



universität
wien

DIPLOMARBEIT

Titel der Diplomarbeit

Subklinische Essstörungen und interpersonelle Beziehungen

verfasst von

Olga Clarissa May

angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, 2015

Studienkennzahl lt. Studienblatt:

A 298

Studienrichtung lt. Studienblatt:

Psychologie

Betreuerin:

Univ.-Prof. PD Dipl.-Psych. Dr. Kristina Hennig-Fast

Danksagung

Ich bedanke mich bei allen die mich während meiner Studienzzeit begleitet haben.

Der Universität Wien möchte ich zu allererst danken, dass sie mir meine Ausbildung in Psychologie ermöglichte.

Vielen Dank auch an meine Betreuerinnen, Frau Prof. Hennig- Fast und Frau Mag.a. Catharina Schneider für ihre wertschätzende und kompetente Unterstützung. Frau Mag.a. Schneider möchte ich dafür danken, dass sie mir ermöglicht hat meine Diplomarbeit im Fach Klinische Psychologie zu schreiben. Vielen Dank, dass du immer ein offenes Ohr für Fragen und Probleme hattest, dich erkundigt und uns immer unterstützt hast.

Meinen Eltern, meiner Schwester und Johannes möchte ich für die Unterstützung in sämtlichen Lebenslagen danken. Danke Papa, dass du meine Arbeit gelesen hast.

Meinem Freund David danke ich für die unglaubliche Zeit die wir zusammen haben, deine Unterstützung und Motivation, immer mein Bestes zu geben.

Ich danke meinen Freunden, die mich durch die Studienzzeit begleitet und sie bereichert haben, vor allem Laura, Theresa und Bella und auch meine Freunde in der Heimat.

Danke Rob für deine technische Unterstützung und deine Geduld dabei.

Danke an Bernd für deine Beratung.

Andrea, Rosa und Tamara möchte ich für die harmonische und unkomplizierte Zusammenarbeit und die gegenseitige Unterstützung danken. Dies hat die Entstehung der Diplomarbeit um einiges erleichtert.

Zuletzt noch ein Dank an alle TeilnehmerInnen, die sich Zeit genommen haben, den Fragebogen zu beantworten.

Zusammenfassung

Die Entwicklung einer Essstörung wird in einem fließenden Übergang von normalem, über auffälliges zu pathologischem Essverhalten gesehen. Bisher ist wenig über das subklinische Stadium der Anorexie (AN) und Bulimie (BN) bekannt. Zwischenmenschliche Probleme und eine wenig zufriedenstellende Beziehung werden häufig als Merkmale und Risikofaktoren von Essstörungen gesehen.

Im Rahmen einer Online-Studie interessierte, ob und wie weit sich Personen mit subklinischer AN oder BN in ihren interpersonellen Schwierigkeiten von gesunden Personen und auch voneinander unterscheiden. Neben der Beziehungszufriedenheit von subklinischen Essgestörten, wird der Einfluss der Depression auf die Zufriedenheit ermittelt. Der Untersuchung wurde das Interpersonelle Circumplexmodell von Leary (1957) und Kiesler (1983) zugrunde gelegt. Es klassifizierten sich Frauen und Männern ($N = 641$) in subklinische BN ($n = 113$), subklinische AN ($n = 93$) und entsprechende Kontrollgruppen. Zur statistischen Analyse wurden Produkt-Moment Korrelationen, Partialkorrelationen und eine Multivariate Varianzanalyse sowie ein t-Test für unabhängige Stichproben herangezogen.

Der Zusammenhang zwischen der Beziehungszufriedenheit wird durch die Depression bedingt. Subklinische AN und subklinische BN unterscheiden sich nicht wesentlich hinsichtlich ihrer interpersonellen Problematiken. Sie zeigen generell vermehrt Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Mitmenschen als gesunde Kontrollpersonen. Die Ergebnisse verdeutlichen das Vorhandensein interpersoneller Probleme bereits im subklinischen Stadium einer Essstörung und sollte in zukünftigen Forschungen berücksichtigt werden. Weitere Erforschung subklinischer Essstörungen wird als wesentlich für die Früherkennung und die Entwicklung entsprechender Präventionsmaßnahmen angesehen.

Abstract

The development of an eating disorder is considered to progress gradually from a regular eating disorder, towards a conspicuous and finally pathological eating disorder. Studies on subclinical stadium of anorexia (AN) and bulimia (BN) are underrepresented in current research. Interpersonal problems and dissatisfying relationships are considered to be important variables to consider during analysis.

A conducted online survey explored, if and to what extend people with subclinical AN or BN show different traits concerning their interpersonal difficulties when compared to healthy subjects as well as when compared amongst each other. Aside from the study of the dissatisfaction concerning relationships of people with subclinical eating disorders, the study also explores the impact of depression on the satisfaction. These aims were achieved on the basis of Interpersonal Circumplex Model attributed to Leary (1957) and Kiesler (1983). Women and men who undertook the survey ($N = 641$) classified as subclinical BN ($n = 113$), subclinical AN ($n = 93$) and corresponding control groups. In order to conduct the statistical analysis product moment correlations, partial correlations and a multivariate analysis of variance as well as a t-test for independent samples were implemented.

The correlation between relationship satisfaction is dependent on the condition of the depression. Subclinical AN and subclinical BN are not fundamentally different concerning their interpersonal concerns. Both generally display difficulties in dealing with other people. The results of the study display the presence of interpersonal problems during the subclinical stage of AN and BN and should be considered in future research. Further research on subclinical eating disorders is considered to be essential for early diagnosis and the development of corresponding preventive measures.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	1
2. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung	3
2.1 Subklinische Essstörungen und klinisch diagnostizierte Essstörungen	3
2.1.1 Subklinische Essstörungen	3
2.1.2 Anorexia Nervosa.....	7
2.1.3 Bulimia Nervosa.....	9
2.1.4 Komorbiditäten von AN und BN.....	10
2.2 Terminologie: Interpersonelle Beziehungen.....	11
2.2.1 Interpersonelles Circumplexmodell.....	12
2.2.2 Entstehung von interpersonellen Problemen.....	13
2.2.3 Essverhalten und interpersonelle Probleme.....	14
2.3 Terminologie: Beziehungszufriedenheit.....	19
2.3.1 Beziehungszufriedenheit und Essstörungen	20
2.3.2 Beziehungszufriedenheit, Essverhalten und Depression.....	21
3. Fragestellungen und Hypothesen	22
4. Methodik	27
4.1 Studiendesign und Datenerhebung	27
4.2 Fragebogenkonstruktion	28
4.2.1 Soziodemografische Erhebung.....	28
4.2.2 Screeningverfahren zu den Ausschlusskriterien.....	29
4.3 Verwendete Erhebungsinstrumente	30
4.3.1 IIP- 32: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme	30
4.3.2 EDI- 2: Eating Disorder Inventory–2	31
4.3.3 Haselton: Fragen zur Beziehungszufriedenheit.....	31
4.4 Statistische Analyseverfahren	32
4.4.1 Reliabilitätsanalyse	33
4.4.2 Levene-Test.....	33
4.4.3 Produkt-Moment-Korrelation.....	33
4.4.4 Partialkorrelation	34
4.4.5 t-Test für unabhängige Stichproben.....	34

4.4.6	Multivariate Varianzanalyse (MANOVA)	34
4.5	Ausschlusskriterien	35
4.6	Stichprobenbeschreibung	36
4.6.1	Demografische Daten	36
4.6.2	Gruppenzuordnung: Tendenz zur AN oder BN	37
4.7	Reliabilitätsanalysen	38
5.	Ergebnisteil	39
5.1	Prüfung der Voraussetzungen der statistischen Analyseverfahren	39
5.2	Ergebnisse zur Beziehungszufriedenheit und Tendenzen zur Essstörungen	40
5.2.1	Berücksichtigung der Depressivität als Moderatorvariable	40
5.3	Ergebnisse zum Essverhalten und interpersonellen Problemen	41
5.3.1	Tendenz zur Anorexie und Kontrollgruppe	42
5.3.2	Tendenz zur Bulimie und Kontrollgruppe	46
5.3.3	Tendenz zur Anorexie und Tendenz zur Bulimie	44
6.	Diskussion	46
6.1	Zur Beziehungszufriedenheit und Essstörungen	48
6.2	Zum Essverhalten und interpersonellen Problemen	52
6.3	Anmerkung zur Epidemiologie von subklinischen Essstörungen	67
6.4	Kritische Reflexion Methodik	68
6.4.1	Inventar zu Erfassung interpersoneller Probleme	68
6.4.2	Online-Erhebung	69
6.4.3	Gruppeneinteilung Tendenz zur AN oder BN	71
6.4.4	Ausschlusskriterien	71
6.5	Limitationen der Studie	72
6.6	Stärken der Untersuchung	73
6.7	Forschungsausblick	74
6.8	Schlussfolgerung	76
	Literaturverzeichnis	79
	Tabellenverzeichnis	89
	Abbildungsverzeichnis	91
	Lebenslauf	93

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit bestätige ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbstständig verfasst, keine anderen als die angegebenen Hilfsmittel und Quellen verwendet und mich auch sonst keiner unerlaubten Hilfe bedient habe.

Anmerkung. Diese Arbeit entstand in Zusammenarbeit mit meinen Kommilitoninnen Rosa Birgmayr-Lechner, Tamara Prohaska und Andrea Schneider. Aus diesem Grund haben sich Überschneidungen mit ihren Diplomarbeiten ergeben, diese sind auch erwünscht. Die Arbeiten wurden jedoch unabhängig voneinander abgefasst.

Wien, den 11. Oktober 2015,

Olga Clarissa May

1. Einleitung

Das in westlichen Gesellschaften kursierende Schönheitsideal einer Frauenfigur entspricht dem Körper eines Jungen vor der Pubertät, aber mit Brüsten (Johnston, 1996). Attraktive Menschen werden positiver bewertet und bekommen weitere positive soziale und intellektuelle Eigenschaften zugeschrieben (Dion, Berscheid, & Walster, 1992; Langlois et al., 2000). Häufig zeigt Werbung Schlankheit in Verbindung mit Lebensfreude, Glück, Erfolg und Gesundheit.

Vorbilder, wie Schauspieler-, Musiker- und SängerInnen, die schon in der Jugend häufig als Vorbild internalisiert werden, sind meist schlank. Auch gehört ein attraktives Auftreten zu den Einstellungskriterien in manchen Berufsgruppen, wie den industriellen oder wirtschaftlichen Führungspositionen und setzen somit eine ständige Gewichtsregulation voraus (Gerlinghoff & Backmund, 2000) Der Druck ist groß genug, einer Traumfigur nachzueifern und umso größer ist die Frustration, wenn der Körper sich nicht zu einem Ideal fügen will (Johnston, 1996). Es wird zu Abmagerungskuren, Diäten und zusätzlichen Methoden zur Gewichtsregulation, wie Abführmittel oder entwässernde Medikamente gegriffen. Dieses Verhalten fördert das Risiko, eine manifeste Essstörung zu bekommen. Laut der Kontinuumshypothese ist der Übergang von normalen Essverhalten zu einer klinisch relevanten Essstörung, über erste Anzeichen von gestörtem Essverhalten fließend (Meermann & Vandereycken, 1987). Die Risikofaktoren die eine Veränderung des Essverhaltens hin zu einer Essstörung bedingen sind ein komplexes Zusammenspiel aus genetischen, psychischen und sozialen Faktoren. Ebenso werden auch Diäten als erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Essstörung angesehen (Kendler et al., 1991; Jacobi, Hayward, de Zwaan, Kraemer, & Agras, 2004; Pudiel & Westenhöfer, 1991). Mit der Frage, wie interpersonelle Verhaltensweisen und Essstörungen zusammen hängen, haben sich schon verschiedene Studien beschäftigt (Cierpka & Reich, 2001; Fairburn et. al. 1997; Gerlinghoff & Backmund, 2000; Humphrey, 1989; Schmidt & Treasure, 2006; Tetley, Moghaddam, Dawson, & Rennoldson, 2014; Van den Broucke & Vandereycken, 2006; Webster & Palmer, 2000).

Andere Forschungsergebnisse legen nahe, dass an einer Essstörung erkrankte Personen ein höheres Ausmaß an dysfunktionalen Verhaltensweisen im zwischenmenschlichen Austausch (interpersoneller Problematik oder Schwierigkeiten) als gesunde Kontrollgruppen aufweisen (Ambwani & Hopwood, 2009; Björck, Clinton, Sohlberg, Hallstram & Norring, 2003; Hartmann, Zeeck, & Barret, 2010; Mizes, 1989; Troop, Allan., Treasure, & Katzman, 2003; Williams, Powe, Millar, & Freeman, 1993).

Einleitung

Persönlichkeitseigenarten, welche beim Interaktionsgeschehen zwischen Personen gezeigt werden, können nach ihrer Funktion in der zwischenmenschlichen Begegnung, anhand dem *Interpersonellen Circumplexmodell* dargestellt werden (Leary, 1957; Kiesler, 1986). Dieses Modell fand in der Forschung bereits vielfach Verwendung, da es erlaubt das Interaktionsgeschehen zwischen Personen und auch Probleme im Interaktionsgeschehen (z.B. Person verhält sich zu dominant) sichtbar zu machen (Horowitz, Strauß, & Kordy, 2000), weshalb es auch in der vorliegenden Arbeit herangezogen wird.

Bei der Untersuchung von Essstörungen ist es naheliegend die zwischenmenschlichen Beziehungen zu nahestehenden Personen einzubeziehen und, insbesondere, auch die Partnerschaften als Bestandteile von interpersonellen Beziehungen zu betrachten. Dies offenbart mehrere Aspekte: Zum einen zeigten sich Personen mit Essstörungen weniger zufrieden mit ihrer Partnerschaft (Van Buren & Williamson, 1988). Es wird jedoch vermutet, dass sich dies als Scheinzusammenhang herausstellen kann und der negative Affekt einer bestehenden Depression den wesentlichen Anteil daran erklärt (Evans & Wertheim, 1998).

Zudem zeigte sich in Therapien von Essstörungen durch das Zurechtkommen mit interpersonellen Defiziten eine Verbesserung der sozialen Kompetenz welche, wie auch die Verbesserung der Beziehungszufriedenheit, zu einer Milderung der Symptome der Essstörungen führte (Bulik, Baucom, & Kirby, 2012; Bulik, Baucom, Kirby & Pisetsky, 2011; Fairburn et al., 1997; Fisher, Baucom, Kirby, & Bulik., 2015; Weisman, Markowitz, & Klerman., 2000).

Die bisherige Forschung zu Essstörungen untersuchte überwiegend klinisch relevante PatientInnen (Tetley et al., 2014). Die Analyse subklinischer Stichproben fand bisher nur in einem unzureichenden Umfang statt (Ambwani & Hopwood, 2009; Stice, Marti, & Durant, 2011; Tetley et al., 2014). Das Erforschen subklinischer Stichproben ist jedoch in Hinblick auf die Früherkennung klinisch relevanter Merkmale für den gezielten Einsatz von Präventionsmaßnahmen von großer Bedeutung (Buddeberg-Fischer, 2013; Stice, Rohde, Shaw, & Marti, 2012).

In der vorliegenden Arbeit werden Personen untersucht, welche sich in ihrem Essverhalten als auffällig beschreiben und noch keine klinisch diagnostizierte Essstörung haben. Die interessierende Gruppe von Essstörungen bezieht sich auf die subklinischen Formen von Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN). Dabei wird die Gruppe der „subklinischen Essstörungen“ sprachlich äquivalent auch als Gruppe von Personen mit „Tendenz zur Essstörung“ bezeichnet.

Die vorliegende Untersuchung verfolgt drei Ziele: Die Erforschung der Beziehungszufriedenheit in der subklinischen Stichprobe unter Berücksichtigung der Depression, das Ausmaß der interpersonellen Schwierigkeiten bei Personen mit der Tendenz zur AN und BN im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen, sowie der Vergleich beider Gruppen in Bezug auf Probleme im zwischenmenschlichen Umgang.

2. Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

2.1 Subklinische Essstörungen und klinisch diagnostizierte Essstörungen

2.1.1 Subklinische Essstörungen

Subklinische Essstörungen, die durch auffälliges Essverhalten charakterisiert sind, stellen häufig eine Vorstufe von einer später einsetzenden, klinisch relevanten Essstörung dar (Knobloch, Kleinert & Helwig, 2014). Viele Menschen haben ein gestörtes Essverhalten, ohne jedoch alle Diagnosekriterien nach DSM-5 oder ICD-10 zu erfüllen, oder die auffälligen Merkmale sind nicht vollständig ausgeprägt (Thomas, Vartanian, & Brownell, 2009). So fallen sie durch das „Netz“ der Diagnostik. Häufig werden Personen, die nicht eindeutig einer Essstörung zugeordnet werden können, unter den Diagnosen „Atypische Anorexie“, „Atypische Bulimie“ (ICD-10) oder „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (DSM-IV und ICD-10) eingeordnet. Eindeutige Diagnosekriterien bestehen nicht, es werden lediglich Symptome zur Einordnung genannt und die Kategorien werden in den Manualen auch nicht weiter beschrieben. Je nach Studie werden verschiedene Definitionskriterien zugrunde gelegt und unterschiedliche Messmethoden verwendet, was einen Vergleich der Ergebnisse erschwert (Chamay-Weber, Narring, & Michaud, 2005). Da es bis heute keine allgemein gültigen Diagnosekriterien für subklinische Essstörungen gibt, wurde auf den Begriff „Tendenzen zu einer Essstörung“ zurückgegriffen.

„Tendenzen zu Essstörungen“ beschreiben Verhaltensweisen, welche als Warnsignal betrachtet und als Vorform einer Essstörung gesehen werden kann. Dabei erklärt sich der Übergang des normalen Essverhaltens in eine Essstörung durch ein Kontinuum, einem allmählichen Verlauf und nicht durch die beiden Pole Vorhandensein oder nicht-Vorhandensein einer Essstörung (Thomas & Schaefer, 2013; Meermann &

Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

Vandereycken, 1987). Das heißt, Betroffene zeigen schon früh erste Anzeichen im Essverhalten, bevor sich eine klinisch relevante Essstörung manifestiert.

Untersuchungen haben herausgefunden, dass nur etwa 12% der an Bulimie (BN) erkrankten Personen entdeckt und richtig diagnostiziert wurden (Zipfel, Löwe, & Herzog, 2000). Es wird vermutet, dass 1,3% der weiblichen und 0,4% der männlichen erwachsenen Personen auffällige Verhaltensweisen aufzeigen, die eine Tendenz zur Anorexie (AN) vermuten lassen. Die Anteile, die für eine Tendenz zur BN sprechen, sind sogar noch höher: 1,6% Frauen und 0,6% der Männer weisen erste Anzeichen für gestörtes Essverhalten auf (Buddeberg-Fischer, 2003). Die Prävalenz und Epidemiologie ist heutzutage jedoch nicht ausreichend aussagekräftig untersucht.

Thomas und Schäfer (2013) publizierten Kriterien (Abbildung 1) anhand derer die Tendenz zur Anorexie durch Verhalten erklärt wird, das zwar den Diagnosekriterien ähnelt, aber noch nicht klinisch relevant ausgeprägt ist. Im Vordergrund steht dabei ein figurbewusstes Verhalten, welches sich häufig durch intensive Diäten oder dem ausschließlichen Verzehr von Light-Produkten auszeichnet (Teufel & Zipfel, 2008). Hinzu kommen ein negatives Körperbild, häufiges Auslassen von Mahlzeiten, das sich selbst auferlegte Verbot bestimmte Nahrungsmittel zu konsumieren, sowie zwar vorkommende jedoch seltene Essanfälle. Zuweilen treten kompensatorische Maßnahmen, wie die Einnahme von Abführmitteln, übermäßige sportliche Aktivitäten mit häufigen Gewichtsschwankungen auf. Analog können die auffälligen Verhaltensweisen, die auf eine BN hinweisen mit häufigen Essanfällen und darauf folgenden gewichtsregulierenden Maßnahmen beobachtet werden. Genau wie die AN, zeigen die Betroffenen ebenfalls eine übersteigerte Sportaktivität und Unzufriedenheit mit dem Körper (Kendler et al., 1991; Teufel & Zipfel, 2008). Gerade die Sorge um das Gewicht, ein negatives Körperbild und häufige Diäten (Kendler et al., 1991) werden von Jacobi et al. (2004) als Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung angesehen.

Ein geregeltes Diätverhalten gehörte schon 1990 zum Alltag vieler Menschen und jede zweite Frau und jeder vierte Mann hatte mindestens eine Schlankheitsdiät hinter sich (Pudel & Westenhöfer, 1991). Zudem wurde in einer prospektiven Studie an Schülerinnen herausgefunden, dass diäthaltende Schülerinnen ein achtfaches Risiko besaßen im späteren Verlauf an einer Essstörung zu erkranken (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann, & Wakeling, 1990). Hinzu kommen ein niedriges Selbstvertrauen und Perfektionismus, die das eigenständige Streben nach der Wunschfigur stärken (Fichter, 2008; Kendler et al., 1991).

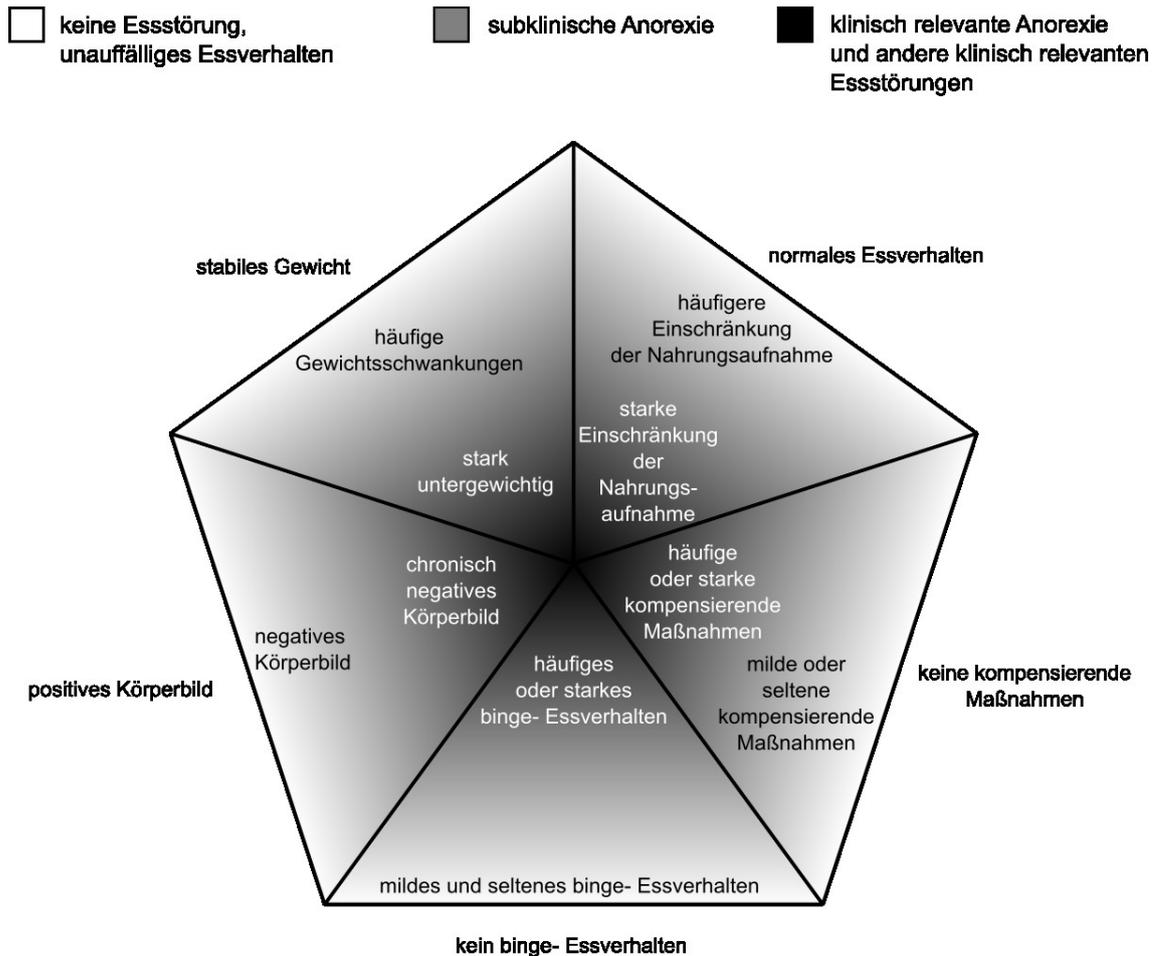


Abbildung 1. Darstellung des Übergangs von Symptomen des normalen Essverhaltens und auffälligen Essverhaltens an Hand eines Kontinuums: normales Essverhalten (Hintergrund: weiß, außen), auffälliges Essverhalten (Tendenzen zur Essstörung; Hintergrund: grau, mittig) und klinisch relevantes Essverhalten (Hintergrund: schwarz, zentral). Eigens erstellte Abbildung in Anlehnung an Thomas, J. J., & Schaefer, J. (2013) *Almost Anorexic: Is My (or My Loved ones) Relationship with Food a Problem?* Minnesota: Hazelden, S.23.

Die Frage weshalb es zu einer Veränderung des Essverhaltens kommt, kann durch *Risikofaktoren* erklärt werden. Sie erhöhen die Wahrscheinlichkeit durch ein komplexes Zusammenspiel der Faktoren auf biologischer, psychologischer und sozialer Ebene auffälliges Essverhalten zu entwickeln und später an einer Essstörung zu erkranken (Szmukler, 1987). Es ist anzunehmen, dass subklinische und voll ausgeprägte Syndrome auf der Grundlage gleicher Risikofaktoren entstehen (Knobloch et al., 2014). Die in der Literatur genannten Ursachenhypothesen sind von unterschiedlicher Aussagekraft: Fichter (2008) nennt als generelles Risiko das weibliche Geschlecht, Adoleszenz oder frühes Erwachsenenalter und das Leben in einer westlichen Industrienation mit Nahrungsmittelüberschuss, einer biologisch determinierten „Vulnerabilität“, sowie die Kombination genetischer Faktoren. Auf der psychischen Ebene werden negative Affekte und eine gestörte Affektregulation, welche sich in

Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

emotionalem Essen äußert, als weitere Bedingungsfaktoren gesehen (Stice et al., 2012). Jacobi et al. (2004) bezeichnen die Sorge um das Gewicht, ein negatives Körperbild und häufige Diäten als prognostische Faktoren für die Entstehung einer Essstörung, was durch ältere Untersuchungsergebnisse nahegelegt wurde: Ein geregeltes Diätverhalten gehörte, wie bereits oben erwähnt, schon 1990 zum Alltag vieler Männer und Frauen (Pudel & Westenhöfer, 1991). Diäthaltende Schülerinnen besaßen ein achtfaches Risiko, später an einer Essstörung zu erkranken (Patton et al., 1990).

Als weitere mögliche Ursachen von Essstörungen werden die Einflüsse von Problembewältigungsstrategien in der Familie, der hauptsächlich Einfluss der Mutter auf das Gewicht, hohe Leistungsanforderungen sowie fehlende Anerkennung und Zuwendung im Elternhaus diskutiert. Zusätzlich stellen einschränkende Verhaltensrichtlinien der Eltern bei gleichzeitig hohen Erwartungen einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung (Gerlinghoff & Backmund, 2000; Fichter, 2008).

Als weitere Faktoren werden auf der sozialen Ebene die Wahrnehmung eines hohen gesellschaftlichen Drucks schlank zu sein genannt und der Umstand, dem in Gesellschaft und Medien vertretenen Bild von Erfolg und Glück zu entsprechen, welches an Schlankeheit gekoppelt ist (Fichter, 2008; Stice et al., 2012).

Normales und gestörtes Essverhalten muss dennoch unterschieden werden, denn nicht jeder Mensch, der kontrolliert, was er isst um sein Gewicht zu reduzieren, leidet an einer AN und wer gelegentlich zu viel isst, ruft dadurch noch keine Bulimie hervor (Gerlinghoff & Backmund, 2000). Letztendlich müssen, um Personen mit essgestörtem Verhalten genauer von Personen mit klinisch relevanter Essstörung zu unterscheiden, die klinischen Diagnosekriterien der einzelnen Erkrankungen berücksichtigt werden.

Diese werden im Klassifikationssystem der Amerikanischen Psychiatriegesellschaft APA, dem „Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen“ (DSM–5; American Psychiatric Association, 2013) in seiner aktuell fünften Auflage, aufgelistet und durch das ICD-10 („International Classification of Diseases“) der Weltgesundheitsorganisation (WHO) ergänzt (World Health Organization, 1992).

Grundsätzlich werden im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) folgende Formen von Essstörungen unterschieden:

- Pica (Verzehr von Un genießbarem oder Unverdaulichem)
- Ruminationsstörung (Heraufwürgen und Wiederkauen von Nahrung)
- Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme
- Magersucht (Anorexia Nervosa)

- Ess-Brech-Sucht (Bulimia Nervosa)
- Ess-Sucht (Binge-Eating-Störung; Stopfen)

Im Zuge des theoretischen Hintergrundes und im Interesse der Fragestellung wird in der vorliegenden Arbeit auf die Störungen der Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN) eingegangen.

2.1.2 Anorexia Nervosa

Die Leiden einer AN drücken sich in vielfältiger Form aus: Strikte Reduktion und Kontrolle der Nahrung, Vermeidung hoch kalorischer Speisen, exzessive körperliche Aktivität, selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln (Laxantien), Medikamente zur Entwässerung (Diuretika), fortwährende Beschäftigung mit dem Körpergewicht, ständige Beschäftigung mit dem Essen und der eigenen Figur, ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme sowie Krankheitsverleugnung. Charakteristisch ist ein andauernder Gewichtsverlust durch absichtlich herbeigeführtes Abnehmen, was bis zu einem lebensbedrohlichen Zustand führen kann. (World Health Organization, 1992).

Die tägliche Nahrungszufuhr eines oder einer klinisch Anorexie-Erkrankten kann sich zum Beispiel auf einen Joghurt, 100g Sauerkraut, ein Ei und eine Scheibe Brot beschränken. Zu dieser stark reduzierten Nahrungsaufnahme kommen häufig mehrere Stunden kompensatorischen Sports (Laessle, 2003).

Um die Erkrankung zu diagnostizieren, gibt es im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) drei Hauptmerkmale, welche bei einer sicheren Diagnose der Erkrankung vorliegen müssen:

A) Dauerhafte Einschränkung der Energieaufnahme: Das Gewicht der Person liegt unter dem Minimum des Normalgewichts. Zur Berechnung der Relationen von Normal-, Unter- und Übergewicht kann der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen werden, der aus dem Körpergewicht im Verhältnis zum Quadrat der Körpergröße eine Maßzahl (kg/m^2) ergibt. Ein Normalwert liegt zwischen 18,5 und 25 (als untergewichtig gelten Personen, deren BMI unter 18,5 liegt, Übergewichtige liegen über 25). Laut der Weltgesundheitsorganisation (WHO) kann Untergewicht nochmals in vier Kategorien unterteilt werden (American Psychiatric Association, 2013): leicht untergewichtig $\text{BMI} \geq 17$; mittel $\text{BMI} 16- 16.99$; schwer $\text{BMI} 15- 15.99$; extrem untergewichtig $\text{BMI} < 15$. Nach ICD-10 wird als unterer Grenzwert für eine AN ein BMI von 17,5 genannt (World Health Organization, 1992).

B) Obwohl das Gewicht stetig unterhalb der Grenze zum Normalgewicht liegt, besteht eine fortwährende Angst vor einer Gewichtszunahme (American Psychiatric Association, 2013).

Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

C) Eine verzerrte Körperwahrnehmung hat zur Folge, dass durch eine unrealistische Selbstbewertung im Bezug zum tatsächlichen Gewicht ein übertriebener Einfluss auf das Körpergewicht ausgeübt wird. Der kognitive Leitgedanke lautet häufig: „Nur wenn ich schlank bin, bin ich etwas wert“ (Laessle, 2003). Zudem sehen die Betroffenen den Schweregrad ihrer Krankheit nicht oder verleugnen ihn. Ein Bedarf an Therapie wird grundsätzlich abgelehnt (Laessle, 2003).

