

**Diplomarbeit im Fachbereich Psychologie der
Universität Osnabrück**

**Eßstörungen und Trichotillomanie
- eine vergleichende Untersuchung**

vorgelegt von

Simone Schenk
Markt 26/27
49074 Osnabrück

Osnabrück
Eingereicht am: 21.12.2000

Erstgutachter: Prof. Dr. H. Schöttke
Zweitgutachter: Prof. Dr. K. H. Wiedl

2.1.3. Komorbidität von Eßstörungen mit anderen Störungsbildern	10
2.1.4. Ein Drei-dimensionales-Eßstörungen-kontinuum-Modell	11
2.2. Trichotillomanie	
2.2.1. Definition	13
2.2.2. Diagnostische Kriterien für Trichotillomanie nach DSM-IV	14
2.2.3. Epidemiologie	14
2.2.4. Komorbidität	14
2.3. Vergleich der Ätiologiemodelle zu Eßstörungen und Trichotillomanie	16
2.3.1. Verhaltenstheoretische Modelle	16
2.3.2. Psychoanalytische Modelle	21
2.3.3. Neurobiologische Modelle	22
2.3.4. Modell der narzißtischen Regulation	22
2.4. Kontroverse um die Zuordnung	23
2.4.1. Einordnung von Störungsbildern in das „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“	26
2.4.2. Einordnung von Störungsbildern in das „Affective-Spectrum-Disorders“	28
2.5. Zusammenfassung der bisherigen Befunde und Herleitung der Fragestellungen	29
3. Methoden	31
3.1. Die Stichprobe	31
3.1.1. Auswahl der Stichprobe	31
3.1.2. Beschreibung der Stichprobe	31
3.1.2.1. Störungsbild	31
3.1.2.2. Geschlecht	31
3.1.2.3. Alter	32
3.1.2.4. Familienstand	32
3.1.2.5. Anzahl der Kinder	32
3.1.2.6. Schulbildung	33
3.1.2.7. Beruf	33
3.2. Ablauf der Datenerhebung	34
3.3. Trichotillomanie-Stichprobe	34
3.4. Erhebungsinstrumente	35
3.4.1. Eßstörungen-Diagnose-Check	35
3.4.2. Hamburger-Zwangsinventar-Kurzform	35
3.4.3. Symptom-Checkliste-90-R	36
3.4.4. Narzißmusinventar	37

3.4.5. Eßstörungen-Beschreibungs-Bogen	38
3.4.6. Differentielle Affektskala	38
4. Ergebnisse	40
4.1. Auswertung der Fragebogendaten	40
4.1.1. Eßstörungen-Diagnose-Check	40
4.1.2. Hamburger-Zwangsinventar-Kurzform	41
4.1.2.1. HZI-K: Vergleich der Eßgestörten und der Trichotillomanie-Betroffenen mit der Normstichprobe der Zwangskranken	41
4.1.2.2. HZI-K: Vergleich der Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen mit einer klinisch unauffälligen Stichprobe	42
4.1.2.3. HZI-K: Vergleich zwischen Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen	43
4.1.3. Symptom-Checkliste-90-R	43
4.1.4. Narzißmusinventar	46
4.1.4.1. Narzißmusinventar: Vergleich der Eßgestörten mit einer Stichprobe gesunder Frauen	46
4.1.4.2. Narzißmusinventar: Vergleich zwischen den Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen	48
4.1.5. Differentielle Affektskala	50
4.1.6. Eßstörungen-Beschreibungs-Bogen	52
5. Diskussion	55
5.1. Stichprobe	55
5.2. Hamburger-Zwangsinventar-Kurzform	56
5.3. Symptom-Checkliste-90-R	57
5.4. Narzißmusinventar	58
5.5. Eßstörungen-Beschreibungs-Bogen	59
5.6. Differentielle Affektskala	62
6. Zusammenfassung	63
Literaturverzeichnis	64
Anhang	67

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Empirische Untersuchungen zur Anorexie nervosa mit gleichzeitiger manifester Zwangssymptomatik	11
Tabelle 2: Komorbidität mit anderen Störungsbildern bei Trichotillomanie-Betroffenen	15
Tabelle 3: Vergleich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Eßstörungen, Trichotillomanie und Zwangsstörung	23
Tabelle 4: Schulbildung der Untersuchungsteilnehmerinnen	33
Tabelle 5: Beruf der Untersuchungsteilnehmerinnen	33
Tabelle 6: Skalen des HZI-K	35
Tabelle 7: Skalen des SCL-90-R	36
Tabelle 8: Globale Kennwerte des SCL-90-R	36
Tabelle 9: Dimensionen und Skalen des Narzißmusinventars	37
Tabelle 10: Skalen der Differentiellen Affektskala	38
Tabelle 11: Anzahl der zutreffenden DSM-IV-Kriterien bei den Teilnehmerinnen der Selbsthilfegruppe	40
Tabelle 12: Häufigkeiten der einzelnen DSM-IV-Diagnosen bei den Teilnehmerinnen der Selbsthilfegruppe	41
Tabelle 13: Kumulierte Prozentwerte des HZI-K für eine gesunde Kontrollgruppe	42
Tabelle 14: Prozentwerte der im Vergleich zur Normalstichprobe hinsichtlich Zwanghaftigkeit auffälligen und unauffälligen Eßstörungen- und Trichotillomanie-Betroffenen	42
Tabelle 15: Ergebnisse des HZI-K für die Eßstörungen- und Trichotillomanie-Stichprobe	43

Tabelle 16: Ergebnisse des SCL-90-R für die Stichprobe der Eßstörungen- und Trichotillomanie-Betroffenen	44
Tabelle 17: Vergleich der Ergebnisse im Narzißmusinventar von Eßstörungen-Betroffenen und einer Gruppe gesunder Frauen	46
Tabelle 18: Vergleich der Ergebnisse im Narzißmusinventar von Eßstörungen- und Trichotillomanie-Betroffenen	48
Tabelle 19: Ergebnisse der DAS-Skalen im Vergleich Eßstörungen und Trichotillomanie	50

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Drei-dimensionales-Eßstörungskontinuum Modell	12
Abbildung 2: Schematischer Prozeß der operanten Konditionierung bei Trichotillomanie	17
Abbildung 3: Verhaltenstheoretisches Bedingungsmodell der Trichotillomanie	20
Abbildung 4: „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“	26
Abbildung 5: Dimensionale Aspekte der „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“	27
Abbildung 6: Alter der Untersuchungsteilnehmerinnen	32
Abbildung 7: Mittelwertsvergleich der Ergebnisse des SCL-90-R für die Stichproben der Trichotillomanie- und Eßstörungen-Betroffenen	45
Abbildung 8: Mittelwertsvergleich einer Gruppe gesunder Frauen mit der Eßstörungen-Stichprobe im Narzißmusinventar	47
Abbildung 9: Mittelwerte der Eßstörungen- und Trichotillomanie-Stichprobe im Narzißmusinventar	49
Abbildung 10: Mittelwertsvergleich der DAS-Werte vor und nach der Gewichtsregulation bei den eßgestörten Patientinnen	51
Abbildung 11: Mittelwertsvergleich der DAS-Werte vor und nach dem Ausreißen der Haare bei den Trichotillomanie-Betroffenen	51
Abbildung 12: Verhaltenstheoretisches Bedingungsmodell der Eßstörungen	61

Ein Wort des Dankes

Bedanken möchte ich mich bei Frau Magarete Markham und den Teilnehmerinnen der Selbsthilfegruppe Osnabrück, die sich bereit erklärten mich bei meiner Untersuchung zu unterstützen. Ein weiteres Dankeschön geht an die psychosomatische Klinik in Windach für ihre Bereitschaft zur Teilnahme an meiner Diplomarbeit.

Für die sehr hilfreiche Unterstützung und Betreuung meiner Arbeit möchte ich mich bei Prof. Dr. Henning Schöttke bedanken.

Ein ganz herzliches Dankeschön auch an Alexandra Krone, die mir sehr hilfreich zur Seite stand.

Für die finanzielle Unterstützung während meines Studiums danke ich meiner Familie.

Kapitel 1

Einleitung

Die folgende Arbeit hat zum Ziel, die Beziehung zwischen den Eßstörungen Anorexia und Bulimia nervosa und der Trichotillomanie näher zu untersuchen.

Anlaß für die Annahme, daß zwischen den Störungsbildern eine Ähnlichkeit bestehen und dies eine gemeinsame Klassifizierung nach sich ziehen könnte, ist die gemeinsame Zuordnung in das „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ (OCSD). Die Konzeption des OCSD basiert auf der Beobachtung, daß eine Reihe von Störungen eine Beziehung zur Zwangserkrankung aufweisen und läßt vermuten, daß diese Störungen auf irgendeine Weise miteinander verwandt sein könnten.

Die Beziehung zwischen diesen vielen verschiedenen Störungsbildern, die dem OCSD zugeordnet werden, ist bislang allerdings nur wenig erforscht worden.

Die Diskussion um eine mögliche Verwandtschaft zwischen den Eßstörungen und der Zwangsstörung hat bereits eine lange Vergangenheit. „Sie beginnt vermutlich bei Janet (1909), der eine obsessive (zwanghafte) von einer hysterischen Untergruppe unterschied.“ (Csef, 1988, S. 34).

Berichte über die vergleichsweise hohe Komorbidität der Zwangserkrankung mit der Bulimie und Anorexie und die häufig bei Eßgestörten als sehr zwanghaft beschriebenen Verhaltens- und Denkmuster in Bezug auf das Essen bildeten den Ausgangspunkt der Diskussion.

Bei der Trichotillomanie handelt es sich um ein Phänomen, daß bislang noch sehr wenig erforscht ist. Das zunehmende Interesse an diesem Erkrankungsbild ist nicht zuletzt darauf zurückzuführen, daß zwischen der Zwangsstörung und dem Störungsbild der Trichotillomanie sehr viele Parallelen zu finden sind.

Diese Untersuchung soll dazu beitragen, die bislang noch wenig erforschte Beziehung zwischen der Trichotillomanie und den Eßstörungen zu durchleuchten.

Bei näherer Betrachtung stellt man fest, daß auch diese Störungsbilder eine Reihe von Gemeinsamkeiten aufweisen, die eventuell eine neue diagnostische Zuordnung als sinnvoll erscheinen lassen.

Die Daten der Trichotillomanie-Betroffenen, die für diese Vergleichsuntersuchung als Grundlage dienen, stammen aus einer Diplomarbeit zum Thema Trichotillomanie, die 2000 von Zellhorst an der Universität Osnabrück durchgeführt wurde.

Im theoretischen Teil dieser Arbeit (Kapitel 2) wird nach einer kurzen Definition ein Überblick über die Symptomatologie, diagnostische Kriterien, Epidemiologie und Komorbidität der Anorexia und Bulimia nervosa gegeben. Anschließend wird das „Drei-dimensionale-Eßstörungen-Kontinuum-Modell“ (Kapitel 2.1.4.) dargestellt, das auf der Annahme aufbaut, bei den Eßstörungen handle es sich um dieselbe Grunderkrankung. Die einzelnen Formen einer Eßstörung werden lediglich als verschiedene Ausprägungen auf einem Kontinuum betrachtet.

Ausgehend von dieser Annahme werden die Anorexia und Bulimia nervosa im weiteren Verlauf der Arbeit als *eine* Störung untersucht.

Ein kurzer Überblick über das Störungsbild der Trichotillomanie findet sich unter 2.2.

Im nachfolgenden Kapitel (Kapitel 2.3.) werden vier verschiedene Ätiologiemodelle vorgestellt, die eine ähnliche Herangehensweise zur Erläuterung der Eßstörungen und der Trichotillomanie bieten.

Im Kapitel 2.4. wird ein Vergleich zwischen den Eßstörungen, der Trichotillomanie und der Zwangserkrankung hergestellt. Auf der Grundlage der Gemeinsamkeiten dieser Störungen wird die bisherige Diskussion um die Zuordnung in das „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ oder das „Affective-Spectrum-Disorders“ beschrieben.

Eine kurze Zusammenfassung der bisherigen Befunde und die Herleitung der Fragestellungen, die im empirischen Teil der Arbeit untersucht werden sollen, findet sich in Kapitel 2.5..

Der methodische Teil dieser Arbeit beginnt mit Kapitel 3. Hier findet sich nach der Stichprobenbeschreibung auch eine Darstellung der in dieser Arbeit eingesetzten Untersuchungsinstrumente.

Im 4. Kapitel sind die Ergebnisse dargestellt, die im 5. Kapitel diskutiert und mit bisherigen Forschungsergebnissen in Beziehung gesetzt werden.

Den Schluß bildet Kapitel 6 mit einer kurzen Zusammenfassung.

Kapitel 2

Theorie

2.1. Eßstörungen

2.1.1. Anorexia nervosa

2.1.1.1. Definition

Anorexia nervosa bezeichnet eine Störung des Eßverhaltens, die meist in der Pubertät oder Adoleszenz beginnt und von der ganz überwiegend Mädchen betroffen sind.

Kennzeichnend für das Krankheitsbild der Anorexia nervosa ist der Wunsch immer dünner zu werden, bei häufig völlig fehlender Krankheitseinsicht (Uexkuell, 1994; Feiereis, 1989).

Die Bezeichnung „Anorexia nervosa“, die von Gull 1874 geprägt wurde, hat sich in der Literatur weitestgehend durchgesetzt. Sie wird jedoch von einigen Autoren kritisiert (z.B. Gerlinghoff und Backmund, 1995), denn die wörtliche Übersetzung des Wortes Anorexie bedeutet Appetitlosigkeit (griechisch: „an“ bedeutet „ohne“; „orexis“ bedeutet „Appetit“, „Verlangen“). AnorektikerInnen leiden jedoch in der Regel nicht an Appetitlosigkeit, sondern versuchen trotz des Hungergefühls ihre Nahrungsaufnahme zu zügeln und so wenig wie möglich zu essen (Fichter, 1985). Einige Autoren verwenden aus diesem Grund den synonymen Begriff „Magersucht“.

2.1.1.2. Symptomatologie

2.1.1.2.1. Gewichtsverlust

Das Hauptsymptom der Anorexia nervosa besteht in der extremen Abmagerung der PatientInnen, die bis zu einer lebensbedrohlichen Kachexie führen kann. Durch Ablehnung bzw. Einschränkung der Nahrungsaufnahme, häufig noch begleitet von exzessiver sportlicher Betätigung, wird eine extreme Gewichtsabnahme erreicht. Das durchschnittliche Gewicht beim Erstkontakt in der Klinik liegt zwischen 35-41 kg (Nitz, 1987). Die Letalität durch Verhungern, bezogen auf 100 diagnostizierte MagersuchtpatientInnen, liegt bei durchschnittlich 10 Todesfällen (Meermann, 1981).

2.1.1.2.2. Amenorrhoe

Das Ausbleiben der Menarche bzw. das Ausbleiben der regelmäßigen Monatsblutungen (primäre bzw sekundäre Amenorrhoe) ist ein häufiges Symptom der Erkrankung und wurde aus diesem Grund in die diagnostischen Kriterien des ICD-10 und DSM-IV mit aufgenommen (Meermann, 1982).

2.1.1.2.3. Obstipation

Die unregelmäßige Nahrungsaufnahme wird als ursächlich mitverantwortlich für die häufig auftretende Obstipation angenommen. Von einer großen Anzahl der Magersüchtigen (dem bulimischen Typ) wird das Erbrechen von Nahrung als Mittel zur Gewichtskontrolle eingesetzt. Die hiermit einhergehende schwere Verstopfung führt häufig zur Einnahme von Abführmitteln in großen Mengen, was zu einer weiterer Gewichtsabnahme führt (Nitz, 1987).

2.1.1.2.4. Weitere Folgen der Unterernährung

Durch den extremen Gewichtsverlust, kommt es zu zahlreichen somatischen Sekundärsymptomen, wie einem verringerten Muskeltonus, Abnahme der Muskelmasse, Bradykardie (Pulsverlangsamung) Hypotonie (zu niedriger Blutdruck), Kopfschmerzen, Senkung der Stoffwechselrate, Akrozyanose (blaurote Verfärbung der Haut), Hypothermie (Senkung der Körpertemperatur), Lanugobehaarung (Flaumbehaarung), dünnes und brüchiges Kopfhaar, Haarausfall, Zahnausfall, Störungen im Eiweiß- und Mineralhaushalt (speziell Kaliummangel), Ödeme, endokrinologische Veränderungen (Nitz, 1987 Meermann, 1982).

2.1.1.2.5. Störungen des Eßverhaltens

Die Störungen des Eßverhaltens sind gekennzeichnet durch eine Ablehnung der Nahrungsaufnahme und die damit verbundene Angst dick zu werden (Gewichtsphobie). Palazzoli (1982, zitiert nach Nitz, 1987) weist jedoch darauf hin, daß an der Wurzel der Störung nicht der Wunsch abzunehmen, sondern eher die Angst vor Kontrollverlust und die Konsequenzen reifer Körperlichkeit (Crisp 1980, zitiert nach Nitz 1987) stehen.

Die Betroffenen nehmen nur äußerst wenig Nahrung zu sich, obwohl Hungergefühle durchaus vorhanden sind. Auch das Interesse am Essen wird häufig als unverändert oder sogar gesteigert beschrieben. Viele PatientInnen kochen z.B. gerne für ihre Familien. Heißhungeranfällen bzw. Freßattacken (bulimischer Typ) wird von einigen AnorektikerInnen unter großen Gewissensbissen nachgegeben (Meermann, 1982).

2.1.1.2.6. Hyperaktivität

Ein auffälliges Verhaltensmerkmal bei vielen anorektischen PatientInnen ist die Hyperaktivität. Extrem sportliche Aktivität wird, zumindest von einem Teil der PatientInnen, bewußt zu einer weiterer Reduzierung des Körpergewichtes eingesetzt (Meermann, 1982).

2.1.1.2.7. Körperschemastörung

Bei magersüchtigen PatientInnen auffällig ist die Verleugnung der extremen und oft lebensbedrohlicher Abmagerung. Sie scheinen ihren Körper völlig verzerrt wahrzunehmen. Krankheitseinsicht und Leidensdruck fehlen häufig (Meermann, 1982). Bruch (1973) schreibt: „Diese vollständige Verleugnung des ausgehungerten Äußeren ist ein kennzeichnendes Symptom der echten Anorexia nervosa“ (S. 117). Sie sieht also die Körperschemastörung als Kern der Psychopathologie.

Die PatientInnen geben entweder an zu dick zu sein, oder ihr Idealgewicht erreicht zu haben (obwohl sie stark untergewichtig sind). Eine realistische Einschätzung der eigenen Körpermaße ist die Voraussetzung für eine erfolgreiche Genesung der PatientInnen (Bruch, 1973).

2.1.1.2.8. Einstellung zum Leistungsbereich

Magersüchtige PatientInnen sind häufig sehr leistungsorientiert und werden oft als überdurchschnittlich intelligent beschrieben. Crisp (1980, zitiert nach Nitz, 1987) interpretiert die Leistungsorientierung und Beschäftigung mit intellektuellen Dingen als Ablenkung vom Hunger sowie von der zwanghaften Befassung mit Ernährungsthemen.

2.1.1.3. Diagnostische Kriterien

2.1.1.3.1. Diagnostische Richtlinien für Anorexia nervosa nach DSM-IV (307.1) *(Klassifikationssystem der American Psychiatric Association (APA))*

Die Kriterien zur Klassifikation der Anorexia nervosa gemäß des Diagnostic and Statistical Manuals of Mental Disorders (DSM IV, 1994) lauten:

- A) Weigerung, das für Alter und Körpergröße normale Körpergewicht zu halten (z.B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts)
- B) Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehender Untergewichts.
- C) 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.
- D) Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Zyklen. (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt).

Wie Krüger, Reich, Buchheim und Cierpka (1997) betonen, unterscheiden sich die Kriterien des DSM-IV geringfügig von denen des ICD-10 (Internationale Klassifikation psychischer Störungen der Weltgesundheitsorganisation, 1992) und der Version des DSM-III-R. Die Verleugnung des viel zu niedrigen Körpergewichtes und der Schwere der Erkrankung wurde jedoch in DSM-IV zusätzlich in die Klassifikation mit aufgenommen.

Hinzugekommen ist auch eine neue Klassifizierung der Anorexia nervosa in eine Gruppe mit ausschließlich fastendem Eßverhalten („Restricting Type“) im Gegensatz zu der Gruppe mit Freßattacken und Purgierverhalten, das heißt selbsterbeigeführtem Erbrechen, Laxantien-/ Diuretikaabusus oder abführenden Einläufen („Binge-Eating/Purging Type“).

Eine weitere Veränderung betrifft die Zuordnung der Anorexia nervosa. Während das Krankheitsbild in DSM-III-R noch den Störungen mit typischem Krankheitsbeginn im Kleinkindalter, Kindheit oder Adoleszenz zugeordnet wurde, wird die Magersucht im DSM-IV neben dem Krankheitsbild der Bulimia nervosa und den nicht näher bezeichneten Eßstörungen unter dem eigenen Kapitel Eßstörungen aufgeführt (Krill, 1997).

Im ICD-10 wird die Anorexie ebenfalls unter den „Eßstörungen“ (F 50) klassifiziert, unter der Gesamteinordnung „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (F 5). Sie erhält hier die Kodierung F 50.0. Unterschieden wird im ICD-10 zusätzlich zwischen der „Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme“ (F 50.00), der „Anorexie mit aktiver Maßnahmen zur Gewichtsabnahme“ (F 50.01) und der „atypischen Anorexia nervosa“ (F 50.1).

2.1.1.3. Epidemiologie

Es existieren zahlreiche Studien, die in den letzten Jahren Prävalenz und Inzidenz der Magersucht untersucht haben. Einigkeit bei fast allen Autoren herrscht darüber, daß die Häufigkeit der Krankheit in den westlichen Ländern, in den letzten Jahren und Jahrzehnten zugenommen hat (Hentze, 1989).

Die jährliche Erkrankungsinzidenz wird in der Literatur mit 0,1 bis 0,6 pro 100000 Einwohnern bzw. zwischen 50 und 75 PatientInnen pro 100000 der Risikopopulation (Frauen im Alter von 15-25 Jahren) angegeben (z.B. Uexkuell, 1994; Fichter, 1985).

Hingewiesen wird in der Literatur aber auch immer wieder darauf (z.B. Nitz, 1987), daß die Studien, die auf „administrativen“ Angaben basieren, denen also Daten zu Grunde liegen, die aus psychiatrischen oder medizinischen Registern stammen, kein zuverlässiges Bild der „wahren“ Inzidenz abgeben.

Die Prävalenzrate der Anorexia nervosa wird in der Literatur mit einer Lebenszeitprävalenz von ca. 0,1% bei Frauen angegeben (Krüger, Reich, Buchheim & Cierpka, 1997).

Nitz (1987) betont, daß 90-95% der Betroffenen weiblichen Geschlechts sind (siehe auch Bemis 1978 Jones et al. 1980).

Die Magersucht tritt fast ausschließlich während der Adoleszenz auf. Am häufigsten erkranken PatientInnen zwischen dem 13. und 25. Lebensjahr (Uexkuell, 1994). Es wird allerdings auch vor Ersterkrankungen vor dem 10. und nach dem 25. Lebensjahr berichtet (Köhle et al. 1996 zitiert nach Krüger et al. 1997).

In einer Reihe von Untersuchungen wurde darauf hingewiesen, daß die Anorexie in den höheren sozialen Schichten überrepräsentiert ist (Crisp et al. 1976; Jones et al. 1980; Kendall et al. 1973; Morgan und Russell 1975). Diese Entwicklung scheint sich jedoch immer mehr auszugleichen. Garfinkel und Garner (1982) berichten, daß bei einem Vergleich der Zeiträume 1970-1975 und 1976-1981 der Anteil der PatientInnen aus höheren Schichten von 71% auf 52% gesunken ist, während der Anteil der niedrigeren Schichten von 29% auf 48% gestiegen ist (Nitz, 1987).

2.1.2. Bulimie

2.1.2.1. Definition

Der Begriff Bulimie stammt aus dem griechischen Wort *boulimos* bzw. *boulimia* und ist zusammengesetzt aus den Wörtern *limos* (Hunger) und *bous* (Stier, Ochse oder Rind). Die wörtliche Übersetzung bedeutet also soviel wie „Ochsenhunger“.

Das Krankheitsbild der Bulimie wurde erst 1979 durch Russel begrifflich und inhaltlich von der Magersucht abgegrenzt (Lützenkirchen, 1999). Die Aufnahme und Definition als eigenständige Krankheit im Katalog psychiatrischer Störungen durch die American Psychiatric Association erfolgte 1980. Trotz vieler verschiedener Bezeichnungen für dieses Krankheitsbild sind die am häufigsten verwendeten Bulimie oder *Bulimia nervosa*.

Bulimie tritt vor allem bei Mädchen oder jungen Frauen auf. Das auffälligste Symptom der Krankheit ist die Sucht, große Nahrungsmengen (meist süße, hochkalorische Nahrungsmittel) innerhalb kürzester Zeit zu verschlingen („Freßsucht“). Die gleich darauf oder gleichzeitig einsetzende Angst vor Gewichtszunahme führt zum zunächst selbst herbeigeführten, später reflektorisch auftretenden Erbrechen oder anderen Maßnahmen, die eine Gewichtszunahme verhindern (z.B. Einnehmen von Laxantien) (Feiereis, 1989; Uexkuell, 1994).

2.1.2.2. Symptomatologie

2.1.2.2.1. Heißhungerphasen

Die das Krankheitsbild der Bulimie kennzeichnenden Heißhungerphasen treten meist nach Phasen auf, in denen die PatientInnen sehr wenig essen oder sogar Abstinenz üben. Solche „Freßanfälle“ treten oft unvermittelt und mit unterschiedlicher Häufigkeit (von einmal pro Woche bis mehrmals täglich) auf. Es handelt sich um unwahrscheinlich große, hochkalorische Nahrungsmengen, die z.B. aus Brot, Keksen, Eis und Schokolade bestehen. Bei solch einem Anfall werden bis zu 15000 Kalorien aufgenommen.

Mahlzeiten mit Freunden oder Familienangehörigen werden nur sehr ungern eingenommen, da sich die meisten PatientInnen wegen ihrer Eßprobleme schämen und versuchen ihre Symptome zu verbergen. Die „Freßattacken“ finden in der Regel heimlich statt (Russell, 1989; DSM IV, 1994).

2.1.2.2.2. Methoden der Gewichtsregulierung

Die sofort, oder noch während dem Heißhungeranfall einsetzende panische Angst vor einer Gewichtszunahme, führt zur wiederholten Anwendung von gegensteuernden Maßnahmen.

Viele BulimikerInnen wenden bei dem Versuch, die Folgen des „Freßanfalls“ zu kompensieren, mehrere Methoden an. Die am häufigsten angewandte Methode ist das zunächst selbstinduzierte (durch den Gebrauch der Finger oder anderer Gegenstände um den Würgereflex auszulösen), später reflektorisch auftretende Erbrechen. Es bewirkt eine sofortige Erleichterung des körperlichen Unwohlseins und eine Reduktion der Angst vor Gewichtszunahme. Hautabschürfungen und Narben an den Fingern oder auf dem Handrücken, sind meist Zeichen, die auf das selbstinduzierte Erbrechen hinweisen.

Als weitere Methoden zur „Gewichtskontrolle“ werden häufig der Mißbrauch von Laxantien und Diuretika, in seltenen Fällen auch von Klistieren (Darmeinläufe), in der Literatur beschrieben. Die Phasen zwischen den Heißhungerattacken sind meist durch längeres Fasten oder übertriebene körperliche Bewegung gekennzeichnet (Russell, 1989; DSM IV, 1994).

2.1.2.2.3. Krankhafte Angst vor dem Dicksein

Das Selbstwertgefühl von BulimikerInnen ist sehr stark an ihre Figur und das Körpergewicht gebunden. In dem Wunsch an Gewicht zu verlieren und der Angst vor einer Gewichtszunahme, ähneln die BulimikerInnen sehr stark den magersüchtigen PatientInnen (DSM IV, 1994).

Das Gewicht der bulimischen PatientInnen ist nicht weiter auffällig, da die PatientInnen ein normales Gewicht oder sogar ein leichtes Übergewicht haben.

Mit der Frage, ob die PatientInnen ihr normales, gesundes Gewicht erreichen und zulassen würden, läßt sich herausfinden, wie stark die Angst vor dem Dicksein tatsächlich ist (Russell, 1989).

