa zeigt sich ziemlich eindeutig als Furcht von einer Gewichtszunahme, die auf der Verhaltensebene zu der Weigerung führt, ein minimales Normalgewicht zu halten. Die klinischen Beobachtungen dieser ausgehungerten Mädchen führten zur Formulierung der diagnostischen Kriterien, die die Furcht vor der Gewichtszunahme einschliesst und noch andere Kriterien umfasst (vgl. 1.2.1 Diagnostische Leitlinien der Anorexia nervosa). Im nächsten Abschnitt geht es aber zuerst um das klinische Bild der Bulimia nervosa und die Abgrenzung von der Anorexia nervosa.

### 1.1.2 Das klinische Bild der Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa ist unabhängig von der Anorexia nervosa seit Beginn der 80er Jahre auch diagnostisch verankert. Kennzeichnend für die Bulimia nervosa sind drei klinische Symptome:

1) In unkontrollierten und wiederholten Essattacken werden in kurzer Zeit grosse Mengen an meist hochkalorischer Nahrung zu sich genommen.
2) Eine übermässige Besorgtheit um Gewicht und Körperform, das heisst, eine von Körperfigur und Gewicht abhängige Selbstbewertung.
3) Extreme und unangepasste kompensatorische und gewichtskontrollierende Strategien wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparate und Diuretika.

Selbstherbeigeführtes Erbrechen hat historisch betrachtet eine lange Tradition: Schon bei den Griechen war Erbrechen im Kontext von sozialen und religiösen Handlungen bekannt und im römischen Reich wurde die Bulimie dann als soziales Ritual aufgenommen und auch in der Architektur der Häuser berücksichtigt, indem ein „Vomitatrium“ gebaut wurde. Auch während des Mittelalters wurde selbstherbeigeführtes Erbrechen vor allem bei religiösen Riten gebraucht, um sich von Sünden zu befreien (Giannini, 1993).

Vor allem die Essattacken führten zur Bezeichnung der Bulimia nervosa: „Bulimia“ bedeutet so viel wie „Stier- oder Ochsenhunger“. Im Unterschied zu den Anorektikerinnen haben die Bulimikerinnen meist ein normales Körpergewicht, da die Essattacken hochkalorisch sind und auch mit den gegensteuernden Massnahmen der Essanfall nicht ganz rückgängig gemacht werden kann. Diese kompensatorisch eingesetzten gegensteuernden Massnahmen nach den Essattacken führen bei der Bulimia nervosa zu weit reichenden psychischen und physischen Konsequenzen (vgl. Tabelle 2).

**Tabelle 2: Körperliche und psychische Begleiterscheinungen der Bulimia nervosa (Meier, 2003; Claude-Pierre, 2001)**

| Psychologische Konsequenzen | Physische Konsequenzen |
|---|---|
| • Depression<br>• Schuld<br>• Selbstzweifel<br>• Geringes Selbstbewusstsein<br>• Scham<br>• Affektive Labilität (geringe Belastbarkeit) | • Menstruationsstörungen (Verminderung oder Aussetzen)<br>• Dehydrierung (Flüssigkeitsverlust)<br>• Elektrolytstörungen<br>• Nieren- und Leberschäden<br>• Herzrhythmusstörungen<br>• Magenerweiterungen, Magendurchbruch<br>• Entzündungen der Speiseröhre<br>• Karies |

Bulimikerinnen essen oft alleine und im Geheimen, spät abends und ohne Hunger und Freude am Essen. Sie verschlingen das Essen und diese Essattacken führen meist zu Gefühlen der Traurigkeit, Scham und schlechtem Gewissen. Diese Gefühle können eine Quelle für generelle emotionale Belastungen sein (Hay, 2003; Hayaki, Friedman & Brownell, 2002a, 2002b). Aber auch die gegensteuernden Massnahmen sind sehr stark schambesetzt und dies führt oft dazu, dass die Bulimikerinnen ihre Symptomatik lange verheimlichen (Alpers & Tuschen-Caffier, 2001).

Viele Bulimikerinnen haben mit der Zeit finanzielle Probleme und machen in der Folge Schulden (bei Freunden oder Familie) oder stehlen Geld oder Lebensmittel, um ihre Gier nach Essen zu stillen (Goldner, Geller, Birmingham & Remick, 2000).

Das klinische Bild der Bulimia nervosa unterscheidet sich auf den ersten Blick eindeutig vom klinischen Bild der Anorexia nervosa. Die Bulimikerinnen sind in einen Teufelskreis von Essanfällen und anschliessenden kompensatorischen Verhaltensweisen verstrickt. Sie berichten wie die Anorektikerinnen von einer enormen Angst vor einer Gewichtszunahme und zeigen ausgeprägte dysfunktionale Annahmen über Gewicht und Figur. Die Symptomatik der Bulimia nervosa lässt sich aber sehr viel länger verheimlichen, da sie sich nicht schnell auf der körperlichen Ebene zeigt wie die Anorexia nervosa.

Auch diese Beobachtungen aus der klinischen Arbeit mit Bulimikerinnen wurden in den diagnostischen Manualen berücksichtigt. Im nächsten Unterkapitel geht es nun um die Darstellung dieser gängigen Diagnostische Leitlinien.

## 1.2 Diagnostische Leitlinien

Obwohl man auf den ersten Blick davon ausgehen könnte, dass Essstörungen klar und eindeutig erkennbar sind und deshalb leicht diagnostiziert werden können, sieht es in der klinischen Praxis etwas anders aus. Klientinnen konsultieren meist zuerst einen Hausarzt und werden dort häufig nicht als essgestört erkannt und diagnostiziert. Dies hängt oft damit zusammen, dass sie sich wegen

physischen und psychischen Beschwerden melden, die in keiner Weise mit der Essstörung im Zusammenhang zu stehen scheinen. Die Diagnose der Anorexia nervosa scheint im Gegensatz zur Diagnose der Bulimia nervosa einfacher zu stellen, denn meist werden die Klientinnen erst dann vorstellig, wenn es bereits zu einer deutlichen Abmagerung kam. Aber auch hier stellt sich das Problem, dass bei Klientinnen im vorpubertären Alter häufig keine Anorexia nervosa diagnostiziert wird, weil man irrtümlich davon ausgeht, dass eine Verlangsamung der pubertären Entwicklung vorliegt.

Um Diagnosekriterien für Essstörungen herauszuarbeiten, die Aussagen über Ätiologie, Pathogenese, Prognose und Therapieauswahl ermöglichen, wurden Studien mit essgestörten und nicht-essgestörten Individuen gemacht (De Zwaan, 2000). So zeigte sich zum Beispiel, dass das Gewicht und auch der Wunsch nach einer Gewichtsreduzierung noch keine hinreichenden Kriterien für die Diagnose einer Essstörung sind (Forster, 2002). Auch Frauen und weibliche Jugendliche aus der Normalbevölkerung wären gerne schlanker, tun aber meist nicht sehr viel dafür. Auch die Unzufriedenheit mit der Körperform ist kein Kriterium, um zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Individuen zu unterscheiden (Goldfein, Walsh & Midlarsky, 2000).

Eine diagnostische Gemeinsamkeit zwischen der Anorexia und der Bulimia nervosa ist die gedankliche Fixierung auf die Themen Gewicht und Essen und die extreme Abhängigkeit des Selbstwertes vom Gewicht auf der Waage, dem eigenen Aussehen und der Figur (Fairburn & Harrison, 2003). Das Hungern ist ein spezifisches Merkmal der Anorexia nervosa, aber sowohl Anorektikerinnen als auch Bulimikerinnen gebrauchen beide extreme Diätmassnahmen und auch Anorektikerinnen leiden häufig unter Essattacken (Hesse-Biber, 1996).

Diagnostisch relevant ist das Phänomen der Übergänge zwischen den beiden Störungsbildern. Dieses „Crossover“ haben verschiedene Autoren in Verlaufsuntersuchungen nachweisen können (vor allem der Wechsel von einer Anorexia nervosa zu einer Bulimia nervosa) und man geht einem Übergang zwischen der Anorexie und Bulimie bei 10 bis 50 % der Betroffenen aus (Fichter & Quadflieg, 1995; Van Engeland, Van der Ham, Van Furth & Van Strien, 1995). Nach Bulik, Sullivan, Fear und Pickerin (1997) gibt es einige Prädiktoren für die Entwicklung einer Bulimia nervosa nach einer anfänglichen anorektischen Phase: prämorbide Angststörungen in der Kindheit, Missbrauchserfahrungen und die Präsenz von subklinischen Symptomen. Die Autoren gehen davon aus, dass der Übergang von einer Anorexia nervosa in eine Bulimia nervosa für einige Individuen einen natürlichen Verlauf darstellen könnte. Durch die Entwicklung einer Bulimia nervosa kann nämlich der Kern der Essstörung beibehalten werden, aber die bulimische Symptomatik ist nicht mit so viel negativer Aufmerksamkeit verbunden wie die Symptome der Anorexie (Übergang von einer „sichtbaren“ zu einer „unsichtbaren“ Krankheit“). Köpp und Wegschneider (2000) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „Defektheilung“. Häufig handelt es sich bei diesen Klientinnen,

die einen Wechsel von der Anorexie in die Bulimie zeigten auch um Klientinnen, die einen tieferen BMI hatten, aber nicht die Diagnosekriterien für eine Anorexie erfüllten (Vaz, Guisado & Peñas-Lledó, 2003). Diese Klientinnen scheinen einige klinische Eigenschaften der Anorexie auch im bulimischen Stadium beizubehalten und können als „Bulimikerinnen mit subklinischem Anorexiestatus“ bezeichnet werden.

Es gibt eine Vielzahl von psychologischen Verfahren, die für die Diagnose einer Essstörung eingesetzt werden können. An dieser Stelle sei nur auf ein Überblicksbuch von Tuschen-Caffier, Pock und Hilbert (2004) hingewiesen. Neben diesen umfassenden psychologischen Verfahren haben einige Autoren auch Screnning-Fragen identifiziert. Cotton, Ball und Robinson (2003) konnten mit vier einfachen Fragen eine Essstörung erkennen. Diese vier Fragen waren die folgenden:

1. Hast Du Angst, dass Du die Kontrolle darüber verloren hast, wie viel du isst?
2. Übergibst Du dich absichtlich, wenn Du Dich unangenehm voll fühlst?
3. Hast Du aktuell oder hattest Du in der Vergangenheit eine Essstörung?
4. Isst Du jemals im Versteckten?

In der klinischen Praxis ist es üblich, sich auf die diagnostischen Leitlinien zu stützen, die für die Anorexia und die Bulimia nervosa entwickelt wurden und die in den folgenden Ausführungen dargestellt werden.

### 1.2.1 Diagnostische Leitlinien der Anorexia nervosa

Bei der Diagnosestellung der Anorexia nervosa spielt das Gewicht eine zentrale Rolle. Heute wird meistens auf den Body Mass Index (BMI) zurückgegriffen. Das Gewichtskriterium für die Diagnose der Anorexia nervosa hat auch zur Folge, dass diese Störung erst dann diagnostiziert wird, wenn sie schon ziemlich schwerwiegend ist (Beaumont & Touyz, 2003). Zudem ist die Anorexia nervosa die einzige psychiatrische Störung, bei der ein endokrinologisches Phänomen (Amenorrhoe) als obligates Symptom für die Diagnose beschrieben wird (Schweiger & Fichter, 2000). In der nachfolgenden Tabelle sind die diagnostischen Kriterien für die Anorexia nervosa nach den beiden gängigen Diagnosesystemen ICD-10 und DSM-IV im Vergleich dargestellt (vgl. Tabelle 3).

**Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV**

| ICD 10 | DSM-IV |
|---|---|
| **Anorexia nervosa: F 50.0**<br>*Kriterien:*<br>Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten oder Quetelet-Index (= Körpergewicht in kg / Körpergrösse in Meter$^2$)von 17.5 oder weniger. Bei Klientinnen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.<br>Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:<br>Vermeidung hochkalorischer Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:<br>Selbst induziertes Erbrechen<br>Selbst induziertes Abführen<br>Übertriebene körperliche Aktivitäten<br>Gebrauch von Appetitzüglern und / oder Diuretika.<br>Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.<br>Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisonspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.<br>Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). | **Anorexia nervosa: 307.1**<br>*Kriterien:*<br>Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergrösse normalen Körpergewichts zu halten (z.B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85 % des zu erwartenden Gewichts).<br>Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.<br>Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.<br>Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinander folgenden Menstruationszyklen. |
| *Differentialdiagnose:*<br>Es können depressive und Zwangssymptome wie auch Merkmale einer Persönlichkeitsstörung vorkommen. Somatische Ursachen eines Gewichtsverlustes bei jungen Klientinnen müssen berücksichtigt werden (chronisch konsumierende Erkrankungen, Hirntumore, Darmerkrankungen wie Morbus Crohn oder Malabsorptionssyndrom).<br><br>**Atypische Anorexia nervosa: F 50.1**<br>Störungen, die einige Kriterien der Anorexia nervosa erfüllen, das gesamte klinische Bild rechtfertigt die Diagnose jedoch nicht. | *Subtypen:*<br>Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmässigen „Essattacken“ gehabt oder hat kein „Purging-„ Verhalten (selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.<br>„Binge-Eating / Purging“-Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmässig Essattacken gehabt und hat Purgingverhalten (selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt. |

Im DSM-IV wird zwischen zwei verschiedenen Subtypen der Anorexia nervosa unterschieden: dem restriktiven Typus und dem „Binge-Eating / Purging“-Typus. Die Klientinnen mit dem restriktiven Typus kontrollieren ihr Gewicht alleine durch eine restriktive Nahrungsmittelaufnahme. Im Gegensatz dazu haben die Anorektikerinnen vom Binge-Eating oder Purging-Typus auch Essattacken und versuchen ihr Gewicht durch Purgingverhalten (selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) zu kontrollieren. Geist, Davis und Heinmaa (1998) konnten zeigen, dass Klientinnen vom Binge-Eating / Purging Typus weniger zufrieden mit ihrem Körper waren und einen stärkeren Drang nach Schlanksein hatten als die Anorektikerinnen vom restriktiven Typus. Es scheint also gewisse Unterschiede zu geben, die eine diagnostische Abgrenzung rechtfertigen.

### 1.2.2 Diagnostische Leitlinien der Bulimia nervosa

Bei der Bulimia nervosa ist ein diagnostisches Merkmal die Einnahme einer grosse Menge von Nahrungsmittel in kurzer Zeit und darauf folgende gegensteuernde und die Gewichtszunahme rückgängig machende Verhaltensweisen, die unangemessen sind (Erbrechen, Hungern, Missbrauch

von Laxantien). In der nachfolgenden Tabelle sind die Diagnosekriterien für die Bulimia nervosa im Vergleich zwischen ICD-10 und DSM-IV dargestellt (vgl. Tabelle 4).

**Tabelle 4: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV**

| ICD 10 | DSM-IV |
|---|---|
| **Bulimia nervosa: F 50.2**<br>*Kriterien:*<br>Andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Klientin hat Essattacken, bei denen grosse Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.<br>Die Klientin versucht dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.<br>Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Klientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze weit unter dem prämorbiden, vom Arzt als optimal oder „gesund" betrachteten Gewicht.<br>Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein oder war eine verdeckte Form mit mässigem Gewichtsverlust und / oder einer vorübergehenden Amenorrhoe. | **Bulimia nervosa: 307.51**<br>*Kriterien:*<br>Wiederholte Episoden von „Fressattacken". Eine „Essattacke"-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:<br>Verzehrt einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb von zwei Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich grösser ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.<br>Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben".<br>Wiederholte Anwendungen von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Massnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermässige körperliche Betätigung.<br>Die „Fressattacken" und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.<br>Figur und Körpergewicht haben einen übermässigen Einfluss auf die Selbstbewertung.<br>Die Störung tritt nicht ausschliesslich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf. |
| *Differentialdiagnose*<br>Störungen des oberen Gastrointestionaltraktes mit wiederholtem Erbrechen.<br>Eine eher allgemeine Störung der Persönlichkeit. Die Essstörung kann etwa mit Alkoholabhängigkeit und kleineren Vergehen (z.B. Ladendiebstahl) verbunden sein.<br>Depressive Störung.<br><br>**Atypische Bulimia nervosa: F 50.3**<br>Störungen, die einige Kriterien der Bulimia nervosa erfüllen, das gesamte klinische Bild rechtfertigt die Diagnose jedoch nicht. | *Subtypen:*<br>„Purging"-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmässig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.<br>„Nicht-Purging"-Typus: Die Person hat währen der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Massnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermässige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmässig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere missbraucht. |
| **Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen: F 50.4**<br>Übermässiges Essen als Reaktion auf belastende Ereignisse (Trauerfälle, Unfälle und Geburt) (= psychogene Essattacken). | |
| **Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen: F 50.5**<br>Wiederholtes Erbrechen bei dissoziativen Störungen und Hypochondrie und Erbrechen, das nicht unter andere Zustandsbilder klassifiziert werden kann. | |
| **Sonstige Essstörungen: F 50.8**<br>Pica bei Erwachsenen, psychogener Appetitverlust | |
| **Nicht näher bezeichnete Essstörung: F 50.9** | **Nicht Näher Bezeichnete Essstörung: 307.50**<br>Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen:<br>Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt, ausser dass die Frau regelmässig Menstruationen hat.<br>Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlusten noch im Normalbereich.<br>Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die „Fressattacken" und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufiger als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten.<br>Die regelmässige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Massnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen.<br>Wiederholtes Kauen und Ausspucken grosser Nahrungsmengen, ohne sie herunterzuschlucken.<br>„Binge-Eating-Störung": Wiederholte Episoden von Fressattacken" ohne die für Bulimia nervosa charakteristischen regelmässigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Massnahmen. |

### 1.2.3 Kritik an den gängigen diagnostischen Leitlinien

An den Klassifikationskriterien der ICD-10 und der DSM-IV wurde wiederholt Kritik geübt. Die Kritik bezieht sich bei der Anorexia nervosa vor allem auf folgende Punkte: der Gewichtsverlust, die Gewichtsphobie, Drang nach Gewichtsabnahme, die endokrinen Störungen, die Unterteilung in eine bulimische und restriktive Form (DSM-IV) und die Körperschemastörung. Bei der Bulimia nervosa werden vor allem die Kriterien des Kontrollverlustes, die Geschwindigkeit der Nahrungsaufnahme, die Grösse des Essanfalls und die erforderliche Frequenz der Essattacken kritisiert (Remschmidt, Gastpar & Senf, 2000).

An dieser Stelle seien einige ausgewählte Kritikpunkte kurz diskutiert:

- *Drang nach Gewichtsabnahme:* Ramacciotti et al. (2002) betonen, dass das Diagnosekriterium des Drangs nach Gewichtsabnahme auf einem Kontinuum betrachtet werden muss. In Kanada und in Italien erreichten 15-20 % der Klientinnen einen tiefen Wert auf der Skala „Drang nach Dünnsein“ und wurden als atypische Gruppe bezeichnet. Die Klientinnen hatten eine weniger starke Psychopathologie, weniger schwere Depressionswerte und höhere Selbstwerte. Die Angst vor einer Gewichtszunahme sollte nach Einschätzung der Autoren deshalb nicht als Diagnosekriterium für eine Essstörung beibehalten werden.
- *Grösse und Geschwindigkeit des Essanfalls:* Legenbauer (2003) weist darauf hin, dass gerade das Diagnosekriterium der Essattacken bei der Bulimia nervosa sehr unklar ist. Sie betont, dass sich in verschiedenen Studien zeigte, dass der subjektiv erlebte Kontrollverlust während den Essattacken ein viel wichtigeres Kriterium darstellte (vgl. De Zwaan, 2000). Lawrence, Campbell, Neiderman und Serpell (2003) haben 147 Spezialisten für Essstörungen befragt und konnten zeigen, dass es einen hohen Konsens unter den Spezialisten für Essstörungen gibt. Diese waren sich einig darüber, was eine grosse Menge von Nahrungsmittel ist. Man könnte also vermuten, dass die Kritik daran, was nun genau eine grosse Menge an Nahrungsmittel ist vor allem dann berechtigt ist, wenn es sich um unerfahrene Diagnostiker handelt oder um Grenzfälle, die zu diagnostizieren sind.

Die gängigen diagnostischen Unterteilungen und Kriterien erhalten durch die Ergebnisse aus wissenschaftlichen Studien nicht nur Kritik, sondern auch Unterstützung. So haben Keel et al. (2004) versucht, die Phänotypen von Essstörungen empirisch zu definieren. Es zeigte sich, dass es vier Klassen von Essstörungen gibt: 1. Restriktive Anorektikerinnen; 2. Anorektikerinnen und Bulimikerinnen, die verschiedene gegensteuernde Massnahmen gebrauchen; 3. Restriktive Anorektikerinnen ohne obsessiv-kompulsive Eigenschaften; 4. Bulimikerinnen, die nur erbrechen und keine anderen gegensteuernden Massnahmen gebrauchen. Dieses Ergebnis kann als Beleg für die gängige diagnostische Unterscheidung angesehen werden.

Die Diagnosekriterien für die Bulimia und Anorexia nervosa stützen sich stark auf die klinischen Bilder dieser beiden Essstörungstypen. Die Diagnosestellung einer Anorexia ist in der Praxis in schwerwiegenden Fällen ziemlich einfach und stützt sich vor allem auf das Gewichtskriterium. Auch die Stellung der Diagnose eines schweren Falls einer Bulimie mit mehrmaligen Ess- und Brechanfällen am Tag ist gut möglich. Schwierig wird aber die Diagnose von Klientinnen, die nicht ein so eindeutiges klinisches Bild zeigen, wie dies in den Diagnosekriterien beschrieben und erwartet wird. Ist eine Jugendliche, die manchmal zu viel isst und dies als Heisshungeranfall erlebt schon bulimisch? Ist eine Jugendliche, die auf ihr Gewicht schaut und nicht zunehmen will auch schon essgestört? Es zeigt sich, dass die Diagnosekriterien für Klientinnen mit einer ausgeprägten Essstörungssymptomatik gut anwendbar sind, aber es einen Graubereich gibt, in dem auch die heute gängigen Diagnosekriterien zu kurz greifen. Heute bezeichnet man solche Fälle meistens als präklinische Fälle, die zwar einige Merkmale zeigen, aber qualitativ oder quantitativ weniger ausgeprägt. Ein weiteres Problem stellt sich bei den Bulimikerinnen, die alle Nahrung und Getränke, die sie zu sich nehmen, wieder erbrechen. Sie verlieren in kürzester Zeit sehr viel an Gewicht und es stellt sich dann die Frage, ob sie dann als Anorektikerinnen diagnostiziert werden müssten, was aufgrund des Gewichtskriteriums ja angezeigt wäre. In diesem Fall helfen die Diagnosekriterien nicht weiter, denn bei beiden Störungsbildern wird eine übermässige Furcht vor einer Gewichtszunahme beschrieben. Diese Problematik führt in der klinischen Praxis dazu, dass vor allem die eindeutigen Fälle diagnostiziert werden und bei vielen anderen Klientinnen mit subklinischen Formen einer Essstörung diese Essstörung nicht diagnostiziert wird.

## 1.3 Die Komorbidität von Essstörungen

In den folgenden Ausführungen wird auf ein Thema eingegangen, welches in Zusammenhang mit Essstörungen immer wieder diskutiert wird: Mit einer Essstörung können klinisch auch noch andere psychiatrische Störungen einhergehen. In diesem Fall wird die Essstörung als komorbide Störung im Rahmen einer anderen psychiatrischen Erkrankung beobachtet (Wade, Bulik, Prescott & Kendler, 2004; O'Brien & Vincent, 2003).

De Zwaan (2000) beschreibt verschiedene mögliche Zusammenhangswirkmechanismen zwischen Essstörungen und komorbiden Störungen: a) Die komorbide Störung hat die gleiche Ätiologie wie die Essstörung, b) das Vorhandensein einer Störung kann die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der anderen Störung erhöhen, c) eine unabhängige Störung verursacht die komorbide Störung und d) die komorbide Störung hat gemeinsame Risikofaktoren wie die Essstörung. Man kann davon

ausgehen, dass Klientinnen, die eine Behandlung in Anspruch nehmen, eine höhere Komorbidität aufweisen als diejenigen, die keine Therapie machen. Ausserdem bekommen vor allem bulimische Klientinnen eine weitere psychiatrische Diagnose.

In den folgenden Ausführungen werden einige klinische Störungsbilder kurz erwähnt, die häufig in Zusammenhang mit Essstörungen auftreten. Die Aufzählung ist in keiner Art und Weise erschöpfend, da in den diagnostischen Klassifikationssystemen unter anderem folgende komorbiden Störungen aufgeführt werden: affektive Störungen (Manie und / oder Depression), Schizophrenien, schizotype und wahnhafte Störungen, Phobien und Ängste, Zwangsstörungen, psychische und Verhaltensstörungen durch psychotrope Substanzen (Alkohol- und Drogenabusus) und spezifische Persönlichkeitsstörungen. Es wurde an dieser Stelle eine Auswahl getroffen, die sich vor allem auf den klinischen Alltag mit jugendlichen essgestörten Klientinnen bezieht, in dem gewisse Störungsbilder häufiger zu beobachten sind.

### 1.3.1 Depressivität

Im Zusammenhang mit Essstörungen wird häufig auf depressive Störungen hingewiesen (Wade, Bulik, Prescott & Kendler, 2004; De Zwaan, 2000; Fichter & Quadflieg, 1995). Die depressiven Symptome treten häufig zusammen mit Ängsten auf und umfassen Einsamkeits- und Schuldgefühle, ein niedriges Selbstwertgefühl, Gefühle der Wertlosigkeit und eine allumfassende Traurigkeit. Für die klinische Diagnose einer Depression müssen neben den Veränderungen in der Stimmung oder Affektivität zusätzlich Veränderungen im Aktivitätsniveau und somatische Veränderungen wie Schlafstörungen und ausgeprägte Müdigkeit vorliegen. Marx (1993) geht davon aus, dass zwischen 25 bis 80 % der essgestörten Klientinnen an einer Depression leiden.

Bis heute ist die Frage ungeklärt, ob es sich bei der depressiven Symptomatik im Verlauf einer Essstörung um eine direkte Folge der Mangelernährung handelt oder um eine schon vor Beginn der Essstörung bestehende Problematik. Es kann zwischen verschiedenen Modellen unterschieden werden, um die Wechselwirkung zwischen Essstörung und Depression zu beschreiben und zu erklären (Bulik, 2002; Köpp, 2000; Herpertz-Dahlmann, 1993; Marx, 1993):

1) Essstörungen sind eine Variante der Depression.
2) Essstörungen und Depression sind nosologisch unterschiedliche Störungsbilder, weisen aber auf der Symptomebene Ähnlichkeiten auf.
3) Bei einem Teil der essgestörten Klientinnen kann es zu affektiven Störungen kommen.
4) Die Starvationsbedingungen, die durch die Essstörung hervorgerufen sind, können bei disponierten Klientinnen zur Entwicklung einer Depression führen.

5) Die depressive Symptomatik ist eine typische Folge der individuellen und sozialen Beeinträchtigung durch eine chronische psychiatrische Krankheit.

Um diese Modelle zu untersuchen, führte Herpertz-Dahlmann (1993) eine katamnestische Studie mit essgestörten Klientinnen im jungen Erwachsenenalter durch. Es zeigte sich dabei, dass bei fast allen Klientinnen, die bei Katamnesezeitpunkt eine ausgeprägte depressive Symptomatik hatten, sich auch schon zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme eine schwere Depression manifestierte. Die Depression war umso ausgeprägter, je schwerer die Essstörung und je niedriger das Gewicht bei der Katamnese war. Fast 40 % der magersüchtigen Klientinnen litten unter anhaltenden depressiven Verstimmungen, Schlafstörungen (vgl. Lauer & Krieg, 2004), Schuldgefühlen und Konzentrationsstörungen. Herpertz-Dahlmann (1993) kommt zum Schluss, dass die depressiven Symptome im Zusammenhang mit Essstörungen das Ergebnis der Interaktion organischer (starvationsbedingter) und psychosozialer Faktoren sind, die nicht voneinander zu trennen sind und sich gegenseitig beeinflussen und verstärken, wobei den psychosozialen Faktoren scheinbar eine grössere Bedeutung zukommt.

### 1.3.2 Persönlichkeitsstörungen

In der Literatur finden sich teilweise sehr hohe Zahlen für das gleichzeitige Auftreten einer Persönlichkeitsstörung bei Essstörungen. Dabei wird vor allem die Borderlinestörung als komorbide Persönlichkeitsstörung hervorgehoben. Die teilweise hohen Zahlen werden durch Köpp (2000) relativiert, der von Prävalenzraten von weniger als 20 % ausgeht. Inceoglu, Franzen, Backmund und Gerlinghoff (2000b) gehen von 49 % aus und Godt (2002) beobachtete in einer klinischen essgestörten Stichprobe Zahlen von 33 %. Man kann aufgrund dieser Angaben davon ausgehen, dass die Art der Stichprobe einen Einfluss auf die Prävalenzrate haben kann. In einer Stichprobe, mit stationär behandelten Essgestörten kann man aufgrund der Chronifizierung und Schwere der Essstörung eher von höheren Prävalenzzahlen ausgehen. Eine komorbide Borderlinestörung scheint für den Verlauf der Essstörung prognostisch eher ungünstig zu sein und die Krankheitsdauer zu verlängern. Persönlichkeitsstörungen werden zudem in der bulimischen Gruppe häufiger wie in der restriktiven / anorektischen Gruppe beobachtet.

In verschiedenen Studien wurde wiederholt darauf hingewiesen, dass essgestörte Klientinnen häufig selbstverletzendes Verhalten zeigen (Schmidt, Tiller, Hodes & Treasure, 1995; Denger-Ghiotto, 2001). Claes, Vandereycken und Vertommen (2001) sprechen von Prävalenzraten von 44 % und beobachteten unter anderem Haareausreissen, Kratzen oder Schneiden. Das selbstverletzende Verhalten zeigte sich sowohl bei Anorektikerinnen als auch bei Bulimikerinnen. Nach Auskunft der Klientinnen kam es vor allem bei Langweile zu Haareausreissen, zu Kratzen bei Nervosität und

Langeweile und zu schneiden bei Wut und Traurigkeit. Diejenigen Klientinnen, die sich selbst verletzen, zeigen ausgeprägtere psychologische Dysfunktionen, dissoziative Erfahrungen und Impulsivität (Paul, Schroeter, Dahme & Nutzinger, 2002).

### 1.3.3 Zwangsstörungen

Im Verlauf der Essstörung fällt oft auch ein extrem zwanghaftes Verhalten auf, das sich im Essverhalten, aber auch in den Gedanken zeigen kann. Thiel, Züger, Jacoby und Schüssler (1998) untersuchten 75 Klientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa und einer komorbiden Zwangsstörung während einer stationären Behandlung und nach 30 Monaten. Nach 30 Monaten zeigten 51 % der Klientinnen keine Essstörung mehr. Dieses Ergebnis lässt annehmen, dass eine komorbide Zwangsstörung nicht unbedingt eine schlechtere Prognose für den Verlauf der Essstörung mit sich bringt.

### 1.3.4 Substanz-Abusus

Viele essgestörte Klientinnen betreiben bereits im Rahmen ihrer Essstörung einen Substanz-Abusus (Laxantien, Diuretika, Appetitzügler). Der Missbrauch herkömmlicher Abhängigkeitssubstanzen wie Alkohol oder illegaler psychotroper Substanzen, scheint bei essgestörten Klientinnen eher dann vorzuliegen, wenn zudem eine komorbide Persönlichkeitsstörung festgestellt werden kann (vgl. Köpp, 2000) und wenn es sich um bulimische Frauen handelt (Fichter & Quadflieg, 1995).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass sich Essstörungen oft nicht alleine manifestieren sondern häufig in Verbindung mit anderen psychiatrischen Erkrankungen wie Persönlichkeitsstörungen, Angststörungen, depressiven Verstimmungen und Substanzenmissbrauch zu sehen sind. Ausserdem zeigen sich auch Verhaltensweisen wie zum Beispiel selbstverletzendes und destruktives Handeln. Es bleibt aber weiterhin unklar, wie die Kausalität aussieht: Bedingen die Essstörungen die anderen psychiatrischen Störungen oder umgekehrt? Für die klinische Praxis ist diese Frage schlussendlich irrelevant. Es darf einfach nicht ausser Acht gelassen werden, dass es auch bei Essstörungen komorbide Störungen gibt und subklinische Formen der Essstörungen auch gerade bei anderen psychiatrischen Störungen auftreten. Es macht durchaus Sinn, bei einer Borderline-Klientin eine Essstörung zu therapieren und nicht nur die Borderline-Störung an sich.

## 1.4 Prävalenz und Epidemiologie

Bezüglich Prävalenz und Epidemiologie der Anorexia und Bulimia nervosa gibt es einige Besonderheiten, die berücksichtigt werden müssen und die an dieser Stelle kurz umrissen werden: Die beiden Störungsbilder müssen als kulturgebundene Störungen angesehen werden, die vor allem in den technisch hoch entwickelten Ländern des Westens beobachtet werden und zu mehr als 95 % Frauen betreffen. Essstörungen haben unter den psychiatrischen Störungen die höchste Mortalitätsrate (13 bis 18 %, Zipfel, Löwe, Reas, Deter & Herzog, 2000).

Die Prävalenzschätzungen liegen nach Florin und Tuschen-Caffier (1998) für die Anorexia nervosa zwischen 0.4 und 1 % und für die Bulimia nervosa zwischen 0.9 und 4 %, wobei die Prävalenzangaben jedoch beträchtlich variieren (Kjelsås, Bjørnstrøm & Götestam, 2004; Hoek & Van Hoeken, 2003). Die Essstörungen beginnen meist im Jugendalter (Anorexia nervosa; Durchschnittsalter 17 Jahre) oder im jungen Erwachsenenalter (Bulimia nervosa; Durchschnittsalter 22 Jahre).

Verschiedene Studien haben gezeigt, dass es in den letzten fünfzig Jahren zu einem Zuwachs an Essstörungen gekommen ist. Ob es tatsächlich zu einem faktischen Anstieg der Prävalenzraten gekommen ist, kann nicht abschliessend beurteilt werden, denn die gestiegenen Zahlen könnten auch dadurch erklärt werden, dass allgemein mehr medizinische und psychologische Hilfe in Anspruch genommen wird und die Fachkräfte, das familiäre Netz und die Schule sensibler auf erste Anzeichen reagieren (Fairburn & Harrison, 2003; Mazzeo, Espelage, Sherman & Thompson, 2003; Habermas, 2000). Für die Anorexia nervosa konnten Hoek und Van Hoeken (2003) in ihrer Literaturübersicht zeigen, dass es im letzten Jahrhundert tatsächlich zu einer Zunahme der Prävalenzraten gekommen ist, dieser Trend aber seit den späten 70er Jahren etwas abgeflacht ist. Auch Dietrich (2001) ist der Meinung, dass die Prävalenz der schweren Formen der Anorexia nervosa nicht zugenommen hat. Aufgrund des gestiegenen soziokulturellen Drucks und des bestehenden Schlankheitsideals entwickeln Jugendliche heute häufiger mildere, subklinische Formen einer Essstörung (Patton, Coffey & Sawyer, 2003). Für die Bulimia nervosa kommt Westenhoefer (2001) zu einem ähnlichen Schluss. Er hat in seiner Studie untersucht, ob es zwischen 1990 und 1997 in Deutschland zu einer Veränderung im bulimischem Verhalten oder Gewichtskontrollpraktiken gekommen ist. Er konnte zeigen, dass die Prävalenz von Essattacken und weniger schweren Essepisoden zwischen 1990 und 1997 bei den Männern und Frauen abgenommen hat. Dies war auch für die meisten Gewichtskontrolltechniken der Fall, wie restriktives Essverhalten, sportliche Betätigungen (Training) und den Gebrauch von Laxantien und Abführmitteln. Westenhoefer betont jedoch, dass diese Daten sich auf Erwachsene beziehen und daher nicht ausgeschlossen werden kann, dass die Prävalenz bei Jugendlichen stark gestiegen ist.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle kein abschliessendes Urteil abgegeben werden. Aufgrund der wissenschaftlichen Literatur kann man nicht genau beurteilen, ob es nun tatsächlich zu einer Zunahme der Essstörungen gekommen ist, oder ob diese einfach vermehrt erkannt, diagnostiziert und behandelt werden.

## 1.5 Modelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung von Essstörungen

Im Zusammenhang mit Essstörungen stellt sich immer wieder die Frage, wie diese Essstörungen entstehen und weshalb die Klientinnen nicht einfach wieder mit Hungern oder Essanfällen und anschliessendem gegensteuernden Verhaltensweisen aufhören. Solche Fragen werden durch Modelle zur Ätiologie und Aufrechterhaltung von Essstörungen zu erklären versucht.

Die meisten ätiologischen Modelle der Bulimia und Anorexia nervosa sind multifaktoriell und werden als bio-psycho-soziale Modelle bezeichnet, da sie betonen, dass es konstitutionelle (biologische / genetische Faktoren, Temperament), psychologische (Prozesse, die die Entwicklung der Persönlichkeit und Einstellung zu Körper und Gewicht beeinflussen) und soziale / kulturelle Faktoren gibt (kulturelle / familiäre Einstellungen und Werte der Gleichaltrigen, die das Bewusstsein für den Körper verstärken), welche zusammenwirken (Steiner, Sanders & Ryst, 1995; Walsh, 2004). Meermann und Vandereycken (1987) sprechen von prädisponierenden Faktoren (individuell, familiär und soziokulturell), begünstigenden Faktoren (Diäthalten und Gewichtsverlust) und aufrechterhaltenden Faktoren (Umwelt- und kognitive Verstärkungskontingenzen, Auszehrungseffekte). Die Symptome der Essstörung entstehen aus dem Zusammenspiel von verschiedenen Risiko- und protektiven Faktoren (Schmidt, 2003). Wie diese Faktoren genau zusammenspielen, ist bis heute nicht restlos geklärt.

In den folgenden Ausführungen geht es in einem ersten Unterkapitel um die Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung. Dabei werden biologische / genetische, psychologische, familiäre und soziokulturelle Faktoren genauer beleuchtet. In einem zweiten Unterkapitel geht es dann um Modelle zur Aufrechterhaltung von Essstörungen. Es werden einige spezifische Erklärungsmodelle für die Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa und für die Bulimia nervosa vorgestellt.

### 1.5.1 Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung

Die Forschung zu Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen ist für die Entwicklung von Modellen zur Erklärung der Entstehung von Essstörungen und für die Erstellung von Präventionsprogrammen, mit deren Hilfe die Entstehung von Essstörungen vermieden werden sollen, von besonderer Bedeutung. In der Risikoforschung zur Entstehung von Essstörungen wird zwischen Faktoren unterschieden, die allgemein die Psychopathologie erhöhen (familiäre Vorgeschichte, affektive Störungen, Substanzmissbrauch, Lebensereignisse wie sexueller Missbrauch oder physische Gewalt, Persönlichkeitszüge wie Perfektionismus, Überangepasstheit, niedriges Selbstwertgefühl) und Faktoren, die das Risiko für Diätverhalten als Vorläufer einer Essstörung steigern (kritische Bemerkungen in der Familie und von Gleichaltrige über Figur, Gewicht und Essverhalten, Übergewicht in der Kindheit, Übergewicht der Eltern) (Fairburn & Harrison, 2003; Young, McFatter & Clopton, 2001).

Ätiologische Modelle von Essstörungen wurden vor allem durch die Untersuchung von klinischen Stichproben entwickelt. Smolak und Striegel-Moore (1996) betonen, dass diese Erkenntnisse jedoch nur eingeschränkte Gültigkeit besitzen und es angezeigt wäre, Erkenntnisse aus der Entwicklungspsychopathologie zu integrieren. Durch diese Sicht würden Entwicklungsprozesse, protektive Faktoren und Auslösebedingungen in der Kindheit mehr Bedeutung bekommen. Taylor et al. (1998) haben in der Untersuchung von Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung diese entwicklungspsychologische Sicht berücksichtigt und herausgefunden, dass die Risikofaktoren multifaktoriell sind und von einer Entwicklungsphase zur anderen auch ganz unterschiedlich sein können. An dieser Stelle sei ein multifaktorielles und kumulatives ätiologisches Modell zur Entstehung von Essstörungen vorgestellt, welches Steiner, Sanders und Ryst (1995) entwickelt haben und welches ebenfalls die entwicklungspsychologische Sicht berücksichtigt. Die Autoren gehen davon aus, dass sich verschiedene Vorläufer der Essstörung langsam über Jahre hinweg entwickeln und erst unter dem Stress der Adoleszenz zum symptomatischen Verhalten führen. Als Risikofaktoren für die Anorexia nervosa zählen die Autoren folgende Faktoren: Fettverteilung, scheues Temperament, hoher Body Mass Index, weibliches Geschlecht, unsicheres Erziehungsverhalten der Eltern, Überbetonung von Aussehen und Fitness, unsichere Bindungen, Probleme mit Trennungen, unsichere Selbstkonzepte und kultureller und familiärer Druck. Bei der Bulimia nervosa sind es im Verlauf der Entwicklung folgende Faktoren: Geschlecht, Body Mass Index, Fettverteilung, Temperament, inkonsequentes Erziehungsverhalten der Eltern, familiäre Dysfunktionen, ambivalente Bindung, multiple Krisen und kultureller und familiärer Druck. Aus dieser Auflistung geht hervor, dass die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Anorexia oder Bulimia nervosa sehr ähnlich sind.

Der einzige Risikofaktor, der sich in allen Studien bestätigt hat, ist das Diätverhalten (Lau & Alsaker, 2000; O'Connor, Simmons & Cooper, 2003). Das Diätverhalten scheint auf die Beschäftigung mit dem eigenen Gewicht und mit der eigenen Körperform hinzuweisen, kann aber nicht als ein Symptom der Essstörung bezeichnet werden. In der Literatur wird darauf hingewiesen, dass sich sehr viele Mädchen um ihr Gewicht Sorgen machen, aber nur ein relativ kleiner Prozentsatz auch eine Essstörung entwickelt. Dieses Diätverhalten stellt auch im ätiologischen Modell von Connors (1996) ein wichtiger Faktor dar. In seinem Zwei-Faktoren-Modell der Entstehung von Essstörungen sind zwei Risikofaktoren zentral: die Unzufriedenheit mit dem Körper, welche zu Diätverhalten führen kann und Probleme mit der Selbstregulation, die zu interpersonellen und selbst-regulatorischen Defiziten führen. Die Unzufriedenheit mit dem Körper, die durch kontextuelle, physische und entwicklungsbedingte Faktoren ausgelöst wird, führt ohne zusätzliche emotionale Störungen zu einem „normalen" Diätverhalten. Probleme mit der Selbstregulation führen ohne das Vorliegen einer Unzufriedenheit mit dem Körper zu affektiven Störungen, Angststörungen und Persönlichkeitsstörungen (nicht-essgestörte Psychopathologie). Erst wenn es zu einem Zusammenspiel der beiden Risikofaktoren kommt, entsteht eine Essstörung (vgl. Abbildung 1).

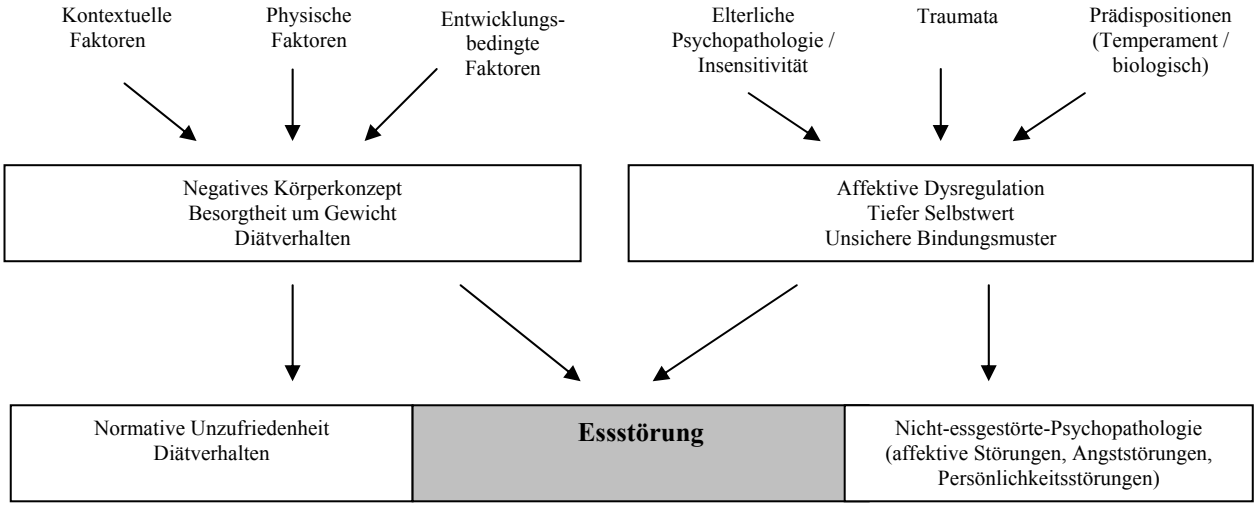


**Abbildung 1: Zwei-Faktoren-Modell der Entstehung von Essstörungen nach Connors (1996)**

Im Folgenden werden einzelne Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen diskutiert, die in biologische, psychologische / individuelle, familiäre und soziokulturelle Faktoren unterteilt werden können (Steiner, Sanders & Ryst, 1995; Gerlinghoff & Backmund, 2001).

#### 1.5.1.1 Biologische und genetische Faktoren

Anhand von Zwillings- und Familienstudien konnte gezeigt werden, dass genetische Faktoren an der Entstehung von Essstörungen beteiligt sind (Hebebrand et al., 2000; Bulik et al., 2000). Genetische Faktoren scheinen jedoch nicht für die Ausprägung einer bestimmten Art von Essstörung verantwortlich zu sein, sondern für gewisse körperliche Eigenschaften wie zum Beispiel die Bildung von Körperfett bei Mädchen in der Pubertät, eine füllige Figur oder einen geringeren Energieverbrauch (Steiner, Sanders & Ryst, 1995). Diese körperlichen Eigenschaften, die vor allem in der Pubertät akzentuiert in Erscheinung treten, können unter dem Druck von gesellschaftlich propagierten Schlankheitsidealen ein Risiko für die Entstehung von Essstörungen darstellen und zwar vor allem bei Mädchen mit einer relativ frühen körperlichen Entwicklung (Florin & Tuschen-Caffier, 1998; Lieberman, Gauvin, Bukowski & White, 2001; Ruuska, Kaltiala-Heino, Koivisto & Rantanen, 2003).

#### 1.5.1.2 Psychologische Faktoren

Persönlichkeitseigenschaften, die Regulation von Affekt und Stimmung, kognitive Stile und der Bindungsstil werden als psychologische Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung betrachtet. Ein erhöhtes Risikopotential für die Anorexia nervosa stellt eine Persönlichkeit dar, die auf Angst, Perfektionismus (hohe Erwartungen), Leistungsorientierung und Überangepasstheit aufbaut. Die Risikofaktoren für die Entwicklung einer Bulimia nervosa umfassen emotionale Labilität, Impulsivität, gedrückte Stimmung und angstbesetzte Unabhängigkeit (Moorhead et al., 2003).

Einige Autoren versuchen Essstörungen mit dem Temperament oder Charakter der Klientinnen in Zusammenhang zu bringen. Raevuori (2002) definiert „Temperament“ als automatische, emotionale Reaktionen und Antwortmuster. „Charakter“ im Gegensatz dazu umschreibt, was wir absichtlich selbst aus diesem Temperament machen und umfasst intellektuelle und emotionale Anteile der Persönlichkeit. Als Temperamentmerkmale bei Essstörungen beschreibt Raevuori die Scheu, Pessimismus und Ängstlichkeit. Essgestörte Klientinnen haben oft einen sehr geringen Selbstwert sowie Beziehungsprobleme. Auch bei Adoleszenten wurden Studien durchgeführt, um Charakter- oder Temperamentseigenschaften im Zusammenhang mit Essstörungssymptomen zu beleuchten. So untersuchten Zaitsoff, Geller und Srikameswaran (2002) 235 adolesezente High-School-Schülerinnen. Adoleszente mit ausgeprägteren Essstörungssymptomen zeigten mehr selbstverleugnendes Verhalten durch die Unterdrückung von Gefühlen (vor allem wut-unterdrückendes Verhalten), beurteilten ihr Selbst durch externe Vergleiche und sicherten sich Beziehungen durch die Zurückstellung der eigenen Bedürfnisse. Als spezifische Risikofaktoren

konnten ein Selbstwert, der von Körperform und Gewicht abhängt und ein tiefer Selbstwert identifiziert werden (auch Gardner, Stark, Friedman & Jackson, 2000). Auch McLaren, Gauvin und Steiger (2001) haben ein zwei-Faktoren-Modell für die Entstehung von gestörtem Essverhalten vorgeschlagen, indem das Vorhandensein eines tiefen Selbstwertes und einer schlecht angepassten Persönlichkeit und deren Interaktion stark dazu beitragen, ob eine Essstörung vorhanden ist oder nicht.

Früher wurden psychologische Faktoren zur Entstehung von Essstörungen vor allem durch psychodynamische Theorien der Entwicklung und Ätiologie der Essstörungen beschrieben. Man ging davon aus, dass die Klientinnen eine grundlegende Ich-Schwäche aufweisen und ein Gefühl der Ineffektivität verspüren, welches dann vor allem in der Pubertät, in der viele neue Anforderungen an die Jugendlichen gestellt werden, zum Scheitern führen. Bruch (2001) hat eine einflussreiche Theorie entwickelt, die psychodynamische und kognitive Vorstellungen beinhaltet. Ihre Grundhypothese besagt, dass Hunger keine angeborene, instinktive Fähigkeit, Wissen, Trieb oder Instinkt ist, sondern dass die Wahrnehmung und Beherrschung des Hungers gelernt werden müssen. Eine gestörte Mutter-Kind-Reaktion kann beim Kind zu schweren Ich-Schwächen (niedriges Selbstwertgefühl, schwache Autonomie und Kontrollbewusstsein) und zu schweren Wahrnehmungs- und zu kognitiven Störungen führen. Bruch betrachtet die Anorexia nervosa somit als Versuch, allfällige mütterliche Defekte auszugleichen und Bedürfnisse nach Sicherheit, personaler Identität, Autonomie und Kontrolle durch ein rigides Essverhalten zu befriedigen. Bell (1994) betont, dass es vor allem auch die pubertär bedingte Autonomienentwicklung ist, die als Auslöser anzusehen ist.

Wie auch schon Raevuori (2002) konnten einige Autoren aufzeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen pathologischem Essverhalten und dem Bindungsmuster und -verhalten eines Individuums gibt. Broberg, Hjalmers und Nevonen (2001) haben die Bindungsmuster und interpersonellen Schwierigkeiten von essgestörten Klientinnen im Alter zwischen 18 und 24 Jahren und einer Kontrollgruppe in Schweden untersucht. Die Beziehung zwischen der Essstörung, unsicheren Bindungsmuster und interpersonellen Problemen konnte bestätigt werden. Die Resultate weisen darauf hin, dass ein unsicheres Bindungsmuster vor der Essstörung bestehen könnte und zu ihrem Verlauf beitragen könnte.

Einige Autoren betonen, dass Essstörungen auch eine Copingstrategie darstellen könnten, um mit schwierigen Situationen umzugehen. Troop (1998) betont, dass diese Sicht nur dann haltbar ist, wenn die Symptome der Essstörung zielorientiert sind und durch den Wunsch motiviert, den eigenen Stress direkt zu beeinflussen. Troop, Holbrey und Treasure (1998) konnten zeigen, dass Frauen mit einer Essstörung häufiger kognitive Vermeidungsstrategien brauchen, ihre Probleme herunterspielen und sich selbst häufiger beschuldigen. Insgesamt zeigte sich, dass Frauen mit

Essstörungen weniger gut mit Krisen umgehen können als Frauen ohne Essstörung. Es darf jedoch nicht vergessen werden, dass Esssymptome als Copingstrategie angewandt werden um Probleme zu lösen, diese jedoch auch wieder zu Stress führen können. In diesem Ansatz, der Essstörungen als eine Copingstrategie betrachtet, scheint es einen Zusammenhang zwischen dem Copingverhalten und dem Selbstwert zu gebe (Fryer, Waller & Kroese, 1997). Das Copingverhalten scheint mit einem tiefen Selbstwert in Verbindung zu stehen, was wiederum auch wieder mit gestörtem Essverhalten verbunden sein kann (Sukumaran, Vickers, Yates & Garralda, 2003).

Im Zusammenhang mit psychischen Risikofaktoren muss auch auf die Adoleszenz und den damit verbundenen Entwicklungsveränderungen hingewiesen werden, die sich auch auf der psychischen Ebene manifestieren. Smolak und Levine (1996) betonen, dass Entwicklungsübergänge als Zeiten mit speziellem Risiko angesehen werden können, weil sie zu Veränderungen in (Kern-)Strukturen und zu normativen Herausforderungen und Stress (zusätzlich zu möglichen non-normativen Stressoren) führen. Auch Buddeberg-Fischer (2000) betont, dass es biologische, rollen- und stresstheoretische Aspekte der Adoleszenz sind, welche für die Jugendlichen schwierig zu bewältigen sind und hohe Anforderungen an sie stellen.

Insgesamt kann man an dieser Stelle sagen, dass sich in der Forschung folgende psychische Faktoren als wichtig herausgestellt haben: Selbstwertproblematik, Beziehungsprobleme, Ängstlichkeit, Scheu, Perfektionismus, Leistungsorientierung, Überangepasstheit, emotionale Labilität, Impulsivität, gedrückte Stimmung und angstbesetzte Unabhängigkeit und Autonomie. Diese Persönlichkeitseigenschaften, Regulationsmechanismen für den Umgang mit Affekt und Stimmung, Bindungsstile müssen zudem in Kontext der Adoleszenz betrachtet werden, die als sensible Entwicklungsphase betrachtet werden muss.

#### 1.5.1.3 Familiäre Faktoren

Im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Essstörung wird oft auf dysfunktionale Familienmuster hingewiesen. Lange Zeit war nicht geklärt, ob diese dysfunktionalen Familienmuster nur von den Klientinnen als solche wahrgenommen werden, oder ob es sich tatsächlich um dysfunktionale Muster handelt, die auch die Eltern wahrnehmen (Tozzi et al., 2003). McDermott, Batik, Roberts und Gibbon (2002) untersuchten deshalb 80 Kinder zwischen neun und 18 Jahre und deren Eltern mit einem Fragebogen zum gesunden familiären Zusammenspiel und zu ungesunden familiären Mustern. Es zeigte sich, dass die Angaben der Eltern und Kinder moderat miteinander korrelierten, aber es keine signifikanten Unterschiede gab. Kinder mit Essstörungen und deren Eltern berichten übereinstimmende von dysfunktionalen Familienmustern. Auch Laliberté, Boland und Leichner (1999) konnten in einer nichtklinischen Population mit 324

Töchtern und 121 Müttern zeigen, dass es moderate Korrelationen zwischen der Wahrnehmung der Familie durch die Töchter und die Mütter gibt. Diese Zusammenhänge bezogen sich auf drei Faktoren: familiäre Dysfunktion, familiärer Auftritt / Leistung und Essstörungen. Der Faktor „familiärer Auftritt / Leistung“ war für das Vorhandensein einer Essstörung der wichtigste prädiktive Faktor.

Einige Essgestörte scheinen tatsächlich aus Familien zu kommen, die durch bestimmte Muster geprägt sind. Sie erleben ihre Familie meist eher als leistungsorientiert und haben den Eindruck, dass in ihrer Familie viel Wert auf das Aussehen gelegt wird. Dieser unangemessene Druck, der von den Eltern ausgeht, wird auch durch andere Autoren betont (Horesh et al., 1996). In der Literatur werden Familien mit essgestörten Klientinnen als weniger gefühlsbetont, weniger zusammenhängender und konflikthafter beschrieben. Sie scheinen durch negative Interaktionen (Schuldzuweisung und Überkontrolliertheit) geprägt zu sein (Connors, 1996). Bell (1994) beschreibt die Atmosphäre in diesen Familien als chaotisch, ohne Sicherheit, ohne klare Grenzen zwischen den Generationen und beobachtete eine Parentifizierung der Töchter. Diese Probleme in Familien mit essgestörten Jugendlichen können natürlich schon vor der Erkrankung der Klientin bestehen, es kann aber auch sein, dass diese Schwierigkeiten und Probleme erst als Folge der Essstörung entstehen und zum Beispiel auch in einem Zusammenhang mit generalisierten Selbstbildproblemen betrachtet werden müssen (Steiger & Stotland, 1995). Es scheint Unterschiede in der Wahrnehmung der eigenen Familie zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zu geben (Karwautz et al., 2002): Bulimikerinnen erleben in ihrer Familie eine geringere Autonomie und emotionale Unterstützung und insgesamt schlechtere Entwicklungsbedingungen. Die Anorektikerinnen hingegen erlebten eine hohe emotionale Verbundenheit in der Familie. Dieser Unterschied bestätigte sich auch in einer Studie von Reich und Buss (2002). Es zeigte sich auch hier, dass die Bulimikerinnen die Funktionalität ihrer Familien insgesamt schlechter einschätzten als die Anorektikerinnen und die emotionale Verbundenheit und Kohäsion als geringer einstuften. Die Anorektikerinnen schätzten die Funktionalität ihrer Familien sogar besser ein als die Kontrollgruppe. Bei den Eltern gab es keine Tendenz, die Familie günstig zu sehen. Reich und Buss (2002) betonen, dass es verschiedene Einflussmöglichkeiten von Familien auf die Entwicklung von Essstörungen gibt: Die direkte Beeinflussung der Töchter durch die Einstellungen zu Essen, Gewicht, Aussehen und Diäten der Mütter und durch die familiären Beziehungsmuster. Diese beiden Faktoren scheinen aber eher indirekt zu wirken und durch die Persönlichkeitsentwicklung der Klientin moderiert zu werden. Die Autoren kommen zum Schluss, dass die Familien anorektischer Klientinnen insgesamt funktionaler und stärker emotional verbunden zu sein scheinen und die Familien bulimischer Klientinnen stärker konflikthaft, im Affektausdruck impulsiver, dysfunktionaler und weniger emotional verbunden.

Im Zusammenhang mit den familiären Einflüssen auf die Entwicklung einer Essstörung ist auch die Frage interessant, wie sich eine Essstörung der Mutter auf die Entwicklung des Kindes auswirken kann. Park et al. (2003) haben Kinder von Müttern mit einer Essstörung und eine Kontrollgruppe bei einer nachgespielten Esssituation gefilmt. Die Kleinkinder wurden erstmals im Alter zwischen 12 und 14 Monaten untersucht und dann nochmals mit vier Jahren und neun Monaten. Bei den Müttern lag während des ersten Lebensjahres des Kindes die Diagnose einer Essstörung vor. Zum Zeitpunkt der zweiten Untersuchung hatten Acht der 33 Mütter eine Essstörung. Die Kinder von essgestörten Müttern zeigten viel mehr mütterliche Repräsentationen in Zusammenhang mit Essen und Körperform. Das bedeutet, dass sich die Essstörung der Mutter und die damit verbundenen Gedanken und Einstellungen auf die Kinder übertragen können. Coulthard, Blissett und Harris (2004) kommen jedoch nach einer Durchsicht der Literatur zum Schluss, dass der Mechanismus für die intergenerationelle Weitergabe der Verhaltensweisen im Zusammenhang mit Essstörungen nicht geklärt ist. Die mütterliche Essstörung scheint einen gewissen Einfluss auf das Essverhalten des Kindes zu haben (negative Interaktionen während der Mahlzeit und Fütterungsprobleme), wird jedoch durch verschiedene Faktoren beeinflusst wie das Geschlecht und das Alter des Kindes, Geschlecht des Elternteils, Art und Schwere der Essstörung, Vorhandensein von komorbiden affektiven Störungen, Persönlichkeitseigenschaften oder den kognitiven Stil des Elternteils und das Temperament und den Appetit des Kindes. Es scheint, als ob eine Essstörung der Mutter zwar ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung sein kann, aber nur in Kombination mit anderen Risikofaktoren.

Bei einigen essgestörten Klientinnen zeigt sich im Verlauf der Therapie, dass sie einen sexuellen Missbrauch erlebt haben. Dieser kann in der Herkunftsfamilie stattgefunden haben, aber auch durch dem Opfer unbekannte Täter und muss in jedem Fall als traumatisches Lebensereignis betrachtet werden. Man kann davon ausgehen, dass ein erlebter sexueller Missbrauch ganz allgemein die Entwicklung psychischer Störungen begünstigt (Köpp, 2000; Connors, 1996). Es zeigte sich, dass essgestörte Klientinnen mit einem sexuellen Missbrauch in der Vorgeschichte häufiger psychiatrische Komorbiditäten aufwiesen, sich häufiger selbst verletzten und häufiger suizidal waren. Zudem waren die Essstörungssymptome teilweise quantitativ und qualitativ ausgeprägter. Auch Wonderlich et al. (2001) untersuchten in einer Studie den Einfluss des Entwicklungsniveaus auf die Verarbeitung des erlebten sexuellen Missbrauch. Es zeigte sich, dass Individuen, die den sexuellen Missbrauch in der Kindheit und im Erwachsenenalter erlebt hatten, häufiger eine Essstörung entwickelten und multiple Formen von selbst-destruktivem Verhalten zeigten. Es scheint bezüglich der Missbrauchserfahrung zwischen der Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen Unterschiede zu geben. So konnten Léonhard, Steiger und Kao (2003) zeigen, dass

bulimische Frauen vermehrt über Missbrauchserfahrungen in der Kindheit erzählten als Anorektikerinnen.

#### 1.5.1.4 Soziokulturelle Faktoren

Die Anorexia und die Bulimia nervosa sind psychische Krankheiten, bei denen der Einfluss soziokultureller Faktoren von besonderer Bedeutung ist. Diese Faktoren sind an sich jedoch nur notwendige, aber nicht hinreichende Bedingungen für die Entstehung von Essstörungen (McKnight Investigators, 2003; Schmidt, 2001; Hesse-Biber, 1996).

Die Annahme, dass soziokulturelle Faktoren eine wichtige Rolle in der Entwicklung von Essstörungen spielen, begründen verschiedene Autoren mit folgenden Fakten (Habermas, 2000; Steinhausen, Boyadjieva & Neumärker, 1995):

a) Die betroffenen Individuen sind meistens weiblichen Geschlechts.
b) Individuen aus der mittleren und oberen Schicht sind häufiger betroffen.
c) Die Inzidenzrate steigt.
d) Die Störung ist vor allem in westlichen Kulturen zu beobachten.
e) Einige Berufsgruppen haben ein höheres Risiko, eine Essstörung zu entwickeln, wie Tänzerinnen, Models, Schauspielerinnen oder Athletinnen (Johnson et al., 2004; Yates, Edman, Crago & Crowell, 2001; Johnson, Powers & Dick, 1999).
f) Entwicklungs-, familiäre, soziale und kulturelle Faktoren sind prädisponierend.
g) Belastende Lebensereignisse sind bedeutsam.

Habermas (2000) benennt fünf soziokulturelle Bedingungen für die Entstehung moderner Essstörungen:

1. Überfluss: In der entsprechenden Sozialschicht oder Gesellschaft muss genügend Nahrung zur Verfügung stehen.
2. Deritualisierung / Individualisierung der Nahrungsaufnahme.
3. Körperideale: Vorherrschendes Ideal eines schlanken weiblichen Körpers.
4. Normative Techniken der Körperformung.
5. Zusehende Individualisierung beziehungsweise Einbindung in anonyme soziale Systeme.

Der Einfluss der soziokulturellen Faktoren auf die Entwicklung einer Essstörung kann methodisch mit verschiedenen Ansätzen untersucht werden: a) interkulturelle Studien (Vergleich von europäischen und asiatischen Klientinnen), b) intrakulturelle Studien (Vergleich von verschiedenen ethnischen Gruppen oder Immigranten in einem Gastland) und c) Studie der kulturellen Veränderungen und deren Auswirkungen (Steinhausen, Boyadjeieva & Neumärker, 1995). Diesen letzten Ansatz wählte Papezova (2002). Sie beobachtete in der Tschechoslowakei eine rapide

Zunahme an essgestörten Klientinnen und führte dies auf den Einfluss der (westlichen) Diätindustrie und die Übernahme von Modellen aus den Medien zurück. Eine intrakulturelle Studie zu bulimischen Symptomen und der Akkulturation haben Bhugra und Bhui (2003) durchgeführt. Sie konnten zeigen, dass bulimisches Essverhalten in verschiedenen ethnischen Gruppen ziemlich vergleichbar zu sein scheint, aber die Muster von subklinischem bulimischem Verhalten sehr stark zu variieren scheinen. Ball und Kenardy (2002) konnten zudem zeigen, dass junge Frauen im Alter zwischen 18 und 23 Jahren in Australien mehr von gewichtsbezogenen Werten und Verhaltenweisen berichteten, je länger sie in Australien lebten. Das weist darauf hin, dass Immigrantinnen nach einer gewissen Zeit die Werte und Vorstellungen des Landes übernehmen, in dem sie leben.

In unserer westlichen Gesellschaft wurden Nahrungsverweigerung, Gewichtsverlust, sportliche Betätigung, Fähigkeit körperlichen Schmerz zu tolerieren und Erschöpfung kulturelle Metaphern für Selbst-Determination, Willensstärke und moralische Stärke (Hesse-Biber, 1996). Orbach (1990) betrachtet die Anorexia nervosa als Metapher für unser Zeitalter. Sie bezeichnet die obsessive Besorgtheit um das Essen als Konsequenz einer traditionellen Übereinkunft in unserer Gesellschaft, dass Inhalt und Umfang der Ernährung sowie das Bekochen von Anderen eine Aufgabe der Frau sei. Neben diesen Annahmen aus eigenen Erfahrungen konnten Lindberg und Hjern (2003) in einer Kohortenstudie in Schweden aufgezeigt, dass die einflussreichsten Risikofaktoren im Zusammenhang mit der Entwicklung einer Anorexia nervosa auf den sozialen und kulturellen Kontext der Klientinnen hinweisen, nämlich auf das weibliche Geschlecht, den sozioökonomischen Status, auf die westliche Ethnizität sowie auf perinatale und psychosoziale Faktoren. Soziokulturelle Einflüsse spielen eine grosse Rolle in Bezug auf unsere Einstellung zum Körper und Essverhalten. Dabei scheint ein grosser Druck von den Medien und der Mode auszugehen. Neben den Medien und der Mode spielt auch die Familie und die Gleichaltrigen eine herausragende Rolle in der Vermittlung dieser soziokulturellen Modelle: Stice (1998) konnte zeigen, dass die soziale Betonung des Schlankheitsideals durch Familie, Gleichaltrige und Medien mit der bulimischen Symptomatik korreliert und die Bestärkung durch Gleichaltrige und Familie Prädiktoren für die Entwicklung von Essattacken und gegensteuernden Massnahmen sind. Das bedeutet, dass sowohl die soziale Betonung des Schlankheitsideals und die Modellwirkung von abnormalem Essverhalten bulimisches Essverhalten auslösen können. Diese Effekte sind jedoch auf den Einfluss der Familie und die Gleichaltrigen beschränkt, das heisst, es zeigt sich kein Zusammenhang zwischen den Medien und den bulimischen Symptomen und dem Beginn einer bulimischen Symptomatik. An dieser Stelle kann festgehalten werden, dass Familie und Gleichaltrige sicherlich den wichtigsten Einfluss auf die Übernahme von Schlankheitsidealen haben, wie sie in unserer Kultur vertreten

werden. Aber auch Mode und Medien spielen eine wichtige Rolle, da sie meist die Träger dieser Information über das Schlankheitsideal sind (Wertheim, Paxton, Schutz & Muir, 1997).

Die Gleichaltrigen bekommen entwicklungspsychologisch betrachtet gerade in der Adoleszenz einen wichtigen Einfluss und können negativ wirken, wenn sie stark auf das Gewicht und das Aussehen fokussieren. Dabei kann der Druck durch die Gleichaltrigen direkt oder indirekt sein: Durch die soziale Bestätigung werden Schlankheitsideale und Körperunzufriedenheit unterstützt, die zu Essstörungen führen können. Ess- und Diätverhalten wird aber auch durch Modelllernen übernommen. Lieberman, Gauvin, Bukowski und White (2001) untersuchten 876 Jugendliche mit Fragebogen, um die Verbindung zwischen interpersonellen Beziehungen, Essverhalten und Körperzufriedenheit zu erforschen. Es zeigte sich, dass der Druck durch die Gleichaltrigen ein starker Prädiktor für das Essverhalten und die Zufriedenheit mit dem Körper war. Mädchen, die von den anderen als populär beschrieben wurden, zeigten eher gestörtes Essverhalten und tiefere Zufriedenheit mit ihrem Körper.

### 1.5.2 Modelle zur Aufrechterhaltung von Essstörungen

Im Unterschied zu den Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen wird in den Modellen zur Aufrechterhaltung von Essstörungen häufig zwischen Anorexia und Bulimia nervosa unterschieden, so dass die beiden Krankheitsbilder im Folgenden getrennt betrachtet werden. In diesem Modell geht es nicht mehr um die Frage, wie Essstörungen entstehen (Ätiologie), sondern um die Frage, weshalb Störungssymptome aufrechterhalten werden und die Betroffenen nicht einfach aufhören mit ihrem „kranken“ Essverhalten.

#### 1.5.2.1 Modelle zur Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa

Nach Durchsicht der Literatur fällt auf, dass es kaum Modelle zur Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa gibt. Eine Ausnahme bildet das kognitiv-behaviorale Modell von Fairburn, Shafran und Cooper (1998). Die Autoren gehen davon aus, dass ein extremes Bedürfnis nach Kontrolle der Nahrungsaufnahme die Kernsymptomatik darstellt und in den westlichen Gesellschaften der Selbstwert in Bezug auf Körperform und Gewicht überbetont wird, was zu einer verstärkten Kontrolle der Nahrungsaufnahme führt. Das Bedürfnis nach Kontrolle scheint zu Beginn unspezifisch zu sein und sich nicht explizit auf die Nahrungsaufnahme zu beschränken. Erst allmählich entwickelt sich der Wunsch nach Kontrolle der Nahrungsaufnahme. Diese Selbstkontrolle führen die Autoren auf die wahrgenommene eigene Ineffektivität und auf Perfektionismus zurück. Die Kontrolle bezieht sich auf die Nahrungsaufnahme, weil die

Nahrungsrestriktion zu einer direkten und sofortigen Bestätigung der Selbstkontrolle führt. Die Tatsache, dass die Störung meist in der Adoleszenz beginnt, könnte darauf hinweisen, dass durch die Kontrolle der Nahrungsaufnahme die pubertäre Entwicklung gestoppt oder sogar rückgängig gemacht werden kann. Die Autoren gehen davon aus, dass die Essstörung sich dann verselbständigt, wenn das diäthaltende Verhalten einmal einsetzt.

Die Autoren beschreiben drei aufrechterhaltende Mechanismen (vgl. Abbildung 2):

1. Die Diätrestriktion verstärkt das Gefühl, Kontrolle zu haben.
2. Das restriktive Essverhalten führt zu einem Gewichtsverlust, was zu einem Hungerzustand führt, der durch verschiedene physiologische und psychologische Veränderungen gekennzeichnet ist.
3. Die extreme Beschäftigung mit der Körperfigur und dem Gewicht führt zu Diätverhalten (kulturspezifisch, d.h. vor allem in der westlichen Gesellschaft).

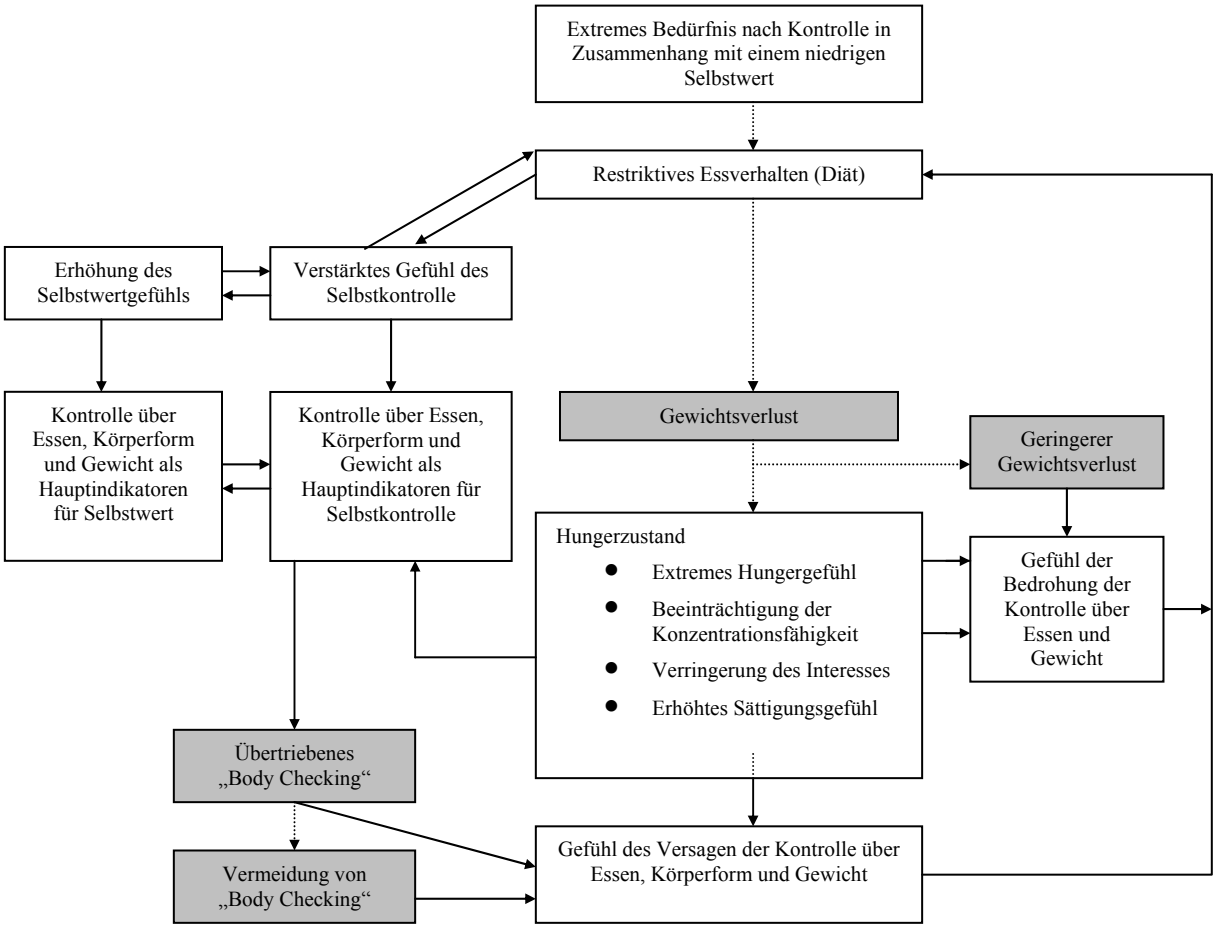


**Abbildung 2: Schematische Repräsentation des aufrechterhaltenden Prozesses in der Anorexia nervosa nach Fairburn, Shafran und Cooper (1998). Die schraffierten Teile sind spezifisch für die westliche Gesellschaft und die gepunkteten Linien stehen für Prozesse, die über eine längere Zeitspanne stattfinden.**

Shafran, Fairburn, Nelson und Robinson (2003) haben dieses Modell an 45 Klientinnen getestet. Die Hypothese, dass die Symptome des restriktiven Essverhaltens in Bezug auf die Selbstkontrolle interpretiert werden, konnte ganz klar bestätigt werden. Die zweite Hypothese, dass diese

Symptome positiv wahrgenommen werden, konnte ebenfalls bestätigt werden. Die Autoren beschränkten in ihrer Studie das Modell nicht nur auf Anorektikerinnen, sondern wandten es auch auf Bulimikerinnen und Klientinnen mit einer atypischen Essstörung an und konnten es dort auch bestätigen.

### 1.5.2.2 Modelle zur Aufrecherhaltung der Bulimia nervosa

Im Gegensatz zu Modellen zur Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa gibt es für das Krankheitsbild der Bulimia nervosa einige interessante Modelle, die an dieser Stelle vorgestellt werden.

Tuschen-Caffier und Florin (2002) versuchen in ihrem Modell zur Entwicklung und Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa verschiedene Forschungsannahmen und Befunde zu integrieren. Als zentraler prädisponierender Faktor wird die Orientierung an einem extremen Schlankheitsideal beschrieben. Durch die Massnahmen zur Gewichtsreduktion wird die Wahrscheinlichkeit erhöht, dass der Körper mangelernährt wird. Dies zieht wiederum eine Reihe von biologischen Folgeerscheinungen nach sich, die zu einem gesteigerten Nahrungsbedürfnis und Essattacken führen können. Das löst bei den essgestörten Frauen eine Angst vor einer Gewichtszunahme aus, so dass die gewichtsreduzierenden Massnahmen fortgesetzt werden und es zu so genannten Teufelskreis von Essanfällen und gegensteuernden Massnahmen kommt (vgl. Abbildung 3).

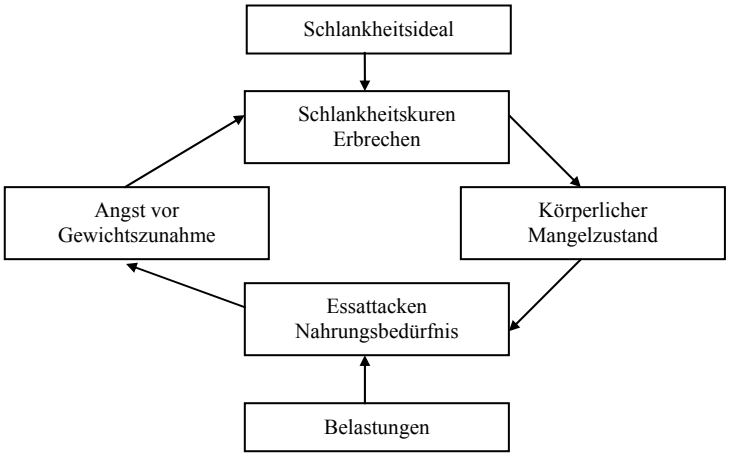


**Abbildung 3: Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa nach Tuschen-Caffier und Florin (2002).**

Das Modell von Herpertz (2000) kann ergänzend zum Modell von Tuschen-Caffier und Florin (2002) betrachtet werden, da es auch vermehrt die auslösenden Faktoren berücksichtigt und ausführt (vgl. Abbildung 4).

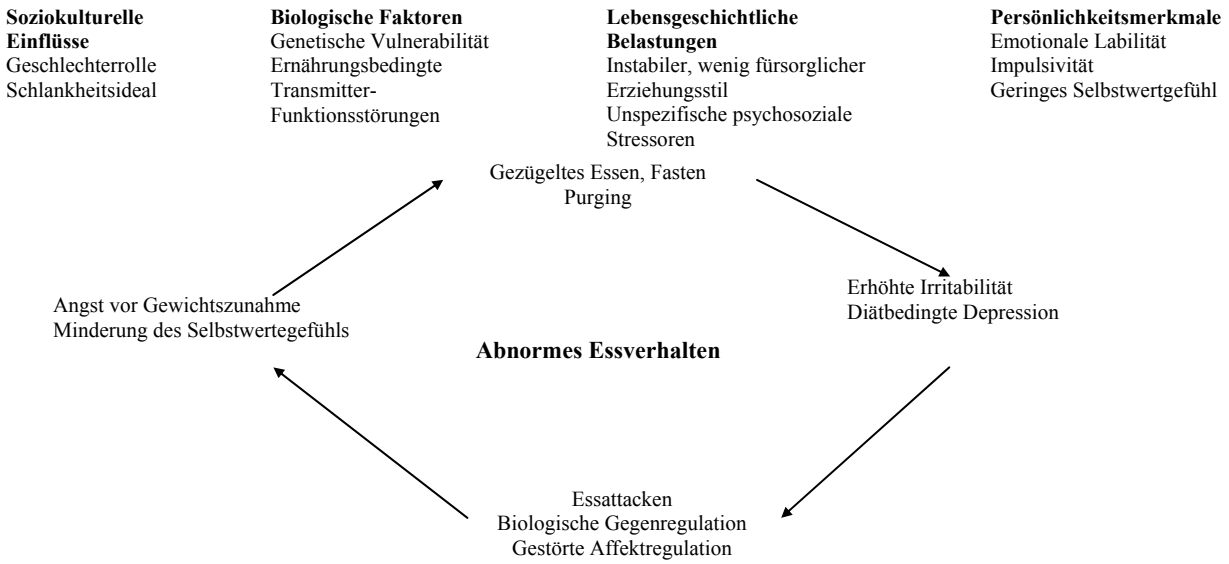


**Abbildung 4: Ätiologische und aufrechterhaltende Aspekte der Bulimia nervosa (nach Herpertz, 2000)**

Legenbauer (2003) entwickelte ebenfalls ein Modell um zu erklären, wie die Essattacken bei der Bulimia nervosa ausgelöst werden. Kognitive, biologische oder Persönlichkeitsfaktoren scheinen bei einer bereits vorhandenen Vulnerabilität eine Rolle zu spielen, wobei das Diätverhalten eher als Risikofaktor zu verstehen ist. Die Affektregulationstheorie besagt zudem, dass restriktives Essverhalten zu einer negativen Stimmung führen kann. Um ihre Hypothesen zur Auslösung von Essattacken genauer zu untersuchen, führte Legenbauer (2003) drei Studien durch. Die erste Studie untersuchte den Einfluss spezifischer Auslöser auf das Essverhalten in einem Laborexperiment. Es zeigten sich keine Unterschiede hinsichtlich der physiologischen Reaktionen bei der essgestörten Klientinnengruppe und der Kontrollgruppe. Die Vorstellung der Auslösesituation zog deutlich schlechtere Stimmung nach sich, dies allein beeinflusste das Essverhalten jedoch nicht. In der zweiten Studie wurden Auslösebedingungen im natürlichen Umfeld untersucht. Es zeigte sich, dass essgestörte Klientinnen ihre Zeit passiver und meist alleine verbrachten. Sie assen insgesamt häufiger und zeigten eine deutlich schlechtere Affektlage, vor allem um die Mittags- und Abendzeit. In der dritten Studie wurden die vermittelnden Faktoren im Rahmen der retrospektiv erfassten Selbstberichte untersucht. Einem Essanfall gingen meist negative Interaktionen, Einsamkeit, Langeweile oder Leistungsstress voran. Frauen mit einer Essstörung beschrieben häufiger passives, emotionales Copingverhalten, während die Frauen ohne Essstörung eher aktive, problemorientierte Bewältigungsstile anwandten.

Auch Wardle (1991) versuchte die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essattacken und Erbrechen zu erklären. Er betrachtet die Heisshungeranfälle der Bulimikerinnen von Aussen und bezeichnet sie als Zusammenbruch der Kontrolle und das Einhalten der Diät im Gegensatz dazu als Zeichen von Willensstärke und Entschlossenheit. Aber genau dieses restriktive Essverhalten steigert

aufgrund von psychologischen und biologischen Mechanismen das Risiko, sich zu überessen und so kommt es auch zur Verselbständigung dieses Teufelskreises.

Zusammenfassend kann bezüglich der Ätiologie und den Modellen zur Aufrechterhaltung der Essstörungen Folgendes gesagt werden: Ätiologisch konnten durch die Forschung zu Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung verschiedene Faktoren identifiziert werden. Es sind für die Anorexia und Bulimia nervosa gleichermassen eine grosse Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (welche dann zu Diätverhalten führen kann) und Probleme mit der Selbstregulation. Diese Faktoren werden durch biologische und genetische, psychologische (Persönlichkeitsmerkmale, Bindungsstile), familiäre (dysfunktionale Beziehungsmuster in der Familie) und soziokulturelle Faktoren moderiert (Schönheitsideale, die durch Familie und Gleichaltrige vermittelt werden). Wenn es erst einmal zur Manifestation einer Essstörung gekommen ist, wird diese durch unterschiedliche Faktoren aufrechterhalten. Bei der Anorexia nervosa kann man annehmen, dass es sich um ein Kontrollproblem handelt (Fairburn, Shafran & Cooper, 1998) und bei der Bulimia nervosa scheint das Diätverhalten als Folge der Internalisierung des westlichen Schönheitsideals zu Essanfällen zu führen, welche durch die Angst vor einer Gewichtszunahme durch gegensteuernde Massnahmen rückgängig gemacht werden. In einem nächsten Kapitel geht es nun um ein Charakteristikum der Essstörung, welches immer wieder besondere Beachtung findet: Körperkonzeptstörungen.

## 1.6 Körperkonzept- und Körperschemastörungen im Rahmen der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Zu Beginn der Erforschung des Körperkonzeptes vor etwa einem Jahrhundert lag das Hauptaugemerk auf physiologischen Phänomenen der Körpererfahrung wie zum Beispiel dem Phantomschmerz oder pathologischen Körpererfahrungen nach Gehirnverletzungen (Cash, 2004). Paul Schilder war einer der ersten Autoren, der sich dann mit der psychologischen und sozialpsychologischen Bedeutung von Körperkonzepten auseinandersetze. Er ging davon aus, dass jeder von uns eine unbegrenzte Anzahl von Körperkonzepten hat (Bullerwell-Ravar, 1994), die sozialen Bewertungsprozessen ausgesetzt sind (Schmidt, 2001; Grogan, 1999).
Körperkonzepte sind immer komplexe Konstrukte, in denen physiologische, soziale, kulturelle oder psychologische Einflüsse Niederschlag finden. Man kann davon ausgehen, dass unser Geschlecht, die Rasse, die soziale Klasse, das Alter, die Familie, die Religion, die Ethnizität und alltägliche

Erfahrungen signifikant zur Bildung unseres Körperkonzeptes beitragen, aber keiner dieser Faktoren alleine eine determinierende Rolle spielt.

Der Einfluss der Wahrnehmung des eigenen Körpers tritt schon früh in der Entwicklung in Erscheinung und hat weit reichende Konsequenzen. So wirkt sich das Erleben des eigenen Körpers bei Kindern und Jugendlichen unter anderem auf ihre Persönlichkeitsentwicklung aus (Reinecke, 2000). Der Körper ist Grundlage des Austausches mit der Welt und der Selbstdarstellung und somit zentraler Bestandteil des eigenen Selbst. Dabei ist das Körperkonzept im Alltag der Menschen ganz allgemein von Bedeutung und die (westliche) Gesellschaft misst einem attraktiven Körper eine enorme Bedeutung zu (Waller & Barnes, 2002). Veränderungen von Aussehen und Funktion des Körpers führen zu Veränderungen des Körperkonzeptes, was sich dann auf bestimmte Lebensbereiche auswirken kann. Das Aussehen einer Person gibt Anlass zu Hypothesen über die Persönlichkeit und ruft Reaktionen von Sympathie und Antipathie hervor (vgl. auch die Auswirkungen einer körperlichen Behinderung). Es ist anzunehmen, dass die unterschiedliche Attraktivität eines Menschen zu verschiedenen Stimmungen, Persönlichkeitsmerkmalen, Selbst- und Körperbildern führt und auch die Reaktionen von Mitmenschen und dadurch zwischenmenschliche Handlungen und Chancen beeinflusst. Der Körper unterliegt ständigen Veränderungen und der Mensch hat zudem die Möglichkeit, aktiv auf seine äussere Erscheinung einzuwirken, sei es durch Sport, Gewichtsveränderungen, Kosmetika, Kleidung und Accessoires oder sogar durch chirurgische Eingriffe.

In jüngster Zeit wurde das Körperkonzept vor allem in der klinischen Psychologie und Psychiatrie erforscht (Cash, 2004). Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Störung des Körperkonzeptes eines der zentralen Charakteristiken der Anorexia und Bulimia nervosa darstellt (Kaye, Strober & Rhodes, 2002). Eine ausgeprägte Unzufriedenheit mit dem Körper wird in der Forschung als Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung bezeichnet und auch für den Verlauf der Essstörung ist die Ausprägung der Körperbildstörung scheinbar von Bedeutung: Viele Autoren betonen, dass das Vorliegen einer ausgeprägten Körperkonzeptstörung ein ungünstiger Prädiktor für den Verlauf der Essstörung ist (vgl. 1.5.2 Modelle zur Aufrechterhaltung von Essstörungen).

In der Diagnostik von psychischen Störungen gibt es neben den Essstörungen eine weitere Störung, die ebenfalls direkt mit dem Körperkonzept zusammenhängt und die an dieser Stelle kurz erwähnt sei: Die *körperdysmorphe Störung*. Diese Störung ist gekennzeichnet durch eine enorme Unzufriedenheit mit einem bestimmten Körperteil, wobei diese Körperteile leicht oder überhaupt nicht defekt sind (Hilbert, 2000; Heinberg, Wood & Thompson, 1996). In einer Untersuchung zu Unterschieden im Körperkonzept bei essgestörten Klientinnen und Klientinnen mit einer körperdysmorphen Störung zeigten sich bei den Klientinnen mit einer körperdysmorphen Störung verschiedene physische Beschwerden, ausgeprägtere negative Selbst-Evaluationen und

Vermeidungsverhalten. Bezüglich der Körperkonzeptsymptome zeigten sich keine Unterschiede (Rosen & Ramirez, 1998).

Nachdem aufgezeigt wurde, dass das Körperkonzept ein Konstrukt ist, welches durch viele Faktoren beeinflusst wird, geht es in einem nächsten Schritt um ein Problem, dass sich dem Leser im Zusammenhang mit der Forschungsliteratur zu diesem Thema schnell offenbart: Es gibt die unterschiedlichsten Begriffe, die von den Autoren unterschiedlich verwendet werden, aber irgendwie doch das Gleiche beschreiben. In einem weiteren Unterkapitel werden dann Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Körperkonzeptstörungen diskutiert. Bevor dann einige Forschungsergebnisse präsentiert werden, wird noch auf die methodische Erfassung der Körpererfahrung hingewiesen. Ganz am Schluss dieses Kapitels geht es um den Bezug zum Selbstbild.

### 1.6.1 Begriffsklärung: Körpererfahrung, Körperschema, Körperkonzept, Körperschemastörung und Körperkonzeptstörung

In der wissenschaftlichen Literatur herrscht bezüglich der Begriffe Körpererfahrung, Körperwahrnehmung, Körperschema, Körperkonzept, Körper-Ich, Körper-Selbst, Körperkonzept und Körperunzufriedenheit keine einheitliche begriffliche Klärung und deshalb wird zu Beginn hier versucht, etwas Ordnung in diese Begriffe zu bringen.

Bereits früh schlug Bielefeld (1986) eine definitorische Abgrenzung der Begriffe vor, die sich in den Grundzügen bis heute bewährt hat. Er betrachtet die *Körpererfahrung* (body experience) als Oberbegriff, welche zwei Bereiche einschliesst, nämlich das *Körperschema* (body scheme) und das *Körperkonzept* (body image). Das Körperschema umfasst den neurophysiologischen Teilbereich der Körpererfahrung, das heisst alle perzeptiv-kognitiven Leistungen des Individuums bezüglich seines Körpers (Körperorientierung, Körperausdehnung, Körperkenntnis). Das Körperkonzept hingegen ist der psychologisch-phänomenologische Teilbereich der Körpererfahrung, das heisst alle emotional-kognitiven Leistungen des Individuums und beinhaltet das Körperbewusstsein, Körperausgrenzung und Körpereinstellung (vgl. Abbildung 5). Dieses Körperkonzept ist ein mentales Bild der physischen Erscheinung des Körpers und der damit verbunden Einstellungen und Gefühle (Eltze, 1996). Diese Unterscheidung nach Bielefeld (1986) umschreiben Strauss und Appelt (1986) mit Begriffen aus der Psychologie: das Körperschema ist ein Begriff der Wahrnehmungspsychologie und das Körperkonzept ein Begriff der Persönlichkeitspsychologie. Meermann (1991) belegt diese Unterscheidung auch mit den unterschiedlichen methodischen Zugängen zum Körpererleben: Das Körperschema wird durch wahrnehmungspsychologische Verfahren erhoben, während das

Körperkonzept meist durch Interviews und Fragebogen erfasst wird (vgl. 1.6.3 Methodische Erfassung der Körpererfahrung).

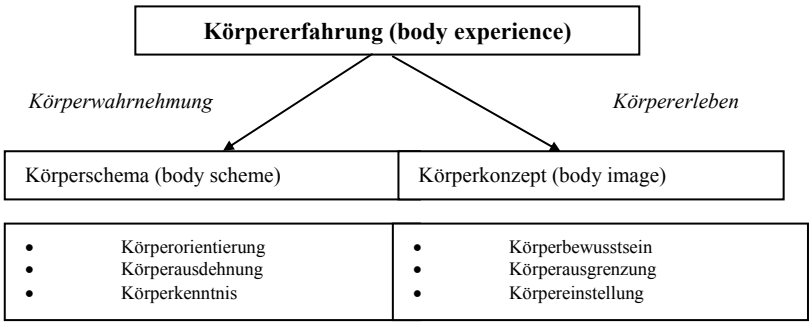


**Abbildung 5: Kategorisierung der verschiedenen Begriffe der Körpererfahrung nach Bielefeld, 1986, 17.**

Diese Unterscheidung von Bielefeld findet sich bei vielen Autoren (Farrell, Shafran & Fairburn, 2003; Böse, 2002; Forster, 2002; Roth, 2002; Reinecke, 2000; Smeets, 1997; Eltze, 1996; Heinberg, Wood & Thompson, 1996; Meermann, 1991), wobei aber auch hier wieder teilweise leicht modifizierte Begriffe verwendet werden. So spricht Forster (2002) von Körperwahrnehmung und nicht Körpererfahrung und schliesst neuropsychologische, psychische, emotionale, verhaltensmässige und soziale Aspekte ein. Salter (1999) hingegen spricht von Körperkonzept als Oberbegriff und differenziert zwischen drei Komponenten: der Körperrealität (wie der Körper wirklich ist), dem Körperideal (wie wir gerne aussehen würden) und der Körperrepräsentation (Aussehen, Kleidung, Auftreten). Cash (2004) unterscheidet zwischen einer „outside view“ und einer „inside view“. Die „outside view“ beschreibt, wie unser Aussehen unser Leben beeinflusst und die „inside view“ (Körperkonzept) ist die multidimensionale psychologische Erfahrung der Körperlichkeit mit den Selbstwahrnehmungen und Selbsteinstellungen im Zusammenhang mit dem Körper.

Bielefeld (1986) befasste sich auch mit abweichenden, gestörten und verzerrten Körpererfahrungen. Damit beschrieb er ein multidimensionales Phänomen, das perzeptiv-kognitive Leistungen, aber auch emotional-affektive Aspekte umfasst. Auch hier kann zwischen einer Körperschemastörung und einer Körperkonzeptstörung unterschieden werden (vgl. Abbildung 6). Bielefeld (1986) spricht dann von einer *Körperschemastörung*, wenn die subjektive Einschätzung der eigenen Körperdimension von den objektiv gemessenen Dimensionen des Körpers abweicht. Eine *Körperkonzeptstörung* wird in der Literatur meist auf den Begriff der *Zufriedenheit / Unzufriedenheit mit dem Körper* (body satisfaction / body dissatisfaction) reduziert. So definieren beispielsweise Stice und Shaw (2002) die Zufriedenheit mit dem Körper als subjektive und emotional-kognitive Evaluation des eigenen physischen Körpers. Forster (2002) fasst den Begriff der Körperkonzeptstörung etwas weiter und beschreibt nicht nur die Unzufriedenheit mit dem

Körper, sondern auch folgende Phänomene (die stark ausgeprägt bei essgestörten Klientinnen beobachtet werden können):

- allgemeine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper
- Gefühl, zu dick zu sein
- Fixierung auf die Themen Körper, Figur und Gewicht
- Mangel an Vertrauen in den eigenen Körper und Mangel an Sicherheit im eigenen Körper
- der Körper wird als fremdartig, passiv und tot wahrgenommen (Depersonalisation)
- der Körper wird vom Geist getrennt wahrgenommen.

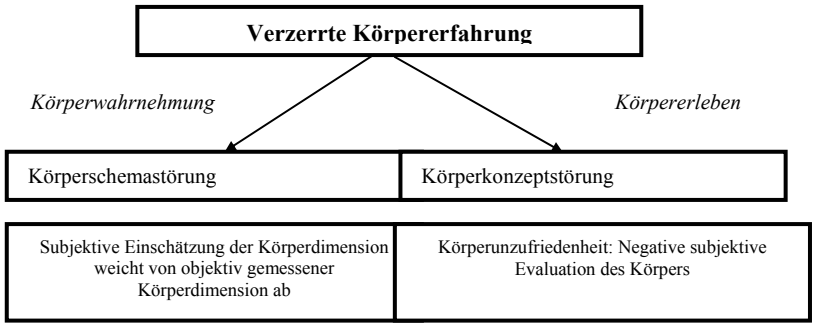


**Abbildung 6: Verzerrte und gestörte Körpererfahrungen und dazugehörige Begriffe**

Nachdem es etwas klarer ist, wie diese Begriffe verwendet werden und wie sie gegeneinander abgegrenzt werden können, geht es im nächsten Unterkapitel um Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Körpererfahrungsstörungen.

### 1.6.2 Erklärungsansätze zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Körpererfahrungsstörungen

Es gibt bis jetzt keine allgemein akzeptierte Theorie zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Körperkonzeptstörungen, die durch die Forschung entwickelt und empirisch überprüft wurde (Böse, 2002). Man muss vielmehr von einem multidimensionalen Phänomen ausgehen, welches perzeptuelle Anteile, Einstellungen und Verhaltensmerkmale umfasst (Kearney-Cooke & Striegel-Moore, 1997). Heinberg, Wood und Thompson (1996) unterscheiden zwischen fünf Theorieansätzen zur Erklärung der Körperkonzeptstörung, die im Folgenden kurz ausgeführt werden:

1. *Entwicklungspsychologische Theorien* (vgl. auch 1.6.4.1 Die Entwicklung des Körperkonzeptes)*:* Diese Theorien betonen vor allem die Bedeutung entwicklungspsychologischer Einflüsse im Zusammenhang mit der Entwicklung des Körperkonzeptes (Van den Berg, Wertheim, Thompson & Paxton, 2002; Heinberg, 1995). In der Pubertät verändert sich der Körper und das hat weit reichende Auswirkungen auf die

Jugendlichen, so auch auf ihre Körpererfahrungen. Man konnte beobachten, dass Mädchen, die später ihre Menarche bekommen (nach dem 14. Lebensjahr) eher ein positiveres Körperkonzept zu haben scheinen als solche, die früh ihre Menarche bekommen (vor dem 11. Lebensjahr) (Ohring, Graber & Brooks-Gunn, 2002; Connors, 1996). Man muss jedoch davon ausgehen, dass es zu einem kumulativen Effekt von Pubertät und damit verbundenen Stressfaktoren des Übergangs in das Jugendalter wie beispielsweise Verabredungen und akademische Anforderungen kommt.

Ackard und Peterson (2001) haben die Beziehung zwischen Pubertät, gestörtem Essverhalten, Körperkonzept und anderen psychologischen Variablen untersucht. Mädchen, die sich selbst vor der Pubertät als übergewichtig einschätzten, hatten höhere Werte im gestörten Essverhalten, in der Körperunzufriedenheit, im Drang Dünn zu sein, in der Impulsregulation und im Perfektionismus.

2. *Negative verbale Kommentare (interpersoneller Ansatz nach Böse, 2002):* Figurbezogenes Feedback (Necken, negative verbale Kommentare und Hänseleien durch Eltern, Geschwister und Peers) hat einen wichtigen Einfluss auf das Körperkonzept und die spätere Zufriedenheit mit dem eigenen Körper und spielt gerade in der Pubertät, die als sensitive Entwicklungsphase bezeichnet wird, eine wichtige Rolle (Heinberg, 1995). In ihrer Studie konnten Thompson, Coovert und Stormer (1999) zeigen, dass durch figurbezogenes Feedback durch Gleichaltrige Vergleichsprozesse angestossen werden, die direkt das gestörte Essverhalten und das Körperkonzept beeinflussen.
3. *Wahrnehmungsverzerrungen:* Wahrnehmungstheorien gehen davon aus, dass es sich bei Körperkonzeptstörungen um rein perzeptive und informationsverarbeitende Fehlleistungen handelt. Diese Theorien befassen sich vor allem mit der Angemessenheit der Einschätzung des Körpers (Heinberg, 1995) und können in Anlehnung an die Konzeption von Bielefeld (1986) die Körperschemastörungen erklären.
4. *Soziokulturelle Theorie (soziokulturelle, feministische Ansätze):* Die soziokulturelle Theorie betont, dass in der heutigen Gesellschaft Dünnsein (vor allem für Frauen) als erstrebenswert angesehen wird und viele Individuen dieses Ideal übernehmen. Dieses Ideal wird häufig durch familiäre Mitglieder und Peers verstärkt (Byely et al., 2000; Thompson et al., 1998). Aufgrund der Unerreichbarkeit dieses Ideals entwickeln viele Individuen eine Unzufriedenheit mit ihrem Körper, welche bekanntlich als Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung gilt (vgl. 1.5.1.4 Soziokulturelle Faktoren).

   Auch Pinhas, Toner, Ali, Garfinkel und Stuckless (1999) haben den Einfluss von idealen weiblicher Figuren auf die Stimmung und die Körperzufriedenheit bei Studentinnen untersucht. Es zeigte sich, dass die Frauen depressiver und wütender waren, wenn sie die Dias von

weiblichen Models gesehen hatten. Dies weist darauf hin, dass die Betrachtung von Models einen direkten negativen Einfluss auf die Stimmung haben kann. Aber auch das Körperbild ist signifikant negativer, wenn man Bilder von dünnen Models gesehen hat (Groesz, Levine & Murnen, 2002). Die Autoren konnten zudem zeigen, dass Frauen, vor allem diejenigen, die unzufriedener mit ihrem Körper sind oder andere psychologische Merkmale von Essstörungen haben, vulnerabel auf solche Bilder von Models reagieren (Durkin & Paxton, 2002; Wiederman & Pryor, 2000).

McNamara (2002) vertritt eine anthropologische Sichtweise des Körperkonzeptes und betont damit, dass vor allem die Beziehung des Körpers zur Umwelt wichtig ist. Sie unterscheidet zwischen zwei verschiedenen „Körpern", nämlich einem individuellen Körperselbst, welches man bei Geburt erhält und einem sozialen Körperselbst, das man durch die Sozialisation erhält. Die anthropologische Forschung zeigt, dass alle Menschen ihre Körperform und Körpergrösse zu verändern versuchen und es sich dabei nicht nur um ein „westliches" Problem handelt (vgl. Schönheitsideale in gewissen afrikanischen Stämmen, die mit einer Verlängerung des Halses durch Goldringe einhergeht).

5. *Bio-psycho-soziale Modelle:* Bio-psycho-soziale Modelle versuchen den Einfluss biologischer, psychologischer und soziokultureller Faktoren auf die Entwicklung des Körperkonzeptes in einer multifaktoriellen Theorie zu beschreiben. Dies entspricht der Annahme, dass das Körperkonzept konstruiert wird und durch verschiedene Faktoren moderiert wird. An dieser Stelle sei das Modell von Ricciardelli, McCabe, Holt und Finemore (2003) vorgestellt, welches sie selbst als bio-psycho-soziales Modell zur Erklärung des Körperkonzeptes bezeichnen. Die Autoren nennen als wichtigsten biologischen Faktor für die Entwicklung von Körperkonzeptstörungen den BMI. Kinder mit einem höheren BMI wünschen sich meist, dünner zu sein. Die beiden wichtigsten psychologischen Faktoren für die Entwicklung des Körperkonzeptes sind nach Ricciardelli et al. (2003) der Selbstwert und negative Affekte. Der soziokulturelle Einfluss in diesem Modell wird durch Familie, Gleichaltrige und Medien vermittelt. Die Autoren untersuchten ihre Theorie bei Kindern im Alter von acht bis elf Jahren in Australien und konnten zeigten, dass die Körperkonzeptstörung mit dem BMI zusammenhing. Der Wunsch den Körper zu verändern, wurde durch den erlebten Druck durch Eltern, Gleichaltrige und die Medien beeinflusst.

Zum Schluss soll auf ein *multifaktorielles Modell zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Körperkonzeptstörungen* hingewiesen werden. Van den Berg, Thompson, Obremski-Brandon und Coovert (2002) nennen ihr Modell „tripartite influence model", weil sie davon ausgehen, dass es drei primäre Einflussquellen auf die Entwicklung des Körperkonzeptes gibt, nämlich Eltern, Peers und die Medien. Im Modell wird zudem davon ausgegangen, dass die Beziehung zwischen diesen Sozialagenten und der Bildung einer Störung durch mindestens zwei Faktoren beeinflusst wird,

nämlich durch Vergleiche des Aussehens (mit den anderen) und der Internalisierung von Informationen aus den Medien (Sands & Wardle, 2003). Dieses Modell lässt leider andere Faktoren, die in den Untersuchungen zu den Risikofaktoren für die Entwicklung eines negativen Körperkonzeptes und eines gestörten Essverhaltens herausgearbeitet wurden, ausser Acht. In diesem Modell müssten auch der Einfluss von individuellen Variablen wie Temperament, Persönlichkeitscharakteristiken, Zeitpunkt der Pubertät / Menarche und Selbstwert ergänzt werden und Beachtung finden (Littleton & Ollendick, 2003).

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass es zwar eine grosse Anzahl von Erklärungsansätzen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Körperkonzeptstörungen gibt, diese aber teilweise noch nicht empirisch überprüft wurden. Eine Theorie zur Erklärung von Körperkonzeptstörungen muss multifaktoriell angelegt sein und biologische, soziale und familiäre Faktoren mitberücksichtigen. Obwohl eine Theorie zur Erklärung weitestgehend fehlt, wird versucht, Körpererfahrungen methodisch zu erfassen. Diese methodischen Ansätze werden im nächsten Unterkapitel dargestellt.

### 1.6.3 Methodische Erfassung der Körpererfahrung

Schon früh bemühten sich die Forscher darum, Körpererfahrungen zu messen und zu quantifizieren und entwickelten verschiedene methodische Erfassungsverfahren. Analog zur phänomenologischen Konzeptualisierung der Körpererfahrung nach Bielefeld (1986) können die Störungen des Körperkonzeptes auf einer perzeptiven Ebene und einer kognitiv-evaluativen Ebene untersucht werden (Mizes et al., 2004; Hilbert, 2000; Wallin, Kronovall & Majewski, 2000; Cash & Deagle, 1997; Thompson, 1995a). Von einer perzeptiven Störung des Körperschemas spricht man dann, wenn ein Individuum Probleme hat, seine Körpergrösse und –breite einzuschätzen. Eine kognitiv-evaluative Störung des Körperkonzeptes liegt dann vor, wenn Störungen in den Einstellungen beobachtet werden.

#### 1.6.3.1 Verfahren zur perzeptiven Einschätzung der Körpererfahrung

Früher wurde in Studien meist die perzeptive Störung mittels apparativen Methoden untersucht (Forster, 2002; Thompson, 1995b, 1995c). Da es jedoch konzeptuelle und theoretische Unsicherheiten gibt und viele Verfahren methodische Mängel aufweisen, sind die damit gewonnenen Ergebnisse teilweise inkonsistent.

Cash und Deagle (1997) unterscheiden zwischen zwei Ansätzen zur Erfassung dieser perzeptiven Störungen: 1) Einschätzung der Grösse (Breite / Tiefe) gewisser Körperteile (body site adjustment

procedures) und 2) Einschätzung der Grösse des ganzen Körpers (whole image adjustment methods). Smeets (1997) unterscheidet zudem bei der Methode zur Einschätzung einzelner Körperteile zwischen der visuellen Grösseneinschätzung (visual size estimation), der Bildermarkierungsmethode und der Körperkonzeptentdeckungsmethode (body image detection device).

Im Folgenden werden drei solche Methoden der Erfassung perzeptiver Einschätzungen vorgestellt:

1. Früher wurde oft mit der *Spiegelkonfrontation* gearbeitet. Dabei wurde jedoch oft übersehen, dass nur die Erinnerung und nicht die eigentliche Wahrnehmung erfasst wurde, wenn man den Versuchspersonen den Auftrag gab, ihre Grösse und Breite einzuschätzen. Deshalb haben Farrell, Shafran und Fairburn (2003) eine neue Methode der Erfassung des Körperkonzeptes anhand einer Spiegelkonfrontation evaluiert. In einer Studie mit 50 gesunden Frauen konnten sie zeigen, dass sich die Frauen in ihrer Grösse unterschätzten, wenn sie im Spiegelbild ihre wirkliche Körpergrösse sahen. Klientinnen mit Essstörungen hingegen scheinen ihre Körpergrösse im Vergleich zu gesunden Individuen klar zu überschätzen.
2. Aufgrund des technischen Fortschrittes wird heute oft die *Video-Konfrontation* eingesetzt. Tuschen-Caffier, Vögele, Bracht und Hilbert (2002) haben bei zwanzig Klientinnen mit einer Bulimia nervosa und zwanzig nicht-essgestörten Frauen die psychologischen Effekte einer Körperkonzeptexposition untersucht. Zuerst sahen die Frauen ihren eignen Körper in einer Video-Konfrontation und mussten sich anschliessend das Aussehen ihres eigenen Körpers vorstellen und beschreiben (Wahrnehmungsaufgabe). Es zeigte sich, dass die negativen Emotionen bei dieser Aufgabe und der Video-Konfrontation bei der klinischen Stichprobe und der Kontrollgruppe gleichermassen zunahmen. Das bedeutet, dass eine Konfrontation mit dem Körper nicht nur für essgestörte Klientinnen, sondern auch für Frauen ohne Essstörung stressig ist.

   Auch Meermann (1991) weist auf die unterschiedlichen Reaktionen auf ein Videofeedback hin. Er unterscheidet zwischen drei Typen von Reaktionen:

   a) Konzept-Perzeptions-Dissonanz: Die Klientinnen berichten, dass ihr Selbstkonzept von dem, was ihnen auf der Leinwand gezeigt wurde, total verschieden ist und sie reagieren dementsprechend meist mit Erstaunen, Ekel und Betroffenheit.
   b) Konzept-Perzeptions-Kongruenz: Diese Klientinnen erkennen nur geringe Unterschiede zwischen ihrem Selbstkonzept und der Wahrnehmung ihres Körpers.
   c) Konzept-Perzeptions-Konfusion: Die Klientinnen geben an, dass sie weder ihr inneres Körperkonzept noch das auf dem Bildschirm beurteilen können.
3. Oft wird auch mit so genannten *Figur-Silhouetten* die Wahrnehmung des Körperkonzeptes erfasst (Olivardia & Pope, 2002). Den Untersuchungsteilnehmerinnen werden Figur-Silhouetten

präsentiert, die von sehr dünn bis sehr dick reichen. Anschliessend werden sie gebeten anzugeben, welche Silhouette ihrer eigenen Figur am stärksten ähnelt. Die Diskrepanz zwischen den beiden Silhouetten wird als Indikator für die Zufriedenheit oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper betrachtet.

Die hier aufgeführten Methoden zur Erfassung der perzeptiven Einschätzung des Körperbildes sind technisch meist aufwendig. Gerade bei der Video-Konfrontation wird wie erwähnt immer wieder auf mögliche negative Auswirkungen hingewiesen und es ist deshalb unerlässlich, dass diese Verfahren nur von speziell geschultem Personal eingesetzt werden. Aufgrund dieser Schwierigkeiten in ihrer Anwendung und Durchführung wurden diese Methoden in der vorliegenden Studie im klinischen Alltag nicht verwendet.

#### 1.6.3.2 Verfahren zur kognitiv-evaluativen Einschätzung der Körpererfahrung

Die psychologisch-phänomenologische Ebene der Körpererfahrung und das damit verbundene Körperkonzept, welches sich durch emotional-kognitive Leistungen auszeichnet, wird meist durch Fragebogen erfasst (Forster, 2002). Es wurden verschiedene Fragebogen entwickelt, welche vor allem körperbezogene Einstellungen, Gedanken und Gefühle, das heisst das Körperkonzept und die damit verbundene Zufriedenheit mit dem Körper erfragen. Auch halbstrukturierte oder unstrukturierte Interviews werden angewendet und Verhaltensweisen, die auf eine Unzufriedenheit mit dem Körper hinweisen könnten, wie zum Beispiel Diätverhalten, physische Aktivität / Training und kosmetische Chirurgie erfasst (Mizes, Heffner, Madison & Varnado-Sullivan, 2004). Thompson (2004) betont, dass die Mehrzahl der Fragebogen zum Körperkonzept eine Traitvariable im Auge hat (überdauernde Eigenschaft). Wenn jedoch ein „state“ erfasst wird, muss die Ausprägung einer Variablen zu einem spezifischen Zeitpunkt erhoben werden.

In der vorliegenden Studie wurde ein Fragebogen verwendet, der das Körperkonzept und andere, für die Essstörung relevanten Dimensionen abdeckt. Der Fragebogen wird an anderer Stelle ausführlich vorgestellt (vgl. 2.2 Messinstrumente).

### 1.6.4 Ergebnisse und Stand der Forschung zu Körpererfahrungen

Nachdem im vorhergehenden Unterkapitel verschiedene Messmethoden vorgestellt wurden, die in der Erforschung der Körpererfahrung eingesetzt werden, werden an dieser Stelle nun Ergebnisse präsentiert, die unter anderem durch den Einsatz dieser Methoden gewonnen wurden.

In der Forschung zu Körpererfahrungen wird heute meist das Körperkonzept untersucht. Dabei ist zu beachten, dass Körperkonzeptstörungen, wie die Unzufriedenheit mit dem Körper, nicht nur bei

Klientinnen mit Essstörungen zu beobachten sind. Deshalb sprechen verschiedene Autoren auch von einer „normativen Unzufriedenheit“ (Castle & Phillips, 2002; Hayaki, Friedman & Brownell, 2002b). In unserer (westlichen) Gesellschaft wird häufig über das Gewicht und den Körper diskutiert. Nichter und Vuckovic (1994) haben in ihrer Studie ethnographische Interviews mit amerikanischen Jugendlichen durchgeführt und beobachtet, dass es so etwas wie ritualisierte Gespräche über das Gewicht und den eigenen Körper gibt. Es wurde offensichtlich, dass der Ausdruck „Ich bin so dick“ nicht nur eine subjektive Beobachtung des eigenen Gewichtes umfasst, sondern damit auch um Unterstützung durch die Peers gefragt wird und nach der Bestätigung, dass man eigentlich gar nicht „so dick“ ist.

In den nachfolgenden Ausführungen geht es in einem ersten Unterkapitel um die Entwicklung des Körperkonzeptes aus entwicklungspsychologischer Sicht. In einem zweiten Unterkapitel geht es dann um Unterschiede zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Stichproben in Bezug auf ihr Körpererleben.

#### 1.6.4.1 Die Entwicklung des Körperkonzeptes

Bei der Entwicklung des Körperkonzeptes kommt es zu einem komplexen Zusammenspiel von psychologischen und phänomenologischen Faktoren. In der frühen Kindheit ist es schwierig, das Körperkonzept klar zu beschreiben, weil während der körperlichen, psychischen und sozialen Entwicklung eines Kindes alle Aspekte miteinander verwoben sind und nicht klar auseinander gehalten werden können. In der Kindheit haben viele Veränderungen eine ganz natürliche, biologische Ursache, zum Beispiel das Wachstum und die Gewichtszunahme. Sie sind Bestandteil der Entwicklung und machen eine kontinuierliche Anpassungsleistung durch das Kind (und seine Umwelt) erforderlich (Reinecke, 2000). Ames (2002) betont, dass wir nicht mit einem klaren Körperkonzept geboren werden, sondern dass es während der Entwicklung langsam entsteht. Sie sieht einen Zusammenhang zwischen der Entstehung des Körperkonzeptes zwischen sieben und acht Jahren und der Funktionsfähigkeit gewisser neurologischen Strukturen. Das Körperkonzept ist demnach entwicklungsbedingten Veränderungen unterworfen und dabei erhält der Pubertät eine wichtige Bedeutung, weil dann viele (körperliche) Umgestaltungsprozesse vor sich gehen, die auch vom Jugendlichen eine Anpassungsleistung verlangen (Baumann, 1986). In den folgenden Ausführungen wird die Entwicklung des Körperkonzeptes in verschiedenen Altersstufen kurz umschrieben.

*a) Entwicklung des Körperkonzeptes im Vorschulalter (Geburt bis fünf Jahre)*

Die beiden kognitiven Entwicklungsstufen des Vorschulalters werden als sensumotorisches und voroperationales Stadium (Piaget & Inhelder, 1998) bezeichnet. Auf diesen Stufen entwickeln die Kinder ein Verständnis für ihre Umwelt, indem sie durch sensumotorische Erfahrungen ihre Umwelt erkunden. Viele Autoren gehen deshalb auch davon aus, dass die Körperkonzeptentwicklung des Kindes mit Tasterfahrungen beginnt. Auf der voroperationalen Stufe werden sich die Kinder der Geschlechtsunterschiede bewusst und können sich selbst als gross oder klein, gut oder schlecht einschätzen und haben so die Voraussetzungen entwickelt, auch perzeptiv-kognitive Leistungen im Zusammenhang mit Körpererfahrungen zu erbringen.

*b) Entwicklung des Körperkonzeptes im Schulalter (fünf bis elf Jahre)*

Im Schulalter erweitert sich das soziale Netz des Kindes unweigerlich und es nimmt vermehrt Kontakte mit Gleichaltrigen auf. Das Kind beginnt zu klassifizieren und Dinge zu Gruppen zusammenzufassen (vgl. Stufe der konkreten Operationen nach Piaget und Inhelder, 1998), was Vergleiche mit anderen ermöglicht und bei Kindern zu einer Unzufriedenheit mit dem Körper führen kann. Viele Forscher weisen auf Beobachtungen hin, dass bereits neunjährige Kinder eine Unzufriedenheit mit ihrem Körper haben, die meisten erklären dies jedoch nicht aus entwicklungspsychologischer Sicht (Grogan, 1999). Auch schon in dieser Altersstufe zeigt sich, dass die Beziehungen zu Peers, familiäre Charakteristiken, persönlichen Eigenschaften und der Body Mass Index signifikante Prädiktoren für die Unzufriedenheit mit dem Körperkonzept sind (Sands & Wardle, 2003). Diese Unzufriedenheit mit dem Körper scheint ein ziemlich konstantes Phänomen zu sein (Smolak, 2004; Krahnstoever Davison, Markey & Birch, 2003). Dabei scheint die Körperkonzeptstörung bei den Mädchen auch schon im Schulalter etwas ausgeprägter zu sein als bei den Knaben (Mendelson, White & Mendelson, 1996).

*c) Entwicklung des Körperkonzeptes bei Jugendlichen (ab elf Jahren)*

Piaget bezeichnet diese Stufe als Stufe der formalen Operationen (Piaget & Inhelder, 1998). Der Jugendliche beginnt deduktiv zu denken und allgemeine Prinzipien auf Einzelfälle anzuwenden. Bis anhin standen die meisten körperlichen Veränderungen in Zusammenhang mit der Körpergrösse. In der Pubertät verändern sich dann aber Aussehen und Figur teilweise grundlegend und es kommt zu pubertätsbedingten Entwicklungen wie Brustwachstum, Zunahme an Fettablagerungen und Muskelwachstum. Jugendliche vergleichen sich wahrscheinlich in noch einem grösseren Ausmass als Kinder mit Gleichaltrigen und die körperlichen Veränderungen können den bisherigen Vorstellungen widersprechen, welche dann restrukturiert und in eine neue Identität integriert werden müssen. Aufgrund der tief greifenden Veränderungen erstaunt es nicht sehr, dass in dieser

Zeit das Körperkonzept meist bei Mädchen und Jungen schlecht ausgeprägt ist (Smolak, 2004). In der Studie von Roth (2002) mit Schülerinnen und Schüler im Alter zwischen dreizehn und sechzehn Jahren zeigten sich jedoch Unterschiede zwischen den Mädchen und Jungen. Bei den Mädchen konnte eine höhere Körperaufmerksamkeit, stärkere Unzufriedenheit mit der Figur, niedrigere wahrgenommene sportliche Kompetenz und stärkeres Gefühl der Körperentfremdung beobachtet werden. Roth betont, dass das Körperkonzept zwar geschlechtsabhängig, aber nicht geschlechtsspezifisch ist. Das bedeutet, dass es Unterschiede geben kann, diese aber nicht zwingend zwischen Mädchen und Jungen unterscheiden. Man kann also annehmen, dass auch gewisse Knaben durchaus auch eine ausgeprägte Körperunzufriedenheit zeigen können. Obwohl es in der Adoleszenz zu einer allgemeinen Körperunzufriedenheit kommt, kann man nicht von einer universellen Entwicklung sprechen. Buddeberg-Fischer und Klaghofer (2002) betonen, dass sich das Körpererleben individuell sehr unterschiedlich entwickelt, insgesamt jedoch nach der Adoleszenz eine Festigung im Körpererleben feststellbar ist und der Körper als attraktiver erlebt wird und nicht mehr so viele Unsicherheiten und Ängste bezüglich des Körpers bestehen.

In der Literatur gibt es kaum Hinweise auf die Entwicklung des Körperkonzeptes und Langzeitstudien fehlen fast gänzlich. Es lässt sich aber feststellen, dass die frühesten, für die Entwicklung des Körperkonzeptes wichtigen Erfahrungen wahrscheinlich sensumotorischer Natur sind und bald auch Vergleichsprozesse (in der Familie, mit Gleichaltrigen) eine herausragende Bedeutung erhalten.

### 1.6.4.2 Körpererfahrungen in klinischen und nichtklinischen Populationen

Wie bereits erwähnt, sprechen viele Autoren von einer „normativen Unzufriedenheit mit dem Körper“ (vgl. Connors, 1996). In diesem Zusammenhang ist es natürlich von grossem Interesse, ob es interindividuelle Unterschiede bezüglich der Körpererfahrung gibt und ob sich diese Unterschiede auch zwischen klinischen und nichtklinischen Stichproben beobachten lassen. Im Folgenden werden exemplarisch die Ergebnisse aus einigen Studien vorgestellt. Dabei wird zwischen Studien zu perzeptiven Aspekten der Körpererfahrung und kognitiv-evaluativen Aspekten unterschieden.

*a) Forschungsergebnisse zu perzeptiven Aspekten des Körpererlebens (Fehlwahrnehmungen der Körperdimensionen)*

Die Datenlage zu perzeptiven Aspekten der Körperkonzeptstörungen ist nicht eindeutig (Böse, 2002; Hilbert, 2000; Eltze, 1996; Flechtner, Eltze & Lehmkuhl, 1995). Diese inkonsistenten Resultate sind teilweise durch methodische Probleme bedingt, die bereits erwähnt wurden (vgl.

1.6.3.1 Verfahren zur perzeptiven Einschätzung des Körperschemas). So konnte Smeets (1997) zum Beispiel zeigen, dass mit den „whole image adjustment methods“ Körpergrössenüberschätzungen vorhanden waren, während dies für „body site adjustment procedures“ nicht der Fall war. Ein weiteres Problem ergibt sich dadurch, dass die perzeptive Einschätzung des Körpererlebens nicht nur eine Wahrnehmungsaufgabe umfasst, sondern dass immer auch affektive Anteile von Bedeutung sind (Probst, Vandereycken, Vanderlinden & Van Coppenolle, 1998).

Auf der einen Seite gibt es Studien, die eine klare Überschätzung der Körpergrösse bei Klientinnen mit Essstörung zeigen und auf der anderen Seite gibt es Studien, die keine signifikanten Unterschiede in der Schätzung der Körpergrösse bei essgestörten und nicht-essgestörten Klientinnen beobachten konnten (Szymanski & Seime, 1997). Studien, die Unterschiede zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Individuen aufzeigen konnten, weisen darauf hin, dass essgestörte Klientinnen (vor allem Anorektikerinnen) zum Beispiel in der Spiegelkonfrontation eine starke Überschätzungstendenz der eigenen Körperdimension oder eine Unsicherheit in ihrer subjektiven Einschätzungen von Körpermassen zeigten (Shafran & Fairburn, 2002). Dies konnte auch Breiner (2003) nachweisen, der Klientinnen zu Beginn der Therapie ihren Körper malen liess. 67 % der Klientinnen nahmen vor allem ihre Oberschenkel und ihren Po verzerrt wahr. In anderen Studien hingegen konnten keine Unterschiede zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Individuen bezüglich der Körpereinschätzung gefunden werden (Fernández-Aranda, 1996). Natürlich gibt es auch noch Studien, in denen teilweise Unterschiede zwischen den essgestörten und den nicht-essgestörten Populationen gefunden wurden, zum Beispiel in Bezug auf Wahrnehmungsverzerrungen der Körpergrösse (Cash & Deagle, 1997).

Die Frage, ob es Unterschiede in der perzeptiven Einschätzung der Körpererfahrung gibt, kann aufgrund der Daten nicht abschliessend beurteilt werden. Die nächste Frage, ob zwischen Bulimikerinnen und Anorektikerinnen Unterschiede in ihrer perzeptiven Einschätzung bestehen, kann ebenfalls nicht beantwortet werden, da auch hier die Forschungsresultate divergent sind. Fernández-Aranda, Dahme und Meermann (1999) konnten bei bulimischen und anorektischen Klientinnen zum Beispiel keine Unterschiede in der Körpergrössenschätzung finden. Andere Autoren hingegen weisen auf Unterschiede hin.

Aufgrund der inkonsistenten Forschungsergebnisse kommt Böse (2002) zum Schluss, dass es sich bei den perzeptiven Körpererfahrungsstörungen wahrscheinlich um ein Kontinuum handeln muss. Am extremen Ende dieses Kontinuums wären stark ausgeprägte Körperschemastörungen, die zu massiven Einschränkungen des sozialen Funktionierens, zwanghaftem Verhalten, klinischen Essstörungen oder einer spezifischen körperdysmorphen Störung führen würden. Dieser Ansatz ist verlockend, beantwortet aber die zugrunde liegende Frage, ob es nun Unterschiede gibt oder nicht, natürlich in keinerlei Weise.

*b) Forschungsergebnisse zu kognitiv-evaluativen Aspekten des Körpererlebens (körperbezogene Einstellungen, Gedanken und Gefühle)*

Da die Ergebnisse aus Studien zur Erforschung der perzeptiven Körpererfahrungsstörung sehr inkonsistent sind, wurde in jüngster Zeit häufig die Forderung geäussert, bei der Erfassung der Körperkonzeptstörung bei essgestörten Klientinnen nicht die Wahrnehmungskomponente, sondern die kognitiv-evaluative Komponente zu untersuchen (Fernández-Aranda, Dahme & Meermann, 1999). Dabei werden subjektive Aspekte der Körpererfahrung meist mit Fragebogen oder strukturierten Interviews erhoben (vgl. 1.6.3.2 Verfahren zur kognitiv-evaluativen Erfassung des Körperkonzeptes).

Es zeigt sich ein etwas einheitlicheres Bild in der Forschung: Durchgängig konnte gezeigt werden, dass viele essgestörte Klientinnen ein schlechteres Körperkonzept als Kontrollpersonen haben und deutlich unzufriedener mit ihrem Körper sind als Kontrollpersonen (Cash & Deagle, 1997). So liessen sich in der Studie von Hilbert (2000) bei den bulimischen Probandinnen häufiger körperbezogene Kognitionen und eine stärkere negative Reaktivität als bei der nicht-essgestörten Vergleichsgruppe beobachten. Bullerwell-Ravar (1994) spricht in diesem Zusammenhang nicht einfach von gestörten, sondern von instabilen und unsicheren Körperkonzepten, denn aus ihrer Sicht ist die Einstellung zum eigenen Körper meist stabil negativ.

*c) Forschungsergebnisse zu integrativen Ansätzen der Untersuchung*

Neben der Forderung einiger Forscher, gänzlich auf die Erforschung von Körperschemastörungen zu verzichten, da es nur zu inkonsistenten Ergebnissen führt, haben andere Forscher einen integrativen Ansatz gewählt. Sie untersuchen sowohl die affektiv-kognitive als auch die perzeptive Dimension der Körpererfahrung und kombinieren die Erhebungsmethoden aus beiden Forschungstraditionen. Ein solches Design hat Eltze (1996) in ihrer Doktorarbeit über das Körperschema (oder Körperwahrnehmung) und das Körperkonzept bei Anorexia und Bulimia nervosa Klientinnen im Vergleich zu nicht-essgestörten Jugendlichen und Klientinnen mit anderen psychiatrischen Diagnosen angewandt. Dabei erfasste sie perzeptive Störungen in der Körpererfahrung mit einer Markiermethode und einer Silhouettenauswahlmethode und kognitiv-affektive Störungen mit Selbsteinschätzungsfragebogen. Die Stichprobe umfasste 20 Anorektikerinnen, elf Bulimikerinnen, 95 Schülerinnen und elf Klientinnen mit anderen Diagnosen (emotionale Anpassungsstörung, Angst, depressive Verstimmung, paranoide Schizophrenie). Bezüglich der Körperwahrnehmung zeigte sich, dass alle die Tendenz zeigten, die Schulterbreite zu unterschätzen und Taille, Hüfte, Oberschenkel und Bauch zu überschätzen. Die Anorektikerinnen zeigten jedoch im Bereich der „Oberschenkel“ und „Bauch“ und die Bulimikerinnen im Bereich „Hüfte“ die grössten Überschätzungen. Im Silhouettentest wählten die Anorektikerinnen schlankere

Figuren und Bulimikerinnen eher dickere Silhouetten. In den Selbsteinschätzungsfragebogen, das heisst den kognitiv-affektiven Bereichen der Körpererfahrung zeigte sich, dass die essgestörten Klientinnen unzufriedener mit ihrem Körper waren, wobei die Bulimikerinnen eine grössere Besorgnis über ihren Körper äusserten. Im Vergleich zu den Schülerinnen hatten die klinischen Klientinnen signifikant geringere Werte in der Attraktivitäts- und Selbstvertrauens-Skala. Auch das Gefühl der Ineffektivität war in den Klientinnengruppen höher, wobei die Bulimikerinnen höhere Werte als die Anorektikerinnen aufwiesen.

Abschliessend sei an dieser Stelle festgehalten, dass bei der Körpererfahrung nach Bielefeld (1986) zwischen dem Körperschema und dem Körperkonzept unterschieden werden kann. Diese Körpererfahrungen werden in Zusammenhang mit Essstörungen immer wieder diskutiert, weil sie ein Hauptcharakteristikum dieses Störungsbildes zu sein scheinen. In der klinischen Praxis wird man immer wieder mit Klientinnen konfrontiert, die deutliche Wahrnehmungsverzerrungen zeigen und / oder tiefverwurzelte Überzeugungen haben, dass sie zu dick sind und abnehmen müssen. In der Forschung fehlt bis jetzt ein umfassendes Modell zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Körperkonzeptstörungen, obwohl es eine lange Tradition zur Erforschung dieser Störungen gibt. Soziokulturelle und entwicklungspsychologische Faktoren scheinen einen Einfluss auf die Entwicklung dieser Körperkonzepte zu haben, aber auch negative verbale Kommentare durch Familienangehörige oder Gleichaltrige. Bio-psycho-soziale Modelle versuchen auch hier ein multifaktorielles Modell vorzuschlagen, indem auf das Wechselspiel dieser Faktoren hingewiesen wird. Prominente biologische Faktoren sind dabei der BMI und pubertätsbedingte körperliche Veränderungen. Als psychologische Faktoren werden das Temperament und Persönlichkeitseigenschaften des Individuums hervorgehoben. Auf der sozialen Ebene sind es dann vor allem der Einfluss der westlichen Gesellschaft mit ihren Idealen, Medien und Gleichaltrigen.
In der Forschung zu Störungen der Körpererfahrung wird zwischen Verfahren zur perzeptiven Einschätzung des Körperschemas und Verfahren zur kognitiv-evaluativen Erfassung des Körperkonzeptes unterschieden. Die Resultate zur perzeptiven Einschätzung des Körperschemas sind sehr unklar, wohingegen in der Forschung zur kognitiv-evaluativen Einschätzung des Körperkonzeptes deutliche Unterschiede zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Individuen aufgezeigt werden konnten. Anorektikerinnen und Bulimikerinnen haben im Vergleich zu Nicht-Essgestörten tiefere Körperkonzepte und eine stark ausgeprägte Unzufriedenheit mit ihrem Körper.

### 1.6.5 Theoretischer Exkurs: Selbstkonzept

Im Zusammenhang mit dem Begriff der Körpererfahrung wird auch auf das Selbstkonzept hingewiesen. Salter (1999) definiert das Selbstkonzept als die kognitiven Anteile der Selbstwahrnehmung, das heisst was ein Mensch objektiv gesehen über sich denkt. In diesem Verständnis ist die Körpererfahrung ein spezifischer Teil des Selbstkonzeptes und kann dieses auch beeinflussen. Da das Körpererleben die Selbst- und Fremdwahrnehmung einschliesst, hat es Einfluss auf das Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen. Schmidt (2001) spricht sogar von einer sozialen Konstruktion des Identitätskonzeptes und somit auch des Körperkonzeptes. Und auch Joraschky (1986) betont, dass das Selbsterleben und das Körpererleben untrennbar verbunden sind und unbewusst reguliert werden. Er unterscheidet zwischen einem Körperschema und einem Körper-Selbst, welches er in Anlehnung an die Psychoanalyse als Instanz umschreibt, die sich in einem Entwicklungsprozess in der Auseinandersetzung mit der Umwelt konstituiert.

Die Beziehung zwischen Selbstbild und Körperkonzept als Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung ist nicht ganz geklärt. Das heisst, dass man nicht weiss, ob zuerst ein tiefer Selbstwert beobachtet werden kann, der dann zu einer Körperkonzeptstörung führt oder umgekehrt. Man kann jedoch annehmen, dass das Körperkonzept ein Teilbereich des Selbstkonzeptes ist (Mendelson, McLaren, Gauvin & Steiger, 2002). Auch Paulus (1986) betont, dass der eigene Körper als zum Selbst zugehörig erlebt wird und grenzt somit die Körpererfahrung von der Selbsterfahrung ab. Als Körpererfahrung bezeichnet er jenen Teil der Erfahrung, den das Individuum als Erfahrung mit dem Körper im Gedächtnis abspeichert. Die Selbsterfahrung hingegen bezieht sich auf die gespeicherte Information über die gesamte eigene Person und umfasst so auch Körpererfahrungen.

In der Forschung zu Zusammenhängen zwischen Selbstkonzept und Essstörungen wurden vor allem Variablen wie Gewicht, Geschlecht, Körpergefühl und körperliche Aktivität untersucht. Dabei zeigte sich, dass die Beziehung zwischen Selbstkonzept und Gewicht eher klein und inkonsistent zu sein scheint. Mendelson, Mendelson und Andrews (2000) haben in einer Untersuchung 217 kanadische Studenten zwischen 16 und 21 Jahren bezüglich Selbstwert und Körperkonzept (Zufriedenheit mit dem Körper) untersucht. Sie gingen der Frage nach, ob es zwischen diesen Faktoren einen Zusammenhang gibt und wie dieser aussieht. Die Autoren konnten zeigen, dass es einen Zusammenhang zwischen dem Selbstwert und dem Gewicht gibt: Schwerere Frauen, jedoch nicht schwerere Männer, schienen ihre romantische Kompetenz niedriger einzuschätzen und somit einen tieferen Selbstwert zu haben. Diese Frauen schätzten die Bedeutung ihres Gewichts und ihres Aussehens zudem als wichtiger ein als die Männer. Es zeigte sich auch, dass Selbstwert und die Zufriedenheit mit dem Körper nicht einfach austauschbare Konstrukte sind.

Schindler (2002) erforschte den Zusammenhang zwischen Körperkonzept, Selbstwert und körperlicher Aktivität und konnte in seiner Querschnittsstudie mit 397 Frauen und 339 Mädchen im Alter von 13 bis 41 Jahren und 188 Hochleistungssportlerinnen folgende Ergebnisse festhalten:

- Zwischen der körperlichen Aktivität und dem Körperkonzept lassen sich in verschiedenen Bereichen positive Zusammenhänge feststellen.
- Zwischen der körperlichen Aktivität und der Selbstakzeptanz des Körpers lassen sich keine Zusammenhänge finden.
- Die im Jugendalter beobachteten Geschlechterunterschiede mit einem positiveren Körperkonzept und Selbstwert bei den Knaben sind im frühen Erwachsenenalter nicht mehr zu beobachten (Steiner, 2002).

Der Zusammenhang zwischen Selbstwert und Körperkonzept wurde auch in klinischen Populationen untersucht. So fanden Mendelson, McLaren, Gauvin und Steiger (2002), dass Frauen mit einer Essstörung einen höheren Selbstwert zeigten, wenn sie höhere Körpergefühlsattributionen vornahmen. Dies spricht dafür, dass essgestörte Klientinnen sehr sensitiv auf soziale Einflüsse reagieren. Wie bei nicht-essgestörten Frauen hängt der Selbstwert von essgestörten Frauen sehr stark von der Beurteilung des Körpergewichts und der Körperfigur ab. Im Unterschied dazu weiteten die essgestörten Frauen ihre gewichtsbezogene Selbstevaluation jedoch auf mehr Bereiche ihres Selbstwertes aus (McFarlane et al., 2001).

An dieser Stelle sei nur kurz erwähnt, dass die Therapie der Essstörung teilweise auch den Selbstwert zu beeinflussen scheint (Troop, Schmidt, Turnbull & Treasure, 2000). Klientinnen, die als geheilt galten, zeigten einen Anstieg in ihrem Selbstwert, vor allem ihrer Selbstakzeptanz. Anhand dieser Daten kann aber noch nicht gesagt werden, ob es zu einer Verbesserung des Selbstwertes kam, weil die Klientinnen gesund wurden, oder ob sie gesund wurden, weil sie ein besseren Selbstwert entwickeln konnten.

Zusammenfassend kann man den Körper als Bindeglied zwischen Selbst und Umwelt bezeichnen. Der Körper kann sowohl als Objekt wie auch als Subjekt erlebt werden, weil er Bestandteil der Persönlichkeit beziehungsweise des Selbst ist und zudem wie ein Gegenstand der Umwelt manipuliert werden kann (Mrazek, 1986). Das Selbstkonzept hingegen umfasst alles, was das Individuum über sich denkt, welche Eigenschaften und Verhaltensweisen es sich zuschreibt und wie es sich selbst beurteilt. Das Körperkonzept kann als Teil des Selbstwertes definiert werden ist kann für die Entwicklung einer Essstörung ein Risikofaktor darstellen. Insgesamt kann bei essgestörten Klientinnen beobachtet werden, dass sie einen geringeren Selbstwert haben und oft auch ein tiefes Körperkonzept. Im nächsten Kapitel wird die Therapie der Essstörung dargestellt und verschiedene therapeutische Modelle diskutiert.

# 1.7 Prävention und Therapie von Essstörungen

Dieses letzte, ausführliche Kapitel befasst sich mit der Prävention und Therapie von Essstörungen. Zu Beginn werden bewusst einige Überlegungen und Erkenntnisse zur Prävention von Essstörungen diskutiert. Wir wissen heute viel über Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen und wir können dieses Wissen auch für die Entwicklung von Präventionsprogrammen nutzen. Mit diesem Vorgehen wird auch die Ansicht vertreten, dass man nicht erst dann handeln (und behandeln) sollte, wenn bereits eine Essstörung diagnostiziert werden kann. In den nachfolgenden Ausführungen geht es dann zuerst um Verlaufsforschung zu den Essstörungen und anschliessend um verschiedene therapeutische Ansätze, die nach Vandereycken (2003) in ambulante, teilstationäre und stationäre Therapieangebote unterteilt werden. Zu den jeweiligen therapeutischen Ebenen werden einige Evaluationsstudien vorgestellt.

