



universität
wien

DIPLOMARBEIT / DIPLOMA THESIS

Titel der Diplomarbeit / Title of the Diploma Thesis

„Emotionaler Einfluss auf das Essverhalten bei
Anorexia nervosa und Bulimia nervosa“

verfasst von / submitted by

Elena Höglinger

angestrebter akademischer Grad / in partial fulfilment of the requirements for the degree of

Magistra der Philosophie (Mag. phil.)

Wien, 2019 / Vienna 2019

Studienkennzahl lt. Studienblatt /
degree programme code as it appears on
the student record sheet:

A 190 313 299

Studienrichtung lt. Studienblatt /
degree programme as it appears on
the student record sheet:

Lehramtstudium UF Geschichte, Sozialkunde und
Politische Bildung UF Psychologie und Philosophie

Betreut von / Supervisor:

Univ.-Prof. Dr. Ulrich Ansorge

Eidesstattliche Erklärung

Hiermit versichere ich,

- dass ich die vorliegende Diplomarbeit selbstständig verfasst, andere als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel nicht benutzt und mich auch sonst keiner unerlaubter Hilfe bedient habe,
- dass ich dieses Diplomarbeitsthema bisher weder im In- noch im Ausland in irgendeiner Form als Prüfungsarbeit vorgelegt habe
- und dass diese Arbeit mit der vom Begutachter beurteilten Arbeit vollständig übereinstimmt.

Wien, Mai 2019

Unterschrift

Elena Höglinger

Danksagung

Mein Dank gilt all jenen, die mich beim Gelingen der vorliegenden Arbeit unterstützt haben.

Meine Dankbarkeit richte ich als Erstes an meinen Betreuer Univ.-Prof. Dr. Ulrich Ansorge von der Universität Wien und meinen Mitbetreuer Univ.-Prof. Dr. Jens Blechert von der Universität Salzburg, der mir ermöglicht hat, an der klinischen Studie, die in dieser Arbeit vorgestellt wird, mitzuwirken. Ihre tatkräftige Unterstützung und Hilfestellung bei wissenschaftlichen Fragen sowie deren große fachliche Kompetenz erleichterten mir die Tätigkeiten für diese Diplomarbeit und machten sie zu einer schönen Erfahrung.

Besonderer Dank gilt vor allem auch der Essstörungsklinik „Schön Klinik Roseneck“ in Prien am Chiemsee, die es uns ermöglicht hat, ihre Patientinnen für diese Untersuchung zu befragen. Natürlich gilt mein Dank auch all jenen, die uns durch ihre Teilnahme und Kooperation zu dieser wertvollen Studie verholfen haben.

Außerdem möchte ich mich auch bei dem ganzen Team aus Salzburg bedanken, das bei der Studie mitgewirkt hat und dessen offene und freundliche Art eine äußerst angenehme Arbeitsatmosphäre geschaffen hat.

Selbstverständlich spreche ich meinen Dank auch meinen Eltern und meiner Schwester für die großartige Unterstützung aus. Danke, dass ihr auf meine Errungenschaften genauso stolz seid, wie ich.

Abschließend bedanke ich mich auch bei meinen Freundinnen für ihre motivierenden Worte sowie ihren emotionalen Rückhalt.

INHALTSVERZEICHNIS

1. Einleitung.....	1
2. Essstörungen	3
2.1 Diagnose- und Klassifikationssysteme.....	4
2.2 Symptomatik und Verlauf der Essstörungen.....	5
2.3 Diagnostik nach ICD-10 und DSM-V.....	8
2.3.1 Anorexia nervosa.....	8
2.3.2 Bulimia nervosa.....	9
2.4 Differentialdiagnose.....	10
2.5 Epidemiologie	10
2.6 Komorbidität – Zusammenhang von Essstörungen und Depression	11
2.7 Binge- Eating-Störung.....	12
3. Emotionen.....	14
3.1 Definition für Emotionen	14
3.2 Positive Emotionen	15
4. Emotionen und Essverhalten.....	17
4.1 Essverhalten	17
4.2 Gezügeltes Essverhalten.....	17
4.3 Externales Essverhalten.....	18
4.4 Emotionales Essverhalten	18
4.5 Emotionsbedingtes Essen bei Normalessern.....	20
4.6 Stress-Essen.....	20
4.7 Zusammenhang Emotionen und Essverhalten	21
4.7.1 Veränderung des Essverhaltens durch Emotionen	23
4.7.2 Veränderung der Emotionen durch das Essverhalten.....	25
4.8 Emotionen bei Anorexia nervosa	27
4.9 Emotionen bei Bulimia nervosa	27

4.10	Spezifische Emotionen.....	27
4.10.1	Angst.....	27
4.10.2	Ärger.....	28
4.10.3	Trauer.....	28
4.10.4	Freude.....	28
4.11	Emotionsregulation	29
4.12	Strategien für die Regulation von Emotionen.....	31
4.12.1	kognitive Neubewertung.....	31
4.12.2	Rumination	31
4.12.3	Ausdruck.....	31
4.12.4	Unterdrückung.....	32
5.	Zielsetzung der Studie.....	35
6.	Methode	36
6.1	Stichprobe.....	36
6.1.1	Einschlusskriterien.....	36
6.1.2	Ausschlusskriterien.....	36
6.2	Untersuchungsinstrumente	37
6.2.1	Allgemeine Depressionsskala (ADS)	37
6.2.2	The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEB-Q).....	38
6.2.3	Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q)	40
6.2.4	Salzburg Emotional Eating Scale (SEES)	42
6.2.5	Salzburg Stress Eating Scale (SSES).....	43
6.3	Fragestellungen und Hypothesen	44
6.3.1	Fragestellung 1	44
6.3.2	Fragestellung 2	44
6.3.3	Fragestellung 3	44
6.3.4	Fragestellung 4	45
6.3.5	Fragestellung 5	45

6.3.6 Fragestellung 6	45
6.4 Datenerhebung & Datenanalyse.....	46
7. Ergebnisdarstellung.....	47
7.1 Stichprobenbeschreibung	47
7.1.1 Alter	47
7.1.2 Body-Mass-Index	47
7.1.3 Anzahl der Kliniktage.....	49
7.1.4 Bildungsjahre.....	49
7.2 Interferenzstatistische Ergebnisse	50
7.2.1 ADS-K.....	50
7.2.2 DEB-Q – Externalität	51
7.2.3 DEB-Q – Emotionalität	52
7.2.4 DEB-Q – Restriktion	53
7.2.5 EDE-Q	54
7.2.6 SEES – Happiness	55
7.2.7 SEES – Sadness	56
7.2.8 SEES – Anger.....	57
7.2.9 SEES-Anxiety.....	58
7.2.10 SSES	59
7.2.11 Zusätzliche Auswertungen	60
8. Diskussion.....	61
9. Zusammenfassung.....	72
10. Abstract.....	74
10.1 Abstract deutsch	74
10.2 Abstract englisch	75
11. Literaturverzeichnis	77
12. Abbildungsverzeichnis.....	95
13. Tabellenverzeichnis	96

Theoretischer Teil

1. EINLEITUNG

Es besteht ein komplexer und vielartiger Zusammenhang zwischen Emotionen und Essverhalten (Macht, 2005). So kann es zu einer wechselseitigen Beeinflussung von Emotionen und Essverhalten kommen. Hoher innerer Druck, Stress und starke Emotionen sind Risikofaktoren, die zu einem Kontrollverlust im Essverhalten führen können. Das Erleben von Emotionen, wie Angst, Ärger, Trauer und Freude ist etwas ganz Alltägliches. Der individuelle Umgang entscheidet, wie die Emotion uns im Verhalten beeinflusst.

Oft wird versucht, durch das Essverhalten unangenehme Gefühle abzufedern. Diese Form des Essverhaltens bezeichnet man als emotionales Essverhalten. Durch bevorzugt leicht verfügbare und hochkalorische Kost wird versucht, den aversiven Gefühlszustand zu bewältigen (Macht, 2011). Aus psychoanalytischer Sicht können Personen mit einem emotionalen Essstil ihre Gefühle nicht richtig deuten und folglich die Emotionen nicht von ihrem tatsächlichen Hungergefühl unterscheiden (Bruch, 1961). Eine Dysregulation der Emotionen konnte bereits in zahlreichen Untersuchungen mit verschiedenen Psychopathologien, darunter Essstörungen wie der Bulimia nervosa und Anorexia nervosa in Verbindung gebracht werden (Brockmeyer et al., 2014; Svaldi et al., 2012).

Nicht nur die Emotionsmerkmale Intensität, Qualität und Valenz haben einen Einfluss auf die verzehrte Nahrungsmenge. Auch Personenmerkmale, wie zum Beispiel das Geschlecht und der aktuelle Essstil wirken auf das Essverhalten ein. Deshalb soll in dieser Arbeit ein besonderer Fokus auf ein „gezügeltes“, „externales“ und „emotionales Essverhalten“ gelegt und geprüft werden, ob diese Essstile miteinander korrelieren.

Frühere Forschungen zu dieser Thematik stützten sich vor allem auf die Untersuchung negativer Emotionen. Positive Emotionen sowie Essen unter Stress können jedoch auch eine Veränderung im Essverhalten herbeiführen und werden deshalb in der vorliegenden Arbeit in Zusammenhang mit einem emotionalen Essverhalten untersucht. Zusätzlich soll die Frage geklärt werden, ob spezifische Emotionen einen unterschiedlich starken Einfluss auf das Essverhalten haben.

Diese Arbeit knüpft an den aktuellen Forschungsstand an und versucht die Zusammenhänge von Emotionen und Stress auf die Regulation des Essverhaltens bei Personen mit einer Anorexia nervosa und Bulimia nervosa aufzuzeigen. Verglichen mit einer Kontrollgruppe ohne Essstörungssymptomatik sollen Abweichungen zu einem gesunden Essverhalten ermittelt

werden, um so neue Erkenntnisse für die zukünftige Forschung sowie Prävention und Intervention von Essstörungen zu erlangen. Des Weiteren sollen neue Ansatzpunkte für die Behandlung von Essstörungen geboten werden.

Im ersten Teil meiner Diplomarbeit kommt es zur Erarbeitung des theoretischen Teils, der die Grundlage für die empirische Untersuchung schafft. In diesem Teil werden zunächst die beiden Störungsbilder Bulimia nervosa und Anorexia nervosa skizziert. Anschließend werden Grundbegriffe wie „Emotion“ und „Essverhalten“ näher erläutert, um schlussendlich den komplexen Zusammenhang zwischen Emotionen und Essverhalten zu beleuchten.

Im Methodenteil werden die Stichprobe und die Untersuchungsinstrumente skizziert, sowie Informationen über die Datenerhebung und Datenanalyse gegeben. Zusätzlich werden in diesem Abschnitt die Fragestellungen und Hypothesen angeführt.

Im Ergebnisteil werden die Ergebnisse der untersuchten Hypothesen angeführt, um diese im anschließenden Diskussionsteil reflektieren zu können. Abschließend folgt ein kurzer Ausblick für zukünftige Forschungen.

2. ESSSTÖRUNGEN

Das wissenschaftliche Interesse seitens der Psychologie und Medizin hat in Bezug auf das Phänomen Essstörungen stark zugenommen. Auch die mediale Aufmerksamkeit und das Interesse der Allgemeinbevölkerung steigen zu diesem Thema immer mehr an (Spiegel Online, 2018; Kurier.at, 2017).

Essstörungen stellen den Überbegriff für verschiedene Formen eines stark gestörten Verhaltens in Bezug auf das Essen dar (Arolt, et al., 2007). Die aufgenommene Nahrung und das daraus ergebende Körpergewicht gelten als krankhaft (Herpertz et al, 2015). Die permanente gedankliche Fokussierung und emotionale Befassung mit dem eigenen Körper und dem „Essen“ gelten als zentraler Aspekt dieses Störungsbildes. Eine überdurchschnittliche Signifikanz bezüglich des Körpergewichts und Körperform gehen einher mit dem Wunsch nach Gewichtsabnahme beziehungsweise einer Kontrolle über das eigene Körpergewicht (Tuschen-Caffier et al., 2005).

Es wird angenommen, dass Essstörungen durch eine multifaktorielle Verursachung entstehen, bei der sowohl biologische, intrapsychische als auch soziokulturelle Bedingungen verknüpft sind und sich wechselseitig verstärken (Habermas, 2015). Somit wurden die rein psychodynamischen, kognitiv-behavioralen oder biologischen Erklärungsversuche von „biopsychosozialen“ Modellen abgelöst. Ein einheitliches, empirisches Konzept über die Pathogenese sowie Aufrechterhaltung von Essstörungen existiert nicht, da sich die Modelle in der Gewichtung von biologischen, psychodynamischen und soziokulturellen Faktoren differenzieren (Leon et al., 1997). Die Modelle weisen jedoch einen Konsens darüber auf, dass sowohl zwischen prädisponierenden Faktoren, auslösenden Ereignissen als auch aufrechterhaltenden Mechanismen eine Wechselwirkung besteht (McGilley, & Pryor, 1998).

Prädisponierende Faktoren bestehen bereits vor Eintritt der Störung über einen längeren Zeitraum hinweg und können auch nach dem Auftreten des Krankheitsbildes weiterhin wirksam sein. Zu diesen Faktoren zählen beispielsweise ein soziokulturell vorgegebenes Schlankkeitsideal, ein niedriges Selbstwertgefühl, ein gestörtes Interaktionsmuster innerhalb der Familie, individuelle Lernerfahrungen in Bezug auf den Nahrungsverzehr und dysfunktionale Denkschemata. Ein striktes Diätverhalten zeigt sich bei den meisten anorektischen und bulimischen Patientinnen bereits vor Eintritt der Krankheit, kann jedoch auch als auslösender Faktor manifestiert werden (Jacobi et al., 2004). Die auslösenden Faktoren sollen den Zeitpunkt des erst-

maligen Auftretens des Störungsbildes definieren. Ereignisse, die mit Trennung und Verlust, Angst und Leistungsversagen einhergehen, aber auch physische Erkrankungen werden als Auslöser für eine Essstörung gesehen (Herpertz et al., 2015).

Biologische sowie psychologische Veränderungen können die Aufrechterhaltung einer Essstörung begünstigen, auch wenn die auslösenden Faktoren der Essstörung gar nicht mehr vorhanden sind. Fehlende Bewältigungsstrategien und eine gestörte Informationsverarbeitung sowie ein restriktives Essverhalten zählen ebenfalls zu den aufrechterhaltenden Faktoren einer Essstörung (Legenbauer, & Vocks., 2014).

Die folgenden Abschnitte geben einen kurzen Einblick in die Krankheitsbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Das Kapitel wird mit einem weiteren Essstörungsbild, der Binge-Eating-Störung, die einige Parallelen zur Bulimia nervosa aufweist, abgeschlossen. Da die Binge-Eating-Störung für die vorliegende Arbeit nicht relevant ist, wird diese Krankheit nur kurz beschrieben.

2.1 Diagnose- und Klassifikationssysteme

Anorexia nervosa wurde erstmalig durch die Ärzte Gull (1873) und Lasègue (1874) definiert. Seither gab es einen großen Wandel in den Begrifflichkeiten zu Essstörungen. Hilde Bruch (1973) prägte durch ihre Arbeiten in den 1970er und 1980er-Jahren die Erforschung der zentralen psychologischen Hintergründe für das Störungsbild Anorexia nervosa.

Die aktuellen psychiatrischen Klassifikationssysteme sind das DSM (Diagnostisches und Statistisches Manual für Psychische Störungen, Saß et al., 2003), welches von der American Psychology Association (APA) in den USA zur Klassifikation von psychischen Erkrankungen herangezogen wird und das ICD, der von der World Health Organization (WHO) veröffentlichte Katalog zur Klassifizierung von Krankheiten (Internationale Klassifikation psychischer Störungen, Dilling, & Freyberger, 2013). Essstörungen zählen im ICD-10 zu den „Verhaltensauffälligkeiten in Verbindung mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)“ (WHO, 2005) und gelten als eigenständige psychiatrische Erkrankung. Es kommt zu einer Unterteilung in drei Gruppen, die sich aus der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und den atypischen Essstörungen zusammensetzen (WHO, 2005). Im DSM-V wird neben Anorexia nervosa und Bulimia nervosa auch die Binge-Eating-Störung als eigene Diagnose beschrieben und als Essstörung angeführt. Zusätzlich gibt es noch Kategorien der „anderen näher bezeich-

neten Futter- oder Essstörungen“ (z. B. Pica, Ruminationsstörung) und „Nicht näher bezeichnete Futter- oder Essstörungen.“ (Herpertz et al., 2015).

Die WHO stellte am 18. Juni 2018 den neuen Diagnoseschlüssel ICD-11 in Genf vor. Auf der nächsten Weltgesundheitsversammlung im Mai 2019 soll die internationale Klassifikation ICD 11 verabschiedet und ab Januar 2022 offiziell gültig werden.

2.2 Symptomatik und Verlauf der Essstörungen

Bei den Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa lassen sich einige Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede hinsichtlich Symptomatik und Verlauf feststellen:

Das Wort Anorexia nervosa, auch Magersucht genannt, stammt aus dem Griechischen und beschreibt eine „seelisch bedingte Appetitlosigkeit“ (Habermas, 1992). Der Ausdruck Bulimia nervosa stammt ebenfalls aus dem Griechischen und wird übersetzt mit „Stierhunger“ beziehungsweise „Ochsenhunger“ (Langsdorff, 2011). Die Bulimia nervosa wurde lange Zeit als eine Variante der Anorexia nervosa gesehen, bis sie durch den englischen Psychiater Gerard Russell (1979) mit diagnostischen Kriterien definiert und somit von dem Krankheitsbild Anorexia nervosa abgegrenzt wurde (Cuntz, & Hillert, 2008; Russell, 1979).

Im Mittelpunkt beider Störungsbilder steht die Überbewertung der eigenen Figur und des eigenen Gewichts. Diese beiden Charakteristika, sowie die Kontrolle darüber, definieren den eigenen Selbstwert (Halmi et al., 2005). Die vorherrschende Körperschemastörung, Defizite der proprio- und interozeptiven als auch der emotionalen Wahrnehmung, sowie das ständige Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit, werden den beiden Essstörungenbildern als Symptomen zugeordnet (Bruch, 1973).

Die Anorexia nervosa ist geprägt durch eine krankhafte Angst vor einer Gewichtszunahme, sowie dem Bedürfnis nach extremer Schlankheit (Tuschen-Caffier et al., 2005). Durch eine sehr restriktive Nahrungsauswahl, indem hochkalorische Kost vermieden wird, selbstinduziertes Erbrechen oder übermäßige körperliche Betätigung durch Sport kommt es zu einer kontinuierlichen und selbstständig herbeigeführten Reduktion des Körpergewichts. Hilfsmittel wie Appetitzügler und Abführmittel werden ebenfalls zum Gewichtsverlust herangezogen (Wöckel, & Schmidt, 2002). Der Verlust des Körpergewichts manifestiert sich in einem Gewicht, welches mindestens 15% unter dem altersentsprechenden Normalgewicht liegt (maximaler Body-Mass-Index von 17.5 kg/m² (Wöckel, & Schmidt, 2002)) (Arolt et al., 2007).

Es werden zwei Subtypen der Anorexia nervosa unterschieden:

Restriktiver Typus: Bei den Betroffenen kommt es durch ein kalorienreduziertes Essverhalten ohne zusätzliche Maßnahmen (z. B. Sport oder Abführmittel) zur Reduktion des Körpergewichts (Devlin, & Steinglass, 2014).