2.1.2.2.4. Somatische Befunde

Bei BulimiepatientInnen, die das Erbrechen zur Gewichtsregulierung einsetzen, kann es auf Grund der Magensäure zu einer Erosion des Zahnschmelzes kommen. Der Elektrolythaushalt wird durch die ständige Magenentleerung durcheinandergebracht. Eine Folge sind z.B. die viel zu niedrigen Kaliumwerte. Sie sind für Herzrhythmus-Störungen, Muskellähmungen, Nierenversagen, Blasenentzündungen und epileptische Anfälle verantwortlich (Russell, 1989). Weitere Folgeerscheinungen des Erbrechens können sein: Heiserkeit, Schmerzen in der Speiseröhre, funktionelle Magen-Darm-Störungen mit Obstipation (Feiereis, 1989), Vergrößerung der Speicheldrüsen und Dysphagie (Schluckstörung). Außerdem treten häufig Verletzungen an Fingern und Handrücken auf, die durch das selbsterbeigeführte Erbrechen entstehen (Uexkuell, 1996).

2.1.2.3. Diagnostische Kriterien

2.1.2.3.1. Diagnostische Kriterien für Bulimia nervosa nach DSM-IV (307.51)

- A. Wiederholte Episoden von „Freßattacken“. Eine „Freßattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:
 - (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 - (2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essen zu verlieren (z.B. das Gefühl weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
- C. Die „Freßattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang in Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf die Selbstbewertung.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

Bestimmung des Typus:

„Purging“-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmäßig Erbrechen oder mißbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

„Nicht-Purging“-Typus: Die Person hat während 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.

Genau wie die Anorexie, wird die Bulimie unter dem Kapitel der „Eßstörungen“ im DSM-IV klassifiziert

Im ICD-10 erhält die Bulimia nervosa die Kodierung 50.2 und wird, wie die Anorexie, unter der „Eßstörungen“ (F 50) eingeordnet. Auch bei der Bulimie gibt es eine Kodierung für eine atypische Form (F 50.3 „atypische Bulimia nervosa“). Die Unterscheidung „Purging“-Typus, „Nicht-Purging“-Typus gibt es im ICD-10 nicht.

2.1.2.3. Epidemiologie

Die Bulimie ist eine Erkrankung, die genau wie die Anorexie zu 94 bis 96% beim weiblichen Geschlecht zu finden ist. In der Regel liegt das Alter der Ersterkrankung bei bulimischen Frauen höher als bei magersüchtigen Frauen. Die BulimikerInnen erkranken im Durchschnitt zwischen dem 18. und 35 Lebensjahr (Krüger et al. 1997).

Die Prävalenz wird bei Frauen zwischen 18 und 35 Jahren mit 2-4% angegeben (Fichter, 1985). Sie hat sich in den letzten 10 Jahren verdoppelt (Lacey, 1992 zitiert nach Krüger et al. 1997). Die Annahme, daß die Häufigkeit der Bulimie zunimmt, deckt sich auch mit den Beobachtungen anderer Autoren (Feiereis 1989; Fichter, 1985; Schulte et al. 1990; zitiert nach Csef, 1997).

Die meisten epidemiologischen Studien wurden in Ländern durchgeführt, die dem westlichen Kulturbereich zuzuordnen sind. Eine Ausnahme stellt die Untersuchung von de Azevedo und Ferreira (1992, zitiert nach Benninghoven, 1997) dar. Sie untersuchten Studierende auf der Insel Sao Migue (Azoren, eine relativ isolierte Inselgruppe im Atlantik), die sie als relativ wenig von westlichen soziokulturellen Einflüssen beeinflußt ansahen. Das Ergebnis zeigte eine niedrige Prävalenzrate von 0,3% die sie als Hinweis auf die Wirksamkeit soziokultureller Faktoren bei der Entstehung der Erkrankung interpretierten.

Wesentlich höhere Prävalenzraten zeigten sich in Untersuchungen, die auch jene Fälle mit einbezogen haben, die nicht alle diagnostischen Kriterien einer Bulimie erfüllten, aber durchaus als gestörtes Eßverhalten mit bulimischen Tendenzen einzuordnen waren. Cooper, Charnock und Taylor (1987, zitiert nach Benninghoven, 1997) untersuchten eine Stichprobe von 369 Frauen (Durchschnittsalter: 24,1 Jahre) von denen 20,9% gegenwärtig über Eßanfälle klagten und 2,9% selbstinduziertes Erbrechen zur Gewichtsregulierung einsetzten.

2.1.3. Komorbidität von Eßstörungen mit anderen Störungsbildern

Das Auftreten psychischer Begleiterkrankungen bei Eßstörungen ist keine Seltenheit.

Bossert-Zaudig et al. (1993) fanden innerhalb einer Studie zur psychiatrischen Komorbidität bei stationär behandelten bulimischen PatientInnen als häufigste komorbide Erkrankung die Magersucht mit 87,5% als zweithäufigste Begleiterkrankung wurde die Dysthymie (41,6%) angegeben gefolgt von der Major Depression (25,0%), bipolar affektiver Psychose (20,8%) und schließlich Angststörungen (8,3%).

Auffällig bei dieser Untersuchung war auch die Verteilung der Häufigkeit komorbider Erkrankungen. Nur drei PatientInnen bekamen keine zweite Diagnose, vier eine weitere, sieben zwei zusätzliche, ebenfalls sieben drei zusätzliche und drei PatientInnen sogar vier oder fünf zusätzliche Diagnosen.

Krüger et al. (1997) berichten zusätzlich noch von einem gehäuften Auftreten der Diabetes mellitus bei bulimischen PatientInnen (ca. 25%).

Das Auftreten einer Schizophrenie wird häufiger bei AnorektikerInnen beschrieben (2,5 bis 10%). Die Häufigkeit einer gleichzeitigen Angststörung geben Krüger et al. (1997) bei bulimischen PatientInnen mit Raten bis zu 91% wesentlich höher als Bossert-Zaudig et al. (1993) an.

Eine hohe Komorbidität wird auch zu Abhängigkeitsstörungen beschrieben. BulimikerInnen scheinen eine Neigung zum Mißbrauch von Alkohol und anderen Substanzen zu haben.

Mitchell, Hatsakumi, Eckert & Pyle (1985, zitiert nach Krüger et al. 1997) fanden in einer Untersuchung bei 34% der BulimikerInnen eine Vorgeschichte von Alkohol- und Drogenproblemen und bei 17,7% eine vorhergehende Behandlung wegen Tablettenabhängigkeit. Bei anorektischen PatientInnen scheinen nach Mitchell et al. (1985) wesentlich niedrigere Komorbiditätsraten zur Substanzabhängigkeit oder -mißbrauch vorzuherrschen.

Persönlichkeitsstörungen werden bei Eßgestörten mit 27 bis 93% angegeben (Skodol, Oldham, Steven & Kellmann, 1993, zitiert nach Krüger et al. 1997).

Das Auftreten einer Borderline-Persönlichkeitsstörung wird mit ca. 10% angegeben. Die histrionische Persönlichkeitsstörung scheint bei Bulimie PatientInnen (25 bis 53%) verbreiteter zu sein als bei Magersüchtigen.

Depressive Verstimmungen werden sehr häufig bei PatientInnen mit einer Bulimie und Magersucht beschrieben. Laessle (1990) berichtet von einer Komorbiditätsrate bei BulimikerInnen zwischen 21 und 45%. Die Lebenszeitprävalenz bulimischer PatientInnen für eine Depression gibt Laessle mit 36 bis 92% an. Besonders häufig treten Depressionen bei PatientInnen auf, deren Eßstörung als Anorexie begonnen und sich dann zu einer Bulimie entwickelt hat.

Bei den magersüchtigen PatientInnen berichten Herpertz-Dahlmann & Renschmidt (1990) von Komorbiditätsraten zur Depression zwischen 40 und 60%.

Ein erhöhtes Risiko für Depressionen bei Verwandten ersten Grades von bulimischen oder magersüchtigen PatientInnen wird in vielen Arbeiten berichtet (Krüger et al. 1997).

Eine Reihe von AnorektikerInnen zeigen zwanghafte Züge bzw. Zwangssymptome. Neben depressiver Symptomen sind dies nach Krüger et al. (1997) *die häufigsten Begleiterscheinungen einer Magersucht*. Ein großer Teil der anorektischen PatientInnen scheint zudem im Laufe der Eßstörung zwanghafte Verhaltensweisen zu entwickeln. Diese beziehen sich häufig auf die Beschäftigung mit Ernährung, Essen Gewicht und sportlicher Betätigung.

Csef (1988) gibt einen Überblick über bereits durchgeführte Untersuchungen zur Anorexia nervosa mit gleichzeitiger manifester Zwangssymptomatik (siehe Tab. 1).

Tabelle 1: Empirische Untersuchungen zur Anorexia nervosa mit gleichzeitiger manifester Zwangssymptomatik

Autoren	Gesamtzahl (Anorexiepatienten)	Davon mit Zwangs- symptomatik	%
Palmer & Jones 1939	4	4	Kasuistik
Rahman et al. 1939	12	6	50
Theander 1970	94	12	13
Halmi 1974	(94) 71	43	61
Morgan & Russell 1975	41	9	23
Cantwell et al. 1977	33	2	6
Ben-Tovim et al. 1979	21	10	48
Hsu et al. 1979	105	22	21
Crisp et al. 1980	102	21	21
Suematsu et al. 1985	1011	455	45
Fichter 1985	24	6	25

Aragona & Vella (1998) berichten bei bulimischen PatientInnen von einer Lebenszeitprävalenz der Zwangsstörung von 18,5%.

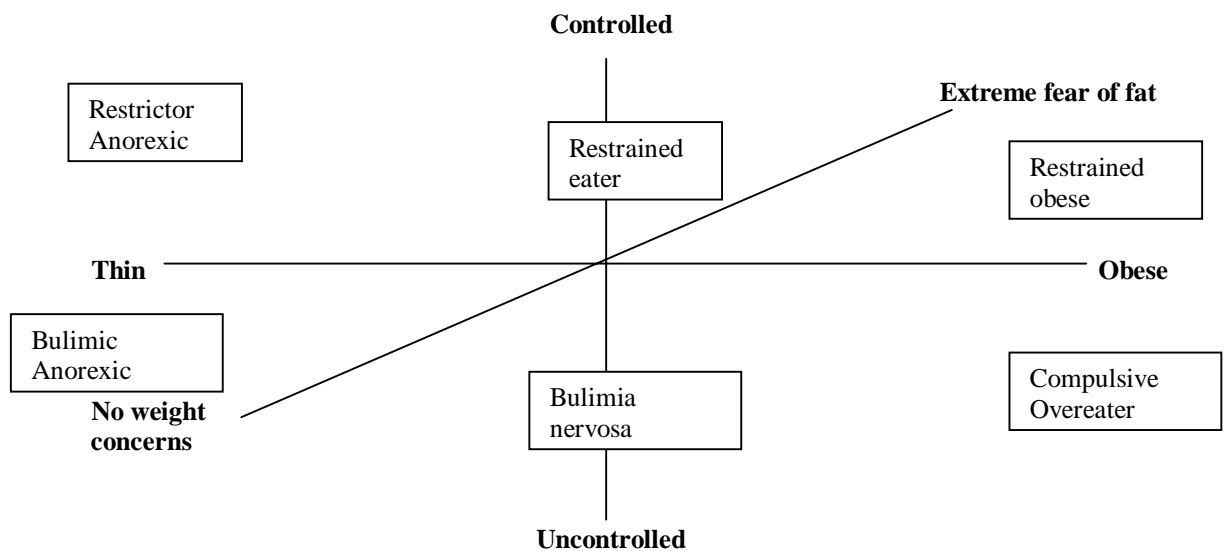
Powers, Covert, Brightwell & Stevens (1988) fanden bei 33% der BulimikerInnen eine gleichzeitige zwanghafte Persönlichkeitsstörung.

2.1.4. Ein Drei-dimensionales-Eßstörungskontinuum-Modell

Die Anorexia und Bulimia nervosa zeigen hinsichtlich psychischer Faktoren, Psychopathologie und Psychodynamik grundlegende Gemeinsamkeiten auf. Dafür spricht auch der häufige Übergang von einem Krankheitsbild in das andere. Aus diesem Grund wurden verschiedene dynamische und mehrdimensionale Modelle entwickelt (Csef, 1997).

Ein solches Modell stellt z.B. das „Drei-dimensionale-Eßstörungskontinuum-Modell“ von Schlundt & Johnson (1990) (s. Abb. 1) dar. Es beschreibt alle Formen von Eßstörungen als Ausprägungen auf einem Kontinuum.

Abbildung 1: Drei-dimensionales-Eßstörungskontinuum-Modell (Schlundt & Johnson, 1990)



Das Körpergewicht (thin – obese) ist die erste Dimension. Es variiert von extrem abgemagert bis zu massiver Fettleibigkeit. Auf dieser Dimension ist ein Individuum nicht festgelegt, sondern bewegt sich von Zeit zu Zeit vor und zurück. Das Körpergewicht hängt von vielen verschiedenen Faktoren ab, wie z.B. von erblichen Komponenten, Energieverbrauch und Nahrungsaufnahme. Aus diesem Grund sehen es Schlundt & Johnson als wenig sinnvoll an, die diagnostischen Unterscheidungen zwischen Eßstörungen aufgrund des Körpergewichtes zu treffen.

Die zweite Dimension in ihrem Modell betrifft die Kontrolle der eigenen Verhaltensweisen (controlled – uncontrolled). In erster Linie sind hier die Eßgewohnheiten gemeint. Anhaltendes Fasten ist z.B. das eine Extrem, das andere ist gekennzeichnet durch unkontrollierte „Freßattacken“. Gemeint sind mit dieser Dimension aber auch andere häufig bei Eßgestörten beobachtete Verhaltensweisen, wie z.B. extreme sportliche Betätigung, das Abführen vorher zu sich genommener Nahrung, etc.

Eine Person kann ihre Position auf dieser Dimension schnell verändern. Der Tag beginnt z.B. mit der festen Vornahme heute zu fasten, aber am Abend endet dieser Vorsatz in einer unkontrollierten „Freßattacke“.

Die dritte Dimension in diesem Modell repräsentiert die Intensität der individuellen Beschäftigung mit dem eigenen Gewicht (extreme fear of fat – no weight concerns). Die Angst davor „dick zu sein“ ist das zentrale Merkmal der Eßstörungen. Diese Angst bezieht sich auf eine Gewichtszunahme, der Konsequenzen übergewichtig zu sein, die zwanghafte Beschäftigung damit, Gewicht verlieren zu müssen unrealistische Vorstellungen eines „Idealgewichtes“ und Körperschemastörungen. Dennoch sind diese Ängste unterschiedlich stark ausgeprägt.

Die beiden Dimensionen „Körpergewicht“ und „Kontrolle der eigenen Verhaltensweisen“ dienen dazu die unterschiedlichen Ausprägungen einer Eßstörung in das Kontinuum einzuordnen. Eine Person, die z.B. ein sehr niedriges Gewicht hat und ihr Eßverhalten stark kontrolliert, würde in diesem Modell ganz links als Form der „restriktiven Anorexie“ (restrictor anorexic) eingeordnet werden. Am unteren Ende der „Körpergewichtsdimension“, werden Personen eingeordnet, die ein sehr unkontrolliertes Eßverhalten haben, dabei aber sehr dünn sind, die „bulimischen AnorektikerInnen“ (bulimic anorexic). In der Mitte der „Körpergewichtsdimension“ sind Personen einzuordnen, deren Körpergewicht sich im „normalen Bereich befindet. Am oberen Ende der „Kontrolldimension“ werden die „eingeschränkten Esser (restrained eaters) eingeordnet, die sehr kontrolliert essen und darauf achten, nicht zu viele Kalorien zu sich zu nehmen.

So verfahren Schlundt & Johnson in ihrem Modell mit allen Formen einer Eßstörung. Die mit diesem Modell entstehende Frage nach dem Sinn einer Unterscheidung der Eßstörungen in diagnostische Kategorien beantworten die Autoren mit der Bemerkung, daß der Sinn der Kategorisierung vom Ziel abhängig ist. Besteht das Ziel der diagnostischen Zuordnung darin, relativ homogene Gruppen von Personen zu bilden, die auf eine bestimmte Therapie ansprechen, so kann eine Zuordnung sehr sinnvoll sein. Ist das Ziel der Kategorisierung jedoch die Abgrenzung verschiedener Erkrankungsbilder, so halten Schlundt & Johnson eine diagnostische Trennung der Eßstörungen für wenig sinnvoll.

2.2. Trichotillomanie

2.2.1. Definition

Der Begriff „Trichotillomanie“ wurde bereits 1889 von dem französischen Dermatologen Hallopeau geprägt (Yaryura & Neziroglu, 1997). Gemeint ist damit ein Störungsbild, das gekennzeichnet ist durch chronisches Haarausreißen. Die am häufigsten betroffenen Stellen, sind der Kopf, Augenbrauen Wimpern, Schambereich, Extremitäten und das Gesicht (Swedo & Leonard, 1992). Bei Männern werden häufig noch andere Stellen angegeben, wie z.B. Barthaare, Koteletten oder Achselhöhlen. 15% der Betroffenen reißen sich die Haare an mehr als einer Stelle am Körper aus (Graber & Arndt, 1993).

2.2.2. Diagnostische Kriterien

Die Trichotillomanie wird als Störung der Impulskontrolle klassifiziert. Im ICD-10 wird sie unter dem Kapitel „Abnorme Gewohnheiten und Störungen der Impulskontrolle“ (F 63), das wiederum ein Unterkapitel der „Persönlichkeits- und Verhaltensstörungen“ (F 6) ist, eingeordnet. Sie erhält hier den diagnostischen Code 63.3.

Die diagnostischen Kriterien des DSM-IV für die Trichotillomanie (312.39) sind folgende:

- A. Wiederholtes Ausreißen des eigenen Haars, was zu deutlichem Haarausfall führt.
- B. Ein zunehmendes Spannungsgefühl unmittelbar vor dem Haareausreißen oder beim Versuch, die Handlung zu widerstehen.
- C. Vergnügen, Befriedigung oder Entspannung während des Haareausreißens.
- D. Das Verhalten kann nicht besser durch eine andere psychische Störung oder einen medizinischen Krankheitsfaktor (z.B. eine dermatologische Erkrankung) erklärt werden.
- E. Die Störung verursacht in klinisch bedeutsamer Weise Leiden oder Beeinträchtigungen in sozialen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen.

Im DSM-IV wird die Trichotillomanie den „Störungen der Impulskontrolle, nicht andernorts klassifiziert“ zugeordnet.

2.2.3. Epidemiologie

Die Angaben in der Literatur zur Prävalenz der Trichotillomanie schwanken zwischen 1-5% (Graber & Arndt, 1993). King et al. (1995) geben die Lebenszeitprävalenz mit 2,5% an.

Nach Muller (1987, zitiert nach Swedo & Leonard, 1992) sind 90% der Trichotillomanie-Betroffenen weiblichen Geschlechts. King et al. (1995) geben ein Verhältnis weiblich-männlich von 2.2:1 an.

Das Alter bei Beginn der Störung scheint bei Frauen der Zeitraum der frühen Adoleszenz zu sein. Bei Männern tritt die Erkrankung laut Swedo & Leonard (1993) am häufigsten kurz vor der Pubertät auf.

Einige Autoren sind der Meinung, daß unterschieden werden sollte zwischen der in der frühen Kindheit einsetzenden Trichotillomanie und einer Form, die in der Pubertät bzw. im frühen Erwachsenenalter einsetzt (Reeve, 1999, zitiert nach Zellhorst, 2000). Bei der in der frühen Kindheit einsetzenden Form handelt es sich nach Graber & Arndt (1993) um eine weniger schwerwiegende Erkrankungsform.

2.2.4. Komorbidität

In einer Studie von Swedo & Leonard (1992) wurde bei 37 von 43 Trichotillomanie-Betroffenen eine psychische Begleiterkrankung festgestellt (einen Überblick gibt Tabelle 2).

Achse-I-Störungsbilder wurden mit 78% am häufigsten festgestellt, während Achse-II-Persönlichkeitsstörungen mit 38% zu finden waren.

Wie Tabelle 2 zeigt, erfüllten 15 Patienten die Kriterien einer unipolaren Depression, 12 für generalisierte Angststörung, 2 für unipolare Depression, 6 für Substanzmißbrauch und 2 für eine Panikstörung.

Die Achse-II-Persönlichkeitsstörungen waren bei 10 Patienten als histrionische Persönlichkeit zu finden. 7 Patienten litten unter einer Borderline-Störung und 6 unter einer passiv-aggressiven Persönlichkeit.

Swedo & Leonard fanden zusätzlich bei 16% der Betroffenen eine Zwangsstörung in der Vergangenheit und bei 5% das Vorliegen einer Anorexie bzw. Bulimie.

Tabelle 2: Komorbidität mit anderen Störungsbildern bei Trichotillomanie-Betroffenen
(Swedo & Leonard, 1992) (Prozentangabe in Klammern)

Komorbidität mit	Männer (N=13)	Frauen (N=24)	Gesamt (N=37)
<i>Unipolarer Depression</i>	1 (8)	14 (47)	15 (39)
<i>Bipolarer Depression</i>	1 (8)	1 (3)	2 (5)
Substanzmißbrauch	2 (15)	4 (13)	6 (15)
Panikstörung	0	2 (7)	2 (5)
Generalisierte Angststörung	2 (15)	10 (33)	12 (32)
<i>Zwangsstörung</i>	2 (15)	4 (13)	6 (16)
Phobie	1 (8)	0	1 (2)
<i>Anorexie/Bulimie</i>	1 (8)	1 (3)	2 (5)
Histrionische Persönlichkeit	1 (8)	9 (30)	10 (26)
Borderline Persönlichkeit	0	7 (23)	7 (18)
Abhängigkeits Persönlichkeit	0	2 (7)	2 (5)
Schizoide Persönlichkeit	1 (8)	0	1 (2)
Passiv/aggressive Persönlichkeit	1 (8)	5 (17)	6 (16)
Narzißtische Persönlichkeit	0	1 (3)	1 (2)
Vermeidende Persönlichkeit	0	1 (3)	1 (2)

Christenson (1995, zitiert nach Zellhorst, 2000) fand bei 13,4% der Trichotillomanie-Betroffenen das gleichzeitige Vorliegen einer Zwangserkrankung.

21% der Trichotillomanie-Patienten litten gleichzeitig unter einer Eßstörung. Davon 8,1% unter einer Bulimia nervosa, 1,6% unter einer Anorexia nervosa und 11,3% unter einer atypischen Form der Eßstörung.

2.3. Vergleich der Ätiologiemodelle zu Eßstörungen und Trichotillomanie

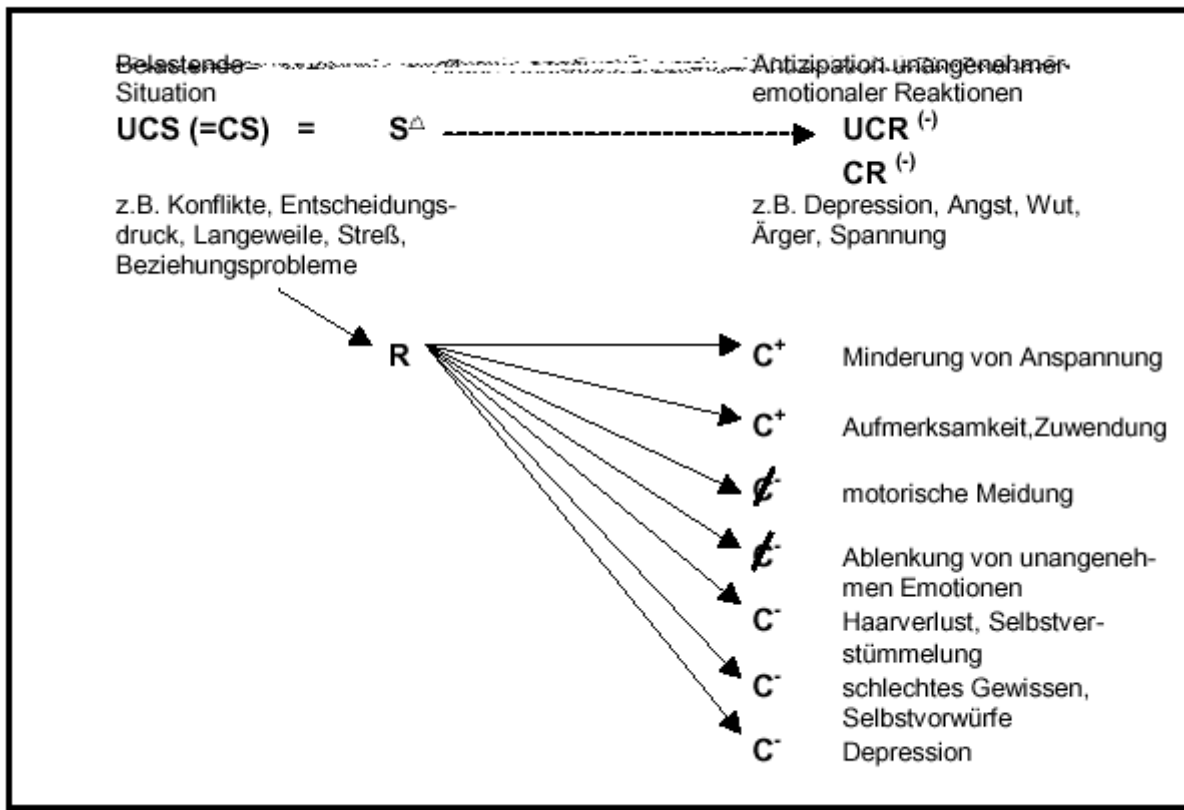
Ätiologiemodelle, die zur Erklärung der Vulnerabilität, Auslösung und Aufrechterhaltung der Eßstörungen beitragen sollen, gehen überwiegend davon aus, daß die Pathogenese anorektischer und bulimischer Eßstörungen multifaktoriell bedingt ist. In erster Linie werden in den Ätiologiemodellen biologische, individuelle, familiäre und soziokulturelle Faktoren miteinbezogen (Beisel & Leibl, 1997). Im folgenden sollen diejenigen Modelle dargestellt werden, die im Hinblick auf die unterschiedlichen Störungsbilder der Eßstörungen und die Trichotillomanie eine ähnliche Herangehensweise bieten.

2.3.1. Verhaltenstheoretische Modelle

Verhaltenstheoretische Modelle zur Erklärung der Trichotillomanie beziehen sich häufig auf bereits bestehende Modelle der Zwangsstörung. Da diese Modelle aber einige Fragen ungeklärt lassen, entwickelte Neudecker (1995) ein hypothetisches Bedingungsmodell für die Trichotillomanie. Dieses Modell, sowie ein „verhaltenstheoretisches Bedingungsmodell“ von Zellhorst (2000), das in Anlehnung an das SORCK-Modell von Kanfer und Phillips (1975) zur Erklärung der Trichotillomanie entwickelt wurde, sollen im folgenden Abschnitt vorgestellt und mit verhaltenstheoretischen Modellen zur Erklärung von Eßstörungen in Beziehung gesetzt werden.

Neudecker (1995) erklärt in Ihrem hypothetischen Bedingungsmodell (s. Abb. 2) die Situation des Haarausreißens als Verhaltensmuster, daß sich durch eine Reihe positiver und negativer Verstärker stabilisiert hat.

Abbildung 2: Schematischer Prozeß der operanten Konditionierung bei Trichotillomanie (Neudecker, 1995)



Das Haarausreißen wird von den Trichotillomanie-Betroffenen als entspannend erlebt. Sie verschaffen sich mit dem Ausreißen der Haare in einer unangenehmen Situation ein Gefühl der Erleichterung. Zusätzlich lenkt das Haarausreißen von unangenehmen Emotionen ab, bzw. läßt diese erst gar nicht aufkommen.