Zusätzlich wird zwischen den zwei Typen „restriktiv“ und „binge-purging“ unterschieden. Der restriktive Typ wird von Gerlinghoff und Backmund (2000) als die „klassische“ Magersucht bezeichnet. Die Gewichtsabnahme wird durch Hungern, Diäten, Fasten sowie übermäßiger körperlicher Bewegung erzeugt. Maßnahmen die einem Essanfall entgegengesetzt werden, sind missbräuchlicher Einsatz von Abführmitteln (Laxantien und auch Klistiere) oder Medikamenten zur Entwässerung (Diuretika) sowie selbstinduziertes Brechen. Sie werden dem Binge-Purging-Typ zugeordnet (American Psychiatric Association, 2013). Nach DSM-5 müssen beide Typen dieses Verhalten für mindestens drei Monate aufweisen (American Psychiatric Association, 2013).

Epidemiologisch betrachtet sind in erster Linie junge Frauen und Mädchen häufiger als Männer von AN betroffen (Gerlinghoff & Backmund, 2000). Die Erkrankung tritt meist Adoleszenz oder dem jungen Erwachsenenalter auf (American Psychiatric Association, 2013), weshalb auch öfter von „Pubertäts-Magersucht“ gesprochen wird (Laessle, 2003). Die Prävalenzrate eines halben Jahres beträgt 0,4% (American Psychiatric Association, 2013). Da über die Neuerkrankungen bei jungen Männern weniger bekannt ist, können nur Vermutungen angestellt werden: Während im Jahre 2000 noch von einer Erkrankungshäufigkeit von 1:20 bei jungen Männern gesprochen wurde (Gerlinghoff & Backmund, 2000) sank das Verhältnis im letzten Jahr, auf bis zu 1:10 (American Psychiatric Association, 2013). Demnach ist in dem verglichenen Zeitraum von 13 Jahren bei Männern die Zahl der Neuerkrankungen auf das Doppelte gestiegen. Die Prävalenz vor der Pubertät und nach dem 40. Lebensjahr wird im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) als selten bezeichnet, auch wenn solche Fälle schon vermerkt wurden. Gerlinghoff und Backmund (2000) wiesen in einer eigenen Umfrage darauf hin, dass sich bereits 9 bis 13-jährige Kinder Sorgen um ihre Figur machten. Die Frage ob sie dünner sein wollten, bestätigten 49% der Mädchen und 36% der Jungen mit „Ja“.

Das häufigste Vorkommen der AN kann in post-industrialisierten Ländern mit hohem Einkommen, vor allem aber in den USA, Europa, Australien, Neuseeland und Japan gefunden werden (American Psychiatric Association, 2013).

Die strikte Maßregelung und das Herunterhungern kann zu Mangelerscheinungen und *physiologischen Folgen* in mehreren Funktionsbereichen führen. Auf der physischen Ebene können Störungen im Elektrolythaushalt, Kreislaufbeschwerden, Zahn- und Haarschäden sowie Verdauungsproblemen, vor allem jedoch endokrine und metabolische Beschwerden auftreten (World Health Organization, 1992). Nach DSM-5 gehören das Ausbleiben der Periode (sekundäre Amenorrhoe), Herz-Kreislauf-Störungen, Konzentrationsstörungen, depressive Verstimmungen, Haarausfall, Hautverfärbungen, Nierenschäden, zu einigen der vielen möglichen körperlichen Folgebeschwerden.

2.1.3 Bulimia Nervosa

Bulimia bedeutet, aus dem Griechischen übersetzt „Ochsenhunger“ und beschreibt genau diesen Zustand: Beispielweise werden fünf Stück Kuchen, eine Packung Vollkornbrot, vier Scheiben Käse, ein Joghurt, zwei Portionen Kartoffelbrei, fünf Tomaten, drei Essiggurken, vier Scheiben Schinken, einen Pudding, einen Liter Milch, und eine Flasche Mineralwasser bei einem Heißhungeranfall in kürzester Zeit verschlungen (Laessle, 2003). Pro Essanfall, der mehrmals pro Woche bis hin zu mehreren Anfällen täglich stattfindet, verschlingt der oder die Betroffene ungefähr 2000 Kalorien während die Nahrungszufuhr eines AN vergleichsweise auf ungefähr 600 Kalorien pro Tag beschränkt ist (Woell, Fichte Prike, & Wolfram, 1989).

Das DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013) gibt folgende Diagnosekriterien vor:

1. In Abschnitten wiederkehrende Essanfälle: Innerhalb eines Zeitraumes von zwei Stunden werden eine erheblich größere Menge an Nahrungsmitteln verzehrt, als üblich. Dabei erlebt die Person einen Kontrollverlust über den Essanfall.
2. Um einer Gewichtszunahme entgegen steuern zu können, wird mindestens eine der folgenden unangemessene Gegenmaßnahmen (sogenanntes „Purging-Verhalten“) eingesetzt: herbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln oder anderen Medikamenten, Fasten oder übermäßige körperliche Bewegung.
3. Die Essanfälle und gegensteuernden Maßnahmen treten mindestens einmal pro Woche im Zeitraum über drei Monate auf.
4. Die Selbstbewertung ist abhängig von der subjektiven Wahrnehmung der Figur und des Körpergewichts.
5. Eine bestehende laufende Episode der AN muss ausgeschlossen sein.

Im DSM-IV wird zwischen verschiedenen Typen der Bulimie unterschieden. Diese können in „Purging-Typ“ und „Non-Purging-Typ“ eingeteilt werden.

Purging-Verhalten stellt einen ungesunden Versuch dar, die Kalorien der Essanfälle zu kompensieren und tritt in dem Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika, Klistiere oder induzieren Erbrechen dar. Personen mit Non-Purging Verhalten dagegen treiben exzessiv Sport und fasten unverhältnismäßig stark, induzieren kein regelmäßiges Erbrechen oder missbrauchen die Anwendung von Medikamenten (American Psychiatric Association, 1996).

Das Hauptunterscheidungsmerkmal zur AN ist das Körpergewicht. Während Personen mit AN mindestens untergewichtig sein müssen ($BMI \leq 17.5 \text{ kg/m}^2$), sind Personen mit BN normal- bis leicht untergewichtig (Laessle, 2003). Nach DSM-5 sind ebenfalls übergewichtige Personen (BMI von 25 bis 29,9) betroffen, selten auch Personen mit Gewicht im adipösen Bereich (American Psychiatric Association, 2013).

Ebenso wie AN ist BN bei Frauen weitaus verbreiteter als bei Männern. ähnlich wie die AN beginnt sie im Jugendalter oder jungen Erwachsenenalter (*Epidemiologie*). Die Prävalenz beträgt 1,5% bei Frauen, über die der Männer ist weniger bekannt. Das Verhältnis von Frauen zu Männern liegt bei 10:1. Die Essanfälle beginnen häufig während oder nach einer Diät oder nach belastenden Lebensereignissen (American Psychiatric Association, 2013).

2.1.4 Komorbiditäten von AN und BN

Essstörungen weisen hohe Komorbiditäten auf. Die am Häufigsten diagnostizierte Erkrankung ist die „Major Depression“. 73% der an AN Erkrankten und 60% der an BN Erkrankten leiden an einer Depression (Herzog, Keller, Sack, Yeh, & Lavori, 1992). Zusätzlich zu der Depression können bei den an AN Erkrankten Zwangsstörungen, insbesondere Zwangshandlungen, Alkoholkonsumstorungen und Substanzabhängigkeit auftreten. Bei mindestens 30% der BN Erkrankten kommen ebenfalls Alkohol- und Stimulanzienkonsum hinzu und sie leiden zusätzlich am Häufigsten an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung (American Psychiatric Association, 2013).

2.2 Terminologie: Interpersonelle Beziehungen

Der Begriff interpersonelle Beziehung, auch bekannt als zwischenmenschliche oder soziale Beziehung, umfasst einige Definitionen, um das Interaktionsgeschehen zwischen Menschen zu beschreiben. Fritz Heider lieferte 1977 eine Erklärung, um diese Form sozialen Austauschs einzugrenzen:

„...bezeichnet der Begriff „zwischenmenschliche Beziehungen“ Relationen zwischen wenigen, für gewöhnlich zwischen zwei Personen. Wie eine Person über eine andere denkt und fühlt, wie sie sie wahrnimmt und was sie mit ihr tut, welche Taten oder Gedanken sie von ihr erwartet, wie sie auf Handlungen der anderen Person reagiert. (...) Ereignissen, die sich im täglichen Leben auf bewusster Ebene abspielen.“ (Heider, 1977, S. 10).

Die Definition verdeutlicht, dass Gedanken, Gefühle, Wahrnehmung und gegenseitige Erwartungen der Personen einen erheblichen Einfluss auf die zwischenmenschlichen Geschehnisse haben. Diese inneren Vorgänge der Beteiligten sind richtungsweisend, bedeutungsträchtig und bestimmen den Austausch.

Auch für Hinde (1997) besteht eine Beziehung auf der Verhaltensebene aus einer Serie von Interaktionen zwischen zwei Personen, über einen größeren Zeitraum. Er weist ebenfalls auf regelmäßige soziale Beziehungen mit bestimmten Personen hin, welche über einen gewissen Zeitraum hinweg interagieren (Argyle & Henderson, 1986).

Zusätzlich ergänzen Kelley und Thibault (1978), dass Personen durch die Beziehung in der sie zueinander stehen, voneinander abhängig sind. Sie beziehen sich wechselseitig in ihren Veränderungen aufeinander. Die Veränderung der einen Person wirkt sich auf die andere Person aus und umgekehrt.

Sullivan (1983) geht in seinem Buch „Die interpersonale Theorie der Psychiatrie“ so weit, dass er die zwischenmenschliche Beziehung als wesentliche Formgebung der Persönlichkeit und physiologischer Faktoren sieht:

„...was den Menschen ausmacht, [ist] das Ergebnis der Interaktion von Diktaten seiner biologischen Natur und den Anforderungen seiner physiochemischen und interpersonalen Umwelt“ (Sullivan, 1983, S.43).

Interaktionen zwischen Menschen drücken sich in vielfältigen Strukturen und Kontexten aus und können in folgende Formen sozialer Beziehungen unterschieden werden (Asendorpf & Banse, 2000; Heidbrink, Lück, & Schmidtman, 2009):

- Freundschaftliche Beziehung und Peerbeziehungen
- Paarbeziehung: Partnerschaft und Liebe
- Intrafamiliäre Beziehungen: - Eltern-Kind-Beziehung
- □ - Geschwisterbeziehung
- Beziehungen in der erweiterten Familie (z.B. Tanten, Großeltern etc.)
- Beziehungen am Arbeitsplatz und in der Nachbarschaft
- Soziale Beziehungen in der virtuellen Welt

2.2.1 Interpersonelles Circumplexmodell

Eine Möglichkeit interpersonelles Interaktionsverhalten zu beschreiben, bietet das Modell von Leary und Kiesler, welches als *Interpersonelles Circumplexmodell* bezeichnet wird (Leary, 1957; Kiesler, 1983). In diesem Modell werden alle Persönlichkeitseigenschaften, die zwischenmenschliches Interaktionsverhalten ausmachen, anhand eines Kreises beschrieben, welcher zwei, senkrecht aufeinander treffende Achsen umgibt, wie Abbildung 2 zeigt. Im Weiteren kann auch das Wort „Eigenschaften“ oder „Verhaltensweisen“ verwendet werden und impliziert die Persönlichkeitseigenschaften, welche im Umgang mit interpersonellen Problemen gezeigt werden (z.B. zu unterwürfig). Dieses Achsenkreuz bildet die zwei Hauptdimensionen: Die horizontale Achse entspricht der Dimension „Affiliation/Zuneigung“ und beinhaltet im interpersonellen Umgang gegenseitige Bezogenheit, Zuneigung, sowie Gemeinschaftssinn. Auf ihr liegen sich abweisendes, selbstbezogenes Verhalten und freundlich, zugewandtes Verhalten gegenüber. Die senkrechte Achse steht für die Dimension „Kontrolle/Dominanz“ und setzt sich aus den Verhaltenskategorien Kontrolle, Macht und Durchsetzungsvermögen zusammen (Thomas, Brähler, & Strauß, 2011). Sie bildet unterwürfiges bis dominantes Verhalten ab. Die Persönlichkeitseigenschaften, welche den Umgang mit anderen Menschen erschwerend bedingen, ordnen sich kreisförmig um die beiden Achsen mit den Eigenschaftsausprägungen: *Zu autokratisch/dominant; zu expressiv/aufdringlich; zu fürsorglich/freundlich; zu ausnutzbar/nachgiebig; zu selbstunsicher/unterwürfig; zu introvertiert/sozial vermeidend; zu abweisend/kalt; zu streitsüchtig/konkurrierend.*

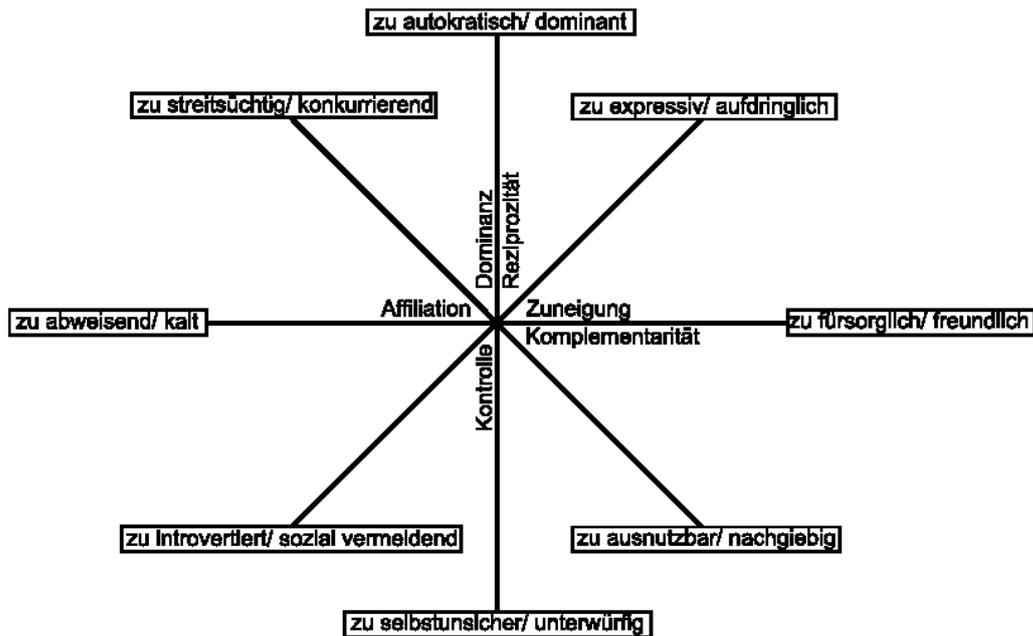


Abbildung 2. Interpersonelles Circumplexmodell. Eigenschaften im Umgang mit interpersonellen Problemen. Eigens erstellte Abbildung in Anlehnung an Horowitz et al. (2000, S.31).

2.2.2 Entstehung von interpersonellen Problemen

In jedem zwischenmenschlichen Kontakt entsteht ein Austausch, bei welchem die Beteiligten in gewissen Bereichen auf unterschiedliche oder gegensätzliche Interessen treffen. Dies führt unausweichlich zu Meinungsverschiedenheiten bis hin zu Konflikten und ist in der Regel Bestandteil von sozialen Beziehungen. Ob die Meinungsverschiedenheit in einen Konflikt mündet, kann variieren (Hinde, 1997). Die Intensität der Konflikte können anhand ihrer Häufigkeit, den Anlässen, der offenen oder verdeckten Konfliktausführung beschrieben werden. Ihre Lösung hängt davon ab, ob sie von den Beteiligten überhaupt bemerkt werden, ob sie thematisiert und wie sie bearbeitet werden (Hinde, 1997).

Schon Watzlawick und KollegInnen (2000) verkündeten, dass Beziehungen zwischen Menschen auf Gleichheit oder Unterschiedlichkeit basieren. Somit spielt die Verteilung der Machtverhältnisse der Partner bei der Entstehung von Konflikten eine bedeutsame Rolle. Ausschlaggebend ist, in welchem Ausmaß und in welchen Bereichen eine Person auf das Verhalten und Erleben der Anderen Einfluss besitzt. Macht ist das Potential der einen Person, Einfluss auf die Andere auszuüben. In disharmonischen Beziehungen, in denen das Machtverhältnis unausgeglichen ist, bestimmt die stärkere Partei nach ihren Vorstellungen und setzt diese zum eigenen Vorteil durch (Watzlawick et al., 2000). Kirchler bezeichnet dies als „Egoismusprinzip“ (Kirchler, 2011). Wohingegen in harmonischen Beziehungen die Beteiligten nach dem „Liebesprinzip“ selbstlos handeln und versuchen aus gemeinsamen Entscheidungen zu profitieren (Kirchler, 2011).

Mit der Entstehung von Konflikten beschäftigte sich Sullivan (1953) in der Veröffentlichung seiner Theorie der *reziproken Emotion*, welche die Beeinflussung zweier miteinander interagierender Personen als reziproken Prozess beschreibt. Sie beeinflussen sich dabei komplementär in ihren Bedürfnissen und rufen durch bestimmte Verhaltensweisen reziproke Reaktionen des anderen hervor (Sullivan, 1953). Übertragen auf das Circumplexmodell (Leary, 1957) kann die Entstehung von interpersonellen Problemen basierend auf dem Modell von Sullivan erklärt werden. Dabei existieren zwei Mechanismen in den Reaktionen im zwischenmenschlichen Verhalten auf verschiedenen Dimensionen. *Reziprozität* auf der Dimension *Kontrolle/Dominanz* und *Komplementarität* auf der Dimension *Affiliation/Zuneigung*. Komplementäre Verhaltensweisen werden von Horowitz und KollegInnen (2000) hier als einander ähnlich definiert, die bei den Beteiligten gleichzeitig oder aufeinander folgend ablaufen. Als *reziprok* werden wechselseitige Interaktionen gesehen, die sich aufeinander beziehen und ergänzen (Horowitz et al., 2000). Dominantes Verhalten ruft somit Unterwürfigkeit und Anpassung beim Interaktionspartner hervor und auch umgekehrt provoziert ein eher hilfloses Erscheinen dominante Handlungen beim Gegenüber. Dem Prinzip der Komplementarität folgend, führt Freundlichkeit ebenfalls zu einer freundlichen Reaktion und Feindseligkeit provoziert ein feindseliges Abwehrverhalten.

Spannungen werden durch nicht-komplementäre Reaktionen verursacht: Wenn freundliches Verhalten mit einer feindlichen Reaktion beantwortet wird, führt dies zu einem Konflikt (Horowitz et al., 2000). Dieser kann nur dadurch gelöst werden, dass die Beteiligten sich anpassen, ihr Verhalten ändern, oder die Situation verlassen (Horowitz et al., 2000).

2.2.3 Essverhalten und interpersonelle Probleme

Die Entstehung von Essstörungen wird anhand eines mehrdimensionalen Entstehungsmodells durch biologische, individuelle, familiäre und soziokulturelle Faktoren erklärt, die eigentlichen Ursachen sind bisher unbekannt (Szmukler, 1989).

Aus verschiedenen Studien geht hervor, dass interpersonelle Interaktionen und Essverhalten zusammenhängen: Paquet et al. beobachteten 2008 in einer Studie das Essverhalten von SeniorInnen bei Anwesenheit anderer Personen. Dabei wurde ein positiver Zusammenhang zwischen dem sozialen Austausch während der Mahlzeit und dem Essverhalten signifikant bestätigt. Die aus der zwischenmenschlichen Interaktion entstehende Problematik, hängt ebenfalls mit Essstörungen zusammen, wie mehrere Studien bestätigen (Ambwani & Hopwood, 2009; Ambwani, Slane, Thomas, Hopwood, & Grilo, 2014; Ansell, Grilo, & White, 2012; Björck et al., 2003; Geller, Cockell, & Hewitt,

2000; Hartmann et al., 2010; Hopwood, Clarke, & Perez., 2007; Mizes, 1989; Laessle., Tuschl, Waadt, & Pirke, 1989; O' Mahony & Hollwey, 1995; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993).

Interpersonelle Probleme werden, in Bezug auf Essstörungen, häufig im Kontext von Freundschaften und familiärem Umfeld betrachtet (Cierpka & Reich, 2001; Fairburn et al. 1997; Gerlinghoff & Backmund, 2000; Humphrey, 1989; Schmidt & Treasure, 2006; Tetley et al., 2014; Van den Broucke & Vandereycken, 2006; Webster & Palmer, 2000). In Untersuchungen an SchülerInnen und Jugendlichen wurde nach bestimmten familiären Konstellationen geforscht, welche die Entstehung einer Essstörung fördern (Herzog, Kronmüller, Hartmann, Bergmann & Köger, 2000; Steinhausen, 2000; Thienemann & Steiner, 1993). Andere Studien zeigen, dass sich die Familienkonstellationen mit einem oder einer PatientIn mit AN von jenen Familien von PatientInnen mit BN unterscheiden und umgekehrt (Cierpka & Reich, 2001; Fairburn et al. 1997, Humphrey, 1989; Wade, Bulik, & Kendler, 2001). Auch zeigte sich, dass sich die Familien von PatientInnen mit AN oder BN von Familien ohne einem oder einer, an Essstörung erkrankten Angehörigen unterscheiden (Tetley et al., 2014; Ward, Ramsay, Benedettini, & Treasure, 2000; Webster & Palmer, 2000).

Gerlinghoff und Backmund (2000) beschreiben Familien mit einem an AN Erkrankten wie folgt:

„...durchschnittliche Mittelstandsfamilien; Familien, die sehr auf Normen und Konventionen achten, die Wert auf Ordnung, Pflichterfüllung, Anstand, Leistung und Bildung legen; die bestrebt sind, nicht aufzufallen und keinen Anlass zu Kritik geben...“ (Gerlinghoff & Backmund, 2000, S.33).

Sie weisen auf eine klassische, traditionelle Rollenverteilung in der Familie hin, in der sich ein Elternteil dem dominanten Familienoberhaupt unterordnet. Zudem besteht eine hohe Idealvorstellung, nach außen hin harmonisch zu wirken und vereint aufzutreten.

Ward et al. (2000) fanden heraus, dass Eltern von an Essstörung erkrankten PatientInnen kontrollierender sind, als Eltern nicht erkrankter Mitglieder. Diese Ergebnisse wurden in der Untersuchung von Tetley und KollegInnen (2014) bestätigt. Andere Untersuchungen zeigten schon, dass Personen mit Essstörungen Freunden und Müttern weniger positive Beschreibungen zuordnen und in Beziehungen von beiden Partnern die Mutter der oder des Erkrankten öfter als überprotektiv beschrieben wird (Van den Broucke & Vandereycken, 2006). Zudem wird angenommen, dass in den verschiedenen Familien von beiden Essstörungen eine starke Leistungsorientierung herrscht (Fairburn et al., 1997, Gerlinghoff & Backmund, 2000, Tetley et al., 2014). Die

Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

beiden Familienstile zeichneten sich auch durch einen Mangel an Fürsorge und liebevollem Umgang miteinander, im Gegensatz zu Familien mit nicht Erkrankten aus (Humphrey, 1989; Tetley et al. 2014; Ward et al., 2000; Webster & Palmer, 2000).

Ein Ansatz zur Erklärung der unterschiedlichen Familienkonstellationen von Essgestörten und gesunden Kontrollgruppen kommt von Minuchin, Rosman, und Baker (1978), welche ihre Theorie der Familiendynamik auf die Entstehung von Essstörungen anwendeten. Dabei beschreiben sie, dass eine spezielle Form der Familienorganisation für die Entstehung verantwortlich ist: In dysfunktionalen Familien mit an Essstörung Erkrankten sind die Grenzen zwischen den Generationen vermischt, das Kind ist zusätzlich zu seiner physiologischen Vulnerabilität, in einen Konflikt der Eltern verwickelt (Minuchin et al., 1978). Das Kind steht vor allem in Ehen mit geringer Zufriedenheit zwischen den Eltern, ist hin- und hergerissen zwischen ihnen, fungiert als Vertrauter und Vermittler (Cierpka & Reich, 2001; Gerlinghoff & Backmund, 2000; Wade et al., 2001). Wade et al. (2001) haben in einer Langzeitstudie herausgefunden, dass die Störung der Ehe der Eltern ein Prädiktor für bulimische Symptome darstellt. Dabei spielt das Alter des Kindes keine Rolle und kann in jeder Eltern-Kind-Dynamik vorkommen. Generell sind viele Eltern noch als Erwachsene von ihren Eltern abhängig, halten sich nach wie vor an ihre Vorschriften und oft werden Verhaltensmuster von Familien in die nachfolgenden Generationen weitergetragen (Gerlinghoff & Backmund, 2000; Kog, Vandereckent, & Vertomment, 1985).

Die Erziehung der Eltern zeichnet sich oft durch fehlende Führung und Vermischung der Hierarchien aus. Zudem sind sie oft überbehütend, zeigen einen Mangel an Konfliktlösekompetenz und ein starres Festhalten an früheren Einstellungen und Gewohnheiten (Rigidität) (Kog et al., 1985).

Unterschiede zwischen den beiden Familienstilen von Erkrankten mit AN oder BN konnten dahingehend gefunden werden, dass in den Familien von AN PatientInnen ein nach außen hin kontrollierteres Bild der Familie übermittelt wird (Gerlinghoff & Backmund, 2000; Humphrey, 1989). Es erscheint wichtig, dass nach außen hin die Harmonie gewahrt wird und keine Konflikte ausgetragen werden. Innerhalb der Familie findet ein affektiv zurückhaltender Austausch statt, welcher die Äußerung von negativen Gefühlen und eine Überschwänglichkeit an positiven Emotionen als weniger angemessen erscheinen lässt, als in Familien mit BN Erkrankten (Cierpka & Reich, 2001; Gerlinghoff & Backmund, 2000).

Die Familien der BN Erkrankten zeigten einen stärkeren Ausdruck der Affekte als in Familien von AN PatientInnen, dennoch ist die emotionale Resonanz des Gegenübers beeinträchtigt (Cierpka & Reich, 2001; Fairburn et al., 1997), was auf eine affektive

Instabilität hinweist (Webster & Palmer, 2000). Zudem zeichnen sich die Familien der BN Erkrankten durch einen impulsiven und konflikthaften Umgang miteinander aus (Cierpka & Reich, 2001; Webster & Palmer, 2000). Die beschriebenen Formen von Familienkonstellationen haben Verhaltensweisen zur Folge, welche Schweigen als Problemlösestrategie festsetzen (Gerlinghoff & Backmund, 2000).

Aus familiendynamischer Sicht besteht der Verdacht, dass sich Essstörungen etablieren, um die unlösbar erscheinenden familiären und inneren Konflikte zu bewältigen (Cierpka & Reich, 2001; Sugarman & Kurash, 1982; Swift & Stern, 1982). Cierpka und Reich (2001) bezeichnen die Krankheit der Essstörungen als indirekte Botschaft verdrängter und unbearbeiteter Gefühle, welche zum Ausdruck gebracht werden möchten. Dabei werden durch den positiven Krankheitsgewinn verschiedene Möglichkeiten erreicht: Zum einen stellt die Kontrolle des Essverhaltens eine Möglichkeit dar, aus den starren und rigiden Mechanismen der Eltern auszubrechen (Cierpka & Reich, 2001; Gerlinghoff & Backmund, 2000; Schmidt & Treasure, 2006; Sugarman & Kurash 1982; Swift & Stern, 1982). Die Verweigerung der Nahrung wird als ein indirektes Aufbegehren gegen die kontrollierenden Eltern gesehen und als Möglichkeit genutzt, die kontrollierenden Eltern zu unterwerfen (Sugarman & Kurash 1982; Swift & Stern, 1982). Dies geschieht indirekt, da der Ausdruck von Affekten eher gemieden wird (Cierpka & Reich, 2001; Gerlinghoff & Backmund, 2000). Zum anderen kann sich der oder die PatientIn durch die Manifestation einer Essstörung, in eine kindliche Rolle zurückbegeben, einer Rolle welche das Bedürfnis nach Fürsorge ausdrückt und in der man umsorgt wird (Schmidt & Treasure, 2006; Sugarman & Kurash, 1982). Verschiedene AutorInnen verwiesen darauf, dass nahestehende Personen von Erkrankten mit AN ihren Alltag um die Bedürfnisse der Erkrankten organisieren, wodurch erlangt werden kann, dass die Nähe zu den Eltern beibehalten wird (Cierpka & Reich, 2001; Schmidt & Treasure 2006; Sugarman & Kurash, 1982).

Dass das Ausmaß an Konflikten in Familien mit Erkrankten von Essstörungen höher ist als bei Familien von Gesunden, ist eine andere Ausdrucksform dafür, dass bei Personen mit einer Essstörung mehr zwischenmenschliche Konflikte bestehen als bei Gesunden. Mehrere Studien haben das Ausmaß an interpersoneller Problematik im Vergleich zwischen klinisch manifestierten Essstörungen und gesunden Kontrollgruppe durchgeführt (Ambwani & Hopwood, 2009; Björck et al. 2003; Hartmann et al., 2010; Mizes, 1989; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993). Dabei zeigen sich die Personen mit Essstörungen durchgehend von einem höheren Ausmaß an den Problemen im zwischenmenschlichen Austausch betroffen. Mehrere Studien bestätigen, dass Personen mit Essstörungen ein stärkeres unterwürfiges Verhalten im interpersonellen

Theoretischer Hintergrund und Stand der Forschung

Austausch aufwiesen, als Personen der gesunden Kontrollgruppe (Ambwani & Hopwood, 2009; Mizes, 1989; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993).

Genauere Verhaltensmuster von Personen mit Essstörungen welche im Umgang mit interpersonellen Problemen gezeigt werden, wurden vorwiegend anhand des Circumplexmodelles erforscht und beschrieben:

Bei einem Gruppenvergleich von PatientInnen mit Anorexie und Bulimie wurde nach Charakteristiken gesucht, welche Verhaltensweisen die jeweiligen Gruppen im Umgang mit interpersonellen Problemen aufzeigen (vgl. Hartmann et al., 2010).

Dabei weisen beide PatientInnengruppen durchgehend einen nicht durchsetzungsfähigen und unterwürfigen interpersonellen Verhaltensstil auf. Unterwürfiges Verhalten wird für AN und BN am Häufigsten als Handlungsaktionen in interpersonellen Schwierigkeiten beobachtet (Hartmann et al., 2010; Mizes, 1989; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993). Generell zeigen beide Gruppen, dass sie Konflikte, Konkurrenzhandlungen und Rivalität eher vermeiden, was durch die Verhaltensweise *zu ausnutzbar/nachgiebig* im Circumplexmodell bezeichnet ist (Hartmann et al., 2010). Fassino, Daga, Pierò, Leombruni, und Rovera (2010) bestätigten ein eher konfliktvermeidendes und unterwürfiges Verhalten jedoch nur für PatientInnen mit AN. PatientInnen mit AN neigen vermehrt dazu, Bedürfnisse anderer vor ihre eigenen zu stellen und negative Gefühle zu unterdrücken, um Beziehungen zu sichern (*zu fürsorglich/freundlich* im Circumplexmodell) (Geller et al., 2000; Hartmann et al., 2010). Ward et al. (2000) beziehen das Leiden unter Trennungsängsten auch auf Personen mit BN. Personen mit AN zeigen sich eher introvertiert und sozial vermeidend (Geller et al., 2000), wirken oft nach außen hin abweisend und kalt (Hartmann et al., 2010).

An BN erkrankte Personen zeigen in den zwischenmenschlichen Interaktionen Probleme durch zu expressives und aufdringliches Verhalten auf (Cierpka & Reich, 2001; Hartmann et al., 2010;). Sie neigen durch starke Impulshandlungen und schnelle Erregbarkeit, sowie der Suche nach Neuem, zu streitsüchtigem und konkurrierenden Verhalten (Fassino et al., 2010; Laessle et al., 1989). Dominantes Verhalten konnte in keiner der Studien für pathologische AN Erkrankte und pathologische BN Erkrankte festgestellt werden. Die Gruppen der Essstörungen (AN und BN) zeigten ein niedrigeres Level an Durchsetzungsvermögen im Unterschied zu den gesunden Kontrollgruppen (Hartmann et al., 2010, Williams et al., 1989).

