

Problem gegessen?

Problemlösefähigkeiten von Patientinnen mit
Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung

Inauguraldissertation

zur Erlangung des akademischen Grades eines Doktors
der Philosophie (doctor philosophiae) der
Philosophischen Fakultät
der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

vorgelegt von

Thomas Reiningger

aus Lüdenscheid

Greifswald ANNO 2004

meiner geliebten Frau

Marianne

und meinen geliebten Kindern

Jan Lukas, Paul Johann und Lea Sophie

Tag der Disputation: 14.April 2005
Dekan der Philosophischen Fakultät:..... Prof. Dr. Manfred Bornwasser
Vorsitzende des Promotionsausschusses: Prof. Dr. Hannelore Weber
Erstgutachter: Prof. Dr. Alfons Hamm
Zweitgutachterin: Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier

Danksagung

Viele Menschen sind an dieser Dissertation direkt oder indirekt beteiligt gewesen, deren Namen ich an dieser Stelle in großer Dankbarkeit nennen möchte. Ohne sie wäre diese Arbeit und deren Abschluss nicht möglich gewesen:

Mein erster Dank soll an Frau Prof. Dr. Irmela Florin gerichtet sein. Sie hatte die ursprüngliche Idee zu dieser Studie. Leider verstarb sie 1998 an Krebs. Gerne würde ich erfahren, was sie zum Ergebnis sagt.

Ein großes Dankeschön sei an dieser Stelle meinen Betreuern Frau Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier (Bielefeld) und Herrn Prof. Dr. Alfons Hamm (Greifswald) gesagt. Sie standen mir als Anleiter mit fachlichem Rat zur Seite und haben mich immer wieder motiviert, das Forschungsvorhaben voran zu treiben und schließlich zu Ende zu führen.

Der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie (CDS) möchte ich danken für die logistischen Möglichkeiten, die ich im Rahmen meines Promotionsstipendiums nutzen durfte. Besonders möchte ich mich bei der Leiterin des Marburger Instituts der CDS Frau Dr. Monika Frank und allen Kollegen bzw. Kolleginnen bedanken, die immer ein offenes Ohr für mich hatten und mir wertvolle Rückmeldungen und Anregungen in den Forschungskolloquien und bei den Doktorandensymposien gaben. Ein ebenso besonderer Dank gilt allen Praktikanten des Instituts, die mich bei der Rekrutierung der Stichproben, der Datenerhebung und -eingabe unterstützt haben.

In diesem Zusammenhang möchte ich mich auch bei der Bulimie-Forschergruppe des Fachbereichs Psychologie der Phillips-Universität Marburg und beim BED-Projekt der CDS-Marburg unter der Leitung von Herrn Dr. Funke für die gute Zusammenarbeit und den wertvollen Erfahrungsaustausch bedanken.

Die Bereitschaft der 90 Patientinnen, trotz ihrer teilweise massiven krankheitsbedingten Einschränkungen an dieser Studie teilzunehmen, hat diese Arbeit erst ermöglicht. Ihnen gilt mein besonderer Dank verbunden mit der Hoffnung, dass ihnen allen mittlerer weile professionelle Hilfe zuteil wurde und sie ihre Erkrankungen überwinden konnten.

Auch ohne die wissenschaftliche, motivationale und soziale Unterstützung der Forschergruppe "Promovenden unterstützen Promovenden" (PUP) hätte diese Arbeit nicht realisiert werden können. Namentlich möchte ich mich ganz herzlich bedanken bei Herrn Dr. Markus Funke (Dresden), Herrn Dr. Torsten Eckardt (Marburg), Frau Dr. Anne-Katharina Witasch (Ulm), Frau Dr. Dörte Zickenheiner (Frankfurt), Herrn Dipl.-Psych. Andres Buchenau (Schwerte), Herrn Dipl.-Psych. Christoph Frenken (Oldenburg), Frau Rickie Ziegler (Berlin) und Frau Dipl.-Psych. Tania Lincoln (Marburg). Die gemeinsamen 34 Treffen im Zeitraum zwischen September 1999 und April 2001 haben immer wieder gezeigt, dass "gemeinsames" Promovieren selbst unter den widrigsten Umständen Spaß machen und zum Erfolg führen kann.

Last but not least möchte ich meiner Familie danken: Meiner Mutter Brigitte Werner, die mich immer in ihrer liebevollen Art unterstützt hat und meiner Schwester Andrea Werner-Zumbrägel, die mir bei den Übersetzungen zur Seite stand. Ein besonders herzlicher Dank gilt natürlich meiner Frau Marianne und meinen drei Kindern Jan Lukas, Paul Johann und Lea Sophie. Sie waren immer für mich da und haben mir in allen Höhen und Tiefen stets festen Halt gegeben. Es war nicht vergebens! Ihnen habe ich diese Arbeit gewidmet!

Inhalt

1	Einleitung	1
2	Theorie	4
2.1	Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung.....	4
2.1.1	Erscheinungsbild	4
2.1.2	Somatische Begleiterscheinungen	5
2.1.3	Klassifikation	6
2.1.4	Differentialdiagnostik	14
2.1.5	Epidemiologie	15
2.1.6	Komorbidität.....	16
2.1.7	Verlauf und Prognose.....	18
2.1.8	Risikofaktoren der Bulimia Nervosa bzw. der "Binge-Eating"-Störung	20
2.1.8.1	Genetische Faktoren.....	21
2.1.8.2	Serotonin-Mangelhypothese	22
2.1.8.3	Persönlichkeitsvariablen	24
2.1.8.4	Familiäre Interaktion und individuelle Lernerfahrung.....	26
2.1.8.5	Belastungen	27
2.1.8.6	Soziokulturelle Faktoren	30
2.1.8.7	Gezügelter Essstil und Diäten.....	32
2.1.8.8	Körperbildstörung.....	33
2.1.8.9	Affektregulation	35
2.1.8.10	Konditionierungseffekte.....	36
2.1.9	Das biopsychosoziale Modell der Bulimia Nervosa.....	37
2.2	Problemlösen	40
2.2.1	Grundlagen des Problemlösens	40
2.2.1.1	Problemlösen aus denkpsychologischer Sicht	40
2.2.1.2	Problemlösen aus klinisch-psychologischer Sicht	45
2.2.2	Erfassung von Problemlösefähigkeiten	49
2.2.2.1	Anforderungen an Verfahren zur Erfassung von Problemlösefähigkeiten.....	51
2.2.2.2	Gängige Verfahren zur Erfassung von Problemlösefähigkeiten.....	52
2.2.3	Problemlösefähigkeiten in klinischen Stichproben	53
2.2.3.1	Problemlösedefizite bei Patientinnen mit Essstörungen.....	53
2.2.3.2	Problemlösedefizite bei anderen psychischen Erkrankungen.....	58
2.2.3.3	Problemlösedefizite und Depression	60
3	Fragestellung	61
3.1	Operationalisierung.....	63
3.2	Hypothesen.....	65
3.2.1	Gruppenvergleiche hinsichtlich der Problemlösemaße	65
3.2.2	Multivariate Zusammenhänge von Problemlösemaßen und klinischen Kennwerten.....	67
4	Methoden	70
4.1	Rekrutierung der Stichproben	70
4.2	Verwendete Messinstrumente	71
4.2.1	Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS/Mini-DIPS)	71
4.2.2	Fragebogen zum Essverhalten (FEV)	72
4.2.3	Eating-Disorder-Inventary (EDI)	72
4.2.4	State-Trait-Angstinventar (STAI)	73

4.2.5	Fear-Questionnaire (FQ)	73
4.2.6	Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)	74
4.2.7	Beck-Depressions-Inventar (BDI)	74
4.2.8	Visuelle Analogskalen (VAS)	74
4.3	Beschreibung der Stichproben	75
4.3.1	Soziodemographische Merkmale der Probandinnen	75
4.3.2	Klinische Merkmale der Probandinnen	77
4.3.2.1	Diagnosen	77
4.3.2.2	Essstörungsspezifische Fragebogendaten	78
4.3.2.3	Angstspezifische Fragebogendaten und Depressionsgrad	80
4.3.3	Visuelle Analogskalen zur Befindlichkeitsmessung vor und nach der Untersuchung	81
4.4	Verwendete Verfahren zur Hypothesentestung	83
4.4.1	Problem-Solving-Inventory (PSI)	84
4.4.1.1	Beschreibung des Verfahrens	84
4.4.1.2	Konstruktion	84
4.4.1.3	Reliabilität	85
4.4.1.4	Validität	85
4.4.1.5	Zusammenfassende Bewertung	88
4.4.2	Social-Problem-Solving-Inventory-revised (SPSI-R)	88
4.4.2.1	Beschreibung des Verfahrens	88
4.4.2.2	Konstruktion	89
4.4.2.3	Reliabilität	90
4.4.2.4	Validität	90
4.4.2.5	Zusammenfassende Bewertung	92
4.4.3	Means-End-Problemsolving-Procedure (MEPS)	92
4.4.3.1	Beschreibung des Verfahrens	92
4.4.3.2	Konstruktion	94
4.4.3.3	Reliabilität	95
4.4.3.4	Validität	95
4.4.3.5	Zusammenfassende Bewertung	96
4.4.4	Inventar Interpersonaler Probleme (IIP)	97
4.4.4.1	Beschreibung des Verfahrens	97
4.4.4.2	Konstruktion	98
4.4.4.3	Reliabilität	99
4.4.4.4	Validität	100
4.4.4.5	Zusammenfassende Bewertung	102
4.4.5	Kontroll- bzw. Störvariablen	102
4.4.5.1	Depressivität	102
4.4.5.2	Alter	103
4.5	Versuchsdurchführung	103
4.6	Statistische Auswertung	104
4.6.1	Gruppenvergleiche	105
4.6.2	Multivariate Analysen	105
5	Ergebnisse	106
5.1	Gruppenvergleiche hinsichtlich der Problemlösemaße	106
5.1.1	Voraussetzungen der Varianzanalysen	106
5.1.2	Ergebnisse der MANOVA	106
5.1.3	Ergebnisse der Gruppenvergleiche im PSI-Gesamtwert	107
5.1.4	Ergebnisse der Gruppenvergleiche im SPSI-R-Gesamtwert	109
5.1.5	Ergebnisse der Gruppenvergleiche im MEPS-Gesamtwert "Mittel"	111

5.1.6	Ergebnisse der Gruppenvergleiche im MEPS-Gesamtwert "Ziele".....	114
5.1.7	Ergebnisse der Gruppenvergleiche im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"	116
5.1.8	Ergebnisse der Gruppenvergleiche im IIP-Gesamtwert.....	118
5.1.9	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	121
5.2	Multivariate Zusammenhänge von Problemlösemaßen und klinischen Kenn- werten	121
5.2.1	Problemlösemaße und FEV-Gesamtmittelwert	121
5.2.2	Problemlösemaße und EDI-Gesamtmittelwert	123
5.2.3	Problemlösemaße und STAI-Trait-Wert	124
5.2.4	Problemlösemaße und Komorbidität	126
5.2.5	Problemlösemaße und BDI	127
5.2.6	Zusammenfassung der Ergebnisse.....	129
6	Diskussion.....	130
6.1	Diskussion der Ergebnisse	130
6.2	Implikationen für die Nosologie von Essstörungen.....	134
6.3	Kritik des Vorgehens.....	135
6.4	Implikationen für die Praxis.....	136
6.5	Forschungsausblick	138
7	Zusammenfassung	141
8	Literaturverzeichnis	142
9	Anhang.....	177
9.1	Visuelle Analogskalen (VAS)	178
9.2	Problem-Solving-Inventory (PSI)	179
9.3	Social-Problem-Solving-Inventory (SPSI-R)	182
9.4	Means-End-Problemsolving-Procedure (MEPS, EPS, KON)	186
9.5	Regressionsparameter.....	193

1 Einleitung

Am Anfang von Forschungsvorhaben stehen meist ungeklärte Fragen verbunden mit dem Wunsch, befriedigende Antworten zu finden. So beginnt auch der Titel dieser Arbeit mit einer Frage. Die umgangssprachliche Redewendung, ob das Problem gegessen sei stellt einen Zusammenhang her zwischen Problemen und der Nahrungsaufnahme. Ein Problem ist "gegessen", wenn eine Lösung gefunden wurde, es sich in Auflösung befindet und von den Enzymen des Verdauungstraktes in seine verwertbaren Bestandteile zerlegt wird. Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung stellen zwei Erkrankungssyndrome dar, bei denen normale Mahlzeiten wie auch Essanfälle von den Betroffenen als höchst problematisch erlebt werden, also Essen selbst das Problem *ist*. Der klinische Alltag in Behandlungseinrichtungen zeigt, dass Patientinnen neben der als unüberwindlich empfundenen Esssymptomatik häufig mit einer Fülle anderer Probleme (meist interpersoneller Art) belastet sind und ihnen ebenso hilflos gegenüber stehen, wie der Steuerung des Essverhaltens. Auch die Vielzahl von medizinischen Komplikationen und die hohen Komorbiditätsraten mit anderen psychischen Erkrankungen machen deutlich, dass wir es mit einem schweren Störungsbild zu tun haben, welches in der weiblichen Bevölkerung sehr häufig auftritt und im Zuge steigender Prävalenzraten in den industrialisierten Ländern gesundheitspolitisch ein sehr ernst zu nehmendes Problem darstellt.

Obwohl es sich bei Bulimia Nervosa und erst recht bei "Binge-Eating"-Störung noch um recht "junge" Störungsbilder handelt, gibt es eine Fülle von störungsspezifischen Forschungsbefunden in der Grundlagenforschung. Viele unterschiedliche Modellvorstellungen und Therapieansätze wurden in der anwendungsorientierten Forschung entwickelt und überprüft. Die Befundlage ist keineswegs einheitlich. Auch wenn die meisten Störungsmodelle zur Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung multifaktoriell konzipiert sind, d.h. von einer engen und wechselseitigen Verknüpfung einer Vielzahl somatischer, psychologischer und sozialer Faktoren ausgehen und auch die meisten kognitiv-behavioralen Behandlungsansätze aus diesen Modellvorstellungen hervorgegangen sind, so ist man dennoch von einer einheitlichen und als gesichert geltenden Konzeption und Modellvorstellung der Bulimia Nervosa bzw. "Binge-Eating"-Störung weit entfernt. Viele Zusammenhänge und zahllose Detailfragen sind noch vollständig ungeklärt.

Spätestens seit der vielzitierten 'kognitiven Wende' (vgl. MAHONEY, 1974) der akademischen Psychologie beschäftigt sich auch die Klinische Psychologie mit dem Konzept des Problemlösens. Das therapeutische Problemlösen ist Bestandteil des Methodenkanons kognitiv orientierter Psychotherapie. So verwundert es nicht, dass auch in den aktuellen Störungsmodellen von Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung Problemlösefähigkeiten bzw. Problemlösedefizite als auslösende oder aufrechterhaltende Faktoren in unterschiedlicher Gewichtung berücksichtigt werden. In den daraus entwickelten Behandlungsansätzen spielt die Analyse von (sozialen) Problemen sowie Problemlösetrainings eine modulare, teilweise auch übergeordnete Rolle. Die Erfolgsquoten der Therapiestudien gängiger Therapieverfahren in Verbindung mit den klinischen Beobachtungen stützen die Annahme von Problemlösedefiziten bei essgestörten Patientinnen, ohne dass jedoch ausreichende Befunde und somit valide Erkenntnisse zu dieser Persönlichkeitsvariable vorliegen würden.

Sowohl beim forschungsorientierten Praktiker als auch beim praxisorientierten Forscher ergibt sich aus diesem Tatbestand ein Unbehagen, welches nachhaltig nur durch eine wissenschaftliche Überprüfung der Annahmen ausgeräumt werden kann. Die nachfolgende Studie will daher der Frage nachgehen, ob sich Problemlösedefizite bei Bulimie- bzw. BED-Patientinnen tatsächlich auch empirisch nachweisen lassen und, sofern dies der Fall ist, ob es sich hierbei um ein störungsspezifisches oder aber um ein störungsunspezifisches Phänomen handelt und welche Zusammenhänge zum Depressionsgrad bestehen. Die Befunde sollen neben einer weiteren Elaboration der Krankheitsmodelle auch Erkenntnisse für die Behandlungspraxis generieren.

Diese Dissertationsschrift ist folgendermaßen gegliedert: Zunächst wird das klinische Bild der Bulimia Nervosa bzw. "Binge-Eating"-Störung dargestellt. Hierbei soll der aktuelle Forschungsstand sowohl zu Risikofaktoren als auch zu den existierenden Modellvorstellungen der Erkrankungen herausgearbeitet werden. Gefolgt wird diese Darstellung von einer Konzeptualisierung des Problemlösens und dessen Einordnung in die Klinische Psychologie. Die gängigsten Messinstrumente finden Erwähnung und die verfügbaren Befunde zu Problemlösefähigkeiten von Essgestörten sollen überblicksartig dargestellt und durch Befunde aus anderen klinischen Stichproben ergänzt werden. Aus dem bis dahin Dargestellten wird dann die Fragestellung entwickelt und in eine Operationalisierung überführt, die eine Begründung der Instrumentenauswahl beinhaltet und die verwendeten Verfahren charakterisiert. Die Ergebnisse der statistischen

Analysen werden im Anschluss daran vorgestellt. In einem letzten Schritt sollen dann diese Ergebnisse auf dem Hintergrund schon vorliegender Befunde diskutiert, das Vorgehen einer Kritik unterzogen und Implikationen für die Ätiologie und Behandlungspraxis von Essstörungen erörtert werden. Den Abschluss bildet ein Forschungsausblick.

2 Theorie

2.1 Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung

2.1.1 Erscheinungsbild

Der Begriff Bulimia ist aus den beiden griechischen Worten *bous* = Stier, Ochse und *limos* = Hunger zusammengesetzt und bezeichnet ein Verhalten, welches schon seit der Antike bekannt ist (ZIOLKO, 1985). Beispielsweise berichteten die Philosophen SENECA und PLUTARCH von römischen Festgelagen, bei denen große Nahrungsmengen verspeist und selbstinduziert erbrochen wurden, um anschließend weiter essen zu können: *"Sie speien, um zu fressen, sie fressen um zu speien und die Genüsse, die sie auf der ganzen Welt zusammen suchen, geruhen sie nicht einmal zu verdauen"* (SENECA zitiert nach FINK, 1995, S. 307). Bei diesen Schilderungen handelt es sich offensichtlich nicht um pathologisches Verhalten im engeren Sinne. In Antike und Mittelalter finden sich jedoch bereits Darstellungen vom sogenannten "Hunds-Hunger" als ein Wechsel von un-menschlicher Nahrungsgier mit sich anschließendem Erbrechen und Fasten, welcher als "krankhaft" beurteilt wurde (ZIOLKO 1985, 1996) und sich von den genussorientierten Festgelagen der Römer deutlich unterscheidet. Betroffene erleben diese Verhaltensweisen als unausweichlich verbunden mit großer Angst, zu dick zu werden und starken Scham- und Schuldgefühlen.

Bulimia Nervosa wurde erst Mitte der 70er Jahre als eigenständiges nosologisches Krankheitsbild in Abgrenzung zur Anorexia Nervosa ausführlich und systematisch beschrieben (vgl. BOSKIND-LODAHL, 1976, RUSSELL 1979). Als eigenständige diagnostische Kategorie wurde sie 1980 in die dritte Auflage des "Diagnostischen und Statistischen Manuals für Psychische Störungen (DSM-III, APA, 1980) aufgenommen und 1987 unter der Bezeichnung Bulimia Nervosa genauer spezifiziert. Seither ist sie Gegenstand reger Forschungstätigkeit und fester Bestandteil des klinisch-psychologischen Behandlungsalltags. Das folgende Fallbeispiel aus der eigenen Praxis soll exemplarisch einige zentrale Symptome der Bulimia Nervosa veranschaulichen:

Frau M., 18 Jahre alt, fand sich schon immer zu dick, vor allem ihre Beine und ihren Bauch, obwohl sie normalgewichtig ist. Mit 14 begann sie das erste mal, auf alle Süßigkeiten zu verzichten. Dies gelang ihr überraschend leicht und bald hatte sie fünf Kilo abgenommen. Für ihre "neue schlanke Figur" bekam sie Anerkennung von Mitschülern und ihren Eltern. Dadurch ermutigt nahm Frau M. zunehmend kleinere Mahlzeiten zu sich oder ließ sie ganz ausfallen. Sie verlor zwar weiter an Gewicht, fand ihren Bauch aber immer noch zu dick. Bald aß sie nur noch einen fettarmen Joghurt, eine Orange und ein paar Knäckebrote am Tag. Ihren ersten Essanfall hatte Frau M auf einer Feier. Zu diesem Anlass trug sie ein bauchnabelfreies Oberteil und war sehr stolz auf ihre Schlankeheit. Leider hatte sie sich zuvor mit ihrem

Freund gestritten, war ziemlich sauer auf ihn und fühlte sich sehr unwohl. Sofort sah sie das leckere Büfett und erlaubte sich, eine Kleinigkeit davon zu essen. Es schmeckte wunderbar. Kaum hatte sie angefangen, wurde ihr Verlangen nach Nahrung immer größer, und sie verschlang unauffällig aber schnell mehrere größere Portionen. Danach geriet sie in Panik. Sie hatte das Gefühl, total aufgeschwemmt zu sein, rannte auf die Toilette, steckte den Finger in den Hals und erbrach alles. Sofort fühlte sie sich wieder leicht und schlank und dachte, dies sei ein einmaliger "Ausrutscher" gewesen. Doch von da an schlichen sich die Essanfälle und das Erbrechen langsam in ihr Leben ein. Mittlerer weile lässt Frau M. Frühstück und Mittagessen ausfallen. Jeden Abend kommt es dann zu Essanfällen, bei denen sie sich heimlich innerhalb kürzester Zeit mit großen Mengen von Süßigkeiten, Eiscreme, Nudeln oder Joghurt voll stopft. Getrieben von der Angst vor einer Gewichtszunahme und der Vorstellung, sie könne jetzt dick werden, erbricht sie sich anschließend. Erst wenn sie fast alles wieder erbrochen hat, fühlt sie sich erleichtert. Völlig erschöpft und mit schmerzender Speiseröhre schläft sie dann ein, um am nächsten morgen niedergeschlagen und mit Schuldgefühlen auf zu wachen. Sie nimmt sich immer wieder vor, an diesem Tag sehr wenig zu essen, doch am Abend setzt sich der Automatismus wieder in Gang.

Obwohl STUNKARD schon 1959 in Fallberichten die Symptomatik von Essanfällen *ohne* kompensatorische Verhaltensweisen schilderte, wurde die Fachöffentlichkeit erst Anfang der 90er Jahre im Rahmen von US-amerikanischen Feldstudien zu Gewichtsreduktionsprogrammen auf die Problematik von "binges" oder "binge eating" (*ohne* Gegenmaßnahmen) aufmerksam. In einer ersten empirischen Beschreibung wurde das Syndrom als "Binge-Eating-Disorder" (BED) bezeichnet. Die "Binge-Eating"-Störung als kodierbares Krankheitsbild erschien erstmals in der vierten Auflage des DSM (DSM-IV, APA 1994) im Sinne einer Forschungsdiagnose unter den nicht näher bezeichneten (atypischen) Essstörungen. Das folgende Fallbeispiel aus der eigenen Praxis soll exemplarisch einige zentrale Symptome der "Binge-Eating"-Störung veranschaulichen:

Frau B., 38 Jahre alt, hat schon viele Anstrengungen unternommen, ihr Übergewicht zu verlieren. Keine Diät hat etwas genützt. Seit fünf Jahren hat sie es aufgegeben, aber sie findet sich nach wie vor sehr dick und leidet stark unter den täglich auftretenden Essanfällen. Meistens passiert es, wenn sie mit Ihrer Familie bei einer Mahlzeit sitzt und es zu Diskussionen oder Streit kommt. Ihr Sohn hat zur Zeit starke Schulprobleme, die immer wieder Thema sind. Das mache sie so traurig und hilflos, dass sie einfach nicht mehr aufhören könne zu essen, auch wenn sie schon lange nicht mehr hungrig sei. Weil es ihr sehr unangenehm wäre, wenn Kinder und Mann mitbekämen, wie viel sie in sich hinein stopfe, ziehe sie sich dann häufig in ihr Zimmer zurück, wo sie heimlich weiter esse ohne dies stoppen zu können. Sie käme erst wieder zu sich, wenn alles aufgegessen sei oder sie sich so unwohl fühle, dass sie sich kaum noch bewegen könne. Dann mache sie sich große Vorwürfe. In der Nacht schlafe sie sehr schlecht und meistens nehme sie sich dann am nächsten Morgen fest vor, an diesem Tag nicht wieder die Kontrolle über das Essen zu verliegen. Leider vergeblich. Mittlerweile traue sie sich gar keine Disziplin mehr zu, ihr Gewicht oder ihr Leben in den Griff zu bekommen. Auch sehe sie sich zur Zeit nicht in der Lage, wieder einen Beruf zu ergreifen und tagelang traue sie sich nicht auf die Straße aus Scham über die eigene als abstoßend wahrgenommene Erscheinung.

2.1.2 Somatische Begleiterscheinungen

Essanfälle und gewichtsregulierenden Maßnahmen können zu zahlreichen medizinischen Komplikationen bzw. körperlichen Folgeschäden führen, die über-

blicksartig für Bulimia Nervosa bei GOEBEL (1991) dargestellt sind. Beispiele hierfür sind Verletzungen der Extremitäten durch Auslösung des Würgereflexes (RUSSELL, 1979), Entzündung der Speiseröhre, Schwellungen der Speicheldrüse und Schädigungen des Zahnschmelzes durch häufiges Erbrechen (MITCHELL HATSUKAMI, PYLE & ECKERT, 1986; MITCHELL, POMEROY & ADSON, 1997; RUSSELL, 1989), Elektrolytverschiebungen, die zu Herzarrhythmien und Muskelspasmen führen können (RUSSELL, 1979, 1989) oder Störungen des Menstruationszyklus (PIRKE, ECKERT, OFERS & GOEBEL, 1989). Viele Bulimikerinnen leiden außerdem an vegetativen Beschwerden wie Kopfschmerzen, Schwindel- und Schwächegefühlen sowie Magen-Darbeschwerden (ABRAHAM & BEAUMONT, 1982).

2.1.3 Klassifikation

In der zehnten Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10, DILLING, MOMBAUR, SCHMIDT & SCHULTE-MARKWORT, 2000¹) wird Bulimia Nervosa folgendermaßen definiert, wobei aufgrund der besseren Operationalisierung hier in Tabelle 2.1 die Diagnosekriterien für Forschung und Praxis (DILLING, MOMBAUR, SCHMIDT & SCHULTE-MARKWORT, 2000²) dargestellt werden:

Tabelle 2.1: Diagnostische Kriterien für Bulimia Nervosa entsprechend dem Klassifikationssystem ICD-10 (DILLING et al. 2000²)

F50.2 Bulimia Nervosa
<p>A.) Häufige Episoden von Fressattacken (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche), bei denen große Mengen von Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden</p> <p>B.) Andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen.</p> <p>C.) Die Patienten versuchen, der Gewichtszunahme durch die Nahrung mit einer oder mehrerer der folgenden Verhaltensweisen entgegenzusteuern:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) selbst induziertes Erbrechen (2) Missbrauch von Abführmitteln (3) zeitweilige Hungerperioden (4) Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen. <p>D.) Selbstwahrnehmung als "zu fett", mit einer sich aufdrängenden Furcht zu dick zu werden (was meist zu Untergewicht führt).</p>

Die Kernmerkmale der Erkrankung werden hier durch Episoden von Fressattacken, einer andauernden Beschäftigung mit Essen, der Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen wie z.B. Erbrechen und einer Selbstwahrnehmung als zu fett bzw. der Angst zu dick zu werden beschrieben. Ähnliche Diagnosekriterien der Bulimia Nervosa werden in der vierten Auflage des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen DSM-IV (APA, 1994) beschrieben, welches von SAß, WITTCHEN und ZAUDIG (1994) übersetzt wurde. Die

nachfolgende Tabelle 2.2 stellt die Diagnosekriterien der Bulimia Nervosa und die Forschungskriterien der "Binge-Eating"-Störung gegenüber.

Tabelle 2.2: Diagnostische Kriterien für Bulimia Nervosa und Forschungskriterien der "Binge-Eating"-Störung (als nicht näher bezeichnete Essstörung) entsprechend dem Klassifikationssystem DSM-IV (APA, 1994; SAß et al., 1994)

307.51 Bulimia Nervosa	307.50 "Binge-Eating"-Störung
<p>A.) Wiederholte Episoden von "Fressattacken". Eine "Fressattacken"-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von zwei Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. (2) Das Gefühl, während der Episoden die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über die Art und Menge der Nahrung zu haben). 	
<p>B₁.) Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung</p> <p>C₁.) Die "Fressattacken" und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang mindestens zwei mal pro Woche vor.</p> <p>D₁.) Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung</p> <p>E₁.) Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf</p> <p>Subtypen der Bulimia Nervosa:</p> <p>"Purging"-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa regelmäßig Erbrechen oder missbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.</p> <p>"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.</p>	<p>B₂.) Die Episoden von "Fressanfällen" treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:</p> <ol style="list-style-type: none"> (1) wesentlich schneller essen, als normal (2) essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl (3) essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt, (4) alleine esse aus Verlegenheit über die Menge, die man isst, (5) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder große Schuldgefühle nach dem übermäßigen Essen <p>C₂.) Es besteht deutliches Leiden wegen der "Fressanfälle".</p> <p>D₂.) Die "Fressanfälle" treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen in der Woche für 6 Monate auf</p> <p>E₂.) Die "Fressanfälle" gehen nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z.B. "Purging"-Verhalten, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung), und sie treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa auf.</p>

Trotz weitestgehender Synchronisierung von ICD-10- und DSM-IV-Diagnosekriterien fallen einige Unterschiede auf. So werden in der ICD-10 Essattacken nicht näher spezifiziert, wohingegen im DSM-IV das Erleben von Kontrollverlust

als wichtiges Merkmal hervorgehoben wird. In der ICD-10 wird von einer Selbstwahrnehmung als zu "fett" und einer sich aufdrängenden Furcht zu dick zu werden gesprochen, während das DSM-IV allgemeiner von einem übermäßigen Einfluss von Figur und Gewicht auf die Selbstbewertung spricht. Im DSM-IV werden außerdem Subtypen der Bulimia Nervosa unterschieden und zusätzlich Forschungskriterien der "Binge-Eating"-Störung genannt, welche eine Diagnosestellung ermöglichen, die nach ICD-10 nicht möglich ist. In der vorliegenden Studie wurde daher das DSM-IV verwendet. Die Diagnosekriterien und dazugehörige Forschungsbefunde sollen nun näher erläutert werden:

Das Hauptmerkmal sowohl der Bulimia Nervosa als auch der "Binge-Eating"-Störung sind nach DSM-IV episodisch auftretende Essanfälle, bei denen die Patientinnen in einem bestimmten Zeitraum erheblich mehr Nahrungsmittel zu sich nehmen, als andere Menschen in einer vergleichbaren Situation verbunden mit dem subjektiven Gefühl, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (Kriterium A).

Bei der genaueren Untersuchung von Essanfällen bei Bulimikerinnen fand man eine enorme Variabilität in der Menge der aufgenommenen Nahrung, die pro Essanfall zwischen 45 kcal und 8400 kcal schwankte und im Mittel 1400 kcal betrug (ROSEN, LEITENBERG, FISHER & KHAZAM, 1986; DAVIS, FREEMAN & GARNER, 1988; GLEAVES, WILLIAMSON & BARKER, 1993; JANSEN, VAN DEN HOUT & GRIEZ, 1990; ROSSITER & AGRAS, 1990). Eine Studie fand sogar Angaben von bis zu 11500 kcal pro Essanfall (MITCHELL et al., 1986). Die meisten Essanfälle sind jedoch in einem mittleren Kalorienbereich anzusiedeln (ROSEN et al., 1986; ROSSITER & AGRAS, 1990; WOELL, FICHTER, PIRKE & WOLFRAM, 1989). Die Menge der Kalorien, die während eines Essanfalls verzehrt werden, scheint außerdem im Zusammenhang mit der Möglichkeit zu stehen, anschließend erbrechen zu können (WELTZIN, HSU, POLLICE, & KAYE, 1991; KAYE, WELTZIN, HSU & MCCONAHA, 1993; DAVIS et al., 1988). Die großen Unterschiede zwischen den Patientinnen aber auch innerhalb der Symptomatik (kleine und große Essanfälle) haben Forscher dazu veranlasst, von subjektiven (wenn die Nahrungsmenge sehr klein ist, z.B. ein Apfel) und objektiven Essanfällen (wenn die Nahrungsmenge sehr groß ist) zu sprechen. Alle Versuche, einen Grenzwert für diese Unterscheidung zu finden, scheiterten jedoch. So kommen z.B. PRATT, NIEGO und AGRAS (1998) zu dem Schluss, dass eine Unterteilung von subjektiven und objektiven Essanfällen durch die absolute Menge der gegessenen Nahrungsmenge sehr schwierig und damit auch das Kriterium A(1) des DSM-IV "large amount

of food" diskussionswürdig bleibt. Die Befunde legen nahe, dass das bedeutendere Kriterium dafür, ob ein Essanfall stattfand oder nicht darin besteht, wie die Person selbst die Episode wahrgenommen hat (FAIRBURN & GARNER, 1986; TELCH, AGRAS, ROSSITER, WIFLEY & KENDARDY, 1990). Das subjektive Gefühl des Verlustes von Kontrolle über die Art und Menge der aufgenommenen Nahrung wird im Kriterium A(2) als zentrales Kennzeichen von Essanfällen kodiert. NIEGO, PRATT und AGRAS (1997) konnten in einer Studie zeigen, dass die Schwere der Essanfälle durch den erlebten Kontrollverlust der Patientinnen determiniert ist. Bis zu einer Revision des DSM-IV bleibt jedoch die Definition einer "Fressattacke" durch die große Nahrungsmenge und das Gefühl des Kontrollverlusts bestehen. Essanfälle erfolgen nach FAIRBURN (1991) meist im Geheimen und sind für die Betroffenen eine Quelle des Ekels und der Beschämung. Eher selten sind bei Bulimikerinnen längerfristig geplante Essanfälle, die auch als lustvoll erlebt werden (BRAND-JACOBI, 1984).

Während eines Essanfalls werden meist Nahrungsmittel konsumiert, die hochkalorisch, leicht essbar sind, keine aufwendige Zubereitung benötigen (LAESSLE & PIRKE, 1997) und die nach PAUL, MEYER und PUDEL (1987) zu den "verbotenen" Lebensmitteln zählen, das heißt zu denen, die außerhalb der Essanfälle aus diätetischen Gründen vermieden werden (ABRAHAM & BEAUMONT, 1982; MITCHEL, HATSUKAMI, ECKERT & PYLE, 1985; KISSILEFF, WALSH, KRAL & CASSIDY, 1986; KAYE, GWIRTSMAN, GEORGE & WEISS, 1986).

Die Häufigkeit von Essanfällen variiert ebenso stark. Angaben von Patientinnen reichen von zwei mal wöchentlich (gemäß dem Kriterium C₁) bis hin zu vierzig mal täglich, wobei die meisten Bulimikerinnen (ca. 50%) einen Essanfall pro Tag erleben (COOPER, MORRISON, BIGMAN, ABRAMOWITZ, LEWIN & KRENER, 1988; DAVIS et al., 1988; MITCHELL et al., 1986). Zur Erfüllung des Zeitkriteriums müssen mindestens zwei Essanfälle (inkl. Gegenmaßnahmen) über einen Zeitraum von drei Monaten auftreten. Dabei dauert ein Essanfall durchschnittlich 1 bis 1½ Stunden, wobei auch von Essanfällen berichtet wird, die sich über einen ganzen Tag erstrecken (LAESSLE & PIRKE, 1997).

Beendet werden Essanfälle bei Patientinnen mit Bulimia Nervosa gewöhnlich durch Gegenmaßnahmen, die die Folgen der übermäßigen Nahrungsaufnahme kompensieren sollen (Kriterium B₁). Es können jedoch zwischen dem ersten Auftreten von Essanfällen und dem Einsetzen von Gegenmaßnahmen u.U. mehrere Jahre liegen (FAIRBURN & COOPER, 1983; JOHNSON & LARSON, 1982; WEISS & EBERT, 1983). Studien von MITCHELL, PYLE und FLETSCHER (1991) und

JOHNSON und LARSON (1982) zeigen, dass 81% bis 94% der Bulimikerinnen angeben, nach Essanfällen selbstinduziertes Erbrechen einzusetzen, um so einen befürchteten Gewichtsanstieg zu vermeiden. 50% der Bulimikerinnen erbricht täglich. Man spricht in diesen Fällen von Bulimia Nervosa des "Purging"-Typus. Während zu Beginn der Erkrankung von einigen Bulimikerinnen Brechhilfen wie Flüssigkeiten, Medikamente oder Gegenstände, die in den Hals gesteckt werden, benutzt werden, läuft mit zunehmender Erkrankungsdauer das Erbrechen nahezu automatisch ab (DIEDRICHSEN, 1990; WAADT, LAESSLE & PIRKE, 1992). Patientinnen setzen auch andere Maßnahmen zur Gewichtsregulation ein, wie Laxantien und Diuretika (Abusus bei ca. 20-50% der Bulimikerinnen, MITCHELL & ECKERT, 1987; MITCHELL, PYLE & ECKERT, 1981) bzw. längere Diät- oder Fastenperioden (nach PUDEL & WESTENHÖFER, 1991, die wesentlichste Maßnahme der Gewichtskontrolle) oder intensive sportliche Betätigung (FAIRBURN & COOPER, 1984; RUSSELL, 1989). Liegen diese Arten von Gegenmaßnahmen ohne den Einsatz von Erbrechen, Laxantien oder Diuretika vor, spricht man von Bulimia Nervosa des "Nicht-Purging"-Typus.

Ein weiteres zentrales Merkmal der Bulimia Nervosa, welches durch Kriterium D₁ kodiert wird, besteht aus einer extremen Angst vor Gewichtszunahme ("weight phobia") und einer andauernden und übertriebenen Wichtignahme bzw. Beschäftigung mit Gewicht und Figur (FAIRBURN & COOPER, 1984; RUSSELL, 1979 & 1989). Obwohl Bulimikerinnen in der Regel normalgewichtig sind, empfinden sie ihren Körper häufig als zu dick, verbunden mit dem starken Wunsch, einem extremem Schlankheitsideal zu entsprechen (HERMAN & POLIVY, 1988). So wiegen sich bspw. viele Patientinnen mehrmals täglich oder überprüfen besonders häufig ihre Figur im Spiegel. Da Gewicht und Figur/Aussehen eine zentrale Bedeutung für das Selbstwertgefühl und die Selbstsicherheit der Patientinnen haben (BRAND-JACOBI, 1984; PALMER, 1987), sind sie hochsensibel gegenüber Veränderungen ihres Gewichts: Schon eine geringfügige Gewichtszunahme kann die Stimmung massiv beeinträchtigen. Daher kommt im klinischen Alltag auch das entgegengesetzte Verhalten bei Patientinnen vor, nämlich dass sie jegliche Rückmeldungen über ihr Gewicht oder ihr Aussehen strikt vermeiden, indem sie sich z.B. nie wiegen, jeglichen Blick in den Spiegel ängstlich scheuen oder sogar im Dunkeln duschen (FAIRBURN & COOPER, 1984).

Das Ernährungsverhalten von Bulimikerinnen außerhalb der Essanfälle besteht häufig in einer massiven Nahrungseinschränkung bzw. in einem stark gezieltem Essverhalten (PIRKE, PAHL, SCHWEIGER & WARNHOFF 1984; PIRKE & PLOOG,

1984; SCHWEIGER LAESSLE & PIRKE, 1988) und sich aus der starken Angst vor einer Gewichtszunahme erklärt. Bulimikerinnen nehmen hierbei teilweise nur 3% bis 46% der empfohlenen Kalorienmenge pro Tag zu sich (ELMORE, 1991; WELTZIN et al., 1991; VAN-DER-STEER-WALLIN, NORRING & HOLMGREN, 1994). Dieses "intermittierende Fasten", bei dem sich Anzeichen für eine physiologische Mangelernährung finden lässt (PIRKE, 1991; LAESSLE, WAADT, SCHWEIGER & PIRKE, 1987), kann zu größeren Gewichtsschwankungen von bis zu 7 Kilo im Monat führen (PIRKE, FICHTER, SCHWEIGER, FRUTH, STREITMATTER & WOLFRAM, 1987), die von den Betroffenen wiederum als beängstigend erlebt werden. Nur selten aber führen die Gewichtsschwankungen zu lebensbedrohlichem Untergewicht oder extremen Übergewicht (DIEDRICHSEN, 1990; PIRKE, 1991; PUDEL & WESTENHÖFER, 1991; SCHULTE, BOEHME-BLOEM & TREMPER, 1990; WAADT et al., 1992)

Die Gegenüberstellung der Diagnosekriterien zeigt auf der symptomatischen Ebene, dass ein gemeinsames Kernmerkmal beider Erkrankungen im Vorliegen von Essanfällen besteht (Kriterium A). Der zentrale Unterschied der "Binge-Eating"-Störung zeigt sich im Nichtvorhandensein der kompensatorischen Verhaltensweisen wie selbstinduziertes Erbrechen, Diäten, exzessive sportliche Betätigung, Laxantien- und Diuretika-Missbrauch etc. (Kriterium B₁), sowie der starken Angst vor Gewichtszunahme (Kriterium E₂). In einer Studie von TELCH, PRATT und NIEGO (1998) konnte gezeigt werden, dass BED-Patientinnen den Kontrollverlust als "gewichtigstes" Kriterium ihrer Erkrankung einschätzten. Nachrangig wurde die große Menge, die bei Essanfällen gegessen wird und die Funktion des Essens als Affektregulierung genannt. Zur Diagnosestellung wurden Essanfälle nach SPITZER, DEVLIN, WALSH, HASIN, WING, MARCUS, STUNKARD, WADDEN, YANOVIS, AGRAS, MITCHELL und NONAS (1992) im DSM-IV (APA, 1994) genauer spezifiziert (Kriterium B₂). Demnach müssen Essanfälle mit mindestens drei der fünf genannten Symptome einhergehen. Hierzu zählen ein wesentlich schnelleres Essen, als gewöhnlich, Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl, essen auch großer Nahrungsmengen ohne vorheriges Hungergefühl, essen alleine aufgrund von Verlegenheit bezüglich der gegessenen Menge sowie Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder Schuldgefühle nach dem Essen. Die subjektive Belastung durch die Essanfälle wird in einem eigenen Kriterium (C₂) kodiert. Das Zeitkriterium ist gegenüber der Bulimia Nervosa deutlich erweitert. Es müssen mindestens zwei Essanfälle wöchentlich über einen Zeitraum von sechs Monaten auftreten.

Nachdem nun die symptomatischen Unterschiede der beiden Erkrankungen gekennzeichnet wurden, stellt sich die Frage, ob es sich auch um nosologisch voneinander abgrenzbare Erkrankungssyndrome handelt. Hier lassen sich eine ganze Reihe von Befunden zur Abgrenzung zwischen "Binge-Eating"-Störung und Bulimia Nervosa anführen: So haben Frauen mit BED einen höheren Body-Mass-Index¹ (BMI) als Frauen mit Bulimia Nervosa, deren Gewicht eher im unteren Normbereich liegt (FAIRBURN & COOPER, 1984; MITCHELL, MUSSELL, PETERSON, CROW, WONDERLICH, CROSBY, DAVIS & WELLER, 1999). Die Entwicklung einer BED geht häufig mit der Entwicklung einer Adipositas einher (SPITZER, STUNKARD, YANOVSKI & MARCUS, 1993; MUSSELL, MITCHELL, WELLER, RAYMOND, CROW & CROSBY, 1995), während Bulimikerinnen nach SANTONASTASO, FERRARA und FAVARO (1999) weitaus häufiger eine Anorexia Nervosa in der Vorgeschichte hatten als BED-Patientinnen. Bezüglich der aufgenommenen Kalorienzahl bei Essanfällen gibt es keine Unterschiede zwischen Bulimikerinnen und BED-Patientinnen (ROSSITER, AGRAS, TELCH & BRUCE, 1992; ROSSITER & AGRAS, 1990). FITZGIBBON und BLACKMAN (2000) konnten jedoch zeigen, dass bezüglich der Zusammensetzung der Makronährstoffe von Essanfällen Bulimikerinnen einen größeren Anteil an Kohlenhydraten zu sich nehmen als BED-Patientinnen. Im Gegensatz zu Bulimikerinnen werden Nahrungsmittel von BED-Patientinnen nur selten aversiv, sondern häufig als angenehm hinsichtlich Aussehen, Geruch und Geschmack erlebt (STRIEGEL-MOORE, CHACHLIN, DOHM, PIKE, WIFLEY & FAIRBURN, 2001; HAIMAN & DEVLIN 1999). MITCHELL et al. (1999) konnten in einer Studie zeigen, dass BED-Patientinnen im Vergleich zu Bulimikerinnen Essanfälle als angenehmer erlebten und auch bereitwilliger über diese Auskunft gaben. Bulimikerinnen sind dagegen eher verschlossen oder reden sehr abwertend über Essanfälle. Trotz ihres niedrigeren Gewichtes zeigten Bulimikerinnen eine größere Angst vor einer Gewichtszunahme, als Frauen mit BED (RAYMOND, MUSSELL, MITCHELL, DE ZWAAN & CROSBY, 1995). Auch in der Entstehungsgeschichte von Essanfällen zeigen sich deutliche Unterschiede der beiden Erkrankungsgruppen: Essanfälle beginnen bei Frauen mit BED durchschnittlich im Alter von 14 Jahren *gefolgt* von ersten Diäten (RAYMOND et al, 1995). Im Unterschied dazu beginnen die ersten Essanfälle bei Bulimikerinnen im Durchschnittsalter von 19 Jahren *als Folge* von ersten Diäten. ABBOTT, DE

¹ Der Body-Mass-Index (BMI) wird gebildet, indem man das Körpergewicht in Kilogramm durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat teilt. Werte zwischen 19 und 24 liegen für Frauen und Werte zwischen 20 und 25 liegen für Männer im normalen Bereich. Ab einem BMI von 30 spricht man von Adipositas, bei einem BMI unter 17,5 spricht man von deutlichem Untergewicht.

ZWAAN, MUSSELL, RAYMOND, SEIM, CROW, CROSBY, ROSS, MITCHELL (1998) konnten diese Befunde bestätigen. Personen, die zuerst Essanfälle hatten, erfüllten eher die BED-Kriterien mit einem Beginn der Essanfälle bei durchschnittlich 11,8 Jahren, als Personen, die zuerst eine Diät gemacht hatten, deren Essanfälle mit durchschnittlich 25,7 Jahren begannen. Der Störungsbeginn der BED-Störung liegt bei durchschnittlich 33 Jahren, während Bulimia Nervosa durchschnittlich im Alter von 20 Jahren beginnt (COOPER, CHARNOCK & TAYLOR, 1987)

Diese Ergebnisse legen die Vermutung nahe, dass zumindest für einen großen Teil der BED-Patientinnen andere ätiologische Mechanismen wirksam werden, als für die Erklärung der Bulimia Nervosa. Das gezügelte Essen als Ursache für Essanfälle (siehe Kapitel 2.1.8.7) scheint bei BED-Patientinnen keine bedeutende Rolle zu spielen (ARNOW, KENDARDY & AGRAS, 1992; MUSSELL et al., 1995).

HAY und FAIRBURN (1998) gehen bezüglich der Schwere der Psychopathologie von einem Erkrankungskontinuum aus, bei dem Bulimikerinnen des "Purging"-Typus das Kontinuum mit dem höchsten klinischen Schweregrad beginnen, gefolgt von den Bulimikerinnen des "Nicht-Purging"-Typus mit mittlerer Schwere und zuletzt den BED-Patientinnen mit leichter Schwere. Bezüglich der verschiedensten psychopathologischen Merkmale (z.B. Anzahl der Nebendiagnosen, Erkrankungsdauer etc.) ließen sich keine Unterschiede zwischen Bulimikerinnen des "Nicht-Purging"-Typus und BED-Patientinnen feststellen. Eine Differenzierung zeigte sich erst in den Katamneseuntersuchungen der Behandlung nach einem Jahr.

Erste Kritik an der Einführung der BED bezog sich auf eine nicht ausreichend eingeschätzte empirische Grundlage und auf die möglicherweise künstliche Fragmentierung eines syndromalen Phänomens (FAIRBURN, WELCH & HAY, 1993). Während in der Zeit von 1994 bis 1999 (5 Jahre) ca. 160 Artikel über die BED in wissenschaftlichen Fachzeitschriften veröffentlicht wurden, waren es von 1999 bis Juli 2003 (4 Jahre) bereits ca. 229 Publikationen². Die umfangreiche Forschungstätigkeit zur "Binge-Eating"-Störung erbrachte eine empirische Elaboration und Konzeptualisierung des Störungsbilds und rechtfertigte die getroffene Kategorisierung und Abgrenzung zur Bulimia Nervosa als nosologische

² Bei der Datenbankrecherche für wissenschaftliche Veröffentlichungen durch die Suchmaschine PsycINFO (Silverplatter Information N.V., 1997-2001) wurde für die Jahre 1994 bis 1999 bzw. 1999 bis 2003 das Suchwort "binge eating disorder" eingegeben.

Entität (WILFLEY, SCHWARTZ, SPURRELL & FAIRBURN, 1997). Diese Einschätzung scheint jedoch nur für den "Purging"-Typus als die häufigste Form der Bulimia Nervosa gültig zu sein. Dagegen sind noch weitere Forschungsanstrengungen notwendig, um eine klare diagnostische und kategoriale Abgrenzung zwischen BED-Patientinnen und Bulimikerinnen des "Nicht-Purging"-Typus herzustellen und zu begründen (STRIEGEL-MOORE et al. 2001).

2.1.4 Differentialdiagnostik

Die Diagnosestellung von Essstörungen trifft in der Praxis auf vielfältige differentialdiagnostische Probleme. Bei Anorexia Nervosa des "Binge-Eating/Purging"-Typus treten ebenso wie bei Bulimia Nervosa Essanfälle auf. Hierbei ist das Vorliegen von Untergewicht und Amenorrhoe maßgeblich zur diagnostischen Einordnung. Da bei ca. 50% der Bulimikerinnen eine Anorexia Nervosa in der Vorgeschichte vorlag, und ein Übergang von der Anorexie zur Bulimie erfolgt, ist diese Abgrenzung jedoch umstritten (MITCHELL et al., 1985). Außerdem konnten GARNER, OLMSTED und GARFINKEL (1985) zeigen, dass anorektische Patientinnen mit bulimischer Symptomatik hinsichtlich klinischer, psychometrischer und demographischer Variablen Bulimikerinnen ähnlicher sind, als anorektische Patientinnen ohne bulimischer Symptomatik. Im Hinblick auf eine Behandlung halten jedoch LAESSLE und PIRKE (1997) und viele andere Autoren eine Differenzierung zwischen normalgewichtigen oder leichtuntergewichtigen Bulimikerinnen und untergewichtigen bulimischen oder restriktiven Anorektikerinnen für unverzichtbar und sinnvoll.

Im Vergleich zur BED ist Adipositas keine psychische Störung, sondern ein Risikofaktor für medizinische Erkrankungen, die eine Erhöhung der Morbiditäts- und Mortalitätsraten mit sich bringt. Sie wird in der Regel durch einen Body-Mass-Index (BMI) von über 30 operationalisiert. Unter übergewichtigen Patientinnen, die an einem Gewichtsreduktionsprogramm teilnahmen, litten 30% unter einer "Binge-Eating"-Störung (SPITZER et al. 1992) und mehr als 70% der Teilnehmerinnen bei den Anonymen Esssüchtigen (SPITZER et al., 1993). In nicht-klinischen Stichproben Adipöser erfüllten 34% die Kriterien einer "Binge-Eating"-Störung. Diese Befunde machen deutlich, dass Adipositas nicht automatisch eine "Binge-Eating"-Störung mit sich bringt, wohl aber das *durchschnittliche* Gewicht von Patientinnen mit "Binge-Eating"-Störung bei einem BMI von 30 und somit an der Schwelle zur Adipositas liegt.

Gestörtes Essverhalten tritt auch bei bestimmten neurologischen oder anderen medizinischen Krankheitsfaktoren, wie z.B. dem Kleine-Levin-Syndrom oder Tumorerkrankungen im Zentralnervensystem auf. Übermäßiges Essen kann ebenso ein Symptom einer Schwere Depression mit atypischen Merkmalen sein. Dies ist im Hinblick auf die hohe Komorbidität von Bulimia Nervosa mit Affektiven Störungen bedeutsam. Die hiervon Betroffenen zeigen jedoch kein Kompensationsverhalten. Die Definition der Borderline-Persönlichkeitsstörung kennt ebenfalls Essanfälle im Rahmen des Kriteriums für impulsives Verhalten. Bei dieser Erkrankung fehlen jedoch die psychologischen Merkmale der Bulimia Nervosa, wie z.B. die Angst vor Gewichtszunahme oder die Wichtignahme von Gewicht und Figur.

2.1.5 Epidemiologie

Schätzungen der Prävalenz für Bulimia Nervosa im angloamerikanischen Raum liegen bei 1% bis 3% der Mädchen und jungen erwachsenen Frauen (SHISLAK, CRAGO & ESTES, 1995; HOEK, 1993; HSU, 1996). Etwa der gleiche Prozentsatz leidet nach KENDLER, MACLEAN, NEALE und KESSLER (1991) bzw. GARFINKEL, LIN, GOERING und SPEGG (1995) an subklinischen Varianten der Bulimie. Für Frauen in der Altersgruppe von 18 bis 30 Jahren wurden Prävalenzraten zwischen 1% (FAIRBURN & BEGLIN, 1990) und 8% (RAND & KULDAU, 1992) gefunden. Für die Bundesrepublik Deutschland fand WESTENHÖFER (1992) eine Prävalenzrate in der weiblichen Bevölkerung von 2,4%. Nur etwa 5% bis 15% der Erkrankten sind Männer (ANDERSON, 1995; HSU, 1996). Im Vergleich hierzu tritt die BED-Störung in nicht-klinischen Bevölkerungsstichproben mit Prävalenzraten von 0,7% bis 4,6% auf (BRUCE & AGRAS, 1992; SPITZER et al. 1992, 1993; BASDEVANT, POUILLON, LAHLOU & LE-BARZIC, 1995; HAY & FAIRBURN, 1998). Eine repräsentative europäische Studie von GOETESTAM und AGRAS (1995) zeigt eine Punktprävalenz für die "Binge-Eating"-Störung von 1,5% und eine Lebenszeitprävalenz von 3,2%. Dabei ist der Anteil von erkrankten Frauen und Männern im Gegensatz zur Bulimia Nervosa ausgewogen. In klinischen Stichproben ist die Prävalenzrate der "Binge-Eating"-Störung weitaus höher: Der Anteil von Personen mit BED an Gewichtsreduktionsprogrammen schwankt in Studien zwischen 23% und über 50% (GORMALLY, RARDIN & BLACK, 1980, SPITZER et al., 1992; LORO & ORLEANS, 1981; KEEFE, 1983).

HSU (1996) zieht aus den hohen Prävalenzraten den Schluss, dass es sich bei den Essstörungen um die häufigsten psychischen Erkrankungen unter jungen Frauen handelt. GARD und FREEMANN (1996) und PIKE und WALSH (1996) fanden

höhere Prävalenzraten in den industrialisierten, als in den weniger industrialisierten Ländern. Jedoch zeigten sich keine unterschiedlichen Prävalenzraten bezogen auf sozioökonomische Schichtzugehörigkeit. Die Frage, ob man von einem Anstieg der Prävalenzrate von Bulimie Nervosa seit Einführung der Diagnosekriterien sprechen kann, ist nicht abschließend zu beantworten. Während TURNBULL, WARD, TREASUR und JICK (1996) in Großbritannien, HOEK (1991) in Holland oder PAGSBERG und WANG (1994) in Dänemark drastisch gestiegene Bulimiefälle konstatieren, kommt FOMBONNE (1996) in einer Metaanalyse zu dem Schluss, dass für den epidemiologischen Aufwärtstrend eher die gestiegene Rate der Erkennung, bessere Informationen, die Veränderung der diagnostischen Kriterien und die Überweisungspraxis verantwortlich sind. In den westlichen Industrieländern nimmt die Prävalenz von Adipositas deutlich zu. KUCZMARSKI, FLEGAL, CAMPBELL und JOHNSON (1994) fanden in amerikanischen epidemiologischen Studien Punktprävalenzen der Adipositas von 22,5%. Dies entspricht einer Verdoppelung in den letzten zwanzig Jahren. MOKDAD, SERDULA, DIETZ, BOWMAN, MARKS und KOPLAN (1999) konnten im Rahmen einer Telefonumfrage zwischen 1991 und 1998 einen 40%igen Anstieg der Adipositas feststellen. Insbesondere bei jüngeren Erwachsenen im Alter von 18 bis 29 Jahren mit höherem Bildungsstand war ein deutlicher Zuwachs zu verzeichnen. Da Adipositas als ein wesentlicher Risikofaktor für die Ausbildung einer "Binge-Eating"-Störung anzusehen ist, erscheint es naheliegend, dass auch die Prävalenzraten der "Binge-Eating"-Störung ansteigen.

2.1.6 Komorbidität

Bulimia Nervosa tritt häufig in Verbindung mit depressiven Symptomen wie Stimmungslabilität, Gefühle der Wertlosigkeit und Schuld sowie Suizidgedanken auf. FAIRBURN und COOPER (1984) stellten fest, dass diese Symptome bei manchen Patientinnen fast genauso schwer ausgeprägt waren, wie bei Patienten mit einer schweren Depression. In einer Studie von LAESSLE (1987) zeigte sich, dass 40% der untersuchten Bulimikerinnen einen oder mehrere Suizidversuche unternommen hatten. Die Häufigkeit des Vorliegens einer schweren Depression liegt zwischen 38% und 63% (BRAUN, 1994; BREWERTON, 1995, GARFINKEL et al., 1995). Die Lebenszeitprävalenz für eine Depression liegt bei Bulimikerinnen zwischen 39% und 83% (HUDSON, POPE, JONAS & YURGELUN, 1983; LAESSLE, 1987, HERZOG, NUSSBAUM & MAMOR, 1996; BRAUN, 1994; BREWERTON, 1995; KASSET, GERSHON, MAXWELL & GUROFF, 1989; KELLER, HERZOG, LAVORI & BRADBURN, 1992; BULIK, SULLIVAN, FEAR & PICKERING, 1997a). Bei Patientinnen deren

Anorexia Nervosa in eine Bulimia Nervosa überging sogar zwischen 50% (LAESSLE, 1987) und 92% (HUDSON et al., 1983). Im Vergleich hierzu liegt die Lebenszeitprävalenz von gesunden Frauen, an einer schweren Depression zu erkranken bei 10 bis 15% (APA, 1994). Leider gibt es widersprüchliche Befunde im Hinblick auf den Zeitpunkt des Auftretens. Während in der Studie von BREWERTON (1995) bei 61% der Bulimikerinnen die affektive Störung *vor* Beginn der Bulimie einsetzte (49% bei HUDSON et al., 1983), waren es bei Lee (1985) 74% und bei LAESSLE (1987) sogar 93% der Patientinnen, die *gleichzeitig* oder *nach* Auftreten der Bulimie eine affektive Störung ausbildeten.

Bei BED-Patientinnen beträgt die Lebenszeitprävalenz für eine andere Achse-I-Störung nach YANOVSKI, NELSON, DUBBERT und SPITZER (1993) 60% im Vergleich zu 34% bei einer übergewichtigen Kontrollgruppe. Für die Schwere Depression liegt sie bei 50% (SPITZER et al., 1993, DE ZWAAN, MITCHELL, SPECKER, PYLE, MUSSEL & SEIM, 1993; YANOVSKI et al., 1993, TANOFKY, WILFLEY, SPURRELL, WELCH & BROWNELL, 1997).

Verschiedene Angststörungen treten ebenfalls gleichzeitig mit Bulimia Nervosa auf. So hatten in der Studie, die BULIK et al. (1997a) durchführten, von 114 Bulimikerinnen 30% zusätzlich die Diagnose einer Sozialen Phobie, 30% eine spezifische Phobie und 10% eine Panikstörung. Bei BREWERTON (1995) hatten 17% der Bulimikerinnen eine Generalisierte Angststörung. Spitzer et al. (1993), DE ZWAAN et al. (1993), YANOVSKI et al. (1993) und TANOFKY et al. (1997) fanden für BED-Patientinnen Lebenszeitprävalenzen von 30% für die Ausprägung einer Angsterkrankung. Nach APA (1994) liegen die Lebenszeitprävalenzen der Normalbevölkerung für diese Erkrankungen deutlicher unter den genannten Werten. BULIK, SULLIVAN, CARTER und JOYCE (1996) fand außerdem, dass Angsterkrankungen häufig schon vor dem Einsetzen der Bulimie bestanden.

Bulimikerinnen und BED-Patientinnen haben zudem häufig komorbid Abhängigkeitserkrankungen. Bei Bulimikerinnen variiert die Komorbidität mit Substanzmissbrauch in unterschiedlichen Studien zwischen 9% und 55% (HERZOG et al., 1996; MITCHELL et al., 1991). Für Alkoholabhängigkeit fanden GARFINKEL et al. (1995) und BULIK et al. (1997a) Lebenszeitprävalenzen von 31% bzw. 47% bei Bulimikerinnen. Für die Allgemeinbevölkerung liegt diese bei 14%. BRAUN (1994) fand in einer Stichprobe von Bulimikerinnen erste Hinweise darauf, dass eine Alkoholabhängigkeit sich erst in Folge der Essstörung entwickelte. Die Lebenszeitprävalenzen für eine Substanzabhängigkeit bei Personen mit

BED beträgt nach TANOFKY et al. (1997) über 50% bei Männern und 24% bei Frauen.

Auch Persönlichkeitsstörungen der Achse II nach DSM-IV (APA, 1994) können bei Bulimikerinnen und BED-Patientinnen oft diagnostiziert werden. Die Häufigkeit liegt bei Bulimikerinnen zwischen 22% und 77% (POWERS, COOVERT, BRIGHTWELL & STEVENS, 1988). BRAUN (1994) fanden, dass 30% bis 47% der Bulimikerinnen eine Cluster-B-Persönlichkeitsstörung und 29% eine Cluster-C-Persönlichkeitsstörung hatten. CARROLL, TOUYZ und BEUMONT (1996) stellten fest, dass 46,7% der Bulimikerinnen komorbid Persönlichkeitsstörungen aufweisen. Die Lebenszeitprävalenz für eine Achse-II-Persönlichkeitsstörung von BED-Patientinnen liegt mit 35% doppelt so hoch wie bei einer Vergleichsgruppe von Frauen mit Adipositas (YANOVSKI et al., 1993, SPECKER, DEZWANN, RAYMOND & MITCHELL, 1994). Es traten überwiegend selbstunsicher-vermeidende und Borderline-Persönlichkeitsstörungen auf.

Die Befundlage zum sexuellen Missbrauch ist uneinheitlich und wird in Kapitel 2.1.8.5 eingehender diskutiert. CONNORS und MORSE (1993) und WELCH und FAIRBURN (1996) fanden, dass ca. 30% der Bulimikerinnen auch von sexuellem Missbrauch betroffen sind und dies ein Prädiktor für eine längere Erkrankungsdauer darstellt (HERZOG, SACKS, KELLER & LAVORI, 1993).

Die dargestellten hohen Komorbiditätsraten von Bulimikerinnen und BED-Patientinnen zeigen, dass diese Störungen häufig mit anderen psychischen Erkrankungen einher gehen und die Wahrscheinlichkeit, dass eine Patientin mit einer Essstörung im Laufe ihres Lebens noch anderen psychischen Erkrankungen ausbildet, sehr hoch ist. Dies kann eine adäquate Behandlung erschweren und die Behandlungsprognose deutlich mindern. Unklar ist bislang, ob eine Essstörung die Vulnerabilität für andere psychische Erkrankungen erhöht, oder ob das Vorhandensein anderer psychischer Erkrankungen Patientinnen vulnerabler für die Ausprägung einer Essstörung machen.

2.1.7 Verlauf und Prognose

Der Beginn der Bulimia Nervosa liegt meistens im frühen Erwachsenenalter. 80% der Betroffenen erkranken vor dem 22. Lebensjahr (PAUL et al, 1987) und nur noch sehr wenige nach dem 25. Lebensjahr (WOODSIDE & GARFINKEL, 1992). Das größte Erkrankungsrisiko haben nach TURNBULL et al. (1996) Frauen in einem Lebensalter zwischen 20 und 39 Jahren; nach HOEK (1993) finden sich die höchsten Inzidenzraten bei Frauen, die zwischen 20 und 24 Jahren alt

sind. Der Störungsbeginn der BED-Störung liegt bei durchschnittlich 33 Jahren (SPURRELL, WILFLEY, TANOFSKY & BROWNELL, 1997; Abbott et al., 1998).

Der Verlauf der Bulimia Nervosa ohne eine Behandlung ist bisher noch wenig erforscht. ZIOLKO (1985) findet Erkrankungsdauern von einem bis zu 26 Jahren in der Literatur. Durchschnittlich leiden Patientinnen vier bis sieben Jahre an dieser Erkrankung (FAIRBURN & COOPER, 1984, PAUL et al., 1987). 32% der Patientinnen litten mehr als 10 Jahre an der Essstörung (PAUL et al., 1987). Dabei verläuft die bulimische Symptomatik gelegentlich auch in intermittierenden Abschnitten gekennzeichnet durch Phasen ausgeprägter Symptomatik und nahezu symptomfreien Episoden (MITCHELL, DAVIS, GOFF & PYLE, 1986; HSU, 1995). Auch bei BED-Patientinnen konnten in einer prospektiven Längsschnittstudie von CACHELIN, STRIEGEL-MOORE, ELDER, PIKE, WIFLEY und FAIRBURN (1999) erste Hinweise auf einen fluktuierenden Verlauf der Symptomatik gefunden werden, der auch Phasen partieller Remissionen einschließt. Nach sechs Monaten ohne Behandlung war bei 47,6% der BED-Patientinnen eine Verbesserung der Symptomatik aufgetreten. Ein Drittel der Probandinnen ging jedoch nicht in die Analyse ein, weil bei Ihnen das Ausschlusskriterium des sexuellen Missbrauchs in der Vorgeschichte vorlag. Bei allen Probandinnen konnten außerdem nach wie vor Essanfälle festgestellt werden. Der langfristige Verlauf der BED ohne Behandlung wird auf der Grundlage von retrospektiven Selbstberichten als überwiegend "chronisch" eingeschätzt (DE ZWAAN, MITCHELL, RAYMOND & SPITZER, 1994; SPITZER et al. 1993).

Die Erforschung des Verlaufs und der Prognose bei einer therapeutischen Behandlung von Bulimia Nervosa, hat eine Vielzahl von Befunden zu Tage gefördert, die aufgrund von unterschiedlichen Stichproben, diagnostischen Kriterien, Behandlungsprozeduren, Therapieerfolgskriterien und Katamnesezeiträumen schwer zu vergleichen sind. Die meisten Ergebnisse liegen für Katamnesen von kognitiv-behavioralen Therapieansätzen vor. Bei Untersuchungsintervallen von sechs Monaten bis drei Jahren nach der Behandlung schwankt der Anteil der geheilten oder deutlich gebesserten Patientinnen zwischen 38% und 72% (z.B. TUSCHEN-CAFFIER, POOK & FRANK, 2001; SCHNEIDER, O'LEARY & AGRAS, 1987; FAIRBURN, 1981; HSU, 1996; SOHLBERG, NORRING, HOLMGREN & ROSMARK, 1989). Für Katamnesezeiträume von 4 bis 10 Jahren wurden Therapieerfolgsquoten von 39% bis 46% erzielt (FALLON, 1991; COLLINGS & KING, 1994). In einer Studie von KEEL, MITCHELL, MILLER, DAVIS und CROW (1999) befanden sich sogar nach 10 Jahren ca. 70% der Bulimikerinnen in vollständiger oder annähernd vollständiger

diger Remission. FAIRBURN (1997) und FICHTER, MELLER, WITZKE, WEYERER, REHM, DILLING und ELTON (1990) kommen zu dem Schluss, dass sich die erzielten Therapieeffekte in der Regel nach fünf bis sechs Jahren stabilisiert haben.

Die Therapieforschung zur Behandlung der BED befindet sich noch in ihren Anfängen. Häufig werden die Therapieansätze mit geringfügigen Modifikationen aus der Behandlung der Bulimia Nervosa übernommen und auf ihre Wirksamkeit hin überprüft. Es gibt bisher wenige Befunde. In einer Studie von AGRAS, TELCH, ARNOW und MARNELL (1997) haben 72% der Patientinnen nach einer kognitiv-behavioralen Behandlung eine deutlich gebesserte Symptomatik, 42% sind sogar abstinent. Nach einem Jahr weisen noch 64% eine deutlich gebesserte und 33% keine Symptomatik mehr auf. Bemerkenswert bei diesen Daten ist, dass 26% der Patientinnen, die nach der Behandlung keine Essanfälle mehr hatten, einen Rückfall innerhalb des einjährigen Katamneseintervalls erlitten, während 25% der zuvor rückfällig gewordenen Patientinnen zum Zeitpunkt der Katamnese symptomfrei waren. FICHTER, QUADFLIEG und GNUTZMANN (1998) fanden ähnliche Ergebnisse bezüglich des Therapieerfolgs bzw. des Langzeitverlaufs für BED-Patientinnen wie für Bulimikerinnen. Bei 79% der Patientinnen lag sechs Jahre nach Behandlungsende keinerlei psychische Störungen nach DSM-IV mehr vor.