## 1.7.1 Prävention von Essstörungen

Aufgrund explodierender Kosten im Gesundheitsbereich und einer grösseren Sensibilisierung der Gesellschaft wird auch gerade im Bereich der Essstörungen der Ruf nach Präventionsprogrammen immer lauter. Dabei ist ein multidimensionaler Ansatz angezeigt, in dem Bereiche wie die Schule, die Familie und die soziale und physische Umgebung der Jugendlichen beachtet werden. Man kann dabei in Anlehnung an Buddeberg-Fischer (2000) zwischen der Gesundheitsförderung, die auf die Stärkung von Wohlbefinden und Gesundheit ausgerichtet ist, und der Prävention, die auf die Verhinderung von Krankheit abzielt, unterscheiden. Nach Levine und Piran (2004) kann zudem zwischen primärer und sekundärer Prävention unterschieden werden: Mit der universellen primären Prävention wird dabei versucht, signifikante Institutionen und Gemeinschaften zu verändern. Mit der selektiven sekundären Prävention hingegen werden Personen, die einer Risikopopulation angehören, gezielt angesprochen. Aufgrund ihrer Metaanalyse kommen die Autoren zum Schluss, dass gezielte sekundäre Präventionsprogramme am effektivsten sind, weil durch sie das Körperkonzept verbessert, der Drang dünn zu sein verringert und die Einstellungen zum Essen und konkretes Essverhalten verändert wurden.

In den meisten Präventionsprogrammen finden sich ähnliche Themen, die bearbeitet werden (Springer, Winzelberg, Perkins & Taylor, 1999; Shisslak, Crago, Estes & Gray, 1996): Anzeichen, Symptome und gesundheitliche Konsequenzen von Essstörungen; Therapieangebote; Risikofaktoren (soziokulturelle Betonung des Schlankheitsideals, tiefer Selbstwert, familiäre Probleme und Diätverhalten); gesunde vs. ungesunde gewichtsregulierende Massnahmen und Stärkung von Lebensfertigkeiten (Problemlösung, Entscheidungsfindung, Kommunikation, Selbst-

Bestätigung). Im Zusammenhang mit der Entwicklungsphase der Adoleszenz ist es wichtig, dass auch entwicklungsbedingte Anforderungen in solchen Präventionsprogrammen Eingang finden: Den Mädchen sollte aufgezeigt werden, wie sie mit den physischen, sozialen und emotionalen Veränderungen der Pubertät umgehen lernen können.

An dieser Stelle wird zuerst eine Studie aus der Schweiz und dann eine Studie aus Amerika vorgestellt, die Präventionsprogramme evaluiert haben. Buddeberg-Fischer (2000) hat eine Studie zur Früherkennung und Prävention von Essstörungen in der Schweiz durchgeführt. In der epidemiologischen Studie ging es um die Erhebung von Daten zur Gewichtsverteilung und Häufigkeit von gestörtem Essverhalten, sowie von physischen und psychischen Begleitsymptomen bei Jugendlichen (n = 1944 Schülerinnen und Schüler im Alter von 14 bis 19 Jahren aus dem Kanton Zürich). Im Anschluss an eine präventive Intervention zur Gesundheitsförderung wurde deren Effekt auf gestörtes Essverhalten und Begleitsymptome untersucht (n = 475 Adoleszente). Es zeigte sich, dass 69.4 % der weiblichen Jugendlichen normalgewichtig waren, 8.6 % untergewichtig und 22.0 % übergewichtig. Von den männlichen Jugendlichen hatten 76.7 % ein Normalgewicht, 9.8 % Untergewicht und 22.6 % Übergewicht. Die Frauen erlebten sich im Unterschied zu den Männern häufiger als zu dick, hatten ein negativeres Bild bezüglich ihrer körperlichen Attraktivität, zeigten ein gestörtes Essverhalten (vor allem auch in psychischen Belastungssituationen). In der Interventionsstudie zeigte sich, dass die Frauen generell mehr Beschwerden hatten als die Männer. Präventive Interventionen waren vor allem bei solchen Frauen wirksam, die als Kind normalgewichtig waren und zu Beginn der Studie eine geringe Zwanghaftigkeit und eine grössere Ängstlichkeit aufwiesen. Die Intervention war nicht nur auf die Wissensvermittlung ausgerichtet, sondern es wurden entwicklungsphysiologische und –psychologische Aspekte der Adoleszenz vermittelt. Aufgrund dieser Ergebnisse kann man sagen, dass die Präventionsstudie in den untersuchten Schulklassen bei einigen Jugendlichen erfolgreich war und bei anderen nicht.

Auch Killen (1996) evaluierte ein Präventionsprojekt für Essstörungssymptome an einer Schule in Kalifornien in Amerika. Das Programm orientierte sich an Präventionsprogrammen für Substanzmissbrauch und verfolgte zwei Ziele: 1) Aufbau der Motivation, gesunde gewichtsregulierende Strategien zu übernehmen und anzuwenden sowie 2) Vermittlung von Fähigkeiten auf der Verhaltensebene, mit den Einflüssen aus der Umgebung umzugehen (Druck, eine Diät zu machen; Schlankheitsideal). In den Präventionssitzungen mit den Schülern werden verschiedene Themen besprochen: die Gewichtszunahme ist natürlich und notwendig für die Entwicklung in der Pubertät; eine exzessive Kalorienrestriktion ist nicht eine effektive Gewichtskontrollstrategie; die Kalorienrestriktion kann die Gewichtszunahme potenzieren (Jojo-Effekt); Adoleszente können lernen, sich kulturellem Druck nach Diätverhalten und einem dünnen Körperideal zu widersetzen; Adoleszente können erlernen, ein gesunderes Essverhalten und

körperliche Betätigung zu zeigen. Dieses Programm wurde mit 967 Schülerinnen zwischen 11 und 13 Jahren in Kalifornien erprobt, wobei die Schülerinnen entweder der Präventionsanordnung oder der Kontrollgruppe (ohne Prävention) zugeteilt wurden. Zu Beginn des Programms und nach sieben Monaten wurden Untersuchungen durchgeführt und es zeigte sich, dass Schülerinnen, die am Programm teilgenommen hatten, eine signifikante Wissenszunahme zeigten. Das Präventionsprogramm schien aber keinen Einfluss auf die Besorgtheit um das Essen und die Frequenz von essgestörtem Verhalten zu haben, welches über zwei Jahre hinweg ziemlich stabil blieb. Diejenigen Mädchen, die ein höheres Risiko für die Entwicklung einer Essstörung hatten, konnten vom Präventionsprogramm verstärkt profitieren (dies entspricht der sekundären Prävention, wie Levin und Piran (2004) sie definiert haben).

Die meisten Präventionsstudien werden wie die Interventionsstudie von Buddeberg-Fischer (2000) und Killen (1996) in der Schule durchgeführt und werden als psychoedukative Präventionsprogramme bezeichnet, weil das Hauptziel darin besteht, Wissen zu vermitteln. Dieser Ansatz hat Vorteile, weil dadurch viele Individuen erreicht werden können. Ein grosser Nachteil ist jedoch darin zu sehen, dass es nicht unbedingt zu einer Übertragung und Anwendung des Erlernten in den Alltag und in die natürliche Umgebung kommt und man vorsichtig mit dem Inhalt des vermittelten Wissens umgehen muss. Nach der Durchführung eines Präventionsprogramms mussten Carter, Stewart, Dunn und Fairburn (1997) zum Beispiel feststellen, dass ihre Intervention kontraproduktiv war, weil es zu einer Zunahme an Diätverhalten gekommen war. Dies könnte darauf hinweisen, dass Präventionsprogramme mehr Schaden anrichten können, als bis anhin angenommen. Viele Autoren verweisen darauf, dass man vor allem dann mit einer negativen Wirkung eines Präventionsprogramms rechnen muss, wenn vor allem die Vermittlung von essstörungsspezifischem Wissen im Vordergrund steht (Stice, Mazotti, Weibel & Agras, 2000). Gerade die Studie von Buddeberg-Fischer (2000) und Killen (1996) konnten aber auch zeigen, dass mit der nötigen Sorgfalt auch Präventionsprogramme entwickelt werden können, die durchaus erfolgsversprechend sind und auch gerade Mädchen, die ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung haben, helfen können. Deshalb werden an dieser Stelle noch zwei weitere Präventionsprogramme vorgestellt, die ebenfalls zu guten Resultaten führten und die spezifische Risikofaktoren zu beeinflussen versuchen und für spezifische Risikogruppen entwickelt wurden (Button et al., 1997).

Das Präventionsprogramm von O'Dea und Abraham (2000) mit dem Titel „Everybody's Different" wurde entwickelt, um den Selbstwert nachhaltig zu verändern. Das Programm umfasst neun wöchentliche Lektionen von 50-80 Minuten Dauer mit zusätzlichen Hausaufgaben und erstreckt sich über drei Monate. Das Programm wurde bei 470 Schülerinnen und Schülern im Alter zwischen elf und vierzehn Jahren durchgeführt und es zeigte sich, dass die Zufriedenheit mit dem Körper

nach dem Programm höher war und auch der Selbstwert nachhaltig beeinflusst wurde. Die soziale Akzeptanz, das Aussehen und die athletischen Fähigkeiten wurden für die Schüler, die an diesem Präventionsprogramm teilnahmen, weniger wichtig. Diese Veränderungen waren auch noch nach einem Jahr nachweisbar. Dabei ist es wichtig, dass das Präventionsprogramm sowohl bei Männern und Frauen effektiv war, und auch Schülerinnen mit einem erhöhten Risiko davon profitieren konnten.

Aufgrund den Erkenntnissen und theoretischen Annahmen der kognitiven Dissonanztheorie, die besagt, dass die Präsenz von inkonsistenten Kognitionen ein psychologisches Unbehagen auslöst, welches die Individuen dazu motiviert, die Konsistenz wieder herzustellen, haben Stice, Mazotti, Weibel und Agras (2000) ein Dissonanz-Präventions-Programm entwickelt. Bei 30 Studentinnen mit hoher Körperunzufriedenheit zeigten sich nach der Intervention eine Abnahme der Internalisierung von dünnen Vorbildern, eine Abnahme der Körperunzufriedenheit, des Diätverhaltens, negativer Affekte und bulimischer Symptome. Das Präventionsprogramm umfasste drei stündliche Seminare mit einer Gruppe von fünf Studentinnen. Die positiven Effekte führen die Autoren darauf zurück, dass das Präventionsprogramm ganz klar für eine bestimmte (Risiko)Gruppe zugeschnitten ist. Zudem wurden keine Informationen über ungesunde Gewichtskontrollstrategien vermittelt. Der Erfolg dieses Präventionsprogramms zeigt aber auch auf, dass auch schon eine Kurzzeitprävention erfolgsversprechend sein kann.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die teilweise schlechten Ergebnisse von Präventionsprogrammen nicht darüber hinweg täuschen sollten, dass Präventionsprogramme, die sich an Risikogruppen richten und nicht nur auf die Vermittlung von essstörungsspezifischem Wissen ausgerichtet sind, durchaus effektiv sein können. In Übereinstimmung mit Levine und Piran (2004) kann dabei die selektive sekundäre Prävention als effektivste Methode bezeichnet werden.

### 1.7.2 Der Verlauf von Essstörungen

Leider können mit diesen Präventionsprogrammen nicht alle Essstörungen verhindert werden und es geht nun darum, einige therapeutische Ansätze vorzustellen. Zuerst werden aber verschiedene Ergebnisse aus Studien vorgestellt, die sich mit dem Verlauf von Essstörungen befasst haben. Die Erforschung dieses Themas ist von zentraler Relevanz, da es sich auf Therapieprogramme und Präventionsansätze gleichermassen auswirkt. Die Bestimmung von prognostisch günstigen Faktoren (individuelle, soziale, familiäre und krankheitsbedingte Faktoren) und Risikofaktoren hat eine praktische Implikation: Wenn man Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung

identifizieren kann, kann in erster Linie menschliches Leiden verhindert werden, aber auch sehr viel Geld gespart werden, wie Steiner, Sanders und Ryst (1995) betonen.

Um den Verlauf von Essstörungen zu untersuchen, sind *Langzeitstudien* das Design der Wahl. Diese Langzeitstudien sind jedoch häufig mit methodischen Problemen verbunden (Meermann & Vandereycken, 1987): Die diagnostischen Kriterien werden zu wenig konsequent angewendet, es sind nur unvollständige Informationen über Klientinnencharakteristika vorhanden (demographische Variablen wie Geschlecht, Alter, Familienstand und sozioökonomischer Status und klinische Merkmale wie Dauer der Krankheit, Symptome, Behandlungsversuche), die meisten Studien werden retrospektiv durchgeführt, bei der Stichprobenauswahl kommt es zu Fehlern (Überweisung, Kriterien für die Einweisung, Abbrüche während der Behandlung, Versuchspersonenschwund bis zur Nachuntersuchung), der Zeitraum der Katamnese wird sehr unterschiedlich festgelegt (es wird eine Katamnesedauer von mindestens vier Jahren empfohlen), katamnestisch werden fehlerhafte Methoden angewandt (Informationen aus verschiedenen Quellen; Morgan, Macquire-Samson, Purgold & Vassilas, 1992) und die Ergebnis- oder Heilungs-Kriterien sind unangemessen oder fehlerhaft (Tolstrup, 1992).

Im Folgenden werden Untersuchungen dargestellt, die den Verlauf von Essstörungen allgemein untersuchten und keine Unterscheidung zwischen dem Verlauf der Bulimia nervosa und der Anorexia nervosa machten. In zwei weiteren Unterkapiteln werden dann noch spezifische Verlaufsuntersuchungen vorgestellt.

Die Forschungsgruppe um Steinhausen hat sich intensiv mit der Verlaufsforschung von Essstörungen befasst und es wird deshalb hier auf zwei Studien dieser Gruppe verwiesen. Steinhausen, Boyadjieva, Girgorioiu-Serbanescu, Seidel und Winkler Metzke (2000) haben 138 Klientinnen mit Beginn der Essstörung in der Adoleszenz fünf Jahre nach ihrer ersten Hospitalisation erneut untersucht. Dabei zeigte sich, dass 25 % dieser Klientinnen während diesen fünf Jahren entweder in stationärer oder ambulanter Behandlung waren. Die Hälfte wurde ein zweites Mal hospitalisiert und ein Viertel wurde sogar ein drittes Mal hospitalisiert. Nach fünf Jahren hatten aber 68 % der Klientinnen keine Essstörung mehr und die Mortalitätsrate lag bei 5.1 %. Die Autoren kommen zum Schluss, dass der Verlauf der Essstörung mit Beginn in der Adoleszenz einen positiveren Verlauf hat (Steinhausen, Amstein, Reitzle & Seidel, 1995), als mit Beginn in späteren Jahren und der Verlauf in verschiedenen Kulturen (Deutschland, Rumänien und Bulgarien) recht ähnlich ist. Obwohl Steinhausen beschreibt, dass ein früher Beginn der Essstörung prognostisch günstig ist, wird diese Frage in der Literatur kontrovers diskutiert (Fichter & Quadflieg, 1995).

Ein Jahr später, dass heisst sechs Jahren nach der Ersthospitalisation zeigten 70 % der Klientinnen keine Essstörung mehr (Steinhausen, Boyadijeva, Girogoroiu-Serbanescu & Neumärker, 2003). Es

wurden vor allem noch bulimische oder atypische Essstörungen beobachtet. Steinhausen, Boyadijevy, Girogoroiu-Serbanescu und Neumärker (2003) untersuchten ebenfalls, mit welchen Faktoren dieser Verlauf vorhergesagt werden kann. Der BMI nach sechs Jahren konnte durch das prämorbide Übergewicht und BMI bei Eintritt vorhergesagt werden und das problematische Essverhalten wurde durch Konflikte oder Scheidung in der Familie, Dauer der ambulanten Behandlung und Widerstand oder vorzeitigem Abbruch der Behandlung vorhergesagt. In diesen beiden Studien zeigt sich, dass der langfristige Verlauf meist positiver ausfällt als die kurzfristigen Verläufe (Steinhausen & Seidel, 1992). Die retrospektive Durchführung dieser Studien wurde wiederholt kritisiert und Van Engeland et al. (1995) haben in der Folge eine prospektive Längsschnittstudie über Essstörungen in der Adoleszenz in Utrecht (Niederlande) durchgeführt. Nach vier Jahren zeigten 69 % der adoleszenten Klientinnen einen guten Verlauf, 25 % einen mehr oder weniger guten Verlauf und 6 % einen schlechten Verlauf. Die meisten Verbesserungen konnten die Autoren während des ersten Jahres beobachten, nämlich signifikante Verbesserungen im Essverhalten (Fasten und Essattacken, aber nicht Erbrechen), Gewicht, Stimmung und Menstruationszyklus. Es gab jedoch auch signifikante Verbesserungen bei psychosozialen Variabeln (familiäre Beziehungen, Loslösung von der Familie, Freundschaften), der sexuelle Einstellungen und der Beschäftigung mit Nahrung. Ein schlechter Verlauf wurde durch einen extremen Gewichtsverlust, Essattacken, Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, sozialer Isolation, niedrigem Selbstwert, prämorbiden Persönlichkeitsstörungen und einem gestörten Körperkonzept vorhergesagt. Auch familiäre Variablen, die Anzahl der klinischen Behandlungen, die Dauer der Behandlung, Depression, prämorbides Übergewicht waren prognostisch ungünstige Faktoren. Wenn man die Resultate dieser Studie mit den Resultaten der Studie von Steinhausen et al. vergleicht, dann findet man keine grossen Unterschiede. Die Autorengruppe um Van Engeland et al. konnte also zeigen, dass es auch schon im kurzfristigen Verlauf zu deutlichen Verbesserungen in der Essstörungssymptomatik kommen kann.

Diese Studien unterschieden nicht zwischen Bulimikerinnen und Anorektikerinnen. Daher ist es von grossem Interesse, ob es zwischen diesen beiden klinischen Gruppen Unterschiede im Verlauf gibt. Diese Frage wird in den nächsten Unterkapiteln getrennt für die Anorexia und die Bulimia nervosa diskutiert.

#### 1.7.2.1 Spezifische Verlaufsforschung zur Anorexia nervosa

In den nachfolgenden Ausführungen werden spezifische Verlaufsstudien zur Anorexia nervosa dargestellt und die dabei herausgearbeiteten prognostisch günstigen und ungünstigen Faktoren hervorgehoben.

Eine viel verwendete Methode zum Vergleich von Studien ist die so genannte Metaanalyse. Steinhausen (1991) untersuchte Studien zum Verlauf der Anorexia nervosa aus den 50er bis 80er Jahren metaanalytisch und kam zu folgenden Befunden: Bei etwas mehr als der Hälfte der Klientinnen konnte im Verlauf der Erkrankung mit einer Normalisierung des Gewichtes und des Menstruationszyklus gerechnet werden und bei knapp der Hälfte mit der Normalisierung des Essverhaltens. Die klassische Dreiteilung von Krankheitsverläufen in Chronifizierung (ca. 20 %), Besserung (30 %) und Heilung (50 %) konnte ebenfalls bestätigt werden. Als prognostisch günstiger Faktor bezeichnet Steinhausen (1991) das frühe Erkrankungsalter, störungsfreie Eltern-Kind-Beziehungen, ein höherer Sozial- und Bildungsstatus und eine kürzere Dauer der Symptome. Ungünstige prognostische Faktoren sind Symptome wie Erbrechen, Bulimie und ausgeprägter Gewichtsverlust. Fast ein Jahrzehnt später publizierte Steinhausen erneut eine Metaanalyse zum Verlauf von Essstörungen (Steinhausen, 2002). Auch hier bestätigten sich weitgehend die Ergebnisse der Metaanalyse, die er zehn Jahre vorher publiziert hatte: Nach der Therapie war weniger als die Hälfte der Klientinnen geheilt, ein Drittel zeigte Verbesserungen und 20 % war chronisch krank. Die Drop-out-Rate betrug 12.3 % und die Mortalitätsrate lag bei 5 %. Ein längerer Verlaufsuntersuchungszeitraum und ein jüngeres Alter bei Beginn der Störung waren mit einem positiveren Verlauf verbunden. Erbrechen, Bulimie und Missbrauch von Abführmitteln, die Chronifizierung der Krankheit und ängstliche Persönlichkeitsstrukturen waren prognostisch ungünstige Faktoren.

Neben den beiden Metaanalysen von Steinhausen haben auch Zipfel et al. (2000) metaanalytisch den Langzeitverlauf der Anorexia nervosa untersucht. Sie kommen mit 32 bis 75 % guten Verläufen zu ähnlichen Zahlen wie Steinhausen. Sie untersuchten aber auch noch andere Faktoren wie die häufigsten Todesursachen (ausgeprägte Kachexie oder Suizid). Zudem konnten sie zeigen, dass Klientinnen mit einer Anorexia nervosa häufig unter komorbiden psychischen Störungen wie Zwangs- und Angststörungen, sozialen Phobien und depressiven Störungen litten. Als Prädiktoren für einen schlechten Verlauf konnten sie folgende Faktoren identifizieren: Schlechte familiäre Beziehungen und Feindseligkeit gegenüber der Familie, übertriebene sportliche Betätigung bei Entlassung, höheres Alter bei Ersterkrankung, höhere Anzahl von Hospitalisationen und niedrigeres Bildungsniveau. Die Autoren kommen wie Steinhausen zum Schluss, dass es sich bei der Anorexia nervosa um eine chronische Erkrankung handelt, bei der es relativ lange bis zu einer ersten Genesung braucht (bei 50 % der untersuchten Klientinnen sechs Jahre).

Im Folgenden werden einige ausgewählte Studien vorgestellt, die vor allem durch die Länge der Untersuchung erwähnenswert scheinen. An dieser Stelle sei vorweg genommen, dass die Anorexia nervosa eine längerdauernde Erkrankung ist und Remissionen bei den meisten Klientinnen frühestens nach fünf Jahren zu erwarten sind. Mit einem längeren Beobachtungszeitraum steigt die

Anzahl von positiven Verläufen, aber auch die Mortalitätsrate (Zipfel, Löwe, Deter & Herzog, 2003; Deter, Herzog & Petzold, 1992; Engel, Meyer, Hetze & Witten, 1992; Herzog et al., 1992).

Eine der längsten Verlaufsuntersuchungen zur Anorexia nervosa präsentierte Russell (1992). Es handelt sich dabei um eine Stichprobe von 41 Klientinnen, die zwischen 1959 und 1966 im Maudsley Spital aufgenommen wurde und die nach vier Jahren und nach mindestens 18 Jahren erneut untersucht wurden. 15 % der Klientinnen war innerhalb 20 Jahren verstorben. Es zeigte sich, dass die Mortalitätsrate nach 20 Jahren um einiges höher war als nach fünf Jahren und es auch nach 20 Jahre noch Heilungserfolge gab. Diese Studie unterstützt die Annahme, dass mit einem längeren Beobachtungszeitraum die Anzahl von Heilungserfolgen steigt, aber auch die Mortalitätsrate.

In der Studie Fichter und Quadflieg (1999) wurde eine ziemlich grosse Stichprobe von 103 Anorexia nervosa Klientinnen über sechs Jahre hinweg untersucht. Es zeigte sich eine substantielle Verbesserung der Essstörungssymptomatik während der Therapie, eine moderate Abnahme während den ersten zwei Jahren der Nachbehandlung und weitere Verbesserungen zwischen drei und sechs Jahren nach der Behandlung. Nach sechs Jahren hatten 26.8 % der Klientinnen noch immer eine Anorexie, 9.9 % hatten eine Bulimie und 2 % eine nicht näher bezeichnete Essstörung. 55.4 % der Klientinnen hatten keine klinisch relevante Essstörung mehr. 34.7 % der Klientinnen hatten einen guten Verlauf, 38.6 % einen mittelmässigen Verlauf und 20.8 % einen schlechten Verlauf und 5.9 % der Klientinnen waren gestorben. Prädiktoren für einen schlechten Verlauf waren Essattacken, psychiatrische Komorbidität und ein niedriges Körpergewicht bei Entlassung. Auch diese Zahlen sind ziemlich deckungsgleich mit den Angaben, wie sie Steinhausen (2002; 1991) aufgrund seiner metaanalytischen Studie macht.

In den dargestellten Studien (und weiteren, hier nicht einzeln aufgeführten Studien) wurden immer wieder auf prognostisch günstige und ungünstige Faktoren hingewiesen und diese sollen zur Verdeutlichung an dieser Stelle in tabellarischer Form kurz zusammengefasst werden (vgl. Tabelle 5).

**Tabelle 5: Prädiktoren für den Verlauf der Essstörungen (vgl. Peñas-Lledó, Santos, Vaz Leal & Waller, 2003; Røstam, Gillberg & Wentz, 2003; Steiner et al., 2003; Tantillo, 2003; Tozzi et al., 2003; Zipfel, Löwe, Deter & Herzog, 2003; Steinhausen, 2002; Herpertz-Dahlmann, 2000; Köpp & Wegschneider, 2000; Zipfel et al., 2000; Fichter & Quadflieg, 1999; Fichter & Quadflieg, 1997; Herzog, Rathner & Vandereycken, 1992; Steinhausen, 1991).**

| Positive Prädiktoren | Negative Prädiktoren (Risikofaktoren) |
|---|---|
| Individuelle Faktoren:<br>• Fähigkeit, nach der Therapie alleine zu wohnen<br>• Geburt während warmer Jahreszeit (Juni bis August)<br>Krankheitsbedingte Faktoren:<br>• Jüngeres Alter bei Beginn der Erkrankung<br>• Gutes Körpergefühl nach Therapie<br><br>Familiäre Faktoren:<br>• störungsfreie Eltern-Kind-Beziehung<br>• Höherer Sozial- und Bildungsstatus<br>• Abwesenheit von Geschwistern (Einzelkindsituation)<br>• Gute Beziehung zum Vater<br>Methodische Aspekte<br>• Längerer Untersuchungszeitraum | Individuelle Faktoren:<br>• Ängstliche Persönlichkeit<br>• Rigide, obsessive, pseudoreife Persönlichkeitseigenschaften<br>• Vorliegen einer Essstörung im Kleinkindalter<br>• Diät in der Vorgeschichte<br>• Tiefer Selbstwert<br><br>Krankheitsbedingte Faktoren:<br>• Erbrechen<br>• Bulimie<br>• Missbrauch von Abführmittel<br>• Chronifizierung, längerer Krankheitsverlauf<br>• Hoher Gewichtsverlust, niedriges Gewicht bei Therapiebeginn (BMI <13)<br>• Niedrige Körpergewicht bei Entlassung (BMI < 15.5)<br>• Psychische Komorbidität<br>• Übertriebene sportliche Betätigung bei Entlassung<br>• Höhere Anzahl von Hospitalisationen<br>Familiäre Faktoren:<br>• Schlechte familiäre Beziehungen<br>• Feindseligkeit gegenüber der Familie<br>Soziale Faktoren:<br>• Necken durch Peers<br>• Übernahme des Schlankheitsideals |

Zusammenfassend kann bezüglich der Verlaufsforschung der Anorexia nervosa gesagt werden, dass es sich dabei um eine chronische klinische Störung handelt, bei der nicht mit schnellen Heilungserfolgen gerechnet werden kann. Nicht ausser Acht zu lassen sind auch die hohen Mortalitätsraten, die mit der Dauer der Verlaufsforschung noch weiter ansteigen. Die weit verbreitete Annahme, dass man eine Drittel-Formel anwenden kann, hat sich in den meisten Studien bewahrheitet: Ein Drittel zeigt eine Heilung, ein Drittel eine teilweise Heilung und ein Drittel eine Chronifizierung.

### 1.7.2.2 Spezifische Verlaufsforschung zur Bulimia nervosa

In den folgenden Ausführungen werden spezifische Verlaufsforschungsstudien zur Bulimia nervosa vorgestellt. Da die Bulimia nervosa erst Anfang der 80er Jahre als eigenständige Krankheit erkannt und diagnostiziert wurde, liegen nicht so viele Langzeitstudien vor wie zur Anorexia nervosa (Fairburn et al., 2000).

Auch bei der Verlaufsforschung zur Bulimia nervosa werden wie bei der Anorexia nervosa zuerst einige Metaanalysen vorgestellt. Ist es bei der Anorexia nervosa vor allem Forschung aus der Gruppe von Steinhausen, so ist es bei der Bulimia nervosa vor allem die Forschergruppe um Quadflieg und Fichter, die sich intensiv mit Verlaufsforschungen auseinandergesetzt haben.

Quadflieg und Fichter (2003) fassten in einer Metaanalyse die bisher publizierten Studien zum Verlauf der Bulimia nervosa zusammen. Es zeigte sich, dass die Wahrscheinlichkeit der Entwicklung einer sekundären Anorexia nervosa oder einer Binge Eating Störung sehr klein ist. Auch liegt die Mortalität im Vergleich zu der Anorexia nervosa ziemlich tief (Keel & Mitchell, 1997). Wie bei der Anorexia nervosa können mit zunehmender Katamnesedauer auch höhere Heilungserfolge beobachtet werden (Fichter, 2000; Keel et al., 1999): nach zehn Jahren scheinen zwischen zwei Dritteln bis drei Viertel der Klientinnen eine Verbesserung ihrer Essstörungssymptomatik aufzuzeigen. Es sollte jedoch nicht vergessen werden, dass fast ein Viertel der Klientinnen auch nach zehn Jahren noch eine Bulimie hat und somit eine Chronifizierung vorliegt. Fast zehn Jahre früher hat auch schon Paul (1991) vorhandene Studien zum Verlauf der Bulimia nervosa metaanalytisch untersucht. Er konnte damals zeigen, dass durchschnittlich bei einem Drittel der Klientinnen zum Therapieende Symptomfreiheit erreicht wurde und bei weiteren 45 % eine deutliche Besserung der Symptome. Bezüglich Veränderungen im Erleben und Verhalten haben sich 50 % der ehemaligen bulimischen Klientinnen positiv verändert. Dies führten die Klientinnen selbst auf eine Verbesserung der Selbstakzeptanz, vermehrte soziale Kontakte, Verbesserung der Partnerschaft und Stärkung durch soziale Unterstützungssysteme zurück.

Auch bei der Bulimia nervosa wird kontrovers diskutiert, ob ein früher Beginn der Essstörung prognostisch eher günstig ist. Schmidt, Tiller, Hodes und Treasure (1995) konnten keinen Unterschied in Bezug auf die Ausprägung der Symptomatik zwischen den Klientinnen mit einem frühen oder späten Beginn der Erkrankung finden und gehen deshalb davon aus, dass das Alter bei Erkrankung keinen prognostischen Einfluss hat. Fast doppelt so viele Klientinnen mit einem frühen Beginn waren jedoch vor dem Beginn der Erkrankung übergewichtig. Auch waren Selbstverletzungen in der Gruppe mit frühem Beginn der Essstörung häufiger anzutreffen, was wiederum auf eine eventuelle Komorbidität hinweisen könnte (Persönlichkeitsstörung). Diese Persönlichkeitsstörungen scheinen aber kein Prädiktor für die Dauer bis zu einem Heilungserfolg zu sein (Grilo et al., 2003).

Neben den Metaanalysen seien an dieser Stelle zwei weitere Studien exemplarisch aufgeführt, die aufgrund der Länge oder des Umfangs der Stichprobe ausgewählt wurden. Eine Studie, die durch die Länge der Untersuchung auffällt, ist die Studie von Fichter und Quadflieg (1997): Die Autoren haben den Verlauf der Bulimia nervosa über sechs Jahre untersucht und konnten dabei zeigen, dass es während der Therapie zu einer substantiellen Verbesserung der Symptomatik kam, einer leichten Abnahme der Symptome in den ersten zwei Jahren nach der Behandlung und weiteren Verbesserungen und Stabilisierungen zwischen drei und sechs Jahren nach Beendigung der Behandlung. Nach sechs Jahren hatten 20.9 % weiterhin eine Bulimia nervosa, 1.1 % eine Binge-

Eating-Störung und 3.7 % eine Anorexia nervosa. Die Mehrheit der Klientinnen (71.1 %) zeigte jedoch keine Essstörung mehr.

Eine Studie, die aufgrund der Grösse der Stichprobe hier dargestellt wird, ist die Studie von Fichter, Quadflieg und Rief (1992). Sie haben über zwei Jahren 250 Klientinnen mit einer Bulimia nervosa untersucht, die in der Klinik Roseneck in Prien zwischen Mai 1985 und Juni 1988 behandelt wurden. Eine Kontrollgruppe bestand aus 1624 Frauen mit bulimischen Symptomen, die sich auf ein Zeitungsinserat gemeldet hatten und nicht behandelt wurden. Von den 250 Klientinnen wurden 79 für die Katamneseuntersuchung ausgewählt und mit 79 Frauen aus der „unbehandelten" Stichprobe verglichen. Es zeigten sich in allen Bereichen während der stationären Behandlung signifikante Verbesserungen. Die bulimischen Symptome nahmen nach der Entlassung zu und erreichten einen Höhepunkt nach vier bis sechs Monaten und einen erneuten Rückgang nach zwölf Monaten. Der Verlauf war für diejenigen Klientinnen nicht so gut, die zudem eine affektive Störung, Angststörung oder Persönlichkeitsstörung hatten.

In den Studien wurden immer wieder prognostisch bedeutsame Faktoren herausgearbeitet, die hier tabellarisch aufgeführt werden (vgl. Tabelle 6).

**Tabelle 6: Prädiktoren für den Verlauf der Essstörungen (Bardone, Perez, Abramson & Joiner, 2003; Steiner et al., 2003; Reas, Schoemaker, Zipfel & Williamson, 2001; Gowers et al., 2000; Köpp & Wegschneider, 2000; Vaz, 1998; Turnbull et al., 1997; Fichter, Quadflieg & Rief, 1992)**

| Positive Prädiktoren | Negative Prädiktoren (Risikofaktoren) | Keine Relevanz / unklare Ergebnisse |
|---|---|---|
| Individuelle Faktoren:<br>• Berufstätigkeit vor Behandlungsbeginn<br>• Erfüllende Kontakte und Beziehungen<br>• Zufriedenstellende Partnerschaft | Individuelle Faktoren:<br>• Tiefe Selbstkompetenz, Selbstakzeptanz<br>• Körperkonzeptstörungen<br>• Diät in der Vorgeschichte<br>• Impulsivität | • Früher Beginn der Menarche<br>• Physische und sexueller Missbrauch |
| Krankheitsbedingte Faktoren:<br>• Teilnahme an einer Therapie<br>• Tiefere Frequenz von Essattacken<br>Methodische Aspekte<br>• Längerer Untersuchungszeitraum | Krankheitsbedingte Faktoren:<br>• Substanzabusus<br>• Längere Erkrankungsdauer<br>• Komorbidität: Angststörung, affektive Störung, Persönlichkeitsstörung<br>• Höhere Anzahl von Hospitalisationen<br>Familiäre Faktoren:<br>• Essstörungen in der Herkunftsfamilie<br>• Affektive Störungen, Alkoholismus, Drogenkonsum, Fettleibigkeit in der Herkunftsfamilie<br>Soziale Faktoren:<br>• Necken durch Peers<br>• Übernahme des Schlankheitsideals | |

Bezüglich den Verlaufsstudien zur Bulimia nervosa kann festgehalten werden, dass es auch hier wie bei der Anorexia nervosa zu einem grösseren Anteil an Heilungserfolgen kommt, wenn der Katamnesezeitraum länger ist. Im Vergleich zu der Anorexia nervosa ist die Mortalitätsrate viel

tiefer. Die Heilungsraten liegen etwa im gleichen Bereich wie bei der Anorexie. Ein Übergang von einer Bulimie in eine Anorexie ist dabei sehr unwahrscheinlich.

Die Verlaufsstudien zur Bulimie und Anorexie zeigen eindrücklich, dass es sich bei diesen beiden Störungsbildern um klinische Störungen handelt, die chronifizieren können. Mit einem längeren Untersuchungszeitraum steigt der Prozentsatz der Heilungserfolge, bei den Anorektikerinnen kommt es aber auch zu einem Zuwachs der Mortalitätsrate. Diese Ergebnisse aus den Verlaufsstudien weisen auf die Wichtigkeit von therapeutischen Interventionen hin. Denn es zeigte sich, dass es auch teilweise nach therapeutischen Interventionen zu Rückfällen kam und erst Jahre später von einer Symptomfreiheit gesprochen werden konnte. Dies wiederum unterstreicht die Bedeutung von evaluierten Therapiekonzepten, um den Betroffenen adäquate Hilfe anbieten zu können. Im nachfolgenden Unterkapitel geht es nun um die Darstellung möglicher Therapieansätze.

### 1.7.3 Die Therapie der Essstörung (oder die vier Ebenen der Behandlung)

Die Behandlungssituation für Klientinnen mit Essstörungen ist äusserst heterogen und deshalb ist es sinnvoll, die verschiedenen Angebote zu gliedern. Es gibt verschiedene Möglichkeiten einer Gliederung: Man könnte zwischen den verschiedenen Therapieschulen unterscheiden und von psychoanalytischen, verhaltenstherapeutischen und humanistischen Ansätzen sprechen. Eine etwas andere Gliederung schlagen Vandereycken (2003) und andere Autoren (Garner & Needleman, 1995) vor, indem sie zwischen vier Ebenen der Behandlung unterscheiden: 1. ambulante Behandlung, 2. partielle Hospitalisation (Tagesprogramme), 3. Behandlung in Wohngruppen und 4. stationäre Behandlung. In den nachfolgenden Ausführungen werden diese vier Ebenen der Behandlung als übergeordnete Klassen näher betrachtet und die Unterscheidung nach den vorherrschenden Therapieschulen dieser Klassifikation untergeordnet. Das bedeutet, dass dem Setting der Behandlung grössere Beachtung geschenkt wird. Diese Gliederung macht besonders bei der Behandlung von Essstörungen Sinn, weil meist zuerst eine Entscheidung getroffen werden muss, welches Setting für die Klientin passend wäre. Es geht gerade bei Anorektikerinnen viel mehr um die Frage, ob eine ambulante Therapie ausreicht, oder ob die Klientin aufgrund ihres physischen Gesundheitszustandes sofort stationär in einem Spital behandelt werden muss. Es sei an dieser Stelle jedoch erwähnt, dass die jeweiligen therapeutischen Richtungen natürlich in allen verschiedenen Behandlungssettings Eingang finden können. Das bedeutet, dass zum Beispiel eine Behandlung in Wohngruppen psychoanalytisch ausgerichtet sein kann, aber genauso gut auch verhaltenstherapeutisch oder humanistisch. Diese Gliederung wurde auch gewählt, weil sie dem Konzept und therapeutischen Ansatz der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes am meisten

entgegenkommt, wie wir noch sehen werden. In dieser Psychotherapiestation ist das Setting auch klar definiert, im Betreuungsteam kommt es aber zu einer Vielfalt an therapeutischen Schulen.
Im Anschluss an die jeweiligen Therapieansätze werden, wenn möglich, auch Evaluationsstudien zu diesen Therapieansätzen diskutiert. Diese Evaluationsstudien haben das Ziel, die Qualität der Behandlung zu sichern und festzustellen, ob und in welchem Ausmass eine Veränderung im Sinne eines Therapieeffektes erreicht wurde (Brisch & Kächele, 1999). Im Unterschied zu Verlaufsstudien, die versuchen möglichst den natürlichen Verlauf der Essstörung zu dokumentieren, geht es in den Evaluationsstudien um die Frage, wie gut eine Therapie wirkt. Wie wir noch sehen werden, besteht ein grosses Problem in der Beurteilung der Therapieansätze darin, dass die Autoren teilweise unterschiedliche Therapieziele verfolgen. In Anlehnung an Cogley und Keel (2003) kann man zwischen Remission (kurze Unterbrechung der Symptome, wird durch Rückfall beendet) und Heilung (längere Abwesenheit der Symptome) unterscheiden. Andere Autoren wie zum Beispiel Forster (2002) formulieren sehr spezifische Therapieziele für die Behandlung von Essstörungen. Ein anderes Problem sehen Steinhausen, Seidel und Winkler Metzke (2000) darin, dass die meisten klinischen Therapieprogramme nicht aus einer einzelnen Behandlungsmethode bestehen, sondern aus verschiedenen Modulen kombiniert werden (Herzog, 2000). So ist es nicht möglich, die Gründe für die Erfolge oder Misserfolge eines Therapieprogramms zu identifizieren. Auch aus entwicklungspsychologischer Sicht ist es gerade bei Adoleszenten vermessen, Veränderungen alleine auf die Behandlung zurückzuführen. Insgesamt scheint zwischen der Empirie und Praxis eine grosse Diskrepanz zu bestehen (Hass & Clopton, 2003). Ein Hauptgrund, weshalb viele Therapeuten in der Praxis nicht empirisch validierte Behandlungsprogramme verwenden, ist darin zu sehen, dass diese Programme nicht flexibel genug sind, um auf verschiedene komorbide Störungen oder schwere Fälle anzuwenden (Crow et al. 1999).

Bevor die vier Ebenen der Behandlung nach Vandereycken (2003) und deren Evaluation diskutiert werden, werden an dieser Stelle einführend einige Probleme diskutiert, die sich in der Therapie der Essstörungen häufig stellen und die deshalb vorweg genommen werden:

- *Therapiemotivation:* Essgestörte Klientinnen sind einer Therapie gegenüber meist sehr ambivalent eingestellt (Buhl, 2002). Gerade jugendliche Klientinnen stehen häufig unter dem Druck ihrer Eltern, etwas an ihrem Verhalten zu ändern (Pike & Wilfley, 1996). Sie selbst sehen oft lange nur die positiven Seiten ihrer Essstörung und können sie deshalb nicht so einfach aufgeben. Einige Autoren schlagen deshalb ein gestuftes Behandlungsmodell vor (Garner & Needleman, 1995), in dem der Klientin zu Beginn eine sehr niederschwellige Therapie vorgeschlagen wird und zu einem späteren Zeitpunkt entschieden wird, ob sie noch weitere Unterstützung braucht und möchte.

Gusella, Butler, Nichols und Bird (2002) haben für diese Problematik der Therapiemotivation ein sechsstufiges Modell entwickelt, mit welchem die notwendigen Verhaltensänderungen von essgestörten Klientinnen beschrieben werden können:

1. Vorbetrachtung (precontemplation): Es ist nicht möglich, sich des Problems bewusst zu werden; es können keine Veränderung angestrebt werden.
2. Betrachtung (contemplation): Über Veränderungen wird nachgedacht; eine Verpflichtung kann noch nicht eingegangen werden.
3. Vorbereitung (preparation): Versuch, sich in der nahen Zukunft zu verändern.
4. Handlung (action): Aktiv involviert, Veränderungen herbeizuführen.
5. Beibehaltung (maintenance): Versuch, die Veränderungen aufrechtzuerhalten.
6. Beendigung (termination): Verhaltensprobleme sind nicht mehr vorhanden (Touyz, Thornton, Rieger, George & Beaumont, 2003).

- *Compliance:* Neben dem Problem der Motivation zur Therapie ist es oft auch die Unfähigkeit der Klientinnen, sich überhaupt auf einen therapeutischen Prozess einzulassen. In der therapeutischen Arbeit mit essgestörten Frauen ist immer wieder zu beobachten, dass die therapeutische Compliance teilweise auch durch den aktuellen BMI der Klientin beeinflusst wird (Toman, 2002) und gerade bei stark kachexischen Klientinnen eine Psychotherapie meist gar nicht möglich ist.
- *Therapieabbrüche:* Oft kommt es zu einem Abbruch der Therapie (Eivors, Button, Warner & Turner, 2003). Es gibt verschiedene Gründe und an dieser Stelle sei nur erwähnt, dass gerade Anorektikerinnen die Behandlung als Verlust der Kontrolle erleben können. In einer Studie von Bell (2001) konnte gezeigt werden, dass es vor allem Merkmale der Klientinnen (komorbide Borderline-Persönlichkeitsstörung bei der Bulimie), des Therapeuten und der Beziehung zwischen Therapeut und Klient sind (diskrepante Erwartungen), die die Wahrscheinlichkeit für einen Abbruch erhöhen. Dies weist darauf hin, dass es trotz des oftmals schwierigen Zugangs und des erschwerten Beziehungsaufbaus in der Behandlung von Essstörungen von Bedeutung ist, dass der Therapeut gegenüber dem Klientinnen Respekt und Interesse zeigt und angesichts der Ernsthaftigkeit und Konsequenzen der Symptome ehrlich ist.
- *Chronifizierte Klientinnen:* Eine etwas spezielle Klientinnenpopulation stellen chronifizierte Klientinnen dar, die verschiedene erfolglose Behandlungsversuche hinter sich haben und selbst oft auch die Hoffnung auf Heilung aufgegeben haben. Geller, Williams und Srikameswaran (2001) versuchen in der Arbeit mit chronifizierten Klientinnen folgende Leitsätze umzusetzen:
  - Die Essstörung hat eine Ursache, die eine Berechtigung hat.

- Akzeptanz der Weisheit der Klientinnen und deren Wunsch, sich zu verändern. Der Therapeut betont, dass die Essstörung zumindest aktuell die beste Methode für den Klientinnen sein könnte, um mit Problemen umzugehen.
- Akzeptanz, dass wirkliche Veränderungen Zeit brauchen.

Indem der Therapeut eine Beziehung fördert, in der das Selbstbewusstsein und die Selbstakzeptanz des Klientinnen wichtig sind, und die Verantwortung für die Veränderungen in den Händen des Klientinnen liegt, kann eine neue Beziehung aufgebaut werden, in der der Klient seine Essprobleme aus einer neuen Perspektive betrachten kann.

Diese theoretische Einführung soll verdeutlichen, dass die Therapie mit essgestörten Klientinnen mit einigen Problemen verbunden sein kann. Dies bedeutet keineswegs, dass eine Therapie überhaupt nicht sinnvoll ist. Dieses Wissen kann in der therapeutischen Arbeit mit diesen Klientinnen jedoch von grosser Hilfe sein, weil man dadurch oft unverständliche Reaktionen und Stockungen im Therapieprozess besser verstehen kann.

#### 1.7.3.1 Ambulante Therapieansätze

Als erste Ebene der Behandlung beschreibt Vandereycken (2003) die ambulante Therapie. Im Folgenden werden ambulante Therapieansätze umrissen, die verschiedenen Therapieschulen zugeordnet werden können. Wenn man von einer ambulanten Therapie spricht, dann bedeutet dies, dass der Therapeut sich in regelmässigen Abständen (meist einmal wöchentlich) für eine klar definierte Zeit mit der Klientin zu einer Therapiesitzung trifft. Das bedeutet, dass die Klientin weiterhin zu Hause lebt und nur für kurze Zeit die Hilfe und Unterstützung einer Fachperson in Anspruch nimmt.

An dieser Stelle sei etwas ausführlicher auf die *Kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie* eingegangen, da sie als Therapierichtung der ersten Wahl bei der Behandlung von Essstörungen gilt und sowohl bei Anorektikerinnen als auch bei Bulimikerinnen angewandt wird. Nach Tuschen-Caffier und Florin (1998) setzten sich die kognitiv-behavioralen Behandlungsansätze aus drei Bausteinen zusammen: der Ernährungsumstellung, der Therapie der Körperkonzeptstörung (Expositionsübungen, Bewegungsübungen) und der Therapie von Belastungsreaktionen (Problemlösetraining, Stressbewältigungstraining, Expositionstherapie, kognitive Interventionen).

Das Modell der kognitiven Verhaltenstherapie nimmt an, dass andauernde Nahrungsrestriktion und einseitiges Essverhalten durch die Meidung spezifischer Nahrungsmittel Bedingungen sowohl für die Entstehung als auch für die Aufrechterhaltung von Essstörungen sind (Jacobi, Thiel & Paul, 2000). Durch die Kognitive Verhaltenstherapie wird der Kreislauf von verzerrtem Gewichtsideal, diätetischem Essverhalten und mangelnden alternativen Konfliktsbewältigungsstrategien

durchbrochen, indem das Essverhalten normalisiert, verzerrte Einstellungen zu Körper und Gewicht systematisch in Frage gestellt, Auslöser, Hintergründe und die Funktion des gestörten Essverhaltens deutlich gemacht und neue Bewältigungsstrategien entworfen werden.

Vor allem zur Therapie der Körperkonzeptstörung wurden verhaltenstherapeutische Programme entwickelt. In den meisten Behandlungsprogrammen werden so genannte Konfrontationsverfahren eingesetzt. Das heisst, dass die Klientin mit ihrem eigenen Körper durch einen Spiegel, Video oder spezifische Information konfrontiert wird. Man geht davon aus, dass so perzeptive Wahrnehmungsverzerrungen aufgezeigt werden können. Solche Konfrontationsverfahren sollten jedoch vorsichtig eingesetzt werden, da zum Beispiel eine Videoselbstkonfrontation unter Umständen ein schon vorher niedriges Selbstwertgefühl einer Anorektikerin zusätzlich herabsetzen kann (vgl. 1.6.3.1 Verfahren zur perzeptiven Einschätzung der Körpererfahrung). Die ausschliessliche Behandlung der Körperkonzeptstörung kann auch falsche Signale aussenden: Die Klientinnen könnten in ihrem Glauben, dass das Körperkonzept wirklich das Wichtigste in ihrem Leben ist, bestärkt werden (Key et al., 2002; Bullerwell-Ravar, 1994). Dieses Expositionstraining wird auch auf andere problematische Bereiche ausgeweitet, wie zum Beispiel den Umgang mit Nahrungsmitteln durch das „cue exposure“ (Toro et al., 2003). Forster (2002) hat am Therapiezentrum für Essstörungen (TCE) in München ein umfassendes Körpertherapieprogramm entwickelt und evaluiert. Die Körpertherapie findet in zwei Gruppen mit je zwölf Teilnehmerinnen unter Leitung einer Körpertherapeutin im Umfang von acht Wochenstunden statt. Die Hauptziele der Körpertherapie liegen in der Bewusstmachung der Störung auf Körperebene und der Bearbeitung durch verhaltensorientierte Massnahmen. In der Evaluationsstudie mit acht Anorektikerinnen, 19 Bulimikerinnen und einer nach soziodemographischen Angaben parallelisierten nicht-essgestörten Kontrollgruppe wurde im Abstand von etwa vier Monaten bis ein Jahr nach der stationären Behandlung mit einem Fragebogenkatalog verschiedene Variablen erhoben („Fragebogen zur Selbstbeurteilung der Körperzufriedenheit“: Eating Disorder Inventory, Body Attitude Test, Fragebogen zur Selbstbeurteilung des eigenen Körpers, Body Shape Questionnaire und Semantisches Differential). Die anfänglich beobachtete negative Körpereinstellung und unrealistische Selbsteinschätzung veränderten sich bei den Klientinnen im Laufe der Therapie signifikant. Hinsichtlich des Vergleichs zwischen der Körperzufriedenheit essgestörter und nicht-essgestörter Frauen zeigte sich, dass die zu Beginn der Therapie stark unzufriedene Klientinnen nach Beendigung der Therapie hinsichtlich ihrer Zufriedenheit mit ihrem Körper den „gesunden“, nicht-essgestörten Frauen sehr ähnelten. Zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen gab es keine signifikanten Unterschiede bezüglich der Körperzufriedenheit. Beide Diagnosegruppen zeigten zu Beginn geringe Körperzufriedenheit und konnten diese im Laufe der Therapie signifikant verbessern. Forster kommt trotz der positiven

Therapieergebnisse zum Schluss, dass man davon ausgehen muss, dass die Themen Körper, Gewicht, Figur, Aussehen oder Attraktivität für die ehemals essgestörten Klientinnen oft ein Leben lang bedeutungsvolle, heikle und sensible Themen bleiben (Probst, Vandereycken, Van Coppenolle & Pieters, 1999).

In der verhaltenstherapeutischen Tradition wurde eine Vielzahl von Behandlungsprogrammen ausgearbeitet (Tuschen-Caffier, 1998) und viele Methoden, von denen an dieser Stelle einige exemplarisch aufgeführt werden: Esstagebuch, Schwarze Liste der verbotenen Nahrungsmittel und Befindlichkeitstagebuch. Der Vorteil dieser verhaltenstherapeutischen Therapie liegt in der leichten Anwendung dieses Ansatzes. Allzu leicht entsteht aber bei der Klientin das Gefühl, dass der Therapeut ihr einfach Hausaufgaben gibt und sich nicht wirklich mit ihrem Leiden und ihren Gefühle auseinandersetzt. Diese Kritik führte dann auch zu Weiterentwicklungen dieser verhaltenstherapeutischen Interventionen und an dieser Stelle sei auf die von Fairburn, Cooper und Shafran (2003) entwickelte *„transdiagnostische" Theorie und Behandlung der Essstörungen* hingewiesen. Sie betonen, dass der kognitiv-behaviorale Erklärungsansatz der Essstörungen um vier aufrechterhaltende Mechanismen ergänzt werden muss: klinischer Perfektionismus, tiefer Selbstwert, Gefühlsintoleranz und interpersonelle Schwierigkeiten. In der transdiagnostischen Theorie und Behandlung der Essstörungen versuchen die Autoren dann genau diese Faktoren auch therapeutisch zu bearbeiten und nicht nur auf die Symptome der Essstörung zu fokussieren.

In den nachfolgenden Ausführungen geht es nun um die Darstellung spezifischer ambulanter Therapieprogramme und –ansätze die bei der Anorexia und Bulimia nervosa zur Anwendung kommen.

*a) Ambulante Behandlungsansätze für die Therapie der Anorexia nervosa*

In der Behandlung der Anorexia nervosa ist die Methode der ersten Wahl die *kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie* (Latner & Wilson, 2000; Thompson, Heinberg & Clarke, 1995). Pike et al. (2003) haben eine solche kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie mit Anorektikerinnen im ambulanten Setting im Anschluss an eine Hospitalisation untersucht. 33 Klientinnen mit einer Anorexia nervosa nach DSM-IV erhielten Verhaltenstherapie oder Ernährungsberatung. Es zeigte sich, dass die Gruppe, die Ernährungsberatung erhielt, signifikant früher und häufiger rückfällig wurde als die Gruppe, die eine kognitive Verhaltenstherapie erhielt. Andere Autoren können diese positiven Auswirkungen nur teilweise bestätigen. Leung, Waller und Thomas (1999) haben in ihrer Studie mit 20 anorektischen Frauen untersucht, wie effektiv ein zehnwöchiges kognitiv-behaviorales Gruppenprogramm war und es zeigte sich dabei, dass dieses kognitiv-behaviorale Gruppenprogramm für die Reduktion der Symptome ineffektiv war. Die Autoren führen dieses

Versagen auf die Kürze des Behandlungsprogramms und darauf, dass zentrale Prozesse nicht behandelt wurden zurück.

Neben der Verhaltenstherapie wird bei der Anorexia nervosa häufig auch *psychoanalytisch* gearbeitet. Da dazu jedoch kaum Forschungsergebnisse vorliegen, sei hier nur kurz darauf verwiesen.

Seit einigen Jahren wird auch die Wirksamkeit von *familientherapeutischen* Interventionen untersucht. Dies wird durch die multidimensionale Ätiologie der Anorexie begründet und durch den Umstand, dass gerade jugendliche Anorektikerinnen oft noch zu Hause leben und deshalb auch die ganze Familie durch die Essstörung in Mitleidenschaft gezogen wird. Eine Hauptvertreterin dieses familientherapeutischen Ansatzes ist Selvini Palazzoli. Selvini Palazzoli, Cirillo, Selvini und Sorrentino (1999) haben den Erfolg ihrer familientherapeutischen Arbeit anhand der zwischen 1971 und 1987 durchgeführten Psychotherapien mit Anorektikerinnen untersucht. Als wichtiges Element in der Vorhersage einer „Heilung" der Magersucht sehen die Autoren die Bereitschaft der Familie, sich selbst in Frage zu stellen und sich auf eine therapeutische Behandlung zugunsten der magersüchtigen Tochter einzulassen. Auch Robin, Bedway, Siegel und Gilroy (1996) betonen, dass therapeutische Ansätze nicht erfolgreich sein können, wenn nur das Verhalten, die Kognitionen und Gefühle behandelt und dabei die Hierarchie in der Familie und die Entwicklung des Kindes nicht beachtet werden. Sie sprechen dann von einer erfolgreichen Therapie der Anorexia nervosa, wenn folgende Ziele angestrebt werden:

1. Wiederherstellung eines gesunden Gewichtes.
2. Veränderung der Essverhaltensweisen und Einstellungen zum Essen.
3. Veränderung der Körperstörungen und Angst davor, fett zu werden.
4. Veränderung des tiefen Selbstwertes, persönlicher Ineffektivität, depressiver Züge und Ängsten und Perfektionismus.
5. Veränderung vom maladaptiven familiären Interaktionsmuster.

Während der Magersucht scheint die Hierarchie in den betroffenen Familien umgekehrt zu sein: die Klientinnen essen oder verweigern sich, wie sie wollen und die Eltern haben kaum einen Einfluss auf das Essverhalten ihrer Tochter. Weil viele Eltern sich ohnmächtig fühlen, wird alles versucht um die Tochter wieder zum Essen zu bewegen. Die meisten familientherapeutischen Ansätze orientieren sich heute auch an kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen (und nicht mehr so sehr psychoanalytischen Konzepten) und eine Methode der Wahl ist die Psychoeduktion der Eltern, das heisst die didaktische Vermittlung von relevanten, störungsspezifischen Informationen hinsichtlich Symptomatik, Entstehung, Verlauf und Behandlungsmöglichkeiten (Hagenah, Blume, Flacke-Redanz & Herpertz-Dahlmann, 2003; Dare & Eisler, 2000). Im Vergleich zu der eher kognitiv-behavioralen Psychoedukation scheint die herkömmliche Familientherapie nicht überlegen zu sein

(Geist et al., 2000). Die Psychoedukation der Familie, welche eine kostengünstigere Form der Behandlung darstellt, ist nach Ansicht der Autoren scheinbar eine ebenso effektive Behandlungsmethode wie die Familientherapie.

Immer wieder wird diskutiert, inwieweit eine *Pharmakotherapie* sinnvoll ist. Bei der Anorexia nervosa wurde vor allem in den sechziger Jahren Neuroleptika eingesetzt, weil man sich dadurch erhoffte, das Aktivitätsniveau der Klientinnen zu senken und somit eine Gewichtszunahme zu ermöglichen. Heutzutage werden hingegen vor allem Antidepressiva eingesetzt. Tuschen-Caffier und Florin (1998) weisen darauf hin, dass bis heute nicht schlüssig beantwortet werden kann, ob die Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie die Therapieeffizienz steigern kann.

Neben den vorwiegend verhaltenstherapeutisch orientierten Therapieprogrammen versuchen andere Therapeuten einen alternativen Zugang zu den Anorektikerinnen zu finden und es werden an dieser Stelle einige solcher Ansätze aufgeführt: Kunsttherapie (Levens, 1995) mit dem Fokus auf der Thematik der Kontrolle; Schreibarbeiten zur emotionalen Verarbeitung belastender Lebenserfahrungen (Schmidt et al., 2002).

*b) Ambulante Behandlungsansätze für die Therapie der Bulimia nervosa*

Bei der Bulimia nervosa sieht der Stand der Forschung ein bisschen anders als aus als bei der Anorexia nervosa. Gerlinghoff und Backmund (2001) kommen zum Beispiel zum Schluss, psychotherapeutische Verfahren per se seien die Mittel der Wahl zur Behandlung der Bulimia nervosa und es gäbe bis heute keine Methode, die einen Behandlungserfolg garantieren könne. Dabei geht es bei der Behandlung der Bulimie zunächst um den Aufbau eines gesunden Essverhaltens und nicht so sehr um Essattacken, Erbrechen und Abführen oder eine Gewichtszunahme wie bei der Anorexia nervosa (Rock, 1996). Durch den Aufbau einer ausgeglichenen Ernährung, bei der zunehmend mehr Nahrungsmittel erlaubt sind, können die Essattacken kontrolliert werden (Vandereycken & Meermann, 2003). In der Literatur wird meist darauf hingewiesen, dass Bulimikerinnen meist ambulant oder in einer Tagesklinik behandelt werden können.

Auch in der Behandlung der Bulimia nervosa werden häufig *kognitiv-behaviorale Therapieprogramme* eingesetzt. Tuschen-Caffier und Florin (2002) haben ein umfassendes und detailliertes Manual zur ambulanten Therapie der Bulimia nervosa vorgelegt, welches kognitiv-verhaltenstherapeutisch orientiert ist und in der Einzeltherapie angewandt wird. Die drei wichtigsten Therapieziele beinhalten die Umstellung des Essverhaltens, der Aufbau einer realistischen und angstfreien Wahrnehmung und Bewertung der eigenen Figur und des Gewichts und die Verringerung des Einflusses von Stressoren auf das Essverhalten. Die Therapie beginnt mit der Vorbereitung, das heisst dem Erstgespräch, der ärztlichen Diagnostik und der psychologischen

Diagnostik und der kognitiven Vorbereitung, in der es darum geht, ein möglichst plausibles Erklärungsmodell für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung zu vermitteln. In der konkreten Therapie geht es dann um die Veränderung jener Komponenten, die im Teufelskreismodell der Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa identifiziert wurden. Die Behandlung wird in zehn- bis vierzehntägigen Kompaktbehandlungen mit täglich mehreren Therapiesitzungen durchgeführt. Als Regeln für die therapeutische Gesprächsführung identifizieren die beiden Autorinnen folgende Regeln der systemimmanenten, kognitiven Therapie: Entpathologisieren, Gedanken und Probleme vorwegnehmen, von einem Wahrscheinlichkeitsmodell ausgehen, Selbstverantwortung der Klientinnen betonen, Dilemmata des Problemverhaltens aufzeigen, kognitiv-affektive Reaktanz auslösen und die Durchführung von Verhaltensexperimente. Das Ernährungstraining zum Aufbau eines gesunden Essverhaltens umfasst das Erstellen von Essensplänen, das gemeinsame Einnehmen von Mahlzeiten, Ernährungsprotokolle und die Exposition gegenüber Figur und Gewicht durch Spiegelbilder und Videoaufzeichnungen. Die Autorinnen haben das Behandlungsprogramm an 66 Frauen mit Bulimia nervosa überprüft, die durchschnittlich 26 Jahre alt und seit acht Jahren erkrankt waren. Die Therapieevaluation fand sechs Wochen und ein Jahr nach Ende der Therapie statt. Am Ende der Therapie ergaben sich bezüglich den Essattacken, dem gezügelten Essstil, dem gefühlsinduzierten Essen, der negativen Einstellung zur Figur und der Depression statistisch bedeutsame Veränderungen, die auch in der Nachuntersuchung nach einem Jahr nach Beendigung der Therapie noch nachweisbar waren.

Schon fast zehn Jahre früher haben Jacobi und Paul (1991) ein ambulantes Gruppentherapiekonzept für Bulimikerinnen erarbeitet, das vor allem verhaltenstherapeutische Elemente beinhaltet (Jacobi, Thiel & Paul, 2000). Die Therapie dauert sechs Monate und ist in vier Phasen unterteilt: 1. Vorgespräch und Motivationsabklärung, 2. Informationsvermittlung und Verhaltensdiagnostik, 3. Aufbau eines veränderten Verhaltens und 4. Stabilisierung und Rückfallanalyse. Im Vorgespräch und bei der Motivationsabklärung geht es um die Einschätzung von Art und Schwere der Symptomatik (allgemeine Diagnostik) und um die Information über die Therapie. In der zweiten Phase werden eine Verhaltensanalyse und ein Krankheitsmodell (funktionale Analyse) erarbeitet und es wird nach Alternativmöglichkeiten gesucht (Jacobi, 1991). Die Informationsvermittlung bezieht sich vor allem auf die Befunde, dass Heisshungerattacken durch körperliche Faktoren mitverursacht werden können, dass ständig lang anhaltende Diätversuche auch bei gesunden Menschen zu bulimischem Verhalten führen können und auf die Set-Point-Theorie. In der dritten Phase geht es darum, einen Essensplan aufzustellen (drei ausgewogene Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten), verzerrte Einstellungen im Selbstkonzept aufzudecken, alternative Möglichkeiten umzusetzen, weitere Problembereiche zu bearbeiten, Massnahmen gegen Heisshungerattacken zu ergreifen, kognitive Techniken einzuüben und Körperübungen

(Entspannungs- und Massageübungen) durchzuführen. In der vierten Phase der Stabilisierung und Rückfallanalyse wird der Essensplan wieder ausgeblendet (Vertrauen auf Hunger- und Sättigungsgefühl), Rückfallsituationen analysiert und ein neuer Umgang damit erarbeitet.

In der Literatur wird auch die Frage untersucht, was geschieht, wenn die kognitiv-behaviorale Therapie nicht effektiv ist. Nach Durchsicht der Literatur kommt Wilson (1996) zum ernüchternden Schluss, dass nur 50 % der Klientinnen nach einer kognitiv-behavioralen Therapie gänzlich auf Ess- und Brechanfälle verzichten. Er sieht zwei alternative Behandlungsmöglichkeiten von resistenten Klientinnen: Medikation mit Antidepressiva und die Interpersonelle Therapie. An dieser Stelle werden diese beiden Vorschläge deshalb noch diskutiert und dargestellt.

Vor allem in den letzten Jahren wurden einige Studien zur Wirkung der Antidepressiva bei der Bulimia nervosa durchgeführt (Walsh et al., 2004; Jacobi, Dame & Dittmann, 2002). Es zeigten sich dabei vor allem kurzfristige Verbesserungen in der bulimischen Symptomatik von Essanfällen und Erbrechen (Hoopes et al., 2003; Marx, 1993). Aber einzelne Studien konnten auch Langzeiteffekte aufzeigen (Keel, Mitchell, Davis & Crow, 2002). In einer Vergleichsstudie von einer reinen Verhaltenstherapie, einer medikamentösen Antidepressiva-Therapie und einer kombinierten Therapie mit Verhaltenstherapie und Medikation konnten Jacobi, Dahme und Dittmann (2002) zeigen, dass die drei Behandlungsbedingungen alle zu signifikanten Verbesserungen in der Essstörungssymptomatik führten, die auch noch nach einem Jahr beobachten werden konnten. Der einzige Unterschied lag darin, dass die Verhaltenstherapie am häufigsten abgebrochen wurde, dann die kombinierte Therapie und erst an letzter Stelle die medikamentöse Therapie.

Die *Interpersonelle Therapie* versucht aktuelle, zwischenmenschliche Probleme und Konflikte und somit die Beziehungsfähigkeit generell zu verbessern (Tantillo & Sanftner, 2003; Fairburn, 2002; Jacobi, Thiel & Paul, 2000). Im Vergleich zur kognitiv-behavioralen Therapie kann in der Interpersonellen Therapie eine Abnahme der Essstörungssymptome und Depression erreicht werden, obwohl nicht nur auf das Essverhalten, sondern vor allem auf die Beziehungen fokussiert wird. Eine der interpersonellen Therapie sehr ähnliche Therapie beschreibt Button (1993) mit dem Namen *Personale Konstruktherapie*. Er geht von zwei Grundannahmen aus: a) Es gibt Hoffnung, dass sich Dinge verändern können. Die Veränderung ist nicht einfach und es braucht Zeit, aber es gibt andere Lebensperspektiven als die momentane (kranke) Perspektive. b) Es wird vermehrt in die Zukunft geschaut und nicht in der Vergangenheit verharrt. Im Verlauf der Therapie wird versucht, die konkreten Konstrukte des Individuums zu explorieren.

In jüngster Zeit wurden auch vermehrt *multidisziplinäre Interventionsprogramme* postuliert wie zum Beispiel der Ansatz von McComb und Clopton (2003). Das achtwöchige multidisziplinäre Behandlungsprogramm umfasst Gruppendiskussionen, Bewegungsimprovisationen und

Entspannungstechniken. Auch Bauer, Anderson und Hyatt (2002) gehen von einem multidisziplinären Ansatz aus. In ihrem Therapieansatz geht es um die Modifizierung des Denkens (Kontrollbedürfnis, absolutes Denken, magisches Denken und Angst vor dem Dickwerden) und das Erlernen von Bewältigungsmechanismen (Gedankenstopp, Entspannungstechniken, Imaginationsübungen). Als eine wichtige Komponente der Behandlung betrachten die Autoren die körperliche Betätigung. Die Autoren weissen ebenfalls darauf hin, dass eine Gruppentherapie ein wertvolles Unterstützungssystem bieten kann und ein Ort sein kann, an dem man Probleme mit anderen Betroffenen diskutieren kann. Auch die Einbeziehung der Familie ist ein wichtiger Bestandteil der Therapie.

*c) Selbsthilfeprogramme*

Die Zahl von Selbsthilfegruppen im Zusammenhang mit Essstörungen scheint in jüngster Zeit angestiegen zu sein. Selbsthilfegruppen werden als Unterstützungsgruppe verstanden und da sie meist in einem ambulanten Setting durchgeführt werden, werden sie an dieser Stelle diskutiert. Nach Meerman und Vandereycken (1987) haben solche Selbsthilfeprogramme folgende Ziele:

- Reduktion des Gefühls der Isolation (Larocca, 1993)
- Vermehrung der verfügbaren Informationen
- Lenkung der Energie der Klientinnen auf das positive Ziel, anderen zu helfen
- Anregung von Persönlichkeitswachstum und Selbstakzeptanz

Selbsthilfegruppen werden meist von den Betroffenen nicht als stigmatisierend erlebt und können aufbauend wirken (Carter, 2002). In diesen Selbsthilfegruppen wird teilweise auch mit Selbsthilfeprogrammen gearbeitet, welche vor allem für die Behandlung der Bulimia nervosa entwickelt wurden (Schmidt & Treasure, 2002; Cooper, 1995; Munro & Laing, 1994) und die im Vergleich zu Wartelistekonditionen überlegen sind und ähnliche Erfolgsergebnisse wie die kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie aufweisen können (Walsh et al., 2004; Thiels et al., 1998). Einer der wichtigen Gründe für die Entwicklung von Selbsthilfegruppen ist sicherlich darin zu sehen, dass es sich dabei um kosteneffektive Verfahren handelt, die schnell zugänglich sind und nicht durch Spezialisten vermittelt werden müssen (Birchall & Palmer, 2002).

In der Studie von Thiels et al. (2000) zeigte sich, dass Klientinnen, die häufiger Essattacken haben, eine intensivere Behandlung als nur eine Selbsthilfegruppe benötigen. Andere Faktoren, die eher als prognostisch ungünstige Faktoren für den Erfolg einer Selbsthilfegruppen betrachtet werden müssen, sind bei Bulimikerinnen eine Vorgeschichte mit Anorexia nervosa, häufige Essattacken, übermässige Beschäftigung mit dem Gewicht und Körperform und komorbide Persönlichkeitsstörungen (Carter et al., 2003).

Insgesamt gesehen können solche Selbsthilfeprogramme aber unter Umständen bei bestimmten Klientinnen zu einer Verbesserung der Symptomatik führen. Es kann zu signifikanten Verbesserungen bezüglich der Depressionswerte, der bulimischen Symptomatik und der Schwere der Essstörung kommen (Bell & Hodder, 2001). Selbsthilfeprogramme sind als frühe Interventionsmethode in der Behandlung von bulimischen Störungen einflussreich, scheinen jedoch bei schwereren und länger andauernden Essstörungen zu versagen (Thiels et al., 2000). Zudem scheint es einen Unterschied zu geben, ob es sich dabei um (fachlich) geführte oder ungeführte Selbsthilfeprogramme handelt (Cooper, Coker & Fleming, 1996). Wenn es sich einfach um lose organisierte und fachlich nicht geführte Gruppen handelt, dann scheint das Selbsthilfeprogramm im Vergleich zu der traditionellen kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie unterlegen zu sein. Das bedeutet für die klinische Praxis, dass es wichtig ist, dass die Selbsthilfegruppen geführt werden (es muss nicht unbedingt eine Fachperson sein, sondern kann auch eine ehemals Betroffene sein) und eine gewisse Struktur vorhanden ist. Wenn es in einer Selbsthilfegruppe zu einem ausgeprägten Konkurrenzdenken zwischen den Beteiligten kommt, kann dies sehr schwierig und destruktiv wirken.

Zusammenfassend kann an dieser Stelle bezüglich der ambulanten Psychotherapie von Essstörungen Folgendes festgehalten werden. Es wurden in den letzten Jahren teilweise spezifische Therapieprogramme für Anorektikerinnen und Bulimikerinnen entwickelt, die vorgestellt werden. Viele Therapieansätze werden jedoch in der Behandlung der Anorexia und der Bulimia nervosa gleichermassen angewandt. Früher wurden häufig psychoanalytische Verfahren eingesetzt, die aber kaum evaluiert wurden. Eine Ausnahme macht hier die eher psychoanalytisch ausgerichtete Familientherapie nach Selvini Palazzoli aus der Mailänder-Gruppe. Heute geht man davon aus, dass in der Therapie der Essstörungen die kognitiv-behaviorale Verhaltenstherapie die Methode der Wahl darstellt. Aber auch dieser Ansatz, dem viele Autoren verpflichtet sind, wurde kritisiert und in der Interpersonellen Therapie weiterentwickelt. Ein Grund, dass der kognitiv-behavioristische Ansatz so weit verbreitet ist, mag in der einfachen Anwendbarkeit der vielen Methoden liegen. Viele TherapeutInnen, die einer anderen Therapieschule verpflichtet sind, integrieren teilweise solche verhaltenstherapeutische Aufgaben in ihre Arbeit. Hinzu kommt, dass die verhaltenstherapeutischen Verfahren oft evaluiert werden und versuchen, ihre Erfolge aufzuzeigen. Aber wie einige Autoren betonen, auch die Verhaltenstherapie kommt bei einigen Klientinnen an ihre Grenze und deshalb braucht es Weiterentwicklungen dieses Ansatzes. In jüngster Zeit wurden deshalb oft multidisziplinäre Ansätze entworfen und auch wieder auf die medikamentöse Behandlung von Essstörungen (vor allem mit Antidepressiva) zurückgegriffen. Zum Schluss wurde auch der Selbsthilfe-Ansatz vorgestellt, der aus finanziellen Gründen einigen Anreiz bietet, aber

klar und strukturiert durchgeführt werden sollte (zum Beispiel unter Anwendung von Selbsthilfeprogrammen).

### 1.7.3.2 Teilstationäre Therapieangebote / Tageskliniken

Als zweite Ebene der Behandlung bezeichnet Vandereycken (2003) teilstationäre Therapieangebote oder so genannte Tagesprogramme. Diese Behandlungsansätze wurden in den letzten Jahren immer populärer und scheinen gegenüber anderen Ansätzen auch einige Vorteile zu haben (Dare & Eisler, 2000; Flarey, 1993; Meermann & Vandereycken, 1987):

- In Bezug auf die Intensität der Behandlung ähneln die Behandlungsprogramme einem normalen Arbeits- oder Ausbildungsstundenplan. Die Klientinnen haben die Möglichkeit, neue Verhaltensweisen direkt in realen Lebenssituationen auszuprobieren.
- Im Vergleich zur stationären Versorgung führt es zu weniger Stigmatisierung, zu einem besseren Kosten/Nutzen-Verhältnis, zu einer Verminderung des Risikos einer Regression, einer Institutionalisierung und von extremer Abhängigkeit.
- Im Vergleich zu ambulanten Versorgungsansätzen wird ein therapeutisches Milieu oder eine „künstliche Familie“ angeboten, sämtliche Funktionen der Klientin sind betroffen und die Verantwortung für die Klientinnenversorgung wird aufgeteilt.

Als generelle Kontraindikationsfaktoren für eine tagklinische Behandlung können folgende Kriterien aufgeführt werden (Zipfel et al., 2002; Howard et al., 1999): Akutes medizinisches Risiko, akute Substanzabhängigkeit, suizidale oder parasuizidale Absichten, psychiatrische Krisen (Psychose, Halluzinationen), gefährliches Wohnumfeld, wiederholte gescheiterte tagklinische Behandlungen, längere Erkrankungsdauer und einen tiefen BMI mit Ausbleiben der Menstruation.

Zipfel et al. (2000) haben die bisherig einzige Metaanalyse zu tagklinischen Behandlungsangeboten für essgestörte Klientinnen durchgeführt. Dabei fanden sie 39 Artikel, die bis 1999 publiziert worden waren. Eine Schwäche dieser Studien liegt aber darin, dass in all diesen Artikeln nur drei Programme detailliert beschrieben wurden. Im Folgenden werden diese drei tagklinischen Programme kurz dargestellt und es wird auf Evaluationsstudien hingewiesen.

*a) Tagklinisches Programm von Kaplan und Olmsted (1997) im Toronto General Hospital (DHP) in Kanada*

Seit 1985 haben Kaplan und Olmsted ein tagklinisches Programm entwickelt und evaluiert. In diesem Programm nehmen die Klientinnen an fünf Tagen in der Woche am Therapieprogramm (Gruppenpsychotherapie und Familientherapie) während acht Stunden teil. In der Evaluation dieses Programms zeigte sich, dass die Klientinnen, welche vom Programm profitieren konnten, auch von einem kürzeren und weniger intensiven Programm Nutzen ziehen konnten. Olmsted (2002) empfiehlt ein tagklinisches Setting für Klientinnen mit einer moderaten bis schweren Essstörungssymptomatik, welche nicht auf eine weniger intensive ambulante Intervention angesprochen haben. In der Praxis haben diese Klientinnen häufig komorbide Störungen wie Depressionen, Angststörungen, Substanzabusus und Persönlichkeitsstörungen.

*b) Tagklinisches Programm des Therapie-Centrums für Essstörungen (TCE) am Max-Planck-Institut für Psychiatrie in München, Deutschland*

Das tagklinische Programm des Therapie-Centrums für Essstörungen wird seit 1989 angeboten und ist sicherlich das im deutschen Sprachraum am Besten dokumentierte und evaluierte tagklinische Programm (Gerlinghoff, Gross & Backmund, 2003; Gerlinghoff & Backmund, 2001; Gerlinghoff & Backmund, 2000a; Gerlinghoff & Backmund, 2000b; Gerlinghoff & Backmund, 1999; Gerlinghoff, 1998). Die Selbstverantwortung der Klientinnen hat konzeptuell einen hohen Stellenwert. Es sollen durch die Therapie individuelle Ressourcen entdeckt und gefördert werden. Eine erfolgsversprechende Therapie ist nur dann möglich, wenn die Klientinnen aktiv mitarbeiten. Eine Behandlung ohne Motivation, aus Pflicht- oder Schuldgefühlen den Eltern gegenüber oder aus distanzierter Neugier haben aus der Erfahrung von Gerlinghoff und Backmund (2001) keine Erfolgschance. Das Therapiemodell gliedert sich in vier Phasen, welche an dieser Stelle etwas ausführlicher dargestellt werden, weil sie wie wir später noch sehen werden, stark das Konzept der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen beeinflusst haben (vgl. 1.7.3.3 Behandlung in Wohngruppen):

1. *Motivationsphase (vier Wochen):* In der Motivationsphase treffen sich die Klientinnen nach einem Beratungsgespräch einmal wöchentlich zu Informations- und Motivationsgesprächen in der Gruppe. Es geht darum, die Motivation zu stärken und falsche Motivationen aufzudecken, zu analysieren und zu verändern.
2. *Tagklinische Phase (vier Monate):* In der tagklinischen Phase werden 24 Klientinnen zeitgleich in die Tagklinik aufgenommen (pro Jahr vier Gruppen). Sie kommen sieben Tage in der Woche, jeweils von 8.30 Uhr bis 17.00 Uhr in die Tagklinik. Die Tage sind ausgefüllt mit Gruppenpsychotherapien, verhaltenstherapeutisch orientiertem Essprogramm (ohne

Sondenernährung), Körperwahrnehmungs- und Gestalttherapie, Entspannungsübungen, Tanz, spielerischen und sportlichen Aktivitäten. Die Klientinnen sind aktiv an der Organisation des Tagesablaufes beteiligt und müssen einkaufen und kochen.

3. *Ambulante Phase (4-8 Monate):* In der ambulanten Phase geht es um die Stabilisierung und Generalisierung der Veränderungen und die Weiterführung der Gruppenpsychotherapie.
4. *Selbsthilfephase (6 Monate*): In der Selbsthilfephase müssen die Klientinnen noch mehr Eigenverantwortung übernehmen und die Therapeuten übernehmen nur noch beratende Funktionen in der Gruppe (Forster, 2002).

Gerlinghoff, Backmund und Franzen (1998) haben dieses tagklinische Angebot mit 106, respektive 65 Klientinnen evaluiert. Sie konnten zeigen, dass die Klientinnen durchschnittlich 13 Wochen behandelt wurden und in dieser Zeit eine signifikante Gewichtszunahme bei den Anorektikerinnen und eine signifikante Abnahme der Heisshungeranfälle bei den Bulimikerinnen beobachtet werden konnten. Sie interviewten 106 Klientinnen, die zwischen Januar 1993 und Januar 1994 aufgenommen wurden und befragten 65 davon im Durchschnitt nach 17.2 Monaten erneut. In der Katamnese zeigte sich, dass die spezifischen essbezogenen Symptome sich im Lauf der Zeit verbesserten. Aufgrund der positiven Ergebnisse kommen Gerlinghoff, Backmund und Franzen (1998) zum Schluss, dass die tagklinische Behandlung von Klientinnen mit Essstörungen eine ebenbürtige Alternative zu stationären Ansätzen darstellt.

Gerlinghoff (1998) hat mit Hilfe einiger Klientinnen ein Buch geschrieben, in dem es um Heilungswege aus der Sicht Betroffener und einer Therapeutin geht. Durch schriftliche Aufzeichnungen während der Therapie werden die eigene Krankengeschichte und auslösende Momente beschrieben. Gerlinghoff betont, dass aus diesen Aufzeichnungen ersichtlich wird, dass es nur vordergründig um ein abnormes Essverhalten geht und sich dahinter in erster Linie Beziehungsprobleme verbergen. Deshalb ist es wichtig, dass sich die Behandlung nicht darauf beschränken darf, „nur“ ein normales Gewicht zu erreichen oder die Anzahl Essattacken pro Tag zu verringern. Es geht vielmehr darum, mit der Klientin gemeinsam herauszufinden, welche Rolle die Essstörung in ihrem Leben und dem Leben ihrer Familie spielt.

*c) Our Lady of the Lake Eating Disorders Program in Los Angeles, USA (OLOL)*

In Los Angeles wird seit 1990 ein tagklinisches Behandlungsprogramm angeboten. Es wird ein multidisziplinäres Behandlungsteam eingesetzt, die Behandlung vor allem im Gruppensetting durchführt und fortgeschrittenere Klientinnen als Co-Therapeuten eingesetzt.

In den untersuchten Studien konnte gezeigt werden, dass die tagklinische Behandlungsebene effektiv ist und sich kurz- und langfristige Erfolge erzielen lassen. So konnten die Ess- und Brechanfälle bei den Bulimikerinnen signifikant reduziert werden und die Anorektikerinnen konnten eine Gewichtszunahme vorweisen. Zwei Jahre nach Austritt konnten 80 % der Bulimikerinnen ihre Symptomfreiheit beibehalten. Tagklinische Behandlungsansätze werden meist durch ein multidisziplinäres Behandlungsteam vermittelt, in Gruppensetting durchgeführt und sind in ein grösseres Behandlungsprogramm integriert. Tagklinische Programme richten sich an Klientinnen, für die eine ambulante Therapie zu wenig intensiv ist und für die eine stationäre Behandlung aus verschiedenen Gründen nicht angezeigt ist. Aufgrund der Effektivität dieser Ansätze wäre eine vermehrte Anwendung jedoch sicherlich angezeigt.

#### 1.7.3.3 Behandlung in Wohngruppen

Als dritte Ebene der Behandlung beschreibt Vandereycken (2003) die Behandlung in Wohngruppen. In der Literatur lassen sich diesbezüglich kaum Hinweise finden. Einzig King (1994) beschreibt eine Behandlung in Wohngruppen, die sich stark an der Behandlung der anonymen Alkoholiker orientiert und für die Behandlung von Essstörungen adaptiert wurde. In einem Haus mit vier Schlafzimmern wurde den Klientinnen ein familienähnliches Klima vermittelt, indem sie gemeinsam drei Hauptmahlzeiten assen und zweimal am Tag an einer geführten Meditation teilnahmen. King hat zwischen Januar 1988 und März 1989 die erwachsenen Klientinnen interviewt und es zeigte sich, dass fast alle physische oder sexuelle Gewalt erlebt hatten. Die meisten stammten aus geschiedenen Familien und zwei Drittel hatte einen alkohol- oder drogenabhängigen Elternteil. In der Therapie wurde den Klientinnen zu vermitteln versucht, dass sie nicht „schuld“ am Beginn ihrer Krankheit sind, sondern es aufgrund ihrer Kindheitserfahrungen nachvollziehbar ist.

Zur dritten Ebene der Behandlung (Vandereycken, 2003), bei der es um die Behandlung in Wohngruppen geht, lassen sich in der Literatur kaum Hinweise finden. Gerade die Umsetzung des familienähnlichen Klimas (King, 1994), wäre in der Behandlung von jugendlichen Klientinnen sicherlich wichtig und erfolgsversprechend. Im Folgenden wird nun ein solcher therapeutischer Ansatz vorgestellt, der versucht, die Behandlung von Essstörungen in einer Wohngruppe mit Jugendlichen umzusetzen.

*a) Die Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland in Liestal – ein Behandlungsansatz in einer Wohngruppe*

Aufgrund den praktischen Erfahrungen der Behandlung von Bulimie- und Anorexieklientinnen am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Baselland (ambulant an den drei Diensten in Liestal, Bruderholz und Laufen und stationär in der Kinderklinik im Universitätskinderspital beider Basel im Bruderholz) entstand die Idee, eine therapeutische Wohngemeinschaft vor allem für Bulimieklientinnen zu gründen. Bei ihnen waren erfahrungsgemäss langwierige stationäre Aufenthalte nicht sinnvoll und mit Abbrüchen und Rückfällen und somit der Gefahr einer Chronifizierung verbunden.

Im August 1997 wurde im Rahmen eines Pilotprojektes die Psychotherapiestation eröffnet, welche seit Januar 1999 in unmittelbarer Nähe zum Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst in Liestal untergebracht ist.

Im Folgenden wird das Behandlungsangebot kurz umschrieben. Die maximal sechs Bewohnerinnen werden Tag und Nacht während 365 Tagen von einem Psychologinnen-Team betreut. Für die ärztliche Pflege ist eine Assistenzärztin des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes zuständig. Der Entscheid, nur mit einem Team aus weiblichen Mitgliedern zu arbeiten, wurde aufgrund der Strukturen der Psychotherapiestation getroffen. In der Literatur wird der Einfluss von männlichen oder weiblichen Therapeuten auf den Therapieverlauf nur vereinzelt diskutiert. Stockwell und Dolan (1994) betonen, dass gerade missbrauchte Klientinnen eine weibliche Therapeutin als weniger gefährlich erleben. Eine weibliche Therapeutin kann auch auf ihre eigenen Erfahrungen als Frau in der Gesellschaft zurückgreifen.

Das Therapiekonzept besteht aus drei Behandlungsphasen: Einer ambulanten Motivationsphase, einer stationären Phase in der Wohngruppe und einer ambulanten Nachbetreuungsphase. In der Motivationsphase geht es darum, die Motivation der Klientinnen für eine stationäre Behandlung abzuklären und sie über Inhalt und Ziele der Therapie zu informieren. In dieser ersten Phase wird auch ein Behandlungsvertrag abgeschlossen, in dem individuelle Ziele, ein Gewichtskonzept und die Länge des Aufenthaltes festgelegt werden.

Die stationäre Phase beginnt für die Bulimieklientinnen mit einer zweiwöchigen Brechentzugsphase, die zu Beginn des Projektes noch im Kinderspital durchgeführt wurde, mittlerweile jedoch in die Psychotherapiestation integriert ist. Nach diesem Brechentzug wird in einem Standortgespräch der weitere Aufenthalt geplant, wobei sich viele Klientinnen für einen dreimonatigen Aufenthalt entscheiden. Nach diesen ersten zwei Wochen wird die Weiterführung der Schulausbildung oder der Lehre angestrebt. Es gehört zu den Grundsätzen der Psychotherapiestation, die Bewohnerinnen so früh wie möglich in die Schule oder die Ausbildung

zu reintegrieren oder eine (interne) Tagesstruktur zu organisieren. Dieser Ansatz wird auch von Folts, Tigges und Jackson (1993) vertreten, die betonen, dass Klientinnen eine Zunahme an Kompetenz und Erfolg erleben können, wenn sie einer sinnvollen Beschäftigung nachgehen.

Der stationäre Aufenthalt selbst wird wieder in drei Phasen unterteilt. In den ersten sechs Wochen des Aufenthaltes (Phase 1) können die Klientinnen allmählich Eigenverantwortung übernehmen. Zu Beginn sind sie stark auf die Unterstützung der Betreuerin angewiesen, um Rückfälle zu verhindern (Abgeben von Geld, Einschränkung der Ausgänge, Abschliessen der Lebensmittel in der Küche). In der zweiten Phase nach sechs Wochen Aufenthalt wird die Eigenverantwortung sukzessive vergrössert und die Bewohnerinnen haben mehr Freiheiten (Ausgänge, Verwaltung des Geldes). Die dritte Phase ist als Übergangsphase und Vorbereitung auf den Austritt konzipiert. Diese Phase dauert meist einen Monat und wird mit dem geplanten Austritt beendet.

Nach Abschluss des stationären Aufenthaltes folgt meist eine ambulante Nachbetreuung, die entweder vom Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst direkt oder von einer niedergelassenen PsychologIn oder PsychiaterIn übernommen wird.

In der Psychotherapiestation werden junge Frauen im Alter von circa 15 bis 20 Jahren aufgenommen, die an einer Essstörung leiden. Die Anorektikerinnen treten meist in Anschluss an eine Hospitalisation in die Psychotherapiestation ein, wo sie ihr Gewicht zu stabilisieren versuchen. Ein Aufenthalt ist bei einer akut körperlichen Gefährdung nicht angezeigt. Sinnvoll ist ein Aufenthalt vor allem auch dann, wenn aufgrund familiärer Spannungen eine Krisenintervention notwendig ist oder wenn der Teufelskreis von Ess- und Brechanfällen unterbrochen werden soll. Durch den stationären Aufenthalt kann es so zu einer vorübergehenden Entlastung und somit auch zur Eröffnung von neuen Perspektiven kommen.

Die Ziele des Aufenthaltes werden individuell mit der jeweiligen Bewohnerin zu Beginn des Aufenthaltes abgesprochen. Durch das pädagogisch-psychotherapeutische Milieu wird eine Normalisierung des Essverhaltens, ein angemessener Umgang mit Nahrung und somit das Erreichen eines zuvor festgelegten Zielgewichtes angestrebt. In psychotherapeutischen Gesprächen werden die Bewohnerinnen motiviert, nach konstruktiven Alternativen zu den selbstzerstörerischen Essverhaltensweisen zu suchen und in der Gruppe werden soziale Kompetenzen wie auch eine soziale Reintegration der Bewohnerinnen gefördert.

Die Mahlzeiten werden gemeinsam vorbereitet und eingenommen. Zum „praktischen Training“ gehört auch, dass die Bewohnerinnen vor allem in der Brechentzugsphase gemeinsam mit der Betreuerin einkaufen gehen. Neben den drei Hauptmahlzeiten wird auch darauf geachtet, dass die Bewohnerinnen aus ernährungsphysiologischen Gründen Zwischenmahlzeiten einnehmen. Der Menuplan wird gemeinsam mit den Bewohnerinnen aufgestellt und es wird dabei auf eine gesunde und ausgewogene Ernährung geachtet. Um die Bewohnerinnen über Grundsätze der Ernährung

aufzuklären und Fehlannahmen zu modifizieren, werden einmal im Monat mit einer externen Ernährungsberaterin Fragen besprochen und diskutiert.

Das Gewichtskonzept wird gemeinsam von den Bewohnerinnen und den Betreuerinnen ausgearbeitet und schriftlich festgehalten. Bei den Bulimikerinnen handelt es sich dabei meist um ein „Haltekonzept", indem eine obere und untere Gewichtslimite festgelegt wird. Bei den Anorektikerinnen hingegen handelt es sich meist um ein Zunahme- oder Stabilisationskonzept. Kann sich die Klientin nicht an das abgemachte Gewichtskonzept halten, treten Stufen (Konsequenzen) in Kraft, welche die Bewohnerin im Voraus festgelegt hat. Die Klientinnen werden wöchentlich nüchtern (vor dem Frühstück) gewogen.

Grundsätzlich stehen die Betreuerinnen jederzeit für die Klärung von Fragen und Anliegen zur Verfügung. Zur Besprechung bestimmter Themen oder Problemen sind zudem bestimmte Gesprächstermine verbindlich. So führt am Sonntagabend die Betreuerin eine Art wöchentliche Standortbestimmung mit jeder Klientin einzeln durch. In diesen Gesprächen geht es um die konkrete Wochenplanung und die Besprechung von Rückfällen und um Schwierigkeiten im Umgang mit Essen oder mit Problemen in der Schule, am Arbeitsplatz oder mit Mitbewohnerinnen. Daraus folgen dann meist individuelle Abmachungen und Zielsetzungen für die kommende Woche (vgl. Tabelle 7).

Viele andere Gesprächsangebote werden in der Gruppe durchgeführt. So findet zweimal in der Woche nach dem Mittag- respektive Abendessen eine Essensnachbesprechung statt. Darin wird den Beteiligten die Möglichkeit gegeben, die eigenen Wahrnehmungen und Befindlichkeiten im Zusammenhang mit dem Essen mitzuteilen. In einer wöchentlichen, kurzen Wohngruppen-Sitzung werden allgemeine und organisatorische Belange geklärt. Zudem findet wöchentlich eine Gruppensitzung statt, in der auf die gruppendynamischen Prozesse fokussiert wird. Einmal in der Woche haben die Bewohnerinnen die Möglichkeit, mit dem Chefarzt zu sprechen. Zudem findet wöchentlich an einem Nachmittag eine therapeutische Aktivität in der Gruppe statt. Im Turnus werden Ausdrucksmalen, Bewegung und Entspannung, Märchen und innere Bilder angeboten. Die meisten therapeutischen Angebote werden in der Gruppe durchgeführt. Andere Autoren (z.B. Paul, 1991) haben bereits darauf hingewiesen, dass die meisten Klientinnen den Druck durch die Mitbewohnerinnen als anspornend erleben.

**Tabelle 7: Wochenplan der Psychotherapiestation**

| | Montag | Dienstag | Mittwoch | Donnerstag | Freitag | Samstag | Sonntag |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur |
| Mittagessen | | | | | | | |
| | | | | | | Essensnachbesprechung | |
| | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur | Freitagsaktivität | Individuelle Tagesstruktur | Individuelle Tagesstruktur |
| | | WG-Sitzung | Gruppe | | Gruppengespräch mit Chefarzt | | |
| Abendessen | | | | | | | |
| | | Essensnachbesprechung | Menuplanung | | | | |

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass es sich bei der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen in Liestal um ein Behandlungskonzept handelt, welches der dritten Behandlungsebene nach Vandereycken (2003) angehört. Es zeigt sich dabei, dass die Übergänge zu den anderen Behandlungsebenen teilweise fliessend sind und sowohl stationären als auch tagesklinischen Charakter haben. Zentral ist jedoch der familiäre Rahmen und der Umstand, dass die Klientinnen über längere Zeit in den Räumlichkeiten der Psychotherapiestation wohnen und dabei vor allem auch das gemeinsame Wohnen und der Austausch untereinander gefördert werden. Dieses Therapieprogramm wurde von Paravicini und Hartmann (2001) in einer ersten Studie evaluiert und es zeigten sich dabei gute Erfolge. Wie wir später noch sehen werden, ist es ein zentrales Anliegen dieser Studie, diese Psychotherapiestation weiter zu evaluieren.

#### 1.7.3.4 Stationäre Therapieangebote

Stationäre Einweisungen und Therapien werden vor allem im Zusammenhang mit stark anorektischen Klientinnen diskutiert (Keel et al., 2002; Claude-Pierre, 2001). Die Entscheidung, eine Krankenhauseinweisung vorzunehmen, kann auf verschiedenen Kriterien beruhen (Gowers et al. 2002; Jacobi, Thiel & Paul, 2000; Köpp, 2000; Köpp & Wegschneider, 2000; Andersen, Bowers & Evans, 1997; Newman, 1993; Meermann & Vandereycken, 1987):

- *Medizinische Kriterien*: Starker akuter oder nicht nachlassender extremer Gewichtsverlust (BMI unter 13); Veränderungen der wichtigen Lebenszeichen und Fehlen der Urin-Ketonkörper; Elektrolytanomalien, besonders Hypokaliämie; Auftreten einer Infektion; tiefer Pothassiumlevel; Herzrhythmusstörungen; tief greifende Schwäche; ausgeprägte Müdigkeit; Ohnmachtsanfälle; Kreislaufstörungen und essstörungsunabhängige medizinische Komorbiditäten (Asthma, Diabetes).

- *Psychosoziale und psychologische Kriterien*: Ausgeprägte dysfunktionale Familienbeziehungen; soziale Isolation; affektive Störungen; Suizidialität; ausgeprägte Psychopathologie; komorbide Persönlichkeitsstörungen; schwerwiegende Verlusterlebnisse oder Trennungen; Kriminalität oder finanzielle Verschuldung im Rahmen der Krankheit.
- *Psychotherapeutische Kriterien*: Versagen vorhergehender Behandlungsversuche; Motivationsmangel; totale Verweigerung einer ambulanten Behandlung.

Branik (2003) beobachtete, dass sich die Konzepte stationärer Kinder- und Jugendpsychiatrie in den letzten zwanzig Jahren in Richtung kürzerer, intensiverer und begrenzterer Interventionen entwickelt haben. Dabei sollten jedoch der Beziehungsaufbau und Compliance, welche als Voraussetzung für den Erfolg sämtlicher Behandlungsmodalitäten notwendig sind, nicht aus dem Auge gelassen werden.

Die Behandlung von Essstörungen in einer stationären Einrichtung wird meist in verschiedene Phasen unterteilt (Newman, 1993). Touyz, Ganer und Beaumont (1995) unterscheiden zwischen zwei Phasen im Spital: 1. Wiedererlangung eines Normalgewichts und 2. Stabilisierung dieses Gewichtes. In Bezug auf die Wiederherstellung des Normalgewichts besteht einige Unstimmigkeit darüber, wie dieses Normalgewicht hergestellt werden soll (Sondenernährung oder nicht) (Kreipe & Higgins, 1996). Fernández-Aranda (1996) betont, dass die Gewichtszunahme ein Hauptziel der Therapie darstellt, weil in der Phase der Kachexie die Anwendung jeglicher Art von psychologischer und / oder psychotherapeutischer Behandlung inadäquat und ineffektiv ist.

In der Literatur wird ebenfalls darauf hingewiesen, dass manchmal Klientinnen mit einer lebensbedrohlichen Essstörung eine Hospitalisation ablehnen. Nach Watson, Bowers und Andersen (2000) sind es vor allem Klientinnen mit einer längeren Krankheitsdauer und signifikant mehr vorhergehenden Hospitalisationen.

An dieser Stellen werden zwei multizentrische Studien vorgestellt, die sich im Unterschied zu den Verlaufsstudien, bei denen ein möglichst naturalistischer Verlauf der Essstörung beobachtet wurde, damit befassen, wie eine stationäre Therapie sich auf den weiteren Verlauf der Essstörung auswirken kann. In der multizentrischen Studie von Von Wietersheim, Kordy und Kächele (2003) wurden 43 Kliniken in Deutschland eingeschlossen und alle zwischen November 1993 und September 1995 konsekutiv aufgenommenen Klientinnen in die Studie eingebracht (n = 1247). Die Autoren kommen zum Schluss, dass nur sehr wenige Klientinnen nach der stationären Behandlung als vollständig gesund bezeichnet werden können. Diese Beobachtung wurde auch in einer weiteren multizentrischen Studie gemacht (Köpp & Wegschneider, 2000): Weder zwei Jahren nach der stationären Behandlung und erst recht nicht nach einem Jahr kann eine Heilung erwartet werden, wobei die Autoren unter „Heilung“ eine klinisch relevante Symptommilderung verstehen. Diese

beiden multizentrischen Studien zeigen auf, dass durch eine stationäre Therapie zwar eine Verbesserung in der Symptomatik erreicht werden kann, man aber noch nicht von einer Heilung sprechen kann.

In den folgenden Ausführungen geht es um die Darstellung von einigen spezifischen stationären Therapieangeboten und deren Evaluation. Es gibt viele stationäre Therapieangebote, aber es werden an dieser Stelle nur solche beschrieben, die auch dokumentiert und evaluiert wurden, nämlich die stationäre jugendpsychiatrische Behandlung an der Kinderklinik des Kantonsspitals Aarrau und am Wildermeth Kinderspital in Biel (Schweiz), das stationäre Therapieangebot der psychiatrischen Universitätsklinik in Kortenberg (Belgien), die psychosomatische Fachklinik Bad Pyromt (Deutschland), die stationäre Therapie für Essstörungen in Philadelphia (USA) und die stationäre Therapie für Essstörungen der Klinik Roseneck in Prien (Deutschland).

*a) Stationäre jugendpsychiatrische Behandlung an der Kinderklinik des Kantonsspitals Aarau und am Wildermeth Kinderspital in Biel (Schweiz)*

In der Kinderklinik des Kantonsspitals Aarau und am Wildermeth Kinderspital in Biel werden Jugendliche mit Essstörungen stationär behandelt. Hauser-Schmid (1993) untersuchte 29 jugendliche Anorexia nervosa Patientinnen nach der stationären Behandlung, wobei das Katamneseintervall durchschnittlich vier Jahre betrug. Bezüglich des „General Outcome Score“ von Morgan und Russell (1975) zeigte sich, dass 69 % der Verläufe gut waren, 21 % verbessert und 10 % chronifiziert. Das Behandlungskonzept wird durch die beziehungstherapeutische Arbeit geprägt und durch den systemisch-therapeutischen Ansatz. Nach der Gewinnung der Kooperation der Angehörigen für ein striktes und genau umschriebenes Behandlungsprogramm wird mit Hilfe eines verhaltensorientierten Programms (mit Belohnungssystem und Tagesstrukturierung) ein fester Rahmen geschaffen.

*b) Psychiatrische Universitätsklinik in Kortenberg (Belgien)*

Vandereycken (1991) hat als Leiter der psychiatrischen Universitätsklinik in Kortenberg (Belgien) ein stationäres Therapieangebot entwickelt, welches er als direktiv (handlungs- und problemlösungsorientiert) und zeitlich begrenzt konzeptualisierte. Er versucht, mit dem Therapieangebot die Grundprinzipien der stationären Therapie umzusetzen:

- Multidimensionaler Ansatz zur Problemlösung mit Integration verschiedener therapeutischer Elemente.
- Motivation der Klientinnen zum aktiven Handeln und zur Übernahme der Eigenverantwortung sowohl im Einzeltherapieprozess als auch im Gruppentherapieprozess.

- Einbettung der Therapie in die sozialen Beziehungen der Klientinnen.
- Kurze Aufenthalte mit einer gut strukturierten Nachbetreuung.

Für jede Klientin wird ein Behandlungsplan erstellt, der drei Ebenen der funktionalen Problemanalyse umfasst:

1. Das Symptom wird als Zusammenbruch der individuellen biopsychologischen Reife angesehen. Die Klientin muss dieses symptomatische Verhalten in Eigenverantwortung ändern und stellt deshalb einen verhaltenstherapeutisch orientierten Vertrag auf, in dem die Normalisierung des Gewichtes und das Essverhalten reglementiert werden.
2. Das Symptom ist auf der Erfahrungs- und Bewusstseinsebene der Verlust einer positiven Selbsteinschätzung, was sich in einem übersteigerten leistungsorientierten Verhalten und einem grundlegenden Misstrauen gegenüber dem eigenen Körper zeigt.
3. Das Verhalten der Klientin kann interaktional betrachtet als nicht ganz optimale Lösung interpersoneller Probleme angesehen werden, die die Ablösungsproblematik und Unsicherheit in sozialen Beziehungen umfassen.

Dieser (individuelle) Behandlungsplan wird in den ersten zwei Wochen des Aufenthaltes (Adaptationsphase) formuliert. Die Behandlung wird vorwiegend im Gruppensetting durchgeführt und es werden jeweils zwei Gruppen mit je neun anorektischen und / oder bulimischen Klientinnen im Alter von 15 bis 45 Jahren geführt.

Vandereycken evaluierte das Psychotherapieangebot der Universitätsklinik unter zwei Gesichtspunkten: einer internen (inside) Evaluation und einer externen (outside) Evaluation. Die interne Evaluation umfasst die Evaluation durch die Klientinnen. Hier wurde die Beobachtung gemacht, dass die Klientin ihre Fortschritte generell optimistischer einschätzt als die Gruppe und das Team. In der externen Evaluation wird nach drei Gesichtspunkten unterschieden: einer ökonomischen, wissenschaftlichen und ethischen Betrachtungsweise. Dabei ist eine ökonomische Evaluation schwierig durchzuführen, da der Nutzen einer Therapie nicht einfach in Zahlen ausgedrückt werden kann. Als stärkstes Argument für die wissenschaftliche Psychotherapieforschung betrachtet Vandereycken den Wert der Evaluation als Feedback für den Therapeuten selbst. Er betont jedoch, dass die klinische Population eine stark selektierte Population darstellt, unspezifische Behandlungsfaktoren kaum kontrolliert werden können und Langzeitkatamnesen dringend notwendig wären (Vandereycken & Pieters, 1992). In Kortenberg wurden in der Folge vor allem Studien zu spezifischen Symptomen durchgeführt. So haben zum Beispiel Probst, Vandereycken, Van Coppenolle und Pieters (1999) die Körpererfahrung bei 290 essgestörten Klientinnen untersucht und sie konnten zeigen, dass die Klientinnen nach der Therapie ein positiveres Körperkonzept hatten und dies auch nach einem Jahr nach Beendigung der Therapie

noch zutraf, wobei die essgestörten Klientinnen im Vergleich zu der Kontrollgruppe noch immer ein negativeres Körperkonzept hatten.

*c) Psychosomatische Fachklinik Bad Pyromt (Deutschland)*

Auch in der Psychosomatischen Fachklinik Bad Pyromt (Deutschland) gibt es ein spezifisches stationäres Programm für essgestörte Klientinnen (Paul, Jacobi, Thiel & Meermann, 1991). Die essgestörten Klientinnen nehmen zweimal wöchentlich an einer Gruppentherapie mit maximal neun Klientinnen teil und zweimal wöchentlich an einer Körpererfahrungsgruppe. Zusätzlich erhält jede Klientin einmal pro Woche ein Einzelgespräch. Die stationäre Therapie umfasst drei Schwerpunkte: Die Stabilisierung des Gewichts und die Normalisierung des Essverhaltens, die Bearbeitung damit zusammenhängender bzw. zugrunde liegender Problembereiche, die Bearbeitung der Körperkonzeptstörung und die Verbesserung der Körperwahrnehmung und –akzeptanz.

Dieses stationäre Therapiekonzept wurde von Paul, Jacobi, Thiel und Meermann (1991) evaluiert und umfasste eine Stichprobe von 15 Klientinnen mit Bulimia nervosa und 20 Klientinnen mit Anorexia nervosa, die während Oktober 1987 und Oktober 1988 stationär behandelt wurden. Die Klientinnen füllten bei ihrem Eintritt und Austritt verschiedene standardisierte Fragebogen aus und wurden im April 1989 (sechs Monate nach Austritt) katamnestisch untersucht. Von den anfänglich 35 Klientinnen konnten zum Katamnesezeitpunkt noch 18 Klientinnen befragt werden. Die Anorektikerinnen zeigten am Ende der Therapie eine Zunahme von Entspannung, Gelassenheit und Optimismus. Ihre Depressionswerte sanken und ihre Selbstkontrollfähigkeit nahm zu. Die Klientinnen nahmen während ihres Aufenthaltes an Gewicht zu, konnten dieses Gewicht teilweise jedoch nach Therapieabschluss nicht halten. Die Bulimikerinnen zeigten bezüglich allgemeinen Veränderungen des Verhaltens und Erlebens deutlich positive Veränderungen mit niedrigeren Depressionswerten. Bezüglich des Gewichts gab es kaum Veränderungen. Auch das symptomatische Verhalten, das heisst die Heisshungerattacken und das Erbrechen hatten sich nach der stationären Therapie deutlich verringert. Sechs Monate nach Austritt waren die Veränderungen stabil oder teilweise sogar noch verbessert. Die Bulimikerinnen zeigten demnach einen eher positiveren Verlauf mit längerfristigen Veränderungen, da es bei den Anorektikerinnen wieder zu einem Gewichtsverlust kam.

*d) Stationäres Therapieangebot für Essstörungen in Philadelphia, USA*

Die Stärke der Evaluation des stationären Angebotes in Philadelphia von Lowe, Davis, Annunziato und Lucks (2003) ist die Grösse ihrer Stichprobe (n = 472, 279 Anorektikerinnen und 193 Bulimikerinnen). Leider betrug der Katamnesezeitraum nur drei Monate. Die Autoren konnten

zeigen, dass durch die stationäre Therapie substantielle und statistisch signifikante Verbesserungen in Bezug auf Depressionswerte und die Essstörungssymptomatik erreicht werden konnten.

*e) Stationäres Therapieangebot der Klinik Roseneck in Prien (Deutschland)*

In der Klinik Roseneck in Prien werden Bulimikerinnen stationär behandelt. Fichter (2000) konnte bei 196 konsekutiv aufgenommenen Klientinnen beobachten, dass sich eine klinisch substantielle Besserung sowohl der Essstörungssymptomatik als auch der allgemeinen Psychopathologie während der stationären Therapie einstellte. In den Katamneseerhebungen zeigte sich, dass es in den ersten zwei Jahren nach Beendigung der Therapie teilweise zu einer Verschlechterung der Symptomatik kommt und erst im weiteren Verlauf von zwei bis sechs Jahren nach Therapieende erst zu einer Verbesserung der Symptomatik.

Nach der Durchsicht dieser verschiedenen stationären Therapieangebote kann man festhalten, dass eine stationäre Therapie eine effektive Behandlungsform darstellen kann und stationäre Therapien auch in verschiedenen Ländern angewendet werden (Rø, Martinsen, Hoffart & Rosenvinge, 2003). Dabei darf nicht vergessen werden, dass es sich bei Klientinnen, die stationär behandelt werden, meist um eine chronifizierte und ausgeprägte gestörte Stichprobe handelt. Deshalb erstaunt es auch nicht, dass man nach der stationären Behandlung bei den wenigsten Klientinnen von einer vollständigen Heilung sprechen kann. Meist kommt es im weiteren Verlauf zuerst zu einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik nach Austritt und einer erneuten Verbesserung im weiteren Verlauf.

Nachdem in diesem ersten, ausführlichen Teil der theoretischen Arbeit einige Themen, die im Zusammenhang mit Essstörungen wichtig sind, dargestellt wurden, werden nun im nächsten Kapitel die Hypothesen der vorliegenden Studie dargestellt. In der Studie geht es um zwei grosse Ziele: Die Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland und um einen Vergleich dieser klinischen Stichprobe mit einer nach Alter und Ausbildungsstand parallelisierten Normstichprobe. Die Hypothesen und Fragestellungen der vorlegenden Studie stützen sich dabei vor allem auf die Ergebnisse, die im Theorieteil präsentiert wurden. Dabei werden vor allem Erkenntnisse über Verlaufsforschung in Bezug auf Essstörungen sowie Evaluationsstudien zu verschiedenen therapeutischen Ansätzen berücksichtigt. Wie bereits dargestellt ist die Körpererfahrung ein wichtiges Kriterium für die Diagnose einer Essstörung und es geht deshalb vor allem um die Berücksichtigung dieses Körperkonzeptes und die damit verbundenen Gefühle und Annahmen. Da nach der Literaturdurchsicht deutlich wird, dass es einen Zusammenhang zwischen

Selbstwert und Essstörung allgemein und Selbstwert und Körperkonzept im speziellen gibt, wird diese Fragestellung auch in die Hypothesen einbezogen.

## 1.8 Hypothesen und Fragestellungen der vorliegenden Studie

Die vorliegende Studie befasst sich mit Körpererfahrungen. Aus methodischen und durchführungstechnischen Überlegungen (vgl. 1.6.3.1 Verfahren zur perzeptiven Einschätzung der Körpererfahrung) geht es in der Studie nur um die Erfassung der kognitiv-evaluativen Anteile dieser Selbsterfahrung, das heisst um das Körperkonzept und damit verbunden Körperkonzeptstörungen. Dieses Körperkonzept umfasst verschiedene Facetten wie zum Beispiel das Körperbewusstsein, die körperliche Selbsteinschätzung und die Zufriedenheit mit dem Aussehen (Bielefeld, 1986). Diese kognitiv-evaluativen Leistungen werden dabei meist mit Fragebogen oder Interviews erfasst.

In der Literatur herrscht bezüglich der Frage nach Unterschieden zwischen den Eigenschaften dieses Körperkonzeptes von Anorektikerinnen und Bulimikerinnen Unklarheit. Beispielsweise betonen einige Autoren, dass Anorektikerinnen und Bulimikerinnen eine recht ähnliche Unzufriedenheit mit ihrem Körper zeigen, Andere hingegen fanden heraus, dass die restriktiven Anorektikerinnen zufriedener mit ihrem Körper waren als Bulimikerinnen. Dies ist darauf zurückzuführen, dass es auch Uneinigkeiten bezüglich den Definitionen der Begriffe gibt und man heute davon ausgeht, dass die Unzufriedenheit mit dem Körper nicht mit dem Körperkonzept an sich gleichgesetzt werden kann. Deshalb werden in der vorliegenden Studie neben dieser Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung noch zwei andere Konzepte untersucht, nämlich die Besorgtheit um das Aussehen, Figur und Gewicht und die Negative körperliche Selbsteinschätzung. Man kann davon ausgehen, dass auch in der Normalpopulation vor allem Frauen an einer Unzufriedenheit mit dem Körper leiden und man spricht in diesem Zusammenhang auch von einer „normativen Unzufriedenheit“. Aber auch hier sind die Ergebnisse inkonsistent: einige Untersuchungen belegen, dass nicht-essgestörte Frauen diese „normative Unzufriedenheit mit dem Körper“ zeigen, aber in einem wesentlich geringeren Mass als anorektische oder bulimische Frauen; andere Untersuchungen hingegen konnten keine Unterschiede in Bezug auf die Körperunzufriedenheit zwischen nicht-essgestörten und essgestörten Frauen finden.

In der vorliegenden Studie werden neben Skalen im Zusammenhang mit dem Körperkonzept noch weitere Variablen untersucht, die sich auf die anorektische und bulimische Symptomatik beziehen

(wie zum Beispiel die Zügelung des Essens, Negative Wahrnehmung des Essens, ...), soziale Kompetenzen und die soziale Integration (wie zum Beispiel Kontaktangst, ...) und zusätzliche Symptome (wie zum Beispiel drei Facetten des Selbstwertes (Negative Selbstbeurteilung, Positive Selbstbeurteilung und Selbstwirksamkeit), Depressivität, Zwanghaftigkeit, ...). Diese Variablen stehen wahrscheinlich teilweise in einem direkten Zusammenhang mit den verschiedenen Facetten des Körperkonzeptes, aber der heutige Stand des Wissens über diese Zusammenhänge ist nicht genügend differenziert.

Ein erstes Ziel der vorliegenden Arbeit ist der Vergleich zwischen essgestörten und nicht-essgestörten weiblichen Jugendlichen in Bezug auf die verschiedenen Bereiche des Körperkonzeptes (unter anderem die oben erwähnte Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Negative körperliche Selbsteinschätzung und die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht) und andere Variablen wie die anorektische und bulimische Symptomatik, soziale Kompetenzen und soziale Integration und zusätzliche Symptome. Da man sich wie oben beschrieben in der Forschungsliteratur nicht einig ist, ob es zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen in Bezug auf diese Variablen nun Unterschiede gibt oder nicht, werden die beiden Störungsbilder getrennt untersucht, um so allfällige Unterschiede und Gemeinsamkeiten herausarbeiten zu können. Für diese Vergleiche werden die Eintrittsdaten der Jugendlichen der klinischen Population verwendet (Baseline-Daten) und die Daten der (weiblichen) Normstichprobe.

**Hypothesen zu den Vergleichen zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe bezüglich verschiedener Variablen:**

***Körperkonzept:***

a) *Negative körperliche Selbsteinschätzung:* Aufgrund der Literatur muss man davon ausgehen, dass die körperliche Selbsteinschätzung bei der klinischen Population signifikant negativer ist als in der Normstichprobe.

b) *Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung:* Bereits in der neueren Forschungsliteratur wird von einer „normativen Unzufriedenheit“ mit dem Körper gesprochen. Deshalb muss man davon ausgehen, dass auch in der Normstichprobe eine Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung beobachtet werden kann. Aufgrund der Schwere und meist bestehenden Chronifizierung der Essstörung in der klinischen Stichprobe kann man dort eine noch ausgeprägtere Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung erwarten als in der Normstichprobe. Aufgrund der unklaren Befundlage und fehlenden theoretischen Grundlagen kann man nicht eindeutig vorhersagen, ob es in Bezug auf die Köperzufriedenheit zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen Unterschiede gibt.

c) *Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht:* Schon aufgrund der diagnostischen Leitlinien muss man davon ausgehen, dass Anorektikerinnen und Bulimikerinnen sich sehr stark mit ihrem Aussehen, ihrer Figur und ihrem Gewicht auseinandersetzen. Im Vergleich zu der Normstichprobe, in der die Themen des Aussehens, Figur und Gewichts ebenfalls wichtig sind, zeigen die Klientinnen der klinischen Stichprobe höhere Werte. Die übermässige Besorgtheit um Aussehen, Figuren und Gewicht wurde dabei durchgängig in verschiedenen Studien als Indikator für die Entwicklung einer Essstörung bezeichnet (Lau & Alsaker, 2000).

***Selbstkonzept:***

d) *Negative und positive Selbstbeurteilung:* In verschiedenen Studien zeigte sich konsistent, dass essgestörte Klientinnen im Vergleich zu Jugendlichen aus der Normpopulation ausgeprägtere negative Selbstbeurteilungen vornehmen. Man kann deshalb davon ausgehen, dass die klinische Population höhere Werte in Bezug auf die negative Selbstbeurteilung und tiefere Werte in Bezug auf die positive Selbstbeurteilung aufweist.

***Weitere Skalen:***

e) *Zügelung des Essens (Diätverhalten):* Aus Befragungen ist bekannt, dass auch normalgewichtige, nicht-essgestörte Mädchen bereits sehr früh in ihrem Leben Diäten halten. Aufgrund der Literatur kann jedoch nicht vorhergesagt werden, ob die Klientinnen der klinischen Population ein ausgeprägteres Diätverhalten zeigen als die Jugendlichen der Normstichprobe. Man kann erwarten, dass die Anorektikerinnen im Vergleich zu den Bulimikerinnen und den Jugendlichen der Normstichprobe das ausgeprägteste Diätverhalten zeigen.

f) *Einstellung zu Sport:* Anorektikerinnen zeigen oft einen ausgeprägten bis zwanghaften Bewegungsdrang, was bei ihnen zu hohen Werten in Bezug auf die Einstellung zu Sport führten könnte. Sie haben aufgrund ihrer Symptomatik im Vergleich zu den Bulimikerinnen und den Jugendlichen der Normalpopulation auch eine positive Einstellung zu Sport, obwohl auch die anderen beiden Populationen eher eine positive Einstellung zu Sport zeigen, da Sport in unserer Gesellschaft mit positiven Eigenschaften verbunden wird.

g) *Negative Wahrnehmung des Essens:* Aus klinischen Beobachtungen ist hinlänglich bekannt, dass die Einnahme von Nahrungsmitteln bei essgestörten Klientinnen meist negativ erlebt wird. Bei Anorektikerinnen ist die Einnahme von Nahrungsmittel allgemein negativ besetzt und das Gefühl der Kontrolle und Macht wird durch die selbstauferlegte Verweigerung der Nahrungseinnahme erlebt. Bei Bulimikerinnen hingegen kommt es im Anschluss an einen Essanfall oft zu Schulgefühlen und Scham. Sie besetzen den Verlust der Kontrolle über ihre Nahrungsmitteleinnahme negativ und können in einem frühen Stadium ihrer Erkrankung meist noch nicht sehen, dass es einen Zusammenhang zwischen ihrer Verarbeitung von Konflikten,

dem Umgang mit Leere, ihrem restriktiven Essverhalten und ihrer Nahrungseinnahme gibt. Aufgrund dieser Überlegungen kann man davon ausgehen, dass in der klinischen Population das Essen negativer wahrgenommen wird als in der Normstichprobe.

*h)* *Kontaktangst:* Es gehört bekanntlich zum Erkrankungsbild, dass die essgestörten Frauen sich im Verlauf ihrer Erkrankung immer mehr zurückziehen und isolieren. In der klinischen Population erwarten wir deshalb, dass die Kontaktangst höher als in der Normpopulation ausfällt.

*i)* *Depressivität:* In der Forschung wird oft die bei essgestörten Klientinnen beobachtete Depressivität beschrieben, obwohl man sich heute noch nicht einig ist, ob die Depressivität eine Folge oder Auslöser der Essstörung ist. Aufgrund dieser Ausgangslage ist es von Interesse zu untersuchen, ob es bei Beginn der stationären Behandlung zwischen der klinischen Population und der Normpopulation Unterschiede gibt. Da essgestörte Klientinnen bei Beginn ihrer stationären Therapie oftmals schon sehr lange eine Essstörung aufweisen und verzweifelt, hoffnungslos und ohne Perspektiven sind, kann man jedoch davon ausgehen, dass sie höhere Depressivitätswerte zeigen, als die Jugendlichen aus der Normstichprobe.

*j)* *Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung:* Da die Jugendlichen der klinischen Stichprobe sehr belastet sind, wird erwartet, dass sie im Vergleich zur Normstichprobe eine höhere psychische Belastung aufweisen. Aber gerade aufgrund der veränderten und multiplen Entwicklungsaufgaben der Adoleszenz kann man davon ausgehen, dass auch die Jugendlichen aus der Normstichprobe belastet sind und eine negative psychische Befindlichkeit beobachtet werden kann.

In der Literatur herrscht grösstenteils noch Unklarheit darüber, wie die Bereiche des Körperkonzeptes mit anderen Variablen zusammenhängen. In einer weiteren Fragestellung geht es deshalb um die Herausarbeitung von Zusammenhängen zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und anderen relevanten Variablen. Da man davon ausgehen muss, dass die Zusammenhänge bei der Normstichprobe und bei den beiden Subtypen der klinischen Stichprobe (Anorektikerinnen und Bulimikerinnen) unterschiedlich beschaffen sein könnten, werden die Zusammenhänge in einem ersten Schritt getrennt untersucht und anschliessend miteinander verglichen.

**Hypothesen zu den Zusammenhängen zwischen verschiedenen Facetten des Körperkonzeptes und anderen Variablen bei der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe:**

*a)* *Zusammenhänge zwischen den Facetten des Körperkonzeptes:* Es gibt einen Zusammenhang zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Zufriedenheit mit der

körperlichen Erscheinung. Man darf erwarten, dass eine starke Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht negativ mit der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zusammenhängt. Dieser Zusammenhang kann in der klinischen, als auch in der Normstichprobe erwartet werden. Zudem kann man auch davon ausgehen, dass eine Negative körperliche Selbsteinschätzung positiv mit der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zusammenhängt.

b) *Zusammenhang zwischen den Facetten des Körperkonzepts und Facetten des Selbstwerts:* Es besteht ein klarer Zusammenhang zwischen den Bereichen des Körperkonzeptes und den Facetten des Selbstwertes in beiden Stichproben. Aufgrund der Literatur muss man davon ausgehen, dass eine negative Selbstbeurteilung und tiefe Selbstwirksamkeit auch eher mit einer negativen Ausprägung der Bereiche des Körperkonzeptes in Verbindung zu bringen ist (hohe negative körperliche Selbsteinschätzung, hohe Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und hohe Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht). Dieser Zusammenhang ist in der klinischen Stichprobe ausgeprägter als in der Normstichprobe. Man kann davon ausgehen, dass in der klinischen Stichprobe diese Zusammenhänge akzentuierter, da die Selbstbeurteilung essgestörter Klientinnen sehr stark durch ihr Körperkonzept beeinflusst wird.

c) *Zusammenhang zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und BMI:* Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und dem BMI und positive Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und dem BMI. Man kann davon ausgehen, dass eine Körperkonzeptstörung vom BMI abhängig ist, das heisst, bei einem tiefen BMI (bei den Anorektikerinnen) ist mit einer ausgeprägteren Störung der verschiedenen Bereiche des Körperkonzeptes zu rechnen. Die Annahme, dass die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung besser ist, wenn der BMI tiefer ist, wird in der Literatur immer wieder diskutiert und in diesem Zusammenhang vor allem die Annahme, dass ein hoher BMI ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung sein könnte.

d) *Zusammenhang zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und Alter:* Aufgrund den entwicklungspsychologischen Aspekten des Körperkonzeptes und den entwicklungspsychologischen Aufgaben in der Adoleszenz kann man davon ausgehen, dass die Facetten des Körperkonzeptes mit dem Alter etwas positiver sind.

e) *Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und Zügelung des Essens (Diätverhalten):* Man muss davon ausgehen, dass eine negative Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, eine hohe negative körperliche Selbsteinschätzung und eine hohe Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zu Diätverhalten führen kann, was in der Literatur durchgängig als Risikofaktor für den Beginn einer Essstörung betrachtet wird. Eine

negative Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung hängt sowohl in der klinischen als auch in der Normstichprobe mit einem ausgeprägteren Diätverhalten zusammen.

*f) Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und Einstellung zu Sport:*

- Es gibt einen positiven Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Sport und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung.
- In der klinischen Stichprobe könnte eine stark positive Einstellung zu Sport auf eine negative Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und eine negative körperliche Selbsteinschätzung hinweisen, weil sportliche Betätigungen mit dem Ziel der Gewichtsreduktion eingesetzt werden kann. Exzessives Sporttreiben kann somit als Hinweis für eine Essstörung angesehen werden. Man könnte also erwarten, dass der Zusammenhang in der klinischen Stichprobe im Vergleich zum Zusammenhang in der Normstichprobe umgekehrt aussieht und eine positive Einstellung zu Sport mit einer negativen Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zusammenhängen könnte.

*g) Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und negativer Wahrnehmung des Essens:*

- Es gibt einen negativen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und einer ausgeprägteren negativen Wahrnehmung des Essens und positive Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Negativen Wahrnehmung des Essens.
- Aufgrund des klinischen Erscheinungsbildes muss man gerade bei der klinischen Stichprobe von einem stärkeren Zusammenhang ausgehen. Man kann erwarten, dass das Essen von den essgestörten Klientinnen sehr negativ erlebt wird, da es vor allem bei den Bulimikerinnen auch mit einem enormen Kontrollverlust in Verbindung steht. Da die essgestörten Klientinnen ihr Körperkonzept vor allem durch das Gewicht definieren, das heisst durch die Zahl auf der Waage, gibt es einen stark negativen Zusammenhang zwischen den Bereichen des Körperkonzeptes und der negativen Wahrnehmung des Essens.

*h) Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzepte und Kontaktangst:*

- Zwischen der Kontaktangst und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung gibt es einen negativen Zusammenhang. Die Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Kontaktangst hingegen sind positiv.
- Der Zusammenhang ist in der klinischen Stichprobe stärker ausgeprägt als in der Normstichprobe, da dort von einer stärkeren Kontaktangst ausgegangen werden muss. Bei essgestörten Klientinnen führt eine negative Körperzufriedenheit, Negative körperliche Selbsteinschätzung und hohe Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht oft zu einem

sozialen Rückzug. Sie schämen sich für ihren Körper und haben Angst, sich so in der Öffentlichkeit zu präsentieren.

In der Literatur gibt es erst wenige und zum Teil widersprüchliche Erkenntnisse über Risikofaktoren für die Entstehung einer Körperkonzeptstörung. Anhand der Querschnittsdaten sollen deshalb mit Hilfe von multiplen linearen Regressionen Prädiktoren für verschiedene Bereiche des Körperkonzeptes herausgearbeitet und identifiziert werden. In der Literatur ist man sich einig, dass eine Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zu Diätverhalten und einer vermehrten Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht führen kann und dies den Beginn einer Essstörung sein kann.

**Hypothesen zu den Risikofaktoren für die Entstehung einer Körperkonzeptstörung:**
Aufgrund der Literatur kann man erwarten, dass ein sehr wichtiger Risikofaktoren für die Ausbildung einer Körperkonzeptstörung die Zügelung des Essverhaltens (Diätverhalten) ist und zwar bei den Jugendlichen der klinischen Stichprobe und den Jugendlichen der Normstichprobe gleichermassen.

Anhand einer kleinen männlichen Stichprobe werden zudem Vergleiche zwischen Männern und Frauen herausgearbeitet. In der Literatur finden sich wenige Studien zu Fragen im Zusammenhang mit dem Körperkonzept, die mit männlichen und weiblichen Jugendlichen durchgeführt wurden. Mit einer Pilotstudie wird deshalb das Ziel verfolgt, erste Erkenntnisse und Unterschiede bezüglich Körperkonzeptes von Männern und Frauen heraus zu arbeiten.

Übersicht über die Fragestellungen der vorliegenden Arbeit bezüglich Facetten des Körperkonzeptes und Selbstkonzeptes und anderen Variablen bei der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe.

| **Klinische Population**<br><br>**n = 48** | ⟷ | **Normalpopulation**<br>**(parallelisiert nach Alter und Ausbildungsniveau)**<br>**n = 307** |
|---|---|---|

***1. Vergleich zwischen klinischer Stichprobe (Anorektikerinnen und Bulimikerinnen) und Normstichprobe bezüglich:***

- **Facetten des Körperkonzeptes** (Negative körperliche Selbsteinschätzung, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht)
- **Facetten des Selbstwertes** (Negative und positive Selbstbeurteilung, Selbstwirksamkeit)
- **Anorektischer und bulimischer Symptomatik** (Zügelung des Essens, Einstellung zu Sport, negative Wahrnehmung des Essens)
- **Sozialen Kompetenzen und sozialer Integration** (Kontaktangst)
- **Zusätzlichen Faktoren** (Depressivität, negatives psychisches Befinden / Stimmung, Introversion / Extraversion, Alter und BMI)

***2. Vergleiche bezüglich Zusammenhängen bei der klinischen Stichprobe (Anorektikerinnen und Bulimikerinnen) und der Normstichprobe:***

*Zwischen Facetten des Körperkonzeptes (Negative körperliche Selbsteinschätzung, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht) und ...*

- **Facetten des Selbstwertes** (Negative und positive Selbstbeurteilung, Selbstwirksamkeit)
- **Anorektischer und bulimischer Symptomatik** (Zügelung des Essens, Einstellung zu Sport, Negative Wahrnehmung des Essens)
- **Sozialen Kompetenzen und sozialer Integration** (Kontaktangst)
- **Zusätzlichen Symptomen** (Depressivität, negatives psychisches Befinden / Stimmung, Alter, BMI )

***3. Risikofaktoren für die Entwicklung einer Körperkonzeptstörung:***

Abhängige Variabeln: Bereiche des Körperkonzeptes (Negative körperliche Selbsteinschätzung, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht) und Bereiche des Selbstkonzeptes (Positive und negative Selbstbeurteilung)
Unabhängige Variablen: Zügelung des Essens, Einstellung zu Sport, negative Wahrnehmung des Essens, Kontaktangst, Depressivität, negative und positive Selbstbeurteilung, negatives psychisches Befinden / Stimmung, Alter und BMI.

***Exkurs: Vergleich zwischen Männern und Frauen der Normstichprobe***

*Vergleich bezüglich:*

- **Facetten des Körperkonzeptes** (Negative körperliche Selbsteinschätzung, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht)
- **Facetten des Selbstwertes** (Negative und positive Selbstbeurteilung, Selbstwirksamkeit)
- **Anorektischer und bulimischer Symptomatik** (Zügelung des Essens, Einstellung zu Sport, Negative Wahrnehmung des Essens)
- **Sozialen Kompetenzen und sozialer Integration** (Kontaktangst)
- **Zusätzlichen Variablen** (Depressivität, negatives psychisches Befinden / Stimmung, Alter, BMI)

*Vergleich bezüglich Zusammenhängen zwischen Facetten des Körperkonzeptes (negative körperliche Selbsteinschätzung, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht) und ...*

- **Facetten des Selbstwert** (Negative und positive Selbstbeurteilung, Selbstwirksamkeit)
- **Anorektischer und bulimischer Symptomatik** (Zügelung des Essens, Einstellung zu Sport, Negative Wahrnehmung des Essens)
- **Sozialen Kompetenzen und sozialer Integration** (Kontaktangst)
- **Zusätzlichen Variablen** (Depressivität, Negatives psychisches Befinden / Stimmung, Alter, BMI)

Neben diesem Vergleich zwischen den klinischen Klientinnen und der Normstichprobe bezüglich verschiedenen Variablen, die im Zusammenhang mit einer Essstörung von Bedeutung sind, der Herausarbeitung der Zusammenhänge zwischen diesen Variablen bei einer Normstichprobe und den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe und der Identifizierung von Risikofaktoren für die Entstehung einer Körperkonzeptstörung besteht das zweite Ziel der Studie in der Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendlichen mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes in Liestal. Es geht um die Frage, ob die Symptomatik der Essstörung und damit verbundene Probleme durch eine milieutherapeutische Behandlung verändert werden können und mit welchen Veränderungen man im Rahmen der stationären Behandlung und in einem katamnestischen Zeitraum bis zwei Jahre nach Austritt rechnen kann. In der Psychotherapiestation wird ein integrativer therapeutischer Ansatz mit gestalterischen, verhaltenstherapeutischen und personzentrierten Methoden angewandt,

deshalb ist eine Therapieevaluation im engeren Sinn nicht möglich. Zudem besteht ein weiteres Problem in der schwierigen Datengenerierung über einen längeren Verlauf (Problem der Dropouts).

Die erste Fragestellung befasst sich mit den unterschiedlichen Formen der Essstörung, das heisst mit den Unterschieden zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen. In einem ersten Schritt geht es um die beschreibende Darstellung dieser Unterschiede in Bezug auf verschiedene Variablen (Selbstwert, Körpererfahrungen, ... und familiären und persönlichen Faktoren und Angaben zum Aufenthalt). Aufgrund der Literatur muss man von Unterschieden zwischen den beiden klinischen Gruppen ausgehen. Diese Unterschiede werden schon zu Beginn der Behandlung erwartet.

Die zweite Fragestellung bezieht sich auf die Veränderungen, die nach dem stationären Aufenthalt in der Psychotherapiestation erwartet und beobachtet werden können. Es geht in einem ersten Schritt um die Beschreibung der Unterschiede zwischen Eintritt und Austritt bei Anorektikerinnen und Bulimikerinnen.

**Hypothesen zu den Veränderungen, die nach dem stationären Aufenthalt erwartet werden können:**

- Im Verlauf des stationären Aufenthaltes zeigt sich eine Normalisierung des Gewichts (bei Anorektikerinnen Zunahme im Gewicht und bei Bulimikerinnen Stabilisierung) und eine Annäherung an die Werte der Kontrollpopulation.
- Am Ende des Aufenthaltes zeigen die Klientinnen eine bessere Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, eine weniger ausgeprägte negative körperliche Selbsteinschätzung und eine weniger starke Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht. Daneben erwartet man eine weniger negative Selbstbeurteilung und eine positivere Selbstbeurteilung.
- Die Symptome der Essstörung (anorektische und bulimische Symptomatik) haben sich am Ende der Behandlung deutlich verbessert.

In einem zweiten Schritt geht es um eine mögliche Annäherung der klinischen Stichprobe an die Normstichprobe. Es stellt sich die Frage, ob es zu einer Annäherung kommt und bei welchen Skalen dies der Fall ist und bei welchen nicht.
In einem dritten Schritt geht es dann um die Klärung der Frage, welche Verläufe als gut und welche als schlecht angesehen werden können (Qualität des Verlaufs). In Anlehnung an den Outcome Score von Morgan und Russell (1975) wird eine neue Klassifikation des Zustandes der essgestörten

Population entwickelt und vorgeschlagen, mit der auch die Symptomatik der Bulimikerinnen mehr Rechnung tragen kann.

Die dritte Fragestellung befasst sich mit der Frage nach Veränderungen, die auch nach der stationären Behandlung noch beobachtet werden (Auswertung der katamnestischen Daten). Die klinische Stichprobe wurde bis zwei Jahre nach Austritt noch mit demselben Evaluationsfragebogen befragt und es gilt nun, diese Daten auszuwerten. In einem ersten Schritt geht es um die Darstellung von verschiedenen Faktoren, die einen Einfluss auf den Verlauf haben könnte: Die erste Frage bezieht sich darauf, ob es zwischen Klientinnen, die zu allen sechs Erhebungszeitpunkten den Fragebogen ausgefüllt haben und solchen, die ein oder mehrere so genannte missings (fehlende Daten) haben, unterschiedliche Verläufe gibt. Eine zweite Frage geht der Vermutung nach, ob es zwischen Klientinnen, die nur einen Aufenthalt hatten und solchen, die mehrmals hospitalisiert waren, Unterschiede gibt. Und die dritte Fragestellung befasst sich mit den Unterschieden zwischen den Bulimikerinnen, die einen längeren (meist dreimonatigen) Aufenthalt hatten und denjenigen, die einen so genannten Brechentzug (zweiwöchigen Aufenthalt) hatten (Auswirkung der Art des Aufenthaltes). In einem zweiten Schritt geht es dann um die Analyse der Daten der Klientinnen, für die für alle Erhebungszeitpunkte (also auch bei den katamnestischen Zeitpunkten) Antworten vorhanden sind. Es werden die einzelnen Skalen für Bulimikerinnen und Anorektikerinnen getrennt untersucht und mögliche Verläufe diskutiert.

**Hypothesen zu den verschiedenen Verläufen der Essstörung bis zwei Jahre nach Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen:**

- Rückfälle (Gewichtsabnahme, erneutes Erbrechen / Heisshungerattacken) sind in den ersten zwölf Monaten nach Beendigung der stationären Behandlung am wahrscheinlichsten und nehmen im weiteren Verlauf kontinuierlich ab.
- Im Verlauf der Behandlung kommt es zu Veränderungen bezüglich des symptomatischen Verhaltens, welche im Katamnesezeitraum aufrechterhalten werden können. Die Frequenz der Heisshungerattacken und des Erbrechens nehmen ab.
- Die Bereiche des Körperkonzeptes, welches zu Beginn der Behandlung eher negativ ausgeprägt sind (das heisst, man könnte von einer Körperkonzeptstörung sprechen), werden sich während des Verlaufes deutlich verbessern.
- Man kann erwarten, dass auch das Selbstkonzept zu Beginn eher negativ ausgeprägt ist, das heisst, dass die Klientinnen vor allem negative Selbstbeurteilungen vornehmen. Durch die Verbesserung der Bereiche des Körperkonzeptes sollte es auch im Verlauf der Katamnese zu

einer Abnahme der negativen Selbstbeurteilungen und hoffentlich einer Zunahme der positiven Selbstbeurteilung kommen.

Übersicht über die Fragestellungen der Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen.

| |
|---|
| ***1. Beschreibung der Unterschiede zwischen den beiden klinischen Gruppen*** |
| Herausarbeitung der Unterschiede zwischen den Untergruppen (Anorektikerinnen und Bulimikerinnen) bei Eintritt. |
| ***2. Beobachtete und erwartete Veränderungen nach der stationären Behandlung in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen*** |
| - *Veränderungen zwischen Ein- und Austritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen*<br>- *Vergleich der Austrittsdaten der klinischen Stichprobe mit den Werten der Normstichprobe (kommt es zu einer Annäherung an die Normstichprobe?)*<br>- *Entwicklung eines neuen Klassifikationssystems für den Zustand einer essgestörten Klientin (zu jedem beliebigen Zeitpunkt) in Anlehnung an den General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975)* |
| ***3. Einfluss verschiedener Faktoren auf die Verläufe*** |
| - *Vollständigkeit der Daten zu den sechs Erhebungszeitpunkten (sog. Drop-Outs vs. vollständige Verläufe)*<br>- *Anzahl Aufenthalte in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen (ein vs. Mehrere Aufenthalte)*<br>- *Art des Aufenthaltes (zweiwöchiger Aufenthalt, so genannter Brechentzug vs. Längerer Aufenthalt, in der Regel drei Monate)* |
| ***4. Beschreibung und Auswertung der Verläufe der Klientinnen, die für alle sechs Erhebungszeitpunkte Daten haben*** |
| - *Beschreibung der Veränderungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten* |

# 2 Verwendete Methoden

In den nachfolgenden Ausführungen geht es um die Beschreibung der untersuchten Stichproben und die Darstellung der Messinstrumente. In einem ersten Unterkapitel wird die klinische Stichprobe detailliert in Bezug auf demographische und symptomatische Eigenschaften beschrieben und verglichen. Auch die weibliche, als auch die männliche Normstichprobe werden vorgestellt und beschrieben. Im zweiten Kapitel geht es dann um die Messinstrumente und deren statistische Überprüfung. Schlussendlich geht es in einem dritten Kapitel dann um statistische Anmerkungen, die das Verständnis der nachfolgenden Ergebnisse erleichtern sollten.