Eine ähnliche Herangehensweise bietet das „interpersonelle Streßmodell“ von Lacey (1985) für die Bulimie. Der Fokus liegt bei diesem Modell auf den „Freßattacken“, die durch vorausgehende streßbeladene Situationen oder negative Ereignisse ausgelöst werden. Gemeint sind hier in erster Linie negative Gefühle, wie Niedergeschlagenheit, Ängstlichkeit, Ärger oder zwischenmenschliche Schwierigkeiten. Durch diese belastenden Situationen wird die Reaktion des „Freßanfalls“ ausgelöst, die die erlebte Spannung reduziert. Die „Freßattacken“ werden nach dieser Modellvorstellung als eine Art Ersatz für Verhaltensdefizite und nicht erlernte Copingstrategien gesehen. Das Erbrechen wird in diesem Modell weder als auslösender noch als aufrechterhaltender Faktor gesehen, sondern als sekundäre Verhaltensweise, die dazu dient, nach dem „Freßanfall“ auftretende Schuldgefühle und negative Emotionen abzuschwächen (Nutzinger & Zwaan, 1989).

Ein Modell, daß den Fokus mehr auf die Situation des Erbrechens ausrichtet, ist das „Angstreduktionsmodell“ von Rosen & Leitenberg (1988). Es wird davon ausgegangen, daß das Erbrechen der BulimiepatientInnen zu einer Verringerung der Angst vor einer Gewichtszunahme führt und dadurch verstärkt wird.

Bei der Anorexia nervosa wird in ähnlicher Herangehensweise das Hungern als mißglückte Problemlösestrategie beschrieben, daß dazu führt, negative Emotionen zu reduzieren (Gerlinghoff & Backmund, 1995).

Diese Modelle haben gemeinsam, daß sie die Symptomatik der Störungsbilder als Ersatz für Verhaltensdefizite und nicht erlernte Copingstrategien sehen. Als auslösende Bedingungen werden in allen Modellen belastende Situationen und negative Emotionen angesehen. Durch die Reduktion von Unruhe und Anspannung wird die Symptomatik verstärkt.

Eine Frage, die in allen Modellen jedoch ungeklärt bleibt ist, warum die Betroffenen an einer Trichotillomanie bzw. Eßstörung erkranken und nicht eine andere Symptomatik ausbilden.

Eine Untersuchung, die die Rolle bestimmter Situationen oder emotionaler Zustände bei Patienten mit einer Bulimie, Trichotillomanie oder Zwangsstörung, in der Symptomaufrechterhaltung oder Verschlechterung untersuchte, ist die Studie von Mackenzie, Ristvedt, Christenson, Lebow & Mitchel (1995). Sie untersuchten insgesamt 196 Patienten auf Zusammenhänge zwischen Situationen, in denen sich die Symptomatik der Störungsbilder verschlechterte bzw. verbesserte. Die Ergebnisse zeigten, daß sich die Störungsbilder auf einer von vier Dimensionen nicht voneinander unterschieden. In dieser Dimension waren „negative Emotionen“ aufgeführt, wie z.B. gelangweilt oder ärgerlich sein, sich depressiv oder verletzt fühlen, etc.. Negative Emotionen scheinen also bei allen drei Störungsbildern eine zentrale Rolle bei der Aufrechterhaltung und Verschlechterung des symptomatischen Verhaltens zu spielen.

Die Autoren vermuten, daß die negativen Emotionen die Schwelle für die Symptomauslösung reduzieren und somit die Häufigkeit des symptomatischen Verhaltens erhöhen.

Zellhorst (2000) entwickelte ein verhaltenstheoretisches Bedingungsmodell (s. Abb. 3) mit dessen Hilfe eine „Sequenz“ des symptomatischen Verhaltens der Trichotillomanie-Betroffenen in Anlehnung an das SORCK-Modell (Kanfer & Phillips, 1975) erstellt wurde.

Unter Einbeziehung der „Differentiellen Affektskala“ (DAS) von Merten & Krause (1993) wurden die Affekte der Trichotillomanie-Betroffenen vor und nach dem Haarausreißen analysiert, um zu prüfen, ob die Ausführung der Handlung des Haarausreißen eine Veränderung im Affekterleben ergibt.

Die Ergebnisse zeigten, daß sich durch die Handlung die schon vorher intensiv empfundenen negativer Affekte Ekel, Verachtung, Scham und Schuld noch verstärkten. Positive Affekte, wie Interesse und Freude, die schon vor dem Ausreißen der Haare sehr gering waren, nahmen nach dem Haarausreißen noch stärker ab.

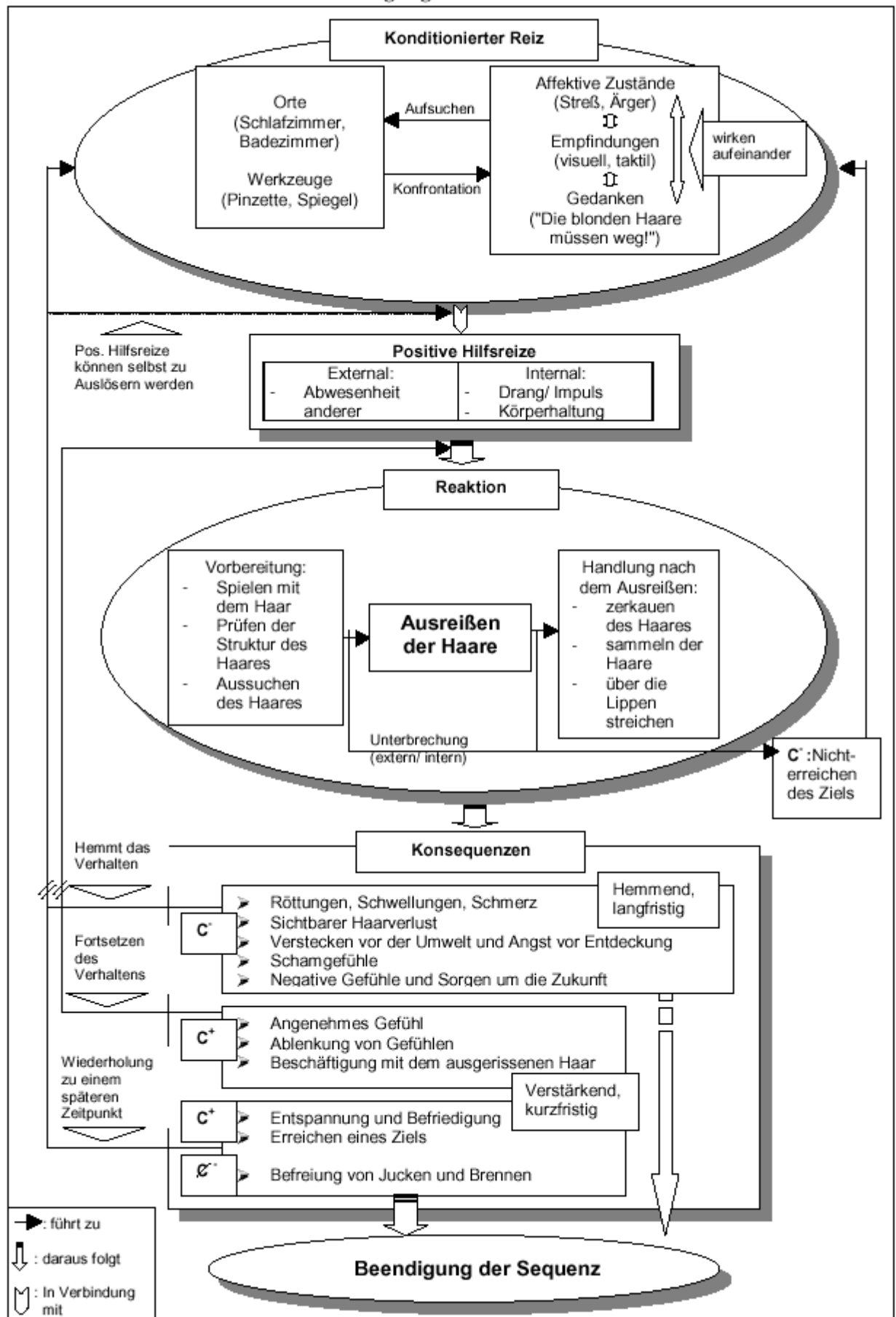
Zellhorst sah darin die Bestätigung bisheriger Befunde zur Gefühlslage der Betroffenen nach dem Haarausreißen. Die Person fühlt sich schuldig und verachtet sich für ihr unkontrolliertes Verhalten. Gleichzeitig ekelt sie sich vor ihrem eigenen Körper. Diese negativen Konsequenzen der Handlung bestätigen die Betroffenen erneut in ihrem Gefühl der Selbstwertlosigkeit und schließen somit einen Teufelskreis.

In der Untersuchung von Zellhorst wurden 9 weitere Items (müde, frustriert, aufgereggt, gelangweilt, einsam, glücklich, erschöpft, unentschlossen und angespannt) an die DAS angehängt. Diese Items sollten Gefühlszustände wiedergeben, die in verschiedenen Studien am häufigsten von den Trichotillomanie-Betroffenen in Verbindung mit ihrer Symptomatik angegeben wurden. Es wurde geprüft, in wie fern sich bei diesen Gefühlszuständen eine Veränderung durch das Ausreißen der Haare ergibt. Bei der Auswertung dieser Items zeigte sich, daß sowohl die positiven als auch die negativen Gefühlszustände (Ausnahme: „müde“ und „frustriert“) durch die Handlung des Haarausreißen abgeschwächt wurden. Diese Abschwächung scheint also die Verhaltensweise des Haarausreißen zu verstärken (Zellhorst 2000).

Eine Fragestellung dieser Untersuchung wird sein, zu prüfen, ob sich durch die Situation vor und nach der Gewichtsregulation bei den eßgestörten PatientInnen eine mit der Trichotillomanie vergleichbare Änderung im Affekterleben ergibt.

Zusätzlich soll geprüft werden, ob sich ein ähnliches verhaltentheoretisches Bedingungsmodell auch für die Eßstörungen entwickeln läßt und inwieweit dieses mit dem Modell der Trichotillomanie vergleichbar ist.

Abbildung 3: Verhaltenstheoretisches Bedingungsmodell der Trichotillomanie (Zellhorst, 2000)



2.3.2. Psychoanalytische Modelle

Modelle, die die Eßstörungen aus psychoanalytischer Sichtweise erklären, sind von vielen Autoren beschrieben worden (z.B. Reich, 1997; Thies, 1998; Schlundt & Johnson, 1989).

Vergleicht man die psychoanalytischen Modelle der Trichotillomanie mit denen der Eßstörungen, so fällt auf, daß die Funktion des Symptoms bei allen drei Störungsgruppen in der Ich-Stabilisierung gesehen wird (Zellhorst, 2000; Thies, 1998).

Da der Beginn der Störung bei allen drei Störungsbildern in der Adoleszenz liegt, beziehen viele Modelle die Rolle der Familie bei der Entstehung der Störung mit ein.

Greenberg & Sarner (1965, zitiert nach Zellhorst, 2000) fanden eine für die Trichotillomanie-Betroffener typische Familiendynamik:

Die Beziehung zwischen Mutter und Tochter ist ambivalent und gleichzeitig abhängig. Die Tochter, stets in der Hoffnung ihr Wunsch nach Nähe würde erfüllt, ängstigt und schämt sich sowohl für die aggressiven Gefühle, die sie gegenüber der Mutter empfindet, als auch für die Sehnsucht nach dem meist sehr passiven und distanzierten Vater.

Das Haareausreißen nimmt in dieser Beziehung eine zentrale Rolle im Kampf zwischen Mutter und Tochter ein und drückt gleichzeitig den frustrierten Wunsch nach der Aufmerksamkeit des Vaters aus.

Ein ähnliches Modell bietet das „objektbeziehungs-theoretische Modell“ von Jakoby (1992) für die bulimische Symptomatik.

Der Mutter, die die Entwicklung ausreichender Autonomie bei der Tochter verhindert, kommt in diesem Modell eine entscheidende Bedeutung zu. Eine Differenzierung zwischen Mutter-Ich und Kind-Ich findet nicht statt. Somit kann eine stabile Ich-Identität nicht ausgebildet werden. Es kommt zu einem frühkindlichem Konflikt von feindseliger Abhängigkeit und Wunsch nach Autonomie, der von der Tochter über die Eßstörung ausagiert wird.

Auch in diesem Modell steht die sehr ambivalente Beziehung gegenüber der Mutter im Vordergrund.

Die Rolle der Familie nimmt in den Erklärungsmodellen zur Anorexia nervosa ebenfalls eine zentrale Position ein.

Minuchin, Rosman & Baker (1978) stellten einige Merkmale zusammen, die die Familiendynamik anorektischer PatientInnen kennzeichnet. Ein zentrales Merkmal betrifft die extrem enge und intensive Form der Familieninteraktion, in der Autonomie- und Selbstverwirklichungsbestrebungen zu kurz kommen.

Die Funktion der Symptomatik wird von Reich (1997) als Sicherung der Selbst-Grenze zwischen der eigenen Person und der oftmals sehr symbiotischen Familienbeziehung gesehen. Die Anorexie wird als eine Kompromißhandlung verstanden, den Abstand zu der Familie zu wahren, ohne sich von dieser trennen zu müssen.

Diese psychoanalytischen Ätiologiemodelle haben einen Überschneidungspunkt in der ambivalenten Beziehungsdynamik zwischen dem betroffenen Kind und dessen Eltern, meist der Mutter, die als Grundfeiler für die Ausbildung der Störung gesehen wird.

2.3.3. Neurobiologische Modelle

Die Hypothese, daß das serotonerge System bei der Ausbildung der Eßstörungen beteiligt sein könnte, ist auf die Ergebnisse einiger zu diesem Thema durchgeführter Studien zurückzuführen (z.B. Freeman, 1988; Enas, Pope & Levin, 1989; Hudson, Pope & Jonas, 1985, zitiert nach Hudson & Pope, 1991).

Diese Studien zeigten vor allem eine Wirksamkeit von Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmern (SRI) bei der Therapie der Bulimia und Anorexia nervosa (Mc Elroy et al. 1994).

Es finden sich jedoch Hinweise, daß die Anorexie vorwiegend auf SRI anspricht, während bei der Bulimie ebenfalls Erfolge durch andere antidepressive Medikamente, wie trizyklische Antidepressiva und Monoamin-Oxidase-Hemmer zu beobachten sind (Hudson & Pope, 1991).

Bei der Behandlung von Patienten mit einer Trichotillomanie wurde ein Ansprechen auf Serotonin-Wiederaufnahme-Hemmer ebenfalls festgestellt (Mc Elroy et al. 1994).

2.3.4. Modell der narzißtischen Regulation

Die Frage, ob bei den Eßstörungen Mechanismen der narzißtischen Regulation von Bedeutung sind, wurde bereits von einigen Autoren untersucht (z.B. Thiel & Schüßler, 1995).

Da der Begriff „Narzißmus“ in der Literatur uneinheitlich verwendet wird, soll zunächst darauf eingegangen werden, was in diesem Kontext damit gemeint ist.

Mit „narzißtisch“ sollen solche Phänomene bezeichnet werden, die sich auf das Selbsterleben und dessen Regulation beziehen. Damit sind nach Deneke & Hilgenstock (1989) nicht nur „Formen der Selbsterfahrung, -regulation oder -organisation eingeschlossen, die positiv, narzißtisch befriedigend sind, sondern auch solche, die subjektiv quälend, entwürdigend, bedrohlich etc., also negativ erlebt werden“ (S. 8). Grundsätzlich sind narzißtische Regulationsvorgänge also bei allen Menschen vorhanden. Das Selbstsystem, das von Deneke & Hilgenstock als Weltmodell eines Menschen bezeichnet wird, reguliert, organisiert und reorganisiert sich ständig in einem lebenslangen Prozeß. Es wird niemals als statisch und unbewegt angesehen.

Diese Regulationsvorgänge folgen zwei motivationalen Regulationsprinzipien:

- 1) Regulationsvorgänge, die auf das Erreichen von spannungsfreien Ruhe-Gleichgewichtszuständen ausgerichtet sind,
- 2) Regulationsvorgänge, die vom Gleichgewicht weg, hin zu sensorisch-affektiver Stimulierung streben.

Ist dieses Spannungsfeld ausgeglichen, resultiert daraus ein zufriedener Mensch. Gelingt es dem Selbstsystem jedoch nicht einen Ausgleich herzustellen, wird das Selbst von Lähmungs- und Ohnmachtsgefühlen überflutet, die Person erlebt sich und ihre Umwelt als unwirklich und fremd (Deneke & Hilgenstock, 1989).

In Bezug auf die Eßstörungen stellt das Modell eine Möglichkeit dar, zu untersuchen, ob die Symptomatik der eßgestörten PatientInnen als Versuch der Selbststabilisierung anzusehen sein könnte. Ein niedriges Selbstwertgefühl wird als notwendige Vorbedingung für die Entstehung einer Eßstörung angesehen (Jacobi, 2000).

Eine Untersuchung der narzißtischen Regulation bei Eßgestörten im Vergleich zu den Trichotillomanie-Betroffenen könnte möglicherweise Hinweise auf ähnliche Regulationsprinzipien der Störungsbilder geben.

2.4. Kontroverse um die Zuordnung

Die Diskussion, ob die Eßstörungen als eine Variante der Zwangsstörung klassifiziert werden könnten hat eine lange Vergangenheit. Sie begann vermutlich mit einer Einteilung von Janet (1909) in eine zwanghafte und hysterische Form der Anorexie. Palmer & Jones (1939) nahmen an, daß es sich bei der Magersucht um eine Manifestation einer Zwangsstörung handelt (Csef, 1988). Rothenberg (1986) sah die Eßstörungen als eine „moderne Variante der Zwangsstörungen“ an. Die Frage, warum diese Diskussion überhaupt einsetzte, wird beantwortet, wenn man sich die Ähnlichkeiten anschaut, die die Eßstörungen zur Zwangsstörung aufweisen (s. Tab. 3).

Die Tatsache, daß auch die Trichotillomanie viele Ähnlichkeiten mit der Zwangsstörung in Bezug auf Symptomatik, familiengeschichtliche Aspekte und dem Ansprechen auf bestimmte Behandlungsformen zeigt, führte dazu, daß einige Autoren vorschlugen, auch die Trichotillomanie als eine Variante der Zwangserkrankung zu klassifizieren (Zellhorst, 2000).

Tabelle 3: Vergleich der Gemeinsamkeiten und Unterschiede zwischen Eßstörungen (BN, AN), Trichotillomanie (TM) und Zwangsstörung (OCD) (Zwaan & Strnad, 1998; Mc Elroy et al. 1994; Zellhorst, 2000)

Gemeinsamkeiten – Phänomenologie

	AN/BN	TM	OCD
<i>Verhalten</i>	Diäthalten, exzessive sportliche Betätigung, wiederholtes Wiegen, essensbezogene Rituale, Heißhungeranfälle, Erbrechen oder andere Gewichtsregulierende Maßnahmen	Wiederholte ritualisierte Beschäftigung mit dem Haar, die vermindert kontrollierbar ist	Ritualisierte Zwangshandlungen, wie z.B. Wasch- oder Kontrollzwänge
<i>Kognition</i>	Übermäßige Beschäftigung mit dem eigenen Körper, Gewicht, Essen (z.B. Kalorienzählen), Angst an Gewicht zuzunehmen (Gewichtsphobie)	Bei einem Subtyp der TM treten Zwangsgedanken über das Haarausreißen auf	Zwangsgedanken über Ordnung, Sauberkeit, etc. sind ein charakteristisches Merkmal von OCD
<i>Affekt</i>	Fasten und andere gewichtsregulierende Maßnahmen (wie z.B. Erbrechen oder Einnahme von Abführmitteln) können angstreduzierend wirken	Haarausreißen wirkt angstreduzierend	Zwangshandlungen und -gedanken wirken angstreduzierend

Phänomenologie - Unterschiede

	AN/BN	TM	OCD
<i>Verhalten</i>	BN-PatientInnen zeichnen sich im Gegensatz zu OCD-Patienten häufig durch impulsive Verhaltensweisen aus (z.B. Selbstverletzung)		
	Gewichtsregulierende Maßnahmen werden meist durchgeführt, wenn die Betroffenen alleine sind	Das Ausreißen der Haare wird meist heimlich und alleine durchgeführt	Zwanghafte Rituale werden meist allein, manchmal aber auch in Anwesenheit anderer ausgeführt
<i>Kognition</i>	Eßgestörte PatientInnen erleben viele ihrer Denkmuster im Gegensatz zu TM und OCD als „ich-synton“	TM-Betroffene erleben ihre Denkmuster als „ich-synton“	OCD-Betroffene empfinden ihre Denkweise als „ich-dyston“

Epidemiologie-Gemeinsamkeiten

	AN/BN	TM	OCD
<i>Demographie</i>	Eßstörungen beginnen häufig in der Adoleszenz	TM beginnt meist ebenfalls in der Adoleszenz	Auch bei der OCD wird meist die Adoleszenz als Erkrankungsalter angegeben
	Anteil der Frauen, die an Eßstörungen erkranken liegt bei ca. 90-95%	Frauen erkranken ebenfalls häufiger an TM (ca. 70-93%)	
<i>Familiengeschichte</i>	Hohe Prävalenz depressiver Erkrankungen in der Familie	Hohe Rate an Depressionen in der Familie	Depressionen werden auch bei OCD häufig in der Familie beobachtet
<i>Komorbidität</i>	Hohe Komorbidität mit depressiven Störungen und Zwangserkrankungen	Hohe Rate an Depressionen und Zwangserkrankungen auch bei TM-Patienten zu finden	Komorbidität mit Depression kommt bei OCD-Patienten häufig vor
		Komorbidität mit Eßstörungen wurde in einigen Studien nachgewiesen	Bei OCD-Patienten findet man ebenfalls eine hohe Komorbidität mit Eßstörungen

Epidemiologie – Unterschiede

	AN/BN	TM	OCD
<i>Demographie</i>			OCD kommt bei beiden Geschlechtern ungefähr gleich häufig vor

Behandlung – Gemeinsamkeiten

	AN/BN	TM	OCD
<i>Pharmakotherapie</i>	Positives Ansprechen auf serotonerge Antidepressiva (SSRIs)	TM spricht auf SSRIs ebenfalls an	Behandlung durch serotonerge Antidepressiva erfolgreich
<i>Verhaltenstherapie</i>	AN und BN sprechen auf Verhaltenstherapie an	Bei TM-Patienten Erfolge durch Verhaltenstherapie	Verhaltenstherapie gilt als sehr wirksam bei OCD

Behandlung – Unterschiede

	AN/BN	TM	OCD
<i>Pharmakotherapie</i>	Behandlung durch Fluoxetin hat sich als wirksam erwiesen	TM spricht auf Fluoxetin nicht an	Für OCD-Patienten wurden ebenfalls Erfolge durch Fluoxetin erzielt
<i>Verhaltenstherapie</i>	Rein verhaltenstherapeutische Techniken scheinen bei AN und BN nicht zu genügen	Auch bei TM scheinen die für OCD angewandten Methoden der Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung nicht ausreichend	Mit den Techniken der Reizkonfrontation und Reaktionsverhinderung werden sehr gute Erfolge bei OCD-Patienten erzielt

Die Überschneidungspunkte zwischen den verschiedenen Störungsbildern haben zu einer Einordnung der Essstörungen und der Trichotillomanie in ein störungsübergreifendes Konzept der „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ (siehe 2.3.1.) geführt.

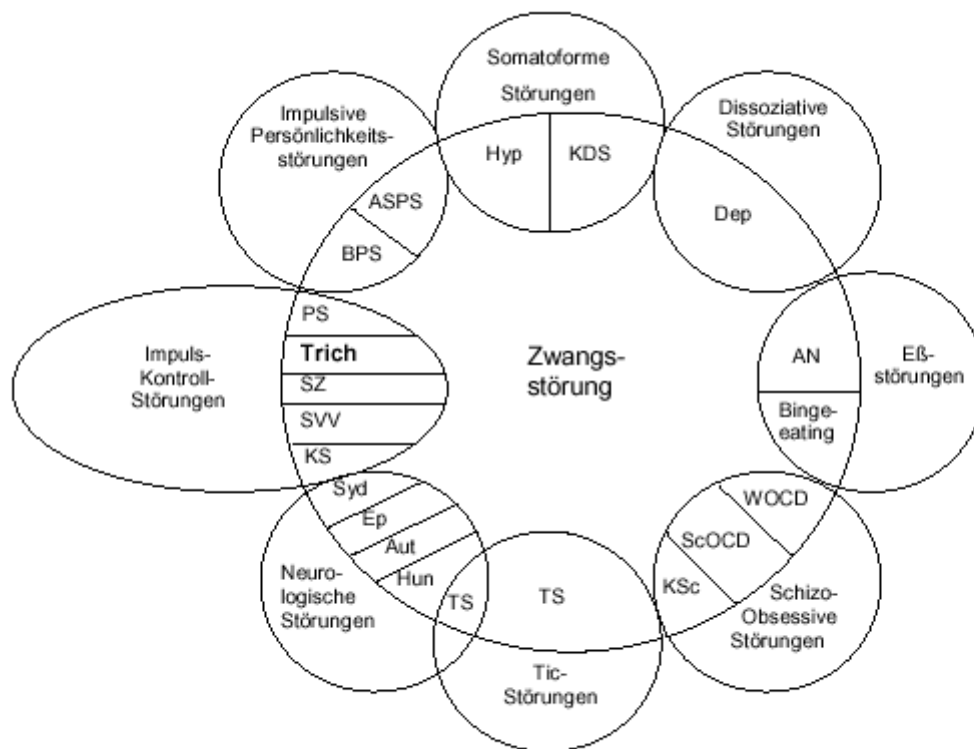
Auf Grund des positiven Ansprechens auf bestimmte Arten von Antidepressiva und der hoher Komorbidität zu affektiven Störungen schlagen Hudson & Pope (1990) eine Zuordnung der Bulimie und der Zwangserkrankung in das „Affective-Spectrum-Disorders“ (ASD) vor (siehe 2.3.2.).

Stanley et al. (1994) halten eine Einordnung der Trichotillomanie in das ASD aus den oben genannter Gründen ebenfalls für gerechtfertigt.

2.4.1. Einordnung von Störungsbildern in das „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“

Der Versuch eine Reihe von Störungen, die auf irgendeine Weise ähnlich oder miteinander verwandt erscheinen in eine übergeordnete „Störungsfamilie“ einzuordnen, wird als „Spectrum Disorder (Spektrumsstörung) bezeichnet. Solch ein Versuch stellt das „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ (OCSD) dar. Das OCSD formt eine Gruppe von Störungen, die alle Überschneidungspunkte mit der Zwangserkrankung hinsichtlich Phänomenologie, Komorbidität, Familiengeschichte, klinischen Verlauf oder dem Ansprechen auf bestimmte Behandlungsformen haben. Hollander & Wong (1995) bieten einen schematischen Überblick (siehe Abb. 4).

Abbildung 4: „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ (Hollander & Wong, 1995)



AN = Anorexia nervosa; ASPS = Antisoziale Persönlichkeitsstörung; Aut = Autismus; BPS = Borderline Persönlichkeitsstörung; Dep = Depersonalisationsstörung; Ep = Epilepsie; Hun = Huntington-Chorea; Hyp = Hypochondrie; KDS = Körperdysmorphie Störung; KSc = Katatone Schizophrenie; KS = Kaufsucht; Klep = Kleptomanie; PS = Pathologisches Spielen; ScOCD = Schizotypische Zwangsstörung; SVV = Selbstverletzendes Verhalten; Syd = Sydenham-Chorea; SZ = Sexuelle Zwänge; Trich = Trichotillomanie; TS = Tic-Störung; W OCD = Wahnhafte Zwangsstörung

Die Anorexia nervosa wird gemeinsam mit der „Binge-Eating-Störung“ unter den Eßstörungen eingeordnet. Die „Binge-Eating-Störung“ wird im DSM-IV unter den „Nicht näher bezeichneten Eßstörungen“ eingeordnet. Sie ist gekennzeichnet durch wiederholte Episoden von „Freßattacken“ ohne die für die Bulimia nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen.