Als prognostisch ungünstig für den Behandlungsverlauf haben sich Faktoren wie die Schwere der Essstörung, die Häufigkeit des Erbrechens vor Therapiebeginn, extreme Gewichtsschwankungen, Impulsivität, geringes Selbstvertrauen und Suizidversuche gezeigt. Positiv wirkt sich dagegen ein früher Beginn der Störung, hoher sozialer Status, Freundschaften und Therapiemotivation auf den Behandlungserfolg aus (HERZOG et al., 1996).

2.1.8 Risikofaktoren der Bulimia Nervosa bzw. der "Binge-Eating"-Störung

In den letzten zwanzig Jahren seit der Einführung der Diagnose Bulimia Nervosa und in den letzten zehn Jahren seit Einführung der Forschungskriterien der "Binge-Eating"-Störung haben sich eine Vielzahl von klinisch-psychologischen Forschern mit den Ursachen der Erkrankungen und deren Risikofaktoren sowie den genauen Störungsmechanismen befasst. Zahlreiche Hypothesen wurden formuliert, Theorien entwickelt und revidiert. Viele Einzelaspekte der Erkrankungen wurden detailliert in unterschiedlichen Forschungs- und Theoriezusammenhängen untersucht. Ein umfassendes, alle Befunde integrierendes und erklärungsstarkes Modell der Bulimia Nervosa bzw. "Binge-Eating"-Störung gibt

es zur Zeit nicht. Dennoch konnten wichtige ätiologische Faktoren in ihrer Bedeutsamkeit für die Erkrankungen als gesichert nachgewiesen werden, die nachfolgend skizziert werden. Der nachfolgende Versuch einer Einordnung dieser Faktoren bezüglich ihrer prädisponierenden, auslösenden bzw. aufrechterhaltenden Wirkung ist für das Verständnis der Erkrankungen notwendig, gestaltet sich jedoch angesichts der komplexen Sachverhalte, Forschungsbefunde und Interaktionen als recht schwierig. Am Ende dieses Kapitels wird das biopsychosoziale Arbeitsmodell von TUSCHEN-CAFFIER und FLORIN (2002) sowie SCHWEDLER (1997) und HOHLER (1997) vorgestellt, welches zumindest einen großen Teil der Befunde und Störungshypothesen zusammenfasst und für die Behandlung der Erkrankung nutzbar macht.

2.1.8.1 Genetische Faktoren

Seit einiger Zeit werden genetische Faktoren diskutiert, die eine Anfälligkeit für Bulimia Nervosa erhöhen könnten. So konnte FICHTER und NOEGEL (1990) Konkordanzraten für Bulimie von 83,3% bei Monozygoten (eineiigen) und von 26,7% bei dizygoten (zweieiigen) Zwillingen feststellen, KENDLER et al. (1991) fanden Korrelationen von $r=.5$ für monozygote und $r=.3$ für dizygote Zwillinge. Diese unterschiedlichen Konkordanzraten bzw. Korrelationen liefern Hinweise auf eine genetische Prädisposition, lassen jedoch nicht den Schluss zu, dass diese notwendigerweise vorhanden sein muss, damit es zum Ausbruch der Erkrankung kommt. Vielmehr könnten diese Unterschiede auch durch eine ähnliche Behandlung der ähnlicheren Zwillinge durch die sie beeinflussende Umwelt erklärt werden. In aufwendigen Studien von BULIK, SULLIVAN, FEAR und PICKERING (1997b), SULLIVAN, GENDALL, BULIK, CARTER und JOYCE (1998) und WOODSIDE, FIELD, GARFINKE und HEINMAA (1998) wurde versucht, den Einfluss spezifischer Umweltfaktoren auf die Konkordanzraten fest zu stellen und vom genetischen Anteil abzugrenzen. Die Ergebnisse wurden derart interpretiert, dass sich die Anfälligkeit für Bulimia Nervosa additiv aus 40% Umwelteinfluss und zu 60% erblich bedingt zusammensetzt, dass sich Essanfälle in Kombination mit Erbrechen vererben lassen und dass hohe "genetische Korrelationen" bestehen. Dieser Interpretation wurde vielfach widersprochen. WOODSIDE et al. (1998) gelang es ebenso nicht, eine direkte x-chromosomale Vererbung nach zu weisen, die er aufgrund des hohen Anteils an erkrankten Frauen vermutete.

Neuere Befunde im Bereich der Adipositas-Forschung weisen eher auf eine indirekte genetische Einflussnahme hin. Dabei sind Gene für die Ausprägung bestimmter körperlicher Bedingungen wie z.B. die Körperfettbildung in der Pu-

bertät, ein geringerer Grundumsatz oder eine gute Nährstoffverwertung verantwortlich, die das Risiko für die Entstehung einer Essstörung deutlich erhöhen. Hier hat sich in Studien die genetische Determination der Ausschüttung des Hormons Leptin belegen lassen (HEBE BRAND, HIMMELMANN, HERZOG & HERPERTZ-DAHLMANN, 1997, HEBE BRANDT & HINNEY, 2000, PRITTWITZ, BLUM, ZIEGLER, SCHARMANN, REMSCHMIDT & HEBE BRANDT, 1997). Dieses Hormon ist neben anderen Botenstoffen für die Regulation der Energieaufnahme und des Energieverbrauchs verantwortlich. Bulimikerinnen haben nach YATES (1992) in ihrer Kindheit häufig Phasen von Übergewicht. Eine prämorbid Adipositas gilt als ein Risikofaktor für die Ausbildung sowohl einer Bulimia Nervosa als auch einer "Binge-Eating"-Störung, wenngleich die Wahrscheinlichkeit des Auftretens einer Adipositas in der Kindheit für Bulimikerinnen höher ist (FAIRBURN, WELCH, DOLL, DAVIES & O'CONNOR, 1997; FAIRBURN, DOLL, WELCH, HAY, DAVIES & O'CONNOR, 1998).

Die Ergebnisse und Schlussfolgerungen der Studien (gerade auch zur *unmittelbaren* genetischen Determination von Essstörungen) sind im Rahmen der Anlage-Umwelt-Debatte sehr umstritten, da immer auch mögliche Alternativerklärungen berücksichtigt werden müssen. Bestenfalls können sie als erste Hinweise auf eine mittelbare genetische Beeinflussung gedeutet werden. Bis heute wurde weder ein "genetischer Defekt" bei Essgestörten festgestellt, noch wurden physiologische oder endokrinologische Marker gefunden, für die eine Verursachung belegt ist.

2.1.8.2 Serotonin-Mangelhypothese

Es gibt bisher eine ganze Reihe von Befunden, die einen deutlichen Zusammenhang zwischen pathologischem Essverhalten und biologischen Mechanismen gezeigt haben. Besonderes Forschungsinteresse haben hier Botenstoffe oder Transmitter aus der Gruppe der Catecholamine und der Neuropeptide erfahren, da sie bei der Nahrungsaufnahme und bei Sättigungsprozessen eine wichtige Rolle spielen (JIMERSON, LESEM, KAYE & BREWERTON, 1993; LEIBOWITZ, 1991; KAYE & WELTZIN, 1991; KAYE, GENDALL & STROBER 1998). Am besten untersucht sind hier Serotonin, Noradrenalin und Dopamin aus der Gruppe der Katecholamine und Betaendorphin, Cholecystokinin und Peptid YY aus der Gruppe der Neuropeptide:

Die relative Wirksamkeit von Antidepressiva in der Behandlung der Bulimia Nervosa hat zur Formulierung der Serotonin-Mangelhypothese geführt. Leider

ist die Befundlage bezüglich eines abgesenkten basalen Serotoninspiegels bei Bulimikerinnen noch uneinheitlich. SCHWEIGER (1986) konnte eine verminderte Aktivität des Serotonin in Folge von häufigem Diät halten feststellen, BREWERTON (1995) und JIMERSON et al. (1992) konnten jedoch keine Unterschiede des basalen Serotoninspiegels zwischen Bulimikerinnen und Kontrollpersonen finden, wohl aber einen Zusammenhang von Essanfällen und Serotonin. Die Serotoninsynthese ist abhängig vom Vorhandensein der Aminosäure Tryptophan. Der Tryptophanspiegel im Gehirn erhöht sich insbesondere nach der Aufnahme von kohlenhydratreicher Nahrung. Dies erfolgt nach TURNER, FOGGO, BENNIE, CARROLL, DICK und GOODWIN (1991) auch bei gesunden Kontrollpersonen. Einen Zusammenhang zwischen der Häufigkeit von Essanfällen und der Tryptophankonzentration im Blut bei Bulimikerinnen wurde durch Studien von KAYE, GWIRTSMAN, BREWERTON, GEORGE und WURTMANN (1988) gefunden. Je weniger Essanfälle vorlagen, desto niedriger war der Tryptophanspiegel äquivalent zum Serotoninspiegel. Hieraus könnte geschlossen werden, dass Bulimikerinnen versuchen, ihren gesenkten Serotoninspiegel durch die Zufuhr triptophanreicher Nahrung auszugleichen. Essanfälle hätten somit eine kompensatorische Funktion bei fallendem Serotoninspiegel (ERICSSON, POSTON & FOREYT, 1996; CRAIGHEAD, 1991), welcher somit als begünstigender Faktor für die Entstehung von Heißhungergefühlen und Essanfälle angesehen werden könnte.

Für das Cholecystokinin und Peptid YY konnten ebenfalls keine Unterschiede in der basalen Plasmakonzentration zwischen Bulimikerinnen und Kontrollpersonen gefunden werden. Nach der Verabreichung einer Testmahlzeit konnte jedoch eine signifikant geringere Cholecystokinin-Reaktion der Bulimikerinnen festgestellt werden. Sie könnte ein Hinweis darauf sein, dass Bulimikerinnen nach einer normalen Nahrungsaufnahme keine reguläre "Sättigkeit" erleben, da nicht genügend Sättigungssignale im Gehirn produziert werden (GERACIOTI & LIDDLE, 1988; PIRKE, KELLNER, FRIESS, KRIEG & FICHTER, 1994). Ein deutlich angestiegener Peptid YY-Spiegel konnte nur bei Bulimikerinnen gefunden werden, die seit einem Monat das bulimische Essverhalten aufgegeben hatten. Dieses hohe Peptid YY-Niveau könnte in der Folge zu einer höheren Nahrungsaufnahme und zu dem Bedürfnis nach kohlenhydrathaltigen Nahrungsmitteln und damit zu einem höheren Rückfallrisiko führen (KAYE, GREENO, MOSS, FERNSTROM, FERNSTROM, LILENFELD, WELTZIN & MANN, 1998).

Die Befunde geben machen deutlich, dass wir es bei den Essstörungen offensichtlich mit Erkrankungen zu tun haben, bei denen psychische Variablen sehr

eng mit biologischen Prozessen verknüpft sind. Leider sind viele Zusammenhänge noch unklar. Ob die gefundenen neurochemischen Veränderungen bei Essgestörten, Folge oder Ursache der Erkrankungen sind, kann auf dem derzeitigen Stand der Forschung nicht beantwortet werden (KAYE & WELTZIN, 1991).

2.1.8.3 Persönlichkeitsvariablen

Unter dem Oberbegriff einer "affektiv-labilen Persönlichkeit" haben einige Forscher wie z.B. PAUL und JAKOBI (1986) oder WESTENHÖFER und PUDEL (1989) die psychologischen Auffälligkeiten von Patientinnen mit Essstörungen zusammengefasst. Diese Merkmale, die teilweise auf ältere Untersuchungen zurück gehen, lassen sich nach HOHLER (1997) folgendermaßen benennen:

- Verminderte Impulskontrolle, die sich häufig in Alkohol- und Drogenmissbrauch äußert (JOHNSON & WONDERLICH, 1992; WEISS & EBERT, 1983)
- Affektive Instabilität in Form starker Stimmungsschwankungen, erhöhter Depressivität (FICHTER, 1991; JOHNSON & WONDERLICH, 1992; STRIEGEL-MOORE, SILBERSTEIN & RODIN, 1986) und geringer Frustrationstoleranz (ALLERDISSEN, FLORIN & ROST, 1981)
- Schwierigkeiten bei der Wahrnehmung eigener Emotionen und Bedürfnisse (BRUCH, 1973, 1979; SELVINI-PALAZZOLI, 1982)
- Erhöhte Ängstlichkeit (WILLMUTH, LEITENBERG, ROSEN & CADO, 1988)
- Hohe interpersonelle Sensitivität (STRIEGEL-MOORE, MCAVAY & RODIN, 1984)
- Geringe soziale Kompetenz (WILLIAMS, CHAMOVE & MILLAR 1990, WILLIAMS, POWER, MILLAR & FREEMAN 1993)
- Mangel an allgemeinen Stress- und Problembewältigungsstrategien (LAESSELE, BOSSERT, HANK & HAHLEWEG, 1990; PAUL & JAKOBI, 1986; WESTENHÖFER, PAUL et al., 1987) und dysfunktionalen Coping-Strategien (CATTANACH, 1988) (Auf diesen Aspekt soll in Kapitel 2.2.3 ausführlich eingegangen werden.)
- Irrationales, dichotomes Denken im Zusammenhang mit stark erhöhten perfektionistischen Ansprüchen (BUTOW, BEAUMONT & TOUYZ, 1993; GARFINKEL & GARNER, 1986; MIZES, 1988; ZOTTER & CROWTHER, 1991)
- Mangelnde Autonomie und Identitätsprobleme (GARFINKEL & GARNER, 1986; STRIEGEL-MOORE, 1993)
- Niedriges Selbstwertgefühl und dadurch bedingt eine stärkere Orientierung an sozialen Normen und größere Abhängigkeit von der Beurteilung anderer (BUTTON, LOAN, DAVIES & SONUGA-BARKE, 1997; COOPER & FAIRBURN, 1994; ATTIE & BROOKS-GUNN, 1989; ELDREGE, WILSON & WALEY, 1990; FICHTER, 1991; GARFINKEL & GARNER, 1986; WERTHEIM, PAXTON, MAUDE, SZMUKLER, GIBBONS & HILLER, 1992; DYKENS & GERRARD, 1986; HERMAN & POLIVY, 1988; RUDERMAN & GRACE, 1988)

Es stellt sich nun die Frage, wie diese Auffälligkeiten einzuordnen sind. Während JOHNSON und CONNORS (1987) oder LACEY und MOURELI (1986) das gestör-

te Essverhalten als Ausdruck einer "tiefergehenden Störung der Persönlichkeit" interpretieren, betrachten andere Forscher die o.g. Merkmale als für die Entwicklung einer Bulimia Nervosa prädisponierende Persönlichkeitsstrukturen (FICHTER, 1991). Da für einige Auffälligkeiten auch physiologische Ursachen gefunden wurden, geht ein dritter Ansatz davon aus, dass es sich hierbei um Folgeprobleme des Essverhaltens handelt.

Ausgehend von der Annahme, dass es sich bei der Adoleszenz um eine schwierige Entwicklungsphase handelt, in der eine Vielzahl von Problemen, wie z.B. die Veränderung des Selbstbildes, die Entwicklung einer eigenständigen Persönlichkeit, Entdeckung der eigenen Sexualität, Aufbau von Beziehungen und Loslösung vom Elternhaus zu bewältigen sind, ist es unschwer nachzuvollziehen, dass Personen mit den o.g. Einschränkungen für diese Aufgabe schlecht vorbereitet sind. Einige Autoren sehen deshalb die Essstörungssymptomatik als einen Versuch, die Komplexität der anstehenden Probleme auf die wahrgenommene Unzulänglichkeit des eigenen Körpers zu reduzieren und damit vermeintlich handhabbarer zu machen (BROWNELL, 1991; FICHTER, 1991; STRIEGEL-MOORE, 1993). Dieser Problemreduktion kommt das Schlankeitsideal mit seinen propagierten Implikationen (beruflicher und privater Erfolg, soziale Anerkennung) sehr entgegen. Es beinhaltet ferner eine *einfache* Sicht der Probleme und suggeriert eine *einfache* Lösung (z.B. Fasten oder Diäthalten). Die Betroffenen sind zudem aufgrund ihres niedrigen Selbstwertgefühls für die Übernahme dieser sozialen Normen besonders anfällig.

Für eine Interpretation der Auffälligkeiten in den Persönlichkeitsvariablen als ein Folgeproblem der Erkrankung sprechen zahlreiche Studien, die den Einfluss von physiologischen Mechanismen bestätigen konnten (Überblick bei LAESSLE & PIRKE, 1989). So entwickeln Teilnehmer an Fastenexperimenten schon nach kürzester Zeit Symptome depressiver Verstimmungen und affektiver Labilität (vgl. KEYS, BROZEK, HENSCHER, MICKELSEN & TYLOR, 1950). Von besonderer Bedeutung ist hierbei die für Bulimikerinnen typische kohlenhydratarme Ernährungsweise (PIRKE & PLOOG, 1984). Auch Katamnesestudien von Therapieverfahren, die fast ausschließlich am Essverhalten arbeiten, liefern Hinweise auf enge Verknüpfungen. In einer Studie von FAIRBURN, COOPER, KIRK und O'CONNOR (1985) zeigten die Patientinnen mit einer deutlichen Reduzierung der Essanfälle auch eine deutliche Verringerung der depressiven Symptomatik. GARNER, OLMSTED, DAVIS, ROCKERT, GOLDBLOOM und EAGLE (1990) fanden nach der Therapie bei den Patientinnen mit den größten Veränderungen in der Esssym-

ptomatik auch die größten Veränderungen hinsichtlich der mit Fragebögen erhobenen Persönlichkeitsvariablen. RUDERMAN und BESBEAS (1992) konnten dagegen beim Vergleich von Bulimikerinnen und Frauen mit gezügeltem Essstil (restraint eating) deutliche Unterschiede im Selbstwert und in dem Depressivitätsgrad feststellen, auch wenn sich die gezügelt essenden Frauen immer noch von der Kontrollgruppe unterschieden.

Die Frage einer Einordnung der Auffälligkeiten kann nicht abschließend geklärt werden. Es gibt Hinweise sowohl auf prämorbidie Persönlichkeitsstrukturen als auch auf eine störungsbedingte Verursachung. Erschwert wird eine Einordnung zusätzlich durch den Umstand, dass in den meisten Studien nur retrospektive Daten erhoben wurden und klinische Kontrollgruppe fehlen. Letztendlich Aufschluss können hier nur prospektive Studien geben. In diesem Zusammenhang könnten vor allem frühe Lernerfahrungen und familiäre Interaktionsmuster interessant sein.

2.1.8.4 Familiäre Interaktion und individuelle Lernerfahrung

Ausgehend vom niedrigen Selbstwertgefühl von Essgestörten wurde vermutet, dass in deren Familien ungünstige Bedingungen für die Entwicklung von Autonomie und positivem Selbstwertgefühl vorherrschen (BRUCH, 1980). SELVINI-PALAZZOLI (1978) und MINUCHIN, ROSMAN und BAKER (1978) postulierten in diesem Zusammenhang eine Interaktionsstörung der Familien als entscheidenden ätiologischen Faktor für die Entstehung von Magersucht und Bulimie. Die Interaktionsmuster werden mit Verstrickung, Rigidität, Überbehütung, Konfliktvermeidung und wechselnde Koalitionsbildung bezeichnet. Dieser systemische Ansatz spricht vom erkrankten Familienmitglied als "Symptomträger", welches die Familienstrukturen mit seiner Erkrankung stabilisiert. Die empirische Evidenz für das Vorhandensein solcher Beziehungsmuster ist eher schwach (LAESSLE & PIRKE, 1997). Auch durch welche Mechanismen diese Interaktionsstörung speziell Essstörungen verursacht, wird nicht geklärt.

Studien von HUMPHREY (1986, 1987) fanden, dass Eltern von Bulimikerinnen ihren Töchtern signifikant weniger Wärme und Empathie entgegenbringen. STROBER und Katz (1987) stellten ebenfalls Defizite wie z.B. mangelnde elterliche Zuwendung, negative/feindliche Interaktion, elterliche Impulsivität, Alkoholismus oder Adipositas in Familien bulimischer Frauen fest. In einer Laboruntersuchung fanden STROBER und HUMPHREY (1987) außerdem verstrickte, intrusive und feindliche familiäre Interaktionsmuster und das Negieren oder Leugnen der

emotionalen Bedürfnisse des Kindes. Auch hier wurden die Daten teilweise retrospektiv bzw. nach Ausbruch der Erkrankung erhoben, sodass keine Aussagen darüber möglich sind, ob die Symptomatik die familiäre Interaktion gestört hat oder ob eine umgekehrte Einflussnahme vorlag. Eine prospektive Studie von ATTIE und BROOKS-GUNN (1989) die versuchte, den Beitrag der innerfamiliären Beziehungen zu erklären, konnte jedoch nur eine geringe ätiologische Relevanz bestätigen. Da in diesen Studien aufgrund des Fehlens von klinischen Kontrollgruppen keine Aussagen über störungsspezifische Familienstrukturen gemacht werden können, hat FAIRBURN (1997) die Familien von Essgestörten mit Familien von Personen mit anderen psychischen Störungen verglichen. Hierbei fand er, dass die meisten familiären Risikofaktoren unspezifisch auftreten. Lediglich geringer Kontakt, hohe Erwartungen und Alkoholmissbrauch trat bei den Familien der Bulimikerinnen häufiger auf. Der Beweis für das Vorhandensein von spezifischen Merkmalen sogenannter "Essstörungsfamilien" steht also noch aus (STROBER & KATZ, 1987; LAESSLE & PIRKE, 1997).

Die Individuelle Lernerfahrung mit Umgang mit Nahrungsmitteln spielt nach JOHNSON, CORRIGAN, CRUSCO und SCHLUNDT (1986) ebenfalls eine Rolle für die Entstehung von Bulimie. Bedeutsam ist hier das Ausmaß, in dem Essen als ein Mittel der Ablenkung, Belohnung, Entspannung eingesetzt wird, um Situationen oder Gefühle zu vermeiden. Ein solches von den physiologischen Gegebenheiten losgelöstes Ernährungsverhalten kann zum "Verlernen" normaler Hunger- und Sättigungssignale führen (BOOTH & FULLER, 1981).

Zudem lässt sich nach TUSCHEN-CAFFIER und FLORIN (2002) eine besondere Bedeutung in Bezug auf das essensbezogenen Verhalten der Mütter und ihrer Einstellung gegenüber Figur und Gewicht vermuten. Mütter von essgestörten Töchtern zeigen häufig selbst essgestörtes Verhalten und haben eine problematische Einstellung gegenüber der Figur bzw. dem Gewicht ihrer Töchter (PIKE & RODIN, 1991). Bei den Töchtern gezügelte Essender Mütter zeigen sich Effekte des Modelllernens: Sie haben stärkere Angst vor dem Dickwerden und essen nach einer Vorabmahlzeit im Labor mehr, als Töchter von Frauen ohne gezügelten Essstil (FRANZEN & FLORIN, 1995). Somit kann von einem erhöhten Risiko für die Ausbildung einer Essstörung ausgegangen werden.

2.1.8.5 Belastungen

Es gibt deutliche Anzeichen dafür, dass sowohl akute als auch chronische Belastungen für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen von Be-

deutung sind. Hier wurden vor allem sogenannte kritische Lebensereignisse als Risikofaktoren für die Entstehung untersucht. In einer Studie von LACEY, COKER und BIRTCHNELL (1986) berichteten 72% der Bulimikerinnen, ein halbes Jahr vor Ausbruch der Erkrankung schwere Partnerschaftsprobleme, 70% gravierende Veränderungen der Lebensumstände (Umzug, Arbeitsplatzwechsel) und 20% Verlust oder Trennung von einer Bezugsperson erlebt zu haben. VAN BUREN und WILLIAMS (1988) fanden in diesem Zusammenhang heraus, dass Bulimikerinnen genauso unzufrieden mit Ihren Beziehungen sind, wie Paare, die sich momentan in einer Paartherapie befinden. Diesen Lebensereignissen ist gemeinsam, dass sie eine Anpassungsanforderung an das Individuum stellen, der sich das Individuum aufgrund von Defiziten nicht gewachsen fühlt (GARFINKEL & GARNER, 1986). Leider bleibt die Frage offen, ob diese Ereignisse nicht ein allgemeiner Bestandteil der Adoleszenz darstellen und inwieweit diese auch in anderen klinischen Gruppen auftreten. Zukünftige prospektive Studien müssten zudem klären, ob diese Anforderungen von den (zukünftigen) Patientinnen als subjektiv belastender erlebt werden, als von den Personen, die später keine Essstörungen entwickeln.

Experimentelle Studien konnten zeigen, dass interpersonelle Konfliktsituationen relevante Belastungsquellen für die Auslösung von Essanfällen darstellen. Bulimikerinnen reagieren im Vergleich zu Kontrollpersonen mit einem gesteigerten Essbedürfnis, wenn sie mit zwischenmenschlichen Problemsituationen konfrontiert werden (SCHLUNDT, JOHNSON & JARRELL, 1985; CATTANACH, MALLEY & RODIN 1988; WALLER 1991; TUSCHEN, VÖGELE, KUHNHARDT & CLEVE-PRINZ, 1995; TUSCHEN-CAFFIER & VÖGELE 1999). Dies wird sowohl auf das geringe Selbstwertgefühl, als auch auf die mangelnde soziale Kompetenz zurückgeführt. CROWTHER, LINGSWILER und STEPHENS (1984) sowie DAVIS, FREEMAN und SOLYOM (1985) bezeichnen einen Essanfall als sozialen Vermeidungsmechanismus einer direkten Problemlösung. Weiterhin wird vermutet, dass Bulimikerinnen diese interpersonellen Konfliktsituationen als belastender erleben, weil sie möglicherweise im Vergleich zu gesunden Frauen eine stärkere soziale Abhängigkeit, eine größere Angst vor Trennung und mehr Sorgen hinsichtlich einer Bewertung durch andere haben (JACOBSON & ROBINS, 1989). Auch berufliche Probleme stellen nach JOHNSON, CORRIGAN und MAYO (1987) eine derartige Belastungsquelle dar. Ausgehend von Befunden aus ambulatorischen Messungen, wonach Bulimikerinnen sich vor den Essanfällen häufig ängstlich, angespannt oder dysphorisch fühlen (z.B. GLEAVES et al., 1993; LEVINE & MARCUS, 1997)

gehen viele Forscher davon aus, dass akuter psychologischer Stress im allgemeinen eine bedeutsame Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essanfällen spielt (z.B. TUSCHEN, FLORIN & BAUCKE, 1993; TUSCHEN et al., 1995; ELMORE et al., 1990; GREENO & WING, 1994; HEATHERTON, HERMAN & POLIVY, 1991)

Als Vulnerabilitätsfaktoren im Sinne von chronischen Belastungen wurden auch traumatische Lebensereignisse und sexueller Missbrauch diskutiert. Essgestörte Patientinnen weisen häufig Charakteristiken auf, die auch bei Opfern von sexueller Gewalt zu finden sind, wie z.B. eine Ablehnung des eigenen Körpers, der eigenen Sexualität und ein von Schuldgefühlen gemindertes Selbstwertgefühl. Die Befunde zum gemeinsamen Auftreten von sexuellem Missbrauch und Essstörungen sowie zur Frage, ob es sich um essstörungsspezifische Zusammenhänge handelt, sind widersprüchlich. CONNORS und MORSE (1993) und WELCH und FAIRBURN (1996) fanden bei 30% der Bulimikerinnen sexuellen Missbrauch. Eine Studie von STEIGER und ZANKO (1990) konnte eine höhere Rate von sexueller Gewalt bei Bulimikerinnen im Vergleich zu Frauen mit einer anderen Essstörung oder ohne psychische Störung finden. Auch in repräsentativen Umfragen von DANSKY, SALADIN, COFFEY und BRADY (1997) und WONDERLICH, WILSNACK, WILSNACK und HARRIS (1996) wurden bei Bulimikerinnen deutlich höhere Prävalenzraten von sexueller Gewalt gefunden, als bei Essanfallsgestörten oder bei Frauen ohne Essstörung. Dagegen konnte POPE, MANGWETH, NEGRAO, HUDSON und CORDAS (1994) keine Unterschiede bezüglich des Vorliegens sexueller Traumata vor Erkrankungsbeginn zwischen Frauen mit oder ohne Essstörung finden. WELCH und Fairburn (1994) konnte in einer Studie zwar Unterschiede zwischen Essgestörten und Gesunden finden, nicht aber zwischen Essgestörten und Patientinnen mit anderen psychischen Störungen. Die Spezifitätshypothese konnte in vielen neueren Untersuchungen ebenfalls nicht belegt werden (KINZL, TRAWEGER, GUENTHER & BIEBL, 1994; RORTY, YAGER & ROSSOTTO, 1994; POPE et al, 1994; WELCH & FAIRBURN, 1994, 1996) so dass die Autoren zu dem Schluss kommen, dass sexuelle Traumata die Wahrscheinlichkeit für die Entwicklung einer psychischen Störung im Sinne eines Risikofaktors erhöhen und damit auch zur Entwicklung einer Essstörung beitragen können. Die Befunde lassen es derzeit nicht zu, von sexuellen Traumata als einen essstörungsspezifischen Faktor, noch weniger von einem alleinigen Bedingungsfaktor zu sprechen. Festzuhalten ist, dass viele Frauen zweifelsohne kei-

ne Essstörung (oder eine andere psychische Erkrankung) entwickelt hätten, wenn sie nicht als Kind sexuell missbraucht worden wären.

2.1.8.6 Soziokulturelle Faktoren

Das reichhaltige Angebot an und die unmittelbare Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln in den westlichen Industrieländern in Kombination mit einer Abnahme körperlicher Bewegung in der Bevölkerung hat in den vergangenen Jahrzehnten dazu geführt, dass die Kalorienaufnahme und das Durchschnittsgewicht von Frauen stetig angestiegen ist. Gleichzeitig hat sich das Schlankheits- und Schönheitsideal in die entgegengesetzte Richtung entwickelt hin zu einer extremen Schlankheit. GARNER, GARFINKEL, SCHWARTZ und THOMPSON (1980) konnte zeigen, dass zwischen 1959 und 1979 nicht nur das Durchschnittsgewicht der Frauen auf der Titelseite des "Playboys", sondern auch das der Teilnehmerinnen an der Wahl zur "Miss America" signifikant gesunken ist. Zusätzlich haben sich Stereotypen und Assoziationen bezüglich dicker Menschen dramatisch in Richtung einer negativen Bewertung verändert. Dicksein wird mit Attributen wie träge, faul, willensschwach, ungepflegt, asozial etc. in Verbindung gebracht (STUNKARD & SOBAL, 1995). Dagegen wird eine schlanke Figur mit Lebensfreude, Willensstärke, soziale Anerkennung, beruflichem Erfolg (WESTENHÖFER, 1992) sowie mit Kompetenz und Gesundheit (POLIVY & HERMAN, 1993; VITOUSEK & HOLLON, 1990) assoziiert. Solche Bewertungsmuster finden sich schon bei Kindern und Jugendlichen (DEUTSCHE GESELLSCHAFT FÜR ERNÄHRUNG, 1992). Dabei weichen die gesellschaftlich definierten und über vielfältige Medien und Produkte der "Schlankheitsindustrie" vermittelten Standards immer weiter von der Wirklichkeit ab und üben somit einen immensen Druck vor allem auf Mädchen und Frauen aus. Das Ergebnis ist eine starke oft schon im Kindesalter beginnende Sorge oder Unzufriedenheit mit dem eigenen Gewicht. In einer Umfrage von RODIN (1994) gaben lediglich 12% der deutschen Frauen an, mit ihrem Gewicht und ihrem Aussehen zufrieden zu sein. Diese Unzufriedenheit verbunden mit einem starken sozialen "Druck zur Schlankheit" schlägt sich auch in den sich massenhaft ausbreitenden Maßnahmen zur Gewichtsreduktion nieder. 1989 hatte bereits jede zweite Frau eine Schlankheitsdiät hinter sich (WESTENHÖFER & PUDEL, 1990). PUDEL sprach in diesem Zusammenhang 1985 von einem "kollektiven Diätverhalten". In einer repräsentativen Umfrage gaben 77% der Frauen an, Sport als Mittel der Gewichtsabnahme zu betreiben (WESTENHÖFER, 1992). Nach WESTENHÖFER, PUDEL, MAUS und SCHLAF (1987) führen 20% der Frauen regelmäßig Diäten durch,

6% hielten aus Sorge um ihre Figur ständig Diät. 5% der weiblichen Gesamtbevölkerung setzten Laxantien zur Gewichtsreduktion ein (REINBERG & BAUMANN, 1986), 3,5% der Frauen induzieren regelmäßig Erbrechen (WESTENHÖFER, et al., 1987).

Ein direkter Zusammenhang von Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper und gestörtem Essverhalten kann als gesichert angesehen werden (FABIAN & THOMPSON, 1989; KATZMAN, WOLCHIK & BRAVER, 1984; KILLEN, HAYWARD, WILSON, TYLOR, HAMMER, LITT, SIMMONDS & HYDEL, 1994; KOENIG & WASSERMANN, 1995; LEON, FULKERSON, PERRY & EARLY-ZALD, 1995; LEON, KEEL, KLUMP & FULKERSON, 1997; STICE, 1998), ebenso wie der Zusammenhang von chronischem Diäthalten (restraint eating) und Essanfällen (ABRAHAM & BEAUMONT, 1982; LINGSWILER, CROWTHER & STEPHENS, 1989; POLIVY & HERMAN, 1985, 1987). Der gesellschaftliche Druck, dünn zu sein korreliert deutlich mit bulimischer Symptomatik (Striegel-Moore, 1993; STICE, NEMEROFF & SHAW, 1996). In einer prospektiven Studie konnten STICE, MAZOTTI, KRBS und MARTIN (1998) zeigen, dass der subjektiv wahrgenommene Schlankheitsdruck bei Frauen mit späteren Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen korreliert. Ebenso konnte die Internalisierung des Schlankheitsideals bulimische Symptomatik (JOINER, HEATHERTON, RUDD & SCHMIDT, 1997) bzw. den Beginn subklinischer oder klinischer Bulimie (KILLEN et al., 1994) vorhersagen. Eine prospektive Studie von KILLEN et al. (1994) konnte außerdem zeigen, dass eine übermäßige Beschäftigung mit Gewicht und Figur die Entstehung von Essstörungen begünstigt (vgl. auch FLORIN & TUSCHEN-CAFFIER, 1998). Es wurde ferner ein deutlicher Zusammenhang zwischen der Abwertung des Dickseins verbunden mit der Idealisierung von Schlanksein und der Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper bei Frauen, besonders bei jungen Frauen und Mädchen, festgestellt (MILLER, MURPHY & BUSS, 1981; HAWKINS, TURELL & JACKSON, 1983; CASH & BROWN, 1987; HERMAN & POLIVY, 1990). Bulimikerinnen sind besonders unzufrieden mit ihrem Körper (FAIRBURN, 1986; GARFINKEL, GOLDBLOOM, DAVIS, OLMSTED, GARNER & HALMI, 1992).

Verstärkt wird der Wunsch nach einer schlanken Figur zusätzlich durch zwei gesellschaftlich weit verbreitete aber sehr problematische Überzeugungen: (1) Die *beliebige* Manipulierbarkeit von Figur und Gewicht wird über vielfältige Medien (Fernsehen, Zeitschriften, Ratgeber etc.) transportiert. Jeder könne das Ideal erreichen, er müsse sich nur genügend anstrengen. Außerdem könne (2), wer das Ziel erreicht habe, mit großer gesellschaftlicher Belohnung rechnen.

Diese beiden Annahmen sind irreführend und nicht zutreffend. Nach BROWNELL (1991) ist der genetisch vorgegebene Fettanteil des weiblichen Körper doppelt so hoch, wie es das Schlankheitsideal vorsehe. Zudem ist der Körper durch eine Reihe von physiologischen Gegenmaßnahmen gegen Auszehrung durch Nahrungseinschränkung geschützt (PIRKE et al., 1989). Somit sind Gewichtskorrekturen ohne gesundheitliche Risiken nur in sehr engen Grenzen möglich. Die Misserfolgsraten von Gewichtsreduktionsprogrammen im Langzeitverlauf von über 90% sprechen für sich (GLENNY, O'MEARA, MELVILLE, SHELDON & WILSON, 1997) und machen das Ausmaß deutlich, in dem das Selbstwertgefühl von Frauen systematisch beschädigt wird. BARSKY (1988) und GLASSNER (1989) konnten zudem in ihren Studien die zweite Annahme widerlegen, wonach sich keineswegs bei Erreichen der Traumfigur die "erwarteten" Belohnungen wie beruflicher Erfolg, ausgefülltes Leben, Zufriedenheit oder positive Beziehungen zum anderen Geschlecht einstellen.

Da körperliche Attraktivität nach den heute gültigen gesellschaftlichen Standards ein zentraler Bestandteil des weiblichen Geschlechtsrollenstereotyps ist, kann sie auch als wesentliche Determinante für das Selbstwertgefühl von Frauen angesehen werden (RODIN, SILBERSTEIN & STRIEGEL-MOORE, 1985). Attraktive Frauen werden somit auch als femininer angesehen. Interessant ist, dass bei der Beurteilung durch die Probanden nicht nur die Schlankheit, sondern auch das Essverhalten selbst herangezogen wurde. Zahlreiche Studien konnten zeigen, dass Frauen mit einem gezügelten Essstil auch als femininer eingeschätzt wurden (Überblick bei STRIEGEL-MOORE, 1993).

Insgesamt weisen die Befunde darauf hin, dass ein Einfluss von soziokulturellen Bedingungen auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen nicht geleugnet werden kann. Einschränkend muss jedoch bemerkt werden, dass weitere psychologische und biologische Auffälligkeiten des Individuums vorliegen müssen, damit diese Bedingungen sich auch pathologisch auswirken können (HOHLER, 1997).

2.1.8.7 Gezügelter Essstil und Diäten

Viele Autoren konnten in Studien feststellen, dass Personen, die unter Bulimia Nervosa leiden, Essanfälle erstmals nach längeren Phasen des Diäthaltens oder Fastens erlebten (z.B. HALL & HAY, 1991; LACEY et al., 1986; PYLE et al., 1981; BULIK et al., 1997b). Außerdem werden Mahlzeiten häufig übersprungen (DAVIS et al., 1988; KENDLER et al., 1991). Laborexperimente konnte zudem zei-

gen, dass kurzfristige oder langfristige Nahrungsdeprivation bei Personen ohne Essstörung neben anderen psychischen Symptomen auch zu einem enthemmtem Essen führt, welches längere Zeit überdauern kann (FRANKLIN, SCHIELE, BROZEK & KEYS, 1948; KEYS et al., 1950; POLIVY, ZEITLIN, HERMAN & BEAL, 1994; TELCH & AGRAS, 1993; LOWE, 1994; WARDLE & BEALES, 1988, im Tierversuch auch HAGAN & MOSS, 1997).

Die meisten Forscher gehen daher davon aus, dass Diäthalten und Fasten zur Entstehung von Essanfällen beitragen (DAVIS et al., 1988; HEATHERTON, HERMAN & POLIVY, 1992; HERMAN & POLIVY, 1988; ROSEN, 1990) oder diese verschlimmern. Gezügeltes Essverhalten konnte in einer Längsschnittstudie von GREENBERG (1986) spätere bulimische Symptomatik vorhersagen und auch die prospektiven Studien von PATTON, JOHNSON, WOOD, MANN und WAKELIN (1990), LEON et al. (1995), KENDLER et al. (1991) und STICE et al. (1998) konnten den Zusammenhang von Diäthalten und späteren Essanfällen (inkl. kompensatorischem Verhalten) stützen.

Aufgrund dieser Zusammenhänge wurde das gezügelte Essverhalten ("restraint eating") von Autoren wie HERMAN und POLIVY (1980, 1988) als zentraler Bestandteil der Erkrankung gesehen, wobei der Grund für das Essverhalten in einer starken *kognitiven* Kontrolle der Bulimikerinnen gesehen wird, die sich eine relativ willkürliche Kaloriengrenze ("boundary") setzen, welche nicht überschritten werden darf (HERMAN, POLIVY, LANK & HEATHERTON, 1987). Die beobachtbaren Ess-Brech-Zyklen werden folglich durch den Wechsel von Erfolg und Versagen der kognitiven Kontrolle bestimmt.

Auch wenn die ätiologische Relevanz von Diäthalten und restriktivem Ernährungsverhalten belegt ist, so gibt es einige Studien, die zeigen, dass die meisten Frauen trotz dieser Verhaltensweisen keine Symptome einer Essstörung entwickeln (BROWNELL & RODIN, 1994; PIRKE, 1991). Außerdem fanden Kliniker auch sogenannte "weight suppressors", die erfolgreich Diät halten (LOWE, 1988) und keine Enthemmung im Essverhalten ausbilden (WILSON, NONAS & ROSENBLUM, 1993). Das Diäthalten allein löst nicht zwangsläufig bei allen Menschen Essanfälle aus (MUSSELL et al., 1995) sondern es müssen weitere Faktoren hinzukommen, damit eine Erkrankung entsteht.

2.1.8.8 Körperbildstörung

Seit einiger Zeit werden Körperbildstörungen bei Menschen mit Essstörungen untersucht. Dabei versteht man unter einer Körperbildstörung einen psychi-

schen Defekt, welcher mit der eigenen anatomischen und für die Umwelt sichtbaren Erscheinung auf der einen Seite und der intrapsychischen Vorstellung oder Einstellung des eigenen Körpers auf der anderen Seite (MCKENZIE, WILLIAM & CUBIC, 1993) zusammen hängt. Dabei werden drei unterschiedliche Komponenten des Körperbilds und damit auch drei unterschiedliche Formen einer Körperbildstörung differenziert (ROSEN, 1992): (1) eine Wahrnehmungskomponente, welche die Schätzung der Körperbreite als empirisches Maß beinhaltet (WARDLE & FOLEY 1989) und zur "body size distortion" führt, (2) eine subjektive Komponente, die Einstellungen, Zufriedenheit, Sorgen oder Angst bezüglich des eigenen Körpers umfasst und deren Störung "body dissatisfaction" genannt wird und (3) eine verhaltenssteuernde Komponente, welche die Vermeidung von Situationen (wie z.B. das Tragen figurbetonter Kleidung am Strand oder im Schwimmbad) enthält (GOLDSTEIN, KRASNER & GARFIELD, 1990) und als "body avoidance" bezeichnet wird (CASH & BROWN, 1987; ROSEN, SALTZBERG & SREBNIK, 1989; THOMPSON, 1990).

Bezüglich einer verzerrten Körperwahrnehmung (1) liegen bei Anorektikerinnen und Bulimikerinnen widersprüchliche Befunde vor (HSU & SOBKIEWICZ, 1991; BLOUIN, BLOUIN, BUSHNIK & BRAATEN, 1993; CASH & DEAGLE, 1997; FRIEDMANN & BROWNELL, 1995). Einige Betroffene überschätzen ihren Körperumfang, bei anderen wurden jedoch keine Unterschiede zu gesunden Kontrollpersonen gefunden. Zudem wurden deutliche Beeinflussungen der Einschätzungen durch die Stimmung (TAYLOR & COOPER, 1992; TUSCHEN, FLORIN & SCHRÖDER, 1993), den Selbstwert (THOMPSON & THOMPSON, 1986) oder die Aufgabenstellung (PROBST, VANDEREYCKEN, VANDERLINEN & VANCOPPENOLLE, 1997) gefunden. Negative körperbezogene Verhaltensweisen (3) wurden bisher kaum untersucht.

Körperbildstörungen im Sinne von figur- und gewichtsbezogenen Ängsten und Sorgen (2) stellen dagegen nicht nur ein Diagnosekriterium für Essstörungen dar, sondern auch einen wichtigen Prädiktor für die spätere Entwicklung einer Anorexia Nervosa oder Bulimia Nervosa dar (KILLEN, HAYWARD, WILSON, TYLOR, HAMMER, LITT, SIMMONDS & HAYDEL, 1994). Sie sind im Kindesalter kennzeichnend für die Risikopopulation der Töchter von gezügelt essenden Müttern (FRANZEN & FLORIN, 1995). Zum Einfluss auf die Entstehung einer "Binge-Eating"-Störung liegt bislang nur eine retrospektive Studie von FAIRBURN et al. (1998) vor. Bulimikerinnen und BED-Patientinnen berichten von häufigeren negativen figurbezogenen Kommentaren in der Kindheit von Seiten der Eltern oder Freunden als andere psychiatrische Patienten oder ein Kontrollgruppe.

Auch im Rahmen der Erforschung der aufrechterhaltenden Faktoren von Essstörungen sind Sorgen und Ängste bezüglich des Gewichts und der Figur als relevant belegt (HSU & SOBKIEWICZ, 1991). So wurde beispielsweise bei Bulimikerinnen bestätigt, dass negative körperbezogenen Kognitionen den Ess-Brech-Zyklus stabilisieren (GÖBEL, SPALTHOFF, SCHULZE & FLORIN, 1989). Bei BED-Patientinnen liegen bislang nur wenige und inkonsistente Befunde zur Körperbildstörung vor. ELDRIDGE und AGRAS (1996) konnten in einer Fragebogenstudie zeigen, dass BED-Patientinnen mehr figur- und gewichtsbezogenen Sorgen angeben, als Frauen mit gleichem BMI aber ohne Vorliegen einer Essstörung. Sie sind zwar genauso unzufrieden mit ihrem Gewicht, wie eine Kontrollgruppe (KUEHNEL & WADDEN, 1994; DEZWANN et al., 1994), aber deutlich unzufriedener, als eine Gruppe von Bulimikerinnen (FICHTER, QUADFLIEG & BRANDL, 1993; SANTONASTASO et al., 1999). Eine Studie von SPITZER et al. (1993) fand dagegen die stärksten Sorgen und Ängste bezüglich Gewicht und Figur bei Bulimikerinnen.

2.1.8.9 Affektregulation

Viele Studien, darunter auch ambulatorische Messungen, konnten zeigen, dass Essanfälle häufig in engem zeitlichen Zusammenhang mit negativen Emotionen oder Stressoren stehen und von Bulimikerinnen häufig vorher ängstliche, angespannte oder dysphorische Gefühle erlebt werden (z.B.: CROWTHER et al., 1984, DAVIS et al., 1985, SCHLUNDT et al., 1985, JOHNSON & LARSON, 1982; ELMORE, 1990; GLEAVES et al., 1993; LEVINE & MARCUS, 1997; POLIVY & HERMAN, 1985). Außerdem konnten negative Emotionen und Stressoren als Enthemmungsfaktoren identifiziert werden, die Essanfälle wahrscheinlicher machen. Daher sind sich viele Autoren darüber einig, dass psychologischer Stress und damit eng verbunden negative Affekte eine entscheidende Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essanfällen spielen (CATTANACH, 1988; TUSCHEN et al., 1995; BAUCOM & AIKEN, 1981; ELMORE, 1990; GREENO & WING, 1994; HETHERTON & BAUMEISTER, 1991). Interpersonale und selbstbildbedrohende Stressoren stehen in deutlichem Zusammenhang mit bulimischen Symptomen (MCMANUS, WALLER & CHADWICK (1996); HEATHERTON, STRIEPE & WITTENBERG (1998). Der generelle Wirkmechanismus scheint darin zu bestehen, dass Bulimikerinnen ihre negativen Emotionen "regulieren" oder abschwächen, indem sie sich durch den Essanfall ablenken und von einem Zustand hoher "schmerzhafter" Selbstaufmerksamkeit in einen Zustand niedriger Selbstaufmerksamkeit gelangen. (HEATHERTON et al., 1991; POLIVY & HERMAN, 1993). Auf diese Weise kann das Individuum zunächst Kontrolle auf die negativen Stimmungen ausüben. (EL-

MORE, 1990; HERMAN & POLIVY, 1988; KAYE et al., 1986; THOMPSON & THOMPSON, 1986). Die Reduktion des negativen Affekts verstärkt operant das reaktive und unangemessene Essverhalten. Da bei Bulimikerinnen jedoch extreme Angst vor einer Gewichtszunahme ("weight phobia") besteht (FAIRBURN & COOPER, 1984; RUSSELL, 1979 & 1989; CUTTS & BARRIOS, 1986), bewirkt ein Essanfall eine Verstärkung dieser Angst. DAVIS et al. (1988) und BUREE (1990) konnten nachweisen, dass im Verlauf eines Essanfalls die Angst von Bulimikerinnen an Gewicht zuzunehmen kontinuierlich ansteigt. Jetzt wirken die kompensatorischen Maßnahmen (wie z.B. Erbrechen) als Affektregulation im Sinne einer Angstreduktion, die erneut negativ verstärkenden Einfluss auf die Symptomatik hat. Da Essanfälle (und Erbrechen) jedoch gewissermaßen als Nebenwirkungen wiederum Scham- und Schuldgefühle sowie Angst vor Gewichtszunahme verursachen, werden weitere Maßnahmen zur Affektregulierung notwendig (LEITENBERG, GROSS, PETERSON & ROSEN, 1984; ROSEN & LEITENBERG, 1982; JOHNSON & LARSON, 1982). Diese sich selbst verstärkenden Mechanismen werden von vielen Autoren als zentrale aufrechterhaltende Komponente des Ess-Brech-Zyklus angesehen (ROSEN & LEITENBERG, 1982; ROSEN, LEITENBERG, GROSS & WILLMUTH, 1985; LEITENBERG et al., 1984).

2.1.8.10 Konditionierungseffekte

Nur wenige Studien haben sich bisher mit der Frage beschäftigt, welchen Einfluss Konditionierungsprozesse physiologischer oder psychologischer Reizgegebenheiten auf die Auslösung und Aufrechterhaltung von Essanfällen haben. Zahlreiche Befunde belegen, dass es eine physiologische "cephalic-phase"-Reaktion gibt, welche die Funktion hat, den Organismus optimal auf die Nahrungsaufnahme und -verwertung vorzubereiten u.a. durch eine Vermehrung des Speichelflusses, die Ausschüttung von Insulin und Enzymen, eine Verstärkung der Magen-/Darmmotilität (POWLEY, 1985; RODIN, 1985; MATTES, 1997). Diese Reaktion kann einerseits durch das Sehen, Riechen oder Imagination von Nahrung direkt und andererseits auch durch Reize, die mit der Nahrungsaufnahme gekoppelt sind, wie z.B. Uhrzeit, Umgebungsvariablen oder bestimmten Stimmungen angestoßen werden. Dies konnte sowohl in Humanexperimenten (JOHNSON & WILDMAN, 1983; PARRA-COVARRUBIAS, RIVERA-RODRIGUEZ & ALMA-RAZ-UGALDE, 1971; SIMON, SCHLIENGER, SPIN & IMLER, 1986; SJOSTROM, GARELLICK, KROTKIEWSKI & LUYCKX 1980; GOLDFINE, ABRAIRA, GRUENEWALD & GOLDSTEIN, 1970) als auch im Tierversuch bestätigt werden (HOMMEL, FISCHER, RETZLAFF & KNOFLER, 1972; LEMAGNEN, 1976; STEFFENS, 1976).

JANSEN, BROEKMATE und HEYMANS (1992) konnten in einer Pilotstudie mit Essgestörten zeigen, dass auch ihre exzessive Nahrungsaufnahme in der Regel auf ganz bestimmte Reizgegebenheiten, Umweltvariablen oder Verhaltensabläufen beschränkt ist, wie z.B. das Sehen (oder essen) spezifischer Nahrungsmittel, bestimmte Tageszeiten oder bestimmte emotionale Zustände. JANSEN nimmt in ihrem 1994 formulierten "conditioning model of binge eating" an, dass diese Reize als enthemmende Faktoren wirken und somit zu konditionierten Stimuli werden, die nicht nur die "cephalic-phase"-Reaktion sondern auch den Essanfall als konditionierte Reaktion auslösen und damit für das Individuum noch unvermeidlicher machen. Demnach müssten bei Essgestörte die physiologischen Reaktionen auf die konditionierten Stimuli stärker ausfallen, als bei Kontrollpersonen. Leider ist die Befundlage noch sehr widersprüchlich: Studien von JANSEN et al. (1990), FEHM-WOLFERSDORF, GNADLER, KERN, KLOSTERHALFEN und KERNER (1993) sowie KARHUNEN, LAPPALAINEN, TAMMELA, TURPEINEN und UUSITUPA (1997) konnten zwar konditionierte physiologische Reaktionen auf das Ansehen bzw. Imaginieren von Nahrungsmitteln bei Essgestörten zeigen. Der Versuch, ausgeprägtere Reaktionen bei Essgestörten im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen fest zu stellen, scheiterte jedoch (BROBERG & BERNSTEIN, 1989; JOHNSON, JARRELL, CHUPURDIA & WILLIAMSON, 1994; MOYER, ROODIN & CUMMINGS, 1993; KARHUNEN, VANNINEN, KUIKKA, LAPPALAINEN, TIIHONEN & UUSITUPA, 2000). Die Höhe der "cephalic-phase"-Reaktion variierte in diesen Studien lediglich mit der Höhe der subjektiv erlebten Hungergefühle der Probandinnen.

Konditionierungseffekte scheinen nicht nur bei der menschlichen Nahrungsaufnahme generell sondern auch bei exzessiver Nahrungsaufnahme von Essgestörten eine Rolle zu spielen. Welchen störungsspezifischen Stellenwert diese im Rahmen eines Erklärungsmodells für Essstörungen haben, kann nicht abschließend beurteilt werden und bedarf der weiteren Erforschung (OVERDUIN & JANSEN, 1997; JANSEN, 1998).

2.1.9 Das biopsychosoziale Modell der Bulimia Nervosa

Verschiedene Autoren haben versucht, die Befundlage zu den prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren in globalen Modellen der Bulimia Nervosa zusammen zu fassen. Trotz der integrativen Kraft dieser biopsychosozialen Modelle müssen sie sich nach HERMAN und POLIVY (1990) sowie SCHLUNDT und JOHNSON (1990) den Vorwurf des "lack of specificity" gefallen lassen, d.h. es stellt sich die Frage nach der jeweiligen Spezifität für die Essstö-

rungen. Darum soll an dieser Stelle das biopsychosoziale Erklärungsmodell von TUSCHEN-CAFFIER und FLORIN (2002) sowie SCHWEDLER (1997) und HOHLER (1997) dargestellt werden, bei dem der bulimische Teufelskreis als Spezifikum der Erkrankung eine zentrale Position einnimmt:

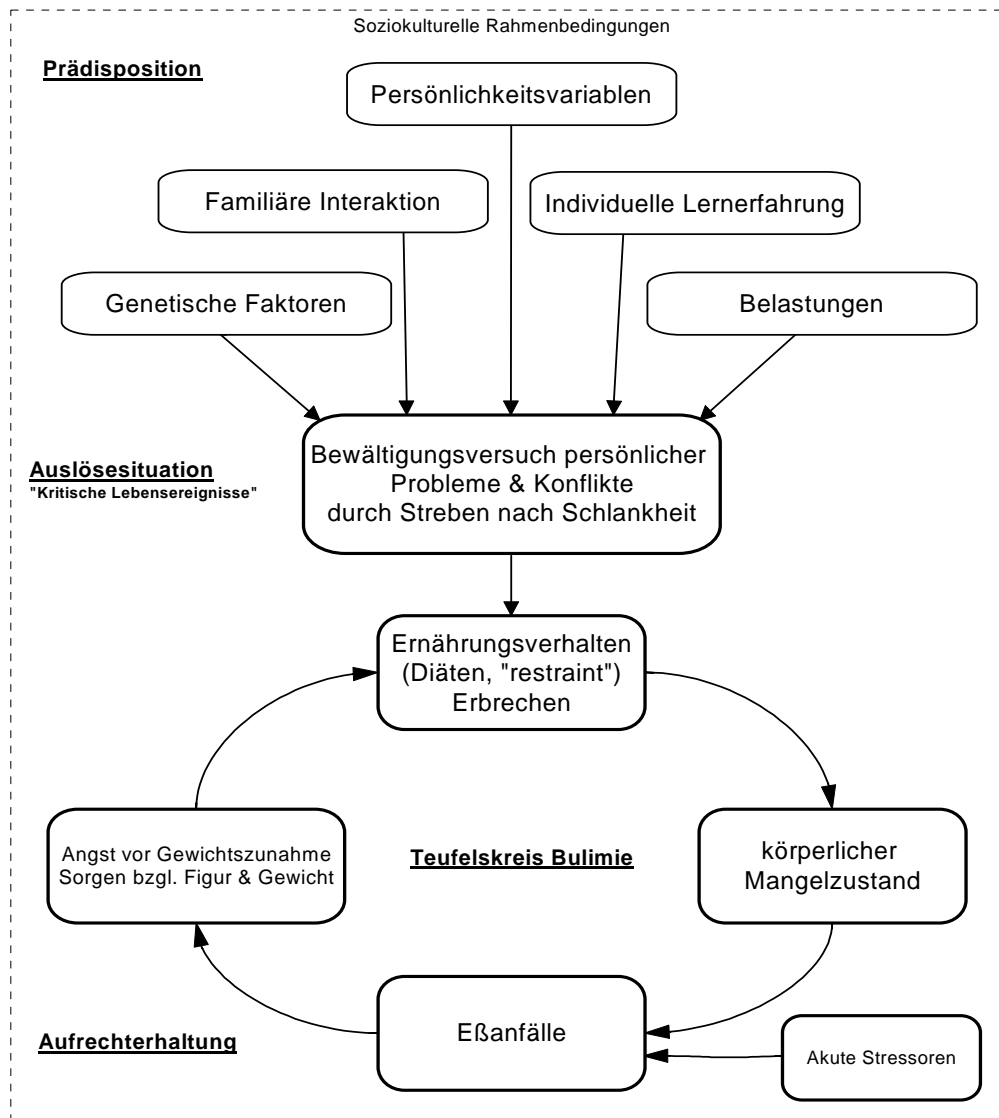


Abbildung 2.3: Erklärungsmodell zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimia Nervosa nach TUSCHEN-CAFFIER und FLORIN (2002) sowie SCHWEDLER (1997) und HOHLER (1997)

In diesem Modell werden prädisponierenden Faktoren wie Persönlichkeitsvariablen, Individuelle Lernerfahrungen, Belastungen, genetische Faktoren und familiäre Interaktionsmuster benannt, die in einer akuten Auslöse- bzw. Anforderungssituation die Entstehung von Bulimia Nervosa begünstigen. Das Individuum versucht sogenannte "kritische" Lebensereignisse (Gravierende Veränderungen in einem wichtigen Lebensbereich, Leistungsanforderungen, Verlust &

Trennung etc.) durch das Streben nach Schlankheit zu bewältigen. Dies hat konkrete Auswirkungen auf das Essverhalten. Diäten werden durchgeführt und ein gezügelter Essstil bildet sich heraus. Das Ernährungsverhalten bewirkt körperliche Mangelzustände, die sich phasenweise in unkontrollierter Nahrungszufuhr entladen. Essanfälle gewinnen einerseits die Funktion der Stressreduzierung bei auftretenden alltäglichen Belastungen, bewirken jedoch andererseits auch eine Verstärkung der ohnehin schon vorliegenden Angst vor Gewichtszunahme und der Sorge um Gewicht und Figur. Diese Angst bzw. Sorge führt dann nach einem Essanfall zum Erbrechen bzw. zur weiteren Ernährungseinschränkung oder anderen kompensatorischen Maßnahmen, die die unangenehmen Gefühlszustände vermindern sollen (Affektregulation). Diese Zusammenhänge bilden einen autonomen, sich selbst verstärkenden und mit Fortschreiten der Erkrankung immer geläufiger werdenden Automatismus, den Teufelskreis der Bulimie, der maßgeblich an der Aufrechterhaltung der Erkrankung beteiligt ist. Das ständige erfolglose Ankämpfen der Patientinnen produziert zudem ein Vielzahl von Misserfolgserlebnissen, die das Selbstwertgefühl nachhaltig mindern und zur Stimmungseintrübung beitragen.

Das Modell leistet einen entscheidenden Beitrag zur störungsspezifischen Erklärung der Entstehung und Aufrechterhaltung von Bulimia Nervosa und bildet nicht nur den Rahmen für weitere Forschungsbemühungen, sondern ist auch im Bereich der therapeutischen Anwendung erprobt. Aus ihm lassen sich direkte Implikationen für eine Behandlung der Erkrankung ableiten (Tuschen-Caffier & Florin, 2002 sowie WAADT et al., 1992).

Problemlösedefizite sind in diesem Modell in mehrfacher Hinsicht relevant. Im Sinne einer Prädisposition lassen sie sich als Persönlichkeitsvariable beschreiben. Mangelnde Problemlösefähigkeiten haben beim Auftreten von kritischen Lebensereignissen mit Anforderungscharakter ein erhöhtes Stresserleben zur Folge, Überforderungssituationen entstehen somit schneller. Ebenso kann die familiäre Interaktion in der Ursprungsfamilie zwischenmenschliche Kompetenzen und damit auch die Entwicklung zwischenmenschlicher Problemlösefähigkeiten fördern oder behindern. Die erfolgreiche bzw. nicht erfolgreiche Bewältigung von Belastungen in der Vorgeschichte hat ebenfalls Einfluss auf die Wirkung der Auslösesituation. Wurden zuvor effektive Problemlösestrategien entwickelt, wird auch ein kritisches Lebensereignis weniger gut in der Lage sein, eine Bulimie auszulösen. Des Weiteren sind Problemlösedefizite auch an der Aufrechterhaltung der Erkrankung im Allgemeinen und der Essanfälle im Be-

sonderen beteiligt. Alltägliche problematische Situationen werden aufgrund der fehlenden Problemlösefähigkeiten zu "Stressoren", die sich als schwer zu bewältigen erweisen. Essanfälle treten aufgrund der kurzfristig wirksamen Affektregulation an die Stelle adäquater Problemlösungen. Problemlösefähigkeiten werden unter diesen Umständen ver- oder gar nicht erst erlernt.

Hieraus wird deutlich, dass im Rahmen eines biopsychosozialen Modells der Bulimia Nervosa das Problemlösen oder auch Problemlösedefizite eine wichtige Rolle spielen und auch bei der Behandlung unbedingt berücksichtigt werden müssen.

2.2 Problemlösen

Will man die Problemlösefähigkeiten essgestörter Patientinnen untersuchen, ist es zunächst notwendig, den theoretischen Hintergrund und den Inhalt des Konzepts zu beleuchten. Da der Ausgangspunkt der Problemlöseforschung zu Beginn des letzten Jahrhunderts liegt, ist es unschwer nachzuziehen, dass sich die Definitionen von Problem, Problemlösefähigkeiten und Problemlöseprozess und damit auch das Verständnis, wie mögliche Veränderungen im Individuum zu bewirken sind, sowohl in der Blickrichtung, als auch in der Komplexität stark gewandelt haben. Zunächst soll die denkpsychologische Perspektive in ihrer Relevanz für das psychotherapeutische Problemlösen im Fordergrund der Betrachtung stehen. Danach sollen die spezifischen Anwendungen des Ansatzes durch die Klinische Psychologie skizziert werden. In einem dritten Teil wird das "Problem" der Messung bzw. der Erfassung von Problemlösefähigkeiten im klinischen Kontext referiert und verschiedene Verfahren überblicksartig vorgestellt. Schließlich werden dann vorliegende Befunde zu Problemlösedefiziten in klinischen Stichproben diskutiert.

2.2.1 Grundlagen des Problemlösens

2.2.1.1 Problemlösen aus denkpsychologischer Sicht

Entscheidende Anstöße für die Konzeption denkpsychologischer Problemlösekonzepte kamen aus der Würzburger Schule um ACH (1905) und SELZ (1913). Diese Forscher wandten sich gegen den Sensualismus und eine reine Assoziationspsychologie und lieferten eine Vielzahl experimenteller Untersuchungen zu Denkvorgängen, Urteilsformen und Zielvorstellungen. Sie konnten nachweisen, dass seelische Akte immer eine "deterministische Tendenz", folglich einen sinnvollen und zielrichtungsbestimmenden Einfluss haben. Diese Überlegungen

wurde von Gestalttheoretikern aufgegriffen und konstatiert, dass diese Zielorientierung im handelnden Subjekt angelegt sei. Ungelöste Probleme wurden somit als unvollkommene nach Ordnung und Ausgleich strebende Strukturen verstanden, die die Tendenz zur Lösung bereits beinhalten (WERTHEIMER, 1964). Mit Hilfe dieser beiden Konzeptionen wurde das Problemlösen als die Denktätigkeit schlechthin aufgefasst. Mit der kognitiven Wende in der Psychologie als Gegenbewegung zum Behaviorismus von WATSON (1930) und SKINNER (1966) wurden nun z.B. von MILLER, GALANTER und PIBRAM (1986) versucht, die kognitiven Determinanten des Verhaltens anhand von Ordnungs- und Regelplänen nach zu weisen. Eine Ergänzung durch das Paradigma der Informationsverarbeitung als wissenschaftstheoretisch bedeutsamer Begriff (vgl. WESTERMANN, 1987) kennzeichnet den aktuellen Status der Problemlöseforschung und stellte die Voraussetzungen für die grundlegenden Arbeiten von NEWELL, SCHAW und SIMONS (1958) und NEWELL und SIMONS (1972) dar.

Das zentrale Ziel der Problemlöseforschung besteht im Entwurf einer allgemeinen, systematischen Theorie der menschlichen Geistestätigkeit beim Lösen von Problemen (DÖRNER 1976). Diese sollte nach NEWELL et al. (1958) fünf Kriterien erfüllen: Die Theorie sollte (a) Prognosen bezüglich der Leistung des Problemlösers ermöglichen, (b) die Abfolge eines Problemlöseprozesses erklären können, (c) die Begleiterscheinungen des Problemlösens beschreiben können, (d) die Auswirkungen von inneren und äußeren Veränderungen des problemlösenden Individuums auf dessen Problemlöseleistung erfassen und (e) den Erwerb von Problemlösefähigkeiten erklären können.

Hierbei ist als Grundvoraussetzung eine Klärung notwendig, was genau ein Problem ist und welche verschiedenartigen Charakteristiken bzw. Merkmalsdimensionen ein Probleme haben kann. Bei dieser Klärung sollte nach LÜER und SPADA (1990) jedoch nicht außer Acht gelassen werden, dass jegliche Definition bereits theoretische Voraussetzungen beinhaltet.

Folgende Definition eines Problems schlägt DUNKER (1935) vor:

"Ein Problem besteht z.B. dann, wenn ein Lebewesen ein Ziel hat und nicht weiß, wie es dieses Ziel erreichen soll. Wo immer der gegebene Zustand sich nicht durch bloßes Handeln (Ausführung selbstverständlicher Operationen) in den erstrebten Zustand überführen lässt, wird das Denken auf den Plan gerufen." (DUNKER, 1935, S.1)

DUNKER hebt bei dieser Definition die nicht zur Verfügung stehenden Mittel hervor, während in einer Definition von DÖRNER (1976) die Beschaffenheit der (unerwünschten) Ausgangslage im Zentrum steht:

"Ein Individuum hat ein Problem, wenn es sich in einem inneren und äußeren Zustand befindet, den es aus irgendwelchen Gründen nicht für wünschenswert hält, aber im Moment nicht über die Mittel verfügt, um den unerwünschten Zustand zu überführen." (DÖRNER, 1976, S.10)

Ein Problem ist in diesem Rahmen durch drei wesentliche Komponenten gekennzeichnet:

- (1) durch einen unerwünschten Anfangszustand (Ist-Zustand)
- (2) durch einen erwünschten Zielzustand (Soll-Zustand)
- (3) durch eine Barriere, die die Transformation von (1) zu (2) verhindert

Nach DÖRNER (1976) lassen sich ausgehend von der Unterschiedlichkeit der Barrieren drei Arten von Problemen klassifizieren, deren unterschiedlichen Anforderungen ein Problemlöser gerecht werden muss und deren Schweregrade ansteigend sind: (A) Probleme mit einer Interpolationsbarriere: Bei diesem einfachsten Fall von Problem ist sowohl Anfangs- als auch Zielzustand sowie die nötigen Operatoren bekannt. Die Problemlösung besteht in einer Kombination von Operatoren. Es erfolgt eine Anwendung bekannter Schemata (in Anlehnung an PIAGETS Assimilationsprozess). (B) Probleme mit einer Synthesebarriere: Bei dieser Form von Problemen stehen im Gegensatz zu (A) die zur Problemlösung wichtigen Operatoren nicht zur Verfügung, sondern müssen durch die *Überwindung* gelernter Einstellungen und Denkgewohnheiten gefunden werden. (C) Probleme mit einer dialektischen Barriere: Bei dieser schwierigsten Form von Problemen steht weder eine genaue Zieldefinition noch die notwendigen Operatoren zur Verfügung. Die Problemlösung muss sowohl einen Zielentwurf auf äußere und innere Widersprüche überprüfen, als auch geeignete Operatoren zur Zielerreichung erzeugen.

Bei der Lösung von Problemen mit dialektischer bzw. Synthesebarriere wird die Anwendung von Konstruktionsverfahren zur Herstellung unbekannter Transformationen benötigt. In seiner Gesamtheit wird dies als heuristische Struktur bezeichnet, die PIAGETS Verständnis des Akkomodationsprinzips entspricht. Dörner betont, dass bei Problemen auch mehrere Barrieren gleichzeitig vorhanden sein können, die dann sukzessive bearbeitet werden müssen. Andere Autoren wie z.B. MC CARTHY (1956), KLEIN (1974) oder QUEKELBERGHE (1979) schlagen eher dichotome Klassifikationen von Problemen (gut vs. schlecht bzw. offen vs.

geschlossen) vor. Diese Dimensionen lassen sich in das Modell DÖRNERs integrieren.