## 2.1 Beschreibung der Stichproben

### 2.1.1 Die klinische Stichprobe

Seit der Gründung der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen im Januar 1999 werden alle konsekutiv aufgenommenen Klientinnen mit einem speziell entwickelten Fragebogen (Paravicini & Hartmann, 2001) befragt. Die klinische Stichprobe der vorliegenden Studie umfasst 48 Klientinnen, die zwischen Januar 1999 und Januar 2003 hospitalisiert waren.

Die Klientinnen füllen den Fragebogen bei Eintritt (mit Rückblick auf die vergangenen vier Wochen), nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt aus. Katamnestisch werden die Klientinnen ein halbes Jahr nach Austritt, ein Jahr nach Austritt und zwei Jahre nach Austritt schriftlich zu einer erneuten Stellungsnahme gebeten (vgl. Tabelle 8).

**Tabelle 8: Messzeitpunkte für den Evaluationsfragebogen und die Fremdbeobachtung**

| Zeitpunkt der Messung | Bei Eintritt | Nach sechs Wochen Aufenthalt | Bei Austritt | Ein halbes Jahr nach Austritt | Ein Jahr nach Austritt | Zwei Jahre nach Austritt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Evaluationsfragebogen | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ | ✓ |
| Fremdbeobachtung (durch Betreuungsteam) | | ✓ | ✓ | | | |

Einige Klientinnen wurden mehrmals hospitalisiert und bei ihnen wurde jeweils nur ihr erster Aufenthalt berücksichtigt. Diese mehrmaligen Aufenthalte sind teilweise durch das Angebot der Psychotherapiestation erklärbar: Klientinnen, die sich nicht für einen längeren Aufenthalt entschliessen können, haben die Möglichkeit, einen zweiwöchigen „Brechentzug“ zu machen.

Einige Klientinnen gehen nach diesem zweiwöchigen Brechentzug wieder nach Hause, melden sich aber später zu einem längeren Aufenthalt an. Andere Klientinnen hingegen verlängern direkt nach dem zweiwöchigen Brechentzug ihren Aufenthalt (meist für drei Monate).

Für die ersten drei Messzeitpunkte liegen für die Mehrheit der Klientinnen die Daten vor. Die Erhebungen zu den Katamnesezeitpunkten erwiesen sich hingegen als schwieriger, da einige Jugendliche die Mitarbeit verweigerten. Die Gründe, die sie angaben, waren teilweise auch nachvollziehbar: Einige hatten keine Zeit und Lust und andere wiederum wollten nicht an ihre Krankheit erinnert werden. Das Problem des Rücklaufs, vor allem auch bei postalischen Befragung, ist in der Literatur bekannt und Herzog, Rathner und Vandereycken (1992) gehen davon aus, dass nur ein Drittel der angeschriebenen Personen Antwort gibt und Brisch und Kächele (1999) gehen von vergleichbaren Drop-Out Raten von 40-60 % aus. In der vorliegenden Studie ist der Rücklauf der Katamnese erst nach zwei Jahren relativ tief. Die effektiven Zahlen für den Rücklauf sind in den nachfolgenden Tabellen aufgeführt (vgl. Tabelle 9 - 10).

**Tabelle 9: Rücklauf und Dropout-Rate bei der Fragebogenerhebung in der klinischen Population**

| | Eintritt | Nach sechs Wochen | Austritt | ½ Jahr nach Austritt | 1 Jahr nach Austritt | 2 Jahre nach Austritt |
|---|---|---|---|---|---|---|
| **Rücklauf effektiv** | 100 % (n=48) | 54.17 % (n=26) | 68.75 % (n=33) | 43.75 % (n=21) | 41.67 % (n=20) | 27.08 % (n=13) |
| **Drop-out-Rate** | 0 % (n=0) | 45.83 % (n=22) | 31.25 % (n=15) | 56.25 % (n=27) | 58.33 % (n=28) | 72.92 % (n=35) |
| • *Brechentzug* | | *29.17 % (n=14)* | | | | |
| • *Abbruch, Spital, Klinik* | | *6.25 % (n=3)* | *14.58 % (n=7)* | *14.58 % (n=7)* | *12.50 % (n=6)* | *14.58 % (n=7)* |
| • *Wiedereintritt* | | | | *10.42 % (n=5)* | *27.08 % (n=13)* | *20.83 (n=10)* |
| • *Tatsächliche Verweigerinnen* | | *10.42 % (n=5)* | *16.67 % (n=8)* | *31.25 % (n=15)* | *43.75 % (n=21)* | *37.50 (n=18)* |

In verschiedenen Studien werden solche fehlenden Daten durch die zuletzt erhobenen Daten ersetzt. In der vorliegenden Arbeit wurde bewusst darauf verzichtet, weil man nicht davon ausgehen kann, dass es bei den Klientinnen, die die Befragung verweigert haben, zu *keiner* Verschlechterung der Symptomatik gekommen ist. Man muss eher im Gegenteil davon ausgehen, dass Verweigerungen in einem Zusammenhang mit der Verschlechterung der Essstörungssymptomatik gesehen werden können (Barkmann, Marutt, Forouher & Schulte-Markwort, 2003). Durch die Ersetzung der fehlenden Daten würde man das Ergebnis der Untersuchung insofern manipulieren, dass man eine bessere Chance hätte, Erfolge der Therapie aufzuzeigen. Aber auch die Auswertung der vorhandenen Daten ist insofern ein bisschen irreführend, weil es sich dabei eher um „erfolgreiche" Klientinnen handelt und es so auch zu einer Verzerrung der Ergebnisse kommen kann.

**Tabelle 10: Übersicht über die Fragebogenerhebung (Rücklauf der Fragebogen)**

| Eintritt | Nach sechs Wochen | Austritt | ½ Jahr nach Austritt | 1 Jahr nach Austritt | 2 Jahre nach Austritt |
|---|---|---|---|---|---|
| **(Originale Stichprobe)**<br>N = 48 (100 %)<br><br>N = 18 Anorektikerinnen<br><br>N = 30 Bulimikerinnen | **Dropouts (Missing)**<br>N = 22 (45.83 %)<br><br>N = 7 Anorektikerinnen (14.58 %)<br>N = 15 Bulimikerinnen (31.25 %) | **Dropouts (Missings)**<br>N = 11 (22.92 %)<br><br>N = 4 Anorektikerinnen (8.33 %)<br>N = 7 Bulimikerinnen (14.58 %) | **Dropouts (Missings)**<br>N = 9 (18.75 %)<br><br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %)<br>N = 7 Bulimikerinnen (14.58 %) | **Dropouts (Missings)**<br>N = 8 (16.67 %)<br><br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %)<br>N = 6 Bulimikerinnen (12.5 %) | **Dropouts (Missings)**<br>N = 8 (16.67 %)<br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %)<br>N = 6 Bulimikerinnen (12.5 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 1 (2.08 %)<br><br>N = 1 Bulimikerin (2.08 %) | **Dropouts (Missings)**<br>N = 1 (2.08 %)<br>N = 1 Bulimikerin (2.08 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 2 (4.17 %)<br><br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %) | **Dropouts (Missings)**<br>N = 1 (2.08 %)<br><br>N = 1 Anorektikerin (2.08 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 1 (2.08 %)<br>N = 1 Anorektikerin (2.08 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 1 (2.08 %)<br><br>N = 1 Anorektikerin (2.08 %) | **Drop-outs (Missings)** |
| | | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 1 (2.08 %)<br>N = 1 Anorektikerin (2.08 %) |
| | | **Valide Fragebogen**<br>N = 11 (22.92 %)<br><br>N = 3 Anorektikerinnen (6.25 %)<br>N = 8 Bulimikerinnen (16.67 %) | **Dropouts (Missings)**<br>N = 3 (6.25 %)<br><br>N = 3 Bulimikerinnen (6.25 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 2 (4.17 %)<br><br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 2 (4.17 %)<br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 1 (2.08 %)<br><br>N = 1 Bulimikerin (2.08 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 1 (2.08 %)<br>N = 1 Bulimikerin (2.08 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 8 (16.67 %)<br><br>N = 3 Anorektikerinnen (6.25 %)<br>N = 5 Bulimikerinnen (10.42 %) | **Dropouts (Missings)**<br>N = 3 (6.25 %)<br><br>N = 3 Bulimikerinnen (6.25 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 3 (6.25 %)<br>N = 3 Bulimikerinnen (6.25 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 5 (10.42 %)<br><br>N = 3 Anorektikerinnen (6.25 %)<br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 4 (8.33 %)<br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %)<br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 1 (2.08 %)<br>N = 1 Anorektikerin (2.08 %) |
| | **Valide Fragebogen**<br>N = 26 (54.17 %)<br><br>N = 11 Anorektikerinnen (22.92 %)<br>N = 15 Bulimikerinnen (31.25 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 4 (8.33 %)<br><br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %)<br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 4 (8.33 %)<br><br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %)<br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) | Dropouts (Missings)<br>N = 4 (8.33 %)<br><br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %)<br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 4 (8.33 %)<br><br>N = 2 Anorektikerinnen (4.17 %)<br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | | **Valide Fragebogen** | **Drop-outs (Missings)** |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | **Valide Fragebogen** | **Drop-outs (Missings)** | **Drop-outs (Missings)** |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | | **Valide Fragebogen** | **Drop-outs (Missings)** |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | **Valide Fragebogen**<br>N = 22 (45.83 %)<br><br>N = 9 Anorektikerinnen (18.75 %)<br>N = 13 Bulimikerinnen (27.08 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 11 (22.92 %)<br><br>N = 5 Anorektikerinnen (10.42 %)<br>N = 6 Bulimikerinnen (12.50 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 8 (16.67 %)<br><br>N = 4 Anorektikerinnen (8.33 %)<br>N = 4 Bulimikerinnen (8.33 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 8 (16.67 %)<br><br>N = 4 Anorektikerinnen (8.33 %)<br>N = 4 Bulimikerinnen (8.33 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 3 (6.25 %)<br><br>N = 1 Anorektikerin (2.08 %)<br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 1 (2.08 %)<br><br>N = 1 Anorektikerin (2.08 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 2 (4.17 %)<br><br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) |
| | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 11 (22.92 %)<br><br>N = 4 Anorektikerinnen (8.33 %)<br>N = 7 Bulimikerinnen (14.58 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 2 (4.17 %)<br><br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) | **Drop-outs (Missings)**<br>N = 2 (4.17 %)<br><br>N = 2 Bulimikerinnen (4.17 %) |
| | | | | | **Valide Fragebogen** |
| | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 9 (18.75 %)<br><br>N = 4 Anorektikerinnen (8.33 %)<br>N = 5 Bulimikerinnen (10.42 %) | **Drop-outs (Missings)** |
| | | | | | **Valide Fragebogen**<br>N = 9 (18.75 %)<br><br>N = 4 Anorektikerinnen (8.33 %)<br>N = 5 Bulimikerinnen (10.42 %) |

#### 2.1.1.1 Demographische und symptomatische Eigenschaften der klinischen Stichprobe

Die klinische Stichprobe umfasst 48 Klientinnen, wobei bei 27 Klientinnen die Diagnose einer Bulimia nervosa (F 50.2 nach ICD-10 und 307.51 nach DSM-IV; 56.2 %), bei drei Klientinnen die Diagnose einer Atypischen Bulimia nervosa (F 50.3 nach ICD-10 und 307.51 nach DSM-IV; 6.2 %), bei 15 Klientinnen die Diagnose einer Anorexia nervosa (F 50.0 nach ICD-10 und 307.1 nach DSM-IV; 31.2 %) und bei drei Klientinnen die Diagnose einer atypischen Anorexia nervosa (F 50.1 nach ICD-10; 6.2 %) gestellt wurde. Für die weiteren Berechnungen wird zwischen den Anorektikerinnen (und atypischen Anorektikerinnen; n = 18, 37.5 %) und Bulimikerinnen (und atypischen Bulimikerinnen; n = 30, 62.5 %) unterschieden.

Anhand der Krankengeschichten der Klientinnen wurden retrospektiv verschiedene soziodemographische Angaben, Angaben zum stationären Aufenthalt, Angaben zur persönlichen Anamnese, Angaben zur Familienanamnese und Daten zum Krankheitsverlauf erhoben. Diese Faktoren werden im Zusammenhang mit Essstörungen in verschiedenen Untersuchungen (Gerlinghoff, Backmund & Franzen, 1998; Paul, Jacobi, Thiel, & Meermann, 1991) diskutiert und es ist deshalb von Interesse, wie sich diese Bereiche in einer klinischen Stichprobe präsentieren.

In den folgenden Ausführungen werden die Häufigkeitsverteilungen und Vergleiche zwischen Bulimikerinnen und Anorektikerinnen dargestellt und diskutiert (vgl. Tabelle 11). Dabei handelt es sich um eine ausführliche Darstellung und Beschreibung der klinischen Stichprobe und deshalb werden diese Ergebnisse bereits im Methodenteil vorgestellt und nicht erst bei den Ergebnissen.

**Tabelle 11: Übersicht über die demographischen und symptomatischen Eigenschaften der klinischen Stichprobe**

| | Anorexia Nervosa und Atypische Anorexia Nervosa<br>n = 18 | Chi-Quadrat nach Pearson | Freiheits-grade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) | Bulimia Nervosa und atypische Bulimia Nervosa<br>n = 30 | Chi-Quadrat nach Pearson | Freiheits-grade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) | Gesamt-stichprobe<br>n = 48 | Chi-Quadrat nach Pearson (Kreuztabelle für Essstörung und demographische Angabe) | Freiheits-grade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Soziodemographische Angaben** | | | | | | | | | | | | |
| Geburtsmonat | | | | | | | | | | | | |
| • Wintermonate (Oktober bis März) | 9 (50.0 %) | .000 | 1 | 1.000 | 10 (33.3 %) | 3.333 | 1 | .068 | 19 (39.6 %) | 1.307 | 1 | .253 |
| • Sommermonate (April bis September) | 9 (50.0 %) | | | | 20 (66.7 %) | | | | 29 (60.4 %) | | | |
| Alter bei stationärer Aufnahme | X = 215.4, sd = 55.1 | | | | X = 217.4, sd =25.1 | | | | X = 216.7, sd = 38.5 | | | |
| • Minderjährig (bis 17;11 Jahre) | 12 (66.7 %) | 2.000 | 1 | .157 | 16 (53.3 %) | .133 | 1 | .715 | 28 (58.3 %) | .823 | 1 | .364 |
| • Volljährig (ab 18;0 Jahre) | 6 (33.3 %) | | | | 14 (46.7 %) | | | | 20 (41.7 %) | | | |
| Familienstand | | | | | | | | | | | | |
| • Ledig | 18 (100.0 %) | .000 | 1 | 1.000 | 30 (100.0 %) | .000 | 1 | 1.000 | 48 (100.0 %) | .000 | 1 | 1.000 |
| Schulische oder berufliche Situation | | | | | | | | | | | | |
| • obligatorische Schulzeit | 3 (16.7 %) | 8.000 | 1 | .005** | 9 (30.0 %) | 4.800 | 1 | .028* | 12 (25.0 %) | 1.067 | 1 | .493 [a] |
| • weiterführende Schulen | 15 (83.3 %) | | | | 21 (70.0 %) | | | | 36 (75.0 %) | | | |
| Lebenssituation vor Eintritt | | | | | | | | | | | | |
| • in Herkunftsfamilie | 17 (94.4 %) | 14.222 | 1 | .000*** | 16 (53.3 %) | .133 | 1 | .715 | 33 (68.8 %) | 8.850 | 1 | .003** |
| • in Institution, bei Pflegeeltern | 1 (6.7 %) | | | | 14 (46.7 %) | | | | 15 (31.3 %) | | | |
| **Angaben zum stationären Aufenthalt** | | | | | | | | | | | | |
| Länge des stationären Aufenthaltes | X = 135.8, sd = 140.2 | | | | X = 91.37, sd = 91.7 | | | | X = 108.0, sd = 113.0 | | | |
| • bis 14 Tage (Brechentzug) | 7 (38.9 %) | .889 | 1 | .346 | 7 (23.3 %) | 8.533 | 1 | .003** | 14 (29.2 %) | 1.318 | 1 | .251 |
| • Längerer Aufenthalt | 11 (61.1 %) | | | | 23 (76.7 %) | | | | 34 (70.8 %) | | | |
| Anzahl stationäre Aufenthalte in der Psychotherapiestation | | | | | | | | | | | | |
| • Ein stationärer Aufenthalt | 15 (83.3 %) | 8.000 | 1 | .005** | 18 (60.0 %) | 1.200 | 1 | .273 | 33 (68.8 %) | 2.851 | 1 | .091 |
| • Mehrere stationäre Aufenthalte | 3 (16.7 %) | | | | 12 (40.0 %) | | | | 15 (31.3 %) | | | |
| Hauptdiagnose | | | | | | | | | | | | |
| • Anorexia nervosa | | | | | | | | | 18 (37.5 %) | 3.000 | 1 | .083 |
| • Bulimia nervosa | | | | | | | | | 30 (62.5 %) | | | |
| Nebendiagnose | | | | | | | | | | | | |
| • Nebendiagnose vorhanden | 4 (22.2 %) | 5.556 | 1 | .018* | 10 (33.3 %) | 3.333 | 1 | .068 | 14 (29.2 %) | .672 | 1 | .412 |
| • Keine Nebendiagnose | 14 (77.8 %) | | | | 20 (66.7 %) | | | | 34 (70.8 %) | | | |
| Lebenssituation nach Austritt | | | | | | | | | | | | |
| • In Herkunftsfamilie | 16 (88.9 %) | 10.889 | 1 | .001*** | 14 (46.7 %) | .133 | 1 | .715 | 30 (62.5 %) | 8.557 | 1 | .003** |
| • In Institution, bei Pflegeeltern | 2 (11.1 %) | | | | 16 (53.3 %) | | | | 18 (37.5 %) | | | |
| **Persönliche Anamnese** | | | | | | | | | | | | |
| Nationalität | | | | | | | | | | | | |
| • Schweizerin | 13 (72.2 %) | 3.556 | 1 | .059 | 25 (83.3 %) | 13.333 | 1 | .000*** | 38 (79.2 %) | .842 | 1 | .468 [a] |
| • Ausländerin | 5 (27.8 %) | | | | 5 (16.7 %) | | | | 10 (20.8 %) | | | |
| Substanzenmissbrauch | | | | | | | | | | | | |
| • Substanzenmissbrauch bekannt | 3 (16.7 %) | 8.000 | 1 | .005** | 4 (13.3 %) | 16.133 | 1 | .000*** | 7 (14.6 %) | .100 | 1 | 1.000 [a] |
| • Kein bekannter Substanzenmissbrauch | 15 (83.3 %) | | | | 26 (86.7 %) | | | | 41 (85.4 %) | | | |
| Missbrauch in Anamnese | | | | | | | | | | | | |
| • Physischer / psychischer Missbrauch | 4 (22.2 %) | 5.556 | 1 | .018* | 6 (20.0 %) | 10.800 | 1 | .001*** | 10 (20.8 %) | .034 | 1 | 1.000 [a] |
| • Kein physischer / psychischer Missbrauch | 14 (77.8 %) | | | | 24 (80.0 %) | | | | 38 (79.2 %) | | | |

[a] da für mehr als 20 % der Zellen die erwartete Häufigkeit kleiner fünf ist, wird der exakte Test nach Fisher berechnet.
*** p < .001, ** p < .01, * p < .05

**Fortsetzung der Tabelle 11: Übersicht über die demographischen und symptomatischen Eigenschaften der klinischen Stichprobe**

| | Anorexia Nervosa und Atypische Anorexia Nervosa<br>n = 18 | Chi-Quadrat nach Pearson | Freiheits-grade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) | Bulimia Nervosa und atypische Bulimia Nervosa<br>n = 30 | Chi-Quadrat nach Pearson | Freiheits-grade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) | Gesamt-stichprobe<br>n = 48 | Chi-Quadrat nach Pearson (Kreuztabelle für Essstörung und demographische Angabe) | Freiheits-grade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Familienanamnese** | | | | | | | | | | | | |
| Nationalität des Kindsvater | | | | | | | | | | | | |
| • Schweizer | 13 (72.2 %) | 3.556 | 1 | .059 | 23 (76.7 %) | 8.533 | 1 | .003** | 36 (75.0 %) | .119 | 1 | .743 [a] |
| • Ausländer | 5 (27.8 %) | | | | 7 (23.3 %) | | | | 12 (25.0 %) | | | |
| Erkrankung des Kindsvater | | | | | | | | | | | | |
| • Bekannte Erkrankung | 5 (27.8 %) | 3.556 | 1 | .059 | 10 (33.3 %) | 3.333 | 1 | .068 | 15 (31.3 %) | .162 | 1 | .688 |
| • Keine bekannte Erkrankung | 13 (72.2 %) | | | | 20 (66.7 %) | | | | 33 (68.7 %) | | | |
| Nationalität der Kindsmutter | | | | | | | | | | | | |
| • Schweizerin | 13 (72.2 %) | 3.556 | 1 | .059 | 22 (73.3 %) | 6.533 | 1 | .011* | 35 (72.9 %) | .007 | 1 | 1.000 [a] |
| • Ausländerin | 5 (27.8 %) | | | | 8 (26.7 %) | | | | 13 (27.1 %) | | | |
| Erkrankung der Kindsmutter | | | | | | | | | | | | |
| • Bekannte Erkrankung | 6 (33.3 %) | 2.000 | 1 | .157 | 9 (30.0 %) | 4.800 | 1 | .028* | 15 (31.3 %) | .058 | 1 | .809 |
| • Keine bekannte Erkrankung | 12 (66.7 %) | | | | 21 (70.0 %) | | | | 33 (68.7 %) | | | |
| Trennung / Scheidung der Kindseltern | | | | | | | | | | | | |
| • Kindseltern sind getrennt / geschieden | 4 (22.2 %) | 5.556 | 1 | .018* | 9 (30.0 %9 | 4.800 | 1 | .028* | 13 (27.1 %) | .345 | 1 | .740 [a] |
| • Kindseltern sind nicht getrennt / geschieden | 14 (77.8 %) | | | | 21 (70.0 %) | | | | 35 (72.9 %) | | | |
| Anzahl Geschwister | | | | | | | | | | | | |
| • Einzelkind | 5 (27.8 %) | 3.556 | 1 | .059 | 4 (13.3 %) | 16.133 | 1 | .000*** | 9 (18.8 %) | 1.541 | 1 | .265 [a] |
| • Mindestens ein Geschwister | 13 (72.2 %) | | | | 26 (86.7 %) | | | | 39 (81.3 %) | | | |
| Gleichgeschlechtliche Geschwister | | | | | | | | | | | | |
| • Keine gleichgeschlechtliche Geschwister | 8 (44.4 %) | .222 | 1 | .637 | 5 (16.7 %) | 13.333 | 1 | .000*** | 13 (27.1 %) | 4.396 | 1 | .049 [a] * |
| • Mindestens ein gleichgeschlechtliches Geschwister | 10 (55.6 %) | | | | 25 (83.3 %) | | | | 35 (72.9 %) | | | |
| Erkrankung der Geschwister | | | | | | | | | | | | |
| • Bekannte Erkrankung der Geschwister | 2 (11.1 %) | 10.889 | 1 | .001*** | 5 (16.7 %) | 13.333 | 1 | .000*** | 7 (14.6 %) | .279 | 1 | .696 [a] |
| • Keine bekannte Erkrankung der Geschwister | 16 (88.9 %) | | | | 25 (83.3 %) | | | | 41 (85.4 %) | | | |
| **Krankheitsverlauf** | | | | | | | | | | | | |
| Alter bei Krankheitsbeginn | X = 14.61 | Sd = 1.614 | | | X = 14.27 | Sd = 1.818 | | | X = 14.40 | Sd = 1.735 | | |
| • 10-14 Jahre | 6 (33.3 %) | 2.000 | 1 | .157 | 7 (23.3 %) | 8.533 | 1 | .003** | 13 (27.1 %) | .570 | 1 | .513 [a] |
| • ab 14 Jahre | 12 (66.7 %) | | | | 23 (76.7 %) | | | | 35 (72.9 %) | | | |
| Heisshungeranfälle | | | | | | | | | | | | |
| • keine Heisshungeranfälle | 6 (33.3 %) | 2.000 | 1 | .157 | 9 (30.0 %) | 4.800 | 1 | .028* | 15 (31.3 %) | .058 | 1 | .809 |
| • Heisshungeranfälle bekannt | 12 (66.7 %) | | | | 21 (70.0 %) | | | | 33 (68.8 %) | | | |
| Erbrechen | | | | | | | | | | | | |
| • kein Erbrechen | 5 (27.8 %) | 3.556 | 1 | .059 | 11 (36.7 %) | 2.133 | 1 | .144 | 16 (33.3 %) | .400 | 1 | .527 |
| • Erbrechen | 13 (72.2 %) | | | | 19 (63.3 %) | | | | 32 (66.7 %) | | | |
| Krankheitsdauer bis stationäre Behandlung | X = 1.94 | Sd = .85 | | | X = 2.29 | Sd = .71 | | | X = 2.16 | Sd = .78 | | |
| • Bis ein Jahr | 7 (38.9 %) | .333 | 2 | .846 | 7 (23.3 %) | 1.400 | 2 | .497 | 14 (29.2 %) | 1.443 | 2 | .486 |
| • Bis 3;11 Jahre | 5 (27.8 %) | | | | 12 (40.0 %) | | | | 17 (35.4 %) | | | |
| • Ab 4;0 Jahre (Chronifizierung) | 6 (33.3 %) | | | | 11 (36.7 %) | | | | 17 (35.4 %) | | | |

[a] da für mehr als 20 % der Zellen die erwartete Häufigkeit kleiner fünf ist, wird der exakte Test nach Fisher berechnet.
*** p < .001, ** p< .01, * p < .05

**Fortsetzung der Tabelle 11: Übersicht über die demographischen und symptomatischen Eigenschaften der klinischen Stichprobe**

| | Anorexia Nervosa und Atypische Anorexia Nervosa<br>n = 18 | Chi-Quadrat nach Pearson | Freiheitsgrade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) | Bulimia Nervosa und atypische Bulimia Nervosa<br>n = 30 | Chi-Quadrat nach Pearson | Freiheits-grade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) | Gesamt-stichprobe<br>n = 48 | Chi-Quadrat nach Pearson (Kreuztabelle für Essstörung und demographische Angabe) | Freiheitsgrade (df) | Asymptotische Signifikanz (p) (zweiseitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Selbstverletzungen | | | | | | | | | | | | |
| • Selbstverletzungen | 3 (16.7 %) | 8.000 | 1 | .005** | 6 (20.0 %) | 10.800 | 1 | .001*** | 9 (18.8 %) | .082 | 1 | 1.000 [a] |
| • Keine Selbstverletzungen | 15 (83.3 %) | | | | 24 (80.0 %) | | | | 39 (81.3 %) | | | |
| Suizidversuche | | | | | | | | | | | | |
| • Keine Suizidversuche | 18 (100.0 %) | .000 | 1 | 1.000 | 26 (86.7 %) | 16.133 | 1 | .000*** | 44 (91.7 %) | 2.618 | 1 | .282 [a] |
| • Suizidversuche | 0 (0 %) | | | | 4 (13.3 %) | | | | 4 (8.3 %) | | | |
| Übergänge zwischen Anorexie und Bulimie | | | | | | | | | | | | |
| • Anorexie zu Bulimie | 6 (33.3 %) | 8.333 | 2 | .016* | 13 (43.3 %) | 12.600 | 2 | .002** | 19 (39.6 %) | .539 | 2 | .764 [a] |
| • Bulimie zu Anorexie | 1 (5.6 %) | | | | 1 (3.3 %) | | | | 2 (4.2 %) | | | |
| • Keine bekannten Übergänge | 11 (61.1 %) | | | | 16 (53.3 %) | | | | 27 (56.3 %) | | | |
| BMI bei Eintritt | X = 17.3 | Sd = 2.4 | | | X = 19.9 | Sd = 2.4 | | | X = 18.9 | Sd = 2.7 | | |
| • < BMI 17.5 | 12 (66.7 %) | 2.000 | 1 | .157 | 3 (10.0 %) | 19.200 | 1 | .000*** | 15 (31.3 %) | 16.815 | 1 | .000*** |
| • > BMI 17.5 | 6 (33.3 %) | | | | 27 (90.0 %) | | | | 33 (68.8 %) | | | |
| BMI bei Austritt | X = 18.1 | Sd = 2.1 | | | X = 19.6 | Sd = 2.0 | | | X = 19.0 | Sd = 2.1 | | |
| • < BMI 17.5 | 5 (27.8 %) | 3.556 | 1 | .059 | 3 (10.0 %) | 19.200 | 1 | .000*** | 8 (16.7 %) | 2.560 | 1 | .132 [a] |
| • > BMI 17.5 | 13 (72.2 %) | | | | 27 (90.0 %)( | | | | 40 (83.3 %) | | | |
| Behandlung vor stationärer Behandlung | | | | | | | | | | | | |
| • Keine Therapie / Behandlung | 1 (5.6 %) | 14.222 | 1 | .000*** | 1 (3.3 %) | 26.133 | 1 | .000*** | 2 (4.2 %) | .139 | 1 | 1.000 [a] |
| • Stationäre oder ambulante Therapie | 17 (94.4 %) | | | | 29 (96.7 %) | | | | 46 (95.8 %) | | | |
| Behandlung nach stationärer Behandlung | | | | | | | | | | | | |
| • Keine Therapie / Behandlung | 2 (11.1 %) | 10.889 | 1 | .001*** | 4 (13.3 %) | 16.133 | 1 | .000*** | 6 (12.5 %) | .051 | 1 | 1.000 [a] |
| • Andere stationäre oder ambulante Therapie | 16 (88.9 %) | | | | 26 (86.7 %) | | | | 42 (87.5 %) | | | |
| Gewichtskonzept nach stationärer Behandlung | | | | | | | | | | | | |
| • Weiterführendes Gewichtskonzept | 16 (88.9 %) | 10.889 | 1 | .001*** | 26 (86.7 %) | 16.133 | 1 | .000*** | 42 (87.5 %) | .051 | 1 | 1.000 [a] |
| • Kein weiterführendes Gewichtskonzept | 2 (11.1 %) | | | | 4 (13.3 %) | | | | 6 (12.5 %) | | | |
| Medikamente bei Austritt | | | | | | | | | | | | |
| • Medikamente bei Austritt | 8 (44.4 %) | .222 | 1 | .637 | 15 (50.0 %) | .000 | 1 | 1.000 | 23 (47.9 %) | .139 | 1 | .709 |
| • Keine Medikamente bei Austritt | 10 (55.6 %) | | | | 15 (50.0 %) | | | | 25 (52.1 %) | | | |

[a] da für mehr als 20 % der Zellen die erwartete Häufigkeit kleiner fünf ist, wird der exakte Test nach Fisher berechnet.
*** p < .001, ** p < .01, * p < .05

*a) Soziodemographische Angaben*

In der klinischen Stichprobe (n = 48) gibt es bezüglich des **Geburtsmonates** keine signifikanten Häufigkeitsunterschiede. Etwas mehr Klientinnen wurden in den Sommermonaten (April bis September, 60.4 %) geboren, als in den Wintermonaten (Oktober bis März; 39.6 %). Die häufig diskutierte Hypothese, dass es einen Zusammenhang zwischen der Essstörung und dem Geburtsmonat gibt, kann anhand den Daten der klinischen Population nicht bestätigt werden. Bei den Anorektikerinnen wurden genau die Hälfte der Klientinnen in den Sommermonaten und die andere Hälfte in den Wintermonaten geboren. Bei den Bulimikerinnen wurden zwei Drittel in den Sommermonaten geboren (66.7 %) und ein Drittel in den Wintermonaten (33.3 %). Dieses Ergebnis steht in Übereinstimmung mit der Studie von Munn und Klump (2003), die in ihrer nichtklinischen Population von 155 Frauen kein Zusammenhang zwischen dem Geburtsmonat und der Essproblematik finden konnten. Zum gleichen Ergebnis kamen Morgan und Lacey (2000) in einer Studie mit 935 Klientinnen. Das **Alters bei Eintritt** in die Psychotherapiestation liegt im Durchschnitt bei 18 Jahren, wobei die Bulimikerinnen geringfügig älter sind als die Anorektikerinnen. Es gibt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen keinen signifikanten Unterschied zwischen den minderjährigen und volljährigen Jugendlichen (> 18;0 Jahre), die aufgenommen wurden. Bezüglich des **Familienstandes** zeigt sich in der klinischen Population ein einheitliches Bild: Alle Klientinnen sind ledig (100.0 %). Dies ist natürlich durch das jugendliche Alter der Klientinnen bedingt und die Aufnahmebedingungen der Psychotherapiestation. Bezüglich der **schulischen oder beruflichen Situation** der Klientinnen gibt es in der gesamten klinischen Stichprobe keinen signifikanten Unterschied zwischen denjenigen, die die obligatorische Schulzeit absolvieren (25.0 %) und denjenigen, die eine weiterführende Schule besuchen (75.0 %). Sowohl bei den Anorektikerinnen, als auch bei den Bulimikerinnen besuchen signifikant mehr Klientinnen eine weiterführende Schule (bei den Anorektikerinnen: 83.3 %; $\chi^2 = 8.000$, df = 1, p = .005** und bei den Bulimikerinnen: 79 %; $\chi^2 = 4.800$, df = 1, p = .028*). Bezüglich der **Lebenssituation vor Eintritt** gibt es einen signifikanten Häufigkeitsunterschied: Signifikant mehr Klientinnen der klinischen Stichprobe leben vor ihrem stationären Eintritt in ihrer Herkunftsfamilie (68.8 %; $\chi^2 = 8.850$, df = 1, p = .003**), als in einer Institution oder Pflegefamilie (31.3 %). Die Anorektikerinnen leben signifikant häufiger zu Hause als in einer Institution (94.4 %; $\chi^2 = 14.222$, df = 1, p < .001***). Dieses Ergebnis erstaunt nicht weiter, da die Anorektikerinnen auch eher jünger als die Bulimikerinnen sind und es somit nachvollziehbar ist, dass sie noch zu Hause leben. Zudem wird in der Literatur auch immer wieder auf die symbiotische Mutter-Kind-Beziehung hingewiesen, die eine Ablösung erschweren kann (Horesch et al., 1996).

*b) Angaben zum stationären Aufenthalt*

Die **Länge des stationären Aufenthaltes** liegt im Durchschnitt bei 108 Tage (ca. drei Monate). In der klinischen Stichprobe gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen denjenigen, die bis 14 Tage („Brechentzug“) hospitalisiert sind (29.2 %) und denjenigen, die einen längeren Aufenthalt machen (70.8 %). Die Anorektikerinnen sind durchschnittlich länger hospitalisiert (135.8 Tage, ca. 4.5 Monate) als die Bulimikerinnen (91.3 Tage, ca. 3 Monate). Die Bulimikerinnen sind signifikant häufiger länger als zwei Wochen in der Psychotherapiestation als nur zwei Wochen (76.7 %; $\chi^2$ = 8.533, df = 1, p = .003**). Das bedeutet, dass einige Bulimikerinnen zwar das Angebot des zweiwöchigen Brechentzuges nutzen, sich aber signifikant mehr für einen längeren Aufenthalt entscheiden. Bei den Anorektikerinnen ist der Anteil der Klientinnen, die nur zwei Wochen hospitalisiert sind auf diejenigen zurückzuführen, die den Aufenthalt abbrechen (zum Beispiel, weil sie ihr Gewicht nicht halten können und zurück ins Spital verlegt werden müssen). Bezüglich der **Anzahl stationäre Aufenthalte** zeigt sich kein Unterschied zwischen den Klientinnen, die einen (68.8 %) oder mehrere Aufenthalte (31.3 %) machen. Die Anorektikerinnen sind jedoch signifikant häufiger nur einmalig hospitalisiert (83.3 %; $\chi^2$ = 8.000, df = 1, p = .005**). Ein signifikanter Anteil der Klientinnen lebt **nach Austritt** wieder in der Herkunftsfamilie und nicht in einer Institution oder Pflegefamilie (62.5 %; $\chi^2$ = 8.557, df = 1, p = .003**). Vor allem die Anorektikerinnen leben signifikant häufiger wieder in der Herkunftsfamilie als in einer Pflegefamilie (88.9 %; $\chi^2$ = 10.889, df = 1, p < .001***). Etwas mehr als die Hälfte der Bulimikerinnen (53.3 %) leben nach ihrem Aufenthalt nicht mehr zu Hause, sondern alleine oder in einer Wohngemeinschaft. Dies deutet darauf hin, dass sie mit ihrem Aufenthalt eine schrittweise Ablösung von zu Hause realisieren können. In der gesamten klinischen Stichprobe gibt es keinen signifikanten Unterschied zwischen denjenigen, die eine **Nebendiagnose** haben (29.2 %) und denjenigen ohne Nebendiagnose (70.8 %). Bei den Anorektikerinnen gibt es einen signifikanten Unterschied ($\chi^2$ = 5.556, df = 1, p = .018*): ein signifikant höherer Anteil der Anorektikerinnen hat keine Nebendiagnose (77.8 %) als eine Nebendiagnose (22.2 %).

*c) Persönliche Anamnese*

Fast drei Viertel der Klientinnen sind **Schweizerinnen (Nationalität)** (79.2 %). Bei den Bulimikerinnen sind signifikant mehr Klientinnen Schweizerinnen als Ausländerinnen (83.3 %; $\chi^2$=13.333, df = 1, p < .000***). Ein **Substanzenmissbrauch** durch die Klientinnen ist eher selten bekannt (14.6 %). Bei den Anorektikerinnen gibt es signifikant weniger Klientinnen, von denen ein Substanzenmissbrauch bekannt ist (16.7 %; $\chi^2$ = 8.000, df = 1, p = .005**) als dass er bekannt ist. Dasselbe gilt auch für die Bulimikerinnen ($\chi^2$ = 16.133, df = 1, p < .001***), bei denen signifikant mehr Klientinnen keinen Substanzenmissbrauch betreiben (86.7 %), als dass ein

Substanzenmissbrauch bekannt ist. In diesem Zusammenhang ist es sehr schwierig zu entscheiden, ob die erhobenen Daten wirklich der Realität entsprechen. Es ist zu vermuten, dass vor allem der Cannabiskonsum häufig verschwiegen wird und so in der Statistik gar nicht sichtbar wird. Im Zusammenhang mit Essstörungen wird immer wieder die Hypothese formuliert, dass es einen Zusammenhang zwischen einer Essstörung und einer **Missbrauchserfahrung** geben könnte. In der klinischen Population berichteten nur ein Viertel der Klientinnen von einem erlebten sexuellen oder psychischen Missbrauch (20.8 %). Bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen ist der Unterschied zwischen den Klientinnen mit einem bekannten Missbrauch in der Anamnese und denjenigen ohne Missbrauch in der Anamnese signifikant (für die Anorektikerinnen: $\chi^2 = 5.556$, df = 1, p = .018* und für die Bulimikerinnen: $\chi^2 = 10.800$, df = 1, p < .001***). Auch hier stellt sich die Frage, ob diese Angaben wirklich der Realität entsprechen. Gerade sexuelle Missbrauchserfahrungen werden teilweise erst im Verlauf einer langjährigen (ambulanten) Therapie aufgedeckt.

*d) Familienanamnese*

Angaben zum Vater: Die meisten Väter der Klientinnen sind **Schweizer (Nationalität)** (75.0 %). Bei den Bulimikerinnen sind signifikant mehr Väter Schweizer als Ausländer (76.7 %; $\chi^2 = 8.533$, df = 1, p = .003**), bei den Anorektikerinnen ist der Unterschied knapp nicht signifikant. Bezüglich **psychischer Auffälligkeit und Erkrankung des Kindsvaters** zeigt sich kein Unterschied in der klinischen Population zwischen einer bekannten Erkrankung des Kindsvaters (31.3 %) und keiner bekannten Erkrankung (68.7 %). An dieser Stelle sei jedoch darauf hingewiesen, dass wir nicht Einblick in die Krankengeschichten der Eltern haben und es durchwegs sein kann, dass wir nicht über eine Erkrankung der Eltern ins Bild gesetzt wurden. Bei den Vätern, von denen eine Erkrankung bekannt ist, wurden Depressionen, Angststörungen, Alkoholismus und körperliche Erkrankungen diagnostiziert.

Angaben zur Mutter: Auch bei den Müttern sind mehr Mütter **Schweizerinnen (Nationalität)** (72.9 %) als Ausländerinnen. Bei den Bulimikerinnen gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den Ausländerinnen und den Schweizerinnen ($\chi^2 = 6.533$, df = 1, p = .011*); signifikant mehr Mütter von Bulimikerinnen sind Schweizerinnen. Auch bei den Müttern wurde erhoben, ob eine **psychische Auffälligkeit oder physische Erkrankung** bekannt ist. Dabei zeigt sich, dass signifikant mehr Mütter der Bulimikerinnen keine Erkrankung haben (70.0 %; $\chi^2 = 4.800$, df = 1, p = .028*). Die Mütter, von denen man weiss, dass sie an einer Erkrankung leiden (31.3 %), haben Depressionen, Essstörungen, Alkoholismus oder eine körperliche Erkrankung.

Ehesituation der Eltern: Bezüglich der **Ehesituation** der Eltern der Klientinnen zeigt sich, dass bei den Anorektikerinnen (77.8 %; $\chi^2 = 5.556$, df = 1, p = .018*) und bei den Bulimikerinnen (70.0 %; $\chi^2 = 4.800$, df = 1, p = .028*) signifikant weniger Eltern getrennt oder geschieden sind. Dies wird in der Literatur auch häufig beschrieben und zwar im Zusammenhang mit der Beobachtung, dass die Familien gegen aussen das Bild einer heilen und perfekten Familie zu wahren versuchen, obwohl es familieninterne Probleme gibt (Connors, 1996; Bell, 1994).

Angaben zu den Geschwistern: Im Zusammenhang mit den Geschwistern wurden verschiedene Variablen erfasst. Bezüglich der **Anzahl Geschwister** zeigt sich, dass signifikant mehr Bulimikerinnen mindestens noch ein Geschwister haben (86.7 %; $\chi^2 = 16.133$, df = 1, p < .001***) und nicht Einzelkind sind. Auch die Anorektikerinnen haben meistens mindestens noch ein Geschwister, der Unterschied ist jedoch auf dem 5%-Niveau knapp nicht signifikant. In der Fachliteratur wird die Hypothese diskutiert, dass die Entwicklung einer Essstörung auch mit der Anzahl der **gleichgeschlechtlichen Geschwister** zusammenhängen könnte. In der klinischen Stichprobe haben denn auch signifikant mehr Klientinnen ein gleichgeschlechtliches Geschwister als kein gleichgeschlechtliches Geschwister (72.9 %; $\chi^2 = 4.396$, df = 1, p = .049*). Bei den Anorektikerinnen ist der Unterschied zwischen keinen gleichgeschlechtlichen Geschwistern und mindestens einem gleichgeschlechtlichen Geschwister nicht signifikant. Bei den Bulimikerinnen hingegen gibt es einen signifikanten Unterschied: Signifikant mehr Bulimikerinnen haben mindestes ein gleichgeschlechtliches Geschwister als kein gleichgeschlechtliches Geschwister (83.3 %; $\chi^2 = 13.333$, df = 1, p < .001***). Bezüglich der **psychischen Erkrankung der Geschwister** gibt es bei den Anorektikerinnen ($\chi^2 = 10.889$, df = 1, p = .001***) und den Bulimikerinnen ($\chi^2 = 13.333$, df = 1, p < .000***) signifikante Unterschiede, die dadurch erklärt werden können, dass signifikant mehr Geschwister von essgestörten Jugendlichen keine psychische oder physische Erkrankung haben als dass sie eine Erkrankung haben.

*e) Krankheitsanamnese*

Eine Frage, die immer wieder diskutiert wird, ist das **Alter bei Beginn der Krankheit** (vor allem im Zusammenhang mit Prädiktoren und Risikofaktoren). Bei den Bulimikerinnen erkrankten signifikant mehr Klientinnen nach 14 Jahren (76.7 %; $\chi^2 = 8.533$, df = 1, p = .003**) als vor 14 Jahren. Das durchschnittliche Alter bei Beginn der Essstörung lag bei 14.40 Jahre. Bezüglich der **Krankheitsdauer (bis zum ersten stationären Aufenthalt in der Psychotherapiestation)** zeigte sich kein signifikanter Unterschied zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen. Die Klientinnen der klinischen Population waren durchschnittlich bereits zwei Jahre erkrankt, bevor sie in der Psychotherapiestation hospitalisiert wurden. **Heisshungerattacken** sind ein Diagnosekriterium für die Anorexia nervosa. Aber auch viele Bulimikerinnen erleben ihre

Essanfälle als Heisshungerattacken. Bei den Bulimikerinnen gibt es denn auch einen signifikanten Unterschied in Bezug auf die Heisshungerattacken ($\chi^2 = 4.800$, df = 1, p = .028*): Signifikant mehr Bulimikerinnen berichteten von Heisshungerattacken (70.0 %) als von keinen Heisshungerattacken (30.0 %). Etwas mehr als die Hälfte der Anorektikerinnen berichtet von Heisshungerattacken (66.7 %), es gibt aber keinen signifikanten Unterschied zu denjenigen, die keine Heisshungerattacken haben. Bezüglich gegensteuernden Massnahmen wie **selbstinduziertem Erbrechen** gibt es in der klinischen Stichprobe keinen signifikanten Unterschied zwischen denjenigen, die erbrechen (66.7 %) und solchen, die nicht erbrechen (33.3 %). Der Unterschied bei den Anorektikerinnen zwischen solchen, die erbrechen und solchen, die nicht erbrechen, ist knapp nicht signifikant. 72.2 % der Anorektikerinnen gebrauchen das Erbrechen ebenfalls als Gewichtsregulans. Im Zusammenhang mit Essstörungen wird immer wieder auf komorbide **Selbstverletzungen** hingewiesen. Bei den Anorektikerinnen (83.3 %; $\chi^2 = 8.000$, df = 1, p = .005**) und den Bulimikerinnen (80.0 %; $\chi^2 = 10.800$, df = 1, p = .001***) zeigen aber signifikant mehr Klientinnen kein selbstverletzendes Verhalten als selbstverletzendes Verhalten. Wenn selbstverletzendes Verhalten bekannt ist, dann handelt es sich meistens um Schneiden (an Armen und am Bauch) und um Brennen (mit Zigaretten). Bei den Anorektikerinnen war von keiner Klientin bekannt, dass sie bereit einen **Suizidversuch** gemacht hat. Bei den Bulimikerinnen ist der Unterschied zwischen denjenigen, die einen Suizidversuch unternommen haben (13.3 %) und denjenigen, die keinen Suizidversucht gemacht haben (86.7 %) signifikant ($\chi^2 = 16.133$, df = 1, p < .001***). In der Literatur wird immer wieder betont, dass Bulimia und Anorexia nervosa eng zusammenhängende Störungen sind (Vandereycken & Meermann, 2003) und dass es deshalb auch zu **Übergängen zwischen Anorexie und Bulimie** kommen kann (Steinhausen, 1991). In der untersuchten Stichprobe zeigte jedoch die Hälfte der Klientinnen keinen Wechsel in der Symptomatik (56.3 %). Bei den Bulimikerinnen ist der Unterschied zwischen denjenigen mit keinem bekannten Übergang zwischen den Essstörungen (53.3 %), einer Anorexie zur Bulimie (43.3 %) und einer Bulimie zur Anorexie (3.3 %) signifikant ($\chi^2 = 12.600$, df = 2, p = .002**). Bei den Anorektikerinnen gibt es auch einen signifikanten Unterschied zwischen denjenigen ohne Übergänge (61.1 %), denjenigen mit einem Übergang von der Anorexie zu Bulimie (33.3 %) und dem Übergang von der Bulimie zur Anorexie (5.6 %) ($\chi^2 = 8.333$, df = 2, p = .016*). Bezüglich des **BMI bei Eintritt** besteht ein signifikanter Häufigkeitsunterschied zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen ($\chi^2 = 16.815$, df = 1, p < .001**): Signifikant mehr Klientinnen als erwartet haben einen BMI grösser als 17.5 (68.8 %). Der durchschnittliche BMI liegt bei 18.9 in der klinischen Stichprobe. Bei den Anorektikerinnen liegt er bei 17.3 und bei den Bulimikerinnen bei 19.9, wobei signifikant mehr Bulimikerinnen einen BMI über 17.5 haben (90 %; $\chi^2 = 19.200$, df = 1, p < .001***). Der durchschnittliche **BMI bei Austritt** liegt bei den Anorektikerinnen bei 18.1 und bei den

Bulimikerinnen bei 19.6. Das heisst, dass es bei den Anorektikerinnen zu einer Gewichtszunahme kam und bei den Bulimikerinnen zu einer Gewichtsabnahme. Auch hier haben signifikant mehr Bulimikerinnen einen BMI über 17.5 als unter 17.5 (90.0 %; $\chi^2 = 19.200$, df = 1, p < .001***).

Bezüglich der **Behandlung vor dem stationären Aufenthalt in der Psychotherapiestation** gibt es bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen signifikante Unterschiede. Nur zwei Klientinnen wurden vor ihrer stationären Aufnahme nicht behandelt (bei den Anorektikerinnen: $\chi^2 = 14.222$, df = 1, p < .001*** und bei den Bulimikerinnen: $\chi^2 = 26.133$, df = 1, p < .001***). Bei der **weiterführenden Behandlung nach dem stationären Aufenthalt** zeigt sich, dass signifikant mehr Anorektikerinnen und Bulimikerinnen im Anschluss an die stationäre Therapie eine weiterführende Therapie machen als keine Therapie (bei den Anorektikerinnen: 88.8 %; $\chi^2 = 10.889$, df = 1, p = .001*** und bei den Bulimikerinnen: 86.7 %; $\chi^2 = 16.133$, df = 1, p < .001***). Auch haben signifikant mehr Anorektikerinnen (88.9 %; $\chi^2 = 10.889$, df = 1, p = .001***) und signifikant mehr Bulimikerinnen (86.7 %; $\chi^2 = 16.133$, df = 1, p < .001***) im Anschluss an den stationären Aufenthalt ein Gewichtskonzept als kein weiterführendes Gewichtskonzept. Einige Klientinnen kommen bereits mit **Medikamenten** in die Psychotherapiestation, einige erhalten in der Psychotherapiestation erstmalig Medikamente, die dann teilweise vor Austritt wieder abgesetzt werden. Bei Austritt nehmen 47.9 % der Klientinnen Medikamente. In diesen Beschreibungen zeigen sich auch Behandlungsgrundsätze, die Isler (2002) formuliert hat: Er betont, dass bei Essstörungen in der Adoleszenz akuter Handlungsbedarf besteht und eine „laisser-faire"-Haltung fahrlässig ist und einer Chronifizierung Vorschub leistet. Deshalb sollten in der Behandlung folgende Punkte umgesetzt werden: nach der stationären Therapieprogramme braucht es eine ambulante Weiterbehandlung, die Behandlung und Nachbetreuung muss regelmässige Gewichtskontrollen beinhalten und es muss zu einer Zusammenarbeit zwischen Somatik und Psychiatrie kommen.

Aufgrund der erhobenen Daten kann man versuchen, ein Bild einer „typischen" Bulimikerin oder Anorektikerin zu zeichnen.

Die **typische Anorektikerin** der klinischen Population aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörung kann folgendermassen beschrieben werden: Die meist 17-jährige oder jüngere Jugendliche lebt vor ihrem stationären Aufenthalt bei ihren Eltern, die nicht geschieden oder getrennt sind. Die Jugendliche besucht meist eine weiterführende Schule nach der obligatorischen Schulzeit. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beträgt 135 Tage (ca. 4.5 Monate) und die Jugendliche wird nur einmalig in der Psychotherapiestation hospitalisiert. Nach dem Austritt lebt sie wieder bei den Eltern. Die Anorektikerin hat meist neben der Diagnose der Anorexia nervosa keine Nebendiagnose. Sie ist Schweizerin und berichtet von keinem

Substanzenmissbrauch und hat in ihrer Vorgeschichte keine psychischen oder physischen Missbrauchserfahrungen. Der Vater der Jugendlichen ist Schweizer und leidet selten an einer psychischen Erkrankung. Auch die Mutter ist Schweizerin und auch bei ihr ist meist keine psychische Erkrankung bekannt. In der Familie gibt es mindestens noch ein anderes Geschwister neben der essgestörten Jugendlichen und dieses hat keine bekannte Erkrankung. Bei Krankheitsbeginn ist die Anorektikerin zwischen 13 und 15 Jahre alt und es dauert ein bis zwei Jahre, bis sie stationär behandelt wird. Die Anorektikerin berichtet von Heisshungerattacken und teilweise Erbrechen. Es sind keine Selbstverletzungen bekannt und sie hat in ihrer Geschichte keinen Suizidversuch hinter sich. Der durchschnittliche BMI bei Eintritt liegt bei 17.3 (wäre nach ICD-10 noch klar anorektisch) und bei Austritt bei 18.1 (knapp nicht mehr anorektisch). Die Anorektikerin wurde vor ihrer stationären Behandlung bereits therapeutisch betreut und hat nach ihrer stationären Therapie eine weiterführende ambulante oder stationäre Therapie und ein Gewichtskonzept.

Die **typische Bulimikerin**, wie sie in der klinischen Population der Psychotherapiestation vorstellig wird, kann folgendermassen beschrieben werden: Die Jugendliche ist durchschnittlich 18 Jahre alt und besucht eine weiterführende Schule. Die Jugendliche ist ledig und lebt vor dem Eintritt in der Herkunftsfamilie. Die Bulimikerin ist ein oder mehrmals stationär hospitalisiert und lebt nach Austritt zu Hause oder alleine. Der Aufenthalt in der Psychotherapiestation dauert ungefähr drei Monate. Die Jugendliche ist Schweizerin, berichtet häufig von keinem Substanzenmissbrauch und hat in ihrer Vorgeschichte keine Missbrauchserfahrung. Der Vater und die Mutter der Jugendlichen sind Schweizer. Die Bulimikerin hat mindestens noch ein Geschwister, welches häufig gleichgeschlechtlich ist und an keiner bekannten psychischen Erkrankung leidet. Die Jugendliche ist bei Beginn der Krankheit eher älter als 14 Jahre und sie ist meist zwei Jahre krank, bevor sie sich in stationäre Pflege begibt. Die Bulimikerin berichtet von häufigen Essanfälle und häufigen gegensteuernden Massnahmen wie Erbrechen. Selbstverletzungen sind meist kein Thema und auch Suizidversuche in der Vergangenheit sind selten. Die Bulimikerin hat in ihrer Krankheitsgeschichte meist keinen Wechsel zwischen der Anorexie und Bulimie und wenn, dann von einer Anorexia nervosa zur Bulimia nervosa. Der durchschnittliche BMI bei Eintritt liegt bei 19.9 und bei Austritt bei 19.6. Die Bulimikerin wird nach der stationären Behandlung ambulant betreut und hat ein weiterführendes Gewichtskonzept.

## 2.1.2 Die Normstichprobe

### 2.1.2.1 Die weibliche Normstichprobe

Die weibliche Normstichprobe wurde bezüglich Alter und Ausbildungsstand mit der klinischen Population parallelisiert und umfasst 307 Jugendliche. Der Ausbildungsstand wurde in drei Untergruppen aufgeteilt: a) Sekundarschule, Bezirkschule, Realschule, 10. Schuljahr und DMS II; b) Progymnasium, Gymnasium, DMS III und Universitätsstudium; c) Lehre, weiterführende Schule (HMS, Handelsschule, KV) und Schule für Gestaltung. Die Normstichprobe wurde im Kanton Baselland und teilweise Baselstadt rekrutiert. Die angefragten Schulleiter und Rektoren gaben zuerst ihre Zustimmung und dann wurden die Befragungen grösstenteils klassenweise durchgeführt. Wo es nicht anders möglich war, wurden die Fragebogen postalisch zugestellt und zurückgesendet. In seltenen Fällen wurden verschiedene Klassen gemeinsam befragt.

Die Schülerinnen der Normstichprobe waren durchschnittlich 17;8 Jahre alt. Im t-Test zeigte sich bezüglich dem Alter der Schülerinnen und dem Alter der stationären Klientinnen kein signifikanter Mittelwertunterschied ($t = -1.082$, $df = 353$, $p = .280$). Bezüglich des BMI der Schülerinnen und der stationären Klientinnen bei Ein- und Austritt zeigten sich signifikante Mittelwertsunterschiede (BMI bei Eintritt: $t = 4.226$, $df = 353$, $df = .000$*** und BMI bei Austritt: $t = 4.084$, $df = 353$, $p = .000$***). Der BMI der klinischen Stichprobe ist bei Eintritt und Austritt signifikant tiefer als der BMI der Schülerinnen (durchschnittlicher BMI = 20.76). Aus praktischen Gründen wurden die Schülerinnen der Normstichprobe nicht gemessen und gewogen, mit dem Bewusstsein, dass ihre schriftliche Angabe nur als Annäherung an die objektiven Werte betrachtet werden kann. McCabe, McFarlane, Polivy und Olmsted (2001) konnten jedoch zeigen, dass Universitätsstudentinnen in Bezug auf ihr Gewicht eher tiefere Zahlen angaben und sie sich selbst etwas grösser machten, als sie in Wirklichkeit sind. Andere Autoren verweisen darauf, dass das angegebene Gewicht in einem Fragebogen hoch mit dem aktuellen, objektiven Gewicht zu korrelieren scheint (Ohring, Graber & Brooks-Gunn, 2002; Mendelson, Mendelson & Andrews, 2000) und dieses Vorgehen gerechtfertigt ist. Bei einer deskriptiven Beschreibung des BMI der Schülerinnen zeigt sich, dass 23 Schülerinnen (7.49 %) nach ICD-10 einen BMI im anorektischen Bereich haben (BMI kleiner als 17.5). Rund 52 Schülerinnen (16.94 %) sind untergewichtig (BMI kleiner 19) und 199 Schülerinnen (64.82 %) haben einen BMI im Normbereich (BMI zwischen 19 und 24). 30 Schülerinnen haben einen BMI zwischen 24 und 30 (9.77 %) und drei Schülerinnen haben einen BMI von über 30 (0.98 %), d.h. sie sind im klinischen Sinne adipös.

In der nachfolgenden Tabelle ist die Zusammensetzung der weiblichen Normstichprobe etwas ausführlicher dargestellt (vgl. Tabelle 12):

**Tabelle 12: Prozentuale Verteilung der weiblichen Normstichprobe auf die verschiedenen Schultypen**

| Sekundarschule, Realschule, 10. Schuljahr (SBA Plus), DMS II | | Progymnasium, Gymnasium, DMS III, Studium | | Lehre (KV), weiterführende Schule (HMS), Kunstgewerbeschule | |
|---|---|---|---|---|---|
| Sekundarschule, Niveau A (Realschule) Sissach | 13 (4.23 %) | Progymnasium Liestal | 32 (10.42 %) | KV Basel | 13 (4.23 %) |
| Sekundarschule, Niveau E Gelterkinden | 14 (4.56 %) | Gymnasium Liestal | 11 (3.58 %) | KV Liestal | 54 (17.59 %) |
| SBA Plus, Muttenz | 18 (5.86 %) | Gymnasium Muttenz | 27 (8.79 %) | KV Reinach | 25 (8.14 %) |
| DMS II, Muttenz | 27 (8.79 %) | Gymnasium Oberwil | 60 (19.54 %) | Praktikanten, Heilpädagogische Schule Liestal | 3 (0.98%) |
| | | Universität Basel | 4 (1.30%) | Job Factory Basel | 2 (0.65 %) |
| | | | | Vorkurs Kunstgewerbeschule Basel | 4 (1.30 %) |
| Total | 72 (23.45 %) | | 134 (43.65 %) | | 101 (32.90 %) |

### 2.1.2.2 Die männliche Normstichprobe

Durch die Organisation der Befragungen in gewissen Schulen konnten auch einige Männer mit dem Fragebogen der Normstichprobe erfasst werden. Dies wurde jedoch nicht beabsichtigt, so dass schlussendlich Daten von nur 80 Schülern erhoben wurden und diese nicht parallelisiert sind. Es zeigte sich jedoch im t-Test, dass es bezüglich des Alters der Schüler und den Schülerinnen keine signifikanten Mittelwertsunterschiede gibt, so dass diese beiden Stichproben vergleichbar sind ($t = -.933$, $df = 385$, $p = .352$). Dasselbe gilt auch für den Vergleich des Alters der klinischen Stichprobe und den Schülern ($t = -.217$, $df = 126$, $p = .829$). Bezüglich der Ausbildung gibt es jedoch grosse Unterschiede. In der männlichen Normstichprobe waren 25.0 % in der Sekundarschule oder im SBA Plus, 8.75 % im Gymnasium und 66.25 % in einer weiterführenden Schule oder in einer Lehre. Der grösste Unterschied zur weiblichen Normstichprobe besteht darin, dass rund doppelt so viele Schüler eine weiterführende Schule besuchten und rund die Hälfte ein Gymnasium besuchten. Auch bezüglich des BMI der Schüler und den Schülerinnen gab es signifikante Unterschiede. Der BMI der Schülerinnen war signifikant tiefer als der BMI der Schüler (durchschnittlicher BMI: 21.9356; $t = -3.567$, $df = 385$, $p = .000$***). Wenn der BMI der Schüler deskriptiv beschrieben wird, so hat ein Schüler (1.25 %) einen BMI, der unter 17.5 liegt. 18 Schüler sind mit einem BMI von unter 20 untergewichtig (22.5 %), 51 Schüler (63.75 %) haben einen BMI im Normbereich (20-25) und zehn Schüler (12.5 %) haben einen BMI leicht über den Normbereich, der aber noch nicht auf ein Übergewicht hinweisen würde. Somit hat ein Grossteil der Schüler einen BMI im Normbereich.

## 2.2 Messinstrumente

Die Daten der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe wurden mit einem von Paravicini und Hartmann (2001) entwickelten Fragebogen erhoben, den sie im Rahmen ihrer Lizentiatsarbeit „Evaluation einer psychotherapeutischen Wohngemeinschaft für junge Frauen mit schweren Essstörungen“ ausgearbeitet und evaluiert haben. Die Entwicklung dieses Fragebogens lag auf der Hand, weil bis anhin keinen Fragebogen gab, in dem neben Fragen zur primären Essstörungssymptomatik auch komorbide Symptome der Essstörung und soziale Kompetenzen und die soziale Integration erfasst wurden. Bis anhin mussten die Klientinnen zu diesem Zweck mehrere voneinander unabhängige Fragebogen ausfüllen. Das hauptsächliche Ziel der beiden Autorinnen bestand deshalb darin, „einen einzigen Fragebogen zu konstruieren, welcher Fragen zu mehreren uns relevant erscheinenden Bereichen im Zusammenhang mit den Zielen der therapeutischen Wohngemeinschaft Liestal umfasst und im Rahmen von circa einer Stunde bearbeitet werden kann“ (Paravicini & Hartmann, 2001, 98).

Die Entscheidung, die Daten mit einem Fragebogen zu erheben, wird durch Forschungsresultate gestützt. Keel, Crow, Davis und Mitchell (2002) haben in einer katamnestischen Studie Bulimikerinnen untersucht und konnten zeigen, dass die Essstörungssymptomatik ausgeprägter war, wenn Fragebogen verwendet wurden und nicht Interviews. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sich die Klientinnen in einem Fragebogen wahrscheinlich eher getrauen, offene und ehrliche Antworten zu geben. Auch Passi, Bryson und Lock (2003) haben sich mit dieser Frage bei Anorektikerinnen auseinandergesetzt. Sie betonen, dass Selbstbeobachtungsfragebogen kosteneffektiv sind, wenig Zeit in Anspruch nehmen und kein Training voraussetzen. Gerade bei Anorektikerinnen ist der Gebrauch von Selbstbeobachtungsfragebogen jedoch schwieriger, weil sie ihre Symptomatik herunterspielen oder verleugnen. Es konnte in der Studie von Passi et al. gezeigt werden, dass die Angaben von Jugendlichen dann adäquater waren, wenn sie vorher über den Sinn und Zweck des Fragebogens informiert wurden.

Der Fragebogen für die Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation wurde bereits durch Paravicini und Hartmann (2001) durch Fremdbeobachtungsdaten validiert. Der Fremdbeobachtungsbogen beinhaltet grundsätzlich dieselben Fragestellungen wie der Fragebogen für die Klientinnen, ist jedoch auf diejenigen Bereiche beschränkt, welche eine aussenstehende Person überhaupt beurteilen und beobachten kann (Zügelung des Essens (Diätverhalten), Bulimische Symptomatik, Unsicherheit im zwischenmenschlichen Umgang, Gefühle der Einsamkeit und Isolation, Bedürfnis nach Kontrolle und Depressivität) (vgl. Anhang: Fremdbeobachtungsfragebogen für die Betreuerinnen der WG). Die gegenseitige Validierung erwies sich sowohl bei Paravicini und Hartman (2001), als auch in der vorliegenden Studie als befriedigend. Das Betreuungsteam schien das Verhalten der Klientinnen gut zu beobachten und

einzuschätzen und die Klientinnen schienen die Fragen ehrlich zu beantworten und nicht aufgrund von sozialer Erwünschtheit zu antworten. Im Anhang sind die einzelnen Items mit den durch die Itemanalyse errechneten statistischen Kennwerte abgebildet (vgl. Anhang: Übersicht über die einzelnen Items der Skalen des Fremdbeobachtungsfragebogens mit dazugehörigen Kennwerten der Reliabilitätsanalyse). Um die Frage, ob die Antworten der Klientinnen mit den Einschätzungen und Beobachtungen des Betreuungsteams übereinstimmen, zu klären, wurden Korrelationen zwischen den Daten der Fremd- und der Selbstbeobachtung nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt berechnet (vgl. Tabelle 13-15).

**Tabelle 13: Korrelation zwischen den Fremd- und Selbstbeobachtungserhebung nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt bezüglich der anorektischen und bulimischen Symptomatik.**

| Anorektische und bulimische Symptomatik | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Skala | Nach 6 Wochen Aufenthalt | | Bei Austritt | |
| | Analoger Vergleich[1] | Nicht-analoger Vergleich[2] | Analoger Vergleich[1] | Nicht-analoger Vergleich[2] |
| Zügelung des Essens (Diätverhalten) | .306 | .318 | .350 | .160 |
| Bulimische Symptomatik | .618** | .716** | .644** | .624** |
| Essgeschwindigkeit | -.007 | .004 | .355 | .498** |

[1] In die Berechnung der Korrelation wurden nur die Items der Skalen eingeschlossen, die im Fremd- und Selbstbeobachtungsbogen vorhanden sind.
[2] In die Berechnung der Korrelation wurden alle Items der Skala eingeschlossen, die im Fremd- und Selbstbeobachtungsbogen vorhanden sind.
* Auf dem 5%-Niveau signifikant. ** Auf dem 1%-Niveau signifikant.

**Tabelle 14: Korrelationen zwischen der Fremd- und Selbstbeobachtungserhebung nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt bezüglich den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration.**

| Soziale Kompetenzen und soziale Integration | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Skala | Nach 6 Wochen Aufenthalt | | Bei Austritt | |
| | Analoger Vergleich[1] | Nicht-analoger Vergleich[2] | Analoger Vergleich[1] | Nicht-analoger Vergleich[2] |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik | .276 | .310 | .133 | .378* |
| Kontaktangst | -.106 | .079 | -.119 | -.006 |
| Nicht nein sagen können | .388 | .328 | .407* | .445* |
| Gruppenzugehörigkeitsgefühl | -.203 | -.135 | .480** | .065 |

[1] In die Berechnung der Korrelation wurden nur die Items der Skalen eingeschlossen, die im Fremd- und Selbstbeobachtungsbogen vorhanden.
[2] In die Berechnung der Korrelation wurden alle Items der Skala eingeschlossen, die im Fremd- und Selbstbeobachtungsbogen vorhanden sind.
* Auf dem 5%-Niveau signifikant. ** Auf dem 1%-Niveau signifikant.

**Tabelle 15: Korrelationen zwischen der Fremd- und Selbstbeobachtungserhebung nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt bezüglich der komorbiden Symptomatik der Essstörung**

| Komorbide Symptomatik der Essstörung | | | | |
|---|---|---|---|---|
| Skala | Nach 6 Wochen Aufenthalt | | Bei Austritt | |
| | Analoger Vergleich[1] | Nicht-analoger Vergleich[2] | Analoger Vergleich[1] | Nicht-analoger Vergleich[2] |
| Zwanghaftigkeit | .691** | .664** | .687** | .643** |
| Depressivität | .110 | .277 | .430* | .529** |

[1] In die Berechnung der Korrelation wurden nur die Items der Skalen eingeschlossen, die im Fremd- und Selbstbeobachtungsbogen vorhanden sind.
[2] In die Berechnung der Korrelation wurden alle Items der Skala eingeschlossen, die im Fremd- und Selbstbeobachtungsbogen vorhanden sind.
* Auf dem 5%-Niveau signifikant. ** Auf dem 1%-Niveau signifikant.

Die Korrelationen zwischen den Angaben der Klientinnen und den Beobachtungen des Betreuungsteams fallen sehr unterschiedlich aus. Die beiden Skalen Zwanghaftigkeit und Bulimische Symptomatik weisen eine auf dem 1%-Niveau signifikante Korrelation auf. Dies könnte dadurch begründet sein, dass in der Psychotherapiestation vor allem die Esssymptomatik beobachtet wird. Generell kann man eine Verbesserung der Korrelationen von der ersten Messung nach sechs Wochen Aufenthalt bis zum Austritt feststellen. Dies kann dadurch erklärt werden, dass das Betreuungsteam bei Austritt die Klientinnen besser kennt und die Klientinnen ihre Essstörung und

die damit verbundene Symptomatik auch offener und ehrlicher betrachten. Die Korrelationen sind zum Teil sehr hoch, geht man von der Beobachtung aus, dass Korrelationen zwischen verschiedenen Informationsquellen (in diesem Fall Fremd- und Selbstbeobachtung) meistens bei r = .30 und tiefer liegen.

Der ursprüngliche Fragebogen von Paravicini und Hartmann (2001) ist sehr umfassend und wurde deshalb mit Reliabilitätsanalysen revidiert und auf 179 Items redimensioniert. Als Kriterium für das Weglassen von Items wurde eine niedrige Trennschärfe definiert. In die Reliabilitätsanalyse flossen die Eintrittsdaten von den konsekutiv zwischen Januar 1999 und Februar 2003 hospitalisierten Klientinnen (n = 50) ein. In den folgenden Ausführungen werden zu den einzelnen Skalen, welche in drei Bereiche eingeteilt werden können (1.) Anorektische und bulimische Symptomatik, 2.) Soziale Kompetenzen und Integration und 3.) Komorbide Symptome der Essstörung), zur Verdeutlichung Beispielitems aufgeführt. Im Anhang ist der Fragebogen abgebildet (vgl. Anhang: Fragebogen für die Evaluation der klinischen Stichprobe). Neben dem Fragebogen zur Evaluation der klinischen Stichprobe wurde ein Fragebogen für die Normstichprobe eingesetzt. Der Fragebogen für die Normstichprobe wurde aus Gründen der Praktikabilität und Ökonomie redimensioniert und umfasst weniger Skalen als der Fragebogen für die stationären Klientinnen (97 Items) (vgl. Anhang: Fragebogen für die Erhebung der Normstichprobe). In den nachfolgenden Ausführungen werden die drei Bereiche und die einzelnen Skalen dargestellt.

### 2.2.1 Anorektische und bulimische Symptomatik

Der Bereich der anorektischen und bulimischen Symptomatik besteht aus elf Skalen. Bei der Normstichprobe wurden nur sechs dieser elf Skalen erfasst (vgl. Tabelle 16). Die drei ersten Skalen (Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, Negative körperliche Selbsteinschätzung und Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung) können dabei als Facetten des Körperkonzeptes betrachtet werden (vgl. Forster, 2002). Es wurde im Rahmen dieser Studie darauf verzichtet, einen Indexwert aus diesen drei Skalen zu bilden, da ein Ziel dieser Studie ist, die Facetten des Körperkonzeptes genauer zu beleuchten und so ein differenzierteres Bild über das Körperkonzept zu erhalten.

**Tabelle 16: Übersicht der Skalen der anorektischen und bulimische Symptomatik**

| Skala | Bei klinischer Stichprobe erfasst | Bei Normstichprobe erfasst |
|---|---|---|
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht[1] | ✓ | ✓ |
| Negative körperliche Selbsteinschätzung[1] | ✓ | ✓ |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung[1] | ✓ | ✓ |
| Zügelung des Essens | ✓ | ✓ |
| Bulimische Symptomatik (Fressanfälle / Erbrechen) | ✓ | |
| Hunger- und Sättigungsgefühl | ✓ | |
| Negative Wahrnehmung des Essens | ✓ | ✓ |
| Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung | ✓ | |
| Essgeschwindigkeit | ✓ | |
| Einstellung zu Sport | ✓ | ✓ |
| Menstruation | ✓ | |

[1] Diese drei Skalen stellen verschiedene Facetten des Körperkonzeptes dar.

### 2.2.1.1 Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht

Diese Skala umfasst 13 Items, die die Gedanken der Klientin in Zusammenhang mit dem eigenen Aussehen, der Figur und dem Gewicht erfassen (*„Ich habe den Wunsch, dünner zu sein"* und *„Ich achte darauf, schlanker als meine Kolleginnen zu sein."*). Die Antwortskala ist sechsstufig (von „nie" bis „immer" oder von „trifft gar nicht zu" bis „trifft völlig zu"). Hohe Werte weisen auf eine starke Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht hin. Diese Skala wurde in der klinischen und in der Normstichprobe erhoben.

In der Reliabilitätsanalyse zeigte sich, dass alle bisherigen Items beibehalten werden können, weil sie eine gute Trennschärfe aufweisen ($\alpha$ = .90; vgl. Tabelle 17). Die neue Skala setzt sich aus drei Items der alten Skala „Drang nach Schlanksein", einem Item aus der Skala „Zügelung des Essens / Diätverhalten" und zwei Items aus der ehemaligen Skala „Sport zum Abnehmen" zusammen. Die Skala wurde umbenannt von „Beschäftigung mit Aussehen, Figur und Gewicht" in „Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht", weil diese Bezeichnung in der Literatur gebräuchlich ist.

**Tabelle 17: Reliabilitätsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | $\alpha$, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 2. Ich habe den Wunsch, dünner zu sein. [1] | 50 | 4.00 (1.83) | .63 | .89 |
| 8. Ich betrachte meine Figur im Spiegel. [1] | 50 | 4.26 (1.38) | .58 | .89 |
| 10. Die Besorgtheit um meiner Figur beeinträchtigt meine Konzentrationsfähigkeit (z.B. beim Lesen etc.). [1] | 50 | 3.56 (1.69) | .65 | .89 |
| 16. Ich esse Süssigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden (-).[1] | 48 | 4.70 (1.41) | .39 | .90 |
| 17. Ich beschäftige mich gedanklich mit Diäten. [1] | 50 | 3.30 (1.74) | .76 | .88 |
| 33. Ich denke an Kalorien, wenn ich Sport treibe. [1] | 46 | 3.84 (1.60) | .61 | .89 |
| 34. Ich treibe Sport, um abzunehmen. [1] | 47 | 3.72 (1.78) | .60 | .89 |
| 37. Ich wiege mich mehr als einmal in der Woche. [2] | 50 | 4.53 (1.83) | .51 | .89 |
| 38. Am liebsten möchte ich mich mehrmals täglich wiegen. [2] | 49 | 3.35 (1.99) | .57 | .89 |
| 39. Ich achte darauf, schlanker zu sein als meine Freundinnen / Kolleginnen. [2] | 50 | 3.74 (1.92) | .65 | .89 |
| 40. Ich achte sehr auf meine Figur. [2] | 50 | 5.14 (1.13) | .68 | .89 |
| 41. Ich habe Angst davor, zuzunehmen. [1] | 50 | 5.33 (1.25) | .68 | .89 |
| 42. Ich liebe das Gefühl eines leeren Magens. [2] | 50 | 4.42 (1.75) | .56 | .89 |
| Total | 43 | 4.14 (0.65)<br>$\alpha$: .90 (.90) | | |

Antwortskala: Sechsstufig ([1]„nie" (1) bis „immer" (6) und [2] „trifft gar nicht zu" bis „trifft völlig zu" (6) )
(-) Das Item wurde umgepolt

### 2.2.1.2 Negative körperliche Selbsteinschätzung

Diese Skala wurde unverändert aus dem alten Evaluationsbogen übernommen (α = .95). Sie enthält acht Items, die sich auf die Wahrnehmung von Körperteilen beziehen (vgl. Tabelle 18). Die Antwortskala ist fünfstufig und reicht von „zu dünn“ bis „zu dick“. Mit den Items werden verschiedene Körperteile wie Bauch, Oberschenkel, Po, Hüften etc. und deren subjektive Einschätzung erfasst. Diese Skala wurde in beiden Stichproben erhoben. Ein hoher Wert bedeutet, dass ein Individuum seine Körperteile eher als zu dick einschätzt und generell den Körper negativ einschätzt.

**Tabelle 18: Reliabilitätsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 158. Ich finde meinen Bauch ... | 48 | 4.02 (1.09) | .74 | .95 |
| 159. Ich finde meine Oberschenkel ... | 48 | 3.89 (1.26) | .87 | .94 |
| 160. Ich finde meinen Po ... | 48 | 3.68 (1.25) | .83 | .94 |
| 161. Ich finde meine Hüften ... | 48 | 3.79 (1.18) | .88 | .94 |
| 162. Ich finde meine Beine .... | 47 | 3.66 (1.31) | .87 | .94 |
| 163. Ich finde mein Gesicht ... | 48 | 3.38 (1.01) | .75 | .95 |
| 164. Ich finde meine Brust ... | 48 | 2.57 (1.29) | .67 | .95 |
| 165. Ich finde meine Arme ... | 48 | 3.15 (2.22) | .92 | .94 |
| Total | 47 | 3.52 (0.47)<br>α: .95 (.95) | | |
| Antwortskala: Fünfstufig („zu dünn“ (1) bis „zu dick“ (5) ) | | | | |

### 2.2.1.3 Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung

Die Skala „Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung“ umfasste in der ursprünglichen Version acht Items, wobei ein Item aufgrund der Itemanalyse weggelassen wurde. Somit besteht die neue Skala aus sieben Items, die auf einer vierstufigen Antwortskala, die von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ reicht, beurteilt werden (α = .87) (vgl. Tabelle 19). Die Skala umfasst Fragen zur eigenen Attraktivität (*„Manchmal habe ich Angst, dass die anderen mich wegen meinem körperlichen Aussehen ablehnen könnten“*) und zur Bewertung der eigenen körperlichen Erscheinung (*„Ich bin mit meinem Körper zufrieden“*). Ein hoher Wert bedeutet eine hohe Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung. Diese Skala wurde in der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe erhoben.

**Tabelle 19: Reliabilitätsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 144. Ich bin mit meinem Körper zufrieden. | 49 | 1.63 (0.81) | .66 | .85 |
| 145. Manchmal habe ich Angst, dass die anderen mich wegen meinem körperlichen Aussehen ablehnen könnten. (-) | 49 | 2.33 (1.03) | .65 | .85 |
| 146. Ich bin mit meiner Figur zufrieden. | 49 | 1.71 (0.91) | .77 | .84 |
| 147. Ich fühle mich unsicher wegen meines Aussehens. (-) | 49 | 2.27 (0.97) | .63 | .86 |
| 150. Es gibt vieles an meinem Aussehen, was ich gerne verändern möchte. (-) | 49 | 2.31 (0.96) | .65 | .85 |
| 151. Ich ziehe bestimmte Kleidungsstücke nicht an, weil mir meine Körperformen darin besonders bewusst sind. (-) | 49 | 2.59 (1.06) | .57 | .86 |
| 152. Ich meide Situationen, in denen andere meinen Körper sehen könnten (Schwimmbad; Umkleiden etc.). (-) | 49 | 2.35 (1.19) | .66 | .85 |
| Total | 49 | 2.17 (0.36)<br>α: .87 (.88) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) )<br>(-) Item wurde umgepolt | | | | |

### 2.2.1.4 Zügelung des Essens (Diätverhalten)

Diese Skala erfasst, wie stark die Klientin ihr Essverhalten einschränkt, weil sie darum besorgt ist, dass sie an Gewicht zunehmen könnte. Die Antwortskala der Items ist sechsstufig mit Abstufungen von „nie“ bis „immer“. Die Skala umfasst sechs Items, die sich in der Reliabilitätsanalyse bewährt haben (α = .85) (vgl. Tabelle 20). Ein Item lautet *„Ich nehme absichtlich kleine Portionen, um mein Gewicht besser in den Griff zu bekommen“*. Ein hoher Skalenwert weist darauf hin, dass ein Individuum ein sehr eingeschränktes Essverhalten zeigt, weil es stark damit beschäftigt ist, das Gewicht zu kontrollieren. Diese Skala umfasst sieben Items und wurde in beiden Stichproben erfasst.

**Tabelle 20: Reliabilitätsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten)**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 3. Ich nehme absichtlich kleine Portionen, um mein Gewicht besser in den Griff zu bekommen. | 50 | 3.76 (1.64) | .62 | .83 |
| 4. Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil sie "dick" machen. | 48 | 4.48 (1.41) | .65 | .83 |
| 5. Während ich esse, denke ich an die Kalorien. | 50 | 3.65 (1.57) | .71 | .82 |
| 6. Während ich esse, denke ich daran, dass ich davon zunehmen werde. | 50 | 4.15 (1.55) | .70 | .82 |
| 7. Ich zähle die Kalorien, um mein Gewicht unter Kontrolle zu halten. | 50 | 2.83 (1.68) | .70 | .82 |
| 53. Wie oft hast Du im letzten Monat Abführmittel (inkl. Tees, Entwässerungstabletten) und / oder Appetitzügler benützt? [1] | 48 | 1.66 (1.53) | .48 | .86 |
| 51. Durchschnittlich trinke ich ca. x Liter Flüssigkeit pro Tag.* | 48 | 1.88 (0.83) | | |
| Total | 46 | 3.42 (1.03)<br>α: .85 (.85) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („nie“ (1) bis „immer“ (6) )<br>[1] Das Item wurde für die Gesamtmittelwertberechnung angepasst (von der siebenstufigen Antwortskala auf die sechsstufige Antwortskala)<br>* Dieses Item ist ein informatives Item und wurde deshalb in der Reliabilitätsberechnung nicht berücksichtigt. | | | | |

### 2.2.1.5 Bulimische Symptomatik

Die Skala „Bulimische Symptomatik“ umfasst sieben Items, die alle aus der alten Fragebogenversion übernommen wurden (α = .94). Fünf der sieben Items werden auf einer

sechsstufigen Antwortskala („nie“ bis „immer“) beantwortet und die beiden anderen Items auf einer siebenstufigen Antwortskala („nie“ bis „mehrmals täglich“) (vgl. Tabelle 21). Ein hoher Wert weist darauf hin, dass die Klientin sich gedanklich und auf der Verhaltensebene stark mit Fress- und Brechanfällen beschäftigt. Ein repräsentatives Item lautet *„Ich habe Fressanfälle, bei denen ich mit dem Essen nicht mehr aufhören kann“*.

**Tabelle 21: Reliabilitätsanalyse für Bulimische Symptomatik (Fressanfälle / Erbrechen)**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 11. Ich stopfe mich mit Essen voll. | 49 | 3.15 (1.66) | .91 | .92 |
| 12. Ich habe Fressanfälle, bei denen ich mit dem Essen nicht mehr aufhören kann. | 49 | 2.98 (1.59) | .88 | .92 |
| 13. Ich denke über Fressanfälle nach. | 50 | 3.13 (1.71) | .73 | .93 |
| 14. Ich esse sehr gezügelt in Gegenwart anderer und stopfe mich voll, wenn ich alleine bin. | 50 | 3.35 (1.84) | .87 | .92 |
| 15. Ich habe Gedanken, Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren. | 50 | 3.48 (1.89) | .71 | .93 |
| 52. Wie oft hast Du im letzten Monat Erbrochen? [1] | 50 | 3.41 (2.18) | .69 | .94 |
| 54. Wie oft hast Du im letzten Monat Fressanfälle gehabt? [1] | 50 | 3.16 (1.99) | .83 | .92 |
| Total | 48 | 3.24 (0.18)<br>α: .94 (.94) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („nie“ (1) bis „immer“ (6) ) | | | | |
| [1] Das Item wurde für die Gesamtmittelwertberechnung angepasst (von der siebenstufigen Antwortskala auf die sechsstufige Antwortskala) | | | | |

### 2.2.1.6 Hunger- und Sättigungsgefühl

Die Skala „Hunger- und Sättigungsgefühl“ konnte unverändert beibehalten werden und umfasst zwei Items, die erfragen, ob Hunger- und Sättigungsgefühle wahrgenommen werden können (*„Ich spüre, wenn ich satt bin“* und *„Ich spüre, wenn ich Hunger habe“*) (α = .64). Diese beiden Items können auf einer vierstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beantwortet werden (vgl. Tabelle 22). Diese Skala wurde nur in der klinischen Stichprobe erfasst. Ein hoher Wert steht dabei für eine gute Wahrnehmung der Hunger- und Sättigungsgefühle.

**Tabelle 22: Reliabilitätsanalyse für Hunger- und Sättigungsgefühl**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 148. Ich spüre, wenn ich satt bin. | 49 | 2.13 (1.06) | .48 | - |
| 149. Ich spüre, wenn ich Hunger habe. | 48 | 2.50 (1.05) | .48 | - |
| Total | 48 | 2.31 (0.27)<br>α: .64 (.64) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

### 2.2.1.7 Negative Wahrnehmung des Essens

Mit der Skala „Negative Wahrnehmung des Essens“ wird wie im ursprünglichen Evaluationsfragebogen mit neun Items erhoben, ob das Essen in der Wahrnehmung der Klientin eine negative Bedeutung hat (α = .91) (vgl. Tabelle 23). Die Items können auf einer sechsstufigen

Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beantwortet werden. Ein hoher Wert bedeutet eine ausgeprägte negative Wahrnehmung des Essens. Ein Item lautet *„Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich esse“*. Diese Skala wird in beiden Stichproben erhoben.

**Tabelle 23: Reliabilitätsanalyse für Negative Wahrnehmung des Essens**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 1. Ich habe wegen des Essens Schuldgefühle. [1] | 50 | 4.32 (1.20) | .76 | .89 |
| 9. Ich fühle mich schon dick, obwohl ich nur eine kleine Menge gegessen habe. [1] | 50 | 3.81 (1.65) | .69 | .89 |
| 18. Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich esse. [1] | 50 | 4.29 (1.43) | .82 | .88 |
| 19. Nach dem Essen fühle ich mich zufrieden. (-)[1] | 50 | 4.43 (1.43) | .58 | .90 |
| 20. Nach den Mahlzeiten fühle ich mich wohl. (-)[1] | 50 | 4.38 (1.36) | .49 | .91 |
| 25. Nach dem Essen fühle ich mich unwohler als vor dem Essen. [1] | 49 | 4.45 (1.43) | .85 | .88 |
| 28. Nach dem Essen ist mir übel. [1] | 50 | 3.29 (1.46) | .62 | .89 |
| 29. Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde. [1] | 49 | 3.68 (1.72) | .69 | .89 |
| 43. Ich fühle mich nicht schön, wenn ich zuviel gegessen habe. [2] | 49 | 5.11 (1.29) | .68 | .89 |
| Total | 47 | 4.20 (0.53)<br>α: .91 (.91) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig ([1] „nie“ (1) bis „immer“ (6) und [2] „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (6) )<br>(-) Das Item wurde umgepolt | | | | |

## 2.2.1.8 Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung

Diese Skala umfasste im ursprünglichen Fragebogen acht Items, die auf einer sechsstufigen Antwortskala von „nie“ bis „immer“ beurteilt werden sollten. Nach der Itemanalyse wurden zwei Items eliminiert, so dass die neue Skala nur noch sechs Items umfasst (α = .97) (vgl. Tabelle 24). Mit dieser Skala wird erfasst, ob das Essen als Mittel gegen Belastungen und Stresssituationen angewendet wird. Items aus dieser Skala lauten *„Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr“* oder *„Durch das Essen kann ich besser meine Enttäuschungen überwinden“*. Ein hoher Wert auf dieser Skala steht dabei für die Annahme, dass das Essen als gutes Mittel gegen Belastungen betrachtet wird.

**Tabelle 24: Reliabilitätsanalyse für Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 21. Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr.. | 49 | 3.13 (1.76) | .91 | .96 |
| 22. Durch das Essen kann ich besser meine Enttäuschungen überwinden. | 50 | 3.15 (1.84) | .91 | .96 |
| 23. Wenn ich unzufrieden bin, esse ich mehr. | 50 | 2.93 (1.91) | .92 | .96 |
| 24. Wenn ich vor einer unangenehmen Situation stehe, verspüre ich den Drang, etwas essen zu müssen. | 50 | 2.65 (1.61) | .88 | .96 |
| 26. Wenn ich unter "Stress" bin, esse ich mehr. | 49 | 2.87 (1.83) | .86 | .97 |
| 27. Ich esse, wenn es mir schlecht geht. | 47 | 3.13 (1.87) | .90 | .96 |
| Total | 45 | 2.98 (0.20)<br>α: .97 (.97) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („nie“ (1) bis „immer“ (6) ) | | | | |

### 2.2.1.9 Essgeschwindigkeit

Mit der Skala „Essgeschwindigkeit“ wird erfasst, wie schnell jemand im Vergleich mit Anderen isst *(„Ich esse während den Mahlzeiten schneller als andere Personen“*). Dies ist insofern wichtig, weil Bulimikerinnen häufig das Essen herunter schlingen und Anorektikerinnen im Gegensatz dazu sehr langsam essen. Schon in der ursprünglichen Version umfasste diese Skala vier Items, die alle beibehalten werden konnten (α = .85) (vgl. Tabelle 25). Die Items können auf einer sechsstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beantwortet werden. Diese Skala wurde nur in der klinischen Stichprobe erhoben. Ein hoher Wert weist dabei auf ein schnelles Esstempo hin.

**Tabelle 25: Reliabilitätsanalyse für Essgeschwindigkeit**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 44. Ich esse während der Mahlzeiten schneller als andere Personen. | 50 | 2.51 (1.66) | .68 | .81 |
| 45. Ich nehme mir mehr Zeit beim Essen als andere Personen. (-) | 50 | 2.82(1.64) | .73 | .79 |
| 46. Während der Mahlzeiten kaue ich das Essen sehr lange, bevor ich es schlucke. (-) | 50 | 3.14 (1.44) | .62 | .84 |
| 47. Während der Mahlzeiten esse ich hastig. | 49 | 2.69 (1.69) | .73 | .79 |
| Total | 49 | 2.79 (0.27)<br>α: .85 (.85) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (6) )<br>(-) Das Item wurde umgepolt | | | | |

### 2.2.1.10 Einstellung zu Sport

In dieser Skala wird der Tatsache, dass essgestörte Klientinnen oftmals Sport treiben um Energie zu verbrauchen, Rechnung getragen. Es wird vor allem die Motivation für das Treiben von Sport erfragt. Solche Items lauten *„Ich treibe Sport, weil es mir Spass macht“* oder *„Ich treibe Sport, um fit zu bleiben“*. In der alten Version des Fragebogens wurde unterschieden zwischen „Positiver Motivation gegenüber Sport“ und „Sport zum Abnehmen“. In der Itemanalyse zeigte sich, dass diese Unterscheidung so nicht beibehalten werden kann. Die beiden Items der Skala „Sport zum Abnehmen“ wurden in die neu gebildete Skala „Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht“ integriert. Die neue Skala „Einstellung zu Sport“ umfasst nur noch drei Items, die auf einer sechsstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beantwortet werden (α = .80) (vgl. Tabelle 26). Die Einstellung zu Sport wurde in der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe mit dem Fragebogen erhoben. Ein hoher Wert auf dieser Skala ist mit einer hohen Motivation für das Treiben von Sport gleichzusetzen.

**Tabelle 26: Reliabilitätsanalyse für Einstellung zu Sport**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 32. Am liebsten würde ich jeden Tag Sport treiben. | 49 | 4.29 (1.60) | .60 | .81 |
| 35. Ich treibe Sport, weil es mir Spass macht. | 46 | 4.73 (1.34) | .74 | .63 |
| 36. Ich treibe Sport, um fit zu bleiben. | 47 | 5.00 (1.23) | .65 | .75 |
| Total | 45 | 4.67 (0.36)<br>α: .80 (.82) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (6) ) | | | | |

### 2.2.1.11 Menstruation

Bereits im alten Fragebogen wurden drei Fragen zum Thema „Menstruation“ gestellt, wobei zwei Items mit ja oder nein beantwortet werden können (*„Hast Du die Menstruation in den letzten drei Monaten gehabt?“* und *„Nimmst Du wegen dem Ausbleiben der Menstruation Hormonpräparate?“*) und bei einem Item nach einer quantitativen Angabe gefragt wird *(„Wenn Du die Menstruation in den letzten drei Monaten hattest, wie oft hattest du sie?“*). Es handelt sich bei diesen drei Fragen um informative Fragen. Im Zusammenhang mit der Essstörung ist die Frage nach der Menstruation jedoch wichtig, weil das Wiedereinsetzen der Menstruation als ein Kriterium für eine erfolgreiche Remission betrachtet wird und die Amenorroeh als Zeichen für eine anhaltende Essstörung (vgl. Tabelle 27). Diese Skala wurde nur in der klinischen Stichprobe erhoben.

**Tabelle 27: Reliabilitätsanalyse für Menstruation**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 48. Hast Du die Menstruation in den letzten 3 Monaten gehabt? (-)*[1] | 48 | 0.31 (0.47) | | |
| 49. Wenn ja, wie oft? (Anzahl)* [2] | 48 | 1.81 (1.38) | | |
| 50. Nimmst du wegen Ausbleiben der Menstruation Hormonpräparate?* [1] | 48 | 0.10 (0.31) | | |
| Antwortskala: Zweistufig ([1]„ja“ (1) oder „nein“ (2) und [2] quantitative Angabe<br>(-) Item wurde umgepolt<br>* Item ist ein informatives Item und wurde deshalb in der Reliabilitätsberechnung nicht berücksichtigt. | | | | |

## 2.2.2 Soziale Kompetenzen und soziale Integration

Der Bereich der sozialen Kompetenzen und sozialen Integration besteht aus sieben Skalen. Bei der Normstichprobe wurde nur eine dieser sieben Skalen erfasst, nämlich die Skala „Kontaktangst“ (vgl. Tabelle 28).

**Tabelle 28: Übersicht der Skalen der sozialen Kompetenzen und sozialen Integration**

| Skala | Bei klinischer Stichprobe erfasst | Bei Normstichprobe erfasst |
|---|---|---|
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik | ✓ | |
| Fordern können | ✓ | |
| Kontaktangst | ✓ | ✓ |
| Konfliktvermeidung | ✓ | |
| Gefühle der Einsamkeit und Isolation | ✓ | |
| Zufriedenheit mit Beziehungen | ✓ | |
| Gruppenzugehörigkeitsgefühl | ✓ | |

### 2.2.2.1 Angst vor eigenen Fehlern und Kritik

In dieser Skala geht es um die Angst, einen Fehler zu machen und in der Folge für das eigene Fehlverhalten bestraft zu werden (*„Ich habe Angst, dass ich etwas Falsches sagen oder tun könnte“*). In der ursprünglichen Version des Fragebogens umfasste diese Skala fünf Items, aufgrund der Itemanalyse wurde ein Item eliminiert, so dass die Skala nun vier Items umfasst, die auf einer vierstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollständig zu“ beurteilt werden ($\alpha$ = .71) (vgl. Tabelle 29). Je höher die Werte auf dieser Skala, desto höher ist die Angst vor eigenem Fehlverhalten und Kritik.

**Tabelle 29: Reliabilitätsanalyse für Angst vor eigenen Fehlern und Kritik**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | $\alpha$, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 59. Ich fühle mich sehr schnell hilflos. | 49 | 2.87 (0.94) | .45 | .67 |
| 60. Ich habe Angst, dass ich etwas Falsches sagen oder tun könnte. | 49 | 3.38 (0.78) | .49 | .65 |
| 69. Im Gespräch mit anderen fühle ich mich unsicher. | 50 | 2.53 (0.84) | .62 | .57 |
| 93. Ich schiebe Entscheidungen auf. | 47 | 2.73 (0.99) | .44 | .68 |
| Total | 45 | 2.88 (0.36)<br>$\alpha$: .71 (.71) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

### 2.2.2.2 Fordern können

Diese Skala umfasst wie in der ursprünglichen Version neun Items und erfasst, ob ein Individuum eigene Anliegen äussert und durchsetzt ($\alpha$ = .71) (vgl. Tabelle 30). Die Items können auf einer vierstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft vollständig zu“ eingestuft werden. Ein hoher Wert bedeutet, dass die Klientin weniger Mühe hat, sich gegenüber Mitmenschen abzugrenzen und ihre eigenen Bedürfnisse anzubringen (*„Meine Anliegen kann ich leicht durchsetzen“* oder *„Es fällt mir schwer, andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen“*).

**Tabelle 30: Reliabilitätsanalyse für Fordern können**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 68. Es ist mir gleichgültig, was andere Leute über mich denken. | 50 | 1.59 (0.81) | .42 | .68 |
| 70. Wenn mir der Besuch eines Freundes/einer Freundin wirklich ungelegen kommt, kann ich ihm/ihr ohne Gewissensbisse absagen. | 47 | 2.15 (1.01) | .32 | .70 |
| 71. Es fällt mir schwer, andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen. (-) | 49 | 2.73 (0.87) | .29 | .70 |
| 79. Es fällt mir schwer, anderen zu sagen, was ich will. (-) | 49 | 2.39 (0.95) | .40 | .68 |
| 80. Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selber vertreten. | 50 | 2.73 (0.74) | .48 | .66 |
| 84. Meine Anliegen kann ich leicht durchsetzen. | 49 | 2.27 (0.67) | .52 | .66 |
| 94. Ich treffe Entscheidungen schnell und sicher. | 49 | 2.12 (0.84) | .35 | .69 |
| 96. Ich glaube, ich weiss, was für mich wichtig ist. | 49 | 3.10 (0.70) | .34 | .69 |
| 139. Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen. (-) | 49 | 2.56 (0.87) | .38 | .68 |
| Total | 41 | 2.40 (0.44)<br>α: .71 (.72) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) )<br>(-) Item wurde umgepolt | | | | |

### 2.2.2.3 Kontaktangst

Mit dieser Skala wird zu erfassen versucht, wie sich Personen in sozialen Beziehungen fühlen (*„Ich habe immer das Gefühl, andere Leute zu belästigen, wenn ich sie um etwas bitte“*) und wie sie sich verhalten (*„Ich wage es kaum, eigene Bedürfnisse zu äussern“*). Von den acht Items wurden sieben Items in die revidierte Version des Evaluationsfragebogens aufgenommen (α = .83) (vgl. Tabelle 31). Die Items können auf einer vierstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beantwortet werden. Ein hoher Wert auf dieser Skala bedeutet eine ausgeprägtere Angst vor sozialen Kontakten.

**Tabelle 31: Reliabilitätsanalyse für Kontaktangst**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 61. Ich wage es kaum, eigene Bedürfnisse zu äussern. | 49 | 2.69 (0.94) | .62 | .80 |
| 62. Ich finde es schwierig, mit einem Fremden ein Gespräch zu beginnen. | 50 | 2.41 (1.04) | .46 | .83 |
| 63. Ich habe immer das Gefühl, andere Leute zu belästigen, wenn ich sie um etwas bitte. | 50 | 2.76 (0.95) | .79 | .78 |
| 64. Wenn ich irgendwo eingeladen bin, fühle ich mich die ganze Zeit über befangen. | 50 | 2.51 (1.00) | .57 | .81 |
| 65. Es ist mir unangenehm, wenn ich jemandem zu Dank verpflichtet bin. | 50 | 2.06 (1.03) | .48 | .83 |
| 66. Es ist mir unangenehm, Freunde um einen Gefallen zu bitten. | 50 | 2.47 (0.96) | .64 | .80 |
| 67. Es ist mir unangenehm, wenn mir ein Kompliment gemacht wird. | 49 | 2.76 (1.07) | .54 | .82 |
| Total | 49 | 2.52 (0.78)<br>α: .83 (.84) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

### 2.2.2.4 Konfliktvermeidung

Die acht Items dieser Skala wurden beibehalten (α = .80). Mit dieser Skala wird gemessen, wie stark Konflikten ausgewichen wird (*„Ich schlucke meinen Ärger immer runter“*) oder solche verhindert werden (*„Bei Meinungsverschiedenheit bin ich immer die erste, die nachgibt“*). Die Items können auf einer vierstufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ bewertet werden (vgl. Tabelle 32). Hohe Werte bedeuten, dass das Konfliktvermeidungsverhalten gross ist.

**Tabelle 32: Reliabilitätsanalyse für Konfliktvermeidung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 72. Ich schlucke meinen Ärger immer runter. | 50 | 2.89 (0.98) | .56 | .77 |
| 73. Ich unterlasse alles, was auf Widerstand stossen könnte. | 47 | 2.53 (0.72) | .44 | .79 |
| 74. Ich neige dazu, mich für alles zu entschuldigen. | 50 | 3.09 (0.83) | .42 | .79 |
| 75. Bei Meinungsverschiedenheiten bin ich immer die erste, die nachgibt. | 50 | 2.68 (0.98) | .52 | .78 |
| 76. Es fällt mir schwer, andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin. | 50 | 2.66 (0.96) | .43 | .79 |
| 77. Ich vermeide möglichst unangenehme Auseinandersetzungen, auch wenn sie notwendig wären. | 50 | 2.57 (0.99) | .60 | .76 |
| 78. Ich vermeide fast immer, etwas zu sagen, was die Gefühle des anderen verletzen könnte. | 50 | 3.11 (0.79) | .55 | .77 |
| 85. Ich neige dazu, eher nachzugeben, als einen Streit anzufangen. | 50 | 2.77 (0.94) | .58 | .77 |
| Total | 47 | 2.79 (0.22)<br>α: .80 (.80) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

## 2.2.2.5 Gefühle der Einsamkeit und Isolation

Diese Skala erfasst das subjektive Gefühl, einsam und isoliert zu sein (*„Ich habe niemanden, mit dem ich reden kann“*). Von den ursprünglich sechs Items wurden fünf Items nach der Itemanalyse in den neuen Fragebogen aufgenommen (α = .84) (vgl. Tabelle 33). Die Items können auf einer vierstufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beantwortet werden. Ein hoher Wert bedeutet ausgeprägte Einsamkeits- und Isolationsgefühle.

**Tabelle 33: Reliabilitätsanalyse für Gefühle der Einsamkeit und Isolation**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 88. Ich habe niemanden, mit dem ich reden kann. | 49 | 1.51 (0.74) | .70 | .79 |
| 89. Es gibt niemanden, zu dem ich gehen kann, wenn ich Hilfe brauche. | 49 | 1.53 (0.84) | .57 | .82 |
| 90. Ich habe keine Freunde/Freundinnen. | 49 | 1.63 (0.91) | .68 | .79 |
| 91. Ich fühle mich alleine. | 49 | 2.57 (0.84) | .61 | .81 |
| 92. Ich bin einsam. | 49 | 2.22 (0.96) | .65 | .80 |
| Total | 49 | 1.89 (0.48)<br>α: .84 (.84) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

## 2.2.2.6 Zufriedenheit mit Beziehungen

Die Skala „Zufriedenheit mit Beziehungen“ ist zweigeteilt und umfasst die Subskala „Zufriedenheit mit Familienbeziehungen“ (vgl. Tabelle 34) und die Subskala „Zufriedenheit mit Peerbeziehungen“ (vgl. Tabelle 35). Die Skala Zufriedenheit mit Familienbeziehungen umfasst drei Items wie in der ursprünglichen Version (*„Wie zufrieden mit Du mit der Beziehung zu Deinem Vater / Mutter / Geschwister?“*) und die Skala Zufriedenheit mit Peerbeziehungen zwei Items („*Wie zufrieden bist Du mit den Beziehungen zu deinen Freundinnen / Kolleginnen?“*). Beide Skalen werden auf einer zehnstufigen Skala von „nicht vorhanden“ bis „sehr zufrieden“ bewertet. Hohe Werte in diesen beiden Skalen bedeuten eine grössere Zufriedenheit mit den jeweiligen Beziehungen.

**Tabelle 34: Reliabilitätsanalyse für Zufriedenheit mit Familienbeziehungen**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 98. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinem Vater?* | 44 | 6.61 (3.03) | - | - |
| 99. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deiner Mutter?* | 50 | 6.80 (2.96) | - | - |
| 100. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinen Geschwistern?* | 48 | 7.50 (2.64) | - | - |
| Antwortskala: Zehnstufig („nicht vorhanden“ (0) bis „sehr zufrieden“ (10) ) | | | | |
| * Die Items wurden als unabhängig voneinander betrachtet, deshalb wurde auch keine Reliabilitätsberechnung durchgeführt. | | | | |

**Tabelle 35: Reliabilitätsanalyse für Zufriedenheit mit Peerbeziehungen**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 102. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinen Freunden/Freundinnen? | 45 | 7.64 (2.25) | .68 | - |
| 103. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinen Kollegen/Kolleginnen? | 45 | 6.51 (2.37) | .68 | - |
| Total | 45 | 7.08 (0.80)<br>α: .81 (.81) | | |
| Antwortskala: Zehnstufig („nicht vorhanden“ (0) bis „sehr zufrieden“ (10) ) | | | | |
| 104. Hast Du Freunde, denen Du dich anvertrauen kannst? * | 50 | 0.76 (0.43) | - | - |
| Antwortskala: Zehnstufig („nicht vorhanden“ (0) bis „sehr zufrieden“ (10) ) | | | | |
| * Das Item wurde unabhängig von den anderen betrachtet, deshalb wurde auch keine Reliabilitätsberechnung durchgeführt. | | | | |

### 2.2.2.7 Gruppenzugehörigkeit

Die sechs ursprünglichen Items der Skala „Gruppenzugehörigkeit“ wurden beibehalten (α = .81). Mit dieser Skala wird gemessen, wie sehr sich jemand als Aussenseiter fühlt und denkt, dass er anders als seine Mitmenschen ist (*„Ich habe das Gefühl, dass ich anders bin als meine Kollegen und Kolleginnen“*). Die Items können auf einer vierstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ eingestuft werden (vgl. Tabelle 36). Hohe Werte auf dieser Skala weisen auf ein geringes Gruppenzugehörigkeitsgefühl hin.

**Tabelle 36: Reliabilitätsanalyse für Gruppenzugehörigkeit**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 81. Ich habe das Gefühl, dass ich anders bin als meine Kollegen und Kolleginnen. | 50 | 3.04 (0.84) | .47 | .80 |
| 82. Ich denke, die meisten Jugendlichen fühlen sich in Gruppen wohler als ich. | 50 | 2.59 (0.98) | .64 | .76 |
| 83. Es fällt mir schwer, mit anderen etwas zu unternehmen. | 50 | 2.18 (1.01) | .60 | .77 |
| 86. Wenn ich mit anderen Jugendlichen zusammen bin, habe ich das Gefühl, dass ich nicht richtig dazugehöre. | 50 | 2.65 (0.95) | .73 | .74 |
| 87. Es fällt mir schwer, mich anderen nahe zu fühlen. | 49 | 2.37(0.93) | .51 | .79 |
| 120. Häufig mag ich es nicht, mit anderen zusammen zu sein. | 50 | 2.49 (0.98) | .48 | .80 |
| Total | 49 | 2.55 (0.29)<br>α: .81 (.81) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

## 2.2.3 Komorbide Symptomatik der Essstörung

Der Bereich der komorbiden Symptomatik der Essstörung besteht aus acht Skalen. Bei der Normstichprobe wurden vier Skalen erfasst (vgl. Tabelle 37). Die ersten drei Skalen (Negative

Selbstbeurteilung, Positive Selbstbeurteilung und Selbstwirksamkeit) können als Facetten des Selbstkonzeptes betrachtet werden.

**Tabelle 37: Übersicht der Skalen der komorbiden Symptomatik der Essstörung**

| Skala | Bei klinischer Stichprobe erfasst | Bei Normstichprobe erfasst |
|---|---|---|
| Negative Selbstbeurteilung[1] | ✓ | ✓ |
| Positive Selbstbeurteilung[1] | ✓ | ✓ |
| Selbstwirksamkeit[1] | ✓ | |
| Zwanghaftigkeit | ✓ | |
| Depressivität | ✓ | ✓ |
| Suizidalität | ✓ | |
| Bedürfnis nach Kontrolle | ✓ | |
| Kontrollwahrnehmung | ✓ | |
| Befindlichkeit und Stimmung | ✓ | ✓ |

[1] Diese drei Skalen sind Facetten des Selbstkonzeptes.

### 2.2.3.1 Negative Selbstbeurteilung

Mit der Skala „Negative Selbstbeurteilung“ wird eine globale, negative Selbstbeurteilung zu erfassen versucht. Ein hoher Wert auf dieser Skala ist mit einer hohen negativen Selbstbeurteilung gleichzusetzen. Von den sechs ursprünglichen Items wurden zwei Items eliminiert, so dass diese Skala nun vier Items umfasst, die auf einer vierstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ eingeschätzt werden (α = .84) (vgl. Tabelle 38). Ein Item lautet *„Es gibt nicht viel, worauf ich bei mir stolz sein kann“*. Diese Skala wurde in beiden Stichproben erhoben.

**Tabelle 38: Reliabilitätsanalyse für Negative Selbstbeurteilung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 113. Ich fühle mich wertlos. | 50 | 2.77 (0.86) | .73 | .78 |
| 114. Es gibt nicht viel, worauf ich bei mir stolz sein kann. | 50 | 2.79 (0.90) | .70 | .79 |
| 115. Ich fühle mich öfters nutzlos. | 49 | 2.90 (0.83) | .72 | .78 |
| 116. Ich würde gerne vieles an mir verändern. | 50 | 3.38 (0.79) | .57 | .84 |
| Total | 49 | 2.96 (0.29)<br>α: .84 (.84) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

### 2.2.3.2 Positive Selbstbeurteilung

Ein tiefer Wert auf der Skala negative Selbstbeurteilung muss nicht zwingend mit einer positiven Selbstbeurteilung gleichgesetzt werden, deshalb wurde eine weitere Skala gebildet, die drei Items umfasst, die positiv ausgeprägt sind (*„Ich finde mich ganz in Ordnung“*) (α = .77). Diese Items werden auf einer vierstufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beurteilt (vgl. Tabelle 39). Ein hoher Wert steht für eine hohe positive Selbstbeurteilung. Diese Skala wurde in beiden Stichproben erhoben.

**Tabelle 39: Reliabilitätsanalyse für Positive Selbstbeurteilung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 109. Ich finde mich ganz in Ordnung. | 50 | 1.98 (0.87) | .62 | .68 |
| 117. Ich denke, ich habe einige gute Qualitäten. | 50 | 2.82 (0.83) | .60 | .70 |
| 124. Ich mag mich, so wie ich bin. | 50 | 1.90 (0.86) | .61 | .70 |
| Total | 50 | 2.23 (0.51)<br>α: .77 (.77) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

### 2.2.3.3 Selbstwirksamkeit

Diese Skala umfasst nur noch zwei der ursprünglich drei Items (α = .59) (vgl. Tabelle 40). Mit dieser Skala, die auf einer vierstufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ bewertet wird, wird erfasst, ob eine Person davon ausgeht, dass ihre Handlungen intentional und zielgerichtet sind (*„Ich denke, ich kann einmal gesteckte Ziele erreichen“*). Ein hoher Wert hängt mit einer höher eingeschätzten Selbstwirksamkeit zusammen. Diese Skala wurde nur in der klinischen Population erfasst.

**Tabelle 40: Reliabilitätsanalyse für Selbstwirksamkeit**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 95. Ich fühle mich meinen Aufgaben gewachsen. | 49 | 2.58 (0.85) | .42 | - |
| 97. Ich denke, ich kann einmal gesteckte Ziele erreichen. | 48 | 2.90 (0.83) | .42 | - |
| Total | 48 | 2.73 (0.22)<br>α: .59 (.59) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

### 2.2.3.4 Zwanghaftigkeit

Diese Skala umfasst sowohl Zwangsgedanken als auch Zwangshandlungen („*Es ist mir wichtig, Gegenstände auf meinem Schreibtisch oder in meinen Schubladen nach Benutzung an den alten Platz zurückzulegen“*). In der ursprünglichen Skala waren sechs Items, wobei sich zwei Items in der Itemanalyse als nicht geeignet erwiesen (α = .87) (vgl. Tabelle 41). Die Items können auf einer vierstufigen Antwortskala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ eingeschätzt werden, wobei hohe Werte auf eine ausgeprägte Zwanghaftigkeit hinweisen. Diese Skala wurde nur in der klinischen Stichprobe erfasst.

**Tabelle 41: Reliabilitätsanalyse für Zwanghaftigkeit**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 135. Es ist mir wichtig, Gegenstände auf meinem Schreibtisch oder in meinen Schubladen nach Benutzung an den alten Platz zurückzulegen. | 49 | 2.49 (1.06) | .82 | .79 |
| 136. Ich ordne jedes Mal mein Wäschefach neu, wenn ich ein Stück aus einem Stapel herausnehme. | 49 | 1.78 (0.96) | .76 | .82 |
| 137. Ich sorge stets dafür, dass Teppichkanten, Bücher, Schachteln oder Bleistifte genau ausgerichtet sind oder parallel zu anderen Gegenständen stehen oder liegen. | 49 | 1.82 (0.86) | .67 | .85 |
| 138. Ich bin oft damit beschäftigt, meine persönlichen Dinge oder meine Umgebung in Ordnung zu bringen. | 49 | 2.61 (1.00) | .65 | .86 |
| Total | 49 | 2.17 (0.44)<br>α: .87 (.87) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

## 2.2.3.5 Depressivität

Die Skala „Depressivität“ enthält die ursprünglichen 19 Items, die sich auch in der Itemanalyse bewährt haben (α = .91) (vgl. Tabelle 42). Die Items können auf einer vierstufigen Skala von „nie / sehr selten“ bis „sehr oft / fast immer“ oder „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ eingeschätzt werden. Ein hoher Wert auf dieser Skala ist mit einer hohen Depressivität gleichzusetzen. Mit dieser Skala, die in beiden Stichproben erhoben wurde, werden Gefühle der Leere („*Ich fühle mich innerlich leer“*) und der Traurigkeit („*Ich fühle mich oft deprimiert, ohne dass ich weiss warum“*) angesprochen, aber auch Probleme auf der Verhaltensebene, die im Zusammenhang mit Depressionen beobachtet werden („*Ich habe Mühe, Alltagssituationen zu bewältigen“*).

**Tabelle 42: Reliabilitätsanalyse für Depressivität**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 105. Ich fühle mich innerlich leer (gefühlsmässig). [1] | 50 | 2.89 (0.96) | .55 | .90 |
| 106. In der letzten Zeit habe ich schlecht geschlafen. [1] | 50 | 2.71 (1.06) | .43 | .91 |
| 107. Es gibt Tage, an denen ich starke Stimmungsschwankungen habe. [1] | 50 | 3.11 (0.75) | .57 | .90 |
| 108. Ich habe Mühe, Alltagssituationen zu bewältigen. [1] | 50 | 2.42 (0.97) | .61 | .90 |
| 110. Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten. | 50 | 3.07 (0.91) | .59 | .90 |
| 111. Ich fühle mich oft gereizt. [2] | 49 | 3.04 (0.93) | .53 | .90 |
| 112. Ich muss mir oft einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme. [2] | 50 | 2932 (0.86) | .49 | .90 |
| 118. Ich fühle mich oft müde und erschöpft. [2] | 50 | 3.24 (0.83) | .64 | .90 |
| 119. Es fällt mir schwer, mich für etwas zu interessieren. [2] | 50 | 2.49 (0.90) | .49 | .91 |
| 121. Ich kann mich über nichts richtig freuen. [2] | 50 | 2.56 (0.92) | .73 | .90 |
| 122. Ich fühle mich oft deprimiert, ohne dass ich weiss warum. [2] | 50 | 3.02 (0.87) | .68 | .90 |
| 123. Ab und zu denke ich, alles wäre so hoffnungslos, dass ich zu gar nichts Lust habe. [2] | 50 | 3.20 (0.84) | .66 | .90 |
| 125. Ab und zu bin ich so deprimiert, dass ich den ganzen Tag am liebsten im Bett bleiben würde. [2] | 49 | 2.96 (0.95) | .52 | .90 |
| 126. Ich denke, ich habe wenig, worüber ich mich freuen kann. [2] | 47 | 2.36 (0.91) | .50 | .90 |
| 127. Ich bin oft traurig, ohne dass ich einen Grund dafür finden kann. [2] | 49 | 3.07 (0.86) | .51 | .90 |
| 128. Ich finde mein Leben ziemlich traurig. [2] | 50 | 2.76 (0.91) | .63 | .90 |
| 131. Ich habe mich in letzter Zeit mies gefühlt. [2] | 50 | 3.29 (0.76) | .54 | .90 |
| 132. Ich denke, ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. [2] | 50 | 2.22 (0.93) | .46 | .91 |
| 133. Ich könnte die ganze Zeit weinen. [2] | 50 | 2.62 (0.78) | .53 | .90 |
| Total | 45 | 2.84 (0.32)<br>α: .91 (.91) | | |
| Antwortskala: Vierstufig ([1] „nie / sehr selten“ (1) bis „sehr oft / fast immer“ (4) und [2] „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

### 2.2.3.6 Suizidalität

In der Skala „Suizidalität“ wurden von den ursprünglich vier Items drei Items aufgrund der Itemanalyse in den neuen Fragebogen aufgenommen (α = .83) (vgl. Tabelle 43). Diese Skala umfasst Fragen zu Gedanken über den Tod (*„Ich habe in letzter Zeit viel über den Tod nachgedacht“)*. Die Items können auf einer vierstufigen Skala von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ beurteilt werden. Diese Skala wurde nur in der klinischen Stichprobe erfasst. Ein hoher Wert ist dabei mit einer ausgeprägten Suizidalität gleichzusetzen.

**Tabelle 43: Reliabilitätsanalyse für Suizidalität**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 129. Ich habe in letzter Zeit viel über den Tod nachgedacht. | 50 | 2.48 (1.16) | .75 | .70 |
| 130. Ab und zu denke ich, dass mein Leben nicht lebenswert ist. | 50 | 2.72 (1.03) | .71 | .74 |
| 134. Ich habe schon gedacht, es wäre besser, es gäbe mich nicht. | 50 | 2.86 (0.95) | .62 | .83 |
| Total | 50 | 2.69 (0.19)<br>α: .83 (.83) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) ) | | | | |

### 2.2.3.7 Bedürfnis nach Kontrolle (Ernährung, Essen, Gefühle, Körper und Person)

Die ursprüngliche Skala „Bedürfnis nach Kontrolle“ mit neun Items wurde nach der Itemanalyse auf sechs Items reduziert (α = .76) (vgl. Tabelle 44). Es geht in dieser Skala um den motivationalen Aspekt der Kontrolle, das heisst den Wunsch nach Kontrolle (*„Ich versuche, mein Hungergefühl zu bezwingen“*) und die Kontrollwahrnehmung (*„Ich fühle mich erfolgreich, wenn ich nichts oder wenig gegessen habe*“). Die Items werden auf einer vierstufigen Antwortskala beurteilt, die von „trifft gar nicht zu“ bis „trifft völlig zu“ reicht. Diese Skala wurde nur in der klinischen Stichprobe erhoben.

**Tabelle 44: Reliabilitätsanalyse für Bedürfnis nach Kontrolle**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 140. Ich versuche, mein Hungergefühl zu bezwingen. | 49 | 2.78 (0.92) | .44 | .74 |
| 141. Ich möchte immer wissen, wie die Lebensmittel zusammengesetzt sind, bevor ich sie esse / kaufe. | 49 | 2.78 (0.99) | .53 | .71 |
| 142. Ich lasse mir am Tisch nicht gerne von anderen schöpfen. | 49 | 3.28 (0.83) | .54 | .71 |
| 143. Ich fühle mich erfolgreich, wenn ich nichts oder sehr wenig gegessen habe. | 49 | 3.09 (1.03) | .55 | .71 |
| 154. Wie wichtig ist es für mich, meinen Körper beherrschen zu können? [1] | 48 | 3.63 (0.56) | .34 | .76 |
| 157. Wie wichtig ist es für mich, zu wissen, wie viele Kalorien pro Tag ich zu mir nehme? [1] | 48 | 2.42 (1.33) | .64 | .68 |
| Total | 46 | 3.00 (0.43)<br>α: .76 (.76) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft völlig zu“ (4) )<br>[1] Das Item wurde für die Gesamtmittelwertberechnung angepasst (von der zehnstufigen Antwortskala auf die vierstufige Antwortskala). | | | | |

### 2.2.3.8 Kontrollwahrnehmung

Mit den drei Items der Skala „Kontrollwahrnehmung“ (ein Item wurde nach der Itemselektion eliminiert, α = .67) wird konkret danach gefragt, wie stark man die eigene Art, die Lauen oder das eigene Aussehen verändern und kontrollieren kann (*„Wie viel kann ich etwas an der Art verändern, wie ich bin?“*). Die Items werden auf einer zehnstufigen Skala von „gar nicht viel“ bis „sehr viel“ eingeschätzt (vgl. Tabelle 45). Diese Skala wurde nur in der klinischen Stichprobe erhoben. Ein hoher Wert steht dabei für eine ausgeprägte Kontrollwahrnehmung.

**Tabelle 45: Reliabilitätsanalyse für Kontrollwahrnehmung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 153. Wie viel kann ich etwas an der Art verändern, wie ich bin? | 48 | 6.44 (2.64) | .40 | .68 |
| 155. Wie sehr kann ich selbst über meine Laune bestimmen? | 47 | 5.02 (2.64) | .52 | .53 |
| 156. Wie viel kann ich dazu beitragen, wie ich aussehe? | 47 | 7.49(2.17) | .55 | .49 |
| Total | 45 | 6.32 (1.24)<br>α: .67 (.67) | | |
| Antwortskala: Zehnstufig („gar nicht viel“ (1) bis „sehr viel“ (10) ) | | | | |

### 2.2.3.9 Negatives psychisches Befinden / Stimmung

Die Skala „Negatives psychisches Befinden / Stimmung“ wurde ein bisschen verändert, weil sich in der Itemanalyse zeigte, dass die Kronbach Alphas sehr tief waren und deshalb wurden andere Subskalen gebildet. So wird nun zwischen „Negativem psychischem Befinden / Stimmung“ (vgl. Tabelle 46) und „Introversion / Extraversion“ (vgl. Tabelle 47) unterschieden.

Die Subskala „Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung“ umfasst zwölf Items (Eigenschaftspaare wie „*hoffnungsvoll und resigniert*“ oder „*nachgiebig und trotzig*“) (α = .80), die wie die zwei Items der Skala „Introversion / Extraversion“ (α = .77) auf einer sechsstufig Antwortskala mit den beiden Polen „sehr“ eingeschätzt werden. Diese Skala wurde in beiden Stichproben erfasst. Ein hoher Wert steht eher für eine ausgeprägte negative psychische Befindlichkeit. An dieser Stelle sei angefügt, dass sich während der Durchführung der Befragung zeigte, dass die Beantwortung dieser Fragen sehr schwierig und auch nicht ganz klar verständlich ist.

**Tabelle 46: Reliabilitätsanalyse für Negatives psychisches Befinden / Stimmung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 166. Ruhig (1) vs. Zappelig (6) | 43 | 3.77 (1.60) | .45 | .79 |
| 167. Gelöst (1) vs. Verkrampft (6) | 43 | 4.51 (1.19) | .65 | .77 |
| 169. Draufgängerisch (1) vs. Zurückhaltend (6) | 39 | 4.44 (1.33) | .36 | .80 |
| 170. Unbefangen (1) vs. Befangen (6) | 39 | 4.64 (1.06) | .73 | .77 |
| 171. Unruhig (1) vs. Ruhig (6) (-) | 43 | 3.95 (1.76) | .25 | .81 |
| 172. Wohl (1) vs. Unwohl (6) | 40 | 4.72 (1.21) | .65 | .77 |
| 173. Unternehmungslustig (1) vs. erschöpft (6) | 40 | 4.44 (1.59) | .57 | .77 |
| 174. Nachgiebig (1) vs. Trotzig (6) | 43 | 3.62 (1.44) | .28 | .80 |
| 175. Gereizt (1) vs. Ausgeglichen (6) (-) | 43 | 4.15 (1.46) | .36 | .80 |
| 176. Kompromissbereit (1) vs. Kämpferisch (6) | 43 | 3.33 (1.51) | .27 | .81 |
| 178. Froh (1) vs. Bedrückt (6) | 43 | 4.46 (1.25) | .64 | .77 |
| 179. Hoffnungsvoll (1) vs. Resigniert (6) | 43 | 3.97 (1.65) | .41 | .79 |
| Total | 39 | 4.17 (0.44)<br>α: .80 (.82) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („sehr" (1) bis „sehr" (6) auf zwei Polen) | | | | |

**Tabelle 47: Reliabilitätsanalyse für Introversion / Extraversion**

| Itemnummer / Text | Anzahl berück-sichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 168. Verschlossen (1) vs. Offen (6) (-) | 44 | 4.00 (1.46) | .63 | - |
| 177. Unsicher (1) vs. Sicher (6) (-) | 44 | 4.14 (1.64) | .63 | - |
| Total | 44 | 4.07 (0.10)<br>α: .77 (.77) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („sehr" (1) bis „sehr" (6) auf zwei Polen)<br>(-) Item wurde umgepolt | | | | |

## 2.3 Statistische Anmerkungen

In diesem Unterkapitel geht es darum, die statistische Umsetzung der Hypothesen und Fragestellungen aufzuzeigen, die im Theorieteil formuliert wurden (vgl. 1.8 Hypothesen und Fragestellungen der vorliegenden Studie).

**Vergleiche zwischen den weiblichen Jugendlichen der Normstichprobe und den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe:**

1. Die erste Fragestellung bezieht sich auf den Vergleich zwischen den essgestörten und nicht-essgestörten Jugendlichen: Um Vergleiche zwischen mehr als zwei unabhängigen Stichproben durchzuführen, wird die einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) bei normalverteilten (und varianzhomogenen) Stichproben verwendet. Dabei wird die Frage untersucht, ob sich die erhobenen Konstrukte in den drei Gruppen unterscheiden (Bulimikerinnen und Anorektikerinnen der klinischen Stichprobe und die weibliche Normstichprobe), das heisst, ob es Unterschiede bezüglich den Mittelwerten in den Stichproben gibt. Wenn man von keiner Normalverteilung der Stichprobe ausgehen kann, muss der nonparametrische H-Test nach Kruskal und Wallis

verwendet werden und bei signifikanten Ergebnissen der Mann-Whintey-Test für die Einzelvergleiche.

2. Die zweite Fragestellung bezieht sich auf die Zusammenhänge zwischen den verschiedenen Konstrukten und den Vergleich dieser Zusammenhänge in den drei Stichproben: Um Zusammenhänge zwischen zwei Variablen zu untersuchen, werden Korrelationen berechnet. Wenn man von einer Normalverteilung der Daten auf dem Intervallniveau ausgehen kann, wird die Korrelation nach Pearson (Produkt-Moment-Korrelation) berechnet. Ist mindestens eine Variabel nicht normalverteilt oder ist mindestens eine Variable ordinalskaliert, muss die Korrelation nach Spearman (Rangkorrelation) berechnet werden. Falls bereits Hypothesen zu einem bestimmten Zusammenhang formuliert wurden, wird ein einseitiger Test gemacht, sonst ein zweiseitiger Test. Die Korrelation gibt einzig die Stärke und Richtung des Zusammenhangs an. Die Frage nach der Kausalität kann mit der Korrelation nicht beantwortet werden. Es geht konkret um die Frage, ob die Aussage „je grösser die eine Variable, desto grösser die andere" (positiver Zusammenhang) beziehungsweise die Aussage „je grösser die eine Variable, desto kleiner die andere" (negativer Zusammenhang) zutrifft. Um zu prüfen, ob die Zusammenhänge in den drei Stichproben vergliechbar sind, wird die $\chi^2$-verteilte Prüfgrösse V (df = k-1) herangezogen (Bortz, 1993, 204). Der kritische Wert für df = 3-1 = 2 ist $\chi^2_{(2;95\%)} = 5.99$ und $\chi^2_{(2;99\%)} = 9.21$. Wenn der empirische $\chi^2$-Wert grösser ist als der kritische Wert, wird die Nullhypothese verworfen: Der Zusammenhang zwischen den Konstrukten ist in den verschiedenen Stichproben unterschiedlich. Um die Zusammenhänge in zwei Stichproben zu vergleichen, werden die Korrelationskoeffizienten mit der Fishers Z-Transformation berechnet. Anhand dieser Fishers Z-Transformationen werden z-Werte berechnet, die mit einem kritischen z-Wert verglichen werden. Der z-Wert wird nach folgender Formel berechnet:

   $z = (Z_1 - Z_2) / [\sigma(z_1 - z_2)]$

   wobei $\sigma(z_1 - z_2)] = \sqrt{} [1 / (n_1 - 3)] + [1 / (n_2 - 3)]$

   Der kritische z-Wert für den zweiseitigen Test auf dem 5%-Niveau liegt bei ± 1.96 und auf dem 1%-Niveau bei ± 2.57. Liegt der gefundene z-Wert nicht im Annahmebereich der Nullhypothese, muss die H0 verworfen werden und die Behauptung, dass die beiden Skalen in beiden Populationen gleich korrelieren, muss aufgrund der Daten zurückgewiesen werden (Bortz, 1993, 203).

3. Die dritte Fragestellung bezieht sich auf die Risikofaktoren für die Entstehung einer Körperkonzeptstörung: Statistisch werden solche Fragen mit einer multiplen linearen Regression berechnet. In Regressionsanalysen wird die Art des Zusammenhangs zwischen zwei Variablen beschrieben (im Unterschied dazu bei Korrelationen die Stärke des Zusammenhangs). Es geht darum, eine (abhängige) (Kriteriums-)Variable aus den Werten anderer (unabhängigen)

(Prädiktor-)Variablen vorherzusagen. Es wird versucht, diejenigen unabhängigen Variablen zu identifizieren, die eine möglichst weitgehende Varianzerklärung der abhängigen Variablen gestattet. In der schrittweisen multiplen linearen Regression werden jeweils nur diejenigen unabhängigen Variablen in die Berechnung einbezogen, die sich als relevant erweisen und es werden mehrere unabhängige Variablen in die Berechnung einbezogen.

4. Der Vergleich zwischen den Frauen und Männern der Normstichprobe wird statistisch analog zum Vergleich zwischen den essgestörten und nicht essgestörten Jugendlichen durchgeführt.

**Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kindes- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland:**

Neben diesen Vergleichen und der Erforschung der Zusammenhänge zwischen den untersuchten Konstrukten in den drei Stichproben geht es in einem zweiten Teil dieser Arbeit um die Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen. Bei der Auswertung der Daten stellen sich zwei grundlegende Probleme: Es handelt sich um eine verhältnismässig kleine Stichprobe (vor allem wenn nur die vollständigen Datensätze (für alle sechs Erhebungszeitpunkte) berücksichtigt werden). 2) Die Verteilungen sind sehr schief, was in einer klinischen Stichprobe auch zu erwarten ist. In Anlehnung an Bortz und Lienert (2003) wurden deshalb nonparametrische Verfahren eingesetzt, die auch bei kleinen Stichproben und nicht normalverteilten Merkmalen angewendet werden können. In den Berechnungen werden der U-Test nach Mann und Whitney (Vergleich von zwei unabhängigen Stichproben), der H-Test nach Kruskal und Wallis (Vergleich von mehr als zwei unabhängigen Stichproben), der Vorzeichenrangtest von Wilcoxon (Vergleich von zwei verbundenen Stichproben) und der Friedman Test (Vergleich von mehr als zwei verbundenen Stichproben) angewandt (Bühl & Zöfel, 2002).

Nachdem in diesem zweiten Kapitel zu den verwendeten Methoden der Arbeit die klinische Stichprobe und die Normstichprobe(n) näher beschrieben wurde und die Fragebogen mit den Skalen vorgestellt wurden, werden nun im nächsten Kapitel die Ergebnisse der Studie dargestellt. In einem ersten Teil geht es dabei um den Vergleich zwischen der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe und damit verbundenen Fragestellungen. In einem zweiten Teil geht es dann um die eigentliche Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes.

# 3 Ergebnisse der Studie

## 3.1 Vergleiche zwischen den weiblichen Jugendlichen der Normstichprobe und den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe

### 3.1.1 Vergleiche zwischen essgestörten und nicht-essgestörten weiblichen Jugendlichen in Bezug auf die anorektische und bulimische Symptomatik, die sozialen Kompetenzen und soziale Integration und die komorbide Symptomatik der Essstörung

In diesem Unterkapitel geht es um die Herausarbeitung mögliche Unterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe. Aus theoretischen Überlegungen und aufgrund der bisherigen Forschung kann man davon ausgehen, dass es Unterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe geben sollte. Wenn es keine Unterschiede geben würde, würde das darauf hinweisen, dass die Unterscheidung zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Klientinnen hinfällig ist und das Instrument der vorliegenden Studie nicht geeignet sind, um zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Jugendlichen zu differenzieren. Für die Berechnungen wurden bei der klinischen Stichprobe jeweils die Eintrittsdaten verwendet.

Zu Beginn dieser Arbeit wurden verschiedene Hypothesen und Fragestellungn formuliert (vgl. 1.8 Hypothesen und Fragestellungen), die nun in den nachfolgenden Ausführungen zu beantworten versucht werden. Die Hypothesen beziehen sich auf die Facetten des Körperkonzeptes (Negative körperliche Selbsteinschätzung, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht), die Facetten des Selbstkonzeptes (Negative und Positive Selbstbeurteilung) und weitere Unterschiede bezüglich anorektischer und bulimischer Symptomatik (Zügelung des Essens, Einstellung zu Sport, Negative Wahrnehmung des Essens), soziale Kompetenzen und sozialer Integration (Kontaktangst) und der komorbiden Symptomatik der Essstörung (Depressivität und Negatives psychisches Befinden). Um die drei Stichproben zu vergleichen, wurde bei fehlender Normalverteilung der nonparametrische H-Test nach Kruskal-Wallis (vgl. Tabelle 48) angewandt und bei gegebener Normalverteilung die einfaktorielle Varianzanalyse (vgl. Tabelle 49).

**Tabelle 48: Vergleich zwischen den Bulimikerinnen und Anorektikerinnen der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifikanz | Mann-Whitney U | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | (1) Anorektikerinnen | 17 | 1.9664 | 2 | 36.255*** | .000 | (1) und (2): 199.500 | .218 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 2.3000 | | | | (1) und (3): 735.500*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.8333 | | | | (2) und (3): 2685.00*** | .000 |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 4.06838 | 2 | 74.473*** | .000 | (1) und (2): 220.500 | .602 |
| | (2) Bulimikerinnen | 27 | 4.31458 | | | | (1) und (3): 803.00*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.40088 | | | | (2) und (3): 626.000*** | .000 |
| **Negative Selbstbeurteilung** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 3.0000 | 2 | 73.718*** | .000 | (1) und (2): 258.000 | .796 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 2.9250 | | | | (1) und (3): 525.000*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.7826 | | | | (2) und (3): 1212.00*** | .000 |
| **Positive Selbstbeurteilung** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 2.1852 | 2 | 52.535*** | .000 | (1) und (2): 244.000 | .575 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 2.3111 | | | | (1) und (3): 906.500*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 3.1574 | | | | (2) und (3): 1735.00*** | .000 |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten)** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 3.6397 | 2 | 95.042*** | .000 | (1) und (2): 256.500 | .774 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 3.8298 | | | | (1) und (3): 564.000*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.6647 | | | | (2) und (3): 400.500*** | .000 |
| **Negative Wahrnehmung des Essens** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 3.9483 | 2 | 90.104*** | .000 | (1) und (2): 254.000 | .733 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 4.1912 | | | | (1) und (3): 639.500*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.0908 | | | | (2) und (3): 475.000*** | .000 |
| **Einstellung zu Sport** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 4.6582 | 2 | 3.569 | .168 | | |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 4.1667 | | | | | |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 4.0521 | | | | | |
| **Kontaktangst** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 2.5317 | 2 | 52.506*** | .000 | (1) und (2): 259.000 | .814 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 2.4833 | | | | (1) und (3): 704.500*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.6975 | | | | (2) und (3): 1918.00*** | .000 |
| **Depressivität** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 2.6754 | 2 | 76.756*** | .000 | (1) und (2): 190.500 | .122 |
| | (2) Bulimikerinnen | 29 | 2.8916 | | | | (1) und (3): 630.000*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.8180 | | | | (2) und (3): 868.500*** | .000 |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung** | (1) Anorektikerinnen | 15 | 4.1384 | 2 | 66.161*** | .000 | (1) und (2): 170.500 | .634 |
| | (2) Bulimikerinnen | 25 | 4.2064 | | | | (1) und (3): 478.000*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.9091 | | | | (2) und (3): 811.500*** | .000 |
| **Alter** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 215.444 | 2 | 2.190 | .335 | | |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 217.400 | | | | | |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 212.114 | | | | | |
| **BMI (Durchschnittswert bei klinischer Stichprobe)** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 17.7122 | 2 | 27.435*** | .000 | (1) und (2): 80.500 | .332 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 19.8342 | | | | (1) und (3): 831.500*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 20.7570 | | | | (2) und (3): 3676.00 | .068 |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 49: Vergleich zwischen den Bulimikerinnen und Anorektikerinnen der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe (Oneway ANOVA)**

| Skala | Stichprobe | Mittelwert | Freiheits-grade (df) | F-Wert | Signifikanz (p) | Post-hoc (Scheffé) | Standard-fehler | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung** | (1) Anorektikerinnen | 3.1008 | 2, 350 | 9.518*** | .000 | (1) und (2) | .17682 | .001*** |
| | (2) Bulimikerinnen | 3.7759 | | | | (1) und (3) | .14423 | .275 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 3.3331 | | | | (2) und (3) | .11246 | .001*** |
| **Introversion / Extraversion** | (1) Anorektikerinnen | 3.1250 | 2, 333 | 3.662* | .027 | (1) und (2) | .39066 | .631 |
| | (2) Bulimikerinnen | 3.5000 | | | | (1) und (3) | .30349 | .638 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 2.8355 | | | | (2) und (3) | .25817 | .038* |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Es zeigte sich in den statistischen Analysen, dass es zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der weiblichen Normstichprobe viele signifikante Mittelwertsunterschiede gibt. Die beiden klinischen Stichproben unterschieden sich nur bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung signifikant voneinander, was darauf hinweisen könnte, dass die im Fragebogen erfassten Skalen für Bulimikerinnen und Anorektikerinnen gleichermassen von Bedeutung sind und es zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen kaum signifikante Unterschiede bezüglich

der anorektischen und bulimischen Symptomatik, der sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung gibt. Dieses Resultat weist aber auch darauf hin, dass die Bulimikerinnen im Vergleich zu den Anorektikerinnen eine signifikant ausgeprägtere negative körperliche Selbsteinschätzung vornehmen und sich als zu dick einschätzen. Darin spiegelt sich der Wunsch der Bulimikerinnen, dünner zu sein und ihre Unzufriedenheit mit ihrem Aussehen.