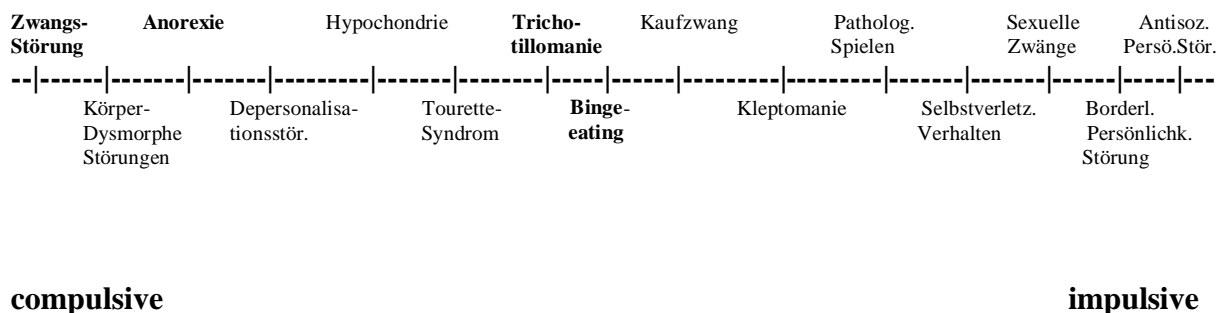
Unklar ist, ob die Bulimia nervosa in diesem Modell unter die Störung des Binge-Eating gefaßt wird oder ob sie nicht in dieses Modell integriert wird. Andere Autoren, so z.B. Mc Elroy et al. (1994) beschreiben die Bulimia nervosa gemeinsam mit der Binge-Eating-Störung als Teil des OCSD.

Die Unterscheidung von Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung ist insbesondere dann problematisch wenn es sich bei der Bulimia nervosa um den „Nicht-Purging“-Typus (siehe unter 2.1.2.3.2.) handelt. Die Frage, ob es sich bei den Störungsbildern wirklich um zwei verschiedene Störungen handelt, oder vielleicht nur um Varianten von ein und derselben Störung, im Sinne des „Drei-dimensionalen Eßstörungskontinuum-Modells“ (siehe 2.1.4.), ist bislang ungeklärt und bedarf noch einiger Untersuchungen (Mc Elroy et al. 1994).

Die Trichotillomanie wird innerhalb dieses Spektrums unter den Impulskontrollstörungen eingeordnet.

Das Modell birgt die Gefahr zu viele Störungen integrieren zu wollen und somit den Blick für die Spezifität der Störungen zu verlieren (Hollander & Wong, 1995 zitiert nach Zellhorst, 2000). Aus dieser Überlegung heraus entstand das „Dimensional Modell“, das eine theoretische Einordnung innerhalb eines Kontinuums mit den Polen „impulsive – compulsive“ für eine differenziertere Einordnung ermöglicht. In diesem Modell werden die Unterschiede zwischen den Störungen deutlicher (s. Abb. 5).

Abbildung 5: Dimensionale Aspekte der „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ (Hollander & Wong, 1995)



Da die Trichotillomanie und die Binge-Eating-Störung in diesem Modell direkt nebeneinander angeordnet sind, könnte eine Verwandtschaft dieser Störungsbilder vermutet werden und somit eine gemeinsame Zuordnung zu einer Kategorie sinnvoll sein.

Stanley & Cohen (1999, zitiert nach Zellhorst, 2000) weisen darauf hin, daß die Beziehung zwischen den Störungen einer näheren Untersuchung bedarf, um eine Charakterisierung der Störungen innerhalb eines solchen Spektrums vornehmen zu können.

Mc Elroy, Keck & Phillips (1995) stellen Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Binge-Eating-Störung, Kleptomanie und Kaufzwang her. Sie schlagen eine gemeinsame Einordnung der Störungen als Impulskontrollstörungen vor.

Auf Grund der vielen Überschneidungen der „Compulsive-Impulsive-Spectrum-Disorders“ mit der depressiven Störungen vermuten Mc Elroy et al. (1995), daß diese Störungsbilder zu einer größerer Familie der „Affective-Spectrum-Disorders“ (ASD) (siehe 2.3.2.) gehören könnten.

Mc Elroy, Hudson, Phillips, Keck & Pope (1993) betonen den Bedarf an weiterer Forschung, die die Zusammenhänge zwischen Zwangserkrankungen, Impulskontrollstörungen, depressiven Störungen und anderen „Affective-Spectrum-Disorders“ wie z.B. der Bulimie näher untersucht. Die Autoren schlagen die Möglichkeit eines orthogonalen Modells vor, das die Unterschiede aber auch die Überschneidungspunkte der verschiedenen Störungsbilder besser abbildet.

2.4.2. Einordnung von Störungsbildern in das „Affective-Spectrum-Disorders“

Die Beobachtung, daß eine Reihe psychiatrischer und medizinischer Störungen positiv auf antidepressive Medikamente ansprechen, nahmen Hudson & Pope (1990) zum Anlaß für ihr Modell der „Affective-Spectrum-Disorders“ (ASD). Das Modell integriert acht verschiedene Störungsbilder: Major Depression, Bulimia nervosa, Panikstörung, Zwangsstörung, Aufmerksamkeitsstörung mit Hyperaktivität, Kataplexie, Migräne und das Irritable-Bowel-Syndrom. Hudson & Pope (1990) gehen davon aus, daß diese Störungen mindestens ein pathophysiologisches Merkmal teilen, das an der Ausbildung der Störung beteiligt ist.

Die Autoren listen eine Reihe von Antidepressiva auf, mit denen sowohl bei BulimikerInnen als auch bei Zwangserkrankten positive Erfolge erzielt wurden. Darunter nicht nur Serotonin-Wiederaufnahmehemmer, sondern auch MAO (Monoamin Oxidase Hemmer) und trizyclische Antidepressiva.

Die Verbindung zwischen den Eßstörungen, der Trichotillomanie und der Zwangserkrankung könnte also auch über die Depression zu ziehen sein. Alle drei Störungsbilder weisen eine hohe Komorbidität zu depressiven Störungen auf und sprechen auf Antidepressiva an (vorwiegend SSRIs).

Aus diesen Gründen sprechen sich Stanley et al. (1994, zitiert nach Zellhorst, 2000) für eine Einordnung der Trichotillomanie in das ASD aus.

Ergebnisse einer Untersuchung von Laessle et al. (1987) haben gezeigt, daß die Wahrscheinlichkeit an einer Depression zu erkranken bei BulimikerInnen, die vor ihrer bulimischen Phase an einer Anorexie erkrankt waren, besonders hoch ist. Betrachtet man die Eßstörungen als Ausprägungen auf einem Kontinuum, das sich im Laufe eines Lebens verändert (im Sinne des „Drei-dimensionalen-Eßstörungen-Kontinuum-Modells“), so verliert die Unterscheidung zwischen Anorexie und Bulimie immer mehr an Bedeutsamkeit.

Die Anorexia nervosa müßte also ebenfalls in das ASD aufgenommen werden.

2.5. Zusammenfassung der bisherigen Befunde und Herleitung der Fragestellungen

Die Eßstörungen Anorexia und Bulimia nervosa werden im ICD 10 sowie im DSM-IV unter einer eigenen Kategorie „Eßstörungen“ aufgeführt. Die Trichotillomanie wird hingegen unter den „Störungen der Impulskontrolle“ klassifiziert. Diese unterschiedliche Klassifizierung sollte vermuten lassen, daß diese Störungsbilder völlig verschieden sind.

Die Vermutungen, daß die Eßstörungen durchaus mit dem Störungsbild der Trichotillomanie vergleichbar sind, begründen sich in erster Linie auf der gemeinsamen Zuordnung in das „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“. Die Störungen weisen also Parallelen zur Zwangsstörung auf. Darüber hinaus gibt es weitere Gemeinsamkeiten (siehe Tabelle 3), die einen Vergleich zwischen den Eßstörungen und der Trichotillomanie nahelegen und eventuell eine gemeinsame Klassifizierung nach sich ziehen könnten. Daraus läßt sich die erste Fragestellung dieser Untersuchung ableiten. Untersucht werden soll, ob sich die Eßstörungen im Vergleich zur Trichotillomanie hinsichtlich Zwanghaftigkeit unterscheiden.

Betrachtet man die Ätiologiemodelle, die für die Störungsbilder existieren, so findet man auch hier Parallelen. Die Rolle der narzißtischen Regulation bei der Entstehung der Trichotillomanie wurde von Zellhorst (2000) unter der Annahme untersucht, daß die „intensive Beschäftigung mit der eigenen Person bei der Trichotillomanie möglicherweise eine Form narzißtischer Regulation darstellt, die der Herstellung eines Ideal-Befindens dient“ (S. 37). Bei den eßgestörten PatientInnen stellt das „Modell der narzißtischen Regulation“ ebenfalls eine Möglichkeit dar, zu untersuchen, ob die Symptomatik als ein Versuch der Selbststabilisierung zu sehen ist. Daraus ergibt sich die zweite Fragestellung der Untersuchung: Spielen Mechanismen der narzißtischen Regulation bei den eßgestörten PatientInnen eine Rolle und unterscheiden sich diese von den Mechanismen der Trichotillomanie-Betroffenen?

Verhaltenstheoretische Erklärungsansätze für die Trichotillomanie sind in der Regel Modelle, die für die Zwangsstörung entwickelt wurden und auf die Trichotillomanie angewandt werden. Aus diesem Grund entwickelte Zellhorst (2000) einen Trichotillomanie-Beschreibungs-Bogen, der zur Konzeption eines verhaltenstheoretischen Bedingungsmodells beitrug. Eine Fragestellung dieser Untersuchung soll nur sein, ob sich für die Situation der Gewichtsregulation bei eßgestörten PatientInnen ein vergleichbares Modell entwickeln läßt, und in wieweit es Ähnlichkeiten zu dem Modell von Zellhorst aufweist.

Eine Gemeinsamkeit in den verhaltenstheoretischen Modellen, die bislang zur Erklärung der Eßstörungen und der Trichotillomanie entwickelt wurden, ist darin zu sehen, daß die Symptomatik der Störung häufig als Mittel angesehen wird, um das Auftreten negativer Emotionen zu reduzieren. Durch diese Reduktion von Unruhe und Anspannung wird die Symptomatik verstärkt. Zellhorst (2000) hat in ihrer Untersuchung die emotionale Regulation vor und nach dem Haareausreißen bei den Trichotillomanie-Betroffenen untersucht. In der folgenden Untersuchung soll der Fragestellung nachgegangen werden, ob sich die emotionale Regulation bei den eßgestörten PatientInnen in der Situation vor und nach der Gewichtsreduktion von den Ergebnissen der Trichotillomanie-Stichprobe unterscheidet.

Die Fragestellungen dieser Untersuchung werden im folgenden noch einmal genannt:

Fragestellung 1:

- a) Weisen die eßgestörten PatientInnen eine hohe Ausprägung hinsichtlich Zwanghaftigkeit auf?
- b) Unterscheiden sich die eßgestörten PatientInnen gegenüber der Trichotillomanie-Stichprobe hinsichtlich Zwanghaftigkeit?

Fragestellung 2:

- a) Spielen Mechanismen der narzißtischen Regulation bei den eßgestörten PatientInnen eine Rolle?
- b) Unterscheiden sich diese von den Mechanismen der Trichotillomanie-Betroffenen?

Fragestellung 3:

Läßt sich für die Eßstörungen ein verhaltenstheoretisches Bedingungsmodell entwickeln, das dem Modell für die Trichotillomanie-Stichprobe ähnelt?

Fragestellung 4:

Unterscheidet sich die emotionale Regulation vor und nach dem Haarausreißen bei den Trichotillomanie- Betroffenen von der emotionalen Regulation vor und nach der Gewichtsreduktion bei den eßgestörten PatientInnen?

Kapitel 3

Methoden

3.1. Die Stichprobe

3.1.1. Auswahl der Stichprobe

Bei den Untersuchungsteilnehmerinnen dieser Studie handelt es sich um Eßstörungen-Betroffene (Anorektikerinnen und Bulimikerinnen) aus einer Osnabrücker Selbsthilfegruppe für Eßgestörte sowie um Patientinnen, die aufgrund ihrer Eßstörung in der „Psychosomatischen Klinik in Windach“ behandelt werden.

3.1.2. Beschreibung der Stichprobe

3.1.2.1. Störungsbild

Die insgesamt 15 Teilnehmerinnen setzten sich zusammen aus 10 Bulimikerinnen und 5 Anorektikerinnen.

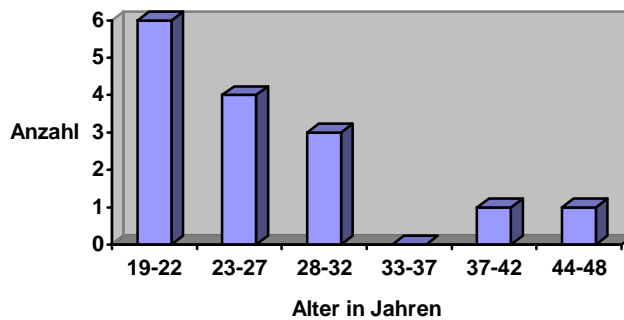
3.1.2.2. Geschlecht

An der Untersuchung beteiligten sich ausschließlich Frauen.

3.1.2.3. Alter

Das Durchschnittsalter der Eßstörungen-Betroffenen lag bei 25,9 Jahren. Die jüngste Untersuchungsteilnehmerin war 19 Jahre und die älteste Teilnehmerin 44 Jahre alt (siehe Abbildung 6).

Abbildung 6: Alter der Untersuchungsteilnehmerinnen



3.1.2.4. Familienstand

Von den insgesamt 15 Untersuchungsteilnehmerinnen waren 13 (86,6%) zum Zeitpunkt der Befragung ledig und 2 (13,3%) verheiratet. Eine feste Partnerbeziehung hatten insgesamt 12 (80%) Teilnehmerinnen 2 (13,3%) waren ohne eine feste Beziehung, und eine Teilnehmerin machte keine Angabe.

3.1.2.5. Anzahl der Kinder

12 Untersuchungsteilnehmerinnen (80%) hatten zum Zeitpunkt der Befragung keine Kinder, eine Teilnehmerin (6,7%) hatte 3 Kinder, und 2 (13,3%) machten zu diesem Punkt keine Angaben.

3.1.2.6. Schulbildung

Tabelle 4: Schulbildung der Untersuchungsteilnehmerinnen

Schulabschluß	Anzahl	Prozent
Kein Abschluß	1	6,7%
Hauptschule	1	6,7%
Realschule	6	40,0%
Abitur	6	40,0%
Keine Angabe	1	6,7%
Gesamt	15	

3.1.2.7. Beruf

Tabelle 5: Beruf der Untersuchungsteilnehmerinnen

Beruf	Anzahl	Prozent
Höhere Beamtin/leitende Angestellte	2	13,3%
Beamtin/Angestellte	6	40,0%
Schülerin	4	26,6%
Auszubildende	1	6,7%
Studentin	1	6,7%
Arbeitslos	1	6,7%
Gesamt	15	

3.2. Ablauf der Datenerhebung

Im Juli 2000 wurden insgesamt 20 Fragebögen an die Selbsthilfegruppe für Eßgestörte in Osnabrück und die psychosomatische Klinik in Windach verschickt (Anschreiben siehe Anhang A).

17 der 20 verschickten Fragebögen kamen ausgefüllt zurück. Von den 17 Bögen konnten nur 15 in die Untersuchung einbezogen werden, da 2 Teilnehmerinnen aufgrund des Eßstörungen-Diagnose-Checks als „Binge-Eating“ Patientinnen diagnostiziert wurden.

Die Beteiligung an der Untersuchung lag somit bei 85%.

3.3. Trichotillomanie-Stichprobe (Vergleichsstichprobe)

Die Trichotillomanie-Stichprobe, die in dieser Untersuchung als Vergleichsstichprobe eingesetzt wurde stammt aus der Studie von Zellhorst (2000).

Da diese Stichprobe wesentlich größer und heterogener war ($N = 94$), wurde sie der Eßstörungen-Stichprobe hinsichtlich relevanter Kriterien angeglichen.

Der Altersdurchschnitt der Trichotillomanie-Betroffenen lag in der Stichprobe von Zellhorst bei 35,8 Jahren. In der Stichprobe der Eßgestörten lag der Altersdurchschnitt bei 25,9 Jahren.

Die Trichotillomanie-Stichprobe wurde hinsichtlich der Variable Alter den eßgestörten Patientinnen angeglichen, so daß sich ein neuer Altersdurchschnitt von 26,3 Jahren ergab. Dazu wurden 55 Trichotillomanie-Betroffene, die über 32 Jahre alt waren, ausselektiert. Ein anschließend durchgeführte T-Test bestätigte, daß sich die Stichproben in der Variable Alter nicht signifikant voneinander unterscheiden.

Um zu prüfen, ob sich die Stichproben nach der Selektion innerhalb der Trichotillomanie-Stichprobe auch hinsichtlich der restlichen Variablen angeglichen hatten, wurden für die Variablen Anzahl der Kinder Familienstand, momentane Partnerschaft und Beruf weitere Signifikanzberechnungen durchgeführt.

Die Ergebnisse zeigten, daß sich die beiden Stichproben lediglich in der Variable Beruf weiterhin signifikant voneinander unterscheiden. Fraglich ist jedoch, ob der Beruf als Drittvariable (z.B. moderierender Einfluß des Berufs auf die Größe des Zusammenhangs zwischen Störungsbild und Zwanghaftigkeit) eine Rolle spielt. Da die Trichotillomanie-Stichprobe ($N = 39$) insgesamt immer noch größer ist als die Eßstörungen-Stichprobe ($N = 15$) muß mit einer größeren Varianz in den Daten gerechnet werden.

3.4. In der Untersuchung eingesetzte Erhebungsinstrumente

3.4.1. Eßstörungen-Diagnose-Check

Der Eßstörungen-Diagnose-Check dient der Überprüfung einer Diagnose nach DSM-IV für Anorexia oder Bulimia nervosa. Eingesetzt wurde er bei den Eßstörungen-Betroffenen der Selbsthilfegruppe (N = 7), da hier keine Diagnose vorlag. Die Kriterien des DSM-IV wurden in Frageform umformuliert, die dichoton zu beantworten waren („trifft zu“, „trifft nicht zu“) (siehe Anhang B). Der Eßstörungen-Diagnose-Check umfaßte sowohl die Kriterien für eine Anorexia nervosa, als auch die Kriterien einer Bulimia nervosa.

3.4.2. Hamburger Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K)

Der „Hamburger Zwangsinventar-Kurzform“ (Klepsch, Zaworka, Hand, Lünenschloß & Jauernig, 1993) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen zur Erfassung von Zwangssymptomen und –gedanken. Er stellt eine verkürzte Form des zuvor von den selben Autoren entwickelten „Hamburger-Zwangsinventars“ dar. Diese kürzere Form wurde entwickelt, um dem immer wieder vorgebrachten Kritikpunkt der Länge des Fragebogens zu begegnen.

Der HZI-K besteht aus 72 Items, die sechs Skalen (siehe Tabelle 6) zugeordnet werden. Jede Skala des HZI-K besteht aus vier Schwierigkeitsstufen. Diese sollen dazu dienen, Probanden mit einer Übertreibungstendenz zu selektieren. Das heißt, Probanden, die signifikant mehr Items aus den oberen als aus den unteren Schwierigkeitsstufen der jeweiligen Skala ankreuzen, werden herausselektiert.

Tabelle 6: Skalen des HZI-K

HZI-K-A: Kontrollverhaltensweisen
HZI-K-B: Waschen und Reinigen
HZI-K-C: Ordnen
HZI-K-D: Verhaltens- und Denkweisen, die mit Zählen, Berühren oder Sprechen verbunden sind
HZI-K-E: Gedanken, die sich auf bestimmte Worte, Bilder, Gedankenketten beziehen
HZI-K-F: Gedanken, die sich auf Phantasien beziehen, anderen Menschen oder sich selbst Leid zuzufügen.

Die Reliabilität und Validität ist nach Klepsch et al. (1993) als gut zu beurteilen. Sie ermittelten eine Test-Re-Test-Reliabilität bei primär Zwangskranken von $r = .74$ bis $.94$. Die Interkorrelation des HZI und HZI-K ergab eine hochsignifikante Korrelationsstruktur mit einem Range von $r = .91 - .97$.

Der HZI-K wird in dieser Untersuchung eingesetzt, um die Ausprägung der Zwanghaftigkeit bei eßgestörten PatientInnen zu erfassen. Im Anschluß soll geprüft werden, ob sich die eßgestörten PatientInnen hinsichtlich Zwanghaftigkeit von der Trichotillomanie-Stichprobe unterscheiden.

3.4.3. Symptom-Checkliste (SCL-90-R)

Die Symptom-Checkliste (Franke, 1995) ist ein Selbstbeurteilungsfragebogen, der die subjektiv empfundene Beeinträchtigung der Person durch neunzig vorgegebene körperliche und psychische Symptome in einem Zeitfenster von sieben Tagen mißt. Der SCL-90-R umfaßt neun Skalen, die die psychische Symptombelastung erfassen (siehe Tabelle 7) und drei globale Kennwerte, die Auskunft über das Antwortverhalten des Probanden geben (siehe Tabelle 8).

Tabelle 7: Skalen des SCL-90-R

Skala 1 Somatisierung: einfache körperliche Belastung bis hin zu funktionellen Störungen
Skala 2 Zwanghaftigkeit: leichte Konzentrations- und Arbeitsstörungen bis hin zur ausgeprägten Zwanghaftigkeit
Skala 3 Unsicherheit im Sozialkontakt: leichte soziale Unsicherheit bis hin zum Gefühl völliger persönlicher Unzulänglichkeit
Skala 4 Depressivität: Traurigkeit bis hin zur schweren Depression
Skala 5 Ängstlichkeit: körperlich spürbare Nervosität bis hin zu tiefer Angst
Skala 6 Aggressivität/Feindseligkeit: Reizbarkeit und Unausgeglichenheit bis hin zu starker Aggressivität mit feindseligen Aspekten
Skala 7 Phobische Angst: leichtes Gefühl von Bedrohung bis hin zur massiven phobischen Angst
Skala 8 Paranoides Denken: Mißtrauen und Minderwertigkeitsgefühle bis hin zu starkem paranoidem Denken
Skala 9 Psychotizismus: mildes Gefühl der Isolation und Entfremdung bis hin zur dramatischen Evidenz der Psychose

Tabelle 8: Globale Kennwerte des SCL-90-R

GSI (global severity index): mißt die grundsätzliche psychische Belastung
PSDI (positive symptom distress index): mißt die Intensität der Antworten
PST (positive symptom total): gibt Auskunft über die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt

Die Re-Test-Reliabilität und die interne Konsistenz des SCL-90-R werden nach Franke (1995) als gut eingestuft. Im Testmanual (Franke, 1995) werden für die Re-Test-Reliabilität Werte zwischen $r_{\min} = 0,78$ (Skala 6 *Aggressivität/Feindseligkeit*) und $r_{\max} = 0,90$ (Skala 7 *Phobische Angst*) angegeben. Berechnungen der internen Konsistenz lagen in einer klinischen Stichprobe zwischen $r_{\min} = 0,79$ (Skala 6 *Aggressivität/Feindseligkeit*, Skala 7 *Phobische Angst*) und $r_{\max} = 0,89$ (Skala 4 *Depressivität*). Besonders auffällig ist die hohe interne Konsistenz des globalen Kennwertes GSI, die in dieser Stichprobe bei $r = 0,98$ lag.

Der SCL-90-R wird in dieser Untersuchung eingesetzt, um insbesondere das Ausmaß der Skala 2 *Zwanghaftigkeit* und Skala 4 *Depressivität* der eßgestörten PatientInnen zu betrachten soll und einen Vergleich zur Trichotillomanie-Stichprobe herzustellen. Hiermit geprüft werden, ob die Ergebnisse für eine Einordnung in das „Affective-Spectrum-Disorders“ (Depressivität) oder in das „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ (Zwanghaftigkeit) sprechen.

3.4.4. Narzißmusinventar

Das Narzißmusinventar (Deneke & Hilgenstock, 1989) ist ein Instrument zur systematischen Erfassung verschiedener theoretisch relevanter Aspekte der Organisation und Regulation des narzißtischen Persönlichkeitssystems. Es umfaßt 163 Items, die faktorenanalytisch 18 Subskalen auf vier Dimensionen zugeordnet wurden (siehe Tabelle 9).

Die interne Konsistenz (Cronbachs α) der Skalen liegt nach Deneke & Hilgenstock (1989) zwischen $r_{\min} = 0,71$ (Skala „Werte-Ideal“) und $r_{\max} = 0,94$ (Skala „Ohnmächtiges Selbst“).

Die Reliabilitätswerte der Subskalen des Narzißmusinventars sind somit als gut zu bewerten.

Das Narzißmusinventar wird in dieser Untersuchung eingesetzt, um zu testen, ob Mechanismen der narzistischen Regulation bei den eßgestörten PatientInnen eine Rolle spielen. Weiterhin soll geprüft werden, ob diese Mechanismen vergleichbar sind mit denen der Trichotillomanie-Stichprobe.

Tabelle 9: Dimensionen und Subskalen des Narzißmusinventars

<p>Dimension I: Das bedrohte Selbst</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Ohnmächtiges Selbst 2. Affekt-/Impulskontrollverlust 3. Derealisation/Depersonalisation 4. Basales Hoffnungspotential 5. Kleinheitsselbst 6. Negatives Körperselbst 7. Soziale Isolierung 8. Archaischer Rückzug 	<p>Dimension II: Das „klassisch“ narzißtische Selbst</p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Größenselbst 10. Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt 11. Gier nach Lob und Bestätigung 12. Narzißtische Wut
<p>Dimension III: Das idealistische Selbst</p> <ol style="list-style-type: none"> 13. Autarkie-Ideal 14. Objektbewertung 15. Werte-Ideal 16. Symbiotischer Selbstschutz 	<p>Dimension IV: Das hypochondrische Selbst</p> <ol style="list-style-type: none"> 17. Hypochondrische Angstbindung 18. Narzißtischer Krankheitsgewinn

3.4.5. Eßstörungen-Beschreibungs-Bogen (EBB)

Der EBB (siehe Anhang C) ist ein für diese Untersuchung entwickelter unveröffentlichter Fragebogen. Er stellt eine umformulierte Version des Trichotillomanie-Beschreibungs-Bogens (TBB) dar, der von Zellhorst (2000) entwickelt wurde, um das symptomatische Verhalten der Trichotillomanie-Betroffener zu analysieren.

Die Fragen des EBB beziehen sich auf die Situation, in der die eßgestörten PatientInnen eine Gewichtsregulation vornehmen. Die 26 Fragen des EBB sind inhaltlich aus dem TBB übernommen worden. 10 Fragen wurden aufgrund schlechter Übertragbarkeit ausselektiert.

Die Fragen des EBB sind so angelegt, daß sie den Komponenten Situation/Stimulus (S) Organismusvariable (O), Reaktion (R) und Konsequenzen (K) nach dem SORK-Modell von Kanfer und Phillips (1975) zugeordnet werden können.

Der EBB wird in dieser Untersuchung eingesetzt, um die Situation der Gewichtsregulation bei der Eßgestörten näher zu analysieren. Es soll geprüft werden, ob sich ein verhaltenstheoretisches Bedingungsmodell entwickeln läßt, daß mit dem Modell von Zellhorst (2000) (s. Abb. 3) vergleichbar ist.

Die Fragen 5 und 17 (z.B. Frage 17: „Wie fühlen Sie sich *nachdem* Sie eine Gewichtsregulierung vorgenommen haben?“) mit jeweils 30 Items (z.B. „wütend“, „angewidert“, usw.) stammen aus der Differentiellen Affektskala von Merten & Krause (1993) (siehe 3.4.6.). Mit Hilfe der DAS soll das affektive Erleben der Eßgestörten vor und nach der Gewichtsregulation erfaßt werden.

3.4.6. Differentielle Affektskala (DAS)

Bei der Differentiellen Affektskala (Merten & Krause, 1993) handelt es sich um ein von der Universität des Saarlandes entwickeltes Instrument. Es ist eine Übersetzung der Differentiellen Emotion Scale (Izard 1982). Die DAS umfaßt 10 Skalen (siehe Tabelle 10) und 30 Items, von denen je 3 Items einer Skala zugeordnet werden.

Tabelle 10: Skalen der Differentiellen Affektskala

Skala 1: Angst	Skala 6: Schuld
Skala 2: Ekel	Skala 7: Trauer
Skala 3: Freude	Skala 8: Überraschung
Skala 4: Interesse	Skala 9: Verachtung
Skala 5: Scham	Skala 10: Wut

Die Breite der Skalen reicht von 1 = fühlte ich gar nicht bis 5 = fühlte ich sehr stark.

Die für die Situation „politische Diskussion“ im Testmanual berechnete interne Konsistenz (Cronbachs α) der Skalen bewegt sich zwischen $r_{\min} = 0,54$ (Skala 5 „Scham“) und $r_{\max} = 0,80$ (Skala 8 „Überraschung“).