Entscheidende Bedeutung bei der Problemlösung misst DÖRNER dem Realitätsbereich bei, dem das jeweilige Problem angehört. Der Realitätsbereich wird auf der einen Seite bestimmt durch die Eigenschaften der vorgefundenen bzw. gewünschten Sachverhalte und auf der anderen Seite durch die Eigenschaften der Operatoren. Die Sachverhalte können sich auf den Dimensionen Komplexität, Dynamik, Vernetztheit, Transparenz und Vorhandenseins freier Komponenten unterscheiden. Die Operatoren können Eigenschaften wie Wirkungsbreite, Reversibilität, Größe des Anwendungsbereichs, Wirkungssicherheit und materielle oder zeitliche Kosten aufweisen (vgl. DÖRNER, 1976, S.15ff)

Während zunächst in der Problemlöseforschung Paradigmen im Vordergrund standen, die einfache Probleme und deren Lösung beinhalteten (z.B. den "Turm von Hanoi" oder andere Intelligenzaufgaben) wurden auf der Grundlage von DÖRNERs Modell eine Reihe von Untersuchungsanordnungen konzipiert, die Problemstellungen mit intransparenten Anforderungen und höherer Komplexität vorgaben. Die Simulation komplexer Probleme erfolgte mittels computergestützter Systeme. Probanden hatten als Bürgermeister 10 Jahre ein Gemeinwesen zu leiten (LOHHAUSEN; DÖRNER, KREUZIG, REIHTER & STÄUDEL 1983) oder als Entwicklungshelfer 20 Jahre lang eine Region in der Sahara zu fördern (MORO, DÖRNER, STÄUDEL & STROHSCHNEIDER, 1986, KÜHLE & BADKE 1984, 1986)

DÖRNER schlägt in einer Arbeit von 1989 für den Problemlösungsprozess in komplexen Systemen folgende Problemlöseschritte vor, die durch Rückkopplungsschleifen miteinander verbunden sind:

- Zielausarbeitung
- Modellbildung und Informationssammlung
- Prognose und Extrapolation
- Planung und Aktionen, Entscheidung und Durchführung der Aktivitäten
- Effektkontrolle und Revision der Handlungsstrategie

Eine ausführlichere Darstellung sowohl der komplexen Problemlösetheorie DÖRNERs als auch der Fülle von empirischen Befunden dieser Forschungsrichtung würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen.

Die Erkenntnisse aus der Problemlöseforschung konstatieren eine ähnliche kognitive Struktur und damit eine ähnliche Vorgehensweise beim Lösen einfa-

cher und komplexer Probleme alle Individuen. Interindividuelle Unterschiede ergeben sich aus Differenzen in Einzelaspekten dieser kognitiven Struktur, wie z.B. die Fähigkeit zu Analogieschlüssen oder die Anzahl abstrakter Schemata sowie aus unterschiedlichen Ausprägungen von Personenmerkmalen wie z.B. Selbstsicherheit oder emotionale Stabilität. Die Erwartung mittels Trainings eine Erhöhung der Problemlöseleistung zu bewirken wird durch diese Erkenntnisse gefördert. Wirksame Trainingsprogramme zur Verbesserung der kognitiven Struktur wurden von JUENGST (1977), HESSE (1979) und DÖRNER und KREUZIG (1983) entwickelt. Somit sind folgende Postulate der Problemlöseforschung in ihrem Anregungsgehalt für die klinisch-psychologische Forschung bedeutsam:

- Problemlösen wird als Denkfähigkeit verstanden, die systematisch und sequentiell abläuft
- Problemlösen wird als prozessuales Geschehen verstanden, bei dem unterschiedliche Teilprozesse verschieden gewichtet sein können. (Zielfindung, Problemdefinition etc.)
- Problemlösen wird als zahlreichen Einflüssen ausgesetzt verstanden, die sich quantitativ und qualitativ auf die Problemlöseleistung auswirken können.
- Problemlösen wird als erlernbar und optimierbar verstanden

Auch unter Berücksichtigung von Komplexität, Dynamik, sozialen Anforderungen und paralleler Verarbeitung unterscheiden sich jedoch die Probleme, die in dieser Forschungsrichtung verwendet werden, in bedeutsamen Aspekten von den Problemen eines Individuums im täglichen Leben: So handelt es sich um realitätsfremde, der Person relativ unbekannte Probleme ohne direkte emotionale Belastung oder Motivation auf Seiten des Individuums. Ferner handelt es sich um Problemumgebungen, bei denen stets Gesetzmäßigkeiten wirken, von denen in der Realität (bspw. Interaktionelle Systeme mit unkalkulierbaren internen und externen Einflüssen, interpersonelle Probleme mit hoher Intransparenz, Vernetztheit, Instabilität) nicht ausgegangen werden kann.

Die dargestellten Unterschiede verdeutlichen, dass die Erkenntnisse aus der denkpsychologischen Forschung trotz ihres hohen Anregungsgehalts nicht uneingeschränkt für die Klinische Psychologie übernommen werden können, sondern eine intensive Auseinandersetzung erfolgen muss, um sie für das "psychotherapeutische Problemlösen" nutzbar machen zu können.

"Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass psychische Probleme wohl den kompliziertesten Fall von Problemen innerhalb der Psychologie des Problemlö-

sens darstellen, insofern sie nahezu alle möglichen Komplikationen beinhalten, die von der Problemlösetheorie genannt werden". (KÄMMERER, 1987, S. 266)

2.2.1.2 Problemlösen aus klinisch-psychologischer Sicht

Eine Implementierung denkpsychologischer Konzeptionen in die Klinische Psychologie begann Anfang der siebziger Jahre durch einen Artikel von D'ZURILLA und GOLDFRIED (1971). Sie definierten ein Problem wie folgt: *"The term problem will refer her to a specific situation or set of related situations to which a person must respond in order to function effectively in his environment."* (D'ZURILLA & GOLDFRIED, 1971, S. 107). In diesem Sinne definieren sie Problemlösen als *"... a behavioral process, whether overt or cognitive in nature, which a) makes available a variety of potentially effective response alternatives for dealing with the problematic situation and b) increases the probability of selecting the most effective response from among these various alternatives."* (o.c., 109). D'ZURILLA und GOLDFRIED stellen das Problemlösen als eine *neue* Methode der Verhaltensmodifikation vor und explizierten fünf Schritte, die in unmittelbarer Interaktion zwischen Therapeut und Klient eingesetzt werden. Der Klient soll systematisch angeleitet werden, seinen Verhaltensspielraum zu erweitern und sich für die *beste* Lösung zu sensibilisieren. Diese Problemlöseschritte werden bezeichnet als:

- general orientation
- problem definition and formulation
- generation of alternatives
- decision making
- verification

Von den Autoren wird betont, dass es sich beim therapeutischen Problemlösen nicht um einen starren Ablauf handelt. Eine Person kann sich vor und zurück bewegen, von einer Stufe zur anderen. Bei komplexen Problemen kann man gleichzeitig mehrere Unterprobleme bearbeiten, u.U. auf unterschiedlichen Stufen. Der theoretische Zugang der Autoren zum Problemlösen bestand in Versuchen, das Konzept der Sozialen Kompetenz empirisch zu operationalisieren. Problemlösen als Therapiemethode wird anwendungsorientiert und pragmatisch aufgefasst: Therapeutisches Problemlösen soll menschliche Probleme bewältigen. Parallelen zum den Problemlöseschritten von DÖRNER (1989) sind auffallend.

Etwa zur gleichen Zeit versuchte eine zweite Gruppe von Forschern um SPIVACK, PLATT und SHURE (1976) am Hahnemann Medical Center in Philadelphia das Problemlösen auf die therapeutische Praxis anzuwenden. Im Zentrum der Forschung stand zunächst die Verbesserung interpersonaler Problemlösekompetenzen bei Kindern. SPIVACK et al. (1976) gingen davon aus, dass es eine Reihe von "Interpersonal Cognitive Problem-Solving Skills" gibt, die einen entscheidenden Einfluss auf das Sozialverhalten von Kindern und auch (wie spätere Untersuchungen zeigen konnten) auf Erwachsene ausüben. Diese fünf Problemlösefähigkeiten werden bezeichnet als:

- Empfindungsfähigkeit für interpersonelle Probleme
- Möglichkeit zum kausalen Denken
- Denken in Alternativen
- Antizipation von Konsequenzen
- Berücksichtigung von sozialer Interdependenz des Fühlens und Handelns

Die Autoren gehen von einer starken Situationsabhängigkeit dieser Fähigkeiten aus und definieren die eingeführten interpersonalen Problemlösefertigkeiten als "personal states", die je nach Situation nicht immer gleichzeitig oder gleichgewichtig für das Problemlösen notwendig sind. Das Problemlöseverständnis von SPIVACK, PLATT und SHURE (1976) lässt sich dem Forschungsfeld der "Sozialen Kognition" zuordnen (SHURE & SPIVACK, 1978). Dennoch bleibt auch bei diesen Autoren die Anwendungsorientierung zentral: "Interpersonal-cognitive-problem-solving" wird als präventive und therapeutische Maßnahme elaboriert, Trainingsprogramme für viele Altersstufen und unterschiedliche klinisch-psychologische Problembereiche liegen vor.

Beim Vergleich der beiden Ansätze fällt auf, dass D'ZURILLA und GOLDFRIED (1971) in erster Linie intrapersonelle Problemlösefähigkeiten und die damit verbundenen Problemlöseschritte betrachten, während SPIVACK, PLATT und SHURE (1976) eher interpersonelle Problemlösefähigkeiten und (den Problemlöseschritten zugrundeliegende) Fähigkeiten untersuchen. Unter Berücksichtigung des unterschiedlichen Abstraktionsniveaus schlägt DIRKSMEIER (1991) eine Integration beider Ansätze auf einem Kontinuum vor. Dementsprechend sind die Ausführungen von D'ZURILLA und GOLDFRIED (1971) als ein (A) *Rahmenkonzept für den Therapieprozess* zu verstehen, während die Konzeptualisierungen von SPIVACK, PLATT und SHURE (1976) eher als (B) *direkte Interventionsstrategie* zu betrachten sind. Ausgehend von diesem Grundverständnis sollen nachfolgend

die wichtigsten Problemlöseansätze der kognitiven Verhaltenstherapie skizziert und eingeordnet werden.

(A) Problemlösen als Rahmenkonzept für den Therapieprozess

GRAWE und DZIEWAS (1977) verstehen Psychotherapie als ein interaktionelles Problemlöseverfahren, welches dem Therapeuten Entscheidungsgrundlagen für die Planung der Intervention gibt. Das Problemlösekonzept ist eine therapeutische Orientierungshilfe zu Erstellung von vertikalen Verhaltensanalysen und zur Überwindung von Barrieren (in Anlehnung an DÖRNER'S Terminologie), die den Klienten daran hindern, das Problem selbst zu lösen.

Ebenso stellten BARTLING, ECHELMAYER, ENGBERDING und KRAUSE (1980, 1992): in ihrem in der Psychotherapieausbildung mittlerer weile zum Standard gewordenen Leitfadens ein allgemeines Konzept zur Problemanalyse und Planung des therapeutischen Veränderungsprozesses vor, welches angelehnt an das Problemlösemodell eine systematische begriffliche Strukturierung erlaubt und eine Erweiterung der herkömmlichen Form der Verhaltensanalyse darstellt.

Für KANFER und BUSELMEYER (1982) ist das Problemlösen eine Subkomponente eines "Allgemeinen Selbstregulationsmodells". Psychotherapie soll Selbstkontrollmechanismen stärken. Hierbei werden die Problemlösemechanismen zur Entwicklung und Bereitstellung von Alternativen in Problemsituationen gesehen, während die Entscheidungstheorie die Regeln ("decision-making-skills") zur adäquaten Auswahl liefert. Später werden diese Vorstellungen aufgegriffen, modifiziert und im Rahmen der "Selbstmanagement-Therapie" von KANFER zusammengefasst (KANFER, REINECKER & SCHMELZER, 1996). Der idealisierte Verlauf der Behandlung entspricht einem siebenstufigen Prozess-Modell, an dem sich Therapeuten im praktischen Einzelfall orientieren sollen. Jede therapeutische Phase hat dabei Schwerpunktziele. Das Modell versteht sich als ein transtheoretisches, therapieschulenübergreifendes, problem- und zielorientiertes sowie methodenoffenes Konzept und möchte einen Beitrag zu einer nach GRAWE (1989) angestrebten "Allgemeinen Psychotherapie" leisten.

(B) Problemlösen als direkte Interventionsstrategie:

In vielen Lehrbüchern zur Klinischen Psychologie oder Verhaltenstherapie finden sich Ausführungen zum Problemlösen als Interventionsstrategie bei psychischen Erkrankungen oder interpersonellen Problemen (z.B. MARGRAF, 2000, REINECKER, 1998). Problemlösetrainings gehören neben operanten Methoden, Rollenspiel, Entspannungsverfahren, sozialem Kompetenztraining, Reizkonfron-

tation und Angstbewältigungstrainings zu den verhaltenstherapeutischen Standardmethoden. Obwohl ihnen das gleiche Modell zu Grunde liegt, unterscheiden sie sich in Aufbau, Dauer, Inhalt und Anwendung teilweise erheblich voneinander. Die ersten Problemlösetrainings im klinischen Kontext stammen von D'ZURILLA und GOLDFRIED (1971) und SPIVACK et al. (1976). FIEDLER (1981a/b) entwickelte im Rahmen seines Ansatzes zur "Selbstbehandlung durch selbständiges Problemlösen" ebenso ein Problemlösetraining, wie Kämmerer (1983) in ihrer Arbeit zur therapeutischen Strategie Problemlösen. Weitere Darstellungen von Problemlösetherapien finden sich z.B. bei FLIEGEL (1994) oder KAISER und HAHLWEG (1996). Hierbei handelt es sich um Programme, bei denen den jeweiligen Patienten bzw. Klienten dezidiert das Problemlöseverfahren anhand der Problemlösesequenzen vermittelt und seine Anwendung an konkreten Problemstellungen eingeübt wird. Detaillierte Darstellungen des Vorgehens finden sich bei den jeweiligen Autoren.

Die vielfältigen empirischen Ergebnisse zum therapeutischen Problemlösen lassen sich nach ihrem Forschungsgegenstand in drei Bereiche einordnen: (1) Es werden verschiedene Störungs- bzw. Personengruppen in ihrer Ausprägung der Problemlösefähigkeit miteinander verglichen und/oder eine Veränderung nach einem Problemlösetraining gemessen. (2) Es werden einzelne Teilaspekte der Problemlösesequenz analysiert und (3) es wird das Problemlösen anderen therapeutischen Verfahren gegenüber gestellt. Für diese Arbeit sind die Befunde zum Forschungsbereich (1) von besonderer Relevanz. Sie werden ausführlich in Kapitel 2.2.3 dargestellt. Zur Wirksamkeit der Problemlösetherapie im Vergleich zu anderen Therapieverfahren sei auf die Befunde der Metaanalysen von GRAWE, DONATI und BERNAUER (1994) verwiesen, die insgesamt 25 Studien mit insgesamt 775 Einzelpatienten und 439 Paaren und Familien analysiert haben. Ergebnis: Der Problemlösetherapie muss eine sehr gute langfristige Wirksamkeit in einem breiten Wirkungsspektrum bezogen auf einen breiten Anwendungsbereich bescheinigt werden.

Aus den vorangehenden Darstellungen geht hervor, dass die Rezeption des Problemlösemodells in der Klinischen Psychologie und Psychotherapie in sehr unterschiedlicher Art und Weise erfolgt ist. Während das Verständnis dessen, was ein Problem ist (in Übereinstimmung mit den Autoren der Denkpsychologie) weitestgehend geteilt wird und auch Einigkeit darüber besteht, dass es sich beim Problemlöseprozess um eine Abfolge von bestimmten aufeinander aufbauenden Schritten handelt, herrschen bezüglich der postulierten Anzahl und

bezüglich der Benennung der Fähigkeiten, die ein Individuum zu erfolgreichen Problemlösung braucht, deutliche Differenzen. Aus diesem Grund lassen sich auch die empirischen Ergebnisse nicht einheitlich zusammenfassen. Auch wenn KÄMMERER (1987) zu dem Schluss kommt, dass therapeutisches Problemlösen in den verschiedenen Forschungskonzepten mehr in der Anzahl der Problemlöseschritte variieren, als in den konkreten Inhalten, so bleibt doch nach DIRKSMEIER (1991) die Frage offen, welche Bedeutung diesen Schritte zukommt: Sind für eine erfolgreiche Problemlösung die postulierten Schritte notwendig und hinreichend, oder handelt es sich lediglich um eine Heuristik, bei der eher die zugrundeliegenden Fähigkeiten von entscheidender Bedeutung sind? Das unterschiedliche Verständnis der Autoren, welche Grundfähigkeiten erlernt werden sollten, wirkt sich folglich entscheidend auf die Konzeption der Training- und Interventionsprogramme aus, und findet ebenso seinen Niederschlag in der Anwendung sehr unterschiedlicher Messinstrumente zur Erfassung von Problemlösefähigkeiten.

2.2.2 Erfassung von Problemlösefähigkeiten

Eine Erfassung von Problemlösefähigkeiten bzw. Problemlösedefiziten wird dadurch erschwert, dass sie neben den empirisch-methodischen Anforderungen an die Verfahren auch den jeweiligen theoretischen Kontext berücksichtigen muss. Trotz dieser Schwierigkeiten haben D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1995) eine umfassende Konzeptualisierung bezüglich der Messung des Konstrukts "Problemlösefähigkeit" vorgeschlagen. Zunächst unterscheiden die Autoren zwischen "*problem-solving*" und "*solution-implementation*". Beim "*problem-solving*" handelt es sich um den Prozess der Findung einer Lösung für ein spezifisches Problem, "*solution-implementation*" bezeichnet den Prozess der Umsetzung einer Lösung in problematische Situationen. Die den beiden Prozessen zugrundeliegenden Fähigkeiten sollten nach D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1995) differenziert betrachtet werden.

In diesem Zusammenhang ist es notwendig, das Verhältnis der Konzepte "Coping" und "Problem-Solving" näher zu betrachten. LAZARUS und FOLKMAN (1986) haben "Coping" als eine kognitive und behaviorale Aktivität definiert, bei der eine Person versucht, eine problematische Situation sowie die damit einhergehenden Emotionen zu bewältigen. Gemäß dieser Definition ist das Problemlösen ein "Coping"-Prozess, aber nicht bei jedem "Coping"-Prozess handelt es sich um Problemlösen. Im Rahmen der Erforschung von Informationsverarbeitungsprozessen haben eine ganze Reihe von Forschern zwei qualitativ unterschiedliche Verarbeitungssysteme postuliert, die eine entscheidende Bedeutung beim "Coping" haben (vgl. LOGAN, 1989; EPSTEIN, 1991 u.a.). Es handelt sich zum einen um das "automatic/experiential system", welches teilweise unbewusst arbeitet, sehr schnell reagiert, gefühlsmäßig agiert, ungerichtet ist und als eher

intuitiv bewertet wird. Dem gegenübergestellt wird das "nonautomatic/rational system", welches bewusst arbeitet, langsam reagiert, zielgerichtet, rational, analytisch vorgeht und als eher objektiv bewertet wird. Das Problemlösen ist dem zu Folge eher im "nonautomatic/rational system" angelegt, während andere Coping-Prozesse dem "automatic/experiential system" unterliegen. Es liegen viele Verfahren zur Messung von "Coping"-Prozessen vor, die eine große Bandbreite von kognitiven, emotionalen und behavioralen Aktivitäten bzw. Reaktionen abdecken. Einige dieser Verfahren haben auch Subskalen zu einzelnen Aspekten des Problemlöseprozesses. Eine umfangreiche Erfassung der spezifischen Problemlösefähigkeiten sollte durch Instrumente erfolgen, die eigens für diese Aufgabe konstruiert wurden.

Der Differenzierung von "problemsolving" und "solution-implementation" folgend, schlagen D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1995) zwei Arten der Problemlösemessung vor, Prozess-Messung und Outcome-Messung. Eine Prozess-Messung erfasst generelle kognitive und behaviorale Aktivitäten, die die Entdeckung einer Problemlösung fördern (oder behindern), während die Outcome-Messung die Qualität der spezifischen Lösung für ein spezifisches Problem erfasst. Prozess-Messungen eignen sich besonders zur Erfassung spezifischer Stärken oder Schwächen in Problemlöseinstellungen oder -fähigkeiten, Outcome-Messung eignet sich besonders zur Bewertung einer gefundenen Problemlösung oder der Fähigkeit des Individuums, Problemlösefertigkeiten effektiv einzusetzen. Ein korrelativer Zusammenhang dieser beiden Arten der Messung ist zu erwarten, muss jedoch nicht zwangsläufig hoch ausfallen, da häufig zusätzliche Variablen neben der Problemlöseinstellungen und -fähigkeiten für die Qualität des Problemlöseergebnisses verantwortlich sein können, wie z.B. emotionale Widerstände, niedrige Selbstwirksamkeitserwartung oder geringe Umsetzungsfähigkeiten.

Prozessmessung kann mit Hilfe von Inventaren oder Performanztests erfolgen. Bei Inventaren handelt es sich um eine überblicksartige Befragung zu Problemlöseinstellungen, -fähigkeiten, -strategien und -techniken, die sich entweder hilfreich oder störend auf den Problemlöseprozess auswirken können. Einige Inventare messen auch das Ausmaß bzw. die Art, wie Problemlösefähigkeiten "normalerweise" vom Individuum angewendet werden. Die meisten Inventare bestehen aus Papier-und-Bleistift-Tests mit Likert-Skalen. Es kommen jedoch auch andere Formate wie strukturierte Interviews, audiovisuelle oder computergestützte Verfahren zum Einsatz. Ein Nachteil von Inventaren liegt darin begründet, dass sie überwiegend eine Selbsteinschätzung der Person darstellen. Performanztest erfassen dagegen direkt die Fähigkeit einer Person, Problemlösefähigkeiten auf eine gestellte Problemsituation anzuwenden. Der Person wird eine spezifische Problemsituation dargeboten, bei der spezifische Problemlöse-

fähigkeiten gefordert sind. Die Leistung der Person wird erfasst und als Indikator für die allgemeinen Problemlösefertigkeiten angesehen. Da die Aufgabenstellung der Performanztests viel eher alltägliches Problemlöseverhalten erfasst, wird eine höhere externe Validität vermutet, als bei den Inventaren. Alle Outcome-Messungen sind Performanztests. Hierbei wird den Personen ein Problem vorgegeben und anschließend das Ergebnis der Problemlöseleistung erfasst. Die meisten Outcome-Messungen werden mit hypothetischen Problemen durchgeführt, es gibt jedoch auch Verfahren, bei denen ein aktuelles Problem der jeweiligen Versuchsperson eingesetzt wird.

Anstatt Prozess- und Outcome-Messung getrennt zu erfassen, haben sich einige Forscher dazu entschlossen, beide Variablen innerhalb der selben Problemlösestellung parallel bzw. kumuliert zu erheben. Bei diesem Ansatz werden während einer Problemlöseaufgabe die prozessualen Fähig- und Fertigkeiten gemessen und später zur Qualität des Problemlöseergebnisses in Beziehung gesetzt. Die bedeutendsten Verfahren hierbei sind die "Methode des lauten Denkens" von MEICHENBAUM, HENSHAW und HIMMER (1982) oder die "Gedankenartikulationsmethode" von DAVISON, ROBINS und JOHNSON (1983).

2.2.2.1 Anforderungen an Verfahren zur Erfassung von Problemlösefähigkeiten

Nach diesem Versuch einer Einordnung stellt sich nun die Frage, welche Anforderungen an ein Verfahren zur Erfassung von Problemlösefähigkeiten im klinischen Kontext gestellt werden sollten, um in Forschung und Praxis bei der Diagnostik und der Untersuchung von Veränderungen effektiv anwendbar zu sein. Um gewährleisten zu können, dass Aussagen über die individuellen Problemlösefähigkeiten einzelner Patienten und deren Verbesserung durch die Behandlung getroffen werden können, müssen eine Reihe inhaltlicher und formaler Kriterien erfüllt sein, die sich an die wissenschaftlich etablierten und hinreichend bekannten Testgütekriterien von LIENERT (1961) orientieren. Dies sind zum einen als Hauptkriterien die Objektivität, Reliabilität und Validität und zum anderen als Nebenkriterien Normierung, Vergleichbarkeit, Ökonomie und Nützlichkeit. Für den klinischen Bereich hat das Nebenkriterium der Ökonomie ein besonderes Gewicht. Ein im psychotherapeutischen Kontext eingesetztes Verfahren sollte mit möglichst geringer Belastung (zeitlichem Aufwand, Beanspruchung etc.) für die Patienten einen möglichst großen Informationsgewinn erzielen. Vergleichbarkeit ist gewährleistet, wenn das Verfahren in einem breiten Störungsspektrum in Forschung *und* Praxis eingesetzt wird.

2.2.2.2 Gängige Verfahren zur Erfassung von Problemlösefähigkeiten

D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1995) haben aus der Vielzahl der in der Problemlöseforschung eingesetzten Verfahren sieben Instrumente hervorgehoben, die anhand der Kriterien Häufigkeit des Einsatzes/Gebrauchs, Psychometrische Güte und Testentwicklung/-konstruktion ausgewählt wurden. Es handelt sich um folgende Verfahren:

Für die Prozess-Messung:

- Problem-Solving-Inventory (PSI) von HEPPNER und PETERSEN (1982)
- Social-Problem-Solving-Inventory (SPSI) von D'ZURILLA und NEZU (1990)
- Social-Problem-Solving-Inventory-revised (SPSI-R) von D'ZURILLA, NEZU und MAYDEU-OLIVARES (1996)

Für die Outcome-Messung:

- Means-End-Problemsolving-Procedure (MEPS) von PLATT und SPIVACK (1975a)
- Interpersonal Problem-Solving Assessment Technique (IPSAT) von GETTER und NOVINSKI (1981)
- Adolescent Problem Inventory (API) von FREEDMAN, ROSENTHAL, DONAHOE, SCHLUNDT und MCFALL (1978)
- Inventory of Decisions, Evaluations and Actions (IDEA) von GODDARD und MCFALL (1992)

Die am häufigsten eingesetzten Verfahren sind nach Angaben der Autoren das PSI und die MEPS. Alle sieben Verfahren besitzen nach Auffassung von D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1995) zufriedenstellende bis gute Reliabilität und vielfältige Validitätshinweise.

Die im Bereich der deutschsprachigen klinisch-psychologischen Forschung eingesetzten Instrumente befinden sich im Gegensatz hierzu noch im Entwicklungsstadium und werden leider nur selten empirisch genutzt. Hierzu gehören folgende Verfahren der Prozess-Messung:

- Problemlösefragebogen (PLF) von KOENIG, LIEPMANN, HOLLING und OTTO (1985)
- Diagnostisches Inventar Problemlösefähigkeit (DIP) von DIRKSMEIER (1991)
- Kompetenzfragebogen (KF) von STÄUDEL (1988)

Zur Outcome-Messung liegen folgende Verfahren vor:

- Mittel-Ziel-Problemlösungs-Verfahren von KEMMLER und BOGART (1982)
- Means-End-Problemsolving-Verfahren (MEPS) von KÄMMERER (1983)
- Diagnostisches Inventar zur Erfassung der Problemlösefähigkeit bei depressiven Studenten (DIPDS) von FALKENSTEIN, KOLB und STUBENVOLL (1983)

Eine erschöpfende Darstellung und abschließende Bewertung aller genannten Verfahren und deren empirischer Befunde würde den Rahmen dieser Arbeit sprengen. Die Begründung einer Auswahl für diese Studie findet sich in Kapitel 3.1. Die eingesetzten Instrumente werden ausführlich in Kapitel 4.4 dargestellt und befinden sich im Anhang.

2.2.3 Problemlösefähigkeiten in klinischen Stichproben

Auch wenn sehr unterschiedliche Studiendesigns und Messinstrumente die Vergleichbarkeit der Ergebnisse enorm erschweren, so soll doch nachfolgend eine überblicksartige Zusammenstellung von empirischen Befunden zur Problemlösefähigkeit in klinischen Stichproben versucht werden. Während zunächst Studien mit essgestörten Patienten im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit stehen, sollen später Studien skizziert werden, die Patientinnen mit anderen psychischen Erkrankungen untersuchen. Mangels Befunde, werden hierbei auch Studienergebnisse dargestellt, bei denen das "Coping"-Verhalten generell durch entsprechende Instrumente untersucht wird, und somit Erkenntnisse zum Problemlösen nur als Nebenprodukte (als eine "Coping"-Strategie unter anderen) entstanden sind.

2.2.3.1 Problemlösedefizite bei Patientinnen mit Essstörungen

Es gibt nur eine kleine Zahl von Studien zu Problemlösedefiziten bei Essgestörten, lediglich vier Studien beschäftigen sich direkt mit den Problemlösefähigkeiten von Bulimikerinnen, und verwenden hierbei den Problem-Solving-Inventory (PSI). Dabei kommen ETRINGER, ALTMAIER und BOWERS (1989) und BIRK (1995) zu dem Ergebnis, dass sich Bulimikerinnen im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen signifikant mit geringeren Problemlösefähigkeiten wahrnehmen und auf allen drei Dimensionen des Verfahrens schlechter abschneiden. In einer Studie von SOUKUP, BEILER und TERRELL (1990) sind Bulimikerinnen jedoch genauso wenig von Ihren Problemlösefähigkeiten überzeugt, wie Patientinnen mit Anorexia Nervosa. Auch ESPELAGE, QUITTNER, SHERMANN und THOMPSON (2000) fanden heraus, dass anorektische und bulimische Patientinnen weniger effektive Problemlösungen angeben konnten, als gesunde Kontrollpersonen. Allerdings wurden in diesen Studien weder der Depressionsgrad kontrolliert, noch eine andere klinische (nicht essgestörte) Stichprobe hinzu gezogen, welches auf dem Hintergrund der in Kapitel 2.2.3.3 dargestellten Zusammenhänge zwischen Depressionsgrad und Problemlösefähigkeiten problematisch ist.

Auch das Ausmaß wahrgenommener interpersoneller Probleme (erfasst durch das Inventar Interpersonaler Probleme, IIP) wurde nur selten bei Bulimikerinnen untersucht. BRÄHLER, HOROWITZ, KORDY, SCHUMACHER und STRAUß (1999) fanden deutlich höhere Ausprägungen des IIP-Gesamtwertes der Essgestörten im Vergleich zu den Normwerten. Während SCHWEDLER (1997) zeigen konnte, dass Bulimikerinnen und Angstpatientinnen im Vergleich zur Kontrollgruppe mehr wahrgenommene interpersonelle Probleme hatten, erzielten die Essgestörten in einer Studie von WUCHNER, ECKERT und BIERMANN-RATJEN (1993), bei der unterschiedliche Diagnosegruppen untersucht wurden, die zweithöchsten IIP-Werte nach den Persönlichkeitsstörungen gefolgt von Neurotikern, psychosomatisch Erkrankten, Psychotikern und Abhängigkeitserkrankten. Die nachfolgende Tabelle 2.3 gibt einen Überblick über die dargestellten Studien und die eingesetzten Instrumente.

Tabelle 2.3: Überblick der Studien zum Problemlösen von Essgestörten und den dabei verwendeten Messinstrumente. (Stichprobenumfänge in Klammern)

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
BIRK (1995)	BN* (50) KG* (61)	Problem Solving Inventory (PSI)	BN zeigen signifikant schlechtere Ergebnisse auf allen drei Dimensionen des PSI
ETRINGER, ALTMAIER & BOWERS (1989)	BN (18) KG (23)	Problem Solving Inventory (PSI) Attributional Style Questionnaire Expectancy for Success Scale	BN nehmen sich mit geringerer Problemlösefähigkeit wahr, fühlen sich weniger selbstwirksam
SOUKUP, BEILER & TERRELL (1990)	BN (33) AN* (12) KG (26)	Problem Solving Inventory (PSI) Eating Disorder Inventory (EDI) Life Experiences Survey (LES), Derogatis Stress Profile (DSP)	AN und BN sind weniger überzeugt von ihren Problemlösefähigkeiten, vermeiden Konfrontation
ESPELAGE, QUITTNER, SHERMANN & THOMPSON (2000)	BN (32) AN (12) KG (44)	Anorexia and Bulimia Problem Inventory (ABPI)	Essgestörte haben in den ABPI-Skalen niedrigere Werte als Zeichen für weniger effektive Problemlösungen als gesunde Kontrollpersonen
BRÄHLER, HOROWITZ, KORDY, SCHUMACHER & STRAUß (1999)	Essgestörte (67) vgl. Normwerte	Inventar Interpersonaler Probleme (IIP)	Essgestörte haben einen signifikant höheren IIP-Gesamtwert als die Normgruppe.
SCHWEDLER (1997)	BN (45) AP* (20) KG (45)	Inventar Interpersonaler Probleme (IIP) Beck Depressions Inventar (BDI)	BN und AP haben im Vergleich zur KG mehr wahrgenommenen interpersonellen Probleme.
WUCHNER, ECKERT & BIERMANN-RATJEN (1993)	Essgestörte (68), Psychotiker, Neurotiker, Persönlichkeitsgestörte, Abhängigkeitserkrankte, psychosomatisch Erkrankte	Inventar-Interpersonaler-Probleme (IIP) Symptom-Check-List-Revised (SCL-90-R)	Im Vergleich der Diagnosegruppen haben die Essgestörten nach den Persönlichkeitsstörungen die zweithöchsten Werte im IIP-Gesamtwert

* BN = Bulimiepatienten, KG = Kontrollgruppe, AN = Anorexiepatienten, AP = Angstpatienten

Eine ganze Reihe von Studien hat sich mit dem "Coping"-Verhalten von Essgestörten befasst. So konnten NECKOWITZ und MORRISON (1991), YAGER, RORTY und ROSSOTTO (1995) und WOLFF, CROSBY, ROBERTS und WITTRÖCK (2000) mit unterschiedlichen Messinstrumenten feststellen, dass Bulimikerinnen häufiger

Vermeidung bzw. Flucht als "Coping"-Strategie anwenden, während sie weniger aktives Bewältigen, Planen und Streben nach emotionaler Unterstützung zeigten, als gesunde Kontrollgruppen. TOBIN, HOLROYD, REYNOLDS und WIGAL (1989) fanden dagegen keine Unterschiede im Problemlösen zwischen Bulimikerinnen und Studenten. Auch die Ergebnisse von Studien, in denen zusätzlich Gruppen von Anorexie-Patientinnen oder Untergruppen von Bulimikerinnen ("Purging"- vs. "Nicht-Purging"-Typus) zum Vergleich herangezogen wurden, zeigten bezüglich der "Coping"-Strategien ein uneinheitliches Bild: TROOP et al. (1998) verglichen Anorektikerinnen und Bulimikerinnen mit einer Kontrollgruppe hinsichtlich ihrer Ergebnisse im Coping-Strategies-Inventory (CSI). Dabei zeigte sich, dass sowohl Bulimikerinnen als auch Anorektikerinnen eher zu kognitiver Vermeidung und Grübeln neigten, als Kontrollpersonen. Sie waren weniger in der Lage, Probleme zu relativieren und konnten weniger gut mit Krisen umgehen. In Studien von NAGATA, MATSUYAMA, KIRIIKE, IKETANI und OSHIMA (2000) und NAKAHARA, YOSHIUCHI, YAMANAKA, SASAKI, SUEMATSU und KUBOKI (2000) in Japan zeigten sich ebenfalls widersprüchliche Ergebnisse. Die Autoren verglichen Bulimikerinnen des "Purging"-Typus und des "Nicht-Purging"-Typus sowie Anorektikerinnen des restriktiven und des "Binge-Eating/Purging"-Typus mit gesunden Kontrollpersonen. Es wurde das Coping-Inventory-for-Stressfull-Situations (CISS) und das Stress-Coping-Inventory (SCI) eingesetzt. Beide Studien konnten zeigen, dass Anorektikerinnen und Bulimikerinnen des "Purging"-Typus signifikant weniger problemfokussiertes Coping zeigten, als Kontrollpersonen. Bulimikerinnen beider Untergruppen und Anorektikerinnen zeigten ebenso signifikant weniger planvolles Problemlösen als Kontrollpersonen. Dagegen konnte bei den Anorektikerinnen des restriktiven Typus sowie bei den Bulimikerinnen des "Purging"-Typus im Gegensatz zu einigen anderen Studien signifikant weniger Ablenkung und Vermeidung gefunden werden, als bei den übrigen Essgestörten und der gesunden Kontrollgruppe. Auch hier wurden allerdings keine Depressionsmaße erhoben.

Die einzige Studie, die auch den Depressionsgrad erfasst und berücksichtigt hat, stammt von TROOP, HOLBREY, TROWLER, TREASURE (1994). Hier zeigten sowohl Anorektikerinnen als auch Bulimikerinnen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe signifikant häufiger die Strategie der Problemvermeidung. Der "Coping"-Stil konnte jedoch nicht die Schwere der Essstörung vorhersagen. Depressivität hatte eine hohe positive Korrelation mit dem Faktor Vermeidung und eine negative Korrelation mit der problemorientierten Bewältigung. In diesem

Zusammenhang gibt eine Studie von TOBIN und GRIFFING (1995) weiteren Aufschluss: Die Autoren haben 70 Bulimikerinnen anhand ihres Depressionsgrades in vier Gruppen aufgeteilt und bezüglich ihrer "Coping"-Strategien verglichen. Es zeigte sich deutlich, dass sich die vier Gruppen der Bulimikerinnen unterschiedlicher Depressivität signifikant hinsichtlich ihrer berichteten "Coping"-Strategien unterschieden. Dabei konstatierten die Autoren, dass die Präferenz für die "Coping"-Strategie der Vermeidung auf die *affektive* und nicht auf die *bulimische* Symptomatik zurückzuführen ist.

Zum "Coping"-Verhalten von BED-Patientinnen gibt es nur wenige Befunde. WOLFF et al. (2000) fanden heraus, dass eine Gruppe von Patientinnen mit BED bzw. Bulimie im Vergleich zur gesunden Personen häufiger Vermeidung als "Coping"-Strategie einsetzte, als die Kontrollgruppe. Dagegen zeigen PAXTON und DIGGENS (1997), dass die Vermeidung bei BED-Patientinnen unabhängig von der Esssymptomatik nur im Zusammenhang mit dem Depressionsgrad steht. Unterschiede im "Coping-Verhalten" zwischen BED-Patientinnen und einer Kontrollgruppe finden HANSEL und WITTRÖCK (2000) lediglich dergestalt, dass BED-Patientinnen häufiger zur Katastrophisierung neigen.

Die nachfolgende Tabelle 2.4 gibt einen Überblick über die dargestellten Studien und die eingesetzten Instrumente.

Tabelle 2.4: Überblick der Studien zum "Coping" von Essgestörten und den darin verwendeten Messinstrumenten. (Stichprobenumfänge in Klammern)

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
NECKOWITZ & MORRISSON (1991)	BN* (28) KG* (30)	Ways-of-Coping-Questionnaire (WCQ)	BN setzen häufiger Vermeidung / Flucht als Coping-Strategie ein.
YAGER, RORTY & ROSSOTTO (1995)	BN (40) ehemalige BN (40) KG (40)	COPE Eating-Attitudes-Test (EAT) Beck-Depression-Inventory (BDI)	BN zeigen weniger aktives Coping, Planen, Streben nach emotionaler Unterstützung als KG bzw. ehemalige BN
WOLFF, CROSBY, ROBERTS & WITTRÖCK (2000)	BN + BE* (20) KG (20)	Daily-Stress-Inventory (DSI)	BN+BE setzen häufiger Vermeidung / Flucht als Coping-Strategie ein.
TOBIN, HOLROYD, REYNOLDS & WIGAL (1989)	BN (32) KG (20)	Coping-Strategies-Inventory (CSI)	BN unterscheiden sich nicht im Hinblick auf das Problemlösen und Kognitives Umstrukturieren im Vergleich zu KG
TROOP, HOLBREY & TREASURE (1998)	BN (21) AN* (12) KG (21)	Coping-Strategies-Inventory (CSI)	BN + AN neigen eher zu Kognitiver Vermeidung und Grübeln als Kontrollpersonen und waren weniger in der Lage, Probleme zu relativieren und mit Krisen um zu gehen
NAGATA, MATSUYAMA, KIRIIKE, IKETANI, OSHIMA (2000)	BN, purging (71) ANr, restricted (43) ANp, purging (42) KG (97)	Coping-Inventory-for-Stressfull-Situations (CISS)	ANp zeigten weniger problemfokussiertes Coping als KG ANr und BN zeigten weniger Ablenkung/Vermeidung als KG

Fortsetzung Tabelle 2.4: Überblick der Studien zum "Coping" von Essgestörten und den darin verwendeten Messinstrumenten. (Stichprobenumfänge in Klammern)

Studie	Stichprobe	Methode	Ergebnisse
NAKAHARA, YOSHIUCHI, SASAKI, SUEMATSU & KUBOKI (2000)	BNp, purging (20) BNn, nonpurging (6) ANr, restricted (11) ANp, purging (11) KG (22)	Stress-Coping-Inventory (SCI)	BNp zeigten weniger problemfokussiertes Coping als KG BNp und BNn und AN zeigten weniger planvolles Problemlösen als KG
TROOP, HOLBREY, TROWLER, TREASURE (1994)	BN (66) AN (24) KG (30)	Ways-of-Coping-Checklist (WCC) Beck-Depression-Inventory (BDI)	ANs und BNs zeigen öfter "Vermeidung" als Kontrollgruppe, BNs zeigen häufiger "Wishfull thinking" als KG, Coping konnte nicht Schwere der Essstörung vorher sagen, BDI korreliert positiv mit Vermeidung und negativ mit problemorientierter Bewältigung
TOBIN & GRIFFING (1995)	BN (70) Aufteilung in vier Gruppen nach BDI	Coping-Strategies-Inventory (CSI) Beck-Depression-Inventory (BDI)	Bulimikerinnen verschiedener Depressionsgrade unterscheiden sich hinsichtlich der berichteten Copingstrategien. Vermeidung beruht auf affektiver nicht auf bulimischer Symptomatik
PAXTON & DIGGENS (1997)	BE (18) RE* (61) KG (73)	Ways-of-Coping-Questionnaire (WCQ) Beck-Depression-Inventory (BDI)	Vermeidung steht lediglich im Zusammenhang mit Depression
HANSEL & WITROCK (1995)	BE (28) KG (28)	Coping-Strategies-Inventory (CSI) Perceived-Stress-Scale Daily-Stress-Inventory (DSI)	BE neigen stärker zur "Katastrophisierung" als KG

* BN = Bulimiepatienten, KG = Kontrollgruppe, BE = BED-Patienten, AN = Anorexiopatienten, RE = gezügelte Esser

Nur wenige Studien haben das Problemlöseverhalten der Familien von Bulimikerinnen untersucht. Während in der Untersuchung von HUMPHREY, APPLE und KIRSCHENBAUM (1986) die Problemlösecodes nicht zwischen den Familien mit bzw. ohne essgestörter Tochter differenzieren konnten, so waren die interpersonalen Codes der Familie (Art der Familieninteraktion) hierzu sehr wohl in der Lage. WALLER (1994) konnte einen deutlichen Zusammenhang wahrgenommener schlechter Problemlösestrategien der Familien Essgestörter und der Häufigkeit von aktuellen Essanfällen finden. MCNAMARA und LOVEMAN (1990) konnten ebenfalls zeigen, dass Bulimikerinnen im Vergleich zu Diäthaltenden bzw. nicht Diäthaltenden in ihren Familien ein signifikant schlechteres generelles Funktionieren der Familie, mehr Überengagement, weniger emotionale Reaktivität und schlechtere Kommunikations- und Problemlösefähigkeiten erleben. WALLER, SLADE und CALAM (1990) kommen zu den gleichen Ergebnissen nicht nur für Familien von Bulimikerinnen, sondern auch für Familien von Anorektikerinnen, wobei sich die Familien Essgestörter nicht voneinander unterscheiden. In den Familien beider Gruppen wird eine schlechtere Problemlösefähigkeit von den Patientinnen wahrgenommen.

Auch in nichtklinischen Stichproben wurde der Zusammenhang zwischen pathologischem Essverhalten und "Coping"-Verhalten untersucht. Hier wurden

überwiegend weibliche Teenager bzw. Studentinnen rekrutiert. Dabei fand MAYHEW und EDELMANN (1989), dass hohe EDI-Werte mit weniger häufigerem Einsatz von kognitiven oder behavioralen "Coping"-Strategien und stärkerem Einsatz von Vermeidung einhergehen. Auch JANZEN, KELLY und SAKLOFSKE (1992) fanden einen engen Zusammenhang von emotionalem und vermeidenden "Coping" und gestörtem Essverhalten. In einer Studie von KOFF und SANGANI (1997) konnten ebenfalls signifikante Korrelationen zwischen der bulimischen Symptomatik und emotionalen bzw. aufgabenorientiertem "Coping" gefunden werden. Ein Zusammenhang zur Vermeidung war hier jedoch nicht zu erkennen. In einer Studie von FRYER, WALLER und KROESE (1997) konnte ein korrelativer Zusammenhang zwischen Stressoren und pathologischen Essverhalten bestätigt werden. Leider wurde auch in dieser Studie der Depressionsgrad nicht berücksichtigt.

Fazit: Angesichts der geringen Zahl von zum Teil widersprüchlichen Befunden und der Verschiedenartigkeit der eingesetzten Verfahren bzw. Studienkonzeptionen fällt ein Resümee schwer. Es gibt Hinweise darauf, dass Bulimikerinnen angeben, schlechtere Problemlösefähigkeiten zu besitzen und mehr interpersonelle Probleme bei sich wahrzunehmen, als gesunde Kontrollpersonen. Diese Hinweise lassen sich jedoch auch für Anorektikerinnen und andere essgestörte Patientinnen finden. Auch die Familien von Essgestörten weisen Defizite im Umgang mit Problemen auf. Ebenso lassen sich Zusammenhänge zwischen pathologischem Essverhalten und einer Neigung zur "Coping"-Strategie der Vermeidung für essgestörte Patientinnen und ebenso in nichtklinischen Stichproben erkennen. Da es sich bei den unterschiedlichen Instrumenten ausschließlich um Selbstbeurteilungsverfahren handelt, kann zwar konstatiert werden, dass Essgestörte eine negativere Sicht bezüglich ihrer Problemlösefähigkeiten haben, als Gesunde. Die Frage, ob tatsächlich Problemlösedefizite vorliegen, kann jedoch nicht beantwortet werden. Da nahezu alle Studien keine anderen klinischen Kontrollgruppen untersuchten, können keine essstörungsspezifischen Aussagen gemacht werden. Ebenso wurde die Depressivität als wichtiger Einflussfaktor in den meisten der Studien nicht berücksichtigt. Die Zusammenhänge zwischen Problemlöseprozessen und "Binge-Eating"-Störung sind noch nahezu unerforscht.

2.2.3.2 Problemlösedefizite bei anderen psychischen Erkrankungen

Im Rahmen von Fragebogenstudien wurden verschiedenste Diagnosegruppen mit psychischen Störungen hinsichtlich ihrer Problemlösefähigkeiten mit Kon-

trollpersonen verglichen. NOTTINGHAM (1993) fanden bei stationär-psychiatrisch behandelten Patienten deutlich schlechtere Problemlösefähigkeiten im SPSI-R, als bei gesunden Kontrollpersonen. Auch die von FIEDLER, BUCHKREMER, LEWANDOWSKI, WILKEN und WITTGEN (1990) mit einer modifizierten Form des MEPS untersuchten Schizophreniepatienten wiesen eindeutige Zusammenhänge zwischen Schizophreniemaßen, Therapeutenurteilen und Problemlösemaßen auf. PENN, VAN DER DOES, SPAULDING, GARBIN, LINSZEN und DINGEMANS (1993) verglichen Schizophreniepatienten mit Depressiven und gesunden Kontrollpersonen. Schizophrene wiesen die schlechtesten Problemlösefähigkeiten auf, gefolgt von den Depressiven. Bei der Analyse qualitativer Maße des Mittel-Ziel-Denkens konnten PLATT und SPIVACK (1974) in einer Studie mit 122 Psychiatriepatienten ebenfalls signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe finden. KEMMLER und BORGART (1982) verglichen Strafgefangene, Krankenhauspatienten, Alkoholiker, Studenten und Psychotherapiepatienten. Alle Gruppen wiesen deutliche Unterschiede im Mittel-Ziel-Denken auf. Die schlechtesten MEPS-Werte erzielten die Gruppe der Alkoholiker, gefolgt von den Strafgefangenen.

Nur wenige Studien untersuchten Angstpatienten hinsichtlich ihrer Problemlösefähigkeiten. Dabei konnten LADOUCEUR, BLAIS, FREESTON und DUGAS (1998) bei Patienten mit einer generalisierten Angststörung keine Unterschiede in den Ergebnissen des Problem-Solving-Inventory (PSI) und des Social-Problem-Solving-Inventory (SPSI) im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen finden. Dagegen fanden VOLLRATH und ANGST (1993) im Rahmen einer Studie zur Krankheitsbewältigung bei Panik- bzw. Angstpatienten sehr wohl unterschiedliche Coping-Strategien, wobei die Patientengruppen signifikant häufiger Vermeidung und Grübeln einsetzten, als die Kontrollgruppe. Dies deckt sich mit Befunden von SCHWEDLER (1997), die bei Bulimikerinnen und bei Angstpatientinnen gleichermaßen mehr wahrgenommene interpersonelle Probleme feststellte, als in der Kontrollgruppe. Die Patientengruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich ihrer Depressivität. Besonders interessant ist in diesem Zusammenhang eine Studie von BRODBECK und MICHELSON (1987), in der mit Hilfe der Means-End-Problemsolving-Procedure (MEPS) und der Interpersonal-Problem-Solving-Assessment-Technique (IPSAT) Agoraphobiepatienten untersucht wurden. Diese schnitten in den Verfahren deutlich schlechter ab, als gesunde Kontrollpersonen, unter Berücksichtigung des Depressionsgrades nivellierten sich jedoch die gefundenen Unterschiede.

2.2.3.3 Problemlösedefizite und Depression

Die Befundlage zum Verhältnis von affektiven Erkrankungen (vornehmlich Depressionen) und eingeschränkten Problemlösefähigkeiten ist für diese Arbeit von besonderer Bedeutung. Sie ist wesentlich umfangreicher als für die Essstörungen und in ihren Ergebnissen nahezu eindeutig: DIXON findet in seiner Überblicksarbeit von 1991 insgesamt 22 Studien, in denen ein signifikanter Zusammenhang festgestellt wurde. Problemlösedefizite gehen einher mit Hilflosigkeitsgefühlen (BONNER & RICH, 1988; DIXON, HEPPNER & ANDERSON, 1991), Depressionen (HAAGA, FINE, TERRILL, STEWART & BECK, 1995; MARX, WILLIAMS & CLARIDGE, 1992; NEZU & D'ZURILLA, 1989) und einem hohen Suizidrisiko (CHANG, 1998; DIXON et al. 1991, LINEHAN, CAMPER, CHIELS, STROSAHL & SHEARIN, 1987; SADOWSKI & KELLEY, 1993; SCHOTTE & CLUM; 1982, 1987). Studien von FACCINI (1992), KRAUSE und SIMONS (1981) und SCHOTTE, COOLS und PAYVAR (1990) an akut suizidgefährdeten Patienten konnten belegen, dass bei dieser Patientengruppe eine deutliche Einschränkung der sozialen Problemlösefähigkeiten vorlag und dies sich in niedrigen Werten auf allen SPSI-R-Skalen ausdrückte. Eine prospektive Studie von KEHRER und LINEHAN (1996) konnte in einer Stichprobe von borderline-persönlichkeitsgestörten Patienten parasuizidales Verhalten durch unangemessene Problemlösungen prognostizieren. Niedrige Depressionswerte gehen in Studien von HEPPNER, BAUMGARDNER und JACKSON (1985), HEPPNER et al. (1987), NEZU (1985), NEZU und RONAN (1985) und NEZU, KALMAR, RONAN und CLAVIJO (1986) immer mit niedrigen Werten im PSI (als Zeichen guter Problemlösefähigkeiten) und mit weniger Krankheits- und Körpersymptomen (TRACEY et al., 1986) einher. Bei der Untersuchung von Studenten fanden FALKENSTEIN et al. (1983) ebenfalls einen deutlichen Zusammenhang von Depressivität und geringeren Problemlöseleistungen.

Fazit: Es existieren nur wenige Forschungsarbeiten zu Problemlösedefiziten in nicht essgestörten klinischen Stichproben. Die Befunde liefern erste Anzeichen auf die Wahrnehmung eingeschränkter Problemlösefähigkeiten in anderen Patientengruppen. Auch hier muss bei der Interpretation berücksichtigt werden, dass dem Depressionsgrad in diesen Studien meist keine Beachtung geschenkt wurde. Für die Patientengruppen mit affektiven Erkrankungen konnten dagegen über verschiedenste Messinstrumente und Studiendesigns hinweg ein konsistenter Zusammenhang zwischen depressiver Symptomatik und verminderter Problemlösefähigkeiten gefunden werden. Depressive nehmen sich im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen als schlechtere Problemlöser wahr.

3 Fragestellung

Die Ausführungen zur Nosologie und den Risikofaktoren der Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung des Kapitels 2.1 konnten zeigen, dass bei Essgestörten neben genetischen, biobehavioralen und soziokulturellen Faktoren vor allem psychologische Faktoren wie Persönlichkeitsvariablen, der Umgang mit Stressoren, Coping-Strategien und Problemlösefähigkeiten eine wichtige interaktive Rolle bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung spielen. Essstörungen scheinen sich offensichtlich vor allem in solchen Lebenssituationen zu etablieren, in denen das Individuum vor großen Problemen, Veränderungen bzw. Belastungen steht (LACEY et al., 1986), die eine Anpassungsleistung erforderlich machen (GARFINKEL & GARNER, 1986). Sind keine adäquate Coping- oder Problemlösemöglichkeiten vorhanden, entsteht eine unkontrollierbare Überforderungssituation. Das psychologische Grundbedürfnis nach einem Mindestmaß an Kontrolle (Grawe, 2000) lässt das Individuum bei gegebener Prädisposition zu überschau- und handhabbareren Problemstellungen "greifen", wie z.B. Gewichts- oder Diätfragen, in denen sich vermeintlich schnell Ergebnisse erzielen lassen (z.B. BROWNELL, 1991; FICHTER, 1991; STRIEGEL-MOORE, 1993). Problemlösedefizite machen Überforderungssituationen wahrscheinlicher und charakterisieren neben anderen Faktoren die Auslösebedingungen von Essstörungen. Aber auch als aufrechterhaltende Bedingung kommen Problemlösedefizite zum Tragen: Essanfälle werden in der Regel durch negative Gefühle und Stimmungslagen ausgelöst, die wiederum häufig von interpersonellen oder selbstwertbezogenen Stressoren verursacht sind (z.B.: CROWTHER et al., 1984, DAVIS et al., 1985, SCHLUNDT et al., 1985, JOHNSON & LARSON, 1982; ELMORE, 1990; GLEAVES et al., 1993; LEVINE & MARCUS, 1997; POLIVY & HERMAN, 1985). Sie dienen der kurzfristigen Affektregulation und stellen nach CROWTHER et al. (1984) sowie DAVIS et al. (1985) den sozialen Vermeidungsmechanismus einer direkten Problemlösung dar. Hätten Betroffene ausreichende Stress- und Problembewältigungsstrategien zur Hand, könnten somit viele Essanfälle vermieden werden und zahlreiche weitere psychische Belastungen durch ein Aufschieben oder Nichtbearbeiten der Probleme würden gar nicht erst entstehen.

Befunde zu Problemlösedefiziten bei Bulimia Nervosa liegen nur recht vereinzelt vor, sind teilweise widersprüchlich und wurden überwiegend bei der Untersuchung von Coping-Strategien erhoben. Eine Vergleichbarkeit wird zudem durch ganz unterschiedliche Messinstrumente erschwert. Dennoch lässt sich festhalten, dass Bulimikerinnen anscheinend seltener aktives oder problemfo-

kussiertes "Coping" zeigen und weitaus häufiger Vermeidung einsetzen, als gesunden Kontrollpersonen (vgl. Kapitel 2.2.3.1). Bulimikerinnen empfinden sich als weniger kompetent bei der Lösung von Problemen, ein Effekt, der sich jedoch bei anderen Essgestörten wie z.B. Anorexiepatientinnen auch finden lässt. Als gesichert kann ebenfalls angesehen werden, dass verschiedene Gruppen Essgestörter mehr interpersonale Probleme wahrnehmen, als anders psychisch Erkrankte oder gesunde Kontrollpersonen. In Kapitel 2.2.3.2 und 2.2.3.3 konnte außerdem gezeigt werden, dass Problemlösedefizite auch in vielen anderen klinischen Stichproben gefunden werden. Am häufigsten wurden Problemlösefähigkeiten bei depressiven oder suizidalen Patientinnen untersucht. Die Ergebnisse sind trotz unterschiedlicher Herangehensweisen relativ eindeutig: Im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen erleben sich depressive Patientinnen mit signifikant geringeren Problemlösekompetenzen ausgestattet. Dies gilt gleichermaßen für Patienten psychiatrischer Einrichtungen, Angstpatienten, Sozialphobiker, Persönlichkeitsgestörte, Abhängigkeitserkrankte und psychosomatisch gestörte Patienten.

Die gängigsten Störungsmodelle von Essstörungen berücksichtigen trotz unzureichender Befundlage Problemlösefähigkeiten bzw. Problemlösedefizite (vgl. WAADT et al., 1996). Im biopsychosozialen Modell von TUSCHEN-CAFFIER und FLORIN (2002) sowie SCHWEDLER (1997) und HOHLER (1997) sind fehlende Problemlösefähigkeiten für die Ausbildung einiger prädisponierender Faktoren bedeutsam. Ebenso finden Problemlöseprozesse bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen Beachtung. Aus den Störungsmodellen werden unterschiedliche Interventionsansätze abgeleitet, bei denen der Erwerb von Problemlösefähigkeiten in der Behandlung eine unterschiedliche Gewichtung erfährt. Während die Interpersonelle Therapie (IPT) nach FAIRBURN (1997) das Lösen zwischenmenschlicher Probleme sogar in das Zentrum der Behandlung stellt, hat das Problemlösetraining in der kognitiv-behavioralen Behandlung nach TUSCHEN-CAFFIER und FLORIN (2002) den Stellenwert eines Therapiebausteins neben anderen wichtigen Interventionsmodulen (wie z.B. das Ernährungskonfrontationstraining). Beide Ansätze konnten ihre Wirksamkeit empirisch eindrucksvoll bestätigen (vgl. FAIRBURN, JONES, PEVELER, & CARR, 1991 oder GRAWE et al., 1994)

Die Grundlagenforschung zu Essstörungen legt naheliegender Weise einen Schwerpunkt auf Erkenntnisse von *störungsspezifischen* Faktoren, die spezifische Charakteristiken der Erkrankungen in Abgrenzung zu anderen psychi-

schen Störungen herausarbeitet. Ebenso stehen im Bereich der Psychotherapieforschung die Überprüfung von Behandlungsansätzen und Therapiemodulen im Vordergrund, die man als störungsspezifische Interventionen wie z.B. Ernährungstraining, Figurkonfrontationsübungen oder "Cue-Exposure" bezeichnen kann. Die Befunde speziell zum Problemlösen weisen jedoch in eine andere Richtung: Problemlösedefizite scheinen eher unspezifische Kennzeichen vieler psychischer Erkrankungen zu sein, die in engem Zusammenhang zum Depressionsgrad stehen. Diese Hypothese wurde jedoch noch nicht explizit und stringent untersucht. In den meisten Studien wurde das Problemlösen nur als Randphänomen neben andere Copingstrategien betrachtet. Die Befunde sind rar und widersprüchlich. Ferner wurden kaum klinische Kontrollgruppen untersucht. Ebenso wird in der Regel der Depressionsgrad der Essgestörten in den Studien nicht berücksichtigt. Um diese Einschränkungen zu beseitigen, wurde die vorliegende Studie mit folgendem Anspruch konzipiert: Problemlösen wird als zentraler Gegenstand mit einem möglichst breiten Spektrum an empirisch abgesicherten Verfahren untersucht. Dabei sollen für eine ambulante Behandlungseinrichtung repräsentative Stichproben von Bulimikerinnen bzw. BED-Patientinnen erfasst werden. Klinische Variablen wie z.B. der Depressionsgrad sollen kontrolliert und in den Analysen berücksichtigt werden. Die Prozedur sollen für die Patientinnen in Art und Umfang "zumutbaren" sein. Zur Überprüfung der Störungsspezifität soll zusätzlich eine parallelisierte klinische Kontrollgruppe von Angstpatientinnen zum Vergleich herangezogen werden.

Folgende allgemeine Fragestellung kann für diese Arbeit formuliert werden:

- Lassen sich Gruppenunterschiede hinsichtlich der Problemlösefähigkeiten zwischen Bulimikerinnen bzw. BED-Patientinnen und gesunden Kontrollpersonen finden?
- Sind diese Unterschiede für Essstörungen spezifisch oder liegen gleichartige Defizite auch bei Angstpatientinnen vor?
- Welche Rolle spielt der Depressionsgrad bei der Erklärung dieser Unterschiede?
- Lässt sich der Schweregrad der Erkrankungen oder auch das Ausmaß an vorliegender Depressivität durch Maße der Problemlösefähigkeiten vorher-sagen?

3.1 Operationalisierung

Dem Konzeptualisierungsvorschlag für Problemlösen im klinischen Setting von D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1995) folgend, wurden in diesem Kontext

entwickelte Verfahren sowohl der Prozess- als auch der Outcome-Messung eingesetzt, die die unterschiedlichen Facetten von Problemlösen erfassen und störungsunspezifisch einsetzbar sind. Um eine Vergleichbarkeit mit anderen klinischen Untersuchungen zu gewährleisten, war darüber hinaus der Einsatz von etablierten, empirisch evaluierten und validen Instrumenten wichtig. Nicht zuletzt mussten die Verfahren ökonomisch anwendbar und für die untersuchten Patientenstichproben aus ambulanten Behandlungseinrichtungen in Form und Inhalt zu bewältigen sein. Aus diesen Gründen wurde in dieser Studie ausschließlich auf Fragebogenverfahren insistiert. Da sich die Suche nach deutschsprachigen Instrumenten, die diese Kriterien erfüllten, als sehr schwierig erwies, wurde u.a. auch auf zwei englischsprachige Verfahren zurückgegriffen, die von einer Übersetzerin ins Deutsche übertragen wurden. Nach Auffassung des Autors übersteigt hier der Nutzen die sich damit ergebenden Einschränkungen. Folgende Verfahren wurden für den Einsatz im Rahmen dieser Studie ausgewählt:

Zur Prozessmessung wurde das Problem-Solving-Inventory (PSI) von HEPPNER (1988) und das Social-Problem-Solving-Inventory-revised (SPSI-R) von MAYDEU-OLIVARES und D´ZURILLA (1996a) eingesetzt. Dabei handelt es sich um zwei englischsprachige Standardverfahren des Problemlösens. Während beim PSI allgemeine basale Problemlösefähigkeiten im Vordergrund stehen, legt das SPSI-R den Fokus verstärkt auf soziale Problemlösefähigkeiten und übergeordnete Dimensionen des sozialen Problemlösens. Das Means-End-Problemsolving-Verfahren (MEPS) von KÄMMERER (1983) wurde zur Outcome-Messung eingesetzt. Hierbei wird die Problemlöseleistung in der Generierung von Mitteln zur Zielerreichung, von Zielen und von Konsequenzen der Problemlösung erfasst, wobei auch hier soziale Situationen im Vordergrund stehen. Das Inventar-Interpersonaler-Probleme (IIP) von HOROWITZ, STRAUSS und KORDY (1994) wurde abschließend ausgewählt, um das Ausmaß an bzw. die wahrgenommene Belastung von Patientinnen aufgrund interpersoneller Probleme zu erfassen.

Eine detaillierte Beschreibung der Verfahren und ihrer statistischen Kennwerte befinden sich in Kapitel 4.4 des Methodenteils. Die Instrumente selbst befinden sich im Anhang.

3.2 Hypothesen

3.2.1 Gruppenvergleiche hinsichtlich der Problemlösemaße

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen zur Herleitung der Fragestellung in Kapitel 3.1 wird erwartet, dass sowohl Bulimie- und BED-Patientinnen als auch Angstpatientinnen in verschiedensten Facetten ihrer Problemlösefähigkeit deutliche Defizite im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen aufweisen. Da angenommen wird, dass dieser Effekt überwiegend durch den Depressionsgrad determiniert ist, wird erwartet, dass bei dessen statistischer Berücksichtigung als Kovariate eine Nivellierung des Effekts eintritt. Zusätzlich wird vermutet, dass sich die drei Patientengruppen bezüglich ihrer Problemlösemaße nicht voneinander unterscheiden.

Für den Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Ergebnisse im PSI-Gesamtwert als ein Maß für wahrgenommene allgemeine Problemlösefähigkeiten lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{1.1}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe haben durchschnittlich höhere Werte im PSI-Gesamtwert als gesunde Kontrollpersonen. Unter Berücksichtigung der Kovariate Depressionsgrad (BDI) ergeben sich jedoch keine signifikanten Gruppeneffekte.

Hypothese H_{1.2}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe unterscheiden sich in ihrer Ausprägung des PSI-Gesamtwertes nicht signifikant voneinander.

Für den Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Ergebnisse im SPSI-R-Gesamtwert als ein Maß für wahrgenommene soziale Problemlösefähigkeiten lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{2.1}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe haben durchschnittlich höhere Werte im SPSI-R-Gesamtwert als gesunde Kontrollpersonen. Unter Berücksichtigung der Kovariate Depressionsgrad (BDI) ergeben sich jedoch keine signifikanten Gruppeneffekte.

Hypothese H_{2.2}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe unterscheiden sich in ihrer Ausprägung des SPSI-R-Gesamtwertes nicht signifikant voneinander.

Für den Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Ergebnisse im MEPS-Gesamtwert "Mittel" als ein Maß für die Anzahl generierter Mittel zur

Zielerreichung im Problemlöseprozess lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{3.1}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe haben durchschnittlich höhere Werte im MEPS-Gesamtwert "Mittel" als gesunde Kontrollpersonen. Unter Berücksichtigung der Kovariate Depressionsgrad (BDI) ergeben sich jedoch keine signifikanten Gruppeneffekte.

Hypothese H_{3.2}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe unterscheiden sich in ihrer Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Mittel" nicht signifikant voneinander.

Für den Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Ergebnisse im MEPS-Gesamtwert "Ziele" als ein Maß für die Anzahl generierte Ziele bezüglich verschiedener Ausgangslagen im Problemlöseprozess lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{4.1}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe haben durchschnittlich höhere Werte im MEPS-Gesamtwert "Ziele" als gesunde Kontrollpersonen. Unter Berücksichtigung der Kovariate Depressionsgrad (BDI) ergeben sich jedoch keine signifikanten Gruppeneffekte.

Hypothese H_{4.2}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe unterscheiden sich in ihrer Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Ziele" nicht signifikant voneinander.

Für den Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Ergebnisse im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" als ein Maß für die Anzahl generierter Konsequenzen von Mitteln im Problemlöseprozess lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{5.1}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe haben durchschnittlich höhere Werte im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" als gesunde Kontrollpersonen. Unter Berücksichtigung der Kovariate Depressionsgrad (BDI) ergeben sich jedoch keine signifikanten Gruppeneffekte.

Hypothese H_{5.2}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe unterscheiden sich in ihrer Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Konsequenzen" nicht signifikant voneinander.

Für den Vergleich der Untersuchungsgruppen hinsichtlich der Ergebnisse im IIP-Gesamtwert als ein Maß für die Wahrnehmung interpersonaler Probleme lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{6.1}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe haben durchschnittlich höhere Werte im IIP-Gesamtwert als gesunde Kontrollpersonen. Unter Berücksichtigung der Kovariate Depressionsgrad (BDI) ergeben sich jedoch keine signifikanten Gruppeneffekte.

Hypothese H_{6.2}:

Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe und Angst-Gruppe unterscheiden sich in ihrer Ausprägung des IIP-Gesamtwertes nicht signifikant voneinander.

3.2.2 Multivariate Zusammenhänge von Problemlösemaßen und klinischen Kennwerten

Ausgehend von den theoretischen Überlegungen zur Herleitung der Fragestellung in Kapitel 3.1 und ergänzend zu den Hypothesen H_{1,x} bis H_{6,x} wird erwartet, dass sich sowohl die essstörungsrelevanten Maße FEV und EDI, das angststörungsrelevante Maß STAI als auch die Anzahl der Nebendiagnosen als Indikator für die Schwere der Erkrankungen durch die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele", MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert unter Einbezug der Kovariaten BDI-Gesamtwert und Alter signifikant vorhersagen lassen. Darüber hinaus wird erwartet, dass der BDI-Gesamtwert in den jeweiligen Regressionsmodellen den größten Teil der Varianz aufklären kann und somit als der bedeutendsten Prädiktor anzusehen ist. Bei der Vorhersage des BDI-Gesamtwertes durch die Problemlösemaße wird nicht nur ein signifikantes Regressionsmodell erwartet, sondern auch eine deutlich höhere Varianzaufklärung, als bei den zuvor genannten Vorhersagen.