Binge-/ Purging-Typus: Bei den Betroffenen treten Essanfälle auf, die durch selbstinduziertes Erbrechen oder durch die Einnahme von appetitzügelnden Substanzen, Laxantien oder Diuretika kompensiert werden. Hierbei spricht man von einer bulimischen Anorexie (Herpertz et al., 2015). Studien zufolge zeigen PatientInnen dieses Subtypus öfter ein impulsives Verhalten, das sich in Selbstverletzung oder Drogenabusus äußern kann (Devlin, & Steinglass, 2014).

Bei Bulimia nervosa-Patientinnen kommt es im Unterschied zur Anorexia nervosa zu wiederholten Essanfällen. Bei Essanfällen werden von den Betroffenen überdurchschnittlich große Mengen an Nahrung verzehrt. Folglich kommt es zu einem Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten (Hilbert, & Czaja, 2007). Zwischen zweimal wöchentlich bis hin zu mehrmals täglich kann es zu solchen Essepisoden kommen (Tuschen-Caffier et al., 2005). Ziolko und Schrader (1985) geben an, dass sich eine Essanfallepisode über einen Zeitraum von 14 Minuten bis hin zu 43 Stunden ziehen kann. Ebenso kann es zu einer starken Variation der aufgenommenen Kalorienmenge kommen. Man geht davon aus, dass während einer Fressattacke im Durchschnitt zwischen 3400-4800 kcal und maximal 5500 kcal pro Tag aufgenommen werden (Ziolko, & Schrader, 1985).

Oft werden Lebensmittel in „erlaubte“ und „verbotene“ Nahrungsmittel auf Grund ihrer Kaloriendichte eingeteilt. Ein Verzehr von „verbotenen“ Nahrungsmitteln kann hierbei schon als Essattacke gelten. Generell werden während einer Fressattacke bevorzugt hochkalorische und leicht verzehrbare Lebensmittel wie beispielsweise Kuchen, Nudeln und Süßigkeiten aufgenommen (Tuschen-Caffier et al., 2005).

Die Essattacken verursachen bei den Betroffenen ein starkes Gefühl des Kontrollverlusts, der versucht wird, mit einem Kompensationsverhalten ausgeglichen zu werden. Das selbsterbeigeführte Erbrechen oder der Missbrauch von Laxantien und Diuretika soll die zuvor aufgenommene Nahrungsmenge kompensieren, um so das Körpergewicht zu halten. Deshalb liegt das Gewicht der Bulimiker oft im Normal- bzw. untergewichtigen Bereich (Franke, 2004; Arolt et al., 2007; Ziolko, & Schrader, 1985).

Auch bei der Bulimia nervosa werden zwei Subtypen unterschieden:

Purging Typ: kennzeichnet sich durch selbst herbeigeführtes Erbrechen beziehungsweise Missbrauch von Abführmittel und Appetitzüglern.

Non-purging-Typus: Durch übertriebenes Fasten und exzessiver sportlicher Betätigung wird versucht, die aufgenommene Nahrung zu kompensieren (Franke, 2004).

Im Durchschnitt erkranken Anorexia nervosa-Patientinnen zwischen dem 13. und 19. Lebensjahr, oft beginnend durch ein stark restriktives Diätverhalten (Herzog et al., 2006; Fairburn, & Harrison, 2003). Die über 300 Untersuchungen in den letzten 100 Jahren, die einen mittel- und langfristigen Verlauf der Anorexia nervosa analysierten, berichten zusammenfassend über folgende Ergebnisse: 59,6% der anorektischen Patientinnen konnten wieder ein Körpergewicht im Normalbereich erreichen, bei ca. 57% der Erkrankten stellte sich wieder eine Normalisierung des Menstruationszyklus ein und 46,8 % der Anorexia nervosa-Patientinnen kehrten zu einem normalisierten Essverhalten zurück (Herpertz et al., 2015). Die Anorexia nervosa zeigt als einzige Essstörung eine erhöhte Mortalität von etwa 5% (Steinhausen, 2002).

Das durchschnittliche Erkrankungsalter der Bulimia nervosa liegt bei etwa 18 bis 19 Jahren (Fairburn, & Harrison, 2013). Nach Abschluss einer therapeutischen Behandlung erreichten 30-50% der Fälle bereits nach 6 bis 12 Monaten eine Verbesserung ihres Zustandes, somit wurden hier die Kriterien einer Bulimie nicht mehr nachgewiesen. Nach ca. 2 bis über 5 Jahren kam es zu einer Remission (= Abwesenheit von Essanfällen und unangemessene Maßnahmen der Gegensteuerung) bei ca. 50% der Fälle. Bei ca. 30% kam es zu einer teilweisen Verbesserung und bei ca. 20% stellte sich keine Veränderung ein. In einem Zeitraum von 6 Jahren kam es bei ca. 30% der Betroffenen zu einem Rückfall. Die Rückfallsraten sinken jedoch mit zunehmendem Zeitabstand, sodass man nach 12 Jahren nur mehr eine Rückfallquote von ca. 10-15% ermitteln konnte.

Weitere Beeinflussungsfaktoren für den Verlauf beider Essstörungen zeigen sich im Grad des Bildungs- und Sozialrangs, wobei sich ein hoher sozialer Status sowie eine kooperative und konfliktarme interfamiliäre Beziehung positiv auf den Erkrankungsverlauf auswirken können (Cuntz, & Hillert, 2008).

2.3 Diagnostik nach ICD-10 und DSM-V

2.3.1 Anorexia nervosa

ICD-10	DSM-V
1. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts, oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).	A. Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, die unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt. Signifikant niedriges Gewicht definiert sich als ein Gewicht, das unterhalb des minimal zu erwartenden Gewichts liegt.
2. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, zu dick zu werden trotz bestehenden Untergewichts.	B. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, zu dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt trotz des signifikant niedrigen Gewichts.
3. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichtes, übertriebener Einfluss des Körpergewichtes oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichtes.	C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichtes, übertriebener Einfluss des Körpergewichtes oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtigen geringen Körpergewichtes.
4. Bei postmenarchalen Frauen Vorliegen einer Amenorrhö, d. h. das Ausbleiben von mindestens 3 aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen.	

Tabelle 1: Diagnosekriterien Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-V (APA, 2015; Teufel, & Zipfel, 2008, S.14-15; Herpertz et al., 2015, S.29)

2.3.2 Bulimia nervosa

ICD-10	DSM-V
1. Dauerhafte Beschäftigung mit Nahrung, unwiderstehliche Gier nach Essen, die Betroffenen leiden an Essattacken, bei denen innerhalb einer kurzen Zeitspanne große Nahrungsmengen verzehrt werden.	A. Wiederholte Episoden von >>Essanfällen<<. Ein Essanfall ist durch die folgenden beiden Merkmale gekennzeichnet: - Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 h), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. - Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch die Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben)
2. Eine Zunahme des Körpergewichts wird versucht, durch verschiedene Verhaltensweisen zu kompensieren: Selbstherbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Einsatz von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.	B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien und Diuretika, Klistieren oder anderen Medikamenten, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
3. Es besteht eine krankhafte Furcht vor dem Dickwerden. Folglich werden scharfe Gewichtsgrenzen gesetzt, die weit unter dem als „gesund“ betrachteten Körpergewicht liegen.	C. Die Essanfälle und die unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.
4. Mit einem Intervall von einigen Monaten bis hin zu mehreren Jahren lässt sich in der Vorgeschichte häufig eine Episode einer Anorexia nervosa feststellen.	D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
	E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Tabelle 2: Diagnosekriterien Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-V (APA, 2015; Teufel, & Zipfel, 2008, S.16; Herpertz et al., 2015, S.29)

2.4 Differentialdiagnose

Anorexie und Bulimie sind sich bezüglich ihrer Psychopathologie und Psychodynamik sehr ähnlich. Daher ist oftmals eine eindeutige Diagnose schwer zu stellen. Ein klares Abgrenzungsmerkmal der beiden Esspathologien ist die Körperschemastörung, die als Kernsymptom der Anorexia nervosa gilt und auch im DSM-V als diagnostisches Kriterium für dieses Störungsbild angeführt wird (Herpertz et al., 2015). Es ist jedoch vor allem ein Übergang der Anorexia nervosa in das Krankheitsbild der Bulimia nervosa festzustellen, sodass man den bulimischen Subtyp der Anorexie häufig nicht hundertprozentig von der Bulimia nervosa abgrenzen kann.

Auch bei der Binge-Eating-Störung lassen sich einige Parallelen zur Bulimie beobachten. Eine klare Abgrenzung wird jedoch durch gegenregulierendes Verhalten (z. B. Erbrechen, Missbrauch von Abführmittel), manifestiert. Die größte Differenz zwischen Menschen mit Bulimie und Menschen mit einer Binge-Eating-Störung liegt laut Fairburn et al. (2003) darin, dass es bei Personen mit einer Binge-Eating-Störung nicht zu einem zeitweiligen Aussetzen vom Essen kommt, sie somit keine „gezügelter Esser“ sind und es auch nicht zur ständigen Kontrolle des Körpergewichts kommt (Cooper, & Fairburn, 2003).

2.5 Epidemiologie

Anorexia nervosa und Bulimia nervosa treten vorwiegend in hochindustrialisierten Ländern auf, in denen es ein Überangebot an Nahrungsmitteln gibt. Die Studienergebnisse von epidemiologischen Untersuchungen bezüglich Essstörungen variieren je nach Studientyp und den Personen, die untersucht wurden. Hudson et al. (2007) geben eine durchschnittliche Lebenszeitprävalenz für das weibliche Geschlecht zwischen 0.9% - 1.0% an. Die Prävalenzraten bei Männern sind mit 0.1% - 0.3% deutlich geringer. Die Lebenszeitprävalenz bei Frauen mit Bulimia nervosa liegt im Durchschnitt bei 1.1% - 1.7% (Wittchen et al., 1998). Die durchschnittliche Lebenszeitprävalenz beim männlichen Geschlecht ist hier ebenfalls mit 0.1% signifikant niedriger (Garfinkel et al., 1995). Obwohl die Anzahl der Erkrankungen von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa bei Männern immer mehr ansteigt, sind deutlich mehr Frauen von diesen Krankheitsbildern betroffen (Herpertz et al., 1997).

2.6 Komorbidität – Zusammenhang von Essstörungen und Depression

Psychische Komorbiditäten wie Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen und depressive Störungen treten häufig im Zuge einer Essstörung auf (Braun et al., 1994; Gastpar et al., 1999). Der Zusammenhang zwischen der affektiven Störung Depression und Bulimia nervosa wurde von von Wietersheim (2015) diskutiert. Die Studie berichtete, dass bei 60% der Bulimia nervosa-Patientinnen depressive Episoden bereits vor Krankheitsbeginn auftraten. Bei 34% der Untersuchten wurde nach Krankheitsbeginn und bei 5% der Bulimia nervosa-Patientinnen bei zeitgleichem Auftreten mit der Essstörung, eine depressive Symptomatik festgestellt. Dieselbe Studie untersuchte auch Anorexia nervosa-Patientinnen. 35% - 40% der Anorexia nervosa-Patientinnen gaben an, bereits vor dem Auftreten der Krankheit depressive Episoden erlebt zu haben. Generell geht man davon aus, dass zwischen 40% - 80% aller anorektischen Patientinnen eine depressive Komorbidität im Zuge ihres Erkrankungsbildes aufweisen (Godart et al., 2004; Zonneville-Bender et al., 2004; von Wietersheim, 2015).

Essstörungen werden von einigen AutorenInnen als eine atypische Form der Depression bezeichnet (Cantwell et al., 1977; Hudson et al., 2007). Es lassen sich jedoch hinsichtlich der depressiven Symptomatik einige Unterschiede zwischen Patientinnen mit einer Essstörung und Patientinnen mit Depression feststellen (Kennedy et al., 1994). Demnach ist die Depression vor allem durch Anzeichen wie Selbstmordgedanken und manifester Traurigkeit geprägt. Im Gegensatz dazu zeigen sich beispielsweise bei Bulimia nervosa-Patientinnen primär Symptome wie innere Anspannung und pessimistische Gedanken (Levy et al., 1989).

Es wird auch über eine mögliche kurzfristige Milderung der depressiven Symptomatik durch bulimisches beziehungsweise anorektisches Essverhalten diskutiert. Infolge eines restriktiven Essverhaltens kommt es zu einer Zentrierung auf nahrungsbezogene Themen. Diese schaffen eine kurzzeitige Ablenkung von negativen Gedanken und reduzieren somit den als subjektiv empfundenen Kummer (Strober, & Katz, 1988). Entgegengesetzt wird jedoch auch behauptet, dass die Depression eine Konsequenz der Essstörung ist. Durch andauerndes Verheimlichen der Verhaltensweise kommt es zu einem Anstieg negativer interpersoneller Erfahrungen, die mit einem niedrigen Selbstwert einhergehen. Die meisten Essstörungs-Patientinnen leben auf Grund ihrer Verhaltensweisen in einer sozialen Isolation. Dieser Umstand stellt eine weitere Voraussetzung für eine Komorbidität einer psychischen Störung, wie beispielsweise der Depression, dar (Schweiger, 2008).

2.7 Binge- Eating-Störung

Die Binge-Eating-Disorder wird auf grund ihrer Ähnlichkeit zur Bulimia nervosa in dieser Arbeit einige Male erwähnt. Es wird jedoch kein Fokus darauf gesetzt und diese somit nur sehr knapp beschrieben.

Bei der Binge-Eating-Störung, auch psychogene Hyperphagie genannt, kommt es ähnlich wie bei der Bulimia nervosa zu rezidivierenden „Fressattacken“, die jedoch nicht durch gegenregulierende Maßnahmen kompensiert werden. Der Ausdruck „Binge“ wird mit Herunterkippen bzw. Hineinschlingen übersetzt (Baeck, 2007).

Unkontrollierte Fressanfälle, durch bevorzugt fett- und zuckerreiche Nahrung, führen dazu, dass sich die Betroffenen dem Essen oft „ausgeliefert“ fühlen. Ein fehlendes Kompensationsverhalten in Form von Magenentleerung beziehungsweise durch das Einnehmen von Abführmitteln führt in den meisten Fällen zu einem starken Übergewicht. Eine weitere Differenzierung zum Störungsbild der Bulimie manifestiert sich darin, dass die Betroffenen oft nicht wissen, in welchem Zeitraum sich der Essanfall abspielte beziehungsweise wann die nächste Fressattacke startet (Tuschen-Caffier et al., 2005; Zitt, 2008). Man unterscheidet zwischen zwei Subtypen:

Betroffene, die eine leichte Diät durchführen aber ansonsten keinerlei Auffälligkeiten aufweisen.

Betroffene, die zu einer Diät zusätzlich psychisch und affektive Störungen aufweisen (Griolo et al., 2001).

Die Essanfälle von BED-Patientinnen sind schwer zu fassen, da sie sich auch über den ganzen Tag verteilt ausbreiten können. Grundsätzlich geht man davon aus, dass die Fressattacken bevorzugt abends und ca. 2,5-5 Mal die Woche auftreten. Des Weiteren ist davon die Rede, dass Binge-Eating-Störung-Patientinnen geringere Kalorienmengen während eines Essanfalls zu sich nehmen (etwa 600-3000 kcal pro Essanfall) (de Zwaan, & Mühlhans, 2015, In: Herpertz et al., 2015) als jene, die von Bulimie betroffen sind (Tuschen-Caffier et al., 2005; Fitzgibbon, & Blackman, 2000). Das Störungsbild wird begleitet von Schuldgefühlen und depressiven Verstimmungen (Baeck, 2007). Zum Verlauf der Binge-Eating-Störung liegen keine Langzeitstudien vor, da sie erstmalig 1994 im DSM-IV als eigenständige Essstörung definiert wurde (Reich et al., 2001). Fairburn et al. (1999) konnten jedoch in ihrer Studie einen sehr günstigen Verlauf dieses Störungsbildes untersuchen. Nach 5 Jahren wurde bei 85% der Stu-

dienteilnehmer keine Essstörung mehr festgestellt, 9% litten weiter an der Binge-Eating-Störung und die übrigen 6% entwickelten eine Bulimie. Es konnte eine bessere soziale Adaption und ein größeres Selbstwertgefühl bei den Versuchspersonen mit einer Binge-Eating-Störung festgestellt werden im Gegensatz zu den Personen mit einer Bulimie. Diese Ergebnisse konnten durch die Resultate einer früheren Studie an der Allgemeinbevölkerung bestätigt werden (Cachelin et al. 1997).

3. EMOTIONEN

„Everyone knows what an emotion is, until asked to give a definition. Then, it seems, no one knows” (Fehr, & Russel, 1984, S.464). Kleinginna & Kleinginna (1981) führen über 90 verschiedene Definitionen für Emotionen an. Es zeigt sich, dass es keine exakte Definition für den Begriff „Emotion“ gibt. Um das facettenreiche Konstrukt der Emotion besser zu verstehen, ist es von Bedeutung, die verwandten Begriffe von „Emotionen“ zunächst genauer zu beleuchten (Brandstätter, & Otto, 2000).

Affekt

Ein verwandtes Konstrukt der Emotion ist der Affekt. In der deutschen Emotionspsychologie spielt er nur eine geringe Rolle und wird vorwiegend in der Psychiatrie angeführt, um äußerst intensive Emotionen zu beschreiben (Brandstätter, & Otto, 2000). Im englischen Sprachgebrauch wird „affect“ sowohl als Synonym für Emotionen, als auch als bloße Beschreibung eines erlebten Lust- oder Unlust-Gefühls herangezogen (Schmidt-Atzert et al., 2014). Gross (2014) skizziert Affekte als ein übergeordnetes Konstrukt unterschiedlicher Empfindungszustände, darunter Stressreaktionen (erhöhte seelische und körperliche Belastung), Stimmungen (z. B. Depressivität) und Emotionen (z. B. Ärger).

Stimmung

Emotionen und Stimmung sind verwandte Begriffe, unterscheiden sich jedoch in dem Aspekt, als dass es sich bei einer Stimmung um einen unklaren, gefühlsbetonten Zustand handelt, der ohne bestimmte Ursache auftritt. Dieser Zustand ist im Vergleich zu Emotionen nicht so intensiv und kann bis zu mehrere Tage hinweg anhalten (Scherer, 2005).

Gefühl

Emotionen sind nach Antonio Damasio (2005) körperliche Veränderungen, die eine Sammelaktion darstellen. Gefühlen fehlt der körperliche Zustand. Sie sind reine kognitive Erfahrungen, die auf einem Kontinuum von positiv bis negativ bewertet werden können (Otto et al., 2000; Schmidt-Atzert et al., 2014).

3.1 Definition für Emotionen

Obwohl in der Emotionspsychologie keine klare Definition für diesen Terminus existiert, kann man zusammenfassen, dass Emotionen aktuelle, psychische Zustände von Personen sind, die durch Objektgerichtetheit, Qualität, Intensität und Dauer gekennzeichnet sind. Emotionen unterstützen uns im Alltag unter anderem bei der Beurteilung der eigenen Person und

der Umwelt und lenken die Aufmerksamkeit auf die für uns relevanten Komponenten aus der Umwelt. Emotionen steuern zudem Verhaltensreaktionen und erleichtern die Gestaltung und Bildung von sozialen Interaktionen (Gross, 2014).