Die DAS wird in dieser Untersuchung eingesetzt, um festzustellen, ob sich durch die Situation der Gewichtsregulation eine Veränderung in der Intensität der Gefühlszustände ergibt. Es soll geprüft werden, ob die emotionale Regulation vor und nach der Gewichtsregulation bei den eßgestörten PatientInnen vergleichbar ist mit der emotionalen Regulation der Trichotillomanie-Betroffenen vor und nach dem Haarausreißen.

Kapitel 4

Ergebnisse

4.1. Auswertung der Fragebogendaten

4.1.1. Eßstörungen-Diagnose-Check

Die Auswertung des Eßstörungen-Diagnose-Checks ergab für die 7 Teilnehmerinnen der Selbsthilfegruppe folgende Diagnosen:

Tabelle 11: Anzahl der zutreffenden DSM-IV-Kriterien bei den Teilnehmerinnen der Selbsthilfegruppe (N = 7)

Vp-Nr.	Summe Kriterien Anorexie	Summe Kriterien Bulimie	Diagnose
101	3	4	Bulimie „purging- typ“
102	3	4	Bulimie „purging- typ“
103	1	4	Bulimie „non- purging-typ“
104	4	2	Anorexie „restriktiver-typ“
105	4	4	Anorexie „binge- eating“
106	2	4	Anorexie „binge- eating“
107	3	5	Anorexie „binge- eating“

Tabelle 12: Häufigkeiten der einzelnen DSM-IV-Diagnosen bei den Teilnehmerinnen der Selbsthilfegruppe (N = 7)

Bulimie „purging-typ“	Bulimie „non-purging-typ“	Anorexie „restriktiver-typ“	Anorexie „binge-eating“
2	1	1	3

Zur genaueren Abgrenzung der einzelnen Diagnosen siehe Kapitel 2.1.1.3.1. und 2.1.2.3.1..

Bei insgesamt 3 Untersuchungsteilnehmerinnen der Selbsthilfegruppe wurde eine Anorexie „binge-eating“ diagnostiziert. Da bei diesen Fällen die Summe der Bulimie-Kriterien gleich oder größer war als die Summe der Anorexie-Kriterien gab das Kriterium D (primäre oder sekundäre Amenorrhoe) der Ausschlag für die Diagnose. Bei dem Ausbleiben der Monatsblutung, bzw. dem Ausbleiben der Menarche kann von dem Vorliegen eines extremen Untergewichts der Betroffenen ausgegangen werden.

4.1.2. Hamburger-Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K)

4.1.2.1. HZI-K: Vergleich der Eßgestörten und der Trichotillomanie-Betroffenen mit der Normstichprobe der Zwangskranken

Um zu prüfen, ob die Testpersonen eine Auffälligkeit hinsichtlich Zwanghaftigkeit aufweisen, werden die Rohwerte anhand einer Gruppe zwangskranker Patienten normiert. Zu diesem Zweck ist im HZI-K Testmanual (Klepsch et al., 1993) eine Normtabelle angegeben. Mit Hilfe dieser Tabelle werden die HZI-K-Skalen in Stanine-Werte umgewandelt ($X = 5, S = 2$).

Die berechneten Mittelwerte der HZI-K-Skalen für die Eßstörungen- und Trichotillomanie-Stichprobe zeigen, daß die Werte auf allen Skalen unter 5-Stanine-Punkten liegen. Sie erreichen also im Durchschnitt nicht den Mittelwert der zwangskranken Patienten. Die Mittelwerte der Eßgestörten bewegen sich jedoch bis auf den Wert auf Skala HZI-K-B (waschen, reinigen), über dem Stanine-Wert drei, d.h. sie können in Vergleich mit den Zwangskranken (siehe Tabelle 15) nicht als im besonderen Maße unauffällig beschrieben werden (hierbei wird davon ausgegangen, daß ein Stanine-Wert, der weiter als eine Standardabweichung vom Mittelwert entfernt ist, als auffällig bzw. unauffällig interpretiert werden kann). Die Mittelwerte der Trichotillomanie-Stichprobe zeigen im Vergleich zu den Zwangskranken hingegen deutlich unauffälligere Werte (Stanine-Wert unter 3).

4.1.2.2. HZI-K: Vergleich der Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen mit einer klinisch unauffälligen Stichprobe

Um zu prüfen, ob sich die Stichproben von einer Gruppe klinisch nicht auffälliger Personen unterscheiden, wurden die Rohwerte der Eßstörungen- und Trichotillomanie-Betroffenen mit der Prozentrangnormen der Normalpersonen (siehe Tabelle 13) aus dem Testmanual verglichen.

Tabelle 13: Kumulierte Prozentwerte des HZI-K für eine gesunde Kontrollgruppe

Rohwerte	0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
HZI-K-A	3	16	35	55	69	82	89	99	100				
HZI-K-B	30	48	74	87	96	97	100						
HZI-K-C	13	28	48	69	83	90	91	94	96	97	98	100	
HZI-K-D	18	44	68	81	89	92	96	97	100				
HZI-K-E	6	25	49	69	81	90	93	96	98	100			
HZI-K-F	49	71	82	88	93	96	97	98	99	100			

Basierend auf der Annahme, daß alle Rohwerte, die über den Werten von 95% der Normalpersonen liegen, als überdurchschnittliche Auffälligkeit interpretiert werden können, wurden anhand einer Kreuztabelle die Prozentzahlen der auffälligen und unauffälligen Personen in den beiden Stichproben ermittelt (siehe Tab. 14).

Tabelle 14: Prozentwerte der im Vergleich zur Normalstichprobe hinsichtlich Zwanghaftigkeit auffälligen und unauffälligen Eßstörungen- und Trichotillomanie-Betroffenen

HZI-K-Skalen	Eßstörungen		Trichotillomanie		p
	unauffällig	auffällig	unauffällig	auffällig	
HZI-K-A	60,00%	40%	89,70%	10,30%	0,020 *
HZI-K-B	80%	20%	92,30%	7,70%	0,205 n.s.
HZI-K-C	93,30%	6,70%	97,40%	2,60%	0,482 n.s.
HZI-K-D	80%	20%	100%	0%	0,018 *
HZI-K-E	66,70%	33,30%	94,90%	5,10%	0,014 *
HZI-K-F	60%	40%	100%	0%	0,000 ***

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Von einer Auffälligkeit der Eßstörungen- bzw. Trichotillomanie-Stichprobe auf einer HZI-K-Skala soll hier immer dann ausgegangen werden, wenn mehr als 5% der Probanden innerhalb der jeweiligen Stichprobe im oben genannten Auffälligkeitsbereich liegen.

Die Prozentwerte der hinsichtlich Zwanghaftigkeit auffälligen Eßgestörten liegen auf sämtlichen HZI-K-Skalen über dieser 5%-Grenze. Besonders hohe Werte werden auf den Skalen HZI-K-A (kontrollieren) HZI-K-E (denken von Worten und Bildern) und HZI-K-F (Gedanken, sich selbst oder anderen ein Leiz zuzufügen) erreicht.

Die Prozentwerte der Trichotillomanie-Betroffenen fallen im Gegensatz zu der Eßgestörten-Stichprobe sehr viel niedriger aus. Die 5%-Grenze wird hier auf den Skalen HZI-K-A, HZI-K-B (waschen, reinigen) und ganz knapp auf der Skala HZI-K-E erreicht.

Das Ergebnis eines berechneten Chi-Quadrat-Tests hat ergeben, daß sich die Stichproben auf den Skalen HZI-K-A, HZI-K-D, HZI-K-E und HZI-K-F hinsichtlich des Prozentsatzes der Auffälligen bzw. Unauffälligen signifikant voneinander unterscheiden.

4.1.2.3. HZI-K: Vergleich zwischen Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen

Die Ergebnisse einer Varianzanalyse zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen Eßstörungs- und Trichotillomanie-Stichprobe auf den Skalen HZI-K-A, HZI-K-C, HZI-K-D, HZI-K-E und HZI-K-F. Die Eßstörungs-Betroffenen erreichten hier signifikant höhere Werte als die Trichotillomanie-Stichprobe. Auf der Skala HZI-K-B gab es keinen signifikanten Unterschied (s. Tab. 15).

Tabelle 15: Ergebnisse des HZI-K für die Eßstörungs- und Trichotillomanie-Stichprobe

Skalen	Eßstörungen		Trichotillomanie		p
	M	SD	M	SD	
HZI-K-A	4,20	1,74	2,59	1,58	0,002 **
HZI-K-B	2,93	1,98	2,44	1,48	0,320 n.s.
HZI-K-C	4,00	2,27	2,56	1,86	0,021 *
HZI-K-D	4,60	2,38	2,59	1,83	0,002 **
HZI-K-E	4,60	2,29	2,59	1,52	0,000 ***
HZI-K-F	4,13	3,25	2,03	1,98	0,005 **

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

4.1.3. Symptom-Checkliste-90-R

Die Auswertung der Symptom-Checkliste-90-R ergab für die Eßstörungs-Stichprobe auf allen Skalen T-transformierte Mittelwerte über 60.

Im Testmanual (Franke, 1995) werden T-Werte zwischen 60 und 70 als deutlich meßbare psychische Belastung angegeben. Werte über 60 finden sich bei den eßgestörten Patientinnen auf den Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und dem globalen Kennwert „PSDI“ (siehe Tabelle 16).

Auf den Skalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Psychotizismus“ sowie den globalen Kennwerten „GSI“ und „PSDI“ liegen die Mittelwerte zwischen 70 und 80. Laut Testmanual spiegeln Werte in diesem Bereich eine hohe bis sehr hohe psychische Belastung wider.

Die Ergebnisse der Trichotillomanie-Stichprobe zeigen auf den Skalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Depressivität“ sowie den globalen Kennwerten „GSI“ und „PSDI“ eine deutlich meßbare psychische Belastung. Die Skalen „Zwanghaftigkeit“ und „Psychotizismus“ liegen knapp unter dem Grenzwert 60.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse haben gezeigt, daß sich die Stichprobe der eßgestörten Patientinnen von der Trichotillomanie-Stichprobe auf allen Skalen signifikant voneinander unterscheiden (siehe Tabelle 16).

Der berechnete T-Test für die globalen Kennwerte „GSI“, „PST“ und „PSDI“ ergab auch hier einen signifikanten Mittelwertsunterschied zwischen den beiden Stichproben.

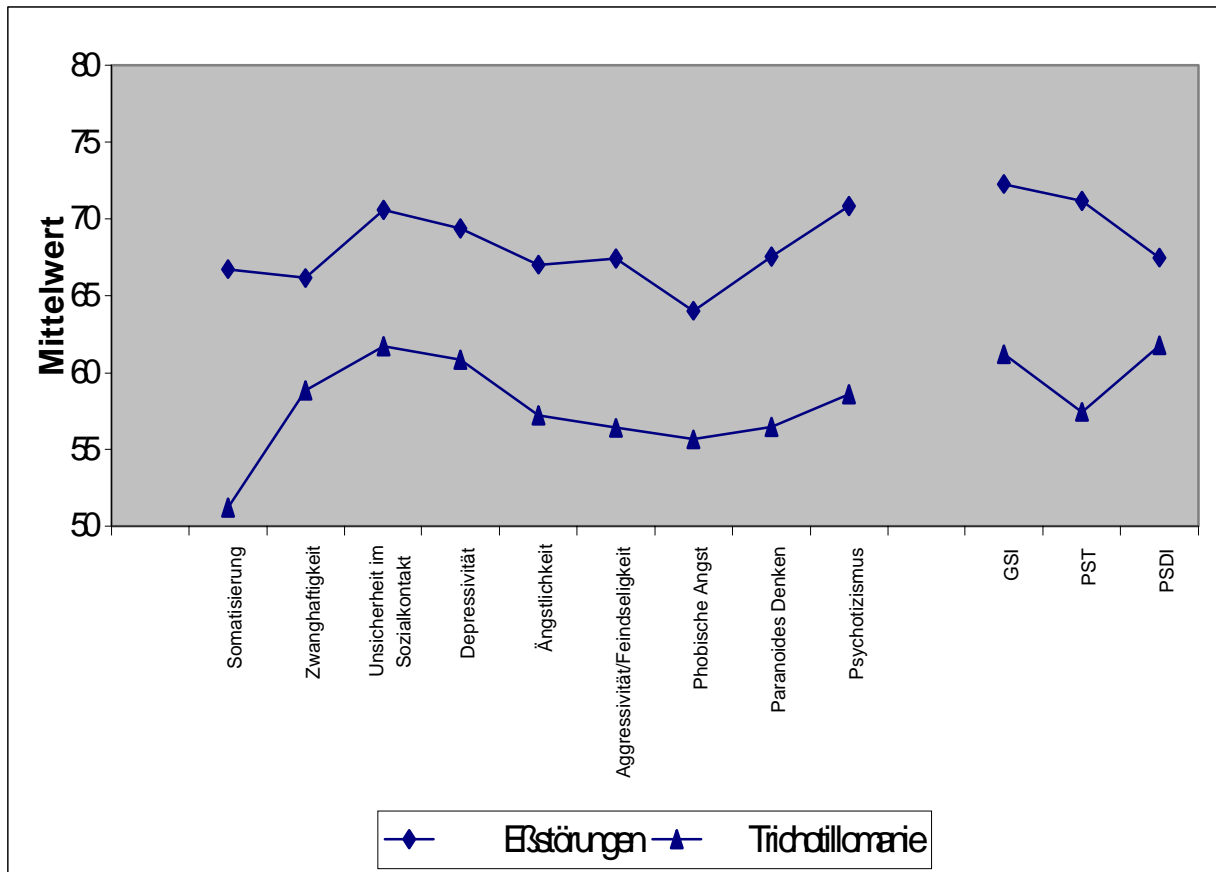
Tabelle 16: Ergebnisse des SCL-90-R für die Stichproben der Eßstörungen- (N = 15) und Trichotillomanie-Betroffenen (N = 38)

Skalen	Eßstörungen		Trichotillomanie		p
	M	SD	M	SD	
Somatisierung	66,73	12,09	51,24	12,29	0,000***
Zwanghaftigkeit	66,13	10,99	58,82	12,24	0,049 *
Unsicherheit im Sozialkontakt	70,60	9,99	61,74	11,04	0,009 **
Depressivität	69,40	10,32	60,84	10,11	0,008 **
Ängstlichkeit	67,00	12,00	57,24	11,51	0,008 **
Aggressivität/Feindseligkeit	67,40	12,61	56,42	9,82	0,001 **
Phobische Angst	64,00	12,26	55,66	10,49	0,016 *
Paranoides Denken	67,53	9,11	56,45	12,14	0,002 **
Psychotizismus	70,80	10,68	58,58	11,87	0,001 **
GSI	72,27	9,53	61,21	10,11	0,001 **
PST	71,20	10,35	57,47	9,63	0,000 ***
PSDI	67,47	8,72	61,79	8,70	0,037 *

Anmerkung: *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Abbildung 7 gibt einen graphischen Überblick der Mittelwertsunterschiede zwischen den beiden Stichproben. Besonders deutlich wird hier noch einmal, daß die Mittelwerte der eßgestörten Patientinnen auf allen Skalen wesentlich höher sind als die Werte der Trichotillomanie-Betroffenen.

Abbildung 7: Mittelwertsvergleich der Ergebnisse des SCL-90-R für die Stichproben der Trichotillomanie- (N = 38) und Eßstörungen-Betroffenen (N = 15)



4.1.4. Narzißmusinventar

4.1.4.1. Narzißmusinventar: Vergleich der Eßgestörten mit einer Stichprobe gesunder Frauen

Um zu prüfen, ob Mechanismen der narzißtischen Regulation bei Eßgestörten eine Rolle spielen, wurde die Stichprobe mit einer Gruppe gesunder Frauen verglichen. Die Werte der Gesunden-Stichprobe sind zu diesem Zweck aus dem Testmanual (Deneke & Hilgenstock, 1989) entnommen worden. Die Ergebnisse sind in Tabelle 17 dargestellt.

Tabelle 17: Vergleich der Ergebnisse im Narzißmusinventar von Eßstörungs-Betroffenen (N= 14) und einer Gruppe gesunder Frauen (N= 22)

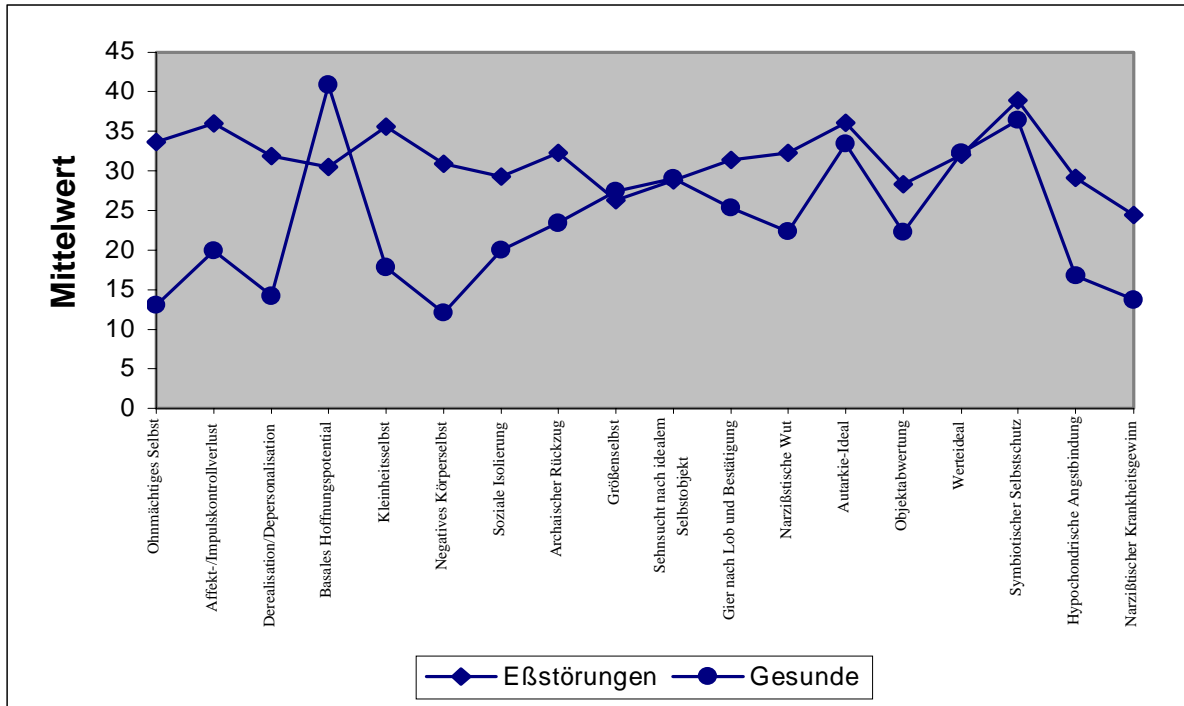
Skalen	Eßstörungen		Gesunde		p
	M	SD	M	SD	
Ohnmächtiges Selbst	33,62	10,86	13	2,8	0,000 ***
Affekt-/Impulskontrollverlust	36	10,67	19,9	7,5	0,000 ***
Derealisation/Depersonalisation	31,9	12,32	14,2	5,3	0,000 ***
Basales Hoffnungspotential	30,5	9,63	40,9	6,9	0,001 **
Kleinheitsselbst	35,57	10,15	17,8	5,1	0,000 ***
Negatives Körper selbst	30,86	10,83	12,1	6,8	0,000 ***
Soziale Isolierung	29,36	11,14	20	6,7	0,003 **
Archaischer Rückzug	32,21	8,08	23,4	8,1	0,003 **
Größenselbst	26,31	6,54	27,5	7,5	0,631 n.s.
Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt	28,79	5,75	29	8,2	0,933 n.s.
Gier nach Lob und Bestätigung	31,36	6,46	25,3	7,1	0,014 *
Narzißtische Wut	32,29	6,93	22,4	6,7	0,000 ***
Autarkie-Ideal	36,07	6,01	33,4	6,7	0,234 n.s.
Objektbewertung	28,35	6,06	22,3	7,5	0,016 *
Werteideal	32,04	6,16	32,3	9,6	0,930 n.s.
Symbiotischer Selbstschutz	38,93	4,68	36,4	6,4	0,211 n.s.
Hypochondrische Angstbindung	29,14	11	16,8	6,1	0,000 ***
Narzißtischer Krankheitsgewinn	24,41	9,63	13,7	3,7	0,000 ***

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Auf den Skalen „Ohnmächtiges Selbst“, „Affekt/Impulskontrollverlust“, „Derealisation/Depersonalisation“, „Kleinheitsselbst“, „Negatives Körper selbst“, „Soziale Isolierung“, „Archaischer Rückzug“, „Gier nach Lob und Bestätigung“, „Narzißtische Wut“, „Objektbewertung“, „Hypochondrische Angstbindung“ und „Narzißtischer Krankheitsgewinn“ liegen die Werte der Eßstörungen-Stichprobe signifikant höher als die der gesunden Frauen. Auf der Skala „Basales Hoffnungspotential“ liegen die Eßgestörten im Mittelwert signifikant unter der Gesunden-Stichprobe. Auf den fünf Skalen „Größenselbst“, „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“, „Autarkie-Ideal“, „Werteideal“ und „Symbiotischer Selbstschutz“ unterscheiden sich die Mittelwerte nicht signifikant voneinander.

In Abbildung 8 wird der Mittelwertsvergleich der beiden Stichproben noch einmal graphisch dargestellt.

Abbildung 8: Mittelwertsvergleich einer Gruppe gesunder Frauen (N = 22) mit der Eßgestörungs-Stichprobe (N = 14) im Narzißmusinventar



4.1.4.2. Narzißmusinventar: Vergleich zwischen den Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen

Um zu prüfen, ob es bei den auffälligen Skalen Übereinstimmungen mit der Trichotillomanie-Stichprobe gibt, wurden diese beiden Stichproben ebenfalls miteinander verglichen. Die Ergebnisse zeigt Tabelle 18.

Tabelle 18: Vergleich der Ergebnisse im Narzißmusinventar von Eßstörungen- (N = 14) und Trichotillomanie-Betroffenen (N = 39)

Skalen	Eßstörungen		Trichotillomanie		p
	M	SD	M	SD	
Ohnmächtiges Selbst	33,62	10,86	23,40	9,09	0,001 **
Affekt-/Impulskontrollverlust	36,00	10,67	27,95	10,26	0,016 *
Derealisation/Depersonalisation	31,90	12,32	23,33	11,53	0,023 *
Basales Hoffnungspotential	30,50	9,63	34,77	8,86	0,137 n.s.
Kleinheitsselbst	35,57	10,15	28,90	8,65	0,022 *
Negatives Körper selbst	30,86	10,83	18,54	7,83	0,000 ***
Soziale Isolierung	29,36	11,14	26,00	9,06	0,269 n.s.
Archaischer Rückzug	32,21	8,08	30,69	7,67	0,533 n.s.
Größenselbst	26,31	6,54	29,26	5,87	0,124 n.s.
Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt	28,79	5,75	26,56	6,56	0,268 n.s.
Gier nach Lob und Bestätigung	31,36	6,46	31,00	7,49	0,875 n.s.
Narzißtische Wut	32,29	6,93	27,36	7,4	0,035 *
Autarkie-Ideal	36,07	6,01	29,62	6,87	0,003 **
Objektbewertung	28,35	6,06	23,95	7,83	0,063 n.s.
Werteideal	32,04	6,16	27,80	8,43	0,092 n.s.
Symbiotischer Selbstschutz	38,93	4,68	36,21	6,67	0,166 n.s.
Hypochondrische Angstbindung	29,14	11,00	21,54	8,63	0,011 *
Narzißtischer Krankheitsgewinn	24,41	9,63	15,90	5,77	0,000 ***

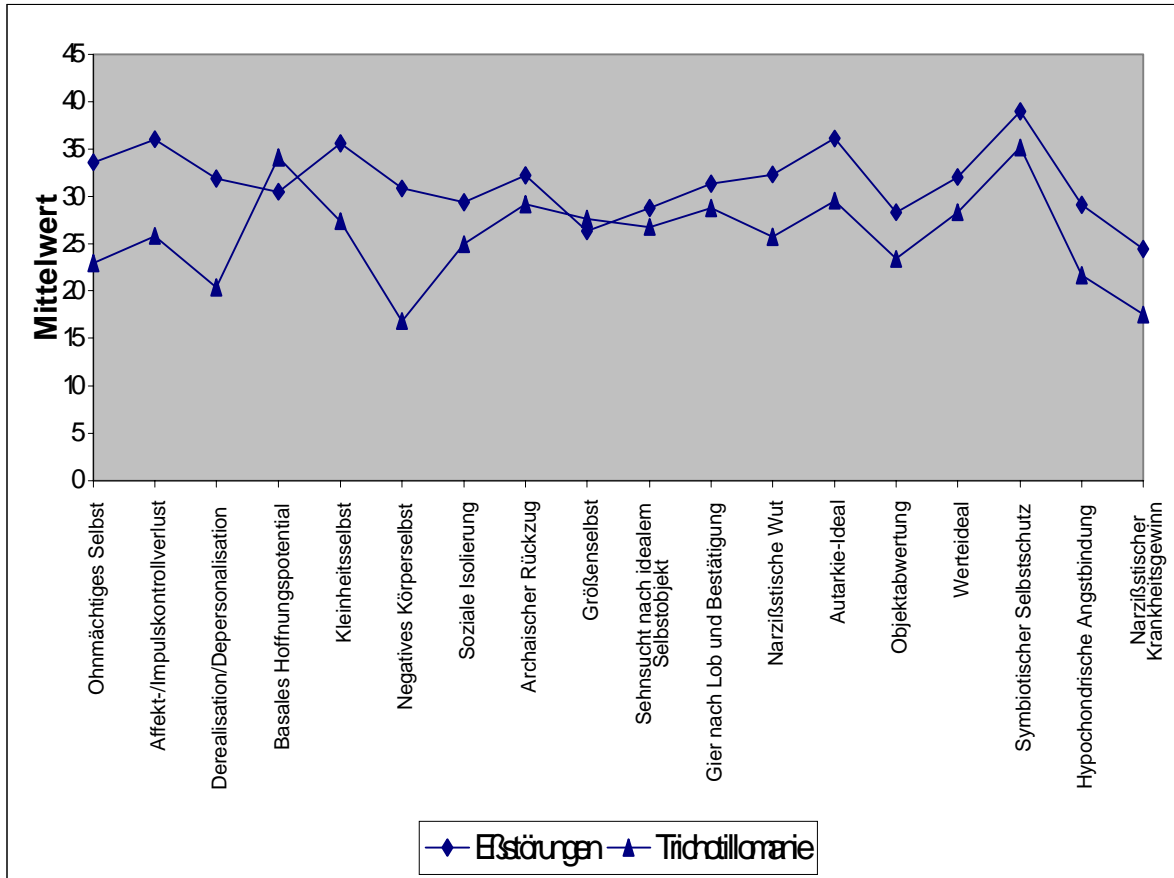
Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Die Auswertung des Narzißmusinventars ergab für die Stichprobe der eßgestörten Patientinnen und der Trichotillomanie-Betroffenen einen signifikanten Mittelwertsunterschied auf den Skalen: „Ohnmächtiges Selbst“, „Affekt-/Impulskontrollverlust“, „Derealisation/Depersonalisation“, „Kleinheitsselbst“, „Negatives Körper selbst“, „Narzißtische Wut“, „Autarkie-Ideal“, „Hypochondrische Angstbindung“ und „Narzißtischer Krankheitsgewinn“. Die Werte der Eßgestörten liegen auf diesen Skalen signifikant über denen der Trichotillomanie-Stichprobe.

Auf den Skalen „Basales Hoffnungspotential“, „Soziale Isolierung“, „Archaischer Rückzug“, „Größenselbst“, „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“, „Gier nach Lob und Bestätigung“, „Objektbewertung“, „Werteideal“ und „Symbiotischer Selbstschutz“ konnten keine signifikanten Unterschiede zwischen den beiden Stichproben gefunden werden.

In Abbildung 9 findet sich eine graphische Darstellung der Ergebnisse.