In den folgenden Ausführungen werden zuerst die Ergebnisse zu der anorektischen und bulimischen Symptomatik, unter besonderer Berücksichtigung der Facetten des Körperkonzeptes, die sozialen Kompetenzen und soziale Integration und zum Schluss die komorbide Symptomatik der Essstörung, unter besonderer Berücksichtigung der Facetten des Selbstkonzeptes, dargestellt.

#### 3.1.1.1 Die anorektische und bulimische Symptomatik in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe

Bei der anorektischen und bulimischen Symptomatik sind die ***Facetten des Körperkonzeptes*** von besonderem Interesse. Bezüglich der *Negative körperliche Selbsteinschätzung* kann die Hypothese, dass es einen Unterschied zwischen der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe gibt, nur teilweise angenommen werden: Es gibt zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikierinnen und der weiblichen Normstichprobe einen signifikanten Mittelwertsunterschied. Die Anorektikerinnen haben durchschnittlich die geringste Negative körperliche Selbsteinschätzung, gefolgt von der weiblichen Normstichprobe und den Bulimikerinnen. In den Post-hoc Einzelvergleichen zeigt sich, dass es bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung zwei Untergruppen gibt: Die Bulimikerinnen unterscheiden sich signifikant von den Anorektikerinnen und der weiblichen Normstichprobe, indem sie sich eher als zu dick einschätzen. Die Anorektikerinnen und die Schülerinnen der weiblichen Normstichprobe schätzen ihren Körper eher als genau richtig ein und es gibt keine signifikanten Unterschiede bei diesen beiden Untergruppen. Man kann die Hypothese, dass es zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen keinen signifikanten Mittelwertsunterschied gibt, aufgrund der Daten nicht beibehalten. Die Bulimikerinnen scheinen sich zu dick zu fühlen und eine Gewichtsreduktion anzustreben, da sie sich unwohl in ihrem Körper fühlen. Die Anorektikerinnen hingegen schätzen ihren Körper eher als genau richtig ein. An dieser Stelle sei darauf hingewiesen, dass diese subjektive Einschätzung natürlich auch stark verzerrt sein kann und die Anorektikerinnen auch mit einem niedrigen Gewicht zufrieden sein könnten. Die Anorektikerinnen scheinen mit ihrem Körper zufrieden zu sein. Die Unzufriedenheit der Bulimikerinnen könnte dadurch erklärt werden, dass sie sich für ihre Ess- und Brechanfälle schämen und es teilweise auch zu einer tatsächlichen Gewichtszunahme als Folge der Essanfälle

kommen kann. In Zusammenhang mit der *Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung* wurde die Hypothese formuliert, dass es in der klinischen Stichprobe eine ausgeprägtere Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung gibt als in der Normstichprobe. Dieses Hypothese kann durch die Daten gestützt werden. Der Mittelwertsunterschied zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der weiblichen Normstichprobe ist signifikant. Dabei haben die Anorektikerinnen die tiefsten durchschnittlichen Mittelwerte, gefolgt von den Bulimikerinnen und der Normstichprobe. Zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen gibt es keinen signifikanten Mittelwertsunterschied. Die Anorektikerinnen beziehungsweise Bulimikerinnen unterscheiden sich jedoch signifikant von der Normstichprobe, indem sie eine signifikant tiefere Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung haben. Aber auch die Frauen der Normstichprobe sind ihrer körperlichen Erscheinung gegenüber eher kritisch und negativ eingestellt, wenn man bedenkt, dass die Skala von 1 bis 4 reicht und sie einen Mittelwert von 2.8333 erreichen. Somit bestätigt sich auch in dieser Untersuchung eine gewisse „normative Unzufriedenheit“. Die vorliegenden Ergebnisse sind mit der Studie von Goldfein, Walsh und Midlarsky (2000) und Cash und Deagle (1997) vergleichbar, die zeigen konnten, dass die Unzufriedenheit mit dem Körper auch bei Kontrollpersonen beobachtet werden kann. Als dritte Facette des Körperkonzeptes wurde die *Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht* definiert*:* Die Hypothese, dass sich Anorektikerinnen und Bulimikerinnen stärker um ihr Aussehen, Figur und Gewicht sorgen als die Normstichprobe, kann bestätigt werden. Die Bulimikerinnen sorgen sich am stärksten um ihr Aussehen, Figur und Gewicht, gefolgt von den Anorektikerinnen und der Normstichprobe.

Neben den Hypothesen zu den Facetten des Körperkonzeptes wurden weitere Fragstellungen in Zusammenhang mit der anorektischen und bulimischen Symptomatik formuliert. Bezüglich der *Zügelung des Essens* kann die Hypothese, dass die Anorektikerinnen im Vergleich zu der Normstichprobe und den Bulimikerinnen das ausgeprägteste Diätverhalten zeigen, nicht angenommen werden. Es zeigte sich ein signifikanter Unterschied zwischen der Normstichprobe und den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen, dabei hatten die Bulimikerinnen das ausgeprägteste Diätverhalten, gefolgt von den Anorektikerinnen und der Normstichprobe. Der Unterschied zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen war nicht signifikant, jedoch die Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen, beziehungweise den Bulimikerinnen und der weiblichen Normstichprobe. Die erstaunlich hohen Mittelwerte der Bulimikerinnen können so interpretiert werden, dass die Bulimikerinnen oft bereits vor Eintritt in die Psychotherapiestation versuchen, die Ess-Brech-Anfällen zu unterbinden und in der Folge eher restriktiv essen (um so einen Anfall zu vermeiden oder kompensieren). Bezüglich der *Einstellung zu Sport* wurde die Hypothese formuliert, dass vor allem die Anorektikerinnen eine hohe Motivation für Sport haben. Diese Hypothese kann so nicht bestätigt werden. Zwischen den drei Stichproben gibt es keine

singifikanten Unterschiede. Die Hypothese bezüglich der *Negativen Wahrnehmung des Essens*, dass die Anorektikerinnen und die Bulimikerinnen das Essen negativer als die Normstichprobe wahrnehmen, kann bestätigt werden. Zwischen den drei Stichproben gibt es signifikante Unterschiede, die auf die signifikanten Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen beziehungweise Bulimikerinnen und der Normstichprobe zurückgeführt werden können. Die Vermutung, dass das Essen bei den Bulimikerinnen negativer besetzt ist, hat sich ansatzweise als richtig erwiesen, da sie die höchsten Mittelwerte haben.

#### 3.1.1.2 Die sozialen Kompetenzen und soziale Integration in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe

Bezüglich den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration wurde in den drei Stichproben nur die *Kontaktangst* erfasst. Die Hypothese, dass die Kontaktangst in der klinischen Stichprobe ausgeprägter ist, kann bestätigt werden. Zwischen den drei Stichproben gibt es signifikante Mittelwertsunterschiede, die durch die signifikanten Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen beziehungweise Bulimikerinnen und der Normstichprobe bedingt sind. Durch die Daten lässt sich bestätigen, dass die essgestörten Jugendlichen signifikant mehr Angst vor sozialen Kontakten haben. Mit diesem Befund lässt sich aber noch nicht erklären, ob die Kontaktangst schon vor der Symptomatik der Essstörung beobachtet werden konnte oder erst im Laufe der Essstörung entstanden ist. Die Kontaktangst kann so interpretiert werden, dass es für essgestörte Jugendliche schwierig ist, in Kontakt mit Gleichaltrigen zu treten. Sie schämen sich meist für ihr Aussehen und haben ein tiefes Selbstkonzept und getrauen sich dann nicht, auf andere zuzugehen. Hinzu kommt, dass die Essstörung in ihrem Verlauf immer mehr Zeit der Betroffenen in Anspruch nimmt und sie soziale Kontakte aus zeitlichen Gründen nicht mehr aufrecht erhalten können.

#### 3.1.1.3 Die komorbide Symptomatik der Essstörung in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe

Bei der komorbiden Symptomatik der Essstörung sind die ***Facetten des Selbstkonzeptes*** von besonderem Interesse. Bezüglich der *Negativen und positiven Selbstbeurteilung* kann die Hypothese, dass es in der klinischen Stichprobe ausgeprägtere negative Selbstbeurteilungen und weniger ausgeprägte positive Selbstbeurteilungen gibt, angenommen werden. Zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen gibt es bezüglich der Negativen und der Positiven Selbstbeurteilung keine signifikanten Unterschiede. Diese Daten belegen, dass die essgestörten

Jugendlichen sich selbst in ihrer Person (und nicht nur ihren Körper) negativer beurteilen als die nicht-essgestörten Jugendlichen.
Bezüglich der *Depressivität* kann die Hypothese, dass die Jugendlichen der klinischen Stichprobe im Vergleich zu der Normstichprobe signifikant höhere Depressivitätswerte haben, bestätigt werden. Zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen gibt es keine signifikanten Mittelwertsunterschiede. Die Hypothese in Bezug auf die *Negative psychische Befindlichkeit* (Jugendliche der klinischen Stichprobe sind stärker belastet), kann durch die Daten bestätigt werden. Es gibt zwischen den drei Stichproben signifikante Unterschiede, wobei es zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen auch hier keine signifikanten Unterschiede gibt, sondern nur zwischen den Anorektikerinnen beziehungweise den Bulimikerinnen und der Normstichprobe.

Zusammenfassend kann aufgrund diesen Ergebnissen festhalten werden, dass es zwischen den drei untersuchten Stichproben viele signifikante Mittelwertsunterschiede gibt, die vor allem auf signifikante Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen beziehungweise Bulimikerinnen und der Normstichprobe zurückgeführt werden können. Die Homogenität der klinischen Stichprobe lässt den Schluss zu, dass es zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bezüglich den drei Dimensionen der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung kaum signifikante Mittelwertsunterschiede gibt. Anorektikerinnen und Bulimikerinnen sind stärker mit ihrem Aussehen, Figur und Gewicht beschäftigt (und besorgt) und berichten über ein ausgeprägteres Diätverhalten als die Normstichprobe. Dies weist ein weiteres Mal darauf hin, dass die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht eine gute Skala darstellt, um zwischen Essgestörten und nicht-essgestörten Jugendlichen zu differenzieren. Zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen gibt es entgegen der Hypothese jedoch keine Unterschiede in Bezug auf das Diätverhalten. Anorektikerinnen und Bulimikerinnen sind viel unzufriedener mit ihrer körperlichen Erscheinung als die Normstichprobe und das Essen ist für sie signifikant negativer besetzt als in der Normstichprobe. Die klinische Stichprobe berichtet insgesamt vermehrt über Kontaktängste und die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen leiden viel stärker an depressiven Verstimmungen als die Jugendlichen der Normstichprobe. Ihre positive Selbstbeurteilung ist sehr niedrig und man kann davon ausgehen, dass essgestörte Jugendliche vor allem ihre Schwächen und Grenzen sehen und kaum ihre eigenen Fähigkeiten und Ressourcen wahrnehmen. Bezüglich der Stimmung zeigte sich, dass die klinische Population stärker unter Stimmungsschwankungen leidet als die Normstichprobe.

### 3.1.2 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe

Nachdem im ersten Unterkapitel die Unterschiede zwischen den drei Stichproben untersucht wurden, geht es nun in diesem zweiten Unterkapitel um die Frage, ob es zwischen den Konstrukten in den einzelnen Stichproben Zusammenhänge gibt und ob diese Zusammenhänge in den drei Stichproben vergleichbar sind.

In den nachfolgenden Ausführungen werden zuerst die Zusammenhänge zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und den relevanten Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, der sozialen Komptenzen und Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung in den drei Stichproben herausgearbeitet und miteinander verglichen. In einem zweiten Schritt geht es dann um die Facetten des Selbstkonzeptes und Zusammenhänge mit den relevanten Konstrukten in den drei Stichproben.

#### 3.1.2.1 Zusammenhänge zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung in den drei Stichproben

*a) Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben*

In den nachfolgenden Ausführungen werden zuerst die Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und relevanten Konstrukten bei den Anorektikerinnen, bei den Bulimikerinnen und schliesslich bei der Normstichprobe beschrieben und miteinander verglichen.

Bei den *Anorektikerinnen* gibt es zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und den untersuchten Konstrukten verschiedene positive Zusammenhänge (vgl. Tabelle 50): einen hohen positiven Zusammenhang mit der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($r = .767$, $p < .001$**), einen hohen positiven Zusammenhang mit der Zügelung des Essens ($r = .782$, $p < .001$**), einen mittleren positiven Zusammenhang zur Einstellung zu Sport ($r = .539$, $p = .013$*) und einen hohen positiven Zusammenhang mit der Negativen Wahrnehmung des Essens ($r = .784$, $p < .001$**). Das bedeutet, dass eine hohe Negative körperliche Selbsteinschätzung mit einer grossen Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, einer ausgeprägten Zügelung des Essens, einer hoher Motivation Sport zu treiben und einer hohen negativen Wahrnehmung des Essens zusammenhängt.

Einen negativen Zusammenhang gibt es zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (r = -.508, p = .019*) und der Positiven Selbstbeurteilung (r = -.453, p = .034*). Das heisst, dass eine hohe Negative körperliche Selbsteinschätzung (jemand fühlt sich eher zu dick) mit einer tieferen Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zusammenhängt. Das bedeutet, dass von den drei Facetten des Selbstwertes zwei signifikant negativ mit der negativen körperlichen Selbsteinschätzung zusammenhängen. Je besorgter eine Anorektikerin über ihr Aussehen, Figur und Gewicht ist, desto höher ist ihre negative körperliche Selbsteinschätzung und je tiefer die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, desto höher die negative körperliche Selbsteinschätzung.

Bei den *Bulimikerinnen* gibt es zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und den folgenden Konstrukten positive Zusammenhänge (vgl. Tabelle 50): BMI (r = .648, p < .001***), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (r = .610, p < .001***), Zügelung des Essens (r = .547, p = .001***), Negative Wahrnehmung des Essens (r = .474, p = .005**) und Kontaktangst (r = .321, p = .045*). Negative Zusammenhänge gibt es zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (r = -.637, p < .001**) und der Positiven Selbstbeurteilung (r = -.545, p = .001***). Es fällt auf, dass die Negative körperliche Selbsteinschätzung der Bulimikerinnen stark mit ihrem Gewicht, respektive BMI zusammenzuhängen scheint.

In der *weiblichen Normstichprobe* sind mit einer Ausnahme (Introversion / Extraversion) alle Korrelationen zwischen den relevanten Konstrukten und der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung signifikant. Positive Zusammenhänge bestehen zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und den folgenden Konstrukten (vgl. Tabelle 50): Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (r = .582, p < .001***), Negative Selbstbeurteilung (r = .270, p < .001***), BMI (r = .620, p < .001**), Zügelung des Essens (r = .508, p < .001***), Negative Wahrnehmung des Essens (r = .551, p < .001***), Kontaktangst (r = .210, p < .001***), Depressivität (r = .236, p < .001***), Negatives psychisches Befinden / Stimmung (r = .272, p < .001***). Signifikante negative Zusammenhänge gibt es zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und folgenden Skalen: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (r = -.560, p < .001***), Positiven Selbstbeurteilung (r = -.335, p < .001***), Einstellung zu Sport ( r = -.127, p = .013*).

Wenn man die Zusammenhängen zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und den relevanten Konstrukten der drei Stichproben miteinander vergleicht, zeigt sich nur ein signifikanter Unterschied (vgl. Tabelle 50): Zusammenhang zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Einstellung zu Sport (V = 9.54**). Der Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass es nur in der Normstichprobe einen negativen Zusammenhang zwischen der

Einstellung zu Sport und der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung gibt, die Zusammenhänge in der klinischen Stichprobe sind positiv. Das heisst, dass in der Normstichprobe der Sport einen anderen Stellenwert und Bedeutung hat als in der klinischen Stichprobe. Wenn die Jugendlichen motiviert sind, Sport zu treiben, ist auch ihre Selbsteinschätzung negativ. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass sie sich dann viel mehr mit anderen vergleichen und sich wahrscheinlich als dicker und unsportlicher einschätzen. An dieser Stelle sei auf eine Beobachtung hingewiesen, die aber nicht statistisch signifikant war: Bei den Bulimikerinnen war im Unterschied zu den Anorektikerinnen und der Normstichprobe eher zu beobachten, dass sie manchmal als Einzige positive Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und den Skalen zeigten. Dies ist der Fall bei der Kontaktangst, der Depressivität, der Negativen psychischen Befindlichkeit / Stimmung und dem Alter. Das bedeutet, dass ihre Negative körperliche Selbsteinschätzung höher ist, wenn die Werte auf den genannten Skalen tiefer sind. Bei den anderen beiden Stichproben war der Zusammenhang negativ. Diese Beobachtung könnte darauf hinwiesen, dass die Negative körperliche Selbsteinschätzung der Bulimikerinnen von vielen Faktoren abhängt.

*b) Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben*

Es gibt bei den *Anorektikerinnen* einzig zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und dem Alter bei Eintritt ($r = .641$, $p = .003$**) einen signifikanten mittleren positiven Zusammenhang (vgl. Tabelle 50). Alle anderen signifikanten Zusammenhänge sind negativ: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($r = -.769$, $p < .001$**), Negative Wahrnehmung des Essens ($r = -.694$, $p = .001$***), Zügelung des Essens ($r = -.622$, $p = .004$**), Einstellung zu Sport ($r = -.624$, $p = .004$**) und Negative Selbstbeurteilung ($r = -.514$, $p = .017$*). Diese Resultate weisen darauf hin, dass bei den Anorektikerinnen viele Problembereiche von Essstörungen mit einer schlechteren Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zusammenhängen und je höher die Essstörungssymptome sind, desto ausgeprägter ist auch die Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung. Der positive Zusammenhang zwischen dem Alter und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung scheint auf den Trend hinzuweisen, dass je älter die Anorektikerinnen sind, desto besser die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung.

Auch bei den *Bulimikerinnen* gibt es vor allem signifikante negative Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und den untersuchten Konstrukten (vgl. Tabelle 50). Einzig zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Positiven Selbstbeurteilung ($r = .514$, $p = .002$**) und zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Selbstwirksamkeit ($r = .457$, $p = .006$**) gibt es signifikante positive Zusammenhänge. Das bedeutet, dass die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung höher ist,

wenn auch die positive Selbstbeurteilung und die Selbstwirksamkeit höher sind. Zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und folgenden Konstrukten gibt es signifikante negative Zusammenhänge: Negative körperliche Selbsteinschätzung (r = -.637, p < .001**), Zügelung des Essens (r = -.536, p = .001***), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (r = -.541, p = .002**), Negative Selbstbeurteilung (r = -.476, p = .004**), Kontaktangst (r = -.495, p = .003**), Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung (r = -.562, p = .003**) und BMI (r = -.362, p = .025*). Die Zusammenhänge mit der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung sind sehr mannigfaltig.

Auch bei der *weiblichen Normstichprobe* gibt es zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und den untersuchten Konstrukten vor allem gegenläufige Zusammenhänge. Auch hier fällt wie bei der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung auf, dass es zwischen allen untersuchten Skalen signifikante Zusammenhänge gibt, mit Ausnahme des Alters. Folgende Konstrukte stehen in einem positiven Zusammenhang mit der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (vgl. Tabelle 50): Positive Selbstbeurteilung (r = .571, p < .001***) und Einstellung zu Sport (r = .144, p = .006**). Bei allen anderen Zusammenhänge sind es negative Korrelationen, das heisst, je höher die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, desto tiefer die folgenden Konstrukte: Negative körperliche Selbsteinschätzung (r = -.560, p < .001***), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (r = -.611, p < .001**), Negative Selbstbeurteilung (r = -.562, p < .000***), BMI (r = -.377, p < .001**), Zügelung des Essens (r = -.561, p < .001**), Negative Wahrnehmung des Essens (r = -.643, p < .001**), Kontaktangst (r = -.428, p < .001**), Depressivität (r = -.501, p < .001**), Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung (r = -.442, p < .001**) und Introversion / Extraversion (r = -.327, p < .001**). Diese Ergebnisse weisen darauf, dass Sport mit der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zusammenhängt und Sport von den Jugendlichen der Normstichprobe wahrscheinlich oft ausgeübt wird, um das eigene Aussehen zu „optimieren“.

Beim Vergleich der Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und den anderen Konstrukten in den drei Stichproben zeigt sich ein ähnliches Bild wie beim Vergleich der Zusammenhänge mit der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung. Es gibt nur zwei Zusammenhänge, die sich in den drei untersuchten Stichproben signifikant voneinander unterscheiden (vgl. Tabelle 50): Der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Einstellung zu Sport (V = 10.63**) und der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und dem Alter (V = 9.63**). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Einstellung zu Sport gibt es in der Normstichprobe und bei den Bulimikerinnen einen positiven Zusammenhang, bei den Anorektikerinnen hingegen einen negativen Zusammenhang. Die

Jugendlichen der Normstichprobe und die Bulimikerinnen sind eher zufrieden mit ihrer körperlichen Erscheinung, wenn sie eine tiefe Motivation haben, Sport zu treiben. Der andere signifikante Unterschied bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und dem Alter. Nur bei den Anorektikerinnen gibt es einen positiven Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und dem Alter. Das bedeutet, dass ihre Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung höher ist, wenn sie auch älter sind. Bei den Bulimikerinnen ist die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung umso höher, je tiefer das Alter ist und dasselbe gilt für die Normstichprobe. Die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung scheint nicht eine konstante Variable zu sein, die sich nicht verändert.

*c) Zusammenhänge zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben*

Bei den *Anorektikerinnen* gibt es zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und den anderen Konstrukten einige signifikante positive Zusammenhänge (vgl. Tabelle 50): Je höher die Besorgtheit um das Aussehen, Figur und Gewicht, desto höher auch die Negative körperliche Selbsteinschätzung ($r = .767$, $p < .001$***), Zügelung des Essens ($r = .926$, $p < .010$***), Einstellung zu Sport ($r = .694$, $p = .001$) und Negative Wahrnehmung des Essens ($r = .891$, $p < .001$***). Je höher die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, desto tiefer aber die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($r = -.769$, $p < .001$***) und die Positive Selbstbeurteilung ($r = -.424$, $p = .029$*). Diese Resultate bestätigen den häufig erwähnten Zusammenhang zwischen Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Zügelung des Essens. Anorektikerinnen, die sich Sorgen um ihr Aussehen machen, zeigen häufig auch auf der Verhaltensebene konkrete Bestrebungen, ihr Aussehen zu verändern (und umgekehrt).

Bei den *Bulimikerinnen* gibt es bezüglich der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zwei signifikante negative Korrelationen (vgl. Tabelle 50). Je höher die Besorgtheit, desto tiefer die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($r = -.541$, $p = .002$**) und die Positive Selbstbeurteilung ($r = -.597$, $p = .001$***). Dies war auch bereits bei den Anorektikerinnen zu beobachten. Die folgenden Zusammenhänge sind alle positiv, das heisst, je höher die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, desto höher auch die Ausprägungen der folgenden Konstrukte: Negative körperliche Selbsteinschätzung ($r = .610$, $p < .001$***), Zügelung des Essens ($r = .799$, $p < .001$***), Negative Wahrnehmung des Essens ($r = .760$, $p < .001$***), Negative Selbstbeurteilung ($r = .516$, $p = .003$**), Kontaktangst ($r = .476$, $p = .006$**) und Depressivität ($r = .397$, $p = .040$*).

In der *Normstichprobe* gibt es zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und den untersuchten Konstrukten mannigfaltige Zusammenhänge (vgl. Tabelle 50): Nur mit dem Alter gibt es keinen signifikanten Zusammenhang. Die meisten Zusammenhänge sind positiv, das heisst, je höher die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, desto höher auch die Werte der folgenden Konstrukte: Negative körperliche Selbsteinschätzung ($r = .582$, $p < .000$***), Negative Selbstbeurteilung ($r = .449$, $p < .000$***), BMI ($r = .300$, $p < .000$***), Zügelung des Essens ($r = .734$, $p < .000$***), Negative Wahrnehmung des Essens ($r = .729$, $p < .000$***), Kontaktangst ($r = .269$, $p < .000$***), Depressivität ($r = .462$, $p < .000$***), Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung ($r = .374$, $p < .000$***) und Introversion / Extraversion ($r = .246$, $p < .000$***). Wenn die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht tief ist, dann sind folgende Konstrukte stärker ausgeprägt: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($r = -.611$, $p < .000$***), Positive Selbstbeurteilung ($r = -.508$, $p < .000$***) und Einstellung zu Sport ($r = -.095$, $p = .049$*). Auch hier zeigt sich, dass die Motivation Sport zu treiben vor allem dann zu beobachten ist, wenn die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht hoch ist, das heisst, man treibt Sport, weil man sich mit dem eigenen Körper auseinandersetzt.

Beim Vergleich zwischen den drei Stichproben bezüglich der Korrelationen zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und den untersuchten Konstrukten gibt es wieder einen signifikanten Unterschied bezüglich der Einstellung zu Sport ($V = 13.20$**) (vgl. Tabelle 50). Nur die Anorektikerinnen haben einen positiven Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Sport und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht. Das heisst, je motivierter sie sind, Sport zu treiben, desto mehr Sorgen machen sie sich über Aussehen. Dies könnte darauf hinwiesen, dass sie auch Sport treiben, weil sie sich Sorgen um ihre Aussehen machen (und umgekehrt). Der andere signifikante Unterschied bezieht sich auf den Zusammenhang zwischen der Zügelung des Essens und die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($V = 7.02$*). In allen drei untersuchten Stichproben ist der Zusammenhang positiv, das heisst, dass die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht höher ist, wenn auch die Zügelung des Essens höher ist. Nun zeigt sich im Vergleich der Stichproben, das dieser positive Zusammenhang bei den Anorktikerinnen sehr stark ausgeprägt ist. Bei ihnen ist die Korrelation schon fast perfekt. Aber auch bei den Bulimikerinnen und der Normstichprobe ist der Zusammenhang sehr hoch. An dieser Stelle sei noch auf eine Beobachtung hingewiesen: Beim Zusammenhang zwischen Alter und Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht gab es zwischen der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe einen Unterschied in Bezug auf die Richtung des Zusammenhangs: In der klinischen Stichprobe war der Zusammenhang negativ ausgeprägt und in der Normstichprobe positiv. Das heisst, dass die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen mit tieferem Alter auch höhere Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht hatten. Das könnte darauf hinweisen, dass es eine Entwicklung gibt und eher ältere essgestörte

Jugendliche sich nicht mehr so besorgt sind (im Unterschied zu der Normstichprobe jedoch wahrscheinlich noch immer). Eine andere Beobachtung bezieht sich darauf, dass das gleiche Muster auch bei der Introversion / Extraversion beobachtet werden konnte. Auch hier hatten die Essgstörten einen negativen Zusammenhang mit der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und die Normstichprobe einen positiven Zusammenhang.

**Tabelle 50: Korrelationen für die Facetten des Körperkonzeptes und relevanten Konstrukten bei den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen**

| | | | **Negative körperliche Selbsteinschätzung** | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] | **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] | **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht** | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbstein-schätzung** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation<br>N | | | | | -.508*<br>17 | -.559 | -.639 | .043 | .767***<br>17 | .804 | .673 | .290 |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation<br>N | | | | | -.637***<br>29 | -.752 | | | .610***<br>26 | .709 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation<br>N | | | | | -.560***<br>307 | -.633 | | | .582***<br>307 | .664 | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | Anorektikerinnen[1] | Korrelation<br>N | -.508*<br>17 | -.559 | -.639 | .043 | | | | | -.769***<br>17 | -<br>1.019 | -.715 | 1.59 |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation<br>N | -.634***<br>29 | -.752 | | | | | | | -.541**<br>27 | -.605 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation<br>N | -.560***<br>307 | -.633 | | | | | | | -.611***<br>307 | -.710 | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht** | Anorektikerinnen[1] | Korrelation<br>N | .767***<br>17 | 1.010 | .681 | 1.62 | -.769***<br>17 | -1.012 | -.715 | 1.53 | | | | |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation<br>N | .610***<br>26 | .709 | | | -.541**<br>27 | -.605 | | | | | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation<br>N | .582***<br>307 | .664 | | | -.611***<br>307 | -.710 | | | | | | |
| **Zügelung des Essens** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation<br>N | .782***<br>17 | 1.047 | .583 | 3.21 | -.622**<br>17 | -.727 | -.635 | .016 | .926***<br>18 | 1.624 | .979 | 7.02* |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation<br>N | .547***<br>29 | .613 | | | -.536***<br>30 | -.598 | | | .799***<br>27 | 1.089 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation<br>N | .508***<br>307 | .559 | | | -.561***<br>307 | -.634 | | | .734***<br>307 | .939 | | |
| **Einstellung zu Sport** | Anorektikerinnen[1] | Korrelation<br>N | .539*<br>17 | .601 | -.072 | 9.54** | -.624**<br>17 | -.732 | .116 | 10.63** | .694***<br>18 | .857 | -.057 | 13.2* |
| | Bulimikerinnen [3] | Korrelation<br>N | .219<br>29 | .222 | | | .219<br>30 | .223 | | | -.153<br>27 | -.154 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation<br>N | -.127*<br>307 | -.128 | | | .144<br>307 | .145 | | | -.095*<br>307 | -.095 | | |
| **Negative Wahrnehm-ung des Essens** | Anorektikerinnen[1] | Korrelation<br>N | .784***<br>17 | 1.049 | .629 | 2.84 | -.694***<br>17 | -.852 | -.760 | .021 | .891***<br>18 | 1.423 | .954 | 3.55 |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation<br>N | .474**<br>29 | .514 | | | -.607***<br>30 | -.703 | | | .760***<br>27 | .996 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation<br>N | .551***<br>307 | .619 | | | -.643***<br>307 | -.761 | | | .729***<br>307 | .928 | | |
| **Kontaktangst** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation<br>N | -.033<br>17 | -.042 | .212 | 1.22 | -.126<br>17 | -.127 | -.450 | 1.71 | .277<br>18 | .284 | .293 | 1.30 |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation<br>N | .321*<br>29 | .333 | | | -.495**<br>30 | -.544 | | | .476**<br>27 | .518 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation<br>N | .210***<br>307 | .213 | | | -.428***<br>307 | -.457 | | | .269***<br>307 | .276 | | |
| **Negative Selbstbeur-teilung** | Anorektikerinnen[1] | Korrelation<br>N | .112<br>17 | .112 | .271 | .037 | -.514*<br>17 | -.567 | -.623 | .039 | .427*<br>18 | .456 | .489 | .180 |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation<br>N | .276<br>29 | .283 | | | -.476**<br>30 | -.518 | | | .516**<br>27 | .571 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation<br>N | .270***<br>307 | .277 | | | -.562***<br>307 | -.635 | | | .449***<br>307 | .484 | | |

*** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 signifikant (einseitig), ** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant (einseitig), * Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (einseitig)

[1] Korrelation nach Pearson, einseitige Signifikanz

[2] Korrelation nach Pearson, zweiseitige Signifikanz

[3] Korrelation nach Spearman, einseitige Signifikanz

[4] Korrelation nach Spearman, zweiseitige Signifikanz

[a] Kritischer $\chi^2$-Wert auf 5%* Niveau (zweiseitig, df = 2): 5.99, Kritischer $\chi^2$-Wert auf 1%** Niveau (zweiseitig, df = 2): 9.21

**Fortsetzung der Tabelle 50: Korrelationen für die Facetten des Körperkonzeptes und relevanten Konstrukten bei den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen**

| | | | Negative körperliche Selbsteinschätzung | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Positive Selbstbeurteilung** | Anorektikerinnen | Korrelation | -.453* | -.488 | -.374 | 1.85 | .324 | .336 | .630 | 1.43 | -.454* | -.489 | -.565 | .450 |
| | | N | 17 | | | | 17 | | | | 18 | | | |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation | -.545*** | -.611 | | | .514** | .567 | | | -.597*** | -.687 | | |
| | | N | 29 | | | | 30 | | | | 27 | | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | -.335*** | -.348 | | | .571*** | .649 | | | -.508*** | -.559 | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | 307 | | | |
| **Depressivität** | Anorektikerinnen [2] | Korrelation | -.042 | -.042 | .212 | 2.10 | -.127 | -.128 | -.508 | 4.73 | .237 | .241 | .482 | 1.05 |
| | | N | 17 | | | | 17 | | | | 18 | | | |
| | Bulimikerinnen [2] | Korrelation | .016 | .016 | | | -.216 | -.219 | | | .397* | .420 | | |
| | | N | 28 | | | | 29 | | | | 27 | | | |
| | Normstichprobe [4] | Korrelation | .236*** | .240 | | | -.501*** | -.550 | | | .462*** | .499 | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | 307 | | | |
| **Negative psychische Befindlichkeit** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation | -.031 | -.031 | .273 | 1.29 | .119 | .120 | -.463 | 4.77 | .151 | .152 | .385 | .700 |
| | | N | 15 | | | | 15 | | | | 15 | | | |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation | .347 | .362 | | | -.562** | -.635 | | | .400 | .424 | | |
| | | N | 25 | | | | 25 | | | | 23 | | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .272*** | .279 | | | -.442*** | -.474 | | | .374*** | .392 | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | 307 | | | |
| **Introversion / Extraversion** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation | .076 | .076 | .04 | .004 | .276 | .283 | -.304 | 5.58 | -.172 | -.174 | .221 | 3.85 |
| | | N | 11 | | | | 11 | | | | 12 | | | |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation | .022 | .022 | | | .114 | .114 | | | -.171 | -.173 | | |
| | | N | 16 | | | | 17 | | | | 17 | | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .073[2] | .073 | | | -.327***[4] | -.339 | | | .246***[4] | .251 | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | 307 | | | |
| **BMI** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation | .313 | .324 | .712 | 2.25 | -.287 | -.295 | -.391 | .140 | .333 | .347 | .297 | .970 |
| | | N | 17 | | | | 17 | | | | 18 | | | |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation | .648*** | .770 | | | -.362* | -.379 | | | .105 | .105 | | |
| | | N | 29 | | | | 30 | | | | 27 | | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .620*** | .725 | | | -.377*** | -.396 | | | .300*** | .310 | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | 307 | | | |
| **Alter** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation | -.384 | -.405 | .102 | 3.92 | .641** | .759 | -.048 | 9.63** | -.327 | -.339 | .058 | 3.16 |
| | | N | 17 | | | | 17 | | | | 18 | | | |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation | .052 | .052 | | | -.017 | -.017 | | | -.087 | -.087 | | |
| | | N | 29 | | | | 30 | | | | 27 | | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .129* | .130 | | | -.088 | -.088 | | | .089 | .089 | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | 307 | | | |

*** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 signifikant (einseitig), ** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.01 signifikant (einseitig), * Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (einseitig)

[1] Korrelation nach Pearson, einseitige Signifikanz

[2] Korrelation nach Pearson, zweiseitige Signifikanz

[3] Korrelation nach Spearman, einseitige Signifikanz

[4] Korrelation nach Spearman, zweiseitige Signifikanz

[a] Kritischer $\chi^2$-Wert auf 5%* Niveau (zweiseitig, df = 2): 5.99, Kritischer $\chi^2$-Wert auf 1%** Niveau (zweiseitig, df = 2): 9.21

Zusammenfassend kann bezüglich den Zusammenhängen bei den *Anorektikerinnen* in Bezug auf die drei Facetten des Körperkonzeptes Folgendes festgehalten werden: Die drei Facetten hängen stark zusammen. Dabei ist es ein negativer Zusammenhang zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und ein positiver Zusammenhang zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht beobachtbar. Hervorzuheben ist zudem, dass es scheinbar einen positiven Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und dem Alter bei Eintritt gibt.

Bezüglich den drei Facetten des Körperkonzeptes bei den *Bulimikerinnen* kann Folgendes beobachtet werden: Zwischen den drei Facetten des Körperkonzeptes gibt es Zusammenhänge, die alle negativ sind ausser dem Zusammenhang zwischen Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung. Zwischen den drei Facetten des

Körperkonzeptes und den Facetten des Selbstkonzeptes gibt es auch Zusammenhänge, vor allem zwischen der positiven Selbstbeurteilung und den relevanten Konstrukten. Neben den Zusammenhängen mit den Facetten des Selbstwertes fällt vor allem der Zusammenhang mit dem BMI und der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung auf. Die Bulimikerinnen scheinen eher eine negative körperliche Selbsteinschätzung vorzunehmen, wenn der BMI höher ist und eine höhere Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, wenn der BMI tiefer ist (und umgekehrt). Das bedeutet, dass sie zwei Facetten ihres Körperkonzeptes vom BMI abhängig machen. Zudem gibt es hohe Zusammenhänge zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und der Zügelung des Essens und der Kotaktangst.

Bei der *weiblichen Normstichprobe* fällt bezüglich den Facetten des Körperkonzeptes auf, dass mit Ausnahme des Zusammenhangs zwischen Alter und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und des Zusammenhangs zwischen dem Alter und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und zwischen Introversion / Extraversion und der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung alle Zusammenhänge signifikant sind. Die Facetten des Körperkonzeptes korrelieren miteinander und auch mit allen anderen Konstrukten, die erhoben wurden.

Bezüglich den Zusammenhängen zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und den untersuchten Skalen gibt es zwischen den drei Stichproben kaum Unterschied. Der einzige konsistente Unterschied bezieht sich darauf, dass nur die Anorektikerinnen einen negativen Zusammenhang zwischen den Skalen des Körperkonzeptes und der Einstellung zu Sport haben. Für sie scheint Sport negativ besetzt zu sein. Auch auffallend war die Beobachtung, dass bei den Bulimikerinnen die Negative körperliche Selbsteinschätzung scheinbar viel stärker mit anderen Skalen zusammenzuhängen schien.

#### 3.1.2.2 Zusammenhänge zwischen den Facetten des Selbstkonzeptes und den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung in den drei Stichproben

*a) Zusammenhänge zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben*

Bei den *Anorektikerinnen* gibt es zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und den untersuchten Konstrukten zwei signifikante positive und zwei signifikante negative Zusammenhänge (vgl. Tabelle 51) . Je höher die negative Selbstbeurteilung, desto höher auch die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($r = .427$, $p = .039$*) und die negative Wahrnehmung des Essens ($r =$

.472, p = .048*). Je tiefer die negative Selbstbeurteilung, desto höher hingegen die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (r = -.514, p = .017*) und die Positive Selbstbeurteilung (r = -.588, p = .005**).

Bei den *Bulimikerinnen* gibt es zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und einigen Konstrukten positive Zusammenhänge (vgl. Tabelle 51). Das bedeutet, dass sie höhere negative Selbstbeurteilungen vornehmen, wenn diese Werte auch höher sind. Es sind die folgenden Skalen: Kontaktangst (r = .696, p < .001***), Depressivität (r = .70, p < .001***), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (r = .516, p = .003**), Negative Wahrnehmung des Essens (r = .429, p = .018*) und Zügelung des Essens (r = .368, p = .045*). Je tiefer die Negative Selbstbeurteilung, desto höher sind folgende Skalen ausgeprägt: Selbstwirksamkeit (r = -.527, p = .001***), Positive Selbstbeurteilung (r = -.484, p = .003**), Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (r = -.476, p = .004 **) und Introversion /Extraversion (r = -.570, p = .017*). Im Unterschied zu den Anorektikerinnen gibt es mehr signifikante Zusammenhänge und es fällt vor allem der negative Zusammenhang zur Selbstwirksamkeit auf.

Auch bezüglich der Negativen Selbstbeurteilung sind alle Zusammenhänge mit der Ausnahme des BMI und des Alters in der *weiblichen Normstichprobe* signifikant. Dabei sind die meisten Zusammenhänge positiv (vgl. Tabelle 51): Negative körperliche Selbsteinschätzung (r = .270, p < .000***), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (r = .449, p < .001***), Zügelung des Essens (r = .338, p < .001***), Negative Wahrnehmung des Essens (r = .501, p < .001***), Kontaktangst (r = .573, p < .001***), Depressivität (r = .684, p < .001***), Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung (r = .500, p < .001***) und Introversion / Extraversion (r = .505, p < .001***). Je höher die Negative Selbstbeurteilung, desto tiefer fallen folgende Skalenwerte aus: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (r = -.562, p < .001***), Positive Selbstbeurteilung (r = -.654, p < .001***) und Einstellung zu Sport (r = -.166, p < .001***).

Die Negative Selbstbeurteilung wird als Teil des Selbstkonzeptes betrachtet und es wurden die Korrelationen mit den untersuchten Skalen zwischen den drei Stichproben miteinander verglichen (vgl. Tabelle 51). Bezüglich des Zusammenhangs zwischen Depressivität und Negativer Selbstbeurteilung (V = 10.45**) und Introversion / Extraversion und Negativer Selbstbeurteilung (V = 29.09**) gab es signifikante Unterschiede zwischen den Stichproben. Beim Zusammenhang mit der Depressivität kann es so erklärt werden, dass die Anorektierkinnen im Vergleich zu der Normstichprobe und den Bulimikerinnen einen sehr tiefen, negativen Zusammenhang zeigen. Das heisst, dass ihre Negative Selbstbeurteilung höher ist, wenn sie tiefere Depressivitätswerte haben. Bei der Introversion / Extraversion ist der signifikante Unterschied zwischen den Stichproben darauf zurückzuführen, dass es in der klinischen Stichprobe negative Zusammenhänge gibt und in der Normstichprobe einen positiven. Je tiefer die Introversion / Extraversion in der klinischen

Stichprobe, desto höher die Negative Selbstbeurteilung. Hinzuweisen ist zudem an dieser Stelle, dass nur die Anorektikerinnen einen negativen Zusammenhang zwischen dem BMI und der Negativen Selbstbeurteilung zeigen. Das heisst, dass ihre negative Selbstbeurteilung höher ist, je tiefer der BMI. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen dem Alter und der Negativen Selbstbeurteilung ist erkennbar, dass nur die Bulimikerinnen einen positiven Zusammenhang haben. Je älter die Bulimikerinnen sind, desto höher ist auch ihre negative Selbstbeurteilung. Bei der Einstellung zu Sport zeigt sich zudem, dass der Zusammenhang bei den Anorektikerinnen mit der Negativen Selbstbeurteilung positiv ist. Das heisst, je höher die Einstellung zu Sport, desto höher auch die Negative Selbstbeurteilung. Diese letztgenannten Beobachtungen sind aber alle statistisch nicht signifikant.

*b) Zusammenhänge zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und relevanten Konstrukten in den drei untersuchten Stichproben*

Bei den *Anorektikerinnen* gibt es zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und drei untersuchten Konstrukten negative Zusammenhänge (vgl. Tabelle 51). Das heisst, je tiefer die positive Selbstbeurteilung, desto höher die Werte der folgenden Skalen: Negative körperliche Selbsteinschätzung ($r = -.453$, $p = .034$*), Negative Selbstbeurteilung ($r = -.588$, $p = .005$**) und Negative Wahrnehmung des Essens ($r = -.499$, $p = .035$*).

Bei den *Bulimikerinnen* gibt es zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und den untersuchten Skalen vor allem negative Zusammenhänge (vgl. Tabelle 51). Das bedeutet, dass die Positive Selbstbeurteilung tiefer ist, wenn die anderen Konstrukte stärker ausgeprägt sind: Negative körperliche Selbsteinschätzung ($r = -.545$, $p = .001$***), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($r = -.597$, $p = .001$***), Zügelung des Essens ($r = -.579$, $p = .001$***), Depressivität ($r = -.568$, $p = .001$***), Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung ($r = -.613$, $p = .001$***), Kontaktangst ($r = -.552$, $p = .002$**), Negative Selbstbeurteilung ($r = -.484$, $p = .003$**) und Negative Wahrnehmung des Essens ($r = -.471$, $p = .009$**). Positive Zusammenhänge lassen sich zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und folgenden Skalen beobachten: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($r = .514$, $p = .002$**), Selbstwirksamkeit ($r = .455$, $p = .006$**) und Introversion / Extraversion ($r = .509$, $p = .037$*).

Bei der *Normstichprobe* sind die Zusammenhänge zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und den untersuchten Skalen alle mit der Ausnahme des Alters signifikant (vgl. Tabelle 51). Folgende Zusammenhänge sind negativ ausgeprägt: Negative körperliche Selbsteinschätzung ($r = -.335$, $p < .001$***), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($r = -.508$, $p < .001$***), Negative Selbstbeurteilung ($r = -.654$, $p < .001$***), Zügelung des Essens ($r = -.431$, $p < .001$***), Negative Wahrnehmung des Essens ($r = -.549$, $p < .001$***), Kontaktangst ($r = -.401$, $p < .001$***),

Depressivität (r = -.524, p < .001***), Negatives psychisches Befinden / Stimmung (r = -.503, p < .001***), Introversion / Extraversion (r = -.438, p < .001***) und BMI (r = .118, p = .038*).

Beim Vergleich zwischen den Zusammenhängen zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und den anderen Skalen in den drei Stichproben zeigt sich, dass es nur bezüglich einer Skala signifikante Unterschiede zwischen den Zusammenhängen gibt (vgl. Tabelle 51): Zusammenhang zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und der Introversion / Extraversion (V = 23.01**). Dieser Unterschied ist dadurch begründet, dass der Zusammenhang nur in der Normstichprobe negativ ist. Das heisst, dass in der klinischen Stichprobe ein hoher Wert auf der Skala Introversion / Extraversion und ein hoher Wert auf der Skala Positive Selbstbeurteilung zusammenhängen. Zwei weitere Zusammenhänge, die jedoch knapp nicht signifikant sind, sind der Zusammenhang zwischen Positiver Selbstbeurteilung und BMI (V = 5.33) und der Zusammenhang zwischen Positiver Selbstbeurteilung und Einstellung zu Sport (V = 5.43). Beim Zusammenhang zwischen BMI und Positiver Selbstbeurteilung ist zu beobachten, dass nur bei den Anorektikerinnen ein positiver Zusammenhang beobachtet werden kann. Wenn sie einen höheren BMI haben, dann beurteilen sie sich auch selbst positiver. Bei der Normstichprobe und den Bulimikerinnen ist gerade das Gegenteil der Fall. Bei der Einstellung zu Sport ist der Unterschied wieder auf den negativen Zusammenhang bei den Anorektikerinnen zurückzuführen. Wenn sie eine tiefere Motivation Sport zu treiben haben, dann ist ihre positive Selbstbeurteilung höher.

c) *Zusammenhänge zwischen der Selbstwirksamkeit und relevanten Konstrukten in den beiden klinischen Stichproben*

Die Selbstwirksamkeit der *Anorektikerinnen* steht nur mit der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung in einem negativen Zusammenhang (r = -.459, p = .037*) (vgl. Tabelle 54). Das heisst, dass je tiefer die wahrgenommene Selbstwirksamkeit, desto höher die negative körperliche Selbsteinschätzung.

Im Unterschied zu den Anorektikerinnen zeigen sich bei den *Bulimikerinnen* in Bezug auf Zusammenhänge mit der Selbstwirksamkeit vielfältige Korrelationen (vgl. Tabelle 51). Es sind vor allem negative Korrelationen, das heisst, je höher die Selbstwirksamkeit, desto tiefer folgende Skalenwerte: Negative Selbstbeurteilung (r = -.527, p = .001***), Kontaktangst (r = -.523, p = .003**), Negatives pychisches Befinden / Stimmung (r = -.563, p = .003**) und Depressivität (r = -.457, p = .013*). Positive Zusammenhänge gibt es zwischen der Selbstwirksamkeit und folgenden zwei Skalen: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (r = .457, p = .006**) und Positive Selbstbeurteilung (r = .455, p = .006**).

Die Selbstwirksamkeit ist auch ein Teil des Selbstkonzeptes, wurde jedoch nur in der klinischen Stichprobe erhoben. Deshalb werden an dieser Stelle die Vergleiche zwischen den Korrelationen

bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen vorgestellt (vgl. Tabelle 51). Es zeigte sich, dass es zwischen den Zusammenhängen zwischen der Selbstwirksamkeit und den untersuchten Skalen zwischen den beiden klinischen Stichproben keine Unterschiede gibt. Das heisst, dass die Korrelationen mit der Selbstwirksamkeit ähnlich aussehen. An dieser Stelle sei nur auf drei Beobachtungen hingewiesen, die sich aber nicht als statistisch signifikant erwiesen. Zuerst zeigt sich auch hier wieder ein unterschiedlicher Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und der Einstellung zu Sport. Bei den Anorektikerinnen zeigt sich ein negativer Zusammenhang und bei den Bulimikerinnen ein positiver. Das heisst, je höher die Einstellung zu Sport bei den Bulimikerinnen, desto höher auch die Selbstwirksamkeit und umgekehrt. Die zweite Beobachtung bezieht sich darauf, dass es auch Unterschiede zwischen den Zusammenhängen zwischen der Introversion / Extraversion und der Selbstwirksamkeit gibt. Bei den Anorektikerinnen ist der Zusammenhang negativ und bei den Bulimikerinnen positiv. Dasselbe gilt auch für den Zusammenhang zwischen der Selbstwirksamkeit und dem Alter: Bei den Anorektikerinnen ist der Zusammenhang negativ, bei den Bulimikerinnen positiv. Das heisst, je älter die Bulimikerinnen, desto besser auch die Selbstwirksamkeit und umgekehrt.

**Tabelle 51: Korrelationen für die Facetten des Selbstkonzeptes und relevante Konstrukte bei den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen**

| | | | **Negative Selbstbe-urteilung** | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] | **Positive Selbstbeurteilung** | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] | **Selbstwirksamkeit** | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse z [b] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätz-ung** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation | .112 | .112 | .271 | .37 | -.453* | -.488 | -.374 | 1.85 | -.459* | -.496 | .7948 |
| | | N | 17 | | | | 17 | | | | 16 | | |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation | .276 | .283 | | | -.545*** | -.611 | | | -.272 | -.279 | |
| | | N | 29 | | | | 29 | | | | 29 | | |
| | Normstichprobe [4] | Korrelation | .270*** | .277 | | | -.335*** | -.348 | | | | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | Anorektikerinnen [1] | Korrelation | -.514* | -.569 | -.623 | .38 | .324 | .336 | .630 | 1.42 | .101 | .101 | 1.4552 |
| | | N | 17 | | | | 17 | | | | 16 | | |
| | Bulimikerinnen [1] | Korrelation | -.476** | -.518 | | | .514** | .569 | | | .457** | .493 | |
| | | N | 30 | | | | 30 | | | | 30 | | |
| | Normstichprobe [4] | Korrelation | -.562*** | -.635 | | | .571*** | .649 | | | | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | | | |

*** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 signifikant (zweiseitig), ** Korrelation ist auf dem Niveau von .0.01 signifikant (zweiseitig),
* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (zweiseitig)
[1] Korrelation nach Pearson, einseitige Signifikanz
[2] Korrelation nach Pearson, zweiseitige Signifikanz
[3] Korrelation nach Spearman, zweiseitige Signifikanz
[4] Korrelation nach Spearman, einseitige Signifikanz
[a] Kritischer $\chi^2$-Wert auf 5%* Niveau (zweiseitig, df = 2): 5.99, Kritischer $\chi^2$-Wert auf 1%** Niveau (zweiseitig, df = 2): 9.21
[b] Kritischer $\chi^2$-Wert auf 5%* Niveau: ± 1.96, Kritischer $\chi^2$-Wert auf 1%** Niveau: ± 2.57

**Fortsetzung der Tabelle 51: Korrelationen für die Facetten des Selbstkonzeptes und relevante Konstrukte bei den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen**

| | | | Negative Selbstbe-urteilung | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] | Positive Selbstbeurteilung | Fishers Z-Wert | U-Wert | Prüfgrösse V [a] | Selbstwirksamkeit | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse z [b] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kontaktangst** | Anorektikerinnen [2] | Korrelation | .309 | .319 | .653 | 2.82 | -.208 | -.211 | -.431 | 1.70 | -.465 | -.504 | -.2842 |
| | | N | 18 | | | | 18 | | | | 17 | | |
| | Bulimikerinnen [2] | Korrelation | .696*** | .859 | | | -.552** | -.620 | | | -.523** | -.579 | |
| | | N | 30 | | | | 30 | | | | 30 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .573*** | .651 | | | -.401*** | -.425 | | | | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | | | |
| **Depressivität** | Anorektikerinnen [2] | Korrelation | -.042 | -.041 | .803 | 10.45* | -.127 | -.128 | -.568 | 2.92 | -.239 | -.244 | -.9307 |
| | | N | 17 | | | | 17 | | | | 17 | | |
| | Bulimikerinnen [2] | Korrelation | .700*** | .867 | | | -.568*** | -.643 | | | -.457* | -.493 | |
| | | N | 29 | | | | 29 | | | | 25 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .684*** | .837 | | | -.524*** | -.582 | | | | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | | | |
| **Negative Befindlichkeit / Stimmung** | Anorektikerinnen [2] | Korrelation | .120 | .121 | .526 | 2.34 | -.387 | -.408 | -.557 | .80 | -.181 | -.183 | -1.4896 |
| | | N | 15 | | | | 15 | | | | 14 | | |
| | Bulimikerinnen [3] | Korrelation | .370 | .424 | | | -.613*** | -.712 | | | -.563** | -.636 | |
| | | N | 25 | | | | 25 | | | | 25 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .500*** | .549 | | | -.503*** | -.552 | | | | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | | | |
| **Introversion / Extraversion** | Anorektikerinnen [2] | Korrelation | -.500 | -.549 | .474 | 29.09** | .522 | .578 | -.396 | 23.01** | -.095 | -.095 | 1.2157 |
| | | N | 12 | | | | 12 | | | | 12 | | |
| | Bulimikerinnen [2] | Korrelation | -.570* | | | | .509* | .562 | | | .350 | .365 | |
| | | N | 17 | | | | 17 | | | | 17 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .505*** | | | | -.438*** | -.469 | | | | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | | | |
| **BMI** | Anorektikerinnen [2] | Korrelation | -.272 | -.279 | .048 | 1.79 | .455 | .499 | -.092 | 5.33 | -.061 | -.061 | -.3638 |
| | | N | 18 | | | | 18 | | | | 17 | | |
| | Bulimikerinnen [2] | Korrelation | .001 | .001 | | | -.114 | -.114 | | | -.156 | -.157 | |
| | | N | 30 | | | | 30 | | | | 30 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | .068 | .068 | | | -.118* | -.119 | | | | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | | | |
| **Alter** | Anorektikerinnen [2] | Korrelation | -.381 | -.401 | -.059 | 2.20 | .314 | .322 | .062 | 2.50 | -.230 | -.234 | 1.2619 |
| | | N | 18 | | | | 18 | | | | 11 | | |
| | Bulimikerinnen [3] | Korrelation | .069 | .069 | | | .266 | .272 | | | .099 | .099 | |
| | | N | 30 | | | | 30 | | | | 30 | | |
| | Normstichprobe [3] | Korrelation | -.054 | -.054 | | | .031 | .031 | | | | | |
| | | N | 307 | | | | 307 | | | | | | |

*** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 signifikant (zweiseitig), ** Korrelation ist auf dem Niveau von .0.01 signifikant (zweiseitig),
* Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (zweiseitig)
[1] Korrelation nach Pearson, einseitige Signifikanz
[2] Korrelation nach Pearson, zweiseitige Signifikanz
[3] Korrelation nach Spearman, zweiseitige Signifikanz
[4] Korrelation nach Spearman, einseitige Signifikanz
[a] Kritischer $\chi^2$-Wert auf 5%* Niveau (zweiseitig, df = 2): 5.99, Kritischer $\chi^2$-Wert auf 1%** Niveau (zweiseitig, df = 2): 9.21
[b] Kritischer $\chi^2$-Wert auf 5%* Niveau: ± 1.96, Kritischer $\chi^2$-Wert auf 1%** Niveau: ± 2.57

Zusammenfassend kann bezüglich den drei Facetten des Selbstwertes der *Anorektikerinnen* Folgendes festgehalten werden: Zwischen den Facetten des Selbstwertes und den Facetten des Körperkonzeptes gibt es Zusammenhänge und man kann annehmen, dass es bei den Anorktikerinnen enge Verwebungen gibt und ihr Selbstkonzept auch auf Aspekte ihres Körperkonzeptes Einfluss haben können (und umgekehrt). Die Selbstwirksamkeit und die positive Selbstbeurteilung sind tiefer, je höher die negative körperliche Selbsteinschätzung. Zudem ist die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung höher, wenn die negative Selbstbeurteilung tiefer ist. Und die Besorgtheit um das Aussehen, Figur und Gewicht ist höher, wenn auch die negative Selbstbeurteilung höher ist. Zwischen der positiven und negativen Selbstbeurteilung scheint es einen negativen Zusammenhang zu geben: Je höher die negative Selbstbeurteilung, desto tiefer die

positive Selbstbeurteilung. Zudem sei hervorgehoben, dass die Negative und Positive Selbstbeurteilung scheinbar auch mit der negativen Wahrnehmung des Essens zusammenhängt.

Bei den *Bulimikerinnen* kann bezüglich der Zusammenhänge Folgendes festgehalten werden: Die untersuchten Facetten des Selbstwertes scheinen miteinander sehr eng verknüpft zu sein. Die Zusammenhänge sind allesamt negativ, ausser der Zusammenhang zwischen Selbstwirksamkeit und positiver Selbstbeurteilung. Auch zu den Facetten des Körperkonzeptes gibt es einige Zusammenhänge. Die Selbstwirksamkeit weist dabei nur zur Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung einen Zusammenhang auf. Die Selbstwirksamkeit scheint aber für die Bulimikerinnen sehr wichtig zu sein, da es vielfältige Zusammenhänge gibt. Auch die Zügelung des Essens scheint mit den Facetten des Selbstkonzeptes verknüpft zu sein und dasselbe gilt für die Negative Wahrnehmung des Essens, Negative psychische Befindlichkeit, Kontaktangst und Depressivität. Hier zeigt sich ganz eindrücklich die in der Literatur häufig beschriebene Tatsache, dass das Selbstkonzept durch die Bulimikerinnen auf sehr viele Bereiche ausgeweitet wird.

Bei der *weiblichen Normstichprobe* muss man davon ausgehen, dass es Korrelationen mit den Facetten des Körperkonzeptes gibt. Hinzu kommt die Beobachtung, dass auch alle anderen untersuchten Skalen signifikante Zusammenhänge mit den beiden Facetten des Selbstkonzeptes aufweisen. Einzig zwischen dem Alter und den beiden Facetten des Selbstkonzeptes gibt es keine Zusammenhänge und zwischen dem BMI und der Negativen Selbstbeurteilung (hingegen aber schon zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und dem BMI). Diese vielfältigen Zusammenhänge kann man auch durch die Auswahl der Skalen für den Fragebogen der Normstichprobe erklären. Es wurden für diesen Fragebogen nämlich vor allem diejenigen Skalen ausgewählt, von denen man annehmen konnte, dass sie für die Essstörungssymptomatik wichtig sind.

Zusammenfassend kann bezüglich den drei Facetten des Selbstkonzeptes zum Abschluss Folgendes festgehalten werden: Zwischen den drei Stichproben gibt es bezüglich den Zusammenhängen mit diesen Skalen kaum Unterschiede. Vor allem bezüglich der Skala Introversion / Extraversion gibt es Unterschiede. Bezüglich der Negativen Selbstbeurteilung ist der Unterschied im Zusammenhang mit dieser Skala darauf zurückzuführen, dass die Introversion / Extraversion in der Normstichprobe positiv mit der Negativen Selbstbeurteilung zusammenhängt, in den beiden klinischen Stichproben hingegen nicht. Dasselbe gilt für den Zusammenhang mit der Positiven Selbstbeurteilung, einfach mit umgekehrten Vorzeichen. Die Introversion / Extraversion scheint mit der Negativen und Positiven Selbstbeurteilung verknüpft zu sein und in der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe eine andere Funktion zu haben. Bezüglich des Zusammenhangs zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und der Depressivität gibt es auch noch einen interessanten Unterschied. Bei den Anorektikerinnen ist dieser Zusammenhang nämlich negativ. Das bedeutet, je tiefer ihre Depressivität, desto höher ihre Negative Selbstbeurteilung. Dies könnte dadurch erklärt werden,

dass sie, wenn sie einmal ein bisschen zugenommen haben und aus ihrer Lethargie wieder herauskommen, wieder Gefühle wie Traurigkeit wahrnehmen können, sich auch negativer beurteilen, weil sie auch froh sind, wenn sie durch ihr Hungern ihre Gefühle abspalten können.

#### 3.1.2.3 Diskussion der Ergebnisse

Zu Beginn dieser Arbeit wurden viele Hypothesen über Zusammenhänge zwischen den Skalen des Körperkonzeptes und anderen Konstrukten formuliert, die an dieser Stelle wieder aufgegriffen und diskutiert werden.

a) *Zusammenhang zwischen den Bereichen des Körperkonzeptes:* Die Hypothese, dass es zwischen der Bereichen des Körperkonzeptes signifikante Zusammenhänge gibt, kann bestätigt werden. In allen drei Stichproben gibt es zwischen der Besorgtheit um das Aussehen, Figur und Gewicht und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung negative Zusammenhänge. Die Negative körperliche Selbsteinschätzung korreliert hingegen positiv mit der Besorgtheit um das Aussehen, Figur und Gewicht und es gibt zwischen den drei Stichproben keine signifikanten Unterschiede.

b) *Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und Facetten des Selbstwertes:* Die Hypothesen über die Zusammenhänge zwischen den Bereichen des Körperkonzeptes und des Selbstkonzeptes können alle angenommen werden. Zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung gibt es signifikante negative Zusammenhänge und zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Negativen Selbstbeurteilung signifikante positive Zusammenhänge. Bei den Zusammenhängen zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Negativen Selbstbeurteilung erreicht nur der Zusammenhang der Normstichprobe statistische Signifikanz. Zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung gibt es signifikante positive Zusammenhänge und signifikante negative Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung, Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Positiven Selbstbeurteilung. Dasselbe gilt auch für die Selbstwirksamkeit. Hier muss jedoch eingeschränkt werden, dass nur der Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Selbstwirksamkeit bei den Bulimikerinnen statistisch signifikant ist und der Zusammenhang zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Selbstwirksamkeit bei den Anorektikerinnen.

c) *Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und BMI:* Die Hypothese, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und dem BMI gibt, kann bestätigt werden. Es scheint wirklich so, dass Jugendliche vor allem dann zufriedener mit ihrem Körper sind, wenn sie dünner sind. Dabei gibt es einen signifikanten

Unterschied zwischen den Stichproben, denn der negative Zusammenhang ist bei den Anorektikerinnen weniger stark ausgeprägt und erreicht keine statistische Signifikanz. Die Hypothese, dass es positive Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Einschätzung und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und dem BMI gibt, kann ebenfalls bestätigt werden. Bei den Zusammenhängen zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und dem BMI sind aber nur die Zusammenhänge bei den Bulimikerinnen und der Normstichprobe signifikant und beim Zusammenhang zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und BMI nur bei der Normstichprobe.

d) *Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und Alter:* Die Hypothese, dass die Bereiche des Körperkonzeptes positiv mit dem Alter zusammenhängen, kann nicht aufrecht erhalten werden. Bei der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und dem Alter gibt es nur bei den Anorektikerinnen einen positiven Zusammenhang und dieser Unterschied zwischen den Stichproben ist signifikant. Das umgekehrte gilt für den Zusammenhang zwischen Negativer körperlicher Selbsteinschätzung und Alter. Hier ist der Zusammenhang bei den Anorektikerinnen negativ und bei der Normstichprobe und den Bulimikerinnen positiv. Aber nur der Zusammenhang in der Normstichprobe ist signifikant. Bei der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht hingegen ist der Zusammenhang bei der Normstichprobe positiv, erreicht aber keine statische Signifikanz. Man kann also davon ausgehen, dass die drei Bereiche des Körperkonzeptes unterschiedlich mit dem Alter verknüpft sind.

e) *Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und Zügelung des Essens:* Die Hypothese, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Zügelung des Essens gibt, kann aufrecht erhalten werden. Der Unterschied in den drei Stichproben ist nicht signifikant. Die Hypothese, dass es zudem zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung, der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Zügelung des Essens einen positiven Zusammenhang gibt, kann ebenfalls angenommen werden. Dabei ist der Zusammenhang zwischen der Zügelung des Essens und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht in den drei Stichproben signifikant unterschiedlich. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Anorektikerinnen einen fast perfekten Zusammenhang zwischen der Zügelung des Essens und der Besorgtheit zeigen. Das bedeutet, dass bei ihnen eine Zügelung des Essens oder eine Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zwingend zu einer Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht oder eine Zügelung des Essens führt.

*f) Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und Einstellung zu Sport:* Die Hypothese, dass es einen positiven Zusammenhang zwischen der Einstellung zu Sport und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung gibt, kann nur in der Normstichprobe aufrecht erhalten werden. In der klinischen Stichprobe gibt es negative Zusammenhänge, es ist jedoch nur der Zusammenhang bei den Anorektikerinnen statistisch signifikant. Das bedeutet, dass in der klinischen Stichprobe eine tiefe Einstellung zu Sport mit einer tiefen Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zusammenhängt. In Übereinstimmung damit gibt es auch einen positiven Zusammenhang zwischen der Negativen körperlichen Einschätzung und der Einstellung zu Sport. Wenn die Negative körperliche Einschätzung der Essgestörten höher ist, dann ist auch die Einstellung zu Sport ausgeprägter. Das könnte darauf hinweisen, dass sie dann bemüht sind, auch etwas gegen ihre Negative körperliche Selbsteinschätzung zu unternehmen. Der Zusammenhang zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Einstellung zu Sport ist nur bei den Anorektikerinnen positiv. Die Unterschiede zwischen den drei Stichproben sind statistisch signifikant.

*g) Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und Negativer Wahrnehmung des Essens:* Die Hypothese, dass es einen negativen Zusammenhang zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und einer negativen Wahrnehmung des Essens gibt, kann angenommen werden. Die Zusammenhänge erreichen in allen Stichproben statistische Signifikanz und unterscheiden sich nicht voneinander. Die Hypothese, dass diese Zusammenhänge stark ausgeprägt sind, kann ebenfalls bestätigt werden, muss aber ein bisschen differenziert werden, denn nicht nur in der klinischen Stichprobe sind diese engen Zusammenhänge beobachtbar, sondern auch in der Normstichprobe. Das heisst, dass man nicht davon ausgehen kann, dass die Negative Wahrnehmung des Essens nur in der klinischen Stichprobe mit den verschiedenen Bereichen des Körperkonzeptes zusammenhängt, sondern auch in der weiblichen Normstichprobe.

*h) Zusammenhang zwischen Facetten des Körperkonzeptes und Kontaktangst:* Die Hypothese, dass es negative Zusammenhänge zwischen der Kontaktangst und der Zufriedenheit mit dem Aussehen gibt, kann bestätigt werden: der Zusammenhang bei den Anorektikerinnen ist statistisch nicht signifikant. Auch ist der Zusammenhang zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und Kontaktangst positiv, was der Hypothese entspricht, erreicht aber bei den Anorektikerinnen ebenfalls keine Signifikanz. Einzig bei den Zusammenhängen zwischen der Negativen körperlichen Erscheinung und der Kontaktangst scheint sich die Hypothese nicht ganz zu bestätigen. Bei der Normstichprobe und den Bulimikerinnen ist auch hier ein positiver Zusammenhang zu beobachten, wie erwartet wurde, aber der Zusammenhang bei den Anorektikerinnen ist negativ, erreicht aber keine statische Signifikanz. Das heisst, dass

bei den Anorektikerinnen ein geringer Zusammenhang in der Richtung zu beobachten ist, dass je tiefer die Negative körperliche Selbsteinschätzung, desto höher die Kontaktangst.

### 3.1.3 Risiko- und Einflussfaktoren für die Entstehung essstörungsspezifischer Symptome (Bereiche des Körperkonzeptes und des Selbstkonzeptes)

In den folgenden Ausführungen werden Fragstellungen zu beantworten versucht, wie zum Beispiel, welche Konstrukte die Bereiche des Körperkonzeptes, die Bereiche des Selbstkonzeptes und den Body Mass Index am besten vorhersagen können. In einem ersten Schritt werden die Berechnungen mit den Konstrukten des Fragebogens der Normstichprobe dargestellt, der nicht so viele Konstrukte wie der Fragebogen der klinischen Stichprobe umfasst. In einem zweiten Schritt werden die Konstrukte des Fragebogens der klinischen Stichprobe einbezogen.

#### 3.1.3.1 Vorhersage der Bereiche des Körperkonzeptes

*a) Vorhersage der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung*

Bei den *Anorektikerinnen* sieht das Regressionsmodell für die Vorhersage der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung mit Einbezug der Konstrukte des Fragebogens der Normstichprobe ziemlich einfach aus: Durch die Zügelung des Essens (β = .765, p = .000) kann 55.9 % der Varianz erklärt werden (vgl. Tabelle 52).

**Tabelle 52: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Zügelung des Essens | .585 | 22.559*** | .000 | .585*** | .000 | .765 | 4.750 | .000 |

Abhängige Variable: Negative körperliche Selbsteinschätzung
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn in das Regressionsmodell auch die Konstrukte des Fragebogens der klinischen Stichprobe einbezogen werden, entsteht ein komplexeres Modell, welches mehr Varianz, nämlich 88.1 %, erklären kann (vgl. Tabelle 53). Die folgenden Skalen können die Negative körperliche Selbsteinschätzung der Anorektikerinnen am Besten vorhersagen: Zügelung des Essens (β = .925, p = .000), Zufriedenheit mit Peerbeziehungen (β = .505, p = .000), Zufriedenheit mit Familienbeziehungen (β = -.327, p = .006) und Negatives psychisches Befinden (β = -.204, p = .049). Das bedeutet, dass die Negative körperliche Selbsteinschätzugn der Anorektikerinenn durch ein essstörungsspezfiisches Symptom, nämlich die Zügelung des Essens, aber auch durch ihre

Zufriedenheit mit sozialen Kontakten vorhergesagt werden kann. Das weist darauf hin, dass die Negative körperliche Selbsteinschätzung stark von beziehungen und Kontakten beeinflusst wird, in welchen ja auch Feedbacks über den eigenen Körper und das Aussehen erhalten werden und man sich vergleichen kann.

**Tabelle 53: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Zügelung des Essens | .585 | 22.559*** | .000 | .585*** | .000 | .765 | 4.750*** | .000 |
| 2 | Zügelung des Essens | | | | | | .770 | 7.243*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen | .830 | 33.695*** | .000 | .245*** | .000 | .495 | 4.656*** | .000 |
| 3 | Zügelung des Essens | | | | | | .861 | 8.438*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen | .876 | 33.063*** | .000 | .046* | .039 | .522 | 5.507*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen | | | | | | -.234 | -2.282* | .039 |
| 4 | Zügelung des Essens | | | | | | .925 | 9.694*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen | | | | | | .505 | 5.972*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen | .909 | 32.352*** | .000 | .033* | .049 | -.327 | -3.245** | .006 |
| | Negatives psychisches Befinden | | | | | | -.204 | -2.169* | .049 |

Abhängige Variable: Negative körperliche Selbsteinschätzung
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogen der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bei den *Bulimikerinnen* bewährt sich ein Modell mit vier Variablen, wenn nur die Konstrukte des Fragebogens der Normstichprobe berücksichtig werden und es kann 79.1 % der Varianz der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung erklärt werden. Das Modell besteht aus folgenden Variablen: BMI bei Eintritt (β = .561, p = .000), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .393, p = .001), Positive Selbstbeurteilung (β = -.374, p = .004) und Depressivität (β = -.263, p = .022) (vgl. Tabelle 54). Vor allem durch die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht kann viel Varianz erklärt werden.

**Tabelle 54: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BMI bei Eintritt | .499 | 27.868*** | .000 | .499*** | .000 | .706 | 5.279*** | .000 |
| 2 | BMI bei Eintritt<br>Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .741 | 38.589*** | .000 | .242*** | .000 | .634<br>.497 | 6.402***<br>5.021*** | .000<br>.000 |
| 3 | BMI bei Eintritt<br>Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht<br>Positive Selbstbeurteilung | .777 | 30.258*** | .000 | .037* | .049 | .623<br>.362<br>-.235 | 6.656***<br>3.165**<br>-2.065* | .000<br>.004<br>.049 |
| 4 | BMI bei Eintritt<br>Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht<br>Positive Selbstbeurteilung<br>Depressivität | .820 | 28.481*** | .000 | .043* | .022 | .561<br>.393<br>-.374<br>-.263 | 6.260***<br>3.722***<br>-3.142**<br>-2.435* | .000<br>.001<br>.004<br>.022 |

Abhängige Variable: Negative körperliche Selbsteinschätzung
Einbezogene Variablen: Nur Variablen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Werden alle Konstrukte des klinischen Fragebogens einbezogen, resultiert eine Lösung mit drei Variablen, die 75.8 % der Varianz erklären kann (vgl. Tabelle 55): BMI bei Eintritt (β = .613, p = .000), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .321, p = .013) und Bedürfnis nach Kontrolle (β = .274, p = .033). Auch hier wird durch die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ein grosser Anteil der Varianz erklärt.

**Tabelle 55: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Standardisierte Koeffizienten | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BMI bei Eintritt | .499 | 27.868*** | .000 | .499*** | .000 | .706 | 5.279*** | .000 |
| 2 | BMI bei Eintritt<br>Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .741 | 38.589*** | .000 | .242*** | .000 | .634<br>.497 | 6.402***<br>5.021*** | .000<br>.000 |
| 3 | BMI bei Eintritt<br>Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht<br>Bedürfnis nach Kontrolle | .783 | 31.321*** | .000 | .042* | .033 | .613<br>.321<br>.274 | 6.607***<br>2.653**<br>2.256* | .000<br>.013<br>.033 |

Abhängige Variable: Negative körperliche Selbsteinschätzung
Einbezogene Variablen: Alle Variablen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

In der *weiblichen Normstichprobe* erklärt ein Modell mit drei Variablen 53.4 % der Varianz der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung (vgl. Tabelle 56): BMI (β = .465, p = .000), Negative Wahrnehmung des Essens (β = .246, p = .000) und Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .232, p = .000).

**Tabelle 56: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der weiblichen Normstichprobe (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | P | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BMI | .354 | 167.258*** | .000 | .354*** | .000 | .595 | 12.933*** | .000 |
| 2 | BMI<br>Negative Wahrnehmung des Essens | .516 | 162.325*** | .000 | .162*** | .000 | .481<br>.419 | 11.612***<br>10.100*** | .000<br>.000 |
| 3 | BMI<br>Negative Wahrnehmung des Essens<br>Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .538 | 117.816*** | .000 | .022*** | .000 | .465<br>.246<br>.232 | 11.415***<br>4.033***<br>3.800*** | .000<br>.000<br>.000 |

Abhängige Variable: Negative körperliche Selbsteinschätzung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammengefasst kann das Modell der Bulimikerinnen mit den Variablen BMI, Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, Positive Selbstbeurteilung und Depressivität am Besten die Negative körperliche Selbsteinschätzung vorhersagen. Wenn alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe einbezogen werden, besticht das Modell der Anorektikerinnen mit der Zügelung des Essens, Zufriedenheit mit Peer- und Familienbeziehungen und Negatives psychisches Befinden. Die Modelle der Bulimikerinnen und der Frauen sind vergleichbar. Bei den Anorektikerinnen fällt auf, dass vor allem die Zügelung des Essens zur Vorhersage der negativen körperlichen Selbsteinschätzung wichtig wird. Bei ihnen scheinen auch die sozialen Beziehungen eine wichtige Rolle für ihre Negativen körperlichen Selbsteinschätzungen zu spielen.

*b) Vorhersage der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung*

In der Regressionsanalyse für die *Anorektikerinnen* mit der abhängigen Variable Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung findet einzig die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht Eingang ($\beta$ = -.733, p = .001) und erklärt 50.9 % der Varianz (vgl. Tabelle 57).

**Tabelle 57: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .538 | 18.624*** | .001 | .538*** | .001 | -.733 | -4.316*** | .001 |

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn alle Konstrukte des Fragebogens der klinischen Stichprobe Eingang finden, wird neben der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = -.554, p = .002) auch die Variable Zwanghaftigkeit (β = -.479, p = .004) von Bedeutung und das Modell kann 69.9 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 58).

**Tabelle 58: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .538 | 18.624*** | .001 | .538*** | .001 | -.733 | -4.316*** | .001 |
| 2 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht<br>Zwanghaftigkeit | .735 | 20.785*** | .000 | .197** | .004 | -.554<br>-.479 | -3.859**<br>-3.338** | .002<br>.004 |

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bei den *Bulimikerinnen* kann das folgende Modell (unter Einbezug der Konstrukte des Fragebogens der Normstichprobe), 47.8 % der Varianz erklären: Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = -.431, p = .008) und Negative Wirkung des Essens (β = -.407, p = .012) (vgl. Tabelle 59).

**Tabelle 59: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .384 | 17.443*** | .000 | .384*** | .000 | -.620 | -4.176*** | .000 |
| 2 | Negative körperliche Selbsteinschätzung<br>Negative Wirkung des Essens | .514 | 14.254*** | .000 | .130* | .012 | -.431<br>-.407 | -2.842**<br>-2.683* | .008<br>.012 |

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn alle Konstrukte des Fragebogens der klinischen Stichprobe einbezogen werden, wird anstelle des Konstruktes Negative Wirkung des Essens das Konstrukt Gruppenzugehörigkeit neben der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung ins Modell zur Vorhersage der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung aufgenommen (β = -.365, p = .012), und das Modell kann gleich viel Varianz (47.8 %) erklären (vgl. Tabelle 60).

**Tabelle 60: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .384 | 17.443*** | .000 | .384*** | .000 | -.620 | -4.176*** | .000 |
| 2 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .514 | 14.283*** | .000 | .130* | .012 | -.565 | -4.161*** | .000 |
| | Gruppenzugehörigkeit | | | | | | -.365 | -2.690* | .012 |

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

In der *weiblichen Normstichprobe* kann Folgendes Modell die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung am Besten erklären (vgl. Tabelle 61): Negative Wirkung des Essens (β = -.183, p = .003), Negative Selbstbeurteilung (β = -.284, p = .000), BMI (β = -.164, p = .000), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = -.178, p = .003), Körperliche Selbstbeurteilung (β = -.132, p = .014) und Positive Selbstbeurteilung (β = .124, p = .021). Durch dieses Modell kann 59.7 % der Varianz erklärt werden.

**Tabelle 61: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der weiblichen Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative Wahrnehmung des Essens | .424 | 224.784*** | .000 | .424*** | .000 | -.651 | -14.993*** | .000 |
| 2 | Negative Wahrnehmung des Essens | .513 | 224.784*** | .000 | .088*** | .000 | -.477 | -10.270*** | .000 |
| | Negative Selbstbeurteilung | | | | | | -.345 | -7.420*** | .000 |
| 3 | Negative Wahrnehmung des Essens | .569 | 133.558*** | .000 | .057*** | .000 | -.395 | -8.664*** | .000 |
| | Negative Selbstbeurteilung | | | | | | -.373 | -8.478*** | .000 |
| | BMI | | | | | | -.249 | -6.323*** | .000 |
| 4 | Negative Wahrnehmung des Essens | .590 | 108.424*** | .000 | .020*** | .000 | -.243 | -4.075*** | .000 |
| | Negative Selbstbeurteilung | | | | | | -.343 | -7.857*** | .000 |
| | BMI | | | | | | -.231 | -5.954*** | .000 |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | | | | | | -.225 | -3.846*** | .000 |
| 5 | Negative Wahrnehmung des Essens | .598 | 89.484*** | .000 | .008* | .013 | -.208 | -3.425*** | .001 |
| | Negative Selbstbeurteilung | | | | | | -.348 | -8.035*** | .000 |
| | BMI | | | | | | -.169 | -3.690*** | .000 |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | | | | | | -.192 | -3.241*** | .001 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | | | | | -.134 | -2.495** | .013 |
| 6 | Negative Wahrnehmung des Essens | .605 | 76.566*** | .000 | .007* | .021 | -.183 | -2.988** | .003 |
| | Negative Selbstbeurteilung | | | | | | -.284 | -5.576*** | .000 |
| | BMI | | | | | | -.164 | -3.614*** | .000 |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | | | | | | -.178 | -3.000** | .003 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | | | | | -.132 | -2.466* | .014 |
| | Positive Selbstbeurteilung | | | | | | .124 | 2.327* | .021 |

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung
Einbezogene Variablen: Nur Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammengefasst kann bezüglich der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung Folgendes festgehalten werden: Bei den Bulimikerinnen kann mit den Prädiktoren Negative körperliche Selbsteinschätzung und Gruppenzugehörigkeit (oder Negative Wirkung des Essens) eine verhältnismässig geringe Varianz erklärt werden. Bei den Anorektikerinnen hingegen ist es vor allem die Besorgtheit um die Figur, Aussehen und Gewicht und die Zwanghaftigkeit, die Varianzaufklärung leisten können. In der Normstichprobe ist das Modell zur Vorhersage der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ziemlich kompliziert, kann aber nicht sehr viel Varianz erklären. Auffallend ist, dass bei den Jugendlichen der Normstichprobe auch der BMI Eingang findet.

*c) Vorhersage der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht*

Bei den *Anorektikerinnen* kann die Besortheit um Aussehen, Figur und Gewicht mit folgendem Modell vorhergesagt werden: Zügelung des Essens (β = .598, p = .001) und Negative Wahrnehmung des Essens (β = .399, p = .011), welche 89.7 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 62).

**Tabelle 62: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Zügelung des Essens | .858 | 96.734*** | .000 | .858*** | .000 | .926 | 9.835*** | .000 |
| 2 | Zügelung des Essens | .909 | 75.341*** | .000 | .051* | .011 | .598 | 4.368*** | .001 |
| | Negative Wahrnehmung des Essens | | | | | | .399 | 2.918** | .011 |

Abhängige Variable: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogens der Normstichprobe und Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bei den *Bulimikerinnen* ist das Modell mit den beiden Konstrukten Zügelung des Essens (β = .477, p = .003) und Negative Wahrnehmung des Essens (β = .426, p = .007) unter Einbezug der Konstrukte des Fragebogens der Normstichprobe am adäquatesten und kann 66 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 63).

**Tabelle 63: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Zügelung des Essens | .585 | 39.513*** | .000 | .585*** | .000 | .765 | 6.286*** | .000 |
| 2 | Zügelung des Essens<br>Negative Wahrnehmung des Essens | .684 | 29.198*** | .000 | .099** | .007 | .477<br>.426 | 3.244**<br>2.901** | .003<br>.007 |

Abhängige Variable: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn alle Konstrukte des Fragebogens der klinischen Stichprobe miteinbezogen werden, dann kommt zur Zügelung des Essens und der Negativen Wahrnehmung des Essens noch die Variable Kontrollwahrnehmung hinzu (β = .279, p = .010), so dass 72.8 % der Varianz erklärt werden kann (vgl. Tabelle 64).

**Tabelle 64: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Zügelung des Essens | .585 | 39.513*** | .000 | .585*** | .000 | .765 | 6.286*** | .000 |
| 2 | Zügelung des Essens<br>Negative Wahrnehmung des Essens | .684 | 29.198*** | .000 | .099* | .017 | .477<br>.426 | 3.244**<br>2.901** | .003<br>.007 |
| 3 | Zügelung des Essens<br>Negative Wahrnehmung des Essens<br>Kontrollwahrnehmung | .756 | 26.824*** | .000 | .072** | .010 | .374<br>.477<br>.279 | 2.736**<br>3.589***<br>2.768** | .011<br>.001<br>.010 |

Abhängige Variable: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

In der *weiblichen Normstichprobe* umfasst das Modell für die Vorhersage der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht fünf Konstrukte: Negative Wahrnehmung des Essens (β = .320, p = .000), Zügelung des Essens (β = .422, p = .000), Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = -.094, p = .031), Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = .108, p = .005) und Depressivität (β = .096, p = .008) und erklärt 72.6 % der Varianz (vgl. Tabelle 65).

**Tabelle 65: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der weiblichen Normstichprobe (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative Wahrnehmung des Essens | .585 | 430.381*** | .000 | .585*** | .000 | .765 | 20.746*** | .000 |
| 2 | Negative Wahrnehmung des Essens | .706 | 365.478*** | .000 | .121*** | .000 | .462 | 11.220*** | .000 |
| | Zügelung des Essens | | | | | | .461 | 11.191*** | .000 |
| 3 | Negative Wahrnehmung des Essens | | | | | | .386 | 8.475*** | .000 |
| | Zügelung des Essens | .719 | 258.015*** | .000 | .012*** | .000 | .429 | 10.369*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | | | | | | -.150 | -3.656*** | .000 |
| 4 | Negative Wahrnehmung des Essens | | | | | | .359 | 7.728*** | .000 |
| | Zügelung des Essens | | | | | | .419 | 10.159*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | .724 | 179.881*** | .000 | .005* | .018 | -.125 | -2.953** | .003 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | | | | | .090 | 2.374* | .018 |
| 5 | Negative Wahrnehmung des Essens | | | | | | .320 | 6.605*** | .000 |
| | Zügelung des Essens | | | | | | .422 | 10.322*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | .730 | 162.879*** | .000 | .006** | .008 | -.094 | -2.171* | .031 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | | | | | .108 | 2.837** | .005 |
| | Depressivität | | | | | | .096 | 2.653** | .008 |

Abhängige Variable: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht
Einbezogene Variablen: Nur Skalen des Fragebogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammengefasst kann man sagen, dass die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen aus den gleichen Konstrukten, nämlich der Zügelung des Essens und der Negativen Wahrnehmung des Essens vorhergesagt werden kann. Bei den Bulimikerinnen kommt die Kontrollwahrnehmung hinzu, wenn man alle Konstrukte des klinischen Fragebogens berücksichtigt. In der weiblichen Normstichprobe sind die Zügelung des Essens und die Negative Wahrnehmung des Essens auch relevant, aber es kommen noch Konstrukte hinzu wie die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Negative körperliche Selbsteinschätzung und Depressivität. Es zeigt sich auch hier wie bei der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, dass es bei den Jugendlichen der Normstichprobe mehr Variablen gibt, die die Vorhersage der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ermöglichen. Das bedeutet, dass die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei der klinischen Stichprobe durch weniger Konstrukte vorhergesagt werden kann und sie ihre Besorgtheit auch von weniger Faktoren abhänig machen als die Jugendlichen der Normstichprobe.

### 3.1.3.2 Vorhersage der Bereiche des Selbstkonzeptes

*a) Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung*

Bei den *Anorektikerinnen* kann die Negative Selbstbeurteilung durch folgende Konstrukte am Besten vorhergesagt werden (wenn nur die Skalen des Fragebogens der Normstichprobe Eingang finden): Positive Selbstbeurteilung (β = -.484, p = .020) und Depressivität (β = .417, p = .042). Durch dieses Modell kann 44.3 % der Varianz erklärt werden (vgl. Tabelle 66).

**Tabelle 66: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Positive Selbstbeurteilung | .345 | 8.442** | .010 | .345** | .010 | -.588 | -2.906** | .010 |
| 2 | Positive Selbstbeurteilung<br>Depressivität | .508 | 7.752** | .005 | .163* | .042 | -.484<br>.417 | -2.592*<br>2.229* | .020<br>.042 |

Abhängige Variable: Negative Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogen der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn alle Konstrukte des Fragebogens der klinischen Stichprobe in das Modell einbezogen werden, entsteht ein Modell mit vier Faktoren, welches mehr Varianz, nämlich 73.1 %, erklären kann (vgl. Tabelle 67): Positive Selbstbeurteilung (β = -.307, p = .071), Suizidalität (β = .519, p = .002), Zufriedenheit mit Familienbeziehungen (β = .483, p = .003) und Fehlschlag und Kritikangst (β = .389, p = .027).

**Tabelle 67: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Positive Selbstbeurteilung | .345 | 8.442** | .010 | .345** | .010 | -.588 | -2.906** | .010 |
| 2 | Positive Selbstbeurteilung<br>Suizidalität | .534 | 8.589** | .003 | .188* | .025 | -.480<br>.447 | -2.641*<br>2.462* | .018<br>.026 |
| 3 | Positive Selbstbeurteilung<br>Suizidalität<br>Zufriedenheit mit Familienbeziehungen | .697 | 10.719*** | .001 | .163* | .016 | -.522<br>.444<br>.406 | -3.424**<br>2.929*<br>2.742* | .004<br>.011<br>.016 |
| 4 | Positive Selbstbeurteilung<br>Suizidalität<br>Zufriedenheit mit Familienbeziehungen<br>Fehlschlag und Kritikangst | .795 | 12.577*** | .000 | .098* | .027 | -.307<br>.519<br>.483<br>.389 | -1.964<br>3.903**<br>3.714**<br>2.491* | .071<br>.002<br>.003<br>.027 |

Abhängige Variable: Negative Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogen der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bei den *Bulimikerinnen* entsteht ein Modell mit zwei Kontrukten, wenn alle Variablen des Fragebogens der Normstichprobe in der multiplen Regressionsanalyse mit der abhängigen Variable Negative Selbstbeurteilung berücksichtigt werden: Kontaktangst (β = .488, p = .001) und

Depressivität (β = .447, p = .002). Diese beiden Konstrukte können 61.4 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 68).

**Tabelle 68: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Kontaktangst | .484 | 26.250*** | .000 | .484*** | .000 | .696 | 5.124*** | .000 |
| 2 | Kontaktangst<br>Depressivität | .641 | 24.113*** | .000 | .157** | .002 | .488<br>.447 | 3.752***<br>3.439** | .001<br>.002 |

Abhängige Variable: Negative Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn alle Konstrukte des Fragebogens der klinischen Stichprobe miteinbezogen werden, dann entsteht ein Modell mit drei Variablen, welches mehr Varianz, nämlich 75.7 %, erklären kann. Das Modell beinhaltet folgende Konstrukte zur Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung: Gruppenzugehörigkeit (β = .579, p = .000), Kontrollwahrnehmung (β = .280, p = .000) und Suizidalität (β = .303, p = .008) (vgl. Tabelle 69).

**Tabelle 69: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Gruppenzugehörigkeit | .628 | 47.223*** | .000 | .628*** | .000 | .792 | 6.872*** | .000 |
| 2 | Gruppenzugehörigkeit<br>Kontrollwahrnehmung | .714 | 33.693*** | .000 | .086** | .008 | .727<br>.301 | 6.891***<br>2.852** | .000<br>.008 |
| 3 | Gruppenzugehörigkeit<br>Kontrollwahrnehmung<br>Suizidalität | .782 | 31.103*** | .000 | .068** | .008 | .579<br>.208<br>.303 | 5.402***<br>2.980***<br>2.851** | .000<br>.000<br>.008 |

Abhängige Variable: Negative Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

In der *weiblichen Normstichprobe* ist das Modell für die Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung komplex und umfasst sechs Faktoren: Positive Selbstbeurteilung (β = -.318, p = .000), Depressivität (β = .289, p = .000), Kontaktangst (β = .228, p = .000), Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = -.217, p = .000), BMI (β = -.108, p = .004) und Alter (β = -.069, p = .048) (vgl. Tabelle 70).

**Tabelle 70: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Normstichprobe (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Positive Selbstbeurteilung | .459 | 259.208*** | .000 | .459*** | .000 | -.678 | -16.100*** | .000 |
| 2 | Positive Selbstbeurteilung | .584 | 213.536*** | .000 | .125*** | .000 | -.457 | -10.465*** | .000 |
| | Depressivität | | | | | | .417 | 9.550*** | .000 |
| 3 | Positive Selbstbeurteilung | .627 | 169.944*** | .000 | .043*** | .000 | -.400 | -9.419*** | .000 |
| | Depressivität | | | | | | .328 | 7.449*** | .000 |
| | Kontaktangst | | | | | | .244 | 5.916*** | .000 |
| 4 | Positive Selbstbeurteilung | .642 | 135.544*** | .000 | .015*** | .000 | -.331 | -7.201*** | .000 |
| | Depressivität | | | | | | .301 | 6.873*** | .000 |
| | Kontaktangst | | | | | | .221 | 5.395*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | | | | | | -.158 | -3.561*** | .000 |
| 5 | Positive Selbstbeurteilung | .654 | 113.681*** | .000 | .012** | .002 | -.327 | -7.223*** | .000 |
| | Depressivität | | | | | | .284 | 6.535*** | .000 |
| | Kontaktangst | | | | | | .220 | 5.453*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | | | | | | -.213 | -4.525*** | .000 |
| | BMI | | | | | | -.117 | -3.166*** | .000 |
| 6 | Positive Selbstbeurteilung | .658 | 96.315*** | .000 | .004* | .048 | -.318 | -7.002*** | .000 |
| | Depressivität | | | | | | .289 | 6.668*** | .000 |
| | Kontaktangst | | | | | | .228 | 5.647*** | .000 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | | | | | | -.217 | -4.632*** | .000 |
| | BMI | | | | | | -.108 | -2.909** | .004 |
| | Alter | | | | | | -.069 | -1.984* | .048 |

Abhängige Variable: Negative Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogen der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bezüglich der Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung als Teilbereich des Selbstkonzeptes gesagt werden, dass es zwischen den beiden klinischen Stichproben Ähnlichkeiten gibt. Die Depressivität scheint sich sehr gut zu eignen, um die Negative Selbstbeurteilung vorherzusagen. Das Modell der Bulimikerinnen mit der Gruppenzugehörigkeit, Kontrollwahrnehmung und Suizidalität kann am meisten Varianz erklären. Auch hier ist das Modell für die Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung der Normstichprobe sehr kompliziert und umfasst sechs Faktoren. Dieses beinahltet auch Faktoren, die sich in den Modellen für die Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung der Essgestörten gezeigt haben. Interessant ist, dass hier der BMI und das Alter auch hineinspielen.

*b) Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung*

Zur Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung der *Anorektikerinnen* hat sich für beide Fragebogen das gleiche Modell mit der Negativen Selbstbeurteilung ($\beta$ = -.588, p = .010) herauskristallisiert. Dieses Modell kann jedoch nur sehr wenig Varianz, nämlich 30.4 % erklären (vgl. Tabelle 71). Man kann annehmen, dass die Positive Selbstbeurteilung durch andere Faktoren vohergesagt werden, die nicht mit dem Fragebogen erhoben wurden.

**Tabelle 71: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Anorektikerinnen**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative Selbstbeurteilung | .345 | 8.442** | .010 | .345** | .010 | -.588 | -2.906** | .010 |

Abhängige Variable: Positive Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe und Skalen des Fragebogen der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bei den *Bulimikerinnen* erweist sich ein Modell mit zwei Faktoren für die Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung am vorhersagekräftigsten, wenn nur die Skalen des Fragebogens der Normstichprobe einbezogen werden. Diese Modell kann 54 % der Varianz erklären und beinhaltet das Negative psychische Befinden (β = -.501, p = .001) und die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = -.446, p = .002) (vgl. Tabelle 72).

**Tabelle 72: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negatives psychisches Befinden | .388 | 17.716*** | .000 | .388*** | .000 | -.623 | -4.209*** | .000 |
| 2 | Negatives psychisches Befinden | .572 | 18.010*** | .000 | .184** | .002 | -.501 | -3.828*** | .001 |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | | | | | | -.446 | -3.406** | .002 |

Abhängige Variable: Positive Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn alle Variablen des Fragebogens der klinischen Stichprobe miteinbezogen werden, dann entsteht ein Modell, welches mehr Varianz, nämlich 70 %, erklären kann. Das Modell beinhaltet folgende Variablen zur Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung: Depressivität (β = -.508, p = .000), Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = -.765, p = .000), Zufriedenheit mit Familienbeziehungen (β = -.329, p = .004) und BMI bei Eintritt (β = .379, p = .017) (vgl. Tabelle 73).

**Tabelle 73: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Bedürfnis nach Kontrolle | .402 | 18.815*** | .000 | .402*** | .000 | -.634 | -4.338*** | .000 |
| 2 | Bedürfnis nach Kontrolle | .567 | 17.654*** | .000 | .165** | .003 | -.517 | -3.922*** | .001 |
| | Depressivität | | | | | | -.422 | -3.204** | .003 |

Abhängige Variable: Positive Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Fortsetzung der Tabelle 73: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 3 | Bedürfnis nach Kontrolle<br>Depressivität<br>Negative körperliche Selbsteinschätzung | .640 | 15.391*** | .000 | .073* | .030 | -3.02<br>-.476<br>-.341 | -1.955<br>-3.819***<br>-2.297* | .061<br>.001<br>.030 |
| 4 | Bedürfnis nach Kontrolle<br>Depressivität<br>Negative körperliche Selbsteinschätzung<br>Zufriedenheit mit Familienbeziehungen | .700 | 14.561*** | .000 | .060* | .035 | -.216<br>-.510<br>-.375<br>-.254 | -1.450<br>-4.354***<br>-2.699*<br>-2.233* | .159<br>.000<br>.012<br>.035 |
| 5 | Depressivität<br>Negative körperliche Selbsteinschätzung<br>Zufriedenheit mit Familienbeziehungen | .674 | 17.951*** | .000 | -.025 | .159 | -.569<br>-.498<br>-.297 | -5.082***<br>-4.443***<br>-2.645* | .000<br>.000<br>.014 |
| 6 | Depressivität<br>Negative körperliche Selbsteinschätzung<br>Zufriedenheit mit Familienbeziehungen<br>BMI bei Eintritt | .741 | 17.926*** | .000 | .067* | .017 | -.508<br>-.765<br>-.329<br>.379 | -4.860***<br>-5.235***<br>-3.205**<br>2.547* | .000<br>.000<br>.004<br>.017 |

Abhängige Variable: Positive Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe, *** p <.001, ** p<.01, * p <.05

In der *weiblichen Normstichprobe* umfasst das Modell für die Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung fünf Faktoren: Negative Selbstbeurteilung (β = -.406, p = .000), Negative Wahrnehmung des Essens (β = -.222, p = .000), Negatives psychisches Befinden / Stimmung (β = -.136, p = .003), Einstellung zu Sport (β = .098, p = .012) und Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = .134, p = .015) und kann 56.2 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 74).

**Tabelle 74: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative Selbstbeurteilung | .459 | 259.208*** | .000 | .459*** | .000 | -.678 | -16.100*** | .000 |
| 2 | Negative Selbstbeurteilung<br>Negative Wahrnehmung des Essens | .530 | 171.318*** | .000 | .070*** | .000 | -.522<br>-.308 | -11.445***<br>-6.750*** | .000<br>.000 |
| 3 | Negative Selbstbeurteilung<br>Negative Wahrnehmung des Essens<br>Negatives psychisches Befinden / Stimmung | .550 | 123.353*** | .000 | .020*** | .000 | -.459<br>-.272<br>-.166 | -9.592***<br>-5.948***<br>-3.664*** | .000<br>.000<br>.000 |
| 4 | Negative Selbstbeurteilung<br>Negative Wahrnehmung des Essens<br>Negatives psychisches Befinden / Stimmung<br>Einstellung zu Sport | .561 | 96.300*** | .000 | .011** | .007 | -.446<br>-.284<br>-.148<br>.106 | -9.369***<br>-6.243***<br>-3.276***<br>2.714** | .000<br>.000<br>.001<br>.007 |
| 5 | Negative Selbstbeurteilung<br>Negative Wahrnehmung des Essens<br>Negatives psychisches Befinden / Stimmung<br>Einstellung zu Sport<br>Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | .569 | 79.514*** | .000 | .009* | .015 | -.406<br>-.222<br>-.136<br>.098<br>.134 | -8.124***<br>-4.294***<br>-3.004**<br>2.527*<br>2.449* | .000<br>.000<br>.003<br>.012<br>.015 |

Abhängige Variable: Positive Selbstbeurteilung
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bezüglich der Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung gesagt werden, dass das Modell der Jugendlichen der Normstichprobe fünf Faktoren umfasst, welches aber trotzdem nicht sehr viel Varianz erklären kann. Im Modell der Normstichprobe finden sich die Faktoren, die sich auch in den Modellen der klinischen Stichprobe gezeigt haben. Einziger Unterschied ist der Einfluss der Einstellung zu Sport, die sich nur bei der Normstichprobe zeigt. Das Modell für die Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung der Anorektikerinnen umfasst nur die Negative Selbstbeurteilung und kann auch nicht sehr viel Varianz erklären. Bei den Bulimikerinnen scheint die Positive Selbstbeurteilung nicht so eng mit der Negativen Selbstbeurteilung verknüpft zu sein, sondern mit ihrem Negativen psychischen Befinden und ihrer Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (negative Zusammenhänge). Auch ihr BMI bei Eintritt und die Zufriedenheit mit Familienbeziehungen haben einen Einfluss.

*c) Vorhersage der Selbstwirksamkeit*

Bei den *Anorektikerinnen* ergibt sich kein Model, wenn die Variablen des Fragebogens der Normstichprobe einbezogen werden. Werden alle Skalen in die multiple Regressionsanalyse aufgenommen, wird ein Modell mit der Fehlschlag und Kritikangst ($\beta$ = -.696, p = .001) generiert, welches 54.2 % der Varianz erklären kann (vgl. Tabelle 75).

**Tabelle 75: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Selbstwirksamkeit der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Fehlschlag und Kritikangst | .485 | 15.039** | .001 | .485*** | .001 | -.696 | -3.878** | .001 |

Abhängige Variable: Selbstwirksamkeit
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Aufgrund der schrittweisen multiplen Regressionsanalyse für die Vorhersage der Selbstwirksamkeit der *Bulimikerinnen* lässt sich festhalten, dass sich durch den Einbezug der Konstrukte des Fragebogens der Normstichprobe kein Modell generieren lässt. Wenn man die Variablen der klinischen Stichprobe mit einbezieht, erweist sich ein Modell mit zwei Konstrukten am vorhersagekräftigsten und kann 49.5 % der Varianz erklären: Negatives psychische Befinden / Stimmung ($\beta$ = -.480, p = .003) und die Gefühle der Einsamkeit / Isolation ($\beta$ = -.384, p = .013) (vgl. Tabelle 76).

**Tabelle 76: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Selbstwirksamkeit der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negatives psychisches Befinden / Stimmung | .407 | 19.215*** | .000 | .407*** | .000 | -.638 | -4.384*** | .000 |
| 2 | Negatives psychisches Befinden / Stimmung | .530 | 15.195*** | .000 | .123* | .013 | -.480 | -3.320** | .003 |
| | Gefühle der Einsamkeit | | | | | | -.384 | -2.652* | .013 |

Abhängige Variable: Selbstwirksamkeit
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Das Konstrukt Selbstwirksamkeit wurde nur im Fragebogen der klinischen Stichprobe erhoben und es zeigt sich, dass mit den erhobenen Konstrukten kein befriedigendes Modell generiert werden kann. Bei den Anorektikerinnen findet die Fehlschlag und Kritikangst Eingang und bei den Bulimikerinnen das Negative psychische Befinden und die Gefühle der Einsamkeit.

### 3.1.3.3 Vorhersage ausgewählter Konstrukte

*a) Vorhersage der Zügelung des Essens (Diätverhalten)*

Wenn bei den *Anorektikerinnen* zur Vorhersage der Zügelung des Essens die Variablen des Fragebogens der Normstichprobe einbezogen werden, kann die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .926, p = .000), bereits 84.9 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 77).

**Tabelle 77: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .858 | 96.734*** | .000 | .858*** | .000 | .926 | 9.835*** | .000 |

Abhängige Variable: Zügelung des Essens (Diätverhalten)
Einbezogene Variablen: Fragebogen der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Werden die zusätzlichen Variablen des Fragebogens der klinischen Stichprobe einbezogen, kann 92.5 % der Varianz mit folgendem Modell erklärt werden: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .627, p = .000), Gruppenzugehörigkeit (β = .151, p = .061), Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = .423, p = .002) und Zufriedenheit mit Peerbeziehungen (β = -.716, p = .029) (vgl. Tabelle 78).

**Tabelle 78: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der Anorektikerinnen**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .858 | 96.734*** | .000 | .858*** | .000 | .926 | 9.835*** | .000 |
| 2 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .897 | 65.573*** | .000 | .039* | .030 | .904 | 10.860*** | .000 |
| | Gruppenzugehörigkeitsgefühl | | | | | | .199 | 2.396* | .030 |
| 3 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | | | | | | .702 | 6.521*** | .000 |
| | Gruppenzugehörigkeitsgefühl | .929 | 61.311*** | .000 | .032* | .025 | .243 | 3.298** | .005 |
| | Körperliche Selbsteinschätzung | | | | | | .270 | 2.513* | .025 |
| 4 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | | | | | | .627 | 6.432*** | .000 |
| | Gruppenzugehörigkeitsgefühl | | | | | | .151 | 2.050 | .061 |
| | Körperliche Selbsteinschätzung | .952 | 63.855*** | .000 | .022* | .029 | .423 | 3.796* | .002 |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen | | | | | | -.216 | -2.447* | .029 |

Abhängige Variable: Zügelung des Essens (Diätverhalten)
Einbezogene Variablen: Fragebogen der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

In der multiplen Regressionsanalyse für die Zügelung des Essens bei den *Bulimikerinnen* hat sich eine Variable als signifikanter Prädiktor herausgestellt, welcher 57 % der Varianz erklären kann: die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .765, p = .000) (vgl. Tabelle 79).

**Tabelle 79: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .585 | 39.513*** | .000 | .585*** | .000 | .765 | 6.286*** | .000 |

Abhängige Variable: Zügelung des Essens (Diätverhalten)
Einbezogene Variablen: Nur Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn alle Konstrukte des Fragebogens der klinischen Stichprobe in die Regressionsanalyse einbezogen werden, findet zuerst die Variable Bedürfnis nach Kontrolle (β = .528, p = .000) Eingang und in einem zweiten Schritt die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .419. p = .003), welche beide zusammen 72.6 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 80).

**Tabelle 80: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Bedürfnis nach Kontrolle | .644 | 50.701*** | .000 | .644*** | .000 | .803 | 7.120*** | .000 |
| 2 | Bedürfnis nach Kontrolle<br>Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .745 | 39.350*** | .000 | .100** | .003 | .528<br>.419 | 4.103***<br>3.257** | .000<br>.003 |

Abhängige Variable: Zügelung des Essens (Diätverhalten)
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Auch bei der Vorhersage der Zügelung des Essens in der *weiblichen Normstichprobe* ist die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .633, p = .000) wichtig und zusätzlich die negative Wahrnehmung des Essens (β = .172, p = .003). Zusammen werden dadurch 59.4 % der Varianz erklärt (vgl. Tabelle 81).

**Tabelle 81: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der weiblichen Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .585 | 429.277*** | .000 | .585*** | .000 | .765 | 20.719*** | .000 |
| 2 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht<br>Negative Wahrnehmung des Essens | .597 | 225.120*** | .000 | .012** | .003 | .633<br>.172 | 11.191***<br>3.048** | .000<br>.003 |

Abhängige Variable: Zügelung des Essens (Diätverhalten)
Einbezogene Variablen: Nur Skalen des Fragebogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammengefasst ist in allen Modellen zur Vorhersage der Zügelung des Essens die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht von zentraler Bedeutung und kann einen hohen Anteil der Varianz erklären. Dieses Ergebnis ist mit verschiedenen Studien in Einklang zu bringen (Lau & Alsaker, 2000). Bei den Bulimikerinnen ist es aber auch das Bedürfnis nach Kontrolle und bei den Anorektikerinnen das Gruppenzugehörigkeitsgefühl, Negative körperliche Selbsteinschätzung und die Zufriedenheit mit Peerbeziehungen. Bei der weiblichen Normstichprobe ist auch die negative Wahrnehmung des Essens massgeblich an der Erklärung der Varianz zur Vorhersage der Zügelung des Essens beteiligt.

*b) Vorhersage des Body Mass Index bei Eintritt*

In der Regressionsanalyse mit dem BMI bei Eintritt bei den *Anorektikerinnen* ist folgendes Modell signifikant und kann 61.4 % der Varianz erklären (unter Einbezug der Skalen des Fragebogens der Normstichprobe): Introversion / Extraversion (β = .461, p = .016), Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = -.672, p = .001) und Positive Selbstbeurteilung (β = .392, p = .041) (vgl. Tabelle 82).

**Tabelle 82: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Eintritt der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Introversion / Extraversion | .246 | 5.225* | .036 | .246* | .036 | .496 | 2.286* | .036 |
| 2 | Introversion / Extraversion | .567 | 9.830** | .002 | .321** | .005 | .617 | 3.551** | .003 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | | | | | | -.579 | -3.336** | .005 |
| 3 | Introversion / Extraversion | .682 | 10.010*** | .001 | .115* | .041 | .461 | 2.725** | .016 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | | | | | | -.672 | -4.213*** | .001 |
| | Positive Selbstbeurteilung | | | | | | .392 | 2.249* | .041 |

Abhängige Variable: BMI bei Eintritt
Einbezogene Variablen: Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn für die Vorhersage des BMI bei Eintritt für die Anorektikerinnen alle Variablen des klinischen Fragebogens Eingang in die Analyse finden, dann kann mit der Variable Kontrollwahrnehmung (β =.516, p = .028) 22 % der Varianz erklärt werden (vgl. Tabelle 83).

**Tabelle 83: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Eintritt der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Kontrollwahrnehmung | .266 | 5.802* | .028 | .266* | .028 | .516 | 2.409* | .028 |

Abhängige Variable: BMI bei Eintritt
Einbezogene Variablen: Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bei der Vorhersage des BMI der *Bulimikerinnen* bei Eintritt kann durch die Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = .930, p = .000) und die Zügelung des Essens (β = -.408, p = .008) 58.7 % der Varianz erklärt werden (vgl. Tabelle 84).

**Tabelle 84: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Eintritt der Bulimikerinnen**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .499 | 27.868*** | .000 | .499*** | .000 | .706 | 5.279*** | .000 |
| 2 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .616 | 21.622*** | .000 | .117** | .008 | .930 | 6.522*** | .000 |
| | Zügelung des Essens | | | | | | -.408 | -2.864** | .008 |

Abhängige Variable: BMI bei Eintritt
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der Normstichprobe und alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

In der Regressionsanalyse für die Vorhersage des BMI in der *weiblichen Normstichprobe* bewährt sich ein Modell mit der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung (β = .595, p = .000) und so können 35.2 % der Varianz erklärt werden (vgl. Tabelle 85).

**Tabelle 85: Schritteweise mutiple Regressionsanalyse für BMI der weiblichen Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .354 | 167.258*** | .000 | .354*** | .000 | .595 | 12.933*** | .000 |

Abhängige Variable: BMI
Einbezogene Variablen: Nur Skalen des Fragebogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammengefasst kann der BMI bei Eintritt bei der klinischen Stichprobe nicht mit denselben Variablen vorhergesagt werden. Bei den Anorektikerinnen sind es Introversion / Extraversion, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und Positive Selbstbeurteilung, die 61.4 % der Varianz erklären. Bei den Bulimikerinnen hingegen ist es die Negative körperliche Selbsteinschätzung und die Zügelung des Essens. Dies bedeutet, dass der BMI bei Eintritt bei den Bulimikerinnen auch durch ihr konkretes Essverhalten vorhergesagt werden kann (Diätverhalten). Bei der Normstichprobe erklärt die Negative körperliche Selbsteinschätzung auch einen gewissen Anteil der Varianz.

*c) Vorhersage des Body Mass Index bei Austritt*

Wenn bei den *Anorektikerinnen* zur Vorhersage ihres BMI bei Austritt nur die Konstrukte des Fragebogens der Normstichprobe einbezogen werden, erweist sich der BMI bei Eintritt als bester Prädiktor (β = .697, p = .001) und kann 45.3 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 86).

**Tabelle 86: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Austritt der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BMI bei Eintritt | .485 | 15.075*** | .001 | .485*** | .001 | .697 | 3.883*** | .001 |

Abhängige Variable: BMI bei Austritt
Einbezogene Variablen: Fragebogen der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Wenn alle Konstrukte des klinischen Fragebogens in die Analyse einbezogen werden, kommen zum BMI bei Eintritt noch die Zwanghaftigkeit (β = -.557, p = .000) und die Kontrollwahrnehmung (β = -.304, p = .045) hinzu, die dann zusammen 76.5 % der Varianz erklären können (vgl. Tabelle 87).

**Tabelle 87: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Austritt der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BMI bei Eintritt | .485 | 15.075*** | .001 | .485*** | .001 | .697 | 3.883*** | .001 |
| 2 | BMI bei Eintritt | .739 | 21.282*** | .000 | .254** | .002 | .845 | 6.148*** | .000 |
| | Zwanghaftigkeit | | | | | | -5.26 | -3.826** | .002 |
| 3 | BMI bei Eintritt | .806 | 19.424*** | .000 | .067* | .045 | 1.010 | 7.021*** | .000 |
| | Zwanghaftigkeit | | | | | | -.557 | -4.511*** | .000 |
| | Kontrollwahrnehmung | | | | | | -.304 | -2.198* | .045 |

Abhängige Variable: BMI bei Austritt
Einbezogene Variablen: Fragebogen der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Für die Vorhersage des BMI bei Austritt bei den *Bulimikerinnen* können der BMI bei Eintritt (β = 1.102, p = .000), die Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = -.353, p = .003) und die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = .197, p = .025) 88 % der Varianz erklären (vgl. Tabelle 88).

**Tabelle 88: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Austritt der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BMI bei Eintritt | .848 | 156.281*** | .000 | .848*** | .000 | .921 | 12.501*** | .000 |
| 2 | BMI bei Eintritt | .869 | 89.870*** | .000 | .021* | .045 | 1.067 | 0.858*** | .000 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | | | | | -.206 | -2.101* | .045 |
| 3 | BMI bei Eintritt | .893 | 72.138*** | .000 | .023* | .025 | 1.102 | 11.986*** | .000 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | | | | | -.353 | -3.219** | .003 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | | | | | | -.197 | -2.379* | .025 |

Abhängige Variable: BMI bei Austritt
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Werden alle Variablen des Fragebogens der klinischen Stichprobe in die Regressionsanalyse für die Vorhersage des BMI bei Austritt bei den Bulimikerinnen einbezogen, haben folgende Variablen prognostisch eine signifikante Bedeutung: BMI bei Eintritt (β = .948, p = .000), Bedürfnis nach Kontrolle (β = -.359, p = .000), Negatives psychisches Befinden (β = .170, p = .016) und Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = -.146, p = .033) (vgl. Tabelle 89) und erklären 91.7 % der Varianz. Dieses Resultat wurde auch im kognitiv-behavioralen Modell von Fairburn, Shafran und Cooper (1998) betont, die davon ausgehen, dass ein extremes Bedürfnis nach Kontrolle der Nahrungsaufnahme die Kernsymptomatik der Essstörung darstellt.

**Tabelle 89: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Austritt der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BMI bei Eintritt | .848 | 156.281*** | .000 | .848*** | .000 | .921 | 12.501*** | .000 |
| 2 | BMI bei Eintritt<br>Bedürfnis nach Kontrolle | .887 | 106.210*** | .000 | .039** | .005 | .955<br>-.201 | 14.563***<br>-3.062** | .000<br>.005 |
| 3 | BMI bei Eintritt<br>Bedürfnis nach Kontrolle<br>Negatives psychisches Befinden | .914 | 92.352*** | .000 | .027** | .008 | .994<br>-.312<br>-.199 | 16.606***<br>-4.454***<br>2.859** | .000<br>.000<br>.008 |
| 4 | BMI bei Eintritt<br>Bedürfnis nach Kontrolle<br>Negatives psychisches Befinden<br>Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | .929 | 81.361*** | .000 | .014* | .033 | .948<br>-.359<br>.170<br>-.146 | 15.995***<br>-5.247***<br>2.586*<br>-2.251* | .000<br>.000<br>.016<br>.033 |

Abhängige Variable: BMI bei Austritt
Einbezogene Variablen: Alle Skalen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammengefasst kann der BMI bei Austritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen vor allem durch den BMI bei Eintritt vorhergesagt werden. Bei den Anorektikerinnen haben aber auch die Zwanghaftigkeit und die Kontrollwahrnehmung einen Einfluss. Bei den Bulimikerinnen scheint auch nur unter Einbezug der Skalen des Fragebogens der Normstichprobe ein etwas differenziertes Bild zu entstehen, denn bei ihnen hat neben dem BMI bei Eintritt auch die Negative körperliche Selbsteinschätzung und die Zufriedenheit mit dem Aussehen einen Einfluss auf den BMI.

*d) Vorhersage der Bulimischen Symptome*

Bei den *Anorektikerinnen* erklären zwei Variablen 37.5 % der Varianz in der bulimischen Symptomatik: Negative Wahrnehmung des Essens (β = .524, p = .015) und Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen (β = .436, p = .038) (vgl. Tabelle 90).

**Tabelle 90: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Bulimische Symptomatik der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative Wahrnehmung des Essens | .259 | 5.592* | .031 | .259* | .031 | .509 | 2.365* | .031 |
| 2 | Negative Wahrnehmung des Essens | .449 | 6.108** | .011 | .190* | .038 | .524 | 2.734* | .015 |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastung | | | | | | .436 | 2.273* | .038 |

Abhängige Variable: Bulimische Symptomatik
Einbezogene Variablen: Fragebogen der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bei den *Bulimikerinnen* kann die bulimische Symptomatik am Besten durch drei Variablen vorhergesagt werden und dadurch wird 47.7 % der Varianz erklärt (vgl. Tabelle 91): Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl (β = -.422, p = .006), Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen (β = .357, p = .020) und Zwanghaftigkeit (β = -.306, p = .033).

**Tabelle 91: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Bulimisches Verhalten der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe)**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl | .295 | 11.705** | .002 | .295** | .002 | -.543 | -3.421** | .002 |
| 2 | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl | .439 | 10.577*** | .000 | .144* | .014 | -.410 | -2.687* | .012 |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastung | | | | | | .403 | 2.638* | .014 |
| 3 | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl | .531 | 9.809*** | .000 | .092* | .033 | -.422 | -2.965** | .006 |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastung | | | | | | .357 | 2.487* | .020 |
| | Zwanghaftigkeit | | | | | | -.306 | -2.253* | .033 |

Abhängige Variable: Bulimisches Verhalten
Einbezogene Variablen: Alle Variablen des Fragebogens der klinischen Stichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammengefasst ist die Varianz der bulimischen Symptomatik in der klinischen Stichprobe nicht sehr gut erklärbar. Bei den Bulimikerinnen sind die Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl, das Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen und die Zwanghaftigkeit wichtige Faktoren für die Vorhersage. Bei den Anorektikerinnen ist es auch der Einsatz des Essens als Mittel gegen emotionale Belastungen, aber auch die Negative Wahrnehmung des Essens.

*e) Vorhersage des Vorhandenseins einer Essstörung*

Mit einer binären logistischen Regressionsanalyse wurde untersucht, welche Konstrukte einen Einfluss darauf haben, ob jemand als krank (essgestört) oder gesund klassifiziert wird. Dabei zeigte sich, dass folgende Variablen die Unterteilung in gesund oder krank am besten vorhersagen und dadurch 65.6 % der Varianz erklären können: Zügelung des Essens (β = 1.260, p = .001), Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = -1.879, p = .003), Negative Wahrnehmung des Essens (β = .946, p = .038) und Depressivität (β = 1.776, p = .009) (vgl. Tabelle 92).

**Tabelle 92: Binäre logistische Regressionsanalyse für krank / gesund**

| Schritt | | Nagelkerkes R-Quadrat | Regressions-koeffizient B | Standardfehler | Wald | df | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Zügelung des Essens | .457 | 1.629 | .241 | 45.588*** | 1 | .000 |
| 2 | Zügelung des Essens | .581 | 1.342 | .272 | 24.276*** | 1 | .000 |
| | Depressivität | | 2.404 | .562 | 18.286*** | 1 | .000 |
| 3 | Zügelung des Essens | .630 | 1.741 | .335 | 27.000*** | 1 | .000 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | -1.305 | .472 | 7.648** | 1 | .006 |
| | Depressivität | | 2.274 | .598 | 14.445*** | 1 | .000 |
| 4 | Zügelung des Essens | .656 | 1.260 | .389 | 10.469*** | 1 | .001 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | -1.879 | .630 | 8.892** | 1 | .003 |
| | Negative Wahrnehmung des Essens | | .946 | .456 | 4.309* | 1 | .038 |
| | Depressivität | | 1.776 | .683 | 6.762** | 1 | .009 |

Abhängige Variable: krank / gesund
Einbezogene Variablen: Alle Variablen des Fragebogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

*f) Vorhersage der Ausprägung einer Anorexia nervosa oder einer Bulimia nervosa*

Ebenfalls mit einer binären logistischen Regressionsanalyse wurde untersucht, welche Konstrukte einen Einfluss darauf haben, ob jemand als anorektisch oder bulimisch klassifiziert wird. Dabei zeigte sich, dass folgende Variable die Unterteilung in anorektisch oder bulimisch am besten vorhersagen kann und dadurch 72.2 % der Varianz erklären kann: Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen (β = 1.973, p = .037) (vgl. Tabelle 93).

**Tabelle 93: Binäre logistische Regressionsanalyse für Anorexia oder Bulimia nervosa**

| Schritt | | Nagelkerkes R-Quadrat | Regressions-koeffizient B | Standardfehler | Wald | df | Sig. |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Essen als Mittel gegen Belastungen | .722 | 1.973 | .945 | 4.359* | 1 | .037 |
| 2 | BMI bei Eintritt | 1.000 | 85.362 | 4665.942 | .000 | 1 | .985 |
| | Essen als Mittel gegen Belastungen | | 94.936 | 5199.957 | .000 | 1 | .985 |
| 3 | BMI bei Eintritt | 1.000 | 48.899 | 4383.349 | .000 | 1 | .991 |
| | Essen als Mittel gegen Belastungen | | 48.200 | 4150.464 | .000 | 1 | .991 |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen | | -5.863 | 2117.164 | .000 | 1 | .998 |

Abhängige Variable: Anorexia nervosa / Bulimia nervosa
Einbezogene Variablen: Alle Variablen des Fragebogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

#### 3.1.3.4 Diskussion der Ergebnisse

Aufgrund der unklaren Datenlage wurde zu Beginn dieser Arbeit nur eine Hypothese zu möglichen Risikofaktoren formuliert, die besagt, dass die Zügelung des Essens ein wichtiger Risikofaktor für die Ausbildung einer Körperkonzeptstörung darstellt. Diese Hypothese kann so nicht angenommen werden. Als viel wichtiger Faktor hat sich die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht in der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe gleichermassen herauskristallisiert, um die verschiedenen Bereiche des Körperkonzeptes zu erklären. Bezüglich der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht kann man sagen, dass hier die Zügelung des Essens in allen drei Stichproben sehr wichtig für die Vorhersage ist (und umgekehrt die Besorgtheit in der Vorhersage der Zügelung des Essens). Die Zügelung des Essens scheint aber für die Vorhersage der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung kaum Einfluss zu haben. Einzige Ausnahme bilden hier die Anorektikerinnen. Die Zügelung des Essens hat nämlich einen hohen prädiktorischen Wert für die Negative körperliche Selbsteinschätzung. Man kann also festhalten, dass die Zügelung des Essens vor allem für die Vorhersage der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht wichtig ist. Die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung scheint durch die Zügelung des Essens nicht erklärt werden können und nur bei den Anorektikerinnen hat die Zügelung des Essens einen prädiktorischen Wert für die Vorhersage der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung. Aufgrund dieses Ergebnis kann man den Zusammenhang zwischen Zügelung des Essens und den Körperkonzeptbereichen differenzieren. Für die Diagnosestellung einer Essstörung hat die Zügelung des Essens einen grossen prädiktorischen Wert.

## 3.2 Exkurs: Vergleiche zwischen den Frauen und Männern der Normstichprobe

### 3.2.1 Vergleiche zwischen männlichen und weiblichen Jugendlichen der Normstichprobe in Bezug auf die anorektische und bulimische Symptomatik, die sozialen Kompetenzen und soziale Integration und die komorbide Symptomatik der Essstörung

Durch die Befragung der Schülerinnen in den Klassen wurden teilweise auch anwesende Schüler befragt. Insgesamt wurden Daten von 80 Schülern erhoben, welche sich zufälligerweise bezüglich des Alters nicht signifikant von den Schülerinnen unterscheiden (U = 11843.00, p = .624) (vgl. Tabelle 95). Die Mittelwerte der Männer und Frauen wurden mit dem t-Test vergleichen (vgl. Tabelle 94). Wenn die Annahme der Normalverteilung nicht beibehalten werden konnte, wurde der Mann-Whitney-U-Test angewandt.

#### 3.2.1.1 Die anorektische und bulimische Symptomatik bei den Männern und Frauen der Normstichprobe

Bei der anorektischen und bulimischen Symptomatik sind vor allem die Bereiche des Körperkonzeptes von Interesse. Im Vergleich der Männer und Frauen zeigte sich, dass die Schülerinnen sich signifikant häufiger mit ihrem Aussehen, ihrer Figur und Gewicht beschäftigen (U = 4813.00, p < .001***) als die Männer und sie ihre Körperteile (Negative körperliche Selbsteinschätzung) signifikant häufiger als zu dick wahrmnehmen als die Schüler (U = 6687.50, p < .001***). Sie berichten auch signifikant häufiger davon, dass sie mit ihrer körperlichen Erscheinung unzufrieden sind (U = 6993.50, p < .001***). Bezüglich den Facetten des Körperkonzeptes scheinen die Frauen der Normstichprobe insgesamt mehr negative Ausprägungen zu zeigen als die Männer.

Die Frauen der Normstichprobe zeigen auch signifikant häufiger eine Zügelung des Essens (U = 5766.50, p < .001***) als die Männer und nehmen das Essen negativ wahr (U = 4918.00, p < .001***). Die Schüler hingegen zeigen eine signifikant höhere Motivation, Sport zu treiben (U = 8277.50, p < .001***).

### 3.2.1.2 Die sozialen Kompetenzen und soziale Integration bei den Männern und Frauen der Normstichprobe

Bezüglich der Kontaktangst lässt sich beobachten, dass die Schülerinnen eine signifikant höhere Kontaktangst als die Schüler haben (U = 987.50, p = .007**).

### 3.2.1.3 Die komorbide Symptomatik der Essstörung bei den Männern und Frauen der Normstichprobe

Bei den komorbiden Symptomen der Essstörung sind vor allem die beiden Facetten des Selbstkonzeptes von Intersse. Insgesamt beurteilten sich die Schüler positiver als die Schülerinnen (U = 8878.00, p < .001***) und weniger negativ als die Schülerinnen (U = 9237.50, p = .001***). Sie haben zudem tiefere Depressivität als die Schülerinnen (U = 9688.50, p = .004***). Bezüglich des BMI haben die Männer der Normstichprobe einen signifikant höheren Mittelwert als die Frauen (U = 8639.00, p < .001***).

Insgesamt kann man davon ausgehen, dass die Schüler scheinbar weniger belastet sind als die Schülerinnen. Bezüglich der drei Facetten des Körperkonzeptes gibt es signifikante Unterscheide: Die Männer sind nicht so besorgt über ihr Aussehen, Figur und Gewicht, haben eine geringere Negative körperliche Selbsteinschätzung und generell eine höhere Zufriedenheit mit ihrer körperlichen Erscheinung. Man könnte also annehmen, dass die Bereiche des Körperkonzeptes vor allem bei den weiblichen Jugendlichen gestört sind. Dieses Ergebnis könnte aber auch damit zusammenhängen, dass die Männer die Fragen eventuell nicht so ehrlich beantwortet haben oder sie wirklich den Eindruck haben, dass es ihnen gut geht oder sie wirklich zufriedener mit ihrem Körper sind. Es kann aber auch sein, dass sie sich selbst solche Probleme auch nicht zugestehen und dazu keinen Zugang haben. Es scheint also nicht nur Unterschiede zwischen der klinischen und der Normstichprobe zu geben, sondern auch zwischen Männern und Frauen, wenn es um Fragen des Körperkonzeptes geht. Auch bezüglich den beiden Bereichen des Selbstkonzeptes gibt es signifikante Unterschiede zwischen den Männern und Frauen. Die Männer beurteilen sich signifikant positiver und signifikant weniger negativ als die Frauen.

**Tabelle 94: Vergleiche zwischen der weiblichen und männlichen Normstichprobe (t-Tests)**

| Skala | / | Stichprobe | N | Mittelwert | Standardabweichung (sd) | T | Freiheitsgrade (df) | Signifikanz (zweiseitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Introversion Extraversion** | | Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.84 | 1.04 | | | |
| | | Männliche Normstichprobe | 80 | 2.62 | 1.05 | 1.662 | 385 | .097 |
| | | Gesamte Stichprobe | 387 | 2.79 | 1.04 | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 95: Vergleiche zwischen der weiblichen und männlichen Normstichprobe (Mann-Whitney-U-Tests)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittelwert | Standard-abweichung (sd) | Mittlerer Rang | Mann-Whitney-U | Asymptotische Signifikanz (zweiseitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 3.33 | .49 | 212.22 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 3.03 | .42 | 124.09 | 6687.50*** | .000 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 3.27 | .49 | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.83 | .51 | 176.78 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 3.19 | .41 | 260.08 | 6993.50*** | .000 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 2.91 | .51 | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.40 | .86 | 215.32 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 77 | 1.60 | .44 | 101.51 | 4813.00*** | .000 |
| | Gesamte Stichprobe | 384 | 2.24 | .85 | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.78 | .64 | 203.91 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 1.53 | .54 | 155.97 | 9237.50*** | .001 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 1.73 | .63 | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 3.16 | .64 | 182.92 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 3.47 | .48 | 236.52 | 8878.00*** | .000 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 3.22 | .62 | | | |
| **BMI** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 20.76 | 2.69 | 182.14 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 21.94 | 2.38 | 239.51 | 8639.00*** | .000 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 21.00 | 2.67 | | | |
| **Alter** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 212 | 24.90 | 195.42 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 215 | 33.50 | 188.54 | 11843.00 | .624 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 213 | 26.89 | | | |
| **Zügelung des Essens** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.66 | .73 | 215.22 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 1.17 | .34 | 112.58 | 5766.50*** | .000 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 1.56 | .69 | | | |
| **Einstellung zu Sport** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 4.05 | 1.72 | 180.96 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 4.88 | 1.21 | 244.03 | 8277.50*** | .000 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 4.22 | 1.66 | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.09 | .79 | 216.98 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 79 | 1.39 | .33 | 102.25 | 4918.00*** | .000 |
| | Gesamte Stichprobe | 384 | 1.95 | .77 | | | |
| **Kontaktangst** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.70 | .48 | 201.84 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 1.54 | .42 | 163.92 | 9875.50** | .007 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 1.66 | .47 | | | |
| **Depressivität** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.82 | .50 | 202.44 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 1.63 | .41 | 161.61 | 9688.50** | .004 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 1.78 | .49 | | | |
| **Negatives psychisches Allgemeinbefinden / Stimmung** | Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.91 | .63 | 199.02 | | |
| | Männliche Normstichprobe | 80 | 2.77 | .45 | 174.72 | 10737.50 | .083 |
| | Gesamte Stichprobe | 387 | 2.88 | .60 | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

## 3.2.2 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung bei den Männern und Frauen der Normstichprobe

Im Folgenden werden nur noch die Zusammenhänge der männlichen Normstichprobe dargestellt, da die Zusammenhänge der weiblichen Normstichprobe bereits an anderer Stelle aufgeführt wurden (vgl. 3.1.2 Zusammenhänge zwischen den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symtpomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Essstörung in der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe).

#### 3.2.2.1 Zusammenhänge zwischen den Facetten des Körperkonzeptes und den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Esstsörung bei den Männern und Frauen der Normstichprobe

*a) Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und relevanten Konstrukten bei den Männern der Normstichprobe*

Es gibt nur zwei signifikante positive Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und anderen Konstrukten in der männlichen Normstichprobe (vgl. Tabelle 96): Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($r = .335$, $p = .003$**) und dem BMI ($r = .561$, $p < .001$**). Das bedeutet, dass die Negative körperliche Selbsteinschätzung der Männer stark mit ihrem Gewicht (resp. BMI) und ihrer Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zusammenhängt.

Beim Vergleich zwischen den Männern und Frauen bezüglich der Zusammenhänge zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und den anderen Skalen zeigt sich, dass einige Korrelationen darauf hinweisen, dass die beiden Stichproben nicht aus der gleichen Grundgesamtheit stammen: Es sind dies die Korrelationen für die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($z = -2.64$**), Zügelung des Essens ($z = -2.92$**), Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($z = 4.04$**), Negative Wahrnehmung des Essens ($z = -5.18$**), Depressivität ($z = -3.37$**), Negative Selbstbeurteilung ($z = -2.68$**), Positive Selbstbeurteilung ($z = 2.18$*), Negatives psychisches Befinden / Stimmung ($z = -2.69$**) und Introversion / Extraversion ($z = -2.10$*) (vgl. Tabelle 96). Es gibt verschiedene Korrelationskombinationen, die zu diesen signifikanten Unterschieden führen: die Frauen haben höhere positive Korrelationen (Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, Zügelung des Essens, Negative Wahrnehmung des Essens, Positive Selbstbeurteilung), die Frauen haben höhere negative Korrelationen (Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Positive Selbstbeurteilung), die Männer haben eine negative Korrelation und die Frauen eine positive (Depressivität, Negative Selbstbeurteilung, Psychisches Allgemeinbefinden, Introversion / Extraversion). Es sind vor allem diese Zusammenhänge, die interessant sind, da es scheinbar zwischen den Männern und Frauen einen Unterschied gibt.

*b) Zusammenhänge zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und relevanten Konstrukten bei den Männern der Normstichprobe*

Es gibt einen signifikanten positiven Zusammenhang zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Positiven Selbstbeurteilung ($r = .560$, $p < .001$**) (vgl. Tabelle 96): Das bedeutet, dass die Männer zufriedener mit ihrem Körper sind, wenn sie sich selbst auch positiver beurteilen (und umgekehrt). Die weiteren signifikanten Zusammenhänge sind negativ:

Negative Selbstbeurteilung (r = -.498, p < .001***), Kontaktangst (r = -.324, p = .003**), Depressivität (r = -.395, p < .001**) und Negatives psychisches Befinden / Stimmung (r = -.260, p = .020*). Auch hier zeigt sich wie in der weiblichen Stichprobe und der klinischen Stichprobe, dass es zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und den untersuchten Skalen vor allem negative Zusammenhänge gibt. Bei den Männern zeigt sich bei den Zusammenhängen zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und den untersuchten Skalen, dass die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung in einem Zusammenhang mit psychischen Befindlichkeiten und Problemen steht. Sind diese Probleme tiefer ausgeprägt, ist die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung höher und umgekehrt. Das bedeutet, dass die Männer scheinbar ihre Zufriedenheit mit ihrem Körper auch von psychischen Eigenschaften abhängig machen.

In einem weiteren Schritt wurden auch die Korrelationen zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und den verschiedenen Konstrukten bei den Männern und Frauen untersucht. Aufgrund der Daten kann man sagen, dass sich die Korrelationen zwischen der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und folgenden Konstrukten signifikant unterscheiden: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (z = 4.47**), Zügelung des Essens (z = 3.85**), Negative körperliche Selbsteinschätzung (z = 4.04**), Negative Wahrnehmung des Essens (z = 5.60*) und BMI (z = 3.09**). Die signifikanten Korrelationsunterschiede sind meistens durch höhere negative Korrelationen bei der weiblichen Normstichprobe bedingt (Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, Zügelung des Essens, Negative körperliche Selbsteinschätzung, Negative Wahrnehmung des Essens und BMI) (vgl. Tabelle 96).

*c) Zusammenhänge zwischen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und relevanten Konstrukten bei der männlichen Normstichprobe*

Bezüglich den Zusammenhängen zwischen Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und den untersuchten Skalen zeigen sich signifikante positive Zusammenhänge mit folgenden Skalen: Negative körperliche Selbsteinschätzung (r = .335, p = .003**), BMI (r = .486, p < .000***) und Zügelung des Essens (r = .514, p < .000***). Das bedeutet, dass die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht höher ist, wenn die negative körperliche Selbsteinschätzung, der BMI und die Zügelung des Essens höher sind.

Die Zusammenhänge zwischen Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und den untersuchten Skalen sind in der weiblichen und männlichen Normstichprobe teilweise unterschiedlich (vgl. Tabelle 96). Folgende Skalen hängen bei den Männern und Frauen unterschiedlich mit der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zusammen: Negative körperliche Selbsteinschätzung (z = -2.64**), Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (z = 4.47**), Negative Selbstbeurteilung (z = -2.70**), Positive Selbstbeurteilung (z = 3.14**), Zügelung des Essens (z = -

3.10**), Einstellung zu Sport (z = 1.99*), Negative Wahrnehmung des Essens (z = -6.41**), Depressivität (z = -2.59**) und Negatives psychisches Befinden / Stimmung (z = -2.20**). Diese Unterschiede sind alle durch die unterschiedlichen Stärken des Zusammenhanges bedingt. Einzig bezüglich des Zusammenhangs zwischen Einstellung zu Sport und Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht gibt es einen Unterschied. Dieser Zusammenhang ist bei den Männern positiv und bei den Frauen negativ. Wenn die Frauen weniger motiviert sind, Sport zu treiben, ist ihre Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht höher. Bei den Männern hingegen ist die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht höher, wenn auch die Einstellung zu Sport höher ist. Das heisst, dass die Männer viel eher motiviert sind Sport zu treiben, wenn ihre Besorgtheit um das Aussehen auch grösser ist. Sie scheinen den Sport anders einzusetzen als die Frauen der Normstichprobe.