Die Merkmale von Emotionen umfassen eine kognitive Bewertung von Reizen in Bezug auf die eigenen Erwartungen, Bedürfnisse, Motive und Ziele, welche auf die aktuelle Motivationslage rückschließen lassen. Zudem sind Emotionen oftmals mit spezifischen Gesichtsausdrücken sowie Körperhaltungen verknüpft und zeigen sich durch Reaktionen des autonomen Nervensystems (z. B. beschleunigter Herzschlag, erhöhte Hautleitfähigkeit).

Ein weiterer physiologischer Aspekt zeigt sich in der Aktivität spezifischer Gehirnstrukturen, sowie neuronaler Schaltkreise. Emotionen haben außerdem eine motivierende als auch handlungsvorbereitende Funktion und setzen den Organismus in Handlungsbereitschaft. (Gross, & Thompson, 2007).

Die Entstehung von Emotionen gleicht einem dynamischen Prozess. Die hervorgerufene emotionale Reaktion beeinflusst die anfänglich emotionsauslösende Situation und hat zudem auch Auswirkungen auf die nächste emotionale Reaktion (Gross, & Thompson, 2007). Durch die sich ergebende Prozessschleife wird die Bedeutsamkeit der Regulation bzw. der richtigen Wahl einer regulierenden Strategie von Emotionen verdeutlicht.

3.2 Positive Emotionen

Bis heute fokussiert die Forschung vorrangig auf die Untersuchung negativer Emotionen. Positive Emotionen stellen aus evolutionärer Sicht keinen direkten Überlebenswert dar und werden auch im Alltag nicht mit Gefahr assoziiert. Die Psychologie sieht in positiven Emotionen keinen Behandlungsbedarf und schenkt ihnen bis dato nur wenig Aufmerksamkeit. Zudem gibt es eine weitaus unklarere Differenzierung von positiven Emotionen, weshalb eine Unterscheidung im Gegensatz zu negativen Emotionen viel komplexer erscheint.

Ekman et al. (1987) konnten zeigen, dass bestimmte negative Emotionen eine unverwechselbare Gesichtskonfiguration besitzen, die ihnen einen individuellen Signalwert verleihen. Dieser Signalwert existiert nach Ekman (1992) bei positiven Emotionen nicht. Sie teilen alle das *Duchenne-Lächeln* (erhöhte Lippennecken, in Kombination mit einer Muskelkontraktion um die Augen) (Ekman, 1992).

Nach Nesse (1990) sind negative Emotionen der Ausdruck von Bedrohung und positive Emotionen zeigen sich bei Chancen. Die Asymmetrie von negativen und positiven Emotionen lässt sich durch die Tatsache, dass es mehr verschiedene Arten von Bedrohungen als von Chancen gibt, herleiten. Wenn ein Gefühl der Angst in uns hoch kommt, reagiert der Körper mit dem Wunsch, zu flüchten und mobilisiert autonome Prozesse, die beim Entkommen unterstützend wirken (z. B. Erhöhung des Blutflusses zu den großen Muskelgruppen) (Levenson, & Ruef 1992). Levenson (1992) skizziert die primäre Funktion unserer Emotionen in der Vorbereitung unseres Geistes und Körpers mit Hilfe von spezifischen Aktionstendenzen. Die Emotion Traurigkeit bildet hierbei eine Ausnahme, da sie dazu führt, dass sich der Mensch aus dem aktiven Handeln zurückzieht. Im Gegensatz dazu scheinen positive Emotionen vor allem Veränderungen in der kognitiven und weniger in der körperlichen Aktivität freizusetzen (Frijda, 1986).

Barbara Fredrickson (2001) verdeutlicht mit ihrer *broaden-and-build theory of positive emotions*, dass durch das Erfahren positiver Emotionen, die Gesamtheit der momentanen Gedanken und Handlungen ausgeweitet werden kann. Das Erleben von Freude regt beispielsweise die Kreativität an. Als Nebeneffekt kann es beim Aufkommen von Freude auch zur Erweiterung der körperlichen, intellektuellen und sozialen Ressourcen eines Individuums kommen (Boulton, & Smith, 1992). Dadurch wird die Resilienz in Bezug auf verschiedene Stressoren gestärkt und führt zu einer größeren Zufriedenheit mit dem eigenen Lebens (Tugade, & Fredrickson, 2004).

Eine Erweiterung der *broaden-and-build theory of positive emotions* stellt die *undo hypotheses* dar. Sie geht davon aus, dass positive Emotionen den Folgen negativer Emotionen entgegenwirken und sie somit reduzieren (Fredrickson, & Levenson, 1998). Infolgedessen wäre es nach Wood und Tarrier (2010) bei der Erforschung von klinischen Störungen essenziell, positive und negative Emotionen, die in Wechselbeziehung auftreten, zusammen zu beurteilen.

4. EMOTIONEN UND ESSVERHALTEN

Der komplexe Zusammenhang zwischen Emotionen und Essverhalten kann durch zwei wesentliche Aspekte, die sich voneinander unterscheiden, dargestellt werden. Einerseits wird das Essverhalten durch Emotionen verändert, andererseits kommt es auch zu einer Veränderung der Emotionen durch das Essverhalten (Macht, 2005).

Um den wechselseitigen Zusammenhang zwischen Emotionen und Essverhalten zu verdeutlichen, werden zunächst der Begriff Essverhalten und die verschiedenen Arten der Nahrungsaufnahme, die für die vorliegende Arbeit relevant sind, skizziert.

4.1 Essverhalten

Die Nahrungsaufnahme wird durch Hunger- und Sättigungssignale gesteuert. Bei Hunger kommt es zur Auslösung von appetitiven Verhaltensweisen, die zur Nahrungsaufnahme führen. Infolgedessen werden die Sättigungsprozesse aktiviert, die schließlich die Nahrungsaufnahme beenden und das Gefühl von Sätttheit vermitteln (Herpertz et al., 2015).

Der Verzehr von Nahrung dient nicht nur der Energiegewinnung und Bereitstellung von essenziellen Nährstoffen, sondern übernimmt auch eine psychologische Funktion und ist durch eine stark emotionalisierte Bedeutung für den Menschen geprägt. Die Nahrung kann für das Individuum sowohl einen belohnenden, als auch trostspendenden Aspekt darstellen und dient oft auch einfach nur dem Zeitvertreib bei Langeweile. Beim Essen geht es demnach nicht nur um die Befriedigung unseres Hungergefühls, sondern auch um die Beeinflussung der momentanen Stimmung. Die Umwelt und kognitiven Faktoren wie die Verfügbarkeit und habituelle Essensmuster, beeinflussen das Essverhalten (Reichenberger et al., 2018).

4.2 Gezügeltes Essverhalten

Die Nahrungswahl und die Nahrungsmenge werden bei Personen mit einem gezügelten Essstil kognitiv kontrolliert. Diese Verhaltensstrategie zielt darauf ab, die Nahrungsaufnahme in Bezug auf Kalorien einzuschränken, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden, beziehungsweise eine Gewichtsabnahme zu fördern (Westenhöfer, 1992). Die dauerhafte Zügelung der Nahrungsaufnahme kann unter belastenden Umständen oft nicht aufrechterhalten werden und mündet in einen unkontrollierten Essanfall. Gezügeltes Essverhalten stellt somit einen Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung dar (Ellrott, 2013).

Personen mit einem gezielten Essverhalten übersteuern bewusst durch die kognitive Kontrolle ihres Essverhaltens die Mechanismen Hunger, Appetenz und Sättigung. Die Restriktion der Nahrungsaufnahme spiegelt sich beispielsweise durch Verhaltensweisen wie Kalorienzählen, Vermeidung hochkalorischer Lebensmittel wider. Somit besteht eine Tendenz zu Nahrungsmitteln mit einer geringen Kaloriendichte, dass Mahlzeiten ausgelassen werden, oder diese frühzeitig beendet werden, bevor die Sättigung eingesetzt hat, wider. Die restriktive Verhaltensweise geht mit strikten Verboten und Geboten einher. Kleinste Verstöße werden als Misserfolg erlebt und werden als Störung in der Verhaltenskontrolle empfunden (Pudel, & Westenhöfer, 1989).

Die Disinhibitionshypothese von Herman und Mack (1975) besagt, dass Emotionen das gezielte Essverhalten enthemmen und folglich den Nahrungskonsum erhöhen. Daher ist ein emotionaler Essstil bei Personen mit gezieltem Essverhalten besonders weit verbreitet (Grunert, 1993). Pudel et al. (1975) bezeichnen Personen mit gezieltem Essverhalten auch als „latent adipöse“, da ein Nachlass des kognitiven Kontrollverhaltens bei diesen Personen schnell zu einer Gewichtszunahme bis hin zu einem adipösen Körpergewicht führen würde.

4.3 Externales Essverhalten

Ein externer Essstil beschreibt ebenfalls eine Störung im Essverhalten. Situative Reizkonstellationen wie beispielsweise der Geruch, Geschmack, Tageszeit und Verfügbarkeit eines Nahrungsmittels verleiten Betroffene, mehr zu essen, als ihr tatsächlicher Hunger ist. Die internalen Zustände von Hunger und Sättigung werden vor allem in Stresssituationen reduziert und die externalen Hinweise rücken in den Mittelpunkt (Van Strien et al., 1986). Essen wird in diesem Fall als ein Bewältigungsversuch der belastenden Situation gesehen (Newman, et al., 2007). Die Folge ist ein übermäßiger Konsum von Nahrung, der oft in Übergewicht mündet, da mehr Energie aufgenommen wird, als der Körper verbrauchen kann (Oliver et al., 2000).

4.4 Emotionales Essverhalten

Unter emotionalem Essen versteht man eine erhöhte Nahrungsaufnahme, durch die eine Bewältigung von negativen Emotionen und Stress angestrebt wird (Macht, 2011). Ein geringes Selbstwertgefühl (Bruch, 1973), das ständige Gefühl nicht genug zu sein und eine Tendenz zu Essstörungspathologie wird mit emotionalem Essen in Verbindung gebracht (Courbasson et al., 2008). Betroffene zeigen ein tiefes Misstrauen im zwischenmenschlichen Umgang sowie

einen starken Hang zum Perfektionismus. Aus psychoanalytischer Sicht fällt es Personen mit einem emotionalen Essstil oft schwer, die eigenen Gefühle richtig zu deuten und Emotionen von einem tatsächlichen Hungergefühl zu differenzieren (Bruch, 1961; Courbasson et al., 2008). Bei Essstörungen wie der Bulimia nervosa oder der Binge-Eating-Störung, die beide durch Essattacken und im Falle der Bulimia nervosa unter anderem auch mit einem Kompensationsverhalten verbunden sind, tritt ein emotionales Essverhalten besonders häufig auf (Macht, 2005).

Bestimmte Lernerfahrungen können das Essverhalten seit der Geburt beeinflussen. Bereits im Kindesalter können operante Mechanismen, wie beispielsweise der Einsatz von spezifischen Nahrungsmitteln bei Belohnung durch die Eltern, zu kurzfristig positiv emotionalen Effekten bei der Nahrungsaufnahme führen. Die Reduktion des aversiven Zustandes durch die Nahrung erhöht die Wahrscheinlichkeit, die Nahrungsaufnahme als Regulationsstrategie von Emotionen einzusetzen (Herpertz-Dahlmann, & Hagenah, 2015).

Auffallend ist, dass vor allem das weibliche Geschlecht und Personen mit einem erhöhten BMI ein emotionales Essverhalten aufweisen. Zudem lässt sich dieses Handeln vorwiegend bei Individuen mit einem gezügelten und externalen Essverhalten beobachten. Personen mit einer Bulimia nervosa berichten deutlich häufiger über ein emotionales Essverhalten, als Personen mit einer Anorexia nervosa. Innerhalb der Anorexia nervosa tritt emotionales Essen deutlich häufiger beim Purge-Typus auf, im Gegensatz zu Anorexia nervosa-Betroffenen, die durch intensives Fasten oder exzessives Sporttreiben ein geringeres Körpergewicht anstreben (Vervae et al., 2003; Courbasson et al., 2008).

Emotionales Essverhalten zeigt gewisse Parallelen zur Binge-Eating-Störung auf. Ein Binge-Anfall wird bei Personen mit einer Binge-Eating-Störung meist durch intensive negative Emotionen hervorgerufen und führt zu einer vorübergehenden Reduzierung dieser starken Gefühle (Arnow et al., 1992). Anders als bei der Binge-Eating-Störung geht es beim emotionalen Essen aber nicht darum, eine möglichst große Menge an Nahrung in einer bestimmten Zeitperiode zu verzehren, sondern lediglich um das Gefühl, bei spezifischen Emotionen ein Bedürfnis nach Nahrung zu verspüren (Arnow et al., 1995; Courbasson et al., 2007).

Bei negativen Emotionen kommt es oftmals zu einem impulsiven Verlangen nach schnell verfügbaren Lebensmitteln, die meist hochkalorisch und salzreich sind („Junk Food“). Damit geht jedoch eine Verringerung der befriedigenden Wirkung durch das Essen einher. Gesunde

Lebensmittel und die damit befriedigende Wirkung werden vor allem bei positiven Emotionen gewählt (Macht, 2008).

4.5 Emotionsbedingtes Essen bei Normalessern

Normalesser reagieren auf negative Emotionen entweder mit einem gesteigerten oder gehemmten Essverhalten. Wie bereits erwähnt, kommt es bei gezügelten Essern zu einer Einschränkung der kognitiven Fähigkeiten in Bezug auf das Essverhalten. Auch bei Normalessern kann es zu einer kurzzeitigen Begrenzung der kognitiven Fertigkeiten der Essenskontrolle kommen. Ebenso kann bei diesen Personen gelegentlich auch ein emotionsregulierendes Essverhalten auftreten. Sie werden jedoch weder als gezügelte Esser, noch als emotionale Esser eingeordnet, da dieses Verhalten nicht regelmäßig auftritt (Macht, 2008).

4.6 Stress-Essen

Stress gilt nach Lazarus (1993) als ein Teilaspekt der Emotionen. Spezifische Emotionen wie beispielsweise Angst, Ärger, Traurigkeit, Scham und Schuld gelten als Stresseemotionen, die in stressreichen Situationen zum Vorschein kommen können (Lazarus, 2006). Das Stressempfinden ist individuell zu betrachten. Jedes Individuum nimmt Situationen und die damit einhergehenden Belastungen verschieden wahr.

Man geht jedoch davon aus, dass bei vielen Menschen die Reaktion auf Stress mit einer Veränderung im Essverhalten einhergeht (Macht et al., 2004; Wallis, & Hetherington, 2004). Dies konnte durch Umfragen bestätigt werden, in denen 30% der Befragten eine Zunahme des Essenskonsums unter Stress und 48% eine Appetitminderung bei Stresserleben angaben (Macht, 2008). Zudem verweisen epidemiologische Daten darauf, dass stressbedingtes Essverhalten mit einem erhöhten Körpergewicht einhergeht (Laitinen et al., 2002; Macht, 2008) und dass das Risiko für eine Essstörung steigt (Greeno, & Wing, 1994).

Der Nahrungsverzehr gilt als Kompensationsmöglichkeit, um mit überfordernden Situationen und Ereignissen umzugehen (Macht, 2008). Stress kann ebenso wie Hunger als ein somatisch psychischer Zustand dargestellt werden, bei dem es zur Abweichung eines optimalen organismischen Zustands kommt. Dieser aversive Zustand motiviert das Verhalten, den Stress zu reduzieren und die Homoöstate wiederherzustellen (Krebs et al., 1996).

Es wird berichtet, dass sich Stress beim Menschen entweder durch eine vermehrte oder verminderte Nahrungsaufnahme auswirken kann. Dabei wird überwiegend auf „Comfort Food“,

dass sich durch hochkalorische, salz- und fettreiche Kost wie beispielsweise Kuchen, Eis oder Biskuit definiert, zurückgegriffen. Vor allem bei chronischem Stress und den damit verbundenen „daily hassles“ wird auf eine vollwertige Mahlzeit verzichtet und vermehrt auf Snacks mit einer hohen Kaloriendichte gesetzt (Stone, & Brownell, 2007).

Neben den psychologischen Aspekten kann die Reaktion auf Stress auch mit physiologischen Aspekten wie dem Stresshormon Cortisol oder dem Glückshormon Serotonin in Verbindung gebracht werden. Erhöhte Cortisolwerte, im Besonderen in lang anhaltenden Stresssituationen, können zu einem erhöhten Konsum hochkalorischer Nahrung führen (Macht et al., 2011). Dementgegen kann eine geringe Serotoninkonzentration zu einem erhöhten Nahrungskonsum aufgrund mangelnder Stressbewältigung (Markus, & Capello, 2014).

4.7 Zusammenhang Emotionen und Essverhalten

Emotionen unterscheiden sich bezüglich ihrer kognitiven, motivationalen und Verhaltenskomponente. Dennoch gibt es kaum experimentelle Untersuchungen die unterschiedlichen Wirkungsweisen von verschiedenen Emotionen auf das Essverhalten. Man ist sich jedoch einig, dass spezifische Emotionen, darunter zum Beispiel Angst, Furcht, Ärger, Freude und vor allem Trauer, nicht nur auf das Essverhalten Einfluss haben, sondern den gesamten Prozess der Nahrungsaufnahme beginnend mit der Motivation, Nahrung zu sich zu nehmen (Macht, & Simons, 2000; Macht, 2008), das Zeigen affektiver Reaktionen auf das Lebensmittel (Ferber, & Cabanac, 1987; Macht, 2008), die Nahrungsauswahl (Oliver, & Wardle, 1999; Macht, 2008), das Kauen (Macht, 2008), die Essgeschwindigkeit (Krebs et al., 1996; Macht, 2008), die Menge der aufgenommenen Nahrung (Greeno, & Wing, 1994; Macht, 2005) bis hin zu Stoffwechsel und Verdauung (Blair et al., 1992; Macht, 2008) steuern.

Es wird angenommen, dass Veränderungen des Essverhaltens, die in Zusammenhang mit emotionalem Erleben stehen, durch ein Zusammenspiel von drei Variablengruppen manifestiert sind:

1. „Emotionen als Eingangsgröße, die durch Intensität, Qualität und Valenz beziehungsweise durch andere Merkmale gekennzeichnet sind
2. Psychische und somatische Prozesse, welche die Wirkungen von Emotionen auf das Essverhalten vermitteln (Mediatoren)
3. Faktoren, welche die Wirkungen von Emotionen auf das Essverhalten verstärken oder abschwächen (Moderatoren); hier sind vor allem Personenmerkmale zu nennen“

(Macht, 2005, S.1). Personenmerkmale umfassen unter anderem die verschiedenen Essstile (gezügelt, external, emotional) (Macht, 2008).

Bisherige Untersuchungen haben ergeben, dass unterschiedliche Emotionen sich in einer differenzierten Wirkungsweise auf das Essverhalten zeigen. Die Reizaufnahme wird bei positiven Emotionen wie Freude erhöht, während die Reizaufnahmekapazität bei einer gegenteiligen Emotion wie Traurigkeit gemildert ist (Frederickson, 2007). Bei Ärger kommt es beispielsweise zu einer Verhaltensaktivierung, während Traurigkeit eine Verhaltensdeaktivierung mit sich zieht. Bei Ärger wird das Verhalten entweder gehemmt oder angetrieben (Frijda, 1989). Zusätzlich herrscht eine Differenz in Dauer und Häufigkeit der verschiedenen Emotionen.