Abbildung 9: Mittelwerte der Eßstörungen- (N = 14) und Trichotillomanie-Stichprobe (N = 39) im Narzißmusinventar



4.1.5. Differentielle Affektskala (DAS)

Die Differentielle-Affekt-Skala wurde eingesetzt, um zu prüfen ob sich die Veränderung in Affekterleben vom Zeitpunkt „vorher“ (vor der Gewichtsregulation bzw. vor dem Haare- ausreißen) in Vergleich zu „nachher“ bei den Störungsbildern der Eßstörungen und der Trichotillomanie unterscheidet. Eine berechnete Varianzanalyse mit Meßwiederholung hat gezeigt, daß ein signifikanter Unterschied zwischen den Störungen hinsichtlich der Veränderung im Affekterleben zum Zeitpunkt „vorher“ zu „nachher“ besteht.

Um herauszufinden, auf welchen Skalen sich die Störungsbilder signifikant in der Veränderung der Affekte unterscheiden, wurde eine Varianzanalyse mit Meßwiederholung für die einzelnen Skalen berechnet. Das Ergebnis zeigt einen signifikanten Unterschied auf folgenden Skalen: „Freude“, „Wut“, „Ekel“, „Verachtung“ und „Schuld“. Die restlichen Skalen „Interesse“, „Überraschung“, „Trauer“, „Angst“ und „Scham“ unterscheiden sich nicht signifikant voneinander (siehe Tabelle 19).

Tabelle 19: Ergebnisse der DAS-Skalen im Vergleich Eßstörungen (N = 15) und Trichotillomanie (N = 33)

Skalen	Eßstörungen vor der Gewichtsregulation		Eßstörungen nach der Gewichtsregulation		Trichotillomanie vor dem Ausreißen der Haare		Trichotillomanie nach dem Ausreißen der Haare		p
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD	
Interesse	5,47	2,47	4,6	2,03	7,79	3,09	5,64	3,01	0,233 n.s.
Freude	4	1,69	5,13	2,59	4,42	1,98	3,73	1,64	0,006 **
Überraschung	4,07	1,87	4,27	2,09	4,27	2,11	4,12	1,9	0,593 n.s.
Trauer	10,8	3,78	10,07	3,88	9,88	2,7	9,76	3,67	0,606 n.s.
Wut	10,33	3,39	8,27	3,86	8,45	3,77	9,88	3,87	0,011 *
Ekel	11	3,16	8,4	4,05	5,48	3,16	8,06	4,26	0,000 ***
Verachtung	8,2	3,26	7,47	3,52	5,76	3,01	6,91	3,44	0,028 *
Angst	6,33	2,92	5,87	2,8	6,7	3,2	6,24	2,89	0,988 n.s.
Scham	5,67	2,77	6,47	3,56	7,06	3,45	7,45	3,37	0,725 n.s.
Schuld	8,33	2,87	8,27	4,11	6,82	3,86	10,15	3,17	0,008 **

Anmerkung: n.s. = nicht signifikant; *p<0,05; **p<0,01; ***p<0,001

Die Abbildungen 10 und 11 stellen die Affektveränderungen der Eßstörungen- und Trichotillomanie-Betroffenen vom Zeitpunkt vorher (vor der Gewichtsregulation bzw. vor dem Ausreißen der Haare) zu nachher graphisch dar.

Abbildung 10: Mittelwertsvergleich der DAS-Werte vor und nach der Gewichtsregulation bei den eßgestörten Patientinnen

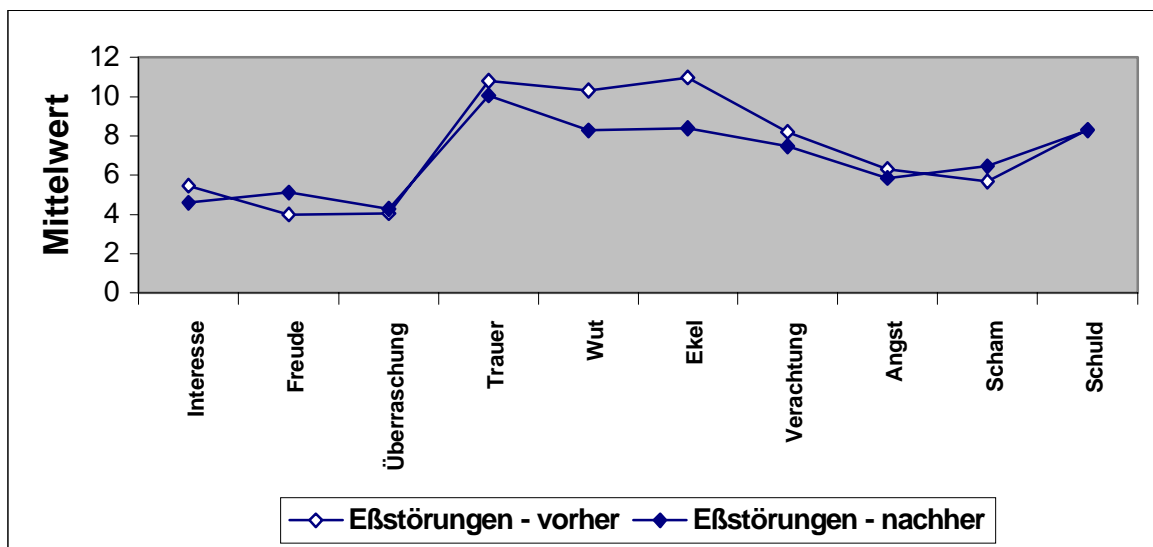
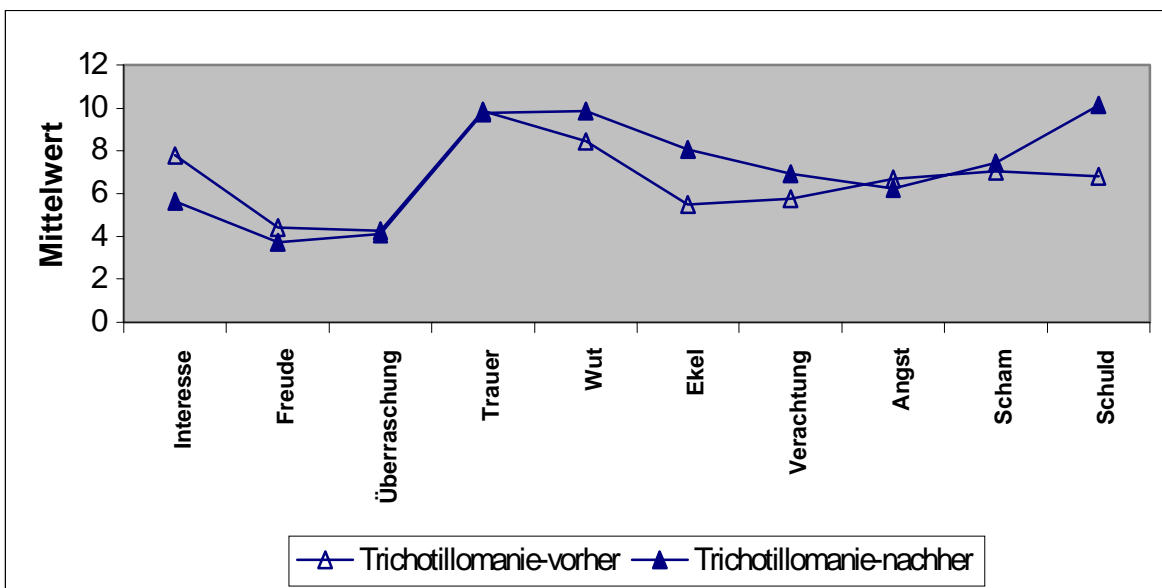


Abbildung 11: Mittelwertsvergleich der DAS-Werte vor und nach dem Ausreißen der Haare bei den Trichotillomanie-Betroffenen



4.1.6. Eßstörungen-Beschreibungs-Bogen

Die Antworten des Eßstörungen-Beschreibungs-Bogens (EBB) wurden den Komponenten Situation (S) Organismusvariable (O), Reaktion (R) und Konsequenzen (K) (nach dem SORK-Modell von Kanfer & Phillips, 1975) zugeordnet. Im folgenden wird ein Überblick der am häufigsten genannten Antworten gegeben. Eine detailliertere Auflistung findet sich im Anhang D.

Situation

Die Fragen zur Situation der Gewichtsregulation (z.B. Erbrechen oder Fasten) beziehen sich auf externe und interne Auslöser. Externale Auslöser können z.B. bestimmte Orte sein, an denen das Verhalten initiiert bzw. ausgeführt wird. Mit internalen Auslösern sind bestimmte Gedanken, Gefühle oder Empfindungen gemeint, die als Auslöser dienen könnten. Es wurden sowohl Auslöser erfragt, die zeitlich *vor* und *während* der Gewichtsregulation auftreten.

Externale Auslöser

Auf die Frage, ob etwas Bestimmtes vorgefallen ist, *bevor* eine Gewichtsregulation einsetzte gaben 53,3% (N = 8) der Eßgestörten einen Streit mit dem Freund oder der Freundin an. Jeweils 20% (N = 3) nannten als Auslöser allgemeinen Streß oder gaben an, sich *vorher* im Spiegel betrachtet zu haben.

Als direkte Handlung *vor* der Gewichtsregulation wurde von 73,3% (N = 11) der Betroffenen angegeben viel gegessen zu haben. 20 % (N = 3) gaben an, *vorher* zu kochen.

Kontaktpersonen direkt *vor* der Handlung sind in 53,3% (N = 8) der Fälle der Partner oder Freunde 46,7% (N = 7) nannten die Familie, 33,3% (N = 5) Arbeitskollegen und 53,3% gaben an, direkt *vor* der Gewichtsregulation alleine zu sein.

Situationen, die als externale Auslöser *während* der Gewichtsregulation fungieren könnten, sind z.B. bestimmte Orte, an denen sich die Betroffenen zum Zeitpunkt der Gewichtsregulation befinden. 80% (N = 12) nannten das Bad oder die Toilette.

Auf die Frage, ob Hilfsmittel benutzt werden antworteten, 40% (N = 6) mit nein, 26,7% (N = 4) benutzen Abführmittel.

Internale Auslöser

Gedanken, die den Betroffenen *vor* der Gewichtsregulation durch den Kopf gehen, beinhalten in 26,7% (N = 4) der Fälle die eigene Figur.

Auf die Frage, ob die Betroffenen bestimmte Körperempfindungen haben, *bevor* sie anfangen ihr Gewicht zu regulieren, antworteten 80% (N = 12) mit Völlegefühl, Magenschmerzen oder Druck im Unterleib 26,7% (N = 4) gaben ein allgemeines Unwohlsein an. In 53,3% der Fälle (N = 8) traten die bestimmter Körperempfindungen erst auf, nachdem die Betroffenen zum ersten Mal versuchten, ihr Gewicht zu regulieren.

Sehr unterschiedlich wurde auf die Frage geantwortet, ob ein innerer Drang oder Impuls *vor* der Gewichtsregulation verspürt wird (siehe Anhang D).

Während der Gewichtsregulation gehen 53,3% (N = 8) der Betroffenen Gedanken über ihren zu dicker Körper durch den Kopf. 46,7% (N = 7) antworteten, daß Gedanken über zu viel aufgenommene Kalorien in diesem Moment dominieren.

Der geistige Zustand *während* der Gewichtsregulation wird von 40% (N = 6) als Gefühl der Befriedigung oder Erlösung beschrieben.

Organismusvariable

Wie weiter oben schon beschrieben wird von 80% (N = 12) der Betroffenen ein Völlegefühl Magenschmerzen oder Druck im Unterleib als dominierendes Körperempfinden *vor* der Gewichtsregulation beschrieben. 26,7 % antworteten mit einem allgemeinem Unwohlsein.

Reaktion

Die Reaktion soll hier weiter ausdifferenziert werden in Vorbereitung und eigentliche Handlung der Gewichtsregulation.

Vorbereitung der Handlung

Bevor die Handlung der gewichtsregulierenden Maßnahmen einsetzt, suchen 73,3% (N = 11) das Bad oder die Toilette auf.

Die Gewichtsregulation

73,3% (N = 11) achten darauf, *während* der Gewichtsregulation alleine zu sein.

33,3% (N = 5) der Eßgestörten setzen die gewichtsregulierenden Maßnahmen mehrmals täglich ein, 20% (N = 3) 2-3x pro Woche.

Die dominante Körperempfindung *während* der Gewichtsregulation wird von 60% (N = 9) mit einem angenehmen Gefühl der Erleichterung beschrieben. 46,7% (N = 7) empfinden in erster Linie Ekel und 26,7% (N = 4) Schmerz.

Die Situation wird in 40% (N = 6) der Fälle durch das Erscheinen anderer Personen beendet.

20% (N = 3) der Betroffenen geben mangelnde Zeit als Grund für die Beendigung der Handlung an, und 40% (N = 6) hören auf, wenn sie sicher sind, die aufgenommenen Kalorien wieder los zu sein.

Konsequenzen

Die Konsequenzen, die auf die gewichtsregulierenden Maßnahmen folgen, können positiv und negativ sein. Sie können sich somit verstärkend oder hemmend auswirken.

Konsequenzen – negativ

Die Reaktion des Körpers auf die Gewichtsregulation wird in 73,3% (N = 11) der Fälle mit Müdigkeit und Erschöpfung angegeben. 53,3% (N = 8) leiden unter Kreislaufbeschwerden und Schwindel und 40% (N = 6) unter Magenschmerzen.

Durch das plötzliche Erscheinen anderer Personen (40%, N = 6) kann es zu einem Abbruch der Gewichtsregulation kommen, und das gesetzte Ziel (Abführen der aufgenommenen Kalorien) wird somit nicht erreicht.

Die Auswirkungen der gewichtsregulierenden Maßnahmen auf das alltägliche Leben werden sehr unterschiedlich empfunden. 33,3% (N = 5) beschreiben eine allgemeine Einschränkung der Lebensqualität und 40% (N = 6) geben soziale Isolation als Folge des Verhaltens an.

Die Mehrheit der Betroffenen (66,7%, N = 10) gibt an, ihre Gewichtsveränderung durch das Tragen weiter Kleidung zu verheimlichen.

Konsequenzen – positiv

Die am häufigsten genannte positive Körperempfindung *während* der Gewichtsregulation ist mit 60% (N = 9) ein angenehmes Gefühl der Erleichterung.

Die Handlung scheint bei 33,3% (N = 5) der Betroffenen zur Konstanthaltung des eigenen Gewichtes eingesetzt zu werden. 20% (N = 3) haben das Ziel abzunehmen.

Weiterer Einblick in die Konsequenzen der Handlung

Die Auswirkungen der gewichtsregulierenden Maßnahmen auf das zukünftige Leben werden von der Eßgestörten sehr unterschiedlich beschrieben (siehe Anhang D).

Als ein streßfreieres Leben würden sich 33,3% (N = 5) der Eßgestörten ein Leben ohne gewichtsregulierende Maßnahmen vorstellen.

26,7% (N = 4) der Betroffenen denken, daß ihre Beziehung im Falle einer Genesung gekennzeichnet wäre durch mehr Ehrlichkeit und Offenheit. 33,3% (N = 5) sehen die Vorstellung, mehr Kontakte zulassen zu können, als wünschenswert an.

Kapitel 5

Diskussion

In diesem Kapitel sollen die Ergebnisse aus Kapitel 4 diskutiert und mit den bisherigen Theorien und Befunden (Kapitel 2) zu den Eßstörungen in Beziehung gesetzt werden.

5.1. Stichprobe

Da es sich insgesamt sehr schwierig gestaltete, Kliniken oder Beratungsstellen zu finden, die sich bereit erklärten, an dieser Untersuchung teilzunehmen, fiel die Größe der Stichprobe mit 15 Teilnehmerinnen sehr klein aus. Somit können die hier gefundenen Effekte nur unter Vorbehalt interpretiert werden.

Die sehr geringe Beteiligung an dieser Studie führte weiterhin dazu, Anorektikerinnen und Bulimikerinnen zu einer Stichprobe zusammenzufassen. Somit konnten Unterschiede, die eventuell zwischen den Störungsbildern bestehen, nicht untersucht werden.

An der Untersuchung nahmen ausschließlich Frauen teil. Dies deckt sich mit den Angaben zur Geschlechtsverteilung der Eßstörungen in der Literatur, die mit 90-95% Frauenanteil sehr hoch angegeben wird.

Das durchschnittliche Alter der Untersuchungsteilnehmerinnen lag mit 25,9 Jahren relativ niedrig und stellt eine Übereinstimmung zu den Altersangaben von Eßstörungen-Betroffenen in der Literatur dar.

Der Großteil der Teilnehmerinnen gab an, zum Zeitpunkt der Befragung ledig zu sein und keine Kinder zu haben. Auf Grund der Altersverteilung der Stichprobe ist dies kein überraschendes Ergebnis.

Auffällig ist der hohe Anteil der festen Partnerbeziehungen in der Stichprobe.

Den Ergebnissen zufolge scheint die Erkrankung die Betroffenen also nicht daran zu hindern, eine feste Partnerschaft einzugehen.

Ähnlich auffällig ist neben dem hohen Anteil der festen Partnerbeziehungen die hohe Schulbildung der Betroffenen in der Stichprobe. Dies deckt sich mit bisherigen Ergebnissen, da insbesondere bei Magersüchtigen von einer hohen Leistungsorientierung und einer überdurchschnittlichen Intelligenz berichtet wird.

5.2. Hamburger-Zwangsinventar-Kurzform

Die Ergebnisse des Hamburger-Zwangsinventar-Kurzform (HZI-K) zeigen, daß die Mittelwerte der Eßstörungen-Stichprobe auf allen HZI-K-Skalen unter den Mittelwerten der zwangskranken Patienten liegen. Die Eßstörungen-Stichprobe zeigt jedoch bis auf den Wert auf Skala HZI-K-B (waschen und reinigen) keine unauffälligen Werte.

Die Ergebnisse der Trichotillomanie-Stichprobe sind im Vergleich mit den zwangskranken Patienten als unterdurchschnittlich zwanghaft zu interpretieren. Eine berechnete Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Stichproben auf sämtlichen HZI-K-Skalen (signifikanter höherer Wert der Eßgestörten) mit Ausnahme der Skala HZI-K-B.

Der Vergleich mit den kumulierten Prozentwerten einer Gruppe klinisch unauffälliger Personen aus dem Testmanual, zeigt für die Eßstörungen-Stichprobe sehr auffällige Werte. Besonders hohe Werte erreichen sie auf den Skalen HZI-K-A (Kontrollverhaltensweisen) und HZI-K-F (Gedanken, sich selbst oder anderen Leid zuzufügen). Insbesondere bei Anorektikerinnen stellt die Kontrolle über den eigenen Körper ein zentrales Merkmal in der Psychopathologie der Störung dar (siehe 2.1.1.2.5.). Bei den bulimischen Patientinnen steht eher die Ambivalenz zwischen Kontrollverlust in Form eines „Freßanfalls“ und Kontrolle über das Gewicht in Form der gewichtsregulierenden Maßnahmen im Vordergrund (siehe 2.1.2.3.2.). Das Ausüben von Kontrolle ist also bei beiden Störungen sehr zentral.

Die hohen Werte auf der Skala HZI-K-F sind vor dem Hintergrund bisheriger Forschung kein überraschendes Ergebnis. Wie unter 2.4. schon erwähnt, zeigen insbesondere Bulimikerinnen Auffälligkeiten im Bereich impulsiver Verhaltensweisen (wie z.B. Selbstverletzung).

Für die Stichprobe der Trichotillomanie-Betroffenen zeigt sich auf der Skala HZI-K-F ein sehr überraschendes Ergebnis. Keiner der Betroffenen zeigt auf dieser Skala eine Auffälligkeit. Gedanken sich selbst oder anderen Leid zuzufügen, scheinen also nach diesem Ergebnis keine Rolle bei Trichotillomanie-Betroffenen zu spielen. Unter dem Gesichtspunkt, daß das Haareausreißen ein deutlich selbstverletzendes Verhalten darstellt, welches den Alltag der Betroffenen mit einer gewissen Regelmäßigkeit begleitet, könnte dieses Ergebnis im Sinne eines sozial erwünschten Antwortverhaltens (Verleugnung der Zwangsgedanken) interpretiert werden.

Ein Vergleich der Stichproben mit den kumulierten Prozentwerten der Normalpersonen ist allerdings nur bedingt aussagefähig, da keine Alters- und Geschlechternormen für den HZI-K vorliegen.

Die Ergebnisse eines berechneten Chi-Quadrat-Tests zeigen, daß die Stichproben der Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen sich auf vier von sechs Skalen signifikant voneinander unterscheiden. Die Eßstörungen-Stichprobe kann nach diesen Ergebnissen als wesentlich zwanghafter im Vergleich zur Trichotillomanie-Stichprobe beschrieben werden.

Die Zuordnung der Eßgestörten in das „Obsessive-Compulsive-Spectrum-Disorders“ scheint sich nach diesen Ergebnissen zu bestätigen, da insgesamt im Vergleich zu den klinisch unauffälligen Personen eine hohe Auffälligkeit hinsichtlich Zwanghaftigkeit festgestellt werden konnte.

Darüber hinaus sprechen die Ergebnisse des HZI-K gegen die Annahme, daß eine Zuordnung der Eßstörungen und der Trichotillomanie auf Grund der unter 2.4. genannten Parallelen hinsichtlich Zwanghaftigkeit zu einer gemeinsamen Kategorie sinnvoll sein könnte.

5.3. Symptom-Checkliste-90-R

Die Auswertung der Symptom-Checkliste-90-R (SCL-90-R) ergab für die Stichprobe der Eßgestörten auf den Skalen „Somatisierung“, „Zwanghaftigkeit“, „Depressivität“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“ und „Paranoides Denken“ eine deutlich meßbare psychische Belastung. Auf zwei Skalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“ und „Psychotizismus“ liegen die Werte im Bereich hohe bis sehr hohe psychische Belastung. Die globalen Kennwerte „GSI“ (grundsätzliche psychische Belastung), „PSDI“ (Intensität der Antworten) und „PST“ (Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt), die Auskunft über das Antwortverhalten der Betroffenen geben, erbrachten dementsprechend von der Norm abweichend hohe Werte.

Ein Vergleich mit der Trichotillomanie-Stichprobe zeigte, daß die Werte der Eßgestörten auf sämtlicher Skalen des SCL-90-R signifikant höher ausfielen.

Besonders interessant in Bezug auf die Fragestellungen dieser Untersuchung sind zunächst die Werte auf den Skalen „Depressivität“ und „Zwanghaftigkeit“.

Die Eßstörungen-Stichprobe erreicht auf der Skala „Depressivität“ einen Wert, der knapp unter dem Grenzwert 70 (hohe bis sehr hohe psychische Belastung) liegt. Die Skala mißt das Ausmaß der dysphorischen Stimmung, gesunkenes Interesse am allgemeinen Leben, verringerte Motivation, Gefühle der Hoffnungslosigkeit und Suizidgedanken. Die hohen Werte auf dieser Skala unterstreichen bisherige Forschungsergebnisse, die eine hohe Komorbidität der Eßstörungen mit Depression erbrachten (siehe 2.4.). Außerdem könnte das Ergebnis auf eine hohe Niedergeschlagenheit der Betroffenen in Bezug auf die eigene Symptomatik hinweisen, die häufig schon jahrelang an der Störung leiden, bevor sie therapeutische Hilfe in Anspruch nehmen.

Das Ergebnis der Trichotillomanie-Stichprobe auf der Skala „Depressivität“ zeigt einen Wert im Bereich der „deutlich meßbaren psychischen Belastung“, der allerdings wesentlich unter dem Wert der Eßstörungen-Stichprobe liegt.

Die Depression könnte also bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Störungsbilder eine Rolle spielen. Basierend auf dieser Annahme wurde die Bulimia nervosa in das Konzept der „Affective-Spectrum-Disorders“ von Hudson & Pope (1990) (siehe Kapitel 2.4.2.) aufgenommen.

Die Ergebnisse der Skala „Zwanghaftigkeit“ erbrachten für die Stichprobe der Eßgestörten höhere Werte als für die Trichotillomanie-Stichprobe. Die Eßgestörten scheinen also laut SCL-90-R zwanghafter zu sein als die Trichotillomanie-Betroffenen. Dies zeigten auch die Ergebnisse der Befragung mit Hilfe des HZI-K (siehe 5.2.). Der Unterschied zwischen den beiden Störungsbildern fällt jedoch im Vergleich zu den restlichen Skalen am geringsten aus und wurde nur knapp signifikant.

Da die Beziehung zwischen den Eßstörungen und der Trichotillomanie noch recht unerforscht zu sein scheint, ist ein Vergleich der restlichen SCL-90-R-Skalen ebenfalls interessant.

Wie weiter oben schon erwähnt, unterscheiden sich die Störungsbilder auf allen Skalen signifikant voneinander. Besonders hoch ist dabei der Unterschied auf der Skala „Somatisierung“. Die Eßgestörten scheinen an einem höherem Ausmaß der körperlichen Belastung zu leiden. Wirft man einen Blick auf die in den Kapiteln 2.1.1.2. und 2.1.2.2. beschriebene Symptomatologie der Eßstörungen, so ist dies kein überraschendes Ergebnis.

Ein Vergleich der Störungsbilder in Bezug auf die globalen Kennwerte „GSI“ und „PST“ zeigt, daß die Anzahl der Symptome, bei denen eine Belastung vorliegt, sowie die grundsätzliche psychische Belastung bei den Eßgestörten wesentlich stärker ausgeprägt ist. Der subjektiv empfundene Leidensdruck scheint also bei den Eßgestörten extremer zu sein.

Die hohen Werte auf den Skalen „Unsicherheit im Sozialkontakt“, „Ängstlichkeit“, „Aggressivität/Feindseligkeit“, „Phobische Angst“, „Paranoides Denken“ und „Psychotizismus“ könnten vermuten lassen, daß die Eßgestörten im Unterschied zu den Trichotillomanie-Betroffenen unter stärkeren Schwierigkeiten im Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen leiden.

Die Ergebnisse des SCL-90-R zeigen keine Übereinstimmungen in den Skalenmittelwerten der Eßstörungen- und Trichotillomanie-Stichprobe. Die psychische und körperliche Symptombelastung ist bei den Eßgestörten deutlich höher als bei den Trichotillomanie-Betroffenen.

Die Annahme, daß die beiden Störungsbilder sinnvollerweise in eine gemeinsame Klassifizierungskategorie eingeordnet werden sollten, kann durch die Ergebnisse des SCL-90-R in soweit nicht gestützt werden.

5.4. Narzißmusinventar

Die 18 Skalen des Narzißmusinventars lassen sich vier Dimensionen zuordnen (siehe 3.1.4.). Die Ergebnisse der ersten Dimension „Das bedrohte Selbst“ zeigen ob eine hochgradige Instabilität des Selbstsystems vorliegt. Ein Vergleich der Eßstörungen-Stichprobe mit einer Gruppe gesunder Frauen (N = 22) aus dem Testmanual (Deneke & Hilgenstock, 1989) zeigt auf allen Skalen der ersten Dimension einen hoch signifikanten Unterschied. Die hohen Werte auf den Skalen „Ohnmächtiges Selbst“ und „Kleinheitsselbst“ sowie der niedrige Wert der Skala „Basales Hoffnungspotential“ zeigen das Erleben von Sinnlosigkeit, Leere, Hoffnungslosigkeit und tiefer Selbstunsicherheit, das wesentlich stärker bei der Eßgestörten ausgeprägt ist.

Auch im Vergleich mit der Trichotillomanie-Stichprobe erreichen die Eßgestörten auf den Skalen „Ohnmächtiges Selbst“ und „Kleinheitsselbst“ signifikant höhere Werte. Hier zeigt sich eine Parallele zu dem hohen Wert der Eßstörungen-Stichprobe auf der Skala „Depressivität“ des SCL-90-R.

Die Skala „Basales Hoffnungspotential“ zeigt keine signifikanten Unterschiede zwischen den Stichproben der Eßstörungen- und Trichotillomanie-Betroffenen. Beide Störungsbilder scheinen also von einer Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die eigene Symptomatik gekennzeichnet zu sein.

Die hohen Werte auf den Skalen „Soziale Isolierung“ und „Archaischer Rückzug“, auf denen sich die Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen nicht signifikant voneinander unterscheiden, zeigen eine resignativ-mißtrauische Grundhaltung sozialen Beziehungen gegenüber und den intensiven Wunsch sich ganz und gar zurückzuziehen.

Einen wesentlich höheren Wert erreichen die Eßgestörten auf der Skala „Negatives Körperselbst“. Dies deckt sich mit den Angaben in der Literatur. Der übertriebene Einfluß des Körpergewichts oder der Figur auf die eigene Selbstbewertung haben dazu geführt dieses Kriterium sowohl für Anorexie als auch für Bulimie in das DSM-IV mit aufzunehmen (siehe 2.1.1.3.1. und 2.1.2.3.1.).