**Tabelle 96: Korrelationen (nach Spearman) für die Facetten des Körperkonzeptes und relevanten Konstrukten bei den Männern und Frauen der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen**

| | | | **Negative körperliche Selbsteinschätzung** | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse Z (z-verteilt)[a] | **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse Z (z-verteilt)[a] | **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht** | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse Z (z-verteilt)[a] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbstein-schätzung** | Männer | **Korrelation N** | | | | -.158<br>80 | -.159 | 4.04** | .335**<br>77 | .348 | -2.64** |
| | Frauen | **Korrelation N** | | | | -.560***<br>307 | -.633 | | .582***<br>307 | .664 | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | Männer | **Korrelation N** | -.158<br>80 | -.159 | 4.04** | | | | -.174<br>77 | -.176 | 4.47** |
| | Frauen | **Korrelation N** | -.560***<br>307 | -.633 | | | | | -.611***<br>307 | -.710 | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht** | Männer | **Korrelation N** | .335**<br>77 | .348 | -.264** | -.174<br>77 | -.176 | 4.47** | | | |
| | Frauen | **Korrelation N** | .582***<br>307 | .664 | | -.611<br>307 | -.710 | | | | |
| **Zügelung des Essens** | Männer | **Korrelation N** | .214<br>80 | .217 | -.292** | -.181<br>80 | -.183 | 3.85** | .514***<br>77 | .569 | -3.10** |
| | Frauen | **Korrelation N** | .508***<br>307 | .559 | | -.561***<br>307 | -.634 | | .734***<br>307 | .939 | |
| **Einstellung zu Sport** | Männer | **Korrelation N** | -.097<br>80 | -.097 | .026 | .163<br>80 | .165 | .017 | .142<br>77 | .143 | 1.99* |
| | Frauen | **Korrelation N** | -.127*<br>307 | -.128 | | .144<br>307 | .145 | | -.095*<br>307 | -.095 | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens** | Männer | **Korrelation N** | .008<br>79 | .008 | -5.18** | -.100<br>79 | -.100 | 5.60** | .156<br>76 | .157 | -6.41** |
| | Frauen | **Korrelation N** | .551***<br>307 | .619 | | -.643**<br>307 | -.761 | | .729***<br>307 | .928 | |
| **Kontaktangst** | Männer | **Korrelation N** | .024<br>80 | .024 | -.161 | -.324**<br>80 | -.336 | 1.03 | .140<br>77 | .141 | -1.13 |
| | Frauen | **Korrelation N** | .210***<br>307 | .213 | | -.428***<br>307 | -.457 | | .269***<br>307 | .276 | |
| **Negative Selbstbeurteilung** | Männer | **Korrelation N** | -.037<br>80 | -.037 | -2.68** | -.498***<br>80 | -.546 | .076 | .159<br>77 | .161 | -2.70** |
| | Frauen | **Korrelation N** | .270***<br>307 | .277 | | -.562***<br>307 | -.635 | | .449***<br>307 | .484 | |
| **Positive Selbstbeurteilung** | Männer | **Korrelation N** | -.092<br>80 | -.092 | 2.18* | .560***<br>80 | .633 | -.014 | -.182<br>77 | -.184 | 3.14** |
| | Frauen | **Korrelation N** | -.335***<br>307 | -.348 | | .571***<br>307 | .649 | | -.508***<br>307 | -.559 | |

*** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 signifikant (zweiseitig), ** Korrelation ist auf dem Niveau von .0.01 signifikant (zweiseitig), * Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (zweiseitig)

[a] * Kritischer z-Wert: ± 1.96 (zweiseitig, 5%-Niveau), ** Kritischer z-Wert: ± 2.57 (zweiseitig, 1%-Niveau)

**Fortsetzung der Tabelle 96: Korrelationen (nach Spearman) für die Facetten des Körperkonzeptes und relevanten Konstrukten bei den Männern und Frauen der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen**

| | | | Negative körperliche Selbsteinschätzung | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse Z (z-verteilt)[a] | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse Z (z-verteilt)[a] | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse Z (z-verteilt)[a] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Depressivität** | Männer | **Korrelation N** | -.154<br>80 | -.155 | -3.37** | -.395***<br>80 | -.418 | 1.13 | .187<br>77 | .189 | -2.59** |
| | Frauen | **Korrelation N** | .236***<br>307 | .240 | | -.501***<br>307 | -.550 | | .462***<br>307 | .499 | |
| **Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung** | Männer | **Korrelation N** | -.037<br>80 | -.037 | -2.69* | -.260*<br>80 | -.266 | 1.77 | .129<br>77 | .130 | -2.20* |
| | Frauen | **Korrelation N** | .272***<br>307 | .279 | | -.442***<br>307 | -.474 | | .374***<br>307 | .393 | |
| **Introversion / Extraversion** | Männer | **Korrelation N** | -.171<br>80 | -1.73 | -2.10* | -.172<br>80 | -.174 | 1.41 | .112<br>77 | .112 | -1.16 |
| | Frauen | **Korrelation N** | .073<br>307 | .073 | | -.327***<br>307 | -.339 | | .246***<br>307 | .251 | |
| **BMI** | Männer | **Korrelation N** | .561***<br>80 | .634 | -0.78 | -.034<br>80 | -.034 | 3.09** | .486****<br>77 | .531 | 1.85 |
| | Frauen | **Korrelation N** | .620***<br>307 | .725 | | -.377***<br>307 | -.396 | | .300***<br>307 | .310 | |
| **Alter** | Männer | **Korrelation N** | .004<br>80 | .004 | -1.07 | .118<br>80 | .119 | 1.77 | -.071<br>77 | -.071 | -1.34 |
| | Frauen | **Korrelation N** | .129*<br>307 | .130 | | -.088<br>307 | -.088 | | .089<br>307 | .089 | |

*** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 signifikant (zweiseitig), ** Korrelation ist auf dem Niveau von .0.01 signifikant (zweiseitig), * Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (zweiseitig)

[a] * Kritischer z-Wert: ± 1.96 (zweiseitig, 5%-Niveau), ** Kritischer z-Wert: ± 2.57 (zweiseitig, 1%-Niveau)

Zusammenfassend kann bezüglich den Zusammenhängen zwischen den drei Bereichen des Körperkonzeptes bei den Männern festgestellt werden, dass es einen Zusammenhang zwischen BMI und der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht gibt. Die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ist zudem stark mit psychischen Zuständen verbunden (Depressivität, Kontaktangst, Negatives psychisches Befinden).

### 3.2.2.2 Zusammenhänge zwischen den Facetten des Selbstkonzeptes und den Konstrukten der anorektischen und bulimischen Symptomatik, den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration und der komorbiden Symptomatik der Esstsörung bei den Männern und Frauen der Normstichprobe

*a) Zusammenhänge zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und relevanten Konstrukten bei den Männern der Normstichprobe*

Die Zusammenhänge zwischen der Negativen Selbstbeurteilung der Männer und den untersuchten Skalen sind vor allem positiv (vgl. Tabelle 97): Kontaktangst ($r = .766$, $p < .001$***), Depressivität ($r = .753$, $p < .001$***), Negatives psychisches Befinden / Stimmung ($r = .410$, $p = < .001$) und Introversion / Extraversion ($r = .452$, $p < .001$***). Die Zusammenhänge zwischen der Negativen Selbstbeurteilung und der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($r = -.498$, $p < .001$***) und der Positiven Selbstbeurteilung ($r = -.563$, $p < .001$***) sind negativ. Das bedeutet, dass die negative Selbstbeurteilung der Männer höher ist, wenn ihre Zufriedenheit mit dem Körper tiefer ist.

Das bedeutet, dass ihr Selbstkonzept auch mit einem Aspekt des Körperkonzeptes zusammenzuhängen scheint.

Die Zusammenhänge zwischen Negativer Selbstbeurteilung und den untersuchten Skalen sind bei den Männern und Frauen ähnlich. Es gibt aber auch hier einige signifikante Unterschiede, nämlich zwischen folgenden Skalen und der Negativen Selbstbeurteilung: Negative körperliche Selbsteinschätzung (z = -2.68**), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (z = -2.70**) und Negativer Wahrnehmung des Essens (z = -3.70**) (vgl. Tabelle 97). Nur der Zusammenhang zwischen Negativer Selbstbeurteilung und Negativer körperlicher Selbsteinschätzung ist dabei auf eine andere Ausrichtung zurückzuführen. Alle anderen Unterschiede sind durch unterschiedliche Stärken des Zusammenhangs bedingt. Bei den Männern ist zu beobachten, dass sie höhere negative Selbstbeurteilungen vornehmen, wenn sie eine tiefere negative körperliche Selbsteinschätzung haben. Dieser Zusammenhang ist aber nicht sehr stark.

*b) Zusammenhänge zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und relevanten Konstrukten bei den Männern der Normstichprobe*

Zwischen der Positiven Selbstbeurteilung der Männer und den untersuchten Skalen gibt es nur einen signifikanten positiven Zusammenhang, nämlich mit der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (r = .560, p < .000***) (vgl. Tabelle 97). Die übrigen signifikanten Zusammenhänge mit der Positiven Selbstbeurteilung sind alle negativ: Negative Selbstbeurteilung (r = -.563, p < .000***), Kontaktangst (r = -.310, p = .007**), Depressivität (r = -.580, p < .000***), Negatives psychisches Befinden / Stimmung (r = -.468, p < .000***) und Introversion / Extraversion (r = -.319, p = .004**). Das bedeutet, dass die Positive Selbstbeurteilung umso höher ist, je tiefer die Werte auf diesen Skalen sind. Auch hier lässt sich beobachten, dass die Männer der Normstichprobe scheinbar ihre Positive Selbstbeurteilung auch von psychischen Faktoren abhängig machen.

Auch zwischen den Zusammenhängen zwischen der Positiven Selbstbeurteilung und den untersuchten Skalen gibt es zwischen den Männern und Frauen nicht viele signifikante Unterschiede. Nur folgende Zusammenhänge sind signifikant voneinander unterschiedlich: Negative körperliche Selbsteinschätzung (z = 2.18*), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (z = 3.15**), Zügelung des Essens (z = 2.27*) und Negative Wahrnehmung des Essens (z = 2.22*) (vgl. Tabelle 97).

**Tabelle 97: Korrelationen (nach Spearman) für die Facetten des Selbstkonzeptes und relevanten Konstrukten bei den Männern und Frauen der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen**

| | | | Negative Selbstbeurteilung | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse Z (z-verteilt)[a] | Positive Selbstbeurteilung | Fishers Z-Wert | Prüfgrösse Z (z-verteilt)[a] |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbstein-schätzung** | Männer [1] | **Korrelation** | -.037 | -.037 | -2.68** | -.092 | -.092 | 2.18* |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .270*** | .277 | | -.335*** | -.348 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | Männer [1] | **Korrelation** | -.498*** | -.548 | .74 | .560*** | .633 | -.13 |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | -.562*** | -.635 | | .571*** | .649 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht** | Männer [1] | **Korrelation** | .159 | .161 | -2.70** | -.182 | -.184 | 3.15** |
| | | **N** | 77 | | | 77 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .449*** | .484 | | -.508*** | -.561 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Zügelung des Essens** | Männer [1] | **Korrelation** | .171 | .173 | -1.52 | -.193 | -.195 | 2.27* |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .338*** | .351 | | -.431*** | -.461 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Einstellung zu Sport** | Männer [1] | **Korrelation** | -.147 | -.149 | .16 | .146 | .147 | -.68 |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | -.166** | -.168 | | .223*** | .227 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens** | Männer [1] | **Korrelation** | .113 | .113 | -3.70** | -.218 | -.222 | 2.22* |
| | | **N** | 79 | | | 79 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .501*** | .550 | | -.549*** | -.484 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Negative Selbstbeurteilung** | Männer [1] | **Korrelation** | | | | -.563*** | -.636 | 1.25 |
| | | **N** | | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | | | | -.654 | -.782 | |
| | | **N** | | | | 307 | | |
| **Positive Selbstbeurteilung** | Männer [1] | **Korrelation** | -.563*** | -.636 | 1.25 | | | |
| | | **N** | 80 | | | | | |
| | Frauen | **Korrelation** | -.654 | -.783 | | | | |
| | | **N** | 307 | | | | | |
| **Kontaktangst** | Männer [1] | **Korrelation** | .677*** | .822 | 1.44 | -.301** | -.311 | .97 |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .573*** | .653 | | -.401*** | -.425 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Depressivität** | Männer [1] | **Korrelation** | .763*** | .999 | 1.38 | -.580*** | -.662 | -.68 |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .684*** | .837 | | -.524*** | -.582 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Negative Befindlichkeit / Stimmung** | Männer [1] | **Korrelation** | .410*** | .436 | .96 | -.468*** | -.509 | .36 |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .500*** | .549 | | -.503*** | -.551 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Introversion / Extraversion** | Männer [2] | **Korrelation** | .452*** | .487 | -.59 | -.319** | -.331 | 1.17 |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .505*** | .556 | | -.438 | -.469 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **BMI** | Männer [1] | **Korrelation** | -.080 | -.080 | -1.26 | .106 | .106 | 1.92 |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | .068*** | .068 | | -.118 | -.119 | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |
| **Alter (bei Eintritt)** | Männer [1] | **Korrelation** | .006 | .006 | .51 | .126 | .128 | .83 |
| | | **N** | 80 | | | 80 | | |
| | Frauen | **Korrelation** | -.054 | -.054 | | .031 | | |
| | | **N** | 307 | | | 307 | | |

*** Korrelation ist auf dem Niveau von 0.001 signifikant (zweiseitig), ** Korrelation ist auf dem Niveau von .0.01 signifikant (zweiseitig), * Korrelation ist auf dem Niveau von 0.05 signifikant (zweiseitig)

[a] * Kritischer z-Wert: ± 1.96 (zweiseitig, 5%-Niveau), ** Kritischer z-Wert: ± 2.57 (zweiseitig, 1%-Niveau)

Insgesamt kann festgehalten werden, dass es zwischen den Zusammenhängen bei den Frauen und Männern in Bezug auf die Bereiche des Selbstkonzeptes weniger Unterschiede gibt als zwischen den Zusammenhängen in Bezug auf die Bereiche des Körperkonzeptes. Das bedeutet, dass die Zusammenhänge zwischen den Bereichen des Körperkonzeptes bei den Männern und Frauen wirklich unterschiedlich sind, dies aber nicht für die Bereiche des Selbstkonzeptes gilt.

### 3.2.3 Risiko- und Einflussfaktoren für die Entstehung essstörungsspezifischer Symptome (Bereiche des Körperkonzeptes und des Selbstkonzeptes)

Die Frage nach möglichen Prädiktoren für gewisse Konstrukte wird mit multiplen Regressionsanalysen zu beantworten versucht. Die Ergebnisse der Regressionsanalyse für die weibliche Normstichprobe sind an anderer Stelle dargestellt (vgl. 3.1.3 Risiko- und Einflussfaktoren für die Entstehung essstörungsspezifischer Symptome).

#### 3.2.3.1 Vorhersage der Bereiche des Körperkonzeptes

*a) Vorhersage der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung*

Durch den BMI (β = .441, p < .000***) und die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = -.225, p = .025*) kann bei den Männern 23.7 % der Varianz der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung erklärt werden (vgl. Tabelle 98). Im Vergleich dazu wurde die Negative körperliche Selbsteinschätzung bei der weiblichen Normstichprobe durch den BMI, die negative Wahrnehmung des Essens und die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht vorhergesagt.

**Tabelle 98: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der männlichen Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | BMI | .206 | 20.190*** | .000 | .206*** | .000 | .453 | 4.493*** | .000 |
| 2 | BMI<br>Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | .256 | 13.266*** | .000 | .051* | .025 | .444<br>-.225 | 4.511***<br>-2.290* | .000<br>.025 |

Abhängige Variable: Negative körperliche Selbsteinschätzung
Einbezogene Variable: Nur Skalen des Fragenbogens der Normstichprobe

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

*b) Vorhersage der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung*

Die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Männer wird durch ein Modell mit vier Variablen am Besten erklärt und 39.5 % der Varianz erklärt: Positive Selbstbeurteilung (β = .295, p = .007), Einstellung zu Sport (β = .229, p = .012), Negative Selbstbeurteilung (β = -.298, p = .006) und Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = -.208, p = .022) (vgl. Tabelle 99). Auch bei der weiblichen Normstichprobe waren es dieselbenVariablen wie bei den Männern, die für die Vorhersage der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung relevant sind. Bei den Frauen waren zusätzlich auch noch die Negative Wahrnehmung des Essens und der BMI relevant.

**Tabelle 99: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der männlichen Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Positive Selbstbeurteilung | .260 | 27.381*** | .000 | .260*** | .000 | .510 | 5.233*** | .000 |
| 2 | Positive Selbstbeurteilung | .333 | 19.254*** | .000 | .074** | .005 | .473 | 5.037*** | .000 |
| | Einstellung zu Sport | | | | | | .274 | 2.915** | .005 |
| 3 | Positive Selbstbeurteilung | .384 | 15.761*** | .000 | .050* | .015 | .330 | 3.069** | .003 |
| | Einstellung zu Sport | | | | | | .246 | 2.681** | .009 |
| | Negative Selbstbeurteilung | | | | | | -.269 | -2.487* | .015 |
| 4 | Positive Selbstbeurteilung | .426 | 13.897*** | .000 | .042* | .022 | .295 | 2.799** | .007 |
| | Einstellung zu Sport | | | | | | .229 | 2.569* | .012 |
| | Negative Selbstbeurteilung | | | | | | -.298 | -2.818** | .006 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung | | | | | | -.208 | -2.346* | .022 |

Abhängige Variable: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung
Einbezogene Variable: Nur Skalen des Fragenbogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

*c) Vorhersage der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht*

Das Modell, welches 35.5 % der Varianz der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht erklären kann, beinhaltet folgende Variablen: Zügelung des Essens (β = .363, p = .000), BMI (β = .371, p = .000) und Depressivität (β = .240, p = .011) (vgl. Tabelle 100). Bei der weiblichen Normstichprobe ist das Modell komplexer mit nachfolgenden Variablen, kann aber auch mehr Varianz erklären: Negative Wahrnehmung des Essens, Zügelung des Essens, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, Negative körperliche Selbsteinschätzung und Depressivität.

**Tabelle 100: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der männlichen Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Zügelung des Essens | .226 | 22.753*** | .000 | .226*** | .000 | .475 | 4.770*** | .000 |
| 2 | Zügelung des Essens | .325 | 18.538*** | .000 | .099*** | .001 | .396 | 4.102*** | .000 |
| | BMI | | | | | | .325 | 3.364*** | .001 |
| 3 | Zügelung des Essens | .380 | 15.520*** | .000 | .055* | .011 | .363 | 3.857*** | .000 |
| | BMI | | | | | | .371 | 3.915*** | .000 |
| | Depressivität | | | | | | .240 | 2.594* | .011 |

Abhängige Variable: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht.
Einbezogene Variable: Nur Skalen des Fragenbogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass die drei Bereiche des Körperkonzeptes bei den Männern durch sehr unterschiedliche Modelle erklärt werden. Die Zügelung des Essens, die bei den Frauen ein sehr wichtiger Faktor war, zeigt sich nur in der Vorhersage des Modells für die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht. Auch hier zeigt sich wieder, dass die Bereiche des Körperkonzeptes der Männer stark mit dem BMI verbunden sind.

### 3.2.3.2 Vorhersage der Bereiche des Selbstkonzeptes

*a) Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung*

In der Regressionsanalyse für die Vorhersage der Negativen Selbstbeurteilung zeigt sich bei den Männern, dass ein Modell mit vier Variablen am meisten Varianz erklären kann (72.6 %) (vgl. Tabelle 101): Depressivität (β = .545, p = .000), Kontaktangst (β = .277, p = .000), Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = -.210, p = .002) und Alter (β = .123, p = .043). Im Vergleich dazu war das Modell der Frauen mit sechs Variablen nicht imstande, so viel Varianz zu erklären. Neben den Konstrukten, die in das Modell der Männer eingingen, war im Modell der Frauen auch noch die Variablen Positive Selbstbeurteilung und BMI von prädiktorischem Wert.

**Tabelle 101: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der männlichen Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Depressivität | .620 | 127.420*** | .000 | .620*** | .000 | .788 | 11.288*** | .000 |
| 2 | Depressivität<br>Kontaktangst | .695 | 87.562*** | .000 | .074*** | .000 | .599<br>.332 | 7.811***<br>4.328*** | .000<br>.000 |
| 3 | Depressivität<br>Kontaktangst<br>Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | .725 | 66.769*** | .000 | .030** | .005 | .551<br>.294<br>-.190 | 7.336***<br>3.952***<br>-2.896** | .000<br>.000<br>.005 |
| 4 | Depressivität<br>Kontaktangst<br>Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung<br>Alter | .740 | 53.257*** | .000 | .015* | .043 | .545<br>.277<br>-.210<br>.123 | 7.411***<br>3.784***<br>-3.225**<br>2.055* | .000<br>.000<br>.002<br>.043 |

Abhängige Variable: Negative Selbstbeurteilung
Einbezogene Variable: Nur Skalen des Fragenbogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

*b) Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung*

Für die Vorhersage der Positiven Selbstbeurteilung der Männer ist ein Modell mit drei Variablen am vorhersagekräftigsten und erklärt 42.3 % der Varianz (vgl. Tabelle 102): Negative Selbstbeurteilung (β = -.243, p = .029), Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung (β = .339, p = .001) und Negatives psychisches Befinden / Stimmung (β = -.299, p = .003). Im Gegensatz dazu umfasste das Modell für die Frauen fünf Variablen und zwar noch zusätzlich die Einstellung zu Sport und die Negative Wahrnehmung des Essens.

**Tabelle 102: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der männlichen Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative Selbstbeurteilung | .297 | 32.949*** | .000 | .297*** | .000 | -.545 | -5.740*** | .000 |
| 2 | Negative Selbstbeurteilung<br>Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | .374 | 22.997*** | .000 | .077** | .003 | -.388<br>.319 | -3.747***<br>3.077** | .000<br>.003 |
| 3 | Negative Selbstbeurteilung<br>Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung<br>Negative psychische Befinden | .445 | 20.295*** | .000 | .071** | .003 | -.243<br>.339<br>-.299 | -2.233*<br>3.441***<br>-3.114** | .029<br>.001<br>.003 |

Abhängige Variable: Positive Selbstbeurteilung
Einbezogene Variable: Nur Skalen des Fragenbogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bezüglich den beiden Bereichen des Selbstkonzeptes gesagt werden, dass die Negative Selbstbeurteilung der Männer scheinbar stark durch psychische Faktoren beeinflusst wird und ihre Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung. Es ist auch ein Alterseinfluss erkennbar. Im Gegensatz dazu wird die Positive Selbstbeurteilung vor allem durch die Negative Selbstbeurteilung vorhergesagt, aber auch die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und das Negative psychische Befinden können einen Beitrag an die Varianzaufklärung leisten.

### 3.2.3.3 Vorhersage ausgewählter Konstrukte

*a) Vorhersage der Zügelung des Essens (Diätverhalten)*

Bei den Männern kann die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($\beta$ = .475, p = .000) 21.6 % der Varianz der Zügelung des Essens (Diätverhalten) erklären (vgl. Tabelle 103). Bei der weiblichen Normstichprobe kam noch die negative Wahrnehmung des Essens hinzu und konnte deutlich mehr Varianz erklären.

**Tabelle 103: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) bei männlicher Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | .226 | 22.753*** | .000 | .226*** | .000 | .475 | .4770*** | .000 |

Abhängige Variable: Zügelung des Essens
Einbezogene Variable: Nur Skalen des Fragenbogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

*b) Vorhersage des BMI*

Die Regressionsanalyse für den BMI bei den Männern umfasst folgende Variablen: Negative körperliche Selbsteinschätzung (β = .324, p = .001), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (β = .370, p = .000) und Introversion / Extraversion (β = -.228, p = .019) (vgl. Tabelle 104). Diese Variablen können 32.7 % der Varianz erklären. Bei der weiblichen Normstichprobe ist es nur die negative körperliche Selbsteinschätzung, welche einen Beitrag zur Varianzaufklärung leistet. Das bedeutet, dass der BMI der Männer und Frauen scheinbar durch unterschiedliche Konstrukte vorhergesagt werden können.

**Tabelle 104: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei männlicher Normstichprobe**

| Modell | | $R^2$ | F | p | Änderung in $R^2$ | Änderung in Signifikanz von F | Standardisierte Koeffizienten (Beta) | T | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .206 | 20.190*** | .000 | .206*** | .000 | .453 | 4.493*** | .000 |
| 2 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .303 | 16.732*** | .000 | .097** | .002 | .367 | 3.723*** | .000 |
| | Besorgtheit um Körper, Aussehen und Gewicht | | | | | | .324 | 3.279** | .002 |
| 3 | Negative körperliche Selbsteinschätzung | .352 | 13.766*** | .000 | .049* | .019 | .324 | 3.327*** | .001 |
| | Besorgtheit um Körper, Aussehen und Gewicht | | | | | | .370 | 3.786*** | .000 |
| | Introversion / Extraversion | | | | | | -.228 | -2.401* | .019 |

Abhängige Variable: BMI
Einbezogene Variable: Nur Skalen des Fragenbogens der Normstichprobe
*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

## 3.3 Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen des Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienstes Baselland

Neben dem Vergleich zwischen einer nach Alter und Schulbildung parallelisierten, weiblichen Normstichprobe und der Population der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen und dem Vergleich zwischen Männern und Frauen, geht es in einem dritten Teil dieser Arbeit darum, das Therapieangebot der Psychotherapiestation zu evaluieren.
In der Interventionsforschung werden verschiedene Evaluationsfaktoren diskutiert (Barkmann et al., 2003; Baumann & Reinecker-Hecht, 1998):

- Effektivität / Wirksamkeit (efficacy): Ausmass an Veränderungen im Hinblick auf einen ZielKrankheitszustand (Statistische Signifikanz der Veränderung, Klinische Signifikanz und Bedeutsamkeit der Veränderung, Prozentsatz an gebesserten Patientinnen, Breite der Veränderung, Veränderungsmuster, Dauerhaftigkeit der Veränderung (Katamnesestudien), Ausmass an negativen Effekten (Dropout-Raten, Therapieablehnung, Rückfalle, erneute Aufnahmen) )
- Effizienz (cost-effectiveness, cost-benefit): Den zur Zielerreichung benötigten Aufwand: Kosten-Effektivitäts-Analyse: Kosten, die für das Erreichen von Therapiezielen notwendig sind, Kosten-Nutzen-Analysen: Behandlung und Gewinn können monetär dargestellt werden, Patientinnen-Zufriedenheit, Praxisbewährung und
- Ethische Angemessenheit: Ziel-Mittel-Übereinstimmung

Für die Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen werden vor allem Kriterien in Zusammenhang mit der Wirksamkeit der Behandlung diskutiert. Es handelt sich bei der klinischen Stichprobe aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen um eine relativ kleine Stichprobe mit einem hohen Anteil an chronifizierten Klientinnen. Wie im Methodenteil beschrieben, werden die Klientinnen gebeten, zu sechs verschiedenen Zeitpunkten den Fragebogen der Psychotherapiestation auszufüllen. Die ersten drei Erhebungen finden während der stationären Behandlung statt (bei Eintritt, nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt) und die drei weiteren Erhebungen sind katamnestisch (1/2 Jahr, ein Jahr und zwei Jahre nach Austritt). Die Fragebogen werden postalisch verschickt und der Rücklauf dieser Fragebogen ist erfahrungsgemäss eher gering.
Aufgrund der Merkmale der klinischen Stichprobe kann man von einer pragmatischen Studie sprechen, da die Wirksamkeit der Therapie, wie sie in der Psychotherapiestation angeboten wird,

unter Alltagsbedingungen getestet wurde. Dies hat den Nachteil, dass man nicht mit so günstigen Resultaten wie zum Beispiel in einer klärenden Studie rechnen kann (in einer klärenden Studie kann die Effektivität unter Idealbedingungen untersucht werden, das heisst mit optimaler Compliance und geringer Dropout-Rate) (Bortz & Lienert, 2003).

An dieser Stelle sei zudem erwähnt, dass nie angenommen werden kann, dass die Veränderungen, die nach dem stationären Aufenthaltes beobachtet werden, ausschliesslich durch das therapeutische Angebot ausgelöst wurden. Einflüsse durch die Familie, durch Gleichaltrige (die Klientinnen besuchen in der Regel die Schule) oder Entwicklungsschritte, die altersbedingt sind, dürfen nicht ausser Acht gelassen werden. Um den Einfluss von anderen Faktoren kontrollieren zu können, müsste neben der klinischen Stichprobe eine Kontrollgruppe untersucht werden. Dieses Vorgehen ist in der vorliegenden Studie aus ethischen Überlegungen jedoch nicht vertretbar, denn es würde bedeuten, dass eine vergleichbare Stichprobe keine Behandlung bekommen würde. Aus der Tatsache, dass Essstörungen einen chronischen Verlauf nehmen können, ist deshalb die Unterlassung einer Behandlung kontraindiziert. Da ein multidisziplinärer Ansatz in der therapeutischen Arbeit mit den Klientinnen vertreten wird, kann man zudem auch nicht Rückschlüsse machen, welche Therapiemethode schlussendlich zu einer Veränderung in der Symptomatik der Klientinnen führte.

### 3.3.1 Beobachtete Veränderungen bei Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen

In der Psychotherapiestation werden sowohl Anorektikerinnen und Bulimikerinnen behandelt und es stellt sich deshalb die Frage, ob es zwischen diesen beiden Gruppen Unterschiede gibt (ein Teil der Unterschiede, welche zu Beginn des Aufenthaltes beobachtet werden können, wurden bereits an anderer Stelle beschrieben, vgl. 3.1 Vergleich zwischen den weiblichen Jugendlichen der Normstichprobe und den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe). In einer zweiten Fragestellung geht es dann um die Frage, ob nach dem stationären Aufenthalt Veränderungen bei den Klientinnen festgestellt und beobachtet werden können und darum, ob diese Veränderungen ein signifikantes statistisches Niveau erreichen und ob es zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen Unterschiede gibt. Um von einer Heilung zu sprechen, müsste es zu einer Angleichung der Daten der klinischen Stichprobe an die Daten der Normstichprobe kommen und es wird deshalb immer der Bezug zu der Normstichprobe hergestellt.

Dies leitet über zur dritten Fragestellung: Wann kann man von einem erfolgreichen Aufenthalt sprechen? In der Literatur wird meistens auf den General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) hingewiesen. In unserem Zusammenhang wird dieser Score diskutiert und versucht, neue

Kriterien den Zustand einer Klientin zu entwickeln, die sowohl für Anorektikerinnen, als auch für Bulimikerinnen sinnvoll wären.

#### 3.3.1.1 Vergleich zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bei Ein- und Austritt

Um Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bei Ein- und Austritt zu beschreiben, wird der U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt (Bortz & Lienert, 2003; Zöfel, 2001). Der U-Test prüft die Nullhypothese, dass zwei zu vergleichende Stichproben aus formgleich (homomer) verteilten Populationen mit einem identischen Medianwert stammen. Der U-Test ist das verteilungsfreie Pendant zum parametrischen t-Test für unabhängige Stichproben. Wenn weniger als 30 Fälle in die Berechnung eingehen, wird eine exakte Irrtumswahrscheinlichkeit p berechnet (einseitige Signifikanz).

Beim Vergleich der Mediane bei Eintritt zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zeigen sich einige signifikante Unterschiede (vgl. Tabelle 105). An anderer Stelle wurde bereits auf diese Unterschiede im Zusammenhang mit der Normstichprobe hingewiesen. Hier werden die Vergleiche nochmals aufgegriffen, da in der Normstichprobe nicht alle Skalen erfasst wurden. In den folgenden Skalen ist der signifikante Unterschied zwischen den Medianen bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen durch einen tieferen Median bei den Anorektikerinnen bedingt: BMI ($U = 89.500$, $p < .001$***), Bulimische Symptomatik ($U = 57.000$, $p < .001$***), Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen ($U = 54.500$, $p < .001$***) und Essgeschwindigkeit ($U = 134.500$, $p = .004$**). Einzig bei der Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ist der Unterschied durch einen höheren Median der Anorektikerinnen erklärbar ($U = 145.500$, $p = .008$**). Der Befund von Eltze (1996), dass die Bulimikerinnen im Vergleich zu den Anorektikerinnen eine grössere Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zeigen, konnte aufgrund der Daten nicht gestützt werden. Die Bulimikerinnen zeigen zwar eine ausgeprägtere Besorgtheit, es gibt aber keinen signifikanten Unterschied zu den Anorektikerinnen.

**Tabelle 105: U- Test nach Mann und Whitney für den Vergleich der Skalen bei Eintritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

| Skala | Stichprobe | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Mittlerer Rang | Mann-Whitney-U | Prüf-grösse z | Asympto-tische Signifikanz (zweiseitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 17 | 3.1008 | 1.27897 | 19.09 | 171.500 | -1.710 | .087 |
| | Bulimikerinnen | 29 | 3.7759 | .81653 | 26.09 | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 17 | 1.9664 | .60510 | 20.74 | 199.500 | -1.232 | .218 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.3000 | .82138 | 25.85 | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 4.06838 | .29788 | 21.75 | 220.500 | -.522 | .602 |
| | Bulimikerinnen | 27 | 4.31458 | .954618 | 23.83 | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 3.0000 | .59409 | 25.17 | 258.000 | -.259 | .796 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.9250 | .74611 | 24.10 | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 2.1852 | .1688 | 23.06 | 244.000 | -.560 | .575 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.3111 | .70539 | 25.37 | | | |
| **Selbstwirksamkeit bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 17 | 2.7353 | .86815 | 24.56 | 245.500 | -.215 | .830 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.6833 | .67573 | 23.68 | | | |
| **BMI bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 17.3078 | 2.41186 | 14.47 | 89.500 | -3.845*** | .000 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 19.9950 | 2.40052 | 30.52 | | | |
| **Zügelung des Essens bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 3.6397 | 1.25355 | 23.75 | 256.500 | -.288 | .774 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 3.8298 | .99263 | 24.95 | | | |
| **Bulimische Symptomatik bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 1.9240 | 1.14984 | 12.33 | 57.000 | -4.671*** | .000 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 4.1888 | 1.05228 | 31.80 | | | |
| **Einstellung zu Sport bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 4.6852 | 1.51019 | 27.83 | 210.000 | -1.287 | .198 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 4.1667 | 1.64643 | 22.50 | | | |
| **Hunger- und Sättigungsgefühle bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 17 | 2.2941 | .95294 | 24.15 | 252.500 | -.057 | .955 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.2833 | .88749 | 23.92 | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 3.9483 | 1.26241 | 23.61 | 254.000 | -.341 | .733 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 4.1912 | .94811 | 25.03 | | | |
| **Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastungen bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 1.5667 | .55918 | 12.53 | 54.500 | -4.530*** | .000 |
| | Bulimikerinnen | 29 | 3.8460 | 1.49731 | 31.12 | | | |
| **Essgeschwindigkeit bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 2.1250 | 1.11226 | 16.97 | 134.500 | -2.893** | .004 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 3.2139 | 1.31374 | 29.02 | | | |
| **Angst vor eigenen Fehlern und Kritik bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 3.0046 | .1435 | 26.97 | 225.500 | -.954 | .340 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.8333 | .65872 | 23.02 | | | |
| **Fordern können bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 15 | 2.3185 | .41968 | 16.80 | 132.000 | -1.557 | .125[a] |
| | Bulimikerinnen | 25 | 2.4933 | .43988 | 22.72 | | | |
| **Kontaktangst bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 2.5317 | .54959 | 23.89 | 259.000 | -.235 | .814 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.4833 | .77106 | 24.87 | | | |
| **Konfliktvermeidung bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 2.9306 | .44602 | 28.61 | 196.000 | -1.583 | .113 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.6429 | .62694 | 22.03 | | | |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 17 | 1.9059 | .83102 | 23.03 | 238.500 | -.367 | .713 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 1.8867 | .58648 | 24.55 | | | |
| **Zufriedenheit mit Familienbeziehungen bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 7.8333 | .4053 | 31.42 | 145.500 | -2.659** | .008 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 5.8000 | 2.43002 | 20.35 | | | |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehungen bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 6.6389 | 2.82221 | 23.69 | 248.500 | -.079 | .937 |
| | Bulimikerinnen | 28 | 6.7679 | 2.45131 | 23.38 | | | |
| **Gruppenzugehörigkeitsgefühl bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 2.6593 | .1885 | 28.06 | 206.000 | -1.367 | .172 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.4056 | .62924 | 22.37 | | | |
| **Zwanghaftigkeit bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 17 | 2.2353 | .84996 | 25.21 | 234.500 | -.456 | .648 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.1083 | .80858 | 23.32 | | | |
| **Depressivität bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 2.6754 | .49298 | 20.08 | 190.500 | -1.545 | .122 |
| | Bulimikerinnen | 29 | 2.8916 | .59462 | 26.43 | | | |
| **Suizidalität bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 18 | 2.5185 | .89459 | 22.06 | 226.000 | -.944 | .345 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.7667 | .92703 | 25.97 | | | |
| **Bedürfnis nach Kontrolle bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 17 | 3.0475 | .70101 | 25.18 | 235.000 | -.443 | .658 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.9522 | .59878 | 23.33 | | | |
| **Kontrollwahrnehmung bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 17 | 6.4608 | 1.84234 | 25.15 | 218.500 | -.639 | .523 |
| | Bulimikerinnen | 29 | 6.1092 | 1.92017 | 22.53 | | | |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 15 | 4.1384 | .71343 | 19.37 | 170.500 | -.475 | .639[a] |
| | Bulimikerinnen | 25 | 4.2064 | .86380 | 21.18 | | | |
| **Introversion / Extraversion bei Eintritt** | Anorektikerinnen | 12 | 3.1250 | .93237 | 13.21 | 80.500 | -.969 | .347[a] |
| | Bulimikerinnen | 17 | 3.5000 | 1.11803 | 16.26 | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

Beim Vergleich zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bei Austritt zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei Eintritt. Die meisten signifikanten Unterschiede sind durch signifikant tiefere Mediane der Anorektikerinnen bedingt (vgl. Tabelle 106): BMI bei Austritt (U = 163.500, p = .023*), Bulimische Symptomatik (U = 56.000, p = .004**), Negative körperliche Selbsteinschätzung (U = 63.500, p = .020*), Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen (U = 66.000, p = .018*) und Negatives psychisches Befinden / Stimmung (U = 48.000, p = .050*). Einzig bei der Zufriedenheit mit Familienbeziehungen haben die Anorektikerinnen einen höheren Median,

das heisst, sie sind bei Austritt signifikant zufriedener mit den familiären Beziehungen als die Bulimikerinnen (U = 77.500, p = .035*). Bezüglich der Bereiche des Körperkonzeptes gibt es nur bei der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung bei Austritt signifikante Unterschiede. Die Anorektikerinnen haben im Vergleich zu den Bulimikerinnen signifikant tiefere Mediane. Bezüglich der Bereiche des Selbstkonzeptes gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben bei Austritt.

**Tabelle 106: U- Test nach Mann und Whitney für den Vergleich der Skalen bei Austritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

| Skala | Stichprobe | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Mittlerer Rang | Mann-Whitney-U | Prüf-grösse z | Asymptotische Signifikanz (zweiseitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.8942 | .80339 | 11.88 | 63.500 | -2.311* | .020[a] |
| | Bulimikerinnen | 19 | 3.5395 | .53042 | 19.66 | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.8004 | .53607 | 19.38 | 99.000 | -1.416 | .265[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.4774 | .79744 | 15.45 | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Austritt** | Anorektikerinnen | 11 | 2.8741 | 1.02644 | 12.41 | 70.500 | -1.083 | .285[a] |
| | Bulimikerinnen | 17 | 3.4355 | 1.16201 | 15.85 | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.1346 | .85766 | 15.62 | 112.000 | -.668 | .524[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.2500 | .69301 | 17.90 | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.7949 | .72697 | 18.58 | 109.500 | -.766 | .456[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.6333 | .77157 | 15.98 | | | |
| **Selbstwirksamkeit bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 3.0769 | .57177 | 18.85 | 119.000 | -.643 | .552[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 2.8333 | .1436 | 16.67 | | | |
| **BMI bei Austritt** | Anorektikerinnen | 18 | 18.1167 | 2.10189 | 18.58 | 163.500 | -2.269* | .023 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 19.6733 | 2.01613 | 28.05 | | | |
| **Zügelung des Essens bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.7289 | .95171 | 15.77 | 114.000 | -.798 | .441[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 3.1286 | 1.14313 | 18.57 | | | |
| **Bulimische Symptomatik bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 1.3893 | .45508 | 11.31 | 56.000 | -2.866** | .004[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 2.2062 | .91224 | 21.33 | | | |
| **Einstellung zu Sport bei Austritt** | Anorektikerinnen | 18 | 3.2963 | 2.49153 | 27.33 | 219.000 | -1.124 | .261 |
| | Bulimikerinnen | 30 | 2.6111 | 2.39905 | 22.80 | | | |
| **Hunger- und Sättigungsgefühle bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 3.1154 | .1005 | 17.54 | 123.000 | -.283 | .813[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 3.0000 | .77799 | 16.65 | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.5214 | .87534 | 13.50 | 84.5000 | -1.679 | .094[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 3.0868 | .97136 | 19.27 | | | |
| **Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastungen bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 1.5513 | .1214 | 12.08 | 66.000 | -2.367* | .018[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.6283 | 1.19704 | 20.20 | | | |
| **Essgeschwindigkeit bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.9231 | .2850 | 15.35 | 108.500 | -.997 | .326[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 3.2183 | 1.02587 | 18.83 | | | |
| **Angst vor eigenen Fehlern und Kritik bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.3654 | .74032 | 17.54 | 136.000 | -.018 | 1.000[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 2.3333 | .62417 | 17.48 | | | |
| **Fordern können bei Austritt** | Anorektikerinnen | 12 | 2.7222 | .1219 | 13.92 | 79.000 | -.259 | .820[a] |
| | Bulimikerinnen | 14 | 2.6984 | .42350 | 13.14 | | | |
| **Kontaktangst bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.1648 | .53721 | 16.46 | 123.000 | -.481 | .820[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 2.2517 | .62581 | 18.14 | | | |
| **Konfliktvermeidung bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.3077 | .55812 | 18.62 | 109.000 | -.776 | .456[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.2063 | .57106 | 15.95 | | | |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 1.5846 | .74145 | 17.69 | 134.000 | -.091 | .944[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 1.5238 | .61798 | 17.38 | | | |
| **Zufriedenheit mit Familienbeziehungen bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 7.7949 | .4707 | 22.04 | 77.500 | -2.096* | .035[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 6.3016 | 2.01082 | 14.69 | | | |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehungen bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 6.9231 | 2.25320 | 16.65 | 125.00 | -.392 | .701[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 7.2381 | 2.25621 | 18.02 | | | |
| **Gruppenzugehörigkeitsgefühl bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.2923 | .59120 | 18.92 | 118.000 | -.663 | .529[a] |
| | Bulimikerinnen | 21 | 2.1508 | .60430 | 16.62 | | | |
| **Zwanghaftigkeit bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 1.5577 | .65474 | 13.54 | 85.000 | -1.689 | .102[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.0250 | .77756 | 19.25 | | | |
| **Depressivität bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 1.9919 | .46723 | 13.81 | 88.500 | -1.532 | .128[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.2670 | .59630 | 19.08 | | | |
| **Suizidalität bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 1.7436 | .82948 | 14.88 | 102.500 | -1.532 | .316[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.0667 | .82788 | 18.38 | | | |
| **Bedürfnis nach Kontrolle bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 2.3277 | .96263 | 15.50 | 110.500 | -.719 | .478[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 2.5033 | .85643 | 17.98 | | | |
| **Kontrollwahrnehmung bei Austritt** | Anorektikerinnen | 13 | 6.9487 | 1.78909 | 19.38 | 99.000 | -1.146 | .265[a] |
| | Bulimikerinnen | 20 | 6.2333 | 1.94621 | 15.45 | | | |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung bei Austritt** | Anorektikerinnen | 11 | 3.0606 | .58936 | 10.36 | 48.000 | -1.977* | .050[a] |
| | Bulimikerinnen | 16 | 3.4858 | .55591 | 16.50 | | | |
| **Introversion / Extraversion bei Austritt** | Anorektikerinnen | 12 | 3.1250 | .93237 | 31.21 | 80.500 | -.969 | .347[a] |
| | Bulimikerinnen | 17 | 3.5000 | 1.11803 | 16.26 | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

Wenn man die Ergebnisse bei Ein- und Austritt vergleicht, zeigt sich, dass vier signifikante Unterschiede sowohl bei Ein- als auch bei Austritt zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bestehen (BMI, Bulimische Symptomatik, Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen und Zufriedenheit mit Familienbeziehungen). Bei Eintritt gibt es noch einen signifikanten Unterschied bezüglich der Essgeschwindigkeit, dieser signifikante Unterschied ist aber bei Austritt nicht mehr zu beobachten. Bei Austritt kommen aber der signifikante Unterschied zwischen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und dem Negativen psychischen Befinden / Stimmung hinzu.

#### 3.3.1.2 Beobachtete Veränderungen nach dem stationären Aufenthalt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen

Um eventuelle Unterscheide zwischen Ein- und Austritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zu testen, wird der Vorzeichenrangtest von Wilcoxon verwendet (Bortz & Lienert, 2003; Zöfel, 2001). Mit diesem Verfahren wird getestet, ob sich zwei abhängige Stichproben (z.B. bei zweimaliger Untersuchung derselben Stichprobe, Bortz, 1993, 144 ff.) in ihrer zentralen Tendenz unterscheiden. Der Vorzeichenrangtest von Wilcoxon entspricht dem parametrischen t-Test für abhängige Stichproben.

*a) Beobachtbare Veränderungen zwischen Ein- und Austritt nach bei den Anorektikerinnen*

Bei den Anorektikerinnen sind viele signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz zwischen Ein- und Austritt beobachtbar (vgl. Tabelle 107). Diese Unterschiede sind entweder auf einen kleineren oder grösseren Median bei Austritt zurückzuführen. Bei folgenden Skalen war der Median bei Austritt signifikant tiefer als bei Eintritt: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($z = -2.934$, $p = .003$**), Zügelung des Essens ($z = -2.433$, $p = .015$*), Einstellung zu Sport ($z = -2.366$, $p = .018$*), Negative Wahrnehmung des Essens ($z = -3.061$, $p = .002$**), Angst vor eigenen Fehlern und Kritik ($z = -2.456$, $p = .014$*), Kontaktangst ($z = -2.056$, $p = .042$*), Konfliktvermeidung ($z = -3.083$, $p = .002$**), Gruppenzugehörigkeit ($z = -2.500$, $p = .012$*), Zwanghaftigkeit ($z = -2.388$, $p = .017$*), Depressivität ($z = -2.692$, $p = .007$**), Suizidalität ($z = -2.216$, $p = .027$*), Negative Selbstbeurteilung ($z = -2.810$, $p = .005$**), Bedürfnis nach Kontrolle ($z = -2.472$, $p = .013$*) und Negatives psychisches Befinden / Stimmung ($z = -2.668$, $p = .008$**). Bei den anderen signifikanten Unterschieden war der Median bei Austritt höher als bei Eintritt. Es handelt sich um Skalen, bei denen eine Zunahme im Median positiv ist: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($z = -2.716$, $p = .007$**), Hunger- und Sättigungsgefühl ($z = -2.187$, $p = .029$*),

Essgeschwindigkeit (z = -2.186, p = .029**), Fordern können (z = -2.056, p = .040*) und Positive Selbstbeurteilung (z = -2.358, p = .018**).

Diese Resultate zeigen, dass es bei den Anorektikerinnen im Verlauf ihres stationären Aufenthaltes zu einer Reduktion ihrer essgestörten Symptomatik kommt und einer Verminderung von sozialen Ängsten. Insgesamt kann man sagen, dass die Anorektikerinnen während ihres Aufenthaltes viele essstörungsspezifische Probleme in der Therapie bearbeiten und sich dadurch auch ihr Störungsbild positiv verändert. Bezüglich der Bereiche des Körperkonzeptes kann festgehalten werden, dass es nur bezüglich der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zu einer signifikanten Verbesserung kommt. Bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung ist zwar auch ein Rückgang zu verzeichnen, der Unterschied ist jedoch nicht signifikant. Man kann also annehmen, dass die Negative körperliche Selbsteinschätzung sehr stabil ist und es weitere gezielte therapeutische Interventionen bräuchte, um die Negative körperliche Selbsteinschätzung zu verändern. Bezüglich der Selbstwirksamkeit zeigt sich auch keine signifikante Veränderung. Bezüglich der Negativen und Positiven Selbstbeurteilung kann eine signifikante Verschiebung in Richtung positivere Selbstbeurteilungen beobachtet werden. Das bedeutet, dass die Anorektikerinnen bei Austritt im Vergleich zum Eintritt sich selbst etwas positiver beurteilen. Dies hängt sicherlich auch damit zusammen, dass sie ihr Ziel, ein Leben ohne Essstörung zu leben, teilweise auch realisieren können und ihr Leidensdruck dadurch auch abnimmt.

**Tabelle 107: Vorzeichenrangtest von Wilcoxon für den Vergleich der Skalen bei Ein- und Austritt bei den Anorektikerinnen**

| Skala | | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse Z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Negative körperliche Selbsteinschätzung | Bei Eintritt | 17 | 3.1108 | 1.27897 | 3.3750 | -.357 | .721 |
| | Bei Austritt | 13 | 2.8942 | .80339 | 3.0000 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung | Bei Eintritt | 17 | 1.9664 | .60510 | 1.7143 | -2.716** | .007 |
| | Bei Austritt | 13 | 2.8004 | .53607 | 2.8571 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht | Bei Eintritt | 18 | 4.06838 | 1.263809 | 4.28526 | -2.934** | .003 |
| | Bei Austritt | 11 | 2.8741 | 1.02644 | 2.6923 | | |
| Negative Selbstbeurteilung | Bei Eintritt | 18 | 3.0000 | .59409 | 3.0000 | -2.810** | .005 |
| | Bei Austritt | 13 | 2.1346 | .85766 | 2.2500 | | |
| Positive Selbstbeurteilung | Bei Eintritt | 18 | 2.1852 | .71604 | 2.1667 | -2.358* | .018 |
| | Bei Austritt | 13 | 2.7649 | .72697 | 3.0000 | | |
| Selbstwirksamkeit | Bei Eintritt | 17 | 2.7353 | .86815 | 3.0000 | -1.702 | .089 |
| | Bei Austritt | 13 | 3.0769 | .57177 | 3.0000 | | |
| BMI | Bei Eintritt | 18 | 17.3078 | 2.41186 | 16.7500 | -1.1776 | .076 |
| | Bei Austritt | 18 | 18.1167 | 2.10189 | 18.4000 | | |
| Zügelung des Essens | Bei Eintritt | 18 | 3.6397 | 1.25355 | 3.9119 | -2.433* | .015 |
| | Bei Austritt | 13 | 2.7289 | .95171 | 2.6905 | | |
| Bulimische Symptomatik | Bei Eintritt | 18 | 1.9240 | 1.14984 | 1.7245 | -1.362 | .173 |
| | Bei Austritt | 13 | 1.3893 | .45508 | 1.3673 | | |
| Einstellung zu Sport | Bei Eintritt | 18 | 4.6852 | 1.51019 | 5.0000 | -2.366* | .018 |
| | Bei Austritt | 18 | 3.2963 | 2.49153 | 4.3333 | | |
| Hunger- und Sättigungsgefühle | Bei Eintritt | 17 | 2.2941 | .95294 | 2.5000 | -2.187* | .029 |
| | Bei Austritt | 13 | 3.1154 | .36251 | 3.0000 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens | Bei Eintritt | 18 | 3.9483 | 1.26241 | 3.7778 | -3.061** | .002 |
| | Bei Austritt | 13 | 2.5214 | .87534 | 2.5556 | | |
| Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastungen | Bei Eintritt | 11 | 1.3939 | .30977 | 1.3333 | -1.214 | .225 |
| | Bei Austritt | 9 | 2.1296 | 1.27687 | 1.6667 | | |
| Essgeschwindigkeit | Bei Eintritt | 18 | 2.1250 | 1.11226 | 1.7500 | -2.186* | .029 |
| | Bei Austritt | 13 | 2.9231 | 1.02766 | 3.2500 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Fortsetzung der Tabelle 107: Vorzeichenrangtest von Wilcoxon für den Vergleich der Skalen bei Ein- und Austritt bei den Anorektikerinnen**

| Skala | | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse Z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Angst vor eigenen Fehlern und Kritik** | **Bei Eintritt** | 18 | 3.0046 | .60867 | 3.0000 | -2.456* | .014 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 2.3654 | .74032 | 2.2500 | | |
| **Fordern können** | **Bei Eintritt** | 15 | 2.3185 | .41968 | 2.3333 | -2.056* | .040 |
| | **Bei Austritt** | 12 | 2.7222 | .42243 | 2.8333 | | |
| **Kontaktangst** | **Bei Eintritt** | 18 | 2.5317 | .54959 | 2.4286 | -2.031* | .042 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 2.1648 | .53721 | 2.1429 | | |
| **Konfliktvermeidung** | **Bei Eintritt** | 18 | 2.9306 | .44602062 | 3.0000 | -3.083** | .002 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 2.3077 | .55812 | 2.2500 | | |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation** | **Bei Eintritt** | 17 | 1.9059 | .83102 | 1.6000 | -1.474 | .140 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 1.5846 | .74145 | 1.4000 | | |
| **Zufriedenheit mit Familienbeziehungen** | **Bei Eintritt** | 18 | 7.83330 | 1.71974 | 7.6667 | -.358 | .720 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 7.7949 | 1.69716 | 8.0000 | | |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehungen** | **Bei Eintritt** | 18 | 6.6389 | 2.82221 | 6.7500 | -1.191 | .234 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 6.9231 | 2.25320 | 7.5000 | | |
| **Gruppenzugehörigkeitsgefühl** | **Bei Eintritt** | 18 | 2.6593 | .79972 | 2.7500 | -2.500* | .012 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 2.2923 | .59210 | 2.3333 | | |
| **Zwanghaftigkeit** | **Bei Eintritt** | 17 | 2.2353 | .84996 | 2.2500 | -2.388* | .017 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 1.5577 | .65474 | 1.250 | | |
| **Depressivität** | **Bei Eintritt** | 18 | 2.6754 | .49298 | 2.6316 | -2.692** | .007 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 1.9919 | .46723 | 1.9474 | | |
| **Suizidalität** | **Bei Eintritt** | 18 | 2.5185 | .89459 | 2.6667 | -2.216* | .027 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 1.7436 | .82948 | 1.3333 | | |
| **Bedürfnis nach Kontrolle** | **Bei Eintritt** | 17 | 3.0475 | .70101 | 3.0667 | -2.472* | .013 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 2.3277 | .96263 | 2.1000 | | |
| **Kontrollwahrnehmung** | **Bei Eintritt** | 17 | 6.4608 | 1.84234 | 6.3333 | -.942 | .346 |
| | **Bei Austritt** | 13 | 6.9487 | 1.78909 | 7.3333 | | |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung** | **Bei Eintritt** | 15 | 4.1384 | .71343 | 4.2500 | -2.668** | .008 |
| | **Bei Austritt** | 11 | 3.0606 | .58936 | 3.0833 | | |
| **Introversion / Extraversion** | **Bei Eintritt** | 12 | 3.1250 | .93237 | 3.0000 | -2.668 | 1.000 |
| | **Bei Austritt** | 12 | 3.1250 | .93237 | 3.0000 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

*b) Beobachtbare Veränderungen zwischen Ein- und Austritt bei den Bulimikerinnen*

Auch bei den Bulimikerinnen sind einige signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz beobachtbar (vgl. Tabelle 108). Folgende signifikanten Unterschiede sind auf einen höheren Median bei Austritt zurückzuführen: Hunger- und Sättigungsgefühl (z = -2.694, p = .007**) und Fordern können (z = -2.143, p = .032*). Die nachfolgenden signifikanten Unterschiede in der zentralen Tendenz sind auf einen tieferen Median bei Austritt zurückzuführen: BMI (z = -2.717, p = .007**), Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (z = -2.330, p = .020*), Zügelung des Essens (z = -2.240, p = .025*), Bulimische Symptomatik (z = -3.980, p < .001***), Einstellung zu Sport (z = -2.976, p = .003**), Negative Wahrnehmung des Essens (z = -2.898, p = .004**), Angst vor eigenen Fehlern und Kritik (z = -2.976, p = .003**), Konfliktvermeidung (z = -2.563, p = .010**), Gefühle der Einsamkeit und Isolation (z = -2.427, p = .015*), Depressivität (z = -3.158, p = .002**), Suizidalität (z = -2.692, p = .007**) und Negative Selbstbeurteilung (z = -2.779, p = .005**).

Es ist auch bei den Bulimikerinnen eine Reduktion der essstörungsspezifischen Symptomatik zu beobachten. Auffallend ist die signifikante Abnahme im BMI zwischen Ein- und Austritt. Dieses Phänomen lässt sich durch die klinische Erfahrung bestätigen: In der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen wird bei den Bulimikerinnen oft zu Beginn ein rigides Essverhalten beobachtet. Sie tun dies oft aus Angst, sonst wieder brechen zu müssen. Dieses Essverhalten kann jedoch zu einer Gewichtsabnahme führen. Wenn man die Skalen des

Körperkonzeptes anschaut, zeigt sich im Unterschied zu den Anorektikerinnen, dass es bei den Bulimikerinnen bei Austritt nur zu einer signifikanten Abnahme ihrer Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht kam. Die beiden anderen Skalen, die Negative körperliche Selbsteinschätzung und die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung verändern sich zwar, aber nicht signifikant. Bezüglich der drei Bereiche des Selbstkonzeptes verändert sich bei den Bulimikerinnen nur die Negative Selbstbeurteilung signifikant. Es kommt bei den Bulimikerinnen zwar zu einer signifikanten Abnahme der Negativen Selbstbeurteilung, aber nicht gleichzeitig zu einer signifikanten Zunahme der Positiven Selbstbeurteilung. Das bedeutet, dass sie sich zwar weniger negativ beurteilen, aber nicht zwingend positiver.

**Tabelle 108: Vorzeichenrangtest von Wilcoxon für den Vergleich der Skalen bei Ein- und Austritt bei den Bulimikerinnen**

| Skala | | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung** | **Bei Eintritt** | 29 | 3.7759 | .81653 | 4.0000 | -1.796 | .072 |
| | **Bei Austritt** | 19 | 3.5395 | .53042 | 3.5000 | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.3000 | .82138 | 2.2143 | -.768 | .443 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 2.4774 | .79744 | 2.3571 | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht** | **Bei Eintritt** | 27 | 4.31458 | .9546189 | 4.3846 | -2.330* | .020 |
| | **Bei Austritt** | 17 | 3.4355 | 1.16201 | 3.6154 | | |
| **Negative Selbstbeurteilung** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.9250 | .74611 | 3.0000 | -2.779** | .005 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 2.2500 | .69301 | 2.2500 | | |
| **Positive Selbstbeurteilung** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.3111 | .70539 | 2.3333 | -1.867 | .062 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 2.6333 | .77157 | 2.6667 | | |
| **Selbstwirksamkeit** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.6833 | .67573 | 2.5000 | -.025 | .980 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 2.8333 | .65828 | 3.0000 | | |
| **BMI** | **Bei Eintritt** | 30 | 19.9950 | 2.40052 | 20.0000 | -2.717** | .007 |
| | **Bei Austritt** | 30 | 19.6733 | 2.01613 | 19.3000 | | |
| **Zügelung des Essens** | **Bei Eintritt** | 30 | 3.8298 | .992635 | 3.7810 | -2.240* | .025 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 3.1286 | 1.14313 | 2.9048 | | |
| **Bulimische Symptomatik** | **Bei Eintritt** | 30 | 4.1888 | 1.05228 | 4.2432 | -3.980** | .000 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 2.2062 | .91224 | 2.1837 | | |
| **Einstellung zu Sport** | **Bei Eintritt** | 30 | 4.1667 | 1.64643 | 4.6667 | -2.976** | .003 |
| | **Bei Austritt** | 30 | 2.6111 | 2.39905 | 3.5000 | | |
| **Hunger- und Sättigungsgefühle** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.2833 | .88749 | 2.5000 | -2.694** | .007 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 3.0000 | .77799 | 3.0000 | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens** | **Bei Eintritt** | 30 | 4.1912 | .94811 | 4.2222 | -2.898** | .004 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 3.0868 | .97136 | 3.0556 | | |
| **Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastungen** | **Bei Eintritt** | 15 | 2.6889 | 1.42938 | 2.6667 | -1.378 | .168 |
| | **Bei Austritt** | 11 | 3.2879 | 1.23399 | 3.3333 | | |
| **Essgeschwindigkeit** | **Bei Eintritt** | 30 | 3.2139 | 1.31374 | 3.1250 | -.593 | .553 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 3.2183 | 1.02587 | 3.50000 | | |
| **Angst vor eigenen Fehlern und Kritik** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.8333 | .65872 | 2.7500 | -2.976** | .003 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 2.3333 | .62417 | 2.2500 | | |
| **Fordern können** | **Bei Eintritt** | 25 | 2.4933 | .43988 | 2.5556 | -2.143* | .032 |
| | **Bei Austritt** | 14 | 2.6984 | .42350 | 2.7778 | | |
| **Kontaktangst** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.4833 | .77106 | 2.5714 | -.614 | .539 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 2.2517 | .62581 | 2.4286 | | |
| **Konfliktvermeidung** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.6429 | .62694 | 2.6875 | -2.563** | .010 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 2.2063 | .57106 | 2.0000 | | |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation** | **Bei Eintritt** | 30 | 1.8867 | .58648 | 1.8000 | -2.427* | .015 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 1.5238 | .61798 | 1.4000 | | |
| **Zufriedenheit mit Familienbeziehungen** | **Bei Eintritt** | 30 | 5.8000 | 2.43002 | 6.1667 | -.318 | .751 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 6.3016 | 2.01082 | 6.0000 | | |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehungen** | **Bei Eintritt** | 28 | 6.7679 | 2.45131 | 7.2500 | -1.710 | .087 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 7.2381 | 2.25621 | 7.5000 | | |
| **Gruppenzugehörigkeitsgefühl** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.4056 | .62924 | 2.3333 | -1.706 | .088 |
| | **Bei Austritt** | 21 | 2.1508 | .60430 | 2.1667 | | |
| **Zwanghaftigkeit** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.1083 | .80858 | 2.0000 | -1.130 | .258 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 2.0250 | .77756 | 2.0000 | | |
| **Depressivität** | **Bei Eintritt** | 29 | 2.8916 | .59462 | 3.1053 | -3.158** | .002 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 2.2670 | .59630 | 2.3421 | | |
| **Suizidalität** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.7667 | .92703 | 3.0000 | -2.692** | .007 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 2.0667 | .82788 | 2.3333 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Fortsetzung der Tabelle 108: Vorzeichenrangtest von Wilcoxon für den Vergleich der Skalen bei Ein- und Austritt bei den Bulimikerinnen**

| Skala | | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bedürfnis nach Kontrolle** | **Bei Eintritt** | 30 | 2.9522 | .59787 | 2.9667 | -1.731 | .083 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 2.5033 | .85643 | 2.6333 | | |
| **Kontrollwahrnehmung** | **Bei Eintritt** | 29 | 6.1092 | 1.92017 | 6.0000 | -.283 | .777 |
| | **Bei Austritt** | 20 | 6.2333 | 1.94621 | 6.5833 | | |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung** | **Bei Eintritt** | 25 | 4.2064 | .86380 | 4.2500 | -2.046 | .041 |
| | **Bei Austritt** | 16 | 3.4858 | .55591 | 3.4583 | | |
| **Introversion / Extraversion** | **Bei Eintritt** | 17 | 3.5000 | 1.11803 | 3.0000 | -2.046 | 1.000 |
| | **Bei Austritt** | 17 | 3.5000 | 1.11803 | 3.0000 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

*c) Vergleich der beobachteten Veränderungen zwischen Ein- und Austritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen*

Wenn man die Ergebnisse bei den Anorektikerinnen und bei den Bulimikerinnen miteinander vergleicht, zeigt sich, dass sehr viele signifikante Unterschiede sowohl bei den Anorektikerinnen als auch bei den Bulimikerinnen zu beobachten sind. Folgende signifikanten Unterschiede sind jedoch nur bei Anorektikerinnen zu beobachten: Verbesserungen in der zentralen Tendenz bei der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, der Essgeschwindigkeit und der Positiven Selbstbeurteilung und Verminderungen in der zentralen Tendenz bei der Kontaktangst, dem Gruppenzugehörigkeitsgefühl, der Zwanghaftigkeit, dem Bedürfnis nach Kontrolle und dem Negativen psychischen Befinden / Stimmung. Im Unterschied dazu sind folgende signifikanten Unterschiede zwischen Ein- und Austritt nur bei den Bulimikerinnen zu beobachten: Abnahme im BMI, Abnahme der bulimischen Symptomatik und Abnahme der Gefühle der Einsamkeit und Isolation. Insgesamt kann aber festgehalten werden, dass es sowohl bei den Anorektikerinnen als auch bei den Bulimikerinnen zu einer deutlichen Reduktion ihrer Essstörungssymptomatik nach der stationären Behandlung kommt. Bezüglich der Bereiche des Körperkonzeptes zeigen sich bei den Bulimikerinnen nur signifikante Veränderungen der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht. Bei den Anorektikerinnen kommt auch noch eine signifikante Veränderung der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung hinzu. In beiden klinischen Stichproben gibt es jedoch keine signifikanten Verbesserungen der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung.

*d) Beantwortung und Diskussion der Hypothesen*

Bezüglich der Normalisierung des Gewichts kann man festhalten, dass es bei den Anorektikerinnen während der stationären Behandlung zu einer Gewichtszunahme kommt, diese Zunahme aber nicht signifikant ist. Bei den Bulimikerinnen zeigt sich ein signifikanter Unterschied, aber nicht in der vermuteten Richtung: Die Bulimikerinnen haben bei Austritt einen signifikant tieferen BMI als bei Eintritt. Dies kann auf ihre Angst, brechen zu müssen, wenn sie zu viel essen und die Umsetzung dieser Angst in stark rigidem und gezügeltem Essverhalten zurückgeführt werden. Es kann jedoch

auch sein, dass es auf das Zusammenleben mit den Anorektikerinnen zurückzuführen ist und gegenseitige Vergleiche, vor allem bei Essenssituationen. Zwischen den beiden klinischen Stichproben gibt es bei Ein- und Austritt signifikante Unterschiede im BMI. Die Anorektikerinnen haben zu beiden Erhebungszeitpunkten signifikant tiefere BMI-Werte. Dieser Befund macht aus diagnostischen Überlegungen Sinn, weil die Anorektikerinnen untergewichtig sein müssen, um die Diagnose einer Anorexia nervosa zu bekommen. Ihnen gelingt es während des Aufenthaltes nicht, ihr Gewicht so zu steigern, dass es zu einer Annäherung an den BMI der Bulimikerinnen kommt.

Die Hypothesen, dass die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung sich positiv verbessert und die Negative körperliche Selbsteinschätzung und die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht abnehmen, kann nicht pauschal betätigt werden. Bei den Anorektikerinnen zeigen sich eine signifikante Zunahme ihrer Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und eine Abnahme der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Austritt. Auch bei den Bulimikerinnen ist eine signifikante Abnahme der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zu beobachten, nicht aber eine Zunahme der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung. Bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung kann bei den Bulimikerinnen und den Anorektikerinnen keine signifikante Veränderung beobachtet werden. Dabei muss erwähnt werden, dass es zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bei Austritt einen signifikanten Unterschied bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung gibt. Die Anorektikerinnen haben im Vergleich zu den Bulimikerinnen eine signifikant geringere Negative körperliche Selbsteinschätzung. Die Bulimikerinnen scheinen demnach auch bei Austritt noch Mühe mit ihrem Körper zu haben.

Bezüglich den Veränderungen der Bereiche des Selbstkonzeptes zeigt sich bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen bei Austritt eine signifikante Abnahme ihrer Negativen Selbstbeurteilung. Aber nur bei den Anorektikerinnen ist die Zunahme der Positiven Selbstbeurteilungen bei Austritt signifikant. Bezüglich der Selbstwirksamkeit gibt es bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen keinen signifikanten Unterschied zwischen Ein- und Austritt.

Die dritte Hypothese, dass sich die Symptome der Essstörung nach der stationären Behandlung verbessern, kann weitgehend bestätigt werden. Bei den Anorektikerinnen kommt es fast bei allen Skalen der anorektischen und bulimischen Symptomatik zu einer signifikanten Verbesserung. Einzig bei folgenden Skalen können keine signifikante Veränderungen bei Austritt beobachtet werden: Bulimische Symptomatik und Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen. Bei den Bulimikerinnen sind folgende Veränderungen nicht signifikant: Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen und Essgeschwindigkeit. Insgesamt kann man festhalten, dass es zwar nicht auf allen essstörungsspezifischen Skalen zu signifikanten Veränderungen kommt. Man kann aber sagen, dass sich vor allem auf der Verhaltensebene Veränderungen zeigen. Veränderungen auf der gedanklichen Ebene (Einstellungen und Annahmen) können nach der stationären Behandlung noch

nicht sehr ausgeprägt beobachtet werden. Dazu war die Behandlungsdauer wahrscheinlich zu kurz und zudem ist aus der Literatur bekannt, dass essgestörte Klientinnen auch noch lange nach Abklingen der sichtbaren Symptome essgestörte Gedanken und Symptome haben können.

#### 3.3.1.3 Vergleich der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe bei Austritt mit der weiblichen Normstichprobe

Die vorherigen Ergebnisse (vgl. 3.2.1.1 Vergleiche zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bei Ein- und Austritt) leiten über zur nächsten Fragestellung: Gibt es bei Austritt eine Angleichung der Daten der klinischen Stichprobe an die Daten der Normstichprobe? Beim Vergleich der Veränderungen zwischen Ein- und Austritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen kann dies nämlich noch nicht beantwortet werden. Es wurde deshalb untersucht, ob es signifikante Unterschiede zwischen Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der (weiblichen) Normstichprobe bei Austritt gibt. Diese Frage wurde statistisch mit einem H-Test nach Kruskal und Wallis untersucht (Bühl & Zöfel, 2002). Der H-Test ist das nonparametrische Pendant zur einfaktoriellen Varianzanalyse und eine Erweiterung des U-Testes von Mann und Whitney beim Vorliegen von mehr als zwei unabhängigen Stichproben. Auch der H-Test nach Kruskal und Wallis basiert wie der U-Test nach Mann und Whitney auf einer gemeinsamen Rangreihe der Werte aller untersuchten Stichproben. Bei einem signifikanten Unterschied in den untersuchten Stichproben müssen post-hoc paarweise Vergleiche mit dem U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt werden.

*a) Vergleich zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe bei Austritt*

Beim Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) zum Zeitpunkt des Austritts zeigt sich ein eindrückliches Bild: Alle untersuchten Unterschiede sind signifikant mit der Ausnahme von zwei Unterschieden (Introversion / Extraversion und Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung) (vgl. Tabelle 109). Die signifikanten Unterschiede können in vier Muster unterteilt werden:

- Unterschiede, bei denen die Mediane der Anorektikerinnen am tiefsten sind und die Mediane der Normstichprobe am höchsten: BMI ($\chi^2 = 21.611$, df = 2, $p < .001$***).
- Unterschiede, bei denen die Mediane der Normstichprobe am tiefsten sind und die Mediane der Bulimikerinnen am höchsten: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($\chi^2 = 14.624$, df = 2, $p = .001$***), Zügelung des Essens ($\chi^2 = 50.682$, df = 2, $p < .001$***), Negative Wahrnehmung des Essens ($\chi^2 = 22.203$, df = 2, $p < .001$***), Kontaktangst ($\chi^2 = 23.500$, df = 2, $p < .001$***),

Depressivität ($\chi^2$ = 12.577, df = 2, p = .002**), Negative Selbstbeurteilung ($\chi^2$ = 10.932, df = 2, p = .004**) und Negatives psychisches Befinden ($\chi^2$ = 13.327, df = 2, p = .001***).

- Unterschiede, bei denen die Mediane der Anorektikerinnen am tiefsten und die Mediane der Bulimikerinnen am höchsten sind: Einstellung zu Sport ($\chi^2$ = 8.848, df = 2, p = .012*) und Negative körperliche Selbsteinschätzung ($\chi^2$ = 7.889, df = 2, p = .019*).
- Unterschiede, bei denen die Mediane von den Bulimikerinnen am tiefsten sind und die Mediane der Normstichprobe am höchsten: Positive Selbstbeurteilung ($\chi^2$ = 11.229, df = 2, p = .004***).

Der Umstand, dass der Unterschied bei Austritt bezüglich der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung nicht mehr signifikant ist, mag erstaunen. Aber auch Forster (2002) konnte in ihrer Studie zeigen, dass es bezüglich der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung nach einer teilstationären, auf das Körperkonzept fokussierten Therapie bei Austritt keine signifikanten Unterschiede mehr gab, das heisst, dass es zu einer Angleichung der klinischen Stichprobe an die Normstichprobe kam. Weshalb es zu dieser Veränderung kam, kann nicht mit Sicherheit gesagt werden. Man kann jedoch annehmen, dass die Jugendlichen während der Therapie eine realistischere Einschätzung ihrer Attraktivität erlernen. Die Unterschiede zwischen den drei Stichproben bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht sind signifikant. Obwohl die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ansteigt, gibt es weiterhin einen signifikanten Unterscheid bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung. Dies kann durch die Beschaffenheit der Skala erklärt werden: Bei der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung geht es nämlich um spezifische Fragen bezüglich der Einschätzung einzelner Körperpartien als zu dick oder zu dünn. Es zeigt sich, dass sich die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen auch noch bei Austritt eher als zu dick einschätzen als die Jugendlichen der Normstichprobe. Auch die die zwei Bereiche des Selbstkonzeptes, die Negative und Positive Selbstbeurteilung sind bei Austritt zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der weiblichen Normstichprobe signifikant unterschiedlich.

**Tabelle 109: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) bei Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 13<br>19<br>307 | | 2 | 7.889** | .019 | (1) und (3): 1234.000<br>(2) und (3): 2315.500 | -2.343*<br>-1.515 | .019<br>.130 |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 13<br>20<br>307 | | 2 | 4.527 | .104 | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 11<br>17<br>307 | | 2 | 14.624*** | .001 | (1) und (3): 1220.500<br>(2) und (3): 1274.500 | -1.563<br>-3.552*** | .118<br>.000 |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Fortsetzung der Tabelle 109: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) bei Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative Selbstbeurteilung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 13<br>20<br>307 | | 2 | 10.932** | .004 | (1) und (3): 1486.500<br>(2) und (3): 1858.000 | -1.572<br>-2.985** | .116<br>.003 |
| **Positive Selbstbeurteilung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 13<br>20<br>307 | | 2 | 11.229** | .004 | (1) und (3): 1463.500<br>(2) und (3): 1863.500 | -1.655<br>-2.990** | .098<br>.003 |
| **BMI bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 18<br>30<br>307 | | 2 | 21.611*** | .000 | (1) und (3): 1119.500<br>(2) und (3): 3504.500 | -4.242***<br>-2.161* | .000<br>.031 |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 13<br>21<br>307 | | 2 | 50.682*** | .000 | (1) und (3): 680.000<br>(2) und (3): 691.000 | -4.050***<br>-6.057*** | .000<br>.000 |
| **Einstellung zu Sport bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 18<br>30<br>307 | | 2 | 8.848** | .012 | (1) und (3): 2502.500<br>(2) und (3): 3109.000 | -.675<br>2.951** | .499<br>.003 |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 13<br>20<br>307 | | 2 | 22.203*** | .000 | (1) und (3): 1349.000<br>(2) und (3): 1288.000 | -1.981*<br>-4.356*** | .048<br>.000 |
| **Kontaktangst bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 13<br>21<br>307 | | 2 | 23.500*** | .000 | (1) und (3): 1008.500<br>(2) und (3): 1578.500 | -3.035**<br>-3.930*** | .002<br>.000 |
| **Depressivität bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 13<br>20<br>307 | | 2 | 12.577** | .002 | (1) und (3): 1534.000<br>(2) und (3): 1718.000 | -1.413<br>-3.302*** | .158<br>.001 |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 11<br>16<br>307 | | 2 | 13.327*** | .001 | (1) und (3): 1452.000<br>(2) und (3): 1152.500 | -.790<br>-3.582*** | .429<br>.000 |
| **Introversion / Extraversion bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 12<br>17<br>307 | | 2 | 5.503 | .064 | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Anhand des H-Tests nach Kruskal und Wallis kann nur bestimmt werden, ob es Unterschiede gibt. Für uns ist aber zusätzlich die Frage bedeutsam, wie diese Unterschiede zustande gekommen sind. Deshalb müssen paarweise Vergleiche der drei Stichproben mit dem U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt werden (vgl. Tabelle 108 für den Vergleich zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen und Tabelle 109). Dabei zeigt sich, dass die meisten Mittelwertsunterschiede durch signifikante Unterschiede zwischen der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe bedingt sind. Bezüglich des BMI gibt es zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen, Anorektikerinnen und der Normstichprobe und den Bulimikerinnen und der Normstichprobe signifikante Unterschiede: Die Anorektikerinnen haben auch bei Austritt noch immer den tiefsten BMI, gefolgt von den Bulimikerinnen und der Normstichprobe. Bezüglich der Zügelung des Essens, der Negativen Wahrnehmung des Essens und der Kontaktangst gibt es jeweils zwischen den Anorektikerinnen der Normstichprobe und den Bulimikerinnen und der Normstichprobe signifikante Unterschiede.

Bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung gibt es bei Austritt zwischen den drei Stichproben signifikante Unterschiede, die auf einen signifikanten Unterschied zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zurückgeführt werden können. Der signifikante Unterschied bezüglich der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht und der Negativen und Positiven Selbstbeurteilung ist auf signifikante Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe zurückzuführen.

*b) Vergleich zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe bei den katamnestischen Erhebungszeitpunkten*

Neben dem Vergleich der drei Stichproben bei Eintritt und Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen ist es auch von Interesse, wie sich diese drei Stichproben ½ Jahr nach Austritt, ein Jahr nach Austritt und zwei Jahre nach Austritt im Vergleich präsentieren. Dabei wird die Erhebung der Normstichprobe einbezogen, um zu berechnen, ob es zu einer Angleichung der klinischen Stichprobe an die Werte der Normstichprobe kommt (mithilfe des H-Tests). Diese Berechnungen werden nur auf diejenigen Skalen beschränkt, die in der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe erhoben wurden.

Vergleich ½ Jahr nach Austritt:

Beim Vergleich der drei Stichproben ½ Jahr nach Austritt zeigt sich folgendes Bild: Es gibt sehr viele signifikante Unterschiede zwischen den drei Stichproben. Es sind dabei vor allem drei Muster anzutreffen (vgl. Tabelle 110):

- Die tiefsten Mediane bei der Normstichprobe und die höchsten Mediane bei den Anorektikerinnen: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($\chi^2 = 8.221$, df = 2, p = .016*), Negative Selbstbeurteilung ($\chi^2 = 8.707$, df = 2, p = .013*) und Introversion / Extraversion ($\chi^2 = 6.895$, df = 2, p = .032*).
- Die tiefsten Mediane in der Normstichprobe und die höchsten Mediane bei den Bulimikerinnen (ausgeprägtere Symptomatik bei den Bulimikerinnen): Zügelung des Essens ($\chi^2 = 21.684$, df = 2, p < .001***), Negative Wahrnehmung des Essens ($\chi^2 = 19.670$, df = 2, p < .000***), Kontaktangst ($\chi^2 = 7.848$, df = 2, p = .020*), Depressivität ($\chi^2 = 14.908$, df = 2, p = .001**) und Negatives psychisches Befinden / Stimmung ($\chi^2 = 18.228$, df = 2, p < .000***).
- Die tiefsten Mediane bei den Anorektikerinnen und die höchsten Mediane in der weiblichen Normstichprobe (ausgeprägtere Symptome bei den Anorektikerinnen): Einstellung zu Sport ($\chi^2 = 33.898$, df = 2, p < .000***) und Positive Selbstbeurteilung ($\chi^2 = 6.551$, df = 2, p = .038*).
- Bei der Skala Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($\chi^2 = 7.823$, df = 2, p = .020*) haben die Bulimikerinnen die tiefsten Mediane und die Jugendlichen der Normstichprobe die höchsten Mediane.

Um detailliertere Interpretationen machen zu können, müssen paarweise U-Tests nach Mann und Whitney durchgeführt werden. Dort bestätigt sich, dass es ½ Jahr nach Austritt zwischen den Bulimikerinnen und den Anorektikerinnen keine signifikanten Unterschiede in der zentralen Tendenz gibt (vgl. Tabelle 110). Die signifikanten Unterschiede sind auf Unterschiede zwischen der Normstichprobe und den beiden klinischen Stichproben zurückzuführen. Zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe gibt es zusätzlich zu den signifikanten Unterschieden,

die sich auch zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe zeigen, folgende signifikante Unterschiede: Positive Selbstbeurteilung, die bei den Anorektikerinnen signifikant tiefer ist als in der Normstichprobe (U = 868.000, p = .028*) und Introversion / Extraversion, die bei den Anorektikerinnen signifikant höher ist als in der Normstichprobe (U = 957.000, p = .041*). Exklusiv für die Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe sind folgende signifikante Unterschiede: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, die bei der Normstichprobe signifikant tiefer ist als bei den Bulimikerinnen (U = 921.500, p = .031*), Zufriedenheit mit der Körperlichen Erscheinung, die bei den Bulimikerinnen signifikant tiefer ist als bei der Normstichprobe (U = 875.000, p = .006**) und Kontaktangst, die bei den Bulimikerinnen signifikant höher ist als bei der Normstichprobe (U = 1053.500, p = .033*). Alle anderen signifikanten Unterschiede finden sich bei den Anorektikerinnen beziehungsweise Bulimikerinnen und der Normstichprobe.

**Tabelle 110: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) ½ Jahr nach Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 10 | 3.3125 | 2 | 1.258 | .533 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen | 10 | 3.5625 | | | | | | |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 3.3331 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 10 | 2.5857 | 2 | 7.823* | .020 | (1) und (2): 41.000 | -.996 | .349 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.2987 | | | | (1) und (3): 1318.00 | -.764 | .445 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.8333 | | | | (2) und (3): 875.000 | -2.725** | .006 |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 8 | 3.1683 | 2 | 8.221* | .016 | (1) und (2): 39.500 | -.044 | .965[a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 10 | 3.3385 | | | | (1) und (3): 731.000 | -1.955 | .051[a] |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.4008 | | | | (2) und (3): 921.500 | -2.152* | .031 |
| **Negative Selbstbeurteilung 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 10 | 2.2750 | 2 | 8.707* | .013 | (1) und (2): 49.500 | -.390 | .705 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.2500 | | | | (1) und (3): 913.500 | -2.200* | .028 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.7826 | | | | (2) und (3): 1083.50 | -2.038* | .042 |
| **Positive Selbstbeurteilung 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 10 | 2.6000 | 2 | 6.551* | .038 | (1) und (2): 34.500 | -1.495 | .152 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.8788 | | | | (1) und (3): 868.000 | -2.376* | .018 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 3.1574 | | | | (2) und (3): 1395.50 | -.994 | .320 |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 2.5317 | 2 | 21.684*** | .000 | (1) und (2): 44.500 | -.041 | .986 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 10 | 2.7719 | | | | (1) und (3): 693.000 | -2.564** | .010 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.6647 | | | | (2) und (3): 420.000 | -4.260*** | .000 |
| **Einstellung zu Sport 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 1.8519 | 2 | 33.898*** | .000 | (1) und (2): 262.000 | -.196 | .845 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 1.6389 | | | | (1) und (3): 1230.00 | -3.975*** | .000 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 4.0521 | | | | (2) und (3): 2315.00 | -4.520*** | .000 |
| **Negative Wahrnehmung des Essens 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 2.9522 | 2 | 19.670*** | .000 | (1) und (2): 38.000 | -.874 | .412 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 3.4545 | | | | (1) und (3): 760.500 | -2.302* | .021 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.0908 | | | | (2) und (3): 533.000 | -3.862*** | .000 |
| **Kontaktangst 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 10 | 2.1143 | 2 | 7.848* | .020 | (1) und (2): 52.500 | -.177 | .863 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.1688 | | | | (1) und (3): 998.500 | -1.890 | .059 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.6975 | | | | (2) und (3): 1053.50 | -2.129* | .033 |
| **Depressivität 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 10 | 2.2632 | 2 | 14.908*** | .001 | (1) und (2): 50.500 | -.317 | .756 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.3301 | | | | (1) und (3): 824.500 | -2.493* | .013 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.8180 | | | | (2) und (3): 781.500 | -3.029** | .002 |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 10 | 3.5667 | 2 | 18.228*** | .000 | (1) und (2): 42.500 | -.204 | .842 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 9 | 3.6330 | | | | (1) und (3): 762.000 | -2.712** | .007 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.9091 | | | | (2) und (3): 469.000 | -3.381** | .001 |
| **Introversion / Extraversion 1/2 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 10 | 3.6000 | 2 | 6.895* | .032 | (1) und (2): 44.000 | -.466 | .684 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 10 | 3.3500 | | | | (1) und (3): 957.000 | -2.047* | .041 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.8355 | | | | (2) und (3): 1053.50 | -1.706 | .088 |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass es den Bulimikerinnen ½ Jahr nach Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen im Vergleich zu den Anorektikerinnen und der Normstichprobe eher schlechter geht. Zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen gibt es jedoch keine signifikanten Unterschiede, so dass die Unterschiede auf den Vergleich zwischen der Normstichprobe und der klinischen Stichprobe zurückgeführt werden muss.

Vergleich ein Jahr nach Austritt:

Auch ein Jahr nach Austritt wurden die Klientinnen katamnestisch mit demselben Fragebogen befragt und es zeigte sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 111): Auch ein Jahr nach Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen zeigen sich signifikante Unterschiede zwischen den drei Stichproben. Es können drei Muster unterschieden werden:

- Die tiefsten Mediane in der Normstichprobe und die höchsten Mediane bei den Bulimikerinnen: Zügelung des Essens ($\chi^2 = 26.263$, df = 2, p < .001***), Negative Wahrnehmung des Essens ($\chi^2 = 12.115$, df = 2, p = .002**), Kontaktangst ($\chi^2 = 9.789$, df = 2, p = .007**), Negatives psychisches Befinden / Stimmung ($\chi^2 = 13.017$, df = 2, p = .001***) und Introversion / Extraversion ($\chi^2 = 10.351$, df = 2, p = .006**).
- Bei zwei weiteren Skalen zeigen die Bulimikerinnen die tiefsten Mediane und die Normstichprobe die höchsten: Einstellung zu Sport ($\chi^2 = 38.698$, df = 2, p < .001***) und Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($\chi^2 = 7.413$, df = 2, p = .025*). Diese beiden Skalen weisen auf die gleiche Tendenz der Mediane hin wie das erste Muster: die klinische Stichprobe hat höhere symptomatische Werte.
- Die Anorektikerinnen haben die tiefsten Mediane und die Bulimikerinnen die höchsten: Negative körperliche Selbsteinschätzung ($\chi^2 = 8.714$, df = 2, p = .013*). Dies ist insofern ein bisschen überraschend, weil es zeigt, dass die Anorektikerinnen sogar weniger über Negative körperliche Selbsteinschätzungen berichten als die Normstichprobe.

Um diese signifikanten Ergebnisse ein Jahr nach Austritt noch genauer interpretieren zu können, müssen paarweise U-Tests nach Mann und Whitney durchgeführt werden (vgl. Tabelle 111). Dabei zeigt sich ein Jahr nach Austritt, dass es drei signifikante Unterschiede zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen gibt, die alle auf signifikant tiefere Mediane der Anorektikerinnen zurückzuführen sind: Negative körperliche Selbsteinschätzung (U = 16.500, p = .010***), Negatives psychisches Befinden / Stimmung (U = 13.500, p = .016*) und Introversion / Extraversion (U = 18.500, p = .033*). Die Bulimikerinnen unterscheiden sich zudem signifikant in folgenden Skalen von der Normstichprobe: Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, bei der

die Bulimikerinnen signifikant tiefere Werte als die Normstichprobe haben (U = 891.500, p = .008**), Negative Wahrnehmung des Essens, bei der die Bulimikerinnen signifikant höhere Mediane aufweisen (U = 750.50, p = .002**) und Kontaktangst, die bei den Bulimikerinnen ebenfalls signifikant höher ist als bei der Normstichprobe (U = 919.50, p = .010***). Bezüglich Zügelung des Essens und Einstellung zu Sport gibt es sowohl zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe als auch zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe signifikante Unterschiede.

**Tabelle 111: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) 1 Jahr nach Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 3.2500 | 2 | 8.714* | .013 | (1) und (2): 16.500 | -2.517** | .010 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 4.0227 | | | | (1) und (3): 1233.50 | -.551 | .582 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 3.3331 | | | | (2) und (3): 832.500 | -2.871** | .004 |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 2.7778 | 2 | 7.413* | .025 | (1) und (2): 26.000 | -1.789 | .080 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.1775 | | | | (1) und (3): 1235.50 | -.543 | .587 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.8333 | | | | (2) und (3): 891.500 | -2.670** | .008 |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 7 | 2.9890 | 2 | 5.915 | .052 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen | 8 | 3.3734 | | | | | | |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.4008 | | | | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 1.6944 | 2 | 5.290 | .071 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.5682 | | | | | | |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.7826 | | | | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 2.9815 | 2 | 3.559 | .169 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.6061 | | | | | | |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 3.1574 | | | | | | |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 2.5503 | 2 | 26.263*** | .000 | (1) und (2): 35.000 | -1.103 | .295 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 3.2225 | | | | (1) und (3): 582.000 | -2.978** | .003 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.6647 | | | | (2) und (3): 420.000 | -4.260*** | .000 |
| **Einstellung zu Sport 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 18 | 1.9074 | 2 | 38.698*** | .000 | (1) und (2): 227.000 | -1.093 | .275 |
| | (2) Bulimikerinnen | 30 | 1.2333 | | | | (1) und (3): 1468.50 | -3.357*** | .001 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 4.0521 | | | | (2) und (3): 1844.00 | -5.450*** | .000 |
| **Negative Wahrnehmung des Essens 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 2.5833 | 2 | 12.115** | .002 | (1) und (2): 30.000 | -1.484 | .152 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 3.3788 | | | | (1) und (3): 953.000 | -1.588 | .112 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.0908 | | | | (2) und (3): 750.500 | -3.135** | .002 |
| **Kontaktangst 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 1.9365 | 2 | 9.789** | .007 | (1) und (2): 35.500 | -1.066 | .295 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 2.2641 | | | | (1) und (3): 886.000 | -1.843 | .065 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.6975 | | | | (2) und (3): 919.500 | -2.579** | .010 |
| **Depressivität 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 9 | 1.8187 | 2 | 4.472 | .107 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen | 10 | 2.4474 | | | | | | |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 1.8180 | | | | | | |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 8 | 3.0672 | 2 | 13.017** | .001 | (1) und (2): 13.500 | -2.358* | .016 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 10 | 3.8167 | | | | (1) und (3): 1027.00 | -.791 | .429 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.9091 | | | | (2) und (3): 531.000 | -3.523*** | .000 |
| **Introversion / Extraversion 1 Jahr nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen | 8 | 3.0625 | 2 | 10.351** | .006 | (1) und (2): 18.500 | -2.175* | .033 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen | 11 | 3.9091 | | | | (1) und (3): 1032.00 | -.779 | .436 |
| | (3) Weibliche Normstichprobe | 307 | 2.8355 | | | | (2) und (3): 762.000 | -3.123** | .002 |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

Vergleich zwei Jahre nach Austritt:

Zum Schluss werden die Daten der klinischen Stichprobe zwei Jahre nach Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen mit den Daten der Normstichprobe verglichen (H-Test nach Kruskal und Wallis) (vgl. Tabelle 112).

Zwei Jahre nach Austritt kommt es zu einer grossen Angleichung der Werte der klinischen Stichprobe an die Werte der Normstichprobe. Nur noch bei zwei Skalen zeigen sich signifikante Unterschiede: Zügelung des Essens ($\chi^2$ = 11.362, df = 2, p =.003**) und Einstellung zu Sport ($\chi^2$ = 65.897, df = 2, p < .001***). Diese signifikanten Ergebnisse sind durch signifikante Unterschiede

zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe beziehungsweise den Bulimikerinnen und der Normstichprobe begründet (U-Tests) (vgl. Tabelle 112). Zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen gibt es keine signifikanten Unterschiede mehr.

Man kann also zusammenfassend sagen, dass es zwei Jahre nach Austritt zu einer grossen Angleichung der klinischen Stichprobe an die Normstichprobe kommt. Aber die klinische Stichprobe zeigt immer noch signifikant höhere Werte auf der Skala Zügelung des Essens. Dieses Symptom der Essstörung scheint also auch nach zwei Jahren nach Abschluss der stationären Behandlung immer noch beobachtbar zu sein.

**Tabelle 112: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) 2 Jahre nach Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittelwert | df | Chi-Quadrat | Signifikanz | Mann-Whitney U | Prüfgrösse Z | Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>8<br>307 | <br>3.5625<br>3.3331 | 2 | 3.975 | .137 | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>8<br>307 | <br>2.2987<br>2.8333 | 2 | .389 | .823 | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>6<br>307 | <br>3.3385<br>2.4008 | 2 | 1.426 | .490 | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>8<br>307 | <br>2.2500<br>1.7826 | 2 | .486 | .784 | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>8<br>307 | <br>2.8788<br>3.1574 | 2 | 1.585 | .453 | | | |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>7<br>307 | <br><br>1.6647 | 2 | 11.362** | .003 | (1) und (2): 8.000<br>(1) und (3): 83.000<br>(2) und (3): 521.500 | -.570-<br>2.460*<br>-2.344* | .667 [a]<br>.014<br>.019 |
| **Einstellung zu Sport 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 18<br>30<br>307 | <br><br>4.0521 | 2 | 65.897*** | .000 | (1) und (2): 264.000<br>(1) und (3): 777.500<br>(2) und (3): 1261.000 | -.188<br>-5.150***<br>-6.602*** | .851<br>.000<br>.000 |
| **Negative Wahrnehmung des Essens 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>8<br>307 | <br><br>2.0908 | 2 | 5.250 | .072 | | | |
| **Kontaktangst 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>8<br>307 | <br><br>1.6975 | 2 | 1.048 | .592 | | | |
| **Depressivität 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>8<br>307 | <br><br>1.8180 | 2 | 4.244 | .120 | | | |
| **Negatives psychisches Befinden / Stimmung 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 2<br>8<br>307 | <br><br>2.9091 | 2 | 3.760 | .153 | | | |
| **Introversion / Extraversion 2 Jahre nach Austritt** | (1) Anorektikerinnen<br>(2) Bulimikerinnen<br>(3) Weibliche Normstichprobe | 3<br>8<br>307 | <br><br>2.8355 | 2 | 1.016 | .602 | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

Zusammenfassend kann gesagt werden, dass es im Verlauf der Erhebung bis zwei Jahre nach Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen zu einer Angleichung der Werte der klinischen Stichprobe an die Normstichprobe kommt. Am Ende der Untersuchung gibt es nur noch bezüglich der Einstellung zu Sport und Zügelung des Essens signifikante Unterschiede zwischen den drei Stichproben. Insgesamt gesehen sind die Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen eher gering. Die meisten signifikanten Unterschiede sind auf Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen beziehungsweise

Bulimikerinnen und der Normstichprobe zurückzuführen. Der Verlauf bis zwei Jahre nach Austritt kann optimistisch stimmen.

#### 3.3.1.4 Bestimmung der Qualität des Zustandes der Klientin bei Austritt

In der Literatur wird im Zusammenhang mit Evaluationsstudien zur Behandlung von Essstörungen häufig auf den General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) hingewiesen. Dieser General Outcome Score besagt, dass man nach vorgegebenen Kriterien vier verschiedene Behandlungserfolgsqualitäten unterscheiden kann. Morgan und Russell (1975) nehmen dabei auf das so genannte Idealgewicht (oder Normalgewicht) Bezug. Damit meinen sie die heute veraltete Broca-Formel: Körpergrösse in cm – 100 = Idealgewicht. Bei Mädchen zwischen 14 und 19 Jahren kommt es zu einer Korrektur: (Körpergrösse in cm – 100) – 20%. Die vier verschiedenen Heilungserfolge werden nach Morgan und Russell (1975) folgendermassen definiert:

- *Guter Heilungserfolg:* Das Körpergewicht liegt zwischen 85 – 115 % des Normalgewichts.
  Regelmässige Menstruation.
- *Mittlerer Heilungserfolg:* Das Körpergewicht liegt zwischen 85 - 115 % des Normalgewichts.
  Stärkere Schwankungen und / oder Störungen der Menstruation.
- *Schlechter Heilungserfolg:* Das Körpergewicht liegt unter 85 % des Normalgewichts.
  Ausbleiben der Menstruation, das heisst Amenorrhoe.
- *Tod:* Patientin stirbt an direkten oder indirekten Folgen der Essstörung.

In einem ersten Schritt wurde der Heilungserfolg in der klinischen Population mit dem General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) berechnet, um die Grenzen dieses Vorgehens aufzuzeigen und so in einem weiteren Schritt adäquatere Kriterien zu identifizieren und beschreiben.

*a) Bestimmung des Heilungserfolgs der klinischen Population mit dem General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975)*

Das Klassifikationsschema nach Morgan und Russell (1975) für die Bestimmung der Qualität des Verlaufs wurde auf die Austrittsdaten der klinischen Stichprobe angewandt (vgl. Abbildung 7). Rein deskriptiv fällt auf, dass bei der gesamten klinischen Stichprobe bei etwa der Hälfte der Klientinnen von einem guten Heilungserfolge gesprochen werden kann (n = 23, 47.9 %). 17 Klientinnen haben nach der Klassifikation von Morgan und Russel einen mittleren Heilungserfolg (35.4 %) und acht Klientinnen einen schlechten Heilungserfolg (16.7 %). Bei Austritt kann bei den Anorektikerinnen beobachtet werden, dass etwa die Hälfte einen mittleren Heilungserfolg zeigt (n = 10, 55.6 %). Genau gleich viele Anorektikerinnen, nämlich je vier (22.2 %) haben einen guten oder schlechten Verlauf. Diese Ergebnisse sind auch vergleichbar mit den Werten, die Hauser-Schmid (1993) in einer Population mit Anorektikerinnen fand (69 % gute Verläufe, 21 % verbesserte Verläufe und 10 % chronifizierte Verläufe). Wenn man nun aber die Häufigkeiten bei den Bulimikerinnen bei Austritt betrachtet, zeigt sich ein etwas anderes Bild: bei 19 Bulimikerinnen (63.3 %) lässt sich ein guter Heilungserfolg beobachten, bei sieben Bulimikerinnen einen mittleren Heilungserfolg (23.3 %) und bei vier Bulimikerinnen ein schlechter Heilungserfolg (13.3 %). Diese Zahlen sind etwa den Zahlen ähnlich, die Rø, Martinsen, Hoffard und Rosenvinge (2003) in ihrer Stichprobe mit bulimischen Klientinnen beobachteten.

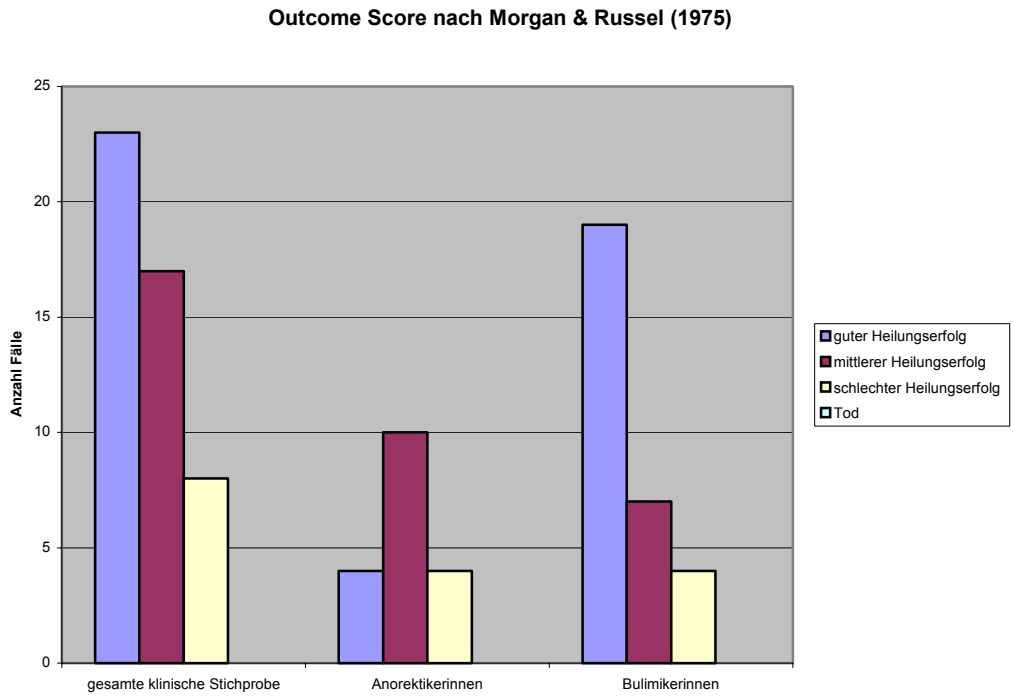


**Abbildung 7: Grafische Darstellung des Outcome Score nach Morgan und Russel (1975) für die gesamte klinische Stichprobe und die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen getrennt**

Wenn man diese Häufigkeitsverteilung statistisch überprüft (mit einem k x 2-Felder-Chi-Quadrat-Test, Bortz & Lienert, 2003), zeigt sich ein statistisch signifikantes Ergebnis ($\chi^2 = 7.799$, df = 2, p = .021*). Die Anorektikerinnen haben im Vergleich zu den Bulimikerinnen seltener als erwartet einen guten Heilungserfolg und die Bulimikerinnen haben im Vergleich zu den Anorektikerinnen seltener als erwartet einen mittleren und schlechten Heilungserfolg (vgl. Tabelle 113).

**Tabelle 113: k x 2-Felder-Chi-Quadrat Test für den Outcome Score**

| Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) | | Anorektikerinnen | Bulimikerinnen | Gesamte klinische Stichprobe | df | $\chi^2$ | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Guter Heilungserfolg** | Beobachte Fälle | 4 (22.2 %) | 19 (63.3 %) | 23 (47.9 %) | 2 | 7.799* | .020 |
| | Erwartete Fälle | 8.6 | 14.4 | | | | |
| | Residuum | -4.6 | 4.6 | | | | |
| **Mittlerer Heilungserfolg** | Beobachte Fälle | 10 (55.6 %) | 7 (23.3 %) | 17 (35.4 %) | | | |
| | Erwartete Fälle | 6.4 | 10.6 | | | | |
| | Residuum | 3.6 | -3.6 | | | | |
| **Schlechter Heilungserfolg** | Beobachte Fälle | 4 (22.2 %) | 4 (13.3 %) | 8 (16.7 %) | | | |
| | Erwartete Fälle | 3 | 5 | | | | |
| | Residuum | 1 | -1 | | | | |

Aufgrund dieser Ergebnisse könnte man sagen, dass das Angebot der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen vor allem bei den Bulimikerinnen zu einem guten Heilungserfolg führt und bei den Anorektikerinnen mittlere Heilungserfolge überwiegen. Diese Interpretation wäre aber vereinfachend, weil dies nicht der klinischen Erfahrung mit den Bulimikerinnen entspricht. Viele Bulimikerinnen werden nach Hause entlassen, obwohl sie ihr bulimisches Essverhalten noch nicht ganz unter Kontrolle haben, das heisst, dass sie weiterhin Ess- und Brechanfälle haben, aber ihr Gewicht wie vor dem Eintritt weiterhin im Normalbereich liegt. Morgan und Russell (1975) haben ihren Outcome-Score sehr stark auf das Störungsbild der Anorektikerinnen zugeschnitten (Gewicht und Menstruation) und es soll deshalb an dieser Stelle versucht werden, ein neues System zu entwickeln, das auch für Bulimikerinnen angewendet werden kann.

*b) Entwicklung eines neuen Klassifikationssystems für den Krankheitszustand der klinischen Klientinnen*

Die Entwicklung eines Kriterienkatalogs für den Krankheitszustand kann sich nach unterschiedlichen Gesichtspunkten richten: Man kann von konzeptuellen und theoretischen Überlegungen ausgehen und sich fragen, welche Veränderungen sich bei Bulimikerinnen und Anorektikerinnen zeigen müssten, so dass man von einem guten, mittelmässigen oder schlechten Verlauf sprechen könnte. Dieser Vorgang kann auch durch statistische Ergebnisse unterstützt werden. Paravicini und Hartmann (2001) formulierten einen generellen Kriterienkatalog für eine gute therapeutische Behandlung: Sie gingen davon aus, dass es zu Verbesserungen bezüglich der

Essstörungssymptomatik, der sozialen Kompetenzen, zusätzlicher Symptome und der allgemeinen Befindlichkeit kommen sollte. Dieser Kriterienkatalog ist für die Praxis kaum anwendbar, weil das bedingen würden, dass man alle erhobenen Skalen einbeziehen müsste und dies ist kaum praktikabel.

Eine andere Möglichkeit, eine Klassifikation für gute, mittelmässige und schlechte Verläufe zu entwickeln, stützt sich auf das Klassifikationsschema nach ICD-10. Welche Kriterien müssen nach ICD-10 erfüllt sein, um von einer Essstörung (oder keiner Essstörung) zu sprechen? Die Umsetzung dieser Kriterien stützt sich auch auf Arbeiten zu Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung (Järmann, 2002; Steiner, 2002; Lau & Alsaker, 2000). Es ist dabei wichtig, dass sich das neue Klassifikationsschema nicht nur einfach auf die Klassifizierung des Behandlungserfolgs bezieht, sondern eigentlich zu jedem beliebigen Zeitpunkt angewandt werden kann, um zu bestimmen, wie es einer bestimmten Klientin geht. Deshalb sprechen wir im Weiteren nicht von „Verläufen", sondern von „Krankheitszuständen".

In Anlehnung an Morgan und Russell (1975) wird im neu entwickelten Klassifikationsschema auch zwischen guten, mittelmässigen und schlechten Zuständen unterschieden (vgl. Tabelle 114). Allgemein kann man sagen, dass es bei einem guten Krankheitszustand zu einer ausgeprägten Veränderung der Symptomatik gekommen ist, bei einem mittelmässigen Krankheitszustand zu geringen Veränderungen und bei einem schlechten Krankheitszustand zu keinen Veränderungen oder einer Chronifizierung (eigentlich heisst das, dass weiterhin aufgrund der Diagnosekriterien von einer Essstörung gesprochen werden muss).

**Tabelle 114: Klassifikationsschema für den Verlauf bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

| | Klassifikation des Verlaufs | Kriterien | Umsetzung |
|---|---|---|---|
| **Anorektikerinnen** | *Guter Krankheitszustand* | • BMI > 18.5 | • BMI |
| | | • Erbrechen und Missbrauch von Diuretika: nicht oder kaum mehr praktiziert; geringe Einschränkung des Essverhaltens | • Fragebogen: Nr. 52 und Nr. 53 (nie bis 1-2 mal im letzten Monat); Skala: Zügelung des Essens (± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe) |
| | | • Furcht, zu dick zu werden ist gering | • Skala: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe) |
| | | • Regelmässige Menstruation | • Fragebogen: Nr. 48 – 49 (drei Mal Menstruation in den letzten drei Monaten) |
| | *Mittelmässiger Krankheitszustand* | • BMI 17.5 bis 18.5 | • BMI |
| | | • Erbrechen und Missbrauch von Diuretika: noch manchmal praktiziert; gewisse Einschränkung des Essverhaltens | • Fragebogen: Nr. 52 und Nr. 53 (mehr als zweimal im letzten Monat bis ein bis zweimal pro Woche); Skala: Zügelung des Essens (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe) |
| | | • Furcht, zu dick zu werden ist noch vorhanden, jedoch nicht allzu stark ausgeprägt | • Skala: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe) |
| | | • unregelmässige Menstruation | • Fragebogen: Nr. 48 – 49 (ein bis zwei Mal Menstruation in den letzten drei Monaten) |

**Fortsetzung der Tabelle 114: Klassifikationsschema für den Verlauf bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

| | Klassifikation des Verlaufs | Kriterien | Umsetzung |
|---|---|---|---|
| | *Schlechter Krankheitszustand (Chronifizierung)* | • BMI < 17.5<br>• Erbrechen und Missbrauch von Diuretika: häufig praktiziert; deutliche Einschränkung des Essverhaltens<br>• Furcht, zu dick zu werden ist stark ausgeprägt<br>• Keine Menstruation (Amenorrhoe) | • BMI<br>• Fragebogen: Nr. 52 und Nr. 53 (mehrmals pro Woche bis mehrmals täglich); Skala: Zügelung des Essens (< 70 % der Normstichprobe)<br>• Skala: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe)<br>• Fragebogen: Nr. 48 – 49 (keine Menstruation in den letzten drei Monaten) |
| **Bulimikerinnen** | *Guter Krankheitszustand* | • Manchmal Essattacken<br>• Erbrechen und Missbrauch von Abführmittel wird noch manchmal praktiziert<br>• Furcht, zu dick zu werden ist noch vorhanden, jedoch nicht stark ausgeprägt<br>• BMI > 18.5 | • Fragebogen: Nr. 54 (nie oder 1-2 mal im letzten Monat Essanfälle)<br>• Fragebogen: Nr. 52 – 53 (nie bis 1-2 mal im letzten Monat); Skala: Zügelung des Essens (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe)<br>• Skala: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe)<br>• BMI |
| | *Mittelmässiger Krankheitszustand* | • Keine oder kaum Essattacken<br>• Erbrechen und Missbrauch von Abführmittel nicht oder kaum mehr praktiziert<br>• Furcht, zu dick zu werden ist gering<br>• BMI > 18.5 | • Fragebogen: Nr. 54 (mehr als 2 mal im letzten Monat Essanfälle oder 1-2 mal pro Woche)<br>• Fragebogen: Nr. 52 – 53 (mehr als 2 mal im letzten Monat oder 1-2 mal pro Woche); Skala: Zügelung des Essens (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe)<br>• Skala: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe)<br>• BMI |
| | *Schlechter Krankheitszustand (Chronifizierung)* | • Häufig und regelmässig Essattacken<br>• Erbrechen und Missbrauch von Abführmittel als selbstinduzierte, gegensteuernde Massnahme wird immer oder meist angewandt<br>• Furcht, zu dick zu werden ist stark ausgeprägt<br>• BMI > 18.5 | • Fragebogen: Nr. 54 (mehrmals pro Woche bis mehrmals täglich Essanfälle im letzten Monat)<br>• Fragebogen: Nr. 52 – 53 (mehrmals pro Woche bis mehrmals täglich Erbrechen und Abführmittelbenützung); Skala: Zügelung des Essens (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe)<br>• Skala: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (weniger ± 1 Standardabweichung vom Mittelwert der Normstichprobe)<br>• BMI |

An dieser Stelle sei kritisch angemerkt, dass natürlich auch das neue Klassifikationsschema, das sich auch für die Bulimikerinnen anwenden lässt, sich auf subjektiven Einschätzungen der Klientinnen stützt. Um eine Objektivierung der Daten zu erreichen, müssten noch Beurteilungen von anderen (therapeutischen) Bezugspersonen eingeholt werden. Es wäre natürlich auch möglich, dass man mittels Blutanalysen (zum Beispiel Elektrolytwerte) eine gewisse Objektivierung der Angaben erreichen könnte.

Die behandelten Klientinnen der klinischen Stichprobe wurden in einem nächsten Schritt mit diesem neuen Klassifikationssystem einem der drei Krankheitszustandskategorien zugeteilt. Bei den Anorektikerinnen und bei den Bulimikerinnen gibt es leider einige Klientinnen, für die nicht alle Kriterien evaluiert werden können. Dies ist teilweise durch gänzlich fehlende Austrittsdaten bedingt, aber auch durch fehlende Skalenmittelwerte. Dies ist wiederum dadurch bedingt, dass die

Klientinnen zu viele Items nicht beantwortet haben. Im Folgenden werden nur die Klientinnen untersucht, bei denen aufgrund der Vollständigkeit der Daten das Klassifikationssystem richtig angewendet werden konnte (bei den Anorektikerinnen sind es dann noch elf Datensätze und bei den Bulimikerinnen 17 Datensätze). Wenn man die grafische Darstellung der Zustände bei Austritt vergleicht, dann lässt sich Folgendes festhalten (vgl. Abbildung 8): Wenn man die beiden klinischen Stichproben getrennt betrachtet, zeigt sich, dass bei den Anorektikerinnen wie auch bei den Bulimikerinnen die Mehrheit der Klientinnen einen mittelmässigen Krankheitszustand haben. Das heisst, dass sich bei einigen Verbesserungen ihrer Symptomatik feststellen lässt, aber noch nicht von einer totalen Heilung gesprochen werden kann. Bei den Anorektikerinnen haben zehn Klientinnen (90.9 %) einen mittelmässigen Krankheitszustand und bei den Bulimikerinnen 13 (76.5 %). Eine Anorektikerin hat bei Austritt einen guten Verlauf (9.09 %). Das bedeutet, dass man aufgrund ihrer Antwort im Austrittsfragebogen nicht mehr davon ausgehen kann, dass sie eine Essstörung nach den Diagnosekriterien des ICD-10 hat. Bei den Bulimikerinnen haben drei Klientinnen einen guten Krankheitszustand bei Austritt (17.6 %). Erstaunlicherweise ist es eine Bulimikerin, der es bei Austritt viel schlechter geht (5.9 %).

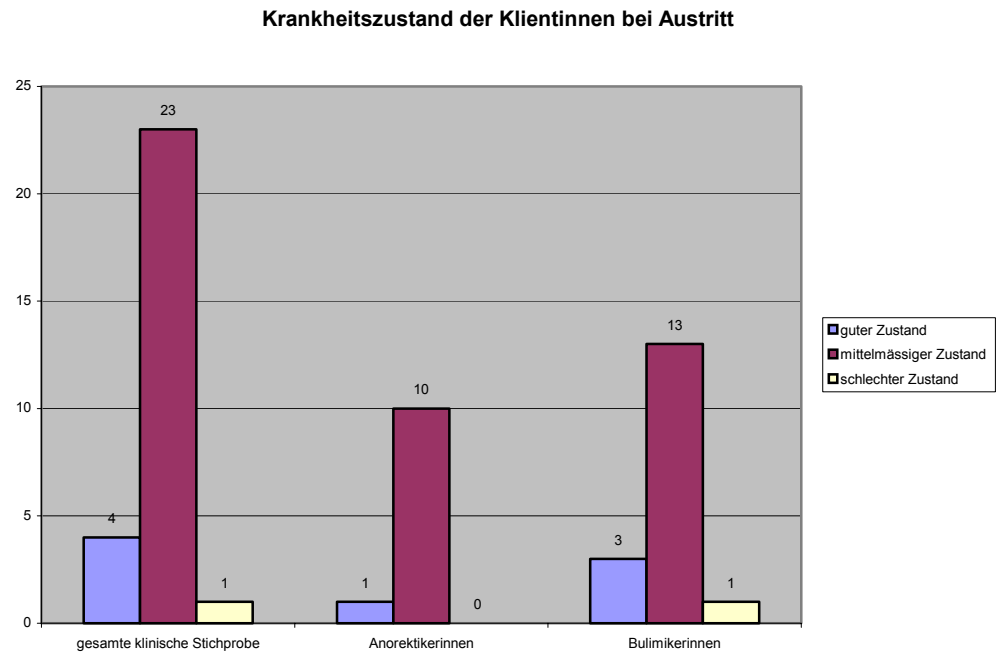


**Abbildung 8: Grafische Darstellung des Krankheitszustandes der Klientinnen bei Austritt**

Aufgrund der Anwendung des neuen Kriterienkatalogs, welcher für die Anorektikerinnen den BMI, die Menstruation, ihr Abführmittelmissbrauch und Erbrechen, die Zügelung des Essverhaltens und die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht berücksichtigt und für die Bulimikerinnen anstelle der Menstruation die Essanfälle, kann ein etwas differenziertes Bild über die Behandlung in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen gezeichnet werden:

Der General Outcome Score von Morgan und Russell (1975) ist insofern für die Bulimikerinnen nicht angezeigt, weil ihr Gewicht meist im Normalbereich liegt und sie deshalb eigentlich sehr viele gute Verläufe zeigen. Aufgrund der differenzierteren Kriterien kann dann auch beobachtet werden, dass die Mehrheit der Bulimikerinnen einen mittelmässigen Krankheitszustand bei Austritt zeigen, einige einen guten Krankheitszustand und nur eine Klientin einen schlechten Krankheitszustand. Bei den Anorektikerinnen ist das Bild noch ein bisschen ausgeprägter, weil es keiner Klientin bei Austritt schlecht geht, sondern es der Mehrheit der Klientinnen mittelmässig geht (dies ist dadurch erklärbar, dass nicht mehr nur der BMI für die Beurteilung ihres Krankheitszustandes ausschlaggebend ist).

*c) Vergleich des General Outcome Scores und des neuen Klassifikationssystems*

Da für das neue Klassifikationssystem nicht alle Daten vorhanden waren, ist ein direkter Vergleich zwischen den beiden Klassifikationssystemen nicht sinnvoll. Um einen solchen Vergleich zu ermöglichen, können aber die Klientinnen gegenüber gestellt werden, für die für den General Outcome Score und das neue Klassifikationssystem Daten vorhanden sind (vgl. Tabelle 115).

**Tabelle 115: Krankheitszustand der Klientinnen bei Austritt (Vergleich des General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) und des neues Klassifikationsschema)**

| | Klassifikation | Anorektikerinnen | Bulimikerinnen | Gesamte klinische Stichprobe |
|---|---|---|---|---|
| **General Outcome Score nach Russell und Morgan (1975)** | **Guter Verlauf** | 4 (36.4 %) | 11 (64.7 %) | 15 (53.6 %) |
| | **Mittlerer Verlauf** | 5 (45.5 %) | 3 (17.6 %) | 8 (28.6 %) |
| | **Schlechter Verlauf** | 2 (18.2 %) | 3 (17.6 %) | 5 (17.9 %) |
| **Neues Klassifikationssystem** | **Guter Krankheitszustand** | 1 (9.09 %) | 3 (17.6 %) | 4 (14.3 %) |
| | **Mittelmässiger Krankheitszustand** | 10 (90.9 %) | 13 (76.5 % | 23 (82.1 %) |
| | **Schlechter Krankheitszustand** | 0 | 1 (5.9 %) | 1 (3.6 %) |

Dabei zeigt sich Folgendes: Wenn man die gesamte klinische Stichprobe betrachtet, erreichen mit dem General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) viel mehr Klientinnen einen guten Verlauf als mit dem neuen Klassifikationsschema. Mit dem neuen Klassifikationssystem hingegen haben viel mehr Klientinnen als mit der Skala von Morgan und Russell (1975) einen mittelmässigen Krankheitszustand und weniger einen schlechten Krankheitszustand. Das heisst, dass das neue Klassifikationssystem ein bisschen strenger ist. Wenn man die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen getrennt untersucht, zeigt sich auch bei den Anorektikerinnen dasselbe Muster: mit der neuen Skala haben viel weniger Anorektikerinnen einen guten Verlauf und dafür viel mehr einen mittelmässigen Verlauf. Bei den Bulimikerinnen bestätigt sich dieser Trend auch.

*d) Anwendung des neuen Klassifikationssystems für den Krankheitszustand der klinischen Klientinnen bei Eintritt*

Ein weiteres Ziel des neuen Kriterienkatalogs zum Krankheitszustand der Klientinnen ist auch die Anwendung auf jeden beliebigen Erhebungszeitpunkt, da der Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) sich nur auf den Heilungserfolg bei Austritt beziehen. Leider können diese Berechnungen für die katamnestischen Zeitpunkte nicht durchgeführt werden, weil für die Klientinnen die Gewichtsangaben nicht vorhanden sind. Aber es ist möglich, den Krankheitszustand der Klientinnen bei Eintritt zu bestimmen (vgl. Tabelle 116). Dabei lässt sich beobachten, dass bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der grösste Anteil an Klientinnen einen mittelmässigen Krankheitszustand zeigt. Keine Klientin zeigt bei Eintritt einen guten Krankheitszustand. Ein kleiner Anteil der Anorektikerinnen (5.9 %) und der Bulimikerinnen (7.4 %) hat sogar einen schlechten Krankheitszustand (vgl. Abbildung 9).

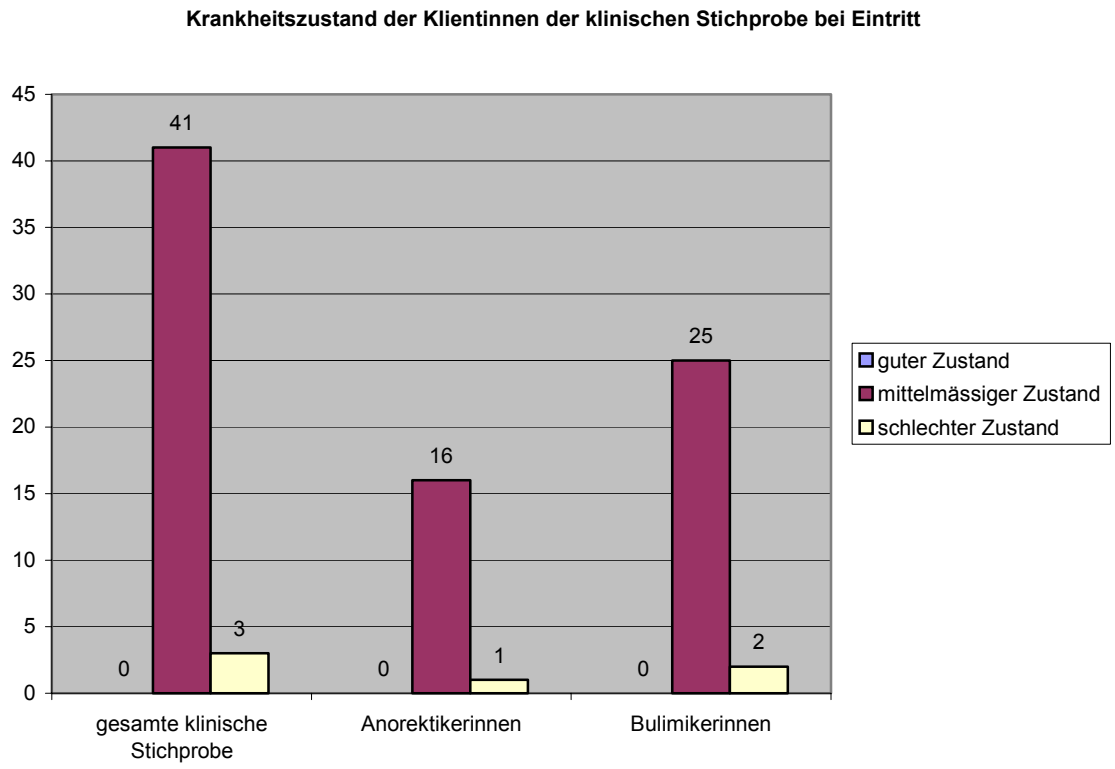


**Abbildung 9: Grafische Darstellung des Krankheitszustandes der Klientinnen bei Eintritt**

Wenn man die prozentualen Anteile bei Eintritt mit denen bei Austritt vergleicht, zeigt sich eindeutig, dass es zu einer Verringerung der schlechten Krankheitszustandsbildern kommt und einer Zunahme an guten Krankheitszustandsbildern. Der grösste Anteil der Klientinnen hat ein mittelmässiges Krankheitszustandsbild. Dieses Resultat steht auch in Übereinstimmung mit den Verläufen, auf die später noch genauer eingegangen wird. Man kann nämlich bei Austritt kaum erwarten, dass bei der Mehrheit der klinischen Stichprobe bereits ein guter Krankheitszustand

beobachtet werden kann und die Klientinnen nach der Behandlung bereits als geheilt angesehen werden können. Diese Beobachtung steht auch in Einklang mit verschiedenen Publikationen, in denen der Anteil der geheilten Anorektikerinnen und Bulimikerinnen nach Austritt aus einer stationären Behandlung auch eher gering war (Dietrich, 2001).

**Tabelle 116: Krankheitszustand der Klientinnen bei Eintritt (neues Klassifikationsschema)**

| Krankheitszustand bei Austritt | Anorektikerinnen | Bulimikerinnen | Gesamte klinische Stichprobe |
|---|---|---|---|
| **Guter Krankheitszustand** | 0 | 0 | 0 |
| **Mittelmässiger Krankheitszustand** | 16 (94.1 %) | 25 (92.6 %) | 41 (93.2 %) |
| **Schlechter Krankheitszustand** | 1 (5.9 %) | 2 (7.4 %) | 3 (6.8 %) |
| | 17 (38.6 %) | 27 (61.4 %) | 44 (100 %) |

*e) Auswirkungen der beiden Klassifikationssysteme auf die sechs Erhebungszeitpunkte*

In einem weiteren Schritt wurde die Frage untersucht, ob sich die drei Untergruppen (guter, mittlerer und schlechter Heilungserfolg nach Morgan und Russell (1975) und guter, mittelmässiger und schlechter Krankheitszustand nach dem neuen Klassifikationssystem) unterscheiden und ob es zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten Unterschiede zwischen den Untergruppen gibt.

Zu diesem Zweck wurde der H-Test nach Kruskal und Wallis angewandt. Im Folgenden werden zuerst die Ergebnisse für die drei Untergruppen des General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) dargestellt und dann die Ergebnisse für die drei Untergruppen des neuen Klassifikationssystems. Es werden dabei nur die signifikanten Unterschiede aufgeführt.

<u>Unterschiede zwischen den drei Verläufen nach Morgan und Russell (1975) zu den sechs Erhebungszeitpunkten:</u>

- *Bei Eintritt:* Bulimisches Verhalten ($\chi^2$ = 8.345, df = 2, p = .015*), Essen als Mittel gegen emotionale Belastung ($\chi^2$ = 7.112, df = 2, p = .029*), Essgeschwindigkeit ($\chi^2$ = 7.746, df = 2, p = .021*) und Angst vor Fehlschlag und Kritik ($\chi^2$ = 9.363, df = 2, p = .009**).
- *Nach sechs Wochen Aufenthalt:* Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ($\chi^2$ = 6.275, df = 2, p = .043*), Essgeschwindigkeit ($\chi^2$ = 6.475, df = 2, p = .039*) und Bedürfnis nach Kontrolle ($\chi^2$ = 6.164, df = 2, p = .046*).
- *Bei Austritt:* Negative Wirkung des Essens ($\chi^2$ = 6.197, df = 2, p = .045*), Essen als Mittel gegen emotionale Belastung ($\chi^2$ = 6.730, df = 2, p = .035*) und Bedürfnis nach Kontrolle ($\chi^2$ = 6.399, df = 2, p = .041*).
- *½ Jahr nach Austritt:* keine statistisch signifikanten Unterschiede
- *1 Jahr nach Austritt:* Suizidalität ($\chi^2$ = 6.512, df = 2, p = .039*).
- *zwei Jahre nach Austritt:* Suizidalität ($\chi^2$ = 6.512, df = 2, p = .039*).

Wenn man die drei verschiedenen Outcome Scores nach Morgan und Russell (1975) zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten vergleicht, zeigt sich, dass es vor allem katamnestisch kaum mehr Unterschiede gibt. Das bedeutet, dass der Outcome Score den weiteren Verlauf kaum voraussagen kann. Einzig die Suizidalität nach einem und zwei Jahren nach Austritt unterscheidet sich signifikant in den drei Untergruppen. In den Einzelvergleichen (U-Tests) zeigt sich, dass dies bei beiden Erhebungszeitpunkten auf den signifikanten Unterschied zwischen den guten und mittleren Verläufen zurückzuführen ist ($U = 10.5$, $z = -2.526$, $p = .011$*). Die Klientinnen, die bei Austritt einen guten Verlauf nach Morgan und Russell (1975) zeigen, haben ein Jahr und zwei Jahre nach Austritt signifikant tiefere Suizidalitätswerte als die Klientinnen, die einen mittelmässigen Verlauf hatten. Dies könnte darauf zurückgeführt werden, dass die Klientinnen mit einem mittelmässigen Verlauf die Hoffnung auf Heilung mit der Zeit aufgeben, weil sie immer wieder erleben, dass sie eben doch nicht ganz geheilt sind und dies dann mit den Jahren zu einer Zermürbung und einem erhöhten Risiko für einen Suizid führen kann.

Auffallend ist, dass es bereits bei Eintritt und nach sechs Wochen Aufenthalt signifikante Unterschiede gibt. Zudem gibt es auch bei Austritt Unterschiede zwischen den drei verschiedenen Heilungserfolgsgruppen nach Morgan und Russell (1975). Bei Austritt zeigt sich, dass sich die Gruppen bezüglich der Negativen Wirkung des Essens, dem Essen als Mittel gegen emotionale Belastung und dem Bedürfnis nach Kontrolle unterscheiden. Bei der Skala Negative Wirkung des Essens und der Skala Bedürfnis nach Kontrolle sind die signifikanten Unterschiede auf den Unterschied zwischen den guten und schlechten Verläufen zurückzuführen. Bei beiden Skalen lässt sich bei den guten Verläufen eine geringere negative Wirkung des Essens und ein geringeres Bedürfnis nach Kontrolle beobachten. Bei der Skala Essen als Mittel gegen emotionale Belastung ist der Unterschied zwischen den mittleren und den schlechten Verläufen signifikant. Die Klientinnen mit einem mittleren General Outcome Score setzen das Essen viel weniger als Mittel gegen emotionale Belastungen ein als die Klientinnen mit einem schlechten Verlauf. Diese Ergebnisse weisen darauf hin, dass der General Outcome Score vor allem zwischen guten und schlechten Verläufen unterscheiden kann, es aber durchaus Sinn machen würde, diese Skalen zu berücksichtigen. Schon bei Eintritt gibt es zwischen den drei verschiedenen Heilungserfolgen signifikante Unterschiede, die vor allem auf Unterschiede zwischen guten und mittleren Verläufen zurückzuführen sind. Dabei zeigen bei den Skalen Bulimie, Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen, Essgeschwindigkeit und Angst vor Fehlschlag und Kritik die Klientinnen mit einem mittleren Verlauf nach Morgan und Russell (1975) bereits bei Eintritt signifikant tiefere Werte als die Klientinnen mit einem guten Verlauf. Aufgrund der Skalen macht das aber wenig Sinn und es stellt sich deshalb die Frage, ob der General Outcome Score wirklich genügend reliabel ist, um einen Verlauf zu beschreiben und man nicht auch eher davon ausgehen sollte, dass es sich um eine

momentane Krankheitszustandsbeschreibung handelt. Nach sechs Wochen Aufenthalt gibt es bei der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung einen signifikanten Unterschied, weil die Klientinnen mit einem mittleren Verlauf einen signifikant tieferen Wert haben als die Klientinnen mit einem guten oder schlechten Verlauf. Bei der Essgeschwindigkeit und dem Bedürfnis nach Kontrolle gibt es signifikante Unterschiede zwischen den guten und schlechten Verläufen.
Abschliessend kann festgehalten werden, dass anhand des General Outcome Scores bei gewissen Skalen signifikante Unterschieden aufgezeigt werden können (zum Beispiel Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen und Bedürfnis nach Kontrolle). Manchmal beruhen diese Unterschiede auf Unterschieden zwischen den guten und schlechten Verläufen, aber manchmal auch auf Unterschieden zwischen guten und mittleren Verläufen.

Unterschiede zwischen den drei Krankheitszuständen nach der neuen Klassifikation zu den sechs Erhebungszeitpunkten:

- *Bei Eintritt:* keine statistisch signifikanten Unterschiede
- *Nach sechs Wochen Aufenthalt:* Kontrollwahrnehmung ($\chi^2 = 6.828$, df = 1, p = .009**).
- *Bei Austritt:* Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($\chi^2 = 6.709$, df = 2, p = .035*), Zügelung des Essens ($\chi^2 = 10.461$, df = 2, p = .005**), Bulimisches Verhalten ($\chi^2 = 6.073$, df = 2, p = .048*), Negative Wirkung des Essens ($\chi^2 = 5.891$, df = 1, p = .015*), Kontaktangst ($\chi^2 = 6.103$, df = 2, p = .047*) und Gruppenzugehörigkeit ($\chi^2 = 8.902$, df = 2, p = .012**).
- *½ Jahr nach Austritt:* Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ($\chi^2 = 6.721$, df = 2, p = .035*).
- *1 Jahr nach Austritt:* keine statistisch signifikanten Unterschiede
- *zwei Jahre nach Austritt:* keine statistisch signifikanten Unterschiede

Wenn man die signifikanten Unterschiede zwischen den drei neuen Klassifikationsgruppen (guter, mittelmässiger und schlechter Krankheitszustand) betrachtet, zeigt sich, dass es katamnestisch auch hier kaum mehr Unterschiede gibt. Das bedeutet, dass der Krankheitszustand, wie er bei Austritt klassifiziert wird, kaum einen Einfluss auf die Skalenausprägung bei späteren Erhebungen hat. Einzig ½ Jahr nach Austritt gibt es einen signifikanten Unterschied bei den Familienbeziehungen. Dieser signifikante Unterschied ist darauf zurückzuführen, dass es zwischen guten und mittelmässigen Zuständen einen signifikanten Unterschied gibt. Die Klientinnen mit einem guten Krankheitszustand haben ein halbes Jahr nach Austritt eine signifikant tiefere Zufriedenheit mit Familienbeziehungen als Klientinnen mit einem mittelmässigen Krankheitszustand. Bei Austritt gibt es einige signifikante Unterschiede zwischen den drei Klassifikationszuständen. Einzig nach sechs Wochen Aufenthalt gibt es auch noch einen signifikanten Unterschied in der Kontrollwahrnehmung, welcher auf signifikant tieferen Werte der Klientinnen mit einem guten Krankheitszustand bei Austritt im Unterschied zu Klientinnen mit einem mittelmässigen

Krankheitszustand zurückgeführt werden kann. Es kann also festgehalten werden, dass es ausser beim Zeitpunkt der Bestimmung des Krankheitszustandes der Klientin kaum signifikante Unterschiede zwischen den Klassifikationszuständen gibt. Bei den beiden Skalen, bei denen es signifikante Unterschiede gibt, sind diese durch Unterschiede zwischen guten und mittelmässigen Zuständen erklärbar.

Bei Austritt gibt es sechs signifikante Unterschiede: Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht, Zügelung des Essens, Bulimisches Verhalten, Negative Wirkung des Essens, Kontaktangst und Gruppenzugehörigkeit. Die signifikanten Unterschiede sind durch die Unterschiede zwischen den guten und mittelmässigen Zuständen bedingt. Die Klientinnen mit einem guten Krankheitszustand bei Austritt haben im Vergleich zu den Klientinnen mit einem mittelmässigen Krankheitszustand bei Austritt allesamt tiefere Werte. Dies macht durchaus Sinn, weil dies mit der konzeptuellen Übersetzung zusammenfällt und die Klientinnen mit einem guten Verlauf auch weniger Symptome zeigen. Leider gelingt es auch mit der neuen Klassifikation nicht, zwischen guten und schlechten Verläufen zu differenzieren. Die Entscheidung, dass es sich dabei nicht um eine Bestimmung des Heilungserfolg, sondern um eine momentane Bestimmung des Krankheitszustandes einer Klientin handelt, kann durch die statistische Auswertung unterstützt werden, da es zu den katamnestischen Erhebungen und bei früheren Erhebungen kaum signifikante Unterschiede zwischen den drei Untergruppen gibt und sich somit diese Unterteilung, wie sie bei Austritt vorgenommen wurde, nicht während allen Erhebungszeitpunkten zeigt.

### 3.3.2 Beobachtete Verlaufsunterschiede zwischen verschiedenen Klientinnengruppen (Drop-outs vs. vollständige Datensätze, ein vs. mehrere stationäre Aufenthalte und zweiwöchiger „Brechentzug“ vs. längerer Aufenthalt)

Neben den Veränderungen, die nach dem Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen beobachtet werden können, interessiert die Frage, wie sich die Essstörungssymptomatik der behandelten Jugendlichen weiter entwickelte. Zu diesem Zweck erhielten die Jugendlichen jeweils nach sechs Monaten, einem Jahr und zwei Jahren denselben Fragebogen zugeschickt.

In einer ersten Fragestellung geht es um die Beschreibung von Unterschieden bei den Klientinnen: Gibt es Unterschiede zwischen denjenigen Jugendlichen, die zu allen Erhebungszeitpunkten den Fragebogen ausgefüllt haben und solchen, die mindestens einmal das Ausfüllen des Fragebogens verweigert haben (so genannte Dropouts)? Bestanden diese Unterschiede bereits bei Eintritt und wie

sehen diese Unterschiede in der katamnestischen Betrachtung aus? Aus klärenden Gesprächen mit Klienten ist bekannt, dass viele den Fragebogen zu den Katamnesezeitpunkten nicht ausfüllten, weil es ihnen wieder schlechter ging. Deshalb war es von Interesse, ob es zwischen Klientinnen, die zu einem oder mehreren Zeitpunkten die Teilnahme an der Untersuchung verweigerten, und den anderen Klientinnen Unterschiede gibt (Kazdin, 1994). Zudem geht es um die Frage, ob es Unterschiede zwischen denjenigen Klientinnen gibt, die nur einmal hospitalisiert waren und denjenigen, die mehrere Aufenthalte hatten. Und in einem letzten Teil geht es um die Frage nach Unterschieden zwischen Bulimikerinnen, die nur für einen zweiwöchigen Aufenthalt hospitalisiert waren (so genannter „Brechentzug“) und solchen, die länger hospitalisiert waren.

#### 3.3.2.1 Verlaufsunterschiede bei Drop-outs und Klientinnen mit einem vollständigen Datensatz

Um die Frage zu klären, ob es Unterschiede zwischen solchen Klientinnen gibt, die einen vollständigen Datensatz haben, das heisst, die zu allen Erhebungszeitpunkten den Fragebogen ausgefüllt haben und denjenigen Klientinnen, die teilweise nicht den Fragebogen ausgefüllt haben, kann zwischen vier Untergruppen unterteilt werden: 1) Anorektikerinnen mit unvollständigem Datensatz (Dropouts) (n = 14, 29.17 %), 2) Bulimikerinnen mit unvollständigem Datensatz (Dropouts) (n = 25, 52.08 %), 3) Anorektikerinnen mit vollständigem Datensatz (n = 4, 8.33 %) und 4) Bulimikerinnen mit vollständigem Datensatz (n = 5, 10.42 %).

Diese vier Untergruppen wurden mit Hilfe des H-Tests nach Kruskal und Wallis untersucht. Für signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz wurden paarweise U-Tests nach Mann und Whitney durchgeführt. Die Berechnungen wurden für die zwei Erhebungszeitpunkte bei Eintritt und Austritt durchgeführt. Für die weiteren Erhebungszeitpunkte machen die Berechnungen keinen Sinn, da vor allem katamnestisch Daten fehlen.

*a) Skalenunterschiede bezüglich Vollständigkeit der Daten bei Eintritt*

Bei den Berechnungen mit dem H-Test nach Kruskal und Wallis zeigen sich zwischen den vier Untergruppen einige signifikante Unterschiede (vgl. Tabelle 117): Diese Unterschiede sind auf die tiefsten Mediane bei den Anorektikerinnen mit Dropouts, etwas höhere Mediane bei den Anorektikerinnen mit vollständigem Datensatz, noch etwas höhere Mediane bei den Bulimikerinnen mit Dropouts und den höchsten Medianen bei den Bulimikerinnen mit vollständigem Datensatz zurückzuführen. Das heisst, dass die Klientinnen mit Dropouts jeweils noch tiefere Werte haben, was dafür spricht, dass sie eine stärkere Essstörungssymptomatik haben und unsere Vermutung,

dass sie die Fragebogen nicht ausfüllten, weil es ihnen wieder schlechter ging, wahrscheinlich richtig ist. Bei den folgenden Skalen zeigen sich signifikante Unterschiede: BMI bei Eintritt ($\chi^2$ = 15.589, df = 3, p =.001**), Bulimisches Verhalten ($\chi^2$ = 24.272, df = 3, p <.001***), Essen als Mittel gegen emotionale Belastung ($\chi^2$ = 21.528, df = 3, p < .001**) und Essgeschwindigkeit ($\chi^2$ = 10.582, df = 3, p =.014*). Wenn man die signifikanten Unterschiede in der zentralen Tendenz einem paarweisen Vergleich unterzieht, zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 117): Zwischen den Anorektikerinnen mit unvollständigem und vollständigem Datensatz gibt es bei Eintritt keine signifikanten Unterschiede in der zentralen Tendenz. Bei den Bulimikerinnen hingegen gibt es bei der Skala Bulimisches Verhalten einen signifikanten Unterschied zwischen den Bulimikerinnen mit fehlenden Daten und solchen mit einem vollständigen Datensatz (U = 24.500, p = .031*). Die Bulimikerinnen mit einem vollständigen Datensatz zeigen bei Eintritt ein geringeres bulimisches Verhalten als die Bulimikerinnen, die fehlende Daten haben. Die übrigen signifikanten Unterschiede sind auf Unterschiede bei Eintritt zwischen den beiden klinischen Subgruppen zurückzuführen und nicht auf den Unterschied zwischen den Klientinnen mit einem vollständigen oder unvollständigen Datensatz.