Empirische Belege über die Steigerung des Essverhaltens bei Emotionen mit handlungssteigernden Tendenzen und Milderung des Essverhaltens bei Emotionen, die eine Hemmung in der Handlungsbereitschaft mit sich führen, gibt es nicht. Zahlreiche Tier- und Humanexperimente konnten jedoch zeigen, dass Emotionen, die sich in ihrer Intensität, Aktivierung, Qualität und Valenz differenzieren, eine unterschiedliche Auswirkung auf das Essverhalten haben (Macht, 2005; Macht, 2008).

1. Intensität und Aktivierung

Die Humanstudie von Mehrabian (1980) skizzierte, dass es bei Emotionen wie Langeweile oder Niedergeschlagenheit, die eine geringfügige Aktivierung mit sich ziehen, zu einer Steigerung im Essverhalten kommt, während es bei Emotionen wie Angst oder Anspannung, die mit stärkerer Aktivierung verbunden sind, zu einer geringeren Nahrungszufuhr kam (Macht, 2005).

2. Valenz und Qualität

Repräsentative Untersuchungen stellten fest, dass Emotionen, die in Valenz und Qualität verschieden sind, einen Unterschied in Bezug auf das Essverhalten aufweisen. Eine appetitsteigernde Wirkung wurden den Emotionen Langeweile und Einsamkeit zugeschrieben, während Traurigkeit und Ärger mit Appetithemmung einhergingen (Pudel, & Richter, 1980; Macht, 2005).

Nicht nur die Intensität, Valenz und Qualität der Emotion entscheiden über die Auswirkungen im Essverhalten. Der Emotionsbezug zum Lebensmittel, sowie ein gezügelter oder emotionaler Essstil stellen ebenfalls eine Komponente in der Variabilität einer emotionsabhängigen Veränderung des Essverhaltens dar (Macht, 2008). Der komplexe Zusammenhang zwischen

Emotionen und Essverhalten kann durch zwei wesentliche Aspekte, die sich voneinander unterscheiden, dargestellt werden. Einerseits wird das Essverhalten durch Emotionen verändert, andererseits kommt es auch zu einer Veränderung der Emotionen durch das Essverhalten (Macht, 2005).

4.7.1 Veränderung des Essverhaltens durch Emotionen

Macht (2005) kombiniert in seinem „Five-Way Model“ die Eigenschaften von Emotionen (Intensität, Qualität und Valenz) mit den Personenmerkmalen, wie beispielsweise dem Essstil. Daraus ergeben sich fünf verschiedene Varianten, emotionsbedingter Wirkungen auf das Essverhalten:

1. Emotionen steuern die Nahrungswahl
2. Emotionen hemmen das Essverhalten
3. Emotionen enthemmen gezügeltes Essverhalten
4. Emotionen lösen emotional-instrumentelles Essverhalten aus
5. Emotionen modulieren das Essverhalten emotionskongruent

1. Steuerung der Nahrungswahl durch Emotionen

Nahrungsbezogene emotionale Reize steuern die Nahrungswahl. Positive Reize fördern das Appetenzverhalten nach Nahrung, während negative Reize zu einer Nahrungsaversion führen. Die emotionale Steuerung der Essenswahl ist eng mit biologischen Reaktionstendenzen verwurzelt. Süßes löst bereits bei Säuglingen eine positive mimische Reaktion aus, während etwas Bitteres eine gegenteilige Reaktion hervorruft. Ekelreaktionen entstehen erst im Zuge eines Lernprozesses ab ca. 2 Jahren. Durch Gewohnheiten und kulturelle Vorschriften kommt es oftmals zur Ablehnung bestimmter Nahrungsmittel und negativen, affektiven Reaktionen (Macht, 2005).

2. Unterdrückung des Essverhaltens durch Emotionen

Körperliche Reaktionen sowie bestimmte Verhaltensweisen sind die Folge von Emotionen mit einer hohen Intensität. Diese stehen der Nahrungsaufnahme oft im Weg. Bei Stress kommt es beispielsweise zu Verzögerungen des Glukoseabbaus und des gastrointestinalen Transits von Glukose. Intensive Emotionen wie Angst, Ärger und Trauer führen zu einer Hemmung im Essverhalten, da sie mit einem Flucht- und Vermeidungsverhalten, aggressivem Verhalten und Rückzugsverhalten einhergehen. Tierexperimente bestätigen die Hemmung des Essverhaltens bei intensiven emotionalen Erlebnissen (Blair, et al., 1992; Macht, 2005).

3. Emotionale Enthemmung gezügelten Essverhaltens

Kognitive Faktoren, wie beispielsweise die eigens auferlegte Vorschrift Körpergewicht zu reduzieren, können zu einer Reduktion der Nahrungsaufnahme führen. Diese kognitive Kontrolle kann emotionsbedingt abgeschwächt werden, sodass es zu einer Enthemmung des restriktiven Essverhaltens kommt (Macht, 2005; Westenhöfer, 1992). Eindeutige empirische Bestätigungen gibt es für den Enthemmungsprozess jedoch noch nicht, da aktuelle Studien darauf hinweisen, dass es durch Ablenkung zu einer emotionsbedingten Steigerung im Essverhalten kommt (Macht, 2005; Bongers, & Jansen, 2016).

4. Emotional-instrumentelles Essverhalten

Emotional-instrumentelles Essverhalten wird in Zusammenhang mit nahrungsbedingten Veränderungen in Neurotransmittersystemen gebracht. In Zuge dessen wird vor allem die Serotonin-Hypothese diskutiert, die besagt, dass die Tryptophankonzentration an der Blut-Hirn-Schranke durch Mahlzeiten, die reich an Kohlenhydraten und arm an Proteinen sind, erhöht wird. Folglich steigt der Serotoninspiegel und es kommt zu Stimmungsveränderungen (Macht, 2005; Wurtman, 1982). Diese Hypothese wird durch Argumente, wie der Tatsache, dass in beinahe jeder Mahlzeit Proteine enthalten sind (ein Proteinanteil von 5% kann bereits die Tryptophanerhöhung an der Blut-Hirn-Schranke verhindern), stark kritisiert und somit die ökologische Validität in Frage gestellt (Macht, 2005; Benton, & Donohoe, 2007). Einen weiteren Mediator für emotional-instrumentelles Essverhalten stellt die Endorphin-Hypothese dar. Durch wohlschmeckende Nahrung, die gehaltreich an Fett und Zucker ist, werden Endorphine freigesetzt, die zu einer Luststeigerung und Schmerzlinderung führen und somit eine emotionale Wirkung erzeugen (Macht, 2005).

Macht (2005) führt im Zuge des emotional-instrumentellen Essverhaltens auch psychische Mediatoren an. Darunter fallen Ablenkung, Entspannung und Stimmungsaufhellung. Es mangelt hierfür jedoch noch an empirischen Untersuchungen (Spitzer, & Rodin, 1983). Zusammenfassend ist anzumerken, dass das Essverhalten unter positiven Emotionen gesteigert wird und das Essverhalten im Gegenzug, aufkommende negative Emotionen abmildert (Macht, 2005).

5. Emotionskongruente Modulation

Das Essverhalten wird durch positive und negative Emotionen in Einklang mit ihren spezifischen Merkmalen beeinflusst. Negative Emotionen wie Traurigkeit und Stress führen zu einer verminderten Nahrungsaufnahme und die Nahrung wird als weniger schmackhaft wahrge-

nommen, während positive Emotionen das Geschmackserlebnis erhöhen. Es existieren aber auch Studien, die eine gegenteilige Wirkung von negativen Emotionen auf das Essverhalten postulieren. Somit existieren auch Bedingungen, die unter negativen Emotionen und Stress ein erhöhtes Essverhalten nach sich ziehen. Dieser Fall tritt vorwiegend dann auf, wenn versucht wird, durch Nahrung die negativen Emotionen abzdämpfen. Man spricht dann von emotionalem oder emotional-instrumentellem Essverhalten (Macht, 2005; Willner, & Healy, 1994).

Schlussfolgernd kann festgehalten werden, dass die Menge, die an Nahrung verzehrt wird (weniger, gleich viel oder mehr) sich aus verschiedenen Faktoren zusammensetzt. Nicht nur die Emotionsmerkmale, wie die Intensität, Qualität und Valenz spielen eine Rolle, sondern auch Personenmerkmale, wie beispielsweise das Geschlecht und der momentane Essstil (gezügelt, external, emotional) tragen zum Essverhalten bei.

4.7.2 Veränderung der Emotionen durch das Essverhalten

Nicht nur die Wirkung von Emotionen auf das Essverhalten ist mannigfaltig, auch das Essverhalten wirkt sich vielfältig auf die Emotionen aus und kann sie entweder auslösen, verstärken oder reduzieren. Macht (2005) führt fünf wesentliche Merkmale für den Einfluss der Nahrung auf die Emotionen an:

1. Assoziative Effekte

Emotionale Reaktionen können allein schon durch Nahrungswörter ausgelöst werden. Demnach werden hochkalorische Nahrungsmittel mit Bedrohung für die Attraktivität des Körpers assoziiert und gehen mit einer negativen emotionalen Reaktion einher. Diese Wirkung ist überwiegend bei adipösen Frauen sowie Patientinnen mit einem gezügeltten Essstil oder der einem bulimischen sowie anorektischen Essverhalten zu beobachten (Macht et al., 2003; Macht, 2005). Eine Verbindung von Nahrungsreizen und emotional positiven Reaktionen findet vor allem bei Erinnerungen, die einem positiv im Gedächtnis geblieben sind, statt (Macht, 2005).

2. Sensorisch-affektive Wirkungen

Geruchs- und Geschmacksreize lösen emotionale Reaktionen aus. Bereits bei Neugeborenen kommt es zu sensorisch-affektiven Wirkungen durch Nahrung. Süße Stoffe führen zu einer positiven mimischen Reaktion, während bittere Stoffe eine negative mimische Reaktion auslösen. Es konnte nachgewiesen werden, dass es bei Neugeborenen durch süße Geschmacksreize zum Abbau von Stressreaktionen kam (Smith et al., 1990; Macht, 2005). Das starke Ver-

langen nach Schokolade in emotional belastenden Situationen führt bei vielen Menschen zur Stimmungsaufhellung und ist vermutlich auf einen hedonischen Effekt zurückzuführen (Macht, 2005).

3. Energetische Wirkung

Nahrung dient nicht nur der Energiebereitstellung, schon die Vorstellung der Energiezufuhr kann zu einer Veränderung des emotionalen Befindens beitragen. Entspannung und eine verbesserte Stimmung können daraus resultieren. Bei einer defizitären Energieaufnahme kann es zu einer gegenteiligen Wirkung kommen und depressive Verstimmungen sind die Folge. Es konnte auch nachgewiesen werden, dass nach Mahlzeiten mit reduziertem Energiegehalt, im Gegensatz zu Mahlzeiten mit einem normalen Energiegehalt, eine höhere emotionale Reaktion stattfindet (Macht, 1996; Macht, 2005).

4. Neurochemische Wirkung

Eine Veränderung der Neurotransmittersysteme infolge von Nahrungszufuhr kann ebenfalls eine emotionale Reaktion mit sich führen. In diesem Zusammenhang wird insbesondere die Serotonin-Hypothese diskutiert, die besagt, dass es durch die Zufuhr kohlenhydratreicher Kost zu einer Stimmungsaufhellung kommt (Wurtman, 1982; Macht, 2005). Dementgegen besagen kritische Stimmen, dass diese Wirkung nur bei emotional labilen Personen eintritt (Markus et al., 2014; Macht, 2005) und bereits ein 5%iger Proteingehalt in der Nahrung diesen Effekt verhindert (Benton, & Donohoe, 2007; Macht, 2005).

5. Pharmakologische Wirkung

Nahrungsinhaltsstoffe, die eine psychotrope Wirkung aufweisen, führen unter anderem auch zu emotionalen Reaktionen. So kann beispielsweise das in der Schokolade enthaltene Koffein und Theobromin eine Stimmungsverbesserung hervorrufen. Dieser Effekt setzt jedoch erst ca. eine Stunde nach dem Verzehr ein. Es ist anzumerken, dass der pharmakologische Aspekt beim emotionalen Essverhalten vermutlich nur eine Nebenrolle spielt und dem hedonischen Mechanismus untergeordnet ist (Macht, 2005).

Zusammenfassend ist festzuhalten, dass das Essverhalten Emotionen durch externale Faktoren (z. B. Geruchs- und Geschmacksreize, assoziierte Erinnerungen), internale Faktoren (z. B. essensbezogene Kognitionen) und durch den metabolischen Effekt (z. B. Veränderungen der Neurotransmittersysteme) auslösen und verändern kann.

4.8 Emotionen bei Anorexia nervosa

Die unzureichende Fähigkeit im Umgang mit Emotionen zeigt sich bei Anorexia nervosa-Patientinnen durch einen Hang zu einer emotionalen Überkontrolle (Casper et al., 1992). Mountford et al. (2007) sehen das restriktive Essverhalten als eine Strategie, um Emotionen zu unterdrücken. Dadurch kommt es zu einer primären Vermeidung von Emotionen. Beispielsweise kann eine primäre Emotion wie Trauer durch eine stärkere sekundäre Emotion wie Ärger überdeckt werden. Eine Regulierung und Verarbeitung der primären Emotion wird dadurch verhindert (Mountford et al., 2007). Zudem fällt es Anorexia nervosa-Patientinnen schwer, eigene Gefühle wahrzunehmen und sie auszudrücken (Bruch, 1973).

4.9 Emotionen bei Bulimia nervosa

Die Vermeidung von negativen Emotionen erfolgt bei Personen mit Bulimia nervosa durch Essanfälle (Fairburn et al., 2003). Die Essepisoden sollen dazu führen, die schmerzhaften Emotionen kontrollieren zu können, um den negativen Affekten aus dem Weg zu gehen (Cooper et al., 2010).

Macht (2008) berichtet, dass es durch die Erhöhung des Nahrungsmittelkonsums nur bei emotionalen Essern zu einer Reduktion von negativen Emotionen und somit einer Stimmungsverbesserung kommt. Bei gezügelten Essern trifft dies nicht zu und kann sogar zu einer Verschlechterung der Gefühlslage führen (Macht, 2008). Beim bulimischen Essverhalten spricht man von einer sekundären Emotionsvermeidung, die erst nach vollständigem Einsetzen der Emotion beginnt (Fox, & Power, 2009). Essattacken sind jedoch wirkungslos, wenn es darum geht, Emotionen zu regulieren (Haedt-Matt, & Keel, 2011). Die hoch-aversiven Emotionen wie beispielsweise Angst oder Traurigkeit, die den Essanfall auslösen, werden zwar für kurze Zeit durch weniger aversive Emotionen, wie beispielsweise Reue neutralisiert, langfristig gesehen führt dies jedoch zu einer Verstärkung bzw. Fortsetzung des Verhaltens (Fairburn et al., 2003).

4.10 Spezifische Emotionen

4.10.1 Angst

Eine komorbide Erscheinung bei Essstörungen sind Angststörungen (Godart et al., 2006). In einer Studie von Harvey et al. (2002) konnte gezeigt werden, dass eine Erhöhung der Angstwerte von Essstörungen-Patientinnen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe nur bei Vorlage von essstörungsspezifischen Stimuli messbar war. Daraus ist zu schließen, dass sich das

Gefühl von Angst bei Personen mit Essstörungen vorrangig auf Nahrung, Gewicht und Figur bezieht (Bydlowski et al., 2005).

4.10.2 Ärger

Ärger wird von Essstörungs-Patientinnen als eine Emotion empfunden, die es gilt, zu unterdrücken, da sie als etwas „Überwältigendes“ gesehen wird (Fox, 2009). Insbesondere bei Patientinnen die an Bulimia nervosa leiden, konnte eine starke Ausprägung von Ärgererleben festgestellt werden (Fassino et al., 2001). Tiller et al. (1995) führen an, dass Personen mit Bulimia nervosa versuchen, ihren Ärger nach außen hin abzugeben, während Personen mit Anorexia nervosa eine Unterdrückung der Emotion Ärger anstreben. Zudem richten Anorexia nervosa-Patientinnen oft den Ärger gegen sich selbst (Truglia et al., 2006).

4.10.3 Trauer

Es wird von einem starken Zusammenhang zwischen der Emotion Trauer und der Essstörungspathologie berichtet (Fox, & Fromm, 2009). Eine stark ausgeprägte Trauer wird von Bulimia nervosa-Patientinnen vor allem vor einer Essattacke empfunden. Aber auch nach einem Kompensationsverhalten, wie beispielsweise Erbrechen, bleibt ein intensives trauriges Gefühl bei diesen Personen zurück (Johnson, & Larson, 1982). Es existieren jedoch auch gegensätzliche Studien, die behaupten, bei der Vorlage von verschiedenen Bildern aus dem International Affective Picture System (IAPS), die emotional bewertet werden mussten, keine Unterschiede in der Wahrnehmung beziehungsweise dem Erleben von Trauer, sowohl bei Essstörungs-Patientinnen, als auch bei der gesunden Kontrollgruppe gefunden zu haben (Joos et al., 2009).

4.10.4 Freude

Ein restriktives Essverhalten und der daraus resultierende Gewichtsverlust geben Personen mit einer Essstörung ein Gefühl der Kontrolle, welches sich in Euphorie äußern kann was eine entscheidende Rolle in der Aufrechterhaltung der Erkrankung darstellt (Vitousek, & Ewald, 1993). Jedoch wurde bei Anorexia nervosa-Patientinnen, die sich freudeauslösende Bilder ansehen mussten, deutlich weniger Freude festgestellt, als bei der gesunden Kontrollgruppe (Joos et al., 2009). Dieses Defizit wird mit den Begleiterscheinungen einer Depression oder Angststörung in Verbindung gebracht (Gilboa-Schechtman et al., 2006).

4.11 Emotionsregulation

Emotionen wie Angst, Ärger, Trauer und Sorge, aber auch positive Gefühle wie beispielsweise Freude, Gelassenheit, Stolz und Hoffnung sind für den Menschen etwas ganz Alltägliches. In gewissen Situationen können Emotionen das Leben auch erschweren. Die Intensität und der schnelle Wechsel zwischen Emotionen, sowie die emotionale Überwältigung, welche kaum kontrollierbar ist, können zu Problematiken führen (Barnow, 2014). Nach Gross (2014) setzt sich die Emotionsregulation aus drei zentralen Aspekten zusammen. Die Aktivierung eines Ziels, das entweder extrinsisch (Regulierung der Emotionen anderer Personen) oder intrinsisch (Regulierung der eigenen Emotionen) motiviert ist, ermöglicht eine Modifikation der Emotionsverarbeitung. Zudem können Ziele hedonistischer (Wunsch nach einem unmittelbar positiven Gefühl und Vermeidung negativer Gefühle) oder instrumenteller Natur sein. Ein zweiter Kernaspekt definiert sich durch einen entweder expliziten (bewussten) oder impliziten (unbewussten) Vorgang der Emotionsadaption (Gyurak, et al., 2011). Die Strategien der Emotionsregulation stellen den dritten wichtigen Aspekt im Umgang mit Emotionen dar (Gross, 2014).

Es gibt jedoch deutliche Unterschiede im Umgang mit diesen Emotionen. Bei der Emotionsregulation handelt es sich um eine emotional-kognitive Fertigkeit des Menschen, die ihn befähigt, mit Emotionen umzugehen und diese zu steigern oder abzumildern. Die implizite Rolle, die die Emotionsregulation im alltäglichen Leben des Menschen einnimmt, lässt erahnen, dass eine Dysfunktion schwerwiegende Auswirkungen mit sich ziehen kann.