Die Ergebnisse der Studien beziehen sich vorwiegend auf klinische Stichproben. Über das Verhalten von Personen mit einer subklinischer Essstörung, also der Tendenz zur AN oder BN in zwischenmenschlichen Problemsituationen ist nur wenig bekannt (Ambwani & Hopwood, 2009; Stice et al., 2011). Ambwani und Hopwood (2009) fanden

heraus, dass auch bei subklinischer BN eine breite Vielfalt an interpersonellen Problematiken besteht. Es gilt herauszufinden, ob auch Personen mit Tendenzen zu Essstörungen (AN oder BN) sich von gesunden Kontrollgruppen unterscheiden, oder ob die beschriebenen Verhaltensweisen nur auf klinische Strichproben zurückzuführen ist. Die vorliegende Arbeit soll nun einerseits untersuchen, ob sich Personen mit einer Tendenz zur Essstörung (AN oder BN), also einer subklinischen Essstörung von den gesunden Kontrollgruppen hinsichtlich ihrer interpersonellen Problematik unterscheiden. Zum anderen soll überprüft werden, ob sich Personen mit einer Tendenz zur AN und Personen mit einer Tendenz zur BN hinsichtlich ihres Umgangs mit interpersonellen Problemen unterscheiden.

Die genannten Untersuchungen der Literatur bezogen sich vorwiegend auf weibliche UntersuchungsteilnehmerInnen (Ambwani & Strauss, 2007). Eine weitere Studie von Ambwani stellte fest, dass für beide Geschlechter die Ergebnisse gleich ausfielen: Damit hingen eine höhere emotionale Vulnerabilität und interpersonelle Probleme ebenfalls mit einer Essstörung bei Männern zusammen (Ambwani et al., 2014). In der vorliegenden Arbeit werden Frauen und Männer gleichzeitig betrachtet. Daher wird auch von Personen mit Tendenz zur Essstörung (AN oder BN) gesprochen, was beide Geschlechter impliziert. Die genaue Zusammensetzung der geschlechtlichen Verteilung in den Gruppen der Tendenzen zur Essstörung (AN oder BN) wird im Ergebnisteil beschrieben.

2.3 Terminologie: Beziehungszufriedenheit

Eine glückliche und stabile Partnerschaft stellt für viele Menschen ein gewünschtes Lebensziel dar und wird mit einer hohen Lebenszufriedenheit, sowie einem hohen Maß an psychischer und physischer Gesundheit und Wohlbefinden in Verbindung gebracht (Argyle, 1992).

Nach Rubin (1970) kann eine romantische Liebe nur vorhanden sein, wenn die drei Komponenten einander Brauchen, Fürsorge und Vertrauen vorhanden sind.

Auch Sternberg (1988) hat mit seiner „*Dreieckstheorie der Liebe*“ ein Liebesmodell entworfen, um Liebe und Zufriedenheit darzustellen. Die unterschiedliche Kombination und Gewichtung der Komponenten „*Intimität*“, „*Leidenschaft*“ und „*Entscheidung/ Bindung*“ drückt verschiedene Arten von Liebe aus. Liebe ist demnach die Kombination von „*Intimität*“ und „*Leidenschaft*“, bei gleichzeitiger Abwesenheit von „*Bindung*“. Das Gefühl der Nähe, Vertrautheit, Zusammengehörigkeit verbindet sich mit einer

romantischen und physischen Anziehung, bei gleichzeitiger sexueller Befriedigung (Sternberg, 1988). Bei längerfristiger Entscheidung für den Partner, beschließt das Individuum diese Liebesbeziehung durch Fürsorge und Treue zu erhalten (Sternberg, 1988). Maßgeblich für die Beziehungszufriedenheit ist nach Sternberg die Übereinstimmung der Wahrnehmungen der Partner, über die Ausgewogenheit der drei Komponenten „Intimität“, „Leidenschaft“ und „Entscheidung/Bindung“.

Beziehungen werden permanent von den beteiligten Partnern bewertet (Hinde, 1997). Diese gelten als zufrieden, wenn die Partner ihre Bedürfnisse gegenseitig befriedigen, und ihre Erwartungen erfüllt sind. Auch das Gefühl verstanden zu werden und das gegenseitige Bestärken der eigenen Person und ihrer Sichtweisen sind essentiell für die Beziehungszufriedenheit. Voraussetzungen für ein reibungsloses Verständnis untereinander, sind die Ähnlichkeit der Einstellungen und eine klare Kommunikation untereinander. Das Ergebnis der momentanen Beziehungsbewertung bestimmt ihren längerfristigen Verlauf und bedingt das Wohlbefinden der Partner (Argyle, 1992).

2.3.1 Beziehungszufriedenheit und Essstörungen

Es ist deutlich geworden, dass Essstörungen verschiedene Ursachen besitzen. Dabei spielt das soziale Umfeld eine zentrale Rolle, insbesondere Freunde und Familie. Beim Betrachten der zwischenmenschlichen Beziehungen ist es unumgänglich einen Blick auf die Beziehungszufriedenheit zu werfen. Die bisher vorhandenen Ergebnisse können jedoch in Verbindung mit Beziehungsproblemen gebracht werden (Evans & Wertheim, 1998). Dass die Beziehungszufriedenheit mit dem Essverhalten zusammenhängt, zeigten schon Paquet et al. (2008). So führte die Interaktion mit anderen Personen während den Mahlzeiten zu einer höheren Nahrungsaufnahme. Der Effekt verstärkte sich sogar, wenn die Mahlzeiten im Kreis von Familien und Freunden eingenommen wurden (vgl. Paquet et al., 2008). Dieses Ergebnis zeigt, dass die Nahrungsaufnahme von der Art der Beziehung die zwischen Personen, die während der Mahlzeiten interagieren, das Essverhalten beeinflusst, zu welchem Forschungsergebnis Clendenen, Herman, und Polivy schon 1994 kamen. De Castro und de Castro fanden bereits 1989 heraus, dass die Anwesenheit von Fremden bei Mahlzeiten dazu führte, dass weniger Nahrung aufgenommen wurde, als bei Anwesenheit von Freunden und Familienmitgliedern.

Aus der bisherigen Forschung ist bekannt, dass vor allem Frauen mit Essproblemen Schwierigkeiten mit Freunden in sozialen Beziehungen haben (Grissett & Norvell, 1992). Auch haben sie Probleme intime, romantische Beziehungen zu einem Partner aufzubauen (Pruitt, Kappius, & Gorman, 1992) und eine sichere Bindung zu ihnen

einzuweisen (Evans & Wertheim, 1998). Sie berichteten generell von einer geringeren Beziehungszufriedenheit und einem Mangel an emotionaler Nähe in romantischen Beziehungen (Evans & Wertheim, 1998).

Van Buren und Williamson untersuchten 1988 die Beziehungszufriedenheit von BN-Erkrankten. Dabei stellten sie fest, dass PatientInnen dieses Essstörungstyps vermehrt unzufrieden mit ihren Beziehungen waren. Innerhalb der Beziehung interagierten sie konfliktvermeidend und wiesen geringe Problemlösestrategien auf und auch der Glaube, die Beziehungsqualität könne sich nicht ändern, war gefestigt. Zusätzlich vermieden sie Nähe zu anderen, zeigten Misstrauen gegenüber ihnen und hatten höhere Ängste vom Partner verlassen zu werden (Evans & Wertheim, 1998).

Über das Beziehungsverhalten von PatientInnen mit AN ist in der Literatur noch wenig bekannt. Forscher haben herausgefunden, dass verheiratete Paare, unter welchen sich eine, an AN erkrankte Person befindet, ebenfalls geringer zufrieden mit ihrer Ehe sind und diese meist vom Partner schlechter bewertet werden (Van den Broucke & Vandereycken, 2006). Ob ein Zusammenhang zwischen der Beziehungszufriedenheit und dem Essverhalten ebenfalls bei Personen mit Tendenz zur AN besteht, gilt es noch zu untersuchen.

2.3.2 Beziehungszufriedenheit, Essverhalten und Depression

Wenn ein Zusammenhang zwischen dem zwischenmenschlichen Beziehungsverhalten und Essproblemen hergestellt werden kann, müsste es nahe liegen, dass Unzufriedenheit in Beziehungen und Essprobleme interagieren. Eine andere Hypothese postuliert jedoch, dass der Zusammenhang zwischen Beziehungen und Essproblemen ein Artefakt darstellt und durch Depression und Ängstlichkeit zustande kommt (Evans & Wertheim, 1998). In verschiedenen Studien wurden Essprobleme in Verbindung mit negativen Einstellungen, schlechten Stimmungen und hohen Depressionswerten untersucht (Cooper & Fairburn, 1986; Schlesier-Carter, Hamilton, O'Neil, Lydiard, & Malcolm, 1998). Sie führten zu einer uneindeutigen Haltung in der Forschung: Der affektive Zustand kann zu Essproblemen führen, obwohl die Beziehung intakt ist. Andererseits kann die Depression dazu führen, dass die Beziehung als weniger zufriedenstellend und emotional distanzierter wahrgenommen wird (Evans & Wertheim, 1998).

3. Fragestellungen und Hypothesen

Bezogen auf den theoretischen Hintergrund sollen in der vorliegenden Arbeit die unten dargestellten Forschungsfragen beantwortet werden. Des Weiteren wird auf die Tendenz zur AN und BN eingegangen. Dabei beruht die Tendenz zur AN auf der Skala *Schlankheitsstreben* des *Eating Disorder Inventory-2* (EDI-2, Paul & Thiel, 2005) und umfasst Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 . Analog dazu basiert die Tendenz zur BN auf der Skala *Bulimie* des EDI-2 und beinhaltet alle Männer und Frauen mit einem Prozentrang ≥ 75 . Personen mit einem PR < 75 entsprechen der jeweiligen gesunden Kontrollgruppe.

Fragestellung 1. Gibt es einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen Beziehungszufriedenheit und einer Tendenz zur AN oder BN? Welchen Anteil besitzt die Depression am jeweiligen Zusammenhang?

In verschiedenen Studien wurde gezeigt, dass geringe Beziehungszufriedenheit und klinisch relevante Essstörungen zusammenhängen (Evans & Wertheim, 1998; Grissett & Norvell, 1992; Pruitt et al., 1992). Dabei zeigten andere Studien mit der Berücksichtigung der Depressivität als Moderatorvariable, eine Reduktion des Zusammenhangs (Cooper & Fairburn, 1986; Evans & Wertheim, 1998; Schlesier-Carter et al., 1998). In der Literatur findet sich jedoch kein Hinweis darauf, ob die Beziehungszufriedenheit und Tendenzen zu Essstörungen, erhoben an einer subklinischen Stichprobe zusammenhängen, was im Folgenden untersucht werden soll und durch einen signifikant negativen Zusammenhang in den Ergebnissen bestätigt werden könnte. Um herauszufinden, welchen Anteil die Depression bei der Zufriedenheitsempfindung besitzt wird diese hierbei als mediierender Faktor betrachtet. Aufgrund der Kontinuumshypothese wird in der vorliegenden Arbeit vermutet, dass die Ergebnisse der klinischen Population auch auf die subklinische Stichprobe übertragbar sind und der Einfluss der Depressivität den Zusammenhang schmälert. Der Zusammenhang der Beziehungszufriedenheit und des Essverhaltens soll mittels *Produkt-Moment Korrelation* überprüft werden. Unter Einbezug der Summenwerte des Beck Depressions Inventar- Fast Screen (BDI-FS; Kliem & Brähler, 2013) als Gesamtwert der *Depression*, soll deren Anteil am Zusammenhang der Beziehungszufriedenheit und dem Essverhalten mittels entsprechenden *Partialkorrelationen* untersucht werden. Die Hypothesen der Fragestellung 1 werden auf Basis der Literatur gerichtet formuliert:

$H_1^{(1.1)}$: Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen den Skalen *Schlankheitsstreben* und *Beziehungszufriedenheit*.

$H_1^{(1.2)}$: Der negative Zusammenhang zwischen den Skalen *Schlankheitsstreben* und *Beziehungszufriedenheit* fällt unter Berücksichtigung der *Depression* nicht signifikant aus.

$H_1^{(1.3)}$: Es besteht ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen den Skalen *Bulimie* und *Beziehungszufriedenheit*.

$H_1^{(1.4)}$: Der negative Zusammenhang zwischen den Skalen *Bulimie* und *Beziehungszufriedenheit* fällt unter Berücksichtigung der *Depression* nicht signifikant aus.

Fragestellung 2. Zeigen Personen mit der Tendenz zur AN stärkere interpersonelle Probleme, als Personen ohne die Tendenz zur AN? Und wenn ja, auf welchen Verhaltensweisen beruhen diese?

Bei einer Reihe von Untersuchungen wurde ein Unterschied zwischen Personen mit AN und gesunden Personen im Umgang mit zwischenmenschlichen Schwierigkeiten festgestellt (vgl. Kapitel 2.1). Die Prüfung auf Unterschiedlichkeit im Umgang mit interpersoneller Problematik fand in der Literatur vorwiegend an klinisch Essgestörten und gesunden Kontrollgruppen statt. Es soll nun ein Vergleich zwischen subklinischem Essverhalten (Tendenz zur Essstörung) und der gesunden Kontrollgruppen stattfinden. Aufgrund der zahlreichen Befunde der höheren Ausprägungen an interpersoneller Problematik bei Personen mit klinisch relevanter AN, im Vergleich zu gesunden Kontrollgruppen ist davon auszugehen, dass auch in der vorliegenden Arbeit Personen mit einer Tendenz zur AN höhere Ausprägungen in der interpersonellen Problematik aufweisen, als die entsprechende Kontrollgruppe (Ambwani & Hopwood, 2009; Björck et al. 2003; Hartmann et al., 2010; Mizes, 1989; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993). Dazu soll eine Differenzierung zwischen Personen mit einer Tendenz zur AN und Personen ohne Tendenz durchgeführt werden. Dazu werden die TeilnehmerInnen nach Verhaltensweisen gefragt, welche sie zu häufig, oder weil es ihnen schwerfällt, kaum anwenden. Die gezeigten Verhaltensweisen resultieren in zwischenmenschlichen Schwierigkeiten. Zur Beantwortung der Fragestellung wird der Haupteffekt des *Schlankheitsstrebens* der *Multivariaten Varianzanalyse* herangezogen, welche zwischen den hohen ($PR \geq 75$) und niedrigen ($PR < 75$) Werten auf der Skala *Schlankheitsstreben* hinsichtlich der *interpersonellen Problematik* unterscheidet. Entsprechend der Annahmen des aktuellen Forschungsstandes werden die Hypothesen zur *interpersonellen Problematik* gerichtet formuliert:

Fragestellungen und Hypothesen

$H_1^{(2.1)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen signifikant höhere Ausprägungen im *IIP Gesamtwert* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(2.2)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen signifikant niedrigere Ausprägungen in der Skala *zu autokratisch/dominant* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_0^{(2.3)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu streitsüchtig/konkurrierend* von Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(2.4)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu abweisend/kalt* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(2.5)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu introvertiert/sozial vermeidend* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(2.6)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu selbstunsicher/unterwürfig* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(2.7)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu ausnutzbar/nachgiebig* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(2.8)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu fürsorglich/freundlich* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_0^{(2.9)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu expressiv/aufdringlich* von Personen mit einem Prozentrang < 75 .

Fragestellung 3. Zeigen Personen mit der Tendenz zur BN stärkere *interpersonelle Probleme*, als Personen ohne die Tendenz zur BN? Und wenn ja, auf welchen Verhaltensweisen beruhen diese?

Analog dazu wird ein Vergleich zwischen der gesunden Kontrollgruppe und Personen mit einer Tendenz zur BN angestellt. Dazu wird der Haupteffekt *Bulimie* der *Multivariaten Varianzanalyse* herangezogen, welcher zwischen den hohen ($PR \geq 75$) und niedrigen ($PR < 75$) Werten auf der Skala *Bulimie* hinsichtlich der *interpersonellen Problematik* unterscheidet. Da ebenfalls in der Literatur von einer erhöhten Ausprägung an

interpersoneller Problematik bei Personen mit BN ausgegangen wird, werden die Hypothesen gerichtet formuliert:

$H_1^{(3.1)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* weisen signifikant höhere Ausprägungen im *IIP Gesamtwert* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_0^{(3.2)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu autokratisch/dominant* von Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(3.3)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu streitsüchtig/konkurrierend* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_0^{(3.4)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu abweisend/kalt* von Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_0^{(3.5)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu introvertiert/sozial vermeidend* von Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(3.6)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu selbstunsicher/unterwürfig* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(3.7)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu ausnutzbar/nachgiebig* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_0^{(3.8)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu fürsorglich/freundlich* von Personen mit einem Prozentrang < 75 .

$H_1^{(3.9)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie* weisen signifikant höhere Ausprägungen in der Skala *zu expressiv/aufdringlich* auf, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

Fragestellung 4. Unterscheiden sich Personen, mit der Tendenz zur Anorexie von den Personen mit der Tendenz zur Bulimie hinsichtlich ihres Umgangs mit interpersonellen Problemen?

Im Rahmen der Fragestellung 4 interessierte ob und inwiefern sich subklinisch Essgestörte, also Personen mit einer Tendenz zur AN von Personen mit einer Tendenz

zur BN hinsichtlich ihres Umgangs mit interpersonellen Schwierigkeiten voneinander unterscheiden. In der Literatur lässt sich kein Hinweis darauf finden, ob sich die beiden Gruppen von Essstörungen (AN und BN) in ihrer subklinischen Ausprägung hinsichtlich ihres Verhaltens bei interpersonellen Schwierigkeiten voneinander unterscheiden. Auch ist bisher unbekannt, ob die beiden Krankheitsbilder im subklinischen Stadium ähnliche Syndrome aufweisen. Aufgrund der Kontinuumshypothese wird für die folgende Fragestellung angenommen, dass die an klinischen Stichproben untersuchten Verhaltensweisen, welche entsprechend in zwischenmenschlichen Schwierigkeiten gezeigt werden auch auf die Tendenzen der Essstörungen (AN und BN) übertragen werden können. Somit kann auch schon ein Hinweis auf eine eventuelle unterschiedliche Ausprägung der Störungsbilder im subklinischen Stadium geliefert werden.

Die Verhaltensweisen in interpersonellen Problematiken (*IIP Skalen und IIP Gesamtwert*) werden in Abhängigkeit von den beiden Variablen Tendenz zur AN und Tendenz zur BN untersucht. Zur Auswertung werden die Wechselwirkungen der Haupteffekte *Schlankheitsstreben* und *Bulimie* der *multivariaten Varianzanalyse (MANOVA)* herangezogen. Die folgenden Alternativ- und Nullhypothesen werden gerichtet formuliert.

$H_0^{(4.1)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* unterscheiden sich nicht signifikant im *IIP Gesamtwert* von Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

$H_0^{(4.2)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu autokratisch/dominant* von Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

$H_1^{(4.3)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen eine signifikant niedrigere Ausprägung in der Skala *zu streitsüchtig/konkurrierend* auf als Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

$H_1^{(4.4)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* haben eine signifikant höhere Ausprägung in der Skala *zu abweisend/kalt* als Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

$H_0^{(4.5)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu introvertiert/sozial vermeidend* von Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

$H_0^{(4.6)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu selbstunsicher/unterwürfig* von Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

$H_0^{(4.7)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* unterscheiden sich nicht signifikant in der Skala *zu ausnutzbar/nachgiebig* von Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

$H_1^{(4.8)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* weisen eine signifikant höhere Ausprägung in der Skala *zu fürsorglich/freundlich* auf als Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

$H_1^{(4.9)}$: Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Schlankheitsstreben* eine signifikant niedrigere Ausprägung in der Skala *zu expressiv/aufdringlich* als Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 auf der Skala *Bulimie*.

4. Methodik

Das folgende Kapitel dient zur Darstellung der Methoden, die für die Erhebung der Daten dieser Arbeit, herangezogen wurden. Zusätzlich zu dem angewendeten Studiendesign, waren die verwendeten Fragebögen, die soziodemographischen Daten von Relevanz sowie die Kriterien für einen Ausschluss aus der Datenauswertung von Interesse. Zuletzt wird auf die gewählten statistischen Analyseverfahren eingegangen.

4.1 Studiendesign und Datenerhebung

Zur Erhebung der Daten wurde ein Onlinefragebogen mithilfe des Softwareprogramms *SoScisurvey* erstellt. Die Untersuchung kann Studien im Querschnittsdesign (*cross-sectional study*) zugeordnet werden (Bortz & Döring, 2006). Es wurde eine quantitative Erhebungsmethode gewählt: Die Durchführung erfolgte durch eine schriftliche Befragung mittels Fragebogen, die Fragen waren strukturiert vorgegeben, sodass Daten standardisiert erhoben werden konnten (Bortz & Döring, 2006). Der Fragebogen wurde unter dem Titel „Fragebogen zur Erfassung des Körpererlebens im Zusammenhang mit Paarbeziehungen“ veröffentlicht. Dieser setzt sich aus mehreren Fragebögen zusammen, welche sich alle an dem übergeordneten Thema „Essstörungen an der Schnittstelle zu Körper, Geschlecht und Beziehung“ orientierten. Die Erstellung erfolgte in Zusammenarbeit mit den Kommilitoninnen Rosa Birgmayr-Lechner, Tamara Prohaska und Andrea Schneider. Mit den erhobenen Daten sollten Fragestellungen von insgesamt vier Diplomarbeiten beantwortet werden.

Die Schwerpunkte liegen neben den vorliegenden Forschungsfragen, auf dem Zusammenhang des Bindungsstils und der Körperzufriedenheit, dem Geschlechtsrollenselbstkonzept unter der Berücksichtigung der sexuellen Orientierung; sowie Unterschiede zwischen Frauen mit Tendenzen zu Essstörungen (BN und AN) und ohne Essstörungen hinsichtlich ihrer Bestätigungssuche in sexuellen Abenteuern, sowie hinsichtlich ihrer soziosexuellen Orientierung (Verhalten, Einstellung, Begehren) unter Berücksichtigung des Beziehungsstatus.

Um einen Erhebungsbias aufgrund von Schwierigkeiten im Sprachverständnis zu vermeiden und kulturbedingte Effekte gering zu halten, wurden die Daten in deutschsprachigen Ländern erhoben, mit Schwerpunkt in Österreich, daneben in Deutschland und in der Schweiz. Die Verteilung des Fragebogens erfolgte vor allem über soziale Netzwerke und Online-Portale zur Beratung zu Essverhalten. Der Befragungszeitraum erstreckte sich von 22.07.2014 bis 27.10.2014.

4.2 Fragebogenkonstruktion

4.2.1 Soziodemografische Erhebung

Zu Beginn des Fragebogens wurden die TeilnehmerInnen eingeladen an der Umfrage teilzunehmen, welche unter der Schirmherrschaft des *Instituts für Angewandte Psychologie: Gesundheit, Entwicklung und Förderung der Universität Wien* durchgeführt wurde. Es folgt eine kurze Information über das Thema der Untersuchung (als Untersuchungsgrund wurde die Frage, wie Körperwahrnehmung und Körperzufriedenheit von Personen mit deren Beziehungsstatus und Beziehungserleben im Zusammenhang stehe, angegeben). Darauf folgten die Hinweise der anonymisierten Datenverarbeitung, dem Mindestalter von 18 Jahren, der Freiwilligkeit der Studienteilnahme und der durchschnittlichen Durchführungsdauer von 30 Minuten. Optional konnte zusätzlich gewählt werden, die Ergebnisse der Gruppenauswertung zu erhalten.

Als Anreiz zur Bearbeitung des umfangreichen Fragenkataloges wurde allen TeilnehmerInnen die Möglichkeit geboten an einer Verlosung von fünf „Thalia“-Gutscheinen zu je 20€ teilzunehmen. Dies nahmen einigen Probanden in Anspruch.

Nur über eine Einwilligungserklärung bezüglich der Kenntnisnahme genannter Informationen konnte die Bearbeitung des Fragebogens gestartet werden. Das Softwareprogramm *SoSciSurvey* wurde so programmiert, dass ein Abschluss der

Befragung die Beantwortung jeder Frage voraussetzte. Zur Beschreibung der Person und Erhebung der soziodemographischen Daten mussten u.a. Fragen bezüglich des Geschlechts, des Alters, Körpergröße, Staatszugehörigkeit, sexueller Orientierung, Familienstand, Beziehungsstatus, bisherige Partnerschaftserfahrung, Zufriedenheit mit Beziehungsstatus, Wohnsituation, gegenwärtiger beruflicher Situation und monatlichem Nettoeinkommen beantwortet werden.

4.2.2 Screeningverfahren zu den Ausschlusskriterien

Um etwaige Komorbiditäten auszuschließen, welche öfter im Zusammenhang mit AN und BN auftreten können wurde ein Screeningverfahren konzipiert. Dieses Verfahren erhebt sowohl bereits bestehende klinische Diagnosen, als auch dispositionelle Gewohnheiten. Für das Screening wurden Fragen des *Strukturierten Klinischen Interviews* für DSM-IV Achse I und II (SKID, Wittchen, Zaudig, & Fydrich, 1997) herangezogen.

Das *SKID* entspricht einem Interview- bzw. Explorationsleitfaden mit Screeningfilter zur Diagnostik psychischer Störungen nach dem DSV-IV (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen). Es ist unterteilt in Achse I „Psychische Störungen“ und Achse II „Persönlichkeitsstörungen“. Mit dem *SKID-I* wurden folgende DSM-IV Diagnosen auf der Achse I beurteilt: Affektive Störungen, Psychotische Störungen, Störungen durch Psychotrope Substanzen, Angststörungen, Somatoforme Störungen, Essstörungen und Anpassungsstörungen. Das *SKID-II* ermöglicht zusätzlich die Diagnostik von zehn auf der Achse-II, sowie zwei im Anhang des DSM-IV angegebenen Persönlichkeitsstörungen. Zur Beurteilung der Diagnosen konnte zwischen den Antwortalternativen „unsicher“, „sicher“, „nicht zutreffend gewählt“ werden.

Hierdurch wurde es möglich zur Abgrenzung einer subklinischen Stichprobe Personen aus der Auswertung herauszunehmen, die mit Sicherheit unter einer bereits diagnostizierten Essstörung zu leiden.

Zusätzlich wurde ein eventueller Substanzkonsum herausgefiltert. Dabei wurde ein vorgefertigtes Screeningverfahren herangezogen (Bottmann, 2014), welches die Art und die Häufigkeit („nie“, „nur probiert“, „unregelmäßig“, „alle paar Wochen“, „mehrmals wöchentlich“, „täglich“, sowie „nicht mehr“) abfragte. Der Ausschluss aus der Datenanalyse erfolgte zum einen nach Kriterien, welche der Abbildung 3 entnommen werden können und darüber hinaus, sofern polytoxischer Drogenkonsum vorlag. Der Konsum von Alkohol, Tabak und Cannabinoiden galt nicht als Ausschlusskriterium.

Substanz	Ausschluss nach Konsumhäufigkeit
Opioide	ab täglich
Methamphetamin	ab unregelmäßig
Amphetamine	ab täglich
Schmerzmittel	täglich
Kokain & Crack	alle paar Wochen
Polytoxisch	mindestens zwei Bedingungen und mehr erfüllt

Abbildung 3. Ausschlusskriterien anhand Substanzkonsum und Häufigkeit

4.3 Verwendete Erhebungsinstrumente

Nach Beenden des Screeningverfahrens wurden den TeilnehmerInnen nacheinander die unterschiedlichen Fragebögen zur Beantwortung vorgegeben. Die für die vorliegenden Fragestellungen relevanten Fragebögen werden im Folgenden genauer erläutert.

4.3.1 IIP- 32: Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme

Das *Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme* (Thomas et al., 2011) ist ein Selbstbeurteilungsverfahren zur Erhebung und Bewertung zwischenmenschlicher Schwierigkeiten im Umgang mit anderen Personen (Thomas et al., 2011). Dabei wird nach Verhaltensweisen gefragt, die nach der Stärke ihres Vorkommens als unangepasste Aspekte im zwischenmenschlichen Verhalten gesehen werden und somit zu interpersonellen Problemen mit Mitmenschen führen. Anhand 32 Items auf acht Skalen müssen Personen einschätzen, wie sehr sie unter spezifischen Schwierigkeiten leiden. Dabei wird nach Aspekten gefragt, die besonders schwer fallen (z.B. „Es fällt mir schwer, meine Gefühle anderen frei heraus zu äußern“) oder im Übermaß ausgeführt werden (z.B. „Ich öffne mich anderen zu sehr“).

Die Grundannahme des Fragebogens stützt sich auf das Circumplexmodell (Leary, 1957; Kiesler, 1983), welches bereits im Kapitel „Theoretischer Hintergrund“ dargestellt wurde. Auf einer Skala von Null bis Vier (von „nicht“ bis „sehr“), soll eingeschätzt werden, wie sehr die Aussage auf die jeweilige Person zutrifft.

4.3.2 EDI- 2: Eating Disorder Inventory–2

Das *EDI-2* (Paul & Thiel, 2005) ist ein Selbsteinschätzungsinventar zur Erfassung des pathologischen Essverhaltens. Die aktuelle Version besteht aus 91 Items die zu 11 Skalen zusammengefasst werden: „*Schlankheitsstreben*“, „*Bulimie*“, „*Körperliche Unzufriedenheit*“, „*Ineffektivität*“, „*Perfektionismus*“, „*Zwischenmenschliches Misstrauen*“, „*Interozeption*“, „*Angst vor dem Erwachsenwerden*“, „*Askese*“, „*Impulsregulation*“ und „*Soziale Unsicherheit*“.

Zur Beantwortung der Fragestellungen 1-4 werden die zwei Skalen *Schlankheitsstreben* und *Bulimie* herangezogen. Diese zielen darauf ab Symptome zu erfassen, welche für ein pathologisches Essverhalten sprechen. Sie stellen häufig relevante und psychologische Variablen für die Störungsbilder der AN (*Schlankheitsstreben*) und BN (*Bulimie*) dar. Die Skala *Schlankheitsstreben* (*drive for thinness*) erfasst starke Beschäftigung mit Diäten, gedankliche Fixierung auf Gewichtsverlust, sowie Angst vor Gewichtszunahme (Paul & Thiel, 2005), wie z.B.: „Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen“ (Vocks, Legenbauer, Troje, & Schulte, 2006). Die Skala *Bulimie* sucht nach Tendenzen von unkontrollierten Heißhungeranfällen, welche wiederkehrend gedanklich vorkommen können oder faktisch auftreten (Paul & Thiel, 2005); wie z.B.: „Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte nicht mehr aufhören zu können“ (Paul & Thiel, 2005). Die Beantwortung erfolgt anhand einer sechsstufigen Likert-Skala mit den Antwortmöglichkeiten „nie“, „selten“, „manchmal“, „oft“, „normalerweise“ und „immer“. Unter Berücksichtigung der Polung werden die Werte 1 bis 6 zugeordnet, dabei gilt der Wert 1 als „unauffällige Antwort“ und der Wert 6 als „auffällig Antwort“, welche bei PatientInnen mit AN oder BN typisch ist“.

Um Personen mit Tendenzen zu Essstörungen eindeutig zu klassifizieren, wurde die Grenze von einem Prozentrang von mindestens 75 festgesetzt. Personen mit einer Tendenz zur AN wurden im Fragebogen auf der Skala *Schlankheitsstreben* erfasst. Personen mit einer Tendenz zur BN beschrieben sich auf der Skala *Bulimie*. Es sind die ProbandInnen, welche hohe Werte auf der Skala *Schlankheitsstreben* oder *Bulimie* haben und über einem Prozentrang von mindestens 75 liegen.

4.3.3 Haselton: Fragen zur Beziehungszufriedenheit

Der Fragebogen besteht aus insgesamt neun Items, welche Fragen zu Partnerschaft, Beziehungszufriedenheit und Commitment bilden (Haselton & Gangestad, 2006). Drei Fragen erfassen die allgemeine Einstellung zu einer Partnerschaft. Hier soll die Testperson auf einer Skala von Null bis Neun angeben, wie wichtig ihr verschiedene

Aspekte einer Partnerschaft sind („gar nicht wichtig“ bis „sehr wichtig“). Außerdem wird mit einer einfachen Ja/Nein-Frage erfasst ob die Person sich gegenwärtig in einer festen Partnerschaft befindet. Falls sich die Testperson in einer festen Partnerschaft befindet, wird durch die nächsten vier Items ihre Beziehungszufriedenheit erfasst. Es wird dabei ebenfalls auf einer Skala von Null bis Neun bewertet („gar nicht zufrieden“ bis „sehr zufrieden“). Mit den letzten zwei Items wird schließlich das Commitment in gleicher Weise erfragt. In der vorliegenden Arbeit sind ausschließlich die Fragen zur Beziehungszufriedenheit relevant.