**Tabelle 117: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 13 | 3.1992 | 3 | 4.778 | .189 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 24 | 3.7031 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.7813 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 4.1250 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 13 | 1.9670 | 3 | 1.765 | .623 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.2914 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.9643 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.3429 | | | | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 4.10760 | 3 | .440 | .932 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 22 | 4.27069 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.93109 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.5000 | | | | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 3.0714 | 3 | 1.887 | .596 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.9900 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.7500 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.6000 | | | | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 2.1905 | 3 | .666 | .881 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.2533 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.1667 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.6000 | | | | | | |
| **Selbstwirksamkeit bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 13 | 2.6538 | 3 | 2.035 | .565 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.6200 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.0000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.0000 | | | | | | |
| **BMI bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 17.4171 | 3 | 15.589** | .001 | (1) und (2): 70.500 | -3.061** | .002[a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 19.7620 | | | | (1) und (3): 27.500 | -.053 | .959[a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 16.9250 | | | | (1) und (4): 7.500 | -2.547** | .007[a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 21.1600 | | | | (2) und (3): 11.500 | -2.437** | .010[a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 46.500 | -.891 | .385[a] |
| | | | | | | | (3) und (4): .000 | -2.449* | .016[a] |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 3.6167 | 3 | .894 | .932 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 3.8787 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.7202 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.5857 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

**Fortsetzung der Tabelle 117: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bulimie bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 1.9490 | 3 | 24.272*** | .000 | (1) und (2): 43.000 | -3.872*** | .000[a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 4.0216 | | | | (1) und (3): 26.000 | -.219 | .878[a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.8367 | | | | (1) und (4): 2.000 | -3.103*** | .001[a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 5.0245 | | | | (2) und (3): 6.000 | -2.783** | .002[a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 24.500 | -2.115* | .031[a] |
| | | | | | | | (3) und (4): .000 | -2.460* | .016[a] |
| **Einstellung zu Sport bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 4.6667 | 3 | 2.909 | .406 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 4.0667 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 4.7500 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 4.6667 | | | | | | |
| **Wahrnehmung von Hunger- und Sättigung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 13 | 2.5000 | 3 | 5.775 | .123 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.4000 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.6250 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.7000 | | | | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 3.9653 | 3 | 1.261 | .738 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 4.1183 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.8889 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 4.5556 | | | | | | |
| **Essen als Mittel gegen emotionale Belastung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 1.5857 | 3 | 21.528*** | .000 | (1) und (2): 42.500 | -3.808*** | .000[a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 24 | 3.7028 | | | | (1) und (3): 7.500 | -.054 | .959[a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.5000 | | | | (1) und (4): 1.000 | -3.170*** | .000[a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 4.5333 | | | | (2) und (3): 11.000 | -2.435* | .012[a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 40.500 | -1.129 | .270[a] |
| | | | | | | | (3) und (4): .000 | -2.470* | .016[a] |
| **Essgeschwindigkeit bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 1.9464 | 3 | 10.582* | .014 | (1) und (2): 76.500 | -2.892** | .003[a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 3.0767 | | | | (1) und (3): 19.500 | -.913 | .382[a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.7500 | | | | (1) und (4): 9.500 | -2.424* | .014[a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.9000 | | | | (2) und (3): 43.000 | -.444 | .692[a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 42.000 | -1.144 | .275[a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 6.000 | -.988 | .413[a] |
| **Fehlschlag und Kritikangst bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 3.0595 | 3 | 1.825 | .610 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.8600 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.8125 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.7000 | | | | | | |
| **Fordern können bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 11 | 2.3636 | 3 | 4.445 | .217 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 20 | 2.4389 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.1944 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.7111 | | | | | | |
| **Kontaktangst bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 2.5408 | 3 | 2.307 | .511 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.5743 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.5000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.0286 | | | | | | |
| **Konfliktver-meidung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 3.0000 | 3 | 3.340 | .342 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.6464 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.6875 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.6250 | | | | | | |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 13 | 1.8923 | 3 | 1.084 | .781 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 1.9360 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.9500 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.6400 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit Familienbeziehun-gen bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 7.8810 | 3 | 7.635 | .054 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 5.6533 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 7.6667 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 6.5333 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehungen bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 6.8214 | 3 | 5.958 | .114 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 23 | 6.2609 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 6.0000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 9.1000 | | | | | | |
| **Gruppenzugehörig-keitsgefühle bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 2.6929 | 3 | 4.484 | .214 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.4867 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.5417 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.0000 | | | | | | |
| **Zwanghaftigkeit bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 13 | 2.2115 | 3 | .276 | .964 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.1100 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.3125 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.1000 | | | | | | |
| **Depressivität bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 2.7070 | 3 | 3.964 | .265 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 24 | 2.9436 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.5651 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.6421 | | | | | | |
| **Suizidalität bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 2.5714 | 3 | 1.361 | .715 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.8133 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.5333 | | | | | | |
| **Bedürfnis nach Kontrolle bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 13 | 2.9595 | 3 | 2.466 | .481 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 3.0200 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.6133 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

**Fortsetzung der Tabelle 117: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kontrollwahr-nehmung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 13 | 6.6282 | 3 | .853 | .837 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 24 | 6.1319 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 5.9167 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 6.0000 | | | | | | |
| **Negatives psychisches Befinden bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 11 | 4.0090 | 3 | 2.663 | .447 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 20 | 4.3496 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 4.4943 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.6333 | | | | | | |
| **Introversion / Extraversion bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 8 | 3.1250 | 3 | 2.739 | .434 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 12 | 3.6250 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.1250 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.2000 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05
[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

*b) Skalenunterschiede bezüglich Vollständigkeit der Daten bei Austritt*

In einem zweiten Schritt wurden die Vergleiche zwischen den vier Untergruppen auch bei Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen mit Hilfe des H-Tests nach Kruskal und Wallis untersucht. Dabei zeigten sich auch hier einige signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz (vgl. Tabelle 118): Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ($\chi^2$ = 8.581, df = 3, p = .035*), Bulimisches Verhalten ($\chi^2$ = 9.373, df = 3, p = .025*) und Essen als Mittel gegen emotionale Belastung ($^2$ = 9.322, df = 3, p = .025*). Dabei zeigte sich kein eindeutiges Muster.

In den paarweisen Vergleichen mit dem U-Test nach Mann und Whitney zeigte sich bei den Bulimikerinnen mit Dropouts und den Bulimikerinnen mit einem vollständigen Datensatz bei Austritt kein signifikanter Unterschied (vgl. Tabelle 118). Dasselbe gilt für die Bulimikerinnen mit einem unvollständigen Datensatz und den Anorektikerinnen mit einem vollständigen Datensatz. Der signifikante Unterschied bei der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zeigten sich bei den Anorektikerinnen mit einem unvollständigen Datensatz und den Bulimikerinnen mit unvollständigem Datensatz und den Anorektikerinnen mit vollständigem Datensatz. Die Anorektikerinnen mit einem unvollständigen Datensatz zeigen im Vergleich zu den Anorektikerinnen mit einem vollständigen Datensatz und den Bulimikerinnen mit einem unvollständigen Datensatz die tiefsten Werte auf der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht. Die Anorektikerinnen mit einem unvollständigen Datensatz zeigen zudem im Vergleich zu den Bulimikerinnen (mit und ohne vollständigen Datensatz) die tiefsten Werte auf der Skala Bulimisches Verhalten. Insgesamt zeigt sich auch bei Austritt ein ähnliches Bild wie bei Eintritt, mit dem Unterschied, dass es nur zwischen den Bulimikerinnen mit unvollständigen Datensatz und den Bulimikerinnen mit vollständigem Datensatz keine signifikanten Unterschiede in der zentralen Tendenz gibt. Das bedeutet, dass es bei Austritt nur bei den Anorektikerinnen Unterschiede gibt zwischen solchen Klientinnen, die die Fragebogen zu den sechs Erhebungszeitpunkten ausgefüllt

haben und denjenigen, die nicht alle Fragebogen ausgefüllt haben (auf der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht).

**Tabelle 118: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.8333 | 3 | 5.895 | .117 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 14 | 3.5179 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.0313 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.6000 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.8862 | 3 | 1.896 | .594 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.5032 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.6071 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.4000 | | | | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.4957 | 3 | 8.581* | .035 | (1) und (2): 23.00 | -2.373* | .017 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 13 | 3.6583 | | | | (1) und (3): .000 | -2.121* | .036 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 2 | 4.5769 | | | | (1) und (4): 16.50 | -.232 | .825 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.7115 | | | | (2) und (3): 5.000 | -1.360 | .229[a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 15.00 | -1.248 | .245[a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 1.000 | -1.389 | .267[a] |
| **Negative Selbstbeurteilung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.1667 | 3 | 3.338 | .342 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.4000 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.0625 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.8000 | | | | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.7778 | 3 | 6.041 | .111 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.4222 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.8333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.2667 | | | | | | |
| **Selbstwirksamkeit bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 3.0556 | 3 | .756 | .860 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 2.8125 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.1250 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.9000 | | | | | | |
| **BMI bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 18.000 | 3 | 6.293 | .098 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 19.484 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 18.525 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 20.620 | | | | | | |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.7460 | 3 | 2.478 | .479 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 3.3030 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.6905 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.5705 | | | | | | |
| **Bulimie bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 1.2834 | 3 | 9.373* | .025 | (1) und (2): 25.50 | -2.651** | .007 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 2.2043 | | | | (1) und (3): 9.500 | -1.380 | .199 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.6276 | | | | (1) und (4): 5.500 | -2.321** | .019 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.2122 | | | | (2) und (3): 21.00 | -1.041 | .335[a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 35.50 | -.372 | .719[a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 4.000 | -1.470 | .190[a] |
| **Einstellung zu Sport bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 14 | 3.0476 | 3 | 4.075 | .235 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 25 | 2.3600 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 4.1667 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.8667 | | | | | | |
| **Wahrnehmung von Hunger- und Sättigung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 3.1111 | 3 | .621 | .891 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.9333 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.1250 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.2000 | | | | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.4444 | 3 | 2.868 | .412 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 3.1250 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.6944 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.9722 | | | | | | |
| **Essen als Mittel gegen emotionale Belastung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 1.6296 | 3 | 9.322* | .025 | (1) und (2): 33.00 | -2.094* | .041 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.3933 | | | | (1) und (3): 10.00 | -1.172 | .260 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.3750 | | | | (1) und (4): .000 | -3.010*** | .001 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.3333 | | | | (2) und (3): 16.50 | -1.360 | .185[a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 20.50 | -1.488 | .142[a] |
| | | | | | | | (3) und (4): .000 | -2.460* | .016[a] |
| **Essgeschwindigkeit bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.6944 | 3 | 2.519 | .472 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 3.1927 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.4375 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.3000 | | | | | | |
| **Fehlschlag und Kritikangst bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.5278 | 3 | 5.253 | .154 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 2.4688 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.0000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.9000 | | | | | | |
| **Fordern können bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.5926 | 3 | 6.847 | .077 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 11 | 2.6364 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 3 | 3.1111 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 3 | 2.9259 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

**Fortsetzung der Tabelle 118: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Kontaktangst bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.1905 | 3 | 2.330 | .507 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 2.3750 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.1071 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.8571 | | | | | | |
| **Konfliktver-meidung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.5000 | 3 | 5.512 | .138 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.2917 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.8750 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.9500 | | | | | | |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 1.6667 | 3 | .281 | .964 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 1.5500 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.4000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.4400 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit Familienbeziehun-gen bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 7.6667 | 3 | 6.860 | .077 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 5.9167 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 8.0833 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 7.5333 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehungen bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 7.2222 | 3 | 7.351 | .062 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 6.6563 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 6.2500 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 9.1000 | | | | | | |
| **Gruppenzugehörig-keitsgefühle bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.3704 | 3 | 1.743 | .627 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 16 | 2.2396 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.1167 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.8667 | | | | | | |
| **Zwanghaftigkeit bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 1.4722 | 3 | 3.571 | .312 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 1.9667 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 1.7500 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.1000 | | | | | | |
| **Depressivität bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 1.9474 | 3 | 3.528 | .317 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.3419 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.0921 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 2.0421 | | | | | | |
| **Suizidalität bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 1.4815 | 3 | 5.479 | .140 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.2444 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.5333 | | | | | | |
| **Bedürfnis nach Kontrolle bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 2.2281 | 3 | 2.866 | .413 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 2.6778 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 2.5517 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 1.9800 | | | | | | |
| **Kontrollwahr-nehmung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 9 | 7.2222 | 3 | 1.932 | .587 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 15 | 6.3778 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 6.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 5.8000 | | | | | | |
| **Negatives psychisches Befinden bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 8 | 2.9792 | 3 | 5.828 | .120 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 11 | 3.6081 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 3 | 3.2778 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.2167 | | | | | | |
| **Introversion / Extraversion bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit Dropouts | 8 | 3.1250 | 3 | 2.739 | .434 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit Dropouts | 12 | 3.6250 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit allen Daten | 4 | 3.1250 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit allen Daten | 5 | 3.2000 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

Zusammenfassend kann in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten festgehalten werden, dass bei Eintritt die meisten signifikanten Unterschiede auf die Unterschiede zwischen den beiden klinischen Stichproben zurückgeführt werden können und es kaum signifikante Unterschiede zwischen den Klientinnen mit einem vollständigen oder unvollständigen Datensatz gibt (nur bei der Skala Bulimisches Verhalten bei den Bulimikerinnen). Bei Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen kann man nur einen signifikanten Unterschiede bei den Anorektikerinnen auf der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zwischen den beiden Gruppen in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten erkennen. Es scheint nicht wirklich Evidenz dafür zu geben, dass es im Verlauf der stationären Behandlung zu einem unterschiedlichen Verlauf zwischen den drop-outs und solchen mit einem vollständigen Datensatz kommt. Die

Hypothese, dass Klientinnen, denen es zu einem katamnestischen Erhebungszeitpunkt eher schlechter geht als während ihres stationären Aufenthaltes, die Fragebogen eher nicht ausfüllen, lässt sich teilweise mit den Daten belegen. Die Klientinnen mit einem unvollständigen Datensatz haben nämlich bei Austritt durchgängig die tieferen Werte, vor allem auf den essstörungsspezifischen Skalen.

#### 3.3.2.2 Verlaufsunterschiede bei Klientinnen mit einem Aufenthalt und Klientinnen mit mehreren Aufenthalten

Neben der Frage, ob es zwischen Klientinnen mit vollständigen Daten und solchen mit fehlenden Daten Unterschiede gibt, ist auch die Frage von Interesse, ob es zwischen Klientinnen mit einem Aufenthalt und solchen, die mehrere Aufenthalte machten, Unterschiede gibt. Vier Anorektikerinnen (8.33 %) und elf Bulimikerinnen (22.92 %) hatten mehrere Aufenthalte. Auch hier kann man zwischen vier Untergruppen unterscheiden: 1) Anorektikerinnen mit einem Aufenthalt (n = 14, 29.2 %), 2) Bulimikerinnen mit einem Aufenthalt (n = 19, 39.6 %), 3) Anorektikerinnen mit mehreren Aufenthalten (n = 4, 8.3 %) und 4) Bulimikerinnen mit mehreren Aufenthalten (n = 11, 22.9 %). Es fällt auf, dass die Bulimikerinnen häufiger mehrere Aufenthalte machten. Dies hängt damit zusammen, dass viele von ihnen zuerst für einen zweiwöchigen Brechentzug in die Psychotherapiestation kamen und erst zu einem späteren Zeitpunkt einen längeren, meist dreimonatigen Aufenthalt, ins Auge fassten. Viele von ihnen hatten die Hoffnung, dass ihnen schon ein zweiwöchiger Aufenthalt helfen würde und sie auch zu Hause wieder brechfrei leben können. Als sie dann realisierten, dass sie zu Hause sehr bald wieder in ihr altes Muster mit Essen und Brechen zurückfielen, erwogen viele von ihnen einen erneuten, längeren Aufenthalt. Im nächsten Unterkapitel werden diese beiden Gruppen mit einem kürzeren, zweiwöchigen Aufenthalt und einem längeren, dreimonatigen Aufenthalt, genauer untersucht (vgl. 3.2.2.3 Verlaufsunterschiede bei den Bulimikerinnen, die einen zweiwöchigen „Brechentzug“ machen und solchen mit einem längeren Aufenthalt).

*a) Skalenunterschiede bezüglich Anzahl der Aufenthalte bei Eintritt*

Um die vier Untergruppen bei Eintritt miteinander zu vergleichen, wurden H-Tests nach Kruskal und Wallis durchgeführt (vgl. Tabelle 119). Dabei zeigten sich einige signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz bei den vier untersuchten Untergruppen: Es gibt Unterschiede, die auf eine Zunahme in der zentralen Tendenz von den Anorektikerinnen mit einem Aufenthalt über die Anorektikerinnen mit mehreren Aufenthalten über die Bulimikerinnen mit einem Aufenthalt zu den

Bulimikerinnen mit mehreren Aufenthalten zurückzuführen sind, das heisst auf tiefere Werte bei den Anorektikerinnen und höheren Werte bei den Bulimikerinnen. Dies gilt für folgende Skalen: BMI ($\chi^2$ = 16.059, df = 3, p = .001***), Essen als Mittel gegen emotionale Belastung ($\chi^2$ = 20.600, df = 3, p < .001***) und Essgeschwindigkeit ($\chi^2$ = 9.234, df = 3, p = .026*). Die Unterschiede in den Skalen Bulimie ($\chi^2$ = 22.114, df = 3, p < .001***) und Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ($\chi^2$ = 8.974, df = 3, p = .030*) können nicht einem eindeutigen Verlaufsmuster zugeschrieben werden.

Um die signifikanten Unterschiede genauer zu beschreiben, wurden anschliessend Einzelvergleiche mit dem U-Test nach Mann und Whitney durchgeführt (vgl. Tabelle 119). Dabei zeigte sich, dass es zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen mit einem oder mehreren Aufenthalten keine Unterschiede gibt. Die meisten signifikanten Unterschiede sind auf Unterschiede zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zurückzuführen (bei einem Aufenthalt: BMI bei Eintritt (U = 34.000, p < .001***), Bulimisches Verhalten (U = 29.000, p < .001***), Essen als Mittel gegen emotionale Belastung (U = 21.500, p < .001***) und Essgeschwindigkeit (U = 70.500, p = .021*)) (bei mehreren Aufenthalten: Bulimisches Verhalten (U = 2.000, p = .006**) und Zufriedenheit mit Familienbeziehungen (U = 4.500, p = .018*).

**Tabelle 119: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Anzahl Aufenthalte) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätz-ung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 13 | 2.8915 | 3 | 4.753 | .191 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 18 | 3.7222 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.7813 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 3.8636 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 13 | 1.9890 | 3 | 2.565 | .464 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.4361 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 1.8929 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.0649 | | | | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 4.01648 | 3 | .383 | .944 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 17 | 4.29563 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 4.2500 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 4.34679 | | | | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 3.0000 | 3 | .072 | .995 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.9079 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.0000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.9545 | | | | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.1667 | 3 | .570 | .903 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.3333 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.2500 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.2727 | | | | | | |
| **Selbstwirksam-keit bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.8214 | 3 | 3.272 | .351 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.8158 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 34 | 2.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.4545 | | | | | | |
| **BMI bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 16.8314 | 3 | 16.059*** | .001 | (1) und (2): 34.00 | -3.608*** | .000 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 19.6868 | | | | (1) und (3): 20.00 | -.850 | .442 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 18.9750 | | | | (1) und (4): 18.00 | -3.232*** | .001 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 20.5273 | | | | (2) und (3): 23.00 | -1.217 | .250[a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 88.50 | -.689 | .497 [a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 14.50 | -.980 | .343 [a] |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 3.5605 | 3 | .386 | .943 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 3.7897 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.9167 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 3.8991 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

**Fortsetzung der Tabelle 119: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Anzahl Aufenthalte) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bulimie bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.0262 | 3 | 22.114*** | .000 | (1) und (2): 29.00 | -3.795*** | .000 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 4.2037 | | | | (1) und (3): 22.00 | -.657 | .574 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 1.5663 | | | | (1) und (4): 18.00 | -3.243*** | .001 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 4.1630 | | | | (2) und (3): 2.000 | -2.921*** | .001 [a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 104.0 | -.022 | 1.00 [a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 2.000 | -2.613** | .006 [a] |
| **Einstellung zu Sport bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 4.6429 | 3 | 2.049 | .562 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 4.2632 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 4.8333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 4.0000 | | | | | | |
| **Wahrnehmung von Hunger- und Sättigung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 13 | 2.2308 | 3 | .624 | .891 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.3421 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.5000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.1818 | | | | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 3.9365 | 3 | .123 | .988 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 4.1849 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.9896 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 4.2020 | | | | | | |
| **Essen als Mittel gegen emotionale Belastung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 1.5619 | 3 | 20.600*** | .000 | (1) und (2): 21.50 | -4.071*** | .000 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 3.7649 | | | | (1) und (3): 23.00 | -.537 | .645 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 1.5833 | | | | (1) und (4): 19.50 | -2.972** | .002 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 10 | 4.0000 | | | | (2) und (3): 7.000 | -2.522** | .009 [a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 84.00 | -.506 | .636 [a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 6.500 | -1.916 | .054 [a] |
| **Essgeschwindig-keit bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.0893 | 3 | 9.234 | .026* | (1) und (2): 70.50 | -2.283* | .021 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 3.0614 | | | | (1) und (3): 23.50 | -.483 | .645 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.2500 | | | | (1) und (4): 30.00 | -2.587** | .009 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 3.4773 | | | | (2) und (3): 23.50 | -1.179 | .250 [a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 81.50 | -.993 | .328 [a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 10.50 | -1.510 | .138 [a] |
| **Fehlschlag und Kritikangst bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 3.0179 | 3 | 1.057 | .787 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.8158 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.9583 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.8636 | | | | | | |
| **Fordern können bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 12 | 2.2963 | 3 | 3.451 | .327 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.5278 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.4074 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 9 | 2.4321 | | | | | | |
| **Kontaktangst bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.6224 | 3 | 3.038 | .386 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.4098 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.2143 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.6104 | | | | | | |
| **Konfliktvermeid-ung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.8839 | 3 | 3.011 | .390 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.6400 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.0938 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.6477 | | | | | | |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.0000 | 3 | 1.469 | .690 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 1.8632 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 1.4667 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 1.9273 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit Familien-beziehungen bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 7.5952 | 3 | 8.974* | .030 | (1) und (2): 89.50 | -1.590 | .114 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 6.2105 | | | | (1) und (3): 19.00 | -.965 | .382 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 8.6667 | | | | (1) und (4): 37.00 | -2.199* | .029 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 5.0909 | | | | (2) und (3): 14.50 | -1.914 | .054 [a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 78.00 | -1.143 | .268 [a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 4.500 | -2.297* | .018 [a] |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehungen bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 6.1429 | 3 | 3.099 | .377 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 18 | 6.3889 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 8.3750 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 10 | 7.4500 | | | | | | |
| **Gruppenzuge-hörigkeitsgefühle bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.7500 | 3 | 2.645 | .450 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.3860 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.3417 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.4394 | | | | | | |
| **Zwanghaftigkeit bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 13 | 2.3077 | 3 | .985 | .805 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.0526 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.0000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.2045 | | | | | | |
| **Depressivität bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.7492 | 3 | 3.340 | .342 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 18 | 2.9386 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.4174 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.8147 | | | | | | |
| **Suizidalität bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 2.6429 | 3 | 2.194 | .533 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.8246 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.0833 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 2.6667 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

**Fortsetzung der Tabelle 119: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Anzahl Aufenthalte) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Bedürfnis nach Kontrolle bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 13 | 3.0256 | 3 | .690 | .876 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 2.9088 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.1183 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 3.0273 | | | | | | |
| **Kontrollwahr-nehmung bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 13 | 6.1667 | 3 | 1.732 | .630 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 6.0789 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 7.-4167 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 10 | 6.1667 | | | | | | |
| **Negatives psychisches Befinden bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 13 | 4.2494 | 3 | 2.304 | .512 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 15 | 4.3051 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 2 | 3.4167 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 10 | 4.0583 | | | | | | |
| **Introversion / Extraversion bei Eintritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 3.0500 | 3 | 3.474 | .324 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 13 | 3.3077 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 2 | 3.5000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 4.1250 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

*b) Skalenunterschiede bezüglich Anzahl der Aufenthalte bei Austritt*

Nachdem sich bei Eintritt einige signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz gezeigt haben, interessiert natürlich, ob diese Unterschiede auch noch bei Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen zu beobachten sind. Zu diesem Zweck wurden H-Tests nach Kruskal und Wallis zum Zeitpunkt des Austritts durchgeführt, bei welchen sich folgende signifikanten Unterschieden ergaben(vgl. Tabelle 120): Bulimie ($\chi^2 = 8.716$, df = 3, p = .033*) und Negative Körperliche Selbsteinschätzung ($\chi^2 = 8.902$, df = 3, p = .031*). Diese Unterschiede sind auf signifikant tiefere Werte bei den Anorektikerinnen zurückzuführen. Das bedeutet, dass die Anzahl der Aufenthalte eigentlich keinen Einfluss auf die Werte hatte. Um die signifikanten Unterschiede genauer zu beschreiben, wurden noch U-Tests nach Mann und Whitney durchgeführt (vgl. Tabelle 120). Dabei zeigte sich folgendes Bild: Nur bezüglich der Negativen Körperlichen Selbsteinschätzung kann man von einem Unterschied zwischen den Anzahl Aufenthalte sprechen. Aber auch hier spielt der Unterschied zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen wieder hinein. Beim Vergleich zwischen den Bulimikerinnen mit mehreren Aufenthalten und den Bulimikerinnen mit einem Aufenthalt (respektive den Anorektikerinnen mit einem Aufenthalt; U = 2.500, p = .008**) zeigten sich signifikante Unterschiede bezüglich der Negativen Körperlichen Selbsteinschätzung (U = 10.500, p = .049*).

**Tabelle 120: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Anzahl Aufenthalte) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätz-ung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.8000 | 3 | 8.902* | .031 | (1) und (2): 42.00 | -1.840 | .071 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 15 | 3.4250 | | | | (1) und (3): 10.00 | -.858 | .469 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 3.2083 | | | | (1) und (4): 2.500 | -2.489** | .008 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.9688 | | | | (2) und (3): 18.00 | -.537 | .654 [a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 10.50 | -1.962* | .049 [a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 1.000 | -1.7688 | .114 [a] |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.8262 | 3 | 4.606 | .203 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.5967 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.7143 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.0000 | | | | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 8 | 2.9519 | 3 | 1.609 | .657 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 12 | 3.3926 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.6667 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 3.5385 | | | | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.0750 | 3 | 1.078 | .782 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.2344 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.3125 | | | | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.6667 | 3 | 2.413 | .491 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.7083 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 3.2222 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 41 | 2.3333 | | | | | | |
| **Selbstwirksam-keit bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 3.0500 | 3 | .924 | .820 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.8750 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 3.1667 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 2.7000 | | | | | | |
| **BMI bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 17.7857 | 3 | 6.127 | .106 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 19.4684 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 19.2750 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 20.0273 | | | | | | |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.7024 | 3 | .812 | .846 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 3.1687 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.8175 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 3.0000 | | | | | | |
| **Bulimie bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 1.3633 | 3 | 8.716* | .033 | (1) und (2): 27.50 | -2.785** | .004 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.2413 | | | | (1) und (3): 13.50 | -.267 | .811 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 1.4762 | | | | (1) und (4): 11.50 | -1.685 | .099 [a] |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 2.0939 | | | | (2) und (3): 11.00 | -1.456 | .171 [a] |
| | | | | | | | (2) und (4): 32.50 | -.620 | .548 [a] |
| | | | | | | | (3) und (4): 6.000 | -.447 | .786 [a] |
| **Einstellung zu Sport bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 14 | 3.2619 | 3 | 3.725 | .293 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 19 | 3.0526 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.4167 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 11 | 1.8485 | | | | | | |
| **Wahrnehmung von Hunger- und Sättigung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 3.0500 | 3 | .531 | .912 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 3.0000 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 3.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.0000 | | | | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.4778 | 3 | 3.123 | .373 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 15 | 3.0639 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.6667 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 3.1556 | | | | | | |
| **Essen als Mittel gegen emotionale Belastung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 1.4500 | 3 | 6.362 | .095 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 15 | 2.6600 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 1.8889 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 2.5333 | | | | | | |
| **Essgeschwindig-keit bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.8000 | 3 | 1.858 | .602 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 3.0937 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 3.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 3.6167 | | | | | | |
| **Fehlschlag und Kritikangst bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.3000 | 3 | .181 | .981 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.3125 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.5833 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 2.4000 | | | | | | |
| **Fordern können bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 9 | 2.6790 | 3 | .900 | .825 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 11 | 2.7374 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.8519 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.5556 | | | | | | |
| **Kontaktangst bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.2286 | 3 | .921 | .820 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.1964 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 1.9524 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 2.4286 | | | | | | |
| **Konfliktvermeid-ung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.3000 | 3 | .665 | .881 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 15 | 2.2000 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.3333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 2.2250 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

**Fortsetzung der Tabelle 120: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Anzahl Aufenthalte) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 1.6000 | 3 | .059 | .996 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 1.5375 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 1.5333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 1.4800 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit Familien-beziehungen bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 7.7000 | 3 | 4.666 | .198 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 6.3333 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 8.1111 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 6.2000 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehungen bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 6.3500 | 3 | 3.651 | .302 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 7.3125 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 8.8333 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 7.0000 | | | | | | |
| **Gruppenzuge-hörigkeitsgefühle bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.3467 | 3 | 1.717 | .633 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.0875 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.1111 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 5 | 2.3533 | | | | | | |
| **Zwanghaftigkeit bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 1.5750 | 3 | 4.430 | .219 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 1.9063 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 1.5000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.5000 | | | | | | |
| **Depressivität bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 1.9526 | 3 | 5.591 | .133 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.3600 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.1228 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 1.8947 | | | | | | |
| **Suizidalität bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 1.9000 | 3 | 2.192 | .534 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.0417 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 1.2222 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.1667 | | | | | | |
| **Bedürfnis nach Kontrolle bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 2.3027 | 3 | .700 | .873 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 2.5458 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 2.4111 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 2.3333 | | | | | | |
| **Kontrollwahr-nehmung bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 6.7333 | 3 | 2.225 | .527 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 16 | 6.2708 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 3 | 7.6667 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 6.0833 | | | | | | |
| **Negatives psychisches Befinden bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 9 | 3.1296 | 3 | 7.604 | .055 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 12 | 3.6408 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 2 | 2.7500 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 3.0208 | | | | | | |
| **Introversion / Extraversion bei Austritt** | (1) Anorektikerinnen mit 1 Aufenthalt | 10 | 3.0500 | 3 | 3.474 | .324 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit 1 Aufentahlt | 13 | 3.3077 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 2 | 3.5000 | | | | | | |
| | (4) Bulimikerinnen mit > 1 Aufenthalten | 4 | 4.1250 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

Zusammenfassend kann an dieser Stelle festgehalten werden, dass es zwischen den Klientinnen, die einen Aufenthalt machten und den Klientinnen, die mehrmals hospitalisiert waren, einige signifikante Unterschiede gibt. Die Mehrzahl dieser Unterschiede kann jedoch auf generell tiefere Werte bei den Anorektikerinnen zurückgeführt werden. Es sind Unterschiede, die sich vor allem auf die essstörungsspezifische Symptomatik beziehen und die Bereiche des Körperkonzeptes. Diese Unterschiede verändern sich im Laufe der weiteren Erhebungszeitpunkte, werden generell gesehen eher kleiner und erreichen nicht mehr ein signifikantes Messniveau.

### 3.3.2.3 Verlaufsunterschiede bei Bulimikerinnen, die einen zweiwöchigen „Brechentzug“ machen und solchen mit einem längeren Aufenthalt

Wie schon im vorangehenden Unterkapitel angesprochen, ist der Vergleich zwischen Klientinnen, die einen zweiwöchigen Brechentzug machen und solchen, die sich für einen längeren Aufenthalt entschliessen, von Interesse. Man kann in diesem Zusammenhang zwischen drei Untergruppen

unterscheiden: 1) Bulimikerinnen mit Brechentzug (n = 11, 22.9 %), 2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt (n = 19, 39.6 %) und 3) Anorektikerinnen (immer mit längerem Aufenthalt) (n = 18, 37.5 %). Diese drei Untergruppen wurden mit Hilfe des H-Tests nach Kruskal und Wallis zu den verschiedenen Erhebungszeitpunkten miteinander verglichen.

*a) Skalenunterschiede bezüglich Art des Aufenthaltes bei Eintritt*

Wenn man die drei Untergruppen bei Eintritt miteinander vergleich, zeigt sich folgendes Bild (vgl. Tabelle 121): Es gibt einige signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz, die sich auf vier verschiedene Muster zurückführen lassen. Drei signifikante Unterschiede lassen sich auf tiefe Werte bei den Anorektikerinnen, höhere Werte bei den Bulimikerinnen mit Brechentzug und die höchsten Werte bei den Bulimikerinnen mit einem längeren Aufenthalt zurückführen: BMI ($\chi^2$ = 17.487, df = 2, p < .001***), Bulimisches Verhalten ($\chi^2$ = 23.680, df = 2, p < .001***) und Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen ($\chi^2$ = 24.014, df = 2, p < .001***). Ein signifikanter Unterschied begründet sich dadurch, dass die Anorektikerinnen die tiefsten Werte haben, gefolgt von den Bulimikerinnen mit einem längeren Aufenthalt und den Bulimikerinnen mit einem Brechentzug: Essgeschwindigkeit ($\chi^2$ = 8.372, df = 2, p = .015*). Zwei signifikante Skalenunterschiede sind dadurch erklärbar, dass die Bulimikerinnen mit Brechentzug die tiefsten Werte aufweisen, gefolgt von Bulimikerinnen mit einem längeren Aufenthalt und den Anorektikerinnen: Konfliktvermeidung ($\chi^2$ = 7.339, df = 2, p = .025*) und Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ($\chi^2$ = 9.449, df = 2, p = .009**).

Wenn man die signifikanten Unterschiede paarweise mit dem U-Test nach Mann und Whitney vergleicht, kann man genauere Erkenntnisse gewinnen, wie sich die Unterschiede begründen lassen (vgl. Tabelle 121). Die beiden Skalen BMI und Essen als Mittel gegen emotionale Belastung zeigen in allen drei paarweisen Vergleichen signifikante Unterschiede. Das bedeutet, dass es bezüglich diesen beiden Skalen Unterschiede zwischen denjenigen, die einen Brechentzug machen und den Bulimikerinnen und Anorektikerinnen mit einem langen Aufenthalt gibt. Die Skala Konfliktvermeidung unterscheidet sich nur bei den Bulimikerinnen mit Brechentzug und den Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt (U = 53.000, p =.026*) und den Anorektikerinnen signifikant (U = 42.500, p = .009**). Die zwei Skalen Bulimisches Verhalten und Essgeschwindigkeit sprechen für Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen und den Anorektikerinnen allgemein. Zusammenfassend betrachtet gibt es also einige signifikante Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen mit einem Brechentzug und solchen mit einem längeren Aufenthalt (BMI: U = 50.000, p =.018*, Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen: U = 52.000, p = .035* und Konfliktvermeidung: U = 53.000, p = .026*). Dabei haben die Bulimikerinnen mit Brechentzug einen tieferen BMI, tiefere Werte auf der Skala Essen als Mittel

gegen emotionale Belastungen und auf der Skala Konfliktvermeidung. Es gibt aber auch vielfältige signifikante Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen (mit Brechentzug oder längerem Aufenthalt) und den Anorektikerinnen.

**Tabelle 121: Vergleich zwischen den drei Untergruppen (in Bezug auf die Art des Aufenthaltes) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbstein-schätzung bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 3.5000 | 2 | 5.618 | .060 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 3.9444 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 3.1008 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.6234 | 2 | 4.486 | .106 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.1128 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 1.9664 | | | | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 10 | 3.90769 | 2 | 2.127 | .345 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 4.55392 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 4.06838 | | | | | | |
| **Negative Selbstbeurtei-lung bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.6364 | 2 | 4.242 | .120 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 3.0921 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 3.0000 | | | | | | |
| **Positive Selbstbeurtei-lung bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.3636 | 2 | .627 | .731 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.2807 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 2.1852 | | | | | | |
| **Selbstwirk-samkeit bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.7273 | 2 | .250 | .883 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.6579 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 2.7353 | | | | | | |
| **BMI bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 18.7773 | 2 | 14.487*** | .000 | (1) und (2): 50.00 | -2.347* | .018 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 20.7000 | | | | (1) und (3): 39.00 | -2.698** | .006 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 17.3078 | | | | (2) und (2): 50.50 | -3.663*** | .000 [a] |
| **Zügelung des Essens bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 3.5208 | 2 | 1.839 | .399 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 4.0088 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 3.6396 | | | | | | |
| **Bulimie bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 3.8135 | 2 | 23.680*** | .000 | (1) und (2): 60.50 | -1.894 | .057 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 4.4060 | | | | (1) und (3): 25.00 | -3.350*** | .000 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 1.9240 | | | | (2) und (3): 26.00 | -4.421*** | .000 [a] |
| **Einstellung zu Sport bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 4.1515 | 2 | 1.731 | .421 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 4.1754 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 4.6852 | | | | | | |
| **Wahrnehmung von Hunger- und Sättigung bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.8182 | 2 | 5.962 | .051 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 1.9737 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 2.2941 | | | | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 3.8043 | 2 | 2.836 | .242 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 4.4152 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 3.9483 | | | | | | |
| **Essen als Mittel gegen emotionale Belastung bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 3.0788 | 2 | 24.014*** | .000 | (1) und (2): 52.00 | -2.119* | .035 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 4.3148 | | | | (1) und (3): 40.50 | -2.643** | .007 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 1.5667 | | | | (2) und (3): 14.00 | -4.695*** | .000 [a] |
| **Essgeschwind-igkeit bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 3.1288 | 2 | 8.372* | .015 | (1) und (2): 103.0 | -.065 | .966 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 3.2632 | | | | (1) und (3): 45.00 | -2.438* | .014 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 2.1250 | | | | (2) und (3): 89.50 | -2.484* | .012 [a] |
| **Fehlschlag und Kritikangst bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.6439 | 2 | 2.230 | .328 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.9430 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 3.0046 | | | | | | |
| **Fordern können bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 8 | 2.5833 | 2 | 2.540 | .281 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 2.4510 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 15 | 2.3185 | | | | | | |
| **Kontaktangst bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.3052 | 2 | .860 | .651 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.5865 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 2.5317 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

**Fortsetzung der Tabelle 121: Vergleich zwischen den drei Untergruppen (in Bezug auf die Art des Aufenthaltes) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Konfliktver-meidung bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.3133 | 2 | 7.339* | .025 | (1) und (2): 53.00 | -2.223* | .026 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.8336 | | | | (1) und (3): 42.50 | -2.552** | .009 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 2.9306 | | | | (2) und (3): 153.5 | -.536 | .599 [a] |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 1.8000 | 2 | .903 | .637 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 1.9368 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 1.9059 | | | | | | |
| **Zufriedenheit mit Familien-beziehungen bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 4.8485 | 2 | 9.449** | .009 | (1) und (2): 76.50 | -1.596 | .112 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 6.3509 | | | | (1) und (3): 33.50 | -2.953** | .002 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 7.8333 | | | | (2) und (3): 112.0 | -1.802 | .075 [a] |
| **Zufriedenheit mit Peerbezieh-ungen bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 9 | 6.6111 | 2 | .096 | .953 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 6.8421 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 6.6389 | | | | | | |
| **Gruppenzuge-hörigkeitsge-fühle bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.0909 | 2 | 5.641 | .060 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.5877 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 2.6593 | | | | | | |
| **Zwanghaftig-keit bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.1136 | 2 | .210 | .900 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.1053 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 2.2353 | | | | | | |
| **Depressivität bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.8291 | 2 | 2.503 | .286 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 2.9298 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 2.6754 | | | | | | |
| **Suizidalität bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.6970 | 2 | .975 | .614 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.8070 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 2.5185 | | | | | | |
| **Bedürfnis nach Kontrolle bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.7964 | 2 | 1.792 | .408 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 3.0425 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 3.0475 | | | | | | |
| **Kontrollwahr-nehmung bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 5.1364 | 2 | 5.174 | .075 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 6.7037 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 17 | 6.4608 | | | | | | |
| **Negatives psychisches Befinden bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 9 | 4.1852 | 2 | .370 | .831 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 16 | 4.2183 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 15 | 4.1384 | | | | | | |
| **Introversion / Extraversion bei Eintritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 5 | 3.6000 | 2 | 1.094 | .579 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 12 | 3.4583 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 12 | 3.1250 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

*b) Skalenunterschiede bezüglich Art des Aufenthaltes bei Austritt*

Neben den Unterschieden in der zentralen Tendenz bei Eintritt interessieren auch eventuelle signifikante Unterschiede bezüglich der Art des Aufenthaltes bei Austritt. Auch hier gibt es einige signifikante Unterschiede (vgl. Tabelle 122): BMI ($\chi^2$ = 10.767, df = 2, p = .005**), Bulimisches Verhalten ($\chi^2$ = 8.239, df = 2, p = .016*), Negative körperliche Selbsteinschätzung ($\chi^2$ = 6.875, df = 2, p = .032*), Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen ($\chi^2$ = 7.568, df = 2, p = .023*), Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ($\chi^2$ = 6.591, df = 2, p = .037*), Kontrollwahrnehmung ($\chi^2$ = 6.796, df = 2, p = .033*) und Negatives Psychisches Befinden / Stimmung ($\chi^2$ = 6.140, df = 2, p = .046*).

Die signifikanten Unterschiede wurden mit U-Tests weiter untersucht (vgl. Tabelle 122). Es gibt nur zwei Skalen, die auf signifikante Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen mit Brechentzug und solchen mit einem längeren Aufenthalt hinweisen: BMI bei Austritt (U = 49.000, p = .016*) und Kontrollwahrnehmung (U = 15.000, p = .014*). Dabei haben die Bulimikerinnen, die einen

Brechentzug machen signifikant tiefere BMI-Werte und eine signifikant geringere Kontrollwahrnehmung. Man kann davon ausgehen, dass es also vor allem Klientinnen sind, die den Eindruck haben, dass sie keine Kontrolle haben und deshalb wahrscheinlich auch nicht davon ausgehen, dass sie selbst etwas an ihrer Essstörung verändern können. Alle anderen signifikanten Unterschiede sind auf Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen und den Anorektikerinnen zurückzuführen. Zusammenfassend kann man sagen, dass es auch bei Austritt noch signifikante Unterschiede zwischen den drei Untergruppen in Bezug auf die Art des Aufenthaltes gibt. Diese Unterschiede sind aber nur teilweise durch signifikante Unterschiede in der zentralen Tendenz zwischen den Bulimikerinnen mit Brechentzug und Bulimikerinnen mit einem längeren Aufenthalt bedingt (BMI bei Austritt und Kontrollwahrnehmung). Die Art des Aufenthaltes scheint also nicht einen grossen Einfluss auf den Verlauf der Therapie zu haben.

**Tabelle 122: Vergleich zwischen den drei Untergruppen (in Bezug auf die Art des Aufenthaltes) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Negative körperliche Selbsteinschätzung bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 6 | 3.3542 | 2 | 6.875* | .032 | (1) und (2): 26.50 | -1.103 | .282 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 3.6250 | | | | (1) und (3): 31.00 | -.706 | .521 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.8942 | | | | (2) und (3): 32.50 | -2.679** | .006 [a] |
| **Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 7 | 2.8129 | 2 | 3.945 | .139 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.2967 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.8004 | | | | | | |
| **Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 5 | 3.90769 | 2 | 1.268 | .530 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 12 | 3.4503 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 11 | 2.8741 | | | | | | |
| **Negative Selbstbeurteilung bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 7 | 2.1429 | 2 | .556 | .757 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.3077 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.1346 | | | | | | |
| **Positive Selbstbeurteilung bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 7 | 2.5238 | 2 | .776 | .678 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.6923 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.7949 | | | | | | |
| **Selbstwirksamkeit bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 7 | 2.9286 | 2 | .415 | .813 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 14 | 2.7857 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 3.0769 | | | | | | |
| **BMI bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 18.5818 | 2 | 10.767** | .005 | (1) und (2): 49.00 | -2.390* | .016 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 20.3053 | | | | (1) und (3): 92.00 | -.315 | .774 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 18.1167 | | | | (2) und (3): 71.50 | -3.025** | .002 [a] |
| **Zügelung des Essens (Diätverhalten) bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 7 | 3.4272 | 2 | 1.337 | .512 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 14 | 2.9793 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.7289 | | | | | | |
| **Bulimie bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 7 | 2.3503 | 2 | 8.239* | .016 | (1) und (2): 48.00 | -.075 | .971 [a] |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 14 | 2.1341 | | | | (1) und (3): 23.00 | -1.822 | .081 [a] |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 1.3893 | | | | (2) und (3): 33.00 | -2.831** | .004 [a] |
| **Einstellung zu Sport bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 11 | 2.3636 | 2 | 1.264 | .531 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 19 | 2.7544 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 18 | 3.2963 | | | | | | |
| **Wahrnehmung von Hunger- und Sättigung bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 7 | 3.0714 | 2 | .282 | .868 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.9615 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 3.1154 | | | | | | |
| **Negative Wahrnehmung des Essens bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug | 6 | 2.9815 | 2 | 2.845 | .241 | | | |
| | (2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt | 14 | 3.1319 | | | | | | |
| | (3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 13 | 2.5214 | | | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

**Fortsetzung der Tabelle 122: Vergleich zwischen den drei Untergruppen (in Bezug auf die Art des Aufenthaltes) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche)**

| Skala | Stichprobe | N | Mittel-wert | df | Chi-Quadrat | Signifi-kanz | Mann-Whitney U | Prüf-grösse Z | Signifi-kanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| **Essen als Mittel gegen emotionale Belastung bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 6<br>14<br>13 | 2.1500<br>2.8333<br>1.5513 | 2 | 7.568* | .023 | (1) und (2): 29.50<br>(1) und (3): 35.00<br>(2) und (3): 31.00 | -1.034<br>-.354<br>-2.922** | .312 [a]<br>.765 [a]<br>.003 [a] |
| **Essgeschwin-digkeit bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>14<br>13 | 3.1786<br>3.2381<br>2.9231 | 2 | 1.005 | .605 | | | |
| **Fehlschlag und Kritikangst bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>14<br>13 | 2.5000<br>2.2500<br>2.3654 | 2 | 1.451 | .484 | | | |
| **Fordern können bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 3<br>11<br>12 | 2.7778<br>2.6768<br>2.7222 | 2 | .099 | .952 | | | |
| **Kontaktangst bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>14<br>13 | 2.2449<br>2.2551<br>2.1648 | 2 | .258 | .879 | | | |
| **Konfliktver-meidung bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 6<br>14<br>13 | 2.2292<br>2.1964<br>2.3077 | 2 | .630 | .730 | | | |
| **Gefühle der Einsamkeit und Isolation bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>14<br>13 | 1.4000<br>1.5857<br>1.5846 | 2 | .295 | .863 | | | |
| **Zufriedenheit mit Familien-beziehungen bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>14<br>13 | 5.1905<br>6.8571<br>7.7949 | 2 | 6.591* | .037 | (1) und (2): 28.50<br>(1) und (3): 14.50<br>(2) und (3): 63.00 | -1.533<br>-2.466*<br>-1.362 | .128 [a]<br>.011 [a]<br>.185 [a] |
| **Zufriedenheit mit Peerbeziehun-gen bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>14<br>13 | 6.6429<br>7.5357<br>6.9231 | 2 | 1.703 | .427 | | | |
| **Gruppenzuge-hörigkeitsge-fühle bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>14<br>13 | 1.9619<br>2.2452<br>2.2923 | 2 | 3.441 | .179 | | | |
| **Zwanghaftig-keit bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>13<br>13 | 1.8929<br>2.0962<br>1.5577 | 2 | 2.934 | .231 | | | |
| **Depressivität bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>13<br>13 | 2.4319<br>2.1781<br>1.9919 | 2 | 3.759 | .153 | | | |
| **Suizidalität bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>13<br>13 | 2.0000<br>2.1026<br>1.7436 | 2 | 1.082 | .582 | | | |
| **Bedürfnis nach Kontrolle bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>13<br>13 | 2.7362<br>2.3779<br>2.3277 | 2 | 1.252 | .535 | | | |
| **Kontrollwahr-nehmung bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 7<br>13<br>13 | 5.1667<br>6.8077<br>6.9487 | 2 | 6.796* | .033 | (1) und (2): 15.00<br>(1) und (3): 17.00<br>(2) und (3): 82.00 | -2.427*<br>-2.263*<br>-.129 | .014 [a]<br>.024 [a]<br>.920 [a] |
| **Negatives psychisches Befinden bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 4<br>12<br>11 | 3.8542<br>3.3630<br>3.0606 | 2 | 6.140* | .046 | (1) und (2): 10.00<br>(1) und (3): 5.500<br>(2) und (3): 42.50 | -1.708<br>-2.160*<br>-1.448 | .103 [a]<br>.026 [a]<br>.151 [a] |
| **Introversion / Extraversion bei Austritt** | (1) Bulimikerinnen mit Brechentzug<br>(2) Bulimikerinnen mit längerem Aufenthalt<br>(3) Anorektikerinnen mit längerem Aufenthalt | 5<br>12<br>12 | 3.6000<br>3.4583<br>3.1250 | 2 | 1.094 | .579 | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

[a] exakte Signifikanz (einseitig) bei weniger als 30 Fällen

Zusammenfassend kann man sagen, dass die Art des Aufenthaltes (Brechentzug oder längerer Aufenthalt) scheinbar nur einen geringen Einfluss auf den Verlauf der Essstörung hat. Es gibt zwar signifikante Unterschiede, aber diese werden vor allem durch Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen erklärt. Die Klientinnen, scheinen bereits schon von einem kürzeren und intensiveren therapeutischen Angebot profitieren zu können (Kaplan & Olmsted, 1997).

### 3.3.3 Analyse der vollständigen Verläufe der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe bis zwei Jahre nach Austritt

An dieser Stelle interessiert die Fragestellung, wie die Verläufe derjenigen Klientinnen aussehen, die einen vollständigen Datensatz haben, das heisst, welche zu allen sechs Erhebungszeitpunkten die Fragebogen ausgefüllt haben (n = 9, 18.75 %). Dabei sind es etwa gleich viele Anorektikerinnen wie Bulimikerinnen (Anorektikerinnen: n = 4 (44.4 %) und Bulimikerinnen: n = 5 (55.5 %) ).

Nach Bortz und Lienert (2003) können solche Fragen mit der Rangvarianzanalyse von Friedman berechnet werden, wenn man kleine klinische Stichproben hat und man nicht von einer Normalverteilung ausgehen kann. Der Friedman-Test ist das verteilungsfreie Pendant zur einfaktoriellen parametrischen Varianzanalyse mit Messwiederholung und die Ausweitung des Wilcoxon-Testes auf mehr als zwei abhängige Stichproben (Bühl & Zöfel, 2002). Führt der Friedman-Test zu einem signifikanten Resultat, müssen wie bei einem signifikanten H-Test Einzelvergleiche durchgeführt werden, die eine detailliertere Ergebnisinterpretation ermöglichen (Wilcoxon-Test für abhängige Stichproben).

Die nachfolgenden Berechnungen mit dem Friedman-Test werden getrennt für Anorektikerinnen und Bulimikerinnen durchgeführt. Dies kann dazu führen, dass es bei gewissen Skalen nicht mehr genügend Fälle hat, um die Berechnungen zu machen. Trotzdem wurde diese Aufteilung beibehalten, weil man nicht davon ausgehen kann, dass es bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen überhaupt keine signifikanten Unterschiede gibt. Zur Verständlichkeit wird jeweils hinter den Namen der Skala die Nummer _1 bis _6 angehängt. Diese Zahlen stehen für die sechs Erhebungszeitpunkte (Eintritt (_1), nach sechs Wochen Aufenthalt (_2), bei Austritt (_3), ½ Jahr nach Austritt (_4), 1 Jahr nach Austritt (_5) und 2 Jahre nach Austritt (_6) ).

*a) Anorektische und bulimische Symptomatik*

Der erste Bereich des Evaluationsfragebogens der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen erfasst Symptome, die mit der Essstörung in Zusammenhang stehen und häufig auch als mögliche Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung diskutiert werden. Diese Skalen werden zusammenfassend als anorektische und bulimische Symptomatik bezeichnet und im Folgenden dargestellt.

- *Negative körperliche Selbsteinschätzung*

Im Vergleich zu der Normstichprobe zeigt sich bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen eine unterschiedliche Verlaufskurve (vgl. Abbildung 10). Bei Eintritt ($\chi^2$ = 10.479, df = 2, p = .005**),

nach sechs Wochen ($\chi^2$ = 7.462, df = 2, p = .024*) und nach zwei Jahren ($\chi^2$ = 6.363, df = 2, p = .042*) ist der Unterschied zwischen den drei Stichproben signifikant. Bei Eintritt ist der Unterschied zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen signifikant (U = 1.000, p = .032*) und nach sechs Wochen Aufenthalt ist der Unterschied nur noch zwischen Bulimikerinnen und der Normstichprobe signifikant (U = 226, p= .007**). Die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen schätzen ihren Körper zwei Jahre nach Austritt eher als zu dick ein.

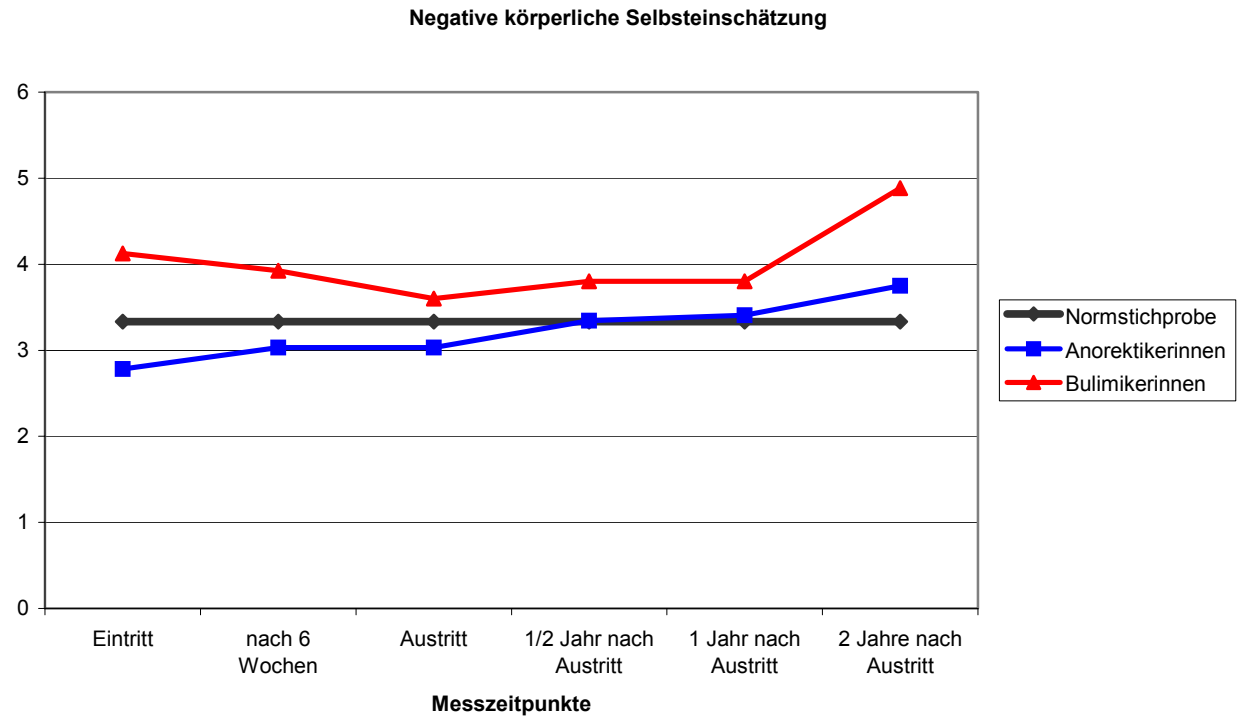


**Abbildung 10: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Negative körperliche Selbsteinschätzung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe**

Bei den *Anorektikerinnen*, die sich im Vergleich zur Normstichprobe zu Beginn eher zu dünn einschätzen, kommt es ½ Jahr nach Austritt zu einer Angleichung an die Normstichprobe. Im Vergleich zu den Bulimikerinnen schätzen sie sich (realistischerweise) immer eher als dünner ein. Im Friedman-Test zeigt sich kein signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 123). Das heisst, dass sich die Mittelwerte zu den sechs Erhebungszeitpunkten nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich der Trend, dass sie sich im Vergleich zu der Normstichprobe immer als zu dick einschätzen. Während ihres stationären Aufenthaltes kommt es zu einer leichten Abnahme ihrer negativen körperlichen Selbsteinschätzung, diese nimmt dann aber nach Austritt wieder zu und erreicht zwei Jahre nach Austritt sogar einen höheren Wert als bei Eintritt. Im Friedman-Test zeigt sich jedoch, dass es im Verlauf keine signifikanten Unterschiede gibt (vgl. Tabelle 123).

**Tabelle 123: Friedman-Test für negative körperliche Selbsteinschätzung**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Negative körperliche Selbsteinschätzung_1 | 2.7813 | 1.05759 | 2.8750 | 1.75 | 4 | 7.190 | 5 | .207 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_2 | 3.0313 | 1.15188 | 3.1250 | 3.25 | | | | |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_3 | 3.0313 | 1.08193 | 3.1250 | 3.00 | | | | |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_4 | 3.3438 | .71716 | 3.5000 | 4.13 | | | | |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_5 | 3.4063 | .47186 | 3.5626 | 3.88 | | | | |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_6 | 3.7513 | .22914 | 3.7525 | 5.00 | | | | |
| Bulimikerinnen | Negative körperliche Selbsteinschätzung_1 | 4.1250 | .36443 | 4.2500 | 4.50 | 5 | 3.524 | 5 | .620 |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_2 | 3.9250 | .36012 | 3.8750 | 3.40 | | | | |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_3 | 3.6000 | .51841 | 3.6250 | 2.40 | | | | |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_4 | 3.8000 | .73208 | 3.5000 | 3.70 | | | | |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_5 | 3.8000 | .68807 | 4.1250 | 3.30 | | | | |
| | Negative körperliche Selbsteinschätzung_6 | 4.8857 | 2.66121 | 4.1250 | 3.70 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass die Anorektikerinnen sich im Vergleich zu der Normstichprobe (realistisch) eher als zu dünn einschätzen. Dies muss jedoch im Verhältnis zu ihrem effektiven Gewicht gesehen werden, denn sie schätzen sich meist als „gerade richtig“ ein, was mit ihrem Gewicht überhaupt nicht in Einklang zu bringen ist. Im Verlauf der sechs Erhebungszeitpunkte kommt es zu einer leichten Erhöhung ihrer Negativen körperlichen Selbsteinschätzung, was mit ihrer effektiven Gewichtszunahme zusammenhängen könnte (welche sie subjektiv meist als zu hoch einschätzen und sich in der Folge dann auch als zu dick wahrnehmen). Die Bulimikerinnen hingegen haben im Vergleich zu der Normstichprobe immer eine höhere Negative körperliche Selbsteinschätzung. Sie können während ihres stationären Aufenthaltes die Überzeugung, dass sie zu dick sind, ein bisschen reduzieren, diese nimmt aber während der katamnestischen Zeit wieder zu. Man könnte die Hypothese formulieren, dass die Bulimikerinnen ihren Körper zwei Jahre nach Austritt so negativ einschätzen, weil sie vielleicht effektiv auch etwas zugenommen haben (da sie nicht mehr ein so ausgeprägtes bulimisches Verhalten zeigen).

- *Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung*

Bezüglich der Skala Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zeigen sich bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ähnliche Verläufe (vgl. Abbildung 11). Erst ein Jahr nach Austritt kommt es zu einer Angleichung an den Mittelwert der Normstichprobe. Bei Eintritt ($\chi^2$ = 8.181, df = 2, p = .017*) und nach sechs Wochen Aufenthalt ($\chi^2$ = 8.146, df = 2, p = .017*) gibt es signifikante Unterschiede zwischen den drei Stichproben. Diese beiden signifikanten Unterschiede sind auf die Mittelwertsunterschiede zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe zurückzuführen.

Bei den *Anorektikerinnen*, welche im Vergleich zu der Normstichprobe (und den Bulimikerinnen) bei Eintritt und nach sechs Wochen Aufenthalt eine sehr geringe Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zeigen, steigt die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Austritt an und nähert sich der Normstichprobe an. Die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bleibt dann

im katamnestischen Verlauf ziemlich stabil. Im Friedman-Test zeigt sich, dass es signifikante Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten gibt ($\chi^2$ = 11.579, df = 5, p = .041*) (vgl. Tabelle 124). Aufgrund der eher knappen Signifikanz zeigten sich im Wilcoxon-Test (vgl. Tabelle 125) keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Es gibt einige knapp nicht signifikante Vergleiche und man kann deshalb sagen, dass es vor allem die Unterschiede zwischen Eintritt und nach sechs Wochen Aufenthalt, zwischen dem zweiten Erhebungszeitpunkt und Austritt und zwischen ½ Jahr nach Austritt und einem Jahr nach Austritt sind, welche die Signifikanz erklären können.

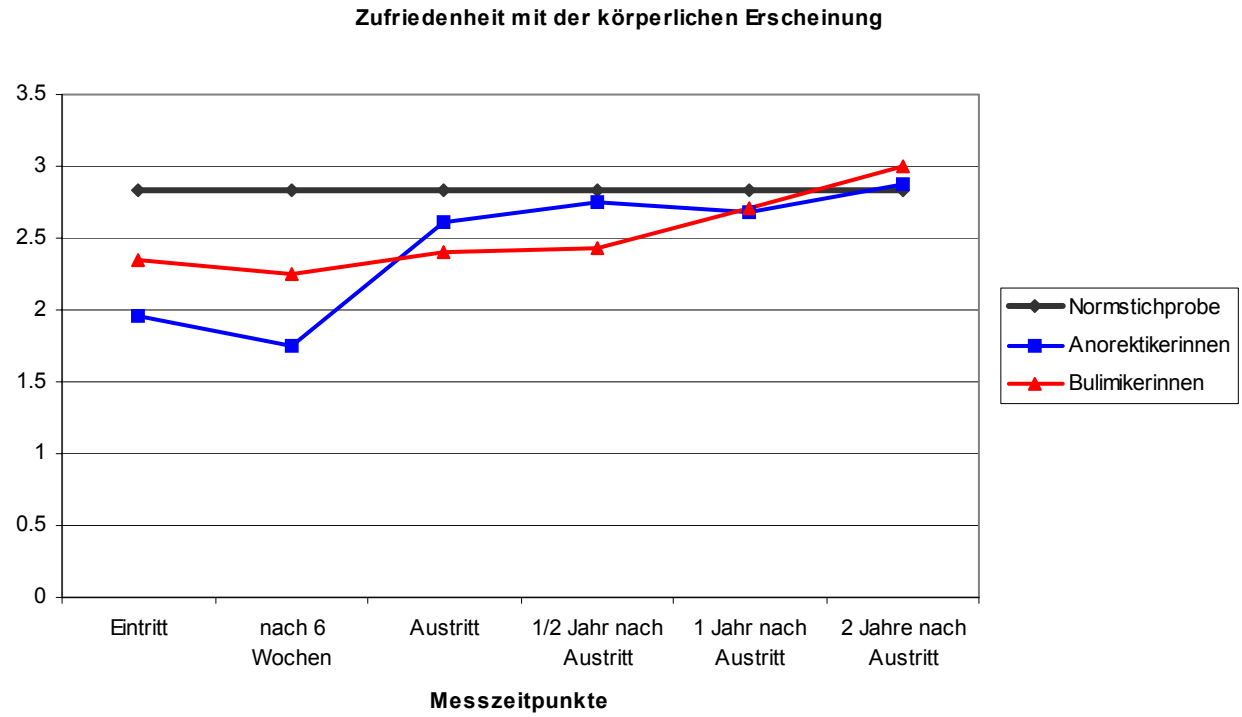


**Abbildung 11: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe**

Bei den *Bulimikerinnen* zeigen sich im Friedman-Test keine statisch bedeutsamen Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 124). Bei ihnen kommt es im Verlauf zu einer stetigen Zunahme ihrer Zufriedenheit mit ihrer körperlichen Erscheinung.

**Tabelle 124: Friedman-Test für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Anorektikerinnen**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektik-erinnen | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _1 | 1.9643 | .79433 | 1.6429 | 2.50 | 4 | 11.579* | 5 | .014 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _2 | 1.7500 | .85217 | 1.4286 | 1.13 | | | | |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _3 | 2.6071 | .64286 | 2.7143 | 4.13 | | | | |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _4 | 2.7500 | .35714 | 2.7857 | 4.25 | | | | |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _5 | 2.6786 | .44224 | 2.5714 | 4.63 | | | | |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _6 | 2.8789 | .29410 | 2.6436 | 4.38 | | | | |
| Bulimiker-innen | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _1 | 2.3429 | .62760 | 2.2857 | 2.50 | 5 | 9.671 | 5 | .085 |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _2 | 2.2486 | .64681 | 2.1429 | 3.10 | | | | |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _3 | 2.4000 | .73817 | 2.2857 | 3.90 | | | | |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _4 | 2.4286 | .93678 | 2.2857 | 2.30 | | | | |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _5 | 2.7143 | .76931 | 2.2857 | 3.80 | | | | |
| | Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung _6 | 3.0000 | .69253 | 2.7143 | 5.40 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 125: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei den Anorektikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_1 | 4 | 1.9643 | .79433 | 1.6429 | -1.857 | .063 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_2 | 4 | 1.7500 | .85217 | 1.4286 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_1 | 4 | 1.9643 | .79433 | 1.6429 | -1.604 | .109 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_3 | 4 | 2.6071 | .64286 | 2.7143 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_1 | 4 | 1.9643 | .79433 | 1.6429 | -1.604 | .109 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_4 | 4 | 2.7500 | .35714 | 2.7857 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_1 | 4 | 1.9643 | .79433 | 1.6429 | -1.841 | .066 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_5 | 4 | 2.6786 | .44224 | 2.5714 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_1 | 4 | 1.9643 | .79433 | 1.6429 | -1.461 | .144 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_6 | 4 | 2.6789 | .29410 | 2.6436 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_2 | 4 | 1.7500 | .85217 | 1.4286 | -1.826 | .068 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_3 | 4 | 2.6071 | .64286 | 2.7143 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_2 | 4 | 1.7500 | .85217 | 1.4286 | -1.826 | .068 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_4 | 4 | 2.7500 | .35714 | 2.7857 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_2 | 4 | 1.7500 | .85217 | 1.4286 | -1.890 | .059 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_5 | 4 | 2.6786 | .44224 | 2.5714 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_2 | 4 | 1.7500 | .85217 | 1.4286 | -1.633 | .102 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_6 | 4 | 2.6789 | .29410 | 2.6436 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_3 | 4 | 2.6071 | .64286 | 2.7143 | -.447 | .655 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_4 | 4 | 2.7500 | .35714 | 2.7857 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_3 | 4 | 2.6071 | .64286 | 2.7143 | -.552 | .581 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_5 | 4 | 2.6786 | .44224 | 2.5714 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_3 | 4 | 2.6071 | .64286 | 2.7143 | -.365 | .715 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_6 | 4 | 2.6789 | .29410 | 2.6436 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_4 | 4 | 2.7500 | .35714 | 2.7857 | .000 | 1.000 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_5 | 4 | 2.6786 | .44224 | 2.5714 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_4 | 4 | 2.7500 | .35714 | 2.7857 | .000 | 1.000 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_6 | 4 | 2.6789 | .29410 | 2.6436 | | |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_5 | 4 | 2.6786 | .44224 | 2.5714 | -.365 | .715 |
| Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung_6 | 4 | 2.6789 | .29410 | 2.6436 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bezüglich der Skala Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung beobachtet werden, dass es sowohl bei den Anorektikerinnen wie auch bei den Bulimikerinnen zu einer Angleichung an die Normstichprobe kommt. Bei den Bulimikerinnen verbessert sich diese Zufriedenheit eher nach Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche. Bei den Anorektikerinnen hingegen zeigt sich schon während des stationären Aufenthaltes eine grosse Verbesserung in ihrer Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung.

- *Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht*

In der grafischen Darstellung der Mittelwerte (vgl. Abbildung 12) der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ist bei Eintritt in die Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen zwischen den Werten der Normstichprobe und den Werten der beiden klinischen Stichprobe ein grosser Unterschied erkennbar (der Unterschied ist mit $\chi^2 = 15.348$, df = 2 und p < .000*** signifikant). Dieser Unterschied zwischen der Normstichprobe und den beiden klinischen Stichproben wird bis zwei Jahre nach Austritt immer kleiner und erreicht ein Jahr nach Austritt noch ein statistisch signifikantes Niveau ($\chi^2 = 6.473$, df = 2, p = .039*), wobei dieser signifikante Unterschied auf den Unterschied zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe zurückzuführen ist.

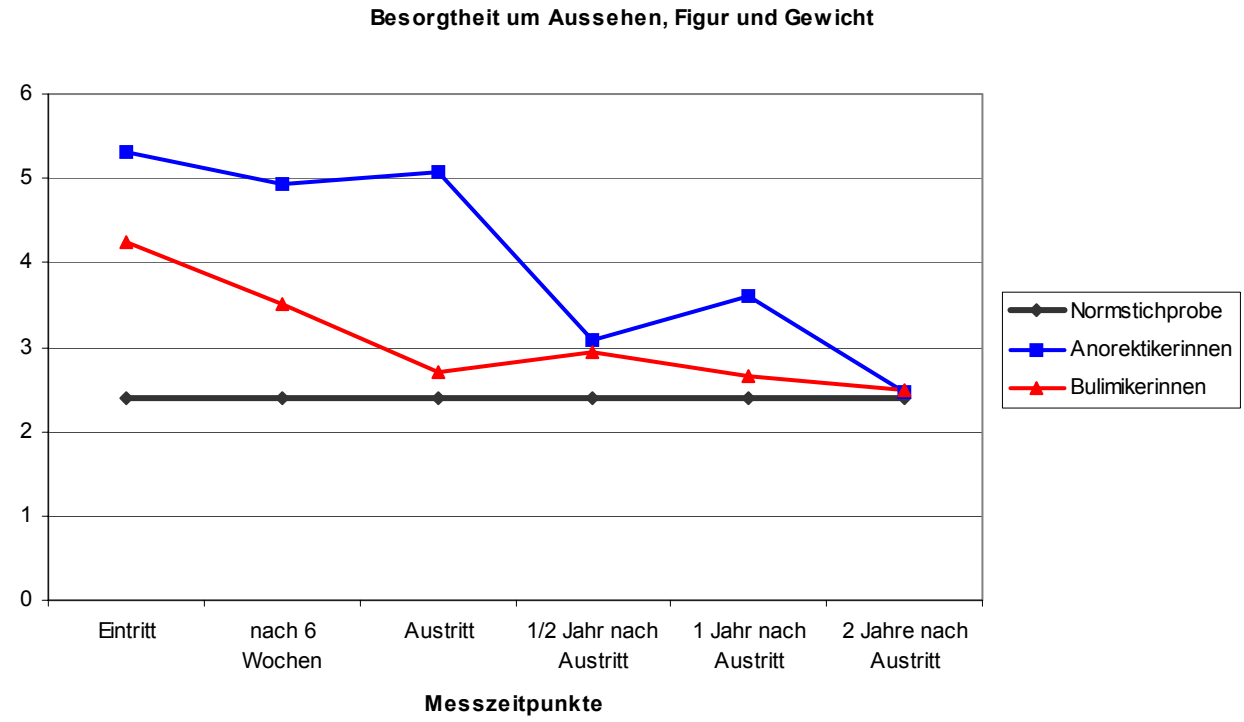


**Abbildung 12: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe**

Wenn man die beiden klinischen Stichproben vergleicht, zeigt sich bei den *Anorektikerinnen* nicht eine kontinuierliche Abnahme der Werte auf der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht. Bei Austritt kommt es im Vergleich zur Erhebung nach sechs Wochen Aufenthalt zu einem kleinen Anstieg. ½ Jahr nach Austritt fallen die Mittelwerte dann massiv ab, steigen aber ein Jahr nach Austritt wieder ein bisschen an, um zwei Jahre nach Austritt wieder abzunehmen und mit den Bulimikerinnen zusammenzufallen. Bei den Anorektikerinnen kann der Friedman-Test leider nicht durchgeführt werden, da nur ein vollständiger Datensatz vorhanden ist.

Bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich ein ähnliches Bild wie bei den Anorektikerinnen. Sie zeigen von Eintritt bis Austritt eine kontinuierliche Abnahme der Mittelwerte der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht. Dann steigen die Mittelwerte ½ Jahr nach Austritt ein bisschen an, um wieder abzufallen und zwei Jahren nach Austritt mit den Werten der Normstichprobe überein zu stimmen. Im Friedman-Test für die Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zeigt sich bei den Bulimikerinnen mit $\chi^2 = 12.557$, df = 5 und p = .028* (vgl. Tabelle 126), dass sich mindestens zwei Messzeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden. Um genauer zu bestimmen, welche Messzeitpunkte für diesen Unterschied verantwortlich sind, wurden der Vorzeichenrangtest von Wilcoxon durchgeführt (vgl. Tabelle 127): Einzig der Unterschied zwischen der Erhebung bei Eintritt und zwei Jahr nach Austritt ist signifikant (z = -2.023, p = .043*).

**Tabelle 126: Friedman-Test für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei den Bulimikerinnen**

| Stichprobe | Skala | Mittel-wert | Standard ab-weichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheits-grade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bulimik-erinnen | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_1 | 4.26923 | .669128 | 4.30769 | 5.75 | 4 | 12.557* | 5 | .028 |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht _2 | 3.5000 | .84848 | 3.5000 | 4.25 | | | | |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht _3 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | 2.50 | | | | |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht _4 | 2.9423 | 1.30146 | 2.5000 | 4.00 | | | | |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht _5 | 2.6587 | 1.49707 | 2.1635 | 2.63 | | | | |
| | Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht _6 | 2.5000 | 1.26319 | 2.1154 | 1.88 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 127: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei den Bulimikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_1 | 5 | 4.50769 | .78746 | 4.84615 | -1.826 | .068 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_2 | 4 | 3.5000 | .84848 | 3.5000 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_1 | 5 | 4.50769 | .78746 | 4.84615 | -1.826 | .068 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_3 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_1 | 5 | 4.50769 | .78746 | 4.84615 | -1.604 | .109 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_4 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_1 | 5 | 4.50769 | .78746 | 4.84615 | -1.604 | .109 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_5 | 4 | 2.6587 | 1.49707 | 2.1635 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_1 | 5 | 4.50769 | .78746 | 4.84615 | -2.023* | .043 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_6 | 5 | 2.6615 | 1.15205 | 2.3846 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_2 | 4 | 3.5000 | .84848 | 3.5000 | -1.604 | .109 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_3 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_2 | 4 | 3.5000 | .84848 | 3.5000 | -.730 | .465 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_4 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_2 | 4 | 3.5000 | .84848 | 3.5000 | -1.461 | .144 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_5 | 4 | 2.6587 | 1.49707 | 2.1635 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_2 | 4 | 3.5000 | .84848 | 3.5000 | -1.604 | .109 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_6 | 5 | 2.6615 | 1.15205 | 2.3846 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_3 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | -1.473 | .141 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_4 | 4 | 2.9423 | 1.30146 | 2.5000 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_3 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | -.365 | .715 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_5 | 4 | 2.6587 | 1.49707 | 2.1635 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_3 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | -1.069 | .285 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_6 | 5 | 2.6615 | 1.15205 | 2.3846 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_4 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | -1.604 | .109 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_5 | 4 | 2.6587 | 1.49707 | 2.1635 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_4 | 4 | 2.7115 | 1.06842 | 2.2308 | -1.841 | .066 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_6 | 5 | 2.6615 | 1.15205 | 2.3846 | | |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_5 | 4 | 2.6587 | 1.49707 | 2.1635 | -1.069 | .285 |
| Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht_6 | 5 | 2.6615 | 1.15205 | 2.3846 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann man bezüglich der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht sagen, dass es im Verlauf bis zwei Jahre nach Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen zu einer Angleichung der Mittelwerte der klinischen Stichprobe an den Mittelwerte der Normstichprobe kommt. Zu Beginn gibt es einen signifikanten Mittelwertsunterschied, der später nicht mehr beobachtet werden kann. Die Anorektikerinnen zeigen vor allem ½ Jahr nach Austritt eine Abnahme in ihrer Besorgtheit und nähern sich dann erstmals den Bulimikerinnen an. Die Bulimikerinnen hingegen zeigen nach einer kontinuierlichen Abnahme während ihres stationären Aufenthaltes, einen leichten Anstieg nach Austritt und dann eine erneute Abnahme ihrer Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht im katamnestischen Erhebungszeitraum.

- *Zügelung des Essens (Diätverhalten)*

Bei der Betrachtung der graphischen Darstellung der Mittelwerte der Skala Zügelung des Essens (vgl. Abbildung 13) fällt auf, dass die klinische Stichprobe im Vergleich zu der Normstichprobe auch zwei Jahr nach Austritt noch viel höhere Werte zeigt ($\chi 2 = 11.073$, df = 2 und p = .004**). Die beiden klinischen Stichproben zeigen zwar eine klare Abnahme ihrer Mittelwerte über den Beobachtungszeitraum von zwei Jahren, aber es kommt trotzdem nicht zu einer Angleichung an die Werte der Normstichprobe. Die Unterschiede zwischen der Normstichprobe und den beiden klinischen Stichproben sind zu allen sechs Erhebungszeitpunkten signifikant. Bis ½ Jahr nach Austritt sind vor allem die Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe signifikant, ein Jahr und zwei Jahre nach Austritt dann die Unterschiede zwischen Anorektikerinnen und der Normstichprobe.

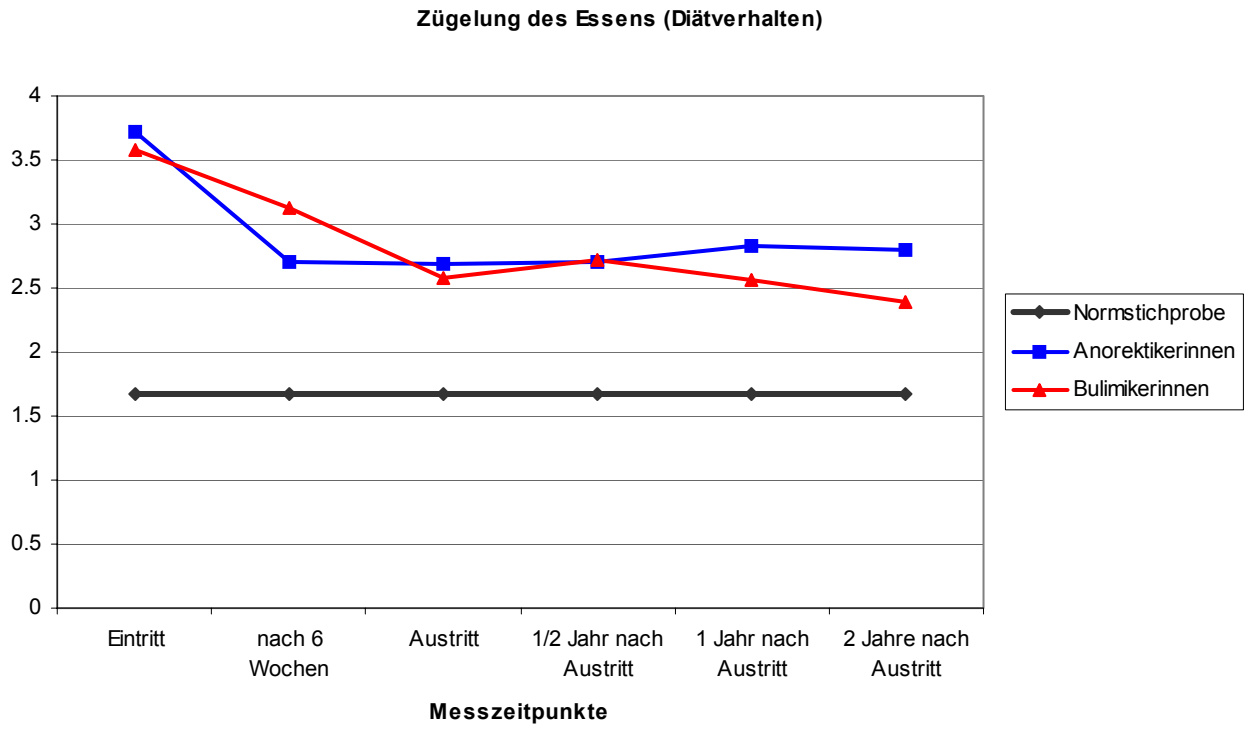


**Abbildung 13: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Zügelung des Essens zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe**

Bei der Betrachtung der *Anorektikerinnen* fällt auf, dass es nach Eintritt schnell zu einer Verbesserung ihres Diätverhaltens kommt, dies dann aber bis ½ Jahr nach Austritt auch ziemlich konstant bleibt. Ein Jahr nach Austritt kommt es wieder zu einem leichten Anstieg ihrer Mittelwerte, welche dann zwei Jahre nach Austritt wieder leicht abfallen. Im Friedman-Test für die Anorektikerinnen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede. Das heisst, dass sich die Messungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten nicht voneinander unterscheiden (vgl. Tabelle 128).

Bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich von Eintritt bis Austritt eine kontinuierliche Abnahme ihrer Mittelwerte auf der Skala Zügelung des Essens. Sechs Wochen nach Austritt haben sie im Vergleich zu den Anorektikerinnen sogar leicht höhere Werte. Dies kann damit erklärt werden, dass viele Bulimikerinnen zu Beginn ihrer stationären Behandlung aus Angst vor Rückfällen oft sehr gezügelt essen (was auch die Vermutung bestätigt, dass sie einen tieferen BMI bei Austritt haben, weil sie so gezügelt essen). ½ Jahr nach Austritt kommt es bei den Bulimikerinnen wieder zu einem leichten Anstieg ihres gezügelten Essverhaltens, sinkt dann aber bis zwei Jahre nach Austritt wieder ab. Im Friedman-Test bei den Bulimikerinnen für die Zügelung des Essverhaltens zeigt sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen mindestens zwei Erhebungszeitpunkten ($\chi^2 = 11.763$, df = 5, p = .038*) (vgl. Tabelle 128). Um die Unterschiede genauer beschreiben zu können, wurde der Vorzeichenrangtest durchgeführt. Dabei zeigte sich Folgendes (vgl. Tabelle 129): Es gibt signifikante Unterschiede zwischen Eintritt und Austritt (z = -2.240, p = .025*), zwischen Eintritt und ½ Jahr nach Austritt (z = -2.403, p = .016*) und zwischen Eintritt und zwei Jahre nach Austritt (z = -2.028, p = .043*). Unsere Beobachtung aus der Grafik bestätigt sich also, dass es zwischen Eintritt und Austritt zu einer signifikanten Abnahme kommt und diese Abnahme dann ½ Jahr nach Austritt einen leichten Rückschlag erleidet.

**Tabelle 128: Friedman-Test für Zügelung des Essens**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Zügelung des Essens_1 | 3.7202 | 1.84114 | 4.5238 | 4.63 | 4 | 1.963 | 5 | .854 |
| | Zügelung des Essens_2 | 2.6976 | 1.30786 | 2.8000 | 3.25 | | | | |
| | Zügelung des Essens_3 | 2.6905 | 1.39930 | 2.7024 | 3.38 | | | | |
| | Zügelung des Essens_4 | 2.7024 | 1.29545 | 2.8690 | 3.00 | | | | |
| | Zügelung des Essens_5 | 2.8333 | .62118 | 2.9643 | 3.50 | | | | |
| | Zügelung des Essens_6 | 2.7983 | .15283 | 2.8586 | 3.25 | | | | |
| Bulimikerinnen | Zügelung des Essens_1 | 3.5857 | .49562 | 3.5714 | 5.50 | 5 | 11.763* | 5 | .038 |
| | Zügelung des Essens_2 | 3.1248 | .77067 | 3.2381 | 4.40 | | | | |
| | Zügelung des Essens_3 | 2.5705 | .78759 | 2.4000 | 2.40 | | | | |
| | Zügelung des Essens_4 | 2.7238 | 1.00982 | 2.3571 | 3.50 | | | | |
| | Zügelung des Essens_5 | 2.5686 | 1.09756 | 2.0714 | 3.10 | | | | |
| | Zügelung des Essens_6 | 2.3952 | 1.02555 | 2.6905 | 2.10 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 129: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Zügelung des Essens bei den Bulimikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Zügelung des Essens_1 | 5 | 3.5857 | .49562 | 3.5714 | -1.507 | .132 |
| Zügelung des Essens_2 | 5 | 3.1248 | .77067 | 3.2381 | | |
| Zügelung des Essens_1 | 5 | 3.5857 | .49562 | 3.5714 | -2.240* | .025 |
| Zügelung des Essens_3 | 5 | 2.5705 | .78759 | 2.4000 | | |
| Zügelung des Essens_1 | 5 | 3.5857 | .49562 | 3.5714 | -2.403* | .016 |
| Zügelung des Essens_4 | 5 | 2.7238 | 1.00982 | 2.3571 | | |
| Zügelung des Essens_1 | 5 | 3.5857 | .49562 | 3.5714 | -.1682 | .093 |
| Zügelung des Essens_5 | 5 | 2.5686 | 1.08756 | 2.0714 | | |
| Zügelung des Essens_1 | 5 | 3.5857 | .49562 | 3.5714 | -2.028* | .043 |
| Zügelung des Essens_6 | 5 | 2.3952 | 1.02555 | 2.6905 | | |
| Zügelung des Essens_2 | 5 | 3.1248 | .77067 | 3.2381 | -1.216 | .224 |
| Zügelung des Essens_3 | 5 | 2.5705 | .78759 | 2.4000 | | |
| Zügelung des Essens_2 | 5 | 3.1248 | .77067 | 3.2381 | -1.572 | .116 |
| Zügelung des Essens_4 | 5 | 2.7238 | 1.00982 | 2.3571 | | |
| Zügelung des Essens_2 | 5 | 3.1248 | .77067 | 3.2381 | -1.014 | .310 |
| Zügelung des Essens_5 | 5 | 2.5686 | 1.08756 | 2.0714 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Fortsetzung der Tabelle 129: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Zügelung des Essens bei den Bulimikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Zügelung des Essens_2 | 5 | 3.1248 | .77067 | 3.2381 | -1.782 | .075 |
| Zügelung des Essens_6 | 5 | 2.3952 | 1.02555 | 2.6905 | | |
| Zügelung des Essens_3 | 5 | 2.5705 | .78759 | 2.4000 | -1.021 | .307 |
| Zügelung des Essens_4 | 5 | 2.7238 | 1.00982 | 2.3571 | | |
| Zügelung des Essens_3 | 5 | 2.5705 | .78759 | 2.4000 | -.255 | .799 |
| Zügelung des Essens_5 | 5 | 2.5686 | 1.08756 | 2.0714 | | |
| Zügelung des Essens_3 | 5 | 2.5705 | .78759 | 2.4000 | -.734 | .463 |
| Zügelung des Essens_6 | 5 | 2.3952 | 1.02555 | 2.6905 | | |
| Zügelung des Essens_4 | 5 | 2.7238 | 1.00982 | 2.3571 | -.845 | .398 |
| Zügelung des Essens_5 | 5 | 2.5686 | 1.08756 | 2.0714 | | |
| Zügelung des Essens_4 | 5 | 2.7238 | 1.00982 | 2.3571 | -.1095 | .273 |
| Zügelung des Essens_6 | 5 | 2.3952 | 1.02555 | 2.6905 | | |
| Zügelung des Essens_5 | 5 | 2.5686 | 1.08756 | 2.0714 | -.338 | .735 |
| Zügelung des Essens_6 | 5 | 2.3952 | 1.02555 | 2.6905 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bezüglich der Skala Zügelung des Essens die Beobachtung hervorgehobgen werden, dass es auch zwei Jahre nach Austritt zwischen der klinischen Stichprobe und der Normstichprobe noch signifikante Mittelwertsunterschiede gibt. Die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zeigen zwar im Verlauf bis zwei Jahre nach Austritt eine kontinuierliche Abnahme ihrer Mittelwerte auf dieser Skala, aber es kommt zu keiner Angleichung an die Normstichprobe. Es liegt die Vermutung nahe, dass viele essgestörte Klientinnen auch noch einige Jahre nach ihrer stationären Behandlung ein rigides und eingeschränktes Essverhalten zeigen. Bei den Anorektikerinnen könnte es ein Residuum ihrer Essstörung sein und bei den Bulimikerinnen könnte es durch ihre Angst vor erneuten Ess-Brech-Rückfällen bedingt sein. Erstaunlich ist die Tatsache, dass es zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen bezüglich der Zügelung des Essens so geringe Mittelwertsunterschiede gibt. Man kann davon ausgehen, dass sowohl die Anorektikerinnen wie auch die Bulimikerinnen ein gezügeltes Essverhalten zeigen, der Unterschied wohl aber darin liegt, dass die Bulimikerinnen in der Folge häufig die Kontrolle verlieren und es zu einem Essanfall kommt, wohingegen die Anorektikerinnen dieses gezügelte Essverhalten aufrecht erhalten können.

- *Bulimisches Verhalten*

Die Skala Bulimisches Verhalten wurde nur bei der klinischen Stichprobe erhoben und sie kann deshalb nicht im Vergleich zu der Normstichprobe betrachtet werden. Im Verlauf der sechs Erhebungszeitpunkte kommt es zu einer Abnahme des bulimischen Verhaltens bei der klinischen Stichprobe (vgl. Abbildung 14). Die Verläufe sind zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen ein bisschen anders. Insgesamt haben die Anorektikerinnen eher geringe Werte, was theoretisch und diagnostisch auch begründbar ist. Nur bei Eintritt ist der Unterschied zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen statistisch signifikant (U = .000, p = .016*).

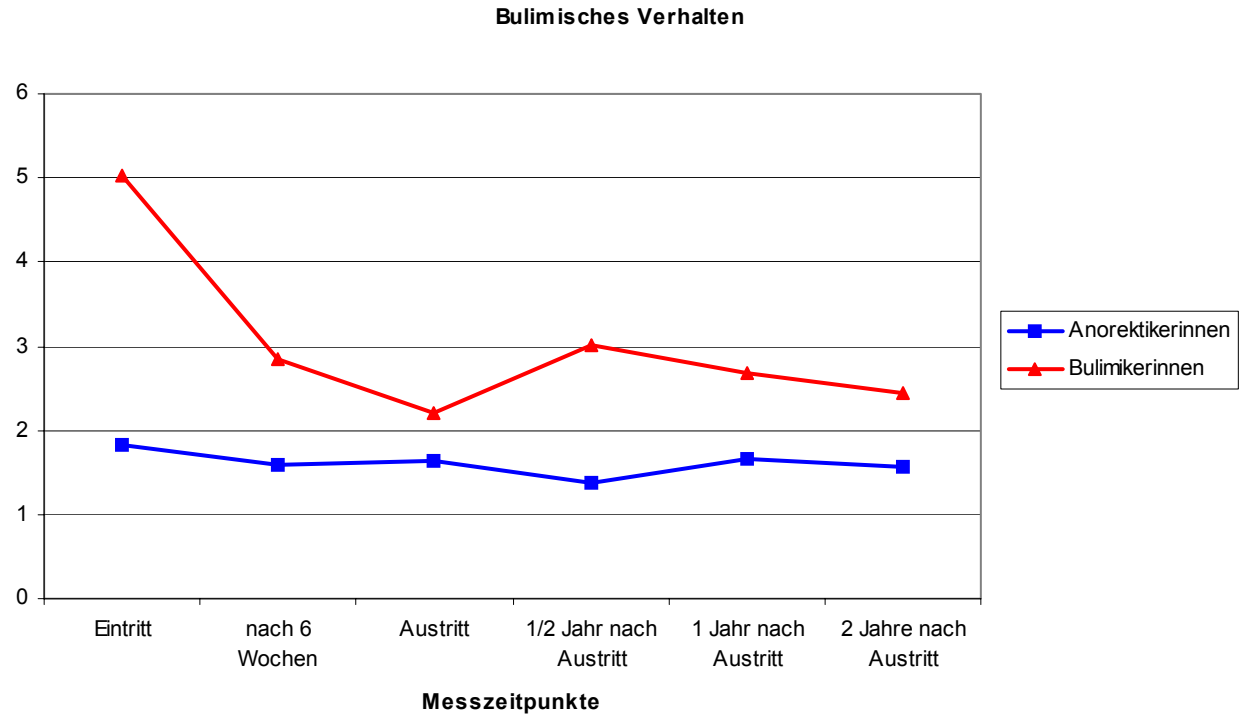


**Abbildung 14: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Bulimisches Verhalten zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Bei den *Anorektikerinnen* ist der Verlauf der Skala Bulimisches Verhalten ziemlich konstant. ½ Jahr nach Austritt kommt es zu einer leichten Abnahme ihres bulimischen Verhaltens. Im Friedman-Test zeigt sich kein signifikanter Unterschied zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 130).

Bei den *Bulimikerinnen* kommt es nach sechs Wochen Aufenthalt zu einer massiven Abnahme in ihrem bulimischen Verhalten und bei Austritt kommt es nochmals zu einer leichten Abnahme. ½ Jahr nach Austritt steigt der Mittelwerte erneut an, um dann wieder bis zwei Jahre nach Austritt leicht abzufallen, bis fast wieder das Austrittsniveau erreicht ist. Im Friedman-Test für das Bulimische Verhalten bei den Bulimikerinnen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 130). Das heisst, dass auch die Abnahme des bulimischen Verhaltens von Eintritt bis sechs Wochen nach Eintritt statistisch nicht signifikant ist.

**Tabelle 130: Friedman-Test für Bulimisches Verhalten**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standard-abweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Bulimisches Verhalten_1 | 1.8367 | 258890 | 2.0816 | 4.25 | 4 | 2.829 | 5 | .726 |
| | Bulimisches Verhalten_2 | 1.5969 | .46876 | 1.7347 | 3.38 | | | | |
| | Bulimisches Verhalten_3 | 1.6276 | .51666 | 1.7245 | 3.13 | | | | |
| | Bulimisches Verhalten_4 | 1.3724 | .31324 | 1.3571 | 2.50 | | | | |
| | Bulimisches Verhalten_5 | 1.6531 | .76976 | 1.3878 | 3.50 | | | | |
| | Bulimisches Verhalten_6 | 1.5600 | .50993 | 1.4490 | 4.25 | | | | |
| Bulimikerinnen | Bulimisches Verhalten_1 | 5.0245 | .64106 | 4.8571 | 5.70 | 5 | 10.294 | 5 | .067 |
| | Bulimisches Verhalten_2 | 2.8449 | 1.02840 | 2.8776 | 3.20 | | | | |
| | Bulimisches Verhalten_3 | 2.2122 | .59124 | 2.1837 | 2.60 | | | | |
| | Bulimisches Verhalten_4 | 3.0041 | 1.22282 | 2.8776 | 3.70 | | | | |
| | Bulimisches Verhalten_5 | 2.6816 | 1.21052 | 2.8776 | 3.40 | | | | |
| | Bulimisches Verhalten_6 | 2.4490 | .94596 | 2.8776 | 2.40 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bezüglich der Skala Bulimisches Verhalten festgehalten werden, dass die Bulimikerinnen insgesamt zu allen sechs Erhebungszeitpunkten höhere Mittelwerte als die Anorektikerinnen haben. Der Unterschied ist jedoch einzig bei Eintritt statistisch signifikant. Die Mittelwerte der Anorektikerinnen bleiben über die sechs Erhebungszeitpunkte ziemlich konstant. Bei den Bulimikerinnen kommt es zu einer deutlichen Abnahme während des stationären Aufenthaltes und dann zu einem erneuten Anstieg ihres bulimischen Verhaltens ½ Jahr nach Austritt. Das heisst, dass die Bulimikerinnen ihr bulimisches Verhalten während des stationären Aufenthaltes reduzieren können, es nach Austritt aber wieder zu vermehrtem bulimischen Verhalten kommt. Auf was dieser Anstieg zurückzuführen ist, kann nur spekuliert werden. Aus Gesprächen mit Klientinnen ist jedoch bekannt, dass sie den Einstieg in das Alltagsleben als schwierig empfinden und dort auch nicht dieselben Strukturen anfinden wie in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen (zum Beispiel feste Mahlzeitenstruktur, abgeschlossene Lebensmittelkästen, ...) und es für sie dann auch schwieriger ist, Ess- und Brechanfälle zu vermeiden.

- *Einstellung zu Sport*

Bei der Skala Einstellung zu Sport zeigen sich keine klaren Tendenzen wie bei den vorangehenden Skalen (vgl. Abbildung 15). Zu Beginn zeigen die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen eine höhere Motivation, Sport zu treiben. Diese sinkt während des stationären Aufenthaltes dann ab und steigt erst zwei Jahre nach Austritt wieder über die Mittelwerte der Normstichprobe an.

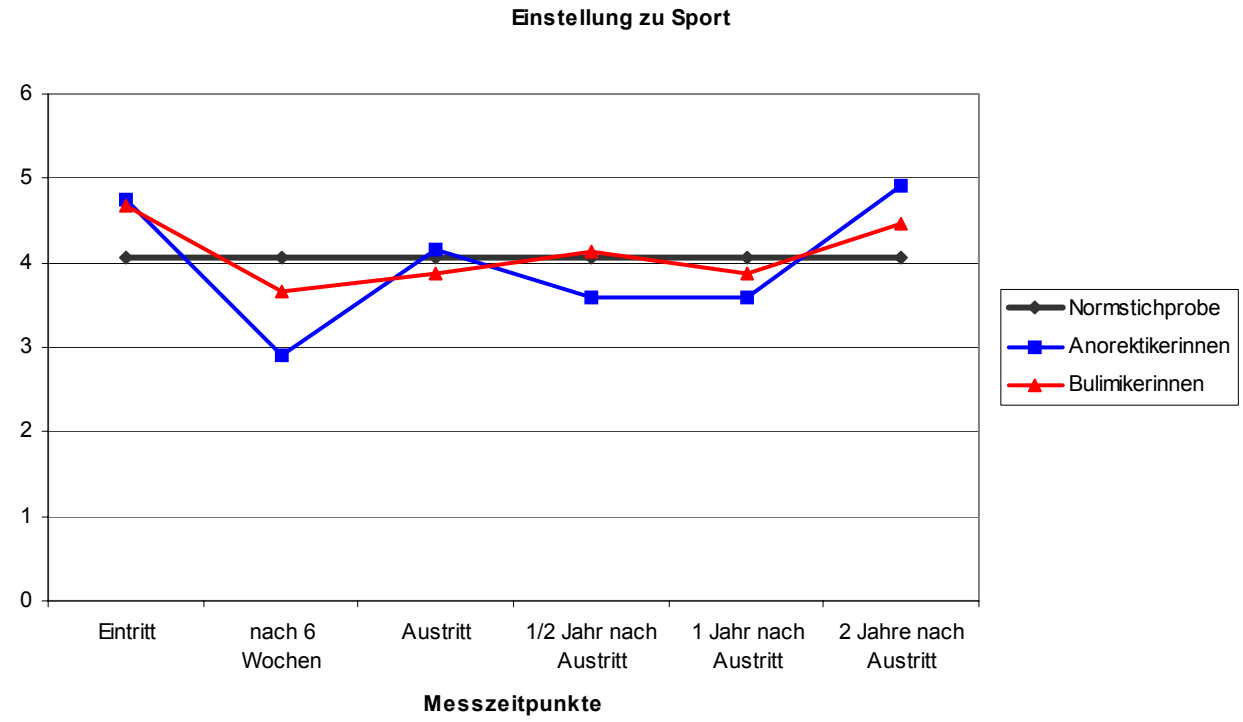


**Abbildung 15: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Einstellung zu Sport zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe**

Bei den *Anorektikerinnen* kommt es zu einer Abnahme der Einstellung zu Sport nach sechs Wochen Aufenthalt. Diese steigt bei Austritt wieder an und sinkt dann erneut, bis sie zwei Jahre nach Austritt nochmals ansteigt. Im Friedman-Test konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten gefunden werden (vgl. Tabelle 131).

Auch bei den *Bulimikerinnen* gibt es im Friedman-Test kein signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 131). Das heisst, dass es zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten keine signifikanten Unterschiede gibt. Bei den Bulimikerinnen kommt es nach Eintritt auch zu einem Abfall in der Einstellung zu Sport. Sie steigt dann wieder kontinuierlich an bis ½ Jahr nach Austritt, um erneut leicht abzufallen und dann wieder zuzunehmen.

**Tabelle 131: Friedman-Test für Einstellung zu Sport**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Einstellung zu Sport_1 | 4.7500 | 2.5000 | 6.0000 | 5.50 | 4 | 8.652 | 5 | .124 |
| | Einstellung zu Sport_2 | 2.9167 | 3.37062 | 2.83333 | 3.00 | | | | |
| | Einstellung zu Sport_3 | 4.1667 | 2.78222 | 5.5000 | 3.25 | | | | |
| | Einstellung zu Sport_4 | 3.5833 | 2.48514 | 4.3333 | 2.38 | | | | |
| | Einstellung zu Sport_5 | 3.5833 | 2.54406 | 4.1667 | 2.88 | | | | |
| | Einstellung zu Sport_6 | 4.9175 | .95830 | 5.1667 | 4.00 | | | | |
| Bulimikerinnen | Einstellung zu Sport_1 | 4.6667 | 1.17581 | 5.0000 | 4.20 | 5 | 3.158 | 5 | .676 |
| | Einstellung zu Sport_2 | 3.6667 | 2.23333 | 3.6667 | 3.00 | | | | |
| | Einstellung zu Sport_3 | 3.8667 | 2.23109 | 4.3333 | 2.90 | | | | |
| | Einstellung zu Sport_4 | 4.1333 | 2.38747 | 5.0000 | 4.20 | | | | |
| | Einstellung zu Sport_5 | 3.8667 | 2.26814 | 4.3333 | 3.20 | | | | |
| | Einstellung zu Sport_6 | 4.4667 | .73030 | 4.6667 | 3.50 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend ist bei der Skala Einstellung zu Sport kein eindeutiger Trend erkennbar. Im Vergleich zu der Normstichprobe kommt es bei der klinischen Stichprobe nach Eintritt zu einem Abfall ihrer Einstellung zu Sport. Dies wird von den Klientinnen oft dadurch erklärt, dass sie in der Psychotherapiestation auch kaum die Möglichkeit hätten, Sport zu machen (was aber nicht wirklich stimmt, da sie das Anrecht hätten, ein Hobby auszuüben). Zwei Jahre nach Austritt zeigen die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen dann eine höhere Motivation, Sport zu treiben. Dies könnte dadurch begründet werden, dass viele von ihnen dann auch merken, dass sie durch sportliche Betätigung auch einen Einfluss auf ihr Gewicht und ihre Stimmung ausüben können.

- *Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl*

Die Skala Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl wurde nur bei der klinischen Stichprobe erhoben. Der Verlauf ist bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen sehr ähnlich (vgl. Abbildung 16). Beide klinischen Stichproben können zu Beginn sehr schlecht ihr Hunger- und Sättigungsgefühl einschätzen. Während ihres stationären Aufenthaltes kommt es dann zu einer besseren Einschätzung dieser physiologischen Zustände, aber ½ Jahr nach Austritt können diese Gefühle wieder schlechter eingeschätzt werden. Die Bulimikerinnen zeigen dann einen leichten Trend, die Gefühle besser einzuschätzen, aber die Anorektikerinnen scheinen zwei Jahre nach Austritt wieder mehr Mühe damit zu haben, diese Gefühle bei sich wahrzunehmen (und auch als Hinweis zu nehmen, dass sie wieder Nahrung zu sich nehmen müssten).

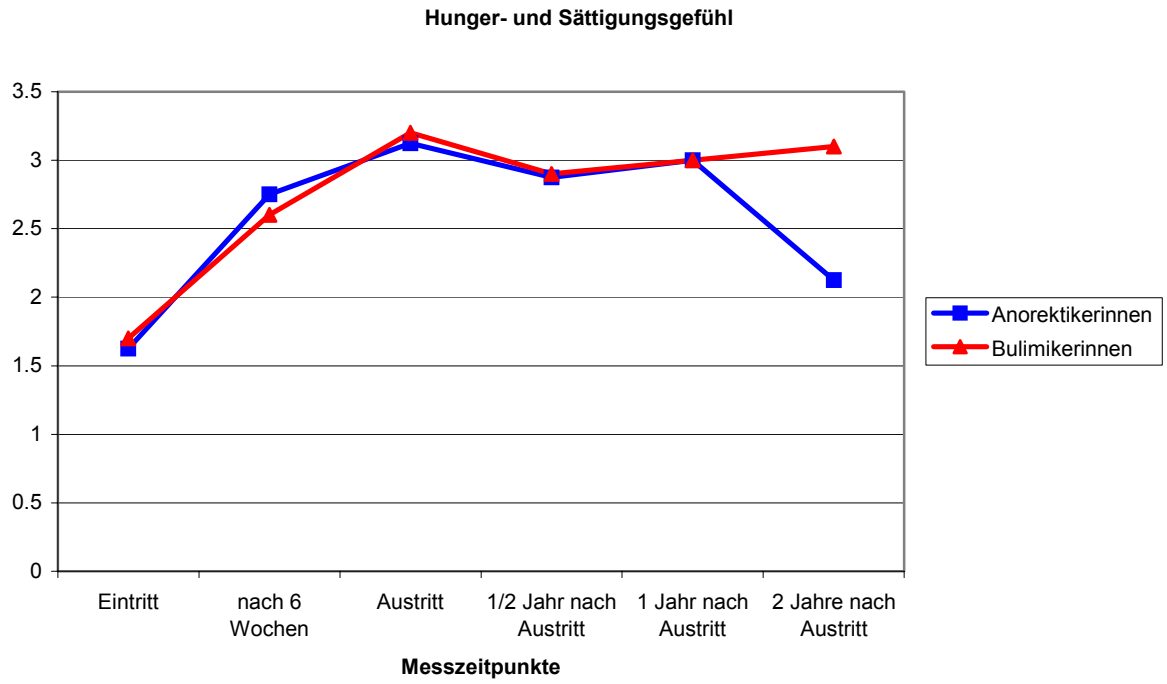


**Abbildung 16: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühlen zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Im Friedman-Test zeigt sich sowohl bei den *Anorektikerinnen* wie auch bei den *Bulimikerinnen* kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 132).

**Tabelle 132: Friedman-Test für Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _1 | 1.6250 | .62915 | 1.5000 | 1.50 | 4 | 10.341 | 5 | .066 |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _2 | 2.7500 | .86603 | 3.0000 | 3.88 | | | | |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _3 | 3.1250 | .2500 | 3.0000 | 4.63 | | | | |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _4 | 2.8750 | .8591 | 2.7500 | 4.25 | | | | |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _5 | 3.000 | 1.15470 | 3.0000 | 4.50 | | | | |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _6 | 2.1250 | .47871 | 2.2500 | 2.25 | | | | |
| Bulimikerinnen | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _1 | 1.7000 | .57009 | 1.5000 | 1.60 | 5 | 8.585 | 5 | .127 |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _2 | 2.6000 | .41833 | 2.5000 | 3.10 | | | | |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _3 | 3.2000 | .83666 | 3.0000 | 4.50 | | | | |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _4 | 2.9000 | 1.19373 | 3.5000 | 3.70 | | | | |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _5 | 3.000 | .79057 | 3.0000 | 3.90 | | | | |
| | Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl _6 | 3.1000 | .82158 | 3.5000 | 4.20 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bezüglich der Skala Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl zeigt sich bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ein sehr ähnliches Bild: Vor allem während des stationären Aufenthaltes kommt es zu einer besseren Einschätzung ihrer Hunger- und Sättigungsgefühle. Dies zeigt sich auch in therapeutischen Gesprächen mit den Klientinnen, die selbst zu Beginn sehr erstaunt sind, dass sie bei einem regelmässigen Essrhythmus auch wieder Hunger- und Sättigungsgefühle wahrnehmen können. Nur bei den Anorektikerinnen kommt es zwei Jahre nach Austritt wieder zu einer Abnahme ihrer Einschätzung von Hunger- und Sättigungsgefühlen. Auch hier zeigt sich der Trend, dass es nach Austritt aus der Psychotherapiestation zu einem leichten Rückgang kommt, das heisst, dass therapeutisch erreichte Fortschritte teilweise wieder verloren gehen.

- *Negative Wahrnehmung des Essens*

Die Skala Negative Wahrnehmung des Essens wurde in allen drei Stichproben erhoben und es zeigen sich zu allen sechs Erhebungszeitpunkten signifikante Mittelwertsunterschiede (bei Eintritt: $\chi^2 = 18.408$, df = 2, p < .001***; nach sechs Wochen Aufenthalt: $\chi^2 = 9.229$, df = 2, p = .010***; bei Austritt: $\chi^2 = 6.064$, df = 2, p = .048*; ½ Jahr nach Austritt: $\chi^2 = 9.142$, df = 2, p = .010**; 1 Jahr nach Austritt: $\chi^2 = 6.070$, df = 2, p = .048* und 2 Jahre nach Austritt: $\chi^2 = 6.583$, p = .037*). Bei Eintritt gibt es sowohl zwischen Anorektikerinnen und der Normstichprobe (U = 188, p = .017*) als auch zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe (U = 48.5, p = .002**) signifikante Unterschiede. Nachher sind die Unterschiede bis ½ Jahr nach Austritt auf die Mittelwertsunterschiede zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe zurückzuführen (nach sechs Wochen Aufenthalt: U = 261, p = .011*; bei Austritt: U = 310.5, p = .022* und ½ Jahr

nach Austritt: U = 236, p = .008**). Ein Jahr (U = 234.5, p = .033*) und zwei Jahre nach Austritt (U = 210, p = .024*) sind es dann noch die signifikanten Mittelwertsunterschiede zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe (vgl. Abbildung 17).

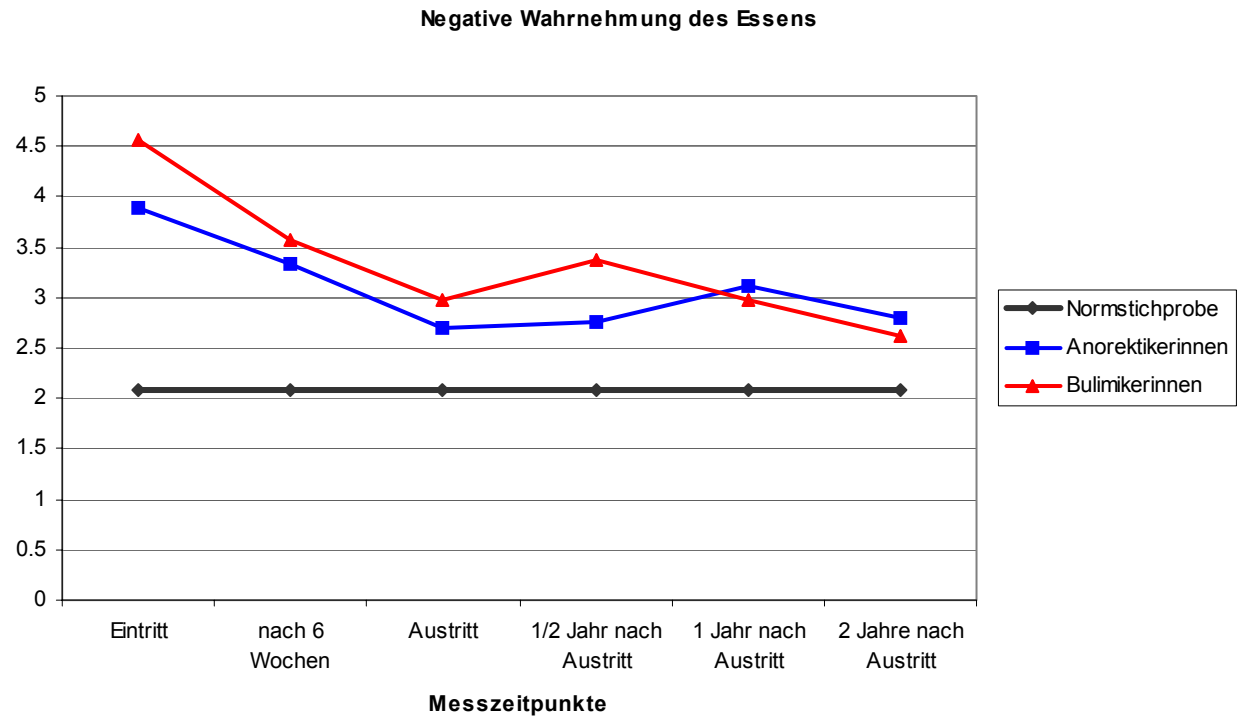


**Abbildung 17: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Negative Wahrnehmung des Essens zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe**

Bei den *Anorektikerinnen* ist während des stationären Aufenthaltes eine Abnahme in ihrer negativen Wahrnehmung des Essens beobachtbar. Ein Jahr nach Austritt kommt es jedoch wieder zu einem erneuten Anstieg. Im Friedman-Test zeigt sich kein signifikantes Ergebnis, das heisst, die sechs Erhebungszeitpunkte unterscheiden sich bei den Anorektikerinnen nicht signifikant voneinander (vgl. Tabelle 133).

Im Friedman-Test bezüglich der Negativen Wahrnehmung des Essens bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich, dass es signifikante Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten gibt (vgl. Tabelle 133). Auch bei den Bulimikerinnen gibt es eine deutliche Abnahme in der negativen Wahrnehmung des Essens während des stationären Aufenthaltes. ½ Jahr nach Austritt kommt es wieder zu einem leichten Anstieg und dann zu einem erneuten Abfall der Mittelwerte. Um das signifikante Ergebnis im Friedman-Test ($\chi^2$ = 13.459, df = 5, p = .019*) genauer erklären zu können, wurden Wilcoxon-Tests durchgeführt (vgl. Tabelle 134). Die Unterschiede sind zwischen Eintritt und Austritt, ½ Jahr nach Austritt und zwei Jahren nach Austritt signifikant, wie auch zwischen ½ Jahr nach Austritt und zwei Jahren nach Austritt.

**Tabelle 133: Friedman-Test für Negative Wahrnehmung des Essens**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Negative Wahrnehmung des Essens _1 | 3.8889 | 1.47684 | 4.1667 | 5.13 | 4 | 5.145 | 5 | .398 |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _2 | 3.3333 | 1.54494 | 3.6667 | 3.50 | | | | |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _3 | 2.6944 | 1.39185 | 2.3333 | 2.38 | | | | |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _4 | 2.7500 | 1.02790 | 2.8333 | 3.13 | | | | |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _5 | 3.1111 | .90267 | 3.4444 | 3.88 | | | | |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _6 | 2.8061 | .37811 | 2.7233 | 3.00 | | | | |
| Bulimikerinnen | Negative Wahrnehmung des Essens _1 | 4.5556 | 1.10275 | 5.2222 | 5.70 | 5 | 13.459* | 5 | .019 |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _2 | 3.5778 | 1.38421 | 3.7778 | 4.00 | | | | |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _3 | 2.9722 | .85210 | 2.6667 | 2.50 | | | | |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _4 | 3.3778 | 1.07036 | 3.2222 | 4.00 | | | | |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _5 | 2.9778 | 1.60708 | 2.3333 | 2.90 | | | | |
| | Negative Wahrnehmung des Essens _6 | 2.6222 | 1.20595 | 2.4444 | 1.90 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 134: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Negative Wahrnehmung des Essens bei den Bulimikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Negative Wahrnehmung des Essens_1 | 5 | 4.5556 | 1.10275 | 5.2222 | -1.625 | .104 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_2 | 5 | 3.5778 | 1.38421 | 3.7778 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_1 | 5 | 4.5556 | 1.10275 | 5.2222 | -2.023* | .043 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_3 | 5 | 2.9722 | .85210 | 2.6667 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_1 | 5 | 4.5556 | 1.10275 | 5.2222 | -2.023* | .043 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_4 | 5 | 3.3778 | 1.07036 | 3.2222 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_1 | 5 | 4.5556 | 1.10275 | 5.2222 | -1.826 | .068 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_5 | 5 | 2.9778 | 1.60708 | 2.3333 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_1 | 5 | 4.5556 | 1.10275 | 5.2222 | -2.023* | .043 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_6 | 5 | 2.6222 | 1.20595 | 2.4444 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_2 | 5 | 3.5778 | 1.38421 | 3.7778 | -1.214 | .225 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_3 | 5 | 2.9722 | .85210 | 2.6667 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_2 | 5 | 3.5778 | 1.38421 | 3.7778 | -.405 | .686 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_4 | 5 | 3.3778 | 1.07036 | 3.2222 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_2 | 5 | 3.5778 | 1.38421 | 3.7778 | -.674 | .500 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_5 | 5 | 2.9778 | 1.60708 | 2.3333 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_2 | 5 | 3.5778 | 1.38421 | 3.7778 | -1.355 | .176 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_6 | 5 | 2.6222 | 1.20595 | 2.4444 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_3 | 5 | 2.9722 | .85210 | 2.6667 | -1.483 | .138 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_4 | 5 | 3.3778 | 1.07036 | 3.2222 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_3 | 5 | 2.9722 | .85210 | 2.6667 | .000 | 1.000 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_5 | 5 | 2.9778 | 1.60708 | 2.3333 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_3 | 5 | 2.9722 | .85210 | 2.6667 | -.962 | .336 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_6 | 5 | 2.6222 | 1.20595 | 2.4444 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_4 | 5 | 3.3778 | 1.07036 | 3.2222 | -1.214 | .225 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_5 | 5 | 2.9778 | 1.60708 | 2.3333 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_4 | 5 | 3.3778 | 1.07036 | 3.2222 | -2.023* | .043 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_6 | 5 | 2.6222 | 1.20595 | 2.4444 | | |
| Negative Wahrnehmung des Essens_5 | 5 | 2.9778 | 1.60708 | 2.3333 | -1.095 | .273 |
| Negative Wahrnehmung des Essens_6 | 5 | 2.6222 | 1.20595 | 2.4444 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bezüglich der Skala Negative Wahrnehmung des Essens kann bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen gleichermassen eine Abnahme beobachtet werden. Auch hier scheint es ½ Jahr nach Austritt zu einer erneuten Verschlechterung zu kommen. Bei den Bulimikerinnen kommt es dann zu einem erneuten Rückgang der Negativen Wahrnehmung des Essens (ein Jahr nach Austritt). Bei den Anorektikerinnen hingegen folgt ein erneuter Abfall erst zwei Jahre nach Austritt. Im Vergleich zu der Normstichprobe sind die Werte der beiden klinischen Stichproben sehr hoch. Auch zwei Jahre nach Austritt scheinen sie das Essen eher negativ wahrzunehmen und es kommt zu keiner signifikanten Angleichung an die Normstichprobe.

- *Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen*

Die Skala Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen wurde nur in der klinischen Stichprobe erhoben und es kann somit kein Vergleich mit der Normstichprobe gemacht werden (vgl. Abbildung 18).

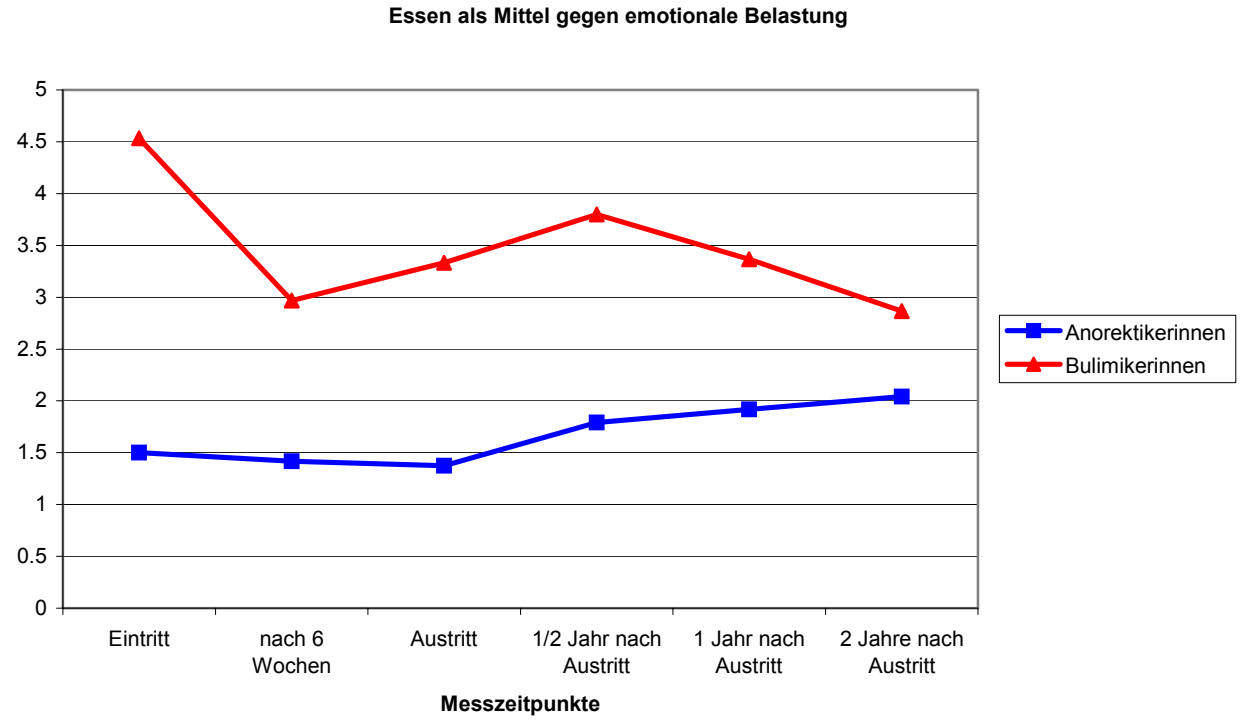


**Abbildung 18: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Die *Anorektikerinnen* zeigen im Vergleich zu den Bulimikerinnen eher tiefe Mittelwerte. Sie scheinen das Essen nicht primär als Mittel gegen emotionale Belastungen zu betrachten. Im Verlauf der sechs Erhebungszeitpunkte kommt es zu einer leichten Zunahme auf dieser Skala. Im Friedman-Test zeigen sich bei den Anorektikerinnen jedoch keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 135).

Bei den *Bulimikerinnen* hingegen kann nach sechs Wochen Aufenthalt eine Abnahme der Überzeugung beobachtet werden, dass das Essen ein Mittel gegen emotionale Belastungen ist. Es kommt bei Austritt und ½ Jahr nach Austritt zu einem erneuten Anstieg und einem erneuten Abfall der Mittelwerte. Die Unterschiede zu den Anorektikerinnen sind bei Eintritt ($U = .000$, $p = .016$*), bei Austritt ($U = .000$, $p = .016$*), ½ Jahr nach Austritt ($U = .500$, $p = .016$*) und 1 Jahr nach Austritt ($U = .000$, $p = .016$*) signifikant. Im Friedman-Test zeigen sich bei den Bulimikerinnen keine signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 135).

**Tabelle 135: Friedman-Test für Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quad-rat | Freiheits-grade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen_1 | 1.5000 | .27217 | 1.5000 | 3.00 | 4 | 6.140 | 5 | .293 |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _2 | 1.4167 | .34694 | 1.4167 | 2.38 | | | | |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _3 | 1.3750 | .43833 | 1.2500 | 2.50 | | | | |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _4 | 1.7917 | .49768 | 1.8333 | 4.00 | | | | |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _5 | 1.9167 | .21517 | 1.9167 | 4.25 | | | | |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _6 | 2.0417 | .49768 | 2.1667 | 4.88 | | | | |
| Bulimikerinnen | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen_1 | 4.53333 | 1.00968 | 4.6667 | 5.20 | 5 | 6.939 | 5 | .225 |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _2 | 2.9667 | 1.17497 | 3.0000 | 2.50 | | | | |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _3 | 3.3333 | .78174 | 3.0000 | 3.10 | | | | |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _4 | 3.8000 | 1.15109 | 3.8333 | 3.90 | | | | |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _5 | 3.3667 | .86120 | 3.1667 | 3.40 | | | | |
| | Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen _6 | 2.8667 | 1.03682 | 2.6667 | 2.90 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

An dieser Stelle sei festgehalten, dass das Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen bei den Bulimikerinnen und den Anorektikerinnen von Beginn an unterschiedlich betrachtet wird. Die Anorektikerinnen zeigen katamnestisch eher die Tendenz, das Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen einzusetzen. Die Bulimikerinnen hingegen zeigen bei Eintritt eine hohe Annahme, dass das Essen ein gutes Mittel gegen emotionale Belastungen ist. Diese Überzeugung nimmt dann ab, steigt bei Austritt und ½ Jahr nach Austritt aber nochmals leicht an.

- *Essgeschwindigkeit*

Bezüglich der Essgeschwindigkeit kann klinisch immer wieder beobachtet werden, dass vor allem Anorektikerinnen sehr langsam essen und ihr Essen richtiggehend sezieren. Bei Bulimikerinnen hingegen lässt sich eher die Tendenz beobachten, dass sie ihr Essen so schnell wie möglich „herunter zu schlingen“. Dies kann auch bei den Mittelwerten der Skala Essgeschwindigkeit beobachtet werden: Die Anorektikerinnen zeigen im Vergleich zu den Bulimikerinnen (die Daten wurden in der Normstichprobe nicht erhoben) tiefere Werte, das heisst, sie essen langsamer (vgl. Abbildung 19). Die Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen sind aber zu keinem Erhebungszeitpunkt signifikant.

Im Verlauf der *Anorektikerinnen*, der mit dem Friedman-Test getestet wurde, zeigt sich keine Signifikanz. Das bedeutet, dass es zwischen den Erhebungszeitpunkten keine signifikanten Unterschiede gibt (vgl. Tabelle 136). Bei den Anorektikerinnen kommt es während der stationären Behandlung zu einer Zunahme in der Essgeschwindigkeit und einer Angleichung an die Bulimikerinnen. ½ Jahr nach Austritt kann dann aber wieder ein langsamerem Esstempo (zu Hause) festgestellt werden.

Bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich im Friedman-Test ebenfalls kein statistisch signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 136). Die Bulimikerinnen zeigen bis Austritt eine Abnahme ihres Esstempos. Katamnestisch steigt das Tempo wieder leicht an und bleibt ziemlich konstant.

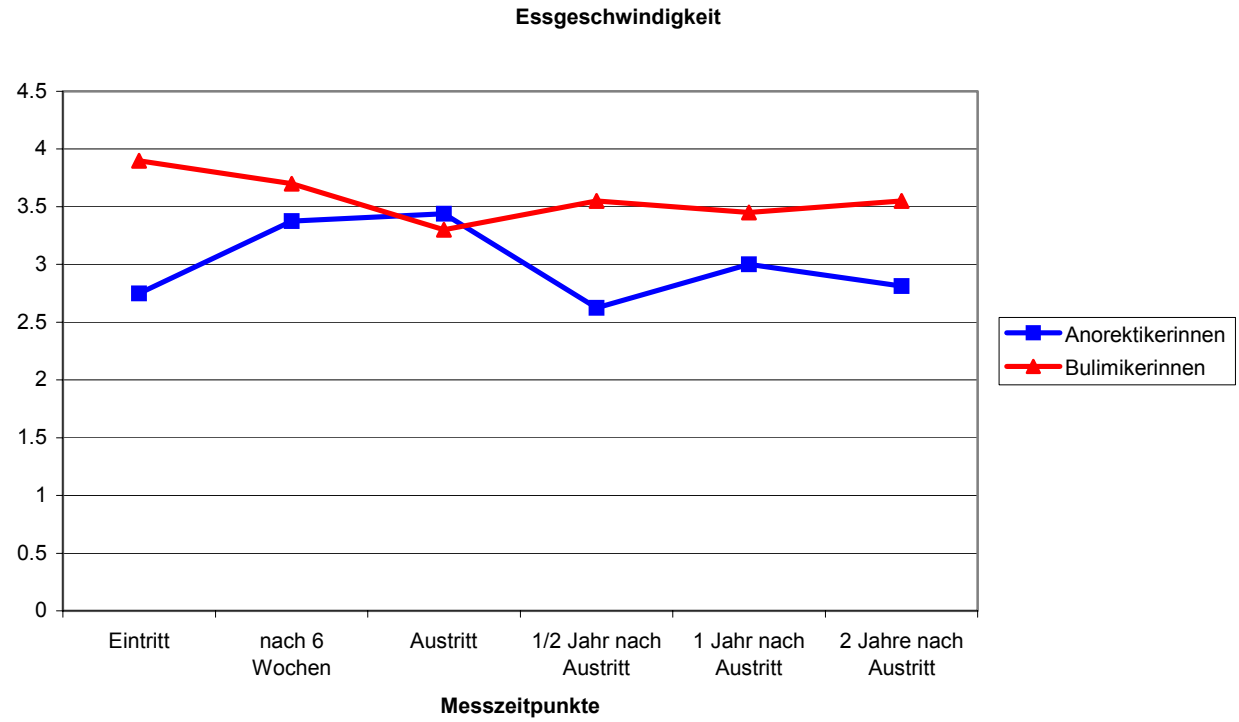


**Abbildung 19: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Essgeschwindigkeit zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

**Tabelle 136: Friedman-Test für Essgeschwindigkeit**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Essgeschwindigkeit _1 | 2.7500 | 1.55456 | 2.7500 | 2.88 | 4 | 6.783 | 5 | .237 |
| | Essgeschwindigkeit _2 | 3.3750 | 1.76186 | 3.6250 | 4.38 | | | | |
| | Essgeschwindigkeit _3 | 3.4375 | 1.28087 | 3.6250 | 4.88 | | | | |
| | Essgeschwindigkeit _4 | 2.6250 | .96825 | 2.8750 | 2.13 | | | | |
| | Essgeschwindigkeit _5 | 3.0000 | .88976 | 3.2500 | 3.88 | | | | |
| | Essgeschwindigkeit _6 | 2.8125 | 1.14337 | 3.0000 | 2.88 | | | | |
| Bulimikerinnen | Essgeschwindigkeit _1 | 3.90000 | 1.52684 | 3.5000 | 4.60 | 5 | 4.185 | 5 | .524 |
| | Essgeschwindigkeit _2 | 3.70000 | 1.22984 | 3.7500 | 4.20 | | | | |
| | Essgeschwindigkeit _3 | 3.3000 | .90830 | 3.7500 | 3.00 | | | | |
| | Essgeschwindigkeit _4 | 3.5500 | 1.47267 | 4.2500 | 3.10 | | | | |
| | Essgeschwindigkeit _5 | 3.4500 | 1.41863 | 4.0000 | 2.70 | | | | |
| | Essgeschwindigkeit _6 | 3.5500 | 1.26738 | 3.2500 | 3.40 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bezüglich der Skala Essgeschwindigkeit kann festgehalten werden, dass sich bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen ein etwas unterschiedlicher Verlauf zeigt. Die Anorektikerinnen zeigen bei Eintritt ein langsames Esstempo, welches durch die stationäre Behandlung etwas ansteigt, zu Hause dann aber wieder absinkt. Das bedeutet, dass sich auch hier das Muster zeigt, dass die (positiven) Veränderungen des stationären Aufenthalts ½ Jahr nach Austritt nicht wirklich anhalten. Die Bulimikerinnen zeigen ein eher höheres Esstempo und sie berichten auch oft davon, dass sie vor allem während Essanfällen die Lebensmittel nur so herunter schlingen. Bei Austritt aus der Psychotherapiestation zeigen sie dann auch ein langsameres Tempo, welches dann aber katamnestisch wieder leicht ansteigt. Spannend ist, dass es bereits nach sechs

Wochen Aufenthalt zu einer Angleichung der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen kommt und dies verstärkt bei Austritt zu beobachten ist. Man kann davon ausgehen, dass es zu einer Annäherung des Esstempos während der stationären Behandlung kommt.

### *b) Soziale Kompetenzen und Integration*

Ein zweiter Bereich des Evaluationsfragebogens erfasst soziale Kompetenzen und die soziale Integration. In den nachfolgenden Ausführungen werden die zu diesem Bereich gehörenden Skalen im einzelnen dargestellt und deren Verlauf diskutiert.

- *Angst vor eigenen Fehlern und Kritik*

Die Verläufe für die Skala Angst vor eigenen Fehlern und Kritik sehen für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen der klinischen Stichprobe sehr ähnlich aus. Während der stationären Behandlung kommt es zu einem deutlichen Absinken der Angst vor eigenen Fehlern und Kritik. Bei den Anorektikerinnen kommt es katamnestisch zu einem deutlichen Anstieg dieser Angst (fast bis auf das Eintrittsniveau zurück) und bei den Bulimikerinnen kommt es ½ Jahr und ein Jahr nach Austritt zu einem Anstieg und dann einem erneuten Absinken der Angst auf das Austrittsniveau (vgl. Abbildung 20).

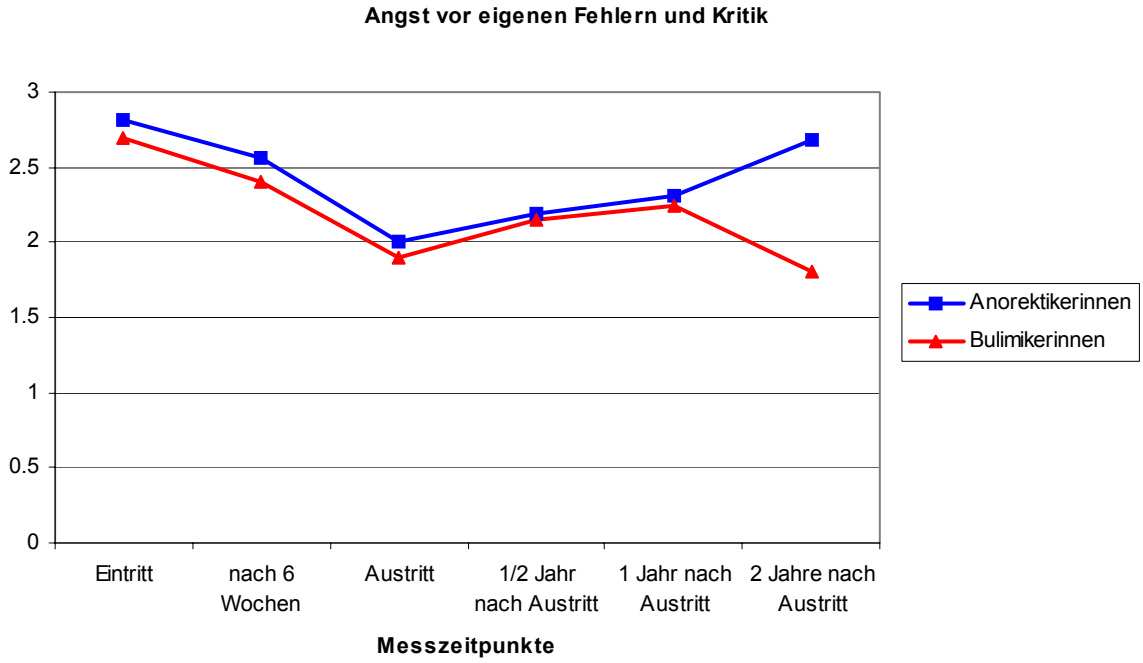


**Abbildung 20: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Angst vor eigenen Fehlern und Kritik zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

**Tabelle 137: Friedman-Test für Angst vor eigenen Fehlern und Kritik**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _1 | 2.8125 | .51539 | 2.8750 | 5.00 | 4 | 7.201 | 5 | .206 |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _2 | 2.5625 | .82601 | 2.5000 | 3.63 | | | | |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _3 | 2.0000 | .73598 | 1.8750 | 1.88 | | | | |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _4 | 2.1875 | .12500 | 2.2500 | 2.75 | | | | |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _5 | 2.3125 | .12500 | 2.2500 | 3.50 | | | | |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _6 | 2.6875 | .55434 | 2.7500 | 4.25 | | | | |
| Bulimikerinnen | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _1 | 2.70000 | .54199 | 2.7500 | 5.70 | 5 | 13.524* | 5 | .019 |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _2 | 2.40000 | .76240 | 2.2500 | 3.70 | | | | |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _3 | 1.90000 | .62750 | 1.7500 | 2.20 | | | | |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _4 | 2.1500 | .72024 | 2.0000 | 3.50 | | | | |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _5 | 2.2500 | .63738 | 2.2500 | 3.90 | | | | |
| | Angst vor eigenen Fehlern und Kritik _6 | 1.8000 | .64711 | 2.0000 | 2.00 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 138: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Angst vor eigenen Fehlern und Kritik bei den Bulimikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_1 | 5 | 2.7000 | .54199 | 2.7500 | -.962 | .336 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_2 | 5 | 2.4000 | .76240 | 2.2500 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_1 | 5 | 2.7000 | .54199 | 2.7500 | -2.032* | .042 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_3 | 5 | 1.9000 | .62750 | 1.7500 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_1 | 5 | 2.7000 | .54199 | 2.7500 | -1.841 | .066 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_4 | 5 | 2.1500 | .72024 | 2.0000 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_1 | 5 | 2.7000 | .54199 | 2.7500 | -2.041* | .041 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_5 | 5 | 2.2500 | .63738 | 2.2500 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_1 | 5 | 2.7000 | .54199 | 2.7500 | -2.041* | .041 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_6 | 5 | 1.8000 | .64711 | 2.0000 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_2 | 5 | 2.4000 | .76240 | 2.2500 | -1.289 | .197 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_3 | 5 | 1.9000 | .62750 | 1.7500 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_2 | 5 | 2.4000 | .76240 | 2.2500 | -.677 | .498 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_4 | 5 | 2.1500 | .72024 | 2.0000 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_2 | 5 | 2.4000 | .76240 | 2.2500 | .000 | 1.000 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_5 | 5 | 2.2500 | .63738 | 2.2500 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_2 | 5 | 2.4000 | .76240 | 2.2500 | -1.511 | .131 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_6 | 5 | 1.8000 | .64711 | 2.0000 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_3 | 5 | 1.9000 | .62750 | 1.7500 | -1.089 | .276 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_4 | 5 | 2.1500 | .72024 | 2.0000 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_3 | 5 | 1.9000 | .62750 | 1.7500 | -1.890 | .059 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_5 | 5 | 2.2500 | .63738 | 2.2500 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_3 | 5 | 1.9000 | .62750 | 1.7500 | -.552 | .581 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_6 | 5 | 1.8000 | .64711 | 2.0000 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_4 | 5 | 2.1500 | .72024 | 2.0000 | -.184 | .854 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_5 | 5 | 2.2500 | .63738 | 2.2500 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_4 | 5 | 2.1500 | .72024 | 2.0000 | -.756 | .450 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_6 | 5 | 1.8000 | .64711 | 2.0000 | | |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_5 | 5 | 2.2500 | .63738 | 2.2500 | -1.841 | .066 |
| Angst vor eigenen Fehlern und Kritik_6 | 5 | 1.8000 | .64711 | 2.0000 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bezüglich der Skala Angst vor eigenen Fehlern festgehalten werden, dass es sowohl bei den Anorektikerinnen wie auch bei den Bulimikerinnen zu einem Absinken der Angst vor den eigenen Fehlern und Kritik durch andere kommt. Die Unterschiede zwischen den einzelnen Erhebungszeitpunkten sind aber nur bei Bulimikerinnen statistisch bedeutsam. Interessanterweise kommt es bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen nach Austritt zu einem erneuten Anstieg der Angst vor Kritik. Bei den Bulimikerinnen lässt sich zwei Jahre nach Austritt wieder eine etwas geringere Angst beobachten, bei den Anorektikerinnen hingegen nicht. Die deutliche Verringerung der Angst vor Kritik bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen könnte vielleicht auf die wohlwollende und wertschätzende Athmosphäre in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche zurückgeführt werden.

- *Fordern können*

Die Skala Fordern können wurde nur bei den beiden klinischen Stichproben erhoben. Es zeigt sich bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ein sehr ähnlicher Verlauf (vgl. Abbildung 21). Einzig bei Eintritt gibt es einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden klinischen Stichproben (U = 1.000, p = .032*). Die Anorektikerinnen haben im Vergleich zu den Bulimikerinnen generell die tieferen Werte bezüglich der Skala Fordern können (einzig bei Austritt haben sie höhere Werte).