Ein Zusammenhang von Störungen in der Emotionsregulation und Psychopathologie konnte bereits in mehreren Studien belegt werden (Barnow, 2012; Petermann, & Barnow, 2013). Psychische Störungen, darunter zum Beispiel Essstörungen (Sipos, & Schweiger, 2016; Fischer, & Munsch, 2012), Depression (Barnow et al., 2013), oder Angststörungen (Lange, & Tröster, 2014) werden in Wechselbeziehung mit einer Dysfunktion der Emotionsregulierung gebracht. Bei Essstörungen werden Verhaltensweisen wie Erbrechen, Fasten oder Essattacken herangezogen, um negative Emotionen in ein angenehmes Gefühl umzuwandeln. Es geht bei der Emotionsregulierung nicht primär darum, negative Emotionen zu verhindern, sondern vielmehr um, einen angemessenen Weg zu finden, mit negativen sowie positiven Emotionen umzugehen und diese adäquat zu korrigieren (Gross, 2014).

Emotionsregulation bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Emotionsregulation wird als transdiagnostischer Faktor für Essstörungen klassifiziert (Brockmeyer et al., 2014; Berking, & Wupperman, 2012) und gilt als allgemeines Risiko für die Störungsbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa (Berking, & Wuppermann, 2012).

Eine Fragebogenstudie von Gilboa-Schechtman et al. (2006) konnte zeigen, dass Personen mit Anorexia nervosa im Gegensatz zu Personen mit einem gesunden psychischen Verhalten, ein signifikant geringeres Repertoire an Emotionsregulationsstrategien aufweisen. Brockmeyer et al. (2012) gehen davon aus, dass bei Anorexie-Patientinnen der Zustand einer Mangelernährung die Funktion in der Adaption von aversiven Affekten beeinträchtigt. Der enorme Gewichtsverlust und die daraus resultierende körperliche Erschöpfung durch Kompensationsverhalten, wie übermäßiges Betreiben von Sport, können zu einer spürbar höheren emotionalen Erregung führen.

Wie im Unterpunkt Epidemiologie bereits beschrieben, tritt das Störungsbild Anorexie vor allem im Laufe der Pubertät auf. Dieser Lebensabschnitt ist mit schweren emotionalen Belastungen verbunden, wodurch eine Dysfunktion in der Emotionsregulation begünstigt wird. Personen mit Anorexie erleben oft die eigene emotionale Erregung beziehungsweise die eigene Bewertung einer Situation als aversiv und versuchen, diesen aus ihrer Sicht unangemessenen Zustand, durch essensbezogene Verhaltensweisen zu reduzieren. Die kurzfristig erlebte Verringerung der emotionalen Erregung wirkt als negativer Verstärker und führt zu einer Aufrechterhaltung des gestörten Essverhaltens und weiterem Gewichtsverlust (Haynos, & Fruzetti, 2011).

Auch Personen mit Bulimia nervosa zeigen höhere Defizite in der Verarbeitung von Emotionen, als Personen ohne psychische Auffälligkeiten (Brockmeyer et al., 2014). Hilbert & Tuschien-Caffier (2007) berichten von einer Zunahme negativer Emotionen vor Eintritt des bulimischen Verhaltens. Die Zunahme von Stress (Smyth et al., 2007) sowie die Abnahme von positiven Emotionen vor einer bulimischen Episode konnten ebenfalls in Studien bestätigt werden (Smyth et al., 2007). Die Essanfälle und das darauffolgende Erbrechen wirken sich stärkend auf die positiven Emotionen aus und reduzieren negative Affekte. Das Kompensationsverhalten und die damit einhergehende Stimmungsverbesserung können als negativer Verstärker fungieren und führen zu einer Aufrechterhaltung des Störungsbildes (Haedt-Matt, & Keel, 2011; Hohlstein; Smyth et al., 2007).

Evers et al. (2010) konnte in einer Studie zeigen, dass eine maladaptive Emotionsverarbeitung zu einem erhöhten Verzehr von hochkalorischen und tendenziell ungesunden Nahrungsmitteln führt.

4.12 Strategien für die Regulation von Emotionen

Für die Regulation von Emotionen können zahlreiche Strategien herangezogen werden. Zwischen den unterschiedlichen Strategien gibt es keinen Unterschied bezüglich der Wertigkeit. Die Situation bestimmt, ob eine Emotionsregulationsstrategie zielführend oder irrelevant für den Kontext ist (Gross, 2014).

In Bezug auf die Essstörung Anorexia nervosa und Bulimia nervosa werden nur ausgewählte Strategien beschrieben, die einen Zusammenhang zwischen der Dysfunktion der Emotionsverarbeitung und dem Auftreten des Störungsbildes aufzeigen: Neubewertung, Rumination, Ausdruck und Unterdrückung.

4.12.1 kognitive Neubewertung

Durch erneute Einschätzung der Situation kommt es zur Modifikation der emotionalen Reaktion (Gross, & Thompson, 2007). Personen, die eine Essstörungssymptomatik aufweisen, zeigen Defizite, regulierende Strategien, wie die kognitive Neubewertung zielführend einzusetzen (Berking, & Wupperman, 2012).

4.12.2 Rumination

Die Rumination ist eine kognitive und vorausgehende Strategie der Emotionsverarbeitung (Aldao, & Nolen-Hoeksema, 2010). Gemeint ist damit ein intensives Grübeln über die Gründe und Konsequenzen der eigenen negativen Gefühle (Nolen-Hoeksema, 1991). Rumination kennzeichnet sich durch einen äußerst pessimistischen und perservativen Denkstil, der sich auf den als unangenehm empfundenen aktuellen oder vergangenen Moment zentriert. Dabei wird keine aktive Handlung für die Problemlösung angesteuert (Nolen-Hoeksema et al. 2008; Nolen-Hoeksema, 1991). Diese Strategie weist eine negative Beeinflussung der Essstörungssymptome auf (Cowdrey, & Park, 2012).

4.12.3 Ausdruck

Emotionen können sich auch in der Mimik, Gestik, Körperhaltung und Stimmlage widerspiegeln (Gross, & John, 1997). Grundsätzlich ist der mimische Ausdruck von Emotionen als universell anzusehen. Die Umstände, unter denen ein emotionaler Ausdruck angebracht ist, kann sich jedoch auf individueller und kultureller Ebene unterscheiden (Ekman, 1993; Gross, &

John, 1997). Der emotionale Ausdruck wirkt unterstützend bei Kommunikation, sozialer Interaktion und bei der Regulierung von internalen Zuständen (Ekman, 1993). Bei maladaptiver Anwendung des emotionalen Ausdrucks kommt es zu einer unkontrollierten Darlegung von Emotionen. Dies kann sich negativ auf zwischenmenschliche Beziehungen und das eigene emotionale Empfinden auswirken (Kennedy-Moore, & Watson, 2001). Personen, die an einer Essstörung leiden, empfinden negative Emotionen als bedrohlich und erleben das Zeigen dieser Emotionen als einen Ausdruck von Schwäche (Ioannou, & Fox, 2009). Die verminderte emotionale Expressivität im Gesicht deutet darauf hin, dass Personen mit Essstörungssymptomatik Schwierigkeiten in dem Erkennen von eigenen Emotionen und den Emotionen fremder Personen haben, was sich negativ auf zwischenmenschliche Beziehungen auswirkt (Wolz, 2016).

4.12.4 Unterdrückung

Unterdrückung ist eine reaktionsmodulierende Strategie, die zur Anwendung kommt, wenn die Emotion bereits aufgetreten ist (Gross, 2014). Es wird versucht, die inneren Gefühle bewusst abzublocken, damit sie äußerlich nicht sichtbar werden (Gross, 2002). Es gelingt zwar die Unterdrückung des äußeren Ausdrucks, nicht aber dem innere Erleben dieser Emotion. Folglich kann es sogar zu einem Anstieg der negativen Emotionen kommen (Gross, & John, 2003). Personen, die diese Strategie häufig anwenden, haben Probleme sich auf enge Beziehungen einzulassen, da sie Schwierigkeiten haben, ihre Emotionen mitzuteilen (Srivastava et al., 2009). Diese Emotionsregulations-Strategie wird mit erhöhten depressiven Symptomen, einem niedrigen Selbstwertgefühl und gemindertem Optimismus in Verbindung gebracht (Gross, & John, 2003).

Empirischer Teil

5. ZIELSETZUNG DER STUDIE

Die vorliegende Arbeit verfolgt das Ziel, die Zusammenhänge von Emotionen sowie Stress auf die Regulation des Essverhaltens bei Patientinnen mit einer Essstörung (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa) zu untersuchen. Zudem soll verglichen werden, ob und inwiefern es zu Abweichungen mit einer gesunden Kontrollgruppe kommt. Hierfür wurden Fragebögen zur Erfassung von depressiver Symptomatik, Essstörungssymptomatik, emotionalem- und stressbedingtem Essverhalten herangezogen. In bisherigen Untersuchungen wurden zur Erfassung eines emotionalen Essverhaltens spezifische Emotionen, wie beispielsweise Angst, Ärger und Trauer, vernachlässigt. Aus diesem Grund wurde für diese Studie die Salzburg Emotional Eating Scale herangezogen. Hierbei wird nicht nur innerhalb der Kategorie von negativen Emotionen unterschieden, sondern auch das Essverhalten in Bezug auf die positive Emotion „Fröhlichkeit“ erfragt. Ein weiterer Aspekt, der in vorangegangenen Untersuchungen vernachlässigt wurde, ist das Essverhalten unter Stress. Mit Hilfe der Salzburg Stress Eating Scale sollte dargestellt werden, ob Stress-Essen als eine Form des emotionalen Essens gesehen werden kann. Diese neuen Erkenntnisse sollen für die zukünftige Forschung Anknüpfungspunkte für die Therapie von Essstörungen bieten, sowie weitere Ansätze für Prävention und Intervention der Störungsbilder liefern.

6. METHODE

Der folgende Abschnitt beschreibt die rekrutierte Stichprobe, das Studiendesign und die verwendeten Untersuchungsinstrumente.

6.1 Stichprobe

Die Studie wurde an der psychosomatischen „Schön Klinik Roseneck“ in Prien am Chiemsee (EEG-Raum C227, Station C3) durchgeführt. Es wurden für die Untersuchung insgesamt drei Probandengruppen rekrutiert: Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa (Anorexia nervosa), Patientinnen mit der Diagnose Bulimia nervosa (Bulimia nervosa) und eine Vergleichsgruppe mit gesunden Probandinnen (K). Die Personenrekrutierung beschränkte sich auf weibliche Patientinnen, um geschlechtsspezifische Differenzen ausschließen zu können.

Im Zeitraum von Januar bis August 2017 wurden 42 Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa und im Zeitraum von Februar bis November 2018 32 Patientinnen mit der Diagnose Bulimia nervosa nach Bereitschaft einer freiwilligen Teilnahme an der Untersuchung gefragt. Die Kontrollgruppe bestand aus insgesamt 67 Teilnehmerinnen. Schlussendlich wurden N = 141 Teilnehmerinnen in die Studie mitaufgenommen. Die Versuchspersonen (VPN) erhielten eine Aufwandsentschädigung von 30 €.

6.1.1 Einschlusskriterien

Anorexie- und Bulimiegruppe (Anorexia nervosa-G, Bulimia nervosa-G):

In der Gruppe der Anorexie- und der Bulimiepatientinnen wurden Patientinnen eingeschlossen, welche die Kriterien der Diagnose der jeweiligen Essstörung erfüllten. Zudem war eine Altersspanne von 16-35 Jahren vorgegeben.

Kontrollgruppe (KG):

Gruppenmitglieder der Kontrollgruppe durften weder an einer aktuellen noch an einer in der Vergangenheit liegenden Essstörung leiden. Die Altersspanne lag hier ebenfalls bei 16-35 Jahren.

6.1.2 Ausschlusskriterien

- aktuelle neurologische Erkrankungen (z. B. Epilepsie, Schädel-Hirn-Traumata)
- aktuelle Substanzgebrauchsstörungen (z. B. Alkohol, Drogen)
- Haut- oder Pflasterallergie (z. B. Neurodermitis)

6.2 Untersuchungsinstrumente

6.2.1 Allgemeine Depressionsskala (ADS)

Die Allgemeine Depressionsskala (ADS) entspricht der englischen CES-D Skala (Center for Epidemiological Studies Depression Scale) von Radloff (1977). Die englische Version CES-D wurde vorrangig als Screeninginstrument entwickelt, um diverse depressive Symptomatik entsprechend der symptomatisch-deskriptiven Diagnostik zu erfragen (Lehr et al., 2008). Sie besteht aus insgesamt 20 Aussagesätzen, die auf die letzten 7 Tage Bezug nehmen und auf die 5 Bereiche depressiver Symptome gerichtet sind (emotionale, motivationale, kognitive, somatische und motorische Symptome). Es wird nicht nur auf situationale Veränderung, sondern auch auf die dispositionelle Tendenz bezüglich Depression eingegangen (Lehr et al., 2008). Die Rankingskala geht von 0 bis 3:

0	Selten (weniger als einen Tag)
1	Manchmal (1-2 Tage)
2	Oft (3-4 Tage)
3	Meistens (5 bzw. mehrere Tage)

Tabelle 3: Antwortmöglichkeiten des Fragebogens ADS-K von „Selten“ bis „Meistens“

Jede Antwort für jedes Item wird mit einem Punktwert zwischen 0 bis 3 beurteilt. Nach erfolgter Addition aller Punktwerte kann sich ein Gesamtskalenwert von 0 bis maximal 60 ergeben. Der Schwellenwert 16 gilt nach Radloff & Teri (1986) als Identikator für ein hohes Depressionsrisiko. Dieser Testtrennwert kann zwar an die Anforderungen der jeweiligen Erhebung angepasst werden, dennoch gilt dieser Wert mittlerweile als „Standard-Cut-off“ (Radloff, & Teri, 1986).

Die deutsche Version des CES-D wurde 1988 von Hautzinger als ADS (Allgemeine Depressions Skala) eingeführt. In dieser Version soll der Grenzwert bei 23 liegen (Hautzinger, 1988). Ob dieser Cutting-Punkt eine höhere Effizienz als der Testtrennwert 16 aufweist ist jedoch noch fraglich. Die vorliegende Arbeit greift auf die Kurzversion des ADS zurück. Die Kurzversion der ADS, ist die ADS-K mit insgesamt 15 Aussagen, zum Beispiel:

„Während der letzten Woche haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen.“
(Hautzinger, 1988, S. 173)

Das Messinstrument versucht, die depressive Symptomatik der vergangenen sieben Tage mittels einer 4-stufiger Skala die von 0 („selten“) bis 3 („meistens“) zu erfassen. Durch Addierung wird ein Gesamtwert zwischen 0 bis 45 erreicht (Lehr et al., 2008). Die Kurzversion wies eine sehr hohe Reliabilität mit Cronbach's alpha = .95 auf (Lehr et al., 2008). Diese konnte in der vorliegenden Studie mit einer ebenfalls sehr hohen Reliabilität von Cronbach's Alpha = .932 bestätigt werden (siehe Anhang Tabelle 10).

6.2.2 The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEB-Q)

Der DEB-Q (Dutch Eating Behavior Questionnaire) ist ein niederländisches Messinstrument, das international zur Bewertung verschiedener Essstile herangezogen wird. Er wurde von Van Strien et al. (1986) entwickelt und beinhaltet alle drei Aspekte zur Bewertung von verschiedenem Essverhalten, die zu einer Gewichtszunahme bis hin zu Übergewicht (Adipositas) führen. Diese 3 Konzepte lauten:

- Externalität
- Restriktion
- Emotionalität

Es wird davon ausgegangen, dass diese 3 Bereiche das menschliche Essverhalten steuern. Bezüglich dieser interdependenten Faktoren werden insgesamt 33 Selbstaussagen gemacht. 10 Aussagen davon beziehen sich auf die Externalität, weitere 10 auf die Restriktion und 13 Aussagen auf die Emotionalität (Nagl et al., 2016). Die Likert-Skala reicht von 0 bis 5:

1	Nie
2	Selten
3	Manchmal
4	Oft
5	Sehr oft

Tabelle 4: Antwortmöglichkeiten des Fragebogens DEB-Q-Emotionalität von „Nie“ bis „Sehr oft“

Auf Grundlage der englischen Version wurde 1987 die deutsche Version (FEV-II) „zur Erfassung von Ernährungsverhalten“ von Grunert (1989) eingeführt. Drei Aussagen zur Emotionalität wurden rausgenommen, sodass der Fragebogen auf 30 Items reduziert wurde. Eine weitere Modifikation fand bezüglich der Formulierung statt. Im niederländischen Original

sowie in der englischen Version wurden die Elemente als Fragen formuliert, während die deutsche Übersetzung die Items in Aussagen-Form darstellt (Nagl et al., 2016). Die 3 Subskalen der deutschen Version des DEB-Q weisen eine gute bis sehr gute interne Konsistenz auf Externalität Cronbach's alpha = 0.89, Emotionalität Cronbach's alpha = 0.94, Restriktion Cronbach's alpha = 0.92 auf (Nagl et al., 2016). Es konnte in der gesamten Stichprobe über alle Gruppen hinweg für jede Subskala diese gute bis sehr gute interne Konsistenz bestätigt werden Externalität Cronbach's alpha = 0.93, Emotionalität Cronbach's alpha = 0.97, Restriktion Cronbach's alpha = 0.89 (siehe Anhang Tabelle 10).

Externalität

Schachter (1964) geht auf Grundlage seiner kognitiv-physiologischen Theorie zu Emotionen davon aus, dass das Essverhalten übergewichtiger Personen nicht von internen Signalen, sondern von außen stimuliert wird. Eine Beispielfrage ist:

„Wenn Sie etwas Schmackhaftes sehen oder riechen, haben Sie dann den Wunsch etwas zu essen?“ (Grunert, 1989)

Restriktion

Die bewusste und freiwillige Zurückhaltung beim Essen soll zu einer Gewichtsstabilisierung bzw. Gewichtsreduktion führen. Das physiologische Hunger- und Sättigungsgefühl wird ignoriert. Eine Beispielfrage ist:

„Wenn Sie in letzter Zeit zugenommen haben, essen Sie dann weniger als sonst?“ (Grunert, 1989)

Emotionalität

Für gewöhnlich wird auf Ärger, Angst und Unsicherheit mit einem Appetitverlust reagiert. Es kann jedoch auch zu einem erhöhten Verlangen nach Nahrungsmitteln kommen. Besonders hochkalorische Nahrungsmittel, die nicht primär für die Bereitstellung von Energie herangezogen werden, werden präferiert, um eine Reduzierung des Schmerzes herbeizuführen. Hunger wird hierbei mit anderen emotionalen Zuständen vertauscht (Grunert, 1989). Eine Beispielfrage ist:

„Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie irritiert sind?“ (Grunert, 1989)

6.2.3 Eating Disorder Examination – Questionnaire (EDE-Q)

Der „Eating Disorder Examination-Questionnaire“ von Fairburn und Beglin (1994) stellt die Fragebogenversion des semistrukturierten Interviewleitfadens EDE („Eating Disorder Examination“) dar. In der englischen Version des EDE-Q wurden die obligatorischen Fragen des EDE in eine einfache Form gebracht. Die fünfte Ausführung des EDE-Q soll die spezifische Essstörungssymptomatik bei Erwachsenen und Jugendlichen erfassen. Insgesamt beinhaltet der EDE-Q 28 Items, von denen 22 die spezifische Psychopathologie von Essstörungen der vergangenen 28 Tage erfassen soll. Die übrigen 6 Items berücksichtigen die Kernverhaltensweisen, welche für das Störungsbild charakteristisch sind. Kernverhaltensweisen implizieren beispielsweise den Missbrauch von Abführmitteln oder Appetitzüglern, Essanfälle oder selbst herbeigeführtes Erbrechen. Alle Aussagen sind in der Ich-Form verfasst.