Ein signifikanter Unterschied zwischen der Eßstörungen- und Trichotillomanie-Stichprobe findet sich in der ersten Dimension auf den Skalen „Affekt-/Impulskontrollverlust“ und „Derealisation/Depersonalisation“. Da die Trichotillomanie als „Störung der Impulskontrolle“ klassifiziert wird, scheint es verwunderlich, daß die Eßgestörten auf diesen Skalen signifikant höhere Werte erreichen. Die Angst vor dem Kontrollverlust und dem Durchbrechen von destruktiven Impulsen sowie der Versuch der Abspaltung und Distanz zu den bedrohlichen Vorgängen im eigenen Selbst scheint bei den Eßgestörten stärker ausgeprägt zu sein.

Auf der zweiten Dimension „Das „klassisch“ narzißtische Selbst“ zeigen sich auf den Skalen „Größenselbst“ und „Sehnsucht nach idealem Selbstobjekt“ keine signifikanten Unterschiede der Eßgestörten im Vergleich mit der Gesunden- und Trichotillomanie-Stichprobe.

Der Wunsch nach Selbstdarstellung, Beifall und Belobigung kommt sowohl bei den Eßgestörten als auch bei der Trichotillomanie-Stichprobe durch die hohen Werte auf der Skala „Gier nach Lob und Bestätigung“ zum Ausdruck.

Vergleicht man die Ergebnisse der Skalen der 3. Dimension „Das idealistische Selbst“, zeigt sich ein signifikanter Unterschied der Eßgestörten im Vergleich zur Gesunden-Stichprobe lediglich auf der Skala

„Objektbewertung“. Zwischen den Stichproben der Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen zeigt sich hier kein signifikanter Unterschied. Die Skala ist gekennzeichnet durch ein Muster bestimmter Überzeugungen und Einschätzungen, die sich auf einen anderen Menschen beziehen. Dieser wird abgewertet aus Angst vor Zurückweisung, Kränkung oder Erniedrigung.

Auf der Skala „Autarkie-Ideal“ findet sich ein signifikanter Unterschied der Eßstörungen zu Trichotillomanie-Stichprobe jedoch keiner zur Gesunden-Stichprobe. Vor dem Hintergrund der psychoanalytischen Theorien zur Ätiologie der Eßstörungen und der Trichotillomanie (siehe 2.3.1.), in denen die Störungen als Kampf um Autonomie in den häufig als sehr symbiotisch beschriebener Familienstrukturen angesehen werden, stellt dies ein überraschendes Ergebnis dar.

Auf der 4. Dimension „Das hypochondrische Selbst“ unterscheiden sich die Eßgestörten auf beider Skalen „Hypochondrische Angstbindung“ und „Narzißtischer Krankheitsgewinn“ signifikant von der Trichotillomanie- und Gesunden-Stichprobe. Die Skala „Hypochondrische Angstbindung“ ist gekennzeichnet durch ein hohes Maß an hypochondrisch-ängstlicher Sorge um die eigene Gesundheit. „Narzißtischer Krankheitsgewinn“, beschreibt die Phantasie leistungsfähig zu sein, wenn die körperlichen Beschwerden nicht wären. Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit dem theoretischen Hintergrund, der in Kapitel 2.1.1.2.6. bis 2.1.1.2.8. beschrieben wurde. Insbesondere Magersüchtige werden hier als hyperaktiv, ihre eigene Krankheit verleugnend und extrem leistungsorientiert beschrieben.

Bezogen auf die in Kapitel 2.5. formulierten Fragestellungen geben die Ergebnisse Hinweise auf eine in Vergleich Eßstörungen und Gesunden-Stichprobe auffällig hohe Instabilität des Selbstsystems bei der eßgestörten Patientinnen. Die hohen Werte auf den Skalen „Narzißtische Wut“, „Objektbewertung“, „Soziale Isolation“ und „Archaischer Rückzug“ lassen auf Schwierigkeiten im Bereich zwischenmenschliche Beziehungen bei den Eßgestörten schließen. Dies würde auch mit den Ergebnissen des SCL-90-R übereinstimmen (siehe Kapitel 5.3.).

Die Ergebnisse des Vergleichs von Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen zeigen, daß sich die beiden Störungsgruppen auf der Hälfte der 18 Skalen nicht signifikant voneinander unterscheiden. Eine Hoffnungslosigkeit in Bezug auf die eigene Krankheit und die daraus resultierende soziale Isolation und Zurückgezogenheit scheint bei beiden Störungsbildern ähnlich. Die Eßgestörten scheinen jedoch in Vergleich mit den Trichotillomanie-Betroffenen ein wesentlich schwächeres Selbstbewußtsein zu besitzen.

5.5. Eßstörungen-Beschreibungs-Bogen

Abbildung 12 zeigt ein, mit Hilfe des EBB entwickeltes verhaltenstheoretisches Modell. In diesem Modell wird davon ausgegangen, daß konditionierte interne und externe Reize in Verbindung mit externen Hilfsreizen die Reaktion der Gewichtsregulation auslösen.

Mit internen Reizen sind hier affektive Zustände (wie z.B. ein Streit mit dem Freund oder der Freundin) Empfindungen (z.B. Magenschmerzen oder Völlegefühl) oder bestimmte Gedanken (z.B. über die eigene Figur) gemeint, die sich gegenseitig verstärken oder hervorrufen können. Diese internen Reize können dazu führen, daß externe Stimuli benutzt (z.B. Abführmittel) bzw. aufgesucht werden (z.B. das Badezimmer). Die Konfrontation mit externen Stimuli kann umgekehrt auch zur Stimulation interner Reize führen. Ein positiver Hilfsreiz, der sich günstig auf die Auslösung der Reaktion auswirken kann, ist die Abwesenheit anderer Personen. Die Eßstörungen-Betroffenen schämen sich in der Regel für ihr Verhalten und legen großen Wert auf Verheimlichung.

Vergleicht man bis zu diesem Punkt das Modell der Eßstörungen mit dem Modell der Trichotillomanie-Betroffenen (siehe Abbildung 3) so findet man einige Parallelen. Die Kombination von internen und externen Reizen bzw. Hilfsreizen führt auch bei den Trichotillomanie-Betroffenen zur Auslösung des symptomatischen Verhaltens. Wie bereits in einer Studie von Mackenzie et al. (1995) (siehe Kapite

2.3.1.) herausgefunden wurde, scheinen negative Emotionen bei der Auslösung und Aufrechterhaltung der Bulimie und der Trichotillomanie eine Rolle zu spielen. Die beiden Modelle unterstreichen die Rolle negativer Emotionen als interne Auslöser für das symptomatische Verhalten.

Die Reaktion der Gewichtsregulierung wird bei den eßgestörten Patientinnen oftmals begleitet durch ein Gefühl der Erleichterung, aber auch häufig durch Ekel vor der Situation oder Schmerzen. Die Beendigung der Handlung erfolgt in der Regel durch das Gefühl alles vorher aufgenommene los geworden zu sein. Das Ziel wird nicht erreicht, wenn die Handlung unterbrochen wird (z.B. durch das Hereinkommen anderer Personen).

Bei den Trichotillomanie-Betroffenen kann die Reaktion des Haareausreißen noch genauer unterteilt werden. Die spielerische Komponente der Vorbereitung der Handlung (wie z.B. spielen mit dem Haar) oder der Handlung nach dem Ausreißen (wie z.B. mit dem Haar über die Lippen streichen) findet sich bei den Eßgestörten nicht wieder. Dieses Ergebnis muß jedoch mit Vorsicht betrachtet werden, da der EBE die Reaktion der Gewichtsregulation nicht so differenziert erfragt hat wie der TBB für die Reaktion des Haareausreißen.

Auf die Reaktion der Gewichtsregulation folgen eine Reihe positiver und negativer Konsequenzen. Diese Konsequenzen können unterteilt werden in kurzfristige und langfristige Folgen der Handlung. Negative Konsequenzen wirken sich hemmend auf das Verhalten aus, während die positiven Konsequenzen das Verhalten verstärken.

Ein Vergleich der beiden Modelle zeigt, daß sich die Einschätzung der Betroffenen bezüglich der Konsequenzen des symptomatischen Verhaltens nicht grundlegend voneinander unterscheiden.

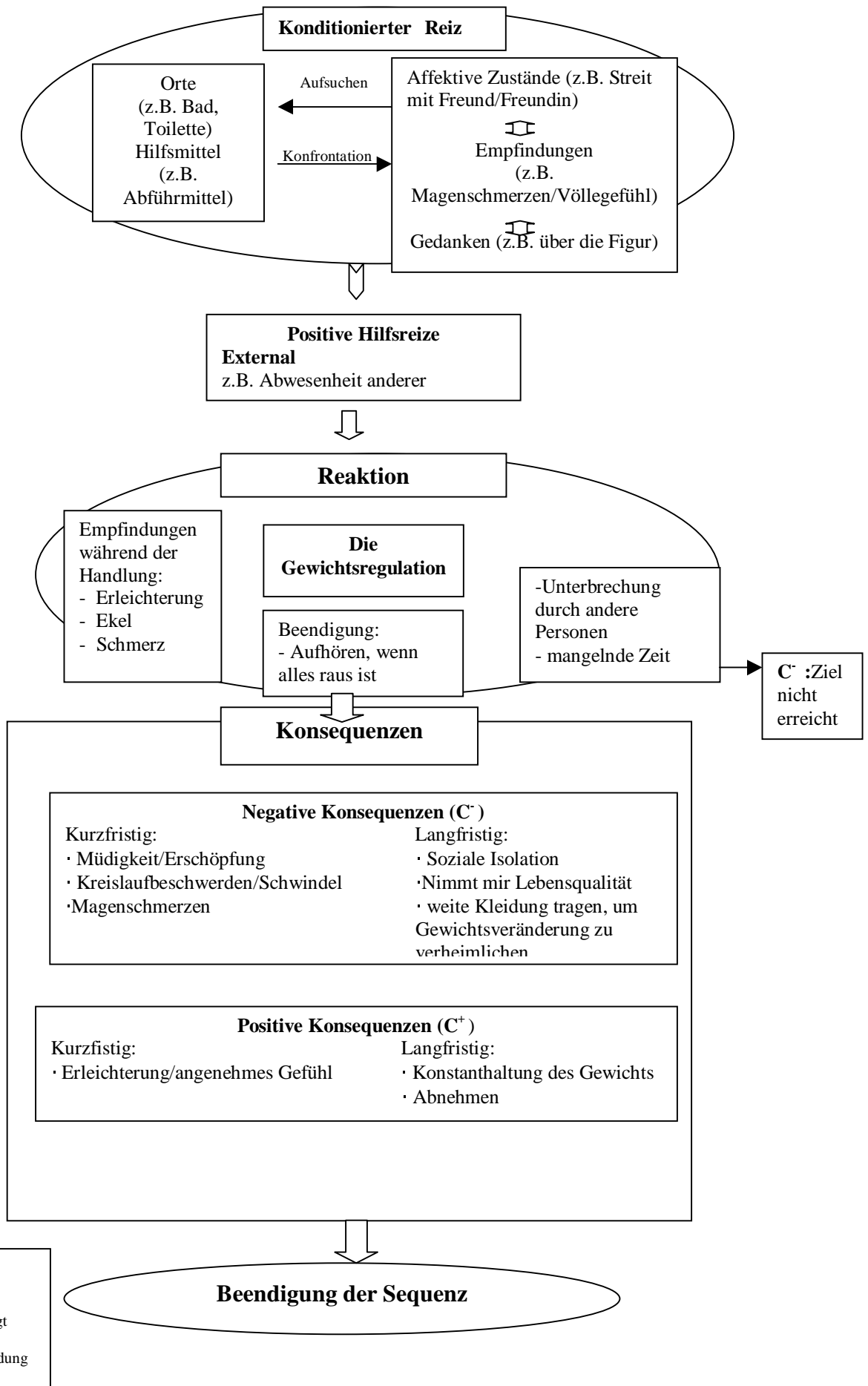
Als eindeutig sehr einschränkend empfinden sowohl die Eßstörungs- als auch die Trichotillomanie-Betroffenen ihr symptomatisches Verhalten. Gehäuft finden sich Angaben über die als sehr störend empfundene Verheimlichung der Auswirkungen der Erkrankung (Haarverlust bzw. Gewichtsveränderung) sowie Ängste und Sorgen über die Zukunft.

Negative Konsequenzen, die sich aber in der Regel nur kurzfristig hemmend auswirken, sind körperliche Beschwerden wie z.B. Magenschmerzen bzw. Schmerzen der Kopfhaut.

Eine Überschneidung findet sich auch bei den kurzfristigen positiven Konsequenzen. Hier wird von den Betroffenen beider Störungsbilder ein angenehmes Gefühl der Erleichterung beschrieben.

Insgesamt läßt sich ein dem verhaltenstheoretischen Modell der Trichotillomanie ähnliches Modell für die Eßstörungen entwickeln (Vergleiche Abbildung 3 und Abbildung 12).

Abbildung 12: Verhaltenstheoretisches Bedingungsmodell der Eßstörungen



5.6. Differentielle Affektskala

Die Ergebnisse der DAS zeigen für die Stichprobe der eßgestörten Patientinnen eine Abnahme der negativen Affekte „Wut“, „Verachtung“, „Ekel“, „Angst“, „Trauer“ und „Schuld“ im Vergleich „vor“ und „nach“ der Gewichtsregulierung.

Die Handlung der Gewichtsregulation führt also zu einer Abschwächung der negativen Affekte und wird somit negativ verstärkt.

Die Mehrheit der Untersuchungsteilnehmerinnen (N = 13) erhielten die Diagnose „Bulimikerin“ oder „bulimische Anorektikerin“, d.h. daß der Handlung der Gewichtsregulierung in der Regel ein „Freßanfall“ vorausging. Das Ergebnis zeigt, daß die Handlung der Gewichtsregulierung nicht nur zu einer Reduktion der Angst vor einer Gewichtszunahme führt, wie bereits in Kapitel 2.3.1. erwähnt sondern insgesamt zu einer Reduktion der negativen Affekte.

Eine Ausnahme stellt die Skala „Scham“ dar. Schamgefühle scheinen bei den Betroffenen nach der Gewichtsregulierung zuzunehmen. Dieses Ergebnis deckt sich mit der in der Literatur beschriebenen Tendenz, die eigene Erkrankung zu verheimlichen (siehe Kapitel 2.4.).

Unklar ist, ob die hohen Werte auf den Skalen „Wut“, „Verachtung“, „Schuld“, „Angst“, „Trauer“ oder „Ekel“ eine Reaktion sind auf die „Freßattacken“ oder ob die negativen Affekte bei den Eßgestörten auch vor den „Freßattacken“ erhöht sind. Diese Fragestellung müßte in weiterführenden Studien untersucht werden.

Auf den Skalen der positiven Affekte zeigt sich eine starke Zunahme der „Freude“ nach der Gewichtsregulierung. Dieses Ergebnis deckt sich mit den Ergebnissen des EBB, in dem 60% der Betroffenen von einem angenehmem Gefühl der Erleichterung während der Gewichtsregulierung berichten.

Ein Vergleich der Affektveränderung von Eßgestörten und Trichotillomanie-Betroffenen zeigte einen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Stichproben auf 5 von 10 Skalen. Negative Affekte „Wut“, „Ekel“, „Verachtung“ und „Schuld“ nehmen bei den Eßgestörten durch die Handlung der Gewichtsregulierung ab, während sie bei den Trichotillomanie-Betroffenen durch das Haarausreißen zunehmen. Auf der Skala „Freude“ zeigt sich im Vergleich „vorher“ und „nachher“ eine Zunahme bei den eßgestörten Patientinnen und eine Abnahme bei den Trichotillomanie-Betroffenen. Die Aufrechterhaltung des Haarausreißens kann nach diesen Ergebnissen also nur als eine Art Selbstbestrafung interpretiert werden.

Es kommt zu einer „Verschiebung der aggressiven Impulse auf den eigenen Körper, so daß eine möglichen Abfuhr destruktiver Impulse nach außen vorgebeugt wird“ (Zellhorst, 2000, S. 87).

Auch die von Bulimikerinnen und Anorektikerinnen praktizierten Formen der Gewichtsregulation können als autoaggressives Verhalten interpretiert werden, unterscheiden sich aber in den folgenden beiden Punkten von der Handlung des Haarausreißens:

- a) Die praktizierte Gewichtsregulation bei den Eßgestörten wirkt als ein Mittel zur Minderung des negativ besetzten Sättigungsgefühls, setzt also direkt an der negativ empfundenen Ausgangssituation an. Dies kann für das Haarausreißen bei den Trichotillomanie-Betroffenen nicht festgestellt werden.
- b) Maßnahmen zur Gewichtsregulation (Gewichtsabnahme, Halten des Gewichts) können eher als sozial erwünscht und damit als allgemein positiv besetzt betrachtet werden als das Haarausreißen der Trichotillomanie-Betroffenen.

Dies legt nahe, daß es bei Eßgestörten tendenziell eher zu einer Auslösung positiver Affekte nach der Gewichtsregulation kommt als bei Trichotillomanie-Betroffenen nach dem Haarausreißen. Folglich wäre es sinnvoll, in zukünftigen Studien eher die beschriebenen Freßattacken von Eßgestörten (diese sind persönlich und sozial unerwünscht) mit dem Haarausreißen der Trichotillomanie-Betroffenen hinsichtlich der dabei auftretenden Affektveränderungen zu vergleichen.

Kapitel 6

Zusammenfassung

Das Ziel dieser Studie war, die bislang sehr unerforschte Beziehung zwischen den Eßstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa und der Trichotillomanie näher zu untersuchen.

Da für beide Störungsbilder eine Reihe von Gemeinsamkeiten zur Zwangsstörung in der Literatur diskutiert werden, stellte sich die Frage, ob auf Grund dieser Gemeinsamkeiten eine neue diagnostische Zuordnung der Störungsbilder sinnvoll wäre.

Um zu prüfen, ob sich Gemeinsamkeiten finden lassen, wurden die Eßstörungs- und Trichotillomanie-Betroffenen hinsichtlich Zwanghaftigkeit, narzißtischer Regulation, Psychopathologie und Affektveränderung untersucht. Zusätzlich sollten zwei verhaltenstheoretische Bedingungsmodelle der Störungsbilder miteinander verglichen werden.

Die Untersuchung zur Zwanghaftigkeit zeigte eine wesentlich stärkere Ausprägung bei den eßgestörten Patientinnen im Vergleich mit der Trichotillomanie-Stichprobe.

Die Eßgestörten scheinen grundsätzlich unter einer höheren psychischen und körperlichen Belastung zu leiden als Trichotillomanie-Betroffene.

Eine Ähnlichkeit findet sich bei den Störungsbildern in der Hoffungslosigkeit in Bezug auf die eigene Krankheit und dem daraus resultierendem Wunsch nach Rückzug und sozialer Isolation.

Die Analyse der Affektveränderung vor und nach der Gewichtsregulation bzw. dem Ausreißen der Haare zeigte wenig Gemeinsamkeiten.

Insgesamt sprechen die Ergebnisse dieser Untersuchung nicht für eine gemeinsame Klassifizierung der Störungsbilder Eßstörungen und Trichotillomanie unter eine Kategorie. Die Ergebnisse stützen bisherige Forschungsergebnisse hinsichtlich bestehender Parallelen zwischen Eßstörungen und Zwangserkrankung. Die erstellten verhaltenstheoretischen Bedingungsmodelle bieten einen detaillierteren Einblick in die Situation der Gewichtsregulation bzw. dem Haarausreißen. Für diese Situationen lassen sich zwei Parallelen zwischen Auslösern und Konsequenzen für das symptomatische Verhalten ziehen, dies läßt jedoch nicht den Schluß auf grundlegende Gemeinsamkeiten zwischen den Störungsbildern zu.

Literaturverzeichnis

- Benninghoven, D. (1997). Erwartete Selbstwirksamkeit bei Bulimia nervosa. Göttingen: Cuvillier Verlag.
- Bruch, H. (1991). Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. Frankfurt am Main: Fischer.
- Bruch, H. (1990). Das verhungerte Selbst – Gespräche mit Magersüchtigen. Frankfurt am Main: Fischer.
- Csef, H. (1988). Zur Psychosomatik des Zwangskranken. Berlin: Springer-Verlag.
- Csef, H. (1997). Psychotherapie der Magersucht und Bulimia nervosa. Psychotherapeut, 42, 381-392.
- Delesen, P. (1997). Anorexia nervosa – Möglichkeiten und Probleme der Diagnostik, Ätiologie und Intervention. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft
- Deneke, F.-W. & Hilgenstock B. (1989). Das Narzißmusinventar. Bern: Hans Huber Verlag.
- Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M. H., Schulte-Markwort, E. (1997). Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F) – Forschungskriterien. Bern: Verlag Hans Huber.
- Feiereis, H. (1989). Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München: Hans Marseille Verlag GmbH.
- Fernández-Aranda, F. E. (1996). Körperwahrnehmung und –zufriedenheit bei Bulimia und Anorexia nervosa – Eine empirische Vergleichsstudie vor und nach stationärer Psychotherapie. Unveröffentlichte Dissertation, Universität Hamburg.
- Fichter, M. (1985). Magersucht und Bulimia. Berlin: Springer.
- Fichter, M. (Hrsg.) (1989). Bulimia nervosa – Grundlagen und Behandlung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Franke, G. (1995). Die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Göttingen: Beltz Test GmbH.
- Gerlinghoff & Backmund (1995). Therapie der Magersucht und Bulimie – Anleitung zu eigenverantwortlichem Handeln. Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union.
- Graber, J. & Arndt, W. (1993). Trichotillomania. Comprehensive psychiatry, 34, 340-346.
- Herzog, W., Bergmann, G., Munz, D. & Vandereycken, W. (1996). Anorexia und Bulimia nervosa – Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie. Frankfurt (Main): VAS – Verlag für Akademische Schriften.

- Hollander, E. & Wong, C. M. (1995). Obsessive-Compulsive Spectrum Disorders. Journal of clinical psychiatry, 56 (suppl 4), 3-6.
- Hudson, J. I. & Pope, H. G. (1991). Affective spectrum disorder: does antidepressant response identify a family of disorders with a common pathophysiology? American journal of psychiatry, 147, 552-564.
- Hsu, L. K., Kaye, W. & Weltzin, T. (1993). Are the eating disorders related to obsessive compulsive disorder? International journal of eating disorders, 14 (3), 305-318.
- Jacobi, C., Paul, T., Brengelmann, J.C. (1989). Verhaltenstherapie bei Eßstörungen – Theorie und Praxis. München: Gerhard Röttger Verlag.
- Klepsch, R., Zaworka, W., Hand, I., Lünenschloß, K. & Jauernig, G. (1993). Hamburger Zwangsinventar – Kurzform. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- Mackenzie, T. B., Ristvedt, S. L., Christenson, G. A., Lebow, A. S. & Mitchell, J. E. (1995). Identification of cues associated with compulsive, bulimic, and hair-pulling symptoms. Journal of behavior therapy and experimental psychiatry, 26, 9-16.
- Mc Elroy, S. L., Hudson, J. I., Phillips, K. A., Keck, P. E. & Pope, H. G. (1993). Clinical and theoretical implications of a possible link between obsessive-compulsive and impulse control disorders. Depression, 1, 121-132.
- Mc Elroy, S. L., Phillips, K. A. & Keck, P. E. (1994). Obsessive Compulsive Spectrum Disorder. Journal of clinical psychiatry, 55 (10, suppl), 33-51.
- Mc Elroy, S. L., Keck, P. E. & Phillips, K. A. (1995). Kleptomania, compulsive buying, and binge-eating disorder. Journal of clinical psychiatry, 56 (suppl 4), 14-26.
- Meermann, R. (1981). Anorexia nervosa – Ursachen und Behandlung. Stuttgart: Ferdinand Enke Verlag.
- Meermann, R. & Vandereycken, W. (1987). Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa - Ein klinischer Leitfaden für den Praktiker. Berlin: Walter de Gruyter.
- Merten, J. & Krause, R. (1993). Differentielle Affekt Skala. Unveröffentlichte Arbeit der Fachrichtung Psychologie der Universität des Saarlandes.
- Minuchin, Rosman & Baker (1983). Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Nitz, H.-R. (1987). Anorexia nervosa bei Jugendlichen. Berlin, Heidelberg, New York, London, Paris, Tokyo: Springer
- Pinhas, L., Geist, R. & Katzman, D. (1996). Trichotillomania and anorexia nervosa in an adolescent female: a case study of comorbidity. Journal of adolescent health, 19, S. 141-144
- Reich, G. & Cierpka, M. (Hrsg.) (1997). Psychotherapie der Eßstörungen – Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulübergreifend. Stuttgart: Georg Thieme Verlag.

- Remschmidt, H. & Schmidt, M. (Hrsg.) (1990). Anorexia nervosa. Toronto: Hogrefe & Huber Publishers.
- Rothenberg, A. (1986). Eating disorder as a modern obsessive-compulsive syndrome. Psychiatry, 49, 45-53.
- Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M. (1998). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM IV. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Schlundt, D. & Johnson, W. (1990). Eating disorders – Assessment and Treatment. Boston: Allyn and Bacon.
- Selvini-Palazzoli, M. (1986). Magersucht – Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie. Stuttgart: Ernst Klett Verlage GmbH & Co.
- Silverstone, P. H. (1990). Low self-esteem in eating disordered patients in the absence of depression. Psychological Reports, 67, 276-278.
- Swedo, S. & Leonard, H. (1992). Trichotillomania – an obsessive compulsive spectrum disorder? Psychiatric clinics of north america, 15, 777-790.
- Thiel, A. & Schüßler, G. (1995). Zwangssymptome bei strukturellen Selbst-Defekten – Eine Untersuchung am Beispiel der Anorexia und Bulimia nervosa. Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychoanalyse, 41, 60-76.
- Thies, C. (1998). Bulimie als soziokulturelles Phänomen. Pfaffenweiler: Centaurus-Verlagsgesellschaft.
- Tarr-Krüger (1989). Verhungern im Überfluß – Bulimie: ein neuer Ansatz zum Verständnis und zur Therapie. Heidelberg: Roland Asanger Verlag.
- Uexküll, Th. von (1996). Psychosomatische Medizin. (5. neubearbeitete und erweiterte Auflage). München: Urban und Schwarzenberg.
- Vella, A. (1998). Psychological considerations on the relationship between bulimia and obsessive-compulsive disorder. Psychopathology, 31 (4), 197-205.
- Yaryura-Tobias, J. A. & Neziroglu, F. A. (1997). Obsessive-Compulsive Disorder Spectrum – Pathogenesis, Diagnosis, and Treatment. Washington, DC: American Psychiatric Press, Inc.
- Zellhorst, K. (2000). Trichotillomanie – Symptomatik, Klassifikation und verhaltenstheoretische Bedingungsmodelle. Unveröffentlichte Diplomarbeit, Universität Osnabrück.
- Zwaan de, M. & Strnad, A. (1998). Eßstörungen. In Lenz, Demal & Bach (Hrsg.), Spektrum der Zwangsstörungen – Forschung und Praxis (S. 113-118). Wien: Springer-Verlag.

Anhang A

Simone Schenk
Tel. 0541/2020916

Osnabrück, 12.07.2000

Liebe/r Eßstörungen-Betroffene/r !

Mein Name ist Simone Schenk und ich bin Psychologie-Studentin an der Universität Osnabrück. In Zusammenarbeit mit der Klinik für Psychosomatik in Windach, führe ich im Rahmen meiner Diplomarbeit eine Studie zum Thema Eßstörungen durch.

Solche Studien werden durchgeführt, um das Wissen über Eßstörungen und somit auch die Behandlungsmöglichkeiten für eßgestörte PatientInnen zu verbessern.

Die Voraussetzung für solche Studien ist eine enge Zusammenarbeit zwischen Psychologen und Betroffenen. Nur mit Ihrer Mithilfe ist es möglich, durch Untersuchungen Erkenntnisse über die Eßstörung zu erlangen.

Meine Bitte an Sie ist daher, mich bei meiner Studie zu unterstützen, indem Sie die Fragebögen sorgfältig ausfüllen und an die Klinik (Ihren Ansprechpartner/in) zurückgeben.