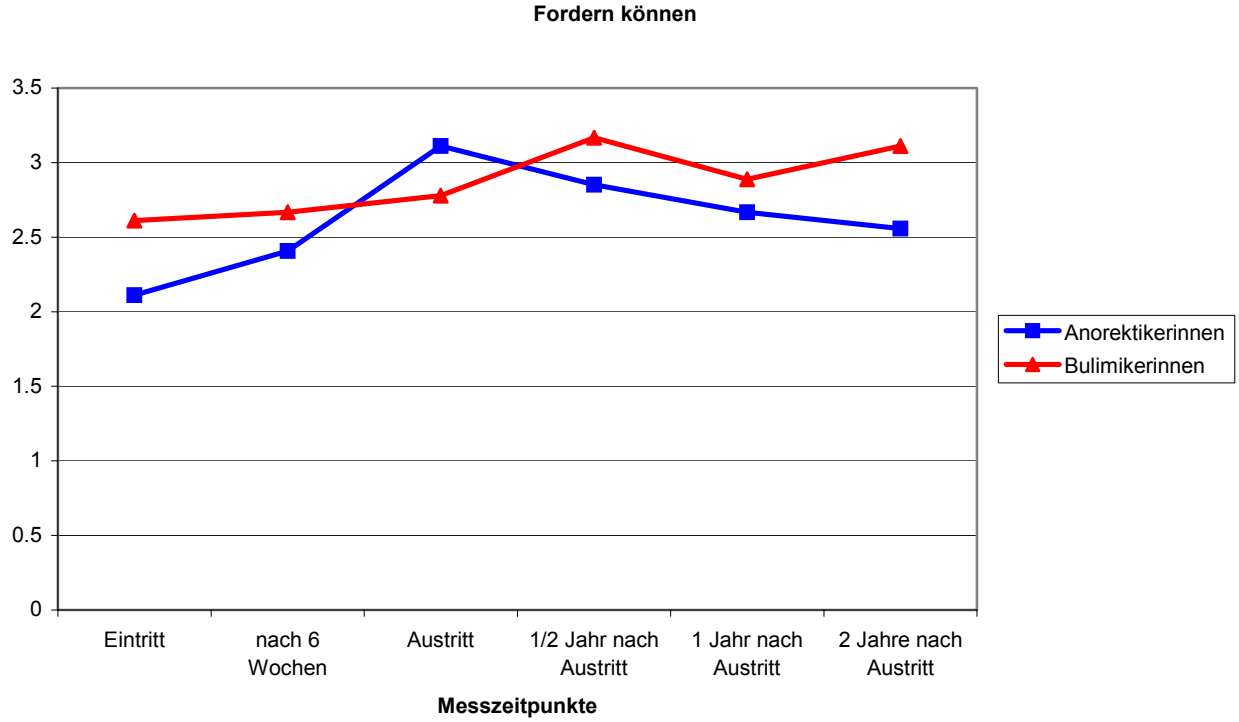


**Abbildung 21: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Fordern können zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Bei den *Anorektikerinnen* zeigt sich während des stationären Aufenthaltes ein leichter Anstieg auf der Skala Fordern können. ½ Jahr nach Austritt kommt es dann zu einer deutlichen Zunahme, die sich aber ein Jahr nach Austritt nicht mehr zeigt und erst zwei Jahre nach Austritt wieder beobachtet werden kann. Im Friedman-Test für die Anorektikerinnen zeigt sich ein signifikantes Ergebnis, dass heisst, dass sich mindestens zwei Erhebungszeitpunkte signifikant voneinander unterscheiden ($\chi^2$ = 12.677, df = 5, p = .027*) (vgl. Tabelle 139). Mit den Vorzeichenrangtests nach Wilcoxon lässt sich ein etwas differenzierteres Bild beobachten (vgl. Tabelle 140): Die Einzelvergleiche sind alle nicht signifikant, es gibt aber eine Tendenz in die Richtung, dass sich die katamnestischen Erhebungszeitpunkte signifikant von der Erhebung bei Eintritt unterscheiden.

**Tabelle 139: Friedman-Test für Fordern können**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Fordern können _1 | 2.1111 | .3333. | 2.1111 | 1.17 | 3 | 12.677* | 5 | .027 |
| | Fordern können _2 | 2.4074 | .16972 | 2.4444 | 2.17 | | | | |
| | Fordern können _3 | 3.1111 | .11111 | 3.1111 | 5.83 | | | | |
| | Fordern können _4 | 2.8519 | .12830 | 2.7778 | 4.50 | | | | |
| | Fordern können _5 | 2.6667 | .38490 | 2.8889 | 4.00 | | | | |
| | Fordern können _6 | 2.5563 | .29481 | 2.6667 | 3.33 | | | | |
| Bulimikerinnen | Fordern können _1 | 2.61111 | .23570 | 2.6111 | 3.00 | 2 | 2.391 | 5 | .793 |
| | Fordern können _2 | 2.6667 | .62854 | 2.6667 | 3.25 | | | | |
| | Fordern können _3 | 2.7778 | .47140 | 2.7778 | 2.50 | | | | |
| | Fordern können _4 | 3.1667 | .07857 | 3.1667 | 4.75 | | | | |
| | Fordern können _5 | 2.8889 | .78567 | 2.8889 | 3.00 | | | | |
| | Fordern können _6 | 3.1111 | .78567 | 3.1111 | 4.50 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 140: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Fordern können bei den Anorektikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Fordern können_1 | 4 | 2.1944 | .31914 | 2.2778 | -1.414 | .157 |
| Fordern können_2 | 4 | 2.4167 | .13981 | 2.4444 | | |
| Fordern können_1 | 4 | 2.1944 | .31914 | 2.2778 | -1.604 | .109 |
| Fordern können_3 | 3 | 3.1111 | .11111 | 3.1111 | | |
| Fordern können_1 | 4 | 2.1944 | .31914 | 2.2778 | -1.826 | .068 |
| Fordern können_4 | 4 | 2.9444 | .21276 | 2.8889 | | |
| Fordern können_1 | 4 | 2.1944 | .31914 | 2.2778 | -1.857 | .063 |
| Fordern können_5 | 4 | 2.8056 | .41944 | 2.8889 | | |
| Fordern können_1 | 4 | 2.1944 | .31914 | 2.2778 | -1.826 | .068 |
| Fordern können_6 | 4 | 2.7506 | .45704 | 2.7233 | | |
| Fordern können_2 | 4 | 2.4167 | .13981 | 2.4444 | -1.604 | .109 |
| Fordern können_3 | 3 | 3.1111 | .11111 | 3.1111 | | |
| Fordern können_2 | 4 | 2.4167 | .13981 | 2.4444 | -1.841 | .066 |
| Fordern können_4 | 4 | 2.9444 | .21276 | 2.8889 | | |
| Fordern können_2 | 4 | 2.4167 | .13981 | 2.4444 | -1.604 | .109 |
| Fordern können_5 | 4 | 2.8056 | .41944 | 2.8889 | | |
| Fordern können_2 | 4 | 2.4167 | .13981 | 2.4444 | -1.604 | .109 |
| Fordern können_6 | 4 | 2.7506 | .45704 | 2.7233 | | |
| Fordern können_3 | 3 | 3.1111 | .11111 | 3.1111 | -1.342 | .180 |
| Fordern können_4 | 4 | 2.9444 | .21276 | 2.8889 | | |
| Fordern können_3 | 3 | 3.1111 | .11111 | 3.1111 | -1.604 | .109 |
| Fordern können_5 | 4 | 2.8056 | .41944 | 2.8889 | | |
| Fordern können_3 | 3 | 3.1111 | .11111 | 3.1111 | -1.604 | .109 |
| Fordern können_6 | 4 | 2.7506 | .45704 | 2.7233 | | |
| Fordern können_4 | 4 | 2.9444 | .21276 | 2.8889 | -.816 | .414 |
| Fordern können_5 | 4 | 2.8056 | .41944 | 2.8889 | | |
| Fordern können_4 | 4 | 2.9444 | .21276 | 2.8889 | -.730 | .465 |
| Fordern können_6 | 4 | 2.7506 | .45704 | 2.7233 | | |
| Fordern können_5 | 4 | 2.8056 | .41944 | 2.8889 | -.535 | .593 |
| Fordern können_6 | 4 | 2.7506 | .45704 | 2.7233 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich im Friedman-Test kein statistisch signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 139). Die Bulimikerinnen zeigen im Unterschied zu den Anorektikerinnen während des tationären Aufenthaltes nur eine geringe Zunahme der Fähigkeit, auch einmal etwas für sich selbst einzufordern. ½ Jahr nach Austritt gelingt ihnen dies schon viel besser und nach einem leichten Rückgang ein Jahr nach Austritt erreichen sie zwei Jahre nach Austritt wieder dasselbe Niveau wie ½ Jahr nach Austritt.

An dieser Stelle sei festgehalten, dass die Bulimikerinnen über die sechs Erhebungszeitpunkte eine Zunahme in ihrer Fähigkeit, auch einmal ihre eigenen Bedürfnisse einzubringen und einzufordern aufweisen. Die Anorektikerinnen hingegen zeigen schon während der stationären Behandlung eine starke Zunahme dieser Fähigkeit. Katamnestisch (also meist wieder zu Hause) kommt es aber wieder zu einem Rückgang der Fähigkeit, für die eigenen Bedürfnisse ein zu stehen. Den

Anorektikerinnen scheint es in ihrem gewohnten Umfeld also schwerer zu fallen, diese Fähigkeit weiterhin umzusetzen.

- *Kontaktangst*

Bezüglich der Skala Kontaktangst können Vergleiche mit der Normstichprobe gemacht werden. Bei Eintritt ($\chi^2$ = 7.988, df = 2, p = .018*), nach sechs Wochen Aufenthalt ($\chi^2$ = 7.324, df = 2, p = .026*) und ein Jahr nach Austritt ($\chi^2$ = 6.524, df = 2, p = .038*) gibt es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den Mittelwerten der drei Stichproben. Diese Unterschiede sind durch die höheren Werte der Anorektikerinnen (und ein Jahr nach Austritt auch durch die höheren Werte der Bulimikerinnen) bedingt. Bei beiden klinischen Stichproben kommt es während der stationären Therapie zu einer Abnahme in der Skala Kontaktangst. Katamnestisch gibt es für die Anorektikerinnen und die Bulimikerinnen etwas andersartige Verläufe (vgl. Abbildung 22).

Die *Anorektikerinnen* zeigen nach sechs Wochen Aufenthalt eine geringe Zunahme in ihrer Angst vor Kontakten. Erst ein Jahr nach Austritt kommt es wieder zu einem Anstieg in der Kontaktangst. Diese Angst bleibt dann auch zwei Jahre nach Austritt ziemlich konstant. Im Friedman-Test für die Kontaktangst bei den Anorektikerinnen zeigen sich keine signifikanten Unterschiede (vgl. Tabelle 141).

Bei den *Bulimikerinnen* kommt es während der stationären Behandlung zu einer geringen Verminderung der Kontaktangst. Im Vergleich zu den Anorektikerinnen haben sie insgesamt während dieser Zeit weniger Angst vor sozialen Kontakten. Katamnestisch ist eine Zunahme der Kontaktangst zu beobachten und die Bulimikerinnen haben ½ Jahr nach Austritt sogar höhere Angst vor Kontakten als die Anorektikerinnen. Zwei Jahre nach Austritt zeigt sich bei den Bulimikerinnen ein erneuter Abfall der Kontaktangst und sie erreichen dasselbe Niveau wie die Normstichprobe. Im Friedman-Test zeigt sich kein statistisch signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 141). Das heisst, dass sich die sechs Erhebungszeitpunkte bei den Bulimikerinnen nicht signifikant voneinander unterscheiden.

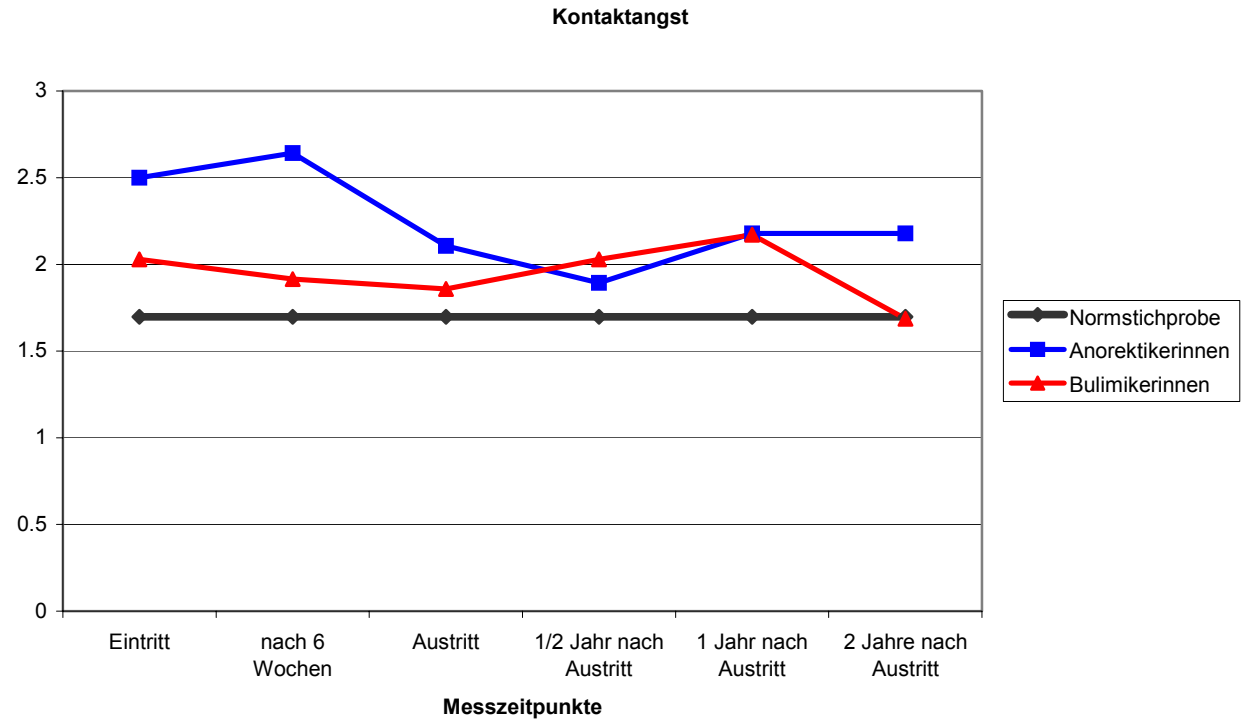


**Abbildung 22: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Kontaktangst zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe**

**Tabelle 141: Friedman-Test für Kontaktangst**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Kontaktangst _1 | 2.5000 | .58902 | 2.4286 | 4.00 | 4 | 2.390 | 5 | .793 |
| | Kontaktangst _2 | 2.6429 | .62270 | 2.9286 | 4.38 | | | | |
| | Kontaktangst _3 | 2.1071 | .51343 | 1.9286 | 3.13 | | | | |
| | Kontaktangst _4 | 1.8929 | .24398 | 1.9286 | 2.75 | | | | |
| | Kontaktangst_5 | 2.1786 | .24398 | 2.2143 | 3.00 | | | | |
| | Kontaktangst_6 | 2.1789 | .72274 | 2.2150 | 3.75 | | | | |
| Bulimikerinnen | Kontaktangst _1 | 2.0286 | .66845 | 2.1429 | 4.20 | 5 | 1.994 | 5 | .850 |
| | Kontaktangst _2 | 1.9143 | .83666 | 1.5714 | 3.10 | | | | |
| | Kontaktangst _3 | 1.8571 | .74915 | 1.5714 | 3.10 | | | | |
| | Kontaktangst _4 | 2.0286 | .78506 | 2.1429 | 3.70 | | | | |
| | Kontaktangst_5 | 2.1714 | .83544 | 2.1429 | 3.90 | | | | |
| | Kontaktangst_6 | 1.6857 | .58379 | 1.5714 | 3.00 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend wird beobachtet, dass Bulimikerinnen im Vergleich zu den Anorektikerinnen eher eine geringere Kontaktangst zeigen. Dies ändert sich dann aber bei den katamnestischen Erhebungszeitpunkten. Zwei Jahre nach Austritt kommt es bei den Bulimikerinnen zu einem Zusammenfallen mit den Mittelwerten der Normstichprobe. Zwischen der Normstichprobe und den beiden klinischen Stichproben gibt es bei Eintritt und nach sechs Wochen Aufenthalt statistisch signifikante Unterschiede, die auf die hohen Werte der Anorektikerinnen zurückzuführen sind. Diese Mittelwerte können durch klinische Beobachtungen untermauert werden. In der Psychotherapiestation sind es vor allem die Anorektikerinnen, die sich stark zurückziehen. Die Bulimikerinnen scheinen eher weniger Mühe damit zu haben, auf andere Mitklientinnen zuzugehen (oder können sie sich einfach nicht abgrenzen?).

- *Konfliktvermeidung*

Die Skala Konfliktvermeidung wurde nur in der klinischen Stichprobe erhoben. Es kann also kein Vergleich mit der Normstichprobe gemacht werden. Während der stationären Behandlung ist bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen eine Abnahme der Konfliktvermeidung zu beobachten. Das bedeutet, dass sie lernen, sich auch auf Konflikte einzulassen und auch einmal Streit in Kauf zu nehmen (Rückgang des Harmoniebedürfnisses). Die Anorektikerinnen haben im Vergleich zu den Bulimikerinnen eher die Tendenz, Konflikte zu vermeiden, wobei bei Austritt und ½ Jahr nach Austritt die Bulimikerinnen geringfügig höhere Werte haben (vgl. Abbildung 23).

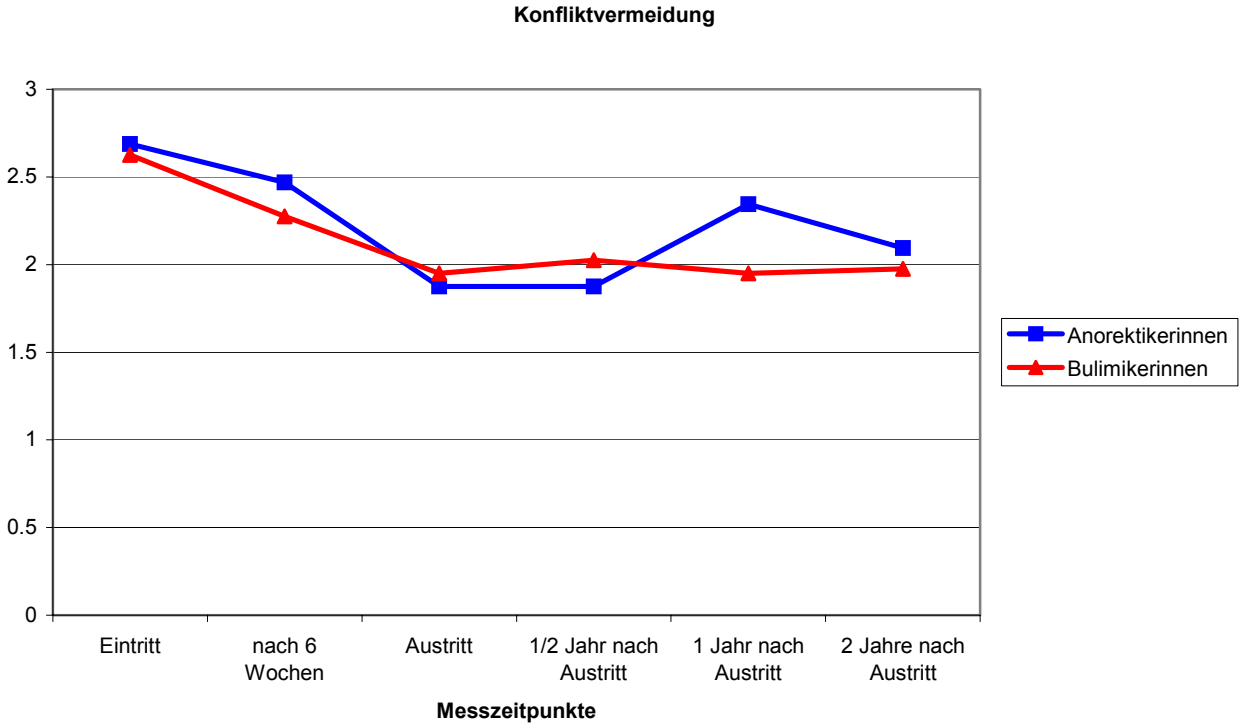


**Abbildung 23: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Konfliktvermeidung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Die *Anorektikerinnen* zeigen ein Jahr nach Austritt wieder eine starke Zunahme ihrer Konfliktvermeidung. Zwei Jahre nach Austritt nimmt diese Tendenz wieder ab, erreicht aber nicht mehr das Niveau wie bei Austritt. Im Friedman-Test zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Messzeitpunkten (vgl. Tabelle 142).

Bei den *Bulimikerinnen* kann katamnestisch ein ziemlich ausgeglichener Verlauf beobachtet werden. Dies zeigt sich dann auch im Friedman-Test, der nicht signifikant ist (vgl. Tabelle 142).

**Tabelle 142: Friedman-Test für Konfliktvermeidung**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Konfliktvermeidung _1 | 2.6875 | .74652 | 2.7500 | 5.00 | 4 | 8.905 | 5 | .113 |
| | Konfliktvermeidung _2 | 2.4688 | .73863 | 2.5625 | 4.00 | | | | |
| | Konfliktvermeidung _3 | 1.8750 | .53033 | 1.8125 | 2.00 | | | | |
| | Konfliktvermeidung _4 | 1.8750 | .52042 | 1.8750 | 2.00 | | | | |
| | Konfliktvermeidung _5 | 2.3438 | .62396 | 2.3125 | 4.25 | | | | |
| | Konfliktvermeidung _6 | 2.0950 | .76802 | 2.1875 | 3.75 | | | | |
| Bulimikerinnen | Konfliktvermeidung _1 | 2.6250 | .85239 | 2.5000 | 5.40 | 5 | 7.9790 | 5 | .158 |
| | Konfliktvermeidung _2 | 2.2750 | .83573 | 2.6250 | 3.80 | | | | |
| | Konfliktvermeidung _3 | 1.9500 | .65312 | 1.8750 | 3.10 | | | | |
| | Konfliktvermeidung _4 | 2.0250 | .98584 | 2.0000 | 2.90 | | | | |
| | Konfliktvermeidung _5 | 1.9500 | .99058 | 1.6250 | 2.50 | | | | |
| | Konfliktvermeidung _6 | 1.9750 | .62124 | 2.0000 | 3.30 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bezüglich der Konfliktvermeidung beobachtet werden, dass es im Verlauf über zwei Jahre bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zu einer Abnahme kommt. Bei den Bulimikerinnen kommt es während der stationären Behandlung zu einer grossen Abnahme der Konfliktvermeidung, welche im katamnestischen Zeitraum konstant bleibt. Bei den Anorektikerinnen kommt es ein Jahr nach Austritt zu einem erneuten Anstieg der Konfliktvermeidung, welche dann zwei Jahre nach Austritt wieder absinkt. Zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen gibt es kaum Unterschiede.

- *Gefühle der Einsamkeit und Isolation*

Die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen berichten insgesamt eher wenig von Gefühlen der Einsamkeit und Isolation. Zu Beginn sind es vor allem die Anorektikerinnen, die diese Gefühle spüren, dann vermehrt die Bulimikerinnen, wobei sich dieses Bild zwei Jahre nach Austritt wieder umgekehrt (vgl. Abbildung 24). Dies könnte natürlich damit zusammenhängen, dass die Bulimikerinnen erst allmählich realisieren, dass sie sich eigentlich sehr einsam fühlen (vor Eintritt gaben ihnen meistens die Ess-Brech-Anfälle das Gefühl, nicht alleine zu sein).

Die *Anorektikerinnen* zeigen vor allem bei Austritt viel weniger Gefühle der Einsamkeit und Isolation als die Bulimikerinnen. Diese Gefühle nehmen weiter ab, bis sie zwei Jahre nach Austritt wieder verstärkt wahrgenommen werden. Man kann an dieser Stelle die Hypothese formulieren, dass dies auch damit zusammenhängen könnte, dass die Anorektikerinnen allgemein Gefühle besser wahrnehmen können und so auch die Gefühle der Einsamkeit. Im Friedman-Test muss die Nullhypothese, dass sich die mittleren Messungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten nicht unterscheiden, angenommen werden (vgl. Tabelle 143).

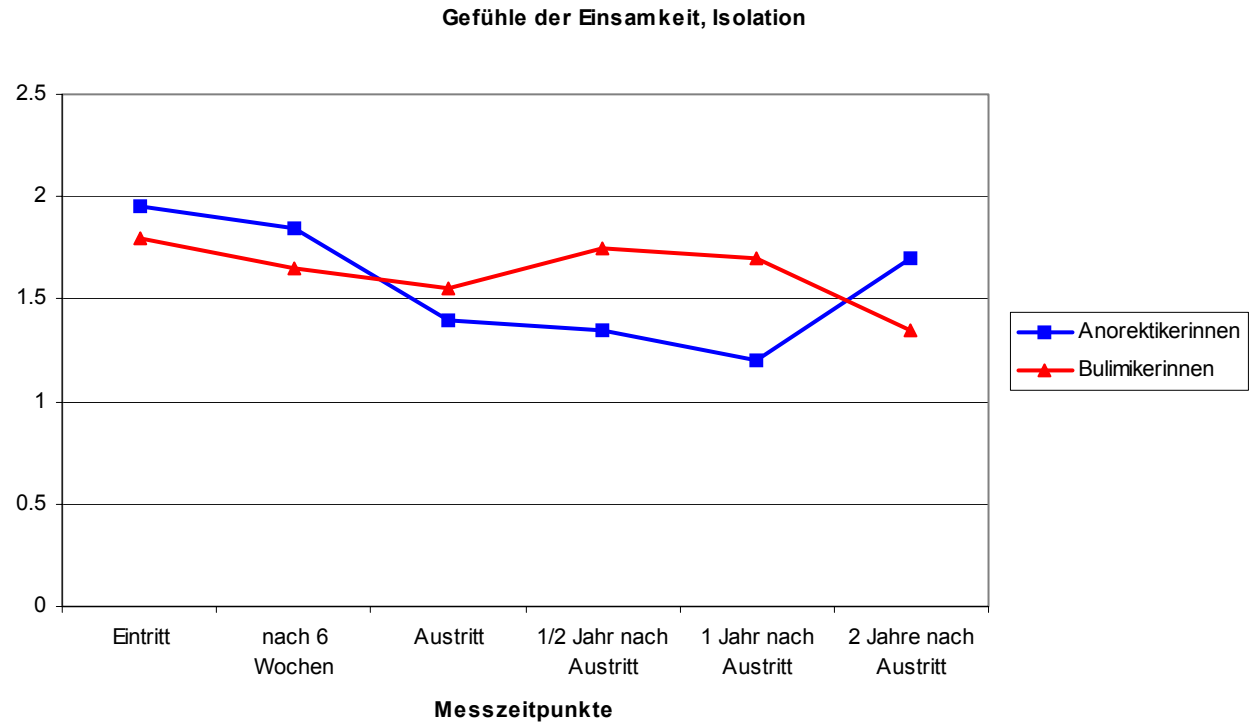


**Abbildung 24: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Gefühle der Einsamkeit / Isolation zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Bei den *Bulimikerinnen* kommt es während des stationären Aufenthaltes zu einer kontinuierlichen Abnahme der Gefühle der Einsamkeit und Isolation. Katamnestisch kommt es zu einem Anstieg der Mittelwerte und zwei Jahre nach Austritt dann zu einem erneuten Abfall der Gefühle der Einsamkeit. Im Friedman-Test muss ebenfalls wie bei den Anorektikerinnen die Nullhypothese beibehalten werden (vgl. Tabelle 143).

**Tabelle 143: Friedman-Test für Gefühle der Einsamkeit und Isolation**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _1 | 1.9500 | .91469 | 1.9000 | 4.50 | 4 | 4.672 | 5 | .457 |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _2 | 1.8500 | .86987 | 1.7000 | 4.38 | | | | |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _3 | 1.4000 | .48990 | 1.3000 | 3.38 | | | | |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _4 | 1.3500 | .47258 | 1.2000 | 2.63 | | | | |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _5 | 1.2000 | .16330 | 1.2000 | 2.50 | | | | |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _6 | 1.7000 | .62183 | 1.7000 | 3.63 | | | | |
| Bulimikerinnen | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _1 | 1.8000 | .43205 | 1.7000 | 4.75 | 4 | 3.699 | 5 | .593 |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _2 | 1.6500 | .55076 | 1.7000 | 3.25 | | | | |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _3 | 1.5500 | .59722 | 1.4000 | 3.13 | | | | |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _4 | 1.7500 | .66081 | 1.8000 | 3.75 | | | | |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _5 | 1.7000 | .80829 | 1.7000 | 3.63 | | | | |
| | Gefühle der Einsamkeit und Isolation _6 | 1.3500 | .25166 | 1.4000 | 2.50 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann bei den Gefühlen der Einsamkeit und Isolation beobachtet werden, dass es bei den Bulimikerinnen zu einer Verminderung dieser Gefühle während des stationären Aufenthaltes kommt. Dies könnte dadurch erklärt werden, dass die Klientinnen während ihres stationären Aufenthaltes auf gleichgesinnte Mitklientinnen treffen und sich von ihnen auch

verstanden fühlen. Im weiteren Verlauf kommt es bei ihnen wieder zu einer Zunahme der Gefühle der Einsamkeit und Isolation. Bei den Anorektikerinnen hingegen kommt es bis ein Jahr nach Austritt zu einer deutlichen Abnahme der Gefühle der Einsamkeit. Aus irgendeinem Grund fühlen sie sich aber zwei Jahre nach Austritt wieder einsamer.

- *Zufriedenheit mit Familienbeziehungen*

Die Zufriedenheit mit den Familienbeziehungen ist für jede Jugendliche wichtig, hat aber bei essgestörten Jugendlichen sicherlich einen etwas anderen Stellenwert, da die Beziehung zu der Familie (und Gleichaltrigen) durch ihre Symptomatik stark beeinträchtigt werden kann. Die Klientinnen sind allgemein eigentlich ziemlich zufrieden mit ihrer Beziehung zu ihren Familienangehörigen. Bei den Bulimikerinnen lässt sich im Verlauf eine kontinuierliche Zunahme der Zufriedenheit mit Familienbeziehungen feststellen. Bei den Anorektikerinnen hingegen kommt es nach sechs Wochen Aufenthalt erst einmal zu einer Abnahme und dann zu einer erneuten Zunahme an Zufriedenheit bei Austritt (vgl. Abbildung 25).

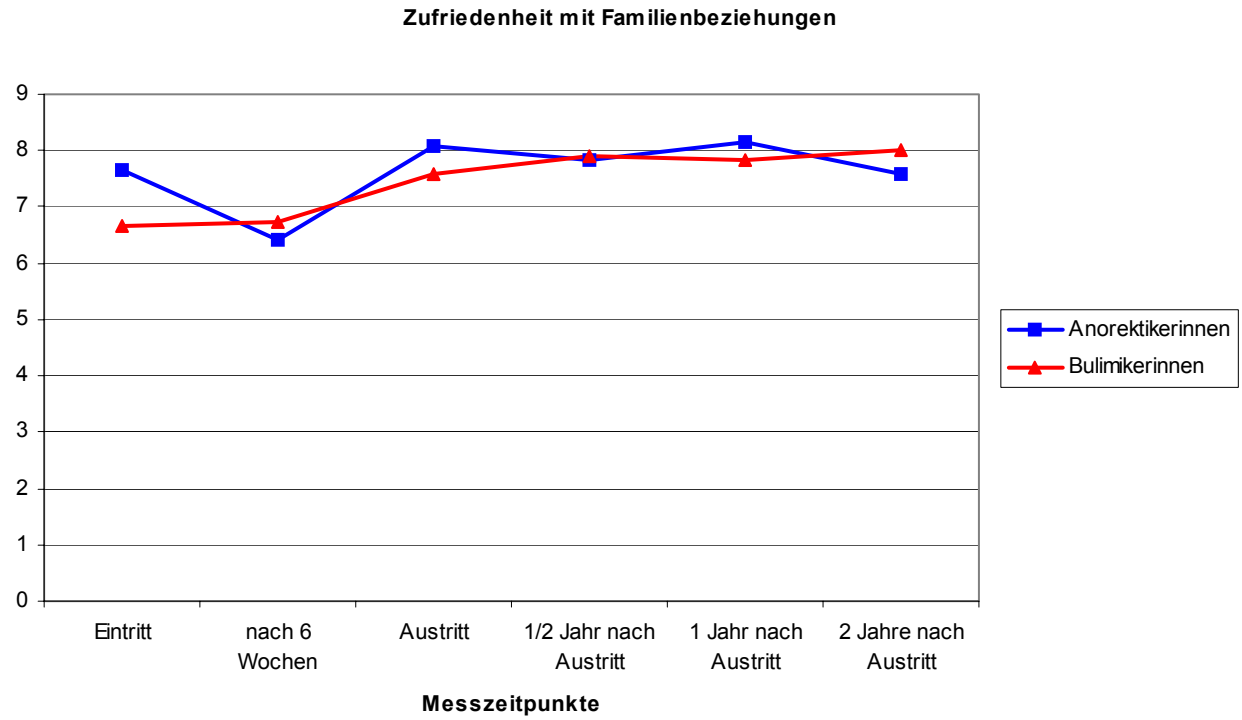


**Abbildung 25: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Zufriedenheit mit Familienbeziehungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Der Friedman-Test für die Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ist bei den *Anorektikerinnen* nicht signifikant (vgl. Tabelle 144). Es gibt zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten keine statistisch bedeutsamen Mittelwertsunterschiede.

Auch bei den *Bulimikerinnen* ist der Friedman-Test nicht signifikant und die Nullhypothese muss beibehalten werden (vgl. Tabelle 144).

**Tabelle 144: Friedman-Test für Zufriedenheit mit Familienbeziehungen**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _1 | 7.6667 | 2.26078 | 7.8333 | 2.75 | 4 | 8.150 | 5 | .148 |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _2 | 6.4167 | 2.39405 | 6.1167 | 1.63 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _3 | 8.0833 | 2.21736 | 8.1667 | 4.00 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _4 | 7.8333 | 1.50308 | 7.3333 | 4.25 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _5 | 8.1667 | 1.23228 | 7.6667 | 4.75 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _6 | 7.5833 | 1.96968 | 7.3333 | 3.63 | | | | |
| Bulimikerinnen | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _1 | 6.6667 | 3.62093 | 7.3333 | 3.38 | 4 | 1.202 | 5 | .945 |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _2 | 6.7500 | 3.60427 | 7.6667 | 2.88 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _3 | 7.5833 | 2.28319 | 8.3333 | 3.38 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _4 | 7.9167 | 3.15495 | 9.1667 | 4.13 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _5 | 7.8333 | 2.18581 | 8.1667 | 3.38 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Familienbeziehungen _6 | 8.0000 | 2.10818 | 8.3333 | 3.88 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

An dieser Stelle kann bezüglich der Zufriedenheit mit Familienbeziehungen festgehalten werden, dass Anorektikerinnen als auch Bulimikerinnen insgesamt eher zufrieden mit den familiären Beziehungen sind. Bei den Anorektikerinnen kommt es nach sechs Wochen Aufenthalt zu einer Abnahme der Zufriedenheit. Dies könnte damit zu tun haben, dass sie durch den Abstand von ihrer Herkunftsfamilie vielleicht auch kritischer sind. Bei den Bulimikerinnen hingegen ist eine kontinuierliche Zunahme der Zufriedenheit mit Familienbeziehungen zu beobachten. Dies könnte mit dem Rückgang ihrer bulimischen Symptomatik zusammenhängen, da es in den Familien nicht mehr so oft zu Auseinandersetzungen kommt (sei es, weil die essgestörte Tochter den Kühlschrank leer geräumt hat) und die Beziehungen sich dadurch auch wieder verbessern.

- *Zufriedenheit mit Peerbeziehungen*

Auch die Zufriedenheit mit Peerbeziehungen wurde nur in der klinischen Stichprobe erhoben. Zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zeigen sich dabei nach sechs Wochen Aufenthalt (U = .000, p = .016*) und bei Austritt (U = .000, p = .016*) signifikante Mittelwertsunterschiede. Bis Austritt haben die Bulimikerinnen eine höhere Zufriedenheit mit Peerbeziehungen. Zu den Erhebungen in der Katamnese kehrt sich das Bild ein bisschen um und die Anorektikerinnen sind zufriedener mit ihren Peerbeziehungen, ausser zwei Jahren nach Austritt (vgl. Abbildung 26).

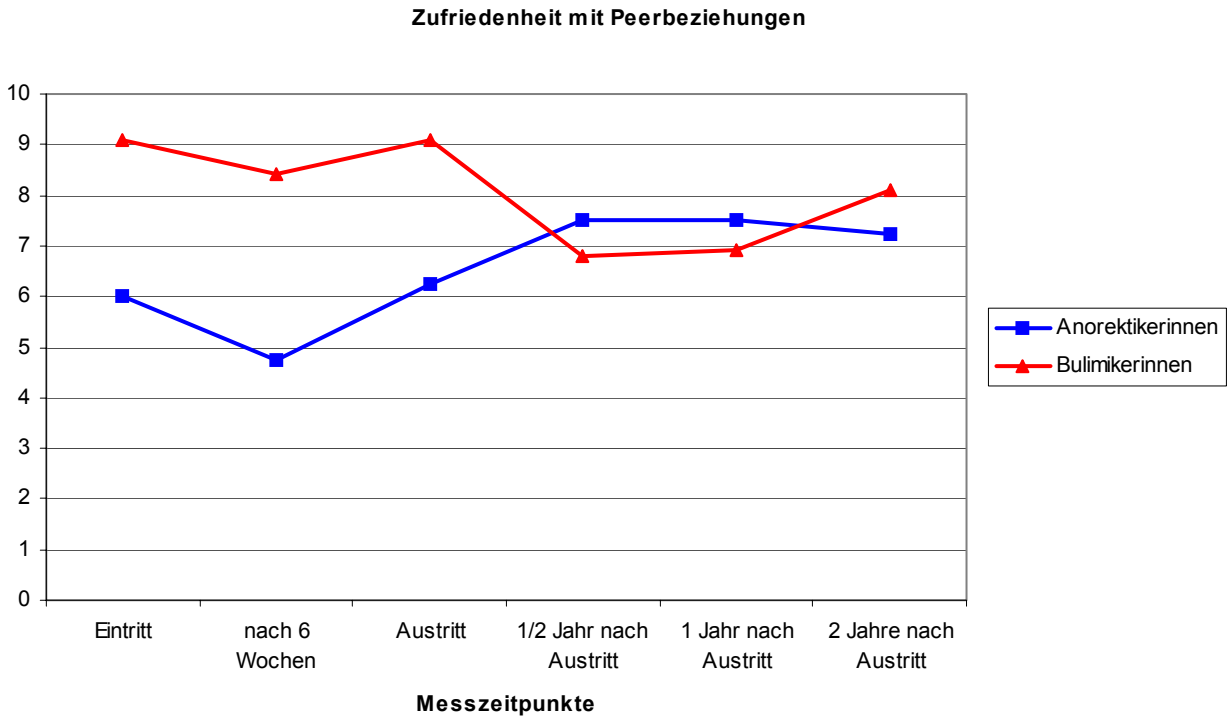


**Abbildung 26: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Zufriedenheit mit Peerbeziehungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Die *Anorektikerinnen* zeigen nach sechs Wochen Aufenthalt eine Abnahme in ihrer Zufriedenheit mit Peerbeziehungen. Dann kommt es zu einem kontinuierlichen Anstieg ihrer Zufriedenheit. Diese Zunahme an Zufriedenheit bei Austritt könnte mit Erfahrungen in der Psychotherapiestation zusammenhängen und der Beobachtung der Anorektikerinnen, wie andere (zum Beispiel Bulimikerinnen) mit Freunden umgehen und wie sie ihre Beziehungen leben. Aufgrund des Friedman-Test muss bei den Anorektikerinnen die Nullhypothese beibehalten werden. Es gibt keine Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 145).

Die *Bulimikerinnen* sind im Vergleich zu den Anorektikerinnen zu Beginn und während der Behandlung eher zufriedener mit ihren Peerbeziehungen. ½ Jahr nach Austritt nimmt diese Zufriedenheit jedoch ab. Im Friedman-Test zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 145).

**Tabelle 145: Friedman-Test für Zufriedenheit mit Peerbeziehungen**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _1 | 6.0000 | 4.18330 | 7.0000 | 3.63 | 4 | 2.824 | 5 | .727 |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _2 | 4.7500 | 1.65831 | 5.0000 | 2.38 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _3 | 6.2500 | 1.50000 | 6.0000 | 3.25 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _4 | 7.5000 | 1.73205 | 8.0000 | 4.13 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _5 | 7.5000 | 1.87083 | 7.7500 | 4.25 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _6 | 7.2500 | 2.75379 | 7.5000 | 3.38 | | | | |
| Bulimikerinnen | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _1 | 9.10000 | .54772 | 9.0000 | 4.80 | 5 | 8.620 | 5 | .125 |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _2 | 8.4000 | .82158 | 8.0000 | 3.40 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _3 | 9.1000 | .65192 | 9.0000 | 4.70 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _4 | 6.8000 | 2.75227 | 7.5000 | 2.30 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _5 | 6.9000 | 2.24722 | 7.0000 | 2.50 | | | | |
| | Zufriedenheit mit Peerbeziehungen _6 | 8.1000 | 1.29422 | 8.0000 | 3.30 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Die Bulimikerinnen sind zu Beginn eher zufriedener mit ihren Peerbeziehungen. ½ Jahr nach Austritt sind sie dann aber schon nicht mehr so zufrieden. Dies könnte damit zusammenhängen, dass sie in der Psychotherapiestation gute Freundinnen fanden und sie sich in der Alltagswelt von ihren ehemaligen Kolleginnen oft nicht ganz verstanden fühlen und so insgesamt mit den Beziehungen nicht mehr so glücklich sind. Es kann aber auch sein, dass sie sich während ihrer Essstörung immer irgendwie vorspielten, dass sie viele und gute Kolleginnen haben und dann allmählich diese Fassade ablegen und merken, dass sie eigentlich etwas anderes von ihren Kolleginnen erwarten würden. Die Anorektikerinnen hingegen sind während der stationären Behandlung nicht so zufrieden mit ihren Peerbeziehungen. Sie werden dann aber nach Austritt immer zufriedener mit ihren Beziehungen zu Gleichaltrigen und sind zwischenzeitlich sogar ein bisschen zufriedener als die Bulimikerinnen.

- *Gruppenzugehörigkeit*

Die Skale Gruppenzugehörigkeit wurde in der klinischen Stichproben erhoben. Die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen scheinen sich insgesamt nicht so stark einer Gruppe zugehörig zu fühlen. Während der stationären Behandlung haben die Bulimikerinnen durchgängig tiefere Gruppenzugehörigkeitsgefühle. ½ Jahr und ein Jahr nach Austritt steigen ihre Mittelwerte an und fallen zwei Jahre nach Austritt wieder auf das Austrittsniveau zurück. Auch bei den Anorektikerinnen ist ein Rückgang der Gruppenzugehörigkeit während des stationären Aufenthaltes zu beobachten. Dieser Abwärtstrend hält bis ein Jahr nach Austritt an (vgl. Abbildung 27).

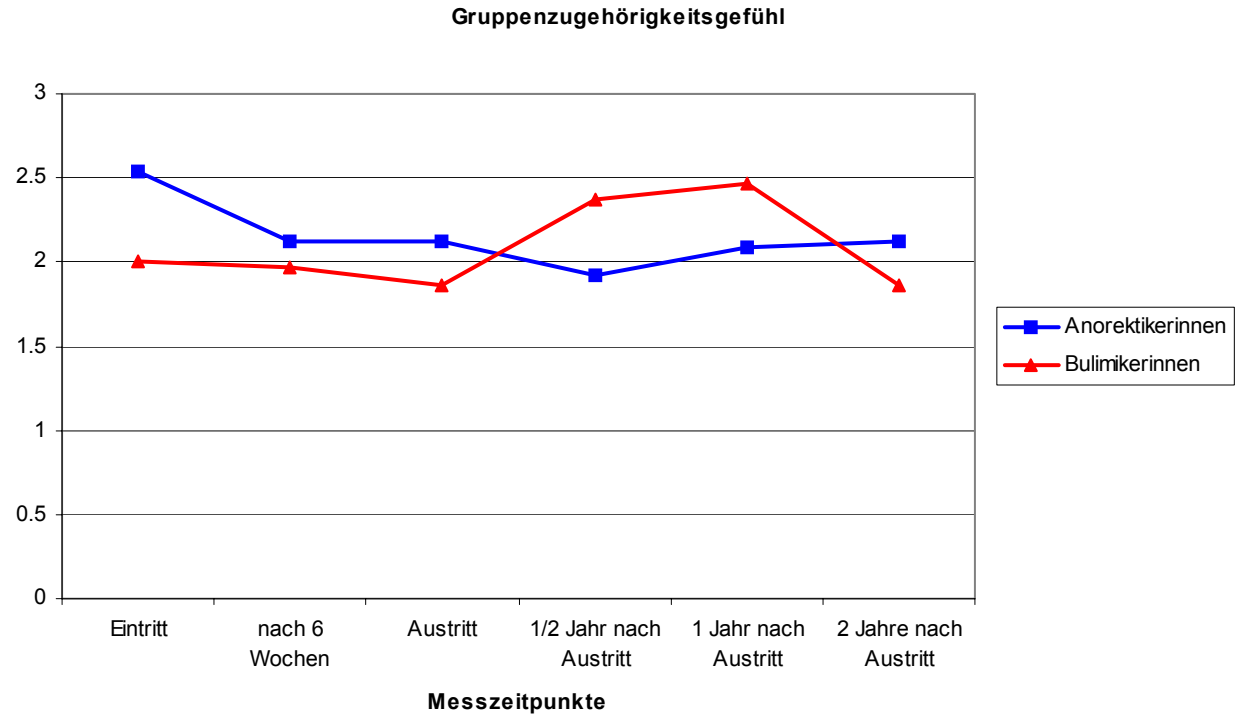


**Abbildung 27: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Gruppenzugehörigkeit zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Im Friedman-Test für die Gruppenzugehörigkeit bei den *Anorektikerinnen* muss die Nullhypothese beibehalten werden, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten gibt (vgl. Tabelle 146).

Auch bei den *Bulimikerinnen* ist kein statistisch signifikanter Unterschied in den Mittelwerten zu den sechs Erhebungszeitpunkten beobachtbar (vgl. Tabelle 146).

**Tabelle 146: Friedman-Test für Gruppenzugehörigkeit**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Gruppenzugehörigkeit _1 | 2.5417 | .88585 | 2.3333 | 3.63 | 4 | 6.423 | 5 | .267 |
| | Gruppenzugehörigkeit _2 | 3.0000 | .62361 | 3.0833 | 5.25 | | | | |
| | Gruppenzugehörigkeit _3 | 2.1167 | .26317 | 2.1667 | 3.00 | | | | |
| | Gruppenzugehörigkeit _4 | 1.9167 | .31914 | 2.0000 | 2.13 | | | | |
| | Gruppenzugehörigkeit _5 | 2.0833 | .16667 | 2.0000 | 3.13 | | | | |
| | Gruppenzugehörigkeit _6 | 2.1258 | .71051 | 2.3333 | 3.88 | | | | |
| Bulimikerinnen | Gruppenzugehörigkeit _1 | 2.0000 | .48591 | 1.8333 | 3.10 | 5 | 4.816 | 5 | .439 |
| | Gruppenzugehörigkeit _2 | 1.9667 | .61689 | 2.0000 | 3.30 | | | | |
| | Gruppenzugehörigkeit _3 | 1.8667 | .51908 | 2.0000 | 2.70 | | | | |
| | Gruppenzugehörigkeit _4 | 2.3667 | .67082 | 2.3333 | 4.10 | | | | |
| | Gruppenzugehörigkeit _5 | 2.4667 | .74907 | 2.3333 | 4.80 | | | | |
| | Gruppenzugehörigkeit _6 | 1.8600 | .76609 | 2.0000 | 3.00 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Die Gruppenzugehörigkeit ist generell eher gering. Die Bulimikerinnen zeigen während des Katamnesezeitraumes eine Zunahme an solchen Gefühlen. Bei den Anorektikerinnen hingegen kommt es zu einer Abnahme dieser Gefühle, obwohl sie zu Beginn eher mehr über solche Gefühle berichteten als die Bulimikerinnen. Diese Gruppenzugehörigkeitsgefühle können insofern wichtig

sein, weil man davon ausgeht, dass eine Peergruppe durchaus auch einen Einfluss (positiv oder negativ) auf die Essstörung haben kann (Schönheitsideale, Bemerkungen und Rückmeldungen, ...).

### *c) Komorbide Symptomatik der Essstörung*

In den nachfolgenden Ausführungen geht es nun um die Darstellung des Verlaufs der komorbiden Symptome der Essstörung.

- *Negative Selbstbeurteilung*

Die Negative Selbstbeurteilung wurde auch in der Normstichprobe erhoben und so kann bezüglich der Unterschiede zwischen den drei Stichproben Folgendes festgehalten werden: Es gibt bei Eintritt einen signifikanten Unterschied zwischen den drei Stichproben ($\chi^2 = 9.891$, df = 2, p = .007**), der durch den signifikanten Unterschied zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe erklärbar ist (U = 158.000, p = .010**). Zu den späteren Erhebungszeitpunkten gibt es keine statistisch signifikanten Unterschiede mehr und es kommt zu einer Angleichung der Werte der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen an die Normstichprobe (vgl. Abbildung 28).

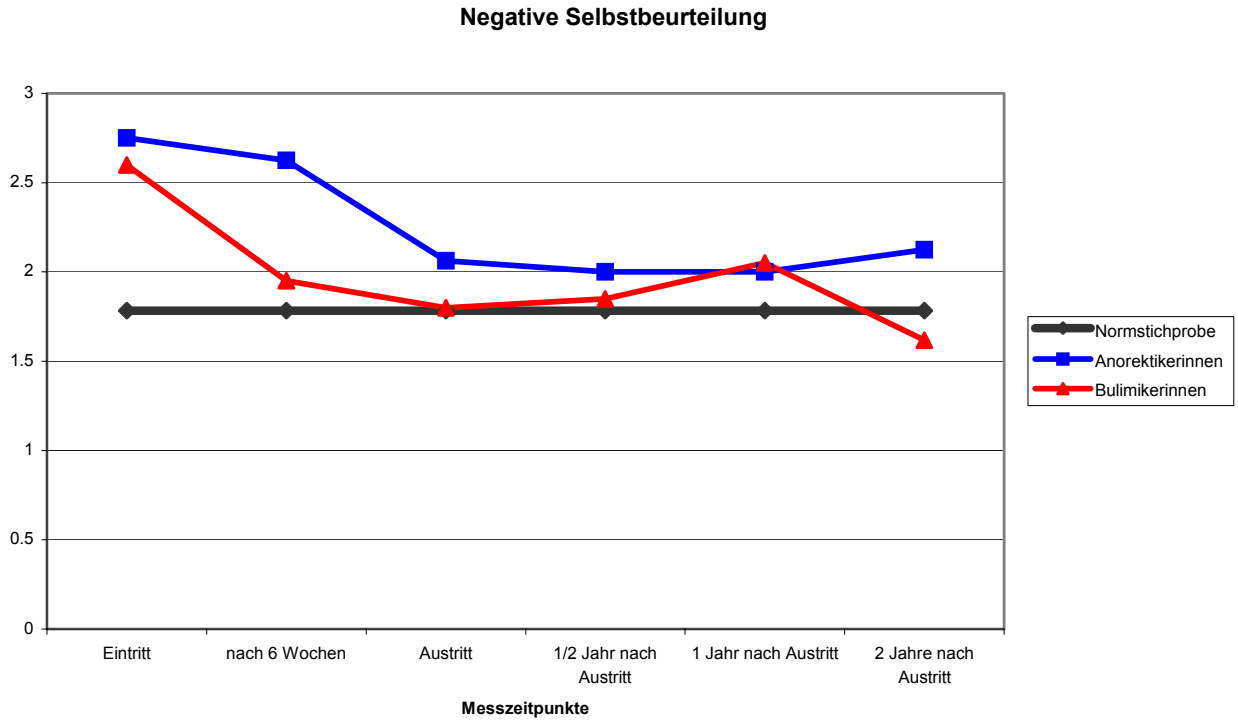


**Abbildung 28: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Negative Selbstbeurteilung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe**

Bei den *Anorektikerinnen* ergibt sich im Friedman-Test für die Negative Selbstbeurteilung kein statistisch signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 147). Die Anorektikerinnen zeigen während des stationären Aufenthaltes eine Abnahme ihrer negativen Selbstbeurteilung und ihre Werte bleiben dann im weiteren Verlauf ziemlich stabil.

Auch bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich kein statistisch bedeutsamer Unterschied zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 147). Bei den Bulimikerinnen kann vor allem nach sechs Wochen Aufenthalt eine deutliche Abnahme ihrer negativen Selbstbeurteilung beobachtet werden. Ein Jahr nach Austritt kommt es zu einer erneuten leichten Zunahme ihrer negativen Selbstbeurteilung, welche zwei Jahre nach Austritt nicht mehr beobachtet werden kann.

**Tabelle 147: Friedman-Test für Negative Selbstbeurteilung**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Negative Selbstbeurteilung _1 | 2.7500 | .50000 | 3.0000 | 5.00 | 4 | 5.115 | 5 | .402 |
| | Negative Selbstbeurteilung _2 | 2.6250 | .77728 | 2.8750 | 4.13 | | | | |
| | Negative Selbstbeurteilung _3 | 2.0625 | .89849 | 1.8750 | 2.50 | | | | |
| | Negative Selbstbeurteilung _4 | 2.0000 | .54006 | 1.8750 | 3.38 | | | | |
| | Negative Selbstbeurteilung _5 | 2.0000 | .73598 | 2.0000 | 3.00 | | | | |
| | Negative Selbstbeurteilung _6 | 2.1250 | .77728 | 2.3750 | 3.00 | | | | |
| Bulimikerinnen | Negative Selbstbeurteilung _1 | 2.60000 | 1.09829 | 2.7500 | 5.40 | 5 | 9.904 | 5 | .078 |
| | Negative Selbstbeurteilung _2 | 1.9500 | .83666 | 2.0000 | 2.50 | | | | |
| | Negative Selbstbeurteilung _3 | 1.8000 | .75829 | 1.5000 | 3.30 | | | | |
| | Negative Selbstbeurteilung _4 | 1.8500 | .69821 | 1.5000 | 3.70 | | | | |
| | Negative Selbstbeurteilung _5 | 2.0500 | .94207 | 2.0000 | 3.80 | | | | |
| | Negative Selbstbeurteilung _6 | 1.6167 | .71102 | 1.3333 | 2.30 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zu Beginn ihres stationären Aufenthaltes zeigen Anorektikerinnen wie Bulimikerinnen eine sehr hohe negative Selbstbeurteilung. Die Anorektikerinnen haben im Vergleich zu den Bulimikerinnen insgesamt eher höhere Werte, es kommt aber im Verlauf zu einer Angleichung der Anorektikerinnen und Bulimikerinnen. An dieser Stelle kann die Vermutung formuliert werden, dass sich bei der klinischen Stichprobe durch die stationäre Behandlung eine deutliche Verbesserung auf der Skala Negative Selbstbeurteilung zeigt. Die Anorektikerinnen scheinen sich aber immer ein bisschen negativer zu beurteilen als die Bulimikerinnen. Dies könnte eventuell damit zusammenhängen, dass sie kritischer mit sich umgehen und immer den Eindruck haben, dass sie noch nicht dünn genug sind und somit noch nicht genug Kontrolle haben.

- *Positive Selbstbeurteilung*

Auch die Positive Selbstbeurteilung wurde bei den drei Stichproben erhoben. Bei Eintritt ($\chi^2$ = 7.951, df = 2, p = .019*) und nach sechs Wochen Aufenthalt ($\chi^2$ = 7.162, df = 2, p = .028*) gibt es statistisch signifikante Unterschiede zwischen den drei Stichproben. Diese Unterschiede sind auf den signifikanten Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe zurückzuführen (bei Eintritt: U = 236, p = .032*; nach sechs Wochen Aufenthalt: U = 200, p =

.019*) (vgl. Abbildung 29). Bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen zeigt sich ein ähnlicher Trend, vor allem während des stationären Aufenthaltes. Es kommt bei beiden Stichproben zu einem ziemlich parallelen Anstieg ihrer positiven Selbstbeurteilung. Bei den Bulimikerinnen sinkt diese positive Selbstbeurteilung ½ Jahr nach Austritt wieder ab, steigt aber wieder an. Insgesamt haben die Bulimikerinnen eine höhere positive Selbstbeurteilung als die Anorektikerinnen. Aber bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen gleichermassen kommt es zu einem Anstieg zu den Katamnesezeitpunkten.

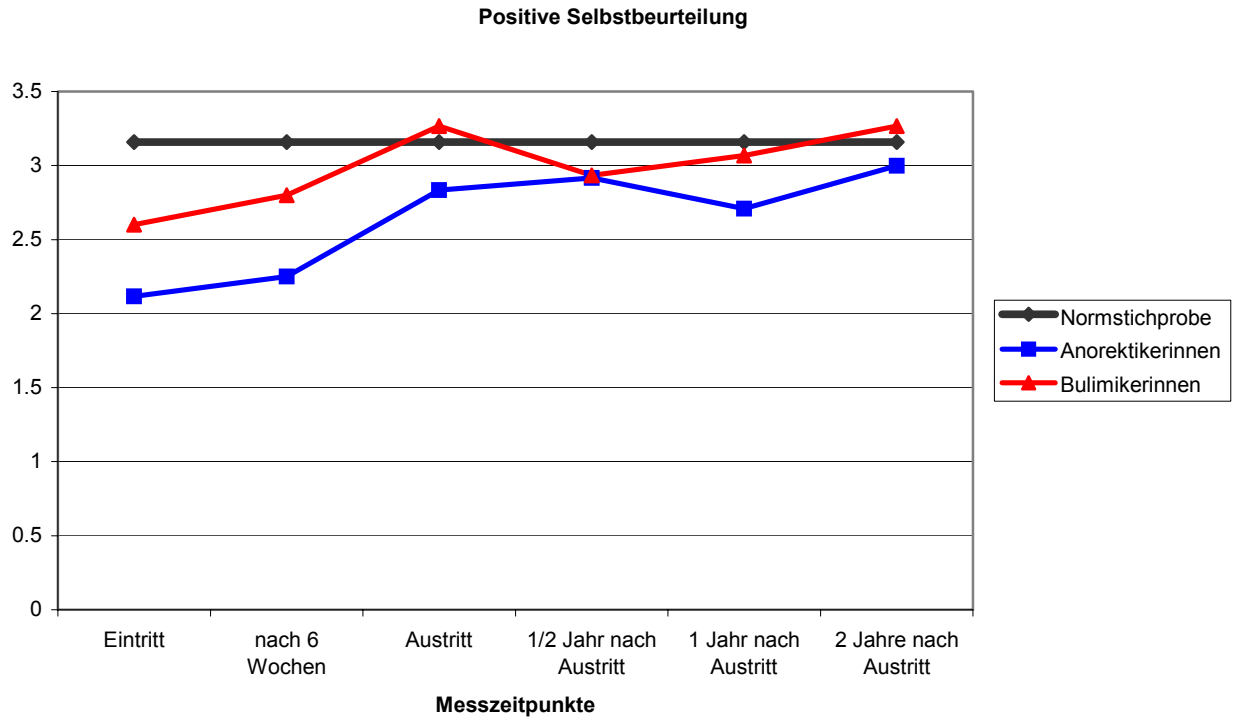


**Abbildung 29: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Positive Selbstbeurteilung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe**

Der Friedman-Test für die Positive Selbstbeurteilung bestätigt bei den *Anorektikerinnen* die Nullhypothese, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten gibt (vgl. Tabelle 148).

Auch bei den *Bulimikerinnen* gibt es keine signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 148).

**Tabelle 148: Friedman-Test für Positive Selbstbeurteilung**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Positive Selbstbeurteilung _1 | 2.1167 | .96225 | 2.1667 | 2.25 | 4 | 6.364 | 5 | .272 |
| | Positive Selbstbeurteilung _2 | 2.2500 | .73912 | 2.3333 | 2.38 | | | | |
| | Positive Selbstbeurteilung _3 | 2.8333 | 1.0000 | 3.3333 | 4.88 | | | | |
| | Positive Selbstbeurteilung _4 | 2.9167 | .16667 | 3.0000 | 3.88 | | | | |
| | Positive Selbstbeurteilung _5 | 2.7083 | .43833 | 2.5833 | 3.50 | | | | |
| | Positive Selbstbeurteilung _6 | 2.9992 | .27081 | 3.0000 | 4.13 | | | | |
| Bulimikerinnen | Positive Selbstbeurteilung _1 | 2.60000 | .79582 | 2.3333 | 2.60 | 5 | 6.233 | 5 | .284 |
| | Positive Selbstbeurteilung _2 | 2.80000 | .76739 | 2.6667 | 3.00 | | | | |
| | Positive Selbstbeurteilung _3 | 3.2667 | .64118 | 3.3333 | 4.50 | | | | |
| | Positive Selbstbeurteilung _4 | 2.9333 | .54772 | 3.0000 | 2.70 | | | | |
| | Positive Selbstbeurteilung _5 | 3.0667 | .86281 | 3.3333 | 3.70 | | | | |
| | Positive Selbstbeurteilung _6 | 3.2667 | .43461 | 3.0000 | 4.50 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Im Vergleich zu der Normstichprobe zeigen vor allem die Anorektikerinnen, aber auch die Bulimikerinnen eine geringere positive Selbstbeurteilung. Bei beiden klinischen Stichproben verbessern sich die Mittelwerte und es kommt zu einer Angleichung an die Normstichprobe. Das bedeutet, dass die klinischen Klientinnen scheinbar während ihres stationären Aufenthaltes lernen, sich auch positiver zu sehen und ihre eigenen Ressourcen und Vorzüge zu erkennen.

- *Selbstwirksamkeit*

Bei der Selbstwirksamkeit handelt es sich um eine Skala, die nur bei der klinischen Stichprobe erhoben wurde. Der Verlauf für die Anorektikerinnen und die Bulimikerinnen ist sehr unregelmässig (vgl. Abbildung 30).

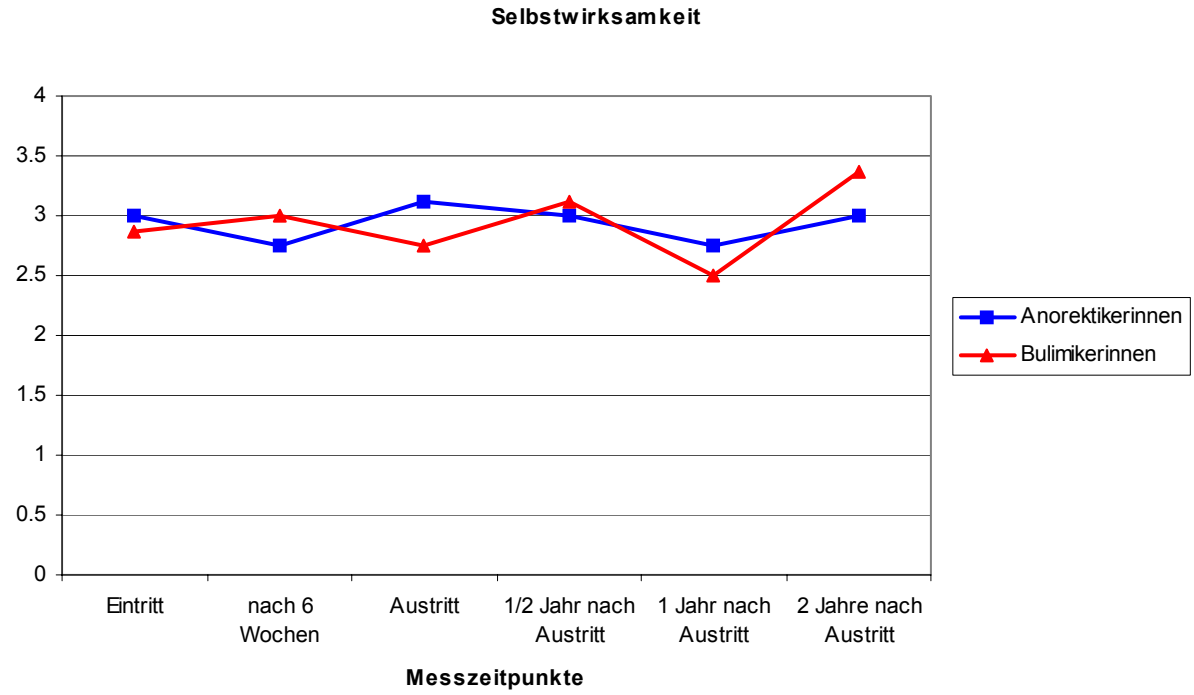


**Abbildung 30: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Selbstwirksamkeit zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Bei den *Anorektikerinnen* ist bei Eintritt und zwei Jahre nach Austritt kein Unterschied in ihrer erlebten Selbstwirksamkeit erkennbar. Bei Austritt kommt es zu einem leichten Anstieg ihrer Selbstwirksamkeit, diese sinkt aber ein Jahr nach Austritt wieder deutlich ab. Im Friedman-Test zeigt sich kein statistisch signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 149).

Auch bei den Bulimikerinnen ist der Verlauf sehr unregelmässig. Bei ihnen kommt es zu einem leichten Absinken der erlebten Selbstwirksamkeit bei Austritt und einem erneuten Anstieg ½ Jahr nach Austritt und zwei Jahre nach Austritt. Im Friedman-Test zeigten sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 149).

**Tabelle 149: Friedman-Test für Selbstwirksamkeit**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Selbstwirksamkeit _1 | 3.0000 | .70711 | 3.2500 | 3.88 | 4 | 1.142 | 5 | .950 |
| | Selbstwirksamkeit _2 | 2.7500 | .86603 | 2.7500 | 3.13 | | | | |
| | Selbstwirksamkeit _3 | 3.125 | .75000 | 3.0000 | 4.00 | | | | |
| | Selbstwirksamkeit _4 | 3.0000 | .70711 | 3.2500 | 3.75 | | | | |
| | Selbstwirksamkeit _5 | 2.7500 | .86603 | 3.0000 | 3.00 | | | | |
| | Selbstwirksamkeit _6 | 3.0000 | .40825 | 3.0000 | 3.25 | | | | |
| Bulimikerinnen | Selbstwirksamkeit _1 | 2.8750 | 1.10868 | 3.0000 | 3.38 | 4 | 2.124 | 5 | .832 |
| | Selbstwirksamkeit _2 | 3.0000 | .70711 | 2.7500 | 3.38 | | | | |
| | Selbstwirksamkeit _3 | 2.7500 | .86603 | 3.0000 | 2.88 | | | | |
| | Selbstwirksamkeit _4 | 3.1250 | .85391 | 3.2500 | 3.63 | | | | |
| | Selbstwirksamkeit _5 | 2.5000 | 1.080212 | 2.7500 | 3.25 | | | | |
| | Selbstwirksamkeit _6 | 3.3750 | .75000 | 3.5000 | 4.50 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Die Skala Selbstwirksamkeit scheint sich im Verlauf bis zwei Jahre nach Austritt nicht stark zu verändern. Es kann angenommen werden, dass die erlebte Selbstwirksamkeit von vielen Faktoren abhängt, die je nach Gewichtung auch wieder zu einer sehr unterschiedlichen Selbstwirksamkeit führen. Ingesamt gesehen haben Anorektikerinnen und Bulimikerinnen sehr ähnliche Selbstwirksamkeitsüberzeugungen.

- *Zwanghaftigkeit*

Die Skala Zwanghaftigkeit wurde bei beiden klinischen Stichproben erhoben. Bei den Bulimikerinnen ist der Verlauf ziemlich konstant. Erst zwei Jahre nach Austritt kommt es zu einem leichten Abfall. Bei den Anorektikerinnen hingegen ist der Verlauf ein bisschen komplexer. Während des stationären Aufenthaltes kommt es zu einer deutlichen Abnahme ihrer Zwanghaftigkeit. Diese steigt nach Austritt wieder an und erreicht ein Jahr nach Austritt ein so hohes Niveau, wie es nicht einmal bei Eintritt vorhanden war. Zwei Jahre nach Austritt kommt es zu einem erneuten Rückgang (vgl. Abbildung 31).

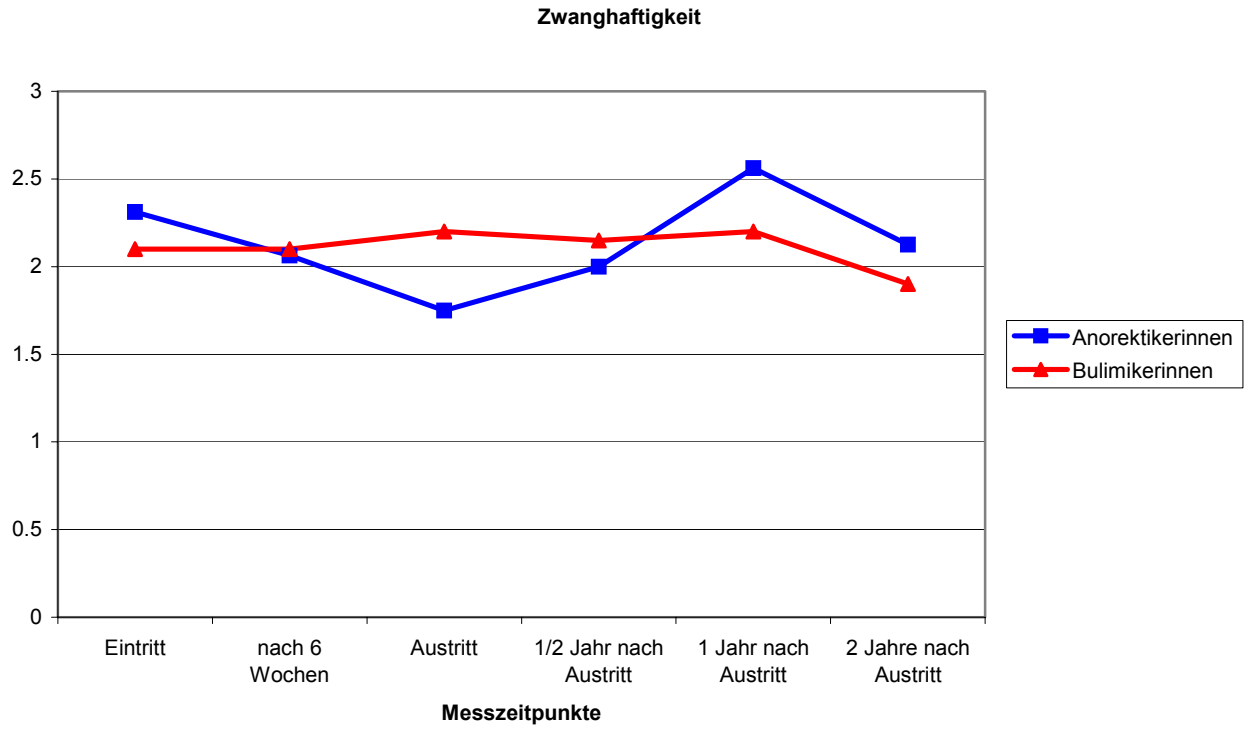


**Abbildung 31: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Zwanghaftigkeit zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Im Friedman-Test für die Zwanghaftigkeit der *Anorektikerinnen* gibt es keine statistisch bedeutsamen Differenzen zwischen den Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 150).
Auch bei den *Bulimikerinnen* muss aufgrund des Friedman-Tests für die Skala Zwanghaftigkeit die Nullhypothese beibehalten werden. Dies erstaunt auch nicht weiter, weil der Verlauf sehr konstant ist (vgl. Tabelle 150).

**Tabelle 150: Friedman-Test für Zwanghaftigkeit**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Zwanghaftigkeit _1 | 2.3125 | .9473 | 2.6250 | 3.88 | 4 | 8.761 | 5 | .119 |
| | Zwanghaftigkeit _2 | 2.0625 | .94373 | 2.0000 | 3.50 | | | | |
| | Zwanghaftigkeit _3 | 1.7500 | .73598 | 1.7500 | 1.88 | | | | |
| | Zwanghaftigkeit _4 | 2.0000 | .79057 | 2.1250 | 3.25 | | | | |
| | Zwanghaftigkeit _5 | 2.5625 | .65749 | 2.5000 | 5.25 | | | | |
| | Zwanghaftigkeit _6 | 2.1250 | .96825 | 2.1250 | 3.25 | | | | |
| Bulimikerinnen | Zwanghaftigkeit _1 | 2.1000 | .84039 | 2.0000 | 3.60 | 5 | 3.535 | 5 | .618 |
| | Zwanghaftigkeit _2 | 2.1000 | .91173 | 2.0000 | 3.40 | | | | |
| | Zwanghaftigkeit _3 | 2.2000 | .97468 | 2.50000 | 4.00 | | | | |
| | Zwanghaftigkeit _4 | 2.1500 | .89468 | 2.5000 | 3.80 | | | | |
| | Zwanghaftigkeit _5 | 2.2000 | 1.02164 | 2.0000 | 3.70 | | | | |
| | Zwanghaftigkeit _6 | 1.9000 | .65192 | 2.0000 | 2.50 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bezüglich der Skala Zwanghaftigkeit zeigt sich bei den Anorektikerinnen während des stationären Aufenthaltes eine deutliche Abnahme in ihrer Zwanghaftigkeit und nach Austritt wieder eine Zunahme dieser Zwanghaftigkeit. Sie scheinen die Fortschritte, die sie während ihres Aufenthaltes machten, nicht beibehalten zu können. Zu Beginn der Behandlung und zwei Jahre nach Austritt

haben die Anorektikerinnen ein höheres Niveau an Zwanghaftigkeit als die Bulimikerinnen. Bei den Bulimikerinnen hingegen verändert sich bezüglich der Zwanghaftigkeit insgesamt nicht sehr viel. Sie haben zwischen Austritt und bis ½ Jahr nach Austritt sogar leicht höhere Mittelwerte auf der Skala Zwanghaftigkeit als die Anorektikerinnen.

- *Depressivität*

Im Zusammenhang mit Essstörungen wird immer wieder auf die Depressivität hingewiesen. Beim Vergleich zwischen den drei Stichproben zeigen sich bei Eintritt ($\chi^2 = 14.223$, df = 2, p = .001***), nach sechs Wochen Aufenthalt ($\chi^2 = 8.521$, df = 2, p = .014*) und ½ Jahr nach Austritt ($\chi^2 = 7.820$, df = 2, p = .020*) signifikante Mittelwertsunterschiede. In den Einzelvergleichen zeigt sich, dass es bei Eintritt zwischen den Anorektikerinnen beziehungsweise Bulimikerinnen und der Normstichprobe signifikante Unterschiede gibt. Nach sechs Wochen Aufenthalt und ½ Jahr nach Austritt gibt es nur noch zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe signifikante Unterschiede (vgl. Abbildung 32).

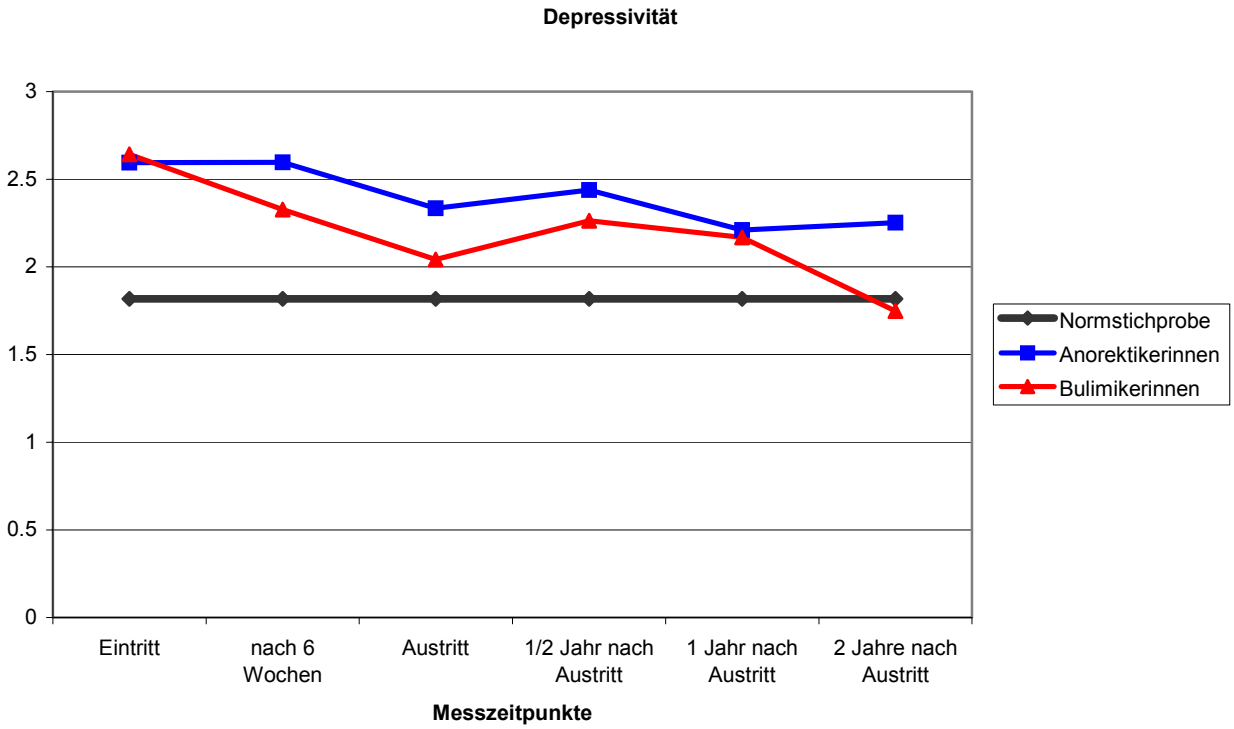


**Abbildung 32: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Depressivität zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe**

Bei den *Anorektikerinnen* zeigt sich bei Austritt eine Abnahme ihrer Depressivität. Diese steigt ½ Jahr nach Austritt wieder leicht an, um erneut abzusinken und sich den Mittelwerten der Bulimikerinnen anzunähern. Im Vergleich zu den Bulimikerinnen berichten die Anorektikerinnen während des gesamten Verlaufs von leicht höheren Depressivitätswerten. Es kommt zu keiner

wirklichen Angleichung ihrer Mittelwerte an die Mittelwerte der Normstichprobe. Im Friedman-Test für die Anorektikerinnen zeigt sich kein signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 151). Das heisst, dass es zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten keine signifikanten Mittelwertsunterschiede gibt.

Bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich ein ähnliches Muster wie bei den Anorektikerinnen. Sie zeigen während des stationären Aufenthaltes eine deutliche Abnahme ihrer Depressivitätswerte. ½ Jahr nach Austritt ist auch hier wieder ein Anstieg ihrer Depressivitätswerte zu beobachten, die bis zwei Jahre nach Austritt wieder absinken und sogar leicht unter die Mittelwerte der Normstichprobe fallen. Im Friedman-Test zeigt sich für die Bulimikerinnen ein signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 151). Das bedeutet, dass es zwischen mindestens zwei Erhebungszeitpunkten signifikante Unterschiede gibt. Um diese genauer zu untersuchen, wurden paarweise Vergleiche mit dem Wilcoxon-Test durchgeführt (vgl. Tabelle 151). Dabei zeigt sich, dass die signifikanten Unterschiede zwischen der Eintrittsmessung und der Erhebung ein und zwei Jahre nach Austritt liegen. Hinzu kommt eine signifikante Abnahme zwischen der Erhebung nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt. Es zeigt sich also auch hier, dass es vor allem signifikante Unterschiede zwischen den Erhebungen während des stationären Aufenthaltes und den drei Katamnesezeitpunkten gibt.

**Tabelle 151: Friedman-Test für Depressivität**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Depressivität _1 | 2.5955 | .31999 | 2.5263 | 4.67 | 3 | 6.238 | 5 | .284 |
| | Depressivität _2 | 2.5965 | .49745 | 2.4211 | 4.67 | | | | |
| | Depressivität _3 | 2.3333 | .68690 | 2.1053 | 2.33 | | | | |
| | Depressivität _4 | 2.4386 | .18484 | 2.4211 | 4.33 | | | | |
| | Depressivität _5 | 2.2105 | .09116 | 2.1579 | 2.00 | | | | |
| | Depressivität _6 | 2.2526 | .41175 | 2.3889 | 3.00 | | | | |
| Bulimikerinnen | Depressivität _1 | 2.6421 | .63747 | 2.8947 | 5.50 | 5 | 12.238* | 5 | .032 |
| | Depressivität _2 | 2.3263 | .65884 | 2.5789 | 4.50 | | | | |
| | Depressivität _3 | 2.0421 | .66094 | 2.1053 | 2.40 | | | | |
| | Depressivität _4 | 2.2632 | .32868 | 2.1053 | 3.50 | | | | |
| | Depressivität _5 | 2.1684 | .71625 | 1.8421 | 3.00 | | | | |
| | Depressivität _6 | 1.7474 | .56857 | 1.8947 | 2.10 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 152: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Depressivität bei den Bulimikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Depressivität_1 | 5 | 2.6421 | .63747 | 2.8947 | -1.761 | .078 |
| Depressivität_2 | 5 | 2.3263 | .65884 | 2.5789 | | |
| Depressivität_1 | 5 | 2.6421 | .63747 | 2.8947 | -1.826 | .068 |
| Depressivität_3 | 5 | 2.0421 | .66094 | 2.1053 | | |
| Depressivität_1 | 5 | 2.6421 | .63747 | 2.8947 | -1.214 | .225 |
| Depressivität_4 | 5 | 2.2632 | .32868 | 2.1053 | | |
| Depressivität_1 | 5 | 2.6421 | .63747 | 2.8947 | -2.023* | .043 |
| Depressivität_5 | 5 | 2.1684 | .71625 | 1.8421 | | |
| Depressivität_1 | 5 | 2.6421 | .63747 | 2.8947 | -2.032* | .042 |
| Depressivität_6 | 5 | 1.7474 | .56857 | 1.8947 | | |
| Depressivität_2 | 5 | 2.3263 | .65884 | 2.5789 | -2.032* | .042 |
| Depressivität_3 | 5 | 2.0421 | .66094 | 2.1053 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Fortsetzung der Tabelle 152: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Depressivität bei den Bulimikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Depressivität_2 | 5 | 2.3263 | .65884 | 2.5789 | -.677 | .498 |
| Depressivität_4 | 5 | 2.2632 | .32868 | 2.1053 | | |
| Depressivität_2 | 5 | 2.3263 | .65884 | 2.5789 | -.674 | .500 |
| Depressivität_5 | 5 | 2.1684 | .71625 | 1.8421 | | |
| Depressivität_2 | 5 | 2.3263 | .65884 | 2.5789 | -1.826 | .068 |
| Depressivität_6 | 5 | 1.7474 | .56857 | 1.8947 | | |
| Depressivität_3 | 5 | 2.0421 | .66094 | 2.1053 | -.730 | .465 |
| Depressivität_4 | 5 | 2.2632 | .32868 | 2.1053 | | |
| Depressivität_3 | 5 | 2.0421 | .66094 | 2.1053 | -.542 | .588 |
| Depressivität_5 | 5 | 2.1684 | .71625 | 1.8421 | | |
| Depressivität_3 | 5 | 2.0421 | .66094 | 2.1053 | -.405 | .686 |
| Depressivität_6 | 5 | 1.7474 | .56857 | 1.8947 | | |
| Depressivität_4 | 5 | 2.2632 | .32868 | 2.1053 | -.674 | .500 |
| Depressivität_5 | 5 | 2.1684 | .71625 | 1.8421 | | |
| Depressivität_4 | 5 | 2.2632 | .32868 | 2.1053 | -1.483 | .138 |
| Depressivität_6 | 5 | 1.7474 | .56857 | 1.8947 | | |
| Depressivität_5 | 5 | 2.1684 | .71625 | 1.8421 | -1.753 | |
| Depressivität_6 | 5 | 1.7474 | .56857 | 1.8947 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass es bezüglich der Skala Depressivität bei den Bulimikerinnen und Anorektikerinnen ähnliche Verläufe gibt. In beiden klinischen Stichproben kommt es zu einer Abnahme der Depressivitätswerte während der stationären Behandlung. ½ Jahr nach Austritt kann ein leichter Anstieg beobachtet werden, der bei den Bulimikerinnen und Anorektikerinnen dann zu einem Rückgang der Depressivitätswerte führt. Bei den Bulimikerinnen sind die Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten teilweise signifikant. Das gilt für die Anorektikerinnen nicht. Man kann spekulieren, dass es im Verlauf der stationären Behandlung zu einem Rückgang der Depressivitätswerte kommt, weil auch die Essstörungssymptomatik nachweislich zurück geht. Im Vergleich zu der Normstichprobe gibt es signifikante Unterschiede, da die klinische Stichprobe generell höhere Depressionswerte hat.

- *Suizidalität*

Die Skala Suizidalität wurde nur in der klinischen Stichprobe erhoben. Für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zeigen sich dabei etwas unterschiedliche Verläufe (vgl. Abbildung 33). Bei den Anorektikerinnen kann während der stationären Behandlung kaum eine Veränderung ihrer Suizidalitätswerte beobachtet werden, sondern erst nach Austritt. Im Vergleich zu den Bulimikerinnen haben die Anorektikerinnen bis ½ Jahr nach Austritt höhere Werte. Bei den Bulimikerinnen hingegen sind während des stationären Aufenthaltes eine deutliche Abnahme ihrer Suizidalität zu beobachten. Ihre Suizidalität steigt katamnestisch wieder leicht an, bleibt aber auf einem tieferen Niveau.

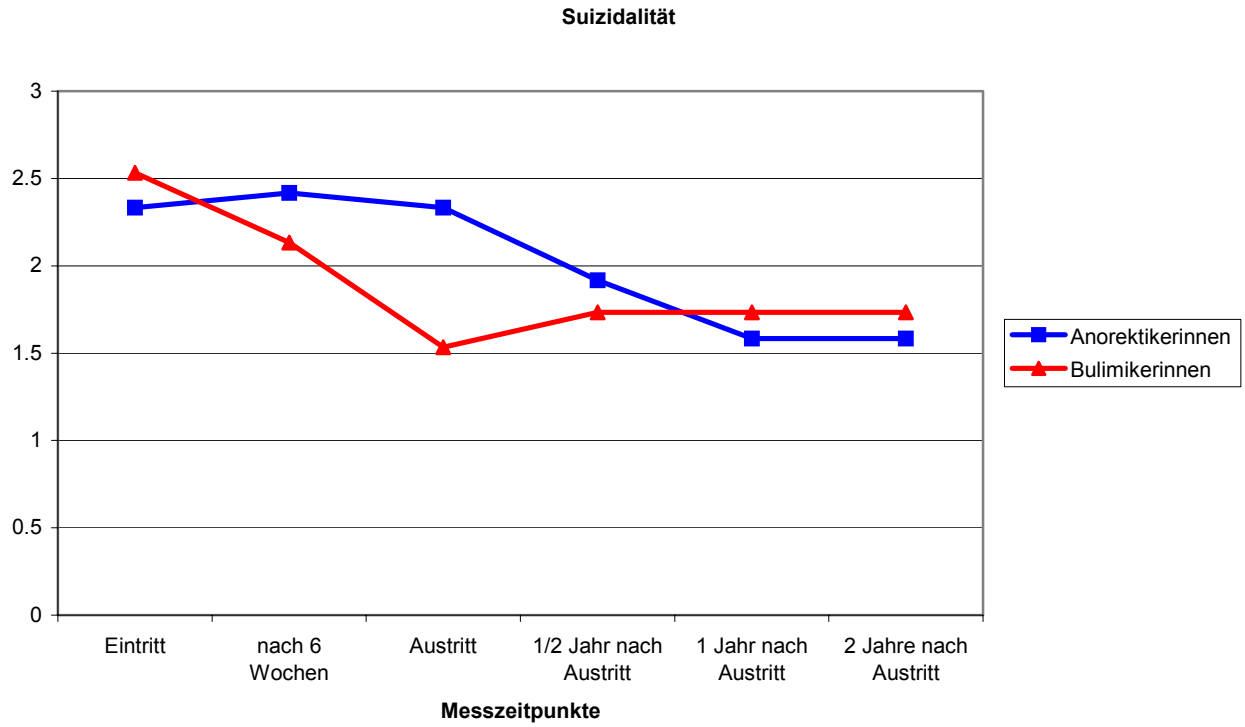


**Abbildung 33: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Suizidalität zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Im Friedman-Test für die Suizidalität zeigt sich bei den *Anorektikerinnen* kein statistisch signifikantes Ergebnis (vgl. Tabelle 153). Zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten gibt es keine signifikanten Mittelwertsunterschiede.

Auch bei den *Bulimikerinnen* muss aufgrund des Friedman-Tests die Nullhypothese beibehalten werden (vgl. Tabelle 153). Es gibt keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den Erhebungszeitpunkten.

**Tabelle 153: Friedman-Test für Suizidalität**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Suizidalität _1 | 2.3333 | .76980 | 2.3333 | 4.00 | 4 | 4.922 | 5 | .425 |
| | Suizidalität _2 | 2.4167 | .63099 | 2.1667 | 4.75 | | | | |
| | Suizidalität _3 | 2.3333 | .98131 | 2.5000 | 3.88 | | | | |
| | Suizidalität _4 | 1.9167 | .68718 | 2.0000 | 3.38 | | | | |
| | Suizidalität _5 | 1.5833 | .31914 | 1.5000 | 2.50 | | | | |
| | Suizidalität _6 | 1.5833 | .31914 | 1.5000 | 2.50 | | | | |
| Bulimikerinnen | Suizidalität _1 | 2.5333 | 1.40633 | 3.3333 | 5.00 | 5 | 10.161 | 5 | .071 |
| | Suizidalität _2 | 2.1333 | 1.04350 | 2.6667 | 4.10 | | | | |
| | Suizidalität _3 | 1.5333 | .83666 | 1.3333 | 2.90 | | | | |
| | Suizidalität _4 | 1.7333 | .76012 | 1.6667 | 2.80 | | | | |
| | Suizidalität _5 | 1.7333 | 1.01105 | 1.0000 | 3.10 | | | | |
| | Suizidalität _6 | 1.7333 | 1.01105 | 1.0000 | 3.10 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bezüglich der Suizidalität kann festgehalten werden, dass es vor allem bei den Bulimikerinnen zu einer Abnahme der Suizidalität kommt. Bei den Anorektikerinnen bleiben die Werte während des stationären Aufenthaltes ziemlich stabil und sinken erst während den weiteren Erhebungszeitpunkten ab. Man kann kein eindeutiges Muster erkennen, ob nun die

Anorektikerinnen oder die Bulimikerinnen suizidaler sind. Zu Beginn und nach zwei Jahren nach Austritt zeigen die Bulimikerinnen höhere Werte.

- *Bedürfnis nach Kontrolle*

Die Skala Bedürfnis nach Kontrolle wurde ebenfalls nur in der klinischen Stichprobe erhoben. Bei den Anorektikerinnen, als auch bei den Bulimikerinnen ist ein ähnlicher abwärtsgerichteter Trend erkennbar (vgl. Abbildung 34).

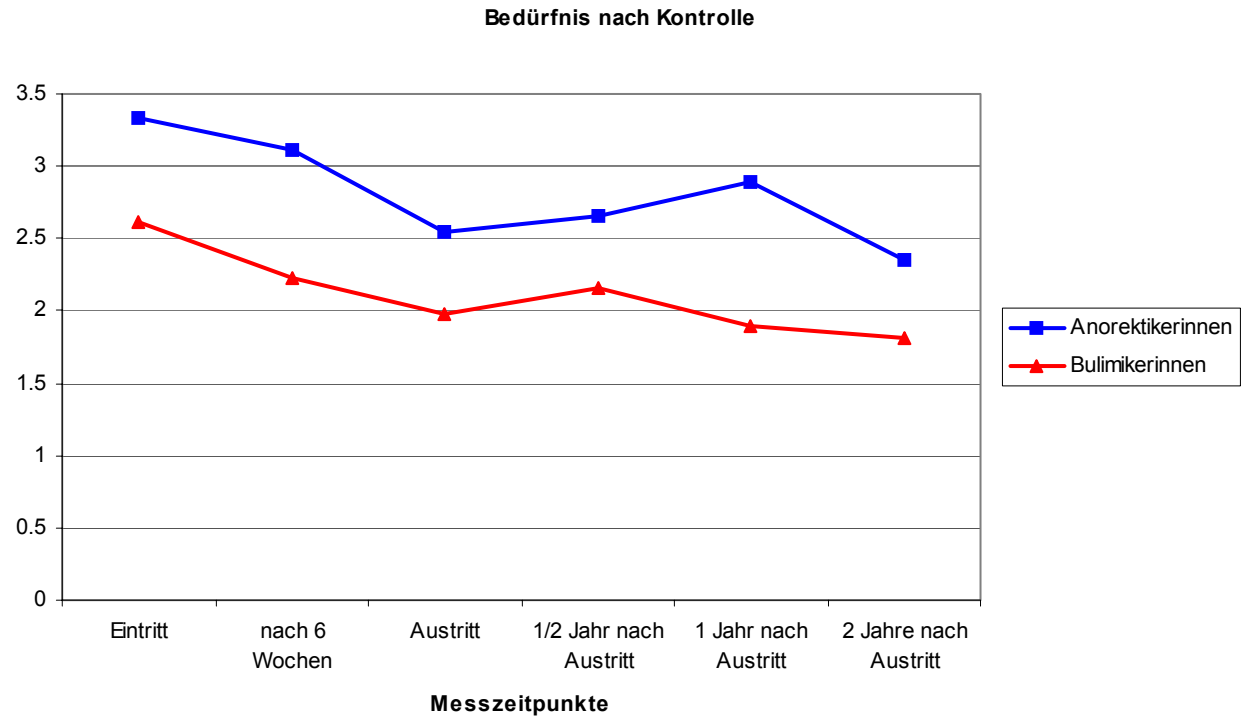


**Abbildung 34: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Bedürfnis nach Kontrolle zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Bei den *Anorektikerinnen*, die im Vergleich zu den Bulimikerinnen generell ein höheres Bedürfnis nach Kontrolle haben, kommt es während der stationären Behandlung zu einem deutlichen Rückgang ihres Bedürfnisses nach Kontrolle. Dieses Bedürfnis steigt bis ein Jahr nach Austritt wieder an und fällt ab. Aufgrund des Friedman-Testes muss die Nullhypothese, dass es keine statistisch signifikanten Unterschiede gibt, beibehalten werden (vgl. Tabelle 154).

Auch bei den *Bulimikerinnen* kommt es zu einer Abnahme ihres Bedürfnisses nach Kontrolle. Dieser Rückgang ist bereits während der stationären Behandlung beobachtbar und setzt sich dann nach einer leichten Zunahme ½ Jahr nach Austritt wieder fort. Im Friedman-Test zeigt sich kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen mindestens zwei Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 154).

**Tabelle 154: Friedman-Test für Bedürfnis nach Kontrolle**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Bedürfnis nach Kontrolle _1 | 3.3333 | .68907 | 3.4833 | 5.25 | 4 | 7.590 | 5 | .180 |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _2 | 3.1083 | .73705 | 3.2500 | 4.50 | | | | |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _3 | 2.5517 | 1.11229 | 2.5000 | 2.50 | | | | |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _4 | 2.6583 | .49991 | 2.6833 | 2.63 | | | | |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _5 | 2.8917 | .64543 | 3.1167 | 3.50 | | | | |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _6 | 2.3508 | .62013 | 2.5850 | 2.63 | | | | |
| Bulimikerinnen | Bedürfnis nach Kontrolle _1 | 2.6133 | .55408 | 2.6667 | 5.20 | 5 | 6.842 | 5 | .233 |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _2 | 2.23333 | .89038 | 2.3667 | 3.10 | | | | |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _3 | 1.9800 | 1.07279 | 1.4667 | 3.40 | | | | |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _4 | 2.1600 | .94440 | 1.8000 | 3.90 | | | | |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _5 | 1.8933 | 1.11937 | 1.4333 | 3.00 | | | | |
| | Bedürfnis nach Kontrolle _6 | 1.8133 | .84905 | 1.2667 | 2.40 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen können ihr Bedürfnis nach Kontrolle über den Verlauf der Erhebung bis zwei Jahre nach Austritt deutlich verringern. Bei den Anorektikerinnen ist im Vergleich zu den Bulimikerinnen immer ein etwas höheres Bedürfnis nach Kontrolle zu beobachten, was aus der Theorie auch nachvollziehbar ist. Die Anorexie wird oft als Streben nach Autonomie bezeichnet und das heisst natürlich auch, dass die jugendlichen Anorektikerinnen versuchen, wenigstens ihr eigene Nahrungsaufnahme zu kontrollieren. Trotzdem gelingt es beiden klinischen Stichproben, dieses Bedürfnis zu reduzieren (ob es dann auch tatsächlich auf der Handlungsebene zu einer Veränderung kommt, ist damit aber noch nicht geklärt).

- *Kontrollwahrnehmung*

Neben dem Bedürfnis nach Kontrolle wurde in der klinischen Stichprobe auch die Wahrnehmung der eigenen Kontrolle erhoben. Bei beiden klinischen Stichproben kommt es zu einer Zunahme ihrer Kontrollwahrnehmung. Die Verläufe sind aber ein bisschen anders (vgl. Abbildung 35).
Bei den *Anorektikerinnen* kommt es nach sechs Wochen Aufenthalt zu einem deutlichen Anstieg ihrer Wahrnehmung der Kontrolle. Diese sinkt bei Austritt wieder ein bisschen ab und bleibt während den katamnestischen Erhebungen ziemlich konstant. Im Friedman-Test zeigen sich keine statistisch signifikanten Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten (vgl. Tabelle 155).
Bei den Bulimikerinnen hingegen muss die Alternativhypothese aufgrund des Friedman-Tests angenommen werden, die besagt, dass es zwischen mindestens zwei Erhebungszeitpunkten signifikante Mittelwertsunterschiede gibt (vgl. Tabelle 155). Bei den Bulimikerinnen kommt es während der stationären Behandlung zu keinen nennenswerten Veränderungen in der Kontrollwahrnehmung. Ein Jahr nach Austritt zeigt sich aber eine deutliche Zunahme ihrer Kontrollwahrnehmung, die auch zwei Jahre nach Austritt noch ähnlich hoch liegt. Um dieses Resultat aus dem Friedman-Test besser interpretieren zu können, wurden Einzelvergleiche mit dem Vorzeichenrangtest nach Wilcoxon durchgeführt (vgl. Tabelle 156). Dabei zeigte sich, dass der

Mittelwert ein Jahr nach Austritt sich signifikant von den Eintrittserhebung (Z = -2.032, p = .042*), der Messung nach sechs Wochen Aufenthalt (Z = -2.070, p = .038*) und bei Austritt (Z = -2.033, p = .043*) unterscheidet. Zudem gibt es auch einen signifikanten Unterschied zwischen der Erhebung zwei Jahre nach Austritt und der Erhebung nach sechs Wochen Aufenthalt (Z = -2.032, p = .042*).

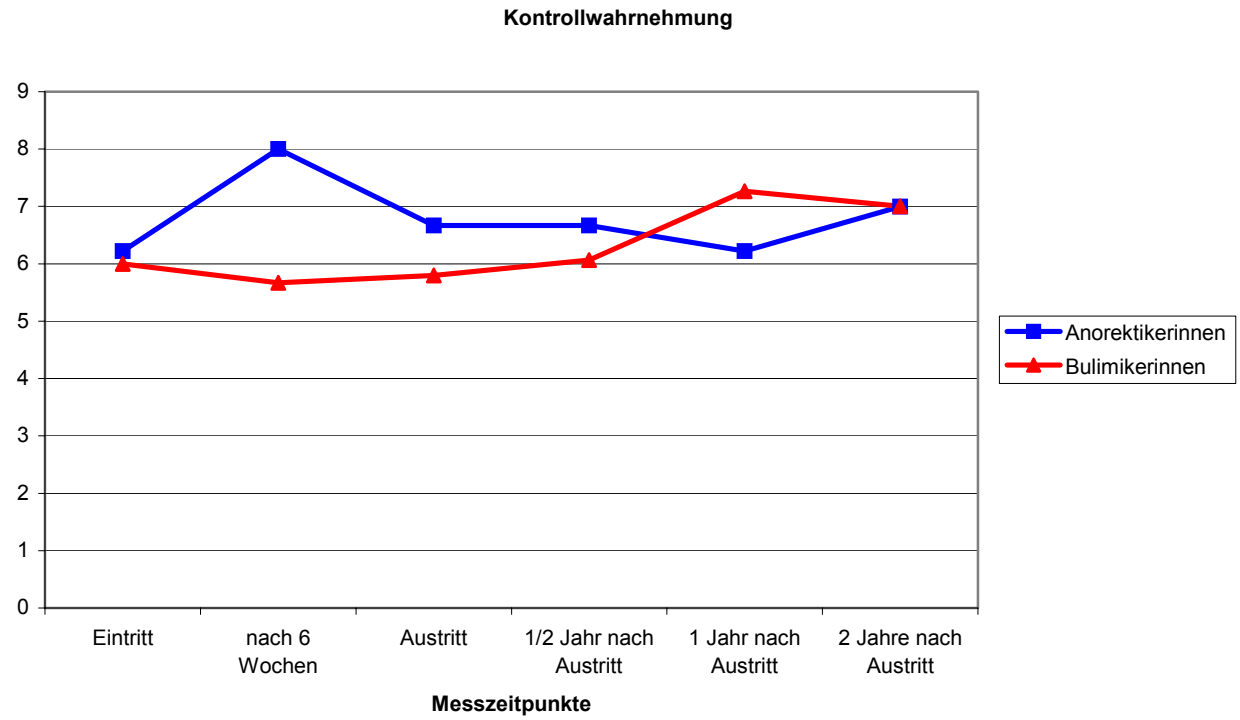


**Abbildung 35: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Kontrollwahrnehmung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

**Tabelle 155: Friedman-Test für Kontrollwahrnehmung**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Kontrollwahrnehmung _1 | 6.2222 | 3.23751 | 7.0000 | 4.00 | 3 | 1.700 | 5 | .889 |
| | Kontrollwahrnehmung _2 | 8.0000 | 1.00000 | 8.0000 | 4.00 | | | | |
| | Kontrollwahrnehmung _3 | 6.6667 | 3.05505 | 7.3333 | 3.33 | | | | |
| | Kontrollwahrnehmung _4 | 6.6667 | 1.45297 | 7.3333 | 3.17 | | | | |
| | Kontrollwahrnehmung _5 | 6.2222 | 1.17063 | 6.3333 | 2.50 | | | | |
| | Kontrollwahrnehmung _6 | 6.9989 | 1.52716 | 7.3300 | 4.00 | | | | |
| Bulimikerinnen | Kontrollwahrnehmung _1 | 6.0000 | 1.94365 | 5.6667 | 3.00 | 5 | 11.250* | 5 | .047 |
| | Kontrollwahrnehmung _2 | 5.6667 | 1.81046 | 6.3333 | 2.00 | | | | |
| | Kontrollwahrnehmung _3 | 5.8000 | 3.11448 | 6.6667 | 2.90 | | | | |
| | Kontrollwahrnehmung _4 | 6.0667 | .86281 | 6.3333 | 3.20 | | | | |
| | Kontrollwahrnehmung _5 | 7.2667 | 1.75436 | 7.6667 | 5.40 | | | | |
| | Kontrollwahrnehmung _6 | 7.0000 | 1.88562 | 7.6667 | 4.50 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

**Tabelle 156: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Kontrollwahrnehmung bei den Bulimikerinnen**

| Skala | N | Mittelwert | Standard-abweichung | Median (50. Perzentile) | Prüfgrösse z | Asymptotische Signifikanz (2-seitig) |
|---|---|---|---|---|---|---|
| Kontrollwahrnehmung_1 | 5 | 6.0000 | 1.94365 | 5.6667 | -.552 | .581 |
| Kontrollwahrnehmung_2 | 5 | 5.6667 | 1.81046 | 6.3333 | | |
| Kontrollwahrnehmung_1 | 5 | 6.0000 | 1.94365 | 5.6667 | -.365 | .715 |
| Kontrollwahrnehmung_3 | 5 | 5.8000 | 3.11448 | 6.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_1 | 5 | 6.0000 | 1.94365 | 5.6667 | -.135 | .893 |
| Kontrollwahrnehmung_4 | 5 | 6.0667 | .86281 | 6.3333 | | |
| Kontrollwahrnehmung_1 | 5 | 6.0000 | 1.94365 | 5.6667 | -2.032* | .042 |
| Kontrollwahrnehmung_5 | 5 | 7.2667 | 1.75436 | 7.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_1 | 5 | 6.0000 | 1.94365 | 5.6667 | -1.225 | .221 |
| Kontrollwahrnehmung_6 | 5 | 7.0000 | 1.885625 | 7.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_2 | 5 | 5.6667 | 1.81046 | 6.3333 | -.365 | .715 |
| Kontrollwahrnehmung_3 | 5 | 5.8000 | 3.11448 | 6.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_2 | 5 | 5.6667 | 1.81046 | 6.3333 | -.271 | .786 |
| Kontrollwahrnehmung_4 | 5 | 6.0667 | .86281 | 6.3333 | | |
| Kontrollwahrnehmung_2 | 5 | 5.6667 | 1.81046 | 6.3333 | -2.070* | .038 |
| Kontrollwahrnehmung_5 | 5 | 7.2667 | 1.75436 | 7.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_2 | 5 | 5.6667 | 1.81046 | 6.3333 | -2.032* | .042 |
| Kontrollwahrnehmung_6 | 5 | 7.0000 | 1.885625 | 7.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_3 | 5 | 5.8000 | 3.11448 | 6.6667 | .000 | 1.000 |
| Kontrollwahrnehmung_4 | 5 | 6.0667 | .86281 | 6.3333 | | |
| Kontrollwahrnehmung_3 | 5 | 5.8000 | 3.11448 | 6.6667 | -2.023* | .043 |
| Kontrollwahrnehmung_5 | 5 | 7.2667 | 1.75436 | 7.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_3 | 5 | 5.8000 | 3.11448 | 6.6667 | -1.483 | .138 |
| Kontrollwahrnehmung_6 | 5 | 7.0000 | 1.885625 | 7.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_4 | 5 | 6.0667 | .86281 | 6.3333 | -1.761 | .078 |
| Kontrollwahrnehmung_5 | 5 | 7.2667 | 1.75436 | 7.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_4 | 5 | 6.0667 | .86281 | 6.3333 | -1.461 | .144 |
| Kontrollwahrnehmung_6 | 5 | 7.0000 | 1.885625 | 7.6667 | | |
| Kontrollwahrnehmung_5 | 5 | 7.2667 | 1.75436 | 7.6667 | -1.089 | .276 |
| Kontrollwahrnehmung_6 | 5 | 7.0000 | 1.885625 | 7.6667 | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

In den beiden klinischen Stichproben ist die Kontrollwahrnehmung eigentlich durchgängig ziemlich hoch. Bei den Anorektikerinnen kommt es während des stationären Aufenthaltes vor allem nach sechs Wochen Aufenthalt zu einem deutlich Anstieg und dann einem ziemlich gleich bleibenden Verlauf während der weiteren Erhebungen. Bei den Bulimikerinnen zeigt sich die Veränderung in der Kontrollwahrnehmung eigentlich erst in den katamnestischen Erhebungen. Die Unterschiede zwischen den beiden klinischen Stichproben sind eher gering.

- *Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung*

Die negative psychische Befindlichkeit und Stimmung wurde sowohl in der klinischen als auch in der Normstichprobe erhoben. Somit ist es möglich, auch einen Vergleich mit der Normstichprobe zu machen. Es zeigt sich dabei, dass es zwischen den drei Stichproben signifikante Mittelwertsunterschiede gibt, und zwar bei Eintritt ($\chi^2$ = 13.868, df = 2, p = .001***), nach sechs Wochen Aufenthalt ($\chi^2$ = 11.329, df = 2, p = .003**), ½ Jahr nach Austritt ($\chi^2$ = 11.554, df = 2, p = .003**) und ein Jahr nach Austritt ($\chi^2$ = 11.554, df = 2, p = .003**). Die Unterschiede sind sowohl auf signifikante Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe (bei Eintritt: U = 44, p = .001***; nach sechs Wochen: U = 66.5, p = .011** und ½ Jahr nach Austritt: U = 210, p = .024*) als auch auf die signifikanten Unterschiede zwischen den Bulimikerinnen und der

Normstichprobe (bei Eintritt: U = 375, p = .050*; nach sechs Wochen: U = 323.5, p = .026*; ½ Jahr nach Austritt: U = 254, p = .010** und ein Jahr nach Austritt: U =148.5, p = .002**) zurückzuführen (vgl. Abbildung 36).

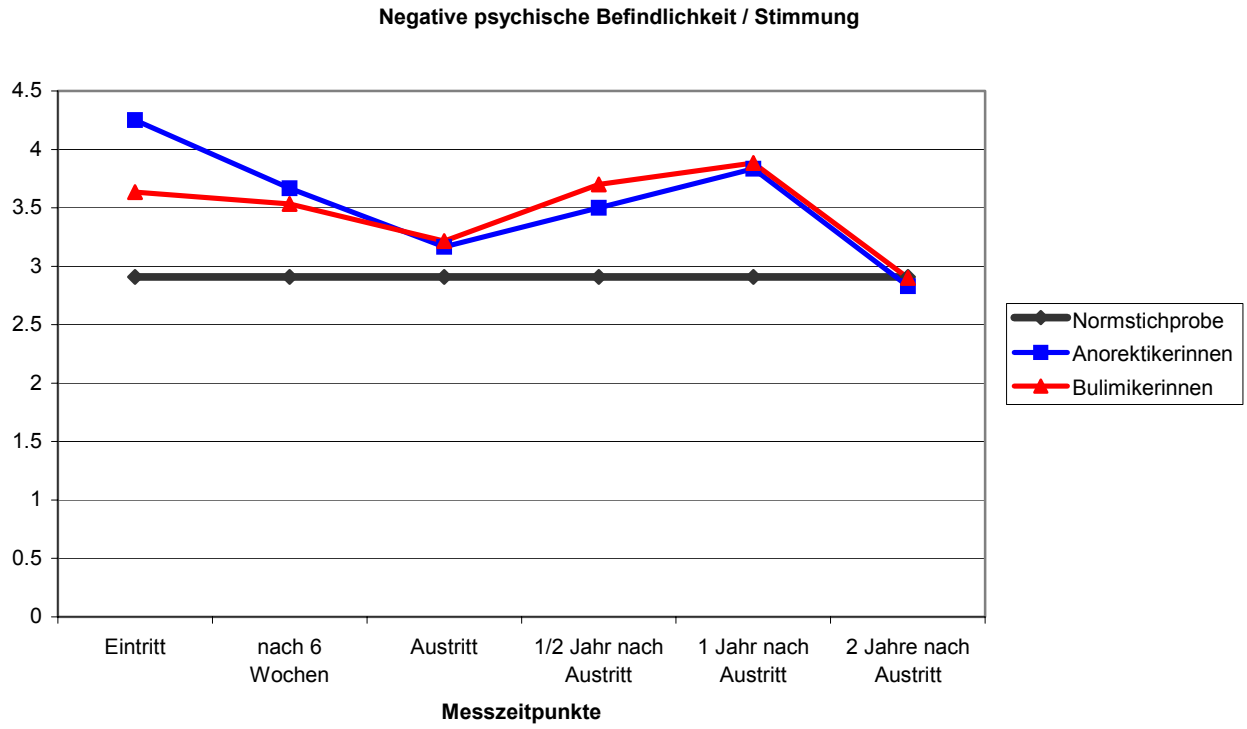


**Abbildung 36: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen**

Die Anorektikerinnen und die Bulimikerinnen zeigen einen sehr ähnlichen Verlauf für die Skala Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung. Bei Eintritt haben die Anorektikerinnen noch höhere Werte als die Bulimikerinnen, diese nehmen ab und sind bei Austritt etwa gleich hoch wie die Mittelwerter der Bulimikerinnen und katamnestisch sogar geringfügig geringer als bei den Bulimikerinnen. Nach einer kontinuierlichen Abnahme bis Austritt aus der Psychotherapiestation kommt es ½ Jahr und ein Jahr nach Austritt wieder zu einer Zunahme ihrer negativen Stimmung und erst zwei Jahren nach Austritt wieder zu einem erneuten Abfall (und einer Angleichung an die Normstichprobe). Für die Anorektikerinnen kann der Friedman-Test für die Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung nicht berechnet werden, da zu wenige Daten vorhanden sind.

Bei den *Bulimikerinnen* zeigt sich bei Austritt eine Abnahme ihrer negativen psychischen Befindlichkeit. Diese negative Befindlichkeit steigt bis ein Jahr nach Austritt ein bisschen an und fällt dann wieder ab und nähert sich der Normstichprobe an. Aufgrund des Friedman-Tests für die Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung bei den Bulimikerinnen muss die Nullhypothese beibehalten werden, dass es keine statistisch signifikanten Mittelwertsunterschiede zu den sechs Erhebungszeitpunkten gibt (vgl. Tabelle 157).

**Tabelle 157: Friedman-Test Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung bei Bulimikerinnen**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Bulimikerinnen | Negative psychische Befindlichkeit_1 | 3.6333 | 1.21849 | 3.9167 | 4.40 | 5 | 6.387 | 5 | .270 |
| | Negative psychische Befindlichkeit_2 | 3.5333 | .53554 | 3.7500 | 4.20 | | | | |
| | Negative psychische Befindlichkeit_3 | 3.2167 | .60553 | 3.2500 | 2.50 | | | | |
| | Negative psychische Befindlichkeit_4 | 3.7000 | .61689 | 3.4167 | 3.30 | | | | |
| | Negative psychische Befindlichkeit_5 | 3.8833 | .43141 | 3.9167 | 4.30 | | | | |
| | Negative psychische Befindlichkeit_6 | 2.9000 | .90791 | 3.5000 | 2.30 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Bezüglich der Skala Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung zeigt sich bei der klinischen Stichprobe bereits bei Austritt aus der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen eine Angleichung an die Normstichprobe. Sie berichten nicht mehr so stark von einer negativen Stimmung. Diese negative Stimmung nimmt aber nochmals zu, um sich erst nach zwei Jahren erneut an die Mittelwerte der Normstichprobe anzunähern. Es zeigt sich hier wie bei so vielen untersuchten Skalen, dass es nach Austritt zu einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik kommt und erst nach zwei Jahren wieder zu einer Verbesserung.

- *Introversion / Extraversion*

Die Skala Introversion / Extraversion wurde in allen drei untersuchten Stichproben erhoben. Es zeigt sich dabei einzig ein Jahr nach Austritt ein signifikanter Unterschied in den Mittelwerten ($\chi^2$ = 6.442, df = 2, p = .040*). Dieser Unterschied ist auf einen signifikanten Unterschied zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe zurückzuführen (U = 270.500, p = .012*). Man kann nicht einen Trend ausmachen, dass die klinische Stichprobe bezüglich dieser Skala durchgängig eher tiefere oder höhere Mittelwerte hat. Die Anorektikerinnen zeigen bei Eintritt, Austritt und zwei Jahre nach Austritt geringere Werte als die Normstichprobe. Bei den Bulimikerinnen hingegen kommt es zwei Jahre nach Austritt zu einem geringeren Mittelwert als bei der Normstichprobe (vgl. Abbildung 37).

Die *Anorektikerinnen* zeigen nach sechs Wochen Aufenthalt eine deutliche Zunahme auf der Skala Introversion / Extraversion. Bei Austritt fallen die Mittelwerte dann wieder ab, um katamnestisch wieder leicht anzusteigen und nach zwei Jahren auf das Eintritts- und Austrittsniveau zurückzufallen. Im Friedman-Test kann kein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten festgestellt werden (vgl. Tabelle 158).

Die *Bulimikerinnen* haben im Vergleich zu den Anorektikerinnen eher höhere Werte. Auch bei ihnen kommt es nach sechs Wochen Aufenthalt zu einem Anstieg der Skala Introversion / Extraversion und dann zu einem Abfall, bis es ein Jahr nach Austritt nochmals einen deutlichen Anstieg gibt und nach zwei Jahren einen deutlichen Abfall. Aufgrund des Friedman-Testes muss die

Alternativhypothese, dass es Unterschiede zwischen den sechs Erhebungszeitpunkten gibt, verworfen werden (vgl. Tabelle 158).

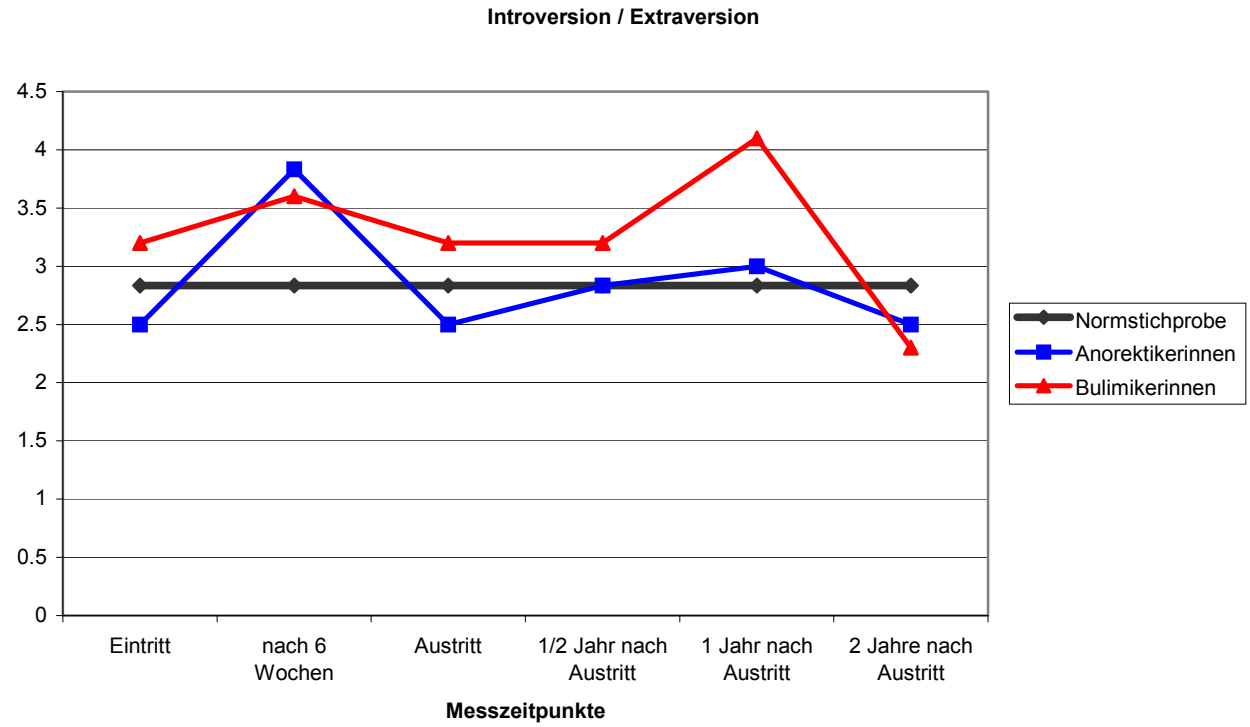


**Abbildung 37: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Introversion / Extraversion zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe**

**Tabelle 158: Friedman-Test für Introversion / Extraversion**

| Stichprobe | Skala | Mittelwert | Standardabweichung | 50. Perzentile (Median) | Mittlerer Rang | N | Chi-Quadrat | Freiheitsgrade df | Asymptotische Signifikanz |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| Anorektikerinnen | Introversion / Extraversion _1 | 2.5000 | .50000 | 2.5000 | 2.67 | 3 | 6.022 | 5 | .304 |
| | Introversion / Extraversion _2 | 3.8333 | 1.25831 | 4.0000 | 5.33 | | | | |
| | Introversion / Extraversion _3 | 2.5000 | .50000 | 2.5000 | 2.67 | | | | |
| | Introversion / Extraversion _4 | 2.8333 | .28868 | 3.0000 | 3.67 | | | | |
| | Introversion / Extraversion _5 | 3.0000 | .50000 | 3.0000 | 4.17 | | | | |
| | Introversion / Extraversion _6 | 2.5000 | .50000 | 2.5000 | 2.50 | | | | |
| Bulimikerinnen | Introversion / Extraversion _1 | 3.2000 | 1.68077 | 3.0000 | 2.70 | 5 | 8.914 | 5 | .113 |
| | Introversion / Extraversion _2 | 3.6000 | 1.43178 | 3.5000 | 3.90 | | | | |
| | Introversion / Extraversion _3 | 3.2000 | 1.68077 | 3.0000 | 2.70 | | | | |
| | Introversion / Extraversion _4 | 3.2000 | .57009 | 3.0000 | 4.40 | | | | |
| | Introversion / Extraversion _5 | 4.1000 | .82158 | 3.5000 | 4.90 | | | | |
| | Introversion / Extraversion _6 | 2.3000 | 1.03682 | 2.5000 | 2.40 | | | | |

*** p <.001, ** p<.01, * p <.05

Die Skala Introversion und Extraversion unterscheidet sich im Verlauf bei den Anorektikerinnen und der Normstichprobe nicht stark voneinander. Die Bulimikerinnen haben insgesamt aber eher höhere Werte und es kommt erst zwei Jahre nach Austritt zu einer Angleichung an die Normstichprobe.

- *Body Mass Index (BMI)*

Zum Schluss sei noch kurz auf die Veränderungen hingewiesen, die sich beim BMI zeigen. Bei den Bulimikerinnen kommt es zu einer geringfügigen Abnahme ihres BMI während der Behandlung. Bei den Anorektikerinnen hingegen kann eine Zunahme in ihrem BMI während der stationären Behandlung beobachtet werden. Die Anorektikerinnen haben auch bei Austritt noch einen tieferen BMI als die Normstichprobe, aber der Unterschied zwischen den Mittelwerten ist nicht mehr so ausgeprägt (vgl. Abbildung 38).

Diese Beobachtung haben auch Paul, Jacobi, Thiel und Meermann (1991) in der Behandlung mit Anorektikerinnen gemacht. Sie konnten zeigen, dass es nach Ende der Therapie zu einer Gewichtszunahme gekommen war. Diese konnte dann leider im weiteren Verlauf nicht beibehalten werden. Leider kann an dieser Stelle keine Angabe über den weiteren Gewichtsverlauf gemacht werden, da es versäumt wurde, das Gewicht zu den Katamnesezeitpunkten zu erheben, da man zu Beginn der Evaluation davon ausging, dass alle Klientinnen auch nach Beendigung der stationären Therapie weiterhin ein Gewichtskonzept in der Psychotherapiestation haben und somit die Gewicht vorhanden sind (was aber eben nicht der Fall ist).

**Abbildung 38: Grafische Darstellung der Mittelwerte der BMI zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe**

#### 3.3.3.1 Beantwortung und Diskussion der Hypothesen zum Verlauf

Abschliessend sei an dieser Stelle noch einmal kurz auf die verschiedenen Ergebnisse der Evaluationsstudie eingegangen, wobei das Hauptaugenmerk auf den Verlauf gelegt wird.

Mit einer ersten Fragestellung wurde untersucht, ob verschiedene Faktoren einen Einfluss auf die beobachteten Konstrukte haben, wie zum Beispiel die Vollständigkeit der Daten. Die meisten Daten fehlen für die katamnestischen Erhebungen, was auch nachvollziehbar ist, weil während des stationären Aufenthaltes oft mit mehrmaligem Nachfragen auf den fehlenden Fragebogen hingewiesen werden konnte. Bei Eintritt konnten nur bei den Bulimikerinnen ein Unterschied gefunden werden: Bulimikerinnen mit einem vollständigen Datensatz hatten ausgeprägteres bulimisches Verhalten als die Bulimikerinnen mit einem unvollständigen Datensatz. Alle anderen Unterschiede sind auf Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen zurückzuführen und haben nichts mit der Vollständigkeit der Daten zu tun. Bei Austritt zeigte sich bei den Anorektikerinnen ein signifikanter Unterschied bezüglich der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht (Anorektikerinnen mit fehlenden Daten hatten eine höhere Besorgtheit als solche mit einem vollständigen Datensatz). Bei den Bulimikerinnen zeigten sich sonst keine Unterschiede zwischen denjenigen mit einem vollständigen Datensatz und denjenigen mit fehlenden Daten. Das bedeutet, dass man auch hier davon ausgehen muss, dass es keine Unterschiede gibt zwischen den Klientinnen mit einem vollständigen Datensatz und solchen mit einem unvollständigen Datensatz, sondern dass die Unterschiede vor allem auf Unterschiede zwischen den beiden klinischen Stichproben zurückgeführt werden können.

In einer zweiten Fragestellung wurde untersucht, ob es Unterschiede gibt zwischen Klientinnen, die einmalig hospitalisiert waren und solchen, die mehrmals hospitalisiert waren (Anzahl Aufenthalte). Dabei zeigte sich bei Eintritt, dass es vor allem signifikante Unterschiede zwischen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen sind und nicht zwischen denjenigen Klientinnen mit einem oder mehreren Aufenthalten. Bei Austritt zeigte sich bei den Bulimikerinnen ein signifikanter Unterschied bezüglich der Negativen Körperlichen Selbsteinschätzung: Bulimikerinnen mit einem Aufenthalt hatten eine höhere Negative körperliche Selbsteinschätzung als Bulimikerinnen mit mehreren Aufenthalten. Man kann nicht sagen, dass Klientinnen mit mehreren Aufenthalten eine stärkere und ausgeprägtere Essstörungssymptomatik haben.

Die dritte Fragestellung befasste sich mit Unterschieden bezüglich der Art des Aufenthaltes. Die Klientinnen können zwischen einem zweiwöchigen, sogenannten Brechentzug und einem längeren Aufenthalt entscheiden. In den letzten Jahren wurde aber auch von der Seite des Behandlungsteams das Recht herausgenommen, den Aufenthalt nach einer zweiwöchigen Probephase abzubrechen, wenn man merkte, dass die Klientin gar nicht motiviert und bereit war, sich auf eine Behandlung einzulassen. Bei Eintritt zeigten sich einige Unterschiede zwischen den Klientinnen, die sich für

einen Brechentzug entschieden und solchen, die einen längeren Aufenthalt machten (BMI, Essen als Mittel gegen emotionale Belastung, Konfliktvermeidung). Die Bulimikerinnen, die einen Brechentzug machten hatten dabei tiefere BMI-Werte, betrachteten das Essen weniger als Mittel gegen emotionale Belastungen und zeigten eine weniger ausgeprägte Konfliktvermeidung. Bei Austritt gab es noch Unterschiede bezüglich des BMI und der Kontrollwahrnehmung. Die Bulimikerinnen, die einen Brechentzug machten, hatten weiterhin tiefere BMI-Werte und eine weniger stark ausgeprägte Kontrollwahrnehmung.

In einer abschliessenden Fragestellung wurden die Verläufe derjenigen Klientinnen betrachtet, für die ein vollständiger Datenverlauf über die sechs Erhebungszeitpunkte vorliegt. An dieser Stelle sei nicht noch einmal auf jede einzelne Skala eingegangen, sondern versucht, auf Muster hinzuweisen. Man kann festhalten, dass es nach der stationären Behandlung bei sehr vielen Skalen zu einer deutlichen Verbesserung kommt. Typisch ist ein Rückgang dieser Verbesserung im katamnestischen Verlauf. Manchmal war eine Verschlechterung bereits ½ Jahr nach Austritt zu beobachten, manchmal erst nach einem Jahr nach Austritt. Man kann vermuten, dass es für viele essgestörte Klientinnen extrem schwierig ist, ihre Symptomreduktion, die sie während der stationären Behandlung erreichen konnten, auch später noch beizubehalten. Es lässt jedoch optimistisch stimmen, dass es meist zwei Jahre nach Austritt wieder zu einer Abnahme der Symptome kommt. Diese Beobachtung legt den Schluss nahe, dass viele Klientinnen vielleicht nicht genügend auf den Austritt vorbereitet sind und es deshalb gegen Ende der Behandlung enorm wichtig wäre, dass sie auf ihren Austritt und den Umgang mit Schwierigkeiten zu Hause vorbereitet werden. Diese Beobachtung deckt sich auch mit Rückmeldungen, die die Klientinnen bei Ausstritt in schriftlicher Form geben. Viele von ihnen fühlen sich auf den Austritt nur ungenügend oder schlecht vorbereitet. In der Psychotherapiestation können sie gut von den Strukturen profitieren und wissen zu Hause erst einmal nicht, wie sie mit ihren neu wiedergewonnen Freiheiten umgehen sollen. Diese Ergebnisse sind nur teilweise mit den Ergebnissen der Studie von Paul, Jacobi, Thiel und Meermann (1991) zu vereinen. Sie konnten bei den Bulimikerinnen nämlich feststellen, dass es zu bei den Katamnesezeitpunkten zu einer Stabilisierung der während der stationären Behandlung erreichten Veränderungen kam und diese teilweise sogar noch verbessert werden konnten. In der vorliegenden Studie hingegen kam es häufig auch nach zwei Jahren zu einer erneuten Verbesserung der Symptomatik, aber zwischenzeitlich gab es häufig so etwas wie eine „Durststrecke“ mit einer vorübergehenden Zunahme der Symptomatik. Auch Fichter (2000) wies auf die Problematik der katamnestischen Erhebungen hin. Sie konnten in Übereinstimmung mit der vorliegenden Studie zeigen, dass es in den ersten zwei Jahren nach Beendigung der Therapie teilweise zu einer Verschlechterung der Symptomatik kam und sich erst im weiteren Verlauf von zwei bis sechs Jahren nach Abschluss der stationären Therapie wirklich eine Heilung zeigt. Das würde für die

vorliegende Studie bedeuten, dass es auch wichtig wäre, die Klientinnen noch viel später erneut zu befragen.

An dieser Stelle sei auf die zu Beginn der Studie formulierten Hypothesen in Bezug auf den Verlauf bei der klinischen Stichprobe eingegangen. Es wurde die Hypothese formuliert, dass es vor allem in den ersten zwölf Monaten nach Beendigung der Therapie zu Rückfällen kommt (Köpp & Wegschneider, 2000; Kaplan & Olmsted, 1997). Dies lässt sich anhand der Verlaufsuntersuchung klar bestätigen. Bei den Klientinnen konnten meist katamnestisch nach einem halben Jahr oder einem Jahr eine erneute Zunahme der Symptomatik beobachtet werden, aber diese nahm zwei Jahre nach Austritt immer wieder ab. Die zweite Hypothese, dass die Veränderungen des symptomatischen Verhaltens auch katamnestisch aufrechterhalten werden können, kann leider aufgrund der Verlaufsuntersuchung so nicht bestätigt werden. Es kommt, wie oben ausgeführt wurde, häufig zu einer Zunahme der Symptomatik nach Austritt. Die dritte Hypothese, dass es bezüglich den Bereichen des Körperkonzeptes zu einer deutlichen Verbesserung kommt, sei an dieser Stelle etwas ausführlicher diskutiert. Bei Beginn der stationären Behandlung gibt es bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung, der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und der Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei der klinischen Stichprobe signifikante Unterschiede zur Normstichprobe. Diese (signifikanten) Unterschiede werden während der stationären Behandlung kleiner und bei Austritt gibt es keine signifikanten Unterschiede mehr. Bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung haben die Anorektikerinnen im Vergleich zu den Bulimikerinnen eine deutlich geringere Ausprägung. Das bedeutet, dass sie sich meistens als gerade richtig einschätzen. Die Bulimikerinnen hingegen zeigen die Tendenz, sich eher als zu dick einzuschätzen. Während der stationären Behandlung kommt es zu einer Abnahme dieser Negativen körperlichen Selbsteinschätzung der Bulimikerinnen und einer Annäherung an die Anorektikerinnen. Die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung scheint sich bei den Anorektikerinnen vor allem während des stationären Aufenthaltes signifikant zu verbessern. Bei den Bulimikerinnen geschehen die Veränderungen bezüglich der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung meistens erst im Anschluss an die stationäre Behandlung. Auch bei Austritt haben die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen noch eine signifikant tiefere Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung als die Normstichprobe. Buddeberg-Fischer und Klaghofer (2002) konnten in ihrer Studie zeigen, dass es nach der Adoleszenz allgemein zu einer Festigung des Körpererlebens kommt und der Körper nicht mehr so angstbesetzt erlebt wird. Man kann davon ausgehen, dass es bei der Verbesserung der Bereiche des Körperkonzeptes bei den Bulimikerinnen auch zu entwicklungsbedingten Veränderungen kam.

An dieser Stelle sei noch kurz die Entwicklung der Bereiche des Selbstkonzeptes erwähnt, weil dies ebenfalls ein Hauptaugenmerk dieser Studie ist. Einzig bezüglich der Selbstwirksamkeit zeigten

sich im Verlauf der Behandlung und in den daran anschliessenden Katamneseerhebungen keine allzu grossen Veränderungen. Die Selbstwirksamkeit scheint ziemlich konstant zu sein und nicht allzu grossen Schwankungen unterworfen zu sein. Die Negative Selbstbeurteilung war zu Beginn der Behandlung sehr hoch, dabei hatten die Anorektikerinnen im Vergleich zu den Bulimikerinnen noch höhere Werte. Im Verlauf der Therapie kam es dann aber zu einer Abnahme dieser negativen Selbstbeurteilungen und einer Zunahme der positiven Selbstbeurteilungen. Gab es bezüglich der Negativen Selbstbeurteilung bei Eintritt noch signifikante Unterschiede, waren diese bei Austritt nicht mehr zu beobachten. Bezüglich der Positiven Selbstbeurteilung gab es bei Austritt noch signifikante Unterschiede. In dem Mass, in dem sich die Anorektikerinnen selbst negativer einschätzten, haben sie auch geringere positive Selbstbeurteilungen vorgenommen. Es kommt aber während des stationären Aufenthaltes ganz klar zu einer Angleichung an die Normstichprobe.

# 4 Diskussion

In dieser abschliessenden Diskussion wird zunächst eine abschliessende und zusammenfassende Darstellung der Ergebnisse der Studie gezeigt. In einem zweiten Teil wird die Implikation der Evaluationsstudie auf den therapeutischen Alltag in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen diskutiert. In einem abschliessenden dritten Teil werden verschiedene methodische Probleme der vorliegenden Studie und somit die Grenzen dieser Studie analysiert.

## 4.1 Abschliessende Diskussion der Ergebnisse der Studie

In einer ersten Fragestellung wurde untersucht, welche Unterschiede es zwischen den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen (bei Eintritt) und der Normstichprobe gibt. Dabei zeigte sich, dass es mit der Ausnahme der Einstellung zu Sport und dem Alter bei allen untersuchten Bereichen im Zusammenhang mit der Essstörung signifikante Unterschiede zwischen diesen drei Gruppen gibt. Dabei sind es überwiegend die signifikanten Unterschiede zwischen den Anorektikerinnen und der Normstichprobe und den Bulimikerinnen und der Normstichprobe, die diese Ergebnisse erklären können. Einzig bezüglich des BMI gibt es nur zwischen den Anorektikerinnen und der weiblichen Normstichprobe einen signifikanten Unterschied. Die Anorektikerinnen haben in Übereinstimmung mit den Diagnosekriterien nach ICD-10 oder DSM-IV den tiefsten BMI. Weder zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen, noch zwischen den Bulimikerinnen und der Normstichprobe gibt es keinen signifikanten Unterschied. Dies spricht dafür, dass die Bulimikerinnen im Vergleich zu den Anorektikerinnen einen höheren BMI haben und der Unterschied zu der Normstichprobe nicht signifikant ist. Bezüglich der Introversion / Extraversion gibt es nur zwischen den Bulimikerinnen und der weiblichen Normstichprobe einen signifikanten Unterschied. Die Bulimikerinnen haben eine stark ausgeprägte Introversion / Extraversion im Vergleich zu der Normstichprobe. Dies könnte man dadurch erklären, dass Bulimikerinnen oft stark in Gegensätzen denken und leben (das bekannte Schwarz-Weiss-Denken). Einzig bezüglich der Negativen körperlichen Selbsteinschätzung gibt es zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen einen signifikanten Unterschied. Die Anorektikerinnen haben eine wenig ausgeprägte negative körperliche Selbsteinschätzung. Das bedeutet, dass sie ihren Körper kaum negativ oder als zu dick einschätzen, was auch realistisch und nachvollziehbar ist. Die Bulimikerinnen hingegen haben eine sehr ausgeprägte negative Selbsteinschätzung, sie fühlen sich

durchgängig als zu dick. Auch die Jugendlichen der Normstichprobe fühlen sich manchmal zu dick, jedoch nicht in dem Ausmass wie die Bulimikerinnen. Es scheint, als ob nur Bulimikerinnen ihren Körper negativ einschätzen und sich zu dick fühlen.

Bezüglich der Zusammenhänge bei den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe fällt auf, dass es bezüglich der Facetten des Körperkonzeptes (Negative körperliche Selbsteinschätzung, Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung und Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht) kaum signifikante Unterschiede gibt. Auffallend sind die signifikanten Unterschiede zwischen den Korrelationen in Bezug auf die Einstellung zu Sport. Bei den Anorektikerinnen und der weiblichen Normstichprobe scheint die Motivation, Sport zu treiben, sehr unterschiedlich zu sein. Wenn Anorektikerinnen ihren Körper negativ einschätzen, dann haben sie eine grössere Motivation, Sport zu machen. Sind sie jedoch zufrieden mit ihrer körperlichen Erscheinung, ist die Motivation, sich sportlich zu betätigen kleiner. Anorektikerinnen scheinen den Sport vorwiegend als Mittel für eine Gewichtsreduktion anzusehen. Dies ist bei Bulimikerinnen nicht zu beobachten. Ein weiterer erwähnenswerter Unterschied besteht darin, dass Anorektikerinnen im Unterschied zu Bulimikerinnen und der Normstichprobe eine höhere Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung haben, je älter sie sind. Nur bei Anorektikerinnen gibt es diesen positiven Zusammenhang, der auf den Einfluss des Alters hinweist. Bei der Korrelation zwischen den Facetten des Körperkonzeptes (Negative und Positive Selbstbeurteilung und Selbstwirksamkeit) zeigen sich kaum signifikante Unterschiede zwischen Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe. Der Zusammenhang zwischen der Depressivität und der Negativen Selbstbeurteilung ist nur bei den Anorektikerinnen negativ. Ihre Negative Selbstbeurteilung scheint nicht mit ihrer Depressivität anzusteigen, sondern im Gegenteil abzufallen.

In einem dritten Schritt wurden auch noch versucht, verschiedene Konzepte vorherzusagen. Bei der Vorhersage der Facetten des Körperkonzeptes zeigten sich zwischen den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen kaum Unterschiede. Die Besorgtheit um das Aussehen, Figur und Gewicht konnte durch die Zügelung des Essens und die Negative Wahrnehmung des Essens vorhergesagt werden. Die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung scheint bei den Anorektikerinnen und den Bulimikerinnen durch andere Konstrukte am besten vorhersagt werden zu können: Bei den Bulimikerinnen sind es die Negative körperliche Selbsteinschätzung und die Gruppenzugehörigkeit. Das heisst, dass Bulimikerinnen sich viel stärker mit anderen vergleichen und dann auch eher ihre körperliche Schwächen sehen und erkennen. Die Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Anorektikerinnen kann durch die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht wie auch die Zwanghaftigkeit am Besten vorhergesagt werden. Die Facetten des Selbstkonzeptes können bei den

Anorektikerinnen und Bulimikerinnen durch ähnliche Konstrukte vorhergesagt werden. Es fällt auf, dass die Negative und Positive Selbstbeurteilung in der weiblichen Normstichprobe nicht so leicht erklärbar sind wie in der klinischen Stichprobe. Das kann so interpretiert werden, dass in der klinischen Stichprobe die Negative und Positive Selbstbeurteilung nur von sehr wenigen Faktoren abhängig gemacht wird und deshalb wohl auch nicht sehr flexibel ist. Bei der Vorhersage der Zügelung des Essens, eines sehr essstörungsspezifischen Symptoms, lässt sich beobachten, dass die Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ein sehr wichtiges Konstrukt ist.

In einer zweiten Fragestellung, die als Exkurs deklariert wurde, ging es um den Vergleich zwischen Männern und Frauen, auf den hier ganz kurz eingegangen wird. Bezüglich den Konstrukten gibt es zwischen Männern und Frauen viele signifikante Unterschiede. Einzig bezüglich des Alters und der Negativen psychischen Stimmung gab es keine signifikanten Unterschiede zwischen Männern und Frauen der Normstichprobe. Auch bei den Zusammenhängen zeigten sich viele signifikante Unterschiede. Vor allem in Bezug auf die Facetten des Körperkonzeptes scheinen die Zusammenhänge bei Frauen und Männern sehr unterschiedlich zu sein. Das heisst, dass man nicht davon ausgehen kann, dass diese Konstrukte bei Frauen und Männern ähnlich miteinander verknüpft sind. Bezüglich des Selbstkonzepts gibt es viel weniger signifikante Unterschiede zwischen den Zusammenhängen der Frauen und Männer, was den Schluss zulassen kann, dass es zwar bezüglich den Bereichen des Körperkonzeptes vielfältige Unterschiede gibt, die Bereiche des Selbstkonzeptes aber bei Männern und Frauen sehr ähnlich aussehen. Dasselbe gilt auch für die Vorhersage der verschiedenen Konstrukte, die bei den Männern ganz anders aussehen als bei den Frauen. Für Männer und Frauen scheinen die Bereiche des Körperkonzeptes und des Selbstkonzeptes anders auszusehen.