4.3.4 BDI- FS: Beck Depressions- Inventar- Fast Screen

Das *Becks Depressions-Inventar-Fast Screen* (Kliem & Brähler, 2013) ist eine Kurzform des, im Jahr 2000 erschienenen BDI-II, von Beck, Brown und Steerder (Beck, Brown, & Steerder, 2000). Er wird als Screeningverfahren zur Feststellung einer Depression herangezogen und dient weiterhin dazu den Schweregrad einer bestehenden Depression einzuschätzen, basierend auf den Diagnosekriterien des DSM-IV (Kliem & Brähler, 2013). Anhand sieben Items schätzen die Befragten sich selbst bezüglich ihres Grades an Traurigkeit, Pessimismus, Versagensgefühlen, Verlust von Freude, Selbstablehnung, Selbstvorwürfe, sowie eventuellen Selbstmordgedanken ein. Dafür sollen die Aussagen, die innerhalb der letzten Woche auf das Befinden zutreffend waren, anhand von null bis drei Stufen beurteilt werden. Die einzelnen angekreuzten Itemstufen werden zu Summenwerten addiert.

4.4 Statistische Analyseverfahren

Zur statistischen Auswertung der Daten wurde das Programm *Statistical Package for Social Sciences* (IBM SPSS Statistics 22 für Mac) verwendet. Zur Beantwortung der Fragestellungen wurden parametrische und auch nicht-parametrische Verfahren herangezogen. Das Signifikanzniveau wurde auf 5% ($p = .05$) festgesetzt, wobei bei einem $p \leq .05$ die Nullhypothese verworfen und die Alternativhypothese angenommen wurde. Um Tendenzen zu Essstörungen von Personen mit unauffälligem Essverhalten zu unterscheiden, wurde der $PR \geq 75$ als Richtwert festgesetzt. Aufgrund des zentralen Grenzwertsatzes kann ab einem $n \geq 30$ von einer Normalverteilung der Mittelwerte ausgegangen werden (Bortz & Döring, 2006). Im Folgenden werden die verwendeten statistischen Auswertungsverfahren beschrieben.

4.4.1 Reliabilitätsanalyse

Um die Qualität der verwendeten Testverfahren zu prüfen wurden zur Reliabilitätsprüfung *Cronbachs α* für die interne Konsistenz herangezogen. Der Reliabilitätskoeffizient *Cronbachs α* ist ein Maß zur Reliabilitätsprüfung der Methode der internen Konsistenz (Rost, 2004). Er stellt fest, wie einheitlich die einzelnen Items dasselbe messen. Dabei ist die Homogenität der Gesamtitems ausschlaggebend, welche bei ungenügender Übereinstimmung, die Exaktheit der Ergebnisse reduziert (Kubinger, 2009).

4.4.2 Levene-Test

Die Übereinstimmung unterschiedlicher Varianzen ist für einige statistische Verfahren eine notwendige Voraussetzung zu deren Anwendung. Zur Prüfung der Varianzhomogenität eignet sich der *Levene-Test*. Fällt das Ergebnis einer Homogenitätsprüfung signifikant aus, kann davon ausgegangen werden, dass sich die Varianzen unterscheiden und somit sind die Voraussetzungen einiger statistischer Verfahren nicht gegeben. In diesem Falle muss auf nicht-parametrische Verfahren für Mittelwertvergleiche ausgewichen werden (Field, 2009).

4.4.3 Produkt-Moment-Korrelation

Die verschiedenen Fragestellungen erforderten unterschiedliche Anwendungen statistischer Verfahren. Die Zusammenhangshypothesen der Fragestellung 1 wurden mittels einer *Produkt-Moment-Korrelation* beantwortet. Der Korrelationskoeffizient r misst die Stärke des Zusammenhangs zweier Variablen (Müllner, 2005). Dieser befindet sich im Wertebereich zwischen -1 und $+1$, wobei ein negatives Vorzeichen für einen negativen Zusammenhang steht und ein positives einen positiven Zusammenhang erklärt.

Ein Korrelationskoeffizient nahe Null beschreibt das Vorliegen eines (nahezu) nicht vorhandenen linearen Zusammenhangs (Müllner, 2005). Eine genauere Einteilung des Ausmaßes des Zusammenhangs nahm Cohen 1988 vor (Cohen, 1988), wobei Werte $r = .1$ als klein, $r = .3$ als mittel und $r = .5$ als groß eingeschätzt werden können. Als Voraussetzungen zur Anwendung einer Produkt-Moment-Korrelation sind, unter anderem, die Intervallskalierung aller zu untersuchenden Variablen, sowie eine annähernde Normalverteilung innerhalb dieser (Weiß, 2005). Zudem muss ein linearer Zusammenhang angenommen werden, d.h., einem Messwert kann genau ein anderer Messwert zugeordnet werden (Bortz & Döring, 2006).

4.4.4 Partialkorrelation

Um ein Vorliegen eines Scheinzusammenhangs zu überprüfen, wurde zusätzlich eine partielle Korrelationsberechnung (*Partialkorrelation*) durchgeführt. Dabei wurde, um den Anteil der *Depression* an dem Zusammenhang der Variablen AN, sowie BN mit der Beziehungszufriedenheit festzustellen, die dritte Variable herauspartialisiert und der Zusammenhang zwischen der Beziehungszufriedenheit und dem Essverhalten (Tendenz zur AN oder BN) somit von ihrem Anteil bereinigt (Bortz & Döring, 2006).

4.4.5 t-Test für unabhängige Stichproben

Das Verfahren dient dazu Mittelwerte einer unabhängigen Gruppe mit abhängigen Variablen zu vergleichen und wurde eingesetzt um mögliche Wechselwirkungen der Haupteffekte der Varianzanalyse zu interpretieren. Dazu wird die Unterschiedlichkeit der abhängigen Variablen durch ihre Mittelwertunterschiede geprüft, wobei $H_0: \mu_1 = \mu_2, \sigma_1 = \sigma_2$ von Gleichheit der Mittelwerte ausgeht und $H_1: \mu_1 \neq \mu_2, \sigma_1 \neq \sigma_2$, bei $\alpha = .05$ die Unterschiedlichkeit postuliert (Field, 2009). Durchführungsvoraussetzungen sind die Intervallskalierung aller Variablen, deren Normalverteilung, sowie die Homogenität der Varianzen. Das Effektmaß Cohens d wird als Richtlinie zur Einschätzung der signifikanten Ergebnisse herangezogen. Diese Effektstärke wird in $d = .2$ als ein kleiner, $d = .5$ als ein mittlerer und $d = .8$ als großer Effekt unterteilt (Bortz & Döring, 2006).

4.4.6 Multivariate Varianzanalyse (MANOVA)

MANOVA führt Gruppenvergleiche hinsichtlich ihres Mittelwertes, von verschiedenen und mehr als einer abhängigen auf mehrere unabhängige Variablen durch (Field, 2009). Sie soll feststellen, ob die Unterschiede einerseits aufgrund der verschiedenen Faktorstufen innerhalb der Gruppen des Essverhaltens und andererseits zwischen den beiden Gruppen des Essverhaltens einer Interaktion unterliegen (*Tests der Zwischensubjekteffekte*). Darüber hinaus messen die einzelnen IIP Subskalen nicht unabhängig voneinander (Horowitz et al., 2000), sodass eine simultane und alle Variablen berücksichtigende, ökonomische Überprüfung im Rahmen einer MANOVA angebracht ist. Durchführungsvoraussetzungen sind: Intervallskalierung aller Variablen, deren Normalverteilung, sowie die Homogenität der Varianzen (Field, 2009). Zusätzlich bestehen noch die Bedingungen, dass abhängige Variablen untereinander korrelieren müssen sowie eine randomisierte Gruppenzuordnung mit Gruppengrößen von mindestens 20 Personen (Backhaus, Erichson, Plinke & Weiber, 2011). Gruppenunterschiede werden anhand der Stärke der Effekte (Eta^2) ausgegeben. Bei

multivariaten Designs wird das *partielle Eta²* verwendet (Tran, 2011). Cohen (1988) teilte die Stärke in .01 für kleine, .06 für mittlere und .14 für große Effekte ein. (Cohen, 1988).

4.5 Ausschlusskriterien

Aufgrund der Komorbiditäten wurden Personen mit missbräuchlichem (multitoxischem) Substanzkonsum, diagnostizierter psychischer Persönlichkeitsstörung und unvollständigen Angaben ausgeschlossen. Zusätzlich wurden Personen mit uneindeutig zugewiesenen sozialen Geschlechtsrollen („Transgender“) ausgeschlossen. Um die Gruppe der subklinischen Essstörungen herauszufiltern, wurden Personen, die mit Sicherheit angaben, eine Essstörung diagnostiziert bekommen zu haben aus der Auswertung herausgenommen.

Im Rahmen der Erhebungen konnten insgesamt 863 vollständig ausgefüllte Fragebögen gewonnen werden. Insgesamt gaben 140 Personen (16,2%) an, unter einer diagnostizierten Essstörung zu leiden und wurden deshalb aus den nachfolgenden Analysen entfernt. Zusätzlich fielen weitere 82 Personen (9,5%) in die Ausschlusskriterien aufgrund fehlender Werte, Transgender, diagnostizierter psychischer Erkrankungen, sowie aktuellen missbräuchlichen Substanzkonsums, wie Tabelle 1 zeigt.

Nach Prüfung der Ausschlusskriterien konnten die Daten von 641 vollständig beantworteten Fragebögen zur Auswertung herangezogen werden.

Tabelle 1 *Erfüllung der Ausschlusskriterien*

Grund des Ausschlusses	Häufigkeit	Anteilswert in Prozent
Fehlende Gewichts- und Körpergrößenrelation (BMI)	2	0.23
Transgender	3	0.3
Diagnostizierte psychische Erkrankung	67	7.8
Diagnostizierte Suchterkrankung und psychische Erkrankung	4	0.5
Missbräuchlicher Substanzkonsum (Suchtscreening)	6	0.93
Diagnostizierte Essstörung	140	16.2
Fälle gesamt	222	25.7

4.6 Stichprobenbeschreibung

4.6.1 Demografische Daten

Die Gesamtstichprobe setzt sich aus 70% weiblichen und 30% männlichen Teilnehmenden zusammen. Das Alter beläuft sich von 18- 66 Jahren ($M = 26.4$, $SD = 8.1$), der Großteil der Teilnehmenden befindet sich im Alter von 24- und 25. Bei der Angabe der Staatsangehörigkeit, ist Österreich mit 50,4% die größte Gruppe, gefolgt von Deutschland (46,6%) und schließlich Schweiz mit 0,5%. Die restlichen TeilnehmerInnen leben in einem deutschsprachigen Land, besitzen aber eine andere Staatsbürgerschaft; 2% aus "Andere EU- Länder" und 0,5% aus "Nicht EU Land".

Die Frage nach dem höchsten abgeschlossenen Bildungsstand beantworten 53% mit höherer Schule (Matura, bzw. Abitur), 32,3% geben an einen Universitäts-, bzw. Hochschulabschluss erlangt zu haben, 8,6% der TeilnehmerInnen geben an eine Fachschule, bzw. Berufsausbildung abgeschlossen zu haben. 5,6% geben an einen Pflicht- oder Realschulabschluss zu besitzen und 0,5% weisen eine Schuldauer von weniger als neun Jahren, ohne Schulabschluss auf. Die Personen der Stichprobe beschreiben sich vor allem durch StudentInnen (59%).

Das monatliche Nettoeinkommen bewegt sich am Häufigsten im Bereich von 500 bis unter 1.000 Euro (23,4%), dicht gefolgt von einer Einkommensklasse bis 500 Euro (22,3%). 4.000 Euro Verdienst und mehr im Monat, geben lediglich 1,1% an. 23,9% der TeilnehmerInnen wohnen nach eigenen Angaben alleine, 27% in einer Wohngemeinschaft und 26,2% mit dem/der PartnerIn zusammen. Die meisten Personen (63,5%) befinden sich zum Erhebungszeitpunkt in einer Beziehung, während zum Erhebungszeitpunkt 36,5% ohne feste Beziehungen sind. Die größte Gruppe (33,9%) der TeilnehmerInnen beschreibt sich als vollkommen zufrieden mit ihrem Beziehungsstatus, wohin gegen 5,9% gerne an ihrer Beziehungssituation etwas ändern würden.

Die meisten Personen der Stichprobe befanden sich bis zum Erhebungszeitpunkt mindestens ein Mal in ihrem Leben in einer festen Beziehung (93,8%), die restlichen 6,2% haben bis zum Zeitpunkt der Erhebung noch nie eine feste Beziehung geführt. Auf die Frage nach der sexuellen Orientierung geben 82,8% an heterosexuell orientiert zu sein. 7,3% identifizierten sich als homosexuell Orientierte, 7% geben an bisexuell zu sein, 1,7% sind sich unsicher und lediglich 1,1% der Befragten machen keine Angaben.

Die Berechnung und Klassifikation erfolgt bezüglich des BMIs (Body-Mass-Index), welcher errechnet wurde. Es beschreiben sich insgesamt 453 Personen (entspricht 70,7% der Gesamtstichprobe) als normalgewichtig. 8% der Teilnehmenden klassifizieren sich als untergewichtig und 14,7% für übergewichtig. Die Klassifikation erfolgt anhand der Einteilung des DSM-IV.

4.6.2 Gruppenzuordnung: Tendenz zur AN oder BN

Um Tendenzen zu den beiden jeweiligen Essstörungen ermitteln zu können, wurden durch die Bildung von Perzentilen vier Gruppen festgelegt, um Personen mit hohen Werten auf der Skala Schlankheitsstreben und Personen mit hohen Werten auf der Skala Bulimie vergleichen zu können. „Hohe Werte“ entsprechen einem Prozentrang ab 75% und es werden somit die oberen 25% gewählt, welche ihr Essverhalten als stark dysfunktional beschreiben und somit eine eindeutige Tendenz zur Essstörung aufweisen.

Zunächst wurde durch eine Korrelationsberechnung der beiden Skalen *Schlankheitsstreben* und *Bulimie* überprüft, ob die beiden Skalen voneinander unabhängig sind. Gemäß der Einteilung nach Cohen (1988) kann der Zusammenhang mit $r = .653$ ($p < .001$, einseitig, $N = 641$) als deutlich signifikant eingeschätzt werden, was bedeutet, dass die beiden Skalen voneinander abhängig sind (Bortz & Döring, 2006).

Während sich der überwiegende Teil der Stichprobe durch niedrige Werte (insgesamt 496) in beiden Skalen beschreibt, können insgesamt 93 Personen (14,5%) mit einer Tendenz zur BN und etwas mehr, 113 Personen (17,6%), mit einer Tendenz zur AN zugeordnet werden (siehe Tabelle 2). Hierbei sind 32 „reine“ Personen, welche ein hohes *Schlankheitsstreben* bei niedrigen Werten zur *Bulimie* erreichen. Demgegenüber sind 52 „reine“ Personen, welche hohe Werte bei *Bulimie* erreichen und dabei gleichzeitig niedrige Werte im *Schlankheitsstreben* beschreiben. 61 Personen (9,5%) zeigen hohe Werte auf beiden Skalen. Dabei beschreiben sie Eigenschaften, die entweder dem AN Binge-Purginig, oder aber der BN Non-Purging-Verhalten eingeordnet werden können. Diese beiden Typen können durch den EDI-2 nicht weiter differenziert werden (Paul & Thiel, 2005). Insgesamt beschreiben 85 Frauen und acht Männer ein hohes *Schlankheitsstreben*. Hohe Werte in der *Bulimie* beschreiben 97 Frauen und 16 Männer.

Tabelle 2 Kreuztabelle zu hohen/ niedrigen Werten Schlankheitsstreben und Bulimie

		Bulimie		Gesamt
		niedrig	hoch	
Schlankheitsstreben	niedrig	496	52	548
	hoch	32	61	93
Gesamt		528	113	641

Anmerkung. Gruppenzuordnung in Personenanzahlen.

4.7 Reliabilitätsanalysen

Die interne Konsistenz kann anhand der Reliabilitätskoeffizienten eingeschätzt werden. Diese sind dabei in Bereiche gegliedert, wobei $\geq .90$ als sehr hoch, $\geq .80$ als hoch und $\geq .70$ als befriedigend eingestuft werden kann (Weise, 1975). Reliabilitätskoeffizienten welche zwischen $.60$ und $.70$ liegen, können noch als ausreichend betrachtet werden. Die Koeffizienten der Skalen der verschiedenen Messinstrumente liegen im Bereich von $.68$ bis $.93$ und können somit als angemessen beurteilt werden. Der Tabelle 3 können die einzelnen Klassifikationen der verschiedenen Skalen entnommen werden.

Tabelle 3 Kennwerte der Reliabilitätsanalyse (N = 641)

Skala	Kennwerte		Interpretation	
	Itemanzahl	α		
IIP- 32				
PA	4	.75	befriedigend	
BC	4	.65	ausreichend	
DE	4	.78	befriedigend	
FG	4	.76	befriedigend	
HI	4	.81	hoch	
JK	4	.75	befriedigend	
LM	4	.68	ausreichend	
NO	4	.68	ausreichend	
Gesamt	32	.87	hoch	
EDI- 2				
Bulimie	7	.86	hoch	
Schlankheitsstreben	7	.92	hoch	
Haselton				
Fragen	zur	5	.90	hoch
BDI- FS		7	.84	hoch

Anmerkungen. IIP- 32 = Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Skalenerläuterung: PA: zu autokratisch/ dominant, BC: zu streitsüchtig/ konkurrierend, DE: zu abweisend/ kalt, FG: zu introvertiert/ sozial vermeidend, HI: zu selbstunsicher/ unterwürfig, JK: zu ausnutzbar/ nachgiebig, LM: zu fürsorglich/ freundlich, NO: zu expressiv/aufdringlich; EDI-2 = Eating Disorder Inventory- 2; Haselton = Fragen zu Partnerschaft, Beziehungszufriedenheit und Commitment; BDI-FS = Becks Depressions Inventar- Fast Screen; α = interne Konsistenz (Cronbach α).

5. Ergebnisteil

In den folgenden Abschnitten wird auf die Beantwortung der Fragestellungen 1-4 mit entsprechenden Hypothesen eingegangen.

5.1 Prüfung der Voraussetzungen der statistischen Analyseverfahren

Da die Durchführungsvoraussetzungen der Verfahren MANOVA (*Multivariate Varianzanalyse*) und *t-Test für unabhängige Stichproben* ident sind, wie in Kapitel 4.4 beschrieben wurde, werden deren Überprüfung gemeinsam dargestellt. Die Voraussetzung der *Produkt-Moment-Korrelation* und der *Partialkorrelation* welche die annähernde Normalverteilung der Variablen vorschreibt, wird ebenfalls nachfolgend überprüft.

Die Normalverteilung der multivariaten Variablen kann aufgrund des zentralen Grenzwerttheorems ($n \geq 30$) angenommen werden (Bortz & Döring, 2006).

Zur Voraussetzungsprüfung der Homogenität der Varianzen der abhängigen Variablen wurde ein *Levene-Test* durchgeführt. Dieser sollte im Idealfall nicht signifikant ($p > .05$) ausfallen, um eine Gleichheit der Varianzen annehmen zu können. Die Homogenitätstestung der Skalen „PA zu autokratisch/ dominant“ [$F(3, 637) = 2.06, p = .104$], „HI zu selbstunsicher/ unterwürdig“ [$F(3, 637) = 1.64, p = .178$], „JK zu ausnutzbar/ nachgiebig“ [$F(3, 637) = .117, p = .950$], „LM zu fürsorglich/ freundlich“ [$F(3, 647) = 1.42, p = .238$], „NO zu expressiv/ aufdringlich“ [$F(3,637) = .077, p = .970$] fallen nicht signifikant aus und somit kann die Varianzhomogenität angenommen werden. Signifikante Ergebnisse zeigen sich in den Skalen „BC streitsüchtig/konkurrierend“ [$F(3, 637) = 5.12, p = .002$], „DE zu abweisend/kalt“ [$F(3, 637) = 5.66, p = .001$] „FG zu introvertiert/ sozial vermeidend“ [$F(3, 637) = 3.63, p = .013$] und verletzen die Voraussetzungen.

Da die Annahme einer Gleichverteilung der Streuung der Varianzen nicht vorliegt, kann in diesem Fall der Box-Test für die Prüfung auf Gleichheit der Kovarianzmatrizen der Varianzen herangezogen werden (Bühl, 2014; Backhaus et al., 2011). Das nicht signifikante Ergebnis des Box-Tests ($p = .283$) bedeutet, dass die Streuung der Kovarianzmatrix der abhängigen Variablen über alle Gruppen gleichverteilt ist, somit ist die Voraussetzung für die Durchführung erfüllt. Somit ist auch die Annahme bestätigt, dass die abhängigen Variablen homogen zusammenhängen (Field, 2009). Die

durchgeführte Varianzanalyse verhält sich somit robust gegenüber den gering geradigen Verletzungen der Prämissen (Backhaus et al., 2011).

5.2 Ergebnisse zur Beziehungszufriedenheit und Tendenzen zur Essstörungen

Um den Zusammenhang zwischen *Beziehungszufriedenheit* und Essverhalten (*Schlankheitsstreben* oder *Bulimie*) zu ermitteln wurden zwei Produkt-Moment-Korrelationen gerechnet. Zusätzlich wurden zwei Partialkorrelationen gerechnet um den Anteil von *Depressivität* am Gesamtzusammenhang festzustellen. Hierbei wurde *Depressivität* als Moderatorvariable verstanden.

Im Folgenden werden die Ergebnisse der *Produkt-Moment-Korrelationen* aufgelistet und anhand der entsprechenden Hypothesen dargestellt:

$H_1^{(1.1)}$: Der Koeffizient der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson für den Zusammenhang von *Schlankheitsstreben* und *Beziehungszufriedenheit* mit $r = -.100$ ($p = .01$, einseitig, $N = 641$) fallen jeweils signifikant aus. Somit kann die $H_1^{(1.1)}$ angenommen werden.

$H_1^{(1.3)}$: Der Koeffizient der Produkt-Moment-Korrelation nach Pearson für den Zusammenhang von *Bulimie* und *Beziehungszufriedenheit* mit $r = -.118$ ($p = .003$, einseitig, $N = 641$) fallen jeweils signifikant aus. Somit kann die $H_1^{(1.3)}$ angenommen werden.

5.2.1 Berücksichtigung der Depressivität als Moderatorvariable

Wenn jedoch die Depressivität berücksichtigt und herauspartialisiert wird, verändert sich der Zusammenhang und wird kleiner. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson für den Zusammenhang von *Schlankheitsstreben* und *Beziehungszufriedenheit* unter Berücksichtigung der Depressivität, verringert sich ($r_{part} = -.003$, $p = .931$, einseitig, $df = 638$) und fällt nicht signifikant aus (siehe Tabelle 4). Somit kann die $H_1^{(1.2)}$ angenommen werden.

Analog verhält sich der Zusammenhang zwischen *Bulimie* und *Beziehungszufriedenheit*, unter der Berücksichtigung der Depressivität ($r_{part} = -.118$, $p = .647$, einseitig, $df = 638$),

welcher sich ebenfalls reduziert. Die Hypothesenprüfung fällt nicht signifikant aus, somit kann ebenfalls die $H_1^{(1.4)}$ angenommen werden.

Tabelle 4 Zusammenhang Beziehungszufriedenheit und Essverhalten

Skala	Beziehungszufriedenheit			
	Produkt- Moment Korrelation		Partielle Korrelation*	
	p	r	p	r_{part}
Schlankheitsstreben	.011	-.100	.931	-.003
Bulimie	.003	-.118	.647	-.018

Anmerkung. $p = .05$, zweiseitig, $N = 641$, **Depressivität* als Moderatorvariable.

5.3 Ergebnisse zum Essverhalten und interpersonellen Problemen

Die Annahmen der Fragestellungen 2, 3 und 4 werden durch die Verwendung der einzelnen Haupteffekte und Wechselwirkungen der MANOVA des *Schlankheitsstrebens* und der *Bulimie* überprüft. Es wurde getestet, ob Personen mit hohen Ausprägungen mehr Probleme im Umgang mit interpersonellen Differenzen haben als diejenigen mit niedrigen Werten, innerhalb einer Gruppe der Tendenzen (AN oder BN).

Die Hypothesen beinhalten die Annahmen, dass Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 in der Skala *Schlankheitsstreben* (Fragestellung 2) höhere Ausprägungen in *interpersoneller Problematik* besitzen, als Personen mit einem Prozentrang < 75 . Analog dazu untersuchte die Fragestellung 3, ob Personen mit einem Prozentrang ≥ 75 in der Skala *Bulimie* höhere Ausprägungen in *interpersoneller Problematik* besitzen, als Personen mit einem Prozentrang < 75 .

Zur Prüfung der Haupteffekte und Wechselwirkungen werden die multivariaten Tests herangezogen. Unter der Betrachtung des *Schlankheitsstrebens* (hohe und niedrige Ausprägung) und der *Bulimie* (hohe und niedrige Ausprägung) als unabhängige Variablen und den einzelnen IIP Skalen als abhängige Variablen wird deutlich, dass der Haupteffekt des *Schlankheitsstrebens* einen statistisch signifikanten [$F(8, 630) = 3.79, p < .001$] Einfluss auf die *interpersonelle Problematik* hat. Anders verhält sich *Bulimie*, deren Einfluss auf die interpersonelle Problematik tendenziell signifikant ist [$F(8, 630) = 1.87, p = .063$]. Der erklärte Varianzanteil anhand der Effektgröße eta-Quadrat (η^2_p)

durch Schlankheitsstreben beträgt 4,6%, jener durch *Bulimie* 2,3%, wodurch jeweils ein kleiner Effekt ausgedrückt wird (Cohen, 1988).

Da keine signifikanten Wechselwirkungen zwischen *Schlankheitsstreben* und *Bulimie* abgesichert werden konnten [$F(8, 630) = 1.62, p = .116$] existiert der Einfluss der Skalen anscheinend unabhängig davon, ob die Person hoch oder niedrig in der *Bulimie* ausgeprägt ist. Lediglich die hohe oder niedrige Ausprägung im Schlankheitsstreben bedingt die Unterschiede in der *interpersonellen Problematik*. Die differenzierte Betrachtung erfolgt durch die *Tests der Zwischensubjekteffekte*. Diese schlüsseln die Wirkungen der einzelnen Haupteffekte *Schlankheitsstreben* und *Bulimie* sowie deren Wechselwirkungen auf. Die Haupteffekte und Wechselwirkungen werden anhand der Fragestellungen 2-4 dargestellt.

5.3.1 Tendenz zur Anorexie und Kontrollgruppe

Personen mit niedrigen Ausprägungen ($n = 548$) auf der Skala *Schlankheitsstreben* werden mit Personen mit hohen Ausprägungen ($n = 93$) hinsichtlich ihrer *interpersonellen Problematik* (einzelne Skalen des IIPs, sowie *IIP Gesamtwert*) verglichen.

Die Haupteffekte der MANOVA im *Schlankheitsstreben* zeigen in den Skalen *DE, FG, HI, JK, LM, NO* einen signifikanten Unterschied zwischen der hohen und niedrigen Ausprägung (Tabelle 5). Signifikante Ergebnisse werden in den Skalen *LM* und *NO* und im *IIP Gesamtwert* deutlich. Nicht signifikante Ergebnisse zeigen sich in den Skalen *PA* und *BC*.

Die Ausprägung der Effekte fällt nach Einteilung durch Cohen (Cohen, 1988) unterschiedlich stark aus und sämtliche Effekte weisen ein positives Vorzeichen auf. Kleine Effekte mit $\eta^2_p \geq .01$ zeigen sich in den Unterschieden der hohen und niedrigen Ausprägungen im *Schlankheitsstreben* in den Skalen *FG, LM, NO* und im *IIP Gesamtwert*. Geringe bzw. keine Effekte mit $\eta^2_p < .01$ werden in den signifikanten Unterschieden der hohen und niedrigen Ausprägungen im Schlankheitsstreben in den Skalen *DE, HI* und *JK* festgestellt. Die nicht signifikanten Unterschiede in den Skalen *PA* und *BC* zeigen ebenfalls kaum, bzw. keine Effekte. Mittlere und starke Effekte können nicht festgestellt werden.

Bei der Betrachtung der Mittelwertunterschiede in der hohen und der niedrigen Ausprägung des *Schlankheitsstrebens* zeigt der IIP in sämtlichen Skalen einen höheren Mittelwert in den hohen Ausprägungen als in den niedrigeren. Dieser

Mittelwertunterschied fällt in den Skalen *PA* und *BC* nicht signifikant aus. In allen anderen Skalen, sowie dem *IIP Gesamtwert* ist er jedoch signifikant.

Die Hypothesen der Fragestellung 2 $H_1^{(2.1)}$, $H_1^{(2.4)}$, $H_1^{(2.5)}$, $H_1^{(2.6)}$, $H_1^{(2.7)}$, $H_1^{(2.8)}$, sowie $H_1^{(2.9)}$ fallen signifikant aus und können daher angenommen werden. Dagegen können die Nullhypothesen $H_0^{(2.2)}$ und $H_0^{(2.3)}$ aufgrund nicht signifikanter Ergebnisse beibehalten werden.

Tabelle 5 Unterschiedlichkeit der hohen und niedrigen Ausprägung im Schlankheitsstreben hinsichtlich interpersoneller Problematik

IIP Skala	Schlankheitsstreben	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> (3, 637)	<i>p</i>	η^2_p
PA	niedrig PR < 75 (n	3.57	2.815	1.91	.168	.003
	hoch PR ≥ 75 (n =	4.52	3.447			
BC	niedrig	3.51	2.631	3.01	.083	.005
	hoch	4.34	3.531			
DE	niedrig	4.16	3.104	3.95	.047	.006
	hoch	5.61	4.041			
FG	niedrig	5.73	3.357	9.28	.002	.014
	hoch	7.97	4.090			
HI	niedrig	6.72	3.588	4.04	.045	.006
	hoch	8.55	4.087			
JK	niedrig	7.47	3.415	5.03	.025	.008
	hoch	9.05	3.558			
LM	niedrig	7.15	3.174	14.32	< .001	.022
	hoch	8.96	3.602			
NO	niedrig	5.75	3.108	13.34	< .001	.021
	hoch	7.46	3.222			
Gesamtwert (Meanscore)	niedrig	1.38	0.462	18.81	< .001	.029
	hoch	1.76	0.508			

Anmerkung. IIP = Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Skalenerläuterung: *PA*: zu autokratisch/dominant, *BC*: zu streitsüchtig/konkurrierend, *DE*: zu abweisend/kalt, *FG*: zu introvertiert/sozial vermeidend, *HI*: zu selbstunsicher/unterwürfig, *JK*: zu ausnutzbar/nachgiebig, *LM*: zu fürsorglich/freundlich, *NO*: zu expressiv/aufdringlich; Signifikanzniveau $p = .05$, Signifikanz in Fettdruck, η^2_p = Effektstärke (<.01 kein, ≥ .01 kleiner, ≥ .06 mittlerer, ≥ .14 großer Effekt).

5.3.2 Tendenz zur Anorexie und Tendenz zur Bulimie

Das zu interessierende Merkmal bildet die Unterschiedlichkeit des hohen *Schlankheitsstrebens* (Tendenz zur AN) und der hohen *Bulimie* (Tendenz zur BN). Da die Skalen voneinander abhängig sind, müssen sie in der Auswertung global (d.h. hohe und niedrige Ausprägung der jeweiligen Tendenz) und die möglichen Interaktionen zwischen den 2x2 Faktorstufen differenziert betrachtet werden. Hierzu eignen sich die Wechselwirkungen der Haupteffekte *Schlankheitsstreben* und *Bulimie* hinsichtlich der einzelnen Verhaltensweisen in interpersonellen Problematik (*IIP Skalen* und *IIP Gesamtwert*). Diese Interaktionsverhältnisse werden in den *Tests der Zwischensubjekteffekte* differenziert dargestellt:

Es zeigten sich in den Skalen „PA“, „BC“, „DE“, „JK“, „LM“ und „NO“ nicht signifikante Interaktionen zwischen den 2x2 Faktorstufen (Tabelle 6). Somit können keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Gruppen der Tendenz zur AN (hohes *Schlankheitsstreben*) und der Tendenz zur BN (hohe *Bulimie*) und den einzelnen Verhaltensweisen im Umgang mit interpersonellen Problemen beobachtet werden. Die verschiedenen Ausprägungen im interpersonellen Problemverhalten kommen durch das Wirken der einzelnen Haupteffekte zustande und nicht durch das Zusammenwirken der einzelnen Faktorstufen der Haupteffekte.