Bei der deutschen Version des validierten Selbstbeurteilungsinstrumentes nach Hilbert und Tuschen-Caffier (2006) wurde auf eine wort- und sinngemäße Übersetzung geachtet (Hilbert, & Tuschen-Caffier, 2016).

Die einzelnen Items werden vier verschiedenen Subskalen zugeordnet:

„Restraint“: Gezügeltes Essen (5 Items), zum Beispiel:

„Haben Sie bewusst versucht, die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?“ (Hilbert, & Tuschen-Caffier, 2016, S.13)

„Eating Concern“: Essensbezogene Sorgen (5 Items), zum Beispiel:

„Hat das Nachdenken über Nahrung, Essen oder Kalorien es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?“ (Hilbert, & Tuschen-Caffier, 2016, S.13)

„Weight Concern“: Gewichtssorgen (5 Items), zum Beispiel:

„Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?“ (Hilbert, & Tuschen-Caffier, 2016, S.13)

„Shape Concern“: Figursorgen (8 Items), zum Beispiel:

„Wie unzufrieden waren Sie mit ihrem Gewicht?“ (Hilbert, & Tuschen-Caffier, 2016, S.13)

Die Subskalen „Restraint“ und „Eating Concern“ ermöglichen es, Prägnanzen im Essverhalten zu untersuchen. Die Ratingskalen „Weight Concern“ und „Shape Concern“ erfassen die Wechselbeziehung von Sorgen über Figur oder Gewicht (Hilbert, & Tuschen-Caffier, 2016).

Die Intensitäten und Häufigkeiten bezüglich Essgewohnheiten und Befinden der Teilnehmerin wird mittels 7-stufiger Ratingskala untersucht.

0	Merkmal war nicht vorhanden
1	Merkmal war 1-5 Tage vorhanden
2	Merkmal war 6-12 Tage vorhanden
3	Merkmal war 13-15 Tage vorhanden
4	Merkmal war 16-22 Tage vorhanden
5	Merkmal war 23-27 Tage vorhanden
6	Merkmal war jeden Tag vorhanden

Tabelle 5: Antwortmöglichkeiten des Fragebogens EDE-Q von „Merkmal war nicht vorhanden“ bis „Merkmal war jeden Tag vorhanden“

Es handelt sich dabei um eine ökonomisch effiziente Verfahrensweise, da die Durchführung weniger als fünfzehn Minuten beträgt. Zusätzlich zu den 28 Items kann der EDE-Q den BMI, durch Erfassung von Körpergewicht und Körpergröße berechnen (Hilbert, & Tuschen-Caffier, 2016).

Für die vorliegende Arbeit wurde die Kurzversion des EDE-Q, der EDE-Q 8, welcher nur aus 8 Items besteht, herangezogen, um eine rasche Erfassung der globalen Essstörungspathologie zu ermöglichen. Obwohl es sich um eine abgekürzte Version handelt, wurde darauf Wertgelegt, dass eine optimale interne Konsistenz, Unidimensionalität und gleichmäßige Abdeckung der EDE-Q-Subskalen bestehen. Das Kurzinstrument greift jeweils 2 Items aus den 4 Subskalen („Restraint“, „Eating Concerns“, „Weight Concerns“ und „Shape Concerns“) der Originalversion heraus. Wie im Testmanual des EDE-Q beschrieben, zeigt der Fragebogen eine

hohe interne Konsistenz von Cronbachs Alpha = .930. Diese hohe interne Konsistenz konnte in der Stichprobe über alle Gruppen hinweg bestätigt werden. Das Cronbachs Alpha der Gesamtstichprobe liegt bei .898 (siehe Anhang Tabelle 10).

Mit einer Durchführungszeit von durchschnittlich drei Minuten erweist sich die Kurzform des EDE-Q vor allem für eine sehr schnelle Erfassung der spezifischen Essstörungspathologien als eine sinnvolle Konstruktion (Kliem et al., 2015).

6.2.4 Salzburg Emotional Eating Scale (SEES)

Die Salzburg Emotional Eating Scale wurde von Meule et al. (2018) in Salzburg entwickelt. Bei der SEES handelt es sich um einen Selbstberichtfragebogen, der das emotionale Essverhalten nicht nur in Bezug auf negative und positive Emotionen berichtet, sondern sich auch auf eine erhöhte sowie reduzierte Nahrungszufuhr bezieht. Die meisten Untersuchungen konzentrieren sich lediglich auf die Auswirkung von negativen Emotionen auf das Essverhalten. Dabei wird oft vernachlässigt, dass unter Einflussnahme positiver Emotionen annähernd gleich oft und im selben Ausmaß gegessen wird wie unter Beeinflussung negativer Emotionen (Macht, & Simons, 2011; Evers et al., 2013). Um die Auswirkung von negativen und positiven sowie die Einwirkung von Emotionen auf eine erhöhte bzw. reduzierte Nahrungszufuhr bezüglich emotionalem Essverhalten zu untersuchen, wurden aus einem Itempool, der insgesamt 20 positive und 20 negative Emotionen beinhaltet, die SEES entworfen. Der Selbstberichtfragebogen besteht aus einer vierstufigen Skala. Die Subskalen lauten:

Fröhlichkeit (5 Items). Zum Beispiel:

„Wenn ich optimistisch bin,...“ (Meule et al., 2018)

Traurigkeit (5 Items), Zum Beispiel:

„Wenn ich mich einsam fühle,...“ (Meule et al., 2018)

Ärger (5 Items), Zum Beispiel:

„Wenn ich wütend bin,...“ (Meule et al., 2018)

Ängstlichkeit (5 Items), Zum Beispiel:

„Wenn ich angespannt bin,...“ (Meule et al., 2018)

Bis auf die Subskala Fröhlichkeit, beziehen sich alle anderen Skalen auf negative Emotionen.

Die interne Konsistenz der einzelnen Subskalen für die jeweiligen Gruppen erstreckt sich von .730-.946. Das Cronbach's Alpha der Gesamtstichprobe für die jeweiligen Subskalen liegt bei mindestens .869. (siehe Anhang Tabelle 10).

Jeder Teilbereich beinhaltet 5 Aussagen. Die insgesamt 20 Aussagen sind in der Ich-Form verfasst und werden von 0 bis 5 bewertet: (Meule, Reichenberger, & Blechert, 2018)

1	viel weniger als sonst
2	weniger als sonst
3	genauso viel wie sonst
4	mehr als sonst
5	viel mehr als sonst

Tabelle 6: Antwortmöglichkeiten der SEES von „viel weniger als sonst“ bis „viel mehr als sonst“

6.2.5 Salzburg Stress Eating Scale (SSES)

Die Salzburg Stress Eating Scale wurde von Meule et al. (2018) in Salzburg entwickelt. Sie ist die erste stressbedingte Essskala in deutscher sowie englischer Sprache, die nicht nur die Erhöhung sondern auch die Reduktion der Nahrungsaufnahme bezüglich Emotionen und Stress berücksichtigt. Bisherige Messinstrumente beschäftigen sich ausschließlich mit der Steigerung der Nahrungszufuhr und unterscheiden nicht zwischen stressbedingtem sowie emotionalem Essverhalten. Man geht davon aus, dass ca. die Hälfte der „Stressesser“ dazu neigen, in Stresssituationen mehr zu essen und die andere Hälfte dazu tendiert, weniger Nahrung aufzunehmen, wenn ein Stressempfinden vorherrscht. Daher ist es von großer Bedeutung, diese individuellen Unterschiede bezüglich psychometrischer Bewertung von stressbedingtem Essen zu beachten. Genau diese Unterscheidung versucht die SSES zu berücksichtigen. Die SSES ist das erste Messinstrument für stressbedingtes Ernährungsverhalten ohne emotionale Elemente.

Insgesamt beinhaltet die SSES 10 Aussagen, die in Ich-Form formuliert wurden. Zum Beispiel:

„Wenn mich die Dinge, die ich erledigen muss zu erdrücken drohen,...“ (Meule et al., 2018)

Die Ratingskala geht von 0 bis 5, wobei die niedrigen Werte (= Werte bis 3) angeben, dass man in Stresssituationen zu einer Nahrungsreduktion neigt. Die höheren Werte (= Werte über 3) geben eine Tendenz zur Steigerung der Nahrungszufuhr bei Stresserleben an. Werte um 3

führen zu keinerlei Veränderung im Essverhalten (Meule et al., 2018). Der Fragebogen weist eine sehr hohe interne Reliabilität mit Cronbach's alpha = .90 auf. Diese sehr hohe interne Reliabilität konnte auch in dieser Untersuchung mit Cronbach's alpha = .944 bestätigt werden (siehe Anhang Tabelle 10).

1	esse ich viel weniger als sonst
2	esse ich weniger als sonst
3	esse ich genauso viel wie sonst
4	esse ich mehr als sonst
5	esse ich viel mehr als sonst

Tabelle 7: Antwortmöglichkeiten der SSES von „esse ich viel weniger als sonst“ bis „esse ich viel mehr als sonst“

6.3 Fragestellungen und Hypothesen

Aus den Zielsetzungen der Untersuchung, sowie in Zusammenschau mit den Resultaten aus der Literatur wurden folgende Fragestellungen und Hypothesen abgeleitet:

6.3.1 Fragestellung 1

Unterscheiden sich Personen mit Bulimie sowie Anorexie von jenen ohne Essstörung in Bezug auf die depressive Symptomatik, gemessen als ADS-K Summenwert und können damit vorhandene Studien bestätigt werden?

Hypothese 1

Die Versuchspersonen der Bulimie und Anorexie Gruppe zeigen eine höhere depressive Symptomatik, als die gesunde Kontrollgruppe.

6.3.2 Fragestellung 2

Wirken externe Reize (Geschmack, Geruch) vermehrt bei Personen mit einem emotionalen Essverhalten, gemessen als DEB-Q-Externalität-Summenwert?

Hypothese 2

Die Bulimie-Patientinnen lassen sich am meisten durch externe Reize (Geschmack, Geruch) beeinflussen.

6.3.3 Fragestellung 3

Bei welcher Personengruppe ist das emotionale Essen am stärksten ausgeprägt, bestimmt durch den DEB-Q-Emotionalität-Summenwert?

Hypothese 3

Ein emotionales Essverhalten tritt am stärksten bei Personen mit einer Bulimia nervosa ein. Bei Personen mit Anorexie und der gesunden Kontrollgruppe ist ein emotionales Essverhalten geringer ausgeprägt.

6.3.4 Fragestellung 4

Bei welcher Personengruppe wirkt sich ein restriktiver Essstil am meisten auf das Essverhalten aus, gemessen nach dem DEB-Q-Restriktion-Summenwert?

Hypothese 4

Patientinnen mit einer Essstörung zeigen die höchsten Werte eines restriktiven Essverhaltens. Zwischen den Essstörungsgruppen ist das restriktive Essverhalten stärker bei der Anorexie-Gruppe ausgeprägt.

6.3.5 Fragestellung 5

Wie wirken sich die unterschiedlichen Emotionen (Angst, Ärger, Trauer, Fröhlichkeit) auf das Verlangen nach Nahrung aus, gemessen mit der SEES?

Hypothese 5

Negative Emotionen (Ärger, Angst oder Trauer) wirken sich bei Personen mit Bulimie mit einer Erhöhung der Nahrungsaufnahme aus, während positive Emotionen (Fröhlichkeit) kein gesteigertes Essverhalten zeigen. Die Emotion Trauer hat die größte Auswirkung auf das Essverhalten bei Bulimie-Patientinnen.

Bei Patientinnen mit Anorexie kommt es bei positiven Emotionen zu einer Erhöhung des Nahrungskonsums, während negative Emotionen mit keiner Steigerung im Essverhalten einhergehen.

Des Weiteren kann es bei den gesunden Probandinnen sowohl in negativer als auch positiver Stimmung zu einer Veränderung im Essverhalten kommen. Jedoch nicht in dem Ausmaß, wie bei den beiden Essstörungsgruppen.

6.3.6 Fragestellung 6

Wie wirkt sich Stress auf das Verlangen nach Nahrung aus, gemessen mittels SSES?

Hypothese 6

Die Patientinnen mit Bulimie reagieren mit einem gesteigerten Essverhalten unter Stress, da sie auch erhöhte Werte in Bezug auf emotionales Essen aufzeigen, im Gegensatz zur Anorexie-Gruppe.

Die gesunde Kontrollgruppe zeigt entweder ein gesteigertes oder vermindertes Verhalten im Essenskonsum bei Stress, jedoch nicht so stark wie Personen mit Bulimie.

6.4 Datenerhebung & Datenanalyse

Die Untersuchung wurde an insgesamt 2 Terminen vorgenommen. Beim ersten Termin wurde mit den teilnehmenden Anorexia nervosa- und Bulimia nervosa-Patientinnen die Einverständniserklärung durchgegangen und ihnen ein Fragebogenpaket mit insgesamt 10 Fragebögen (siehe Punkt 6.2) ausgehändigt. Sie wurden gebeten, diese Fragebögen bis zum zweiten Termin wieder mitzunehmen.

Der zweite Termin bestand aus einer Laboruntersuchung, die in 3 Teile gegliedert war:

1. HBPT: Heartbeattracking
2. EFD: Essen wurde unter bestimmten Emotionen (neutral und negativ) bewertet
3. DEC – TASK: Entscheidungsaufgabe zwischen zwei Lebensmitteln

Zusätzlich wurde am zweiten Termin noch eine visuelle Analogskala mit Essensbildern durchgeführt.

Die Analysen wurden mit dem Statistikprogramm IBM SPSS Statistics 24 (IBM Corporation, Armonk) durchgeführt. Es handelt sich bei der vorliegenden Studie um ein quasiexperimentelles Design mit drei natürlichen Gruppen Anorexia nervosa-Gruppe, Bulimia nervosa-Gruppe und Kontrollgruppe, die keiner Randomisierung unterliegen. Zur Überprüfung der Hauptfragestellungen wurden für jede Fragebogen-Subskala einfaktorielle Varianzanalysen und Post-Hoc-Tests berechnet. Zur Überprüfung von Nebenfragestellungen wurden t-Tests bei unabhängigen Stichproben und bivariate Korrelationen durchgeführt. Mittelwertsdifferenzen und Zusammenhänge wurden am Signifikanzniveau von 5% geprüft.

7. ERGEBNISDARSTELLUNG

Dieser Abschnitt veranschaulicht die Ergebnisse der Studie. Im Anschluss an die Stichprobenbeschreibung (Kapitel 7.1) werden die interferenzstatistischen Ergebnisse der Untersuchung präsentiert.

7.1 Stichprobenbeschreibung

Insgesamt umfasste die Stichprobe 141 Frauen. 42 Mädchen und Frauen gehören davon der Anorexie-Gruppe und 32 Mädchen und Frauen der Bulimie-Gruppe an. Alle 74 Personen waren zum Zeitpunkt der Untersuchung in medizinischer und psychotherapeutischer stationärer Behandlung in der psychosomatischen „Schön Klinik Roseneck“ in Prien am Chiemsee. Die Kontrollgruppe umfasste 67 Personen ohne Essstörungssymptomatik.

Folgende persönliche Daten wurden aufgenommen:

- Alter
- Body-Mass-Index
- Anzahl der Kliniktage
- Bildungsjahre

7.1.1 Alter

Zum Erhebungszeitpunkt betrug das Durchschnittsalter 22.97 Jahre (SD = 5.19, Min = 16, Max = 42). Die Personen in der Kontrollgruppe waren im Mittel 23.15 Jahre alt (SD = 5.08, Min = 16, Max = 42), während die Personen in der Anorexie-Gruppe durchschnittlich 22.86 Jahre alt waren (SD = 5.20, Min = 17, Max = 35) und die Personen in der Bulimie-Gruppe ein Durchschnittsalter von 22.75 Jahren (SD = 5.45, Min = 18, Max = 42) aufwiesen. Hinsichtlich des Alters gab es keinen Unterschied zwischen den Gruppen, $p = .926$.

7.1.2 Body-Mass-Index

Für jede Probandin der Stichprobe wurde der Body-Mass-Index (BMI) bzw. Quetelets-Index (Q-I) in Bezug auf Gewicht und Körpergröße errechnet.

$$\text{Formel BMI} = \frac{\text{Körpergewicht in kg}}{\text{Größe (m)}^2}$$

BMI	
≤ 14.5	Extremes Untergewicht
$> 14.5 \leq 17.5$	Schweres Untergewicht
$> 17.5 \leq 20$	Untergewicht
$> 20 \leq 25$	Normalgewicht
$> 25 \leq 30$	Übergewicht
> 30	Adipös

Tabelle 8: Einteilung des BMI nach Kilogramm

Die Gesamtstichprobe weist einen mittleren Body-Mass-Index (BMI) von 20.85 auf ($SD = 4.55$, $Min = 12.72$, $Max = 34.26$). Der durchschnittliche BMI bei der Kontrollgruppe ohne Essstörung liegt bei 22.98 ($SD = 2.69$, $Min = 18.96$, $Max = 29.74$). Die anorektischen Mädchen und Frauen weisen im Mittel einen BMI von 15.50 auf ($SD = 1.80$, $Min = 12.72$, $Max = 18.2$). Somit liegt bei den anorektischen Probandinnen ein extremes bis schweres Untergewicht vor. Bei den Personen mit Bulimie lässt sich ein mittlerer BMI von 23.19 ($SD = 4.47$, $Min = 18.51$, $Max = 34.26$) errechnen. Der BMI erstreckt sich von einem als untergewichtig bezeichneten BMI bis hin zu einem BMI, der als adipös eingestuft wird.

Der mittlere BMI befindet sich sowohl in der Kontrollgruppe als auch in der Bulimie Gruppe im normalen Bereich. In der Kontrollgruppe konnte man zwar bei einer Teilnehmerin einen leicht untergewichtigen BMI von 18.96 feststellen, sie zeigte jedoch in den Angaben keinerlei Hinweise bezüglich einer Essstörung.

Obwohl bei der Bulimia nervosa anders als bei der Anorexia nervosa Untergewicht kein diagnostisches Kriterium ist, weisen insgesamt 6 Personen der Bulimie-Gruppe einen untergewichtigen BMI ($> 17.5 \leq 20$) auf, 3 Personen wurden zudem als adipös eingestuft ($BMI > 30$).