Für die Vorhersage des FEV-Gesamtwertes durch die o.g. Problemlösemaße und die Kovariaten BDI bzw. Alter lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{7.1}:

Aus den Problemlösemaßen und den Kovariaten BDI und Alter lässt sich ein gültiges Regressionsmodell zur Vorhersage des FEV-Gesamtwertes berechnen, bei dem der Determinationskoeffizient signifikant von Null verschieden ist.

Hypothese H_{7.2}:

Die Kovariate BDI ist bei der Vorhersage des FEV-Gesamtwertes der Prädiktor mit dem höchsten Signifikanzniveau.

Für die Vorhersage des EDI-Gesamtwertes durch die o.g. Problemlösemaße und die Kovariaten BDI bzw. Alter lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{8.1}:

Aus den Problemlösemaßen und den Kovariaten BDI und Alter lässt sich ein gültiges Regressionsmodell zur Vorhersage des EDI-Gesamtwertes berechnen, bei dem der Determinationskoeffizient signifikant von Null verschieden ist.

Hypothese H_{8.2}:

Die Kovariate BDI ist bei der Vorhersage des EDI-Gesamtwertes der Prädiktor mit dem höchsten Signifikanzniveau.

Für die Vorhersage des STAI-Gesamtwertes durch die o.g. Problemlösemaße und die Kovariaten BDI bzw. Alter lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{9.1}:

Aus den Problemlösemaßen und den Kovariaten BDI und Alter lässt sich ein gültiges Regressionsmodell zur Vorhersage des STAI-Gesamtwertes berechnen, bei dem der Determinationskoeffizient signifikant von Null verschieden ist.

Hypothese H_{9.2}:

Die Kovariate BDI ist bei der Vorhersage des STAI-Gesamtwertes der Prädiktor mit dem höchsten Signifikanzniveau.

Für die Vorhersage der Anzahl der Nebendiagnosen durch die o.g. Problemlösemaße und die Kovariaten BDI bzw. Alter lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{10.1}:

Aus den Problemlösemaßen und den Kovariaten BDI und Alter lässt sich ein gültiges Regressionsmodell zur Vorhersage der Anzahl der Nebendiagnosen berechnen, bei dem der Determinationskoeffizient signifikant von Null verschieden ist.

Hypothese H_{10.2}:

Die Kovariate BDI ist bei der Vorhersage der Anzahl der Nebendiagnosen der Prädiktor mit dem höchsten Signifikanzniveau.

Für die Vorhersage des BDI-Gesamtwertes durch die o.g. Problemlösemaße und die Kovariate Alter lassen sich folgende Einzelhypothesen formulieren:

Hypothese H_{11.1}:

Aus den Problemlösemaßen und der Kovariate Alter lässt sich ein gültiges Regressionsmodell zur Vorhersage des BDI-Gesamtwertes berechnen, bei dem der Determinationskoeffizient signifikant von Null verschieden ist.

Hypothese H_{11.2}:

Bei der Vorhersage des BDI-Gesamtwertes durch die Problemlösemaße kann mehr Varianz aufgeklärt werden, als bei der Vorhersage des FEV-Gesamtwertes, des EDI-Gesamtwertes, des STAI-Wertes oder der Anzahl der Nebendiagnosen.

4 Methoden

4.1 Rekrutierung der Stichproben

Für die vorliegende Studie wurden vier Stichproben rekrutiert: (1) Frauen mit der DSM-IV-Diagnose Bulimia Nervosa (307.51) "Purging"-Typus, (2) Frauen mit der DSM-IV-Diagnose Essstörung nicht näher bezeichnet (307.50), die die Forschungskriterien einer "Binge-Eating"-Störung erfüllen, (3) Frauen mit der DSM-IV-Diagnose einer Angsterkrankung (300.21, 300.01, 300.23 u.a.) und (4) Frauen ohne Anamnese einer psychischen Störung³. In den Patientengruppen mussten die jeweiligen Diagnosen als Hauptdiagnosen vorliegen, Nebendiagnosen waren zugelassen jedoch durften in der Angstgruppe keine Nebendiagnosen von Essstörungen vorliegen. Es wurde angestrebt, die vier Stichproben nach Alter, Body-Mass-Index (BMI), Schulbildung, Berufstätigkeit und Familienstand vergleichbar zu halten.

Die Bulimie-Gruppe wurde teils aus Patientinnen der Marburger Ambulanz der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie, teils in Zusammenarbeit mit dem Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg über Zeitungsannoncen rekrutiert. Die BED-Gruppe wurde in Zusammenarbeit mit der BED-Forschungsgruppe der Christoph-Dornier-Stiftung über Zeitungsannoncen rekrutiert. Die Angst-Gruppe bestand vollständig aus Patientinnen der Christoph-Dornier-Stiftung. Die Kontrollgruppe wurde ausschließlich über Zeitungsannoncen durch die Christoph-Dornier-Stiftung rekrutiert.

Alle Untersuchungen erfolgten im Zeitraum zwischen April 2000 und November 2000. Die Daten der Bulimie- und Angstgruppe wurden sofern es sich um Patienten der Christoph-Dornier-Stiftung handelte, innerhalb der Diagnostikphase (vor Therapiebeginn) erhoben. Alle anderen untersuchten Patientinnen durften sich zum Untersuchungszeitpunkt nicht in psychotherapeutischer Behandlung befinden.

Eine Vergütung von 45,- DM erhielten alle Personen, die über das Forschungsprojekt rekrutiert worden waren oder zur Kontrollgruppe gehörten. Bei Patientinnen der Christoph-Dornier-Stiftung erfolgte keine Vergütung. Denjenigen Personen, die keine Patienten der Christoph-Dornier-Stiftung waren und dennoch eine klinisch relevante Diagnose erhielten, wurde durch einen Therapeu-

³ In Folge werden die vier Stichproben als Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe, Angst-Gruppe und Kontrollgruppe bezeichnet

ten ein Beratungsangebot über etwaige Behandlungsmöglichkeiten gemacht, welches in nahezu allen Fällen in Anspruch genommen wurde.

4.2 Verwendete Messinstrumente

4.2.1 Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen (DIPS/Mini-DIPS)

Das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen - DIPS (MARGRAF, SCHNEIDER & EHLERS, 1991) ist ein strukturiertes klinisches Interview zur Erfassung psychischer Erkrankungen. Es wurde entwickelt im Rahmen der Erforschung von Angsterkrankungen, beinhaltet jedoch auch die Diagnostik von affektiven, somatoformen und Essstörungen und enthält zusätzlich Screeningfragen zu Alkohol-, Medikamenten-/Drogenabhängigkeit sowie Psychosen. Das DIPS ist ein Instrument zur exakten Diagnostik nach DSM-IV (MARGRAF, SCHNEIDER & SPÖRKEKEL, 1991; SCHNEIDER, MARGRAF, SPÖRKEKEL & FRANZEN, 1992). Für die vorliegende Untersuchung wurden das Interview um die aktuellen DSM-IV Kriterien zur "Binge-Eating"-Störung (BES) und zu "nicht näher bezeichneten" Essstörungen (vgl. SPITZER et al. 1992) erweitert, um eine diagnostisch exakte Abgrenzung zwischen der Gruppe der Bulimikerinnen und der BED-Patientinnen zu erreichen.

Das Diagnostische Kurzinterview bei psychischen Störungen - Mini-DIPS (MARGRAF, 1994) ermöglicht eine rasche, überblicksartige diagnostische Einordnung einer Auswahl häufiger psychischer Störungen. Zur Konstruktion des Mini-DIPS wurden aus dem DIPS (MARGRAF et al., 1991) diejenigen Fragen ausgewählt, die für eine diagnostische Einordnung unmittelbar relevant sind. Die Validität des Mini-DIPS wurde von den Testautoren durch den Grad der Übereinstimmung mit dem DIPS bestimmt. So erfolgt die Zuordnung zu diagnostischen Kategorien und einzelnen Störungen durch Mini-DIPS und DIPS mit einer prozentualen Übereinstimmung von über 90% (mit Ausnahme der Schwere Depression mit einer prozentualen Übereinstimmung von 88%). Cohens Kappa wurde für die Zuordnung zu diagnostischen Klassen mit mindestens 0,76 errechnet. Bei der Diagnostik einzelner Störungen lag der Kappa-Wert nach Angaben der Testautoren zwischen 0,66 und 0,89. Hinsichtlich der Interrater-Reliabilität führt das Mini-DIPS bei den diagnostischen Klassen zu einer prozentualen Übereinstimmung zwischen 94% und 100%, bei den einzelnen Störungen lag die prozentuale Übereinstimmung zwischen 90% und 100%. Cohens Kappa lag sowohl für die diagnostischen Klassen als auch für einzelne

Störungen zwischen 0,84 und 1,00, was als zufrieden stellend angesehen werden kann.

Sowohl das DIPS als auch das Mini-DIPS ermöglichen dem geschulten Diagnostiker eine objektive, reliable und valide Diagnosestellung der häufigsten psychischen Erkrankungen nach DSM-IV (APA, 1994).

4.2.2 Fragebogen zum Essverhalten (FEV)

Der Fragebogen zum Essverhalten (FEV, PUDEL & WESTENHÖFER, 1989) ist eine deutschsprachige Form des „Three-Factor-Eating-Questionnaire“ (TFEQ, STUNKARD & MESSICK, 1985). Er beschreibt das Essverhalten durch die faktoranalytisch hergeleitete Skalen *kognitive Kontrolle/gezügelt Essen* (21 Items), *Störbarkeit des Essverhaltens* (16 Items), *erlebte Hungergefühle* und deren Verhaltenskorrelate (14 Items). Der FEV umfasst insgesamt 60 Items, die überwiegend mit dichotomen Antwortformat bzw. mit vierstufigen Skalen mit den Endpunkten „immer“ bis „nie“ versehen sind. Ein Teil der Items erfasst zusätzlich anthropometrische Charakteristika und therapeutisch relevante Aspekte. Itemwerte werden zu Skalenwerten aufsummiert; die Itemzahl gibt die Höchstpunktzahl der jeweiligen Skala an. Hohe Werte von Skala 1 kennzeichnen ein hohes Maß an kognitiver Kontrolle, während niedrige Werte angeben, dass sich die Nahrungsaufnahme spontan an körperlichen Signalen von Hunger und Sättigung orientiert. Hohe Werte von Skala 2 geben eine starke Störbarkeit des Essverhaltens durch externe oder interne Hinweisreize an. Hohe Werte von Skala 3 beschreiben häufig erlebte Hungergefühle, die die Tendenz zum Essen erhöhen. Die inneren Konsistenzen (Cronbach Alpha) der Skalen des FEV liegen zwischen 0,75 und 0,87. Es besteht eine hohe Skaleninterkorrelation zwischen den Skalen 2 und 3 ($r = 0,6$), während die Skala 1 von den anderen Skalen unabhängig ist. Hinweise auf die Validität ergaben sich aus konstruktformen Übereinstimmungen mit dem Körpergewicht und dem Essverhalten. Ein niedriges Körpergewicht ging mit einer geringen Störbarkeit und schwachen Hungergefühlen einher, während die durchschnittliche Energiezufuhr mit zunehmender kognitiver Kontrolle und Störbarkeit des Essverhaltens sank. Normwerte des FEV liegen vor.

4.2.3 Eating-Disorder-Inventory (EDI)

Der Eating-Disorder-Inventory (EDI) wurde von GARNER, OLMSTEDT und POLIVY 1983 entwickelt und von THIEL und PAUL 1988 ins Deutsche übersetzt. Es wurde als ein Verfahren zur Selbsteinschätzung entwickelt und besteht aus 64 Items,

welche den Skalen *Bulimische Symptome*, *Schlankheitsdrang*, *Körperunzufriedenheit*, *Ineffektivität*, *Perfektionismus*, *zwischenmenschliches Misstrauen*, *interozeptive Wahrnehmung* und *Angst vor dem Erwachsenwerden* zugeordnet werden können. Im Rahmen dieses Forschungsprojekts wurden lediglich die drei ersten Skalen *Bulimische Symptome*, *Schlankheitsdrang* und *körperliche Unzufriedenheit* verwendet. Die von GARNER, OLMSTEDT, POLIVY und GARFINKEL (1984) vorgelegten internen Konsistenzen liegen zwischen .67 und .90 und weisen den EDI als ein hinreichend reliables Instrumente aus. Für den Gesamtmittelwert fand CROWTHER, LILLY, CRAWFORD und SHEPERD (1992) eine interne Konsistenz von 0,87 und für die Skala *Körperzufriedenheit* eine interne Konsistenz von 0,81. Geringere Stabilität (0,63) zeigte dagegen die Skala *Bulimische Symptome* auf. Diskriminanzanalysen ergaben, dass Probandinnen mit ausreichender Genauigkeit (80%) einer bulimischen bzw. nicht-bulimischen Vergleichstichprobe zugeordnet werden konnten, Der EDI ist in der Lage, gut zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Probandinnen zu trennen.

4.2.4 State-Trait-Angstinventar (STAI)

Das State-Trait-Angstinventar wurde von SPIELBERGER, GORSUCH und LUSCHENE (1986) entwickelt und von LAUX, GLANZMANN, SCHAFFNER und SPIELBERGER (1981) ins Deutsche übersetzt. Es werden zwei verschiedene Komponenten der Angst unterschieden. Die *State*-Skala misst Angst als "Zustandsangst", d.h. einen vorübergehenden emotionalen Zustand, der in der Intensität und über Zeit und Situation hinweg variiert und durch Anspannung, Nervosität und Furcht gekennzeichnet ist. Die *Trait*-Skala steht für Angst als Eigenschaft, welche als individuelle Neigung verstanden wird, Situationen als gefährlich zu betrachten und mit erhöhter Zustandsangst zu reagieren, die Nichtängstliche als neutral ansehen würden. Beide Skalen haben 20 Items. Die Auswertung erfolgt durch Summenbildung. Die *Trait*-Skala hat eine innere Konsistenz von $\alpha=.92$ (d.h. eine sehr gute Reliabilität) und eine gute Konstruktvalidität. Bei der *State*-Skala liegen die Reliabilitätswerte konstruktionsbedingt niedriger.

4.2.5 Fear-Questionnaire (FQ)

Der von MARKS und MATHEWS (1979) entwickelte Fear-Questionnaire erfasst Vermeidungsverhalten, das mit klinisch häufig vorkommenden Ängste, wie z.B. Angst vor Verletzungen, agoraphobische Ängste oder soziale Ängste einher geht. Er beinhaltet 19 Items aus denen die Skalen *Agoraphobie*, *Blut*, *Soziale Situationen* und *Tiere* durch Summenwerte gebildet werden. Für diese Untersu-

chung wurde der Gesamtwert verwendet. Die Retest-Reliabilität liegt bei verschiedenen Skalen zwischen .82 und .96. Der Fragebogen wird von den Autoren als inhaltlich valide bezeichnet.

4.2.6 Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)

Der Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen wurde von CHAMBLESS, CAPUTO, BRIGHT und GALLAGHER (1984) entwickelt und von EHLERS und MARGRAF (1993) ins Deutsche übertragen. Er umfasst 17 Items, die die Angst vor körperlichen Symptomen im Sinne des Konzeptes der "Angst vor der Angst" messen sollen. Der Gesamtwert wird durch Mittelung über alle Items berechnet. Das Inventar zeigt nach Angaben der Autoren eine gute innere Konsistenz und Retest-Reliabilität. Es korreliert mit konstruktnahen Skalen und diskriminiert gut zwischen Patienten und Kontrollpersonen.

4.2.7 Beck-Depressions-Inventar (BDI)

Das von BECK, WARD, MENDELSON, MOCK und ERBAUGH (1961) entwickelte und von HAUTZINGER, BAILER, WORALL und KELLER (1992) ins Deutsche übertragene Beck-Depressions-Inventar enthält 21 Symptome mit jeweils vier als Selbstaussage formulierten Items zur Erfassung der Schwere depressiver Kognitionen und somatischer Symptome. Eine Summenbildung über alle Symptome hinweg ergibt den Depressionsscore. Die deutsche Version erweist sich mit einer inneren Konsistenz von .88 als reliabel und mit einer Korrelation von .72 bzw. .74 mit anderen Selbstbeurteilungsskalen zur Depression als valide. Der BDI bildet zudem therapiebedingte Veränderungen sensitiv ab.

4.2.8 Visuelle Analogskalen (VAS)

Um die momentane Befindlichkeit der Probandinnen zu erfassen, wurden vor und nach der Untersuchung den Probandinnen visuelle Analogskalen vorgelegt (AITKEN, ZEALLY & Rosenthal, 1969; MCCORMACK, HORNE & SHEATHER, 1988; BOND, SHINE & BRUCE, 1995).

Die vorgegebenen visuellen Analogskalen bestanden aus 10 Zentimeter langen durchgehenden horizontalen Linien. Die jeweiligen Enden einer Skala wurden mit dem minimalen und maximalen Extrem der zu untersuchenden Dimension verbal beschrieben. Es wurden die Dimensionen Entspannung, Ängstlichkeit, Fröhlichkeit und Konzentration erfasst. Zusätzlich wurden die essstörungsrelevanten Dimensionen Hunger, Müdigkeit und Ärger aufgenommen, um ein breiteres Empfindungsspektrum abzudecken.

Für die VAS konnten MILLER und FERRIS (1993) auf dem Hintergrund verschiedener Studien sehr gute Reliabilität und gute Validität nachweisen. Für die Skala "Ängstlichkeit" konnten bspw. signifikante Korrelationen mit Werten der STAI-State-Skala gezeigt werden (BOND et al., 1995; CELLA & PERRY 1986).

4.3 Beschreibung der Stichproben

4.3.1 Soziodemographische Merkmale der Probandinnen

Insgesamt wurden die vollständigen Datensätze von jeweils 30 nach DSM-IV diagnostizierten Bulimikerinnen, BED-Patientinnen, Angstpatientinnen und Kontrollpersonen in die Analysen aufgenommen.

Zur Überprüfung der Vergleichbarkeit der Gruppen bezüglich Alter, BMI, Schulbildung, Berufstätigkeit und Familienstand wurden je nach Skalenniveau einfaktorielle Varianzanalysen mit Kontrasttests bzw. Chi-Quadrat-Tests (Kruskal-Wallis-Varianzanalysen) gerechnet.

Die erhobenen soziodemographischen Merkmale der vier Gruppen werden in der nachfolgenden Tabelle 4.1 aufgelistet.

Tabelle 4.1: *Soziodemographische Merkmale der Probandinnen (Mittelwerte mit Standardabweichungen bzw. Häufigkeiten und Prozentangaben)*

	Bulimie-Gruppe (N=30)		BED-Gruppe (N=30)		Angst-Gruppe (N=30)		Kontrollgruppe (N=30)	
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Alter (Jahre)	26,5	(7,4)	38,8	(12,1)	33,9	(11,4)	32,3	(11,8)
BMI (kg/m²)	21,0	(2,0)	32,5	(8,0)	22,2	(4,3)	21,3	(3,1)
Schulbildung	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Kein Abschluss	0	(0)	0	(0)	1	(3,3)	0	(0)
Hauptschule	2	(6,7)	9	(30,0)	4	(13,3)	0	(0)
Realschule	10	(33,3)	3	(10,0)	6	(20,0)	10	(33,3)
Fachabitur	4	(13,3)	5	(16,7)	4	(13,3)	1	(3,3)
Abitur	13	(43,3)	9	(30,0)	12	(40,0)	15	(50,0)
Hochschulstudium	1	(3,3)	4	(13,3)	3	(10,0)	4	(13,3)
Beruf/Tätigkeit	N	%	N	%	N	%	N	%
Hausfrau	1	(3,3)	4	(18,2)	2	(6,9)	1	(3,3)
Auszubildende	7	(23,3)	1	(4,5)	4	(13,8)	3	(10,0)
Studentin	8	(26,7)	5	(22,7)	9	(31,0)	11	(36,7)
Arbeitslose	3	(10,0)	2	(9,1)	1	(3,4)	3	(10,0)
Angestellte	8	(26,7)	7	(31,8)	11	(37,9)	11	(36,7)
Selbständige	3	(10,0)	3	(13,6)	2	(6,9)	1	(3,3)
Familienstand	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
ohne Partner	20	(66,7)	12	(40,0)	13	(43,3)	15	(50,0)
mit Partner	4	(13,3)	7	(23,3)	3	(10,0)	6	(20,0)
Verheiratet	3	(10,0)	8	(26,7)	10	(33,3)	7	(23,3)
Geschieden	3	(10,0)	1	(3,3)	4	(13,3)	2	(6,7)
Verwitwet	0	(0)	2	(6,7)	0	(0)	0	(0)

Die vier Stichproben unterscheiden sich signifikant hinsichtlich des Alters ($F_{(3,116)} = 6,53$; $p < .001$) Während die Bulimie-Gruppe durchschnittlich am jüngsten ist, hat die BED-Gruppe den höchsten Altersdurchschnitt. Angst-Gruppe und Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht und liegen zwischen den beiden anderen Gruppen (Kontrast-Test der Koeffizienten -1, 1, 0, 0 signifikant mit $T_{(116)} = 4,38$; $p < .001$)

Auch im BMI ergeben sich signifikante Unterschiede der Stichproben ($F_{(3,116)} = 37,31$; $p < .001$). Hier hat erwartungsgemäß die BED-Gruppe den weitaus höchsten Mittelwert. Die anderen drei Gruppe unterscheiden sich nicht vonein-

ander (Kontrast-Test der Koeffizienten 1,-3,1,1 hoch signifikant mit $T_{(116)} = -10,54$; $p < .001$)

Keine signifikanten Gruppenunterschiede zeigten sich in Bezug auf die Schulbildung ($\chi^2_{(3)} = 3,12$; $p = .373$) die Berufstätigkeit ($\chi^2_{(3)} = 0,24$; $p = .972$) oder den Familienstand ($\chi^2_{(3)} = 5,88$; $p = .118$) der vier Experimentalgruppen.

4.3.2 Klinische Merkmale der Probandinnen

Nachfolgend sollen die klinischen Merkmale der Probandinnen getrennt nach Diagnosen/Zusatzdiagnosen, essstörungs- und angststörungsspezifischen Fragebogendaten und Depressionsgrad dargestellt werden.

Bei der Berechnung der Inferenzstatistik für die beschreibenden Merkmale der klinischen Fragebögen wurden jeweils vier Gruppen verglichen, so dass ein varianzanalytisches Vorgehen zu wählen war. Aufgrund der Gruppenbildung durch eine Diagnosestellung konnten gezielte Hypothesen bezüglich der klinischen Tests formulieren und Kontraste überprüfen werden.

4.3.2.1 Diagnosen

Die Verteilung der klinischen Diagnosen nach DSM-IV werden in Tabelle 3.2 dargestellt. Diese Informationen wurden den durchgeführten diagnostischen Interviews (DIPS bzw. Mini-DIPS) entnommen.

Tabelle 4.2: *Klinische Merkmale der Probandinnen. Primär- und Zusatzdiagnosen. Die Tabelle enthält Häufigkeiten und Prozentangaben in Klammern*

	Bulimie-Gruppe (N=30)		BED-Gruppe (N=30)		Angst-Gruppe (N=30)		Kontrollgruppe (N=30)	
	N	(%)	N	(%)	N	(%)	N	(%)
Primär Diagnosen								
Keine Diagnose	0	(0)	0	(0)	0	(0)	30	(100,0)
Bulimia Nervosa	30	(100)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
"Binge-Eating"- Störung	0	(0)	30	(100)	0	(0)	0	(0)
Angststörung	0	(0)	0	(0)	30	(100)	0	(0)
Zusatzdiagnosen								
Keine Diagnose	6	(20)	9	(30)	6	(20)	30	(100)
Panik mit Agoraphobie	2	(6,7)	3	(10)	0	(0)	0	(0)
Panik ohne Agoraph.	3	(10)	2	(6,7)	0	(0)	0	(0)
Agoraphobie	1	(3,3)	2	(6,7)	1	(3,3)	0	(0)
Soziale Phobie	3	(10)	3	(10)	6	(20)	0	(0)
Einfache Phobie	2	(6,7)	7	(23,3)	2	(6,7)	0	(0)
GAS	4	(13,3)	1	(3,3)	8	(26,7)	0	(0)
Zwangsgedanken	1	(3,3)	0	(0)	0	(0)	0	(0)
PostTraum.-Syndrom	4	(13,3)	3	(10)	0	(0)	0	(0)
Schw.-Depr.-Syndrom	15	(50)	8	(26,7)	17	(56,7)	0	(0)
Dysth.Synd. o. SDS	0	(0)	0	(0)	3	(10)	0	(0)
Dysth.Synd. m. SDS	8	(3,3)	6	(20)	3	(10)	0	(0)
Hypochondrie	0	(0)	1	(3,3)	2	(6,7)	0	(0)

Die Bulimie-Gruppe hatte durchschnittlich 1,6, die BED-Gruppe 1,3 und die Angst-Gruppe 1,4 Zusatzdiagnosen. Die Patientengruppen sind hinsichtlich der Anzahl der Zusatzdiagnosen vergleichbar. Jeweils 20% der Bulimie- und Angst-Gruppe hatten keine Zusatzdiagnosen. Bei 30% der BED-Gruppe lag keine Zusatzdiagnose vor. 80% der Bulimie-Gruppe und der Angstgruppe hatten eine oder mehrere Zusatzdiagnosen. Bei 70% der BED-Gruppe traf dies ebenfalls zu. Jeweils zwei Probandinnen (6,7%) aus den Patientengruppen hatten sogar vier Zusatzdiagnosen. Vierzehn Patientinnen der Bulimie-Gruppe hatte die Diagnose einer Anorexia Nervosa in der Vorgeschichte. Alle 30 Bulimie-Patientinnen wiesen Bulimia Nervosa im "Purging"-Typus auf.

4.3.2.2 Essstörungsspezifische Fragebogendaten

Einen Überblick über die Charakterisierung der Gruppen anhand der Skalen des Fragebogens zum Essverhalten (FEV) und des Eating-Disorder-Inventory (EDI) gibt die nachfolgende Tabelle 4.3.

Tabelle 4.3: *Klinische Merkmale der Probandinnen. Werte in essstörungsspezifischen Fragebogen. Die Tabelle zeigt die Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen sowie die signifikanten Kontraste.*

	Bulimie-Gruppe (N=30)		BED-Gruppe (N=30)		Angst-Gruppe (N=30)		Kontroll-Gruppe (N=30)		Kontraste*
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	
FEV - Fragebogen zum Essverhalten									
Gesamtmittelwert	42,4	(7,9)	37,8	(7,4)	20,2	(9,3)	17,1	(7,3)	BN>BED>AG=KG ***
Kognitive Kontrolle	13,5	(5,6)	9,0	(4,8)	5,8	(4,4)	5,2	(3,8)	BN>BED>AG=KG ***
Hungergefühle	8,7	(2,6)	10,1	(2,5)	5,1	(3,1)	4,2	(2,7)	BN<BED>AG=KG ***
Störbarkeit	12,2	(2,9)	12,7	(2,1)	5,5	(3,8)	4,6	(2,6)	BN=BED>AG=KG ***
EDI - Eating-Disorder-Inventory									
Gesamtmittelwert	1,81	(0,58)	1,57	(0,57)	0,58	(0,57)	0,32	(0,36)	BN=BED>AG=KG ***
Bulimie	1,52	(0,67)	0,81	(0,66)	0,20	(0,56)	0,03	(0,07)	BN>BED>AG=KG ***
Schlankheitsdrang	2,08	(0,78)	1,49	(0,72)	0,46	(0,72)	0,18	(0,36)	BN>BED>AG=KG ***
Körperunzufriedenheit.	1,84	(0,90)	2,21	(0,76)	0,96	(0,81)	0,67	(0,69)	BN=BED>AG=KG ***

* BN = Bulimiegruppe, BED = BED-Gruppe, AG = Angstgruppe, KG = Kontrollgruppe
* = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Es zeigten sich bei der varianzanalytischen Auswertung in den durch die Diagnosestellung gebildeten vier parallelisierten Stichproben signifikante Gruppenunterschiede in allen aufgeführten essstörungsbezogenen Fragebogenskalen. Die Analysen ergaben F-Werte_(3,116) zwischen 19,88 und 74,43, die jeweils ein p von <.001 hatten. Ebenso wurden alle berechneten Kontraste auf diesem Niveau signifikant (T-Werte₍₁₁₆₎ zwischen -6,78 und -14,70). Sowohl die Bulimie- als auch die BED-Gruppe weisen Mittelwerte in einem psychopathologischen Bereich auf, die in der Angst- und Kontrollgruppe nicht zu finden sind.

Bulimie- und BED-Gruppe unterscheiden sich signifikant im FEV-Gesamtmittelwert, nicht jedoch im EDI-Gesamtmittelwert voneinander. Erwartungsgemäß weist die Bulimie-Gruppe signifikant höhere Werte in der FEV-Skala "Kognitive Kontrolle" und signifikant niedrigere Werte in der FEV-Skala "Hungergefühle" auf als die BED-Gruppe. Ferner hat die Bulimie-Gruppe signifikant höhere Werte auf der Skala "Bulimie" des EDI sowie signifikant niedrigere Werte auf der Skala "Schlankheitsdrang" als die BED-Gruppe.

Die diagnostische Einordnung der Probandinnen und die damit verbundene Gruppenbildung wurde hiermit auf der Grundlage der nosologischen Erwägungen von Kapitel 2.1 bestätigt.

4.3.2.3 Angstspezifische Fragebogendaten und Depressionsgrad

Einen Überblick über die Charakterisierung der Gruppen anhand der Skalen des State-Trait-Angstinventars (STAI), des Body-Sensation-Questionnaires (BSQ) des Fear-Questionnaires (FQ) und des Beck-Depressions-Inventars (BDI) gibt die nachfolgende Tabelle 4.4.

Tabelle 4.4: Klinische Merkmale der Probandinnen. Werte in angstspezifischen Fragebogen und Depressionsgrad. Die Tabelle zeigt die Gruppenmittelwerte, Standardabweichungen und Kontraste.

	Bulimie-Gruppe (N=30)		BED-Gruppe (N=30)		Angst-Gruppe (N=30)		Kontroll-Gruppe (N=30)		Kontraste*
	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	
STAI-Trait-Skala	55,54	(10,04)	49,66	(12,14)	54,83	(11,97)	32,11	(6,23)	BN=BED=AG>KG ***
STAI-State-Skala	52,98	(12,68)	46,24	(14,66)	52,20	(14,59)	29,75	(7,00)	BN=BED=AG>KG ***
BSQ-Gesamtwert	2,67	(0,71)	2,77	(0,68)	2,62	(0,73)	1,81	(0,59)	BN=BED=AG>KG ***
FQ-Gesamtwert	34,50	(18,16)	35,76	(17,68)	38,31	(25,06)	15,00	(9,43)	AG=BN<BED>KG ***
BDI-Gesamtwert	21,66	(9,18)	15,95	(9,15)	15,69	(8,76)	3,52	(3,10)	BN>BED=AG>KG ***

* BN = Bulimiegruppe, BED = BED-Gruppe, AG = Angstgruppe, KG = Kontrollgruppe

** = 5%-Niveau, *** = 1%-Niveau, **** = 1/10%-Niveau

Auch in den angstspezifischen Fragebogendaten und dem Depressionsgrad zeigten sich signifikante Mittelwertsunterschiede zwischen den vier Experimentalgruppen. Es ergaben sich F-Werte ($_{(3,116)}$) zwischen 10,13 und 33,33 die alle ein p von $< .001$ hatten. Ebenso wurden alle berechneten Kontraste auf diesem Niveau signifikant (T-Werte $_{(116)}$) zwischen -5,45 und -12,86). Die Wahl der Kontrastkoeffizienten erfolgte anders als bei der Auswertung der essstörungsspezifischen Fragebogendaten. Dabei zeigte sich, dass alle drei Patientengruppen signifikant höhere Ausprägungen ihres durchschnittlichen STAI-, BSQ-, FQ und BDI-Wertes aufwiesen, als die gesunde Kontrollgruppe. Bei den angstspezifischen Fragebögen STAI und BSQ unterschieden sich die drei Patientengruppen nicht voneinander. Lediglich im FQ hatte die Angstgruppe die höchste Ausprägung im Vergleich zu Bulimie- und BED-Gruppe, die sich dagegen nicht un-

terschieden. Den signifikant höchsten Depressionsgrad wies die Bulimie-Gruppe. BED- und Angstgruppe hatten ein vergleichbares Depressionsniveau.

Die in Kapitel 2.1.6 dargestellten Befunde zu hohen Komorbiditätsraten von Essgestörten bezüglich Angsterkrankungen und affektiven Störungen finden sich auch in den diagnostischen Befunden und Fragebogendaten dieser Studie wieder. 56,7% der Bulimikerinnen und 53,3% der BED-Patientinnen haben Zusatzdiagnosen von Angsterkrankungen. Sogar 76,7% der Bulimikerinnen und 46,7% der BED-Patientinnen leiden unter einer affektiven Störung. Bei 56,7% der Bulimikerinnen und bei 33,3% der BED-Patientinnen liegen komorbid sogar beide Störungsbilder vor. Hinsichtlich der Angstsymptome unterscheiden sich die klinischen Gruppen folglich nur insofern, als dass die Angstgruppe keinerlei Symptome einer Essstörung aufweist und im Gegenzug die Angstsymptomatik bei den Essgestörten von diagnostisch und therapeutisch nachrangiger Natur ist.

Die diagnostische Einordnung der Probandinnen und die damit verbundene Gruppenbildung konnte anhand der Fragebogendaten bestätigt werden. Bei der Zusammenschau der klinischen Merkmale wird deutlich, dass es sich bei den untersuchten Patientengruppen um Stichproben mit erwartungsgemäß hohem Auftreten von Zusatzdiagnosen handelt, die als repräsentativ für in vergleichbaren ambulanten Behandlungseinrichtungen anzutreffende Patientenpopulationen anzusehen sind. Der Nachteil dieser Repräsentativität besteht darin, dass die Interpretation der Befunde dadurch erheblich erschwert wird, dass neben gleichen Depressionssymptomen auch gleiche Angstsymptome in den jeweiligen Patientengruppen vorhanden sind.

4.3.3 Visuelle Analogskalen zur Befindlichkeitsmessung vor und nach der Untersuchung

Vor und nach der Untersuchung fand eine Befindlichkeitsmessung statt, bei der die Probandinnen visuelle Analogskalen (VAS) zur Selbsteinschätzung auszufüllen hatten. Mittelwerte und Standardabweichungen der Befindlichkeitsdimensionen sind für die beiden Messzeitpunkte und für die vier Gruppen in Tabelle 4.5 dargestellt.

Tabelle 4.5: Visuelle Analogskalen. Werte der Probandinnen auf den Dimensionen der Befindlichkeitsmessung vor (prä) und nach (post) der Untersuchung. Die Tabelle zeigt die Gruppenmittelwerte und Standardabweichungen (Ein Wert von Null steht für keine Ausprägung und von 100 für maximale Ausprägung.)

	Bulimie-Gruppe (N=30)		BED-Gruppe (N=30)		Angst-Gruppe (N=30)		Kontrollgruppe (N=30)	
prä	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Entspannung	41,87	(26,25)	46,25	(26,35)	35,89	(20,37)	61,59	(21,02)
Müdigkeit	52,44	(25,13)	35,80	(28,46)	52,28	(25,71)	36,31	(23,32)
Hunger	15,69	(19,83)	23,00	(26,33)	20,48	(25,21)	17,32	(23,66)
Ängstlichkeit	22,29	(22,90)	16,17	(22,48)	38,64	(28,82)	8,49	(18,07)
Konzentration	55,91	(21,15)	58,71	(26,26)	52,66	(20,77)	60,44	(21,71)
Ärger	16,38	(24,20)	10,54	(21,80)	13,98	(18,89)	11,58	(22,50)
Fröhlichkeit	34,35	(21,06)	37,03	(24,95)	27,49	(20,90)	62,02	(20,18)
	Bulimie-Gruppe (N=30)		BED-Gruppe (N=30)		Angst-Gruppe (N=30)		Kontrollgruppe (N=30)	
post	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)	M	(SD)
Entspannung	32,51	(20,20)	36,69	(25,52)	30,71	(21,14)	43,09	(25,46)
Müdigkeit	69,78	(24,72)	50,32	(26,99)	49,64	(25,90)	44,23	(24,45)
Hunger	31,47	(28,21)	37,25	(27,92)	32,40	(24,85)	30,33	(24,71)
Ängstlichkeit	20,28	(22,92)	13,94	(19,38)	26,95	(21,39)	4,92	(6,43)
Konzentration	32,69	(28,19)	41,43	(28,24)	45,12	(21,91)	48,71	(26,35)
Ärger	20,65	(23,72)	18,72	(25,41)	9,55	(11,87)	12,12	(21,88)
Fröhlichkeit	22,71	(15,06)	29,59	(22,46)	29,66	(25,84)	48,01	(24,23)

Zur Überprüfung der statistischen Unterschiede zwischen den Gruppen wurde für jede Dimension der VAS eine zweifaktorielle Varianzanalyse mit einem Messwiederholungsfaktor (prä/post) und dem Faktor Gruppe (Bulimie-, BED-, Angst-, Kontrollgruppe) berechnet. Tabelle 4.6 fasst die Ergebnisse zusammen.

Tabelle 4.6: Visuelle Analogskalen. Ergebnisse der zweifaktoriellen Varianzanalysen für die Dimensionen der VAS mit dem Messwiederholungsfaktor Zeit (prä/post) und dem Faktor Gruppe (Bulimie-, BED-, Angst-, Kontrollgruppe) sowie der Wechselwirkung

Dimension	Haupteffekt Gruppe			Haupteffekt Zeitpunkt			Wechselwirkung		
	F	df.	p	F	df.	p	F	df.	P
Entspannung	50,8	3	0,002	22,64	1	0,000	1,57	3	0,201
Müdigkeit	6,61	3	0,000	9,92	1	0,002	2,27	3	0,084
Hunger	0,75	3	0,527	21,56	1	0,000	0,08	3	0,972
Ängstlichkeit	11,53	3	0,000	5,31	1	0,023	1,18	3	0,321
Konzentration	1,14	3	0,238	29,57	1	0,000	1,53	3	0,209
Ärger	0,92	3	0,433	0,98	1	0,324	1,54	3	0,207
Fröhlichkeit	12,55	3	0,000	17,03	1	0,000	1,36	3	0,150

Die Signifikanzwerte der Gruppeneffekte zeigen, dass sich die Stichproben in den Dimensionen Entspannung, Müdigkeit, Ängstlichkeit und Fröhlichkeit deutlich voneinander unterscheiden. Die Kontrollgruppe ist erwartungsgemäß sowohl vor als auch nach der Untersuchung entspannter, weniger ängstlich und fröhlicher. Die Angst-Gruppe hat vor der Untersuchung die höchsten Werte in der Dimension Ängstlichkeit. Die Bulimie-Gruppe weist nach der Untersuchung die höchsten Werte in der Dimension Müdigkeit auf. Keine Unterschiede finden sich in den Dimensionen Hunger, Konzentration und Ärger. Die Gruppen sind folglich hinsichtlich der eher störungsunabhängigen Variablen (Konzentration, Hunger, Ärger) vergleichbar. Die Durchführung der Untersuchung führt zu einer signifikanten Veränderung der eingeschätzten Befindlichkeit auf den Dimensionen Entspannung, Müdigkeit, Hunger, Ängstlichkeit, Konzentration und Fröhlichkeit nicht jedoch auf der Dimension Ärger. Da jedoch bei keiner der sieben Dimensionen eine signifikante Wechselwirkung auftrat, sind diese Veränderung unabhängig von der jeweiligen Gruppe und nicht gruppenspezifisch zu interpretieren.

4.4 Verwendete Verfahren zur Hypothesentestung

Nachfolgend sollen die zur Operationalisierung der abhängigen Variablen eingesetzten Verfahren skizziert werden. Da eine umfangreiche Darstellung der einzelnen Instrumente mit ihren empirischen Befunden den Rahmen dieser Arbeit sprengen würde, sei an dieser Stelle auf die Manuale der jeweiligen Test-

autoren verwiesen. Die vorgegebenen Original-Versionen befinden sich im Anhang.

4.4.1 Problem-Solving-Inventory (PSI)

4.4.1.1 Beschreibung des Verfahrens

Der Problem-Solving-Inventory (PSI) von HEPPNER (1988) wurde vom Autor ins Deutsche übertragen. Es handelt sich beim PSI um ein Fragebogeninstrument, welches auf der Grundlage des Problemlösemodells von D'ZURILLA und GOLDFRIED (1971) die Wahrnehmung des Problemlöseverhalten bzw. der ProblemlöseEinstellungen der Probandinnen erfassen soll. Er besteht aus 35 Items. In jedem Item werden Aussagen formuliert, zu denen die Probandin auf einer sechsstufigen Skala ihre Übereinstimmung einschätzen soll. Aus diesen Items werden drei Skalen gebildet: Skala A drückt das wahrgenommene Vertrauen in die eigenen Problemlösefähigkeiten ("Problem-Solving-Confidence") aus. Sie beschreibt, wie kompetent sich eine Person während des Problemlöseprozesses fühlt. Durch Skala B wird die Annäherungs- bzw. Vermeidungsneigung ("Approach-Avoidance-Style") von Personen bei Problemlöseaktivitäten als ein überdauerndes Reaktionsmuster bei den meisten Problemstellungen ausgedrückt. Die Skala C wird durch die persönliche Kontrollüberzeugung ("Personal-Control") charakterisiert. Sie bezeichnet das Ausmaß, in dem eine Person davon überzeugt ist, bei Problemstellungen persönliche Kontrolle über ihre Gefühle und Verhaltensweisen ausüben zu können. Aus allen drei Skalen kann ein Gesamtwert gebildet werden, der die allgemeine Problemlösefähigkeit widerspiegelt. Ein niedriger Werte steht für hohe Problemlösefähigkeiten, ein hoher Wert für niedrige Problemlösefähigkeiten.

4.4.1.2 Konstruktion

Ausgehend von den postulierten fünf Phasen des Problemlöseprozesses (D'ZURILLA & GOLDFRIED, 1971) wurden für jede der Phasen zehn Aussagen formuliert, die diese vollständig repräsentieren sollten. Es wurde darauf geachtet, dass gleich viele positiv und negativ gefasste Aussagen vorkamen und die Reihenfolge zufällig erfolgte. Dieser Itempool wurde einer Stichprobe von 150 Studierenden vorgelegt und die Ergebnisse faktorenanalytisch ausgewertet (HEPPNER & PETERSEN 1982). Nach einer Hauptkomponentenanalyse wurden drei Faktoren extrahiert, die jeweils 11, 16 und 5 Items beinhalteten. Die Replikation dieser Faktorenstruktur gelang mit einer Stichprobe von 3032 Studieren-

den, zusätzlich in einer Studie von CHYNOWETH (1987) mit drei unterschiedlichen Gruppen von Militärpersonal (N=180, N=152, N=161).

In der Stichprobe der 3032 Studierenden zeigen sich folgende Interskalenkorrelationen: "*Problem-Solving-Confidence*" zu "*Approach-Avoidance-Style*" $r=.49$, "*Problem-Solving-Confidence*" zu "*Personal-Control*" $r=.49$; "*Approach-Avoidance-Style*" zu "*Personal-Control*" $r=.38$. Die moderaten Korrelationen legen nahe, dass die Faktoren trotz der Zusammenhänge unabhängig genug sind, um als separate Skalen angesehen zu werden. Die Ergebnisse der Itemanalysen zeigen, dass Items aus allen Problemlösephasen gleichmäßig auf den drei verschiedenen Faktoren laden. Diese können somit als dem Problemlöseprozess (in allen fünf Phasen) zugrundeliegende Dimensionen betrachtet werden. Der PSI misst folglich das dimensionale Bewusstsein der Person und deren Bewertung der eigenen Problemlösefähigkeit bzw. des -stils.

4.4.1.3 Reliabilität

Schätzungen der internen Konsistenz der einzelnen Skalen und des Gesamtwertes liegen in verschiedenen Stichproben (Studierende, Erwachsene, Rentner) bei Alpha-Werten zwischen .72 und .91; die Retest-Reliabilität liegt bei Zeitintervallen von einer bzw. zwei Wochen zwischen .77 und .89, bei zwei Jahren zwischen .44 und .65. Die Reliabilitätswerte des PSI können als zufriedenstellend bezeichnet werden.

4.4.1.4 Validität

Der Autor des Verfahrens gibt vielfältige Hinweise zur konkurrierenden, diskriminanten und Konstruktvalidität, die hier nur skizzenhaft wiedergegeben werden können (vgl. HEPPNER, 1988).

Konstruktvalidität: Die Autoren geben einige Indices für das Vorliegen ausreichender Konstruktvalidität an. Es zeigten sich signifikante Korrelationen von .40 bis .64 zur Rotter-Internal-External-Locus-of-control-Scale (ROTTER, 1978). Die drei Skalen sowie der Gesamtwert korrelieren ebenfalls signifikant mit der persönlichen, globalen Einschätzung von Studenten bezüglich ihrer Problemlösefähigkeiten und der Zufriedenheit mit diesen auf (HEPPNER, 1988).

PSI-Werte stehen ebenso im engen Zusammenhang mit der Art und Weise, wie Personen Misserfolg bzw. Erfolg attribuieren. Dies konnte eine Studie von BAUMGARDNER, HEPPNER und ARKIN (1986) zeigen. Misserfolge wurden von Personen mit niedrigen PSI-Werten eher external (Aufgabenschwere), Erfolge in-

ternal (Fähigkeit, Anstrengung) attribuiert. Personen mit niedrigen PSI-Werten werteten Misserfolge häufiger internal und Erfolg eher external.

Beim Vergleich von Personen mit extrem hohen bzw. extrem niedrigen Werten im PSI (HEPPNER, HIBEL, NEAL, WEINSTEIN & RABINOWITZ 1982, REEDER, 1986) konnten deutlichen Unterschiede belegt werden: Personen mit niedrigeren Werten waren motivierter, Probleme zu lösen, erwarteten eher Erfolg, waren weniger impulsiv oder vermeidend, systematischer und ausdauernder, weniger geneigt, Drogen oder Alkohol zu nehmen und bemüht, Problemlösefähigkeiten durch Training zu verbessern. Personen mit hohen PSI-Werten hatten substantiell mehr persönliche Probleme gemessen durch die Mooney-Problem-Checklist von MOONEY und GORDON (1951) und die Problem-Checklist von NEZU (1985).

Da es sich beim PSI um ein Instrument der Selbsteinschätzung handelt, ist die Einschätzung durch unabhängige Urteiler für die Validität des Verfahrens von großer Bedeutung. In Studien von HEPPNER et al. (1982) und LARSON (1984) konnten 83% der Personen durch unabhängige Einschätzungen den Gruppen der "Low-Scorer" bzw. "High-Scorer" zugeordnet werden. Dies wird als objektiver Validitätshinweis gewertet.

Eine Reihe von Studien untersuchten den Zusammenhang von psychischer Gesundheit und Werten im PSI. Hier ist das Bild eindeutig: Studenten mit niedrigen PSI-Werten haben ein positiveres Selbstkonzept, weniger dysfunktionale Gedanken und Einstellungen (HEPPNER, REEDER & LARSON, 1983), weniger soziale Ängste (DECLUE, 1984), weniger Zustandsangst, Abhängigkeitsgefühle, mehr interpersonelle Sicherheit und Klarheit (NEAL & HEPPNER, 1986; LARSON, 1984; PHILLIPS, PAZIENZA & FERRIN, 1984) und weniger Krankheits- und Körpersymptome (TRACEY, SHERRY & KEITEL, 1986). Ebenso deutliche Effekte ergaben sich beim Vergleich des PSI mit den Skalen psychischer Gesundheit des Minnesota-Multiphasic-Personality-Inventory (MMPI, HATHAWAY & MCKINLEY 1940, 1951) durch HEPPNER und ANDERSON (1985), der Symptom-Checklist (SCL-90, DEROGATIS, 1986) von HEPPNER, KAMPA und BRUNING (1987) und des Cornell-Medical-Index (CMI, BRODMAN, ERDMANN, LORGE, GERSHON & WOLFF, 1952). Hohe Werte im PSI lassen auf starke psychische Beeinträchtigung schließen, niedrige Werte sprechen für psychisches Wohlbefinden.

In einer Studie von SABOURIN, LAPORTE und WRIGHT (1990) zur Ehezufriedenheit konnte gezeigt werden, dass höhere Werte im PSI mit höherem Ausmaß an Be-

ziehungsproblemen, Unzufriedenheit mit der Ehe und geringerer Übereinstimmung in Beziehungsfragen einher ging. Bei einer Untersuchung zum Elternverhalten von WALKER und JOHNSON (1986) standen geringere PSI-Werte der Mütter mit deutlich geringeren Verhaltensproblemen der Kinder in Zusammenhang. Eine Studie von LARSON und HEPPNER (1985) zur Untersuchung von Karriereentscheidungen konnte zeigen, dass Personen, die sich als gute Problemlöser erleben, zufriedener mit ihren Entscheidungsfähigkeiten und beruflichen Entwicklungspotential sind und ihre Fähigkeiten besser an die bestehenden Anforderungen anpassen konnten, als Personen mit niedrigen PSI-Werten.

In Studien von NEAL und HEPPNER (1986) und HEPPNER und KRIESHOK (1983) konnte ein Zusammenhang festgestellt werden zwischen niedrigen Werten im PSI und einer häufigen Nutzung von Beratungs- und Studienangeboten bei College-Studenten.

Diskriminante Validität: Um auszuschließen, dass es sich beim PSI um eine Form von Intelligenztest handelt, wurden von den Testautoren Korrelationen mit den Ergebnissen aus dem School-and-College-Ability-Test (EDUCATIONAL TESTING SERVICE, 1967) berechnet sowie aus dem Missouri-College-English-Test (CALLIS & JOHNSON, 1965) bzw. dem Missouri-Mathematics-Placement-Tests (KRAUSKOPF, BURCHAM & WILLIS, 1967). DECLUE (1984) versuchte Zusammenhänge zwischen der Wechsler-Adult-Intelligence-Scale-Revised (WECHSLER, 1981) und dem PSI her zu stellen. Es zeigten sich jedoch keine signifikanten Korrelationen zu Werten in akademischen Fähigkeiten (vgl. HEPPNER & PETERSEN, 1982; NEAL, 1983). Auch die Werte aus dem Fragebogen zur sozialen Erwünschtheit (Social-Desirability-Scale von CROWNE & MARLOW, 1960) wiesen keine bedeutsamen Zusammenhänge zum PSI auf (vgl. HEPPNER & PETERSEN, 1982). Ebenso wurden keine deutlichen Zusammenhänge zur Messung der Kreativität, wie sie im Torrance-Test-of-Creative-Thinking von TORRANCE (1966) erfasst wird, und zum Persönlichkeitstyp, wie er im Myers-Briggs-Type-Indicator von MCCAULLEY (1990) gemessen wird, gefunden.

Ein korrelativer Zusammenhang zwischen dem PSI und der Means-End-Problem-Solving-Procedure (MEPS, PLATT & SPIVACK, 1975a) konnte von HEPPNER (1988) ebenfalls nicht gefunden werden. Daraus wird gefolgert, dass hier eine andere Ebene des Problemlöseprozesses als im MEPS gemessen wird. Der PSI beschäftigt sich mit einem "hypothetischen" Problem während in der MEPS ein aktuelles, konkretes Problem bearbeitet wird.

Veränderungssensitivität: In Studien von CAMPBELL und STANLEY (1966), CHYNOWETH, BLANKINSHIP und PARKER (1986) und NEZU (1986) konnte gezeigt werden, dass ein Problemlösetraining deutliche Verbesserungen im PSI-Wert hervorruft, und die Skalen in der Lage sind, zwischen Personen mit und ohne Problemlösetraining zu differenzieren.

4.4.1.5 Zusammenfassende Bewertung

Das PSI ist ein vor allem im englischsprachigen Raum häufig eingesetztes und etabliertes Verfahren. Es wurde an vielen unterschiedlichen nicht-klinischen und klinischen Gruppen erprobt. Es kann von seiner psychometrischen Güte her auf den Hintergrund der aufgeführten zahlreichen Befunde als ein reliables, valides und änderungssensitives Instrument der Selbsteinschätzung betrachtet werden.

4.4.2 Social-Problem-Solving-Inventory-revised (SPSI-R)

4.4.2.1 Beschreibung des Verfahrens

Das Social-Problem-Solving-Inventory-Revised (SPSI-R) von D'ZURILLA, NEZU und MAYDEU-OLIVARES (1996) wurde vom Autor ins Deutsche übersetzt. Es erfasst die Selbstwahrnehmung der sozialen Problemlösefähigkeit von Personen in ihrer alltäglichen Erfahrung und Umwelt. Es handelt sich um ein Fragebogeninstrument bestehend aus 52 Items, in denen kurze Aussagen zum Verhalten in Problemlösesituationen gegeben werden, bei denen die Probanden das Zutreffen auf die eigene Person auf einer Skala von 0 (trifft überhaupt nicht auf mich zu) bis 4 (trifft besonders stark auf mich zu) einschätzen sollen. Aus den Items werden Skalen gebildet, die zwei konstruktive und drei dysfunktionale Problemlösedimensionen abbilden sollen. Die Skalen können zu einem Gesamtwert zusammen gefasst werden. Die Skala PPO ("positive problem orientation") beschreibt eine konstruktive Fähigkeit, Probleme durch Anstrengung und Fähigkeiten als veränderbar wahrzunehmen und optimistisch und offensiv deren Lösungen anzugehen. Die Skala NPO ("negative problem orientation") stellt als Gegenpol eine dysfunktionale pessimistische Haltung dar, bei der Probleme als schwere Störung des Wohlbefindens erlebt werden, wenig Vertrauen in die eigenen Problemlösefähigkeiten gesetzt und die meisten Probleme als unlösbar angesehen werden. Die Skala RPS ("rational problem solving") steht für eine rationale, bewusste und systematische Herangehensweise an Probleme. Informationen werden gesucht, Lösungsmöglichkeiten generiert, geeignete Strategien ausgewählt, durchgeführt und evaluiert. Bei der Skala ICS ("impulsivi-

ty/careless style") handelt es sich um einen impulsiven und gedankenlosen Problemlösestil, bei dem zwar aktive Bewältigungsversuche gemacht werden, diese jedoch überwiegend unüberlegt, unsystematisch oder inkonsequent. Die Skala AS ("avoidance style") steht für eine passive, vermeidende und abwartende Haltung Problemen gegenüber und stellt die letzte der <ineffektiven> Problemlösedimensionen dar.

4.4.2.2 Konstruktion

Das SPSI-R von MAYDEU-OLIVARES und D'ZURILLA (1996a) hat ebenfalls das fünfdimensionale Modell des sozialen Problemlösens von D'ZURILLA und GOLDFRIED (1971) zur Grundlage. Es ist die revidierte Version des 70-Items umfassenden SPSI von D'ZURILLA und NEZU (1990). Das zwei Hauptkomponenten und sieben Unterkomponenten beinhaltende Modell des SPSI wurde durch konfirmatorische Faktorenanalysen überprüft und es zeigte sich, dass ein fünfdimensionales Faktorenmodell einen weitaus besseren Erklärungswert besitzt. Diese Struktur konnte in Studien von MAYDEU-OLIVARES und D'ZURILLA (1996b) an Stichproben von 601 und 323 Studenten, durch SADOWSKI, MOORE und KELLEY (1994) an 708 Studenten und durch MAYDEU-OLIVARES, GOMES BENITO und D'ZURILLA (1994) an 777 Studenten mit Hilfe von Kreuz-Validierungen bestätigt werden. Von diesen Analysen ausgehend wurden die 70 Items einer Prüfung unterzogen mit dem Ziel, in jedem Cluster des Modells eine gleichmäßige Itemanzahl zu erhalten und redundante Items anhand der Faktorenladungen zur Verbesserung der Durchführungsökonomie auszuschließen. Somit ergab sich die endgültige Fassung des SPSI-R mit insgesamt 52 Items aufgeteilt in fünf Skalen.

Im Testmanual werden die Mittelwerte und Standardabweichungen verschiedener Normstichproben wiedergegeben. Hierzu wurden die Daten von 708 Schülern, 1053 Studenten, 100 Erwachsenen mittleren Alters, 100 älteren Erwachsenen, 116 Alzheimer-Patienten und 221 Krankenpflegeschülern analysiert.

Bezüglich der Skaleninterkorrelationen besteht erwartungsgemäß ein enger Zusammenhang zwischen einer positiven Problemorientierung und rationalen, konstruktiven Problemlösemustern sowie zwischen einer negativen Problemorientierung und dysfunktionalen Problemlösemustern. Die nur geringen Korrelationen der Skalen NPO und RPS (-.17/- .12) deuten jedoch darauf hin, dass negative Problemorientierung und funktionale Problemlösefähigkeiten in gewissem Maße auch gemeinsam vorhanden sein können. In den fünf unterschiedli-

chen Normstichproben ergeben sich ähnliche Skaleninterkorrelationen, was als Hinweis auf die Stabilität der Skalen des SPSI-R gewertet werden kann.

4.4.2.3 Reliabilität

Die Reliabilitätsschätzungen wurden anhand der vier oben erwähnten Normstichproben durchgeführt. Hierbei ergaben sich interne Konsistenz von Alpha gleich .69 (Skala PPO) bis .95 (Skala RPS), die nach Angaben der Testautoren als adäquat bis hoch einzuschätzen sind. Ebenso ergaben sich sowohl nach drei wie auch nach sechs Wochen Test-Retest-Reliabilitäten (Pearson r) von .68 (Skala PPO) bis .91 (Skala NPO), wonach die Skalen als relativ stabil anzusehen sind.

4.4.2.4 Validität

D'ZURILLA und CHANG (1995) untersuchten den Zusammenhang des SPSI-R mit Bewältigungsstrategien, mit denen ein Individuum auf eine spezifische belastende Lebenssituation reagiert. Diese wurden mit dem CSI (Coping-Strategies-Inventory) von TOBIN et al. (1989) erfasst. Es zeigte sich, dass die SPSI-R-Skalen PPO ("positive problem orientation") und RPS ("rational problem solving") signifikant den Gebrauch von hilfreichen, problemorientierten Coping-Strategien vorhersagen können, die das Individuum in die Lage versetzen, entweder die Situation nachhaltig zu verändern, oder die Bewertung der Situation im Sinne einer Verminderung der Bedrohlichkeit zu verändern. Im Gegensatz hierzu standen die drei dysfunktionalen Problemlösedimensionen NPO, ICS und AS in signifikantem Verhältnis zu passiven "Coping"-Strategien wie z.B. Verneinung, Ignoranz oder Vermeidung der belastenden Situationen. Die Ergebnisse bestätigen die Nützlichkeit des SPSI-R als Prädiktor für eine zielführende Problembewältigung.

Zur Schätzung der prädiktiven Validität wurden von den Testautoren Korrelationen zwischen dem SPSI-R und einer Reihe von Verfahren berechnet, die psychologische Beeinträchtigung in Populationen von College-Studenten messen. Hierbei wurden die Perceived-Stress-Scale von COHEN, KAMARCK und MEILENSTEIN (1983), die SCL-90-R von DEROGATIS (1986), die Trait-Skala des STAI von SPIELBERGER et al., (1986), das Beck-Depression-Inventory von BECK et al. (1961), die Hopeless-Scale von BECK, WEISSMAN, LEISTER und TREXLER (1976) sowie die Suicide-Probability-Scale von CULL und GILL (1982) eingesetzt. Es zeigte sich, dass alle SPSI-R Skalen mit allen Messungen der psychologischen Beeinträchtigung in der erwarteten Richtung signifikant korrelierten. Dabei er-

wies sich die Skala NPO als bester Prädiktor für starke psychologische Einschränkungen. Diese Zusammenhänge konnten ebenfalls in Stichproben von High-School-Studenten gezeigt werden (SADOWSKI et al. 1994). KANT, D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1997) fanden ähnliche Korrelationen in Gruppen von 40-55 Jahre alten und 60-80 Jahre alten Versuchspersonen, bei denen als Kriterium die Werte des BDI und des STAI zugrunde gelegt wurden.

Konstruktvalidität: NOTTINGHAM (1993) und FACCINI (1992) untersuchten in diesem Zusammenhang zwei klinische Stichproben. Hierbei handelte es sich um 100 stationär in der Psychiatrie behandelte Patienten bzw. um 61 stationäre Patienten mit akuter Selbstmordgefährdung. Auch hier fanden sich die gleichen erwarteten Korrelationsmuster zwischen den SPSI-R-Skalen und dem BDI bzw. Beck-Anxiety-Inventory (BECK, EPSTEIN, BROWN & STREER, 1988), wie schon in der Studie der Testautoren an College-Studenten. Angst, Depression, Hilflosigkeit und Suizidalität korrelierten zwischen $-.37$ und $-.53$ mit positiver Problemorientierung und zwischen $.50$ und $.66$ mit negativer Problemorientierung. Die gleichen Befunde lieferten eine Studie von D'ZURILLA, CHANG, NOTTINGHAM und FACCINI (1998) an 283 College-Studenten. Ähnliche Zusammenhänge konnten ROTHENBERG et al. (1995) an 116 Alzheimer-Patienten und NEZU, NEZU, FRIEDMAN, HOUTS, DELLICARPINI, BILDNER und FADDIS (1994) an 105 Patienten mit Karzinom-Diagnosen. Wieder zeigten sich die erwarteten Zusammenhänge von psychischer Beeinträchtigung bzw. Symptomen und den SPSI-R-Skalen.

Verschiedene Studien untersuchten die Zusammenhänge des SPSI-R mit Maßen des psychologischen Wohlbefindens und der sozialen Kompetenz. Hierbei wurden eine Vielzahl von empirischen Messinstrumenten eingesetzt, die Selbstbewusstsein, Lebenszufriedenheit, Extraversion, Persönlichkeit, Soziale Anpassung, Fremdurteile zur interpersonellen Problemlösekompetenz und sozialen Fertigkeiten erfassten. Zusammenfassend ergeben sich nicht nur signifikante Korrelationen zu psychologischen Schwierigkeiten, sondern auch zu positivem Wohlbefinden und sozialer Kompetenz. Hierbei steht die Skala RPS ("rational problem solving") in deutlich positiverem Zusammenhang mit psychischem Wohlbefinden und Kompetenz als die Skala NPO ("negative problem orientation") in negativem Zusammenhang.

Diskriminante Validität: Zu den Konstrukten, bei denen eine Überlappung mit den SPSI-R-Skalen zu erwarten ist, gehört das Konzept des "Locus of Control", Optimismus und Pessimismus (als generelle Erwartungen) sowie positive und negative Affektivität als Persönlichkeitsmerkmal. Auf der anderen Seite werden

als weitgehend unabhängig von den Problemlösedimensionen allgemeine Intelligenz und akademische Begabung sowie erfahrungsbezogene bzw. intuitive und gefühlsgesteuerte Prozesse gesehen. Diese Konstrukte (operationalisiert durch verschiedenste Messinstrumente) wurden in Studien von D'ZURILLA und NEZU (1990), D'ZURILLA und CHANG (1994) und CHANG und D'ZURILLA (1996) mit den Problemlösedimensionen des SPSI-R in Bezug gesetzt. Hierbei konnte gezeigt werden, dass die SPSI-R-Skalen wie erwartet mit überlappenden Konstrukten korrelieren, während sie von divergenten Konstrukten weitgehend unabhängig sind. D'ZURILLA und NEZU (1990) sowie D'ZURILLA und SHEEDY (1992) konnten einen signifikanten Zusammenhang zwischen akademischer Kompetenz von Studenten und dem SPSI-R finden, wobei sich dieser Effekt überwiegend auf die Skala ICS ("impulsivity/careless style") zurückführen lässt.

In einer Re-Analyse der Daten aus einer Studie von D'ZURILLA und NEZU (1990) wurden Korrelationen mit dem PSI von HEPNER (1988) errechnet. Es zeigten sich zwischen den Skalen von SPSI-R und PSI signifikante Zusammenhänge von .63 bis .75. Dies bedeutet, dass die Konstrukte, die mit dem SPSI-R erfasst werden, sich mit dem Konstrukt des Problemlösebewusstseins, welches der PSI misst, deutlich überlappen. Nach Auffassung der Testautoren jedoch nicht so stark, dass von gänzlich redundanten Informationen gesprochen werden kann.

4.4.2.5 Zusammenfassende Bewertung

Das SPSI-R kann als ein im englischsprachigen Raum etabliertes Standardverfahren zur Messung von Problemlösedimensionen im sozialen Kontext angesehen werden. Es wurde an verschiedensten klinischen und nicht-klinischen Gruppen erprobt und weist im Hinblick auf seine Konstruktion, Objektivität, Reliabilität und Validität zufriedenstellende Kennwerte auf.

4.4.3 Means-End-Problemsolving-Procedure (MEPS)

4.4.3.1 Beschreibung des Verfahrens

Zur Realisierung einer Outcome-Messung von Problemlöseverhalten wurde das "Means-Ends-Problem-Solving-Verfahren" (MEPS) eingesetzt, welches ursprünglich von PLATT und SPIVAK (1975a) entwickelt und von KEMMLER und BOGART (1982) übersetzt wurde. KÄMMERER (1983) nahm für den deutschsprachigen Raum eine umfangreiche Überarbeitung vor, die in dieser Studie übernommen werden konnte.

Das MEPS-Verfahren von KÄMMERER (1983) soll erfassen, in welchem Ausmaß und in welcher Qualität eine Probandin in der Lage ist, bei vorgegebenen Problemstellungen im sozialen/interpersonellen Kontext angemessene Problemlöseaspekte zu realisieren. Hierbei werden drei unterschiedliche Skalen durch jeweils 12 kurze Situationsbeschreibungen gebildet, bei der sich die Probandin in die Lage des dargestellten gleichgeschlechtlichen Individuums versetzen und je nach Instruktion die persönlichen Problemlöseschritte schriftlich festhalten soll.

Die erste Skala "Mittel" des MEPS soll Mittel zur Zielerreichung der Probandin erfassen. Die Situationsbeschreibungen schildern eine interpersonelle Problemlage und ein Ziel. Die Probandin hat die Aufgabe, für jedes der zwölf Items nacheinander alle ihr relevant erscheinenden Wege zur Erreichung des vorgegebenen Ziels auf zu schreiben.

Die zweite Skala "Ziele" des MEPS soll die Zieldefinitionen der Probandin erfassen. Die Situationsbeschreibungen schildern eine interpersonelle Problemlage, bei der die Probandin die Instruktion hat, für jedes der zwölf Items nacheinander alle ihr relevant erscheinenden Ziele auf zu schreiben.

Die dritte Skala "Konsequenzen" des MEPS soll die antizipierbaren Konsequenzen der Probandin erfassen. Die Situationsbeschreibungen schildern interpersonelle Problemlagen und jeweils zwei mögliche Lösungswege, bei der die Probandin die Aufgabe hat, für jedes der zwölf Items nacheinander die relevant erscheinenden Konsequenzen der beiden Lösungswege auf zu schreiben.

Die Autorin gibt Hinweise zur Auswertung der jeweiligen Skalen anhand von Auswertungskategorien: Bei der Skala "Mittel" werden die generierten Mittel qualitativ ausgewertet im Hinblick darauf, ob es sich um individuelle vs. soziale Mittel (IM/SM), kurzfristige vs. langfristige Mittel (KM/LM), konkrete vs. unkonkrete Mittel (KonM) oder hierarchische vs. unhierarchische Mittel (HM) handelt. Ferner wird eine absolute Anzahl von Mittel (AM) als quantitatives Maß gebildet und ein Mittelwert über alle Items berechnet (MEPS-Gesamtwert "Mittel"). Bei der Skala "Ziele" werden die generierten Ziele qualitativ ausgewertet im Hinblick darauf, ob es sich um individuelle vs. soziale Ziele (IZ/SZ), kurzfristige vs. langfristige Ziele (KZ/LZ), hierarchische vs. nichthierarchische Ziele (HZ) oder um eine Kombination von Zielen (KomZ) handelt. Ferner wird eine absolute Zahl von Zielen (AZ) als quantitatives Maß gebildet und ein Mittelwert über alle Items berechnet (MEPS-Gesamtwert "Ziele"). Bei der Skala "Konsequenzen" werden

die generierten Konsequenzen qualitativ ausgewertet im Hinblick darauf, ob es sich um individuelle vs. soziale Konsequenzen (IK/SK), kurzfristige vs. langfristige Konsequenzen (KK/LK), konkrete vs. unkonkrete Konsequenzen (KonK) oder um erwünschte vs. unerwünschte Konsequenzen (EK/UK) handelt. Ferner wird die absolute Zahl von Konsequenzen (AK) als quantitatives Maß gebildet und ein Mittelwert über alle Items berechnet (MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen").