Bei der Betrachtung der Mittelwerte der hohen Ausprägungen im *Schlankheitsstreben* und der *Bulimie* (Tabelle 6) ist feststellbar, dass hohe Werte im *Schlankheitsstreben* in den meisten IIP Skalen („BC“, „DE“, „FG“, „HI“, „JK“, „LM“, „NO“ und *IIP Gesamtwert*) gering höher sind als die der hohen Werten in *Bulimie* (nur in „PA“ höher). Diese Unterschiede sind jedoch nicht signifikant. Aufgrund der nicht signifikanten Unterschiedlichkeitsprüfung werden die Alternativhypothesen $H_1^{(4.1)}$, $H_1^{(4.2)}$, $H_1^{(4.3)}$, $H_1^{(4.4)}$, $H_1^{(4.7)}$, $H_1^{(4.8)}$ und $H_1^{(4.9)}$ verworfen und entsprechende Nullhypothesen angenommen.

Bezüglich der Skalen „FG“ und „HI“ zeigt sich aus dem Faktor Tendenz zur Essstörung (*Schlankheitsstreben* / *Bulimie*) und der Ausprägung (hoch / niedrig) eine signifikante Interaktion. Um die signifikanten Wechselwirkungen differenziert interpretieren zu können und um das Zusammenwirken der 2x2 Faktorstufen aufzuschlüsseln, wurden nachfolgend entsprechende *t-Tests für unabhängige Stichproben* berechnet.

Tabelle 6 *Interaktionen von Schlankheitsstreben und Bulimie (N = 641)*

IIP Skala	Essverhalten	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> (1, 637)	<i>p</i>	η^2_p
<i>PA</i>	Bulimie (PR \geq 75) (<i>n</i> = 113)	4.53	3.30	0.07	.794	.000
	Schlankheitsstreben (PR \geq 75) (<i>n</i> = 93)	4.52	3.45			
<i>BC</i>	Bulimie	4.17	3.10	0.62	.433	.001
	Schlankheitsstreben	4.34	3.53			
<i>DE</i>	Bulimie	5.58	3.68	0.49	.484	.001
	Schlankheitsstreben	5.61	4.04			
<i>FG</i>	Bulimie	7.83	8.67	4.65	.031	.007
	Schlankheitsstreben	7.97	4.09			
<i>HI</i>	Bulimie	8.55	4.09	5.58	.018	.009
	Schlankheitsstreben	8.60	3.88			
<i>JK</i>	Bulimie	8.92	3.49	2.14	.144	.003
	Schlankheitsstreben	9.05	3.56			
<i>LM</i>	Bulimie	8.35	3.69	0.23	.629	.000
	Schlankheitsstreben	8.96	3.60			
<i>NO</i>	Bulimie	6.94	3.33	3.64	.058	.006
	Schlankheitsstreben	7.46	3.22			
<i>Gesamtwert (Meanscore)</i>	Bulimie	1.72	.508	1.34	.248	.002
	Schlankheitsstreben	1.76	.506			

Anmerkung. Skalenerläuterung: *PA*: zu autokratisch/dominant, *BC*: zu streitsüchtig/konkurrierend, *DE*: zu abweisend/kalt, *FG*: zu introvertiert/sozial vermeidend, *HI*: zu selbstunsicher/unterwürfig, *JK*: zu ausnutzbar/nachgiebig, *LM*: zu fürsorglich/freundlich, *NO*: zu expressiv/aufdringlich; Mittelwerte und Standardabweichungen der hohen Werte AN und BN; Signifikanzniveau $p = .05$; Fettdruck markiert signifikante Ergebnisse; η^2_p entspricht Effektstärken.

Die Follow-up Analyse der zu *introvertiert/ sozial vermeidenden* Verhaltensweise („*FG*“) für das hohe *Schlankheitsstreben* fiel mit $t(91) = -.158$, $p = .875$ nicht signifikant aus. Die niedrige Faktorstufe des *Schlankheitsstrebens* mit $t(546) = -4.33$, $p < .001$ zeigt wiederum ein signifikantes Ergebnis. Wenn ein niedriges *Schlankheitsstreben* vorliegt, kann somit zwischen Personen mit niedrigem *Schlankheitsstreben* und Personen mit hohen und niedrigen Tendenzen der *Bulimie* ein Unterschied festgestellt werden. Wiederum kann bei hohem *Schlankheitsstreben* kein signifikanter Unterschied zwischen den Faktorstufen der *Bulimie* angenommen werden. In Folge dessen beruht die Entstehung der Wechselwirkung aufgrund des Einflusses des niedrigen *Schlankheitsstrebens*, wohingegen die hohe Ausprägung kein Zusammenwirken mit den anderen Faktorstufen zeigt.

Analog kann für die niedrige *Bulimie* in Bezug auf das hohe und niedrige *Schlankheitsstreben* mit $t(526) = -3.20, p < .001$ ebenfalls ein signifikantes Ergebnis herausgefunden werden. Für die hohe *Bulimie* fällt die Interaktion mit $t(111) = -.23, p = .820$ nicht signifikant aus. Hier kann ebenfalls die Entstehung der Interaktion zwischen dem *Schlankheitsstreben* und der *Bulimie* auf den Einfluss der niedrigen *Bulimie* zurückgeführt werden, da sie einen signifikanten Unterschied von den anderen Faktorstufen aufweisen. Die hohe *Bulimie* weist keinen signifikanten Unterschied zu der hohen und niedrigen Faktorstufe des *Schlankheitsstrebens* auf.

Für das *zu selbstunsicher/ unterwürfige* Verhalten zeigt sich für das niedrige *Schlankheitsstreben* ein signifikanter Unterschied [$t(546) = -4.23, p < .001$] und äquivalent zum hohen *Schlankheitsstreben* ein nicht signifikantes Zusammenwirken mit $t(91) = .08, p = .939$. Bezüglich der niedrigen *Bulimie* zeigt sich ebenfalls ein signifikanter Unterschied zwischen den Faktorstufen zum *Schlankheitsstreben* mit $t(33.63) = -3.18, p = .003$ und ein nicht signifikantes Ergebnis von hoher *Bulimie* [$t(111) = -.55, p = .585$].

Zusammengefasst kann kein Unterschied zwischen dem hohen *Schlankheitsstreben* und der hohen *Bulimie* zu den jeweils gegenüberliegenden Faktorstufen in Bezug auf das *zu introvertiert/ sozial vermeidenden*, sowie dem *zu selbstunsicher/ unterwürfigem* Verhalten angenommen werden, da die entsprechenden Unterschiede nicht signifikant ausfallen. Somit werden die dazugehörigen Hypothesen $H_1^{(4.5)}$ und $H_1^{(4.6)}$ nach genauer Differenzierung der signifikanten Interaktionen verworfen und die $H_0^{(4.5)}$ sowie $H_0^{(4.6)}$ beibehalten.

5.3.3 Tendenz zur Bulimie und Kontrollgruppe

Personen mit niedrigen Werten ($n = 528$) auf der Skala *Bulimie* wurden mit Personen mit hohen Ausprägungen ($n = 113$) hinsichtlich ihrer *interpersonellen Problematik* (einzelne Skalen *IIP*, sowie *IIP Gesamtwert*) verglichen. Hierzu wurden die Ergebnisse der Haupteffekte der *Bulimie* der MANOVA herangezogen.

Unterschiede zwischen der hohen und niedrigen Ausprägungen in *Bulimie* fallen in den einzelnen Skalen *PA*, *DE*, *FG* und *HI*, sowie dem *IIP Gesamtwert* signifikant aus, wie Tabelle 7 entnommen werden kann. In den Skalen *BC*, *JK*, *LM* und *NO* werden nicht signifikante Ergebnisse festgestellt.

Unter Anwendung der Effektgrößenklassifikation nach Cohen (Cohen, 1988) zeigen sich in allen acht Skalen des *IIPs* kaum, bzw. keine Effekte ($\eta^2_p < .01$). Kleine Effekte ($\eta^2_p \geq .01$) gibt es im *IIP Gesamtwert*.

Bezüglich der Mittelwertunterschiede zeigen sich höhere Mittelwerte in den hohen Ausprägungen der *Bulimie* als in den niedrigeren. Diese fallen teilweise signifikant aus, teilweise nicht, wie Tabelle 7 entnommen werden kann.

Auf Basis der vorliegenden Hypothesentestung können die Hypothesen $H_1^{(3.1)}$, $H_1^{(3.2)}$, $H_1^{(3.4)}$, $H_1^{(3.5)}$, sowie $H_1^{(3.6)}$ der Fragestellung 3 als signifikant angenommen werden. Aufgrund nicht signifikanter Ergebnisse können die Nullhypothesen $H_0^{(3.3)}$, $H_0^{(3.7)}$, $H_0^{(3.8)}$ und $H_0^{(3.9)}$ beibehalten werden.

Tabelle 7 *Unterschiedlichkeit der hohen und niedrigen Ausprägung in Bulimie hinsichtlich interpersoneller Problematik*

IIP Skala	Bulimie	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>F</i> (3, 637)	<i>p</i>	η^2_p
PA	niedrig (PR < 75) (<i>n</i> =	3.54	2.820	4.20	.041	.007
	hoch (PR ≥ 75) (<i>n</i> =	4.53	3.295			
BC	niedrig	3.51	2.711	.429	.513	.001
	hoch	4.17	3.102			
DE	niedrig	4.11	3.148	4.95	.026	.008
	hoch	5.58	3.681			
FG	niedrig	5.67	3.373	6.10	.014	.009
	hoch	7.83	3.866			
HI	niedrig	6.64	3.592	4.91	.027	.008
	hoch	8.60	3.879			
JK	niedrig	7.44	3.425	2.70	.101	.004
	hoch	8.92	3.482			
LM	niedrig	7.21	3.179	1.09	.297	.002
	hoch	8.35	3.686			
NO	niedrig	5.80	3.114	3.25	.072	.005
	hoch	6.94	3.328			
Gesamtwert (Meanscore)	niedrig	1.37	0.462	9.66	.002	.015
	hoch	1.72	0.508			

Anmerkung. IIP = Inventar zur Erfassung interpersonaler Probleme, Skalenerläuterung: *PA*: zu autokratisch/dominant, *BC*: zu streitsüchtig/konkurrierend, *DE*: zu abweisend/kalt, *FG*: zu introvertiert/sozial vermeidend, *HI*: zu selbstunsicher/unterwürfig, *JK*: zu ausnutzbar/nachgiebig, *LM*: zu fürsorglich/freundlich, *NO*: zu expressiv/aufdringlich. Signifikanzniveau $p = .05$, Signifikanzen in Fettdruck, η^2_p = Effektstärke (<.01 kein, ≥ .01 kleiner, ≥ .06 mittlerer, ≥ .14 großer Effekt).

6. Diskussion

In den folgenden Abschnitten werden die Ergebnisse der vorliegenden Studie in Hinblick auf den aktuellen Forschungsstand interpretiert und kritisch betrachtet. Die Darstellung erfolgt anhand der Reihenfolge der Fragestellungen und Hypothesen. Neben einem kritischen Rückblick auf die Methodik, werden noch weitere Limitationen der Studien besprochen, welche noch nicht im Text genannt wurden. Zuletzt wird auf den Forschungsausblick und Schlussfolgerungen eingegangen.

6.1 Zur Beziehungszufriedenheit und Essstörungen

Gemäß der Alternativhypothesen $H_1^{(1.1)}$ und $H_1^{(1.3)}$ kann ein signifikanter, schwacher negativer Zusammenhang für das Essverhalten (*Schlankheitsstreben* und *Bulimie*) und der *Beziehungszufriedenheit* herausgefunden werden. Bei einer negativen Korrelation gehen hohe Ausprägungen auf dem einen Merkmal mit niedrigen Ausprägungen auf dem anderen Merkmal einher (Bortz & Döring, 2006). Je niedriger die Beziehungszufriedenheit, desto höher ist die Tendenz zur AN (hohe Werte auf der Skala *Schlankheitsstreben*) oder BN (hohe Werte auf der Skala *Bulimie*). Umgekehrt spricht eine niedrige Tendenz zur Essstörung für eine höhere Beziehungszufriedenheit.

Gemäß den Arbeiten von Bruch, besitzen BN PatientInnen Schwierigkeiten romantische, zufriedenstellende Beziehungen zu entwickeln. Aufgrund einer mangelnden Zuwendung und Nähe seitens der eigenen Familie können die Bedürfnisse der PatientInnen nach Liebe von der Familie nicht gedeckt werden und resultieren in einer Überinterpretation der romantischen Liebe (Bruch, 1973). Als weitere Ursache für geringe Beziehungszufriedenheiten bei PatientInnen mit Essstörungen wird eine erhöhte Angst vor intimen Beziehungen gesehen (Evans & Wertheim, 1989; Pruitt et al., 1992). Auch wenn in der Literatur nur wenig über die Beziehungszufriedenheit von PatientInnen mit AN bekannt ist, kann durch die vorliegende Hypothesenprüfung eine niedrige Beziehungszufriedenheit auch für Personen mit einer Tendenz zur AN bestätigt werden. Somit kann vermutet werden, dass sich das Bedürfnis nach Nähe wie bei PatientInnen mit BN durch das Essverhalten reguliert.

Die Ergebnisse sind jedoch mit Vorsicht zu interpretieren. die Ergebnisse der durchgeführten Partialkorrelationen, belegen einen signifikanten Einfluss der Depression am Zusammenhang ($H_1^{(1.2)}$ und $H_1^{(1.4)}$). Nachdem die depressiven Tendenzen extrahiert

wurden, verändert sich der ursprünglich negative Zusammenhang, wird kleiner und fällt nicht-signifikant aus. Daraus lässt sich schließen, dass die Depressivität für den ursprünglichen Zusammenhang verantwortlich ist. Der Depressivität kommt daher ein Stellenwert zu, durch den der Scheinzusammenhang verschwindet. Somit wird die ursprünglich angenommene Alternativhypothese verworfen, da es sich bei der Annahme um ein Artefakt handelt. Es scheint so, als ob die Beziehungszufriedenheit eher durch das depressive Empfinden als durch das auffällige Essverhalten bedingt wird.

Die Ergebnisse zeigen viele Bestandteile auf: Zum einen bestätigen sich die Befunde von Evans und Wertheim (1998) auch für subklinische Essstörungen. Sie zeigen, verglichen mit Ergebnissen der klinischen Stichprobe, dass die Depression den wesentlichen Anteil an der Zufriedenheit hat. Andererseits stellen sie Vermutungen verschiedener AutorInnen in Frage, welche die Beziehungszufriedenheit und das Essverhalten ohne affektive Komponente untersuchen und einen eindeutig negativen Zusammenhang feststellen (Van Buren & Williamson, 1988; Van den Broucke & Vandereycken, 2006).

Ursachen, welche zu einem Verschwinden des Zusammenhangs der Beziehungszufriedenheit und einer Tendenz zur AN oder BN unter Berücksichtigung der Depression beitragen sind für den Zusammenhang zwischen Essstörungen und Depression mehrfach aufzufinden. Zum einen zeigen mehrere Studien einen starken Zusammenhang zwischen einer Essstörung und der Depression (Cantwell, Sturzenberger, Burroughs, Salkin, & Green, 1977; Halmi, Eckert, LaDu & Cohen, 1985; Kendler et al., 1991; McCarthy, 1990; Szmukler, 1987). Des Weiteren nennt das DSM-5 die Depression als die am häufigsten komorbid auftretende Erkrankung für AN PatientInnen (American Psychiatric Association, 2013). Auch für die BN kann ein erhöhtes Auftreten der Depression beobachtet werden (Johnson, Cohen, Kotler, Kasen, & Brook, 2002; Kendler et al., 1991; Waller, Shah, Ohanien, & Elliott, 2001). Dadurch konnten die Einflüsse der beiden Störungsbilder erst sichtbar gemacht werden, als der Anteil der affektiven Komponente (hier die Depression) herauspartialisiert wurde. Einen anderen Erklärungsansatz für das Verschwinden des Zusammenhanges verfolgen Szmukler (1987) und Cantwell et al. (1977). Diese betrachten die AN als eine Variante der Depression: Die AN kann affektive Symptome hervorrufen und gelegentlich den Status einer affektiven Störung erreichen. Auch von der BN wird berichtet, dass sie sich ähnliche Symptome mit der Depression teilt. Waller et al. (2001) finden vor allem eine Verbindung zwischen subklinischer BN und Major Depression in der Verwendung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionalen Grundannahmen. Diese sind in der Gruppe der PatientInnen mit Major Depression stärker, fallen jedoch in der

Diskussion

subklinischen Stichprobe signifikant negativer als die Grundgedanken gesunder Kontrollgruppen aus.

Kendler et al. (1991) finden nur einen geringen Zusammenhang zwischen Depression und BN, welcher verglichen mit anderen psychischen Erkrankungen höher ausfällt. Auch in der vorliegenden Studie zeigt sich ein geringer negativer Zusammenhang, welcher jedoch nicht signifikant ausfällt.

McCarthy (1990) machen das in der Gesellschaft idealisierte Bild von Schlankheit für das Entstehen höherer Depressionsraten verantwortlich. Sie argumentieren, dass der Effekt nur für das im Westen geltende Schönheitsideal gefunden werden konnte. Durch diesen Ansatz erklären sie, dass Frauen zweimal häufiger an Depression leiden als Männer, da sie auch öfter von Essstörungen betroffen sind. Weitere Erklärungsmöglichkeiten sehen sie in dem Entstehen des Geschlechtsunterschiedes in der Pubertät, einer generell erhöhten Depressionsrate und dem, im Vergleich zu früheren Jahren, jüngeren Alter bei Ausbruch der Erkrankung.

Bezogen auf das Verschwinden des Zusammenhangs der Beziehungszufriedenheit und der subklinischen BN, unter Berücksichtigung der Depression, ist in zukünftigen Forschungen noch abzuklären, welche die möglichen Hintergründe für die Reduktion des Zusammenhangs sind. Eine mögliche Erklärung dafür, könnte der komorbide Anteil der Depression an der BN erklären. Eine Studie fand vor allem eine Verbindung zwischen subklinischer BN und Major Depression in der Verwendung negativer automatischer Gedanken und dysfunktionalen Grundannahmen (Waller et al., 2001). Zudem stellten Kendler und KollegInnen (1991) fest, dass Personen mit einer auf Lebenszeit prognostizierten pathologischen BN, die Depression der BN vorausgeht, anstatt ihr zu folgen, wodurch die Depression der Beziehungsunzufriedenheit zugrunde liegt.

Anhand der Ergebnisse erscheint es sinnvoll, affektive Störungen, wie die Depression in Überlegungen bezüglich Essstörungen mit einzubeziehen. Da der Anteil am Zusammenhang von der Beziehungszufriedenheit und dem Essverhalten größtenteils durch die Depression bedingt wird, ist noch offen, wie es sein kann, dass sich die Beziehungszufriedenheit unter dem Einfluss der Depression verändert. Kech et al. (2008) beschreiben als typisches Kennzeichen der Depression den interpersonellen Rückzug. Depressive Menschen neigen dazu Kontakt mit anderen zu meiden und verweilen dadurch in ihren negativen Gedanken und depressiven Wahrnehmung. Dies legt nahe, dass sich die Beziehung zu anderen aufgrund der Depression verschlechtert (Evans & Wertheim, 1998). Durch die interpersonelle Therapie wird der Beziehung zu

anderen ein Stellenwert für die Behandlung zugeschrieben: Zielgebend ist, eine Verbindung zwischen dem Individuum und seiner Umwelt zu reaktivieren. Dabei soll durch den Einbezug der zwischenmenschlichen Interaktionen, wie z.B. gemeinsame Unternehmungen mit der oder dem PartnerIn oder der Familie, die erkrankte Person aus ihrer depressiven Welt herausgeholt werden (Kech et al., 2008).

Neben der Depression als Moderatorvariable scheint es sinnvoll auch andere Variablen in zukünftigen Forschungen mit einzubeziehen. Andere Untersuchungen zeigten, dass verschiedene Variablen auf die Beziehungszufriedenheit medierend wirken: Körperzufriedenheit, Ängstlichkeit und Selbstwert wurden im Zusammenhang mit Essstörungen signifikant bestätigt, auch für die Vorhersage einer Essstörung. Ein geringer Selbstwert führt beispielsweise zur sozialen Ängstlichkeit und beeinflusst somit das Beziehungsverhalten (Striegel-Moore, Silberstein, & Rodin, 1993). Striegel-Moore und KollegInnen vermuten weiterhin, dass die starke Ausprägung der Variablen die Entstehung einer liebevollen Beziehung verhindert und somit die geringe Zufriedenheit erklärt (1993). Weiteren Forschungsergebnissen zufolge können ebenfalls Persönlichkeitseigenschaften für die partnerschaftliche Unzufriedenheit verantwortlich gemacht werden (Barelds, 2005). Dabei ist eine neurotische Person eher mit der Beziehung unzufrieden als andere. Auch Personen mit Borderline-Persönlichkeitsstörung berichten von Beziehungsschwierigkeiten und eine höhere Anzahl von ihnen bricht wichtige Beziehungen zu nahestehenden Personen ab, da sie mehrheitlich als feindselig erlebt werden (Walter & Dammann, 2006).

Wie in der Literatur bisher unerforscht, geht nicht nur eine Tendenz zur BN, sondern auch eine Tendenz zur AN mit einer erhöhten Beziehungsunzufriedenheit einher. Auch wenn die Zusammenhänge auf einer komorbiden Depression beruhen zeigen Studienergebnisse dass eine intakte Beziehung und die wahrgenommene Unterstützung des Partners für den Erfolg der Behandlung einer Essstörung eine große Rolle spielen (Bulik et al., 2012; Bulik et al., 2011; Fisher et al., 2015). Zusätzlich beeinflusst eine intakte zufriedenstellende Beziehung das mentale Wohlbefinden: Es wurde schon häufiger von geringeren Depressionsraten bei Frauen in glücklich verheirateten Ehen berichtet (Brown & Harris, 1978; Whisman, Weinstock, & Tolejko, 2006).

6.2 Zum Essverhalten und interpersonellen Problemen

Die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen verläuft entsprechend der Annahme des Kontinuummodells fließend von normalem, über auffälliges bis hin zu pathologischem Essverhalten (Meermann & Vandereycken, 1987; Thomas & Schaefer, 2013). Auffälliges Essverhalten äußert sich unter anderem durch das häufige Auslassen von Mahlzeiten, einer übersteigerten Sportaktivität, häufigen Gewichtsschwankungen und einer Unzufriedenheit mit dem Körper (Kendler et al., 1991; Teufel & Zipfel, 2008; Thomas & Schaefer, 2013). Diese Verhaltensweisen werden als Risikofaktoren gesehen, welche die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung bedingen. Der Einfluss weiterer Risikofaktoren wird als Wechselspiel genetischer, psychischer und sozialer Faktoren betrachtet (Fichter, 2008; Stice et al., 2012; Szmukler, 1987). Hinsichtlich der sozialen Kompetenz von Personen mit Essstörungen wurde häufig deren Interaktionsverhalten mit ihnen nahestehenden Personen untersucht (Cierpka & Reich, 2001; Fairburn et al. 1997; Gerlinghoff & Backmund, 2000; Humphrey, 1989; Schmidt & Treasure, 2006; Tetley et al., 2014; Van den Broucke & Vandereycken, 2006; Webster & Palmer, 2000). Personen mit klinisch relevanter AN oder BN zeigen demnach ein erhöhtes Ausmaß an interpersonellen Problemen im Gegensatz zu entsprechenden gesunden Kontrollgruppen (Ambwani & Hopwood, 2009; Björck et al. 2003; Hartmann et al., 2010; Mizes, 1989; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993).

Die hier untersuchten Personen können aufgrund ihrer eigenen Angabe im EDI-2 bezüglich des Essverhaltens als auffällig ($PR \geq 75$) beschrieben und dementsprechend dem subklinischen Stadium einer Essstörung (AN oder BN) zugeordnet werden. Die Hypothesen der Fragestellung 1 bezogen sich einerseits auf die Beziehungszufriedenheit im Zusammenhang mit einer Tendenz zu einer Essstörung (AN oder BN). Andererseits wurde der Zusammenhang unter dem Einfluss der Depression betrachtet. Die Annahmen der Fragestellungen 2 und 3 bezogen sich auf die Unterschiedlichkeit der Personen mit einer Tendenz zur Essstörung (AN oder BN) und Personen ohne Essstörung hinsichtlich ihrer interpersonellen Schwierigkeiten. Fragestellung 4 untersuchte den Unterschied von Personen mit einer Tendenz zur AN und Personen mit einer Tendenz zur BN in ihren zwischenmenschlichen Umgangsweisen. Insgesamt konnten 93 Männer und Frauen mit einer Tendenz zur AN 548 gesunden ProbandInnen gegenübergestellt werden. Subklinische Ausprägungen der BN beschrieben 113 StudienteilnehmerInnen, welche mit 528 Männer und Frauen der Kontrollgruppe verglichen werden konnten.

Durch die vorliegende Studie konnte im Unterschied zu gesunden Personen ein signifikant erhöhtes Ausmaß an interpersoneller Problematik (*IIP Gesamtwert*) für

Männer und Frauen mit einer Tendenz zur AN oder einer Tendenz zur BN festgestellt werden ($H1^{(2.1)}$ und $H1^{(3.1)}$). Der *IIP Gesamtwert* des IIP-32 stellt eine Mittelung aller Skalen dar und beschreibt das durchschnittliche Ausmaß der interpersonellen Problematik (Horowitz et al., 2000). Personen, welche sich im subklinischen Stadium einer Essstörung befinden (AN oder BN) haben daher generell mehr Schwierigkeiten im interpersonellen Austausch, als gesunde Personen. Im Gegensatz zu der Studie von Hopwood und KollegInnen (2007), welche klinische Stichproben (AN und BN) untersuchten, fiel der hier gefundene Unterschied zwischen subklinischen TeilnehmerInnen und Kontrollgruppe signifikant niedriger aus. Dieser Unterschied weist für PatientInnen mit einer klinisch signifikanten AN und BN jeweils einen mittelhohen Effekt auf (Hartmann et al., 2010). In der vorliegenden Studie konnte zwischen der Tendenz zur AN, der Tendenz zur BN und den jeweiligen Kontrollgruppen ebenfalls ein signifikanter, allerdings kleiner Unterschied beobachtet werden. Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die erhöhten interpersonellen Probleme bei klinischen Populationen (Ambwani & Hopwood, 2009; Björck et al. 2003; Hartmann et al., 2010; Mizes, 1989; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993) in einem geringeren Ausmaß ebenfalls auf subklinische Stichproben übertragen werden können.

Bezogen auf die Skala *Schlankheitsstreben* (Fragestellung 2) kann ein Unterschied zwischen den beiden Gruppen (hoch/niedrig) dahingehend angenommen werden, dass Personen mit hohem *Schlankheitsstreben* (Tendenz zur AN) höhere Ausprägungen in den einzelnen Verhaltensweisen (IIP Skalen) haben als jene mit niedrigem *Schlankheitsstreben*, diese fallen jedoch in den verschiedenen Skalen unterschiedlich signifikant aus. Die genauen Ergebnisse werden im Folgenden differenziert dargestellt und in den wissenschaftlichen Kontext eingeordnet.

Die Annahme, Personen mit einer Tendenz zur AN unterscheiden sich nicht signifikant von gesunden Personen im *zu autokratischen/dominanten* Verhalten, konnte nach den vorliegenden Ergebnissen bestätigt werden. Personen mit einer Tendenz zur AN unterscheiden sich nicht signifikant von gesunden Personen im *zu autokratischen/dominanten* Verhalten. Die Ergebnisse verdeutlichen, dass die Annahmen von anderen Forschungen, welche geringeres dominantes Verhalten in klinischen AN Erkrankten im Unterschied zu Gesunden festgestellt haben, auf die subklinische Ausprägung der AN übertragbar sind (Hartmann et al., 2010; Williams et al., 1993). Somit scheinen Personen mit subklinischen Ausprägungen der AN, genau wie gesunde Personen, weniger dominant im zwischenmenschlichen Umgang zu handeln. Blickt man jedoch auf die dazugehörigen Mittelwerte dieser Verhaltensweise so zeigt sich, dass sie im hoch ausgeprägten Schlankheitsstreben etwas höher sind, als

im niedrigen Schlankheitsstreben. Daher scheint ein Trend der Personen mit subklinischer AN im Gegensatz zu gesunden Männern und Frauen mit einer nicht signifikanten, jedoch gering höheren Ausprägung, hin zu einem *zu autokratischen/dominanten* Verhaltensstil zu gehen. Personen mit subklinischer AN scheinen daher schon eher Probleme zu zeigen, andere zu akzeptieren und haben eher einen starken Beeinflussungswillen in Bezug auf ihre Mitmenschen (Horowitz et al., 2000). Sie sind eher kontrollierend, streiten häufiger mit anderen und haben tendenziell Schwierigkeiten sich unterzuordnen, im Gegenzug zur gesunden Vergleichsgruppe (Horowitz et al., 2000).

Die Annahme der Literatur, Personen mit pathologischer AN unterscheiden sich nicht signifikant von gesunden Personen hinsichtlich eines *zu streitsüchtigen/konkurrierenden* Verhaltensstils, konnte in der vorliegenden Studie auch auf die subklinische AN übertragen werden. Personen mit subklinischer AN unterscheiden sich daher in diesem Verhalten nicht signifikant von gesunden Personen. *Zu streitsüchtiges/konkurrierendes* Verhalten als Umgangsform in zwischenmenschlichen Kontakten scheint wenig ausgeprägt zu sein. Damit scheinen subklinische AN, genau wie gesunde Personen, selten übermäßig misstrauisch gegenüber anderen zu sein und auch weniger Schwierigkeit zu haben ihren Mitmenschen zu vertrauen (Horowitz et al., 2000). Auch Schwierigkeiten, andere zu unterstützen, sich um ihre Probleme und Bedürfnisse zu kümmern scheint wenig vorhanden. Zudem beschreiben sie sich weniger missgünstig, streit- und rachsüchtig als Personen mit hohen Ausprägungen in dieser Verhaltensweise (Horowitz et al., 2000). Die bestehende Literatur berichtet wenig über streitsüchtiges Verhalten bei klinischer und subklinischer AN. Zu klären gilt, ob das niedrige streitsüchtige Verhalten daher kommt, dass Personen mit subklinischer AN friedfertig sind, oder ob es aus den Umgebungsbedingungen resultiert. Verschiedene AutorInnen weisen darauf hin, dass viele Familienkonstellationen von klinisch AN Erkrankten ein harmonisches und affektiv kontrolliertes Bild darstellen wollen und somit sozial überangepasst sind (Gerlinghoff & Backmund, 2000; Humphrey, 1989). Gerlinghoff und Backmund (2000) sprechen über konfliktvermeidende Umgangsweisen im Umfeld der Erkrankten, in welchem Probleme nicht angesprochen werden, um die Harmonie zu wahren und somit ein wenig streitsüchtiges und konfrontatives Verhalten gefördert wird. Gemäß der Formulierung der Alternativhypothese zeigte sich ein signifikanter und geringer Unterschied zwischen Personen mit einer Tendenz zur AN und der gesunden Population im *zu abweisenden/kalten* Verhalten. Die signifikant höhere Ausprägung dieser Verhaltensweise, lässt darauf schließen, dass Betroffene mit subklinischer AN im Vergleich zu gesunden Personen signifikant deutlicher Schwierigkeiten haben Nähe zu anderen herzustellen, dabei Liebe zu empfinden und langfristige verbindliche

Beziehungen mit anderen einzugehen (Horowitz et al., 2000). Mitmenschen werden auf Distanz gehalten und nach Konflikten haben sie Schwierigkeiten sich wieder zu versöhnen (Horowitz et al., 2000). Dieses Ergebnis unterstützt den Befund von Hartmann und KollegInnen (2010). In ihrer Untersuchung zeigten PatientInnen mit pathologischer AN signifikant abweisendes Verhalten. Die TeilnehmerInnen der vorliegenden Stichprobe mit subklinischer AN wiesen ebenfalls signifikant abweisendes Verhalten auf. Allerdings war dieses geringer ausgeprägt als bei pathologischen AN Erkrankten.