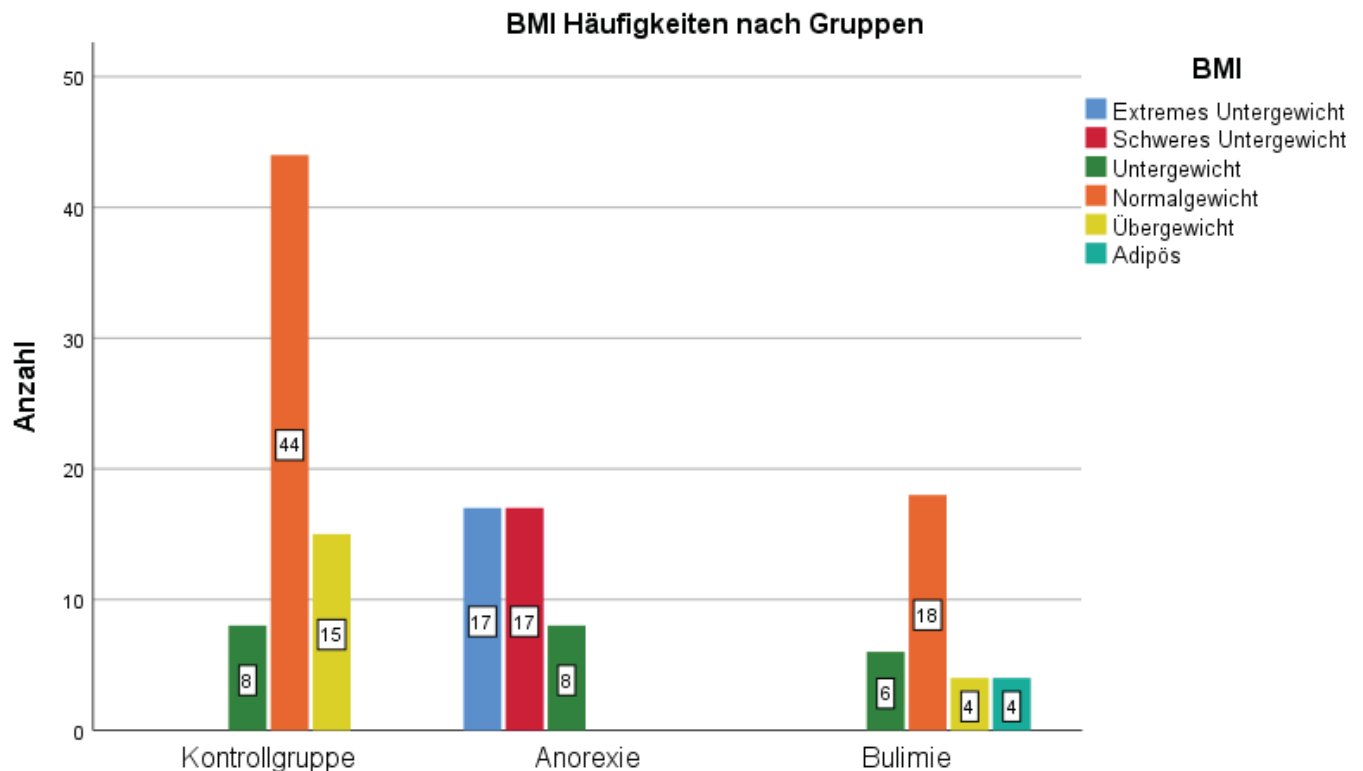


Abbildung 1: Ersichtlich ist die Anzahl der Probandinnen der einzelnen BMI Gruppen (siehe Tabelle 9) in den unterschiedlichen Untersuchungsbedingungen Gesunde Kontrollgruppe, Anorexie und Bulimie

7.1.3 Anzahl der Kliniktage

Zum Erhebungszeitpunkt befanden sich 74 Mädchen und Frauen in stationärer Behandlung der psychosomatischen „Schön Klinik Roseneck“ in Prien am Chiemsee. Die Anorexie-Gruppe war im Durchschnitt bereits 55.17 Tage ($SD = 37.66$, Min = 5, Max = 140) stationär aufgenommen.

Die Bulimie Gruppe war im Schnitt 47 Tage ($SD = 38.47$, Min = 6, Max = 134) unter stationärer Aufsicht. Die beiden Testgruppen, Anorexia nervosa-G und Bulimia nervosa-G unterschieden sich in der Belagsdauer nicht signifikant, $t(72) = .916$, $p = .363$.

7.1.4 Bildungsjahre

Der Gesamtmittelwert bezüglich der Bildungsjahre beträgt 14.65 ($SD = 2.56$, Min = 10, Max = 22). Die mittleren Bildungsjahre bei der Kontrollgruppe sind 14.95 Jahre ($SD = 5.42$, Min = 11, Max = 21). Die Gruppe mit den anorektischen Mädchen und Frauen weist einen Mittelwert bezüglich Bildungsjahre von 14.78 ($SD = 2.90$, Min = 10, Max = 22). Bei der Bulimie

Gruppe lässt sich ein Mittelwert der Bildungsjahre von 13.81 ($SD = 2.23$, Min = 10, Max = 20) errechnen. Die Gruppen unterschieden sich nicht signifikant in den Jahren Schul- und Ausbildung, $p = .106$.

7.2 Interferenzstatistische Ergebnisse

7.2.1 ADS-K

Eine Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied der Gruppen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Kontrollgruppe in den ADS-K Werten ($F_{2, 138} = 39.719$, $p < .001$). Dieser generelle Unterschied ging auf höhere Werte der beiden Essstörungsgruppen relativ zur Kontrollgruppe zurück. Anorexia- Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe: $t(107) = 8.397$, $p < .001$. Bulimie-Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe: $t(97) = 7.477$, $p < .001$. Die Gruppen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($t(72) = .435$, $p > 0.05$).

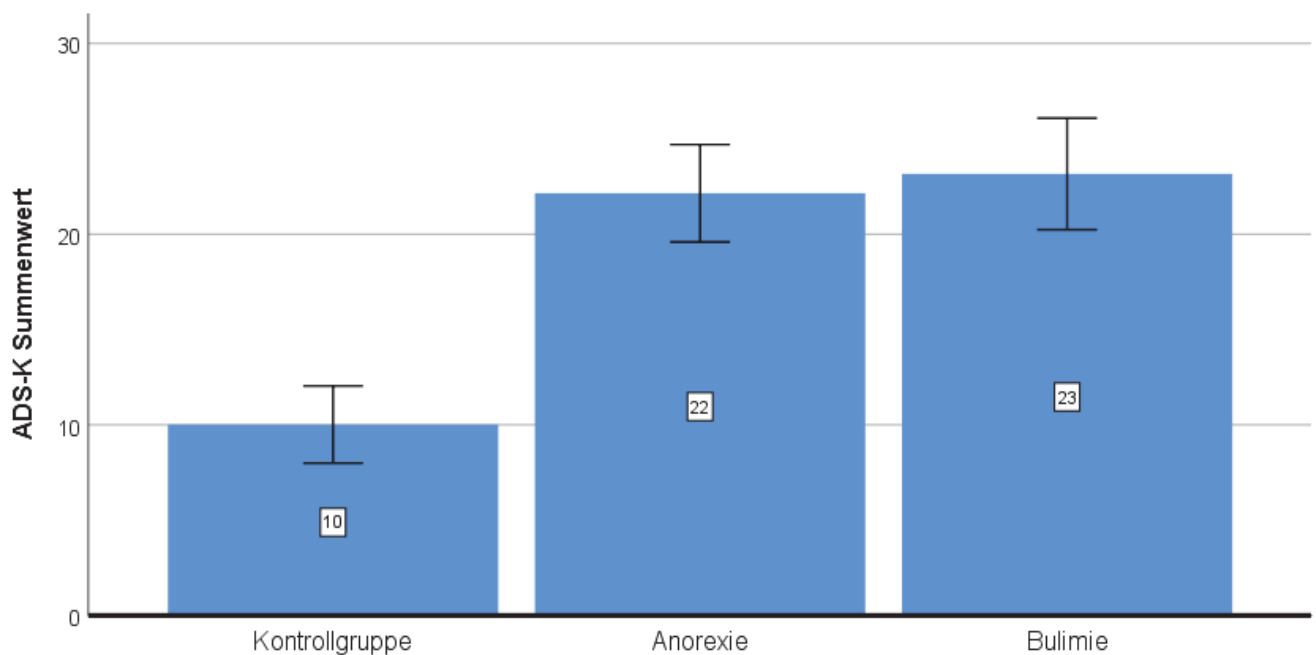


Abbildung 2: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der ADS-K der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Auswertung des ADS-K ergab signifikant höhere Depressions-Werte in den beiden Essstörungsgruppen, als in der gesunden Kontrollgruppe. Zwischen den beiden Essstörungsgruppen war kein wesentlicher Unterschied zu verzeichnen. Die Ergebnisse stimmen mit Hypothese 1 überein.

7.2.2 DEB-Q – Externalität

Eine Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied der Gruppen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Kontrollgruppe in den DEB-Q – Externalität Werten ($F_{2, 138} = 29.282, p < .001$) Dieser generelle Unterschied ging auf signifikant geringere Werte der Anorexie-Gruppe gegenüber der Kontrollgruppe ($t(107) = 7.314, p < .001$) und der Bulimie-Gruppe ($t(72) = 5.631, p < .001$) zurück. Die Bulimie-Gruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich nicht signifikant voneinander ($t(97) = 1.057, p > .05$). .

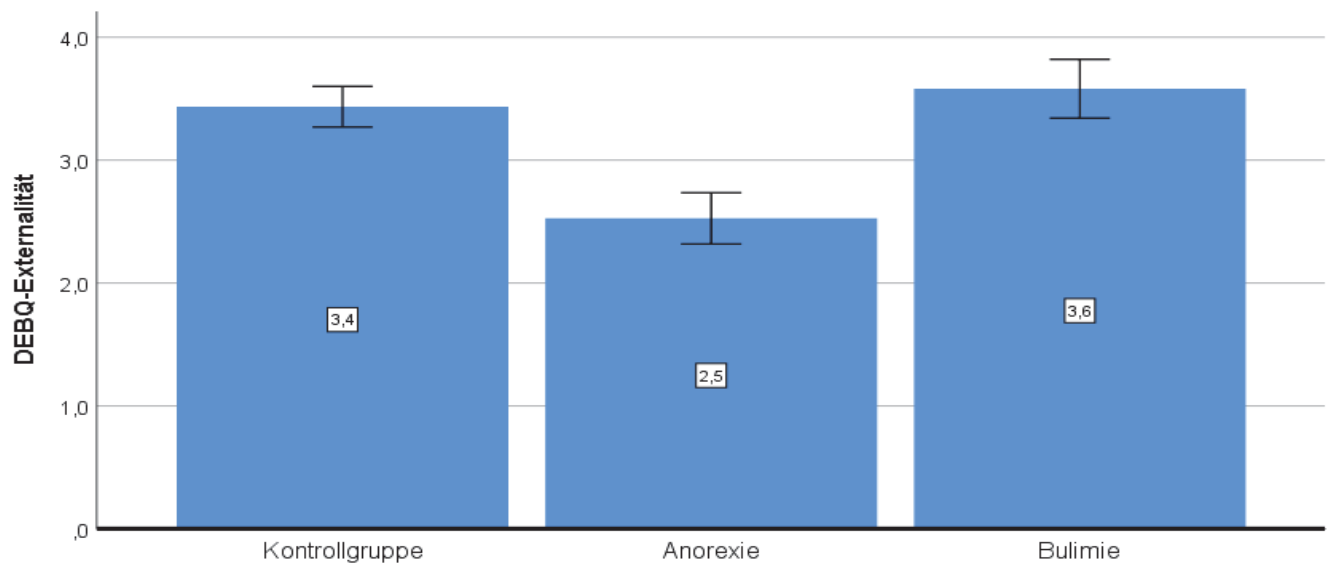


Abbildung 3: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der DEB-Q – Externalität der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Bulimie-Gruppe und die Kontrollgruppe wurden am meisten durch externe Reize in ihrem Essverhalten beeinflusst im Gegensatz zur Anorexie-Gruppe. Die Anorexie-Gruppe zeigte eine signifikant geringere Beeinflussung durch externe Reize in ihrem Essverhalten. Die Hypothese 2 stimmt bezüglich der Bulimie-Gruppe überein.

7.2.3 DEB-Q – Emotionalität

Es konnte zwischen allen drei Gruppen, Bulimia nervosa, Kontrollgruppe und Anorexia nervosa ein signifikanter Unterschied in den DEB-Q – Emotionalität Werten ($F_{2, 138} = 60.513$, $p < .001$) beobachtet werden. Die Anorexie-Gruppe unterschied sich signifikant von der Kontrollgruppe ($t(107) = 3.573$, $p < .05$) und der Bulimie-Gruppe ($t(72) = 9.398$, $p < .001$) aufgrund der niedrigsten Werte. Die Bulimie-Gruppe unterschied sich ebenfalls signifikant von der Kontrollgruppe ($t(97) = 9.858$, $p < .001$) aufgrund der höchsten Werte.

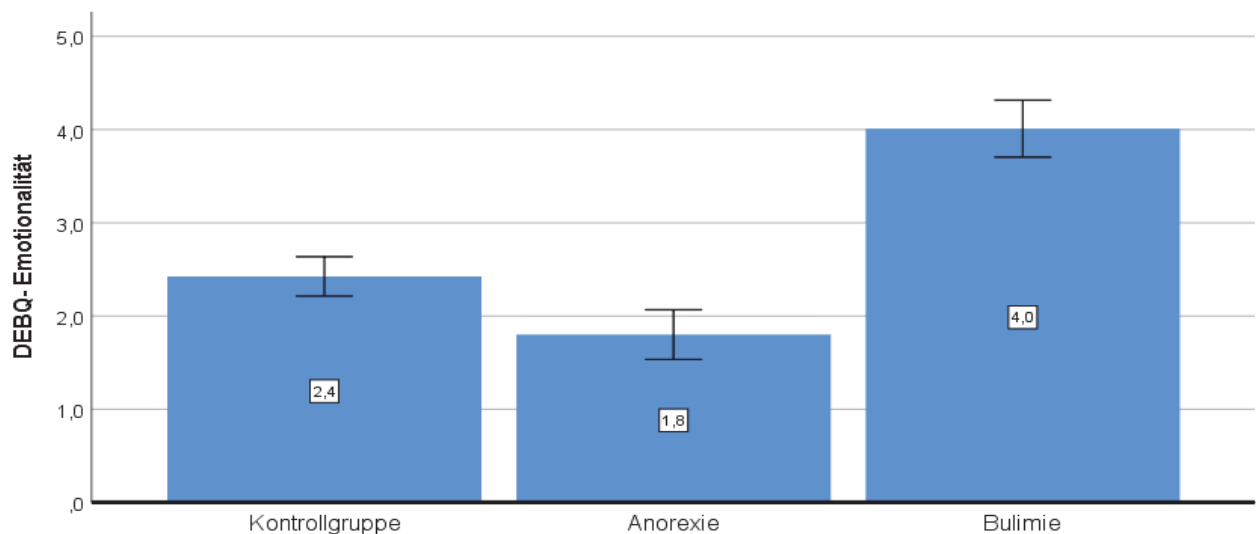


Abbildung 4: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der DEB-Q – Emotionalität der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Anorexia nervosa-Gruppe reagierte mit der geringsten Emotionalität. Die Bulimia nervosa-Gruppe zeigte die höchste emotionale Reaktion. Die K-G zeigte eine höhere emotionale Reaktion als die Anorexia nervosa-G, aber eine geringere Emotionalität als die Bulimia nervosa-G. Dass ein emotionales Essverhalten bei der Bulimie-Gruppe am stärksten ausgeprägt ist, ist konsistent mit Hypothese 3.

7.2.4 DEB-Q – Restriktion

Eine Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied der Gruppen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Kontrollgruppe in den DEB-Q – Restriktion Werten ($F_{2, 138} = 26.39$, $p < .001$). Der signifikante Unterschied ging auf die geringeren Werte der Kontrollgruppe verglichen mit der Anorexie-Gruppe ($t(107) = 5.698$, $p < .001$) und mit der Bulimie-Gruppe ($t(97) = 6.488$, $p < .001$) zurück. Zwischen der Bulimie-Gruppe und der Anorexie-Gruppe gab es keinen signifikanten Unterschied, ($t(72) = .543$, $p > .05$).

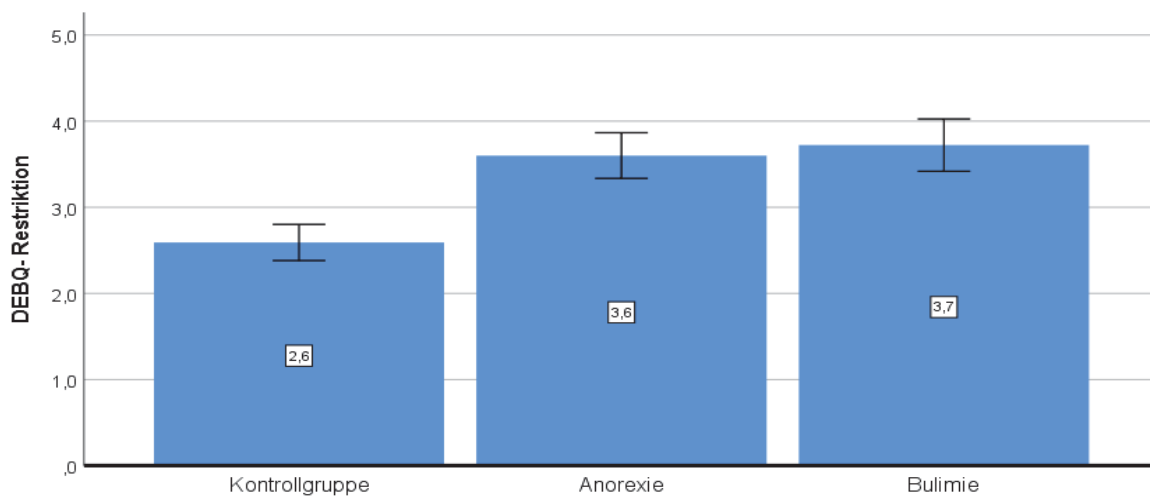


Abbildung 5: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der DEB-Q – Restriktion der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Kontrollgruppe zeigte ein geringeres restriktives Verhalten im Vergleich zur Anorexia nervosa-Gruppe und Bulimia nervosa-Gruppe. Zwischen den Essstörungsgruppen gab es keinen signifikanten Unterschied in Bezug auf ein restriktives Essverhalten. Daher konnte unsere Hypothese 4 nur teilweise untersucht werden.

7.2.5 EDE-Q

Es ließ sich zwischen allen drei Gruppen, Anorexia nervosa-Gruppe, Bulimia nervosa-Gruppe und der Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied in den EDE-Q Werten ($F_{2, 138} = 29.085$, $p < .001$) feststellen. Die Kontrollgruppe unterschied sich von der Anorexie-Gruppe ($t(107) = 4.564$, $p < .001$) und der Bulimie-Gruppe ($t(97) = 7.399$, $p < .001$) aufgrund der geringsten Werte. Auch zwischen der Anorexie-Gruppe und der Bulimie-Gruppe konnte aufgrund der höchsten Werte in der Bulimie-Gruppe ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($t(72) = 2.858$, $p < .05$).