4.4.3.2 Konstruktion

Das MEPS-Verfahren wurde 1975 von PLATT, SPIVAK und SHURE als Begründer der sogenannten "Philadelphia-Gruppe" veröffentlicht. Nach langjährigen Vorstudien und unterschiedlichen Forschungsversionen legten die Autoren ein Paket von Verfahren vor, welches nach ihrer Meinung gegenstandsadäquat und testtheoretisch erprobt zur Messung von Problemlösefähigkeiten in der klinischen Praxis geeignet sei. Die wichtigste Rolle spielte hierbei die "Means-End-Problem-Solving-Procedure", dessen Handhabung und Auswertung in einem Manual vorgelegt wurde (PLATT & SPIVACK, 1975a, SPIVACK, SHURE, & PLATT, 1985). Diese Form des MEPS beinhaltete zwei mal zehn Situationsbeschreibungen, in denen ein Anfangszustand und ein Endzustand vorgegeben wurde und die Probandin die Aufgabe hat, die Schritte zur Erreichung der Ziele zu generieren. Die ersten zehn Beschreibungen bezogen sich auf Problemstellungen aus dem zwischenmenschlichen Bereich, in dem interaktionelle Aspekte von Bedeutung sind ("Social-MEPS"), während die zweiten zehn Beschreibungen des "Emotional-MEPS" intrapsychische, affektive Prozesse zum Inhalt hatten. Eine quantitative Auswertung erfolgte nach relevanten und irrelevanten (nicht zum Ziel führende) Mitteln, aus denen ein Relevanz-Quotient gebildet wurde. PLATT und SPIVACK (1975b) konnten faktorenanalytisch die Eindimensionalität des MEPS untermauern, in dem unterschiedliche Stichproben jeweils einfaktorielle Lösungen erbrachten. Zur angemessenen Interpretation der Testwerte haben die Testautoren fünf Normstichproben für Frauen (N=198) und neun Normstichproben für Männer (N=229) gebildet, für die Angaben zum "relevance-score" und zur Anzahl der relevanten Mittel vorliegen. Es handelt sich um Stichproben von Studienanfängerinnen, Universitätsabgängerinnen, Krankenhauspersonal, Gefängnisinsassen, Insassen einer Besserungsanstalt, Psychiatriepatienten und in Rehabilitation befindliche Psychiatriepatienten in der Gruppengröße von 16 bis 54 Probanden. Qualitative Auswertungshinweise wurde von SPIVACK et al., (1985) für die englischsprachige Version vorgelegt.

4.4.3.3 Reliabilität

Die Retest-Reliabilität des MEPS liegt nach Angaben der Testautoren zwischen $r=.43$ und $r=.64$, wobei der geringste Wert bei einer Testwiederholung nach acht Monaten bei Gefängnisinsassen und der höchste Wert nach fünf Wochen bei Studienanfängern gefunden wurde. Die Koeffizienten für die interne Konsistenz bei Testhalbierung bzw. die Interitem-Konsistenzanalyse liegen zwischen $r=.80$ und $r=.84$. Die Interrater-Reliabilität wird von PLATT und SPIVACK (1975a) mit einem mittleren Korrelationskoeffizienten von $.84$ angegeben, wobei die Werte für die einzelnen Items zwischen $.77$ und $.95$ liegen. KÄMMERER (1983) erhielt bzgl. der Gesamtwerte der Skalen (quantitative Auswertung) Inter-Rater-Koeffizienten zwischen $.87$ und $.97$. KEMMLER und BOGART (1982) fanden in allen untersuchten Gruppen (Alkoholiker, Strafgefangene, Studenten) Objektivitätskoeffizienten von über $.90$. Die Reliabilitätskennwerte können als zufriedenstellend bezeichnet werden.

4.4.3.4 Validität

Die Testautoren konnten in unterschiedlichen Studien deutliche Zusammenhänge zwischen sozialer Anpassung und MEPS-Werte zeigen. Bei PLATT und SPIVACK (1972), PLATT, SPIVACK, ALTMANN, ALTMANN und PEIZER (1974) und SIEGEL und PLATT (1976) korrelierten hohe MEPS-Werte mit hoher Ausprägung des sozialen Funktionsniveaus oder der sozialer Kompetenz. In sozial weniger angepassten Gruppen (delinquente Jugendlichen, Heroinabhängige, Psychriatriepatienten) lagen die MEPS-Werte signifikant niedriger. Der MEPS konnte die Einordnung von Heroinabhängigen durch Sozialtherapeuten in gute vs. schlechte Problemlöser durch signifikante Trennung der Gruppen bestätigen. Auch INTAGLIATA (1978) konnte in einer Stichprobe von Alkoholikern positive Korrelationen des MEPS mit sozialer Kompetenz finden. LEWANDOWSKI et al. (1982) untersuchten Schizophreniepatienten mit einer modifizierten Form des MEPS und konnten hohe Übereinstimmung mit Schizophreniemaßen bzw. Therapeutenurteilen und der Ausprägung in den MEPS-Skalen feststellen. KEMMLER und BOGART (1982) fanden beim Vergleich von Strafgefangenen, Krankenhauspatienten, Alkoholikern, Studenten und Psychotherapiepatienten deutliche Unterschiede im Mittel-Ziel-Denken. Die schlechtesten MEPS-Werte erzielten die Gruppe der Alkoholiker, gefolgt von den Strafgefangenen. Auch die Studien von ZAMBLE und PORPORINO (1988) und BIGGAM und POWER (1999a, 1999b) zeigten verminderte Problemlösefähigkeiten bei Strafgefangenen im Vergleich zu den Kontrollgruppen. Bei der Analyse qualitativer Maße des Mittel-Ziel-Denkens

konnten PLATT und SPIVACK (1974) in einer Studie mit 122 Psychiatriepatienten signifikante Unterschiede zur Kontrollgruppe finden. Diese Einzelbefunde lassen auf eine ausreichend gegebene Konstruktvalidität schließen.

Diskriminante Validität: Die Testautoren PLATT und SPIVACK (1975a) konnten keine signifikanten Korrelationen zwischen Intelligenz- bzw. Kreativitätsverfahren und den MEPS-Werten feststellen. INTAGLIATA (1978) konnte in einer Stichprobe von Alkoholikern ebenfalls keine signifikanten Korrelationen des MEPS mit allgemeinen intellektuellen Fähigkeiten finden. Eine Studie von KEMMLER und BORGART (1982) konnte dies ebenfalls bestätigen. Die Korrelationen der MEPS-Werte mit dem Intelligenz-Struktur-Test-70 von AMTHAUER (1991) waren zwar signifikant, lagen jedoch im unteren Bereich zwischen .22 und .31. Es kann also von weitgehender Unabhängigkeit zwischen den Ergebnissen des MEPS-Verfahrens und den Ergebnissen von Intelligenztests ausgegangen werden.

Veränderungssensitivität: KÄMMERER (1983) konnte in einer Studie zeigen, dass ein mit einer Gruppe von 40 Personen durchgeführtes 35-stündiges Problemlösetraining signifikante Verbesserung in der vorausgesagten Richtung in den Gesamtwerten aller drei MEPS-Skalen bewirkt. Dieser Effekt zeigte sich sowohl direkt nach Ende des Trainings als auch in einer 6-Wochen-Katamnese im Vergleich zu einer nicht behandelten Wartekontrollgruppe. COCHE und FLICK (1975) konnten nach Durchführung eines Problemlösetrainings bei einer Gruppe von stationär aufgenommenen Psychiatriepatienten deutliche Steigerungen der MEPS-Werte finden im Gegensatz zu den Werten der nicht behandelten Kontrollgruppe bzw. Placebo-Gruppe, die keinerlei Anstieg nach der Post-Messung zeigten. In einer Studie von SILWEDEL (1981), bei der 37 Strafgefangene untersucht wurden, zeigten sich bei einer Wiederholungsmessung nach Durchführung des Trainingsprogramms signifikant bessere Werte in der behandelten Gruppe als in der Kontrollgruppe ohne Training. Die eindeutigen Befunde zur Änderungssensitivität leisten auf dem Hintergrund der durchgeführten Problemlösetrainings einen wichtigen Beitrag zur Validierung des Verfahrens.

4.4.3.5 Zusammenfassende Bewertung

Beim MEPS in seiner ursprünglichen Form handelt es sich um ein vor allem im englischen Sprachraum vielfach eingesetztes, evaluiertes und veränderungssensitives Instrument zur Erfassung von interpersonalen Problemlösefähigkeiten im klinischen Kontext. In seiner Diskussion zeigten sich jedoch einige Män-

gel, die sich auf die Instruktionen, das Beschränken auf die Mittel zur Zielerreichung im Problemlöseprozess und die Anzahl der dargebotenen Geschichten bezogen (vgl. BUTLER & MEICHENBAUM, 1981; KRAUSE & SIMONS, 1981 sowie HOUSE & SCOTT 1996), und somit auch auf die deutsche Übersetzung von KEMMLER und BORGART (1982) zutreffen. KÄMMERER (1982) hat in ihrer Modifizierung des MEPS-Verfahrens versucht, diese zu beseitigen. Aus Sicht des Autors ist ihr dies gelungen. Lediglich bei der qualitativen Auswertung der deutschen Fassung werden sehr unbefriedigende Werte der Inter-Rater-Reliabilität erzielt (vgl. Kämmerer 1983, S. 199), was sicher auf unscharfe Auswertungsanweisungen zurück zu führen ist. Es wurde sich daher in dieser Arbeit auf die Analyse der quantitativen Maße der drei Skalen "Mittel", "Ziele" und "Konsequenzen" beschränkt (MEPS-Gesamtwerte), die nachweislich zufriedenstellende Reliabilität und Validität zeigen konnten.

4.4.4 Inventar-Interpersonaler-Probleme (IIP)

4.4.4.1 Beschreibung des Verfahrens

Das Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme (IIP) von HOROWITZ et al., (1994) ist ein Fragebogen zur Diagnose spezifischer Quellen zwischenmenschlicher Belastungen primär im klinischen Kontext. Es ist die deutsche Übersetzung des "Inventory of Interpersonal Problems" von HOROWITZ, ROSENBERG, BAER, URENO und VILASENOR (1988). Das IIP eignet sich nach Angaben der Autoren zur Eingangs-, Verlaufs- und Abschlussdiagnostik in Beratung und Psychotherapie. Eine Anwendung im Rahmen von Forschungsfragestellungen kann in den Bereichen Klinische Psychologie, Psychotherapie und Psychosomatik erfolgen.

Das IIP umfasst insgesamt 127 Items, die sich auf interpersonale Verhaltensweisen beziehen und zwei Abschnitten zugeordnet sind. Im ersten Abschnitt des Fragebogens mit 78 Items wird erfasst, was die Probandin im Umgang mit anderen Menschen als problematisch einschätzt. Diese Feststellungen werden durch "Es fällt mir schwer..." eingeleitet (z.B. Nr. 18: "zu tun, was einer von mir will"). Im zweiten Teil des Fragebogens (49 Items beziehen) beziehen sich die Aussagen auf Verhaltensweisen, die der Proband im Übermaß zeigen kann, d.h. die zu oft oder zu sehr gezeigt werden (z.B. Nr. 91: "Ich bemühe mich zu sehr, anderen zu gefallen"). Die Beantwortung erfolgt auf einer fünfstufigen Likertskala von "nicht (0), "wenig" (1), "mittelmäßig" (2), "ziemlich" (3) bis "sehr" (4). Zur Auswertung werden acht faktorenanalytisch gebildete Skalen empfoh-

len, die den Oktanten des Circumplex-Modells entsprechen. Die Subskalen werden von Horowitz et al. (1994) als Autokratisch/Dominant (PA), Streitsüchtig/konkurrierend (BC; wird auch als "rachsüchtig/konkurrierend bezeichnet), Abweisend/kalt (DE), Introvertiert/sozial vermeidend (FG), Selbstunsicher/unterwürfig (HI), Ausnutzbar/nachgiebig (JK), Fürsorglich/freundlich (LM), Expressiv/aufdringlich (NO) bezeichnet. Die Subskalen werden durch je 8 Items gebildet, die restlichen 63 Items sind keiner Subskala zugeordnet, fließen jedoch in den Gesamtwert ein. Durch Addition der Punktwerte pro Subskala werden acht Skalenwerte gebildet, die die spezifische Problematik in dem jeweiligen Bereich interpersonaler Probleme widerspiegeln. Die Rohwertsumme sowohl der 64 Items, die eindeutig den Skalen zugeordnet sind, als auch der 63 Items, die keiner Skala zugeordnet sind, wird durch die Gesamtzahl der Items dividiert und bildet den Gesamtwert, der das gesamte Ausmaß der interpersonalen Problematik des Befragten kennzeichnet. Es kann sowohl mit Testrohwerten als auch mit den ipsatierten Werten, die eine Art individuellen Standard-score darstellen, gerechnet werden.

4.4.4.2 Konstruktion

Das Verfahren wurde auf der Grundlage interpersonaler Persönlichkeitsmodelle aus der Prozessstudie einer psychotherapeutischen Behandlung sowie aus 28 Erstinterviews entwickelt. Eine erste Clusterbildung wurde durch ein Q-Sort-Verfahren bestätigt (n = 101 Studenten; Instruktion, sich selbst zu beschreiben). Daraus abgeleitet erstellten vier ausgebildete klinische Psychologen die Liste mit 127 interpersonalen Problemen. Nach einer Überprüfung auf Verständlichkeit und Mehrdeutigkeiten bildeten die revidierten 127 Aussagen die Endfassung des IIP. Für diese Fassung des IIP wurden faktorenanalytisch zunächst sechs Subskalen gebildet, deren Beschreibung sich bei HOROWITZ et al. (1994) findet. ALDEN, WIGGINS und PINCUS (1990) konstruierten auf deren Basis ein Circumplex-Modell mit insgesamt acht Skalen, das genau auf die Datenstruktur des IIP zugeschnitten wurde. Die Werte von 470 Psychologiestudierenden wurden zunächst ipsatiert, d.h. von den Item-Rohwerten der einzelnen Personen wurde der Mittelwert aller 127 Items der jeweiligen Person abgezogen. Man erhält auf diesem Wege eine persönliche Antworttendenz der Person. Mit den Korrelationsmatrizen der ipsatierten Werte wurden Hauptkomponentenanalysen gerechnet. Die zwei berechneten Hauptkomponenten konnten nach der Rotation als die beiden Dimensionen "Dominanz" und "Zuneigung" interpretiert werden. Der durch die Hauptkomponenten aufgespannte Raum wurde in acht Sek-

toren aufgeteilt, um die Subskalen des Verfahrens zu bilden. In weiteren Schritten wurden diese Skalen verfeinert (HOROWITZ et al., 1994). Eine eindeutige Skalenzuordnung liegt somit für 64 Items vor, die auch die Kurzfassung des Verfahrens bilden (IIP-C), die übrigen 63 Items wurden nicht zugeordnet.

Bei der vorliegenden Studie wurde eine ursprüngliche Auswertung von HOROWITZ et al. (1994) verwendet, bei der aus den 127 Items lediglich sechs Skalen berechnet und ein Gesamtmittelwert gebildet wurde. Die Testautoren weisen dieses Verfahren als mögliche Option aus, wenn interpretatorische Gründe dafür sprechen. Die sechs Skalen können deutlicher interpretiert werden im Sinne von selbstwahrgenommen interpersonalen Problemen. Dies erscheint im Kontext dieser Studie als angemessener. Zudem wurde diese Auswertung vorgenommen, um die Vergleichbarkeit mit Studien zur Bulimia Nervosa zu gewährleisten (vgl. WUCHNER et al., 1993; SCHWEDLER, 1997; BRÄHLER et al., 1999).

Eine erste Normierungsstichprobe der englischen Originalversion bestand aus drei Teilstichproben mit insgesamt 1335 Probanden. Eine nähere Beschreibung der Stichproben von Psychotherapiepatienten ($n = 506$), Patienten einer Rehabilitationsklinik nach Koronarerkrankungen ($n = 368$) und Studierenden ($n = 461$) geben HOROWITZ et al. (1994). Die Teilstichproben repräsentieren nach Angaben der Autoren ein relativ breites Personen-Spektrum, auf eine bevölkerungsrepräsentative Erhebung wurde aufgrund des damit verbundenen Aufwands verzichtet. Die Normtabellen für die ipsatierten Werte (Mittelwerte, Standardabweichungen, Stanine-Werte für Männer und Frauen sowie nach Altersgruppen getrennt) sind im Manual aufgeführt (HOROWITZ et al., 1994). Eine deutsche Normstichprobe wurde von BRÄHLER et al. (1999) zusammengestellt. Insgesamt wurden repräsentativ 3047 Personen aus Ost- und Westdeutschland im Alter zwischen 14 und 92 Jahren untersucht, wodurch jetzt auch deutsche Normwerte für die Skalen vorliegen. Die postulierte kreisförmige Struktur der IIP-Skalen konnte hierbei bestätigt werden

4.4.4.3 Reliabilität

Die innere Konsistenz des Inventars wurden für die drei Gruppen der Normstichprobe gemeinsam berechnet, wobei die ipsatierten Werte zugrunde gelegt wurden. Alle Skalen haben Alpha-Werte zwischen .47 und .64, welches als zufriedenstellend beurteilt werden kann, da lediglich acht Items pro Skala analysiert wurden. Die Skala LM (führsorglich/freundlich) erzielt einen Wert von .36. Für die Rohwerte fallen die Koeffizienten höher aus. Die Retest-Reliabilität des

IIP wurde anhand einer Teilstichprobe überprüft, die den Fragebogen nach einem Intervall von 8 Wochen erneut beantwortete. Die Reliabilitätswerte der Skalen liegen zwischen .81 und .90. Nach HOROWITZ et al. (1994) ist somit von einer zufriedenstellenden Reliabilität des Verfahrens auszugehen.

4.4.4.4 Validität

Die Testautoren HOROWITZ et al. (1994) führen einige Validierungsstudien für das deutschsprachige IIP an. In einer Studie von DAVIES-OSTERKAMP und KRIEBEL (1993) wurde das IIP anhand verschiedener Symptomskalen (Symptom Check-List SCL-90-R, $n = 428$; MMPI, $n = 94$) und Persönlichkeitstests (Giessen-Test; $n = 57$; Narzissmus-Inventar, $n = 100$) validiert. Um den interpersonellen Gehalt der unterschiedlichen Verfahren zu bestimmen, wurden Korrelationskoeffizienten berechnet. Die Skalen "Soziale Resonanz", "Dominanz", "Durchlässigkeit" und "Soziale Potenz" des Giessen-Test (BECKMANN, BRÄHLER & RICHTER, 1991) korrelierten signifikant mit der IIP-Subskala "Introvertiert/sozial vermeiden" (FG). Einen deutlichen Bezug zum IIP wiesen auch die Subskalen des Narzissmus-Inventars auf, die das "klassisch narzisstische Selbst" betreffen. BRÄHLER et al. (1999) setzten die Skalen des IIP ebenfalls in Bezug zu unterschiedlichen klinischen Skalen. Die Zusammenhänge zwischen den Giessen-Test-Skalen und den IIP-Skalen sind identisch mit den Befunden der Studie von DAVIES-OSTERKAMP und KRIEBEL (1993). Depressive Grundstimmung ist positiv mit interpersonellen Problemen im Bereich von Submissivität korreliert. Weitere Validitätshinweise ergeben sich durch signifikante Korrelationen mit Skalen des Fragebogens zur Lebenszufriedenheit, Skalen des Angstbewältigungsinventars und des Fragebogens zum erinnerten elterlichen Erziehungsverhalten.

Von BARTHOLOMEW und HOROWITZ (1991) stammt ein Modell zur Beschreibung von Bindungsstilen im Erwachsenenalter, die unterschiedliche interpersonale Probleme implizieren. Die Personen einer Stichprobe von 40 Frauen und 37 Männern, die sowohl von sich selbst als auch von ihren engsten Freunden hinsichtlich ihrer Beziehungen beschrieben wurden, konnten den vier Bindungsstilen "sicher", "anklammernd", "abweisend" und "ängstlich-vermeidend" zugeordnet werden. Signifikante Unterschiede zwischen den durch die Bindungsstile gebildeten Untergruppen fanden sich auf sechs der acht IIP-Skalen.

Eine Studie von WUCHNER et al. (1993) konnte zeigen, dass das IIP geeignet ist, zwischen verschiedenen klinischen Diagnosegruppen zu unterscheiden. Bei-

spielsweise geben Patienten mit Persönlichkeitsstörungen das höchste Maß an interpersonalem Leiden an (IIP-Gesamtwert), das geringste Ausmaß weisen Patienten mit Abhängigkeitserkrankungen und psychosomatischen Beschwerden auf. Auch in den einzelnen Subskalen erweisen sich die Unterschiede als signifikant. Ähnliche Befunde konnte eine Validierungsstudie von BRÄHLER et al. (1999) erbringen, in der sechs unterschiedliche Diagnosegruppen untersucht wurden, die sich in der Ausprägung der IIP-Skalen signifikant voneinander unterscheiden.

Auch eine Untersuchung von GURTMANN (1996) trägt zur weiteren Validierung des IIP bei. 741 Psychotherapiepatienten wurden vor und während einer ambulanten Behandlung untersucht. Es wurden Patienten- und Therapeutenratings in die Analysen mit einbezogen. Dabei zeigten sich u.a. signifikante Zusammenhänge zwischen IIP-Skalen und Expertenurteilen über die Patienten in Bezug auf das soziale Funktionsniveau.

Aufgrund der vielfältigen Befunde kann konstatiert werden, dass das IIP ein Instrument darstellt, welches in ausreichendem Maße Konstrukt- und Kriteriumsvalidität besitzt.

Prognostische Validität: Im Rahmen einer multizentrischen Verbundstudie wurde von DAVIES-OSTERKAMP, JUNG und OTT (1992) versucht, Behandlungserfolge bei stationärer (Gruppen-)Psychotherapie aufgrund der Ausprägung interpersonaler Probleme in der deutschen Version des IIP vorherzusagen. Spezifische interpersonale Schwierigkeiten erwiesen sich in mehreren Kliniken als prognostisch bedeutsam für das Behandlungsergebnis. Ein aus IIP und SCL-90-R gebildeter Prognose-Index, wie er von HOROWITZ et al. (1988) vorgeschlagen wurde, konnte in einer Studie von HOROWITZ, ROSENBERG und KALEHZAN (1992) den Therapieerfolg jedoch nicht vorhersagen.

Veränderungssensitivität: Mit der Originalversion des IIP konnten HOROWITZ et al. (1988) signifikante Mittelwertsveränderungen in einer Patientenstichprobe (103 Patienten) vom Beginn der Therapie bis zur zwanzigsten Stunde nachweisen. Ferner wurde diese Stichprobe daraufhin untersucht, welche Probleme (interpersonale vs. nicht-interpersonale) in der Therapie besprochen wurden und welche sich besserten. ZIEGENRÜCKER, JUNGE und AHRENS (1996) fanden mit dem IIP bei 187 Patienten einer psychosomatischen Abteilung nach einer durchschnittlich siebenwöchigen Therapie signifikant reduzierte Gesamtwerte und ebenso reduzierte Werte in fünf der acht Subskalen. Dies sind deutliche

Hinweise auf das Vorliegen von Veränderungssensitivität des IIP im psychotherapeutischen Kontext.

Diskriminante Validität: DAVIES-OSTERKAMP und KRIEBEL (1993) konnten in einer Studie zeigen, dass die Skalen des MMPI, die eher symptombezogene Items enthalten, keine signifikanten Korrelationen mit dem IIP aufweisen und ebenso die SCL-90-Skalen keinen bedeutsamen interpersonalen Gehalt hatten. Als weitere klinische Skala wurde die Fragebogenversion der Structural-Analysis-of-Social-Behavior (SASB) von ALDEN et al. (1990) untersucht. Hieraus wurde der INTREX-Fragebogen von TSCHUELIN und GLOSSNER (1993) und das IIP 46 Studenten zur Beantwortung vorgelegt. Die Korrelationskoeffizienten bestätigen, dass beide Verfahren relativ unterschiedliche Aspekte interpersonalen Verhaltens erfassen.

4.4.4.5 Zusammenfassende Bewertung

Das IIP wird als ein in der Klinischen Psychologie und Psychotherapieforschung etabliertes, ökonomisches, zufriedenstellend reliables, valides und änderungs-sensitives Instrument zur Erfassung wahrgenommener interpersonalen Probleme ausgewiesen. In die Analysen dieser Studie wurde der IIP-Gesamtwert zur Hypothesentestung aufgenommen.

4.4.5 Kontroll- bzw. Störvariablen

4.4.5.1 Depressivität

Da nach den Ausführungen des Kapitels 2.2.3.3 ein Zusammenhang von Depressivität und Problemlösedefiziten als gesichert anzunehmen ist, musste dieser Faktor bei der Planung und Auswertung eine adäquate Berücksichtigung finden. Dies erfolgte zunächst in einem Ausschluss aller diagnostizierten Patientinnen, bei denen die Primärdiagnose einer affektiven Störung vorlag, auch wenn diese zusätzlich essgestört waren.

Aus den nosologischen Befunden aus Kapitel 2.1.6 geht außerdem hervor, dass grundsätzlich bei essgestörten Patientinnen hohe Komorbiditätsraten gerade auch im affektiven Formenkreis psychischer Erkrankungen zu erwarten sind. Dies gilt in ähnlichem Maße für die Gruppe der Angsterkrankten. Die in Kapitel 4.3.2 dargestellten klinischen Merkmale der Stichproben bestätigen diese Einschätzung hinsichtlich Nebendiagnosen und Depressionsgrad. Beim Vergleich der drei Patienten-Gruppen mit der gesunden Kontrollgruppe muss die-

sem Befund Rechnung getragen werden, indem der Depressionsgrad (gemessen durch den BDI) in die Analysen als Kovariate aufgenommen wird.

4.4.5.2 Alter

Wie aus der Stichprobencharakterisierung des Kapitels 4.3.1 hervorgeht, war eine Parallelisierung der vier Untersuchungsgruppen nach Alter nicht möglich. Dies lässt sich (ähnlich wie die Unterschiede im BMI) auf nosologische Unterschiede der Störungsbilder zurückführen: Während sich Bulimia Nervosa in der Regel im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter ausbildet (80% erkranken vor dem 22. Lebensjahr, vgl. FAIRBURN & COOPER 1984), handelt es sich bei der "Binge-Eating"-Störung um eine in der Regel erst nach dem 33. Lebensjahr einsetzende Erkrankung (SPURRELL et al. 1997, ABBOTT et al. 1998). Eine Parallelisierung nach Alter würde daher Untersuchungsgruppen mit untypischer Altersverteilung schaffen, die als klinisch nicht repräsentativ angesehen werden könnte.

Auch wenn die meisten Testautoren der Instrumente zur Hypothesentestung Altersnormierungen nur für die Durchführung von Einzelvergleichen vorschlagen und eher geringe Zusammenhänge zwischen den Problemlösekenwerten und dem Alter bei Gruppenvergleichen annehmen, sollen dennoch korrelative Zusammenhänge überprüft werden und ggf. ein möglicher Alterseffekt auf die abhängigen Variablen durch Einführung einer Kovariate in die Analysen eliminiert werden.

4.5 Versuchsdurchführung

Alle Probandinnen wurden vor Untersuchungsbeginn ausführlich über die Anonymität ihrer Daten, die Schweigepflicht der Untersuchungsleiterin und die Freiwilligkeit ihrer Teilnahme unterrichtet, sowie über die Möglichkeit, jederzeit die Untersuchung abbrechen zu können. Es wurde Ihnen hierzu eine Einverständniserklärung zur Unterzeichnung vorgelegt. (siehe Anhang). Die Untersuchung fand zur Vermeidung tageszeitlicher Effekte, ausschließlich vormittags in der Zeit von 9 Uhr 00 bis ca. 13 Uhr 00 im Labor der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie Marburg statt. Der Untersuchungsraum war ca. 12 qm groß, fensterlos und mit weiß gestrichenen Wänden versehen, so dass Ablenkungen ausgeschlossen waren. Als standardisierter Bearbeitungsplatz standen ein Schreibtisch mit dazugehörigem Stuhl und ein Schreibgerät eigener Wahl (Bleistift, Kugel- oder Filzschreiber) zur Verfügung. Die Probandinnen hatten die

klinischen Instrumente bereits im Vorfeld zugesendet bekommen und zu Hause auszufüllen.

Alle Personen der drei Patientenstichproben wurden mit dem Diagnostischen Interview bei psychischen Störungen (DIPS) von MARGRAF, SCHNEIDER und EHLERS (1991), alle Kontrollpersonen mit dem Mini-DIPS, der Kurzform des DIPS (MARGRAF, 1994) nach DSM-IV diagnostiziert (siehe Kapitel 4.2.1). Die Interviews der Patientengruppen wurden von diagnostisch erfahrenen Diplom-Psychologen bzw. Therapeuten durchgeführt. Die Interviews der Kontrollgruppe wurden von geschulten Studierenden der Psychologie unter der Supervision von erfahrenen Diagnostikern durchgeführt.

Zum vereinbarten Termin wurde zunächst das DIPS bzw. Mini-DIPS durchgeführt und nach einer kurzen Pause die Experimentalphase durch das Vorlegen der visuellen Analogskalen (VAS) begonnen. Nachdem die Probandin diese ausgefüllt hatte, wurde ihr eine standardisierte schriftliche Instruktion (siehe Anhang) vorgelegt. Nachdem die Möglichkeit bestand, Fragen zu klären, wurde die Probandin allein im Raum gelassen, um die Fragebogenbatterie auszufüllen. Allen Angstpatientinnen wurde der Hinweis gegeben, dass die Versuchsleiterin im Nebenraum sei und bei Auftreten massiver Ängste sofort jemand zur Verfügung stehen würde. Die Probandinnen hatten maximal drei Stunden Zeit, die Fragebögen auszufüllen, es wurde jedoch im Durchschnitt 2½ Stunden für die Fertigstellung benötigt. Nach Bearbeitung der in variierender Reihenfolge vorgelegten Fragebögen wurde der Probandin ein zweites Mal die visuelle Analogskala (VAS) vorgelegt und nach deren Ausfüllen die Vollständigkeit aller Antworten von der Versuchsleiterin kontrolliert. Abschließend wurde ihr, sofern es sich um eine externe Probandin⁴ handelte, das Entgelt ausgehändigt und auf Wunsch ein Beratungstermin mit einem Therapeuten bzw. einer Therapeutin vereinbart.

4.6 Statistische Auswertung

Die Datenanalysen erfolgten mit dem Softwarepaket SPSS Version 11.0 für Windows™®, welches in seiner deutschen Version unter Hochschullizenz verwendet wurde.

⁴ d.h. eine über Anzeigen oder Projekte rekrutierte Probandin, die keine Patientin der CDS-Ambulanz war

4.6.1 Gruppenvergleiche

Zur statistischen Überprüfung der Hypothesen bzgl. der Gruppenvergleiche wurde ein hierarchisches Vorgehen gewählt. Zunächst wurde eine MANOVA gerechnet, um einen allgemeinen Gruppeneffekt zu eruieren. Dann wurden für die einzelnen Verfahren einfaktorielles Varianzanalysen durchgeführt und mit Hilfe geplanter Kontraste Gruppenunterschiede getestet. Bei den Analysen wurden als Kovariaten der Depressionsgrad (BDI) und das Alter einbezogen.

Voraussetzungen der Varianzanalyse sind (1) Varianzhomogenität innerhalb der einzelnen Gruppen, (2) Normalverteilung der abhängigen Variablen in jeder Gruppe und (3) Intervallskalenniveau der abhängigen Variablen. Bei gleicher Stichprobengröße ist die Varianzanalyse jedoch nach BORTZ (1989) robust gegen Verletzungen der Voraussetzungen. Da die Stichproben bei dieser Studie gleich groß waren, würde weder eine Verletzung der Varianzhomogenität noch die der Normalverteilung zu gravierenden Konsequenzen führen. Die Normalverteilung der Fragebogendaten wurden mit dem Kolmogorov-Smirnov-Test und die Varianzhomogenität (bzw. die Gleichheit der Fehlervarianzen) mit dem Levene-Test geprüft. Intervallskalenniveau wurde bei den psychometrischen Tests als gegeben angesehen.

4.6.2 Multivariate Analysen

Zur statistischen Überprüfung der Hypothesen bzgl. des Vorhersagewertes der verschiedenen Problemlösemaße im Bezug auf klinische Variablen wurde das multivariate Verfahren der Multiplen Regression gewählt (vgl. STEVENS 1996 bzw. BORTZ 1989). Die Gesamtwertes in den Problemlöseinstrumenten SPSI-R, PSI, IIP und MEPS stellen hierbei die Prädiktorvariablen dar, aufgrund derer die Ausprägungen des Wertes von FEV, EDI, STAI, Anzahl der Nebendiagnosen und BDI vorhergesagt werden sollen.

Voraussetzungen der Multiplen Regression sind die Normalverteilung der Kriteriums- und Prädiktorvariablen sowie Intervallskalenniveau. Die jeweiligen Regressionsmodelle müssen ferner auf ihre Gültigkeit anhand verschiedenster Teststatistiken überprüft werden, die Aussagen machen über die Normalverteilungsannahme der Residuen (Kolmogorov-Smirnov-Test), das Vorliegen linearer Beziehungen (Scatterplot von Residuen/vorhergesagten Werten) das Auftreten von Autokorrelationen der Residuen (Durbon-Watson-Koeffizient) und dem Auftreten etwaiger Kolinearitäten (Toleranz-Werte, Konditionsindex, Eigenwerte).

5 Ergebnisse

5.1 Gruppenvergleiche hinsichtlich der Problemlösemaße

5.1.1 Voraussetzungen der Varianzanalysen

Zur Überprüfung der Voraussetzungen der Varianzanalysen wurde für jede abhängige Variable je zwei Tests gerechnet: Mit Hilfe der Levene-Statistik wurde die Varianzhomogenität, durch den Kolmogorov-Smirnov-Anpassungstest wurde die Normalverteilungsannahme getestet. Die Ergebnisse sind in der nachfolgende Tabelle 5.1 zusammengefasst:

Tabelle 5.1: Ergebnisse der Prüfstatistiken zur Varianzhomogenität und Normalverteilungsannahme der jeweiligen Problemlösemaße

Problemlösemaße / AV	Levene-Statistik			Kolmogorov-Test	
	Prüfwert	df1,df2	Signifikanz	Z-Wert	Signifikanz
PSI-Gesamtwert	0,374	3,116	,772 n.s.	0,479	,976 n.s.
SPSI-Gesamtwert	1,424	3,116	,239 n.s.	0,571	,900 n.s.
MEPS-Gesamtwert "Mittel"	0,226	3,116	,878 n.s.	1,040	,229 n.s.
MEPS-Gesamtwert "Ziele"	2,479	3,116	,065 n.s.	0,773	,589 n.s.
MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"	0,985	3,116	,403 n.s.	0,676	,751 n.s.
IIP-Gesamtwert	1,584	3,116	,197 n.s.	0,669	,762 n.s.

*n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau*

Keiner der Problemlösewerte zeigt signifikante Werte in der Levene-Statistik bzw. im Kolmogorov-Smirnov-Test. Es kann sowohl Varianzhomogenität als auch Normalverteilung der Variablen angenommen werden. Die Voraussetzungen für die geplanten Varianzanalysen sind somit gegeben.

5.1.2 Ergebnisse der MANOVA

Zur Ermittlung eines Gruppeneffektes wurde zunächst eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit den abhängigen Variablen der Problemlösewerte (PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele", MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen", IPP-Gesamtwert) über den Faktor Gruppe (Bulimie-, BED-, Angst-Patientinnen, Kontrollgruppe)

mit den Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter durchgeführt. Tabelle 5.2 zeigt die Ergebnisse der MANOVA:

Tabelle 5.2: Ergebnisse der MANOVA zu den Haupteffekten der Gruppe und der Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter

Effekte (Pillais-Spur)	F-Werte	Freiheitsgrade	Signifikanz
Haupteffekt Gruppe	1,94	18,333	,013 *
Kovariate BDI	14,99	6,109	,000 ***
Kovariate Alter	4,35	6,109	,001 **

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Die multivariate Varianzanalyse ergab einen signifikanten Haupteffekt für die Gruppe und einen signifikanten Effekt der Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter. Die Grundlage für die geplanten univariaten Einzelanalysen (ANOVA) ist somit gegeben.

5.1.3 Ergebnisse der Gruppenvergleiche im PSI-Gesamtwert

Tabelle 5.3 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der unterschiedlichen Gruppen in ihrer Ausprägung des PSI-Gesamtwertes wieder. Ein hoher PSI-Gesamtwert steht für schlechte allgemeine Problemlösefähigkeiten, niedrige Werte im PSI-Gesamtwert stehen für gute allgemeine Problemlösefähigkeiten.

Tabelle 5.3: Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsgruppen im PSI-Gesamtwert

PSI-Gesamtwert		
	M	(SD)
Bulimie-Gruppe:	109,48	(20,19)
BED-Gruppe:	101,88	(25,62)
Angst-Gruppe:	106,34	(25,14)
Kontrollgruppe:	78,79	(22,54)

Die nachfolgende Abbildung 5.1 soll die Unterschiede der untersuchten Gruppen im PSI-Gesamtwert graphisch veranschaulichen.

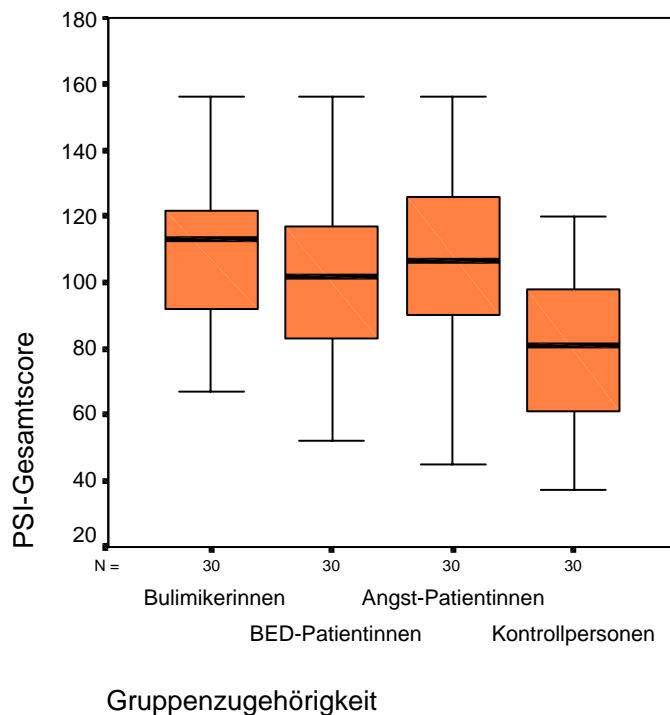


Abbildung 5.1: Graphische Darstellung der Ergebnisse im PSI-Gesamtwert getrennt nach Untersuchungsgruppen (Mittelwerte, Standardabweichungen und Minimum/Maximum-Werte)

Zur statistischen Überprüfung von Gruppenunterschieden im PSI-Gesamtwert wurde eine einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet mit dem Faktor Gruppe und den Kovariaten BDI und Alter. Anschließend wurden Kontrasttests nach SCHEFFÉ (1963) durchgeführt. Tabelle 5.4 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.4: Ergebnisse der ANOVA für den PSI-Gesamtwert. Haupteffekte der Gruppen ohne bzw. mit Kovariaten.

Effekte (Pillais-Spur)	F-Werte	Freiheitsgrade	Signifikanz
Haupteffekt ohne Kovariaten	10,54	3,116	,000 ***
Haupteffekt Gruppe mit	1,66	3,114	,180 n.s.
Kovariate BDI	32,40	1,114	,000 ***
Kovariate Alter	5,53	1,114	,020 *

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Es zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für die Untersuchungsgruppen, der sich unter Berücksichtigung der Kovariaten jedoch nivelliert. Die Kovariaten

Depressionsgrad und Alter haben einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable (PSI-Gesamtwert). Die Hypothesen $H_{1,1}$ und $H_{1,2}$ konnten somit bestätigt werden.

5.1.4 Ergebnisse der Gruppenvergleiche im SPSI-R-Gesamtwert

Tabelle 5.5 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der unterschiedlichen Gruppen in ihrer Ausprägung des SPSI-R-Gesamtwertes wieder. Ein hoher SPSI-R-Gesamtwert steht für gute soziale Problemlösefähigkeiten, niedrige Werte im SPSI-R-Gesamtwert stehen für schlechte soziale Problemlösefähigkeiten.

Tabelle 5.5: Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsgruppen im SPSI-R-Gesamtwert

SPSI-R-Gesamtwert		
	M	(SD)
Bulimie-Gruppe:	10,23	(2,68)
BED-Gruppe:	10,84	(3,37)
Angst-Gruppe:	10,19	(3,06)
Kontrollgruppe:	14,37	(2,22)

Die nachfolgende Abbildung 5.2 soll die Unterschiede der untersuchten Gruppen im SPSI-R-Gesamtwert graphisch veranschaulichen.

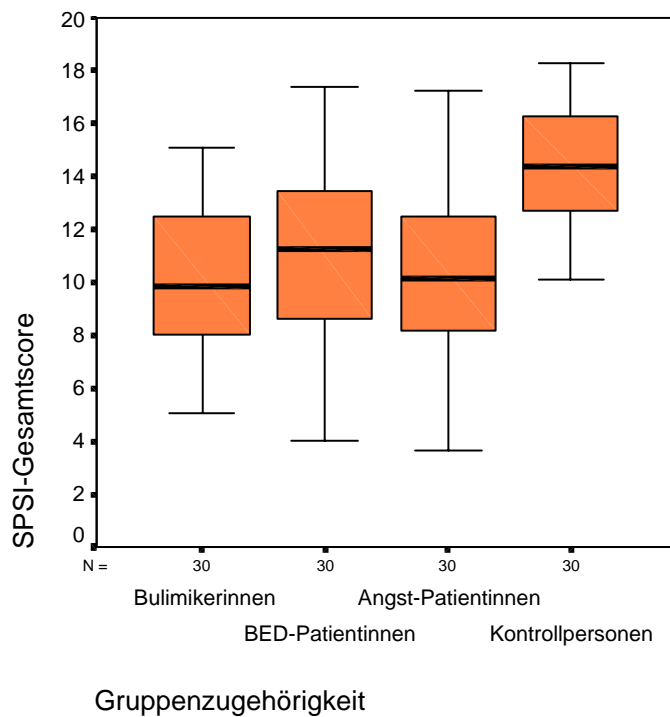


Abbildung 5.2: Graphische Darstellung der Ergebnisse im SPSI-R-Gesamtwert getrennt nach Untersuchungsgruppe (Mittelwerte, Standardabweichungen und Minimum/Maximum-Werte)

Zur statistischen Überprüfung von Gruppenunterschieden in der Ausprägung des SPSI-R Gesamtwertes wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet mit dem Faktor Gruppe und den Kovariaten BDI und Alter. Anschließend wurden Kontrasttests nach SCHEFFÉ (1963) durchgeführt. Tabelle 5.6 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.6: Ergebnisse der ANOVA für den SPSI-R-Gesamtwert. Haupteffekte der Gruppen ohne bzw. mit Kovariaten.

Effekte (Pillais-Spur)	F-Werte	Freiheitsgrade	Signifikanz
Haupteffekt ohne Kovariaten	14,56	3,116	,000 ***
Haupteffekt Gruppe mit	3,67	3,114	,014 *
Kovariate BDI	32,06	1,114	,000 ***
Kovariate Alter	3,43	1,114	,066 n.s.

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Es zeigte sich ein signifikanter Haupteffekt für die Untersuchungsgruppe, der sich unter Berücksichtigung der Kovariaten zwar abschwächt jedoch nicht nivel-

liert. Die Kovariate Depressionsgrad (nicht jedoch das Alter) hat ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable (SPSI-R-Gesamtwert). Hypothese $H_{2,1}$ konnte somit nur teilweise bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.7 fasst die Ergebnisse der einzelnen Kontrasttests zusammen.

Tabelle 5.7: Ergebnisse der Kontrasttests, Signifikanzniveau p der Einzelvergleiche

SPSI-R	Bulimiegruppe	BED-Gruppe	Angst-Gruppe	Kontrollgruppe
Bulimiegruppe		,254 n.s.	,057 n.s.	,302 n.s.
BED-Gruppe	,254 n.s.		,445 n.s.	,026 *
Angst-Gruppe	,057 n.s.	,445 n.s.		,003 **
Kontrollgruppe	,302 n.s.	,026 *	,003 **	

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Unter Berücksichtigung der Kovariate BDI ergeben sich signifikante Gruppenunterschiede. Während die Bulimiegruppe sich nicht von der Kontrollgruppe oder den anderen Diagnosegruppen unterscheidet, zeigt sowohl die BED-Gruppe als auch die Angst-Gruppe, signifikant niedrigere Ausprägung des SPSI-R-Gesamtwertes im Vergleich zur Kontrollgruppe. BED-Gruppe und Angstgruppe unterscheiden sich dagegen nicht voneinander. Hypothese $H_{2,2}$ konnte somit bestätigt werden.

5.1.5 Ergebnisse der Gruppenvergleiche im MEPS-Gesamtwert "Mittel"

Tabelle 5.8 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der unterschiedlichen Gruppen in ihrer Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Mittel" wieder. Ein hoher MEPS-Gesamtwert "Mittel" steht für eine hohe Zahl generierter Mittel zur Zielerreichung im Problemlöseprozess, niedrige Werte stehen für eine niedrige Zahl generierter Mittel.

Tabelle 5.8: Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsgruppen im MEPS-Gesamtwert "Mittel"

MEPS-Gesamtwert "Mittel"		
	M	(SD)
Bulimie-Gruppe:	3,71	1,37
BED-Gruppe:	3,48	1,40
Angst-Gruppe:	3,25	1,49
Kontrollgruppe:	5,02	1,51

Die nachfolgende Abbildung 5.3 soll die Unterschiede der untersuchten Gruppen im MEPS-Gesamtwert "Mittel" graphisch veranschaulichen.

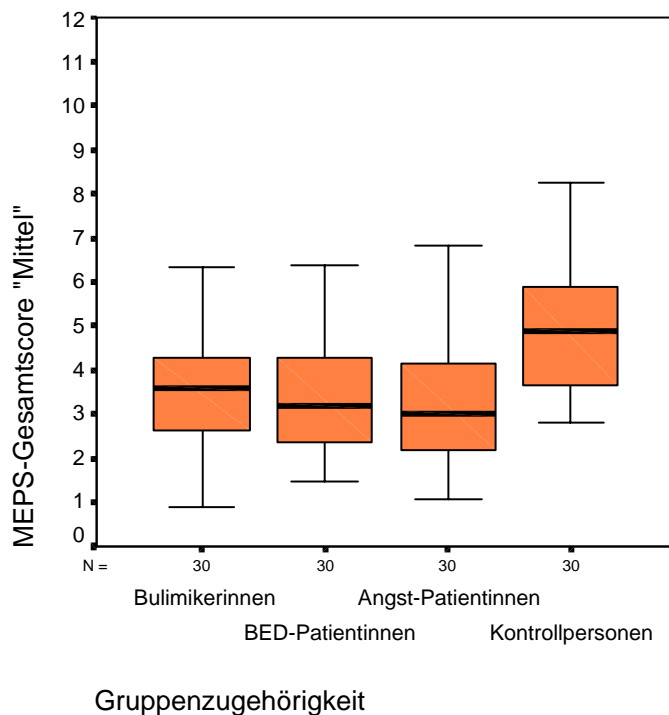


Abbildung 5.3: Graphische Darstellung der Ergebnisse im MEPS-Gesamtwert "Mittel" getrennt nach Untersuchungsgruppe (Mittelwerte, Standardabweichungen und Minimum/Maximum-Werte)

Zur statistischen Überprüfung von Gruppenunterschieden in der Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Mittel" wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet mit dem Faktor Gruppe und den Kovariaten BDI und Alter.

Anschließend wurden Kontrasttests nach SCHEFFÉ (1963) durchgeführt. Tabelle 5.9 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.9: Ergebnisse der ANOVA für den MEPS-Gesamtwert "Mittel". Haupteffekte der Gruppen ohne bzw. mit Kovariaten.

Effekte (Pillais-Spur)	F-Werte	Freiheitsgrade	Signifikanz
Haupteffekt ohne Kovariaten	9,04	3,116	,000 ***
Haupteffekt Gruppe mit	3,73	3,114	,013 *
Kovariate BDI	3,11	1,114	,080 n.s.
Kovariate Alter	7,74	1,114	,006 **

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Es zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für die Untersuchungsgruppe, der sich unter Berücksichtigung der Kovariaten zwar abschwächt, jedoch nicht nivelliert. Die Kovariate Alter hat im Gegensatz zur Kovariate BDI einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable (MEPS-Gesamtwert "Mittel"). Hypothese $H_{3,1}$ konnte somit nur teilweise bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.10 fasst die Ergebnisse der einzelnen Kontrasttest zusammen.

Tabelle 5.10: Ergebnisse der Kontrasttests, Signifikanzniveau p der Einzelvergleiche

MEPS "Mittel"	Bulimiegruppe	BED-Gruppe	Angst-Gruppe	Kontrollgruppe
Bulimiegruppe		,980 n.s.	,326 n.s.	,038 *
BED-Gruppe	,980 n.s.		,289 n.s.	,022 *
Angst-Gruppe	,326 n.s.	,289 n.s.		,001 **
Kontrollgruppe	,038 *	,022 *	,001 **	

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Unter Berücksichtigung der Kovariate Alter ergeben sich signifikante Gruppenunterschiede. Während die Bulimie-, BED- und Angst-Gruppe sich nicht voneinander unterscheiden, zeigt die Kontrollgruppe signifikant höhere Werte im MEPS-Gesamtwert "Mittel" als die drei Patientengruppen. Hochsignifikant unterscheidet sich die Angst-Gruppe von der Kontrollgruppe. Hypothese $H_{3,2}$ konnte somit bestätigt werden.

5.1.6 Ergebnisse der Gruppenvergleiche im MEPS-Gesamtwert "Ziele"

Tabelle 5.11 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der unterschiedlichen Gruppen in ihrer Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Ziele" wieder. Ein hoher MEPS-Gesamtwert "Ziele" steht für eine hohe Zahl generierter Ziele bezüglich verschiedener Ausgangslagen im Problemlöseprozess, niedrige Werte stehen für eine niedrige Zahl generierter Ziele.

Tabelle 5.11: Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsgruppen im MEPS-Gesamtwert "Ziele"

MEPS-Gesamtwert "Ziele"		
	M	(SD)
Bulimie-Gruppe:	4,72	(2,08)
BED-Gruppe:	4,33	(1,94)
Angst-Gruppe:	3,82	(1,15)
Kontrollgruppe:	5,51	(1,36)

Die nachfolgende Abbildung 5.4 soll die Unterschiede der untersuchten Gruppen im MEPS-Gesamtwert "Ziele" graphisch veranschaulichen.

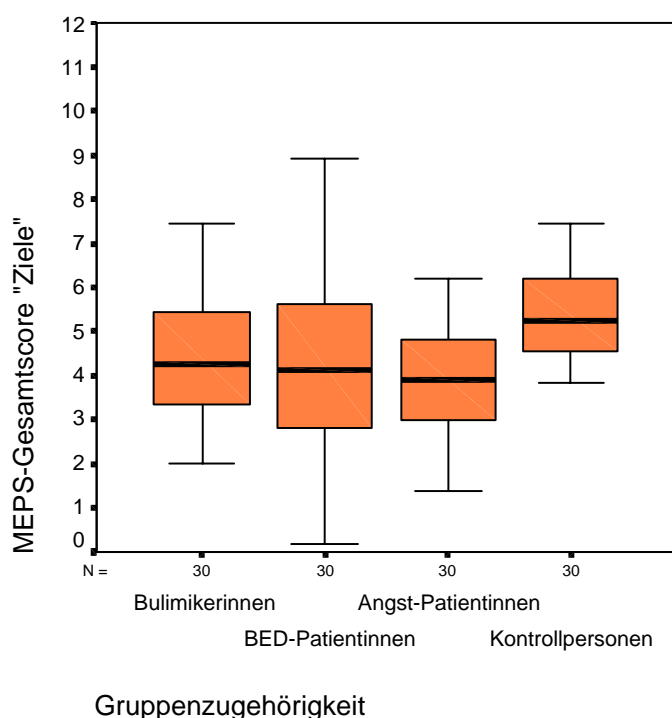


Abbildung 5.4: Graphische Darstellung der Ergebnisse im MEPS-Gesamtwert "Ziele" getrennt nach Untersuchungsgruppen (Mittelwerte, Standardabweichungen und Minimum/Maximum-Werte)

Zur statistischen Überprüfung von Gruppenunterschieden in der Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Ziele" wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet mit dem Faktor Gruppe und den Kovariaten BDI und Alter. Anschließend wurden Kontrasttests nach SCHEFFÉ (1963) durchgeführt. Tabelle 5.12 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.12: Ergebnisse der ANOVA für den MEPS-Gesamtwert "Ziele". Haupteffekte der Gruppen ohne bzw. mit Kovariaten.

Effekte (Pillais-Spur)	F-Werte	Freiheitsgrade	Signifikanz
Haupteffekt ohne Kovariaten	5,45	3,116	,002 ***
Haupteffekt Gruppe mit	3,19	3,114	,026 *
Kovariate BDI	3,52	1,114	,063 n.s.
Kovariate Alter	0,05	1,114	,820 n.s.

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Es zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für die Untersuchungsgruppe, der sich unter Berücksichtigung der Kovariaten zwar abschwächt, jedoch nicht ni-

velliert. Die Kovariaten Depressionsgrad und Alter haben keinen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable (MEPS-Gesamtwert "Ziele"). Hypothese H_{4.1} konnte somit nur teilweise bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.13 fasst die Ergebnisse der einzelnen Kontrasttest zusammen.

Tabelle 5.13: Ergebnisse der Kontrasttests, Signifikanzniveau p der Einzelvergleiche

MEPS "Ziele"	Bulimiegruppe	BED-Gruppe	Angst-Gruppe	Kontrollgruppe
Bulimiegruppe		,243 n.s.	,180 n.s.	,790 n.s.
BED-Gruppe	,243 n.s.		,222 n.s.	,159 n.s.
Angst-Gruppe	,180 n.s.	,222 n.s.		,013 *
Kontrollgruppe	,790 n.s.	,159 n.s.	,013 *	

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Es ergeben sich signifikante Gruppenunterschiede: Während sich Bulimie- und BED-Gruppe nicht voneinander unterscheiden, hat die Angst-Gruppe signifikant niedrigere Werte im MEPS-Gesamtwert "Ziele" als die Kontrollgruppe. Die Angst-Gruppe unterscheidet sich jedoch nicht signifikant von der Bulimie- und BED-Gruppe. Hypothese H_{4.2} konnte somit bestätigt werden.

5.1.7 Ergebnisse der Gruppenvergleiche im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"

Tabelle 5.14 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der unterschiedlichen Gruppen in ihrer Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Konsequenzen" wieder. Ein hoher MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" steht für eine hohe Zahl generierter Konsequenzen von Mitteln zur Zielerreichung im Problemlöseprozess, niedrige Werte im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" stehen für eine niedrige Zahl generierter Konsequenzen.

Tabelle 5.14: Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsgruppen im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"

MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"		
	M	(SD)
Bulimie-Gruppe:	5,21	(2,50)
BED-Gruppe:	4,09	(2,62)
Angst-Gruppe:	4,19	(1,89)
Kontrollgruppe:	5,71	(1,83)

Die nachfolgende Abbildung 5.5 soll die Unterschiede der untersuchten Gruppen im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" graphisch veranschaulichen.

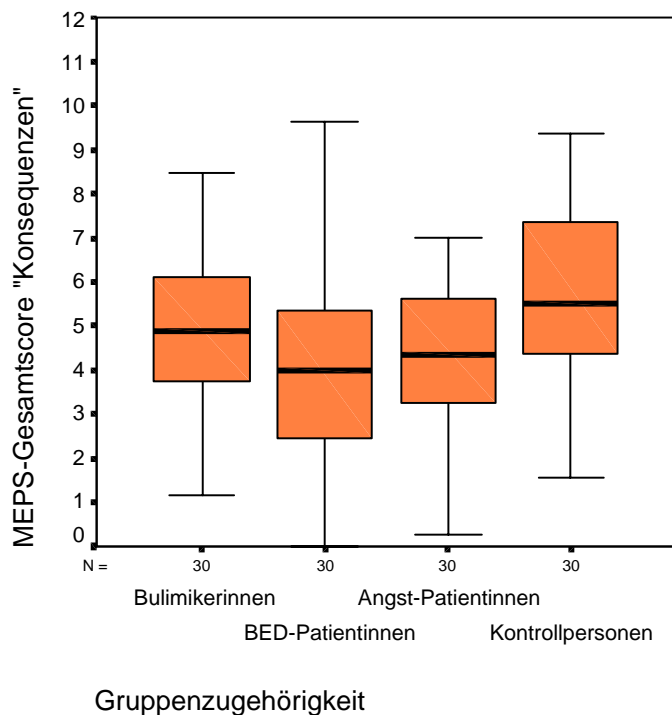


Abbildung 5.5: Graphische Darstellung der Ergebnisse im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" getrennt nach Untersuchungsgruppen (Mittelwerte, Standardabweichungen und Minimum/Maximum-Werte)

Zur statistischen Überprüfung von Gruppenunterschieden in der Ausprägung des MEPS-Gesamtwertes "Konsequenzen" wurde eine einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet mit dem Faktor Gruppe und den Kovariaten BDI

und Alter. Anschließend wurden Kontrasttests nach SCHEFFÉ (1963) durchgeführt. Tabelle 5.15 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.15: Ergebnisse der ANOVA für den MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen". Haupteffekte der Gruppen ohne bzw. mit Kovariaten.

Effekte (Pillais-Spur)	F-Werte	Freiheitsgrade	Signifikanz
Haupteffekt ohne Kovariaten	3,76	3,116	,013 *
Haupteffekt Gruppe mit	1,34	3,114	,266 n.s.
Kovariate BDI	4,75	1,114	,031 *
Kovariate Alter	6,99	1,114	,009 **

*n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau*

Es zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für die Untersuchungsgruppe, der sich unter Berücksichtigung der Kovariaten jedoch nivelliert. Die Kovariaten Depressionsgrad und Alter haben einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable (MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"). Hypothesen H_{5.1} und H_{5.2} konnten somit bestätigt werden.

5.1.8 Ergebnisse der Gruppenvergleiche im IIP-Gesamtwert

Tabelle 5.16 gibt die Mittelwerte und Standardabweichungen der unterschiedlichen Gruppen in ihrer Ausprägung des IIP-Gesamtwertes wieder. Ein hoher IIP-Gesamtwert steht für die Wahrnehmung vieler interpersonaler Probleme, niedrige Werte im IIP-Gesamtwert stehen für die Wahrnehmung weniger interpersonaler Probleme.

Tabelle 5.16: Mittelwerte und Standardabweichungen der Untersuchungsgruppen im IIP-Gesamtwert

IIP-Gesamtwert		
	M	(SD)
Bulimie-Gruppe:	1,93	(0,48)
BED-Gruppe:	1,76	(0,41)
Angst-Gruppe:	1,73	(0,63)
Kontrollgruppe:	0,94	(0,44)

Die nachfolgende Abbildung 5.6 soll die Unterschiede der untersuchten Gruppen im IIP-Gesamtwert graphisch veranschaulichen.

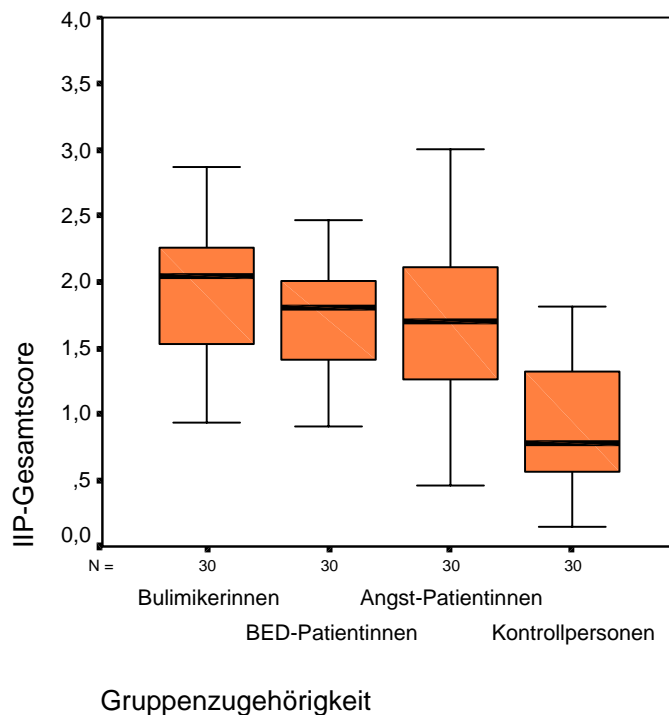


Abbildung 5.6: Graphische Darstellung der Ergebnisse im IIP-Gesamtwert getrennt nach Untersuchungsgruppe (Mittelwerte, Standardabweichungen und Minimum/Maximum-Werte)

Zur statistischen Überprüfung von Gruppenunterschieden in der Ausprägung des IIP-Gesamtwertes wurde eine einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA) gerechnet mit dem Faktor Gruppe und den Kovariaten BDI und Alter. Anschlie-

ßend wurden Kontrasttests nach SCHEFFÉ (1963) durchgeführt. Tabelle 4.17 gibt die Ergebnisse der Varianzanalyse wieder.

Tabelle 5.17: Ergebnisse der ANOVA für den IIP-Gesamtwert. Haupteffekte der Gruppen ohne bzw. mit Kovariaten.

Effekte (Pillais-Spur)	F-Werte	Freiheitsgrade	Signifikanz
Haupteffekt ohne Kovariaten	23,78	3,116	,000 ***
Haupteffekt Gruppe mit	3,20	3,114	,026 *
Kovariate BDI	73,63	1,114	,000 ***
Kovariate Alter	0,05	1,114	,823 n.s.

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Es zeigt sich ein signifikanter Haupteffekt für die Untersuchungsgruppe, der sich unter Berücksichtigung der Kovariaten zwar abschwächt, jedoch nicht nivelliert. Die Kovariate Depressionsgrad im Gegensatz zur Kovariate Alter hat ebenfalls einen signifikanten Einfluss auf die abhängige Variable (IIP-Gesamtwert). Hypothese $H_{6.1}$ konnte somit nicht bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.18 fasst die Ergebnisse der einzelnen Kontrasttest zusammen.

Tabelle 5.18: Ergebnisse der Kontrasttests, Signifikanzniveau p der Einzelvergleiche

IIP	Bulimiegruppe	BED-Gruppe	Angst-Gruppe	Kontrollgruppe
Bulimiegruppe		,693 n.s.	,764 n.s.	,032 *
BED-Gruppe	,693 n.s.		,907 n.s.	,006 **
Angst-Gruppe	,764 n.s.	,907 n.s.		,007 **
Kontrollgruppe	,032 *	,006 **	,007 **	

n.s. = nicht signifikant, * = 5%-Niveau, ** = 1%-Niveau, *** = 1/10%-Niveau

Unter Berücksichtigung der Kovariate BDI ergeben sich signifikante Gruppenunterschiede. Während die Bulimie-, BED- und Angstgruppe sich nicht voneinander unterscheiden, zeigt die Kontrollgruppe signifikant niedrigere Werte im IIP-Gesamtwert, als die drei Patientengruppen. Hypothese $H_{6.2}$ konnte somit bestätigt werden.

5.1.9 Zusammenfassung der Ergebnisse

Beim Vergleich der Untersuchungsgruppen im PSI-Gesamtwert und im MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" ergibt sich kein signifikanter Haupteffekt der Gruppen und somit ergeben sich auch keine signifikanten Einzelkontraste. Die Patientengruppen unterscheiden sich nicht von der Kontrollgruppe. Sowohl der Depressionsgrad als auch das Alter haben jedoch einen signifikanten Einfluss auf die Ausprägung der beiden Problemlösemaße.

SPSI-R-Gesamtwert, IIP-Gesamtwert und MEPS-Gesamtwert "Mittel" zeigen signifikante Gruppenunterschiede und zusätzlich signifikante Effekte der Kovariaten. Während beim SPSI-R-Gesamtwert und beim IIP-Gesamtwert der BDI einen signifikanten Einfluss zeigt, ist dies beim MEPS-Gesamtwert "Mittel" die Kovariate Alter. Die Kontrasttests zeigen, dass im SPSI-R-Gesamtwert die BED-Patienten und die Angstpatienten schlechter abschneiden, als die Kontrollgruppe. Beim IIP-Gesamtwert und MEPS-Gesamtwert "Mittel" haben alle Patientengruppen (Bulimie-Gruppe, BED-Gruppe, Angstgruppe) signifikant schlechtere Werte, als die Kontrollgruppe.

Beim Gruppenvergleich im MEPS-Gesamtwert "Ziele" zeigt sich ein signifikanter Gruppenunterschied, ohne dass es signifikante Einflüsse von Depressionsgrad oder Alter gibt. Die Kontrasttests zeigen einen signifikanten Unterschied zwischen der Angstgruppe und der Kontrollgruppe in der Art, dass die Angstgruppe schlechtere Werte aufweist

5.2 Multivariate Zusammenhänge von Problemlösemaßen und klinischen Kennwerten

5.2.1 Problemlösemaße und FEV-Gesamtmittelwert

Zur Vorhersage des FEV-Gesamtmittelwertes als Indikator für das Ausmaß gestörten Essverhaltens wurden die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele" MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert sowie die Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter in ein multiples Regressionsmodell aufgenommen, dessen Kennwerte in Tabelle 5.19 zusammengefasst sind:

Tabelle 5.19: Modellzusammenfassung zur Vorhersage des FEV-Gesamtmittelwertes

R	R ²	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers
,534	,285	,240	1,18231

Die Regressionsschätzung des FEV-Gesamtmittelwertes durch die Problemlösemaße und die Kovariaten erbringt eine Korrelation der tatsächlichen Werte mit den errechneten Werten von $R=.534$. Somit können 24,0% an Varianz der Kriteriumsvariable durch die Problemlösemaße und Kovariaten erklärt werden. Die Regressionsgleichung ist auf einem Signifikanzniveau von $p<0,001$ gültig, d.h. der Determinationskoeffizient weicht signifikant von Null ab ($F_{(df8)}=5,539$). Hypothese $H_{7.1}$ konnte bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.20 gibt einen Überblick über die resultierenden Standardregressionskoeffizienten der Prädiktorvariablen und über die jeweiligen partiellen Korrelationen mit der Kriteriumsvariable.

Tabelle 5.20: Koeffizienten des Regressionsmodells zur Vorhersage des FEV-Gesamtmittelwertes

Prädiktorvariablen	Standardisierter Beta-Koeffizient	T-Wert	Signifikanzniveau	Partielle Korrelation
ALTER	,022	,239	,812	,023
BDI-Gesamtwert	,222	1,664	,099	,156
PSI-Gesamtwert	-,008	-,051	,959	-,005
SPSI-Gesamtwert	,000	,001	,999	,000
MEPS-Gesamtwert "Mittel"	-,074	-,595	,553	-,056
MEPS-Gesamtwert "Ziele"	,083	,649	,517	,062
MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"	,055	,415	,679	,039
IIP-Gesamtwert	,347	2,484	,014	,229

Die Werte der Tabelle 5.20 zeigen, dass lediglich der IIP-Gesamtwert einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leistet, während alle anderen Problemlösemaße (inklusive der Kovariaten) unbedeutend für das Regressionsmodell erscheinen. Die nächst höhere Partialkorrelation weist der BDI-Gesamtwert auf. Hypothese $H_{7.2}$ konnte somit nicht bestätigt werden.

Die Annahme eines linearen Zusammenhanges und der Normalverteilung der Residuen konnte statistisch bestätigt werden. Der Durbin-Watson-Koeffizient von 1,002 deutet auf eine geringe positive Autokorrelation der Residuen hin. Die Statistiken zur Multikollinearität kommen zu negativen Befunden, so dass das Regressionsmodell als gültig angesehen werden kann. (Eine detaillierte Darstellung der Prüfgrößen befindet sich im Anhang.)

5.2.2 Problemlösemaße und EDI-Gesamtmittelwert

Zur Vorhersage des EDI-Gesamtmittelwertes als Indikator für das Ausmaß gestörten Essverhaltens wurden die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele" MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert sowie die Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter in ein multiples Regressionsmodell aufgenommen, dessen Kennwerte in Tabelle 5.21 zusammengefasst sind:

Tabelle 5.21: Modellzusammenfassung zur Vorhersage des EDI-Gesamtmittelwertes

R	R ²	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers
,622	,387	,343	,66672

Die Regressionsschätzung des EDI-Gesamtmittelwertes durch die Problemlösemaße und die Kovariaten erbrachte eine Korrelation der tatsächlichen Werte mit den errechneten Werten von $R=.622$. Somit können 34,3% an Varianz der Kriteriumsvariable durch die Problemlösemaße und die Kovariaten erklärt werden. Die Regressionsgleichung ist auf einem Niveau von $p<0,001$ gültig, d.h. der Determinationskoeffizient weicht signifikant von Null ab ($F_{(df8)}=8,761$). Hypothese $H_{8,1}$ konnte bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.22 gibt einen Überblick über die resultierenden Standardregressionskoeffizienten der Prädiktorvariablen und über die jeweiligen partiellen Korrelationen mit der Kriteriumsvariable.

Tabelle 5.22: Koeffizienten des Regressionsmodells zur Vorhersage des EDI-Wertes

Prädiktorvariablen	Standardisierter Beta-Koeffizient	T-Wert	Signifikanzniveau	Partielle Korrelation
ALTER	-,024	-,283	,778	-,027
BDI-Gesamtwert	,507	4,109	,000	,363
PSI-Gesamtwert	-,015	-,103	,918	-,010
SPSI-Gesamtwert	,098	,645	,520	,061
MEPS-Gesamtwert "Mittel"	,055	,476	,635	,045
MEPS-Gesamtwert "Ziele"	,110	,937	,351	,089
MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"	-,165	-1,356	,178	-,128
IIP-Gesamtwert	,220	1,702	,092	,159

Die Werte der Tabelle 5.22 zeigen, dass lediglich der BDI-Gesamtwert einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leistet, während alle anderen Problemlösemaße inklusive der Kovariate Alter unbedeutend für das Regressionsmodell erscheinen. Die nächst höhere Partialkorrelation weist der IIP-Gesamtwert auf. Hypothese $H_{8,2}$ konnte somit bestätigt werden.