Es konnte ebenfalls die Annahme bestätigt werden, dass sich Männer und Frauen im subklinischen Stadium einer AN im *zu introvertierten/sozial vermeidenden* Verhalten signifikant und mit einem kleinen Effekt von gesunden Personen unterscheiden. Subklinische AN haben demnach mehr Schwierigkeiten Kontakt zu anderen herzustellen (Horowitz et al., 2000). Im Unterschied zu gesunden Personen fällt es ihnen schwerer auf andere zuzugehen oder etwas zu unternehmen (Horowitz et al., 2000). Sie beschreiben auch stärkere Schwierigkeiten ihre Gefühle zu zeigen (Horowitz et al., 2000). Das Ergebnis unterstützt die Befunde von Geller und KollegInnen (2000), welche sozial vermeidendes Verhalten bei klinischen AN beobachteten. Eine Erklärung für das Auftreten der *zu introvertierten und sozial vermeidenden* Verhaltensweise liefert die Literatur. PatientInnen mit Magersucht, zeigen oft einen (inneren) Rückzug von Verpflichtungen und Beziehungen (Cierpka & Reich, 2001). Es ist ein „in sich verschwinden wollen“, von der Außenwelt zurückziehen und ein Wunsch, nicht mehr wahrgenommen zu werden, welchem das sozial vermeidende Verhalten zugrunde liegt. Auch ein niedriges Selbstbewusstsein, begleitet von einer Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, können für das introvertierte Verhalten verantwortlich sein (Vocks et al., 2006).

Wie Hartmann und KollegInnen (2010) schon für klinische AN feststellten, konnte in der vorliegenden Untersuchung die Alternativhypothese bestätigt werden, welche von einem signifikanten, jedoch geringen Unterschied von Betroffenen mit subklinischer AN und gesunden Personen hinsichtlich eines *zu ausnutzbaren/nachgiebigen* Verhaltens ausgeht. Dabei weist die Tendenz zur AN eine erhöhte Ausprägung der Verhaltensweise auf, welche nach Horowitz und KollegInnen (2000) Probleme beschreibt, sich abgrenzen zu können, auch durch die fehlende Fähigkeit „Nein“ zu sagen. Personen mit einer Tendenz zur AN scheinen im Gegensatz zu gesunden Personen eher leichtgläubig zu sein, lassen sich schnell überreden und Konflikte mit anderen fallen ihnen schwer (Horowitz et al., 2000).

Diese Hypothesenprüfung belegte die Annahme, dass sich Personen mit subklinischer AN signifikant im *zu fürsorglichen/freundlichen* Verhalten im Kontakt mit anderen von der

gesunden Population unterscheiden. Da Männer und Frauen mit einer Tendenz zur AN signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppe aufweisen, lässt sich darauf rückschließen, dass sie dazu neigen, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse gegenüber anderen zu vernachlässigen (Horowitz et al., 2000). Sie sind zu großzügig und haben Schwierigkeiten Personen, die sie mögen gegenüber Wut auszudrücken und ihnen Grenzen zu zeigen (Horowitz et al., 2000). Zudem wollen sie zu sehr von anderen gemocht werden und lassen sich von deren Problemen leiten (Horowitz et al., 2000). Auch wenn Hartmann und KollgelInnen (2010) einen starken Unterschied zwischen Gesunden und klinisch Essgestörten im fürsorglichen und freundlichen Verhalten fanden, kann für die subklinische AN nur ein signifikant kleiner Unterschied zur Kontrollgruppe gefunden werden. Dies verdeutlicht erneut, dass im subklinischen Stadium schon abträgliches Verhalten ausgeprägt ist, jedoch nicht so stark wie im klinischen Stadium.

Entgegen der Auffassung, Personen mit AN unterscheiden sich nicht von Gesunden im *zu expressiven/aufdringlichen* Verhalten konnte in der gegenwärtigen Analyse ein signifikanter Unterschied mit geringem Effekt von Personen mit einer Tendenz zur AN zu gesunden Mitmenschen gefunden werden. Es zeigte sich bei Betroffenen mit subklinischer AN erneut eine signifikant höhere Ausprägung des zu expressiven und aufdringlichen Verhaltens im Unterschied zu Personen mit unauffälligem Essverhalten. Dies lässt auf eine eher aufdringlichere und expressivere Umgangsweise bei Personen mit subklinischer AN im Unterschied zu Gesunden schließen. Betroffene mit subklinischer AN scheinen daher Probleme zu haben, Dinge für sich zu behalten, sie öffnen sich zu sehr und legen viel Wert auf die Beachtung von außen (Horowitz et al., 2000). Dabei haben sie eher Probleme alleine zu sein und sich aus den Angelegenheiten anderer herauszuhalten, als Gesunde (Horowitz et al., 2000). Das Ergebnis widerlegt die Befunde der vorherigen Forschung. Hartmann und KollgelInnen (2010) fanden bisher nur bei PatientInnen mit BN Erkrankung eine signifikante Ausprägung dieses Verhaltens. Für PatientInnen mit einer AN Erkrankung liefert die bestehende Literatur keine Hinweise. Ein Erklärungsversuch, weshalb zu expressives und aufdringliches Verhalten im subklinischen Stadium der AN vorzufinden ist und in klinischem Stadium nicht, könnte der Phasenverlauf der Krankheit darstellen. Im subklinischen Stadium würden die Betroffenen versuchen sich durch aufdringliches Verhalten Gehör zu verschaffen. Der Versuch sich Aufmerksamkeit zu verschaffen würde in einer übersteigerten Reaktion resultieren, dem aufdringlichen Verhalten, bevor im fortgeschrittenen Stadium der AN die Erkrankten resignieren und sich bis zu einem introvertierten Verhalten zurückziehen würden. Cierpka und Reich (2001) bezeichnen diesen Rückzug als Ursache für die Etablierung einer Essstörung, als Ausdruck unbearbeiteter aufgestauter Emotionen.

Gemäß der Annahme zeigte sich ein signifikanter, geringer Unterschied zwischen gesunden Personen und jenen mit einer Tendenz zur AN im *zu selbstunsicheren/unterwürfigen* Verhalten. Da die Ausprägung im Bereich der subklinischen AN höher ist, als in der Kontrollgruppe, kann darauf zurückgeschlossen werden, dass Personen mit einer Tendenz zur AN Schwierigkeiten haben anderen die eigenen Wünsche und Bedürfnisse mitzuteilen (Horowitz et al., 2000). Sie haben im Gegensatz zu ihren gesunden Mitmenschen, Probleme sich zu behaupten. Konfrontatives, standhaftes und aggressives Verhalten ist problematisch, da sie nicht ausreichend selbstbewusst sind. Andere auf Probleme hinzuweisen vermeiden sie (Horowitz et al., 2000). Die selbstunsichere und unterwürfige Verhaltensweise, stellte jene dar, welche am Häufigsten in der Literatur im Zusammenhang mit Essstörungen untersucht wurde (Hartmann et al., 2010; Mizes, 1989; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993). Das unterwürfige Verhalten war in sämtlichen Studien bei klinischen als auch subklinischen Essstörungen signifikant höher als bei gesunden Personen ausgeprägt (Hartmann et al., 2010; Troop et al., 2003, Williams et al., 1993). Dabei wiesen PatientInnen mit pathologischem und auffälligem Essverhalten jeweils einen starken Effekt im Unterschied zu Gesunden auf. Auch in der vorliegenden Untersuchung zeigten TeilnehmerInnen mit subklinischer AN, im Vergleich zur Kontrollgruppe, einen signifikanten Unterschied mit geringem Effekt. Gemäß der Kontinuumshypothese könnte sich im Zuge der Entwicklung einer klinischen AN das abweisende Verhalten stärker ausprägen.

Blickt man zusammenfassend auf die Ergebnisse der Fragestellung 2 scheint es, dass sich Personen mit einer Tendenz zur AN von den Personen mit unauffälligem, gesunden Essverhalten dahingehend unterscheiden, dass sie eher dazu neigen, ihre eigenen Wünsche und Bedürfnisse zu vernachlässigen und dabei Schwierigkeiten besitzen sich von anderen abzugrenzen. Sich zu behaupten und Konflikte auszutragen fällt ihnen eher schwer. Auf andere zuzugehen, oder Gefühle zu äußern vermeiden sie vielmehr, da es ihnen auch schwerfällt Nähe zu anderen herzustellen und diese aufrechtzuerhalten. Auf der anderen Seite zeigen sie, laut Ergebnissen der vorliegenden Studie aufdringliches Verhalten, welches Probleme impliziert, Dinge für sich zu behalten. Auch Beachtung durch andere ist ihnen wichtig. Diese Ergebnisse lassen sich teilweise in der bestehenden Literatur wiederfinden, für subklinische AN bestätigt und von klinische auf subklinische AN übertragen.

Analog können bezüglich der *Bulimie* (Fragestellung 3) zwischen der hohen (Tendenz zur BN) und niedrigen Ausprägung innerhalb der Skala Bulimie ebenfalls signifikante Unterschiede in einzelnen Verhaltensweisen im zwischenmenschlichen Umgang angenommen werden. Ein Blick auf die entsprechenden Mittelwerte verrät, dass auch

Diskussion

Personen mit einer Tendenz zur BN in sämtlichen Verhaltensweisen höhere Ausprägungen haben, als die gesunden Kontrollpersonen. Die Unterschiede fallen wieder gering und verschieden signifikant aus, wie im Folgenden dargestellt und diskutiert wird.

In Widerspruch mit der Annahme, Personen mit subklinischer BN unterscheiden sich nicht signifikant von Gesunden im *zu autokratischen/dominanten* Verhalten, zeigte sich ein signifikanter, jedoch geringer Unterschied von Personen mit subklinischer BN und gesunden Kontrollgruppe. Daher bereitet es Personen mit einer Tendenz zur BN im Umgang mit ihren Mitmenschen dahingehend Schwierigkeiten, dass sie etwas zu dominant auftreten, im Vergleich zu gesunden Personen. Die Befunde widerlegen die Ergebnisse vorheriger Studien, welche wenig dominantes Verhalten in klinischen BN Erkrankten im Unterschied zu gesunden Personen feststellten (Hartmann et al., 2010; Williams et al., 1993). Es ist möglich, dass im subklinischen Stadium der BN noch ein dominantes Aufbegehren gegenüber den Mitmenschen auftritt. Die Dominanz gegenüber dem eigenen Körper, das Verschlingen großer Mengen an Nahrung in kürzester Zeit, könnte sich auch im Kontakt mit den Mitmenschen widerspiegeln. Es liegt die Vermutung nahe, dass mit zunehmender Krankheitsentwicklung die Energiereserven zu gering sind um weiterhin ihren Mitmenschen dominant gegenüberzutreten zu können. Der Leidensdruck der Krankheit könnte zu übermächtig werden und stattdessen ein zu unterwürfiges Verhalten auslösen.

Die Ergebnisse zum *zu abweisenden/kalten* Verhalten konnten einen signifikanten und geringen Unterschied der Tendenz zur BN zur Kontrollgruppe belegen, was der formulierten Annahme, die Personengruppen würden sich nicht unterscheiden, widerspricht. Dementsprechend neigen Personen mit einer subklinischen BN dazu sich eher abweisend und kalt im Umgang mit ihren Mitmenschen zu verhalten. Bisherige Forschungsergebnisse berichten abweisendes und kaltes Verhalten nur für klinische AN (Horowitz et al., 2000) und nach den vorliegenden Ergebnissen auch für das subklinische Stadium der AN. Für die klinische und subklinische BN war bisher keine Ausprägung dieses Verhaltens in der bestehenden Literatur bekannt. Da beide signifikante, jedoch geringe Ausprägungen von abweisendem Verhalten zeigen, könnte es sich hierbei um einen Hinweis handeln, dass sich AN und BN im subklinischen Stadium noch weniger voneinander unterscheiden.

In Bezug auf das *zu introvertierte/sozial vermeidende* Verhalten konnte ein signifikanter jedoch geringer Unterschied zu gesunden Personen festgestellt werden. Dies ist eine der ersten Studien, welche zu introvertiertes und sozial vermeidendes Verhalten bei Betroffenen mit subklinischer BN analysierte. In der bestehenden Literatur sind lediglich

Informationen zur klinischen AN gegeben (Geller et al., 2000). Im Unterschied zur Kontrollgruppe zeigen beide subklinischen Ausprägungen (AN und BN) ein zu introvertiertes und sozial vermeidendes Verhalten. Aufgrund der bisher genannten Ergebnisse kann die Vermutung geäußert werden, dass sich beide Krankheitsbilder im subklinischen Stadium hinsichtlich interpersoneller Schwierigkeiten ähneln.

Die Aussage Personen mit subklinischer BN verhalten sich im Gegensatz zu Gesunden zu *selbstunsicher/unterwürfig* im Umgang mit ihren Mitmenschen, konnte bestätigt werden. Es zeigte sich wieder ein signifikanter, jedoch geringer Unterschied der subklinischen BN zu gesunden Menschen. Die erhöhte Ausprägung eines zu selbstunsicheren und unterwürfigen Verhaltens der Personen mit einer Tendenz zur BN im Gegensatz zu gesunden Personen bestätigen die Befunde von Mizes (1989). Dieser fand bei 43 weiblichen Studentinnen mit subklinischer BN vermehrt Probleme im Durchsetzungsvermögen, verursacht durch negative und hemmende Gedankenmuster. Aufgrund nicht signifikanter Ergebnisse musste die Annahme verworfen werden Personen mit subklinischer BN verhalten sich im Gegenzug zu Gesunden zu streitsüchtig und konkurrierend ihren Mitmenschen gegenüber. Hier zeigte sich ein nicht signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe, auch wenn die Ausprägung bei subklinischer BN im *zu streitsüchtigen/konkurrierenden* Verhalten gering höher ist. Dieses Ergebnis widerspricht den Befunden von Laessle und KollegInnen (1989). Die Forschergruppe fand ein insgesamt höheres Niveau an Misstrauen bei klinischen BN PatientInnen, im Vergleich zu Personen der Kontrollgruppe. Starkes Misstrauen kann einem zu streitsüchtigen und konkurrierenden Verhalten zugeordnet werden (Horowitz et al., 2000). Jedoch lässt das gering höhere Niveau an streitsüchtigem Verhalten, im Gegensatz zur Kontrollgruppe darauf schließen, dass gemäß der Annahmen der Kontinuumshypothese die zu streitsüchtige und konkurrierende Verhaltensweise sich bei der weiteren Entwicklung einer klinischen BN verstärken könnte.

Entgegen der Literatur (Hartmann et al., 2010) konnte die hier formulierte Hypothese, Personen mit subklinischer BN seien im Unterschied zu Gesunden zu ausnutzbar und nachgiebig im Kontakt mit anderen, nicht bestätigt werden. Somit agieren Personen mit subklinischer BN ähnlich ausnutzbar und nachgiebig wie gesunde Personen. Trotz des nicht signifikanten Ergebnisses lässt sich aufgrund erhöhter Mittelwerte bei Personen mit subklinischer BN ein Trend zu ausnutzbarem und nachgiebigem Verhalten beobachten. Diese destruktive Verhaltensweise könnte sich im Laufe der Entstehung zu einer klinischen BN weiter entwickeln.

Des Weiteren zeigte sich ein nicht signifikanter Unterschied der subklinischen BN zu gesunden Personen, in einem *zu fürsorglichen/freundlichen* Umgang mit anderen.

Diskussion

Personen mit unauffälligem Essverhalten und Personen mit einer Tendenz zur BN agieren ähnlich freundlich und fürsorglich im Umgang mit ihren Mitmenschen. Dies bestätigen bisherige Forschungsergebnisse, welche die fehlende Unterschiedlichkeit von Gesunden und klinischen BN Erkrankten auch auf den nicht signifikanten Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Tendenz zur BN übertragen lässt (Hartmann et al., 2010).

Entgegen der Hypothese, wiesen Personen mit einer Tendenz zur BN im Gegensatz zu gesunden Kontrollpersonen keine signifikant höheren Ausprägungen im *zu expressiven/aufdringlichen* Verhalten auf. Die fehlende Unterschiedlichkeit zwischen subklinischen BN Erkrankten und gesunden Personen lassen die Ergebnisse vorheriger Forschungen, welche stark vorhandenes expressives und aufdringliches Verhalten in pathologischer BN fanden, nicht auf subklinische BN übertragen (Hartmann et al., 2010; Fassino et al., 2010). Personen mit einer Tendenz zur BN scheinen ähnlich expressiv und aufdringlich in Interaktionen zu handeln, wie Personen mit normalem Essverhalten.

Nach den vorliegenden Ergebnissen zeichnen sich Personen mit einer Tendenz zur BN im Gegensatz zu gesunden Personen durch eine verstärkte Problematik in der Akzeptanz anderer aus. Diese Problematik ist durch einen starken Beeinflussungswunsch geprägt sowie durch Schwierigkeiten Nähe zu anderen herzustellen oder Zuneigung zu zeigen. Dabei bereitet es ihnen Schwierigkeiten Kontakte zu knüpfen, auf andere zuzugehen und ihre Gefühle zu zeigen. Sie haben eher Probleme ihre Wünsche mitzuteilen, sich gegenüber anderen zu behaupten, oder sie auf Probleme hinzuweisen. Zudem sind sie wenig selbstbewusst.

Werden Personen mit der Tendenz zur AN mit Menschen, welche eine Tendenz zur BN aufweisen, verglichen (Fragestellung 4), zeigte sich, dass sie sich in allen acht Verhaltensweisen, sowie dem *IIP Gesamtwert* nicht signifikant unterscheiden. Es kann daher vermutet werden, dass sich die beiden Krankheitsbilder AN und BN im subklinischen Stadium hinsichtlich ihres Verhaltens bei interpersonellen Problemen ähneln. Hervorzuheben ist, dass keine wesentlichen Unterschiede zwischen den Essstörungen im vorklinischen Stadium hinsichtlich ihres Umgangs in zwischenmenschlichen Kontakten erkennbar sind, die signifikante Unterschiede bedingen würden. Dementsprechend zeigt sich in der vorliegenden Studie auch, dass 61 Personen Symptome einer Tendenz zur AN und gleichzeitig einer Tendenz zur BN aufweisen. Dabei handelt es sich immerhin um mehr als ein Drittel aller Personen, die auffälliges Essverhalten zeigen (insgesamt 145).

Anhand der Mittelwerte erkennbar, zeigte sich bei Personen mit einer Tendenz zur AN in fast allen untersuchten Verhaltensweisen, mit Ausnahme von zu autokratischem und dominantem Verhalten, geringfügig höhere Ausprägungen, als bei Personen mit einer Tendenz zur BN. Im zu autokratischen und dominanten Verhalten zeigte sich ein nur sehr gering erhöhter Mittelwert der Personen mit einer Tendenz zur BN als bei den übrigen Verhaltensweisen. Es scheint daher, dass Personen mit einer Tendenz zur AN in interpersonellen Kontakten vermehrt Schwierigkeiten haben, als Betroffene mit subklinischer BN. Auch wenn Forbush und Watson (2006) herausfanden, dass Frauen mit klinischer BN deutlich mehr Schwierigkeiten in interpersonellen Beziehungen zeigen als Frauen mit AN, besitzen nach den vorliegenden Ergebnissen tendenzielle eher Männer und Frauen im subklinischen Stadium der AN stärkere Schwierigkeiten im Umgang mit ihren Mitmenschen.

Wirft man erneut einen Blick auf die einzelnen Haupteffekte der MANOVA, dann zeigt sich, dass ein hohes *Schlankheitsstreben* und eine hohe *Bulimie* signifikant mit hohen Werten im *IIP Gesamtwert* einhergehen. Umgekehrt gehen niedrigere Werte des Essverhaltens (*gesundes Schlankheitsstreben* und *gesunde Bulimie*) mit niedriger Ausprägung der interpersonellen Problematik einher. Personen mit der Tendenz zu einer Essstörung (AN oder BN) scheinen daher wesentlich mehr Schwierigkeiten im Umgang mit interpersonellen Problemen zu besitzen, als gesunde Personen. Schon Ambwani und Hopwood (2009) wiesen auf eine breite Vielfalt an interpersonellen Problematiken bei subklinischen Essgestörten hin, womit ihre Befunde durch die vorliegenden Ergebnisse untermauert wurden. Die ähnlich ausgeprägten, dysfunktionalen Handlungen im Kontakt mit ihren Mitmenschen, lassen ähnliche Kontextbedingungen ihres Umfeldes vermuten.

Die Betrachtung dieser Ergebnisse, lässt zwei Schlussfolgerungen zu.

Zum einen fällt auf, dass Personen mit einer Tendenz zur AN und Personen mit einer Tendenz zur BN bereits im subklinischen Stadium dysfunktionale Verhaltensweisen zeigen, welche verstärkt zu Problemen im zwischenmenschlichen Bereich führen.

Laut Anweisung des IIPs, soll sich die Beantwortung der Fragen auf eine nahestehende Person beziehen. Die erhöhten Werte der Personen mit subklinischer Essstörung sprechen für bereits bestehende Schwierigkeiten im interpersonellen Kontakt mit nahestehenden Personen. Anhand der in der Literatur beschriebenen Familienkonstellationen von klinisch diagnostizierten Essgestörten lässt sich vermuten, dass auch bei subklinischen Essgestörten ähnliche Konstellationen zutreffen. So könnte das nahe Umfeld von Personen mit einer Tendenz zur Essstörung (AN oder BN) auch aus nahestehenden Personen bestehen, die sich stark kontrollierend dem oder der

Diskussion

Betroffenen gegenüber verhalten (Ward et al., 2001). Nach dem reziproken Mechanismus des Circumplexmodelles, welcher auf der Kontrollebene abläuft, würden Personen mit auffälligem Essverhalten daher in eine unterwürfige und angepasste Opferrolle gezwungen werden. In der Literatur wurde häufiger die Auffassung vertreten, dass sich Personen mit Essstörungen in Konflikten befinden, in welchen sie Vermittlerrollen annehmen müssen und in welchen sie auch Verantwortung für das Weiterbestehen der Beziehung tragen (Bsp. Ehe der Eltern) (Cierpka & Reich, 2001; Gerlinghoff & Backmund, 2000; Ward et al., 2001). Durch die Verwicklung in den Konflikt werden sie in ein zu fürsorgliches und freundliches Verhalten gedrängt, welches dazu führt, dass sie sich verstärkt um die Konfliktparteien kümmern, mit dem Ziel die persönlich relevanten Beziehungen zu sichern. Infolgedessen liegt die Vermutung nahe, dass sich die Familien und das persönliche Umfeld von Personen mit klinischer als auch subklinischer AN in ihrem affektiv zurückhaltenden Umgang ähneln (Gerlinghoff & Backmund, 2000; Humphrey, 1989). Die affektiv zurückhaltende Art der Umgebung könnte zu abweisendem und kaltem Verhalten bei Betroffenen mit einer Essstörung führen. Familien oder das Umfeld von subklinischen AN könnte denen der klinischen AN dahingehend ähnlich sein, dass sie sich durch eine affektiv zurückhaltende Komponente auszeichnen (Gerlinghoff & Backmund, 2000; Humphrey, 1989), welche zu abweisendem und kaltem Verhalten bei den Betroffenen mit Essstörungen führen könnte. Auch die emotionale Resonanz der InteraktionspartnerInnen von klinischen BN können dahingehend auf subklinische BN übertragen werden, dass auch ein abweisendes und kaltes Verhalten in den Beziehungen zu sehen ist (Cierpka & Reich, 2001; Fairburn et al., 1997).

Die Vermutungen müssen in weiteren Studien überprüft werden, welche die auftretenden Verhaltensweisen im Kontext betrachten und überprüfen, inwieweit zwischenmenschliche Beziehungen für das Auftreten einer Essstörung bedeutsam sind. Zum anderen zeigt sich, dass zwischen pathologisch essgestörten und gesunden Personen stärkere Unterschiede in den verschiedenen Verhaltensweisen bestehen, als bei gesunden Personen und jenen mit subklinischer AN oder BN. Bei letzteren sind die Unterschiede zwar mehrheitlich signifikant, die destruktiven Verhaltensweisen jedoch geringer ausgeprägt als im Vergleich zwischen klinischen Populationen und Kontrollgruppen. Die Gegenüberstellung der verschiedenen Effektstärken veranschaulicht, dass TeilnehmerInnen mit subklinischen Symptomen ihre Verhaltensweisen bei zwischenmenschlichen Problemen negativer einschätzen als gesunde Personen und günstiger als jene mit pathologischem Essverhalten.

Mögliche Erklärungsansätze lassen sich in der Literatur finden. Mehrere Studien stellen die Vermutung an, dass die Stärke der Effekte vom Schweregrad der

Essstörungssymptome abhängt (Troop et al., 2003; Williams et al., 1993). Bei weniger ausgeprägten Essstörungssymptomen, wie es bei subklinisch Essgestörten vermutet wird (Kendler et al., 1991; Thomas & Schaefer 2013; Teufel & Zipfel, 2008) müssten daher geringer ausgeprägte Unterschiede zur Kontrollgruppe beobachtet werden können als bei klinischen TeilnehmerInnen, welche mit gesunden Personen verglichen wurden. Wie vorher beschrieben, konnte dies für einige Ergebnisse in der vorliegenden Studie bestätigt werden.

Der Schweregrad der Essstörungsproblematik wurde in der Literatur vor allem mit zu unterwürfigem Verhalten signifikant in Verbindung gebracht (Mizes, 1989; Troop et al., 2003; Williams et al., 1993). Dieser Zusammenhang zwischen unterwürfigem Verhalten und dem Schweregrad der Essstörung wurde schon häufiger in der Literatur diskutiert, da vermutet wird, dass er durch zusätzliche Faktoren mitbedingt wird. Zum einen blieb der Zusammenhang bestehen, als andere Symptome wie Depression und psychopathologische Erkrankungen herauspartialisiert wurden (O'Mahoney & Hollwey, 1985; Troop et al., 2003). Die Autoren der Studien schließen daraus, dass der Schweregrad der Essstörung einen Einfluss darauf hat, wie die Person mit anderen umgeht oder interagiert (Troop et al., 2003; Williams et al., 1993). O'Mahoney und Hollwey (1985) fanden zusätzlich heraus, dass der Zusammenhang signifikant für PatientInnen mit AN bestehen blieb, als Neurotizismus ausgeschlossen wurde.

Zum anderen wird die Vermutung diskutiert, dass die Persönlichkeit und psychische Erkrankungen wie die Depression, einen wesentlichen Einfluss auf den Zusammenhang von interpersonellen Verhaltensweisen und Essstörungen hat (Ansell et al., 2012; Hartmann et al., 2010). Jedoch fanden Ansell und KollegInnen (2012) heraus, dass die Depression als Mediator nur einen geringen Einfluss auf den Zusammenhang besitzt. Bezogen auf die aktuellen Studienergebnisse kann somit davon ausgegangen werden, dass die Unterschiede zwischen den Personen mit subklinischem Essverhalten (Tendenz zur AN oder BN) und gesunden Personen im Interaktionsverhalten weitgehend Merkmale von dysfunktionalen Verhaltensweisen abbilden, welche unabhängig von weiteren psychopathologischen Erkrankungen bestehen.

Betrachtet man den Verlauf einer Essstörung als Kontinuum, so lassen sich die verschieden geringen oder starken Effekte der Unterschiede darauf zurückführen, dass die einzelnen Stadien von Essstörungen verschieden intensivierte Ausprägungen an dysfunktionalem Verhalten in zwischenmenschlichen Kontakten zeigen. Ausgehend von dem Kontinuumsmodell (Meermann & Vandereycken, 1987) lässt sich vermuten, dass sich diese Verhaltensweisen in klinisch relevanten Essstörungen intensivieren. Somit untermauern die Ergebnisse einen Hinweis auf einen lückenlosen Übergang von subklinischen zu klinischen Essstörungen. Daher bieten sich die Entwicklung und der

Diskussion

Einsatz von Präventionsprogrammen an, die schon im subklinischen Stadium intervenieren. Andere Studien haben gezeigt, dass schon nach vierstündigen Präventionsprogrammen eine Verbesserung im Gesundheitsverhalten einsetzte (Stice et al., 2012).

Auffällig ist, dass sich die signifikant gezeigten Verhaltensweisen in beiden Gruppen von Essstörungen (AN oder BN) in ihren Aussagen widersprechen. Die Personengruppe mit einer Tendenz zur AN weisen bezüglich der Skalen *zu introvertiertes/sozial vermeidendes* und *zu expressives/aufdringliches* Verhalten signifikante Ausprägungen auf. Diese beiden Skalen bilden nach dem Circumplexmodell Gegenpole (siehe Abbildung 2). Die Interaktionsmechanismen dieser beiden Verhaltensweisen beschreibt Sullivan (1953) als reziproke Interaktion zwischen Menschen. Sie müssten daher in der Interaktion zwischen zwei Personen, wechselseitig auftreten. Demnach würde introvertiertes Verhalten des einen Interaktionspartners bei der anderen Person dazu führen sich zu sehr zu öffnen. Diese gegensätzlichen Verhaltensweisen treten jedoch in der vorliegenden Stichprobe innerhalb der Personengruppe der Tendenz zur AN auf, somit zeigen sich die Personen mit subklinischer AN zu introvertiert und sozial vermeidend und gleichzeitig auch zu expressiv und aufdringlich im zwischenmenschlichen Kontakt.

Innerhalb der Gruppe der subklinischen BN ergibt sich ein ähnliches Bild: Hier kommen signifikante Ausprägungen auf den Skalen *zu autokratisch/dominant* und *zu selbstunsicher/unterwürfig* vor, die auf dem Circumplexmodell ebenfalls gegenüberliegen. Somit zeigen sich Personen der Gruppe mit einer Tendenz zur BN einerseits zurückhaltend in der Mitteilung ihrer Bedürfnisse und der Konfrontation anderer, andererseits neigen sie dazu andere kontrollieren zu wollen und zeigen Schwierigkeiten sich unterzuordnen.

Die Frage, weshalb gegensätzliche Verhaltensweisen innerhalb jeder Gruppe der Tendenzen gezeigt werden, lässt sich teilweise beantworten. Zum einen kann davon ausgegangen werden, dass eine bimodale Verteilung der Häufigkeiten der Verhaltensweisen innerhalb der Stichprobe vorliegt (Bortz & Döring, 2006). Somit können beide Verhaltensweisen innerhalb der jeweiligen Gruppen gezeigt werden, was auf die Zusammensetzung der Stichprobe zurückzuführen ist. Es stellt sich dabei die Frage welche ProbandInnen der Gruppe der Tendenz mit BN beispielsweise eher unterwürfig und welche dominant sind. Welche zusätzlichen Variablen erklären ihren Anteil? Da es sich bei dem Erhebungsinstrument des IIP um ein Selbstbeurteilungsfragebogen handelt, ist die unterschiedliche Verteilung der

Verhaltensweisen auch durch die Selbstwahrnehmung des oder der befragten ProbandIn abhängig. Hier wäre der Einbezug der Sicht der nahestehenden Person interessant, auf welche sich die oder der befragte ProbandIn bezieht.

Zum anderen kann vermutet werden, dass die Verhaltensweisen kontext- bzw. situationsspezifisch auftreten, daher ist es notwendig den Kontext des Auftretens zu beachten. Findet das Verhalten in einem sicheren Umfeld, oder in fremden Situationen statt? Wer sind die InteraktionspartnerInnen bei denen das Verhalten auftritt? Handelt es sich um ein Familienmitglied oder Freund, oder um eine entferntere Person, wie beispielsweise ein oder eine ArbeitskollegIn, welche Einfluss auf die oder den TeilnehmerIn ausübt? Diese Fragen wurden durch den Einsatz des IIP-32 nicht differenziert beantwortet, da zwar nach einer nahestehenden Person gefragt wird, welche im Leben des oder der ProbandIn eine bedeutsame Rolle spielt, jedoch die Kontextbedingungen unberücksichtigt bleiben. Studien über zwischenmenschliche Interaktionen, haben schon anhand der Mechanismen des Circumplexmodelles, gezeigt, dass sich die Komplementarität auf der Zuneigungsebene (Liebe-Ablehnung) bestätigt auf der Kontrollebene (Dominanz-Unterwürfigkeit, wie bei BN gezeigt) die Verhaltensweisen sich situationsspezifisch unterscheiden (Orford, 1986). Daher ist es in zukünftigen Studien notwendig die Kontextabhängigkeit des Verhaltens spezifisch zu untersuchen.