## 4.2 Implikationen der Ergebnisse der Evaluation des Angebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen auf den therapeutischen Alltag

Die Ergebnisse der Evaluation des Therapieangebotes können auch unter dem Gesichtspunkt des therapeutischen Alltags in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen betrachtet werden. Es würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen, ausformulierte Konzeptveränderungsvorschläge zu präsentieren und deshalb geht es um Anregungen und Denkanstösse.

Ein Hauptanliegen dieser Arbeit war die Beobachtung der Bereiche des Körperkonzeptes und des Selbstkonzeptes. In diesem Zusammenhang kann man festhalten, dass gerade die Negative körperliche Selbsteinschätzung ziemlich konstant ist und es wichtig wäre, dies während der stationären Behandlung vermehrt einzubeziehen und therapeutisch zu bearbeiten. Aber auch nach der stationären Behandlung sollten diese Themen weiterhin in der weiterführenden ambulanten Einzeltherapie behandelt und beachtet werden.

Eine Beobachtung, die nachdenklich stimmen lässt, hängt damit zusammen, dass es vor allem bei den Bulimikerinnen während des stationären Aufenthaltes scheinbar zu einer Gewichtsabnahme kommt. Es ist klar, dass es sich dabei um Mittelwerte handelt und es bei einigen Klientinnen auch nicht negativ ist, wenn sie ein bisschen an Gewicht verlieren, aber die Tendenz lässt aufhorchen. Vor allem in Kombination mit der Beobachtung, dass sich die Klientinnen der klinischen Stichprobe auch noch nach zwei Jahren bezüglich der Zügelung des Essens signifikant von der Normstichprobe unterscheiden. Ein rigides Essverhalten während der stationären Behandlung wird meist von den Klientinnen dadurch erklärt, dass sie Angst haben, zu viel zu essen und dann brechen gehen müssten. Diese Argumentation macht Sinn und ist auch zu unterstützen, es darf aber nicht aus den Augen verloren werden, dass einige von ihnen wahrscheinlich auch eher ein rigides Essverhalten in der Psychotherapiestation erlernen und dies dann auch später noch an den Tag legen. Deshalb ist es sehr wichtig, dass diesem Umstand gerade bei gemeinsamen Mahlzeiten Beachtung geschenkt wird und die Beobachtungen durch das Betreuerinnenteam auch angesprochen werden, auch wenn es schwierig sein sollte. Es sollte ein Ziel sein, dass gerade die Bulimikerinnen lernen, dass auch und gerade sie „normale“ Portionen essen dürfen und können und trotzdem nicht zunehmen.

Das Angebot der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen richtete sich zu Beginn vor allem an Bulimikerinnen, für die es einfach keine geeigneten Einrichtungen gab. Wenn Anorektikerinnen so stark abgemagert sind, dass sie eine stationäre Behandlung nötig haben, werden sie kurzerhand ins Spital überwiesen, aber dieses Vorgehen macht bei Bulimikerinnen nicht sehr grossen Sinn. Wenn man die Outcome Scores nach Morgan und Russel anschaut, dann erstaunt aber, dass gerade auch Anorektikerinnen scheinbar sehr gut von dem Angebot der Psychotherapiestation profitieren können und es stellt sich die Frage, ob es sich wirklich um ein spezialisiertes Angebot für Bulimikerinnen handelt. In diesem Zusammenhang ist auch die Beobachtung interessant, dass es zwischen solchen Klientinnen, die einen zweiwöchigen Brechentzug gemacht haben und solchen, die einen längeren Aufenthalt machten, kaum Unterschiede gibt. Gerade aus Kostenüberlegungen würde sich die Frage stellen, ob durch ein kürzeres, aber intensiveres Programm nicht gerade so gute Resultate erzielt werden könnten.

Ein wichtiges Thema in der Arbeit mit Jugendlichen ist die systemische Arbeitsweise. Die Jugendlichen sind Teil ihrer Familie und leben oft noch zu Hause. Eine stationäre Behandlung zu machen bedeutet oft der erste längere Aufenthalt ausserhalb des Elternhauses. Zudem kehren die meisten von ihnen auch wieder nach Hause zurück, wenn sie aus der Psychotherapiestation austreten. Die Eltern spielen auch gerade deshalb eine wichtige Rolle, weil sich viele Klientinnen erst auf Druck durch die Eltern zu einem stationären Aufenthalt entscheiden. Die Tatsache, dass die Klientinnen bereits nach zwei Wochen Aufenthalt am Sonntag jeweils meist nach Hause gehen, ist Grund genug, die Eltern vermehrt in die Therapie einzubeziehen und zu informieren. Es entstehen manchmal Situationen, in denen die Jugendlichen das Betreuerinnenteam und die Eltern gegeneinander ausspielen und dies wäre in manchen Fällen zu vermeiden, wenn es zu einer guten Zusammenarbeit mit den Eltern kommen würde. Für das Betreuerinnenteam ist der Austausch mit den Eltern wichtig, da die Eltern ihnen wichtige Informationen geben können, da sie die Jugendlichen wieder in einem anderen Umfeld erleben. Klärende Gespräche sind vor allem auch dann angezeigt, wenn man merkt, dass die Jugendlichen unter Mithilfe der Eltern das Behandlungskonzept zu unterlaufen versuchen. Für die Eltern scheint es teilweise sehr schwierig zu sein, von sich aus ein Gespräch zu verlangen. Die Essstörung ihrer Tochter ist meist auch für sie sehr schambesetzt und mit Schuldgefühlen verbunden. Vielleicht wäre es für die Eltern eine Erleichterung, wenn ganz klar deklariert werden würde, ob und welche Gespräche es während des Aufenthaltes gibt. Zudem wäre zu überlegen, ob nicht viele Eltern gerade auch aus einer Selbsthilfegruppe sehr grossen Nutzen ziehen könnten. Diese Selbsthilfegruppe für die Eltern könnte so gestaltet werden, dass sich die betroffenen Eltern unter fachlicher Anleitung über verschiedene Themen austauschen.

Auch aus der Auswertung der Verlaufsdaten können wichtige Anregungen für therapeutische Interventionen abgeleitet werden. Eine eindrückliche Beobachtung bezieht sich darauf, dass es vor allem ½ Jahr nach Austritt zu einer erneuten Verschlechterung der Symptomatik kommt. Diese Beobachtung kann viele Gründe haben und an dieser Stelle werden nur einige aufgegriffen. Ein Grund könnte sein, dass die Jugendlichen nicht optimal auf ihren Austritt vorbereitet sind und man gerade in der Austrittsphase den bevorstehenden Veränderungen mehr Beachtung schenken sollte. Eine Hilfe könnte dabei sein, dass man den Klientinnen aufzeigt, dass die Umgebung der Psychotherapiestation insofern einzigartig ist, weil es geregelte und strukturierte Mahlzeiten gibt, die Lebensmittel abgeschlossen aufbewahrt werden und die Jugendlichen auch kaum Geld bei sich haben. Für viele scheint der Übergang sehr abrupt zu sein und es wäre zu überlegen, wie dieser Übergang sanfter und optimaler gewährleistet werden könnte. Ein wichtiger Punkt wäre sicherlich auch die Thematisierung von möglichen Rückfällen und wie damit umzugehen ist. Für viele

Jugendliche ist ein Rückfall nach dem Austritt meistens wieder der Beginn vom Ende und sie haben den Eindruck, dass sie es sowieso nie schaffen werden und sie ihren Kampf gegen die Essstörung auch gerade bleiben lassen können.
Wie gezeigt werden konnte, haben die Jugendlichen auch nach zwei Jahren noch Auffälligkeiten und deshalb ist die Weiterführung einer ambulanten Therapie nach der stationären Therapie in den meisten Fällen dringend angezeigt. Einige Jugendliche haben beim Austritt einen grossen Optimismus und den Eindruck, dass sie zu Hause keine Probleme mit dem Essen mehr haben werden. Es ist in diesem Zusammenhang wichtig, dass diese jugendlichen Autonomiebestrebungen unterstützt werden, aber es ist auch unsere Verantwortung, die Jugendliche über mögliche Probleme und Rückfälle aufzuklären und ihnen eine Therapie zu empfehlen, wenn dies indiziert ist.
Im Verlauf der Jahre hat sich die Psychotherapiestation sehr verändert und es wurden einige Neuerungen eingebracht. So wurde auch für den Brechentzug ein Therapieprogramm mit verschiedenen Bausteinen entwickelt. Leider verlaufen sich diese therapeutischen Anstrengungen nach den ersten beiden Wochen dann wieder und es wäre zu wünschen, dass solche weiterführenden Therapieelemente auch noch später eingebaut würden. Häufig entsteht der Eindruck, dass die Jugendlichen nach den ersten beiden Wochen sehr froh sind, wenn sie wieder in ihre Schule gehen können und dann auch ein Stück weit der intensiven Auseinandersetzung mit ihrer Essstörung aus dem Weg gehen können.

Diese Überlegungen sind wie gesagt als Anregungen zu verstehen. Es ist eine alltägliche Herausforderung, mit jugendlichen Essgestörten zu arbeiten und mit ihnen den beschwerlichen Weg zurück zu einem gesunden Essverhalten zu gehen. Mit dieser Studie konnte gezeigt werden, dass es ein gutes Hilfsmittel gibt, diesen Weg zu unterstützen, nämlich die Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen. Es versteht sich von selbst, dass immer noch Veränderungen gemacht werden können und es ist wünschenswert, dass diese Bestrebungen weitergeführt werden, so dass das Programm noch optimiert werden kann und vielleicht noch zu einer besseren und effektiven Hilfestellung werden kann.

## 4.3 Methodische und statische Begrenzungen der Studie

In einem abschliessenden dritten Teil dieser Diskussion werden spezifische methodische und statistische Probleme, die mit der vorliegenden Studie in Verbindung zu bringen sind, diskutiert. Die Befragung der Klientinnen der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren

Essstörungen wird seit Gründung der Station im Jahre 1997 gemacht und da sie auch bis auf weiteres weitergeführt werden wird, werden an dieser Stelle kurz einige methodische Problemkreise aufgezeigt, die bei weiteren Arbeiten vielleicht besser berücksichtigt werden können.

Eine erste Überlegung bezieht sich dabei auf den *Fragebogen* für die Evaluation. Der Fragebogen wurde für die Evaluation des Angebotes der Psychotherapiestation neu entwickelt, da der Wunsch bestand, verschiedene Bereiche erfassen zu können. Paravicini und Hartmann (2001), die den Fragebogen entwickelt und evaluiert haben, konnten zeigen, dass sich der Fragebogen bewährt hat. In der vorliegenden Studie wurde der Fragebogen nochmals evaluiert und überarbeitet und er hat sich dabei als valid herausgestellt. Ein Problem des Fragebogens ist aber sicherlich seine Länge. Dies entstand durch den Wunsch, viele Bereiche, die im Zusammenhang mit Essstörungen von Relevanz sein könnten, zu erfassen. Aus der klinischen Erfahrung kann man sagen, dass die Länge des Fragebogens für die Beantwortung während des stationären Aufenthaltes kein Problem darstellt. Die Klientinnen beklagen sich häufig über Langeweile und füllen den Fragebogen in der Regel auch gerne aus. Man kann jedoch vermuten, dass die Länge des Fragebogens gerade in der katamnestischen Erhebung einige Klientinnen daran hindert, ihn auszufüllen. Viele nützen die Beantwortung des Fragebogens aber auch als eine Möglichkeit, mit dem Betreuerinnenteam wieder in Kontakt zu kommen, in einem kleinen Brief mitzuteilen, wie es ihnen geht oder sogar einen persönlichen Besuch zu machen, um den Fragebogen abzugeben. Im Kontakt mit den Jugendlichen der Normstichprobe zeigte sich immer wieder, dass sie den Fragebogen als sehr düster und deprimierend erlebten. Viele erzählten, dass es Themen gewesen seien, mit denen sie sich sonst nicht so auseinander setzen würden und es sie auch belastet habe. Diese Beobachtung ist sicherlich gerechtfertigt, werden mit dem Fragebogen doch vor allem Symptome und Probleme erhoben, die mit Essstörungen verbunden sein können.

An dieser Stelle sei eine kritische Bemerkung zur *Stichprobe* erlaubt. Die untersuchte Stichprobe ist aus verschiedenen Gründen einzigartig: Zuerst ist es eine klinische Stichprobe, was meist dazu führt, dass die Stichprobengrösse nicht so gross ist. Zudem sind in der untersuchten Stichprobe einige stark chronifizierten Klientinnen enthalten. Es ist anzunehmen, dass dies die Resultate verzerren könnte. Vergleicht man die Ergebnisse dieser Studie jedoch mit Ergebnissen aus anderen Studien, die ebenfalls mit klinischen Stichproben durchgeführt wurden, sind keine grossen Unterschiede festzustellen. Eine weitere Besonderheit der Stichprobe ist darin zu sehen, dass eine Voraussetzung für die Aufnahme in die Psychotherapiestation eine hohe Motivation ist. Dies könnte natürlich die Ergebnisse auch beeinflussen. Es zeigte sich aber, dass die Klientinnen insgesamt stark belastet sind und ihre Motivation wahrscheinlich auch darauf zurückzuführen ist, dass sie schon lange an ihrer Essstörung leiden.

Eng mit der Einzigartigkeit der Stichprobe verwoben ist das Problem der *„Dropouts“* (oder fehlenden Daten, das heisst „missings“). In dieser Studie wurde bewusst auf die Ersetzung von fehlenden Daten verzichtet, obwohl die Stichprobengrösse dadurch klein wurde und viele statistische Berechnungen nicht mehr durchgeführt werden konnten. Der Entscheid, die fehlenden Daten zum Beispiel durch die zu letzt gewonnen Daten zu ersetzen wurde aus theoretischen und praktischen Überlegungen gemacht. In Gesprächen mit Ehemaligen entstand sehr schnell der Eindruck, dass es ihnen vor allem dann schwer fällt, den Fragebogen auszufüllen, wenn es ihnen eigentlich insgesamt in Bezug auf ihre Essstörungssymptomatik wieder schlechter geht. Wenn man die Problematik mit den tiefen Rücklaufraten auch positiv betrachten möchte, dann kann man sagen, dass es ein gutes Zeichen ist, denn die Klientinnen scheinen bemüht zu sein, den Fragebogen wahrheitsgetreu auszufüllen. Das würde bedeuten, dass sie lügen müssten, weil das Eingeständnis von Rückfällen nach Eintritt sehr schwierig ist (es ist ja auch schon sehr schwierig, die Ess- und Brechanfälle vorher zuzugeben). Dies würde heissen, dass der Fragebogen wie ein Spiegel wirkt und die Klientinnen das Ausfüllen dieses Fragebogens ernst nehmen. Bei einigen ehemaligen Klientinnen kann die Verweigerung, den Fragebogen auszufüllen als „Abrechnung“ mit der Psychotherapiestation verstanden werden. Einige Klientinnen brechen den stationären Therapieaufenthalt (aus verschiedenen Gründen) ab, haben schwierige Erinnerungen an ihre Zeit in der Station (zum Beispiel Zwangsverlegung in das Spital) und scheinen dann nichts mehr mit der Station zu tun zu haben wollen.

Auf ein weiteres Problem wurde schon im Methodenteil eingegangen, nämlich auf die Problematik einer *fehlenden Kontrollgruppe*. Es wurde in der vorliegenden Studie bewusst auf eine Kontrollgruppe verzichtet. Es wäre aus ethischen Gründen nicht vertretbar, einigen Klientinnen ein Therapieangebot zu machen und andere nicht therapeutisch zu behandeln. Deshalb wurde das Problem so zu lösen versucht, dass man eine nach Alter und Ausbildungsalter parallelisierte Normstichprobe erfasste, um den Vergleich zu einer „gesunden“, nicht-essgestörten Population herstellen zu können.

Eine weitere Anregung sei hier in diesem Zusammenhang zum *Katamnesezeitraum* formuliert. Herzog et al. (1992) formulierten die Beobachtung, dass in den ersten beiden Katamnesejahren kaum eine Heilung beobachtet werden kann und mindestens ein Katamnesezeitraum von vier bis fünf Jahren angezeigt ist. Die Ergebnisse der vorliegenden Studie lassen etwas optimistischer stimmen, da auch schon nach zwei Jahren eine signifikante Verbesserung in den Skalen verzeichnet werden konnte und es zu Veränderungen kam. Man kann aber vermuten, dass im weiteren Verlauf wahrscheinlich nochmals Verbesserungen beobachtet hätten werden können. Aufgrund der Problematik mit dem Rücklauf der Fragebogen, der vorher erwähnt wurde, kann man auch nicht

davon ausgehen, dass diese Erhebungen bis zu einem Katamnesezeitraum von vier bis fünf Jahren sehr ergiebig wären. Ein weiteres Problem im Zusammenhang mit den Katamneseerhebungen ist aber sicherlich darin zu sehen, dass man kaum Informationen darüber hat, was zwischen den Messzeitpunkten geschehen ist. So weiss man auch nur in einigen Fällen, ob die Klientin weiterhin in Therapie ist oder nicht. Aber gerade solche Angaben könnten wichtig sein, um die Entwicklungen plausibel erklären zu können (Zipfel, Löwe, Deter & Herzog, 2003).

Dies leitet über zu einem grossen Problem, welches sich erst im Verlauf der Auswertung der Daten zeigte: *Gewichtsangaben zu den Katamnesezeitpunkten*. Da man bei der Konzeptualisierung der Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation davon ausging, dass alle Klientinnen im Anschluss an die stationäre Therapie ambulant durch den Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst betreut werden und ihr Gewichtskonzept über die Psychotherapiestation läuft, wurde im Fragebogen für die Katamnesezeitpunkte nicht nach dem aktuellen Gewicht gefragt. Im Verlauf der Jahre zeigte sich aber, dass eigentlich nur ein kleiner Teil der Ehemaligen weiterhin zum Wägen in die Psychotherapiestation kommt und so keine Informationen über das aktuelle Gewicht vorhanden ist. In der revidierten Fassung des Fragebogens wurden noch zwei Fragen zu Gewicht und Grösse eingebaut, aber dies verunmöglichte in der vorliegenden Studie Angaben dazu, wie der Verlauf auch zwei Jahre nach Austritt beurteilt werden kann. In der Literatur gibt es kaum explizite Verlaufskriterien, die gute von mittelmässigen oder schlechten Verläufen trennen würde. Morgan und Russell (1975) haben einen General Outcome Score entwickelt, dieser ist aber vor allem auf die Anorektikerinnen zugeschnitten. Deshalb war es auch ein Ziel dieser Studie, neue Verlaufskriterien zu formulieren, die auch für die Bulimikerinnen passender sind.

Methodische Probleme, die bereits behoben werden konnten, wurden ausgemerzt. Es ist wichtig, dass die Evaluation weitergeführt wird und so noch mehr vollständige Datensätze erhoben werden können. Die Entwicklung der letzten Jahre lassen auch zuversichtlich stimmen, da das Angebot der Psychotherapiestation bekannter ist und die Auslastung ziemlich hoch ist.

# Literaturverzeichnis

Ackard, D. M., & Peterson, C. B. (2001). Association between puberty and disordered eating, body image, and other psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 187-194.
Alpers, G. W., & Tuschen-Caffier, B. (2001). Negative feelings and the desire to eat in bulimia nervosa. *Eating Behaviors*, 2, 339-352.
Ames, F. R. (2002). The neurological basis of body image. In D. J. Castle & K. A. Phillips (Eds.), *Disorders of body image,* p. 1-11. Petersfield, Philadelphia: Wrightson Biomedical Publishing LTD.
Andersen, A. E., Bowers, W., & Evans, K. (1997). Inpatient treatment of anorexia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders,* p. 327-348. New York, London: The Guilford Press.
Ball, K., & Kenardy, J. (2002). Body weight, body image, and eating behaviors: relationships with ethnicity and acculturation in a community sample of young Australian women. *Eating Behaviors*, 3, 205-216.
Bardone, A. M., Perez, M., Abramson, L. Y., & Joiner, T. E. (2003). Self-competence and self-liking in the prediction of change in bulimic symptoms. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 361-369.
Barkmann, C., Marutt, K., Forouher, N., & Schulte-Markwort, M. (2003). Planung und Implementierung von Evaluationsstudien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 517-533.
Bauer, B. G., Anderson, W. P., & Hyatt, R. W. (2002). *Bulimie. Behandlungsanleitung für Therapeuten und Betroffene.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
Baumann, S. (1986). Die Orientierung am und im eigenen Körper. Das Körperschema im engeren Sinne. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung: Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens*, p. 161-185. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, C. J. Hogrefe.
Bell, K. (1994). Relationship between Daughters and Mothers with Regard to Bulimia Nervosa. In B. Dolan & I. Gitzinger (Eds.), *Why Women? Gender issues and eating disorders*, p. 21-32. London, Atlantic Highlands: The Atholone Press.
Bell, L. (2001). What predicts failure to engage in or drop out from treatment for bulimia nervosa and what implications does this have for treatment? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 424-435.
Bell, L., & Hodder, L. (2001). An Evaluation of a Supervised Self-help Program for Bulimic Disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 252-262.
Beaumont, P. J. V., & Touyz, S. W. (2003). What kind of illness is anorexia nervosa? *European Child & Adolescent Psychiatry* (Suppl. 1); 12, 20-24.
Bhugra, D., & Bhui, K. (2003). Eating Disorders in Teenagers in East London: A Survey. *European Eating Disorders Review*, 11, 46-57.
Bielefeld, J. (1986). Zur Begrifflichkeit und Strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung: Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens*, p. 3-33. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, C. J. Hogrefe.
Birchall, H., & Palmer, B. (2002). Doing It by the Book: What Place for Guided Self-Help for Bulimic Disorders? *European Eating Disorders Review, 10*, 379-385.
Bortz, J. (1993). *Statistik für Sozialwissenschaftler.* Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Bortz, J., & Lienert, G. A. (2003). *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung. Leitfaden für die verteilungsfreie Analyse kleiner Stichprobe.* Berlin, Heidelberg, New York, Hongkong, London, Mailand, Paris und Tokio: Springer Verlag (zweite, aktualisierte und bearbeitete Auflage).
Böse, R. (2002). *Body-Image-Therapie bei Anorexia nervosa. Eine kontrollierte Studie. Theorie-Forschungsstand-Behandlungsmanual*. Regensburg: S. Roderer Verlag.

Branik, E. (2003). Einflussfaktoren auf den Verlauf und die Dauer stationärer kind- und jugendpsychiatrischen Behandlungen: Zwischen Empirie und klinischer Realität. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 52, 503-516.
Breiner, S. (2003). An evidence-based eating disorder program. *Journal of Pediatric Nursing*, 18 (1), 75-80.
Brisch, K. H., & Kächele, H. (1999). Entwicklungsorientierte Evaluation in der Psychotherapie. In R. Oerter, C. von Hagen, G. Röper & G. Noam (Hrsg.), *Klinische Entwicklungspsychologie: ein Lehrbuch*, p. 557-576. Weinheim: Psychologie Verlags Union.
Broberg, A. G., Hjalmers, I., & Nevonen, L. (2001). Eating Disorders, Attachment and Interpersonal Difficulties: A Comparison Between 18- to 24-Year-Old-Patients and Normal Controls. *European Eating Disorders Review*, 9, 381-396.
Bruch, H. (2002). *Der goldenen Käfig. Das Rätsel der Magersucht.* Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
Bruch, H. (2001). *Essstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag.
Buddeberg-Fischer, B. (2000). *Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen.* Stuttgart, New York: Schattauer.
Buddeberg-Fischer, B., & Klaghofer, R. (2002). Entwicklung des Körpererlebens in der Adoleszenz. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 697-710.
Bühl, A. & Zöfel, P. *SPSS 11. Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows.* München: Pearson Studium (achte Auflage).
Buhl, C. (2002). Eating Disorders as Manifestations of Developmental Disorders: Language and the Capacity for Abstract Thinking in Psychotherapy of Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 10, 138-145.
Bulik, C. M. (2002). Anxiety, depression, and eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook,* p. 193-197. New York, London: The Guilford Press.
Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease,* 185 (11), 704-707.
Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., & Kendler, K. S. (2000). Twin studies of eating disorders. A review. *International Journal of Eating Disorders,* 27 (1), 2-20.
Bullerwell-Ravar, J. (1994). How Important is Body Image for Normal Weight Bulimics? Implications for Research and Treatment. In B. Dolan & I. Gitzinger (Eds.), *Why Women? Gender issues and eating disorders*, p. 33-43. London, Atlantic Highlands: The Atholone Press.
Button, E. (1993). *Eating disorders. Personal construct therapy and change.* Chiester, New York, Brisbane, Toronto, Singapore: John Wiley & Sons.
Button, E. J, Loan, P., Davies, J., & Sonuga-Barke, E. J. S. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: a questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1), 39-47.
Byely, L., Bastiani Archibald, A., Graber, J., & Brooks-Gunn, J. (2000). A prospective study of familial and social influences on girls' body image and dieting. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 155-164.
Carter, J. C. (2002). Self-help books in the treatment of eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook,* p. 358-361. New York, London: The Guilford Press.
Carter, J. C., Stewart, D. A., Dunn, V., J., & Fairburn, C. G. (1997). Primary prevention of eating disorders: might it do more harm than good? *International Journal of Eating Disorders*, 22, 167-172.

Carter, J. C., Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., McCabe, R. E., Mills, J. S., & Aimé, A. (2003). Self-help for bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry*, 160, 973-978.
Cash, T. F. (2004). Body image: past, present and future. *Body Image*, 1, 1-5.
Cash, T. F., & Deagle, E. A. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 107-125.
Castle, D. J., & Phillips, K. A. (2002). Disordered body image in psychiatric disorders. In D. J. Castle & K. A. Phillips (Eds.), *Disorders of body image,* p. 55-66. Petersfield, Philadelphia: Wrightson Biomedical Publishing LTD.
Claes, L., Vandereycken, W., & Vertommen, H. (2001). Self-injurious behaviors in eating-disordered patients. *Eating Behaviors*, 2, 263-272.
Claude-Pierre, P. (2001). *Der Weg zurück ins Leben. Magersucht und Bulimie verstehen und heilen.* Frankfurt an Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH.
Cogley, C. B., & Keel, P. K. (2003). Requiring remission of undue influence of weight and shape on self-evaluation in the definition of recovery for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 200-210.
Connors, M. E. (1996). Developmental vulnerabilities for eating disorders. In L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and prevention* (pp. 285-309). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
Cooper, P. J. (1995). *Bulimia nervosa and binge eating. A self-help guide using cognitive behavioral techniques.* London: Robinson.
Cooper, P. J, Coker, S., & Fleming, C. (1996). An evaluation of the efficacy of supervised cognitive behavioral self-help for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 3, 281-287.
Cotton, M.A., Ball, C., & Robinson, P. (2003). Four Simple Questions Can Help Screen for Eating Disorders. *Journal of Gen Intern Med*, 18, 53-56.
Coulthard, H., Blissett, J., & Harris, G. (2004). The relationship between parental eating problems and children's feeding behavior: A selective review of the literature. *Eating Behaviors*, 5 (2), 103-115.
Crow, S., Mussell, M. P, Peterson, C., Knopke, A., & Mitchell, J. (1999). Prior treatment received by patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 39-44.
Dare, C. & Eisler, I. (2000). A multi-family group day treatment program for adolescent eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 8, 4-18.
De Zwaan, M. (2000). Diagnostisch und psychiatrische Komorbidität der Essstörungen: zur Problematik diagnostischer Kriterien. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 79-93.
Denger-Ghiotto, V. (2001). *Körpererleben, Emotionalität und subjektive Lebensqualität von psychisch kranken Klientinnen mit Selbstverletzungsverhalten*. Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit an der Philosophisch-historischen Fakultät der Universität Basel bei Prof. Dr. U. Rauchfleisch und Prof. Dr. J. Küchenhoff.
Deter, H.-C., Herzog, W., & Petzold, E. (1992), The Heidelberg-Mannheim study: long-term follow-up of anorexia nervosa patients at the university medical center – background and preliminary results. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 71-84. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Dietrich, H. (2001). *Körperbild und Lebensqualität bei Anorexia und Bulimia nervosa Klientinnen.* Köln: Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.

Durkin, S. J., & Paxton, S. J. (2002). Predictors of vulnerability to reduced body image satisfaction and psychological well being in response to exposure to idealized female media images in adolescent girls. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 995-1005.
Eivors, A., Button, E., Warner, S., & Turner, K. (2003). Understanding the experience of drop-out form treatment for anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 11, 90-107.
Eltze, C. M. (1996). *Körperwahrnehmung und Körperbild bei Anorexia und Bulimia nervosa Patienten.* Köln: Inaugural-Dissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Hohen Medizinischen Fakultät der Universität zu Köln.
Engel, K., Meyer, A. E., Hentze, M., & Wittern, M. (1992), Long-term outcome in anorexia nervosa inpatients. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 118-132. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.
Fairburn, C. G. (2002). Interpersonal psychotherapy for eating disorders. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook,* p. 320-324. New York, London: The Guilford Press.
Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, 361, 407-416.
Fairburn, C. G., Cooper, Z., & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: a "transdiagnostic" theory and treatment. *Behavior Research and Therapy*, 41, 509-528.
Fairburn, C. G., Shafran, R., & Cooper, Z. (1998). A cognitive behavioral theory of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 37, 1-13.
Fairburn, C. G., Cooper, Z., Dool, H. A., Norman, P., & O'Connor, M. (2000). The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives General Psychiatry*, 57, 659-665.
Farrell, C., Shafran, R., & Fairburn, C. G. (2003). Body size estimation: testing a new mirror-based assessment method. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 162-171.
Fernández-Aranda, F. E. (1996). *Körperwahrnehmung und –zufriedenheit bei Bulimia und Anorexia nervosa. Eine empirische Vergleichsstudie vor und nach stationärer Psychotherapie.* Hamburg: Dissertation zur Erlangung der Würde des Doktors der Philosophie der Universität Hamburg.
Fernández-Aranda, F., Dahme, B. & Meermann, R. (1999). Body image in eating disorders and analysis of its relevance: a preliminary study. *Journal of Psychosomatic Research*, 47 (5), 419-428.
Fichter, M. M. (2000). Verlauf und Verlaufsprädiktoren von Bulimia Nervosa. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 111-125.
Fichter, M. M. & Quadflieg, N. (1999). Six-Year course and outcome of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 359-385.
Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361-384.
Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1995). Comparative studies on the course of eating disorders in adolescents and adults. Is age at onset a predictor outcome? In H. C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 301-337). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Rief, W. (1992), The German longitudinal bulimia nervosa study 1. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 133-149. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.
Flarey, D. L. (1993). Administration and management of eating disorder units. In A. J. Giannini & A. E. Slaby (Eds.), *The Eating Disorders* (pp. 264-275). New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Flechtner, H., Eltze, Ch., & Lehmkuhl, G. (1995). How specific are body image disturbances in patients with anorexia nervosa? In H. C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 145-160). Berlin, New York: Walter de Gruyter.

Florin, I., & Tuschen-Caffier, B. (1998). Essstörungen: Ätiologie / Bedingungsanalyse. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*, p. 760-773. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.
Forster, J. (2002). *Körperzufriedenheit und Körpertherapie bei essgestörten Frauen: Eine empirische Vergleichsstudie und die Darstellung eines körpertherapeutischen Behandlungskonzeptes bei Essstörungen.* Herbolzheim: Centaurus Verlag.
Fryer, S., Waller, G., & Kroese, B. S. (1997). Stress, Coping, and Disturbed Eating Attitudes in Teenage Girls. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 427-436.
Gardner, R. M., Stark, K., Friedman, B. N., & Jackson, N. A. (2000). Predictors of eating disorder scores in children ages 6 through 14: A longitudinal study. *Journal of Psychosomatic Research*, 49, 199-205.
Garner, D. M., & Needleman, L. D. (1995). Stepped-care and decision-tree models for treating eating disorders. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment,* p. 225-252. Washington, D. C.: American Psychological Association.
Geist, R., Davis, R., & Heinmaa, M. (1998). Binge / Purge Symptoms and Comorbidity in Adolescents With Eating Disorders. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 43, 507-512.
Geist, R., Heinmaa, M., Stephens, D., Davis, R., & Kathman, D. K. (2000). Comparison of Family Therapy and Family Group Psychoeducation in Adolescents with Anorexia Nervosa. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 173-178.
Geller, J., Williams K.D., & Srikameswaran, S. (2001). Clinician Stance in the Treatment of Chronic Eating Disorders. *European Eating Disorders Reviews*, 9, 365-373.
Gerlinghoff, M. (1998). *Magersucht und Bulimie – Innenansichten. Heilungswege aus der Sicht Betroffener und einer Therapeutin.* München: J. Pfeiffer Verlag.
Gerlinghoff, M., & Backmund, H. (2001). *Der heimliche Heisshunger. Wenn Essen nicht satt macht.* München: Deutscher Taschenbuch-Verlag.
Gerlinghoff, M., & Backmund, H. (2000a). *Was sind Ess-Störungen? Ein kleines Handbuch zur Diagnose, Therapie und Vorbeugung.* Weinheim und Basel: Beltz.
Gerlinghoff, M. & Backmund, H. (2000b). *Essen will gelernt sein. Ess-Störungen erkennen und behandeln.* Weinheim und Basel: Beltz Verlag.
Gerlinghoff, M., Gross, G., & Backmund, H. (2003). Eating disorder therapy concepts with a preventive goal. *European Child & Adolescent Psychiatry* (Suppl 1). 12, 72-77.
Gerlinghoff, M., Backmund, H., & Franzen, U. (1998). Evaluation of a Day Treatment Program for Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 6, 96-106.
Giannini, A. J. (1993). A history of bulimia. In A. J. Giannini & A. E. Slaby (Eds.), *The Eating Disorders* (pp. 18-21). New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Godt, K. (2002). Personality Disorders and Eating Disorders: The Prevalence of Personality Disorders in 176 Female Outpatients with Eating Disorders. *European Eating Disorders Reviews*, 10, 102-109.
Goldfein, J. A., Walsh, B. T., & Midlarsky, E. (2000). Influence of shape and weight on self-evaluation in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 435-445.
Goldner, E. M., Geller, J. Birmingham, L., & Remick, R. A. (2000). Comparison of Shoplifting Behaviors in Patients with Eating Disorders, Psychiatric Control Subjects, and Undergraduate Control Subjects. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 45, 471-475.
Gowers, S. G., Weetman, J., Shore, A., Hossain, F. & Elvins, R. (2000). Impact of hospitalization on the outcome of adolescent anorexia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 176, 138-141.
Gowers, S.G., Edwards, V. J., Fleminger, S., Massoubre, C., Wallin, U., Canalda, G., Starkova, L., Hannesdottir, H., Almquist, F., Aronen, P., Scholz, M., Höerder, K., Skarderud, F., & Boyadjieva, S. (2002). Treatment Aims and Philosophy in the Treatment of Adolescent Anorexia Nervosa in Europe. *European Eating Disorders Review*, 10, 271-280.

Grilo, C. M., Sanislow, C. A., Shea, M. T., Skodol, A. E., Stout, R. L, Pagano, M. E., Yen, S., & McGlashan, T. M. (2003). The natural course of bulimia nervosa and eating disorder not otherwise specified is not influenced by personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 319-330.

Groesz, L. M., Levine, M. P., & Murnen, S. K. (2002). The effect of experimental presentation of thin media images on body satisfaction: a meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 1-16.

Grogan, S. (1999). *Body Image. Understanding body dissatisfaction in men, women and children.* Routledge: New York.

Gusella, J., Butler, G., Nichols, L., & Bird, D. (2002). A brief questionnaire to assess readiness to change in adolescents with eating disorders: its applications to group therapy. *European Eating Disorders Review,* 11, 58-71.

Haas, H. L., & Clopton, J. R. (2003). Comparing Clinical and Research Treatments for Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders,* 33, 412-420.

Habermas, T. (2000). Liegt's wirklich an der Werbung? Stand und Strategien der Erforschung soziokultureller Bedingungen moderner Essstörungen. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 11-28.

Hagenah, U., Blume, V., Flacke-Redanz, M., & Herpertz-Dahlmann, B. (2003). Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 31 (1), 51-58.

Hauser-Schmid, P. (1993). *Anorexia nervosa. Eine Literaturübersicht und Katamnesestudie zur stationären jugendpsychiatrischen Behandlung an der Kinderklinik des Kantonsspitals Aarau und am Wildermeth Kinderspital in Biel.* Bern: Inauguraldissertation zur Erlangung der Doktorwürde der Humanmedizin.

Hay, P. (2003). Quality of Life and Bulimic Eating Disorder Behavior: Findings from a Community-Based Sample. *International Journal of Eating Disorders,* 33, 434-442.

Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002a). Emotional expression and body dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 31. 57-62.

Hayaki, J., Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (2002b). Shame and severity of bulimic symptoms. *Eating Behaviours*, 3, 73-83.

Hebebrand, J., Hinney, A., Frey, J., Ziegler, A., & Remschmidt, H. (2000). Neue Forschungsergebnisse zur Gewichtsregulation im Rahmen der Anorexia nervosa. In M. Gastpar, H. Remschmidt & W. Senf (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 173-192.

Heinberg, L. J. (1995). Theories of body image disturbance: perceptual, developmental, and sociocultural factors. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment,* p. 27-47. Washington, D. C.: American Psychological Association.

Heinberg, L. J., Wood, K. C., & Thompson, J. K. (1996). Body image. In V. I. Rickert (Ed.), *Adolescent nutrition. Assessment and management*, p. 136-156. New York, Albany, Bonn, Boston, Cincinnati, Detroit, London, Madrid, Melbourne, Mexico City, Pacific Grove, Paris, San Francisco, Singapore, Tokyo, Toronto, Washington: Chapman & Hall.

Herpertz, S. (2000). Risikogruppen bei Essstörungen. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 95-110.

Herpertz-Dahlmann, B. (2000). Spezielle Probleme von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 29-40.

Herpertz-Dahlmann, B. (1993). *Essstörungen und Depression in der Adoleszenz*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.

Herzog, T. (2000). Stand der vergleichenden Therapieforschung bei Anorexia Nervosa: Ergebnisse einer systematischen Literaturübersicht. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 127-155.

Herzog, W., Rathner, G., & Vandereycken, W. (1992). Long-term course of anorexia nervosa: a review of the literature. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 15-29. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.

Herzog, W., Deter, H. C., Schellberg, D., Seilkopf, S., Sarembe, E., Kröger, F., Minne, H., Mayer, H., & Petzold, E. (1992). Somatic findings at 12-year follow-up of 103 anorexia nervosa patients: results of the Heidelberg-Mannheim follow-up. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 85-107. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.

Hesse-Biber, S. (1996). *Am I Thin Enough Yet? The Cult of Thinness and the Commercialization of Identity.* New York, Oxford: Oxford University Press.

Hilbert, A. (2000). *Körperbild bei Frauen mit „Binge-Eating"-Störung*. Marburg / Lahn: Dissertation zur Erlangung des Doktorgrade der Naturwissenschaften der Universität Marburg.

Hoek, H. W., & Van Hoeken, D. (2003). Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 383-396.

Hoopes, S. P., Reimherr, F. W., Hedges, D. W., Rosenthal, N. R., Kamin, M., Karim, R., Capece, J. A. & Karvois, D. (2003). Treatment of bulimia nervosa with topiramate in a randomized, double-blind, placebo-controlled trial, part 1: improvement in binge and purge measures. *Journal of Clinical Psychiatry*, 64, 1335-1341.

Horesh, N., Apter, A., Ishai, J., Danziger, Y., Miculincer, M., Stein, D., Lepkifker, E., & Minouni, M. (1996). Abnormal Psychosocial Status and Eating Disorders in Adolescence. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 35 (7), 921-927.

Howard, W. T., Evans, K. K., Quintero-Howard, C. V., Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (1999). Predictors of success or failure of transition to day hospital treatment for inpatients with anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 156, 1679-1702.

Hsu, G. L. K. (1990). *Eating Disorders*. New York, London: The Guilford Press.

Inceoglu, I., Franzen, U., Backmund, H., & Gerlinghoff, M. (2000). Personality Disorders in Patients in a Day-Treatment Program for Eating Disorders. *European Eating Disorders Review*, 8, 67-72.

Isler, E. (2002). Anorexie / Bulimie: Konzept "Akutes Management". *Aktuelle Ernährungsmedizin,* 7, 290-294.

Jacobi, C. (1991). Die Bedeutung von Kontrollverlust und Selbstkontrolle in der Therapie bulimischer Klientinnen. In C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa: Ursachen und Therapie* (p. 93-102). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.

Jacobi, C., & Paul, T. (1991). Ambulante Verhaltenstherapie bei Bulimia nervosa. In C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa: Ursachen und Therapie* (p. 111-130). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.

Jacobi, C., Dahme, B., & Dittmann, R. (2002). Cognitive-behavioral, fluoxetine and combined treatment for bulimia nervosa: short- and long-term results. *European Eating Disorders Review*, 10. 179-198.

Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (2000). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa.* Weinheim: Psychologie Verlags Union, Verlagsgruppe Beltz.

Järmann, L. (2000). *Essprobleme als Belastungsfaktor bei Kindern und Jugendlichen in der Schweiz und in Norwegen.* Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit an der Universität Bern. Institut für Psychologie unter der Leitung und Betreuung von Prof. Dr. F. D. Alsaker.

Johnson, C., Powers, P. S., & Dick, R. (1999). Athletes and Eating Disorders: The National Collegiate Athletic Association Study. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 179-188.
Johnson, C., Crosby, R., Engel, S., Mitchell, J., Powers, P., Wittrock, D., & Wonderlich, S. (2004). Gender, ethnicity, self-esteem and disordered eating among college athletes. *Eating Behaviors*, 5 (2), 147-156.
Joraschky, P. (1986). Das Körperschema und das Körper-Selbst. In E. Brähler (Hrsg.), *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin*, p. 34-49. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer Verlag.
Kaplan, A. S., & Olmsted, M. P. (1997). Partial hospitalization. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders,* p. 354-360. New York, London: The Guilford Press.
Karwautz, A., Haidvogl, M., Wagner, G., Nobis, G., Wöber-Bingöl, Ç., & Friedrich, M. H. (2002). Subjektives Familienbild bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Jugendalter: Eine kontrollierte Studie. *Zeitschrift für Kinder – und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 30 (4), 251-259.
Kaye, W., Strober, M., & Rhodes, L. (2002). Body image disturbance and other core symptoms in anorexia and bulimia nervosa. In D. J. Castle & K. A. Phillips (Eds.), *Disorders of body image,* p. 67-82. Petersfield, Philadelphia: Wrightson Biomedical Publishing LTD.
Kazdin, A. E. (1994). Methodology, Design and Evaluation in Psychotherapy Research. In A. E. Bergin & S. L. Garfield (Eds.), *Handbook of Psychotherapy and Behavior Change*, p. 19-71. New York: John Wiley & Sons.
Kearney-Cooke, A., & Striegel-Moore, R. (1997). The etiology and treatment of body image disturbance. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders,* p. 295-306. New York, London: The Guilford Press.
Keel, P. K., & Mitchell, J. E. (1997). Outcome in Bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 313-321.
Keel, P. K., Crow, S., Davis, T. L., & Mitchell, J. E. (2002). Assessment of eating disorders. Comparison of interview and questionnaire date from a long-term follow-up study of bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1043-1047.
Keel, P. K., Mitchell, J. E., Davis, T. L., & Crow, S. J. (2002). Long-Term Impact of Treatment in Women Diagnosed with Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 151-158.
Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L. & Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives General Psychiatry*, 56, 63-69.
Keel, P. K., Dorer, D. J., Eddy, K. T., Delinsky, S. S., Franko, D. L., Blais, M. A., Keller, M. B., & Herzog, D. B. (2002). Predictors of Treatment Utilization Among Women With Anorexia and Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 159, 140-142.
Keel, P. K., Fichter, M., Quadflieg, N., Bulik, C. M, Baxter, M. G., Thornton, L., Halmi, K. A., Kaplan, A. S., Strober, M., Woodside, D. B., Crow, S. J., Mitchell, J. E., Rotondo, A., Mauri, M., Cannano, G., Treasure, J., Goldman, D., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2004). Application of a latent class analysis to empirically define eating disorder phenotypes. *Archives of General Psychiatry*, 61, 192-200.
Key, A., George, C. L., Beattie, D., Stammers, K., Lacey, H., & Waller, G. (2002). Body image treatment within an inpatient program for anorexia nervosa: the role of mirror exposure in the desensitization process. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 185-190.
Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelson, O., & Taylor, H. L. (1950). *The Biology of Human Starvation.* Minneapolis: University of Minnesota Press.
Killen, J. D. (1996). Development and evaluation of a school-based eating disorder symptoms prevention program. In L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and prevention* (pp. 313-339). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.

King, D. L. (1994). Food, sex, and salvation: The role of discourse in a recovery program for eating disorders. In N. Sault (Ed.), *Many mirrors: body image and social relations*, p. 179-203. New Brumnswick, New Jersey: Rutgers University Press.
Kjelsås, E., Bjørnstrøm, Ch., & Götestam, K. G. (2004). Prevalence of eating disorders in female and male adolescents (14-15 years). *Eating Behaviors,* 5, 13-25.
Köpp, W. (2000). Die Komorbidität von Essstörungen. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 61-78.
Köpp, W., & Wegscheider, K. (2000). *Stationäre Behandlung von Essstörungen: Was ist wichtig für den Behandlungserfolg?* Heidelberg, Kröning: Asanger Verlag.
Krahnstoever Davison, K., Markey, Ch. N., & Birch, L. L. (2003). A longitudinal examination of patterns in girls' weight concerns and body dissatisfaction from ages 5 to 9 years. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 320-332.
Kreipe, R. E., & Higgins, L. A. (1996). Anorexia Nervosa. In V. I. Rickert (Ed.), *Adolescent nutrition. Assessment and management*, p. 159-179. New York, Albany, Bonn, Boston, Cincinnati, Detroit, London, Madrid, Melbourne, Mexico City, Pacific Grove, Paris, San Francisco, Singapore, Tokyo, Toronto, Washington: Chapman & Hall.
Laliberté, M., Boland, F. J., & Leichner, P. (1999). Family Climates: Family Factors Specific to Disturbed Eating and Bulimia Nervosa. *Journal of Clinical Psychology*, 55 (4), 1021-2040.
Larocca, F. E. F. (1993). The B.A.S.H. approach. In A. J. Giannini & A. E. Slaby (Eds.), *The Eating Disorders* (pp. 173-275). New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Latner, J. D., & Wilson, G. T. (2000). Cognitive-behavioral therapy and nutritional counseling in the treatment of bulimia nervosa and binge eating. *Eating Behaviors*, 1, 3-21.
Lau, B., & Alsaker, F. D. (2000). Assessment of weight and eating concerns in Norwegian adolescents. *Scandinavian Journal of Psychology*, 41, 189-196.
Lauer, Ch. J., & Krieg, J.-Ch. (2004). Sleep in eating disorders. *Sleep Medicine Reviews*, 8, 109-118.
Lawrence, B., Campbell, M., Neiderman, M., & Serpell, L. (2003). Size Really Doesn't Matter. *European Eating Disorders Review*, 11. 397-404.
Legenbauer, T. (2003). *Was löst einen Essanfall aus?* Frankfurt: Peter Lang, Europäischer Verlag der Wissenschaften.
Léonhard, S., Steiger, H., & Kao, A. (2003). Childhood and adulthood abuse in bulimic and nonbulimic women: Prevalence and psychological correlates. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 397-405.
Leung, N., Waller, G. & Thomas, G. (1999). Group cognitive-behavioral therapy for anorexia nervosa: a case for treatment? *European Eating Disorders Review*, 7, 351-361.
Levens, M. (1995). *Eating disorders and magical control of the body. Treatment through art therapy*. London, New York: Routle.
Levine, M. P., & Piran, N. (2004). The role of body image in the prevention of eating disorders. *Body Image*, 1, 57-70.
Levine, M., Smolak, L., & Striegel-Moore, R. (1996). Conclusions, implications, and future directions. In L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and prevention* (pp. 399-416). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
Lieberman, M., Gauvin, L., Bukowski, W. M., & White, D. R. (2001). Interpersonal influence and disordered eating behaviors in adolescent girls. The role of peer modeling, social reinforcement, and body-related teasing. *Eating Behaviors*, 2, 215-236.
Lindberg, L., & Hjern, A. (2003). Risk factors for anorexia nervosa: a national cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 397-408.

Littleton, H. L., & Ollendick, T. (2003). Negative body image and disordered eating behavior in children and adolescents: what places youth at risk and how can these problems be prevented? *Clinical Child and Family Psychology Review,* 6, 1, 51-66.
Lowe, M. R., Davis, W. N., Annunziato, R. A., & Lucks, D. L. (2003). Inpatient treatment for eating disorders: outcome at discharge and 3-month follow-up. *Eating Behaviors,* 4, 385-397.
Marx, R. D. (1993). Depression and eating disorders. In A. J. Giannini & A. E. Slaby (Eds.), *The Eating Disorders* (pp. 110-127). New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Mazzeo, S. E., Espelage, D. L., Sherman, R., & Thompson, R. (2003). Trends in eating disorder symptomatology in an outpatient clinic: 1988-1998. *Eating Behaviors*, 4, 211-220.
McCabe, R. E., McFarlane, T., Polivy, J., & Olmsted, M. P. (2001). Eating disorders, dieting, and the accuracy of self-reported weight. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 59-64.
McComb, J. J. R., & Clopton, J. R. (2003). The effects of movement, relaxation, and education of the stress level of women with subclinical levels of bulimia. *Eating Behaviors,* 4, 79-88.
McDermott, B. M., Batik, M., Roberts, L., & Gibbon, P. (2002). Parent and child report of family functioning in a clinical child and adolescent eating disorder sample. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 36, 509-514.
McFarlane, T., McCabe, R. E., Jarry, J., Olmsted, M. P., & Polivy, J. (2001). Weight-related and shape-related self-evaluation in eating-disordered and non-eating-disordered women. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 328-335.
McKnight Investigators (2003). Risk Factors for the Onset of Eating Disorders in Adolescent Girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study. *American Journal of Psychiatry*, 160 (2), 248-254.
McLaren, L., Gauvin, L., & Steiger, H. (2001). A two-factor model of disordered eating. *Eating Behaviors*, 2, 51-56.
McNamara, B. (2002). Disordered body image: an anthropological perspective. In D. J. Castle & K. A. Phillips (Eds.), *Disorders of body image,* p. 25-35. Petersfield, Philadelphia: Wrightson Biomedical Publishing LTD.
Meermann, R. (1991). Body-image-Störungen bei Anorexia und Bulimia nervosa und ihre Relevanz für die Therapie. In C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa: Ursachen und Therapie* (p. 69-850). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Meermann, R., & Vandereycken, W. (1987). *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. Ein klinischer Leitfaden für den Praktiker.* Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Meier, I. (2003). *Wenn Essen zum Zwang wird. Ratgeber für Betroffene von Magersucht und Bulimie.* Zürich: Der Schweizerische Beobachter (Jean Frey AG).
Mendelson, M. J., Mendelson, B. K., & Andrews, J. (2000). Self-esteem, body esteem, and body-mass in late adolescence: is a competence x importance model needed? *Journal of Applied Developmental Psychology*, 21 (3), 249-266.
Mendelson, B. K, White, D. R., & Mendelson, M. J. (1996). Self-esteem and body esteem: effects of gender, age, and weight. *Journal of Applied Developmental Psychology*, 17, 321-346.
Mendelson, B. K., McLaren, L., Gauvin, L., & Steiger, H. (2002). The relationship of self-esteem and body esteem in women with and without eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 318-323.
Mizes, J. S., Heffner, M., Madison, J. K., & Varnado-Sullivan, P. (2004). The validity of subjective measures of body image disturbance. *Eating Behaviors*, 5, 55-66.
Morgan, H. G., & Russell, G. F. M. Values of family background and clinical features as predictors of long-term outcome in anorexia nervosa: four year follow-up study of 41 patients. *Psychological Medicine*, 5, 355-371.

Moorhead, D. J., Stashwick, C. K., Reinherz, H. Z., Giaconia, R. M., Streigel-Moore, R. M., & Paradis, A. D. (2003). Child and adolescent predictors of eating disorders in a community population of young adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 1-9.

Morgan, H. G., Macquire-Samson, I. M. P., Purgold, J. & Vassilas, C. A. (1992). Outcome Assessment. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 30-39. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.

Mrazek, J. (1986). Einstellungen zum eigenen Körper. Grundlagen und Befunde. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung: Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens*, p. 223-249. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, C. J. Hogrefe.

Munro, J. & Laing, M. (1994). Self-help Groups for Women with Bulimia Nervosa. In B. Dolan & I. Gitzinger (Eds.), *Why Women? Gender issues and eating disorders*, p. 72-78. London, Atlantic Higlands: The Atholone Press.

Narring, F., Tschumper, A., Inderwildi Bonivento, L., Jeannin, A., Addor, V., Bütikofer, A., Suris, J.C., Diserens, C., Alsaker. F., & Michaud, P.A. (2004). *Gesundheit und Lebensstil 16-20 Jähriger in der Schweiz. SMASH 2002. Swiss multicenter adolescent survey on health 2002.* Lausanne: Institut universitaire de médecine sociale et préventive.

Newman, M. M. (1993). The hospital treatment of eating disorders. In A. J. Giannini & A. E. Slaby (Eds.), *The Eating Disorders* (pp. 185-195). New York, Berlin, Heidelberg, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.

Nichter, M., & Vuckovic, N. (1994). Fat talk: body image among adolescent girls. In N. Sault (Ed.), *Many mirrors: body image and social relations*, p. 109-131. New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press.

O'Brien, K. M., & Vincent, N. K. (2003). Psychiatric comorbidity in anorexia and bulimia nervosa: nature, prevalence, and causal relationship. *Clinical Psychology Review,* 23, 57-74.

O'Connor, M., Simmons, T., & Cooper, M. (2003). Assumptions and beliefs, dieting, and predictors of eating disorder-related symptoms in young women and young men. *Eating Behaviors*, 4, 1-6.

O'Dea, J. A., & Abraham, S. (2000). Improving body image, eating attitudes, and behaviors in young male and female adolescents: A new educational approach that focuses on self-esteem. *International Journal of Eating Disorders*, 28, 43-57.

Ohring, R., Graber, J. A., & Brooks-Gunn, J. (2002). Girl's recurrent and concurrent body dissatisfaction: correlates and consequences over 8 years. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 404-415.

Olivardia, R., & Pope, H. G. (2002). Body image disturbance in childhood and adolescence. In D. J. Castle & K. A. Phillips (Eds.), *Disorders of body image,* p. 83-100. Petersfield, Philadelphia: Wrightson Biomedical Publishing LTD.

Olmsted, M. P. (2002). Day hospital treatment of anorexia nervosa and bulimia nervosa. In C. G. Fairburn & K. D. Brownell (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook,* p. 330-334. New York, London: The Guilford Press.

Orbach, S. (1990). *Hungerstreik. Ursachen der Magersucht, Neue Wege zur Heilung.* Düsseldorf: ECON Taschenbuch Verlag.

Papezova, H. (2002). History of Services for Eating Disorders with Regard to Political and Women's Situational Changes in the Czech Republic. *European Eating Disorders Reviews*, 10, 79-84.

Paravicini, A., & Hartmann, M. (2001). *Evaluation einer psychotherapeutischen Wohngemeinschaft für junge Frauen mit schweren Essstörungen.* Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit an der Universität Bern.

Park, R. J., Lee, A., Woolley, H., Murray, L., & Stein, A. (2003). Children's representation of family mealtime in the context of maternal eating disorders. *Child: Care, Health & Development*, 29, 2, 111-119.

Patton, G. C., Coffey, C., & Sawyer, S. M. (2003). The outcome of adolescent eating disorders: findings from the Victorian Adolescent Health Cohort Study. *European Child & Adolescent Psychiatry (*Suppl 1). 12, 25-29.
Paul, T. (1991). Der langfristige Verlauf der Bulimia nervosa. In C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa: Ursachen und Therapie* (p. 195-216). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokio, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Paul, T., Schroeter, K., Dahme, B., & Nutzinger, D. O. (2002). Self-Injurious Behavior in Women With Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 408-411.
Paul, T., Jacobi, C., Thiel, A., & Meermann, R. (1991). Stationäre Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa: Beschreibung des Behandlungskonzepts und Evaluation. In C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa: Ursachen und Therapie* (p. 131-150). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Paulus, P. (1986). Körpererfahrung und Selbsterfahrung in persönlichkeitspsychologischer Sicht. In J. Bielefeld (Hrsg.), *Körpererfahrung: Grundlage menschlichen Bewegungsverhaltens*, p. 87-123. Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, C. J. Hogrefe.
Peñas-Lledó, E. M., Santos, L. R., Vaz Leal, F. J. & Waller, G. (2003). Pattern of birth in restrictive and bulimic eating disorders. *Eating Behaviors*, 3, 325-328.
Piaget, J. & Inhelder, B. (1998). *Die Psychologie des Kindes.* München: Deutscher Taschenbuchverlag (7. Auflage).
Pike, K. M., & Wilfley, D. E. (1996). The changing context of treatment. In L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and prevention* (pp. 365-397). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
Pike, K. M., Walsh, B. T., Vitousek, K., Wilson, G. T. & Bauer, T. (2003). Cognitive behavior therapy in the post hospitalization treatment of anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 160, 11, 2046-2049.
Pinhas, L. Toner, B. B., Ali, A., Garfinkel, P. E., & Stuckless, N. (1999). The effects of the ideal of female beauty on mood and body satisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 223-226.
Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (1999). Body experience in eating disorders before and after treatment: a follow-up study. *European Psychiatry*, 14, 333-340.
Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinen, J., & Can Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: its relationship with clinical and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 167-174.
Quadflieg, N., & Fichter, M. M. (2003). The course and outcome of bulimia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* (Suppl 1). 12, 99-109.
Raevuori, A. (2002). Temperament, Character and Eating Disorders. *European Eating Disorders Reviews,* 19, 146-150.
Ramacciotti, C. E., Dell'Osso, L., Paoli, R. A., Ciapparelli, A., Coli, E., Kaplan, A. S., & Garfinkel, P. E. (2002). Characteristics of Eating Disorder Patients Without a Drive for Thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 32. 206-212.
Reas, D. L., Schoemaker, C., Zipfel, S., & Williamson, D. A. (2001). Prognostic value of duration of illness and early intervention in bulimia nervosa: a systematic review of the outcome literature. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 1-10.
Reich, G., & Buss, C. (2002). Familienbeziehungen bei Bulimia und Anorexia nervosa. *Familiendynamik,* 27:3, 231-258.
Reinecke, M. (2000) *Körperbilder von Kindern und Jugendlichen. Körperbezogene Diagnostik in der klinischen Psychologie.* Bern, Berlin, Bruxelles, Frankfurt a. M., New York, Wien: Peter Lang.

Remschmidt, H., Gastpar, M., & Senf, W. (2000). Forschungsperspektiven bei Essstörungen: Schlussfolgerungen und Empfehlungen. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 193-204.
Ricciardelli, L. A., McCabe, M. P., Holt, K. E., & Finemore, J. (2003). A biopsychosocial model for understanding body image and body change strategies among children. *Applied Developmental Psychology*, 24, 475-495.
Rø, Ø., Martinsen, E. W., Hoffart, A., & Rosenvinge, J. H. (2003). Short-term Follow-up of Severe Bulimia Nervosa after Inpatient Treatment. *European Eating Disorders Review*, 11, 405-417.
Robin, A. L., Bedway, M., Siegel, P. T., & Gilroy, M. (1996). Therapy for adolescent anorexia nervosa: addressing cognitions, feelings, and the family's role. In E. D. Hibbs & P. S. Jensen (Eds.), *Psychosocial treatment for child and adolescent disorders. Empirically based strategies for clinical practice,* p. 239-259. Washington D.C.: American Psycholocial Association.
Rock, C. L. (1996). Bulimia nervosa. In V. I. Rickert (Ed.), *Adolescent nutrition. Assessment and management*, p. 181-198. New York, Albany, Bonn, Boston, Cincinnati, Detroit, London, Madrid, Melbourne, Mexico City, Pacific Grove, Paris, San Francisco, Singapore, Tokyo, Toronto, Washington: Chapman & Hall.
Rosen, J. C., & Ramirez, E. (1998). A comparison of eating disorders and body dysmorphic disorder on body image and psychological adjustment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44 (3/4), 441-449.
Røstam, M., Gillberg, C., & Wentz, E. (2003). Outcome of teenage-onset anorexia nervosa in a Swedish community-based sample. *European Child & Adolescent Psychiatry* (Suppl 1). 12, 78-90.
Roth, M. (2002). Geschlechtsunterschiede im Körperbild Jugendlicher und deren Bedeutung für das Selbstwertgefühl. *Praxis Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 51, 150-164.
Russell, G. F. M. (1992), the prognosis of eating disorders: a clinician's approach. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 198-213. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.
Ruuska, J., Kaltiala-Heino, R., Koivisto, A.-M., & Rantanen, P. (2003). Puberty, sexual development and eating disorders in adolescent outpatients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 214-220.
Salter, M. (1999). *Körperbild und Körperbildstörung*. Wiesbaden: Ullstein Medical.
Sands, E. R., & Wardle, J. (2003). Internalization of ideal body shapes in 9-12 year-old girls. *International Journal of Eating Disorders,* 33 (2), 193-204.
Sass, H., & Wittchen, H.-U. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual Psychischer Störungen DSM-IV*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe, Verlag für Psychologie.
Schindler, R. (2002). *Zusammenhänge zwischen Körperkonzept, Selbstwert und körperlicher Aktivität. Eine Untersuchung mit Jugendlichen und jungen Erwachsenen.* Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit der Universität Bern.
Schmidt, G. (2001). *Identität und Body-Image. Die soziale Konstruktion des Körpers.* Tübingen: Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Doktor der Sozialwissenschaften in der Fakultät für Sozial- und Verhaltenswissenschaft der Erberhard-Karls-Universität Tübingen.
Schmidt, U. (2003). Aetiology of eating disorders in the 21st century. *European Child & Adolescent Psychiatry (*Suppl 1). 12, 30-37.
Schmidt, U., & Treasure, J. (2002). *Getting better bit(e) by bit(e). A survival kit for sufferers of bulimia nervosa and binge eating disorders.* East Sussex, New York: Brunner-Routledge.
Schmidt, U., Bone, G., Hems, S., Lessem, J., & Treasure, J. (2002). Structured Therapeutic Writing Tasks as an Adjunct to Treatment in Eating Disorders*. European Eating Disorders Review*, 10, 299-315.

Schmidt, U., Tiller, J., Hodes, M., & Treasure, J. (1995). Risk factors for the development of early onset bulimia nervosa. In H. C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 83-93). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Schweiger, U., & Fichter, M. M. (2000). Psychobiologie der Essstörungen. In M. Gastpar, H. Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 157-172.
Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., & Sorrentino, A. M. (1999). *Anorexie und Bulimie. Neue familientherapeutische Perspektiven.* Stuttgart: Klett-Cotta.
Shafran, R., & Fairburn, C. G. (2002). A new ecologically valid method to assess body size estimation and body size dissatisfaction. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 458-465.
Shafran, R., Fairburn, C. G., Nelson, L., & Robinson, P. H. (2003). The interpretation of symptoms of severe dietary restraint. *Behavior Research and Therapy*, 41, 887-894.
Shisslak, C. M., Crago, M., Estes, L. S., & Gray, N. (1996). Content and method of developmentally appropriate prevention programs. In L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and prevention* (pp. 341-363). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
Smeets, M. A. M. (1997). The rise and fall of body size estimation research in anorexia nervosa: a review and reconceptualization. *European Eating Disorders Review*, 5, 75-95.
Smolak, L. (2004). Body image in children and adolescents: where do we go from here? *Body Image*, 1, 15-28.
Smolak, L., & Levine, M. P. (1996). Adolescent transition and the development of eating problems. In L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and prevention* (pp. 207-233). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
Smolak, L., & Striegel-Moore, R. (1996). The implications of developmental research for eating disorders. In L. Smolak, M. P. Levine, R. Striegel-Moore (Eds.), *The developmental psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and prevention* (pp. 183-203). Mahwah, New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates.
Springer, E. A., Winzelberger, A. J., Perkins, R., & Taylor, C. B. (1999). Effects of a body image curriculum for college students on improved body image. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 13-20.
Steiger, H., & Stotland, S. (1995). Individual and family factors in adolescents with eating symptoms and syndromes. In H. C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 49-68). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Steiner, H., Sanders, M., & Ryst, E. (1995). Precursors and risk factors of juvenile eating disorders. In H.-C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 95-125). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A., & Lock, J. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child & Adolescent Psychiatry (*Suppl 1). 12, 38-46.
Steiner, L. (2002). *Körperkonzept, Sportaktivität und Risiko für Essstörungen bei Jugendlichen.* Unveröffentlichte Lizentiatsarbeit an der philosophisch-historischen Fakultät der Universität Bern.
Steinhausen, H.-C. (2002). The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century. *American Journal of Psychiatry*, 159, 1284-1293.
Steinhausen, H.-C. (1991). Ergebnisse der Verlaufsforschung zur Anorexia nervosa. In C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa: Ursachen und Therapie* (p. 217-226). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Steinhausen, H.-C., & Seidel, R. (1992), A prospective follow-up study in early-onset eating disorders. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 108-117. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.

Steinhausen, H.-C., Seidel, R. & Winkler Metzke, C. (2000). Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychological Medicine,* 30, 1089-1998.
Steinhausen, H. C., Boyadjieva, S., & Neumärker, K.-J. (1995). Transcultural comparisons of adolescent eating disorders. In H. C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 37-46). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Steinhausen, H.-C., Boyadjieva, S., Griogoroiu-Serbanescu, M., & Neumärker, K.-J. (2003). The outcome of adolescent eating disorders. Findings from an international collaborative study. *European Child & Adolescent Psychiatry* (Suppl 1). 12, 91-98.
Steinhausen, H.-C., Boyadjieva, S., Griogoroiu-Serbanescu, M., Seidel, R., & Winkler Metzke, C. (2000). A transcultural outcome study of adolescent eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 101, 60-66.
Steinhausen, H.-C., Amstein, M., Reitzle, M., & Seidel, R. (1995). The outcome of adolescent eating disorders in two different European regions. In H. C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 359-369). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Stice, E. (1998). Modeling of eating pathology and social reinforcement of the thin-ideal predict onset of bulimic symptoms. *Behavior Research and Therapy*, 36, 931-944.
Stice, E., & Shaw, H. E. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology. A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 985-993.
Stice, E., Mazotti, L., Weibel, D., & Agras, W. S. (2000). Dissonance prevention program decreases thin-ideal internalization, body dissatisfaction, dieting, negative affect, and bulimic symptoms: a preliminary experiment. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 206-217.
Stockwell, R., & Dolan, B. (1994). Women Therapists for Women Patients?. In B. Dolan & I. Gitzinger (Eds.), *Why Women? Gender issues and eating disorders*, p. 57-64. London, Atlantic Higlands: The Atholone Press.
Strauss, B., & Appelt, H. (1986). Erfahrungen mit einem Fragebogen zum Körperleben. In E. Brähler (Hrsg.), *Körpererleben: ein subjektiver Ausdruck von Leib und Seele. Beiträge zur psychosomatischen Medizin*, p. 220-231. Berlin, Heidelberg, New York, Tokio: Springer Verlag.
Sukumaran, S., Vickers, B., Yates, P., & Garralda, M. E. (2003). Self-esteem in child and adolescent psychiatric patients. *European Child & Adolescent Psychiatry*, 12, 190-197.
Szymanski, L. A., & Seime, R. J. (1997). A re-examination of body image distortion: evidence against a sensory explanation. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (2), 175-180.
Tantillo, M. (2003). The relationship between perceived mutuality and bulimic symptoms, depression and therapeutic change in group therapy. *Eating Behavior*, 3 (4), 349-364.
Tantillo, M., & Sanftner, J. (2003). The relationship between perceived mutuality and bulimic symptoms, depression, and therapeutic change in group. *Eating Behaviors*, 3, 349-364.
Taylor, C. B., Sharpe, T., Shisslak, C., Bryson, S., Estes, L. S., Gray, N., McKnight, K. M., Crago, M., Kraemer, H. C., & Killen, J. D. (1998). Factors Associated with Weight Concerns in Adolesecent Girls. *International Journal of Eating Disorders,* 24, 31-42.
Thiel, A., Züger, M., Jacoby, G. E., & Schüssler, G. (1998). Thirty-Month Outcome in Patients With Anorexia or bulimia Nervosa and Concomitant Obsessive-Compulsive Disorder. *American Journal of Psychiatry*, 155, 244-249.
Thiels, C., Phil, M., Schmidt, U., Treasure, J., Garthe, R., & Troop, N. (1998). Guided self-change for bulimia nervosa incorporating use of a self-care manual. *American Journal of Psychiatry*, 155, 947-953.
Thiels, C., Schmidt, U., Troop, N., Treasure, J., & Garthe, R. (2000). Binge Frequency Predicts Outcome in Guided Self-Care Treatment of Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 8, 272-278.
Thompson, J. K. (2004). The (miss)measurement of body image: ten strategies to improve assessment for applied and research purposes. *Body Image,* 1, 7-14.

Thompson, K. J. (1995a). Introduction: body image, eating disorders, and obesity – an emerging synthesis. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment,* p. 1-20. Washington, D. C.: American Psychological Association.
Thompson, J. K. (1995b). Assessing body image disturbance: measures, methodology, and implementation. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment,* p. 49-81. Washington, D. C.: American Psychological Association.
Thompson, J. K. (1995c). Assessment of body image. In D. B. Allison (Ed.), *handbook of assessment methods for eating behaviours and weight-related problems*, p. 119-148.
Thompson, J. K., Coovert, M. D., & Stormer, S. M. (1999). Body image, social comparison, and eating disturbance: a covariance structure modeling investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 26, 43-51.
Thompson, K. J., Heinberg, L. H., & Clarke, A. J. (1995). Treatment of body image disturbance in eating disorders. In J. K. Thompson (Ed.), *Body image, eating disorders, and obesity. An integrative guide for assessment and treatment,* p. 303-319. Washington, D. C.: American Psychological Association.
Thompson, J. K., Heinberg, L. J., Altabe, M., & Tantleff-Dunn, S. (1998). *Exacting beauty. Theory, assessment, and treatment of body image disturbance.* Washington, DC: American Psychological Association.
Tolstrup, K. (1992), What can we learn from long-term outcome of anorexia and bulimia nervosa. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 228-238. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.
Toman, E. (2002). Body mass index and its impact on the therapeutic alliance in the work with eating disorder patients. *European Eating Disorders Review*, 10, 168-178.
Toro, J., Cervera, M., Feliu, M. H., Garriga, N., Jou, M., Martinez, E., & Toro, E. (2003). Cue exposure in the treatment of resistant bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 227-234.
Touyz, S. W., Garner, D. M., & Beaumont, P. J. V. (1995). The inpatient management of the adolescent patient with anorexia nervosa. In H. C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 247-270). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Touyz, S., Thornton, C., Rieger, E., George, L., & Beaumont, P. (2003). The incorporation of the stage of change model in the day hospital treatment of patients with anorexia nervosa. *European Child & Adolescent Psychiatry* (Suppl 1). 12, 65-71.
Tozzi, F., Sullivan, P. F:, Fear, J. L., McKenzie, J., & Bulik, C. M. (2003). Causes and Recovery in Anorexia Nervosa: The Patient's Perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 143-154.
Troop, N. A. (1998). Eating Disorders as Coping Strategies: A Critique. *European Eating Disorders Review*, 6, 229-237.
Troop, N. A., Holbrey, A., & Treasure, J. L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24, 157-166.
Troop, N. A., Schmidt, U. H., Turnbull, S. J., & Treasure, J. L. (2000). Self-esteem and Responsibility for Change in Recovery of Bulimia Nervosa. *European Eating Disorders Review*, 8, 384-393.
Turnbull, S. J., Schmidt, U., Tropp, N. A., Tiller, J., Todd, G., & Treasure, J. L. (1997). Predictors of outcome for two treatment for bulimia nervosa: short and long term. *International Journal of Eating Disorders*, 21 (1), 17-22.
Tuschen-Caffier, B., & Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie: Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe Verlag.
Tuschen-Caffier, B., & Florin, I. (1998). Essstörungen. In U. Baumann & M. Perrez (Hrsg.), *Lehrbuch Klinische Psychologie-Psychotherapie*, p. 754-776. Bern, Göttingen, Toronto, Seattle: Hans Huber.

Tuschen-Caffier, B., Vögele, C., Bracht, S., & Hilbert, A. (2002). Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy*, 41, 573-586.
Tuschen-Caffier, B., Pock, M., & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adopsitas.* Göttingen, Toronto, Zürich: Verlag für Psychologie, C. J. Hogrefe.
Van den Berg, P., Thompson, J. K., Obremski-Brandon, K., & Coovert, M. (2002). The tripartite influence model of body image and eating disturbance. A covariance structure modeling investigation testing the mediational role of appearance comparison. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1007-1020.
Van den Berg, P., Wertheim, E. H., Thompson J. K., & Paxton, S. J. (2002). Development of body image, eating disturbance and general psychological functioning in adolescent females: a replication using covariance structure modeling in an Australian sample. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 46-51.
Van Engeland, H., Van der Ham, T., Van Furth, E. F., & Van Strien, D. C. (1995). The Utrecht prospective longitudinal studies on eating disorders in adolescence: Course and predictive power of personality and family variables. In H. C. Steinhausen (Ed.), E*ating Disorders in Adolescence: Anorexia and Bulimia Nervosa* (p. 339-358). Berlin, New York: Walter de Gruyter.
Vandereycken, W. (2003). The place of inpatient care in the treatment of anorexia nervosa: questions to be answered. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 409-422.
Vandereycken, W. (1991). Organisation und Evaluation eines stationären Therapieprogramms für Patienten mit Essstörungen. In C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa: Ursachen und Therapie* (p. 173-182). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.
Vandereycken, W., & Meermann, R. (2003). *Magersucht und Bulimie. Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörige*. Bern: Hans Huber.
Vandereycken, W., & Pieters, G. (1992). A large-scale longitudinal follow-up study of patients with eating disorders: methodological issues and preliminary results. In W. Herzog, H.-C. Deter & W. Vandereycken (Eds.), *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*, p. 182-197. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer-Verlag.
Vaz, F. J. (1998). Outcome of bulimia nervosa: prognostic factors. *Journal of Psychosomatic Research*, 45 (5), 391-400.
Vaz, F. J., Guisado, J. A., & Peñas-Lledó (2003). History of Anorexia Nervosa in Bulimic Patients: Its Influence of Body Composition. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 148-155.
Von Wietersheim, J., Kordy, H., & Kächele, H. (2003). Stationäre psychodynamische Behandlungsprogramme bei Essstörungen. Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen. In W. Herzog, D. Munz & H. Kächele (Hrsg.), *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte* (p. 3-15). Stuttgart, New York: Schattauer.
Waadegaard, M., & Petersen, T. (2992), Dieting and Desire for Weight Loss Among Adolescents in Denmark: A Questionnaire Survey. *European Eating Disorders Review*, 10, 329-346.
Wade, T. D., Bulik, C. M., Prescott, C. A., & Kendler, K. S. (2004). Sex influences on shared risk factors for bulimia nervosa and other psychiatric disorders. *Archives of General Psychiatry*, 61, 251-256.
Waller, G., & Barnes, J. (2002). Preconscious processing of body image cues. Impact on body percept and concept. *Journal of Psychosomatic Research*, 53, 1037-1041.
Wallin, U. Kronovall, P., & Majewski, M.-L. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Dieting Disorders Review*, 8, 19-30.
Walsh, B. T. (2004). The future research on eating disorders. *Appetite*, 42, 5-10.
Walsh, B. T., Fairburn, C. G., Mickley, D., Sysko, R., & Parides, M. K. (2004). Treatment of bulimia nervosa in a primary care setting. *American Journal of Psychiatry*, 161, 556-561.

Wardle, J. (1991). Diätverhalten und Heisshungerattacken – Eine funktionale Analyse anorektischer und bulimischer Verhaltensweisen. In C. Jacobi & T. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa: Ursachen und Therapie* (p. 86-92). Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo, Hong Kong, Barcelona, Budapest: Springer Verlag.

Watson, T. L., Bowers, W. A., & Andersen, A. E. (2000). Involuntary Treatment of Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1806-1810.

Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K., & Muir, S. L. (1997). Why do adolescent Girls watch their Weight? An Interview Study examining sociocultural pressures to be thin. *Journal of Psychosomatic Research*, 42 (4), 345-355.

Westenhoefer, J. (2001). Prevalence of eating disorders and weight control practices in Germany in 1990 and 1997. *International Journal of Eating Disorders*, 29, 477-481.

Wiederman, M. W., & Pryor, T. L. (2000). Body dissatisfaction, bulimia, and depression among women: the mediating role of drive for thinness. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 90-95.

Wilson, G. T. (1996). Treatment of bulimia nervosa: when CBT (cognitive-behavioral therapy) fails. *Behavior Research and Therapy*, 34 (3), 197-212.

Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M, Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., & Haseltine, B. (2001). Eating Disturbance and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 401-412.

Yates, A., Edman, J. D., Crago, M., & Crowell, D. (2001). Using an exercise-based instrument to detect signs of an eating disorder. *Psychiatry Revised*, 105 (3), 231-241.

Young, E. A., McFatter, R., & Clopton, J. R. (2001). Family functioning, peer influence, and media influence as predictors of bulimic behavior. *Eating Behaviors*, 2, 323-337.

Zaitsoff, S. L., Geller, J., & Srikameswaran, S. (2002). Silencing the Self and Suppressed Anger: Relationship to Eating Disorder Symptoms in Adolescent Females. *European Eating Disorders Review,* 10, 51-60.

Zipfel, S., Löwe, B., Deter, H.-C., & Herzog, W. (2003). Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa. In W. Herzog, D. Munz & H. Kächele (Hrsg.), *Essstörungen. Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte* (p. 297-301). Stuttgart, New York: Schattauer.

Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H.-C., & Herzog, W. (2000). Der Langzeigverlauf der Anorexia nervosa: Chancen und Grenzen der Verlaufsforschung. In M. Gastpar, H., Remschmidt & Senf, W. (Hrsg.), *Essstörungen: Neue Erkenntnisse und Forschungsperspektiven,* Sternenfels: Verlag Wissenschaft und Praxis, p. 41-60.

Zipfel, S., Reas, D. L., Thornton, C., Olmsted, M. P., Williamson, D. A., Gerlinghoff, M., Herzog, W., & Beaumont, P. J. (2002). Day Hospitalization Programs for Eating Disorders: A Systematic Review of the Literature. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 105-117.

Zöfel, P. (2001). *Statistik verstehen. Ein Begleitbuch zur computergestützten Anwendung.* München, Boston, San Francisco, Harlow, Don Mills, Sydney, Mexico City, Madrid und Amsterdam: Addison-Wesley.

Zonnevijlle-Bendek, M. J. S., van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., & van Engeland, H. (2002). Do adolescent anorexia nervosa patients have deficits in emotional functioning? *European Child & Adolescent Psychiatry*, 11, 38-42.

# Anhang

## Verzeichnis der Tabellen

Tabelle 1: Physische und psychologische Konsequenzen von reduzierter Nahrungsaufnahme (Meier, 2003; Claude-Pierre, 2001; Gerlinghoff & Backmund, 2000a) ..... 8
Tabelle 2: Körperliche und psychische Begleiterscheinungen der Bulimia nervosa (Meier, 2003; Claude-Pierre, 2001) ..... 10
Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV ..... 13
Tabelle 4: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-IV ..... 14
Tabelle 5: Prädiktoren für den Verlauf der Essstörungen (vgl. Peñas-Lledó, Santos, Vaz Leal & Waller, 2003; Røstam, Gillberg & Wentz, 2003; Steiner et al., 2003; Tantillo, 2003; Tozzi et al., 2003; Zipfel, Löwe, Deter & Herzog, 2003; Steinhausen, 2002; Herpertz-Dahlmann, 2000; Köpp & Wegschneider, 2000; Zipfel et al., 2000; Fichter & Quadflieg, 1999; Fichter & Quadflieg, 1997; Herzog, Rathner & Vandereycken, 1992; Steinhausen, 1991). ..... 61
Tabelle 6: Prädiktoren für den Verlauf der Essstörungen (Bardone, Perez, Abramson & Joiner, 2003; Steiner et al., 2003; Reas, Schoemaker, Zipfel & Williamson, 2001; Gowers et al., 2000; Köpp & Wegschneider, 2000; Vaz, 1998; Turnbull et al., 1997; Fichter, Quadflieg & Rief, 1992) ..... 63
Tabelle 7: Wochenplan der Psychotherapiestation ..... 83
Tabelle 8: Messzeitpunkte für den Evaluationsfragebogen und die Fremdbeobachtung ..... 100
Tabelle 9: Rücklauf und Dropout-Rate bei der Fragebogenerhebung in der klinischen Population 101
Tabelle 10: Übersicht über die Fragebogenerhebung (Rücklauf der Fragebogen) ..... 102
Tabelle 11: Übersicht über die demographischen und symptomatischen Eigenschaften der klinischen Stichprobe ..... 104
Tabelle 12: Prozentuale Verteilung der weiblichen Normstichprobe auf die verschiedenen Schultypen ..... 115
Tabelle 13: Korrelation zwischen den Fremd- und Selbstbeobachtungserhebung nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt bezüglich der anorektischen und bulimischen Symptomatik. ..... 117
Tabelle 14: Korrelationen zwischen der Fremd- und Selbstbeobachtungserhebung nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt bezüglich den sozialen Kompetenzen und sozialen Integration. ..... 117
Tabelle 15: Korrelationen zwischen der Fremd- und Selbstbeobachtungserhebung nach sechs Wochen Aufenthalt und bei Austritt bezüglich der komorbiden Symptomatik der Essstörung ..... 117
Tabelle 16: Übersicht der Skalen der anorektischen und bulimische Symptomatik ..... 119
Tabelle 17: Reliabilitätsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht ..... 119
Tabelle 18: Reliabilitätsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung ..... 120
Tabelle 19: Reliabilitätsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung ..... 121
Tabelle 20: Reliabilitätsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) ..... 121
Tabelle 21: Reliabilitätsanalyse für Bulimische Symptomatik (Fressanfälle / Erbrechen) ..... 122
Tabelle 22: Reliabilitätsanalyse für Hunger- und Sättigungsgefühl ..... 122
Tabelle 23: Reliabilitätsanalyse für Negative Wahrnehmung des Essens ..... 123
Tabelle 24: Reliabilitätsanalyse für Essen als Mittel gegen (emotionale) Belastung ..... 123
Tabelle 25: Reliabilitätsanalyse für Essgeschwindigkeit ..... 124
Tabelle 26: Reliabilitätsanalyse für Einstellung zu Sport ..... 125
Tabelle 27: Reliabilitätsanalyse für Menstruation ..... 125
Tabelle 28: Übersicht der Skalen der sozialen Kompetenzen und sozialen Integration ..... 126
Tabelle 29: Reliabilitätsanalyse für Angst vor eigenen Fehlern und Kritik ..... 126

Tabelle 30: Reliabilitätsanalyse für Fordern können ..... 127
Tabelle 31: Reliabilitätsanalyse für Kontaktangst ..... 127
Tabelle 32: Reliabilitätsanalyse für Konfliktvermeidung ..... 128
Tabelle 33: Reliabilitätsanalyse für Gefühle der Einsamkeit und Isolation ..... 128
Tabelle 34: Reliabilitätsanalyse für Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ..... 129
Tabelle 35: Reliabilitätsanalyse für Zufriedenheit mit Peerbeziehungen ..... 129
Tabelle 36: Reliabilitätsanalyse für Gruppenzugehörigkeit ..... 129
Tabelle 37: Übersicht der Skalen der komorbiden Symptomatik der Essstörung ..... 130
Tabelle 38: Reliabilitätsanalyse für Negative Selbstbeurteilung ..... 130
Tabelle 39: Reliabilitätsanalyse für Positive Selbstbeurteilung ..... 131
Tabelle 40: Reliabilitätsanalyse für Selbstwirksamkeit ..... 131
Tabelle 41: Reliabilitätsanalyse für Zwanghaftigkeit ..... 132
Tabelle 42: Reliabilitätsanalyse für Depressivität ..... 132
Tabelle 43: Reliabilitätsanalyse für Suizidalität ..... 133
Tabelle 44: Reliabilitätsanalyse für Bedürfnis nach Kontrolle ..... 133
Tabelle 45: Reliabilitätsanalyse für Kontrollwahrnehmung ..... 134
Tabelle 46: Reliabilitätsanalyse für Negatives psychisches Befinden / Stimmung ..... 135
Tabelle 47: Reliabilitätsanalyse für Introversion / Extraversion ..... 135
Tabelle 48: Vergleich zwischen den Bulimikerinnen und Anorektikerinnen der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 139
Tabelle 49: Vergleich zwischen den Bulimikerinnen und Anorektikerinnen der klinischen Stichprobe und der weiblichen Normstichprobe (Oneway ANOVA) ..... 139
Tabelle 50: Korrelationen für die Facetten des Körperkonzeptes und relevanten Konstrukten bei den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen ..... 150
Tabelle 51: Korrelationen für die Facetten des Selbstkonzeptes und relevante Konstrukte bei den Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen ..... 156
Tabelle 52: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 162
Tabelle 53: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 163
Tabelle 54: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 164
Tabelle 55: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 164
Tabelle 56: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der weiblichen Normstichprobe (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 165
Tabelle 57: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 165
Tabelle 58: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 166
Tabelle 59: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 166
Tabelle 60: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 167
Tabelle 61: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der weiblichen Normstichprobe ..... 167
Tabelle 62: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 168

Tabelle 63: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 169
Tabelle 64: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 169
Tabelle 65: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der weiblichen Normstichprobe (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 170
Tabelle 66: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 171
Tabelle 67: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 171
Tabelle 68: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 172
Tabelle 69: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 172
Tabelle 70: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der Normstichprobe (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 173
Tabelle 71: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Anorektikerinnen ..... 174
Tabelle 72: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 174
Tabelle 73: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 174
Tabelle 74: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der Normstichprobe ..... 175
Tabelle 75: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Selbstwirksamkeit der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 176
Tabelle 76: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Selbstwirksamkeit der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 177
Tabelle 77: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 177
Tabelle 78: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der Anorektikerinnen ..... 178
Tabelle 79: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 178
Tabelle 80: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 179
Tabelle 81: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) der weiblichen Normstichprobe ..... 179
Tabelle 82: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Eintritt der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 180
Tabelle 83: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Eintritt der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 180
Tabelle 84: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Eintritt der Bulimikerinnen ..... 181
Tabelle 85: Schritteweise mutiple Regressionsanalyse für BMI der weiblichen Normstichprobe ..... 181
Tabelle 86: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Austritt der Anorektikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 182
Tabelle 87: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Austritt der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 182
Tabelle 88: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Austritt der Bulimikerinnen (Fragebogen der Normstichprobe) ..... 182

Tabelle 89: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei Austritt der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 183
Tabelle 90: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Bulimische Symptomatik der Anorektikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 184
Tabelle 91: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Bulimisches Verhalten der Bulimikerinnen (Fragebogen der klinischen Stichprobe) ..... 184
Tabelle 92: Binäre logistische Regressionsanalyse für krank / gesund ..... 185
Tabelle 93: Binäre logistische Regressionsanalyse für Anorexia oder Bulimia nervosa ..... 185
Tabelle 94: Vergleiche zwischen der weiblichen und männlichen Normstichprobe (t-Tests) ..... 188
Tabelle 95: Vergleiche zwischen der weiblichen und männlichen Normstichprobe (Mann-Whitney-U-Tests) ..... 189
Tabelle 96: Korrelationen (nach Spearman) für die Facetten des Körperkonzeptes und relevanten Konstrukten bei den Männern und Frauen der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen ..... 192
Tabelle 97: Korrelationen (nach Spearman) für die Facetten des Selbstkonzeptes und relevanten Konstrukten bei den Männern und Frauen der Normstichprobe und statistischer Vergleich dieser Korrelationen ..... 195
Tabelle 98: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative körperliche Selbsteinschätzung der männlichen Normstichprobe ..... 196
Tabelle 99: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung der männlichen Normstichprobe ..... 197
Tabelle 100: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht der männlichen Normstichprobe ..... 197
Tabelle 101: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Negative Selbstbeurteilung der männlichen Normstichprobe ..... 198
Tabelle 102: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Positive Selbstbeurteilung der männlichen Normstichprobe ..... 199
Tabelle 103: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) bei männlicher Normstichprobe ..... 199
Tabelle 104: Schrittweise multiple Regressionsanalyse für BMI bei männlicher Normstichprobe 200
Tabelle 105: U- Test nach Mann und Whitney für den Vergleich der Skalen bei Eintritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 204
Tabelle 106: U- Test nach Mann und Whitney für den Vergleich der Skalen bei Austritt bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 205
Tabelle 107: Vorzeichenrangtest von Wilcoxon für den Vergleich der Skalen bei Ein- und Austritt bei den Anorektikerinnen ..... 207
Tabelle 108: Vorzeichenrangtest von Wilcoxon für den Vergleich der Skalen bei Ein- und Austritt bei den Bulimikerinnen ..... 209
Tabelle 109: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) bei Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 213
Tabelle 110: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) ½ Jahr nach Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 216
Tabelle 111: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) 1 Jahr nach Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 218
Tabelle 112: Vergleich zwischen den drei Stichproben (Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und weibliche Normstichprobe) 2 Jahre nach Austritt (H-Test nach Kruskal und Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 219
Tabelle 113: k x 2-Felder-Chi-Quadrat Test für den Outcome Score ..... 222

Tabelle 114: Klassifikationsschema für den Verlauf bei den Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 223
Tabelle 115: Krankheitszustand der Klientinnen bei Austritt (Vergleich des General Outcome Score nach Morgan und Russell (1975) und des neues Klassifikationsschema) ..... 226
Tabelle 116: Krankheitszustand der Klientinnen bei Eintritt (neues Klassifikationsschema) ..... 228
Tabelle 117: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 233
Tabelle 118: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Vollständigkeit der Daten) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 236
Tabelle 119: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Anzahl Aufenthalte) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 239
Tabelle 120: Vergleich zwischen den vier Untergruppen (in Bezug auf die Anzahl Aufenthalte) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 242
Tabelle 121: Vergleich zwischen den drei Untergruppen (in Bezug auf die Art des Aufenthaltes) bei Eintritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 245
Tabelle 122: Vergleich zwischen den drei Untergruppen (in Bezug auf die Art des Aufenthaltes) bei Austritt (H-Test nach Kruskal-Wallis und post-hoc Einzelvergleiche) ..... 247
Tabelle 123: Friedman-Test für negative körperliche Selbsteinschätzung ..... 251
Tabelle 124: Friedman-Test für Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei Anorektikerinnen ..... 252
Tabelle 125: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung bei den Anorektikerinnen ..... 253
Tabelle 126: Friedman-Test für Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei den Bulimikerinnen ..... 255
Tabelle 127: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht bei den Bulimikerinnen ..... 255
Tabelle 128: Friedman-Test für Zügelung des Essens ..... 257
Tabelle 129: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Zügelung des Essens bei den Bulimikerinnen ..... 257
Tabelle 130: Friedman-Test für Bulimisches Verhalten ..... 260
Tabelle 131: Friedman-Test für Einstellung zu Sport ..... 261
Tabelle 132: Friedman-Test für Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühl ..... 263
Tabelle 133: Friedman-Test für Negative Wahrnehmung des Essens ..... 265
Tabelle 134: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Negative Wahrnehmung des Essens bei den Bulimikerinnen ..... 265
Tabelle 135: Friedman-Test für Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen ..... 267
Tabelle 136: Friedman-Test für Essgeschwindigkeit ..... 268
Tabelle 137: Friedman-Test für Angst vor eigenen Fehlern und Kritik ..... 269
Tabelle 138: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Angst vor eigenen Fehlern und Kritik bei den Bulimikerinnen ..... 270
Tabelle 139: Friedman-Test für Fordern können ..... 272
Tabelle 140: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Fordern können bei den Anorektikerinnen ..... 272
Tabelle 141: Friedman-Test für Kontaktangst ..... 274
Tabelle 142: Friedman-Test für Konfliktvermeidung ..... 276
Tabelle 143: Friedman-Test für Gefühle der Einsamkeit und Isolation ..... 277
Tabelle 144: Friedman-Test für Zufriedenheit mit Familienbeziehungen ..... 279
Tabelle 145: Friedman-Test für Zufriedenheit mit Peerbeziehungen ..... 281
Tabelle 146: Friedman-Test für Gruppenzugehörigkeit ..... 282
Tabelle 147: Friedman-Test für Negative Selbstbeurteilung ..... 284
Tabelle 148: Friedman-Test für Positive Selbstbeurteilung ..... 286

Tabelle 149: Friedman-Test für Selbstwirksamkeit ..... 287
Tabelle 150: Friedman-Test für Zwanghaftigkeit ..... 288
Tabelle 151: Friedman-Test für Depressivität ..... 290
Tabelle 152: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Depressivität bei den Bulimikerinnen ..... 290
Tabelle 153: Friedman-Test für Suizidalität ..... 292
Tabelle 154: Friedman-Test für Bedürfnis nach Kontrolle ..... 294
Tabelle 155: Friedman-Test für Kontrollwahrnehmung ..... 295
Tabelle 156: Vorzeichenrangtest Wilcoxon für Einzelvergleiche für die Skala Kontrollwahrnehmung bei den Bulimikerinnen ..... 296
Tabelle 157: Friedman-Test Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung bei Bulimikerinnen 298
Tabelle 158: Friedman-Test für Introversion / Extraversion ..... 299
Tabelle 159: Reliabilitätsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten) ..... 363
Tabelle 160: Reliabilitätsanalyse für Esssymptomatik (Bulimie, Essgeschwindigkeit) ..... 363
Tabelle 161: Reliabilitätsanalyse für Unsicherheit im zwischenmenschlichen Umgang ..... 363
Tabelle 162: Reliabilitätsanalyse für Gefühle der Einsamkeit und Isolation ..... 364
Tabelle 163: Reliabilitätsanalyse für Bedürfnis nach Kontrolle und Ordnung ..... 364
Tabelle 164: Reliabilitätsanalyse für Depressivität ..... 364

# Verzeichnis der Abbildungen

Abbildung 1: Zwei-Faktoren-Modell der Entstehung von Essstörungen nach Connors (1996) ..... 23
Abbildung 2: Schematische Repräsentation des aufrechterhaltenden Prozesses in der Anorexia nervosa nach Fairburn, Shafran und Cooper (1998). Die schraffierten Teile sind spezifisch für die westliche Gesellschaft und die gepunkteten Linien stehen für Prozesse, die über eine längere Zeitspanne stattfinden. ..... 32
Abbildung 3: Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa nach Tuschen-Caffier und Florin (2002). ..... 33
Abbildung 4: Ätiologische und aufrechterhaltende Aspekte der Bulimia nervosa (nach Herpertz, 2000) ..... 34
Abbildung 5: Kategorisierung der verschiedenen Begriffe der Körpererfahrung nach Bielefeld, 1986, 17 ..... 38
Abbildung 6: Verzerrte und gestörte Körpererfahrungen und dazugehörige Begriffe ..... 39
Abbildung 7: Grafische Darstellung des Outcome Score nach Morgan und Russel (1975) für die gesamte klinische Stichprobe und die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen getrennt ..... 221
Abbildung 8: Grafische Darstellung des Krankheitszustandes der Klientinnen bei Austritt ..... 225
Abbildung 9: Grafische Darstellung des Krankheitszustandes der Klientinnen bei Eintritt ..... 227
Abbildung 10: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Negative körperliche Selbsteinschätzung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe ..... 250
Abbildung 11: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Zufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe ..... 252
Abbildung 12: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Besorgtheit um Aussehen, Figur und Gewicht zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe ..... 254
Abbildung 13: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Zügelung des Essens zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe ..... 256
Abbildung 14: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Bulimisches Verhalten zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 259

Abbildung 15: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Einstellung zu Sport zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe ..261
Abbildung 16: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühlen zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 262
Abbildung 17: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Negative Wahrnehmung des Essens zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und die Normstichprobe..... 264
Abbildung 18: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Essen als Mittel gegen emotionale Belastungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 266
Abbildung 19: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Essgeschwindigkeit zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 268
Abbildung 20: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Angst vor eigenen Fehlern und Kritik zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen .... 269
Abbildung 21: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Fordern können zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 271
Abbildung 22: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Kontaktangst zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe..... 274
Abbildung 23: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Konfliktvermeidung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 275
Abbildung 24: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Gefühle der Einsamkeit / Isolation zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 277
Abbildung 25: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Zufriedenheit mit Familienbeziehungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 278
Abbildung 26: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Zufriedenheit mit Peerbeziehungen zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 280
Abbildung 27: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Gruppenzugehörigkeit zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 282
Abbildung 28: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Negative Selbstbeurteilung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe ..... 283
Abbildung 29: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Positive Selbstbeurteilung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe ..... 285
Abbildung 30: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Selbstwirksamkeit zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 286
Abbildung 31: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Zwanghaftigkeit zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 288
Abbildung 32: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Depressivität zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe..... 289
Abbildung 33: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Suizidalität zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 292
Abbildung 34: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Bedürfnis nach Kontrolle zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 293
Abbildung 35: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Kontrollwahrnehmung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen..... 295
Abbildung 36: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Negative psychische Befindlichkeit / Stimmung zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen und Bulimikerinnen ..... 297

Abbildung 37: Grafische Darstellung der Mittelwerte der Skala Introversion / Extraversion zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe ..... 299
Abbildung 38: Grafische Darstellung der Mittelwerte der BMI zu den sechs Erhebungszeitpunkten für die Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Normstichprobe ..... 300

# Evaluationsfragebogen der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen

# Evaluationsfragebogen der WG
# für Bulimie- und Anorexieklientinnen

Anonymisierte Nummer der Patientin: _____

Datum der Fragebogenbeantwortung: _____

WG-Eintritt: _____

**Du findest nachfolgend eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten im Bereich der Ernährung.**

**Überlege Dir bitte bei jeder Aussage, welche Antwort für Dich *in den letzten vier Wochen vor dem WG-Eintritt* (falls keine andere Zeitangabe vorgegeben wird) am meisten zutraf und kreuze die entsprechende Zahl an. Beachte dabei die verschiedenen Antworttypen!**

**Bitte lasse keine Aussage aus, auch wenn die Entscheidung schwer fällt und markiere jeweils nur ein Feld!**

**Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuche daher, die Aussagen *vollkommen ehrlich* zu beantworten. Es handelt sich teilweise um persönliche Fragen. Alle Angaben, die Du machst, werden streng vertraulich behandelt und sind anonym.**

| | | = nie | | = selten | | = manchmal | | = oft | | = sehr oft | | = immer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Ich habe wegen des Essens Schuldgefühle. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 2. | Ich habe den Wunsch, dünner zu sein. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 3. | Ich nehme absichtlich kleine Portionen, um mein Gewicht besser in den Griff zu bekommen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 4. | Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil sie "dick" machen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 5. | Während ich esse, denke ich an die Kalorien. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 6. | Während ich esse, denke ich daran, dass ich davon zunehmen werde. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 7. | Ich zähle die Kalorien, um mein Gewicht unter Kontrolle zu halten. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 8. | Ich betrachte meine Figur im Spiegel. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 9. | Ich fühle mich schon dick, obwohl ich nur eine kleine Menge gegessen habe. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 10. | Die Beschäftigung mit meiner Figur beeinträchtigt meine Konzentrationsfähigkeit (z.B. beim Lesen etc.). | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 11. | Ich stopfe mich mit Essen voll. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 12. | Ich habe Fressanfälle, bei denen ich mit dem Essen nicht mehr aufhören kann. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 13. | Ich denke über Fressanfälle nach. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 14. | Ich esse sehr gezügelt in Gegenwart anderer und stopfe mich voll, wenn ich alleine bin. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 15. | Ich habe Gedanken, Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 16. | Ich esse Süssigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 17. | Ich beschäftige mich gedanklich mit Diäten. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 18. | Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich esse. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 19. | Nach dem Essen fühle ich mich zufrieden. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 20. | Nach den Mahlzeiten fühle ich mich wohl. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 21. | Wenn ich mich ärgere, esse ich mehr. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 22. | Durch das Essen kann ich besser meine Enttäuschungen überwinden. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 23. | Wenn ich unzufrieden bin, esse ich mehr. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |

| | = nie | = selten | = manchmal | = oft | = sehr oft | = immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 24. Wenn ich vor einer unangenehmen Situation stehe, verspüre ich den Drang, etwas essen zu müssen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Nach dem Essen fühle ich mich unwohler als vor dem Essen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Wenn ich unter "Stress" bin, esse ich mehr. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Ich esse, wenn es mir schlecht geht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Nach dem Essen ist mir übel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Ich treibe Sport. **(Falls Du hier "nie" ankreuzt, dann lasse die folgenden Fragen 31-36 aus!)** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Welche Sportart? | | | | | | |

**Bitte Beachte! Auf der nächsten Seite folgen Fragen mit anderen Antwortmöglichkeiten!**

| | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **überwiegend nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | | = trifft **überwiegend** zu | | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 32. Am liebsten würde ich jeden Tag Sport treiben. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 33. Ich denke an Kalorien, wenn ich Sport treibe. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 34. Ich treibe Sport, um abzunehmen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 35. Ich treibe Sport, weil es mir Spass macht. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 36.. Ich treibe Sport, um fit zu bleiben. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 37. Ich wiege mich mehr als einmal in der Woche. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 38. Am liebsten möchte ich mich mehrmals täglich wiegen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 39. Ich achte darauf, schlanker zu sein als meine Freundinnen / Kolleginnen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 40. Ich achte sehr auf meine Figur. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 41. Ich habe Angst davor, zuzunehmen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 42. Ich liebe das Gefühl eines leeren Magens. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 43. Ich fühle mich nicht schön, wenn ich zuviel gegessen habe. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 44. Ich esse während der Mahlzeiten schneller als andere Personen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 45. Ich nehme mir mehr Zeit beim Essen als andere Personen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 46. Während der Mahlzeiten kaue ich das Essen sehr lange, bevor ich es schlucke. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 47. Während der Mahlzeiten esse ich hastig. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |

| | | |
|---|---|---|
| 48. Hast Du die Menstruation in den letzten 3 Monaten gehabt? | j | n |
| 49. Wenn ja, wie oft? (Anzahl) | | |
| 50. Nimmst du wegen Ausbleiben der Menstruation Hormonpräparate? | j | n |
| 51. Durchschnittlich trinke ich ca. _____ Liter Flüssigkeit pro Tag. | | |

| Wie oft hast Du im letzten Monat: | = nie | = 1-2 mal | = mehr als 2mal | = 1-2 mal pro Woche | = mehrmals pro Woche | = täglich | = mehrmals täglich |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 52. a) Erbrochen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 53. b) Abführmittel (inkl. Tees; Entwässerungstabletten) und/oder Appetitzügler benützt? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |
| 54. d) Fressanfälle gehabt? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 |

Falls es nie zu Fressanfällen gekommen ist, weshalb?

| | |
|---|---|
| 55. a) Weil ich Fressanfälle bei mir nicht kenne. | |
| 56. b) Weil es die Rahmenbedingungen nicht ermöglicht haben (z.B. abgeschlossene Küchentür). | |
| 57. c) Weil ich es aus eigener Motivation verhindert habe. | |
| 58. d) Weil es mir gut ging, und ich gar nicht daran denken musste. | |

Die folgenden Aussagen beschreiben verschiedene soziale Situationen, insbesondere Kontakte und Beziehungen zu Mitmenschen sowie persönliche Entscheidungs- und Gefühlssituationen. Bitte beantworte auch hier wieder *jede* Aussage in Bezug auf die *letzten vier Wochen* und kreuze diejenige Antwort an, die für diese Zeit am ehesten bei Dir zutraf.

| | | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 59. Ich fühle mich sehr schnell hilflos. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 60. Ich habe Angst, dass ich etwas Falsches sagen oder tun könnte. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 61. Ich wage es kaum, eigene Bedürfnisse zu äussern. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 62. Ich finde es schwierig, mit einem Fremden ein Gespräch zu beginnen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 63. Ich habe immer das Gefühl, andere Leute zu belästigen, wenn ich sie um etwas bitte. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 64. Wenn ich irgendwo eingeladen bin, fühle ich mich die ganze Zeit über befangen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 65. Es ist mir unangenehm, wenn ich jemandem zu Dank verpflichtet bin. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 66. Es ist mir unangenehm, Freunde um einen Gefallen zu bitten. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 67. Es ist mir unangenehm, wenn mir ein Kompliment gemacht wird. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 68. Es ist mir gleichgültig, was andere Leute über mich denken. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 69. Im Gespräch mit anderen fühle ich mich unsicher. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |

| | | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 70. | Wenn mir der Besuch eines Freundes/einer Freundin wirklich ungelegen kommt, kann ich ihm/ihr ohne Gewissensbisse absagen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 71. | Es fällt mir schwer, andere zu bitten, mit mir etwas zu unternehmen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 72. | Ich schlucke meinen Ärger immer runter. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 73. | Ich unterlasse alles, was auf Widerstand stossen könnte. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 74. | Ich neige dazu, mich für alles zu entschuldigen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 75. | Bei Meinungsverschiedenheiten bin ich immer die erste, die nachgibt. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 76. | Es fällt mir schwer, andere wissen zu lassen, dass ich wütend bin. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 77. | Ich vermeide möglichst unangenehme Auseinandersetzungen, auch wenn sie notwendig wären. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 78. | Ich vermeide fast immer, etwas zu sagen, was die Gefühle des anderen verletzen könnte. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 79. | Es fällt mir schwer, anderen zu sagen, was ich will. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 80. | Gewöhnlich kann ich meine eigenen Interessen selber vertreten. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 81. | Ich habe das Gefühl, dass ich anders bin als meine Kollegen und Kolleginnen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 82. | Ich denke, die meisten Jugendlichen fühlen sich in Gruppen wohler als ich. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 83. | Es fällt mir schwer, mit anderen etwas zu unternehmen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 84. | Meine Anliegen kann ich leicht durchsetzen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 85. | Ich neige dazu, eher nachzugeben, als einen Streit anzufangen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 86. | Wenn ich mit anderen Jugendlichen zusammen bin, habe ich das Gefühl, dass ich nicht richtig dazugehöre. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |

| | | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 87. | Es fällt mir schwer, mich anderen nahe zu fühlen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 88. | Ich habe niemanden, mit dem ich reden kann. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 89. | Es gibt niemanden, zu dem ich gehen kann, wenn ich Hilfe brauche. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 90. | Ich habe keine Freunde/Freundinnen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 91. | Ich fühle mich alleine. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 92. | Ich bin einsam. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 93. | Ich schiebe Entscheidungen auf. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 94. | Ich treffe Entscheidungen schnell und sicher. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 95. | Ich fühle mich meinen Aufgaben gewachsen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 96. | Ich glaube, ich weiss, was für mich wichtig ist. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 97. | Ich denke, ich kann einmal gesteckte Ziele erreichen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |

| | nicht vorhanden | **gar nicht** zufrieden | | | | | | | | **sehr** zufrieden |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 98. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinem Vater? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 99. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deiner Mutter? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 100. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinen Geschwistern? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 101. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinem festen Partner ? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 102. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinen Freunden/Freundinnen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 103. Wie zufrieden bist Du mit der Beziehung zu Deinen Kollegen/Kolleginnen? | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| | ja | | nein |
|---|---|---|---|
| 104. Ich habe eine/mehrere FreundInnen, denen ich mich anvertrauen kann (fester Partner ausgeschlossen). | ☐ | | ☐ |

Zum Schluss findest Du einige Aussagen zu Deiner allgemeinen Befindlichkeit und wie Du Deinen Körper siehst. Kreuze auch hier diejenige Antwort an, die für Dich am meisten zutrifft. Die Aussagen beziehen sich wieder auf die *letzten vier Wochen.*

| | | = nie / sehr selten | = ab und zu | = oft | = sehr oft / fast immer |
|---|---|---|---|---|---|
| 105. | Ich fühle mich innerlich leer (gefühlsmässig). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 106. | In der letzten Zeit habe ich schlecht geschlafen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 107. | Es gibt Tage, an denen ich starke Stimmungsschwankungen habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 108. | Ich habe Mühe, Alltagssituationen zu bewältigen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 109. Ich finde mich ganz in Ordnung. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 110. Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 111. Ich fühle mich oft gereizt. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 112. Ich muss mir oft einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 113. Ich fühle mich wertlos | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 114. Es gibt nicht viel, worauf ich bei mir stolz sein kann. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 115. Ich fühle mich öfters nutzlos. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 116. Ich würde gerne vieles an mir verändern. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 117. Ich denke, ich habe einige gute Qualitäten. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 118. Ich fühle mich oft müde und erschöpft. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 119. Es fällt mir schwer, mich für etwas zu interessieren. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 120. Häufig mag ich es nicht, mit anderen zusammen zu sein. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 121. Ich kann mich über nichts richtig freuen. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 122. Ich fühle mich oft deprimiert, ohne dass ich weiss warum. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 123. Ab und zu denke ich, alles wäre so hoffnungslos, dass ich zu gar nichts Lust habe. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |
| 124. Ich mag mich, so wie ich bin. | 1 | | 2 | | 3 | 4 |

| | | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 125. | Ab und zu bin ich so deprimiert, dass ich den ganzen Tag am liebsten im Bett bleiben würde. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 126. | Ich denke, ich habe wenig, worüber ich mich freuen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 127. | Ich bin oft traurig, ohne dass ich einen Grund dafür finden kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 128. | Ich finde mein Leben ziemlich traurig. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 129. | Ich habe in letzter Zeit viel über den Tod nachgedacht. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 130. | Ab und zu denke ich, dass mein Leben nicht lebenswert ist. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 131. | Ich habe mich in letzter Zeit mies gefühlt. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 132. | Ich denke, ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 133. | Ich könnte die ganze Zeit weinen. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 134. | Ich habe schon gedacht, es wäre besser, es gäbe mich nicht. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 135. | Es ist mir wichtig, Gegenstände auf meinem Schreibtisch oder in meinen Schubladen nach Benutzung an den alten Platz zurückzulegen. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 136. | Ich ordne jedesmal mein Wäschefach neu, wenn ich ein Stück aus einem Stapel herausnehme. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 137. | Ich sorge stets dafür, dass Teppichkanten, Bücher, Schachteln oder Bleistifte genau ausgerichtet sind oder parallel zu anderen Gegenständen stehen oder liegen. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 138. | Ich bin oft damit beschäftigt, meine persönlichen Dinge oder meine Umgebung in Ordnung zu bringen. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |
| 139. | Menschen wie ich haben nur geringe Möglichkeiten, ihre Interessen gegen andere durchzusetzen. | 1 | 2 | 3 | 4 | | |

| | | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 140. | Ich versuche, mein Hungergefühl zu bezwingen. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 141. | Ich möchte immer wissen, wie die Lebensmittel zusammengesetzt sind, bevor ich sie esse. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 142. | Ich lasse mir am Tisch nicht gerne von anderen schöpfen. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 143. | Ich fühle mich erfolgreich, wenn ich nichts oder sehr wenig gegessen habe. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 144. | Ich bin mit meinem Körper zufrieden. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 145. | Manchmal habe ich Angst, dass die anderen mich wegen meinem körperlichen Aussehen ablehnen könnten. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 146. | Ich bin mit meiner Figur zufrieden. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 147. | Ich fühle mich unsicher wegen meines Aussehens. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 148. | Ich spüre, wenn ich satt bin. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 149. | Ich spüre, wenn ich Hunger habe. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 150. | Es gibt vieles an meinem Aussehen, was ich gerne verändern möchte. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 151. | Ich ziehe bestimmte Kleidungsstücke nicht an, weil mir meine Körperformen darin besonders bewusst sind. | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |
| 152. | Ich meide Situationen, in denen andere meinen Körper sehen könnten (Schwimmbad; Umkleiden etc.). | 1 | 2 | | 3 | | 4 | |

| | gar nicht viel / gar nicht wichtig | | | | | | | | | sehr viel / sehr wichtig |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 153. Wieviel kann ich etwas an der Art verändern, wie ich bin? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 154. Wie wichtig ist es für mich, meinen Körper beherrschen zu können? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 155. Wie sehr kann ich selbst über meine Laune bestimmen? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 156. Wieviel kann ich dazu beitragen, wie ich aussehe? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |
| 157. Wie wichtig ist es für mich, zu wissen, wieviele Kalorien pro Tag ich zu mir nehme? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 |

| Ich finde meinen / meine..... | zu dünn | | etwas dünn | | genau richtig | | etwas dick | | zu dick | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 158. Bauch | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 159. Oberschenkel | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 160. Po | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 161. Hüften | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 162. Beine | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 163. Gesicht | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 164. Brust | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |
| 165. Arme | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | |

Bei den nächsten Fragen (166-179) geht es um Dein Befinden in den vorangegangenen vier Wochen. Lese zunächst die beiden entgegengesetzten Gefühle pro Zeile durch und entscheide dann, welche Richtung für Dich eher zutraf. Stufe dann Deine Antwort ab nach "eher zutreffend", "deutlich zutreffend" oder "sehr zutreffend".

***Bitte kreuze pro Zeile nur eine Zahl an!***

| | | sehr | deutlich | eher | eher | deutlich | sehr | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 166. | ruhig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | zappelig |
| 167. | gelöst | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | verkrampft |
| 168. | verschlossen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | offen |
| 169. | draufgängerisch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | zurückhaltend |
| 170. | unbefangen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | befangen |
| 171. | unruhig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ruhig |
| 172. | wohl | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | unwohl |
| 173. | unternehmungslustig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | erschöpft |
| 174. | nachgiebig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | trotzig |
| 175. | gereizt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ausgeglichen |
| 176. | kompromissbereit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | kämpferisch |
| 177. | unsicher | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | sicher |
| 178. | froh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | bedrückt |
| 179. | hoffnungsvoll | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | resigniert |

**Vielen Dank für Deine Mitarbeit!**

# Fremdbeobachtungsfragebogen für die Betreuerinnen der WG

**Fremdbeobachtungsfragebogen für die Betreuerinnen der WG**

Name der Bewohnerin / Nummer: _____

Datum der Fragebogenbeantwortung:_____

| | | = nie | | = selten | | = manchmal | | = oft | | = sehr oft | | = immer |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. | Sie schöpft sich kleine Portionen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 2. | Bestimmte Nahrungsmittel meidet sie. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 3. | Sie stopft sich mit Essen voll. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 4. | Sie isst während der Mahlzeiten schneller als andere Personen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 5. | In welchem Ausmass hat sie erbrochen? (erschlossen aus eigenen Beobachtungen und/oder Gesprächen). | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 6. | In welchem Ausmass hatte sie Fressanfälle? (erschlossen aus eigenen Beobachtungen und/oder Gesprächen). | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |
| 7. | Nach Mahlzeiten wird die Türe zu ihrem Bad geschlossen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 | | 5 | | 6 |

8. Sind bei der Bewohnerin während des Essens auffällige Rituale und/oder spezielle Gewohnheiten vorgekommen (Beispiele: kleine Häppchen schneiden; übertriebenes Würzen; mit dem Essen im Teller spielen etc.)?

□ nein □ ja Wenn ja, welche?

_____

_____

_____

| | | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 9. | Sie äussert kaum eigene Bedürfnisse. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 10. | Sie bittet andere selten um einen Gefallen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 11. | Im Gespräch mit anderen wirkt sie unsicher. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 12. | Sie scheint ihren Ärger immer runter zu schlucken. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 13. | Sie neigt dazu, sich für alles zu entschuldigen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 14. | Bei Meinungsverschiedenheiten ist sie immer die erste, die nachgibt. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 15. | Sie vermeidet unangenehme Auseinandersetzungen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 16. | Sie neigt dazu, eher nachzugeben, als einen Streit anzufangen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 17. | In der WG zieht sie sich oft zurück. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 18. | Sie wirkt oft traurig. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 19. | Sie wirkt oft gereizt. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 20. | Sie wirkt oft müde und erschöpft. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 21. | Sie scheint Mühe zu haben, Interesse für irgendetwas aufzubringen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 22. | In der WG ist sie wenig mit anderen zusammen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 23. | Sie rückt Tischtücher, Bilder, Teppiche etc. gerade. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |

| | | = trifft **gar nicht** zu | = trifft **eher nicht** zu | = trifft **eher** zu | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|
| 24. | Sie sorgt stets dafür, dass Teppichkanten, Bücher, Schachteln oder Bleistifte genau ausgerichtet sind oder parallel zu anderen Gegenständen stehen oder liegen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 25. | Sie ist oft damit beschäftigt, ihre persönlichen Dinge oder ihre Umgebung in Ordnung zu bringen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 26. | Sie sitzt selten herum, ohne etwas zu tun. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 27. | Sie macht selten eine Pause, um sich auszuruhen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | = nie/ sehr selten | = ab und zu | =oft | = sehr oft/ fast immer |
|---|---|---|---|---|---|
| 28. | Es gibt Tage, an denen sie starke Stimmungsschwankungen hat. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 29. | Sie hat Mühe, Alltagssituationen zu bewältigen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

30. Welchen Aktivitäten ist die Bewohnerin in welchem Ausmass nachgegangen?

TV:
□ oft
□ manchmal
□ selten
□ nie

Ausgang:
□ oft
□ manchmal
□ selten
□ nie

Hobby:
□ oft
□ manchmal
□ selten
□ nie

Besuch:
□ oft
□ manchmal
□ selten
□ nie

eigene Aktivitäten im Wohnraum:
□ oft
□ manchmal
□ selten
□ nie

gemeinsame Aktivitäten in WG:
□ oft
□ manchmal
□ selten
□ nie

Zusätzliche Bemerkungen:

Inwiefern haben sich die folgenden Bereiche bei der Bewohnerin während des WG-Aufenthalts
verändert? Das jeweils am meisten zutreffende Feld ist anzukreuzen.

| | 1 = stark verbessert | 2 = gering verbessert | 3 = nicht verändert | 4 = verschlechtert |
|---|---|---|---|---|
| 31. Essverhalten | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 32. Sicherheit im zwischenmenschlichen Umgang | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 33. Stimmungslage | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 34. Freizeitgestaltung | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 35. körperlicher Zustand | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 36. seelischer Zustand | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 37. Umgang mit Konflikten | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 38. Übernahme von Eigenverantwortung | 1 | 2 | 3 | 4 |

**Kommentare:**

_____

_____

_____

_____

# Übersicht über die einzelnen Items der Skalen des Fremdbeobachtungsfragebogens mit dazugehörigen Kennwerten der Reliabilitätsanalyse

## Anorektische und bulimische Symptomatik

**Tabelle 159: Reliabilitätsanalyse für Zügelung des Essens (Diätverhalten)**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 1. (3.)*[1] Sie schöpft sich kleine Portionen. | 32 | 3.78 (1.58) | .50 | - |
| 2. (4.) Bestimmte Nahrungsmittel meidet sie. | 32 | 3.75 (1.65) | .50 | - |
| Total | 32 | 3.77 (0.02)<br>α: .67 (.67) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („nie“ (1) bis „immer“ (6) ) | | | | |
| *[1] Die Itemnummer in der Klammer bezieht sich auf die Itemnummer im Selbstbeobachtungsbogen | | | | |

**Tabelle 160: Reliabilitätsanalyse für Esssymptomatik (Bulimie, Essgeschwindigkeit)**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 3. (11.) Sie stopft sich mit Essen voll. | 32 | 2.00 (1.32) | .58 | .78 |
| 4. (53.) Sie isst während der Mahlzeiten schneller als andere Personen. | 32 | 2.00 (1.22) | .45 | .81 |
| 5. (61.) In welchem Ausmass hat sie erbrochen? (erschlossen aus eigenen Beobachtungen und / oder Gesprächen) | 32 | 1.97 (1.53) | .69 | .74 |
| 6. (64.) In welchem Ausmass hatte sie Fressanfälle? (erschlossen aus eigenen Beobachtungen und / oder Gesprächen) | 32 | 1.72 (1.33) | .82 | .70 |
| 7. Nach Mahlzeiten wird die Türe zu ihrem Bad geschlossen. | 32 | 1.25 (1.02) | .47 | .81 |
| 8. Sind bei der Bewohnerin während des Essens auffällige Rituale und / oder spezielle Gewohnheiten vorgekommen? Welche?*2 | | | | |
| Total | 31 | 1.79 (0.32)<br>α: .81 (.80) | | |
| Antwortskala: Sechsstufig („nie“ (1) bis „immer“ (6) ) | | | | |
| *[1] Die Itemnummer in der Klammer bezieht sich auf die Itemnummer im Selbstbeobachtungsbogen | | | | |
| *[2] Das Item ist rein informativ und wurde deshalb nicht in die Reliabilitätsberechnung eingeschlossen | | | | |

## Soziale Kompetenzen und soziale Integration

**Tabelle 161: Reliabilitätsanalyse für Unsicherheit im zwischenmenschlichen Umgang**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 9. (72.)* Sie äussert kaum eigene Bedürfnisse. | 32 | 2.09 (0.82) | .74 | .08 |
| 10. (78). Sie bittet andere selten um einen Gefallen. | 32 | 2.28 (0.81) | .32 | .41 |
| 11. (81.) Im Gespräch mit anderen wirkt sie unsicher. | 32 | 2.28 (0.81) | .73 | .29 |
| 12. (84.) Sie scheint ihren Ärger immer runter zu schlucken. | 32 | 2.47 (0.67) | .72 | .69 |
| 13. (86.) Sie neigt dazu, sich für alles zu entschuldigen. | 32 | 2.25 (0.80) | .36 | .81 |
| 14. (87.) Bei Meinungsverschiedenheiten ist sie immer die erste, die nachgibt. | 32 | 2.38 (0.71) | .57 | .72 |
| 15. (89.) Sie vermeidet unangenehme Auseinandersetzungen. | 32 | 2.56 (0.67) | .54 | .72 |
| 16. (100.) Sie neigt dazu, eher nachzugeben, als einen Streit anzufangen. | 32 | 2.50 (0.67) | .66 | .68 |
| Total | 32 | 2.35 (0.15)<br>α: .84 (.84) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft vollständig zu“ (4) ) | | | | |
| * Die Itemnummer in der Klammer bezieht sich auf die Itemnummer im Selbstbeobachtungsbogen | | | | |

**Tabelle 162: Reliabilitätsanalyse für Gefühle der Einsamkeit und Isolation**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 17. In der WG zieht sie sich oft zurück. | 32 | 2.16 (0.81) | .64 | - |
| 22. (150.)* In der WG ist sie wenig mit anderen zusammen. | 32 | 2.09 (1.03) | .64 | - |
| Total | 32 | 2.13 (0.04)<br>α: .77 (.78) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft vollständig zu“ (4) )<br>* Die Itemnummer in der Klammer bezieht sich auf die Itemnummer im Selbstbeobachtungsbogen | | | | |

**Tabelle 163: Reliabilitätsanalyse für Bedürfnis nach Kontrolle und Ordnung**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 23. (171.)* Sie rückt Tischtücher, Bilder, Teppiche etc. gerade. | 32 | 1.31 (0.74) | .76 | .86 |
| 24. (174.) Sie sorgt stets dafür, dass Teppichkanten, Bücher, Schachteln oder Bleistifte genau ausgerichtet sind oder parallel zu anderen Gegenständen stehen oder liegen. | 32 | 1.34 (0.79) | .72 | .86 |
| 25. (175.) Sie ist oft damit beschäftigt, ihre persönlichen Dinge oder ihre Umgebung in Ordnung zu bringen. | 32 | 1.75 (0.95) | .72 | .86 |
| 26. (187.) Sie sitzt selten herum, ohne etwas zu tun. | 32 | 2.41 (1.07) | .67 | .88 |
| 27. (188.) Sie macht selten eine Pause, um sich auszuruhen. | 32 | 2.09 (0.89) | .80 | .84 |
| Total | 32 | 1.78 (0.47)<br>α: .89 (.89) | | |
| Antwortskala: Vierstufig („trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft vollständig zu“ (4) )<br>* Die Itemnummer in der Klammer bezieht sich auf die Itemnummer im Selbstbeobachtungsbogen | | | | |

**Tabelle 164: Reliabilitätsanalyse für Depressivität**

| Itemnummer / Text | Anzahl berücksichtigte Fälle | Mittelwert (SD) | Korrigierte Total-Item-Korrelation (CITC) | α, wenn Item gelöscht |
|---|---|---|---|---|
| 18. Sie wirkt oft traurig. [1] | 32 | 2.41 (0.91) | .81 | .83 |
| 19. (139.)* Sie wirkt oft gereizt. [1] | 32 | 2.22 (0.79) | .71 | .85 |
| 20. (148.) Sie wirkt oft müde und erschöpft. [1] | 32 | 2.83 (0.77) | .69 | .85 |
| 21. (149.) Sie scheint Mühe zu haben, Interesse für irgendetwas aufzubringen. [1] | 32 | 2.03 (0.82) | .58 | .87 |
| 28. (130). Es gibt Tage, an denen sie starke Stimmungsschwankungen hat. [2] | 32 | 2.56 (0.98) | .71 | .85 |
| 29. (131.) Sie hat Mühe, Alltagssituationen zu bewältigen. [2] | 32 | 2.06 (0.80) | .56 | .87 |
| Total | 32 | 2.35 (0.31)<br>α: .87 (.87) | | |
| Antwortskala: Vierstufig ([1] „trifft gar nicht zu“ (1) bis „trifft vollständig zu“ (4) und [2] „nie / sehr selten“ (1) bis „sehr oft / fast immer“ (4) )<br>* Die Itemnummer in der Klammer bezieht sich auf die Itemnummer im Selbstbeobachtungsbogen | | | | |

# Fragebogen für die Erhebung der Normstichprobe

# Fragebogen zum Essverhalten

Geburtsdatum / Alter: _____

Datum der Fragebogenbeantwortung: _____

Schule / Ausbildung: _____

**Du / Sie findest / finden nachfolgend eine Reihe von Aussagen über bestimmte Verhaltensweisen, Einstellungen und Gewohnheiten im Bereich der Ernährung.**

**Überlege/n Dir / Sie sich bitte bei jeder Aussage, welche Antwort für Dich / Sie *in den letzten vier Wochen* (falls keine andere Zeitangabe vorgegeben wird) am meisten zutraf und kreuze/n Sie die entsprechende Zahl an. Beachte dabei die verschiedenen Antworttypen!**

**Bitte lasse/n Sie keine Aussage aus, auch wenn die Entscheidung schwer fällt und markiere/n Sie jeweils nur ein Feld!**

**Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Versuche/n Sie daher, die Aussagen *vollkommen ehrlich* zu beantworten. Es handelt sich teilweise um persönliche Fragen. Alle Angaben, die Du / Sie machst / machen, werden streng vertraulich behandelt und sind anonym.**

| | = nie | = selten | = manchmal | = oft | = sehr oft | = immer |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 1. Ich habe wegen des Essens Schuldgefühle. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 2. Ich habe den Wunsch, dünner zu sein. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 3. Ich nehme absichtlich kleine Portionen, um mein Gewicht besser in den Griff zu bekommen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 4. Bestimmte Nahrungsmittel meide ich, weil sie "dick" machen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 5. Während ich esse, denke ich an die Kalorien. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 6. Während ich esse, denke ich daran, dass ich davon zunehmen werde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 7. Ich zähle die Kalorien, um mein Gewicht unter Kontrolle zu halten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 8. Ich betrachte meine Figur im Spiegel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 9. Ich fühle mich schon dick, obwohl ich nur eine kleine Menge gegessen habe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 10. Die Beschäftigung mit meiner Figur beeinträchtigt meine Konzentrationsfähigkeit (z.B. beim Lesen etc.). | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 11. Ich esse Süssigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 12. Ich beschäftige mich gedanklich mit Diäten. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 13. Ich habe ein schlechtes Gewissen, wenn ich esse. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 14. Nach dem Essen fühle ich mich zufrieden. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 15. Nach den Mahlzeiten fühle ich mich wohl. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 16. Nach dem Essen fühle ich mich unwohler als vor dem Essen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 17. Nach dem Essen ist mir übel. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 18. Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 19. Ich treibe Sport. **(Falls Du hier "nie" ankreuzt, dann lasse die folgenden Fragen 20-25 aus!)** | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 20. Welche Sportart? | | | | | | |

**Bitte Beachte(n) (Sie)! Auf der nächsten Seite folgen Fragen mit anderen Antwortmöglichkeiten!**

| | = trifft **gar nicht** zu | = trifft **überwiegend nicht** zu | = trifft **eher nicht** zu | = trifft **eher** zu | = trifft **überwiegend** zu | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 21. Am liebsten würde ich jeden Tag Sport treiben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 22. Ich denke an Kalorien, wenn ich Sport treibe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 23. Ich treibe Sport, um abzunehmen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 24. Ich treibe Sport, weil es mir Spass macht. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 25. Ich treibe Sport, um fit zu bleiben. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 26. Ich wiege mich mehr als einmal in der Woche. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 27. Am liebsten möchte ich mich mehrmals täglich wiegen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 28. Ich achte darauf, schlanker zu sein als meine Freundinnen / Kolleginnen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 29. Ich achte sehr auf meine Figur. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 30. Ich habe Angst davor, zuzunehmen. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 31. Ich liebe das Gefühl eines leeren Magens. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 32. Ich fühle mich nicht schön, wenn ich zuviel gegessen habe. | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |
| 33. Durchschnittlich trinke ich ca. _____ Liter Flüssigkeit pro Tag. | | | | | | |

| Im letzten Monat habe ich ... Mal | = nie | = 1-2 mal | = mehr als 2mal | = 1-2 mal pro Woche | = mehrmals pro Woche | = täglich |
|---|---|---|---|---|---|---|
| 34. b) Abführmittel (inkl. Tees; Entwässerungstabletten) und/oder Appetitzügler benützt? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 |

Die folgenden Aussagen beschreiben verschiedene soziale Situationen, insbesondere Kontakte und Beziehungen zu Mitmenschen sowie persönliche Entscheidungs- und Gefühlssituationen. Bitte beantworte(n) (Sie) auch hier wieder *jede* Aussage in Bezug auf die *letzten vier Wochen* und kreuze(n) (Sie) diejenige Antwort an, die für diese Zeit am ehesten bei Dir(Ihnen) zutraf.

| | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 35. Ich wage es kaum, eigene Bedürfnisse zu äussern. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 36. Ich finde es schwierig, mit einem Fremden ein Gespräch zu beginnen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 37. Ich habe immer das Gefühl, andere Leute zu belästigen, wenn ich sie um etwas bitte. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 38. Wenn ich irgendwo eingeladen bin, fühle ich mich die ganze Zeit über befangen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 39 Es ist mir unangenehm, wenn ich jemandem zu Dank verpflichtet bin. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 40. Es ist mir unangenehm, Freunde um einen Gefallen zu bitten. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 41. Es ist mir unangenehm, wenn mir ein Kompliment gemacht wird. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |

Bei den nächsten Fragen geht es um Deine(Ihre) allgemeine Befindlichkeit und wie Du(Sie) Deinen(Ihren) Körper siehst(sehen). Kreuze(n) (Sie) auch hier diejenige Antwort an, die für Dich(Sie) am meisten zutrifft. Die Aussagen beziehen sich wieder auf die *letzten vier Wochen.*

| | 1 = nie / sehr selten | 2 = ab und zu | 3 = oft | 4 = sehr oft / fast immer |
|---|---|---|---|---|
| 42. Ich fühle mich innerlich leer (gefühlsmässig). | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 43. In der letzten Zeit habe ich schlecht geschlafen. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 44. Es gibt Tage, an denen ich starke Stimmungsschwankungen habe. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 45. Ich habe Mühe, Alltagssituationen zu bewältigen. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | 1 = trifft **gar nicht** zu | 2 = trifft **eher nicht** zu | 3 = trifft **eher** zu | 4 = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|
| 46. Ich finde mich ganz in Ordnung. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 47. Ich habe Konzentrationsschwierigkeiten. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 48. Ich fühle mich oft gereizt. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 49. Ich muss mir oft einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 50. Ich fühle mich wertlos | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 51. Es gibt nicht viel, worauf ich bei mir stolz sein kann. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 52. Ich fühle mich öfters nutzlos. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 53. Ich würde gerne vieles an mir verändern. | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 54. Ich denke, ich habe einige gute Qualitäten. | 1 | 2 | 3 | 4 |

| | | = trifft **gar nicht** zu | | = trifft **eher nicht** zu | | = trifft **eher** zu | | = trifft **völlig** zu |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 55. | Ich fühle mich oft müde und erschöpft. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 56. | Es fällt mir schwer, mich für etwas zu interessieren. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 57. | Ich kann mich über nichts richtig freuen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 58. | Ich fühle mich oft deprimiert, ohne dass ich weiss warum. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 59. | Ab und zu denke ich, alles wäre so hoffnungslos, dass ich zu gar nichts Lust habe. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 60. | Ich mag mich, so wie ich bin. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 61. | Ab und zu bin ich so deprimiert, dass ich den ganzen Tag am liebsten im Bett bleiben würde. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 62. | Ich denke, ich habe wenig, worüber ich mich freuen kann. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 63. | Ich bin oft traurig, ohne dass ich einen Grund dafür finden kann. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 64. | Ich finde mein Leben ziemlich traurig. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 65. | Ich habe mich in letzter Zeit mies gefühlt. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 66. | Ich denke, ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 67. | Ich könnte die ganze Zeit weinen. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 68. | Ich bin mit meinem Körper zufrieden. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 69. | Manchmal habe ich Angst, dass die anderen mich wegen meinem körperlichen Aussehen ablehnen könnten. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 70. | Ich bin mit meiner Figur zufrieden. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 71. | Ich fühle mich unsicher wegen meines Aussehens. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 72. | Es gibt vieles an meinem Aussehen, was ich gerne verändern möchte. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 73. | Ich ziehe bestimmte Kleidungsstücke nicht an, weil mir meine Körperformen darin besonders bewusst sind. | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |
| 74. | Ich meide Situationen, in denen andere meinen Körper sehen könnten (Schwimmbad; Umkleiden etc.). | 1 | | 2 | | 3 | | 4 |

| Ich finde meinen / meine..... | zu dünn | etwas dünn | genau richtig | etwas dick | zu dick |
|---|---|---|---|---|---|
| 75. Bauch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 76. Oberschenkel | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 77. Po | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 78. Hüften | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 79. Beine | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 80. Gesicht | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 81. Brust | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 82. Arme | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Wie schwer bist Du (Sie) (in kg)? _ _ _ _ _ _ _ _ _ _

Wie gross bist Du (Sie) (in m)? _____

Warst Du (Sie) schon einmal in ärztlicher oder psychologischer Behandlung wegen einer Essstörung?

☐ ja ☐ nein

Bei den nächsten Fragen (83-96) geht es um Dein(Ihr) Befinden in den vorangegangenen vier Wochen.
Lese(n) (Sie) zunächst die beiden entgegengesetzten Gefühle pro Zeile durch und entscheide(n) (Sie) dann, welche Richtung für Dich(Sie) eher zutraf. Stufe dann Deine(Ihre) Antwort ab nach "eher zutreffend", "deutlich zutreffend" oder "sehr zutreffend".
***Bitte kreuze(n) (Sie) pro Zeile nur eine Zahl an!***

| | | sehr | deutlich | eher | eher | deutlich | sehr | |
|---|---|---|---|---|---|---|---|---|
| 83. | ruhig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | zappelig |
| 84. | gelöst | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | verkrampft |
| 85. | verschlossen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | offen |
| 86. | draufgängerisch | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | zurückhaltend |
| 87. | unbefangen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | befangen |
| 88. | unruhig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ruhig |
| 89. | wohl | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | unwohl |
| 90. | unternehmungslustig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | erschöpft |
| 91. | nachgiebig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | trotzig |
| 92. | gereizt | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | ausgeglichen |
| 93. | kompromissbereit | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | kämpferisch |
| 94. | unsicher | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | sicher |
| 95. | froh | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | bedrückt |
| 96. | hoffnungsvoll | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | resigniert |

Vielen Dank für Deine / Ihre Mitarbeit!

# Curriculum Vitae

**Nachname:** Britschgi Cabernard

**Vornamen:** Femeke May Soleil

**Adresse:** Hagenbachstrasse 18
4052 Basel
Tel. 061 311 44 28

**Geburtsdatum:** 5. Oktober 1976

**Arbeitsadresse:** Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst Baselland
Goldbrunnenstrasse 14
4110 Liestal
Tel. 061 927 75 50

**Email Adresse:** femeke.britschgi@kpd.ch (Arbeit)
femeke_britschgi@yahoo.de (Privat)

**Aus- und Weiterbildung**

| | |
|---|---|
| 2003-2005 | Weiterbildung in Personzentrierter Psychotherapie (nach Carl Rogers) am Institut für Personzentrierte Psychotherapie, Zürich |
| 2003-2005 | Doktorandin bei Prof. Dr. F. Alsaker (Entwicklungspsychologie) an der Universität Bern<br>Thema: Evaluation des Therapieangebotes der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen in Liestal (Kinder- und Jugendpsychiatrischer Dienst BL) |
| 1996-2001 | Studium an der Universität Bern, Abschluss im Juli 2001<br>*Hauptfach: Kinder- und Jugendpsychologie, 1. Nebenfach: Pädagogik und 2. Nebenfach: Psychopathologie* |
| 1993-1994 | Austauschstudentin (American Field Service, AFS) in Lake Geneva, Wisconsin, USA<br>Abschluss an der Big Foot High School in Walworth, Wisconsin |
| 1989-1996 | Kantonsschule Obwalden, Sarnen (Abschluss mit Lateinmatura) |
| 1983-1989 | Primarschule in Alpnach-Dorf, Obwalden |

**Arbeitserfahrung und Praktika**

| | |
|---|---|
| 2001-2005 | Stelle als Psychologin und Psychotherapeutin am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Baselland (zuerst als PG-Psychologin und dann mit 50 %-Festanstellung in der Psychotherapiestation für weibliche Jugendliche mit schweren Essstörungen) |
| 2000 | Sechsmonatiges Praktikum als Psychologin im Kinderheim Bachtelen, Grenchen (SO) |
| 1999-2001 | Sozialpädagogin im Kinderheim Maiezyt in Wabern |
| 1999-2000 | Co-Therapeutin an der Erziehungsberatung Bern für die Gruppentherapie für kriegstraumatisierte Kinder |
| 1999 | Dreimonatiges Praktikum an der Erziehungsberatung in Bern |
| 1998 | Hilfsassistentin bei Prof. Dr. A. Flammer am Lehrstuhl für Kinder- und Jugendpsychologie an der Universität Bern (Lehrveranstaltung über Gesprächsführung) |
| 1998-1999 | Siebenmonatiges Forschungspraktikum am Kinder- und Jugendpsychiatrischen Dienst Bern (Erhebung von Daten zur Standardisierung eines neuen Intelligenztestes (HAWIVA-R) |
| 1997 | Zweimonatiges Praktikum in der Kinder- und Jugendpsychiatrischen Klinik Neuhaus in Ittingen bei Bern |
| 1996-1998 | Verantwortliche für Quality Management in der Computerei Isaak in Luzern (spezialisiert auf Visualisierungsprogrammierung) |

**Freiwilligenarbeit**

| | |
|---|---|
| 1994-1996 | Präsidentin des Lokalkomitees des American Field Service (AFS) (Jugend-Austauschorganisation) in Obwalden |
| 2000-2003 | Präsidentin des Lokalkomitees des American Field Service (AFS) (Jugend-Austauschorganisation) in Basel |