Die Annahme eines linearen Zusammenhanges und der Normalverteilung der Residuen konnte statistisch bestätigt werden. Der Durbin-Watson-Koeffizient von 1,205 deutet auf geringe positive Autokorrelationen der Residuen hin. Die Statistiken zur Multikollinearität kommen zu negativen Befunden, so dass das Regressionsmodell als gültig angesehen werden kann. (Eine detaillierte Darstellung der Prüfgrößen befindet sich im Anhang)

5.2.3 Problemlösemaße und STAI-Trait-Wert

Zur Vorhersage des STAI-Trait-Wertes als Indikator für das Ausmaß vorliegender Angst wurden die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele" MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert sowie die Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter in ein multiples Regressionsmodell aufgenommen, dessen Kennwerte in Tabelle 5.23 zusammengefasst sind:

Tabelle 5.23: Modellzusammenfassung zur Vorhersage des STAI-Trait-Wertes

R	R ²	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers
,728	,530	,496	1,10731

Die Regressionsschätzung des STAI-Trait-Wertes durch die Problemlösemaße und die Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter erbrachte eine Korrelation der tatsächlichen Werte mit den errechneten Werten von $R=.728$. Somit können 49,6% an Varianz der Kriteriumsvariable durch die Problemlösemaße inklusive der Kovariaten erklärt werden. Die Regressionsgleichung ist auf einem Niveau von $p<0,001$ gültig, d.h. der Determinationskoeffizient weicht signifikant von Null ab ($F_{(df8)}=15,663$). Hypothese $H_{9.1}$ konnte bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.24 gibt einen Überblick über die resultierenden Standardregressionskoeffizienten der Prädiktorvariablen und über die jeweiligen partiellen Korrelationen mit der Kriteriumsvariable.

Tabelle 5.24: Koeffizienten des Regressionsmodells zur Vorhersage des STAI-Trait-Wertes

Prädiktorvariablen	Standardisierter Beta-Koeffizient	T-Wert	Signifikanzniveau	Partielle Korrelation
ALTER	,002	,032	,975	,003
BDI-Gesamtwert	,497	4,601	,000	,400
PSI-Gesamtwert	-,056	-,436	,664	-,041
SPSI-Gesamtwert	,008	,063	,950	,006
MEPS-Gesamtwert "Mittel"	-,172	-1,693	,093	-,159
MEPS-Gesamtwert "Ziele"	,051	,499	,619	,047
MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"	,087	,819	,415	,077
IIP-Gesamtwert	,279	2,461	,015	,227

Die Werte der Tabelle 5.24 zeigen, dass lediglich der BDI-Gesamtwert und der IIP-Gesamtwert einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten, während alle anderen Problemlösemaße inklusive der Kovariate Alter unbedeutend für das Regressionsmodell erscheinen. Hypothese $H_{9.2}$ konnte somit bestätigt werden.

Die Annahme eines linearen Zusammenhanges und der Normalverteilung der Residuen konnte statistisch bestätigt werden. Der Durbin-Watson-Koeffizient von 2,065 deutet auf keine Autokorrelationen der Residuen hin. Die Statistiken zur Multikollinearität kommen zu negativen Befunden, so dass das Regressionsmodell als gültig angesehen werden kann. (Eine detaillierte Darstellung der Prüfgrößen befindet sich im Anhang)

5.2.4 Problemlösemaße und Komorbidität

Zur Vorhersage der Anzahl der Nebendiagnosen als Indikator für das Vorliegen von Komorbidität wurden die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele" MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert sowie die Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter in ein multiples Regressionsmodell aufgenommen, dessen Kennwerte in Tabelle 5.25 zusammengefasst sind:

Tabelle 5.25: Modellzusammenfassung zur Vorhersage der Anzahl der Nebendiagnosen

R	R ²	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers
,646	,418	,376	,927

Die Regressionsschätzung der Anzahl der Nebendiagnosen durch die Problemlösemaße und die Kovariaten Depressionsgrad (BDI) und Alter erbrachte eine Korrelation der tatsächlichen Werte mit den errechneten Werten von $R=.646$. Somit können 37,6% an Varianz der Kriteriumsvariable durch die Problemlösemaße inklusive der Kovariaten erklärt werden. Die Regressionsgleichung ist auf einem Niveau von $p<0,001$ gültig, d.h. der Determinationskoeffizient weicht signifikant von Null ab ($F_{(df8)}=9,959$). Hypothese $H_{10.1}$ konnte bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.26 gibt einen Überblick über die resultierenden Standardregressionskoeffizienten der Prädiktorvariablen und über die jeweiligen partiellen Korrelationen mit der Kriteriumsvariable.

Tabelle 5.26: Koeffizienten des Regressionsmodells zur Vorhersage der Zahl der Nebendiagnosen

Prädiktorvariablen	Standardisierter Beta-Koeffizient	T-Wert	Signifikanzniveau	Partielle Korrelation
ALTER	-,024	-,290	,772	-,028
BDI-Gesamtwert	,298	2,481	,015	,229
PSI-Gesamtwert	-,068	-,476	,635	-,045
SPSI-Gesamtwert	-,054	-,366	,715	-,035
MEPS-Gesamtwert "Mittel"	-,211	-1,865	,065	-,174
MEPS-Gesamtwert "Ziele"	-,144	-1,257	,211	-,118
MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"	,125	1,056	,293	,100
IIP-Gesamtwert	,269	2,135	,035	,199

Die Werte der Tabelle 5.26 zeigen, dass lediglich der BDI-Gesamtwert und der IIP-Gesamtwert einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leisten, während alle anderen Problemlösemaße und die Kovariate Alter unbedeutend für das Regressionsmodell erscheinen. Hypothese $H_{10,2}$ konnte bestätigt werden.

Die Annahme eines linearen Zusammenhanges und der Normalverteilung der Residuen konnte statistisch bestätigt werden. Der Durbin-Watson-Koeffizient von 2,043 deutet auf keine Autokorrelationen der Residuen hin. Die Statistiken zur Multikollinearität kommen zu negativen Befunden, so dass das Regressionsmodell als gültig angesehen werden kann. (Eine detaillierte Darstellung der Prüfgrößen befindet sich im Anhang)

5.2.5 Problemlösemaße und BDI

Zur Vorhersage des BDI-Gesamtwertes als Indikator für das Ausmaß des Depressionsgrades wurden die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele" MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert sowie die Kovariate Alter in ein multiples Regressionsmodell aufgenommen, dessen Kennwerte in Tabelle 5.27 zusammengefasst sind:

Tabelle 5.27: Modellzusammenfassung zur Vorhersage des Depressionsgrades (BDI)

R	R ²	Korrigiertes R ²	Standardfehler des Schätzers
,798	,637	,614	0,63972

Die Regressionsschätzung des BDI-Gesamtwertes durch die Problemlösemaße und die Kovariate Alter erbrachte eine Korrelation der tatsächlichen Werte mit den errechneten Werten von $R=.798$. Somit können 61,4% an Varianz der Kriteriumsvariable durch die Problemlösemaße und die Kovariate Alter erklärt werden. Die Regressionsgleichung ist auf einem Niveau von $p<0,001$ gültig, d.h. der Determinationskoeffizient weicht signifikant von Null ab ($F_{(df8)}=28,67$). Hypothese $H_{11.1}$ konnte bestätigt werden. Der erklärte Varianzanteil ist deutlich höher als bei den vorangegangenen Regressionsmodellen. Hypothese $H_{11.2}$ konnte bestätigt werden.

Die nachfolgende Tabelle 5.28 gibt einen Überblick über die resultierenden Standardregressionskoeffizienten der Prädiktorvariablen und über die jeweiligen partiellen Korrelationen mit der Kriteriumsvariable.

Tabelle 5.28: Koeffizienten des Regressionsmodells zur Vorhersage des BDI-Gesamtwertes

Prädiktorvariablen	Standardisierter Beta-Koeffizient	T-Wert	Signifikanzniveau	Partielle Korrelation
ALTER	-,048	-,741	,460	-,070
PSI-Gesamtwert	,132	1,182	,240	,111
SPSI-Gesamtwert	-,041	-,357	,722	-,034
MEPS-Gesamtwert "Mittel"	-,074	-,836	,405	-,079
MEPS-Gesamtwert "Ziele"	-,095	-1,053	,295	-,099
MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"	,006	,060	,952	,006
IIP-Gesamtwert	,624	7,811	,000	,594

Die Werte der Tabelle 5.28 zeigen, dass lediglich der IIP-Gesamtwert einen signifikanten Beitrag zur Varianzaufklärung leistet, während alle anderen Problemlösemaße und die Kovariate Alter unbedeutend für das Regressionsmodell erscheinen.

Die Annahme eines linearen Zusammenhanges und der Normalverteilung der Residuen konnte statistisch bestätigt werden. Der Durbin-Watson-Koeffizient

von 1,673 deutet auf keine Autokorrelationen der Residuen hin. Die Statistiken zur Multikollinearität kommen zu negativen Befunden, so dass das Regressionsmodell als gültig angesehen werden kann. (Eine detaillierte Darstellung der Prüfgrößen befindet sich im Anhang)

5.2.6 Zusammenfassung der Ergebnisse

Die Regressionsmodelle zur Vorhersage des FEV- und EDI-Gesamtmittelwertes (als essstörungsspezifische Kennwerte) durch die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele", MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert unter Einbezug der Kovariaten Depressionsgrad (BDI-Gesamtwert) und Alter konnten 24% bzw. 34,3% an Varianz der Kriteriumsvariable aufklären. Der IIP-Gesamtwert war bei der Vorhersage des FEV-Gesamtmittelwertes der einzige signifikante Prädiktor. Der BDI-Gesamtwert war bei der Vorhersage des EDI-Gesamtmittelwertes der einzige signifikante Prädiktor.

Das Regressionsmodell zur Vorhersage des STAI-Trait-Wertes (als angststörungsspezifischer Kennwert) durch die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele", MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert unter Einbezug der Kovariaten BDI-Gesamtwert und Alter konnte 49,6% an Varianz der Kriteriumsvariable aufklären. Signifikante Prädiktoren waren der BDI-Gesamtwert und der IIP-Gesamtwert.

Bei der Vorhersage der Anzahl der Nebendiagnosen (als Maß für die Komorbidität bzw. Schwere der Erkrankung) konnte ein Regressionsmodell durch die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele", MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert unter Einbezug der Kovariaten BDI-Gesamtwert und Alter 37,6% an Varianz der Kriteriumsvariable aufklären. Signifikante Prädiktoren waren der BDI-Gesamtwert und der IIP-Gesamtwert.

Bei der Vorhersage des BDI-Gesamtwertes (als Maß für den Depressionsgrad) konnte ein Regressionsmodell durch die Problemlösemaße PSI-Gesamtwert, SPSI-R-Gesamtwert, MEPS-Gesamtwert "Mittel", MEPS-Gesamtwert "Ziele", MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen" und IIP-Gesamtwert unter Einbezug der Kovariate Alter 61,46% an Varianz der Kriteriumsvariable aufklären. Der IIP-Gesamtwert war der einzige signifikante Prädiktor.

6 Diskussion

An dieser Stelle sollen nun zunächst die einzelnen Ergebnisse der Hypothesentestung diskutiert, interpretiert und in eine Relation zu bestehenden Befunden sowie zur Nosologie von Essstörungen gesetzt werden. Danach wird das Vorgehen einer Kritik unterzogen. Implikationen für die Praxis der Behandlung von Essstörungen werden anschließend erörtert. Den Abschluss bildet ein Forschungsausblick.

6.1 Diskussion der Ergebnisse

Bei der Analyse des Problem-Solving-Inventory (PSI) als ein Instrument der Prozessmessung, welches allgemeine Problemlösefähigkeiten erfasst, wird der Gruppeneffekt durch die Berücksichtigung des Depressionsgrades aufgehoben und es ergeben sich keinerlei Gruppenunterschiede weder zwischen den Patientengruppen und der Kontrollgruppe noch innerhalb der Patientengruppen. Dies entspricht der hypothetischen Erwartung, dass der Depressionsgrad einen entscheidenden Einfluss auf die Gruppenvergleiche hat. Auf diesem Hintergrund könnten die Befunde zum PSI von ETRINGER et al. (1989), BIRK (1995), SOUKUP et al. (1990) und ESPELAGE et al. (2000) bei Essgestörten auch anders interpretiert werden, als dies die Autoren tun. Das schlechtere Abschneiden der Bulimikerinnen in der Problemlösefähigkeit im Vergleich zur Kontrollgruppe ließe sich auf den Depressionsgrad als störungsübergreifende Variable zurückführen und weniger auf die Essstörungssymptomatik selbst. Ergänzt werden diese Ergebnisse durch Befunde, die deutlich eingeschränkte Problemlösefähigkeiten im PSI bei Patienten mit Depressionen finden (HEPPNER et al., 1987; NEZU, 1985; NEZU & RONAN, 1985; NEZU, KALMAR, RONAN & CLAVIJO, 1986). Berücksichtigt man zudem, dass es sich beim PSI um ein Instrument der Selbstbeurteilung handelt, und dass bei allen drei Patientinnengruppen affektive Störungen als Nebendiagnosen vorlagen, verwundern diese Ergebnisse aus klinisch-psychologischer Sicht nicht. Eine generell negative Selbsteinschätzung, wie sie bei Patientinnen mit Depressionen üblich ist (z.B. HAUTZINGER, STARK & TREIBER, 1994) beinhaltet offensichtlich auch eine negative Einschätzung der eigenen Problemlösefähigkeiten.

Die Analysen des Social-Problem-Solving-Inventory (SPSI-R) können die Interpretation der Ergebnisse des PSI nur teilweise stützen. Beim Gruppenvergleich der sozialen Problemlösefähigkeiten wird der Gruppeneffekt durch den signifikanten Einfluss der Kovariate Depressionsgrad lediglich abgeschwächt und die

Einzelvergleiche ergeben Unterschiede. BED-Patientinnen und Angstpatientinnen erzielen schlechtere Werte im SPSI-R, als die Kontrollgruppe, unterscheiden sich jedoch nicht untereinander oder im Vergleich zu den Bulimikerinnen. Für diesen Unterschied lässt sich der Depressionsgrad nicht als alleinige Erklärung heran ziehen, wie dies beim PSI der Fall ist. Leider wurden bisher noch keine essgestörten Patientenstichproben mit dem SPSI-R untersucht, sodass Vergleichsdaten fehlen. Es gibt nur wenige Untersuchungen mit anderen klinischen Stichproben. Obwohl LADOUCEUR et al. (1998) keine Hinweise auf Problemlösedefizite von Patienten mit einer generalisierten Angststörung finden können, lassen sich von NOTTINGHAM (1993) deutliche Zusammenhänge zu Symptomen psychiatrischer Erkrankungen und SPSI-Werten aufzeigen. Einen Einfluss des Depressionsgrades auf die Ausprägung der SPSI-Werte bestätigen die Befunde von FACCINI (1992), KRAUSE und SIMONS (1981) und SCHOTTE et al. (1990). Hier hatten depressive Patienten auch schlechtere Problemlöseleistungen als die Kontrollgruppen. Warum der Depressionsgrad bei der Analyse zum SPSI-R dieser Studie nicht allein in der Lage ist, die Gruppenunterschiede zu nivellieren, könnte auf die Eigenschaften des Instruments bzw. der Patientenstichprobe zurückgeführt werden. Der SPSI-R erfasst die Selbsteinschätzung des *sozialen* Problemlösens. Hier steht eine interaktionelle Komponente des Problemlösens im Vordergrund, die über die formalen Problemlöseschritte hinaus reicht (wie sie mit dem PSI gemessen werden). In der Gruppe der Angstpatientinnen befinden sich sechs Patientinnen mit der Hauptdiagnose und weitere sechs Patientinnen mit der Nebendiagnose Soziale Phobie. Bei diesem Störungsbild sind die meisten sozialen Aspekte der Interaktion und damit auch das Problemlösen mit massiven Ängsten besetzt. Hieraus ließe sich der deutliche Gruppeneffekt auch unabhängig vom Depressionsgrad erklären. Warum sich die BED-Patientinnen signifikant von der Kontrollgruppe unterscheiden, die Bulimie-Patientinnen dagegen nicht, bleibt unklar. In beiden Gruppen von Essgestörten haben zehn Prozent der Patientinnen komorbid auch die Diagnose einer sozialen Phobie. Leider fehlen bislang Studien mit dem SPSI-R, die über den genauen Zusammenhang von Problemlösefähigkeiten und sozialer Phobie Aufschluss geben könnten.

Die Analysen der Outcome-Messung, die durch die drei Gesamtwerte der Means-End-Problem-Solving-Procedure (MEPS) realisiert wurde, deuten in die gleiche Richtung: Beim Gruppenvergleich der MEPS-Gesamtwerte "Mittel" und MEPS-Gesamtwerte "Ziele" werden durch die Einführung der Kovariate De-

pression die Gruppeneffekte abgeschwächt, bleiben aber dennoch bestehen. Der Depressionsgrad hat hier im Gegensatz zu den Analysen des PSI aber konform mit den Befunden zum SPSI-R keinen signifikanten Einfluss. Die Gruppenvergleiche zeigen, dass Bulimikerinnen, BED-Patientinnen und Angstpatientinnen signifikant weniger Mittel zur Zielerreichung und auch weniger Ziele generieren können, als gesunde Kontrollpersonen. Die drei Patientengruppen unterscheiden sich auch hier nicht untereinander. Die Ergebnisse der Analysen des MEPS-Gesamtwertes "Konsequenzen" stimmen mit den Ergebnissen der PSI-Analysen überein. Der Gruppeneffekt wird durch den Depressionsgrad vollständig nivelliert. Die Berücksichtigung des Depressionsgrades beeinflusst also die Ergebnisse entscheidend. Leider liegen auch hier keine Vergleichsdaten von Essgestörten vor. Eine Studie von BRODBECK und MICHELSON (1987), die Agoraphobiepatienten untersuchten, kam zu einem äquivalenten Ergebnis: Die Patientengruppe schnitt im MEPS deutlich schlechter ab, als gesunde Kontrollpersonen, unter Berücksichtigung des Depressionsgrades als Kovariate zeigten sich dann keine signifikanten Effekte mehr.

Bei den Gruppenvergleichen hinsichtlich des Inventar-Interpersonaler-Probleme (IIP), als ein Instrument zur Messung des Ausmaßes wahrgenommener interpersoneller Probleme, zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Einfluss des Depressionsgrades. Hier wird der Gruppeneffekt durch dessen Berücksichtigung ebenfalls abgeschwächt. Das bedeutet, dass auch unabhängig von der Depressivität Gruppenunterschiede derart bestehen, dass alle drei Patientengruppen signifikant mehr interpersonelle Schwierigkeiten wahrnehmen als die Kontrollgruppe. Dieses Ergebnis ist vergleichbar mit den Analysen zum SPSI-R und zu den MEPS-Gesamtwerten "Mittel" und "Konsequenzen". Es deckt sich außerdem mit den Befunden von BRÄHLER et al. (1999), die ebenfalls bei Essgestörten im Vergleich zu den Normwerten ein höheres Ausmaß interpersoneller Probleme feststellen konnten. SCHWEDLER (1997) konnte diesen Effekt bei Bulimikerinnen zeigen, jedoch auch bei einer Gruppe von Angstpatienten, die hinsichtlich ihres Depressionsgrades vergleichbar waren. Leider wurde der Einfluss der Kovariate Depression in beiden Studien nicht berücksichtigt.

Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass bei einer *Vernachlässigung* des Depressionsgrads alle sechs Analysen der Problemlösemaße signifikante Gruppeneffekte zeigen. Diese schwächen sich bei einer *Berücksichtigung* des Depressionsgrades in vier der eingesetzten Verfahren deutlich ab, in zwei Verfahren wird der Effekt sogar ganz nivelliert. Somit konnte in den meisten Analy-

sen der Einfluss des Depressionsgrades bestätigt werden, unabhängig davon, ob es sich um Prozess- oder Outcome-Messungen handelte. Unterstützt wird dieses Fazit durch die Ergebnisse einer Studie von TOBIN und GRIFFING (1995) zu Coping-Strategien bei Bulimikerinnen. Das Ausmaß vorliegender Depressivität hatte die unterschiedlichen Präferenzen von Patientinnen in ihrer Wahl der verschiedenen Coping-Strategien zur Folge. Das Ausmaß der affektiven Symptomatik und nicht der bulimischen Symptomatik war für die Gruppenunterschiede in dieser Studie verantwortlich.

Diese Interpretation wird von den Ergebnissen der multivariaten Analysen dieser Arbeit ergänzt. Die Problemlösemaße sind unter Hinzunahme des Depressionsgrades annähernd gleichermaßen in der Lage, störungsspezifische Fragebogenmaße vorherzusagen. Bei den essstörungsspezifischen Kennwerten FEV- und EDI-Gesamtwert erfolgt eine 24%ige bzw. 34,3%ige Varianzaufklärung. Die bedeutsamen Prädiktoren sind hier der IIP-Gesamtwert bzw. der BDI-Gesamtwert. Der STAI-Wert als angststörungsspezifischer Kennwert kann durch die Prädiktoren IIP-Gesamtwert und BDI-Gesamtwert zu 46,6% aufgeklärt werden. Aufgrund der hohen Komorbiditätsraten haben hier die Patientengruppen jedoch vergleichbare Ausprägungen (vgl. Kapitel 4.3.2.3). Auch von dem störungsunspezifischen Kennwert "Anzahl der Nebendiagnosen" als Maß für die allgemeine Komorbidität der Patientinnen können 37,6 % durch die Problemlösemaße erklärt werden. Hier sind wiederum IIP-Gesamtwert und BDI-Gesamtwert die bedeutsamen Prädiktoren. Ganze 61,4% der Varianz des BDI-Gesamtwertes lassen sich allerdings durch die Problemlösemaße vorhersagen. Die Regressionsmodelle verdeutlichen einen engen Zusammenhang zwischen dem Depressionsgrad und den störungsspezifischen *und* störungsunspezifischen Kennwerten auf der einen Seite und den Problemlösemaßen auf der anderen Seite. Dies deckt sich mit den Ergebnissen einer Studie von TROOP et al. (1994). Sie konnten zeigen, dass die Wahl einer bestimmten Coping-Strategie (z.B. des Problemlösens) die Schwere der Depressivität, nicht jedoch die Schwere der Essstörung vorhersagen konnte.

Eine besondere Stellung nimmt bei der Vorhersage der Kennwerte in der vorliegenden Studie der IIP-Gesamtwert ein, während alle anderen Problemlösemaße eher unbedeutend sind. In fünf der sechs Regressionsanalysen ist der IIP-Gesamtwert als einziges Problemlösemaß ein signifikanter Prädiktor verbunden mit einem hohen Anteil an der Vorhersage des Depressionsgrades. Dies könnte sich aus dem Umstand erklären, dass es sich beim IIP um ein Ver-

fahren handelt, welches direkt interpersonelle Schwierigkeiten und Probleme erfragt und somit einen engeren Bezug zu Aspekten der allgemeinen psychischen Gesundheit aufweist, als die anderen Problemlösemaße, die eher den Vorgang bzw. das Ergebnis des (sozialen) Problemlösens in den Fordergrund stellen. Die Wahrnehmung interpersoneller Probleme steht in einem engen Zusammenhang zur Erkrankung und zum Depressionsgrad.

6.2 Implikationen für die Nosologie von Essstörungen

In allen sechs untersuchten Problemlöse-Maßen zeigten sich unabhängig von der Art der Messung keine Unterschiede zwischen den drei Patientengruppen. Bulimikerinnen und BED-Patientinnen unterschieden sich ebenso wenig hinsichtlich ihrer Problemlöseleistungen wie Bulimikerinnen und Angstpatientinnen oder Angstpatientinnen und BED-Patientinnen. Die Problemlösefähigkeiten der drei Patientengruppen sind vergleichbar, eingeschränkte Problemlösefähigkeiten sind in dieser Stichprobe folglich nicht essstörungsspezifisch. Dies bestätigt die eingangs formulierte Hypothese, dass es sich bei den Einschränkungen in der Problemlösefähigkeit von Essgestörten wahrscheinlich um ein Charakteristikum von psychischen Erkrankungen allgemein handeln könnte.

Obwohl die Ergebnisse dieser Studie keine essstörungsspezifischen Rückschlüsse zu lassen, so können dennoch Aussagen über die Patientengruppen getroffen werden und somit auch über die Problemlösefähigkeiten von essgestörten Patientinnen im Kontrast zur Kontrollgruppe. Hier zeigten sich einerseits Effekte, die vom Depressionsgrad determiniert wurden, aber andererseits auch Unterschiede, die als eigenständig einzustufen sind. Letztere wurden durch Verfahren der Selbsteinschätzung gefunden, die soziale Komponenten des Problemlösens bzw. die Wahrnehmung interpersoneller Probleme berücksichtigten aber auch durch Verfahren der Outcome-Messung. Dieses Ergebnis kann in das biopsychosoziale Modell der Bulimia Nervosa von TUSCHEN-CAFFIER und FLORIN (2002) integriert werden. Da in dieser Studie essgestörte Patientinnen zu einem Zeitpunkt untersucht wurden, an dem die Erkrankung schon ausgebrochen war, können die hier gefundenen wahrgenommenen sozialen Problemlösedefizite und interpersonellen Probleme als aufrechterhaltende Faktoren verstanden werden, die in der Lage sind, Stressoren zu verstärken bzw. selbst zu Stressoren zu werden und somit Essanfällen auszulösen bzw. den bulimische Teufelskreis und seine affektregulierenden Mechanismen zu perpetuiert. Auch wenn es nahe liegend erscheint, diesen Faktoren ebenso eine Bedeutung

im Sinne einer Prädisposition für die Entwicklung einer Essstörung beizumessen, fehlt hierfür bislang die empirische Evidenz.

Da sich in dieser Studie der Depressionsgrad als eine bedeutsame Komponente bei den Analysen der Gruppenunterscheide erwiesen hat, und zudem bei Essgestörten die hohen Komorbiditätsraten bezüglich affektiver Erkrankungen bekannt sind, ist es sehr verwunderlich, dass diese Merkmale und die damit verbundenen kognitiven Einschränkungen bisher keinen Eingang in gängige ätiologische Modelle der Bulimia Nervosa gefunden haben. Auch wenn es sich hier um keine störungsspezifischen Effekte handelt, so sollten diese keinesfalls bei der Erklärung der Erkrankung vernachlässigt werden.

Ein Unterschied zwischen den Gruppen der Bulimikerinnen und der BED-Patientinnen konnte weder im Depressionsgrad noch in einer der untersuchten Problemlösevariablen festgestellt werden. Problemlösedefizite können somit nicht als Faktoren angesehen werden, die eine Differenzierung der beiden essgestörten Gruppen ermöglichen. Ebenso wenig können sie zwischen den Essgestörten und der Gruppe der Angstpatientinnen differenzieren. Diese Befunde sind nicht in der Lage, die nosologische Eigenständigkeit der Diagnose "Binge-Eating"-Störung zu untermauern, stellen diese jedoch (in Bezug auf die Ergebnisse der Angstpatientinnen) auch nicht in Frage.

6.3 Kritik des Vorgehens

Für die Erfassung von Essstörungen in der klinischen Forschung hat sich ein multimodaler Ansatz etabliert. Dieser besteht nach FICHTER und QUADFLIEG (2001) aus strukturierten Interviews, Selbstbeurteilungsskalen, objektiven Messungen, Verhaltensbeobachtungen und Tagesprotokolle der Patientinnen. Jede dieser Ebenen des "Assessments" hat spezifische Vor- und Nachteile. Objektive Messungen und Verhaltensbeobachtungen beispielsweise sind schwer zu realisieren, Protokolle liefern nur dann valide Ergebnisse, wenn Patientinnen diese auch sorgfältig ausfüllen. Strukturierte Interviews sind hierbei in Kombination mit Selbstbeurteilungsskalen nach COOPER und FAIRBURN (1987) die effektivsten und besten Verfahren der Essstörungsdiagnostik. Durch die Berücksichtigung vieler Ebenen soll ein möglichst umfangreiches Bild entstehen. Diese Empfehlung wurde in der vorliegenden Studie bei der Stichprobengewinnung realisiert. Bezogen auf die Hypothesentestung und somit die Erfassung von (sozialen) Problemlösefähigkeiten wurde zwar der Konzeptualisierung von D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1995) folgend eine Prozess- und Outcome-

Messung realisiert, diese erfolgte jedoch ausschließlich in Form von Selbstbeurteilungsskalen bzw. von Papier-und-Bleistift-Tests. Da geeignete deutschsprachige Verfahren der Prozessmessung nicht vorhanden sind und es nur wenige Befunde zum Problemlösen bei Essgestörten gibt, musste auf Übersetzungen von englischsprachigen Verfahren zurückgegriffen werden, um eine Vergleichbarkeit der Befunde zu ermöglichen. Zudem musste die Zumutbarkeit für die Patientenstichproben gewährleistet sein, wodurch umfangreiche Prozeduren wie z.B. objektive Verhaltensbeobachtungen ausgeschlossen waren. Diese Einschränkungen hatten zur Folge, dass durch die eingesetzten Verfahren nur ein begrenzter Bereich des Untersuchungsgegenstands erfasst werden konnte.

Für die Hypothesentestungen wurden die Gesamtwerte der Problemlösefragebögen analysiert. Dadurch wurden Unterskalen nicht berücksichtigt und somit eine Einschränkung der Informationen vorgenommen. Es ist zu vermuten, dass auch die Unterskalen der Fragebögen interessante Aspekte der Problemlöseleistungen beinhalten und ein noch differenzierteres Bild auf die Patientengruppen und deren Unterschiede zur gesunden Kontrollgruppe werfen würden. Beim MEPS musste auf eine qualitative Auswertung aufgrund der unscharfen Auswertungskriterien verzichtet werden. Eine weitere Verbesserung des Instruments wäre hier wünschenswert.

Im Rahmen dieser Studie wurden essgestörte Patientinnen untersucht, die zu einem großen Anteil komorbid auch unter Angststörungen und Depressionen litten. Dies erschwert die Vergleichbarkeit der Patientenstichproben, da hier gleiche Symptome sowohl in der Gruppe der Essgestörten als auch in der Gruppe der Angstgestörten vorliegen, wenn auch in unterschiedlicher klinischer Gewichtung. Wären Patientinnen ohne Nebendiagnosen untersucht worden, hätte es sich zwar nicht mehr um eine repräsentative Stichprobe von Bulimikerinnen bzw. BED-Patientinnen in einer ambulanten Behandlungseinrichtung gehandelt, man hätte jedoch gegebenenfalls Aussagen über isoliert vorliegende essstörungsspezifische Unterschiede in den Problemlösefähigkeiten machen können, die nicht von Depressions- oder Angstsymptomen überlagert worden wären.

6.4 Implikationen für die Praxis

Welche Implikationen ergeben sich nun für die Diagnostik von essgestörten Patientinnen und für die Durchführung von psychotherapeutischen Behandlungen aus den dargestellten Befunden? Für die multimodale Erfassung von Ess-

störungen bleibt festzuhalten, dass aufgrund der hohen Komorbiditätsraten nicht nur standardmäßig eine Depressionsdiagnostik durchgeführt, sondern möglichst auch soziale Problemlösefähigkeiten und die Wahrnehmung interpersonaler Probleme erfasst werden sollte, da hier offensichtlich psychische Einschränkungen bei Essgestörten bestehen. Der SPSI-R und der IIP haben sich in dieser Studie bewährt, da hier die Gruppenunterschiede nicht vollständig von der Depressivität überlagert wurden. (Diese Aussage muss auf dem Hintergrund der Ergebnisse auch auf die Diagnostik von Angsterkrankungen zutreffen). Um den Aufwand für Patienten gering zu halten und trotzdem wichtige Informationen für die Therapieplanung zu erhalten, wären hier Verfahren empfehlenswert, die einen größeren Fokus anlegen und das Coping-Verhalten allgemein erfassen. Auf diesem Wege wäre dem Diagnostiker die gesamte Bandbreite der Bewältigungsversuche von Essgestörten zugänglich (nicht nur das Problemlösen) und so für die Erstellung einer individuellen Verhaltensanalyse bzw. eines Behandlungsplans nutzbar.

Während in Behandlungsansätzen wie z.B. der "Interpersonellen Therapie" (IPT) nach FAIRBURN (1997) die Bewältigung interpersoneller Probleme als zentrales Ziel formuliert wird, finden in den meisten kognitiv-behavioral orientierten Therapien von Essstörungen sowohl Problemlösetechniken als auch die Lösung interpersoneller Probleme in Form von Therapiebausteinen Eingang in die Behandlung. WAADT et al. 1992 können bei der Durchsicht von 32 Therapiestudien verhaltenstherapeutischer Prägung einen prozentualen Anteil der Therapiekomponente "Problemlösetechniken" von ca. 15% in Gruppentherapien und von ca. 27% in Einzeltherapien aufzeigen. Im Behandlungsmanual von TUSCHEN-CAFFIER und FLORIN (2002) wird lediglich im Rahmen von Expositionsübungen gegenüber Belastungssituationen auf den Einsatz von Problemlösetrainings verwiesen. Gelegentlich werden trotz unzureichender Befundlage interpersonelle Probleme als bloße Folgeprobleme der Esssymptomatik betrachtet. Die gefundenen Beeinträchtigungen der Patientinnen in dieser Studie einerseits und die eindrucklichen Ergebnisse der vergleichenden Therapieforschung (z.B. WILFLEY, AGRAS, TELCH, ROSSITER, SCHNEIDER, COLE, SIFFORD & RAEBURN, 1993) zur Wirksamkeit der Interpersonellen Therapie (IPT) nach FAIRBURN (1997) andererseits machen deutlich, dass interpersonelle Probleme oder soziales Problemlösen in kognitiv-behavioralen Behandlungsansätzen von Essstörungen keinesfalls vernachlässigt werden sollten. Die vorliegende Arbeit liefert eine empirische Fundierung der Notwendigkeit des Einsatzes von interpersonel-

len bzw. sozialen Problemlösemodulen in individualisierten Behandlungsplänen, sofern die psychodiagnostischen Befunde dies indizieren. Über die therapeutische Wirksamkeit dieser *störungsunspezifischen* Module besteht derzeit kein Zweifel (GRAWE et. al. 1994)

6.5 Forschungsausblick

Die ökonomisch notwendige Beschränkung der vorliegenden Arbeit auf einige Instrumente der Prozess- und Outcome-Messung lassen den Eindruck entstehen, dass nur ein begrenzter Bereich des (sozialen) Problemlöseverhaltens erfasst werden konnte. Sowohl eine mehrdimensionale Diagnostik des (sozialen) Problemlösens als auch eine differenzierte Auswertung der eingesetzten Instrumente über die Gesamtwerte hinaus wäre sicher in der Lage gewesen, ein vollständigeres Bild zu entwickeln. Da diese Arbeit den Anspruch hatte, zunächst erste Ergebnisse zur Problemlösefähigkeiten von Essgestörten unter Berücksichtigung des Depressionsgrades und deren Störungsspezifität zu sammeln, fällt diese Aufgabe zukünftiger Forschung zu. Bezüglich der ökologischen Validität wären hier sicher interessante Ergebnisse von direkten Verhaltensbeobachtungen entweder in Rollenspielen oder besser in realen sozialen Problemsituationen zu erwarten. Diese sind im Forschungs-Setting schwer durchzuführen und beinhalten methodische und ethische Schwierigkeiten. Objektive Tests existieren derzeit nicht, so dass der Rückgriff auf leicht und schnell einzusetzende Fragebogen-Instrumente bei allen Einschränkungen unumgänglich ist, wenn auch unbefriedigend bleibt.

Die Erkenntnis, dass Essgestörte in ihren Problemlösefähigkeiten zum Zeitpunkt ihrer Erkrankung eingeschränkt sind, lässt die wichtige und ebenso interessante Frage offen, welche Rolle diese Defizite bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung spielen. Handelt es sich hier um einen die Erkrankung verursachenden Faktor oder um die Folge der Symptomatik? Gleichmaßen sind die genauen Zusammenhänge von Problemlösedefiziten und Depressivität unklar. Sind Bulimikerinnen schlechtere Problemlöser, weil sie so depressiv sind, oder sind sie depressiv, weil sie Bulimia Nervosa haben und/oder schlechte Problemlöser sind? Hier könnten allein prospektive Studien über die ätiologischen Zusammenhänge in der Art wie z.B. die von LEON, FULLERSON, PERRY, KEEL und KLUMP. (1999), KENDLER et al. (1991) oder STICE et al. (1998) zur Bedeutung des Diäthalten oder KILLEN et al. (1994) zur Bedeutung der Beschäftigung von Gewicht und Figur für die Entstehung von Essstörungen

Aufschluss geben, die die sozialen Problemlösefähigkeiten und interpersonelle Probleme berücksichtigen und als mögliche Risikofaktoren schon vor Ausbruch der Erkrankung untersuchen.

Die vorliegende Arbeit konnte zeigen, wie wichtig es ist, neben der störungsspezifischen Erforschung durch Spezialisten der jeweiligen Erkrankungen auch störungsübergreifende Forschung zu betreiben. Auf diese Art kann die Gefahr vermindert werden, psychologische Merkmale von Essgestörten für störungsspezifisch zu halten, die tatsächlich jedoch bei vielen psychischen Erkrankungen auftreten und somit eher als allgemeine Marker für psychische Erkrankungen angesehen werden sollten. Aus meiner Sicht mindert dies keinesfalls den Wert der Erkenntnisse für die Störungsgruppe des eigenen Interesses.

Auch wenn der Erkenntnisstand bezüglich der Essstörungen ständig erweitert, differenziert und elaboriert wird, so sind doch zahlreiche Befunde widersprüchlich, viele Zusammenhänge unklar und ein umfassendes Störungsmodell derzeit nur ansatzweise erkennbar. Gut wirkende und ökonomische Behandlungsansätze sind zwar entwickelt und evaluiert worden, aber leider profitieren nicht alle Patientinnen von diesen Interventionsmöglichkeiten, weil sie ihnen nicht zugänglich sind, Versorgungskapazitäten fehlen oder vorhandene Psychotherapeuten keine geeignete Aus- oder Weiterbildung erfahren haben. Hier wird deutlich, dass Forschungs-, Anwendungs- und Ausbildungsfragen eng miteinander verknüpft sind und eine Separierung mehr Nachteile als Vorteile beinhaltet. Das Mitte der 40er Jahre in Amerika entwickelte und im dortigen Bildungssystem umgesetzte "Scientist-Practitioner-Model" (Wissenschaftler-Praktiker-Modell, APA Committee on Training in Clinical Psychology, 1947) hat versucht, eine enge Verzahnung von Forschung und Praxis in der Ausbildung von Psychologen zu etablieren. Das Modell übt nach wie vor trotz der "historischen" Einschränkungen (vgl. SCHORR, 1986) und des diskussionswürdigen Realitätsgehalts (vgl. EIFERT & LAUTERBACH, 1995) einen deutlichen Einfluss auf die deutschsprachige akademische Psychologie und Therapeutenausbildung aus. Diese Arbeit ist in der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie entstanden und am Institut für Psychologie der EMAU Greifswald zuende geführt worden, zwei Einrichtungen, die sich diesem Modell verpflichtet fühlen und dies durch eng verzahnte Grundlagenforschung, Ausbildung von Therapeut(inn)en und Behandlung von Patient(inn)en deutlich machen. Die hier formulierten Implikationen für Forschung und Praxis sollen zeigen, wie wünschenswert es ist, dass Behandlungen von "scientist-practitioners" (STRIKER, 2002) und von "prac-

itioner-scientists" durchgeführt werden, die gleichermaßen professionelle Forscher und Behandler sind, und somit neue Erkenntnisse der Forschung umsetzen, aber auch Forschungsanstöße aus der Praxis heraus entwickeln können ("practitioner-initiated research").

Aus meiner Sicht können nur auf diesem Wege die enormen Anstrengungen zukünftiger Grundlagen- und Psychotherapieforschung bewältigt werden, die notwendig sind, um zu befriedigenden Störungsmodellen und evaluierten Behandlungsrationalen der Essstörungen zu gelangen mit dem Ziel, eine noch professionellere Hilfe bei diesen in der weiblichen Bevölkerung häufig auftretenden schweren psychischen Erkrankungen geben zu können.

7 Zusammenfassung

Im Rahmen eines biopsychosozialen Modells der Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung wird versucht, sowohl die Entstehung als auch die Aufrechterhaltung der Erkrankungen durch miteinander in Dependenz stehende multiple Bedingungsfaktoren zu erklären. Neben zahlreichen genetischen, biobehavioralen und soziokulturellen Faktoren werden im Rahmen der psychischen Faktoren auch Problemlösefähigkeiten als eine besondere Form des Coping-Verhaltens in ihrer nosologischen Bedeutung diskutiert. In den meisten Behandlungsansätzen werden daher auch Interventionsmodule (in unterschiedlicher Gewichtung) eingesetzt, durch die ein Aufbau bzw. eine Verbesserung vor allem sozialer Problemlösefähigkeiten erreicht werden soll. Während die Befundlage zur Wirksamkeit dieser Behandlungsansätze eindeutig positiv ist, so gibt es dennoch nur sehr wenige Studien, die Art und Umfang von Problemlösedefiziten und -fähigkeit in dieser Störungsgruppe explizit untersuchen. Neben der Widersprüchlichkeit der wenigen Ergebnisse wird ein Vergleich durch methodische Mängel erschwert, wie z.B. fragwürdige Messinstrumente oder die mangelnde Kontrolle von Störvariablen. Mit dieser Studie wurde aufbauend auf dem klassischen Problemlösemodell von D'ZURILLA und NEZU (1971) und geleitet durch eine Konzeptualisierung von D'ZURILLA und MAYDEU-OLIVARES (1995) durch empirisch überprüfte Fragebogenverfahren der Prozess- und Outcome-Messung von Problemlösefähigkeiten der Frage nachgegangen, ob Bulimikerinnen bzw. BED-Patientinnen bei der Lösung von interpersonellen und alltäglichen Problemen eingeschränkte Kompetenzen besitzen bzw. ihre Fähigkeiten defizitär wahrnehmen. Hierzu wurden 30 Bulimikerinnen und 30 BED-Patientinnen nach DSM-IV diagnostiziert. Neben den störungsspezifischen klinischen Skalen zur Beschreibung der Stichprobe und der Kontrolle des Depressionsgrades wurden zur Hypothesentestung das Problem-Solving-Inventary (PSI) von HEPNER und PETERSEN (1982), das Social-Problem-Solving-Inventary (SPSI-R) von D'ZURILLA und NEZU (1990), das Means-End-Problem-Solving-Verfahren (MEPS) von PLATT und SPIVAK (1975) in der deutschen Bearbeitung von KÄMMERER (1983) und das Inventar-zur-Erfassung-interpersonaler-Probleme (IIP) von HOROWITZ, STRAUSS und KORDY (1994) eingesetzt. Zur Erörterung der Spezifitätshypothese wurde den beiden Gruppen essgestörter Frauen zusätzlich eine klinische Kontrollgruppe von 30 Angstpatientinnen und eine Gruppe von 30 Frauen ohne psychische Störungen gegenübergestellt. Die Auswertung erfolgte durch uni- und multivariate Analyseverfahren. Die Ergebnisse der Instrumente zeigten eindeutig eingeschränkte Problemlösefähigkeiten der drei Patientengruppen im Vergleich zur Kontrollgruppe. Unter Berücksichtigung des Depressionsgrades der Probandinnen trat eine Abschwächung, teilweise sogar eine Nivellierung der Effekte auf. Die Patientengruppen unterschieden sich nicht untereinander. Bei den multivariaten Analysen konnte gezeigt werden, dass die Problemlöse-Fragebögen sowohl Varianzanteile der störungsspezifischen, als auch Varianzanteile der störungsunspezifischen Kennwerte vorhersagen konnten. In einem weitaus größeren Maße waren sie jedoch in der Lage, den Depressionsgrad zu bestimmen. Die Bedeutung von Problemlösedefiziten bei Essgestörten wird durch diese Studie bestätigt, jedoch nicht in einem störungsspezifischen Sinne sondern eher als störungsunspezifische Größe, die auch bei anderen psychischen Erkrankungen zu erwarten ist. Eine Berücksichtigung von Problemlösefähigkeiten in einem biopsychosozialen Störungsmodell, in Diagnostik und Behandlung von Bulimia Nervosa und "Binge-Eating"-Störung wird durch die Ergebnisse dieser Arbeit gerechtfertigt. Zukünftige Forschung sollte vor allem im Bereich prospektiver Studien Erkenntnisse zu Tage fördern, in wie weit Problemlösedefizite als auslösende Bedingungsfaktoren oder als Folgeprobleme der Symptomatik anzusehen sind.

8 Literaturverzeichnis

- Abbott, D. W., de Zwaan, M., Mussell, M. P., Raymond, N. C., Seim, H. C., Crow, S. J., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (1998). Onset of binge eating and dieting in overweight women: Implications for etiology, associated features and treatment. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3-4), 367-374.
- Abraham, S. F., & Beumont, P. J. (1982). How patients describe bulimia or binge eating. *Psychological Medicine*, 12(3), 625-635.
- Ach, N. (1905). *Über die Willenstätigkeit und das Denken*. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Agras, W. S., Telch, C. F., Arnow, B., & Marnell, M. (1997). One-year follow-up of cognitive-behavioral therapy for obese individuals with binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 65(2), 343-347.
- Aitken, R. C., Zealley, A. K., & Rosenthal, S. V. (1969). Psychological and physiological measures of emotion in chronic asthmatic patients. *Journal of Psychosomatic Research*, 13(3), 289-297.
- Alden, L. E., Wiggins, J. S., & Pincus, A. L. (1990). Construction of circumplex scales for the Inventory of Interpersonal Problems. *Journal of Personality Assessment*, 55(3-4), 521-536.
- American Psychiatric Association (1947). Committee on Training in Clinical Psychology. Recommended graduate training program in clinical psychology. *American Psychologist*, 2, 539-558.
- American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-III)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders - revised edition (DSM-III-R)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fourth Edition (DSM-IV)*. Washington, DC: American Psychiatric Press.
- Anderson, K. P. (1995). Differences in treatment response and preliminary treatment outcome between bulimic patients with and without a history of sexual abuse. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(5-B), 2851.
- Arnow, B., Kenardy, J., & Agras, W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study. *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2), 155-170.
- Attie, I., & Brooks Gunn, J. (1995). The development of eating regulation across the life span. In D. Cicchetti & D. J. Cohen (Eds.). *Developmental psychopathology, Vol. 2: Risk, disorder, and adaptation*. (pp. 332-368). Oxford, England: John Wiley & Sons.
- Barsky, A. J. (1988). *Worried sick: Our troubled quest for wellness*. New York: Little, Brown and Co.
- Bartholomew, K., & Horowitz, L. M. (1991). Attachment styles among young adults: A test of a four-category model. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(2), 226-244.

- Bartling, G., Echelmeyer, L., Engberding, M., & Krause, R. (1992). *Problemanalyse im therapeutischen Prozess. Leitfaden für die Praxis*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Basdevant, A., Pouillon, M., Lahlou, N., & Le Barzic, M. (1995). Prevalence of binge eating disorder in different populations of French women. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 309-315.
- Baucom, D. H., & Aiken, P. A. (1981). Effect of depressed mood on eating among obese and nonobese dieting and nondieting persons. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(3), 577-585.
- Baumgardner, A. H., Heppner, P. P., & Arkin, R. M. (1986). Role of causal attribution in personal problem solving. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50(3), 636-643.
- Beck, A. T., Ward, C. H., Mendelson, M., Mock, J., & Erbaugh, J. (1961). An inventory for measuring depression. *Archives of General Psychiatry*, 4, 561-571.
- Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G., & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 893-897.
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H. E. (1977). New standardization of the Giessen Test. *Diagnostica*, 23(4), 287-297.
- Beckmann, D., Brähler, E., & Richter, H. E. (1991). *Der Giessen-Test (GT). Ein Test für Individual- und Gruppendiagnostik*. Göttingen: Testzentrale Göttingen.
- Biggam, F. H., & Power, K. G. (1999). A comparison of the problem-solving abilities and psychological distress of suicidal, bullied, and protected prisoners. *Criminal Justice and Behavior*, 26(2), 196-216.
- Biggam, F. H., & Power, K. G. (1999). Social problem-solving skills and psychological distress among incarcerated young offenders: The issue of bullying and victimization. *Cognitive Therapy and Research*, 23(3), 307-326.
- Birk, M. W. (1995). Social problem-solving in bulimic and non-bulimic women. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 56(2-B).
- Blouin, A. G., Blouin, J., Bushnik, T., & Braaten, J. (1993). A double-blind placebo-controlled glucose challenge in bulimia nervosa: Psychological effects. *Biological Psychiatry*, 33(3), 160-168.
- Bond, A. J., Shine, P., & Bruce, M. (1995). Validation of visual analogue scales in anxiety. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 5(1), 1-9.
- Bonner, R. L., & Rich, A. R. (1988). Negative life stress, social problem-solving self-appraisal, and hopelessness: Implications for suicide research. *Cognitive Therapy and Research*, 12(6), 549-556.
- Booth, D. A., & Fuller, J. (1981). Salivation as a measure of appetite: A sensitivity issue. *Appetite*, 2(4), 370-372.
- Boskind-Lodahl, M. (1976). Cinderella's stepsisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. *Signs*, 2(2), 342-356.

- Brand-Jacobi, J. (1984). Bulimia nervosa: Ein Syndrom süchtigen Essverhaltens. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 34(7), 151-160.
- Brähler, E., Horowitz, L. M., Kordy, H., Schumacher, J., & Strauß, B. (1999). Zur Validierung des Inventars zur Erfassung Interpersonaler Probleme (IIP). Ergebnisse einer Repräsentativbefragung in Ost- und Westdeutschland. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 49(11), 422-431.
- Brewerton, T. D., Lydiard, R. B., Laraia, M. T., & Shook, J. E. (1992). CSF 1b-endorphin and dynorphin in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 149(8), 1086-1090.
- Broberg, D. J., & Bernstein, I. L. (1989). Cephalic insulin release in anorexic women. *Physiology and Behavior*, 45(5), 871-874.
- Brodbeck, C., & Michelson, L. (1987). Problem-solving skills and attributional styles of agoraphobics. *Cognitive Therapy and Research*, 11(5), 593-610.
- Brodman, K., Erdmann, A. J. Jr., Lorge, I., Gershenson, C. P., & Wolff, H. G. (1952). The Cornell Medical Index Health Questionnaire. IV. The recognition of emotional disturbances in a general hospital. *Journal of Clinical Psychology*, 8, 289-297.
- Brownell, K. D. (1991). Dieting and the search for the perfect body: Where physiology and culture collide. *Behavior Therapy*, 22(1), 1-12.
- Brownell, K. D., & Rodin, J. (1994). The dieting maelstrom: Is it possible and advisable to lose weight? *American Psychologist*, 49(9), 781-791.
- Brownell, K. D., & Fairburn, C. G. (1995). *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. New York: Guilford Press.
- Bruce, B., & Agras, W. S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12(4), 365-373.
- Bruch, H. (1973). Psychiatric aspects of obesity. *Psychiatric Annals*, 3(7), 6-10.
- Bruch, H. (1979). Island in the river: The anorexic adolescent in treatment. *Adolescent Psychiatry*, 7, 26-40.
- Bruch, H. (1980). Preconditions for the development of anorexia nervosa. *American Journal of Psychoanalysis*, 40(2), 169-172.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1996). Lifetime anxiety disorders in women with bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 37(5), 368-374.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1997a). Lifetime comorbidity of alcohol dependence in women with bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 22(4), 437-446.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J., & Pickering, A. (1997b). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(11), 704-707.
- Buree, B. U., Papageorgis, D., & Hare, R. D. (1990). Eating in anorexia nervosa and bulimia nervosa: An application of the tripartite model of anxiety. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 22(2), 207-218.

- Butler, L., Meichenbaum, D. (1981). The Assessment of Interpersonal Problem-Solving Skills. In P. C. Kendall & S. D. Hollon (Eds.), *Assessment strategies for cognitive-behavioral interventions*. (pp. 197-252). New York: Academic Press.
- Butow, P., Beumont, P., & Touyz, S. W. (1993). Cognitive processes in dieting disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 319-329.
- Button, E. J., Loan, P., Davies, J., & Sonuga-Barke, E. J. (1997). Self-esteem, eating problems, and psychological well-being in a cohort of schoolgirls aged 15-16: a questionnaire and interview study. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 39-47.
- Cachelin, F. M., Striegel-Moore, R. H., Elder, K. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 45-54.
- Callis, R. (1965). Diagnostic classification as a research tool. *Journal of Counseling Psychology*, 12(3), 238-243.
- Campbell, D. T., & Stanley, J.C. (1966). *Experimental and quasi-experimental designs for research*. Chicago: Rand McNally.
- Carroll, J. M., Touyz, S. W., & Beumont, P. J. V. (1996). Specific comorbidity between bulimia nervosa and personality disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 19(2), 159-170.
- Cash, T. F., & Brown, T. A. (1987). Body image in anorexia nervosa and bulimia nervosa. A review of the literature. *Behavior Modification*, 11(4), 487-521.
- Cash, T. F., & Deagle, E. A., 3rd. (1997). The nature and extent of body-image disturbances in anorexia nervosa and bulimia nervosa: a meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 22(2), 107-25.
- Cattanach, L., & Rodin, J. (1988). Psychosocial components of the stress process in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 7(1), 75-88.
- Cattanach, L., Malley, R., & Rodin, J. (1988). Psychologic and physiologic reactivity to stressors in eating disordered individuals. *Psychosomatic Medicine*, 50(6), 591-599.
- Cella, D. F., & Perry, S. W. (1986). Reliability and concurrent validity of three visual-analogue mood scales. *Psychological Reports*, 59(2), 827-833.
- Chambless, D. L., Caputo, G. C., Bright, P., & Gallagher, R. (1984). Assessment of fear of fear in agoraphobics: The Body Sensations Questionnaire and the Agoraphobic Cognitions Questionnaire. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 52(6), 1090-1097.
- Chang, E. C., & D'Zurilla, T. J. (1996). Relations between problem orientation and optimism, pessimism, and trait affectivity: A construct validation study. *Behaviour Research and Therapy*, 34(2), 185-194.
- Chang, E. C. (1998). Hope, problem-solving ability, and coping in a college student population: Some implications for theory and practice. *Journal of Clinical Psychology*, 54(7), 953-962.
- Chynoweth, G. H., Blankinship, D. A., & Parker, M. W. (1986). The binomial expansion: Simplifying the evaluation process. *Journal of Counseling and Development*, 64(10), 645-647.

- Chynoweth, G. H. (1987). Perceived problem solving processes: A multidimensional analysis. *Dissertation Abstracts International*, 47(7-A), 2507-2508.
- Coche, E., & Flick, A. (1975). Problem-solving training groups for hospitalized psychiatric patients. *Journal of Psychology*, 91(1), 19-29.
- Cohen, S., Kamarck, T., & Mermelstein, R. (1983). A global measure of perceived stress. *Journal of Health and Social Behavior*, 24(4), 385-396.
- Collings, S., & King, M. (1994). Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 164, 80-87.
- Connors, M. E., & Morse, W. (1993). Sexual abuse and eating disorders: A review. *International Journal of Eating Disorders*, 13(1), 1-11.
- Cooper, Z., & Fairburn, C. (1987). The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 6(1), 1-8.
- Cooper, P. J., Charnock, D. J., & Taylor, M. J. (1987). The prevalence of bulimia nervosa: A replication study. *British Journal of Psychiatry*, 151, 684-686.
- Cooper, J. L., Morrison, T. L., Bigman, O. L., Abramowitz, S. I., Levin, S., & Krener, P. (1988). Mood changes and affective disorder in the bulimic binge-purge cycle. *International Journal of Eating Disorders*, 7(4), 469-474.
- Cooper, M. J., & Fairburn, C. G. (1994). Changes in selective information processing with three psychological treatments for bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 33(3), 353-356.
- Craighead, L. W., & Agras, W. S. (1991). Mechanisms of action in cognitive-behavioral and pharmacological interventions for obesity and bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 59(1), 115-125.
- Crowne, D. P., & Marlow, D. (1960). A new scale of social desirability independent of psychopathology. *Journal of Consulting Psychology*, 24, 349-354.
- Crowther, J. H., Lingswiler, V. M., & Stephens, M. A. (1984). The topography of binge eating. *Addictive Behaviors*, 9(3), 299-303.
- Crowther, J. H., Lilly, R. S., Crawford, P. A., & Shepherd, K. L. (1992). The stability of the Eating Disorder Inventory. *International Journal of Eating Disorders*, 12(1), 97-101.
- Cull, J. G., Gill, W.S. (1982). *Suicide Probability Scale*. Los Angeles: Western Psychological Services.
- Cutts, T. F., & Barrios, B. A. (1986). Fear of weight gain among bulimic and nondisturbed females. *Behavior Therapy*, 17(5), 626-636.
- D'Zurilla, T. J., & Goldfried, M. R. (1971). Problem solving and behavior modification. *Journal of Abnormal Psychology*, 78(1), 107-126.
- D'Zurilla, T. J., & Nezu, A. M. (1990). Development and preliminary evaluation of the Social Problem-Solving Inventory. *Psychological Assessment*, 2(2), 156-163.
- D'Zurilla, T. J., & Sheedy, C. F. (1992). The relation between social problem-solving ability and subsequent level of academic competence in college students. *Cognitive Therapy and Research*, 16(5), 589-599.

- D'Zurilla, T. J., & Maydeu Olivares, A. (1995). Conceptual and methodological issues in social problem-solving assessment. *Behavior Therapy, 26*(3), 409-432.
- D'Zurilla, T., & Chang, E. C. (1995). The relations between social problem solving and coping. *Cognitive Therapy and Research, 19*(5), 547-562.
- D'Zurilla, T. J., Nezu, A.M. & Maydeu-Olivares, A. (1996). *Social Problem-Solving Inventory-Revised. Test Manual*. Stony Brook: State University of New York.
- D'Zurilla, T. J., Chang, E. C., Nottingham, E. J. I. V., & Faccini, L. (1998). Social problem-solving deficits and hopelessness, depression, and suicidal risk in college students and psychiatric inpatients. *Applied Psychophysiology and Biofeedback, 23*(3), 159-178.
- Dansky, B. S., Saladin, M. E., Coffey, S. F., & Brady, K. T. (1997). Use of self-report measures of crime-related posttraumatic stress disorder with substance use disordered patients. *Journal of Substance Abuse Treatment, 14*(5), 431-437.
- Davies-Osterkamp, S., Jung, K., & Ott, J. (1992). Therapeutische Faktoren in der psychoanalytisch-interaktionellen und tiefenpsychologisch fundierten Gruppentherapie: Eine empirische Untersuchung. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 42*(3-4), 102-109.
- Davies-Osterkamp, S., & Kriebel, R. (1993). Konstruktvalidierung von Symptomskalen und Persönlichkeitstests durch das "Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme" (IIP). *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29*(3), 295-307.
- Davis, R., Freeman, R. J., & Solyom, L. (1985). Mood and food: An analysis of bulimic episodes. *Journal of Psychiatric Research, 19*(2-3), 331-335.
- Davis, R., Freeman, R. J., & Garner, D. M. (1988). A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 56*(2), 273-279.
- Davison, G. C., Robins, C., & Johnson, M. K. (1983). Articulated thoughts during simulated situations: A paradigm for studying cognition in emotion and behavior. *Cognitive Therapy and Research, 7*(1), 17-39.
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Specker, S. M., Pyle, R. L., Mussel, M. P. & Seim, H.C. (1993). Diagnosing binge eating disorder: Level of agreement between self-report and expert-rating. *International Journal of Eating Disorders, 14*(3), 289-295.
- de Zwaan, M., Mitchell, J. E., Raymond, N. C., & Spitzer, R. L. (1994). Binge eating disorder: Clinical features and treatment of a new diagnosis. *Harvard Review of Psychiatry, 1*(6), 310-325.
- DeClue, G. S. (1984). Patterns of intellectual functioning: Ability, personality, and problem-solving style. *Dissertation Abstracts International, 44*(12-B), 1967-1977.
- Derogatis, L. R. (1986). Symptom Checkliste 90 revidiert. In Collegium Internationale Psychiatriae Sclorum (Ed.), *Internationale Skalen der Psychiatrie*. Weinheim: Beltz.

- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1992). *Ernährungsbericht 1992*. Frankfurt/Main: DGE
- Diedrichsen, I. (1990). *Ernährungspsychologie*. München: Springer.
- Dilling, H., Mombaur, W., Schmidt, M.H., & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2000¹) Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.
- Dilling, H., Mombaur, W., Schmidt, M.H., & Schulte-Markwort, E. (Hrsg.) (2000²) Weltgesundheitsorganisation: Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F) Diagnostische Kriterien für Forschung und Praxis. Bern: Huber.
- Dirksmeier, C. (1991). *DIP: Diagnostisches Inventar Problemlösefähigkeit*. Münster: Waxmann.
- Dixon, W. A., Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1991). Problem-solving appraisal, stress, hopelessness, and suicide ideation in a college population. *Journal of Counseling Psychology, 38*(1), 51-56.
- Dixon, M. J. (1992). Hypnotic susceptibility differences in the automaticity of verbal information processing. *Dissertation Abstracts International, 52*(11-B).
- Dörner, D. (1976). *Problemlösen als Informationsverarbeitung*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Dörner, D., Kreuzig, H. W., Reither, F., & Stäudel, T. (1983). *Lohhausen. Vom Umgang mit Unbestimmtheit und Komplexität*. Bern: Huber.
- Dörner, D., Stäudel, T., & Strohschneider, S. (1986). MORO Computersimulation. *Programmdokumentation*. Bamberg: Universität.
- Dörner, D. (1989). *Die Logik des Misslingens. Strategisches Denken in komplexen Situationen*. Reinbeck: Rowohlt.
- Dunker, K. (1935). *Zur Psychologie des produktiven Denkens*. Berlin: Springer.
- Dykens, E. M., & Gerrard, M. (1986). Psychological profiles of purging bulimics, repeat dieters, and controls. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 54*(3), 283-288.
- Educational Testing Service. (1967). *Handbook: SCAT Series II*. Princeton: Educational Testing Service.
- Ehlers, A., & Margraf, J. (1991). *Mobilitätsinventar (MI)*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Ehlers, A., & Margraf, J. (1991). *Fragebogen zur Angst vor körperlichen Symptomen (BSQ)*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Ehlers, A., & Margraf, J. (1991). *Fragebogen zu angstbezogenen Kognitionen (ACQ)*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Eifert, G. H., & Lauterbach, W. (1995). Das Wissenschaftler-Praktiker Modell zur Ausbildung von Klinischen Psychologen/Psychotherapeuten: Erfahrungen und Vorschläge aus amerikanischer Sicht. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24*(3), 209-215.
- Eldredge, K., Wilson, G. T., & Whaley, A. (1990). Failure, self-evaluation, and feeling fat in women. *International Journal of Eating Disorders, 9*(1), 37-50.

- Eldredge, K., & Agras, W. S. (1996). Burned out binge eaters: A preliminary investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 19(4), 411-414.
- Elmore, D. K., & de Castro, J. M. (1990). Self-rated moods and hunger in relation to spontaneous eating behavior in bulimics, recovered bulimics, and normals. *International Journal of Eating Disorders*, 9(2), 179-190.
- Elmore, D. K., & de Castro, J. M. (1991). Meal patterns of normal, untreated bulimia nervosa and recovered bulimic women. *Physiology and Behavior*, 49(1), 99-105.
- Epstein, S. (1991). Cognitive-experiential self-theory: An integrative theory of personality. In R. C. Curtis (Ed.), *The relational self: Theoretical convergences in psychoanalysis and social psychology* (pp. 111-137). New York: Guilford Press.
- Ericsson, M., Poston, W. S. C., & Foreyt, J. P. (1996). Common biological pathways in eating disorders and obesity. *Addictive Behaviors*, 21(6), 733-743.
- Espelage, D. L., Quittner, A. L., Sherman, R., & Thompson, R. (2000). Assessment of problematic situations and coping strategies in women with eating disorders: Initial validation of a situation-specific problem inventory. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, 22(3), 271-297.
- Etringer, B. D., Altmaier, E. M., & Bowers, W. (1989). An investigation into the cognitive functioning of bulimic women. *Journal of Counseling and Development*, 68(2), 216-219.
- Fabian, L. J., & Thompson, J. K. (1989). Body image and eating disturbance in young females. *International Journal of Eating Disorders*, 8(1), 63-74.
- Faccini, L. (1992). The relationship between life events, problem-solving ability and self-appraised hopelessness and suicide probability. *Dissertation Abstracts International*, 53(3-B), 1990-1992.
- Fairburn, C. G. (1981). A cognitive behavioural approach to the treatment of bulimia. *Psychological Medicine*, 11(4), 707-711.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1983). The epidemiology of bulimia nervosa: Two community studies. *International Journal of Eating Disorders*, 2(4), 61-67.
- Fairburn, C. G., & Cooper, P. J. (1984). The clinical features of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 144, 238-246.
- Fairburn, C. G., Cooper, P. J., Kirk, J., & O'Connor, M. (1985). The significance of the neurotic symptoms of bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 135-140.
- Fairburn, C. G., & Garner, D. M. (1986). The diagnosis of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 403-419.
- Fairburn, C. G. (1986). Cognitive behaviour therapy for bulimia nervosa. *British Review of Bulimia and Anorexia Nervosa*, 1(1), 13-18.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147(4), 401-408.

- Fairburn, C. G. (1991). Entwicklung der diagnostischen Kriterien für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In C. Jacobi & T. Paul (Eds.), *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*. (pp. 1-10). Berlin: Springer.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., & Carr, S. J. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa: A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, 48(5), 463-469.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., & Hay, P. J. (1993). The classification of recurrent overeating: The "binge eating disorder" proposal. *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 155-159.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., & Hope, R. A. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa: Longer-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, 50(6), 419-428.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa: A community-based case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509-517.
- Fairburn, C. G. (1997). Bulimia outcome. *American Journal of Psychiatry*, 154(12).
- Fairburn, C. G. (1997). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Ed): *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)*. (pp. 278-294).
- Fairburn, C. G., Doll, H. A., Welch, S. L., Hay, P. J., Davies, B. A., & O'Connor, M. E. (1998). Risk factors for binge eating disorder: A community-based, case-control study. *Archives of General Psychiatry*, 55(5), 425-432.
- Fairburn, C. G. (1998). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In J. C. Markowitz (Ed.), *Interpersonal psychotherapy. Review of psychiatry series*. (pp. 99-128). Washington: American Psychiatric Association.
- Falkenstein, C., Kolb, M., & Stubenvoll, A. (1983). Entwicklung eines diagnostischen Inventars zur Erfassung der Problemlösefähigkeit bei depressiven Studenten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 12(1), 12-30.
- Falloon, J., R. H. (1981). Kommunikations- und Problemlösungstraining für schizophrene Familien. *Partnerberatung*, 18(3-4), 190-196.
- Fehm Wolfsdorf, G., Gnadler, M., Kern, W., Klosterhalfen, W., & Kerner, W. (1993). Classically conditioned changes of blood glucose level in humans. *Physiology & Behavior*, 54(1), 155-160.
- Fichter, M. M., & Noegel, R. (1990). Concordance for bulimia nervosa in twins. *International Journal of Eating Disorders*, 9(3), 255-263.
- Fichter, M. M., Meller, I., Witzke, W., Weyerer, S., Rehm, J., Dilling, H., & Elton, M. (1990). *Verlauf psychischer Erkrankungen in der Bevölkerung*. Berlin: Springer.
- Fichter, M. M. (1991). Ätiologische Faktoren, Diagnostik und Therapie bulimischer Essstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20(1), 1-21.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Brandl, B. (1993). Recurrent overeating: An empirical comparison of binge eating disorder, bulimia nervosa, and obesity. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 1-16.

- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Gnutzmann, A. (1998). Binge eating disorder: Treatment outcome over a 6-year course. *Journal of Psychosomatic Research, 44*(3-4), 385-405.
- Fichter, M., & Quadflieg, N. (2001). The structured interview for anorexic and bulimic disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX): Reliability and validity. *European Psychiatry, 16*(1), 38-48.
- Fiedler, P. A. (1981a). Kombination sprech- und sozialtherapeutischer Massnahmen in der Behandlung erwachsener Stotternder. *Die Sprachheilarbeit, 26*(2), 81-90.
- Fiedler, P. A. (1981b). *Psychotherapieziel Selbstbehandlung Grundlagen kooperativer Psychotherapie*. Weinheim: Universität Heidelberg.
- Fiedler, P. A., Buchkremer, G., Lewandowski, L., Wilken, M., & Wittgen, C. R. (1990). Differentielle Effekte einer sozial-kognitiven Psychotherapie zur Rueckfallprophylaxe bei chronisch schizophrenen Patienten. *Measurement and Evaluation in Counseling and Development, 22*(4), 181-195.
- Fink, G. (1995). *Seneca für Gestresste*. Frankfurt/Main: Insel.
- Fitzgibbon, M. L., & Blackman, L. R. (2000). Binge eating disorder and bulimia nervosa: Differences in the quality and quantity of binge eating episodes. *International Journal of Eating Disorders, 27*(2), 238-243.
- Fliegel, S., Groeger, W. M., Kuenzel, R., Schulte, D., & Sorgatz, H. (1981). *Verhaltenstherapeutische Standardmethoden. Ein Übungsbuch*. München: Urban & Schwarzenberg.
- Fombonne, E. (1996). Is bulimia nervosa increasing in frequency? *International Journal of Eating Disorders, 19*(3), 287-296.
- Franklin, J. C., Schiele, B. C., Brozek, J., & Keys, A. (1948). Observations on human behavior in experimental semistarvation. *Proceedings of the Indiana Academy of Science, 57*(187), 1993-1995.
- Franzen, S., & Florin, I. (1995). Familiäre Transmission von gezügeltem Essverhalten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, 24*(1), 65-69.
- Freedman, B. J., Rosenthal, L., Donahoe, C. P. Jr., Schlundt, D.G., & McFall, R. M. (1978). A social-behavioral analysis of skill deficits in delinquent and non-delinquent adolescent boys. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 46*(6), 1448-1462.
- Friedman, M. A., & Brownell, K. D. (1995). Psychological correlates of obesity: Moving to the next research generation. *Psychological Bulletin, 117*(1), 3-20.
- Fryer, S., Waller, G., & Kroese, B. S. (1997). Stress, coping, and disturbed eating attitudes in teenage girls. *International Journal of Eating Disorders, 22*(4), 427-36.
- Gard, M. C. E., & Freeman, C. P. (1996). The dismantling of a myth: A review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders, 20*(1), 1-12.
- Garfinkel, P. E., & Garner, D.M. (1986). Anorexia nervosa and adolescent mental health. *Advances in Adolescent Mental Health, 1*, 163-204.