Es kann auch vermutet werden, dass beide Verhaltensweisen durch intrapsychische Gegebenheiten katalysiert werden und situationsspezifisch auftreten. Dabei sollte die Affektlage hinter den Verhaltensweisen berücksichtigt werden.

Unabhängig von der Ursachenerklärung, kann nach den Ergebnissen rückgeschlossen werden, dass Personen mit einer Tendenz zur AN eher introvertiert sind, sich aber zuweilen aufdringlich verhalten. Personen mit einer Tendenz zur BN zeigen sich situationsspezifisch dominant oder unterwürfig.

Das Wissen über die Verhaltensweisen im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten ist nach Evans & Wertheim (1998) wichtig, um Therapien effektiv gestalten zu können. Interpersonelle Verhaltens- und Beziehungsmuster, sowie das Intimitätsverhalten seien wichtig zu untersuchen, da die interpersonelle Psychotherapie eine ebenso effektive Wirkung zeige, wie kognitiv-behaviorale Ansätze. Für eine erfolgreiche Therapie muss die soziale Funktionsfähigkeit des Patienten ebenso mit einbezogen werde, wie das Wissen über die bestehenden oder die sich entwickelnden interpersonellen Problematiken (Thomas et al., 2011). Dieses Wissen sollte in der Therapie umgesetzt und angewandt werden (Hopwood et al., 2007; Thomas et al., 2011). Somit kann durch die Regulierung der zwischenmenschlichen

Diskussion

Beziehungsschwierigkeiten eine Verbesserung des Essverhaltens bewirkt werden (Evans & Wertheim, 1998). Es wurde zudem herausgefunden, dass sich bei der Behandlung der Essstörungen in interpersonellen Therapien, die Verhaltensmuster im Umgang mit interpersonellen Problemen änderten (Hartmann et al., 2010; Thomas et al., 2011). Die PatientInnen haben sich signifikant in ihrem Verhalten, während und nach der Therapie verändert: AnorektikerInnen agierten beispielsweise weniger unterwürfig.

Zusammengefasst konnte durch die vorliegende Arbeit folgende Resultate gezeigt werden:

Die Krankheitsbilder der subklinischen AN und BN scheinen im Frühstadium der Essstörung hinsichtlich ihrer bestehenden interpersonellen Schwierigkeiten ähnliche Merkmale aufzuweisen. Die ausgeprägten dysfunktionalen Verhaltensweisen, welche zu Problemen mit den Mitmenschen führen, lassen auf ähnliche Kontextbedingungen im Umfeld der subklinischen Betroffenen vermuten.

Auch wenn beide Gruppen mit der Tendenz zur Essstörung (AN oder BN) höhere interpersonelle Problematiken als gesunde Personen aufweisen, neigen Männer und Frauen mit AN in den meisten Verhaltensweisen zu stärker gewichteten Problemen im Umgang mit ihren Mitmenschen als subklinische BN Erkrankte.

Zwischenmenschliche Schwierigkeiten äußern sich bei Personen mit einer Tendenz zur AN vor allem in einem zu abweisenden und rückgezogenen, dabei selbstunsicherem und zu unterwürfigem Verhalten. Sie lassen es zu, ausgenutzt zu werden und sind bei Diskussionen und Konflikten schneller nachgiebig. Dabei vernachlässigen sie ihre eigenen Bedürfnisse sehr stark, da sie sich zu sehr um ihre Mitmenschen kümmern. Sich abzugrenzen fällt ihnen schwer. Sie treten meist zu freundlich ihren Mitmenschen gegenüber auf, auch wenn es notwendig wäre Grenzen zu setzen. Auf der anderen Seite zeigen sie expressive und aufdringliche Eigenschaften, welche sich in einer Art Rebellion äußern.

Menschen mit subklinischer BN fällt es leichter in zwischenmenschlichen Kontakten bestimmt und dominant aufzutreten. Dabei zeigen sie sich oft abweisend und kalt ihren Mitmenschen gegenüber. Andererseits kann ihre starke Selbstunsicherheit auch zu unterwürfigem Verhalten führen. Schwierigkeiten im zwischenmenschlichen Umgang ergeben sich zum Teil durch ihre starke Zurückgezogenheit und durch ihr introvertiertes Verhalten, welches zur Vermeidung sozialer Kontakte führt.

6.3 Anmerkung zur Epidemiologie von subklinischen Essstörungen

Zusätzlich zu den hypothesengebundenen Erkenntnissen der vorliegenden Studie, konnte herausgefunden werden, dass das Vorkommen subklinischer Essstörungen in den letzten Jahren angestiegen ist. In der vorliegenden Studie beschreiben 206 der 641 befragten Personen eine subklinische Essstörung, das entspricht ungefähr einem Drittel der Stichprobe (32,14%). Es beschreiben 14,5% der Gesamtstichprobe eine Tendenz zur AN, davon sind die meisten weiblich (13,2%) und nur 1,25% männlich. Ein gering größerer Teil der Stichprobe schreibt sich eine Tendenz zur BN (17,6%) zu, mit einem Anteil von 15,13% an Frauen und einen ebenfalls kleinen Anteil (2,5%) an Männern.

Durch die verschiedenen Klassifikationskriterien bei subklinischen Essstörungen, ist es nur bedingt möglich, die Ergebnisse der vorliegenden Einteilung mit Prävalenzraten anderer Untersuchungen zu vergleichen. Die unterschiedlichen Studiendesigns und Klassifikationskriterien der Studien sind mögliche Erklärungsgründe, weshalb die Prävalenzrate in der vorliegenden Studie, verglichen mit den Ergebnissen 2003, dargestellt in Abschnitt 2.1 (Buddeberg-Fischer, 2003) so deutlich erhöht ausfällt. Allerdings könnte sie auch für eine Veränderung in der Krankheitsgeschichte sprechen und einen Hinweis auf eine gesteigerte Rate an Neuerkrankungen darstellen. Hoek hat schon 2006 herausgefunden, dass unter ambulanten PatientInnen, die aufgrund einer Essstörung in Behandlung waren, 60% von ihnen subklinische Essstörungen hatten. Die Notwendigkeit eindeutiger Diagnosekriterien ist unabdingbar, scheint der Anstieg in der Prävalenzrate ein Indiz zu sein, dass deutlich mehr Personen betroffen sind als angenommen. Daraus kann geschlossen werden, dass früh ansetzende Präventionen notwendig sind, da bereits Jugendliche Anzeichen von auffälligem Essverhalten zeigen und die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper stark verbreitet ist (Gerlinghoff & Backmund, 2000). In einer in Deutschland durchgeführten Studie zeigen Hölling und Schlack (2007) dass bereits 21,9% der Kinder und Jugendlichen, im Alter von 11 bis 17 Jahren Anzeichen einer Essstörung aufweisen. Dieser hohe Prozentsatz unterstützt die Bedeutung der Anwendung effektiver Behandlungsmaßnahmen, welche früher als bisher angesetzt werden sollten.

Ähnlich den Prävalenzen von AN und BN, zeigen sich in der vorliegenden Studie Frauen deutlich häufiger von Syndromen einer subklinischen Essstörung betroffen als Männer. Aber auch der Anteil der Männer mit auffälligem Essverhalten ist in den letzten Jahren im Verhältnis gestiegen (Buddeberg-Fischer, 2003).

6.4 Kritische Reflexion Methodik

6.4.1 Inventar zu Erfassung interpersoneller Probleme

Der Vorteil dieses Verfahrens ist über ein Erhebungsinstrument zu verfügen, welches zwischenmenschliche Interaktionen deutlich macht und in Relationen zueinander abbilden kann. Dabei stützt es sich auf das vielfach validierte und in mehreren Studien angewendete Circumplexmodell (Russell, 1980; Conte & Plutchik, 1981). Da es sich um einen Selbstbeurteilungsfragebogen handelt, erhebt der Fragebogen lediglich die subjektive Sichtweise der TeilnehmerInnen. Beispielsweise beschreibt sich eine Probandin mit AN als unterwürfig, wird jedoch von ihrem Umfeld anders wahrgenommen. Mit ihrem Essverhalten dominiert sie die Familie, wird von ihr manipulativ und dominant empfunden, sie fühlt sich aber ihrer Krankheit unterlegen (Hartmann et al., 2010).

Strukturierte klinische Interviews oder der Einbezug der Perspektive von nahestehenden Personen konnte aus methodischen Gründen nicht durchgeführt werden, da es sich um eine Online-Erhebung handelte. So war es nur möglich auf die Korrektheit der Angaben der Personen zu vertrauen, da vorhandene Diagnosen einer Essstörung nicht überprüft werden konnten.

Eine weitere Auffälligkeit des Instrumentes ist die irreführende Verwendung der Begriffe Komplementarität und Reziprozität. Nach Horowitz und KollegInnen (2000) folgen im Sinne der Komplementarität ähnliche Verhaltensweisen aufeinander (Freundlichkeit ruft Freundlichkeit hervor) und im Sinne der Reziprozität ergänzen sie sich gegenseitig (auf Dominanz folgt Unterwürfigkeit). Die Literatur geht allerdings von einer umgedrehten Verwendung der Begriffe aus: Komplementäre Interaktionen beschreiben verschiedene Verhaltensweisen, die sich einander ergänzen. Dabei sind die Unterschiedlichkeiten der Partner Basis der Interaktionen, die sich häufig durch die Unterordnung der einen Person ausdrückt, sodass die eine Person die Oberhand über die andere hat (Watzlawick et al., 2000). Reziprozität im zwischenmenschlichen Austausch zeigt sich durch Gegenseitigkeit und Gleichheit der Verhaltensweisen. Diese ähneln sich und laufen gleichzeitig oder aufeinander folgend ab (Hogg & Vaughan, 2008). „Wie du mir, so ich dir“ ist der grundlegende Leitgedanke und zeigt das Bemühen Ungleichheiten aufzuwiegen und das Streben nach Gleichheit steht an erster Stelle (Watzlawick et al., 2000). Dies äußert sich beispielsweise durch das Bedürfnis Menschen zu belohnen, welche großzügig waren und diejenigen zu bestrafen, die unfair gehandelt haben. Die falsche Verwendung der Begriffe führt zu Verwirrungen bei den Interpretationen.

6.4.2 Online-Erhebung

Durch die Verwendung einer Onlinebefragung konnten die Freiwilligkeit der Teilnahme und eine standardisierte Erhebung gewährleistet sowie ökologische und ökonomische Vorteile garantiert werden (Huber, 2013). Bereits in der Studienplanung wurde festgelegt auf eine Begrenzung der TeilnehmerInnen zu verzichten und eine anfallende Stichprobe anzustreben, um ein möglichst allgemeingültiges Bevölkerungsbild zu repräsentieren (Bittrich, 2011).

Onlinemethoden werden häufig und vielfach eingesetzt, wodurch sie die schriftliche Befragungsmethoden in vielen Bereichen weitgehend verdrängt haben (Welker, 2009; Maurer & Jandura, 2009).

Auch wenn die Erhebungsmethode der Onlinebefragung weitgehend Fuß in der Forschungsanalyse gefasst hat (Huber, 2013) sind ExpertInnen über deren Verwendung uneinig. Während die einen die Gleichwertigkeit von kontrollierten Forschungsmethoden und Internetexperimenten anzweifeln (Huber, 2013), bezeichnen andere diese als vergleichbare und wertvolle Methodik (Thielsch, 2008).

Für eine Anwendung der Online-Erhebung spricht vor allem die Möglichkeit eines exakten standardisierten Vorgehens, welches die quantitative Befragung ausmacht (Hussy, Schreier, & Echterhoff 2013).

Onlinebefragungen zeichnen sich vor allem dadurch aus, dass sie interdisziplinär durchgeführt werden können (Welker, 2009). Daher konnte die vorliegende Studie gleichzeitig in Österreich, Deutschland und der Schweiz durchgeführt werden. Einen weiteren Vorteil der Onlinemethode sieht Kubinger (2009) in der Testleiterunabhängigkeit, aufgrund des Wegfallens der Versuchsleitereffekte (v.a. Halo-Effekts durch den oder die TestleiterIn). Die hohe Wirtschaftlichkeit (Ökonomie und ökologische Validität), da Aufwand und Kosten für Druck der Bögen, Austeilung und Einsammeln entfallen und eine unbegrenzte Anzahl an TeilnehmerInnen in kurzer Zeit erreichbar ist, sprechen ebenfalls für das Internet (Kubinger, 2009). Zudem kommen kaum Fehler bei der Dateneingabe vor.

Des Weiteren führen die gewährleistete Anonymität der persönlichen Angaben, die gegebene Freiwilligkeit und die Flexibilität in Ort und Zeit der Bearbeitung zu einer hohen Akzeptanz bei den TeilnehmerInnen (Huber, 2009). Dadurch können heikle Themen angesprochen und intime Fragen gestellt werden (Reips, 2002).

Zu berücksichtigen ist jedoch die Vorlaufzeit, die für die Erstellung des Fragebogens benötigt wird und erfahrungsgemäß mit zunehmender Anzahl von AutorInnen ansteigt. Durch die verschiedenen Fragebögen die verwendet wurden, um die Diplomarbeiten von vier Autorinnen zu beantworten, benötigte durch die Absprachen untereinander und Einarbeitung in das Softwareprogramm *SoScisurvey* einige

Diskussion

Vorlaufzeit und organisatorischen Aufwand. Zusätzlich führen die insgesamt 20 Fragebögen, aus denen sich der Onlinefragebogen zusammensetzte, bei der Auswertung zu einem komplexen Datensatz, dessen Übersichtlichkeit mit jedem zukommenden Fragebogen abnahm.

Auch wenn auf eine Begrenzung der TeilnehmerInnenanzahl verzichtet wurde, um die Repräsentativität möglichst allumfassend zu gestalten, merkt Thielsch (2008) an, dass in Online Untersuchungen keine Repräsentativität für die Gesamtbevölkerung erreichbar ist, da nicht alle Personen online vertreten sind. Dies lässt die Frage offen, inwieweit sich Personen die sich online im Internet informieren und austauschen von denjenigen unterscheiden, die dies nicht tun. Maurer und Jandura (2009) gehen davon aus, dass sich InternetnutzerInnen systematisch von denjenigen unterscheiden, die es nicht nutzen. Zusätzlich sind sie überzeugt, dass die NutzerInnen einzelner Internetseiten sich systematisch von den InternetnutzerInnen anderer Seiten unterscheiden. Aufgrund des durchschnittlichen Alters ($M = 26.28$, $SD = 7.8$) der Befragten der vorliegenden Studie wird der Anschein erweckt, dass vor allem Jugendliche und junge Erwachsene den Zugang zu Online-Foren haben, die sich mit Essverhalten beschäftigen. Somit kann man nicht nur von einer Selbstselektion älterer Personen ausgehen, die nicht aktiv am Internetgeschehen teilnehmen, sondern auch von Unterschiedlichkeiten der NutzerInnen der einzelnen Plattformen. Dies stellt die Frage ob sich die signifikanten Ergebnisse auch auf ältere Personen übertragen lassen, inwiefern sie sich von denen der Jungen unterscheiden und welche Unterschiede die BenutzerInnen einzelner Foren hinsichtlich ihres Essverhaltens zeigen. Als Lösung bietet sich hierbei ein Gruppenvergleich zwischen älteren und jüngeren Personen an.

In der vorliegenden Studie konnte, wie es auch schon aus der Literatur bekannt ist, Ort und Zeit der Datenerhebung nicht kontrolliert werden. Angaben zu Alter, Geschlecht und Gewicht konnten nicht überprüft und Mehrfachteilnahmen nicht unterbunden werden, welches sich ungünstig auf die Zuverlässigkeit der Daten auswirkt (Huber, 2013; Thielsch, 2008; Hussy et al., 2013; Reips, 2002).

Zusammenfassend bildet die Onlinebefragungen eine zeitgemäße Erhebungsmethode. Überdies können länderumfassende Studien durchgeführt und auf eine Beschränkung der TeilnehmerInnenanzahl weitgehend verzichtet werden. Dies ermöglicht eine hohe Ökonomie, eine orts- und zeitungebundene Erreichbarkeit und die Vereinfachung der Datenerhebung.

6.4.3 Gruppeneinteilung Tendenz zur AN oder BN

Da in den bisher durchgeführten Untersuchungen unterschiedliche Richtlinien zur Erfassung subklinischer Essstörungen verwendet wurden (Chamay-Weber et al., 2005), wurde in dieser Studie, die Gruppeneinteilung zu einer Tendenz zur AN oder BN, anhand der Prozentränge gewählt. Kubinger (2009) nennt für die Verwendung des Prozentranges als Eichmaßstab den Vorteil, dass eine unmittelbare inhaltliche Beschreibung der Ergebnisse möglich ist, da der Prozentrang den Anteil von Personen der Referenzpopulation aufzeigt, die dieselben, höhere oder niedrigere Testwerte haben. Auch bei nicht normalverteilten Daten ist der Prozentrang erurierbar. Dabei spricht man von Prozenträngen ab 75, dass 25% der Referenzpopulation höhere Werte haben. Dies bietet sich für die Einteilung des Essverhaltens an, da man davon ausgehen kann, dass die oberen 25% überdurchschnittlich eine Tendenz zur Essstörung (ob AN oder BN) beschreiben. Diese Form der Einteilung beeinflusst die Validität der Daten positiv.

6.4.4 Ausschlusskriterien

Die Frage des SKID-I nach dem Bestehen einer diagnostizierten Essstörung stellte ein wesentliches Ausschlusskriterium dar, wodurch insgesamt 140 Personen aus der Datenanalyse ausgeschlossen wurden. Der Grundgedanke dazu war, Personen mit subklinischem Essverhalten (AN oder BN) differenziert betrachten zu können. Diese Auswahlmethode lässt sich anzweifeln, da lediglich nach einer bestehenden Diagnose gefragt wurde, wodurch nicht genau zwischen den verschiedenen Essstörungen klassifiziert wurde. Personen mit einer Binge-Eating-Störung könnten sich genau wie Personen mit klinischer AN oder BN den Diagnosekriterien zugehörig eingeschätzt haben, wodurch eine Selbstselektion der ProbandInnen hervorgerufen wurde.

Die Fragen nach dem körperlichen Gesundheitszustand, Beschwerden und medizinische Befunde, wurden im Screening nicht angeführt. Somit konnte nicht überprüft werden, ob dem auffälligen Essverhalten körperliche Ursachen zugrunde liegen. Körperliche Erkrankungen können zu starker Gewichtsreduktion oder -zunahme, sowie einer Veränderung des Essverhaltens führen.

6.5 Limitationen der Studie

Zu den bereits diskutierten Einschränkungen kann zusätzlich erwähnt werden, dass bisher keine einheitlichen Kriterien existieren, nach welchen subklinische AN oder BN klassifiziert werden können. Untersuchungsdesigns bestehender Forschungen, welche andere Definitionen den Kriterien zugrunde legen, könnten daher zu abweichenden Ergebnissen gelangen.

In der vorliegenden Studie wurde im ersten Schritt zwischen gesunden Personen und Personen mit subklinischem Essverhalten unterschieden. Aufgrund der herausgefundenen Unterschiedlichkeiten ist ein Vergleich mit der klinischen Gruppe interessant. In der vorliegenden Studie fand anschließend ein rein deskriptiver Vergleich zwischen den subklinischen und klinisch diagnostizierten AN und BN anhand Informationen der bestehenden Forschung statt, da klinisch diagnostizierte Essgestörte aus der Auswertung ausgeschlossen wurden. Eine Replikation dieser Studie mit subklinischer AN und BN und klinisch diagnostizierter AN oder BN könnte die bisher gefundenen Ergebnisse festigen und somit das Kontinuumsmodell der Essstörungen weiter untermauern. Aufgabe der zukünftigen Forschung wird es daher auch sein einheitliche Richtlinien zu erstellen, welche subklinische Essstörungen umschreiben, um weitere Untersuchungen und gegebenenfalls Interventionen sowie Präventionsprogramme in Bezug auf subklinische Essstörungen umsetzen zu können.

Aufgrund des Fragebogens (IIP-32) konnte nicht differenziert werden, welche Konstellationen in zwischenmenschlichen Beziehungen spezifische Verhaltensweisen hervorrufen. Auch fehlt eine kontextspezifische und situationsgebundene Überprüfung des Auftretens der Verhaltensweisen. Aufbauend auf dem IIP-32 wären qualitative Forschungsansätze in der Lage die auftretenden Verhaltensweisen kontextspezifisch zu analysieren.

Personen mit einer Borderline-Erkrankung, Alkoholabusus oder narzisstischen Persönlichkeitsstörung wurden trotz der Komorbiditäten mit AN und BN in der Datenanalyse nicht beachtet. Deshalb können mögliche mediierende Effekte der Komorbiditäten nicht ausgeschlossen werden.

6.6 Stärken der Untersuchung

Neben dem zeitgemäßen Einsatz der Onlinebefragung als Erhebungsmethode und der Verwendung des IIP-32 als Möglichkeit der Darstellung interpersoneller Schwierigkeiten, können noch weitere Stärken der vorliegenden Studie hervorgehoben werden.

Durch die vorliegende Untersuchung konnten wesentliche Forschungslücken bezüglich interpersonellen Schwierigkeiten im subklinischen Stadium einer AN oder BN geschlossen werden.

Die bestehende Forschung konnte unter anderem durch eine Aktualisierung des Vorkommens subklinischer Essstörungen ergänzt werden. Der hier gefundene Anstieg der Prävalenzraten verdeutlicht die Dringlichkeit von Interventionsprogrammen.

Eine Vielzahl an bisherigen Untersuchungen wurde mit weiblichen SchülerInnen und Jugendlichen durchgeführt. Im Vergleich dazu wurden hier erwachsene Frauen und erstmals auch Männer rekrutiert, welche tatsächlich auffälliges Essverhalten aufweisen und womöglich Gefahr laufen, eine pathologische Essstörung zu entwickeln.

Der Einsatz des EDI-2 scheint dabei für die Rekrutierung subklinischer Essstörungen gelungen, da der Fragebogen auffälliges Essverhalten in Anlehnung an die Primärsymptomatik nach ICD-10 und DSM-IV erhebt (Paul & Thiel, 2005).

Die Verwendung einer *Multivariaten Varianzanalyse* ermöglichte eine allumfassende Betrachtung der unabhängigen Variablen *Schlankheitsstreben* und *Bulimie*. Folglich konnten gleichzeitig sämtliche Personen mit und ohne auffälligem Essverhalten in AN oder BN untersucht werden. Zeitgleich konnten die Interaktionen der Faktorstufen der beiden unabhängigen Variablen (*Schlankheitsstreben* und *Bulimie*) mit allen neun abhängigen Variablen (*IIP Skalen* und *IIP Gesamtwert*) dargestellt werden, welches sich als eindeutiger Vorteil gegenüber einem *t-Test für unabhängige Stichproben* erwies.

Die Analyse der Daten konnte durch eine ausreichend große Stichprobe aussagekräftige und repräsentative Ergebnisse liefern.

6.7 Forschungsausblick

Die Prävalenzraten der vorliegenden Studie zeigen im Vergleich mit vorherigen Angaben (Buddeberg-Fischer, 2003) in den vergangenen 12 Jahren einen deutlichen Anstieg der subklinischen Essstörungen bei Erwachsenen. Der Vergleich der Prävalenzen zeigt einen zehnfachen Anstieg der subklinischen AN von 1,3% (Buddeberg-Fischer, 2003) auf 13,2% bei Frauen und einen dreifachen Anstieg bei Männern von 0,4% (Buddeberg-Fischer, 2003) auf 1,25%. Die subklinische BN bei Frauen ist mit 15,13% statt 1,6% (Buddeberg-Fischer, 2003) neuneinhalb Mal größer als noch vor 12 Jahren und bei männlichen Personen zeigt sich ebenfalls ein deutlicher Anstieg von 0,6% (Buddeberg-Fischer, 2003) auf 2,5%. Diese Prävalenzraten zeigen nicht nur, dass subklinische Essstörungen häufiger auftreten als im Jahr 2003, sondern bestätigt auch, dass die subklinische Symptomatik häufiger verbreitet ist, als die klinisch manifestierte (vgl. DSM-5). Dies hebt den Bedarf an der Entwicklung und Anwendungsforschung von präventiven Konzepten für Erwachsene hervor. Momentan existieren ausschließlich präventive Konzepte für SchülerInnen und Jugendliche (Buddeberg-Fischer, 2013). Laut Buddeberg-Fischer (2013) sollte die Prävention dabei kognitive und emotionale Elemente enthalten und darüber hinaus die Verhaltensebene mit einbeziehen. Durch entsprechende Interventionen könnte dieser Ansatz auch bei Erwachsenen angewendet werden.

Die in den Limitationen angesprochenen Mängel machen es dringend notwendig, zukünftig einheitliche Klassifikationen zu entwickeln. Dieser erste Schritt würde eine Vereinheitlichung der Forschung ermöglichen und eine internationale Vergleichbarkeit gewährleisten.

In der Literatur wird davon ausgegangen, dass bei Frauen der Zusammenhang zwischen Essstörungen und dem Ausmaß an interpersonellen Problematiken höher ausgeprägt ist als bei Männern (Ambwani & Strauss, 2007). Die vorliegende Studie geht einen Schritt weiter, indem sie Männer mit subklinischem Essverhalten mit einbezieht. Jedoch wäre eine geschlechtsspezifische Differenzierung hinsichtlich der gezeigten Verhaltensweisen wissenswert und sollte in zukünftigen Studien erforscht werden. Dabei wäre es von Interesse, ob sich Frauen und Männer im Hinblick auf das Erscheinungsbild der subklinischen Symptomatik unterscheiden.

Bezogen auf Essverhalten und interpersonelle Probleme, müssen in nachfolgenden Forschungen die Hintergründe der inhaltlichen Widersprüche der gezeigten Verhaltensweisen der subklinischen AN oder BN geklärt werden. Dazu sind vor allem

Kontextvariablen und die Situation des Auftretens der Verhaltensweisen zu beachten. Es konnten beispielsweise häufig bestimmte Familienkonstellationen beobachtet werden (Steinhausen, 2000), welche die Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung begünstigen. Die Anteile der Familienkonstellation im subklinischen Stadium müssen als prädisponierende Faktoren in zukünftigen Studien näher betrachtet werden. Aufschlussreich wäre die Untersuchung der Frage, ob Personen, die signifikant erhöhte Ausprägungen in den interpersonellen Problemverhalten zeigen, auch später tatsächlich eine manifestierte Essstörung entwickeln. Hierzu werden entsprechende Langzeitstudien und Erhebungsinstrumente benötigt.

Weitere Studien zeigen zudem, dass Störungsbilder wie Perfektionismus, Sozialphobie und generalisierte Angststörung (Kachin, Newman, & Pincus, 2001; Slaney, Pincus, Uliazek, & Wang, 2006) das Ausmaß der interpersonellen Probleme beeinflussen. Die Effekte anderer Störungsbilder (pathologischer Perfektionismus, Sozialphobie und generalisierte Angststörung) sollten in nachfolgenden Studien mit einbezogen werden.

Jedoch ist ein Wandel in den Essstörungen zu beobachten, sie äußern sich weniger direkt, sondern eher versteckt hinter „gesundem Verhalten“, welches sich durch gesunde Ernährung oder sportliche Betätigungen ausdrückt. Dies belegt nicht nur der Anstieg der Prävalenzen in der vorliegenden Studie, es werden auch weitere Entwicklungen beobachtet. Der Drang sich gesund zu ernähren (Orthorexia Nervosa) ist zwar keine Störung im medizinischen Sinne, dennoch spricht eine schier unendliche Anzahl an Ernährungsberatungsstellen und -foren im Internet (z.B. „Weightwatchers“), Bücher (z.B. „Weizenwampe“, Davis, 2011) für sich. „Low Carb“, „light“, „Detox“ und „glutenfrei“ stehen dabei im Zentrum der Aufmerksamkeit bei Ernährungsfragen. Dazu kommen technische Sportprogramme, wie beispielsweise die Sportapp „Freeletics“, welche einem den idealen Körper versprechen und dadurch breiten Zulauf genießen. Dabei können die Mitglieder gemeinsam trainieren, sich gegenseitig motivieren und in ihrer Trainingshäufigkeit kontrollieren. Ein deutlicher Anstieg in der Sportbetätigung lässt sich durch die Tatsache schließen, dass in Deutschland, bis 2017 mehr als 10 Millionen Mitgliedschaften in Fitnessstudios vorhergesagt werden (Wilton, von Borstel, & Dierig 2013). Vor zwei Jahren zählten in Deutschland schon 7,3 Millionen Menschen als regelmäßig Fitnesstreibende mit Mitgliedschaft in den rund 7300 Fitnessclubs (Wilton et al., 2013). Diese Faktoren sollten bei der Entwicklung von Diagnosekriterien von subklinischen Essstörungen mit einbezogen werden.

6.8 Schlussfolgerung

Über die Prävalenz subklinischer Stichproben ist wenig bekannt. In der vorliegenden Arbeit beschrieben sich 206 der insgesamt 641 Befragten als subklinisch essgestört (32,14%). Davon beschreiben 14,5% Verhaltensweisen welche auf eine Tendenz zur AN und 17,6% welche auf eine Tendenz zur Bulimie rückschließen lassen. Anhand dieses Vorkommens der subklinischen Essstörungen in der vorliegenden Arbeit kann gezeigt werden, dass sie häufiger auftritt als klinisch diagnostizierte Essstörungen. Es kann zudem vermutet werden, dass es einen deutlichen Anstieg in der Prävalenzrate an subklinischem Essverhalten in den letzten 12 Jahren gab.

Der Zusammenhang zwischen Beziehungsunzufriedenheit und subklinischen Essstörungen gilt nur für PatientInnen mit BN ausreichend untersucht. Im Einklang bisheriger Forschungsergebnisse für pathologische BN (Evans & Wertheim, 1998) geht eine niedrige Beziehungszufriedenheit mit einer stärkeren Tendenz zur BN einher. Diese ist eine der ersten Studien welche den Zusammenhang auch bei Personen mit einer Tendenz zur AN untersucht. Dabei konnte ebenfalls eine negative Korrelation zwischen den beiden Faktoren Beziehungsunzufriedenheit und AN beobachtet werden. Beide Zusammenhänge werden jedoch durch eine depressive Komponente bedingt. Rückschließend lässt sich sagen, dass Personen mit subklinischer AN oder BN weniger zufrieden mit ihren Beziehungen sind. Die Unzufriedenheit der Beziehung lässt sich jedoch nicht alleine auf das auffällige Essverhalten zurückführen, sondern wird größtenteils von einer depressiven Komponente beeinflusst.

Bisherige Forschungsanalysen gelangten zu der Ansicht, dass sich PatientInnen mit Essstörungen hinsichtlich ihres Verhaltens bei interpersonellen Problemen stark von gesunden Personen unterscheiden. Diese Untersuchung konnte darüber hinaus zeigen, dass Populationen mit subklinischen Tendenzen zu AN oder BN ein signifikant höheres Ausmaß an interpersonellen Problemen besitzen als gesunde Kontrollgruppen. Die gezeigten Verhaltensweisen im Umgang mit interpersonellen Schwierigkeiten wurden bisher unterschiedlich ausreichend in der Literatur untersucht. Durch die vorliegenden Ergebnisse konnte herausgefunden werden, dass sich Personen im subklinischen Stadium einer AN im Unterschied zur Kontrollgruppe in zwischenmenschlichen Schwierigkeiten signifikant vor allem eher abweisend, kalt, introvertiert, sozial vermeidend, selbstunsicher und unterwürfig, ausnutzbar, dabei freundlich, fürsorglich und zuweilen aufdringlich zeigen. Personen mit einer Tendenz zur BN beschreiben sich im Umgang mit zwischenmenschlichen Konflikten im Gegensatz zu gesunden Personen eher zu dominant, abweisend und kalt, introvertiert, sozial vermeidend, sowie

selbstunsicher und unterwürfig. Die gezeigten Verhaltensweisen stimmen mit den auffälligen Verhaltensweisen der klinischen Population überein. Es zeigte sich, dass beide Gruppen schon im Frühstadium der Krankheit zu dysfunktionalen Verhaltensweisen greifen und es deshalb zu interpersonellen Schwierigkeiten kommt. Durch die Anwendung von Interventionen, welche sich auf die interpersonellen Beziehungsmuster fokussieren, kann präventiv interveniert und eine weitere Krankheitsentwicklung zur Essstörung verhindert werden (Evans & Wertheim, 1998).