Die Fragebögen sind mit einer Codierungsnummer versehen, so daß Sie nirgendwo Ihren Namen angeben müssen, damit Ihre Anonymität gewahrt bleibt. Eine Zuordnung der Fragebögen zu einer bestimmter Person ist somit nicht möglich.

Falls Sie Fragen zu den Fragebögen oder der Studie haben, können Sie sich gerne jederzeit mit mir in Verbindung setzen.

Ich danke Ihnen ganz herzlich für Ihre Mitarbeit.

Mit freundlichen Grüßen

Anhang B

Eßstörung-Diagnose-Check

Die folgenden Fragen beziehen sich auf Ihre Eßgewohnheiten und Ihr Gewicht.

1. Gab es jemals eine Zeitspanne, in der Sie weniger gewogen haben, als Sie nach Meinung anderer Leute wiegen sollten?

•
ja

•
nein

Wenn ja: Aus welchem Grund? Wieviel haben Sie gewogen? Wie alt waren Sie zu dieser Zeit? Wie dünn waren Sie?

2. Hatten Sie zu dieser Zeit große Angst davor, dick zu werden?

•
ja

•
nein

3. Als Sie Ihr niedrigstes Gewicht hatten, fühlten Sie sich da immer noch zu dick oder empfanden Sie einzelne Körperpartien als zu dick?

•
ja

•
nein

Wenn nein: Mußten Sie sehr dünn sein, um sich wohl zu fühlen?

•
ja

•
nein

Als Sie so dünn waren, sagte Ihnen da irgendjemand, daß es gefährlich für Ihre Gesundheit sein kann, so dünn zu sein?

•
ja

•
nein

Wie dachten Sie darüber? _____

Nur von Frauen zu beantworten:

4. Hatten Sie vor dieser Zeit Ihre Regel?

•
ja

•
nein

Wenn ja: Hat Sie aufgehört? Für wie lange? _____

5. Hatten Sie schon einmal Eßanfälle, bei denen Sie innerhalb kurzer Zeit eine ungewöhnlich große Menge von Nahrung zu sich nahmen?

•
ja

•
nein

Wenn ja: Wie haben Sie Ihr Gewicht niedrig gehalten? (z.B. durch Erbrechen, Abführmittel, Einläufe oder Entwässerungsmittel?)

Wie oft haben Sie diese Methoden ca. angewandt?

6. Gab es Zeiten, in denen Sie die Kontrolle über Ihr Eßverhalten verloren hatten?

•
ja

•
nein

7. Gab es Zeiten, in denen Sie innerhalb eines bestimmten Zeitraumes (z.B. innerhalb 2 Stunden) soviel gegessen haben, daß andere Leute diese Menge als ungewöhnlich groß bezeichnen würden?

•
ja

•
nein

8. Haben Sie irgend etwas unternommen, um den Auswirkungen der Eßanfälle entgegenzuwirken? (wie z.B. Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder Entwässerungsmitteln, Einläufe, strenges Fasten oder übermäßiges Sport treiben?)

•
ja

•
nein

9. Wie oft hatten Sie Eßanfälle und haben versucht den Auswirkungen entgegenzuwirken? (in einem Zeitraum von 3 Monaten)

10. Hing Ihr Wohlbefinden vor allem von Ihrem Gewicht und Ihrer Figur ab?

•
ja

•
nein

Anhang C

Eßstörung-Beschreibungs-Bogen

Bitte geben Sie hier die bei Ihnen gestellte Diagnose an: _____

Stellen Sie sich vor, Sie befinden sich in einer für Sie typischen Situation, in der Sie versuchen eine Gewichtsregulation vorzunehmen (z.B. durch Erbrechen, exzessive körperliche Betätigung, Abführmittel, Diät halten, etc.). Bitte beschreiben Sie möglichst ausführlich diese Situation. Die folgenden Fragen sollen als Hilfe dienen:

1. Ist etwas bestimmtes vorgefallen, bevor Sie versucht haben eine Gewichtsregulation vorzunehmen? (z.B. ein Streit, in den Spiegel geschaut,...)

2. Was haben Sie getan, bevor Sie eine Gewichtsregulation vorgenommen haben? (z.B. gegessen, gekocht, gelesen, geschlafen, unterhalten,...)

3. Mit welchen Personen hatten Sie Kontakt bevor Sie angefangen haben Ihr Gewicht zu regulieren (z.B. Mutter, Partner/in, Arbeitskollege,...) oder waren Sie allein?

4. Gehen Ihnen bestimmte Gedanken durch den Kopf bevor Sie anfangen Ihr Gewicht zu regulieren? (z.B. an eine bestimmte Person, ein bestimmtes Ereignis,...)

5. Wie fühlen Sie sich **bevor** Sie eine Gewichtsregulation vornehmen? Kreuzen Sie bitte an, ob Sie sich in der angegebenen Weise gefühlt oder verhalten haben.

	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
aufmerksam	1	2	3	4	5
vergnügt	1	2	3	4	5
überrascht	1	2	3	4	5
niedergeschlagen	1	2	3	4	5
wütend	1	2	3	4	5
angewidert	1	2	3	4	5
verachtungsvoll	1	2	3	4	5
erschreckt	1	2	3	4	5
gehemmt	1	2	3	4	5
reumütig	1	2	3	4	5
konzentriert	1	2	3	4	5
erfreut	1	2	3	4	5
erstaunt	1	2	3	4	5
traurig	1	2	3	4	5
ärgerlich	1	2	3	4	5
angeekelt	1	2	3	4	5
spöttisch	1	2	3	4	5
ängstlich	1	2	3	4	5
verschämt	1	2	3	4	5
schuldig	1	2	3	4	5
wach	1	2	3	4	5
fröhlich	1	2	3	4	5
verblüfft	1	2	3	4	5
entmutigt	1	2	3	4	5
zornig	1	2	3	4	5
abgestoßen	1	2	3	4	5
geringschätzend	1	2	3	4	5
furchtsam	1	2	3	4	5
verlegen	1	2	3	4	5
tadelnswert	1	2	3	4	5
müde	1	2	3	4	5
frustriert	1	2	3	4	5
aufgeregt	1	2	3	4	5
gelangweilt	1	2	3	4	5
einsam	1	2	3	4	5
glücklich	1	2	3	4	5
erschöpft	1	2	3	4	5
unentschlossen	1	2	3	4	5
angespannt	1	2	3	4	5

Sonstige Gefühle: _____

6. An welchem Ort befinden Sie sich, wenn Sie Ihr Gewicht regulieren? (z.B. Bad/Toilette, Küche, eigenes Zimmer,)

7. Sind Sie allein? Welche anderen Personen sind bei Ihnen?

8. Welche Gedanken gehen Ihnen während der Gewichtsregulation durch den Kopf? (z.B. „ich habe zu viele Kalorien zu mir genommen“, „ich bin zu dick“,...)

9. Haben Sie bestimmte Körperempfindungen, bevor Sie anfangen Ihr Gewicht zu regulieren? (z.B. Magenschmerzen, allgemeines Unbehagen,...)

10. Traten diese Empfindungen erst auf, nachdem Sie zum ersten Mal versuchten Ihr Gewicht zu regulieren?

11. Verspüren Sie einen inneren Drang oder Impuls Ihr Gewicht zu regulieren? Wenn ja, wie äußert sich dieser Drang? (Gedanken, Gefühle,...)
Bitte beschreiben Sie dies in eigenen Worten.

12. Sind Sie sich während der Gewichtsregulation Ihrer Handlung bewußt, oder sind Sie eher geistig abwesend?

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Ich konzentriere mich auf die Gewichtsregulation und bin mir meiner Handlung bewußt.		
Ich bin mir im Moment der Gewichtsregulation meiner Handlung nicht bewußt.		
Ich schwanke zwischen bewußter und unbewußter Gewichtsregulation hin und her.		
Wenn ich anfangs mein Gewicht zu regulieren, mache ich es unbewußt. Im Laufe der Zeit wird mir mein Handeln aber dann bewußt und ich konzentriere mich darauf.		
Ich bin mir über mein Handeln bewußt, wenn ich anfangs mein Gewicht zu regulieren. Während der Gewichtsregulation schweife ich dann in Gedanken von der Handlung ab und konzentriere mich nicht mehr darauf.		

Können Sie den geistigen Zustand, in dem Sie sich während der Gewichtsregulation befinden mit eigenen Worten näher beschreiben?

13. Benutzen Sie Hilfsmittel zur Gewichtsregulation?

14. Wie häufig versuchen Sie Ihr Gewicht zu regulieren? (z.B. mehrmals täglich, einmal pro Woche,...)

15. Was empfinden Sie körperlich, während Sie eine Gewichtsregulation vornehmen? (z.B. angenehmes Gefühl, Ekel, Schmerz,...)

16. Wie reagiert Ihr Körper auf die Gewichtsregulation? (z.B. Übelkeit, Magenschmerzen, Erschöpfung,...)

17. Welche Gefühle haben Sie **nach** der Gewichtsregulierung?

	gar nicht	wenig	mittel	stark	sehr stark
aufmerksam	1	2	3	4	5
vergnügt	1	2	3	4	5
überrascht	1	2	3	4	5
niedergeschlagen	1	2	3	4	5
wütend	1	2	3	4	5
angewidert	1	2	3	4	5
verachtungsvoll	1	2	3	4	5
erschreckt	1	2	3	4	5
gehemmt	1	2	3	4	5
reumütig	1	2	3	4	5
konzentriert	1	2	3	4	5
erfreut	1	2	3	4	5
erstaunt	1	2	3	4	5
traurig	1	2	3	4	5
ärgerlich	1	2	3	4	5
angeekelt	1	2	3	4	5
spöttisch	1	2	3	4	5
ängstlich	1	2	3	4	5
verschämt	1	2	3	4	5
schuldig	1	2	3	4	5
wach	1	2	3	4	5
fröhlich	1	2	3	4	5
verblüfft	1	2	3	4	5
entmutigt	1	2	3	4	5
zornig	1	2	3	4	5
abgestoßen	1	2	3	4	5
geringschätzend	1	2	3	4	5
furchtsam	1	2	3	4	5
verlegen	1	2	3	4	5
tadelnswert	1	2	3	4	5
müde	1	2	3	4	5
frustriert	1	2	3	4	5
aufgeregt	1	2	3	4	5
gelangweilt	1	2	3	4	5
einsam	1	2	3	4	5
glücklich	1	2	3	4	5
erschöpft	1	2	3	4	5
unentschlossen	1	2	3	4	5
angespannt	1	2	3	4	5

Sonstige Gefühle: _____

18. Wie wird die Gewichtsregulierung beendet? (z.B. Unterbrechung durch andere Personen, Bewußtwerden der Handlung, bestimmte Gedanken "Halt, Stop", unerwünschte Gefühle,...)

19. Welche Gedanken haben Sie nach der Gewichtsregulierung? (z.B. „Hoffentlich bin ich alles wieder los, was ich zu mir genommen habe“,...)

20. Haben Sie durch Ihre Gewichtsregulierung ein bestimmtes Ziel erreicht? (z.B. aufgenommene Kalorien wieder los geworden,...)

21. Welche Auswirkungen haben die gewichtsregulierenden Maßnahmen Ihrer Meinung nach auf Ihr alltägliches Leben? (z.B. nicht mit Freunden Essen gehen,...)

22. Welche Auswirkungen haben die gewichtsregulierenden Maßnahmen Ihrer Meinung nach auf Ihr zukünftiges Leben?

23. Was tun Sie, um Ihre Gewichtsveränderung zu verheimlichen? (z.B. weite Kleidung tragen,...)

24. Was würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie nicht mehr versuchen würden Ihr Gewicht zu regulieren?

25. Wie würde sich Ihre Beziehung zu anderen Menschen ändern, wenn Sie keine Maßnahmen zur Gewichtsregulation mehr einsetzen würden?

26. Fehlt Ihrer Meinung nach eine wichtige Fragestellung oder haben Sie sonstige Anmerkungen in bezug auf Ihre Erkrankung?

Anhang D

Eßstörung-Beschreibungs-Bogen-Auswertung

Situation – Externale Auslöser - bevor

Ist etwas bestimmtes vorgefallen, bevor Sie versucht haben eine Gewichtsregulation vorzunehmen? (z.B. ein Streit, in den Spiegel geschaut,...)

Streit mit Freund/Freundin: 8

Streß: 3

In den Spiegel geschaut: 3

Gedanken an den Ex-Freund: I

Sexuelle Annäherung durch den Partner: I

Überforderung: I

Hohe Anforderungen an sich selbst: I

Verlustängste: I

Bemerkung von Anderen über meine Figur: 2

Gefühl des Versagens: I

Kleidung zu eng: I

Freßattaken: I

Zu viel gegessen: I

Auf der Waage stehen: I

Nein: 3

Was haben Sie getan, bevor Sie eine Gewichtsregulation vorgenommen haben? (z.B. gegessen, gekocht, gelesen, geschlafen, unterhalten,...)

Viel gegessen: 11

Nachgedacht: I

Eingekauft: I

Ferngesehen: 2

Auf Party/Disco gewesen: I

Geschlafen: I

War aktiv: I

Gekocht: 3

Gelesen: 2

Unterhalten: I

Bin aufgewacht mit dem Gedanken es zu tun (ev. Träume als Auslöser): I

Schlechte Unterhaltung – Frust: I

Aufgehört zu essen: I

Verschieden: I

Mit welchen Personen hatten Sie Kontakt bevor Sie angefangen haben Ihr Gewicht zu regulieren (z.B. Mutter, Partner/in, Arbeitskollege,...) oder waren Sie allein?

Allein: 8
Partner/Freunde: 8
Familie: 7
Arbeitskollegen: 5
Verschieden: 2

Situation – Internale Auslöser – bevor

Gehen Ihnen bestimmte Gedanken durch den Kopf bevor Sie anfangen Ihr Gewicht zu regulieren? (z.B. an eine bestimmte Person, ein bestimmtes Ereignis,...)

Gedanken über die Figur: 4
Streitgespräche/Probleme: 1
Einsamkeit: 1
Denke an Menschen, die dünner sind als ich: 1
Denke an dicke Menschen: 1
Will beweisen, daß ich stark bin und abnehmen kann: 1
Gefühl bei Freunden/Verwandten nicht anzukommen: 1
Gedanken an meinen Ex-Partner: 1
Gedanken daran, wie ich das Gegessene wieder los werde: 1
Minderwertigkeitsgefühle: 1
Angst davor, nicht geliebt zu werden: 1
Möchte mein altes Gewicht wieder erreichen: 1
Was darf ich essen?: 1
Nein: 2

Haben Sie bestimmte Körperempfindungen, bevor Sie anfangen Ihr Gewicht zu regulieren? (z.B. Magenschmerzen, allgemeines Unbehagen,...)

Völlegefühl/Druck im Unterleib/Magenschmerzen: 12
Niedergeschlagenheit: 1
Herzrasen: 1
Unwohlsein: 4
Spannung/Druck im ganzen Körper: 2
Schmerzen: 1
Taubheitsgefühle: 1
Nervosität: 1
Panische Angst: 1
Schwerfälligkeit: 1
Nein: 3

Traten diese Empfindungen erst auf, nachdem Sie zum ersten Mal versuchten Ihr Gewicht zu regulieren?

Ja: 8

Keine Angaben: 4

Nein: 2

Verspüren Sie einen inneren Drang oder Impuls Ihr Gewicht zu regulieren? Wenn ja, wie äußert sich dieser Drang? (Gedanken, Gefühle,...)

Bitte beschreiben Sie dies in eigenen Worten.

Kontrolle über die Figur: 3

Ich fühle mich zu dick: 2

Fülle: I

Übelkeit: I

Essen muß raus: I

Nicht zunehmen wollen: I

Druck im Magen los werden: I

Einsam: I

Ich bin aggressiv: 2

Innere Leere füllen: I

Nur wenn ich abnehme bin ich etwas wert: I

Haß auf mich selbst: I

Gefühl nicht gemocht zu werden: I

Keine Lebensberechtigung haben: I

Dem Körper nichts gönnen, ihn hassen und bestrafen wollen: I

Körper nicht spüren wollen: I

Frust: I

Innere Unruhe: I

Ekel: I

Keine Angaben: I

Wie fühlen Sie sich **bevor** Sie eine Gewichtsregulation vornehmen? Kreuzen Sie bitte an, ob Sie sich in der angegebenen Weise gefühlt oder verhalten haben.

Sonstige Gefühle: Energie geladen, zielstrebig, gestreßt, aggressiv, unruhig, hektisch, ferngesteuert, Haß auf mich selbst, Angst vor dem „Danach“, Selbsthaß, Selbsterniedrigung

Situation – externale Auslöser – während

An welchem Ort befinden Sie sich, wenn Sie Ihr Gewicht regulieren? (z.B. Bad/Toilette, Küche, eigenes Zimmer,)

Bad/Toilette: 12

Küche: I

Eigenes Zimmer: I

Wald: I

Überall/kein bestimmter Ort: 3
Keine Angaben: 1

Sind Sie allein? Welche anderen Personen sind bei Ihnen?

Allein: 11
Freunde: 2
Familie: 2
Keine Angaben: 2

Benutzen Sie Hilfsmittel zur Gewichtsregulation?

Nein: 6
Abführmittel: 4
Finger: 2
Drogen/Alkohol: 1
Tees: 1
Manchmal verdorbene Lebensmittel: 1
Kaffee gegen Hungergefühl: 1
Erbrechen durch Salzwasser: 1
Keine Angaben: 1

Situation – internale Auslöser – während

Welche Gedanken gehen Ihnen während der Gewichtsregulation durch den Kopf?

Ich bin zu dick: 8
Zu viele Kalorien: 7
Ich will abnehmen: 2
War mal wieder zu schwach: 2
Mein Magen ist voll: 2
Kalorien zählen: 1
Warum kann ich nicht nichts essen?: 1
Ich bin häßlich: 1
Ich fühle mich eklig: 1
Ich kann so nicht leben: 1
Laßt mich alle in Ruhe: 1
Keine Angaben: 1

Sind Sie sich während der Gewichtsregulation Ihrer Handlung bewußt, oder sind Sie eher geistig abwesend?

	Trifft zu	Trifft nicht zu
Ich konzentriere mich auf die Gewichtsregulation und bin mir meiner Handlung bewußt.	11	4
Ich bin mir im Moment der Gewichtsregulation meiner Handlung nicht bewußt.	2	13
Ich schwanke zwischen bewußter und unbewußter Gewichtsregulation hin und her.	6	9
Wenn ich anfangs mein Gewicht zu regulieren, mache ich es unbewußt. Im Laufe der Zeit wird mir mein Handeln aber dann bewußt und ich konzentriere mich darauf.	6	9
Ich bin mir über mein Handeln bewußt, wenn ich anfangs mein Gewicht zu regulieren. Während der Gewichtsregulation schweife ich dann in Gedanken von der Handlung ab und konzentriere mich nicht mehr darauf.	5	10

Können Sie den geistigen Zustand, in dem Sie sich während der Gewichtsregulation befinden mit eigenen Worten näher beschreiben?

Befriedigung/Erlösung durch gewichtsregulierende Maßnahmen: 6

Ich weiß genau was ich tue: 2

Plane meist: I

Angst zu viele Kalorien aufgenommen zu haben und zuzunehmen: I

Gedanken kreisen nur um das Abnehmen: I

Ich kann meine Gedanken nicht kontrollieren: I

Trauer: I

Wut: I

Einsam: I

Schmutzig: I

Ekelig: I

Meist läuft es wie ferngesteuert ab: I

Ich sage mir immer ich tue es nie wieder: I

Verdränge und vergesse für einen Moment lang alles um mich herum: I

Nein: 2

Organismusvariable

Haben Sie bestimmte Körperempfindungen, bevor Sie anfangen Ihr Gewicht zu regulieren?

Völlegefühl/Druck im Unterleib/Magenschmerzen: 11

Unwohlsein: 4

Spannung/Druck im ganzen Körper: 2

Schwerfälligkeit: I

Niedergeschlagenheit: I

Herzrasen: I

Taubheitsgefühle: I

Schmerzen: I
Frust: I
Nervosität: I
Panische Angst: I
Nein: I
Keine Angaben: I

Traten diese Empfindungen erst auf, nachdem Sie zum ersten Mal versuchten Ihr Gewicht zu regulieren?

Ja: 8
Keine Angaben: 4
Nein: 2

Reaktion – Vorbereitung der Handlung

An welchem Ort befinden Sie sich, wenn Sie Ihr Gewicht regulieren?

Bad/Toilette: 11
Überall: 3
Manchmal eigenes Zimmer: I
Küche: I
Wald: I
Keine Angaben: I

Reaktion – Die Gewichtsregulation

Sind Sie allein? Welche anderen Personen sind bei Ihnen?

Allein: 11
Freunde: 2
Familie: 2
Keine Angaben: I

Wie häufig versuchen Sie Ihr Gewicht zu regulieren? (z.B. mehrmals täglich, einmal pro Woche,...)

Ständig: I
Mehrmals täglich: 5
1x täglich: I
Unterschiedlich, mehrmals am Tag bis 4 x die Woche: I
3-5x pro Woche: I
2-3x pro Woche: 3
Ein paar Mal im Monat: I
Keine Angaben: I

Was empfinden Sie körperlich, während Sie eine Gewichtsregulation vornehmen? (z.B. angenehmes Gefühl, Ekel, Schmerz,....)

Erleichterung/angenehmes Gefühl: 9
Ekel: 7
Schmerz: 4
Anstrengung/Erschöpfung: 3
Ärger über mich selbst: 2
Druck im Kopf: I
Haß: I
Trauer: I
Angenehmes Gefühl der Selbstkontrolle: I
Keine Angaben: I

Wie wird die Gewichtsregulierung beendet? (z.B. Unterbrechung durch andere Personen, Bewußtwerden der Handlung, bestimmte Gedanken "Halt, Stop", unerwünschte Gefühle,...)

Wenn ich alles erbrochen habe, höre ich auf: 6
Unterbrechung durch andere Personen: 6
Mangelnde Zeit: 3
Gedanken: „Es ist genug es reicht“: 2
Ablenkung: 2
Starkes, übermäßiges Essen: I
Einschlafen: I
Kann nicht mehr vor Erschöpfung: I
Kontrolle durch Waage: I
Keine Angaben: I

Konsequenzen – negativ

Wie reagiert Ihr Körper auf die Gewichtsregulation? (z.B. Übelkeit, Magenschmerzen, Erschöpfung,...)

Müdigkeit/Erschöpfung: 11
Kreislaufbeschwerden/Schwindel: 8
Magenschmerzen: 6
Halsschmerzen: 2
Übelkeit: 2
Schmerz: I
Hunger: I
Kopfschmerzen: I
Sodbrennen: I
Zittern: I
Ohnmachtsgefühle: I
Kribbeln in Gliedmaßen: I
Herzbeschwerden: I
Keine Angaben: I

Welche Gefühle haben Sie **nach** der Gewichtsregulierung?

Sonstige Gefühle: minderwertig, verabscheuenswert, schwach, bemitleidenswert, befreit, leer

Wie wird die Gewichtsregulierung beendet? (z.B. Unterbrechung durch andere Personen, Bewußtwerden der Handlung, bestimmte Gedanken "Halt, Stop", unerwünschte Gefühle,...)

Unterbrechung durch andere Personen: 6

Mangelnde Zeit: 2

Ablenkung: 2

Welche Auswirkungen haben die gewichtsregulierenden Maßnahmen Ihrer Meinung nach auf Ihr alltägliches Leben? (z.B. nicht mit Freunden Essen gehen,...)

Soziale Isolation: 6

Nimmt mir Lebensqualität: 5

Nicht Essen gehen: 2

Konzentration nur auf das Essen: 2

Verabredungen absagen müssen: 1

Keine Unternehmungen direkt nach dem Essen: 1

Keine Reisen / Tagesausflüge mit Freunden: 1

Beim auswärtigen Essen nur Salat: 1

Begeisterungslosigkeit: 1

Ich treibe viel Sport – sehr zeitaufwendig: 1

Sehnsucht nach Spaß: 1

Depression: 1

Probleme, eine Beziehung zu führen: 1

Schlafmangel: 1

Geldmangel: 1

Unkonzentriertes Arbeiten: 1

Kein Alkohol: 1

Lustlosigkeit: 1

Keine: 1

Was tun Sie, um Ihre Gewichtsveränderung zu verheimlichen? (z.B. weite Kleidung tragen,...)

Weite Kleidung: 10

Mehrere Kleidungsstücke übereinander: 1

Offenheit gegenüber Partner/Freunden: 1

Gewicht konstant halten: 1

Keine Berührungen/Umarmungen: 1

Keine hohen Schuhe: 1

Nicht schwimmen gehen: 1

Auf die Ermahnungen anderer Personen nicht reagieren: 1

Habe ich nie versucht: 1

Keine Angaben: 1

Konsequenzen – positiv

Was empfinden Sie körperlich, während Sie eine Gewichtsregulation vornehmen?

Erleichterung/angenehmes Gefühl: 9
Angenehmes Gefühl der Selbstkontrolle: I

Welche Gedanken haben Sie nach der Gewichtsregulation?

Ich bin stolz: I
Erleichterung: I
Keine Angaben: I

Haben Sie durch Ihre Gewichtsregulierung ein bestimmtes Ziel erreicht? (z.B. aufgenommene Kalorien wieder los geworden,...)

Mein Gewicht zu halten: 5
Erleichterung: 3
Abnehmen: 3
Ja: 2
Keine Angaben: 2
Kalorien los geworden: I
Habe meine Ruhe für eine bestimmte Zeit: I

Weiterer Einblick in die Konsequenzen der Gewichtsregulation

Welche Auswirkungen haben die gewichtsregulierenden Maßnahmen Ihrer Meinung nach auf Ihr zukünftiges Leben?

Hoffnung, bald gesund zu leben: 2
Gewichtsregulierende Maßnahmen werden mein Leben dominieren: 2
Einsamkeit: 2
Geldmangel: I
Schlafmangel: I
Probleme eine Beziehung zu führen: I
Soziale Isolation: I
Unkonzentriertes Arbeiten: I
Verabredungen absagen: I
Streßfreier leben: I
Gesundheitliche Probleme: I
Einschränkungen in vielen Lebenssituationen: I
Schnell gereizt, gestreßt, genervt sein: I
Wenn das so weitergeht möchte ich nicht mehr leben: I
Ich weiss nicht, wie es weitergehen soll: I
Ständig aufpassen, damit kein Rückfall kommt: I
Keine: I
Keine Ahnung: I
Keine Angaben: I

Was würde sich in Ihrem Leben verändern, wenn Sie nicht mehr versuchen würden Ihr Gewicht zu regulieren?

Streßfreier leben: 5

Hätte mehr Zeit für andere Dinge: 3

Mehr Lebensfreude: 2

Ich könnte mehr Sport treiben: 2

Dick sein: I

Mehr Freiheit im Kopf/Handeln: I

Mehr Kontakte: I

Mehr Mut/Stolz: I

Mehr Akzeptanz für meinen Körper: I

Mehr Ausgeglichenheit: I

Haß auf meinen Körper würde größer werden: I

Wählen einer anderen autodestruktiven Verhaltensweise: I

Hoffnung gesund zu sein: I

Halte mein Gewicht konstant: I

Wie würde sich Ihre Beziehung zu anderen Menschen ändern, wenn Sie keine Maßnahmen zur Gewichtsregulation mehr einsetzen würden?

Mehr Kontakte zulassen: 5

Ehrlichkeit/Offenheit: 4

Mehr Zeit für Andere/gemeinsame Aktivitäten: 2

Mehr Spontaneität: 2

Keine Auseinandersetzungen mehr: I

Flucht ins Erbrechen wäre vorbei: I

Gelassenheit: I

Normal essen können: I

Mehr Akzeptanz: I

Gefühle zeigen können: I

Wäre nicht mehr die „kleine Schwache“: I

Gar nicht: I

Keine Angaben: I

Fehlt Ihrer Meinung nach eine wichtige Fragestellung oder haben Sie sonstige Anmerkungen in bezug auf Ihre Erkrankung?

Führen einer Partnerschaft: 2

Essensmengen: 2

Vertuschen eines Freßanfalls: 2

Finanzielle Lage: 2

Fragen nach der Ursache der Erkrankung: 2

Benötigte Zeit für die gedankliche Auseinandersetzung mit dem Thema Essen: I

Individueller Leidensdruck: I

Die Fragen beziehen sich zu sehr auf BulimikerInnen: I

Wann kippt die Erkrankung und wird zur Sucht?: I