- Garfinkel, P. E., Goldbloom, D., Davis, R., Olmsted, M. P., Garner, D.M., & Halmi, K. A. (1992). Body dissatisfaction in bulimia nervosa: Relationship to weight and shape concerns and psychological functioning. *International Journal of Eating Disorders*, 11(2), 151-161.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47(2), 483-491.
- Garner, D. M., Olmstead, M. P., & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2(2), 15-34.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., & Garfinkel, P. E. (1984). Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 46(3), 255-266.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., & Garfinkel, P. E. (1985). Similarities among bulimic groups selected by different weights and weight histories. *Journal of Psychiatric Research*, 19(2-3), 129-134.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Davis, R., Rockert, W., Goldbloom, D., & Eagle, M. (1990). The association between bulimic symptoms and reported psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 9(1), 1-15.
- Geraciotti, T. D., & Liddle, R. A. (1988). Impaired cholecystokinin secretion in bulimia nervosa. *New England Journal of Medicine*, 319(11), 683-688.
- Getter, H., & Nowinski, J. K. (1981). A free response test of interpersonal effectiveness. *Journal of Personality Assessment*, 45(3): 301-308.
- Glassner, B. (1989). Fitness and the postmodern self. *Journal of Health and Social Behavior*, 30(2), 180-191.
- Gleaves, D. H., Williamson, D. A., & Barker, S. E. (1993). Additive effects of mood and eating forbidden foods upon the perceptions of overeating and bingeing in bulimia nervosa. *Addictive Behaviors*, 18(3), 299-309.
- Glenny, A. M., O'Meara, S., Melville, A., Sheldon, T.A. & Wilson, C. (1997). The treatment and prevention of obesity: A systematic review of the literature. *International Journal of Obesityrelated Metabolic Disorders*, 21, 715-737.
- Goddard, P., & McFall, R. M. (1992). Decision-making skills and heterosocial competence in college women: An information-processing analysis. *Journal of Social and Clinical Psychology*, 11(4), 401-425.
- Goebel, G. (1991). *Anorexia und Bulimia Nervosa: Krankheiten mit vielen Gesichtern*. Karlsruhe: Braun.
- Göbel, M., Spalthoff, G., Schulze, C., & Florin, I. (1989). Dysfunctional cognitions, attributional style, and depression in bulimia. *Journal of Psychosomatic Research*, 33(6), 747-752.
- Goldfine, I. D., Abaira, C., Gruenewald, D., & Goldstein, M. S. (1970). Plasma insulin levels during imaginary food ingestion under hypnosis. *Proceedings-of-the-Society-for-Experimental-Biology-and-Medicine*, 133(1), 274-6.
- Goldstein, A. P., Krasner, L., Garfield, S.L. (1990). *Body image disturbance*. New York: Pergamon Press.

- Gormally, J., Rardin, D., & Black, S. (1980). Correlates of successful response to a behavioral weight control clinic. *Journal of Counseling Psychology*, 27(2), 179-191.
- Grawe, K. (2000). *Psychologische Psychotherapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Grawe, K., & Dzielwas, H. (1977). Interaktionelle Verhaltenstherapie. *Partnerberatung*, 14(4), 188-204.
- Grawe, K. (1989). Von der psychotherapeutischen Outcome-Forschung zur differentiellen Prozessanalyse. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 18(1), 23-34.
- Grawe, K., Donati, R., & Bernauer, F. (1994). *Psychotherapie im Wandel. Von der Konfession zur Profession*. Göttingen: Hogrefe.
- Greenberg, B. R. (1986). Predictors of binge eating in bulimic and nonbulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 269-284.
- Greeno, C. G., & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115(3), 444-464.
- Gurtman, M. B. (1996). Interpersonal problems and the psychotherapy context: The construct validity of the Inventory of Interpersonal Problems. *Psychological Assessment*, 8(3), 241-255.
- Haaga, D. A. F., Fine, J. A., Terrill, D. R., Stewart, B. L., & Beck, A. T. (1995). Social problem-solving deficits, dependency, and depressive symptoms. *Cognitive Therapy and Research*, 19(2), 147-158.
- Hagan, M. M., & Moss, D. E. (1997). Persistence of binge-eating patterns after a history of restriction with intermittent bouts of refeeding on palatable food in rats: Implications for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22(4), 411-420.
- Haiman, C., & Devlin, M. J. (1999). Binge eating before the onset of dieting: A distinct subgroup of bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 25(2), 151-157.
- Hall, A., & Hay, P. J. (1991). Eating disorder patient referrals from a population region 1977-1986. *Psychological Medicine*, 21(3), 697-701.
- Hansel, S. L., & Wittrock, D. A. (1997). Appraisal and coping strategies in stressful situations: A comparison of individuals who binge eat and controls. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 89-93.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1940). A multiphasic personality schedule I: Construction of the schedule. *Journal of Psychology*, 10, 249-254.
- Hathaway, S. R., & McKinley, J. C. (1951). *Minnesota Multiphasic Personality Inventory; manual (Revised)*.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., & Keller, F. (1994). *Beck-Depressions-Inventar (BDI). Testhandbuch*. Bern: Huber.
- Hautzinger, M., Stark, W., & Treiber, R. (1994). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Depressionen*. Weinheim: Beltz.
- Hawkins, R. C., Turell, S., & Jackson, L. J. (1983). Desirable and undesirable masculine and feminine traits in relation to students' dieting tendencies and body image dissatisfaction. *Sex Roles*, 9(6), 705-718.

- Hay, P., & Fairburn, C. (1998). The validity of the DSM-IV scheme for classifying bulimic eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 23(1), 7-15.
- Heatherton, T. F., & Baumeister, R. F. (1991). Binge eating as escape from self-awareness. *Psychological Bulletin*, 110(1), 86-108.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(1), 138-143.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P., & Polivy, J. (1992). Effects of distress on eating: The importance of ego-involvement. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62(5), 801-803.
- Heatherton, T. E., Striepe, M., & Wittenberg, L. (1998). Emotional distress and disinhibited eating: The role of self. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 24(3), 301-313.
- Hebebrand, J., Himmelman, G., Herzog, W., & Herpertz-Dahlmann, B. M. (1997). Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *American Journal of Psychiatry*, 154(4), 566-569.
- Hebebrand, J., & Hinney, A. (2000). Zur Erbllichkeit der Adipositas im Kindes- und Jugendalter. *Kindheit und Entwicklung*, 9(2), 78-83.
- Heppner, P. P., & Petersen, C. H. (1982). The development and implications of a personal problem-solving inventory. *Journal of Counseling Psychology*, 29(1), 66-75.
- Heppner, P. P., Hibel, J., Neal, G. W., Weinstein, C. L., & Rabinowitz, F. E. (1982). Personal problem-solving: A descriptive study of individual differences. *Journal of Counseling Psychology*, 29(580-590).
- Heppner, P. P., & Krieshok, T. S. (1983). An applied investigation of problem-solving appraisal, vocational identity, and career service requests, utilization, and subsequent evaluations. *Vocational Guidance Quarterly*, 31(4), 240-249.
- Heppner, P. P., Reeder, B. L., & Larson, L. M. (1983). Cognitive variables associated with personal problem-solving appraisal: Implications for counseling. *Journal of Counseling Psychology*, 30(4), 537-545.
- Heppner, P. P., & Anderson, W. P. (1985). The relationship between problem-solving self-appraisal and psychological adjustment. *Cognitive Therapy and Research*, 9(4), 415-427.
- Heppner, P. P., Baumgardner, A., & Jackson, J. (1985). Problem-solving self-appraisal, depression, and attributional style: Are they related? *Cognitive Therapy and Research*, 9(1), 105-113.
- Heppner, P. P., Kampa, M., & Brunning, L. (1987). The relationship between problem-solving self-appraisal and indices of physical and psychological health. *Cognitive Therapy and Research*, 11(2), 155-168.
- Heppner, P. P. (1988). *The Problem Solving Inventory*. Columbia: Consulting Psychologists Press, Inc.

- Herman, C. P. P., J. (1980). Restraint eating. In K. Pirke, W. Vandereyken & D. Ploog (Eds.), *The psychobiology of bulimia*. (pp. 33-41). München: Springer-Verlag.
- Herman, C. P., Polivy, J., Lank, C. N., & Heatherton, T. F. (1987). Anxiety, hunger, and eating behavior. *Journal of Abnormal Psychology*, 96(3), 264-269.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1988). Psychological factors in the control of appetite. In M. Winick (Ed.), *Control of appetite. Current concepts in nutrition* Vol.16. (pp. 41-51). Oxford: John Wiley & Sons.
- Herman, C. P., & Polivy, J. (1990). From dietary restraint to binge eating: Attaching causes to effects. *Appetite*, 14(2), 123-125.
- Herzog, D. B., Sacks, N. R., Keller, M. B., & Lavori, P. W. (1993). Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 32(4), 835-842.
- Herzog, D. B., Nussbaum, K. M., & Marmor, A. K. (1996). Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 843-859.
- Hesse, F. W. (1979). Trainingsinduzierte Veränderungen in der heuristischen Struktur und ihr Einfluss auf das Problemlösen. *Zeitschrift für Psychologie*, 190, 405-423.
- Hilbert, A. (2000). *Körperbild bei Frauen mit "Binge-Eating"-Störung*. Dissertation, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität, Marburg.
- Hoek, H. W. (1991). The incidence and prevalence of anorexia nervosa and bulimia nervosa in primary care. *Psychological Medicine*, 21(2), 455-460.
- Hoek, H. W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5(1), 61-74.
- Hohler, R. R. (1997). *Selbstwertschwankungen bei Bulimia Nervosa*. Dissertation, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität, Marburg.
- Hommel, H., Fischer, U., Retzlaff, K., & Knofler, H. (1972). The mechanism of insulin secretion after oral glucose administration. II. Reflex insulin secretion in conscious dogs bearing fistulas of the digestive tract by sham-feeding of glucose or tap water. *Diabetologia*, 8(2), 111-6.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., Baer, B. A., Ureno, G., & Villasenor, V. S. (1988). Inventory of interpersonal problems: Psychometric properties and clinical applications. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56(6), 885-892.
- Horowitz, L. M., Rosenberg, S. E., & Kalehzan, B. M. (1992). The capacity to describe other people clearly: A predictor of interpersonal problems in brief dynamic psychotherapy. *Psychotherapy Research*, 2(1), 37-51.
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (1994). *IIP-D: Inventar zur Erfassung Interpersonaler Probleme - Deutsche Version*. Weinheim: Beltz Test GmbH.
- House, R., & Scott, J. (1996). Problems in measuring problem-solving: The suitability of the means-ends problem-solving (MEPS) procedure. *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 6(4), 243-251.

- Hsu, L. G., & Sobkiewicz, T. A. (1991). Body image disturbance: Time to abandon the concept for eating disorders? *International Journal of Eating Disorders*, 10(1), 15-30.
- Hsu, L. K. G. (1996). Epidemiology of the eating disorders. *Psychiatric Clinics of North America*, 19(4), 681-700.
- Hsu, L. K. G. (1996). Outcome of early onset anorexia nervosa: What do we know? *Journal of Youth and Adolescence*, 25(4), 563-568.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., & Yurgelun Todd, D. (1983). Phenomenologic relationship of eating disorders to major affective disorder. *Psychiatry Research*, 9(4), 345-354.
- Humphrey, L. L. (1986). Family relations in bulimic, anorexic and nondistressed families. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 223-232.
- Humphrey, L. L. (1986). Structural analysis of parent-child relationships in eating disorders. *Journal of Abnormal Psychology*, 95(4), 395-402.
- Humphrey, L. L., Apple, R. F., & Kirschenbaum, D. S. (1986). Differentiating bulimic-anorexic from normal families using interpersonal and behavioral observational systems. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 54(2), 190-195.
- Humphrey, L. L. (1987). Comparison of bulimic-anorexic and nondistressed families using Structural Analysis of Social Behavior. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 26(2), 248-255.
- Intagliata, J. C. (1978). Increasing the interpersonal problem-solving skills of an alcoholic population. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46(3), 489-498.
- Jacobson, R., & Robins, C. J. (1989). Social dependency and social support in bulimic and nonbulimic women. *International Journal of Eating Disorders*, 8(6), 665-670.
- Jansen, A., van den Hout, M., & Griez, E. (1990). Clinical and non-clinical binges. *Behaviour Research and Therapy*, 28(5), 439-444.
- Jansen, A., Broekmate, J., & Heymans, M. (1992). Cue-exposure vs. self-control in the treatment of binge eating: A pilot study. *Behaviour Research and Therapy*, 30(3), 235-241.
- Jansen, A. (1994). The learned nature of binge eating. In C. R. Legg & D. A. Booth (Eds.), *Appetite: Neural and behavioural bases*. European Brain & Behaviour Society Publications Series, (pp. 193-211). London, Oxford University Press.
- Jansen, A. (1998). A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behaviour Research and Therapy*, 36(3), 257-272.
- Janzen, B. L., Kelly, I. W., & Saklofske, D. H. (1992). Bulimic symptomatology and coping in a nonclinical sample. *Perceptual and Motor Skills*, 75(2), 395-399.
- Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kaye, W. H., & Brewerton, T. D. (1992). Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Archives of General Psychiatry*, 49(2), 132-138.

- Johnson, C., & Larson, R. (1982). Bulimia: An analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44(4), 341-351.
- Johnson, W. G., & Wildman, H. E. (1983). Influence of external and covert food stimuli on insulin secretion in obese and normal persons. *Behavioral Neuroscience*, 97(6), 1025-1028.
- Johnson, W. G., Corrigan, S. A., Crusco, A. H., & Schlundt, D. G. (1986). Restraint among bulimic women. *Addictive Behaviors*, 11(4), 351-354.
- Johnson, C., & Connors, M. E. (1987). *The etiology and treatment of bulimia nervosa: A biopsychosocial perspective*. New York: Basic Books.
- Johnson, W. G., Corrigan, S. A., & Mayo, L. L. (1987). Innovative treatment approaches to bulimia nervosa. *Behavior Modification*, 11(3), 373-388.
- Johnson, C., & Wonderlich, S. A. (1992). Personality characteristics as a risk factor in the development of eating disorders. In J. H. Crowther, H. Janis & D. L. Tennenbaum (Eds.) *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. Series in applied psychology: Social issues and questions. (pp. 179-196). Washington: Hemisphere Publishing Corp.
- Johnson, W. G., Jarrell, M. P., Chupurdia, K. M., & Williamson, D. A. (1994). Repeated binge/purge cycles in bulimia nervosa: Role of glucose and insulin. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 331-341.
- Joiner, T. E., Jr., Heatherton, T. F., Rudd, M. D., & Schmidt, N. B. (1997). Perfectionism, perceived weight status, and bulimic symptoms: Two studies testing a diathesis-stress model. *Journal of Abnormal Psychology*, 106(1), 145-153.
- Jonas, A. P., Sickles, R. T., & Lombardo, J. A. (1992). Substance abuse. *Clinical Sports Medicine*, 11(2), 379-401.
- Juengst, K. L. (1977). *Konstruktion und erste Validierung eines Curriculums zur Förderung problemlösenden Verhaltens*. Dissertation, Universität Saarbrücken.
- Kaiser, A., & Hahlweg, K. (1996). Kommunikations- und Problemlösetraining. In J. Margraf (Ed.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 1* (pp. 371-386). Berlin: Springer.
- Kanfer, F. H., & Busemeyer, J.R. (1982). The use of problem-solving and decision-making in behavior therapy. *Clinical Psychology Review*, 2, 239-266.
- Kanfer, F. H. (1996). Die Motivierung von Klienten aus der Sicht des Selbstregulationsmodells. In J. Kuhl & H. Heckhausen (Eds.), *Motivation, Volition und Handlung* (pp. 909-921). Göttingen: Hogrefe.
- Kanfer, F. H., Reinecker, H., & Schmelzer, D. (1996). *Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis*. Berlin: Springer.
- Kant, G. L., D'Zurilla, T. J., & Maydeu-Olivares, A. (1997). Social problem solving as a mediator of stress-related depression and anxiety in middle-aged and elderly community residents. *Cognitive Therapy and Research*, 21(1), 73-96.

- Karhunen, L. J., Lappalainen, R. I., Tammela, L., Turpeinen, A. K., & Uusitupa, M. I. (1997). Subjective and physiological cephalic phase responses to food in obese binge-eating women. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 321-328.
- Karhunen, L. J., Vanninen, E. J., Kuikka, J. T., Lappalainen, R. I., Tiihonen, J., & Uusitupa, M. I. J. (2000). Regional cerebral blood flow during exposure to food in obese binge eating women. *Psychiatry Research: Neuroimaging*, 99(1), 29-42.
- Kasset, J. A., Gershon, E. S., Maxwell, M. E., & Guroff, J. J. (1989). Psychiatric disorders in the first-degree relatives of probands with bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 146(11), 1468-1471.
- Katzman, M. A., Wolchik, S. A., & Braver, S. L. (1984). The prevalence of frequent binge eating and bulimia in a nonclinical college sample. *International Journal of Eating Disorders*, 3(3), 53-62.
- Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., & Weiss, S. R. (1986). Relationship of mood alterations to bingeing behaviour in bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 149, 479-485.
- Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., Brewerton, T. D., George, D. T., & Wurtmann, R. J. (1988). Bingeing behavior and plasma amino acids: A possible involvement of brain serotonin in bulimia nervosa. *Psychiatry Research*, 23(1), 31-43.
- Kaye, W. H., & Weltzin, T. E. (1991). Neurochemistry of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52(Suppl), 21-28.
- Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Hsu, L. G., & McConaha, C. W. (1993). Amount of calories retained after binge eating and vomiting. *American Journal of Psychiatry*, 150(6), 969-971.
- Kaye, W. H., Gendall, K., & Strober, M. (1998). Serotonin neuronal function and selective serotonin reuptake inhibitor treatment in anorexia and bulimia nervosa. *Biological Psychiatry*, 44(9), 825-838.
- Kaye, W. H., Greeno, C. G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilenfeld, L. R., Weltzin, T. E., & Mann, J. J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55(10), 927-935.
- Kämmerer, A. (1983). *Die therapeutische Strategie "Problemlösen" Theoretische und empirische Perspektiven ihrer Anwendung in der kognitiven Psychotherapie*. Münster: Aschendorff.
- Kämmerer, A. (1987). Die therapeutische Strategie "Problemlösen" in der therapeutischen Beratung. In H. Neber (Ed.), *Angewandte Problemlösepsychologie* (pp. 287-318). Aschendorff: Münster.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(1), 63-69.
- Kehrer, C. A., & Linehan, M. M. (1996). Interpersonal and emotional problem solving skills and parasuicide among women with borderline personality disorder. *Journal of Personality Disorders*, 10(2), 153-163.

- Keller, M. B., Herzog, D. B., Lavori, P. W., & Bradburn, I. S. (1992). The naturalistic history of bulimia nervosa: Extraordinarily high rates of chronicity, relapse, recurrence, and psychosocial morbidity. *International Journal of Eating Disorders*, 12(1), 1-9.
- Kemmler, L., & Borgart, J. (1982). Interpersonelles Problemlösen. *Diagnostica*, 28(4), 307-325.
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., & Kessler, R. C. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148(12), 1627-1637.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation*. Oxford: University of Minnesota Press.
- Killen, J. D., Hayward, C., Wilson, D. M., Taylor, C. B., Hammer, L. D., Litt, I., Simmonds, B., & Haydel, F. (1994). Factors associated with eating disorder symptoms in a community sample of 6th and 7th grade girls. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 357-367.
- Kinzl, J. F., Traweger, C., Guenther, V., & Biebl, W. (1994). Family background and sexual abuse associated with eating disorders. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1127-1131.
- Kissileff, H. R., Walsh, B. T., Kral, J. G., & Cassidy, S. M. (1986). Laboratory studies of eating behavior in women with bulimia. *Physiology and Behavior*, 38(4), 563-570.
- Klein, H. K. (1971). *Heuristische Entscheidungsmodelle*. Wiesbaden: Gabler.
- König, F., Liepmann, D., Holling, H., & Otto, J. (1985). PLF: Fragebogen zum Problemlösen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie*, 33, 5-19.
- König, L. J., & Wasserman, E. L. (1995). Body image and dieting failure in college men and women: Examining links between depression and eating problems. *Sex Roles*, 32(3-4), 225-249.
- Koff, E., & Sangani, P. (1997). Effects of coping style and negative body image on eating disturbance. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 51-56.
- Krause, R., & Simons, D. (1981). Problemlösen - eine Analyse des Konzeptes und seiner Anwendung in der Psychotherapieforschung. *Zeitschrift für Klinische Psychologie, Forschung und Praxis*, 10(4), 265-280.
- Krauskopf, C. J., Burcham, P.B., & Willis, C.G. (1967). A manual for the Missouri Mathematics Placement Test. *Testing and Counseling Service Report*, 22(3), 1-13.
- Kuczmarski, R. J., Flegal, K. M., Campbell, S. M. & Johnson, C.L. (1994). Increasing prevalence of overweight among US adults: The National Health and Nutrition Examination Survey 1960-1991. *Journal of the American Medical Association*, 272, 205-211.
- Kuehle, H. J., & Badke, P. (1986). Die Entwicklung von Lösungsvorstellungen in komplexen Problemsituationen und die Gedächtnisstruktur. *Sprache & Kognition*, 5(2), 95-105.

- Kuehnel, R. H., & Wadden, T. A. (1994). Binge eating disorder, weight cycling, and psychopathology. *International Journal of Eating Disorders*, 15(4), 321-329.
- Lacey, J. H., Coker, S., & Birtchnell, S. A. (1986). Bulimia: Factors associated with its etiology and maintenance. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 475-487.
- Lacey, J. H., & Moureli, E. (1986). Bulimic alcoholics: Some features of a clinical sub-group. *British Journal of Addiction*, 81(3), 389-393.
- Ladouceur, R., Blais, F., Freeston, M. H., & Dugas, M. J. (1998). Problem solving and problem orientation in generalized anxiety disorder. *Journal of Anxiety Disorders*, 12(2), 139-152.
- Laessle, R. G. (1987). *Essstörungen und Depression. Psychobiologische Studien bei Anorexia nervosa und Bulimie*. Frankfurt/Main: Peter Lang.
- Laessle, R. G., Waadt, S., Schweiger, U., & Pirke, K. M. (1987). Zur Therapierelevanz psychobiologischer Befunde bei Bulimia Nervosa. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 8(4), 297-313.
- Laessle, R.G., Wurmser, H. & Pirke, K.M. (2000). Essstörungen. In: J. Margraf (Hrsg.) *Lehrbuch der Verhaltenstherapie Band 2*. (Kapitel 13, Seiten 223-246). Berlin: Springer.
- Laessle, R. G., & Pirke, K. M. (1989). Psychobiologische Grundlagen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In C. Jacobi, T. Paul & J. C. Brengelmann (Eds.), *Therapieforschung für die Praxis 9. Verhaltenstherapie bei Essstörungen. Theorie und Praxis. Themen der 18. Verhaltenstherapiewoche 1988* (pp. 1-20). München: Roettger.
- Laessle, R. G., Bossert, S., Hank, G., & Hahlweg, K. (1990). Cognitive performance in patients with bulimia nervosa: Relationship to intermittent starvation. *Biological Psychiatry*, 27(5), 549-551.
- Laessle, R. G. (1991). Psychobiologische Faktoren bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Medizin Mensch Gesellschaft*, 16(4), 237-250.
- Laessle, R. G., & Pirke, K. M. (1997). Essstörungen. In K. Hahlweg & A. Ehlers (Eds.), *Psychische Störungen und ihre Behandlungen*, (pp. 589-654). Göttingen: Hogrefe.
- Larson, L. M. (1984). *Training self-appraised effective and ineffective problem solvers in assertion*. Columbia: University of Missouri.
- Larson, L. M., & Heppner, P. P. (1985). The relationship of problem-solving appraisal to career decision and indecision. *Journal of Vocational Behavior*, 26(1), 55-65.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *State-Trait-Angstinventar: Theoretische Grundlagen und Handanweisung*. Weinheim: Beltz.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1986). Cognitive theories of stress and the issue of circularity. In M. H. Appley & R. Trumbull (Eds.), *Dynamics of stress: Physiological, psychological, and social perspectives. The Plenum series on stress and coping* (pp. 63-80). New York: Plenum Press.

- Leibowitz, S. F. (1991). Brain neuropeptide Y: An integrator of endocrine, metabolic and behavioral processes. *Brain Research Bulletin*, 27(3-4), 333-337.
- Leitenberg, H., Gross, J., Peterson, J., & Rosen, J. C. (1984). Analysis of an anxiety model and the process of change during exposure plus response prevention treatment of bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 15(1), 3-20.
- LeMagnen, J. (1976). Interactions of glucostatic and lipostatic mechanisms in the regulatory control of feeding. In D. Novin, W. Wyrwicka & G.A. Bry (Eds.) (Ed.), *Hunger: basic mechanisms and clinical implications* (pp. 89-101). New York: Raven-Press.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 140-149.
- Leon, G. R., Keel, P. K., Klump, K. L., & Fulkerson, J. A. (1997). The future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders. *Psychopharmacology Bulletin*, 33(3), 405-411.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Keel, P. K., & Klump, K. L. (1999). Three to four year prospective evaluation of personality and behavioral risk factors for later disordered eating in adolescent girls and boys. *Journal of Youth and Adolescence*, 28(2), 181-196.
- Levine, M. D., & Marcus, M. D. (1997). Eating behavior following stress in women with and without bulimic symptoms. *Annals of Behavioral Medicine*, 19(2), 132-138.
- Lienert, G. A. (1961). *Testaufbau und Testanalyse*. Weinheim: Beltz.
- Linehan, M. M., Camper, P., Chiles, J. A., Strosahl, K., & Shearin, E. (1987). Interpersonal problem solving and parasuicide. *Cognitive Therapy and Research*, 11(1), 1-12.
- Linehan, M. M. (1993). *Cognitive-behavioral treatment of borderline personality disorder*. New York: Guilford Press.
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H., & Stephens, M. P. (1989). Emotional and somatic consequences of binge episodes. *Addictive Behaviors*, 14(5), 503-511.
- Logan, G. D. (1989). Automaticity and cognitive control. In J.A. Bargh & J. S. Uleman (Eds.), *Unintended thought*. (pp. 52-74). New York: Guilford.
- Loro, A. D., & Orleans, C. S. (1981). Binge eating in obesity: Preliminary findings and guidelines for behavioral analysis and treatment. *Addictive Behaviors*, 6(2), 155-166.
- Lowe, M. R. (1993). The effects of dieting and eating behavior. *Psychological Bulletin*, 114(100-121).
- Lüer, G., Spada, H. (1990). Denken und Problemlösen. In H. Spada (Ed.), *Allgemeine Psychologie* (pp. 189-280). Bern: Hans Huber.
- Mahoney, M. J. (1974). *Cognition and behavior modification*. Cambridge: Balinger.

- Margraf, J., Schneider, S., & Spoerkel, H. (1991). Therapiebezogene Diagnostik: Validität des Diagnostischen Interviews für psychische Störungen (DIPS). *Verhaltenstherapie*, 1(2), 110-119.
- Margraf, J., Schneider, S., & Ehlers, A. (1991). *Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen: DIPS*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. (1994). *Diagnostisches Kurz-Interview bei psychischen Störungen: Mini-DIPS*. Berlin: Springer.
- Margraf, J. (2000). *Lehrbuch der Verhaltenstherapie*. Berlin: Springer.
- Marks, I. M., & Mathews, A. M. (1979). Brief standard self-rating for phobic patients. *Behaviour Research and Therapy*, 17(3), 263-267.
- Marx, E. M., Williams, J. M., & Claridge, G. C. (1992). Depression and social problem solving. *Journal of Abnormal Psychology*, 101(1), 78-86.
- Mattes, R. D. (1997). Physiologic responses to sensory stimulation by food: nutritional implications. *Journal of the American Diet Association*, 97(4), 406-13.
- Maydeu Olivares, A., & D'Zurilla, T. J. (1996). A factor-analytic study of the social problem-solving inventory: An integration of theory and data. *Cognitive Therapy and Research*, 20(2), 115-133.
- Maydeu-Olivares, B. D. Z. (1994). *Psychometric properties of the Spanish adaptation of Social Problem-Solving Inventory-Revised*. Urbana: University of Illinois.
- Mayhew, R., & Edelman, R. J. (1989). Self-esteem, irrational beliefs and coping strategies in relation to eating problems in a non-clinical population. *Personality and Individual Differences*, 10(5), 581-584.
- McCarthy, R. G. (1956). Alcoholism treatment programs: progress and problems. *Federal Probation*, 20(3), 44-50.
- McCormack, H. M., Horne, D. J., & Sheather, S. (1988). Clinical applications of visual analogue scales: A critical review. *Psychological Medicine*, 18(4), 1007-1019.
- McKenzie, S. J., Williamson, D. A., & Cubic, B. A. (1993). Stable and reactive body image disturbances in bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, 24(2), 195-207.
- McManus, F., Waller, G., & Chadwick, P. (1996). Biases in the processing of different forms of threat in bulimic and comparison women. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 184(9), 547-554.
- McNamara, K., & Loveman, C. (1990). Differences in family functioning among bulimics, repeat dieters, and nondieters. *Journal of Clinical Psychology*, 46(4), 518-523.
- Meichenbaum, D., Henshaw, D., & Himel, N. (1982). Coping with stress as a problem-solving process. *Series in Clinical and Community Psychology: Achievement, Stress, and Anxiety*, 127-142.
- Miller, L. C., Murphy, R., & Buss, A. H. (1981). Consciousness of body: Private and public. *Journal of Personality and Social Psychology*, 41(2), 397-406.

- Miller, G. A., Galanter, E., & Pribram, K. H. (1986). *Plans and the structure of behavior*. New York: Adams Bannister Cox.
- Miller, M. D., & Ferris, D. G. (1993). Measurement of subjective phenomena in primary care research: The Visual Analogue Scale. *Family Practice Research Journal*, 13(1), 15-24.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Oxford: Harvard University Press.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., & Eckert, E. D. (1981). Frequency and duration of binge-eating episodes in patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 138(6), 835-836.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D., & Pyle, R. L. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142(4), 482-485.
- Mitchell, J. E., Davis, L., Goff, G., & Pyle, R. (1986). A follow-up study of patients with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 5(3), 441-450.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Pyle, R. L., & Eckert, E. D. (1986). The bulimia syndrome: Course of the illness and associated problems. *Comprehensive Psychiatry*, 27(2), 165-170.
- Mitchell, J. E., & Eckert, E. D. (1987). Scope and significance of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(5), 628-634.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., & Fletcher, L. (1991). The topography of binge eating, vomiting and laxative abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 10(1), 43-48.
- Mitchell, J. E., Pomeroy, C., & Adson, D. E. (1997). Managing medical complications. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)*. (pp. 383-393). Toledo: Center for Eating Disorders.
- Mitchell, J. E., Mussell, M. P., Peterson, C. B., Crow, S., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Davis, T., & Weller, C. (1999). Hedonics of binge eating in women with bulimia nervosa and binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 26(2), 165-170.
- Mizes, J. S. (1988). Personality characteristics of bulimic and non-eating-disordered female controls: A cognitive behavioral perspective. *International Journal of Eating Disorders*, 7(4), 541-550.
- Mokdad, A. H., Serdula, M. K., Dietz, W. H., Bowman, B. A., Marks, J. S., & Koplan, J. P. (2000). The continuing epidemic of obesity in the United States. *Journal of the American Medical Association*, 284(13), 1650-1651.
- Mooney, R. L., & Gordon, L. V. (1951). *Mooney Problem Check List. Manual*. Oxford: Psychological Corp.
- Moyer, A., Roodin, J., & Cummings, N. (1993). Cephalic phase insulin release in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 14(3), 331-339.
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Weller, C. L., Raymond, N. C., Crow, S. J., & Crosby, R. D. (1995). Onset of binge eating, dieting, obesity, and mood disorders among subjects seeking treatment for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 395-401.

- Nagata, T., Matsuyama, M., Kiriike, N., Iketani, T., & Oshima, J. (2000). Stress coping strategy in Japanese patients with eating disorders: relationship with bulimic and impulsive behaviors. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 188(5), 280-6.
- Nakahara, R., Yoshiuchi, K., Yamanaka, G., Sasaki, T., Suematsu, H., & Kuboki, T. (2000). Coping skills in Japanese women with eating disorders. *Psychological Reports*, 87(3, Pt 1), 741-746.
- Neal, G. W. (1983). *Personal problem solving: Awareness and utilization of campus helping resources*. Unpublished doctoral dissertation, University of Missouri, Columbia.
- Neal, G. W., & Heppner, P. P. (1986). Problem-solving self-appraisal, awareness, and utilization of campus helping resources. *Journal of Counseling Psychology*, 33(1), 39-44.
- Neckowitz, P., & Morrison, T. L. (1991). Interactional coping strategies of normal-weight bulimic women in intimate and nonintimate stressful situations. *Psychological Reports*, 69(3, Pt 2), 1167-1175.
- Newell, A., Shaw, J. C., & Simon, H. A. (1958). Elements of a theory of human problem solving. *Psychological Review*, 65, 151-166.
- Newell, A., & Simon, H. A. (1972). *Human problem solving*. Oxford: Prentice-Hall.
- Nezu, A. M. (1985). Differences in psychological distress between effective and ineffective problem solvers. *Journal of Counseling Psychology*, 32(1), 135-138.
- Nezu, A. M., & Ronan, G. F. (1985). Life stress, current problems, problem solving, and depressive symptoms: An integrative model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 53(5), 693-697.
- Nezu, A. M. (1986). Cognitive appraisal of problem solving effectiveness: Relation to depression and depressive symptoms. *Journal of Clinical Psychology*, 42(1), 42-48.
- Nezu, A. M., Kalmar, K., Ronan, G. F., & Clavijo, A. (1986). Attributional correlates of depression: An interactional model including problem solving. *Behavior Therapy*, 17(1), 50-56.
- Nezu, A. M., & D'Zurilla, T. J. (1989). Social problem solving and negative affective conditions. .
- Nezu, C. M., Nezu, A. M., Friedman, S. H., Houts, P. S., DelliCarpini, L., Bildner, C., & Faddis, S. (1999). Cancer and psychological distress: Two investigations regarding the role of social problem-solving. *Journal of Psychosocial Oncology*, 16(3-4), 27-40.
- Niego, S. H., Pratt, E. M., & Agras, W. S. (1997). Subjective or objective binge: Is the distinction valid? *International Journal of Eating Disorders*, 22(3), 291-298.
- Nottingham, E. J. (1993). Social problem solving, anxiety and depression in a sample of general psychiatric patients. Unpublished data, Germantown Psychological Associates, Germantown, TN.

- Overduin, J., & Jansen, A. (1997). Conditioned insulin and blood sugar responses in humans in relation to binge eating. *Physiology and Behavior*, 61(4), 569-575.
- Palmer, P. B. (1987). Associations among sex role, gender, family life cycle and values in adulthood. *Dissertation Abstracts International*, 47(11-A), 4030.
- Parra Covarrubias, A., Rivera Rodriguez, I., & Almaraz Ugalde, A. (1971). Cephalic phase of insulin secretion in obese adolescents. *Diabetes*, 20(12), 800-2.
- Patton, G. C., Johnson, S. E., Wood, K., Mann, A. H., & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London schoolgirls: A prospective epidemiological study: Outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20(2), 383-394.
- Paul, T., & Jacobi, C. (1986). Ein ambulantes verhaltenstherapeutisches Gruppenprogramm bei Bulimia nervosa. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36(7), 232-239.
- Paul, T., Meyer, J. E., & Pudiel, V. (1987). Bulimia nervosa: Das Krankheitsbild und die Frage seiner nosologischen Zuordnung. *Nervenarzt*, 58(8), 461-470.
- Paxton, S. J., & Diggins, J. (1997). Avoidance coping, binge eating, and depression: An examination of the escape theory of binge eating. *International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 83-87.
- Penn, D. L., Van der Does, A. W., Spaulding, W. D., Garbin, C. P., Linszen, D., & Dingemans, P. (1993). Information processing and social cognitive problem solving in schizophrenia: Assessment of interrelationships and changes over time. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(1), 13-20.
- Phillips, S. D., Paziienza, N. J., & Ferrin, H. H. (1984). Decision-making styles and problem-solving appraisal. *Journal of Counseling Psychology*, 31(4), 497-502.
- Pike, K. M., & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100(2), 198-204.
- Pike, K. M., & Walsh, T. (1996). Ethnicity and eating disorders: Implications for incidence and treatment. *Psychopharmacology Bulletin*, 32(2), 265-274.
- Pirke, K. M., & Ploog, D. (1984). *Die Psychobiologie der Anorexia nervosa*. Berlin: Springer.
- Pirke, K. M., Pahl, J., Schweiger, U., & Warnhoff, M. (1985). Metabolic and endocrine indices of starvation in bulimia: A comparison with anorexia nervosa. *Psychiatry Research*, 15(1), 33-39.
- Pirke, K. M., Fichter, M. M., Schweiger, U., Fruth, C., Streitmatter, A., & Wolfgram, G. (1987). Gonadotropin secretion pattern in bulimia nervosa Gonadotropin-Sekretion bei Bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 6(5), 655-661.
- Pirke, K. M., Eckert, M., Ofers, B., & Goebel, G. (1989). Plasma norepinephrine response to exercise in bulimia, anorexia nervosa, and controls. *Biological Psychiatry*, 25(6), 799-802.

- Pirke, K. M. (1991). Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In D. H. Hellhammer & U. Ehlert (Eds.), *Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Anwendung* (pp. 67-73). Bern: Huber.
- Pirke, K. M., Kellner, M. B., Friess, E., Krieg, J. C., & Fichter, M. M. (1994). Satiety and cholecystokinin. *International Journal of Eating Disorders*, *15*(1), 63-69.
- Platt, J. J., & Spivack, G. (1974). Means of solving real-life problems: I. Psychiatric patients vs. controls and cross-cultural comparisons of normal females. *Journal of Community Psychology*, *2*(1), 45-48.
- Platt, J. J., Spivack, G., Altman, N., Altman, D., & Peizer, S. B. (1974). Adolescent problem-solving thinking. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *42*(6), 787-793.
- Platt, J. J., & Spivack, G. (1975a). *Manual for the Means-Ends Problem Solving Procedure (MEPS). A measure of interpersonal cognitive problem-solving skills*. Philadelphia: Hahnemann Community Mental Health.
- Platt, J. J., & Spivack, G. (1975b). Unidimensionality of the Means-Ends Problem-Solving Procedure (MEPS). *Journal of Clinical Psychology*, *31*(1), 15-16.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1985). Dieting and bingeing: A causal analysis. *American Psychologist*, *40*(2), 193-201.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1987). Diagnosis and treatment of normal eating. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *55*(5), 635-644.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1991). Good and bad dieters: Self-perception and reaction to a dietary challenge. *International Journal of Eating Disorders*, *10*(1), 91-99.
- Polivy, J., & Herman, C. P. (1993). Etiology of binge eating: Psychological mechanisms. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating: Nature, assessment, and treatment*. (pp. 173-205). New York: Guilford Press.
- Polivy, J., Zeitlin, S. B., Herman, C. P., & Beal, A. L. (1994). Food restriction and binge eating: A study of former prisoners of war. *Journal of Abnormal Psychology*, *103*(2), 409-411.
- Pope, H. G., Mangweth, B., Negrao, A. B., Hudson, J. I., & Cordas, T. A. (1994). Childhood sexual abuse and bulimia nervosa: A comparison of American, Austrian, and Brazilian women. *American Journal of Psychiatry*, *151*(5), 732-737.
- Powers, P. S., Coovert, D. L., Brightwell, D. R., & Stevens, B. A. (1988). Other psychiatric disorders among bulimic patients. *Comprehensive Psychiatry*, *29*(5), 503-508.
- Powley, T. L., & Berthoud, H. R. (1985). Diet and cephalic phase insulin response. *American Journal of Clinical Nutrition*, *42*, 991-1002.
- Pratt, E. M., Niego, S. H., & Agras, W. S. (1998). Does the size of a binge matter? *International Journal of Eating Disorders*, *24*(3), 307-312.
- Prittwitz, S. v., Blum, W.F., Ziegler, A., Scharmann, S., Remschmidt, H. & Hebebrandt, J. (1997). Restraint eating is associated with low leptin levels in underweight females. *Molecular Psychiatry*, *2*, 420-422.

- Probst, M., Vandereycken, W., Vanderlinden, J., & van Coppenolle, H. (1998). The significance of body size estimation in eating disorders: Its relationship with clinical and psychological variables. *International Journal of Eating Disorders*, 24(2), 167-174.
- Pudel, V. (1985). Essverhalten. In H. D. Basler & I. Florin (Eds.), *Klinische Psychologie und körperliche Krankheiten* (pp. 63-79). Stuttgart: Kohlhammer.
- Pudel, V., & Westenhöfer, J. (1990). *FEV - Fragebogen zum Essverhalten*. Göttingen: Hogrefe.
- Pudel, V., & Westenhöfer, J. (1998). *Ernährungspsychologie: Eine Einführung*. Göttingen: Hogrefe.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., & Eckert, E. D. (1981). Bulimia: A report of 34 cases. *Journal of Clinical Psychiatry*, 42(2), 60-64.
- Rand, C. S., & Kulda, J. M. (1992). Epidemiology of bulimia and symptoms in a general population: Sex, age, race, and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 11(1), 37-44.
- Raymond, N. C., Mussell, M. P., Mitchell, J. E., de Zwaan, M., & Crosby, R. D. (1995). An age-matched comparison of subjects with binge eating disorder and bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18(2), 135-143.
- Reeder, B. L. (1984). *Problem-solving activities of black university students*. Columbia: University of Missouri.
- Reinberg, K., & Baumann, U. (1986). Gewichtskontrolle und Gewichtsregulation: Eine empirische Studie über die Häufigkeit einzelner Methoden. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 36(12), 392-398.
- Reinecker, H. (1998). *Lehrbuch der Klinischen Psychologie. Modelle psychischer Störungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Rodin, J., Silberstein, L.R., & Striegel-Moore, R.H. (1985). Woman and weight: A normative disconnection. In T. B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska symposium on motivation* (pp. 267-308). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Rodin, J. (1985). Insulin levels, hunger, and food intake: An example of feedback loops in body weight regulation. *Health Psychology*, 4(1), 1-24.
- Rodin, J. (1994). *Die Schönheitsfalle*. München: Knaur-Verlag.
- Rorty, M., Yager, J., & Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical, and psychological abuse in bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151(8), 1122-1126.
- Rosen, J. C., & Leitenberg, H. (1982). Bulimia nervosa: Treatment with exposure and response prevention. *Behavior Therapy*, 13(1), 117-124.
- Rosen, J. C., Leitenberg, H., Gross, J., & Willmuth, M. (1985). Standardized test meals in the assessment of bulimia nervosa. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 7(3), 181-197.
- Rosen, J. C., Leitenberg, H., Fisher, C., & Khazam, C. (1986). Binge-eating episodes in bulimia nervosa: The amount and type of food consumed. *International Journal of Eating Disorders*, 5(2), 255-267.

- Rosen, J. C., Saltzberg, E., & Srebnik, D. (1989). Cognitive behavior therapy for negative body image. *Behavior Therapy, 20*(3), 393-404.
- Rosen, J. C. (1992). Body-image disorder: Definition, development, and contribution to eating disorders. In J. H. Crowther & D. L. Tennenbaum (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa: The individual and familial context*. (pp. 157-177). Washington: Hemisphere Publishing Corp.
- Rossiter, E. M., & Agras, W. S. (1990). An empirical test of the DSM-III-R definition of binge. *International Journal of Eating Disorders, 9*(5), 513-518.
- Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, C. F., & Bruce, B. (1992). The eating patterns of non-purging bulimic subjects. *International Journal of Eating Disorders, 11*(2), 111-120.
- Rotter, J. B. (1978). Generalized expectancies for problem solving and psychotherapy. *Cognitive Therapy and Research, 2*(1), 1-10.
- Ruderman, A. J., & Grace, P. S. (1988). Bulimics and restrained eaters: A personality comparison. *Addictive Behaviors, 13*(4), 359-368.
- Ruderman, A. J., & Besbeas, M. (1992). Psychological characteristics of dieters and bulimics. *Journal of Abnormal Psychology, 101*(3), 383-390.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine, 9*(3), 429-448.
- Russell, G. F. M. (1989). Diagnostik und klinische Messverfahren bei Bulimia nervosa. In M. M. Fichter (Ed.), *Bulimia nervosa. Grundlagen und Behandlung* (pp. 12-29). Stuttgart: Enke.
- Russell, G. F. M. (1997). The history of bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of treatment for eating disorders (2nd ed.)*. (pp. 11-24). Kent: Hayes Grove Priory Hosp, Eating Disorders Unit.
- Sabourin, S., Laporte, L., & Wright, J. (1990). Problem solving self-appraisal and coping efforts in distressed and nondistressed couples. *Journal of Marital and Family Therapy, 16*(1), 89-97.
- Sadowski, C., & Kelley, M. L. (1993). Social problem solving in suicidal adolescents. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(1), 121-127.
- Sadowski, C., Moore, L. A., & Kelley, M. L. (1994). Psychometric properties of the Social Problem Solving Inventory (SPSI) with normal and emotionally disturbed adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology, 22*(4), 487-500.
- Santonastaso, P., Ferrara, S., & Favaro, A. (1999). Differences between binge eating disorder and nonpurging bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 25*(2), 215-218.
- Sass, H., Wittchen, H. U., & Zaudig, M. (1994). *Diagnostisches und Statistisches Manual psychischer Störungen. DSM-IV*. Göttingen: Hogrefe.
- Scheffé, H. (1963). *The analysis of variance*. New York: Wiley.
- Schlundt, D. G., Johnson, W. G., & Jarrell, M. P. (1985). A naturalistic functional analysis of eating behavior in bulimia and obesity. *Advances in Behaviour Research and Therapy, 7*(3), 149-162.
- Schlundt, D. G., & Johnson, W. G. (1990). *Eating disorders: Assessment and treatment*. Boston: Allyn and Bacon.

- Schneider, J. A., O'Leary, A., & Agras, W. S. (1987). The role of perceived self-efficacy in recovery from bulimia: a preliminary examination. *Behavior Research and Therapy*, 25(5), 429-432.
- Schneider, S., Margraf, J., Spoerkel, H., & Franzen, U. (1992). Therapiebezogene Diagnostik: Reliabilität des Diagnostischen Interviews bei psychischen Störungen (DIPS). *Diagnostica*, 38(3), 209-227.
- Schorr, A. (1986). Der klinische Psychologe als Wissenschaftler und Praktiker - Amerikanische und deutsche Ausbildungskonzepte aus historischer Sicht. In A. Schorr (Ed.) *Psychologie Mitte der 80er Jahre. Geschichte, Berufsrecht, Weiterbildung, neue Tätigkeitsfelder, Integration in der Psychotherapie* (pp. 66-87). Bonn: Deutscher Psychologen Verlag.
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1982). Suicide ideation in a college population: A test of a model. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50(5), 690-696.
- Schotte, D. E., & Clum, G. A. (1987). Problem-solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55(1), 49-54.
- Schotte, D. E., Cools, J., & Payvar, S. (1990). Problem-solving deficits in suicidal patients: Trait vulnerability or state phenomenon? *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 562-564.
- Schulte, M. J., Boehme Bloem, C., & Trempler, V. (1990). *Bulimie: Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht*. Stuttgart: Thieme.
- Schwedler, C. I. (1997). "Wer dick ist, ist auch einsam". *Spezifische Prozesse der Informationsverarbeitung bei Bulimia Nervosa*. Dissertation, Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität, Marburg.
- Schweiger, U. (1986). Neurotransmitterstörungen bei Anorexia nervosa und Bulimie. *Neuropsychiatrie*, 1(1), 3-7.
- Schweiger, U., Laessle, R. G., & Pirke, K. M. (1988). Essverhalten und Fertilitätsstörungen; Perspektiven für eine verhaltensmedizinisch orientierte Therapie von Störungen reproduktiver endokriner Funktionen. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 9(1), 3-10.
- Selz, O. (1913). *Über die Gesetze des geordneten Denkens*. Stuttgart: Speemann.
- Shisslak, C. M., Crago, M., & Estes, L. S. (1995). The spectrum of eating disturbances. *International Journal of Eating Disorders*, 18(3), 209-219.
- Shure, M., & Spivack, G. (1978). *Problem solving techniques in childrearing*. New York: Plenum-Press.
- Siegel, J. M., & Platt, J. J. (1976). Emotional and social real-life problem-solving thinking in adolescent and adult psychiatric patients. *Journal of Clinical Psychology*, 32(2), 230-232.
- Silwedel, R. (1981). Interpersonelles Problemlösen. *Zeitschrift für Strafvollzug und Straffälligenhilfe*, 30(6), 346-351.
- Sjostrom, L., Garellick, G., Krotkiewski, M., & Luyckx, A. (1980). Peripheral insulin in response to the sight and smell of food. *Metabolism*, 29(10), 901-9.

- Skinner, B. F. (1966). An operant analysis of problem solving. In B. E. Kleinmuntz (Ed.), *Problem Solving: Research method and theory*. (pp. 225-257). New York: Plenum-Press.
- Slevini-Palazzoli, M. (1982). *Magersucht: Von der Behandlung Einzelner zur Familientherapie*. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Sohlberg, S., Norring, C., Holmgren, S., & Rosmark, B. (1989). Impulsivity and long-term prognosis of psychiatric patients with anorexia nervosa/bulimia nervosa. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 177(5), 249-258.
- Soukup, V. M., Beiler, M. E., & Terrell, F. (1990). Stress, coping style, and problem solving ability among eating-disordered inpatients. *Journal of Clinical Psychology*, 46(5), 592-599.
- Spada, H. (1990). *Lehrbuch Allgemeine Psychologie*. Bern: Huber.
- Specker, S., de Zwaan, M., Raymond, N., & Mitchell, J. (1994). Psychopathology in subgroups of obese women with and without binge eating disorder. *Comprehensive Psychiatry*, 35(3), 185-90.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R. E. (1986). State-Trait Anxiety Inventory. In Collegium Internationale Psychiatriae Salarum (Ed.), *Internationale Skalen der Psychiatrie*. Weinheim: Beltz Test Gesellschaft.
- Spitzer, R. L., Devlin, M. J., Walsh, B. T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M. D., Stunkard, A., Wadden, T., Yanovis, S., Agras, S., Mitchell, J., & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 191-203.
- Spitzer, R. L., Stunkard, A. J., Yanovski, S. Z., Marcus, M. D., Wadden, T., Wing, R., Mitchell, J., & Hasin, D. (1993). Binge eating disorder should be included in DSM-IV: A reply to Fairburn et al.'s "The classification of recurrent overeating: The 'binge eating disorder' proposal.". *International Journal of Eating Disorders*, 13(2), 161-169.
- Spivack, G., Platt, J.J., & Shure, M.B. (1976). *The problem-solving approach to adjustment*. San Francisco: Jossey-Bass.
- Spurrell, E. B., Wilfley, D. E., Tanofsky, M. B., & Brownell, K. D. (1997). Age of onset for binge eating: Are there different pathways to binge eating? *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 55-65.
- Stäudel, T. (1988). Der Kompetenzfragebogen: Überprüfung eines Verfahrens zur Erfassung der Selbsteinschätzung der heuristischen Kompetenz, belastenden Emotionen und Verhaltenstendenzen beim Lösen komplexer Probleme. *Diagnostica*, 34(2), 136-147.
- Steffens, A. B. (1976). Influence of the oral cavity on insulin release in the rat. *American Journal of Physiology*, 230(5), 1411-5.
- Steiger, H., & Zanko, M. (1990). Sexual traumata among eating-disordered, psychiatric, and normal female groups: Comparison of prevalences and defense styles. *Journal of Interpersonal Violence*, 5(1), 74-86.
- Stevens, J. (1996). *Applied multivariate statistics for the social sciences*. Mahwah (New Jersey): Lawrence Erlbaum.

- Stice, E., Nemeroff, C., & Shaw, H. E. (1996). Test of the dual pathway model of bulimia nervosa: Evidence for dietary restraint and affect regulation mechanisms. *Journal of Social and Clinical Psychology, 15*(3), 340-363.
- Stice, E. (1998). Relations of restraint and negative affect to bulimic pathology: A longitudinal test of three competing models. *International Journal of Eating Disorders, 23*(3), 243-260.
- Stice, E., Mazotti, L., Krebs, M., & Martin, S. (1998). Predictors of adolescent dieting behaviors: A longitudinal study. *Psychology of Addictive Behaviors, 12*(3), 195-205.
- Stricker, G. (2002). What is a scientist-practitioner anyway? *Journal of Clinical Psychology, 58*(10), 1277-83.
- Striegel Moore, R. H., McAvay, G., & Rodin, J. (1984). Predictors of attitude toward body weight and eating in women, *Paper presented at the meeting of the European Association of Behavior Therapy* (pp. 297-303). Brüssel.
- Striegel Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology, 102*(2), 297-303.
- Striegel Moore, R. H., Cachelin, F. M., Dohm, F. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (2001). Comparison of binge eating disorder and bulimia nervosa in a community sample. *International Journal of Eating Disorders, 29*(2), 157-165.
- Striegel-Moore, R. H. (1993). Etiology of binge eating: A developmental perspective. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. (pp. 144-172). New York: Guilford Press.
- Strober, M., & Humphrey, L. L. (1987). Familial contributions to the etiology and course of anorexia nervosa and bulimia. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*(5), 654-659.
- Strober, M., & Katz, J. L. (1987). Do eating disorders and affective disorders share a common etiology? A dissenting opinion. *International Journal of Eating Disorders, 6*(2), 171-180.
- Strober, M., & Katz, J. L. (1988). Depression in the eating disorders: A review and analysis of descriptive, family, and biological findings. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Brunner/Mazel eating disorders monograph series, No. 2. (pp. 80-111). Philadelphia: Brunner/Mazel Inc.
- Stunkard, A. J., & Messick, S. (1985). The three-factor eating questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research, 29*(1), 71-83.
- Stunkard, A. J., & Sobal, J. (1995). Psychosocial consequences of obesity. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity: A comprehensive handbook*. (pp. 417-421). New York: Guilford Press.
- Sullivan, P. F., Gendall, K. A., Bulik, C. M., Carter, F. A., & Joyce, P. R. (1998). Elevated total cholesterol in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 23*(4), 425-432.

- Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Spurrell, E. B., Welch, R., & Brownell, K.D. (1997). Comparison of men and women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 21(1), 49-54.
- Taylor, M. J., & Cooper, P. J. (1992). An experimental study of the effect of mood on body size perception. *Behaviour Research and Therapy*, 30(1), 53-58.
- Telch, C. F., Agras, W. S., Rossiter, E. M., Wilfley, D., & Kendary, J. (1990). Group cognitive-behavioral treatment for the nonpurging bulimic: An initial evaluation. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58(5), 629-635.
- Telch, C. F., & Agras, W. S. (1993). The effects of a very low calorie diet on binge eating. *Behavior Therapy*, 24(2), 177-193.
- Telch, C. F., Pratt, E. M., & Niego, S. H. (1998). Obese women with binge eating disorder define the term binge. *International Journal of Eating Disorders*, 24(3), 313-317.
- Thiel, A., & Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventory. *Zeitschrift für Differenzielle und Diagnostische Psychologie*, 9, 267-278.
- Thompson, J. K., & Thompson, C. M. (1986). Body size distortion and self-esteem in asymptomatic, normal weight males and females. *International Journal of Eating Disorders*, 5(6), 1061-1068.
- Thompson, J. K. (1990). *Body image disturbance: Assessment and treatment*. Elmsford: Pergamon Press Inc.
- Tobin, D. L., Holroyd, K. A., Reynolds, R. V., & Wigal, J. K. (1991). The hierarchical factor structure of the Coping Strategies Inventory. *Cognitive Therapy and Research*, 13(4), 343-361.
- Tobin, D. L., & Griffing, A. S. (1995). Coping and depression in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 18(4), 359-363.
- Torrance, E. P. (1966). *Torrance Test of Creative Thinking: Norms-technical manual*. Princeton: Personnel Press.
- Tracey, T. J., Sherry, P., & Keitel, M. (1986). Distress and help-seeking as a function of person^environment fit and self-efficacy: A causal model. *American Journal of Community Psychology*, 14(6), 657-676.
- Troop, N. A., Holbrey, A., Trowler, R., & Treasure, J. L. (1994). Ways of coping in women with eating disorders. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 182(10), 535-540.
- Troop, N. A., Holbrey, A., & Treasure, J. L. (1998). Stress, coping, and crisis support in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 24(2), 157-166.
- Tscheulin, D. & Glossner, A. (1993). Der Intrex-Fragebogen. Die deutsche Übertragung der INTREX "Longform Questionnaires": Validität und Auswertungsgrundlagen der SASB-Fragebogenmethode. In W. Tress (Ed.), *Die strukturelle Analyse sozialen Verhaltens - SASB*. Ein Arbeitsbuch für Forschung und Ausbildung in der Psychotherapie (pp. 123-155). Heidelberg: Asanger.

- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., & Jick, H. (1996). The demand for eating disorder care: An epidemiological study using the General Practice Research Database. *British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705-712.
- Turner, M. S., Foggo, M., Bennie, J., Carroll, S., Dick, H., & Goodwin, G. (1991). Psychological, hormonal and biochemical changes following carbohydrate bingeing: A placebo controlled study in bulimia nervosa and matched controls. *Psychological Medicine*, 21(1), 123-133.
- Tuschen, B., Florin, I., & Baucke, R. (1993). Beeinflusst die Stimmung den Appetit? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22(3), 315-321.
- Tuschen, B., Florin, I., & Schröder, G. (1993). Beeinflusst die Stimmung die Figurwahrnehmung? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22(3), 322-331.
- Tuschen, B., Vögele, C., Kuhnhardt, K., & Cleve-Prinz, W. (1995). Steigern psychische Belastungen das Essbeduerfnis? Eine experimentelle Studie an Bulimikerinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24(4), 344-351.
- Tuschen Caffier, B., & Florin, I. (1998). Therapie der Bulimie. *PsychotherapeutenFORUM*, 5(2), 4-7.
- Tuschen Caffier, B., & Vögele, C. (1999). Psychological and physiological reactivity to stress: An experimental study on bulimic patients, restrained eaters and controls. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 68(6), 333-340.
- Tuschen-Caffier, B., & Florin, I. (2002). *Teufelskreis Bulimie: Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe.
- Van Buren, D. J., & Williamson, D. A. (1988). Marital relationships and conflict resolution skills of bulimics. *International Journal of Eating Disorders*, 7(6), 735-741.
- Van der Ster-Wallin, G., Norring, C., & Holmgren, S. (1994). Selective dieting patterns among anorectics and bulimics at the onset of eating disorder. *European Eating Disorders Review*, 2(4), 221-232.
- Vitousek, K. B., & Hollon, S. D. (1990). The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cognitive Therapy and Research*, 14(2), 191-214.
- Vollrath, M., & Angst, J. (1993). Coping and illness behavior among young adults with panic. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 181(5), 303-308.
- Waadt, S., Laessle, R.G., & Pirke, K.M. (1992). *Bulimie: Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
- Wadden, T. A., Sternberg, J. A., Letizia, K. A., Stunkard, A. J., & Foster, G. D. (1989). Treatment of obesity by very low calorie diet, behavior therapy, and their combination: a five-year perspective. *International Journal of Obesity*, 2, 39-46.
- Walker, L. O., & Johnson, L.B. (1986). *Preschool children's socio-emotional development: Endogenous and environmental antecedants in early infancy*. Final report to the Hoog Foundation for Mental Health.
- Waller, G., Slade, P., & Calam, R. (1990). Who knows best? Family interaction and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 156, 546-550.
- Waller, G. (1991). Sexual abuse as a factor in eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 159, 664-671.

- Waller, G. (1994). Bulimic women's perceptions of interaction within their families. *Psychological Reports, 74*(1), 27-32.
- Wardle, J., & Beales, S. (1988). Control and loss of control over eating: An experimental investigation. *Journal of Abnormal Psychology, 97*(1), 35-40.
- Wardle, J., & Foley, E. (1989). Body image: Stability and sensitivity of body satisfaction and body size estimation. *International Journal of Eating Disorders, 8*(1), 55-62.
- Watson, J. B. (1930). *Behaviorism*. London: Kegan.
- Wechsler, D. (1981). The psychometric tradition: Developing the Wechsler Adult Intelligence Scale. *Contemporary Educational Psychology, 6*(2), 82-85.
- Weiss, S. W., & Ebert, M. H. (1983). Psychological and behavioral characteristics of normal-weight bulimics and normal-weight controls. *Psychosomatic Medicine, 45*(4), 293-303.
- Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry, 151*(3), 402-407.
- Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1996). Childhood sexual and physical abuse as risk factors for the development of bulimia nervosa: A community-based case control study. *Child Abuse and Neglect, 20*(7), 633-642.
- Weltzin, T. E., Hsu, L. G., Pollice, C., & Kaye, W. H. (1991). Feeding patterns in bulimia nervosa. *Biological Psychiatry, 30*(11), 1093-1110.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Maude, D., Szmukler, G. I., Gibbons, K., & Hiller, L. (1992). Psychosocial predictors of weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders, 12*(2), 151-160.
- Wertheimer, M. (1964). *Produktives Denken*. Frankfurt/Main: Kramer.
- Westenhöfer, J., Paul, T., & Pudel, V. (1987). Zur Selbstkontrollfähigkeit bulimischer Patienten. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin, 8*(4), 314-333.
- Westenhöfer, J., Pudel, V., Maus, N., & Schlaf, G. (1987). Das kollektive Diätverhalten deutscher Frauen als Risikofaktor für Essstörungen. *Aktuelle Ernährungsmedizin, 12*(5), 154-159.
- Westenhöfer, J., & Pudel, V. (1989). Verhaltensmedizinische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Essstörungen. In R. Wahl & M. Hautzinger (Eds.), *Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven*. (pp.149-162). Köln: Deutscher Ärzte Verlag.
- Westenhöfer, J., & Pudel, V. (1990). Gesellschaftliche Aspekte von Essstörungen. *Praxis der Klinischen Verhaltensmedizin und Rehabilitation, 3*, 151-159.
- Westenhöfer, J. (1992). *Gezügelt Essen und Störbarkeit des Essverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Westermann, R. (1987). Wissenschaftstheoretische Grundlagen der experimentellen Psychologie. In G. Lüer (Ed.), *Allgemeine Experimentelle Psychologie*. (pp 5-42) Stuttgart: Fischer.

- Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A.G., Sifford, K., & Raeburn, S. D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 61*(2), 296-305.
- Wilfley, D. E., Schwartz, M. B., Spurrell, E. B., & Fairburn, C. G. (1997). Assessing the specific psychopathology of binge eating disorder patients: Interview or self-report? *Behaviour Research and Therapy, 35*(12), 1151-1159.
- Williams, G. J., Chamove, A. S., & Millar, H. R. (1990). Eating disorders, perceived control, assertiveness and hostility. *British Journal of Clinical Psychology, 29*(3), 327-335.
- Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., & Freeman, C. P. (1993). Comparison of eating disorders and other dietary/weight groups on measures of perceived control, assertiveness, self-esteem, and self-directed hostility. *International Journal of Eating Disorders, 14*(1), 27-32.
- Williamson, D. F., Kahn, H.S., Remington, P.L., & Anda, R.F. (1990). The 10-year incidence of overweight and major weight gain in U.S. adults. *Archives of Internal Medicine, 150*, 665-672.
- Willmuth, M. E., Leitenberg, H., Rosen, J. C., & Cado, S. (1988). A comparison of purging and nonpurging normal weight bulimics. *International Journal of Eating Disorders, 7*(6), 825-835.
- Wilson, G. T., & Walsh, B. T. (1991). Eating disorders in the DSM-IV. *Journal of Abnormal Psychology, 100*(3), 362-365.
- Wilson, G. T., Nonas, C. A., & Rosenblum, G. D. (1993). Assessment of binge eating in obese patients. *International Journal of Eating Disorders, 13*(1), 25-33.
- Woell, C., Fichter, M. M., Pirke, K. M., & Wolfram, G. (1989). Eating behavior of patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders, 8*(5), 557-568.
- Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J. A., & Wittrock, D. A. (2000). Differences in daily stress, mood, coping, and eating behavior in binge eating and non-binge eating college women. *Addictive Behavior, 25*(2), 205-16.
- Wonderlich, S. A., Wilsnack, R. W., Wilsnack, S. C., & Harris, T. R. (1996). Childhood sexual abuse and bulimic behavior in a nationally representative sample. *American Journal of Public Health, 86*(8, Pt 1), 1082-1086.
- Woodside, D. B., & Garfinkel, P. E. (1992). Age of onset in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 12*(1), 31-36.
- Woodside, D. B., Field, L. L., Garfinkel, P. E., & Heinmaa, M. (1998). Specificity of eating disorders diagnoses in families of probands with anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry, 39*(5), 261-264.
- Wuchner, M., Eckert, J., & Biermann-Ratjen, E. M. (1993). Vergleich von Diagnosegruppen und Klientelen verschiedener Kliniken. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik, 29*(2), 198-214.

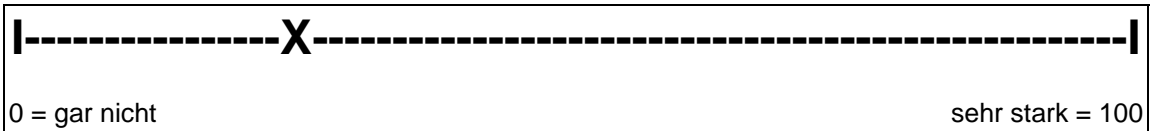
- Yager, J., Rorty, M., & Rossotto, E. (1995). Coping styles differ between recovered and nonrecovered women with bulimia nervosa, but not between recovered women and non-eating-disordered control subjects. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 183(2), 86-94.
- Yanovski, S. Z., Nelson, J. E., Dubbert, B. K., & Spitzer, R. L. (1993). "Association of binge eating disorder and psychiatric comorbidity in obese subjects": Correction. *American Journal of Psychiatry*, 150(12).
- Yates, W. R. (1992). Weight factors in normal weight bulimia nervosa: A controlled family study. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 227-234.
- Zamble, E., & Porporino, F. (1990). Coping, imprisonment, and rehabilitation: Some data and their implications. *Criminal Justice and Behavior*, 17(1), 53-70.
- Ziegenrucker, H. C., Junge, A., & Ahrens, S. (1996). Interpersonelle Probleme bei Patienten einer psychosomatischen Klinik. *Gruppenpsychotherapie und Gruppendynamik*, 32(1), 22-41.
- Ziolko, H. U. (1985). Bulimie. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 31(3), 235-246.
- Ziolko, H. U. (1996). Bulimia: A historical outline. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 345-358.
- Zotter, D. L., & Crowther, J. H. (1991). The role of cognitions in bulimia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 15(5), 413-426.