Werden die Gruppen mit den subklinischen Tendenzen mit der klinischen Population verglichen, haben erstere geringere Ausprägungen der gezeigten Verhaltensweisen. Gemäß der Kontinuumshypothese unterscheiden sich klinische Stichproben von gesunden Populationen stärker als subklinische Testpersonen von Kontrollgruppen in den meisten der gezeigten Verhaltensweisen. Somit lässt sich auf einen kontinuierlichen Verlauf der Essstörungen schließen. Langzeitstudien wären sinnvoll, welche überprüfen, ob die Personen der Tendenzen (AN oder BN) welche hohe Ausprägungen in den einzelnen Verhaltensweise zeigen, auch tatsächlich eine klinisch manifestierte Essstörung entwickeln.

Diese Studie ist eine der ersten, welche die subklinischen Ausprägungen einer AN und BN in Bezug auf interpersonelle Probleme vergleicht. Nach den Ergebnissen der vorliegenden Studie unterscheiden sich die Krankheitsbilder in ihren subklinischen Ausprägungen im Verhalten in zwischenmenschlichen Konflikten nicht signifikant voneinander. Personen mit subklinischer AN zeigen ebenso wie Personen mit subklinischer BN von interpersonellen Problemen betroffen. Im Gegensatz zu gesunden Personen zeigen beide subklinischen Essstörungen (AN und BN) erhöhte Probleme im zwischenmenschlichen Austausch.

Zukünftige Forschungen sollten den Fokus stärker auf zwischenmenschliche Beziehungen als Risikofaktoren legen. Selbst wenn die zwischenmenschlichen Beziehungen auch auf anderen komorbiden Variablen wie der Depression beruhen zeigen Studienergebnisse zum Erfolg der interpersonellen Therapie, dass interpersonelle Beziehungen einen wesentlichen Beitrag zur Entstehung und Lösung einer Essstörungen leisten (Wittchen & Hoyer, 2011). Die Erfolge dieser Therapierichtung legen die Bedeutung der interpersonellen Beziehungen nahe. Hartmann und KollegInnen (2010) gehen ebenfalls davon aus, dass interpersonelles Verhalten Beziehungszufriedenheit und dadurch auch die Besserung der Krankheit beeinflussen: PatientInnen die ihr interpersonelles Verhalten und ihre dysfunktionalen

Diskussion

Mechanismen ändern, wären im Stande tiefere und erfülltere Beziehungen aufzubauen und ihre generelle Beziehungszufriedenheit zu steigern. Eine intakte Beziehung wirkt sich positiv auf die Besserung der Krankheit aus (Bulik et al., 2012; Bulik et al., 2011; Fisher et al., 2015). Durch die Früherkennung einer Essstörung im subklinischen Stadium kann präventiv interveniert und somit schlimmere Folgen verhindert werden.

Über das zwischenmenschliche Beziehungsverhalten von subklinischen Essstörungen konnten wertvolle Erkenntnisse gefunden werden. Generell werden im subklinischen Stadium von beiden Krankheitsbildern stärkere Schwierigkeiten im Umgang mit zwischenmenschlichen Beziehungen gezeigt, als vergleichsweise gesunde Personen. Dabei sind beide Gruppen unzufriedener mit ihren Beziehungen. Ob Personen mit subklinischen Essstörungen eine tatsächliche Essstörung entwickeln, gilt es in Zukunft abzuklären. Die Resultate liefern Hinweise, dass das Einsetzen von Präventionsmaßnahmen im subklinischen Krankheitsstadium sinnvoll ist um in einen fortschreitenden Krankheitsverlauf einzugreifen und schlimmere Folgen zu verhindern.

Literaturverzeichnis

- Ambwani, S., & Hopwood, C. (2009). The utility of considering interpersonal problems in the assessment of bulimic features. *Eating Behaviors, 10*(4), 247-253. doi:10.1016/j.eatbeh.2009.07.007
- Ambwani, S., & Strauss, J. (2007). Love thyself before loving others? A qualitative and quantitative analysis of gender differences in body image and romantic love. *Sex Roles, 56*(1), 13-21. doi:10.1007/s11199-006-9143-7
- Ambwani, S., Slane, J. D., Thomas, K. M., Hopwood, C., & Grilo, C. (2014). Interpersonal dysfunction and affect-regulation difficulties in disordered eating among men and women. *Eating Behaviors, 15*(4), 550-554. doi:10.1016/j.eatbeh.2014.08.005
- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen- DSM- IV* (4. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- American Psychiatric Association. (2014). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen- DSM-5* (1. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Ansell, E. B., Grilo, C. M., & White, M. A. (2012). Examining the interpersonal model of binge eating and loss of control over eating in women. *International Journal of Eating Disorders, 45*(1), 43-50. doi:10.1002/eat.20897
- Argyle, M. (1992). Benefits produced by supportive social relationships. In H. Veile, & U. Baumann (Hrsg.), *The meaning and measurement of social support* (S. 13-32). New York: Hemisphere.
- Argyle, M., & Henderson, M. (1986). *Die Anatomie menschlicher Beziehungen. Spielregeln des Zusammenlebens*. Paderborn: Junfermann.
- Asendorpf, J. B., & Banse, R. (2000). *Psychologie der Beziehungen*. Göttingen: Huber.
- Backhaus, K., Erichson, B., Plinke, W., & Weiber, R. (2011). *Multivariate Analysemethoden. Eine anwendungsorientierte Einführung* (13. Aufl.). Berlin: Springer.
- Barelds, D. P. (2005). Self and partner personality in intimate relationships. *European journal of personality, 19*(6), 501-518. doi:10.1002/per.549
- Bittrich, K., & Blankenberger, S. (2011). *Experimentelle Psychologie: Experimente planen, realisieren, präsentieren*. Weinheim: Beltz.
- Björck, C., Clinton, D., Sohlberg, S., Hallstram, T., & Norring, C. (2003). Interpersonal profiles in eating disorders: Ratings of SASB self-image. *Psychological Psychotherapy, 76*(4), 337-349. doi:10.1348/147608303770584719
- Bortz, J., & Döring, N. (2006). *Forschungsmethoden und Evaluation: Für Human- und Sozialwissenschaftler*. Heidelberg: Springer.

- Bottmann, A. (2014). *Zum Zusammenhang von Prädiktorpersönlichkeitseigenschaften und Substanzkonsum bei BorderlinepatientInnen*. (Unveröffentlichte Diplomarbeit). Fakultät für Psychologie, Universität Wien, Wien.
- Brown, G. W., & Harris, T. (1978). *Social origins of depression*. London: Tavistock.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Buddeberg-Fischer, B. (2003). Epidemiologie und Prävention von Störungen des Essverhaltens. In F. Escher, & C. Buddeberg (Hrsg.), *Essen und Trinken zwischen Ernährung, Kult und Kultur* (S. 139-158). Zürich: v,d,f.
- Bühl, A. (2014). *SPSS 22 Einführung in die moderne Datenanalyse* (14. Aufl.). Hallbergmoos: Pearson.
- Bulik, C. M., Baucom, D. H., & Kirby, J. S. (2012). Treating anorexia nervosa in the couple context. *Journal of Cognitive Psychology, 26*(1), 19-33. doi:10.1891/0889-8391.26.1.19
- Bulik, C., Baucom, D. H., Kirby, J. S., & Pisetsky, E. (2011). Uniting couples (in the treatment of) anorexia nervosa (UCAN). *International Journal of Eating Disorders, 44*(1), 19-28. doi:10.1002/eat.20790
- Cantwell, D. P., Sturzenberger, S., Burroughs, J., Salkin, D., & Green, J. K. (1977). Anorexia nervosa an affective disorder? *Archives of General Psychiatry, 34*(9), 1087-1093. doi:10.1001/archpsyc.1977.01770210101009
- Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P.-A. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health, 37*(5), 417-427. doi:10.1016/j.jadohealth.2004.09.014
- Cierpka, M., & Reich, G. (2001). Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie. In G. Reich, & M. Cierpka (Hrsg.), *Psychotherapie der Essstörungen* (2. Ausg., S. 128-155). Stuttgart: Thieme.
- Clendenen, V. I., Herman, C. P., & Polivy, J. (1994). Social facilitation of eating among friends and strangers. *Appetite, 23*(1), 1-13. doi:10.1006/appe.1994.1030
- Cohen, J. (1988). *Statistical power analysis for the behavioral sciences*. New York University, Department of Psychology, New York.
- Conte, H. R., & Plutchik, R. (1981). A circumplex model for interpersonal personality traits. *Journal of Personality and Social Psychology, 40*(4), 701-711. doi:10.1037/0022-3514.40.4.701
- Cooper, P. J., & Fairburn, C. G. (1986). The depressive symptoms of bulimia nervosa. *British Journal of Psychology, 148*(3), 268-274. doi:10.1192/bjp.148.3.268
- Davis, W. (2011). *Weizenwampe: Warum Weizen dick und krank macht*. München: Goldmann.

- De Castro, J. M. (1994). Family and friends produce greater social facilitation of food intake than other companions. *Physiology & Behavior*, 56(3), 445-455. doi:10.1016/0031-9384(94)90286-0
- Dion, K. K., Berscheid, E., & Walster, E. (1972). What is beautiful is good. *Journal of personality and social psychology*, 24(3), 285-290. doi:10.1037/h0033731
- Evans, L., & Wertheim, E. H. (1998). Intimacy patterns and relationship satisfaction of women with eating problems and mediating effects of depression, trait anxiety and social anxiety. *Journal of Psychosomatic Research*, 44(3), 355-365. doi:10.1016/S0022-3999(97)00260-2
- Fairburn, C. G. (1997). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner, & P. E. Garfinkel (Hrsg.), *Handbook of treatment for eating disorders* (2. Ausg., S. 430-447). New York: Guildford Press.
- Fassino, S., Daga, G. A., Pierò, A., Leombruni, P., & Rovera, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 757-764. doi:10.1016/S0022-3999(01)00280-X
- Fichter, M. M. (2005). Anorektische und bulimische Essstörungen. *Der Nervenarzt*, 76(9), 1141-1153. doi:10.1007/s00115-005-1976-8
- Field, A. P. (2009). *Discovering statistics using SPSS: and sex, drugs and rock'n'roll* (3. Aufl.). London: Sage.
- Fisher, M. S., Baucom, D. H., Kirby, J. S., & Bulik, C. M. (2015). Partner distress in the context of adult anorexia nervosa: The role of patients' perceived negative consequences of AN and partner behaviours. *International Journal of Eating Disorders*, 48(1), 67-71. doi:10.1002/eat.22338
- Forbush, K., & Watson, D. (2006). Emotional inhibition and personality traits: A comparison of women with anorexia, bulimia and normal controls. *Annals of Clinical Psychiatry*, 18(2), 115-122. doi:10.3109/10401230600614637
- Geller, J., Cockell, S., & Hewitt, P. L. (2000). Inhibited expression of negative emotions: Interpersonal orientation in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 28(1), 8-19. doi:10.1002/1098-108X(200007)28:1<8::AID-EAT2>3.0.CO;2-U
- Grissett, N. I., & Novell, N. K. (1992). Perceived social support social skills, and quality of relationships in bulimic women. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 60(2), 293-299. doi:10.1037/0022-006X.60.2.293
- Halmi, K. A., Eckert, E., LaDu, T. J., & Cohen, J. (1986). Anorexia nervosa: Treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Archives of General Psychiatry*, 43(2), 177-181. doi:10.1001/archpsyc.1986.01800020087011

- Hartmann, A., Zeeck, A., & Barrett, M. S. (2001). Interpersonal problems in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 53(3), 619-627. doi:10.1016/j.paid.2012.02.020
- Haselton, M. G., & Gangestad, S. W. (2006). Conditional expression of women's desires and men's mate guarding across the ovulatory cycle. *Hormones and Behavior*, 49(4), 509-518. doi:10.1016/j.yhbeh.2005.10.006
- Heidbrink, H., Lück, H., & Schmidtman, H. (2009). *Psychologie sozialer Beziehungen*. Stuttgart: Kohlhammer.
- Heider, F. (1977). *Psychologie der interpersonalen Beziehungen*. Stuttgart: Klett.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J., & Lavori, P. W. (1992). Psychiatric comorbidity in treatment-seeking anorexic and bulimics. *Journal of American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 31(5), 810-818. doi:10.1097/00004583-199209000-00006
- Herzog, W., Kronmüller, K. T., Hartmann, M., Bergmann, G., & Köger, F. (2000). Family perception of interpersonal behavior as a predictor in eating disorders: A prospective, six-year followup study. *Family Process*, 39(3), 259-274. doi:10.1111/j.1545-5300.2000.39307.x
- Hinde, R. A. (1997). *Relationships: A dialectical perspective*. Hove: Psychology Press.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 19(4), 389-394. doi:10.1097/01.yco.0000228759.95237.78
- Hogg, M. A., & Vaughan, G. M. (2008). *Social Psychology*. Harlow: Pearson.
- Hölling, H., & Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter: Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KIGGS). *Bundesgesundheitsblatt- Gesundheitsforschung- Gesundheitsschutz*, 50(5-6), 794-799. doi:10.1007/s00103-007-0242-6
- Hopwood, C., Clarke, A., & Perez, M. (2007). Psychoplasticity of bulimic features and interpersonal problems. *International Journal of Eating Disorders*, 40(7), 652-658. doi:10.1002/eat.20420
- Horowitz, L. M., Strauß, B., & Kordy, H. (2000). *Inventar zur Erfassung interpersonalen Probleme: Deutsche Version* (2. Aufl.). Göttingen: Beltz Test.
- Huber, O. (2013). *Das psychologische Experiment. Eine Einführung* (6. Aufl.). Bern: Huber.
- Humphrey, L. (1989). Observed family interactions among subtypes of eating disorders using structural analysis of social behaviour. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(2), 206-214. doi:10.1037/0022-006X.57.2.206

- Hussy, W., Schreier, M., & Echterhoff, G. (2013). *Forschungsmethoden in Psychologie und Sozialwissenschaften für Bachelor* (2. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C., & Agras, W. S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, *130*(1), 19-65. doi:10.1037/0033-2909.130.1.19
- Johnson, J. G., Cohen, P., Kotler, L., Kasen, S., & Brook, J. S. (2002). Eating disorders during adolescence and the risk for physical and mental disorders during early adulthood. *Archives of General Psychiatry*, *59*(6), 545-552. doi:10.1001/archpsyc.59.6.545
- Johnston, A. (1996). *Die Frau die im Mondlicht aß: Ess-Störungen überwinden durch die Weisheit uralter Märchen und Mythen*. München: Knauer MensSana.
- Kachin, K. E., Newman, M. G., & Pincus, A. L. (2001). An interpersonal problem approach to the division of social phobia subtypes. *Behavioral Therapy*, *32*(3), 479-501. doi:10.1016/S0005-7894(01)80032-0
- Kech, S., Zobel, I., Dykieriek, P., van Calker, D., Berger, M., & Schramm, E. (2008). Interpersonelle Psychotherapie bei stationär behandelten, depressiven Patienten: Effekte auf die soziale Anpassung und auf interpersonelle Probleme. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, *37*(2), 81-88. doi:10.1026/1616-3443.37.2.81
- Kelley, H. H., & Thibaut, J. W. (1978). *Interpersonal relations: A theory of interdependence*. New York: Wiley.
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1627-31.
- Kiesler, D. J. (1993). The 1982 interpersonal circle: A taxonomy for complementarity in human transactions. *Psychological Review*, *90*(3), 185-214. doi:10.1037/0033-295X.90.3.185
- Kirchler, E. (2011). *Wirtschaftspsychologie: Individuen, Gruppen, Märkte, Staat*. Göttingen: Hogrefe.
- Kliem, S., & Brähler, E. (2013). *Beck Depressions-Inventar- Fast Screen. Deutsche Bearbeitung* (1. Ausg.). Frankfurt am Main: Pearson.
- Knobloch, J., Kleinert, J., & Helwig, J. (2014). Vor der Essstörung: Risikoverhaltensweisen und Persönlichkeitsmerkmale bei Schülerinnen des Gymnasiums. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, *22*(2), 50-60. doi:10.1026/0943-8149/a000113

- Kog, E., Vandereckent, W., & Vertomment, H. (1985). The psychosomatic family model: A critical analysis of family interaction concepts. *Journal of Family Therapy*, 7(1), 31-44.
- Kubinger, K. D. (2009). *Psychologische Diagnostik: Theorie und Praxis psychologischen Diagnostizierens* (2. Aufl.). Göttingen: Hogrefe.
- Laessle, R. G. (2003). Essstörungen. In H. Reinecker (Hrsg.), *Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie: Modelle psychischer Störungen* (S. 357-397). Göttingen: Hogrefe.
- Laessle, R. G., Tuschl, R. I., Waadt, S., & Pirke, K. M. (1989). The specific psychopathology of bulimia nervosa: A comparison with restrained and unrestrained (normal) eaters. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57(6), 772-775. doi:10.1037/0022-006X.57.6.772
- Langlois, J. H., Kalakanis, L., Rubenstein, A. J., Larson, A., Hallam, M., & Smoot, M. (2000). Maxims or myths of beauty? A meta-analytic and theoretical review. *Psychological Bulletin*, 126(3), 390-423. doi:10.1037/0033-2909.126.3.390
- Leary, T. (1957). *Interpersonal diagnosis of personality*. New York: Ronald.
- Leiner, D. J. (2014). *SoSci Survey (Version 2.5.00-i)* [computer software]. Abgerufen von <https://www.soscisurvey.de>
- Maurer, M., & Jandura, O. (2009). Masse statt Klasse? Einige kritische Anmerkungen zu Repräsentativität und Validität von Online Befragungen. In N. Jakob, H. Schoen, & T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet: Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (S. 61-73). Wiesbaden: VS.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behavior Research and Therapy*, 28(3), 205-214. doi:10.1016/0005-7967(90)90003-2
- Meermann, R., & Vandereycken, W. (1987). *Therapie der Magersucht und der Bulimia Nervosa: Ein klinischer Leitfaden für den Praktiker*. Berlin: deGruyter.
- Minuchin, S., Rosman, B. L., & Baker, L. (1978). *Psychosomatic Families*. Harvard: University Press Mass.
- Mizes, J. S. (1989). Assertion deficits in bulimia nervosa: Assessment via behavioral, self-report and cognitive measures. *Behavior Therapy*, 20(4), 603-608. doi:10.1016/S0005-7894(89)80137-6
- O' Mahoney, J. F., & Hollwey, S. (1995). Eating problems and interpersonal functioning among several groups of women. *Journal of Clinical Psychology*, 51(3), 345-351. doi:10.1002/1097-4679(199505)51:3<345::AIDJCLP2270510305>3.0.CO;2-A

- Orford, J. (1986). The rules of interpersonal complementarity: Does hostility beget hostility and dominance, submission? *Psychological Review*, *93*(3), 365-377. doi:10.1037/0033-295X.93.3.365
- Paquet, C., St-Arnaud-McKenzie, D., Zhenfeng, M., Kergoat, M., Ferland, G., & Dub, L. (2008). More than just not being alone: The number, nature and complementarity of meal-time social interactions influence food intake in hospitalized elderly patients. *Gerontologist*, *48*(5), 603-611.
- Patton, G. C., Johnson-Sabine, 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. doi:doi:10.1017/S0033291700017700
- Paul, T., & Thiel, A. (2005). *Eating Disorder-Inventory-2*. Göttingen: Hogrefe.
- Pruitt, J. A., Kappius, R. E., & Gorman, P. W. (1992). Bulimia and fear of intimacy. *Journal of Clinical Psychology*, *48*(4), 472-476.
- Pudel, V., & Westenhöfer, J. (1991). *Ernährungspsychologie: Eine Einführung* (Bd. 49). Göttingen: Hogrefe.
- Reips, U.-D. (2002). Standards for Internet-based experimenting. *Experimental Psychology*, *49*(4), 243-256. doi: 10.1026//1618-3169.49.4.243
- Rubin, Z. (1970). Measurement of romantic love. *Journal of Personality and Social Psychology*, *16*(2), 265-273. doi:10.1037/h0029841
- Russell, J. A. (1980). A circumplex model of affect. *Journal of Personality and Social Psychology*, *39*(6), 1161-1178. doi:10.1037/h0077714
- Schlesier-Carter, B., Hamilton, S. A., O'Neil, P. M., Lydiard, B. R., & Malcolm, R. (1989). Depression and bulimia: The link between depression and bulimic cognitions. *Journal of Abnormal Psychology*, *98*(3), 322-325. doi:10.1037/0021-843X.98.3.322
- Schmidt, T., & Treasure, J. (2006). Anorexia nervosa: Valued and visible. A cognitive interpersonal maintenance model and its implications for research and practice. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*(3), 343-366. doi:10.1348/014466505X53902
- Slaney, R. B., Pincus, A. L., Uliazek, A. A., & Wang, K. T. (2006). Conceptions of perfectionism and interpersonal problems: Evaluating groups using the structural summary method for circumplex data. *Assess*, *13*(2), 138-153. doi:10.1177/1073191105284878
- Steinhausen, H. C. (2000). *Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. München: Urban & Fischer.
- Sternberg, R. J. (1988). *The triangle of love*. New York: Basic Books.

- Stice, E., Marti, C. N., & Durant, S. (2011). Risk factors for onset of eating disorders: Evidence of multiple risk pathways from an 8-year prospective study. *Behaviour Research and Therapy*, 49(10), 622-627. doi:10.1016/j.brat.2011.06.009
- Stice, E., Rohde, P., Shaw, H., & Marti, C. N. (2012). Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 80(1), 164-170. doi:10.1037/a0026484
- 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), 291-303. doi:10.1037/0021-843X.102.2.297
- Sugarman, A., & Kurash, C. (1982). The body as a transitional object in bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 1(4), 57-67. doi:10.1002/1098-108X(198222)1:4<57::AID-EAT2260010405>3.0.CO;2-H
- Sullivan, H. S. (1953). *The interpersonal theory of psychiatry*. New York: Norton.
- Swift, W. J., & Stern, S. (1982). The psychodynamic diversity of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 2(1), 17-35. doi:10.1002/1098-108X(198223)2:1<17::AID-EAT2260020103>3.0.CO;2-7
- Szmukler, G. I. (1987). Some comments on the link between anorexia nervosa and affective disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 6(2), 181-189. doi:10.1002/1098-108X(198703)6:2<181::AID-EAT2260060203>3.0.CO;2-C
- Tetley, A., Moghaddam, N. G., Dawson, R. L., & Rennoldson, M. (2014). Parental bonding and eating disorders: A systematic review. *Eating Behaviors*, 15(1), 49-59. doi:10.1016/j.eatbeh.2013.10.008
- Teufel, M., & Zipfel, S. (2008). Anorexia nervosa and Bulimia nervosa im Erwachsenenalter. In S. Herpertz, M. de Zwaan, & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas* (S. 14-18). Heidelberg: Springer Medizin.
- Thielsch, M. (2008). *Ästhetik von Websites: Wahrnehmung von Ästhetik und deren Beziehung zu Inhalt, Usability und Persönlichkeitsmerkmalen*. Münster: MV Wissenschaft.
- Thienemann, M., & Steiner, H. (1993). Family environment of eating-disordered and depressed adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 14(1), 43-48. doi:10.1002/1098-108X(199307)14:1<43::AID-EAT2260140106>3.0.CO;2-7
- Thomas, A., Brähler, E., & Strauß, B. (2011). IIP-32: Entwicklung, Validierung und Normierung einer Kurzform des Inventars zur Erfassung interpersonaler Probleme. *Diagnostica*, 58(4), 68-83. doi:10.1026/0012-1924/a000074

- Thomas, J. J., & Schaefer, J. (2013). *Almost anorexic: Is my (or my Loved ones) relationship with food a problem?* Minnesota: Hazelden.
- Tran, U. (2011). *Effektstärken und deren Bedeutung für die Klinische Forschung. VO Ausgewählte Methoden.* Wien: Universität Wien.
- Troop, N. A., Allan, S., Treasure, J. L., & Katzman, M. (2003). Social comparison and submissive behaviour in eating disorder patients. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 76(3), 237-249. doi:10.1348/147608303322362479
- 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. doi:10.1002/1098-108X(198811)7:6<735::AID-EAT2260070602>3.0.CO;2-Z
- Van den Broucke, S., & Vandereycken, W. (2006). The marital relationship of patient with an eating disorder: A questionnaire study. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 541-556. doi:10.1002/1098-108X(198909)8:5<541::AID-EAT2260080506>3.0.CO;2-K
- Vocks, S., Legenbauer, R., Troje, N., & Schulte, D. (2006). Körperbildtherapie bei Essstörungen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 35(4), 286-296. doi:10.1026/1616-3443.35.4.286
- Wade, T. D., Bulik, C. M., & Kendler, K. S. (2001). Investigation of quality of the parental relationship as a risk factor for subclinical bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30(4), 389-400. doi:10.1002/eat.1100
- Waller, G., Shah, R., Ohanian, V., & Elliott, P. (2002). Core beliefs in bulimia nervosa and depression: The discriminant validity of Young's Schema Questionnaire. *Behavior Therapy*, 32(1), 139-153. doi:10.1016/S0005-7894(01)80049-6
- Walter, W., & Dammann, G. (2006). Beziehungen bei Persönlichkeitsstörungen: Empirische Ergebnisse aus interpersoneller Perspektive. *Persönlichkeitsstörungen: Theorie und Therapie*, 10(2), 121-131.
- Ward, A., Ramsay, R., Benedettini, M., & Treasure, J. (2000). Attachment patterns in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 28(4), 370-376. doi:10.1002/1098-108X(200012)28:4<370::AID-EAT4>3.0.CO;2-P
- Watzlawick, P., Beavin, J. H., & Jackson, D. D. (2000). *Menschliche Kommunikation: Formen, Störungen, Paradoxien.* Bern: Huber.
- Webster, J. J., & Palmer, R. L. (2000). The childhood and family background of women with clinical eating disorders: A comparison with women with major depression and women without psychiatric disorder. *Psychological Medicine*, 30(1), 53-60.
- Weise, G. (1975). *Psychologische Leistungstests: Intelligenz, Konzentration, spezielle Fähigkeiten.* Göttingen: Hogrefe.

- Weisman, M. M., Markowitz, J. C., & Klerman, G. L. (2000). *Comprehensive guide to interpersonal psychotherapy*. New York: Basic Books.
- Weiß, C. (2005). *Basiswissen Medizinische Statistik* (3. Aufl.). Heidelberg: Springer.
- Welker, M., & Matzat, U. (2009). Online Forschung: Gegenstände, Entwicklung, Institutionalisierung und Ausdifferenzierung eines neuen Forschungszweiges. In N. Jakob, H. Schoen, & T. Zerback (Hrsg.), *Sozialforschung im Internet: Methodologie und Praxis der Online-Befragung* (S. 33-47). Wiesbaden: VS.
- Weltgesundheitsorganisation. (2014). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen: ICD-10 Kapitel V(F) Klinisch diagnostische Leitlinien* (9. Ausg.). Bern: Huber.
- Whisman, M. A., Weinstock, L. M., & Tolejko, N. (2006). Marriage and depression. In C. L. Keyes, & S. H. Goodman (Hrsg.), *Women and Depression* (S. 219-240). New York: Cambridge University Press.
- Williams, G. J., Power, J., 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. doi:10.1002/1098-108X(199307)14:1<27::AID-EAT2260140104>3.0.CO;2-F
- Wilton, J., van Borstel, S., & Dierig, C. (13. Januar 2013). Deutschland im Fitnesswahn für den perfekten Körper. *Die Welt*. Abgerufen am 10.08.2015. Verfügbar unter <http://www.welt.de/politik/deutschland/article112729313/Deutschland-im-Fitnesswahn-fuer-den-perfekten-Koerper.html>
- Wittchen, H.-U., & Hoyer, J. (2011). *Klinische Psychologie & Psychotherapie*. Heidelberg: Springer.
- Wittchen, H.-U., Zaudig, M., & Fydrich, T. (1997). *SKID: Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-IV Achse I und II*. Göttingen: Hogrefe.
- Woell, C., Fichter, M. M., Prike, K. M., & Wolfram, G. (1989). Eating behavior of patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 8(5), 557-568. doi:10.1002/1098108X(198909)8:5<557::AIDEAT2260080507>3.0.CO;2-8
- Zipfel, S., Löwe, B., & Herzog, W. (2000). Essverhalten, Essstörungen und Adipositas. *Therapeutische Umschau*, 57(8), 504-510.

Tabellenverzeichnis

<i>Tabelle 1</i> Erfüllung der Ausschlusskriterien	35
<i>Tabelle 2</i> Kreuztabelle zu hohen/ niedrigen Werten Schlankheitsstreben und Bulimie.....	38
<i>Tabelle 3</i> Kennwerte der Reliabilitätsanalyse (N = 641)	38
<i>Tabelle 4</i> Zusammenhang Beziehungszufriedenheit und Essverhalten.....	41
<i>Tabelle 5</i> Unterschiedlichkeit der hohen und niedrigen Ausprägung im Schlankheitsstreben hinsichtlich interpersoneller Problematik.....	43
<i>Tabelle 6</i> Unterschiedlichkeit der hohen und niedrigen Ausprägung in Bulimie hinsichtlich interpersoneller Problematik	47
<i>Tabelle 7</i> Interaktionen von Schlankheitsstreben und Bulimie(N = 641)	45

Abbildungsverzeichnis

<i>Abbildung 1.</i> Darstellung des Übergangs von Symptomen des normalen Essverhaltens und auffälligen Essverhaltens an Hand eines Kontinuums	5
<i>Abbildung 2.</i> Interpersonelles Circumplexmodell. Eigenschaften im Umgang mit interpersonellen Problemen	13
<i>Abbildung 3.</i> Ausschlusskriterien anhand Substanzkonsum und Häufigkeit.....	30

Lebenslauf

Name: Olga Clarissa May
 Geburtsdatum: 29.09.1989
 Nationalität: Deutsch
 Kontakt: Olgaclarissa.may@gmail.com

Ausbildung

seit 2009: Diplomstudium der Psychologie an der Universität Wien

Praktika

September - Oktober 2013: Psychiatrischen Universitätsklinik
 Ulm, unter Leitung von Prof. Dr. Dr.
 Manfred Spitzer
 Oktober - Dezember 2012: Tutorin im „Kids Lab“ der BASF
 Österreich
 August 2012: Wiener Kinderfreunde:
 Feriabetreuung von Kindern mit
 besonderen Bedürfnissen
 Juli 2011 - August 2011: Kinder- und Jugendtherapiezentrum
 Kaiserslautern
 Juli 2009: Hohenstaufengymnasium,
 Kaiserslautern: Betreuung der
 Projektwoche
 Jänner 2005: Betriebspraktikum im Pfalztheater,
 Kaiserslautern,
 Bereich: Damenschneiderei

Berufliche Erfahrung

Seit Oktober 2013: Honorartrainerin für
 Leistungsdiagnostik im Beruflichen
 Bildungs- und
 Rehabilitationszentrum (BBRZ)
 Wien
 September 2012 - August 2013: Servicekraft im Gerstner Gourmet
 Catering Service
 Juni - September 2009: Nachhilfezentrum „Studio Einstein“
 Kaiserslautern, Fächer: Mathematik,
 Englisch, Spanisch
 2006 - 2011: Diverse Kinderbetreuung

Sprachkenntnisse

Englisch: fließend
 Französisch: Grundkenntnisse
 Spanisch: gut

EDV- Kenntnisse

Microsoft Word, Microsoft PowerPoint, Microsoft Excel, IBM SPSS Statistics, LaTeX

Ehrenamtliche Tätigkeiten

2006 - 2009: Übungsleiterin im Turnverein Trippstadt, Bereich: Aikido
2006: Wohltätigkeitsveranstaltung für krebskranke Kinder Verein
„Deutsche Krebshilfe: Kaiserslautern“, Mitwirkende
Darstellerin im Musical „Der kleine Tag“

Zusatzqualifikationen

Juni 2012: Spezialkurs zur Pflege und Betreuung behinderter Kinder
u.a. Erste Hilfe- Training für Kindernotfälle
2009: Erwerb des Hispanicums
April 2008: Übungsleiterausbildung im Budo-Kai Deutschland
November 2007: Übungsleiterausbildung des Turngau Sickingens, im
Pfälzer Turnerbund