9 Anhang

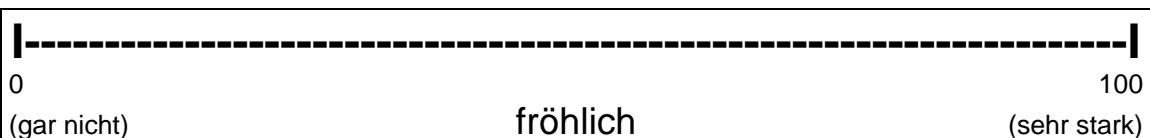
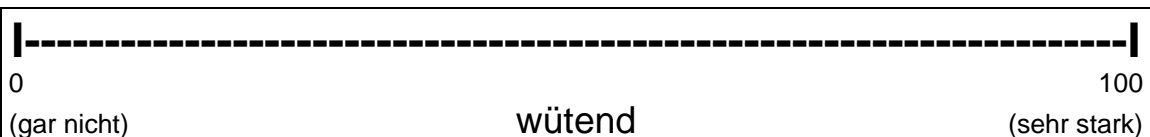
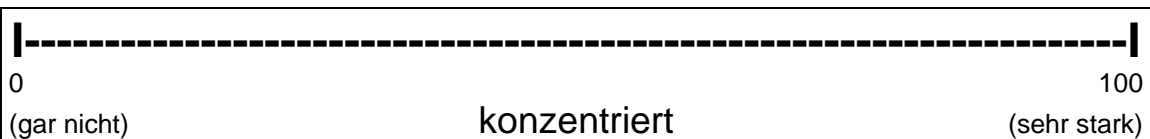
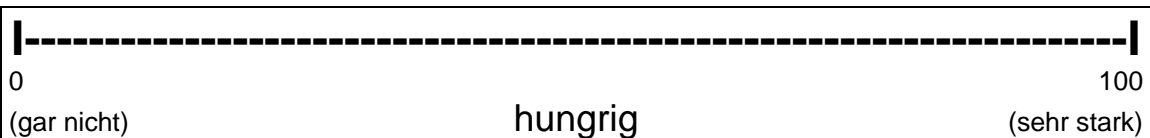
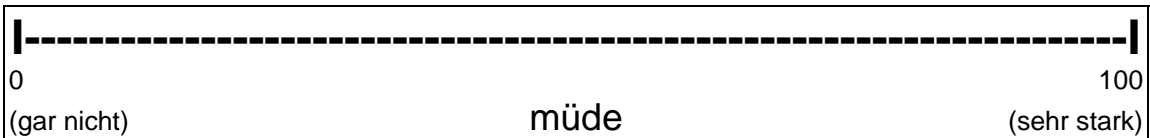
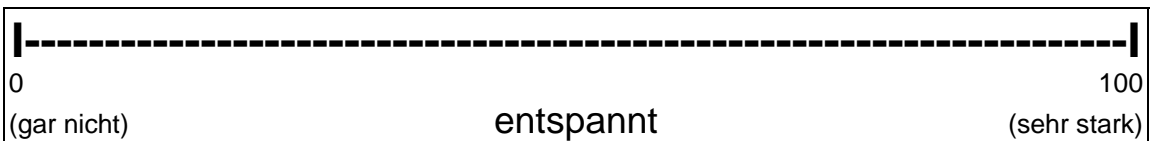
- 10.1 Visuelle Analogskalen (VAS)
- 10.2 Problem-Solving-Inventory (PSI)
- 10.3 Social-Problem-Solving-Inventory-revised (SPSI-R)
- 10.4 Means-End-Problemsolving-Procedure (MEPS, EPS, KON)
- 10.5 Regressionsparameter

9.1 Visuelle Analogskalen (VAS)

Bitte markieren Sie auf der Linie die Ausprägung Ihrer momentanen Befindlichkeit von 0 (gar nicht) bis 100 (sehr stark) durch ein Kreuz. Beispiel:



Ich fühle mich im Moment ...



9.2 Problem-Solving-Inventory (PSI)

Einführung

Menschen reagieren auf persönliche Schwierigkeiten in unterschiedlicher Art und Weise. Die Aussagen in diesem Fragebogen handeln davon, wie Menschen mit persönlichen Problemen in ihrem Alltag umgehen. Der Ausdruck „Probleme“ bezieht sich auf persönliche Schwierigkeiten, die jedem Menschen manchmal begegnen wie Niedergeschlagenheit, die Unfähigkeit, mit Freunden auszukommen, einen Beruf zu wählen oder sich zu entscheiden, ob man sich trennt oder nicht. Bitte antworten Sie auf die Fragen so ehrlich wie möglich, damit ein genaues Bild davon entsteht, wie Sie mit solchen persönlichen Problemen umgehen. Ihre Antworten sollen wiedergeben, was Sie tatsächlich tun, um Probleme zu lösen - und nicht was Sie meinen, wie Sie diese lösen sollten. Wenn Sie eine Aussage lesen, fragen Sie sich bitte selbst: Verhalte ich mich immer in dieser Art und Weise?

Lesen Sie bitte jede Aussage genau durch und geben Sie Ihr persönliches Ausmaß der Übereinstimmung oder des Widerspruchs mit der Aussage an. Nutzen Sie dazu die vorgegebene Bewertungsskala. Kennzeichnen Sie Ihre Antwort, indem Sie die entsprechende Nummer auf der rechten Seite jeder Aussage einkreisen.

	1	2	3	4	5	6
	starke Übereinstimmung	mäßige Übereinstimmung	geringe Übereinstimmung	geringer Widerspruch	mäßiger Widerspruch	starker Widerspruch
1. Wenn die Lösung eines Problems nicht erfolgreich war, untersuche ich nicht, warum es nicht funktioniert hat.	1	2	3	4	5	6
2. Wenn ich mit einem komplexen Problem konfrontiert bin, kümmere ich mich nicht darum eine Strategie zu entwickeln um Informationen zu sammeln, damit ich genau feststellen kann, was das Problem ist.	1	2	3	4	5	6
3. Wenn mein erster Versuch ein Problem zu lösen misslingt, kommen mir Zweifel über meine Fähigkeit mit der Situation umzugehen.	1	2	3	4	5	6
4. Nachdem ich ein Problem gelöst habe, analysiere ich nicht, was richtig oder falsch gelaufen ist.	1	2	3	4	5	6
5. Ich bin normalerweise in der Lage, mir kreative und erfolgreiche Alternativen auszudenken, um ein Problem zu lösen.	1	2	3	4	5	6
6. Nachdem ich versucht habe, ein Problem mit einer bestimmten Handlung zu lösen, nehme ich mir Zeit und vergleiche das tatsächliche Ergebnis mit dem, was ich vermutet hatte, was passieren würde.	1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
	starke Übereinstimmung	mäßige Übereinstimmung	geringe Übereinstimmung	geringer Widerspruch	mäßiger Widerspruch	starker Widerspruch
7. Wenn ich ein Problem habe, denke ich mir so viele mögliche Wege aus damit umzugehen wie ich kann, bis mir keine weiteren Ideen mehr kommen.....	1	2	3	4	5	6
8. Wenn ich mit einem Problem konfrontiert bin, prüfe ich konsequent meine Gefühle um herauszufinden, was in einer Problemsituation vor sich geht.....	1	2	3	4	5	6
9. Wenn mich ein Problem verwirrt, kläre ich wage Gedanken oder Gefühle nicht, indem ich in konkreten Vorstellungen darüber nachdenke.	1	2	3	4	5	6
10. Ich habe die Fähigkeit, die meisten Probleme zu lösen, obwohl anfänglich keine Lösung unmittelbar ersichtlich ist.	1	2	3	4	5	6
11. Viele Probleme, denen ich mich gegenüber sehe, sind für mich zu komplex, um sie zu lösen.	1	2	3	4	5	6
12. Ich treffe Entscheidungen und bin später glücklich damit.	1	2	3	4	5	6
13. Wenn ich mit einem Problem konfrontiert bin, neige ich dazu, das Erste zu tun, was mir einfällt, um das Problem zu lösen.	1	2	3	4	5	6
14. Manchmal halte ich nicht inne und nehme mir Zeit mit meinen Problemen umzugehen, sondern "wurstle" mich irgendwie weiter durch.....	1	2	3	4	5	6
15. Wenn ich über eine Idee oder mögliche Lösung eines Problems entscheide, nehme ich mir keine Zeit, die Chance jeder Alternative abzuwägen, ob sie erfolgreich sein könnte.....	1	2	3	4	5	6
16. Wenn ich mit einem Problem konfrontiert bin, halte ich inne und denke darüber nach, bevor ich mich für einen nächsten Schritt entscheide.....	1	2	3	4	5	6
17. Im Allgemeinen setze ich die erste gute Idee in die Tat um, die mir in den Sinn kommt.	1	2	3	4	5	6
18. Wenn ich eine Entscheidung treffe, erwäge ich die Folgen jeder Alternative und wäge sie gegeneinander ab.	1	2	3	4	5	6
19. Wenn ich Pläne mache um ein Problem zu lösen, bin ich fast sicher, dass ich sie auch in die Tat umsetzen kann.	1	2	3	4	5	6
20. Ich versuche das Gesamtergebnis der Durchführung einer bestimmten Handlungsfolge vorher zu bestimmen.	1	2	3	4	5	6
21. Wenn ich versuche mir mögliche Lösungen für ein Problem auszudenken, dann fallen mir nicht sehr viele Alternativen ein.....	1	2	3	4	5	6

	1	2	3	4	5	6
	starke Übereinstimmung	mäßige Übereinstimmung	geringe Übereinstimmung	geringer Widerspruch	mäßiger Widerspruch	starker Widerspruch
22. Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, besteht eine Strategie, die ich oft anwende, darin, an Probleme in der Vergangenheit zu denken, die ähnlich waren.....	1	2	3	4	5	6
23. Mit genügend Zeit und Anstrengung glaube ich, dass ich die meisten Probleme lösen kann, mit denen ich konfrontiert bin.	1	2	3	4	5	6
24. Wenn ich mich einer neuen Situation gegenübersehe habe ich Vertrauen, dass ich mit den Problemen umgehen kann, die vielleicht auftreten werden.....	1	2	3	4	5	6
25. Obwohl ich an einem Problem arbeite, fühle ich mich manchmal, als ob ich herumtasten oder herumirren und nicht zu dem wirklichen Kern des Problems vordringen würde.	1	2	3	4	5	6
26. Ich treffe vorschnelle Entscheidungen und bereue sie später.....	1	2	3	4	5	6
27. Ich vertraue meiner Fähigkeit, neue und schwierige Probleme lösen zu können.....	1	2	3	4	5	6
28. Ich habe eine systematische Methode um Alternativen zu vergleichen und Entscheidungen zu treffen.	1	2	3	4	5	6
29. Wenn ich über Wege nachdenke, mit einem Problem umzugehen, verbinde ich selten die Ideen verschiedener Alternativen, um zu einer durchführbaren Lösung zu kommen.....	1	2	3	4	5	6
30. Wenn ich mit einem Problem konfrontiert bin, erfasse ich die äußeren Einflüsse normalerweise nicht, die vielleicht zu meinem Problem beitragen.....	1	2	3	4	5	6
31. Wenn ich von einem Problem verwirrt bin, ist eines der ersten Dinge, die ich tue, mir einen Überblick über die Situation zu verschaffen und alle relevanten Einzelinformationen zu erwägen.....	1	2	3	4	5	6
32. Manchmal bin ich emotional so aufgeladen, dass ich nicht in der Lage bin, mehrere Wege zu berücksichtigen, um mit meinen Problemen umzugehen.	1	2	3	4	5	6
33. Nachdem ich eine Entscheidung getroffen habe, stimmt das Ergebnis, das ich erwartet hatte, normalerweise mit dem tatsächlichen Ergebnis überein.....	1	2	3	4	5	6
34. Wenn ich mit einem Problem konfrontiert werde, bin ich unsicher, ob ich mit der Situation umgehen kann.	1	2	3	4	5	6
35. Wenn ich ein Problem bemerke, versuche ich zuerst herauszufinden, was genau das Problem ist.	1	2	3	4	5	6

9.3 Social-Problem-Solving-Inventory (SPSI-R)

Im Folgenden sind verschiedene Möglichkeiten aufgeführt, wie Sie denken, fühlen und handeln könnten, wenn Sie im täglichen Leben mit PROBLEMEN konfrontiert sind. Es geht dabei nicht um die gewöhnlichen Auseinandersetzungen und den üblichen Druck, den Sie täglich erfolgreich bewältigen. In diesem Fragebogen ist mit "Problem" etwas Besonderes in ihrem Leben gemeint, das Sie sehr stört - Sie wissen aber momentan nicht, wie Sie es besser machen oder ändern könnten, damit es Sie nicht mehr so beeinträchtigt. Das Problem könnte in Ihnen liegen (z.B. Ihre Gedanken, Gefühle, Verhaltensweisen, Gesundheit oder Erscheinung), in Ihrer Beziehung zu anderen Menschen (z.B. Ihre Familie, Freunde, Lehrer oder Ihr Vorgesetzter) oder in Ihrer Umwelt und den Dingen, die Sie besitzen (z.B. Ihr Haus, Auto, Eigentum oder Geld). Bitte lesen Sie jede Aussage aufmerksam durch und wählen Sie aus den folgenden Einschätzungen diejenige aus, die am Besten zeigt, wie sehr die Aussage auf Sie zutrifft. Gehen Sie davon aus, wie Sie gewöhnlich denken, fühlen und handeln, wenn Sie sich heute wichtigen Problemen in Ihrem Leben gegenüber sehen. Setzen Sie die Nummer, die Sie gewählt haben, auf die Linie vor der Aussage.

- 0 = trifft überhaupt nicht auf mich zu**
- 1 = trifft geringfügig auf mich zu**
- 2 = trifft mäßig auf mich zu**
- 3 = trifft sehr auf mich zu**
- 4 = trifft besonders stark auf mich zu**

1. ____ Ich verbringe zu viel Zeit damit, mir über meine Probleme Sorgen zu machen, anstatt sie zu lösen.
2. ____ Ich fühle mich bedroht und ängstlich, wenn ich ein wichtiges Problem lösen muss.
3. ____ Wenn ich Entscheidungen treffe, prüfe ich nicht sorgfältig genug alle meine Möglichkeiten.
4. ____ Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, versäume ich die Folgen zu berücksichtigen, die jede der Möglichkeiten für das Wohlbefinden anderer haben könnte.
5. ____ Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, denke ich häufig an verschiedene Lösungsmöglichkeiten und versuche dann, einige davon zu kombinieren, um eine bessere Lösung zu finden.
6. ____ Ich fühle mich nervös und unsicher, wenn ich eine wichtige Entscheidung treffen muss.
7. ____ Wenn meine ersten Bemühungen, eine Lösung zu finden, scheitern, weiß ich, dass ich schließlich in der Lage sein werde, eine gute Lösung zu finden, wenn ich es hartnäckig weiter versuche und nicht zu schnell aufgebe.

-
- 0 = trifft überhaupt nicht auf mich zu
1 = trifft geringfügig auf mich zu
2 = trifft mäßig auf mich zu
3 = trifft sehr auf mich zu
4 = trifft besonders stark auf mich zu
-

8. ____ Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, handle ich entsprechend der ersten Lösung, die mir einfällt.
9. ____ Wann immer ich ein Problem habe, glaube ich daran, dass es gelöst werden kann.
10. ____ Ich warte erst ab, ob sich ein Problem von selbst löst, bevor ich versuche, es von mir aus zu lösen.
11. ____ Wenn ich ein Problem lösen muss, analysiere ich die Situation und versuche herauszufinden, welche Hindernisse mich davon abhalten, das zu bekommen, was ich will.
12. ____ Wenn meine ersten Bemühungen, ein Problem zu lösen, scheitern, bin ich frustriert.
13. ____ Wenn ich einem schwierigen Problem gegenüberstehe, zweifle ich daran, dass ich in der Lage bin, es selbst zu lösen, egal wie sehr ich es versuche.
14. ____ Wenn ein Problem in meinem Leben auftaucht, schiebe ich den Versuch, es zu lösen, so lange wie möglich auf.
15. ____ Nachdem ich eine Lösung für ein Problem in die Tat umgesetzt habe, nehme ich mir nicht die Zeit, sorgfältig alle Folgen zu prüfen.
16. ____ Ich versuche es zu vermeiden, mich mit Problemen in meinem Leben beschäftigen zu müssen.
17. ____ Schwierige Probleme bringen mich sehr durcheinander.
18. ____ Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, versuche ich, die positiven und negativen Folgen jeder Möglichkeit vorherzusehen.
19. ____ Wenn in meinem Leben Probleme auftreten, möchte ich mich so bald wie möglich damit beschäftigen.
20. ____ Wenn ich mich darum bemühe, ein Problem zu lösen, versuche ich, kreativ zu sein und mir neue oder originelle Lösungen zu überlegen.
21. ____ Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, nehme ich die erste gute Idee, die mir einfällt.
22. ____ Wenn ich versuche, mir verschiedene mögliche Lösungen für ein Problem auszudenken, kommen mir nicht viele Ideen.
23. ____ Ich vermeide es lieber, über die Probleme in meinem Leben nachzudenken, anstatt zu versuchen, sie zu lösen.

0 = trifft überhaupt nicht auf mich zu

1 = trifft geringfügig auf mich zu

2 = trifft mäßig auf mich zu

3 = trifft sehr auf mich zu

4 = trifft besonders stark auf mich zu

24. ____ Wenn ich Entscheidungen treffe, berücksichtige ich sowohl die unmittelbaren Folgen als auch die Langzeitfolgen jeder Möglichkeit.
25. ____ Nachdem ich meine Lösung für ein Problem in die Tat umgesetzt habe, analysiere ich, was richtig und was falsch gelaufen ist.
26. ____ Nachdem ich meine Lösung für ein Problem umgesetzt habe, untersuche ich meine Gefühle und überprüfe, inwiefern sie sich zum Besseren verändert haben.
27. ____ Bevor ich meine Lösung für ein Problem in die Tat umsetze, übe ich die Lösung ein, um meine Chancen auf Erfolg zu vergrößern.
28. ____ Wenn ich einem schwierigen Problem gegenüberstehe, glaube ich daran, dass ich in der Lage bin, es selbst zu lösen, wenn ich es ernsthaft genug versuche.
29. ____ Wenn ich ein Problem lösen muss, versuche ich zuerst, so viele Informationen wie möglich über das Problem zu bekommen.
30. ____ Ich schiebe es auf, Probleme zu lösen, bis es zu spät ist, etwas zu tun.
31. ____ Ich verbringe mehr Zeit damit, Probleme zu vermeiden, als sie zu lösen.
32. ____ Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, bin ich so durcheinander, dass ich nicht klar denken kann.
33. ____ Bevor ich versuche, ein Problem zu lösen, setze ich mir ein Ziel, so dass ich genau weiß, was ich erreichen möchte.
34. ____ Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, nehme ich mir nicht die Zeit, das Für und Wider jeder Möglichkeit abzuwägen.
35. ____ Wenn das Ergebnis meiner Problemlösung nicht befriedigend ist, versuche ich herauszufinden, was falsch gelaufen ist, und versuche es dann noch einmal.
36. ____ Ich hasse es, die Probleme lösen zu müssen, die in meinem Leben auftreten.
37. ____ Nachdem ich eine Lösung für ein Problem umgesetzt habe, versuche ich so sorgfältig wie möglich zu überprüfen, inwiefern sich die Situation zum Besseren hin verändert hat.
38. ____ Wenn ich ein Problem habe, versuche ich es als Herausforderung oder Chance anzusehen, auf positive Art und Weise davon zu profitieren, dass ich ein Problem habe.

0 = trifft überhaupt nicht auf mich zu

1 = trifft geringfügig auf mich zu

2 = trifft mäßig auf mich zu

3 = trifft sehr auf mich zu

4 = trifft besonders stark auf mich zu

39. ____ Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, denke ich mir so viele Lösungsmöglichkeiten wie möglich aus, bis mir keine weiteren Ideen mehr einfallen.
40. ____ Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, wäge ich die Folgen jeder Möglichkeit ab und vergleiche sie mit den möglichen Folgen der anderen Alternativen.
41. ____ Ich werde niedergeschlagen und lethargisch, wenn ich ein wichtiges Problem lösen muss.
42. ____ Wenn ich einem schwierigen Problem gegenüberstehe, gehe ich zu jemand anderem, damit er/sie mir hilft, es zu lösen.
43. ____ Wenn ich eine Entscheidung treffen muss, erwäge ich die Auswirkungen, die jede der Möglichkeiten voraussichtlich auf meine persönlichen Gefühle hat.
44. ____ Wenn ich ein Problem lösen muss, untersuche ich, welche Faktoren oder Umstände in meiner Umgebung zu dem Problem beitragen könnten.
45. ____ Wenn ich Entscheidungen treffe, handle ich aus dem Bauch heraus, ohne lange über die Folgen jeder einzelnen Möglichkeit nachzudenken.
46. ____ Wenn ich Entscheidungen treffe, benutze ich eine systematische Methode, um Alternativen zu beurteilen und zu vergleichen.
47. ____ Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, behalte ich immer im Auge, was mein Ziel ist.
48. ____ Wenn ich versuche, ein Problem zu lösen, nähere ich mich ihm aus so vielen verschiedenen Blickwinkeln wie möglich an.
49. ____ Wenn ich Schwierigkeiten habe, ein Problem zu verstehen, versuche ich, genauere und konkretere Informationen über das Problem zu erhalten, die helfen, es zu klären.
50. ____ Wenn meine ersten Bemühungen, ein Problem zu lösen, fehlschlagen, werde ich mutlos und niedergeschlagen.
51. ____ Wenn eine Lösung, die ich in die Tat umgesetzt habe, mein Problem nicht befriedigend beseitigt, nehme ich mir nicht die Zeit, sorgfältig zu untersuchen, warum es nicht funktioniert hat.
52. ____ Ich bin zu impulsiv, wenn es darum geht, Entscheidungen zu treffen.

9.4 Means-End-Problemsolving-Procedure (MEPS, EPS, KON)

Sie werden im Folgenden einige Geschichten lesen, in denen die Hauptperson zwar weiß, was sie will, aber nicht, wie sie es hinkriegen kann.

Ihre Aufgabe besteht darin, *alle* (*nicht* nur die besten), möglichen Wege die zum angestrebten Ziel führen könnten, aufzuschreiben.

Schreiben Sie bitte stichpunktartig alles auf, was Ihnen einfällt, ohne allzu lange darüber nachzudenken.

(Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.)

A1

Frau A. kommt nach dem Einkaufen zurück und stellt fest, dass sie ihre Uhr verloren hat. Sie ist darüber ziemlich verzweifelt, denn diese Uhr war ein Erbstück von der Großmutter. Da sie die Uhr unbedingt wiederhaben möchte, überlegt sie, was sie dazu unternehmen muss.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau A.: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

B1

Eines Morgens wachte Frau B. sehr angespannt und unruhig auf. Sie fühlte wieder dieses merkwürdige Ziehen im Kopf; und auch die Angst, dass dieser Tag nur Schlimmes bringen würde, war wieder da. Jedes Mal, wenn sie in dieses schwarze Loch zu sinken drohte, überlegte sie krampfhaft, was sie tun könne, um endlich von diesen Ängsten wegzukommen.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau B.: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

C1

Die Familie C. war in eine andere Stadt gezogen und kannte noch niemanden in der Nachbarschaft. Da sie aber sehr gerne engeren Kontakt zu den Nachbarn gehabt hätte, tagte der Familienrat, um zu überlegen, wie man es anstellen könnte.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau C.: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

D1

Frau D. kommt mit ihrem Chef überhaupt nicht aus. Das Arbeitsklima wird dadurch immer belasteter, so dass Frau D. konsequent darüber nachdenkt, wie sie diesen Konflikt aus der Welt schaffen kann.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau D.: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

E1

Tiger-Emmi war in argen Geldnöten. Als sie bei einem ihrer Streifzüge durch die Stadt im Schaufenster eines alten Juweliergeschäfts einen wunderschönen Diamanten sieht, beschließt sie, diesen zu stehlen. Hehler-Bruno würde sicherlich einiges dafür zahlen. Krampfhaft überlegt sie, wie der Diebstahl zu bewerkstelligen ist.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Tiger-Emmi: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

F1

Frau F. wachte mitten in der Nacht auf. Sie hatte bereits seit mehreren Nächten schlecht geschlafen. Die Gedanken jagten ihr durch den Kopf und sie kam einfach nicht zur Ruhe. Immer wieder überlegte sie, was sie tun könnte, um endlich einschlafen zu können.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau F.: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

G1

Seit einiger Zeit bemerkte Gabi, dass sich ihre Freunde immer mehr von ihr zurückzogen. Sie war darüber sehr traurig, denn sie wollte gerne Freunde haben und auch von ihnen gemocht werden. Zwar war ihr ziemlich klar, was sie falsch gemacht haben könnte, aber wie sie es wieder gutmachen kann, d.h. wie sie es bewerkstelligen soll, dass die anderen sie wieder in ihren Kreis aufnehmen, beschäftigte sie stark.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Gabi: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

H1

Eines Tages stand Hannelore mit einigen Arbeitskollegen zusammen, als einer von ihnen etwas sehr Boshaftes zu Hannelore sagte. Diese ist darüber so bestürzt, dass sie gar nichts antworten kann. Später wird ihr klar, dass sie das nicht einfach so hinnehmen will und überlegt sich, was sie tun sollte.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Hannelore: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

I1

Frau I. ist jüdischer Abstammung und hatte während der Nazi-Herrschaft ihren Mann im KZ verloren. Ca. 15 Jahre später sieht sie in einem Restaurant den ehemaligen Leiter dieses Konzentrationslagers wieder, der nach wie vor in Freiheit ist. Ohnmächtige Wut kommt in der Frau hoch und sie überlegt fieberhaft, was sie tun kann, um diesem grausamen Menschen die gerechte und angemessene Strafe zukommen zu lassen.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau I.: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

J1

Frau J. war zur Versammlung der Bürgerinitiative gegangen, bei der darüber gesprochen wurde, was man unternehmen könnte, um den drohenden Bau eines Autobahnteilstücks in der unmittelbaren Nähe eines Wohngebiets zu verhindern. Das Problem beschäftigte Frau J. sehr und sie wollte gerne zur Vorsitzenden dieser Gruppe gewählt werden, um wirklich aktiv mitzuarbeiten. Sie überlegt sich, wie sie es erreichen kann, gewählt zu werden.

Stellen Sie sich vor, Sie sein Frau J.: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

K1

Klara mochte ihren Freund sehr gerne, aber sie stritten sich recht oft. Eines Tages war es nicht mehr zum Aushalten und er verließ sie. Klara mochte dies nicht einfach hinnehmen, sondern sich unbedingt wieder mit ihrem Freund versöhnen.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Klara: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

L1

Lotte war von Arbeitskollegen auf eine Party eingeladen worden. Eigentlich wollte sie gerne hingehen, aber sie hatte jetzt schon Angst, wenn sie an die vielen Leute dachte, die sie fast alle nicht kannten. Sie sah sich schon linkisch herumstehen: mit rotem Kopf und sich völlig überflüssig fühlend. Immer wieder grübelte sie darüber nach, was man gegen diese Ängste tun könne.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Lotte: Welche Mittel gäbe es, um dieses Ziel zu erreichen?

EPS

Sie werden im Folgenden einige Geschichten lesen, in denen die Hauptperson vor einer Situation steht, in der sie sich für etwas Neues entscheiden muss.

Ihre Aufgabe besteht darin, *alle* (nicht nur die besten) möglichen neuen Zielsetzungen, die die Hauptperson für sich finden könnte, aufzuschreiben.

Schreiben Sie bitte stichpunktartig alles auf, was Ihnen einfällt, ohne allzu lange darüber nachzudenken.

(Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.)

A2

Frau A. beklagt sich bei einem Kollegen über das schlechte Arbeitsklima in der Abteilung. Der Kollege hört ihr aufmerksam zu und fragt dann, welche Vorstellungen bezüglich der Zusammenarbeit Frau A. denn eigentlich hat.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau A.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

B2

Frau B. galt in der Familie als das „schwarze Schaf“. Alle Verwandten konnten eigentlich nicht verstehen, warum sie ein solches Leben führte, das von dem anderer Menschen vergleichbaren Alters so grundverschieden war. Bei einer Familienfeier versucht Frau B. den anderen zu erklären, was sie sich von ihren andersartigen Lebensstil erhofft.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau B.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

C2

Zu Frau C. kommt ein Mann von einem Meinungsforschungsinstitut. Frau C. soll darüber befragt werden, was sie eigentlich in Beziehungen zu anderen Menschen erreichen möchte, welche Ziele sie in Bezug auf den Kontakt zu anderen Menschen hat.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau C.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

D2

Dieter und Doris wollen heiraten. Sie führen lange Gespräche darüber, wie denn ihr ehelicher Alltag so aussehen soll, was sie sich für das gemeinsame Zusammenleben vorstellen.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau D.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

E2

Frau E. hatte ein ausschweifendes Leben als verwöhnte Frau geführt. Bei einem Unfall wird sie so stark verletzt, dass ihr ein Bein amputiert werden muss. Es ist klar, dass sie ihr bisheriges Leben nicht mehr weiterführen kann.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau E.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

F2

Friederike wird bald die Schule abschließen. Immer deutlicher wird jetzt das Problem der richtigen Berufswahl. Friederike ist klar, dass es nicht nur auf den Verdienst ankommt, sondern auch noch andere Dinge wichtig sind.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Friederike: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

G2

Frau G. hatte sich bisher meistens von anderen Menschen beeinflussen lassen, wenn es darum ging, ihr Privatleben zu gestalten. Sie wird dadurch immer unzufriedener und überlegt sich, was sie eigentlich möchte.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau G.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

H2

Frau H. reagiert oft aggressiv und ungerecht ihren Mitmenschen gegenüber. Um endlich davon loszukommen, sucht sie einen Psychologen auf, der sie fragt, was sie stattdessen möchte.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau H.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

I2

Frau I. hatte durch die flexible Altersgrenze endlich das Pensionsalter erreicht. Sie freut sich auf den Ruhestand und überlegt, welche Wünsche sie sich jetzt erfüllen kann.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau I.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

J2

Frau J. ist Gewerkschaftssprecher in einem textilverarbeitenden Unternehmen. Sie und ihre Kollegen werden über die zunehmenden Rationalisierungsmaßnahmen der Betriebsleitung immer unzufriedener. Bei einer Belegschaftsversammlung macht Frau J. deutlich, was ihre Vorstellungen über eine bessere Arbeitssituation sind.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau J.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

K2

Frau K. hatte in ihrer beruflichen Laufbahn alles erreicht, aber trotzdem fühlte sie sich leer und unausgefüllt. Sie beredet mit ihrem Mann, was sie sich an neuen Zielen stecken können.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau K.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

L2

Frau L. ist Bewährungshelfer bei einem Landgericht. Da sie sehr viele Straftatlassene betreuen muss, wird sie immer unzufriedener mit ihrer Arbeit. Als die Arbeitsbelastung eines Tages wieder einmal unerträglich wird, setzt sie sich hin, um zu überlegen, was sie in den Gesprächen mit den ehemaligen Häftlingen eigentlich erreichen will.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau L.: Was könnte Ihnen hierzu an Zielen einfallen?

KON

Sie werden im Folgenden einige Geschichten lesen, in denen sich die Hauptperson in einer Konfliktlage befindet, d.h. sie weiß nicht, wie sie sich am besten verhalten soll.

Ihre Aufgabe besteht darin aufzuschreiben, *welche verschiedenen Konsequenzen* die eine oder andere Verhaltensweise mit sich bringen würde.

Schreiben Sie bitte stichpunktartig alles auf, was Ihnen einfällt, ohne allzu lange darüber nachzudenken.

(Es gibt keine „richtigen“ oder „falschen“ Antworten.)

A3

Das Ehepaar A. hatte sich im Laufe von 10 Ehejahren auseinandergeliebt; eine Scheidung schien unvermeidlich. Die beiden Kinder, acht und fünf Jahre alt, litten sehr unter der Möglichkeit, dass die beiden Eltern auseinandergehen würden. Gerade deshalb überlegte Frau A. immer wieder, ob sie sich nun scheiden lassen soll oder nicht.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau A.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

B3

Frau B. machte seit zwei Wochen eine 1000-Kalorien-Diät. Auf einer Party, zu der sie eingeladen ist, wird ein üppiges kaltes Büfett serviert. Frau B. steht davor und überlegt sich: „Soll ich nun zugreifen oder nicht?“

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau B.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

C3

Frau C. hatte schon seit einiger Zeit einen Urlaub gebucht. Etwa vier Wochen vor dem Abreisetermin muss Frau C. wegen einer Blinddarmentzündung ins Krankenhaus und operiert werden. Daraufhin rät der behandelnde Arzt von der Urlaubsreise ab. Da sich Frau C. aber rasch wieder wohl fühlt, überlegt sie hin und her, ob sie dem Rat des Arztes folgen oder einfach doch fahren soll.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau C.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

D3

Daniela hat auf einer Party einen Mann kennen gelernt, der ihr sehr gut gefiel und mit dem sie sich den ganzen Abend sehr anregend unterhalten konnte. Die beiden verabreden sich in der darauffolgenden Woche zum Ausgehen. Als Danielas Ehemann Rainer von dieser Verabredung hört, reagiert dieser sehr verletzt, niedergeschlagen und eifersüchtig. Daniela ist über diese Reaktion zwar bestürzt, findet sie aber eigentlich übertrieben. Trotzdem weiß sie nun gar nicht, ob sie nun zu der geplanten Verabredung mit dem Mann von der Party gehen soll oder nicht.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Daniela: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

E3

Frau E. war als Laienhelfer in einem psychiatrischen Landeskrankenhaus tätig. Einmal im Monat besuchte sie dort einen Patienten, der sonst keine Angehörigen hatte, um mit ihm gemeinsam den Tag zu verbringen. Nun wollte es der Zufall, dass Frau E. genau für diesen verabredeten Besuchstag von Bekannten eine Freikarte für ein Fußballspiel in einer anderen Stadt erhielt. Da sie ein großer Fußballnarr war, kam sie in ziemliche Bedrängnis, da sie nicht wusste, ob sie nun zu dem Patienten gehen sollte oder zum Fußballspiel.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau E.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

F3

Frau F. hat sich vorgenommen, nicht mehr so streng zu reagieren, wenn die Kinder etwas tun, was ihr nicht passt. Als der Jüngste nach Hause kommt und erzählt, dass er beim Fußballspielen eine Fensterscheibe kaputt gemacht habe, merkt Frau F., wie ihr einerseits sehr strenge Worte auf der Zunge liegen, andererseits fallen ihr aber gleichzeitig auch die guten Vorsätze ein, etwas lässiger zu reagieren. Sie überlegt sich, was sie nun zu ihrem Sohn sagen soll.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau F.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

G3

Frau G. war vor Antritt ihrer großen Amerikareise davor gewarnt worden, allein durch die Armenviertel der Großstädte zu gehen. Bei einem Aufenthalt in New York tut sie es dennoch und bemerkt plötzlich, wie an einer Straßenecke ein Mann lautlos zusammensinkt. Sie weiß nicht recht, ob sie nun hingehen soll, um dem Mann zu helfen oder ob sie besser schnell verschwindet.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau G.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

H3

In einer Umkleidekabine des Schwimmbads findet Frau H. einen Geldbeutel. Kein Mensch bemerkt, dass sie diesen Fund gemacht hat. Frau H. könnte das Geld gut gebrauchen. Sie überlegt sich krampfhaft, ob sie es nun abgeben oder behalten soll.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau H.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

I3

Frau I. hat einen gut bezahlten Job im Ausland angeboten bekommen. Würde sie dieses Angebot annehmen, wäre das einerseits die Erfüllung eines lang ersehnten Wunsches, aber andererseits eine große Belastung für die Ehe, denn ihr Mann könnte nicht mitgehen. Sie überlegt nun hin und her, ob sie das Angebot annehmen oder ablehnen soll.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau I.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

J3

Jutta hat in sechs Wochen die Abschlussprüfung für den Meisterbrief als Schneiderin. Bis dahin muss sie sich sowohl theoretisch noch vorbereiten, als auch eine praktische Aufgabe, nämlich das Nähen eines Kleidungsstücks nach einer selbst konstruierten Schnittvorlage, zu Ende bringen. Da erhält sie das Angebot von Kollegen, gemeinsam mit ihnen zu einer bedeutenden Modemesse zu fahren. Sie weiß nun gar nicht, was sie tun soll: fahren oder nicht fahren?

Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau J.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

K3

Käthe konnte sich sehr für alte Möbel begeistern und hatte ihre ganze Wohnung eingerichtet. Als sie eine Bekannte in einer anderen Stadt besucht, sieht sie in einem Antiquitätengeschäft einen wunderschönen alten Sessel. Sie möchte diesen Sessel furchtbar gerne kaufen, obwohl sie es sich finanziell eigentlich nicht leisten kann, da sie noch die Raten für ihr Auto am Hals hat. Immer wieder überlegt sie sich, ob sie den Sessel nun kaufen soll oder nicht.

Stellen Sie sich vor, Sie seien Käthe: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

L3

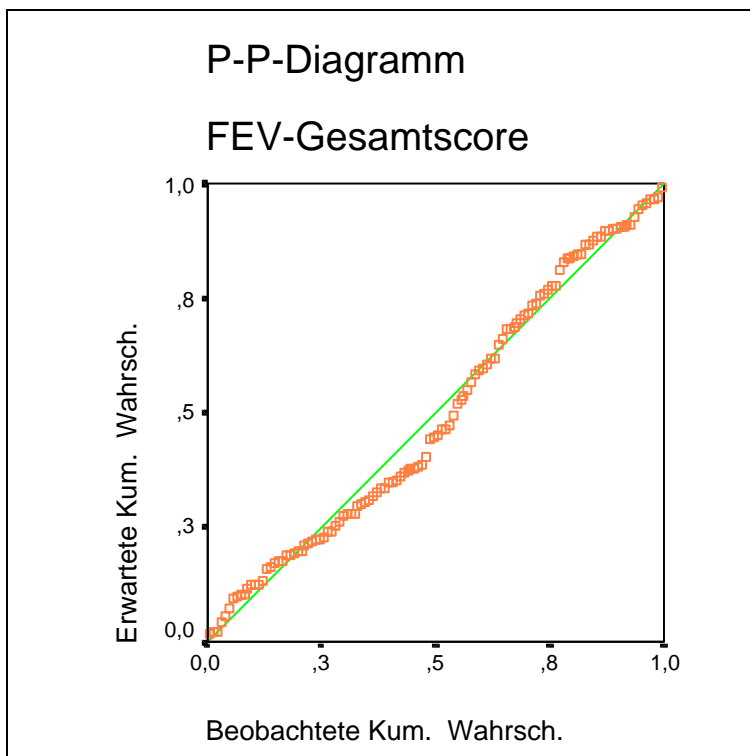
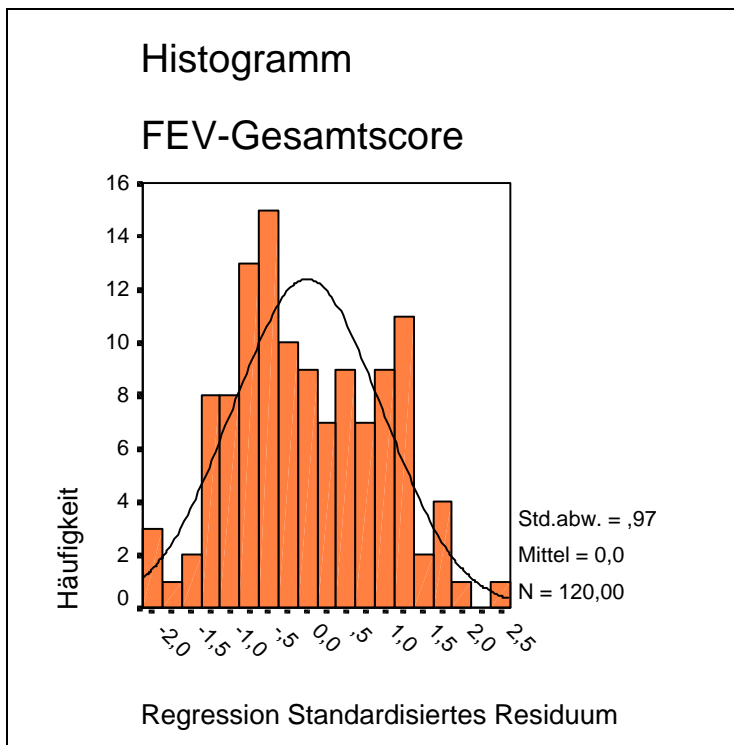
Frau L. fährt im Auto auf einer recht unbefahrenen Landstraße. In einem unkonzentrierten Moment überholt sie einen Radfahrer so ungeschickt, dass dieser, wie Frau L. im Rückspiegel bemerkt, ins Schwanken kommt und stürzt. Niemand hat den Vorfall bemerkt. Frau L. bekommt einen Mordsschreck und weiß nicht, ob sie nun anhalten oder einfach weiterfahren soll.

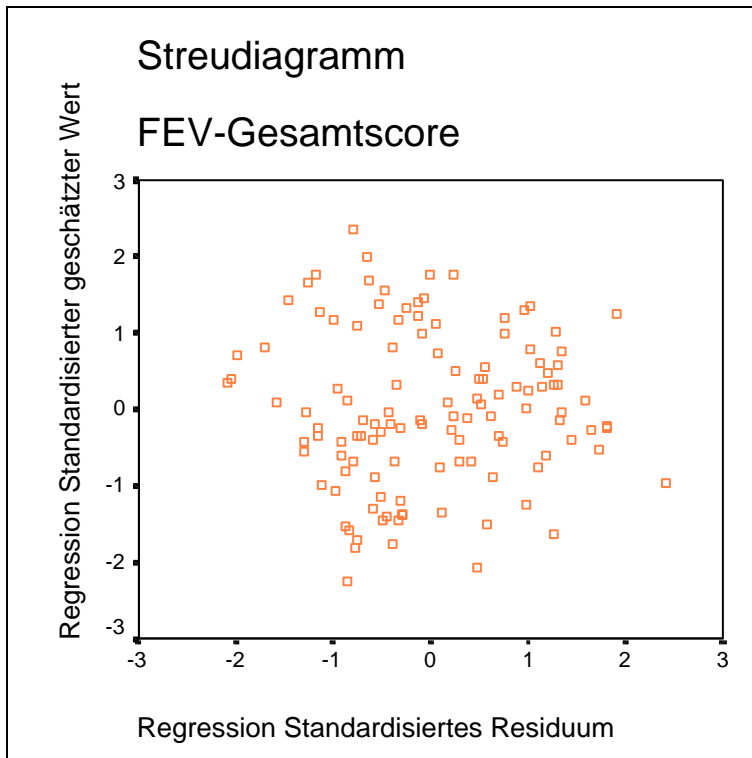
Stellen Sie sich vor, Sie seien Frau L.: Welche Konsequenzen würde die eine oder andere Möglichkeit mit sich bringen?

9.5 Regressionsparameter

Ad 5.2.1 / Residual-Statistik:

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	N
Nicht standardisierter vorhergesagter Wert	13,0689	46,3529	29,3748	7,21479	120
Nicht standardisierte Residuen	-24,7895	28,5608	,0000	11,41884	120
Standardisierter vorhergesagter Wert	-2,260	2,353	,000	1,000	120
Standardisierte Residuen	-2,097	2,416	,000	,966	120



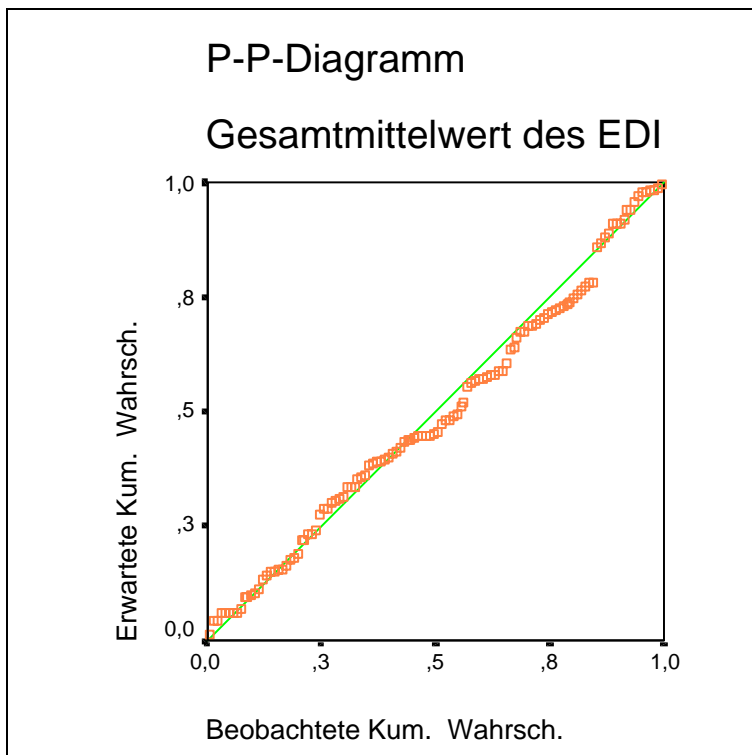
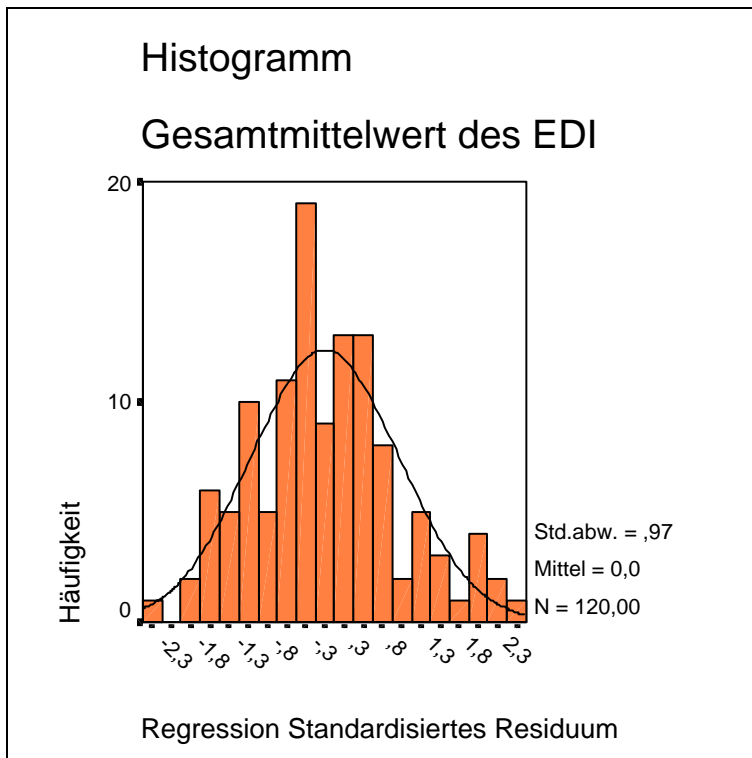


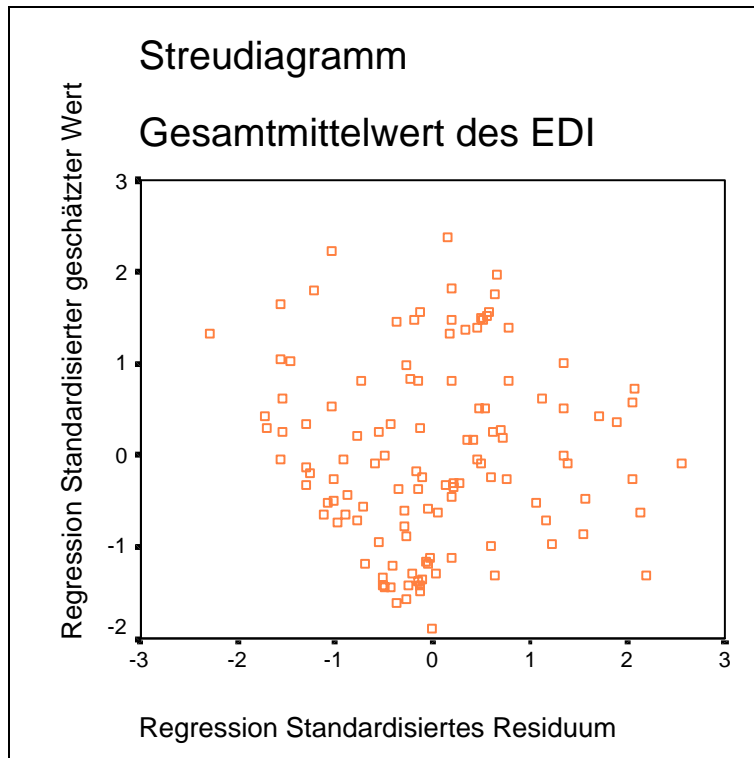
Ad 5.2.1 / Kollinearitäts-Diagnostik

Nr.	Eigenwert	Konditionsindex	Varianzanteile (Konstante)	ALTER	BDI-Gesamtscore	PSI-Gesamtscore	SPSI-Gesamtscore	MEPS-Gesamtwert "Mittel"	MEPS-Gesamtwert "Ziele"	MEPS-Gesamtwert "Konsequenzen"	IIP-Gesamtscore
1	7,943	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,583	3,691	,00	,00	,10	,00	,00	,01	,01	,01	,01
3	,224	5,961	,00	,16	,04	,00	,01	,02	,01	,07	,00
4	6,859E-02	10,762	,00	,28	,16	,00	,11	,02	,10	,01	,03
5	6,462E-02	11,088	,00	,14	,43	,11	,00	,02	,03	,06	,02
6	4,601E-02	13,140	,00	,02	,08	,00	,01	,63	,04	,53	,02
7	3,549E-02	14,960	,00	,30	,01	,00	,03	,20	,72	,29	,04
8	3,240E-02	15,658	,00	,01	,19	,12	,01	,08	,09	,00	,80
9	2,934E-03	52,036	,99	,09	,00	,76	,82	,01	,00	,03	,06

Ad 5.2.2 / Residual-Statistik:

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	N
Nicht standardisierter vorhergesagter Wert	,0985	2,2838	1,0713	,51168	120
Nicht standardisierte Residuen	-1,5310	1,7057	,0000	,64392	120
Standardisierter vorhergesagter Wert	-1,901	2,370	,000	1,000	120
Standardisierte Residuen	-2,296	2,558	,000	,966	120



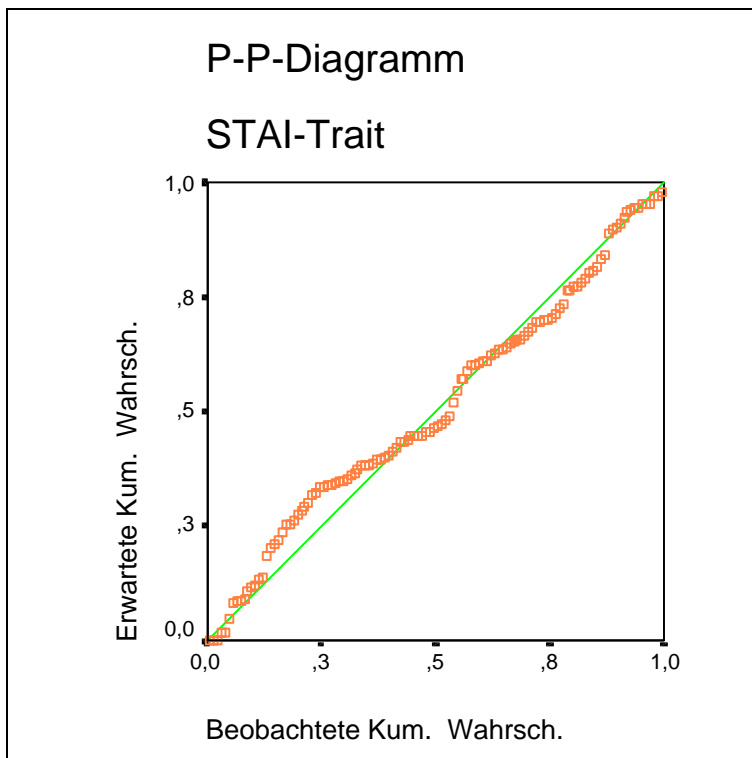
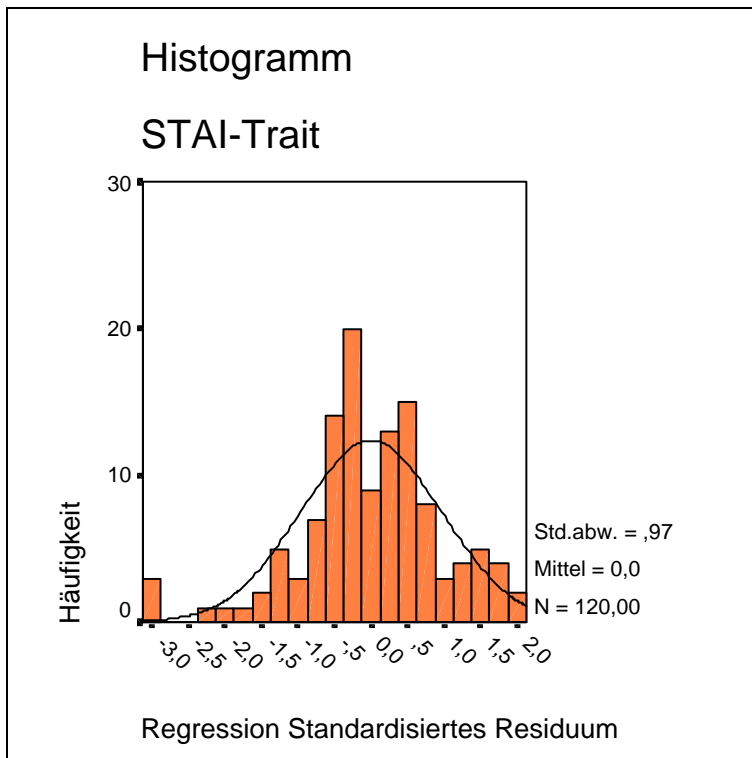


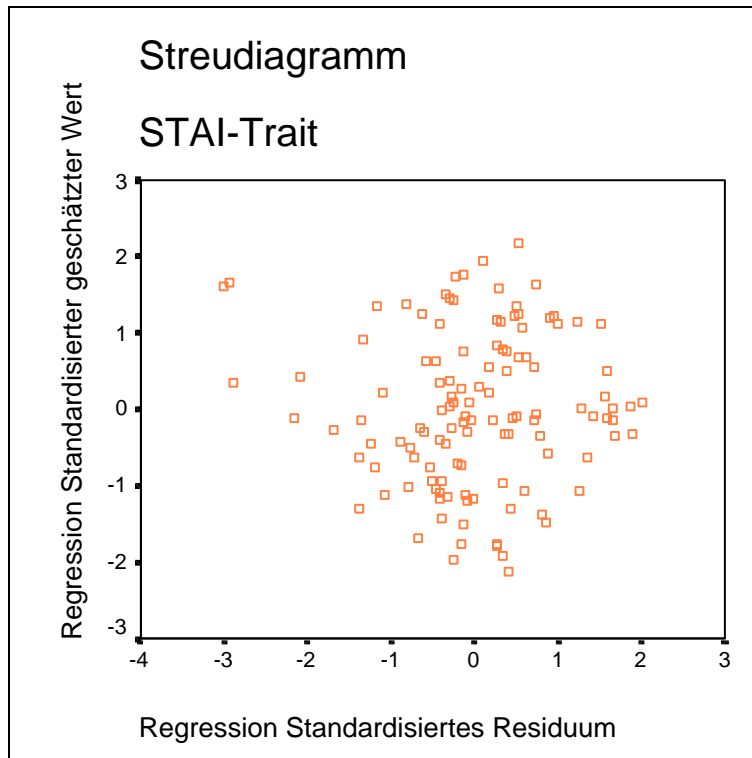
Ad 5.2.2 / Kollinearitäts-Diagnostik

Nr.	Eigenwert	Konditions- index	Varianz- anteile (Konstante)	ALTER	BDI- Gesamt- score	PSI- Gesamt- score	SPSI- Gesamt- score	MEPS- Gesamt- wert "Mit- tel"	MEPS- Gesamt- wert "Ziele"	MEPS- Gesamt- wert "Konse- quenzen"	IIP- Gesamt- score
1	7,943	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,583	3,691	,00	,00	,10	,00	,00	,01	,01	,01	,01
3	,224	5,961	,00	,16	,04	,00	,01	,02	,01	,07	,00
4	6,859E-02	10,762	,00	,28	,16	,00	,11	,02	,10	,01	,03
5	6,462E-02	11,088	,00	,14	,43	,11	,00	,02	,03	,06	,02
6	4,601E-02	13,140	,00	,02	,08	,00	,01	,63	,04	,53	,02
7	3,549E-02	14,960	,00	,30	,01	,00	,03	,20	,72	,29	,04
8	3,240E-02	15,658	,00	,01	,19	,12	,01	,08	,09	,00	,80
9	2,934E-03	52,036	,99	,09	,00	,76	,82	,01	,00	,03	,06

Ad 5.2.3 / Residual-Statistik:

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	N
Nicht standardisierter vorhergesagter Wert	22,9357	73,9174	48,0332	11,83571	120
Nicht standardisierte Residuen	-23,1217	15,3873	,0000	7,42901	120
Standardisierter vorhergesagter Wert	-2,120	2,187	,000	1,000	120
Standardisierte Residuen	-3,006	2,000	,000	,966	120



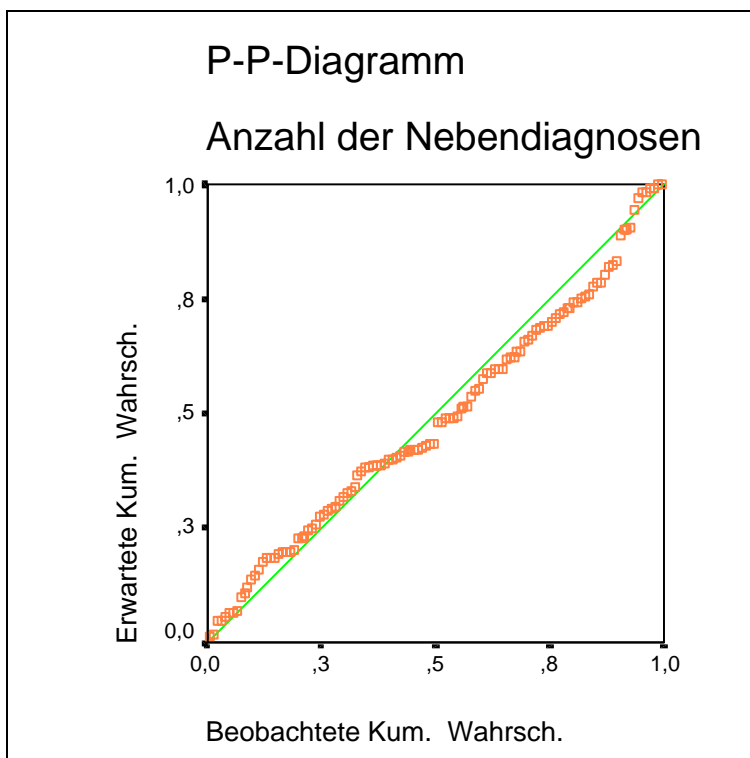
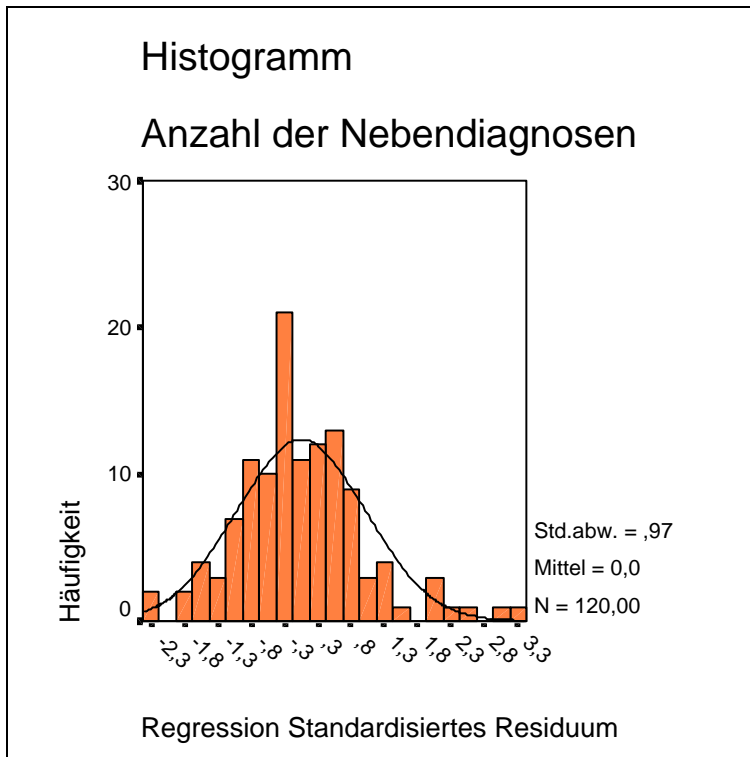


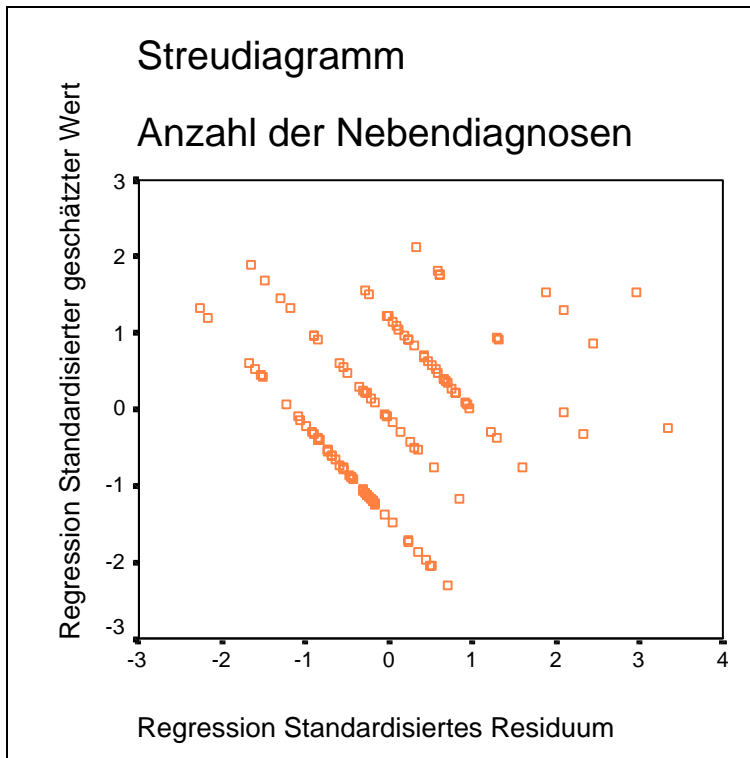
Ad 5.2.3 / Kollinearitäts-Diagnostik

Nr.	Eigenwert	Konditions- index	Varianz- anteile (Konstante)	ALTER	BDI- Gesamt- score	PSI- Gesamt- score	SPSI- Gesamt- score	MEPS- Gesamt- wert "Mit- tel"	MEPS- Gesamt- wert "Ziele"	MEPS- Gesamt- wert "Konse- quenzen"	IIP- Gesamt- score
1	7,943	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,583	3,691	,00	,00	,10	,00	,00	,01	,01	,01	,01
3	,224	5,961	,00	,16	,04	,00	,01	,02	,01	,07	,00
4	6,859E-02	10,762	,00	,28	,16	,00	,11	,02	,10	,01	,03
5	6,462E-02	11,088	,00	,14	,43	,11	,00	,02	,03	,06	,02
6	4,601E-02	13,140	,00	,02	,08	,00	,01	,63	,04	,53	,02
7	3,549E-02	14,960	,00	,30	,01	,00	,03	,20	,72	,29	,04
8	3,240E-02	15,658	,00	,01	,19	,12	,01	,08	,09	,00	,80
9	2,934E-03	52,036	,99	,09	,00	,76	,82	,01	,00	,03	,06

Ad 5.2.4 / Residual-Statistik:

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	N
Nicht standardisierter vorhergesagter Wert	-,66	2,71	1,09	,759	120
Nicht standardisierte Residuen	-2,11	3,09	,00	,896	120
Standardisierter vorhergesagter Wert	-2,305	2,127	,000	1,000	120
Standardisierte Residuen	-2,272	3,334	,000	,966	120



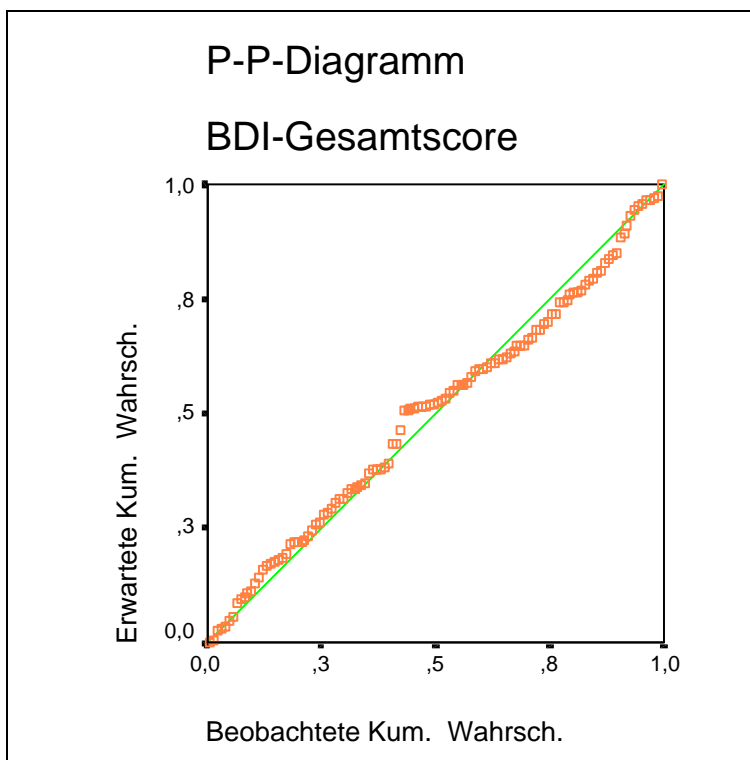
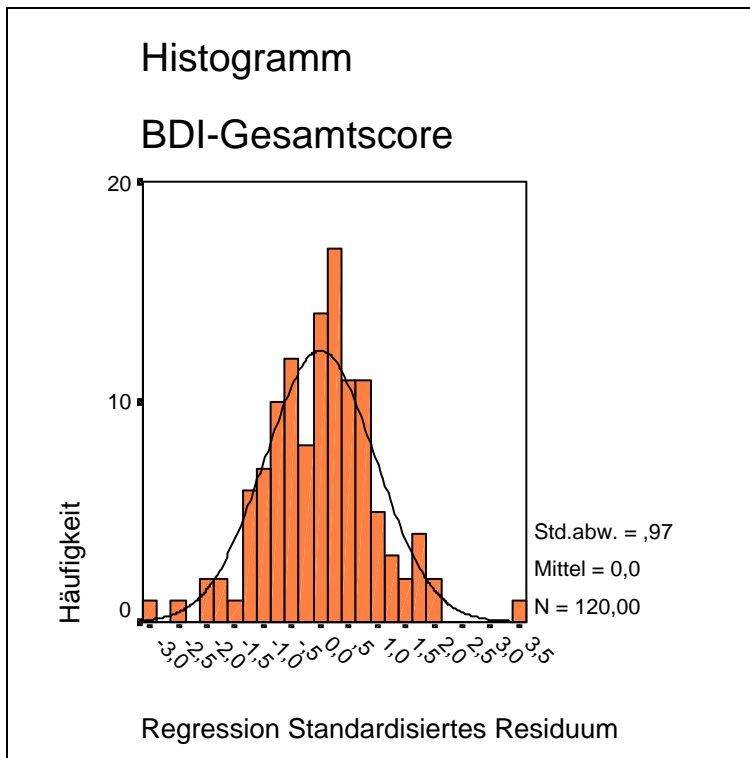


Ad 5.2.4 / Kollinearitäts-Diagnostik

Nr.	Eigenwert	Konditions- index	Varianz- anteile (Konstante)	ALTER	BDI- Gesamt- score	PSI- Gesamt- score	SPSI- Gesamt- score	MEPS- Gesamt- wert "Mit- tel"	MEPS- Gesamt- wert "Ziele"	MEPS- Gesamt- wert "Konse- quenzen"	IIP- Gesamt- score
1	7,943	1,000	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00	,00
2	,583	3,691	,00	,00	,10	,00	,00	,01	,01	,01	,01
3	,224	5,961	,00	,16	,04	,00	,01	,02	,01	,07	,00
4	6,859E-02	10,762	,00	,28	,16	,00	,11	,02	,10	,01	,03
5	6,462E-02	11,088	,00	,14	,43	,11	,00	,02	,03	,06	,02
6	4,601E-02	13,140	,00	,02	,08	,00	,01	,63	,04	,53	,02
7	3,549E-02	14,960	,00	,30	,01	,00	,03	,20	,72	,29	,04
8	3,240E-02	15,658	,00	,01	,19	,12	,01	,08	,09	,00	,80
9	2,934E-03	52,036	,99	,09	,00	,76	,82	,01	,00	,03	,06

Ad 5.2.5 / Residual-Statistik:

	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung	N
Nicht standardisierter vorhergesagter Wert	-4,9990	30,9313	14,2038	8,22001	120
Nicht standardisierte Residuen	-18,4968	22,9021	,0000	6,20628	120
Standardisierter vorhergesagter Wert	-2,336	2,035	,000	1,000	120
Standardisierte Residuen	-2,891	3,580	,000	,970	120



Thomas Reininger
Gesterding-Str.5
D-17489 Greifswald

thomas.reininger@uni-greifswald.de

Lebenslauf

geboren am 24. Februar 1968 in Lüdenscheid/Hellersen

- 1974-1978 Grund/Mittelpunktschule Volkmarsen, Hessen
- 1978-1987 Christian-Rauch-Gymnasium, Bad Arolsen
- 1987 Abitur
- 1987 Anerkennung als Kriegsdienstverweigerer
- 1987-1989 Zivildienst
- 1989-1990 Studium der Religionspädagogik FH an der Katholischen Universität Eichstätt
- 1990-1991 Studium der Psychologie an der Katholischen Universität Eichstätt
- 1991-1997 Studium der Psychologie an der Philipps-Universität Marburg
- 1997 Diplom am 26.03.1997
- 1997 Zulassung zur heilkundlichen Tätigkeit – Psychotherapie nach HPG
- 1997-2001 Promotionsstipendiat der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie Institut Marburg
- 1998-2001 Ausbildung zum Psychologischen Psychotherapeuten bei der Gesellschaft für Ausbildung in Psychotherapie mbH (GAP) in Frankfurt.
- 1999 Approbation als Psychologischer Psychotherapeut für Verhaltenstherapie nach PsychThG
- 2001 bis dato... Ambulanzleiter der Poliklinischen Psychotherapieambulanz am Institut für Psychologie der Universität Greifswald
- 2001 bis dato... Aufbau und Leitung des Ausbildungsstudienganges Psychologische Psychotherapie (APPVT) am Institut für Psychologie der Universität Greifswald
- 2005 Promotion am 14. April 2005