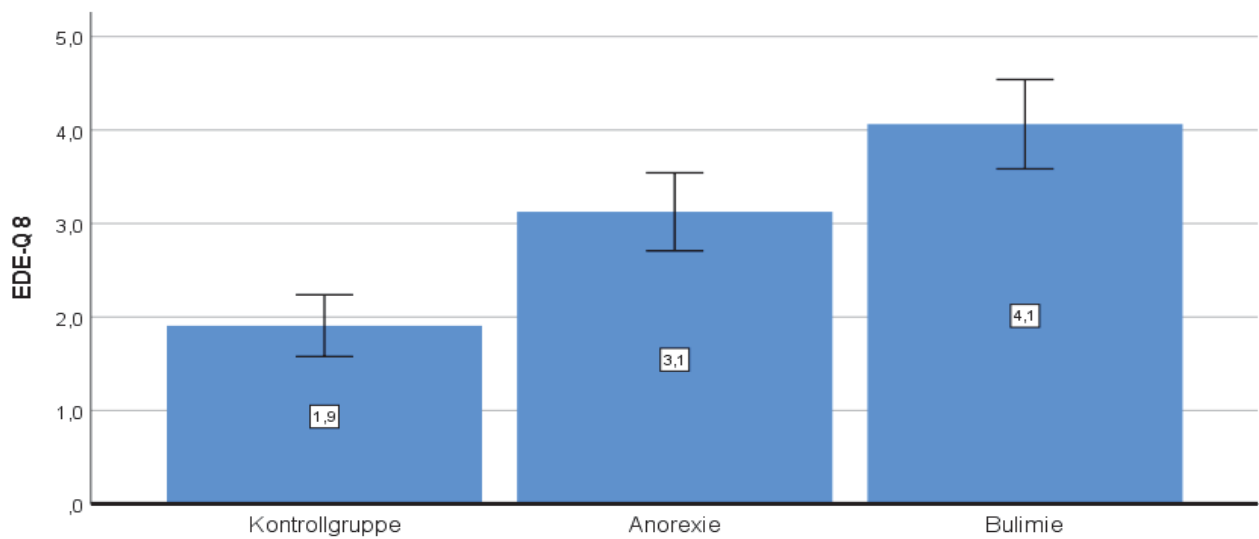


Abbildung 6: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der EDE-Q der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

7.2.6 SEES – Happiness

Eine Varianzanalyse zeigte einen signifikanten Unterschied der Gruppen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und der Kontrollgruppe ($F_{2, 138} = 8.533, p < .05$). Die Anorexie-Gruppe hatte bei der Emotion „happiness“ signifikant mehr Verlangen auf Nahrung als die Kontrollgruppe ($t(107) = 2.57, p < .05$), die Bulimie-Gruppe hatte signifikant weniger Verlangen auf Nahrung bei der Emotion „happiness“, als die Kontrollgruppe ($t(97) = 2.292, p < .05$). Die Anorexie-Gruppe und die Bulimie-Gruppe unterschieden sich ebenfalls signifikant voneinander, ($t(72) = 3.810, p < .001$).

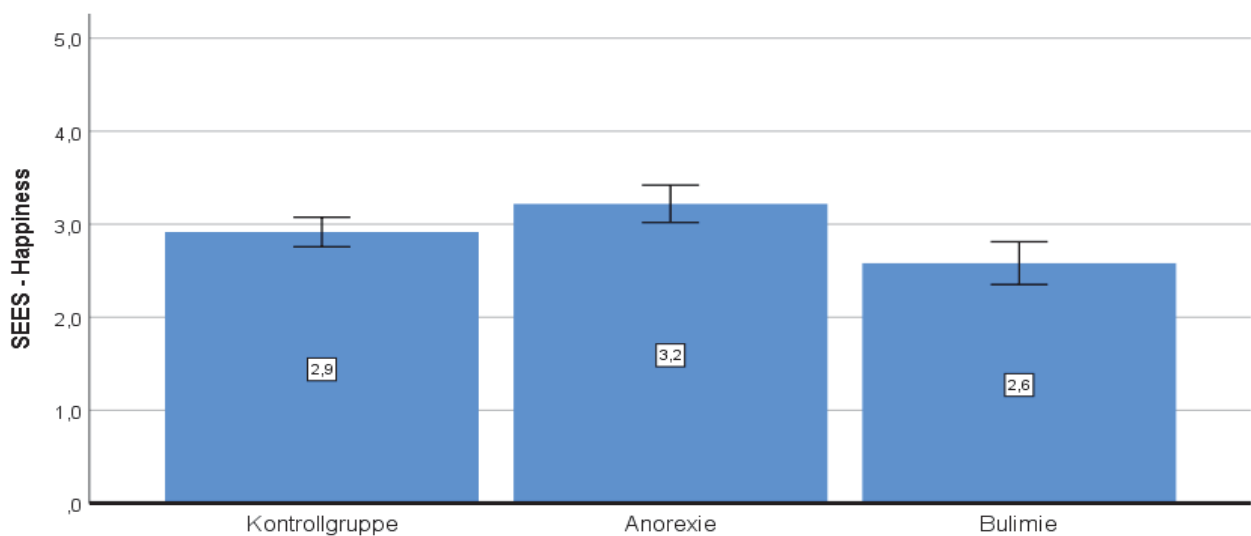


Abbildung 7: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SEES – Happiness der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Anorexie-Gruppe zeigte ein erhöhtes Essverhalten bei positiven Emotionen, im Gegensatz zur Bulimie-Gruppe und der gesunden Kontrollgruppe. Am geringsten wirkten sich die positiven Emotionen beim Essverhalten der Bulimie-Gruppe aus. Die Kontrollgruppe zeigte eine größere Reaktion bei positiven Emotionen im Vergleich zur Bulimie-Gruppe, aber eine geringere Reaktion als die Anorexie-Gruppe in Bezug auf positive Emotionen und dem Essverhalten. Die Ergebnisse stimmen mit Hypothese 5 überein.

7.2.7 SEES – Sadness

Hinsichtlich der Subskala Traurigkeit konnte man zwischen allen drei Gruppen Anorexia nervosa-Gruppe, Bulimia nervosa-Gruppe und Kontrollgruppe einen signifikanten Unterschied erkennen ($F_{2, 138} = 58.05$, $p < .001$). Die Anorexie-Gruppe unterschied sich signifikant von der Kontrollgruppe ($t(107) = 6.612$, $p < .001$) und der Bulimie-Gruppe ($t(72) = 9.586$, $p < .001$) aufgrund der geringsten Werte. Der Unterschied zwischen der Kontrollgruppe und der Bulimie-Gruppe war aufgrund der höchsten Werte in der Bulimie-Gruppe ebenso signifikant ($t(97) = 6.22$, $p < .001$).

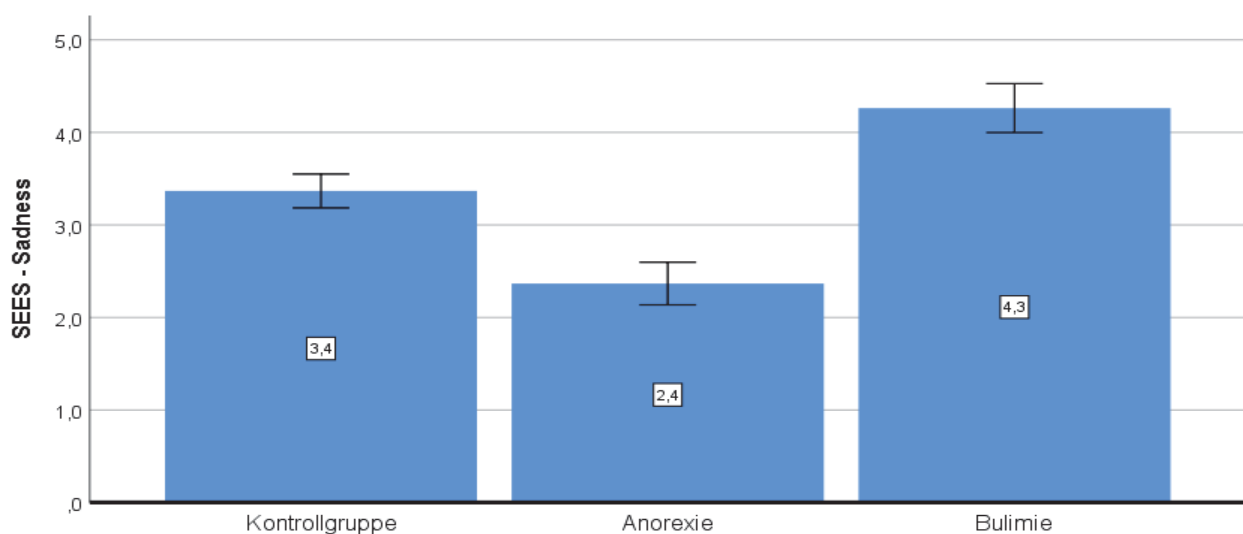


Abbildung 8: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SEES – Sadness der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Anorexie-Gruppe zeigte bei der Emotion Traurigkeit die geringste Reaktion, im Gegensatz zur Bulimie-Gruppe und der gesunden Kontrollgruppe. Die Bulimie-Gruppe reagierte bei traurigen Emotionen mit einem erhöhten Essverhalten. Die Kontrollgruppe reagierte bei traurigen Emotionen mit einer größeren Reaktion als die Anorexie-Gruppe, jedoch mit einer geringeren Reaktion als die Bulimie-Gruppe in Bezug auf das Essverhalten. Mit diesen Ergebnissen konnte unsere Hypothese 5 untersucht werden.

7.2.8 SEES – Anger

Die Anorexia-Gruppe, Bulimie-Gruppe und die Kontrollgruppe unterschieden sich bezüglich den SEES – Anger-Werten signifikant voneinander ($F_{2, 138} = 39.004, p < .001$). Die Anorexie-Gruppe unterschied sich aufgrund der geringsten Werte signifikant von der Kontrollgruppe ($t(107) = 3.061, p < .05$) und der Bulimie-Gruppe ($t(72) = 7.627, p < .001$). Aufgrund der höchsten Werte in der Bulimie-Gruppe konnte auch zwischen der Bulimie-Gruppe und der Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($t(97) = 7.175, p < .001$).

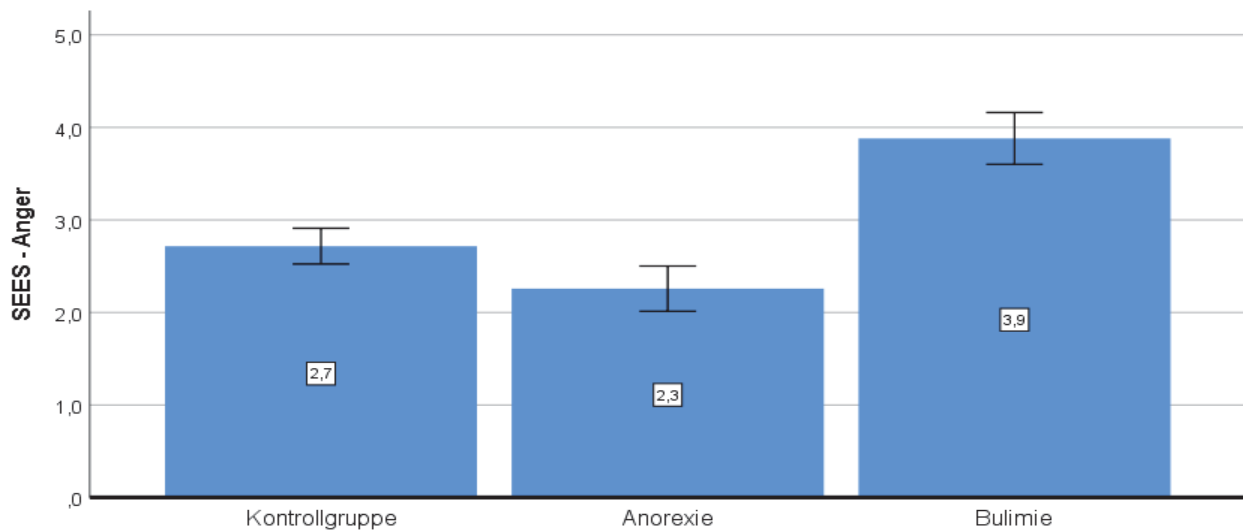


Abbildung 9: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SEES – Anger der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Anorexie-Gruppe und Kontrollgruppe reagieren bei ärgerlichen Emotionen weniger in Bezug auf das Essverhalten, als die Bulimie-Gruppe. Die Ergebnisse sind somit mit Hypothese 5 konsistent.

7.2.9 SEES-Anxiety

Es ließ sich zwischen allen drei Gruppen, Anorexia-Gruppe, Bulimie-Gruppe und Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied beobachten ($F_{2, 138} = 38.989, p < .001$). Die Anorexie-Gruppe unterschied sich aufgrund der geringsten Werte signifikant von der Kontrollgruppe ($t(107) = 2.192, p < .05$) und der Bulimie-Gruppe ($t(72) = 7.213, p < .001$). Aufgrund der höchsten Werte in der Bulimie-Gruppe konnte auch zwischen der Bulimie-Gruppe und der Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($t(97) = 7.917, p < .001$).

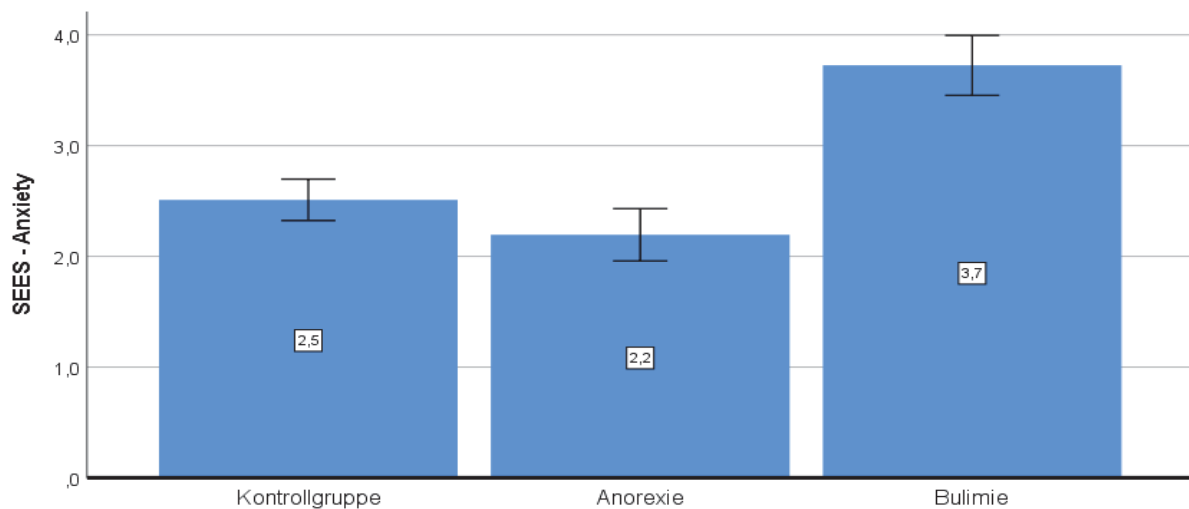


Abbildung 10: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SEES – Anxiety der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Anorexie-Gruppe und Kontrollgruppe zeigten bei ängstlichen Emotionen nur eine geringe Reaktion auf das Essverhalten im Kontrast zur Bulimie-Gruppe. Die Bulimie-Gruppe reagierte bei ängstlichen Emotionen am stärksten bezüglich des Essenskonsums. Die Ergebnisse sind somit mit Hypothese 5 konsistent.

7.2.10 SSES

Ein signifikanter Unterschied hinsichtlich der SSES-Werten ließ sich zwischen allen drei Gruppen, Anorexie-Gruppe, Bulimie-Gruppe und Kontrollgruppe feststellen ($F_{2, 138} = 43.539$, $p < .001$). Die Anorexie-Gruppe unterschied sich aufgrund der geringsten Werte signifikant von der Kontrollgruppe ($t(107) = 4.102$, $p < .05$) und der Bulimie-Gruppe ($t(72) = 8.245$, $p < .001$). Aufgrund der höchsten Werte in der Bulimie-Gruppe konnte auch zwischen der Bulimie-Gruppe und der Kontrollgruppe ein signifikanter Unterschied festgestellt werden ($t(97) = 7.078$, $p < .001$).

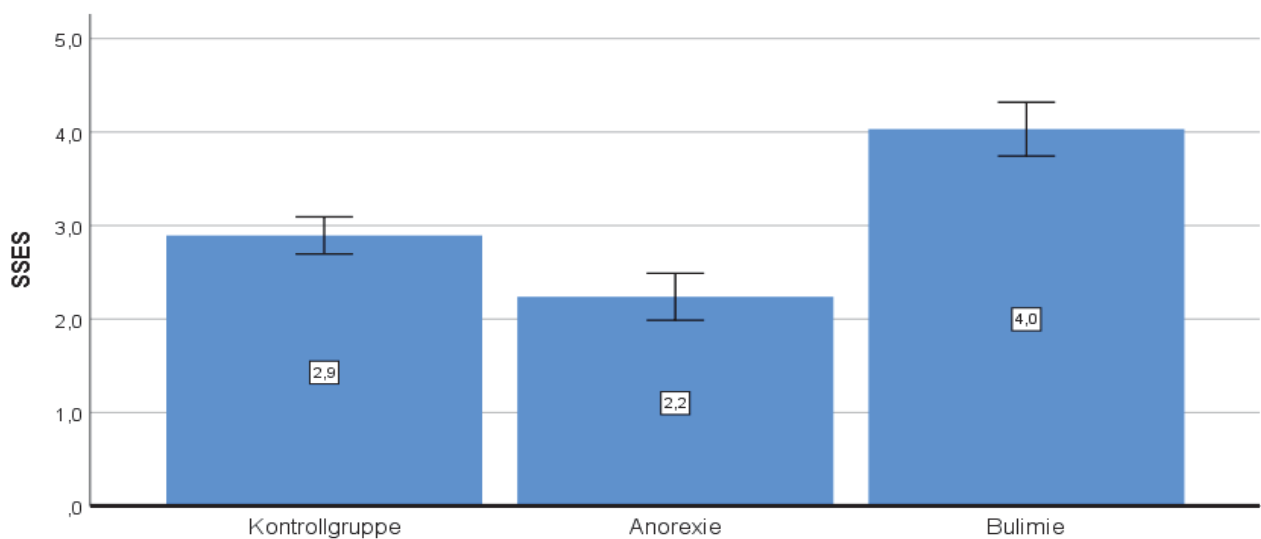


Abbildung 11: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SSES der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.

Die Auswertung der SSES ergab eine signifikant erhöhte Rate bei der Bulimie-Gruppe in Zusammenhang mit Stress und Essverhalten, im Gegensatz zur Anorexie-Gruppe und der gesunden Kontrollgruppe. Die Anorexie-Gruppe zeigte die niedrigsten Werte bezüglich des Essverhaltens bei Stressempfinden. Die Ergebnisse sind somit mit Hypothese 6 konsistent.

7.2.11 Zusätzliche Auswertungen

Korrelation ADS-K und EDE-Q8

Die Korrelation der Fragebögen ADS-K und EDE-Q8 ergab für die Anorexie-Gruppe eine hoch signifikante Korrelation, $r(40) = .563$, $p < .001$. Auch für die Bulimie-Gruppe wurde eine hoch signifikante Korrelation gemessen, $r(30) = .461$, $p < .001$. Bei der gesunden Kontrollgruppe konnte kein Zusammenhang festgestellt werden $r(65) = .203$, $p > .05$.

Korrelation der DEB-Q-Subskalen (Restriktion, Externalität und Emotionalität)

Die Korrelation des DEB-Q-Externalität und des DEB-Q-Emotionalität wies für die gesamte Stichprobe eine hoch signifikante Korrelation auf, $r(139) = .553$, $p < .001$. Auch die Korrelation zwischen dem DEB-Q-Restriktion und dem DEB-Q-Emotionalität zeigte eine signifikante Korrelation für die gesamte Stichprobe, $r(139) = .196$, $p < .05$. Lediglich zwischen dem DEB-Q-Restriktion und dem DEB-Q-Externalität konnte kein Zusammenhang festgestellt werden, $r(139) = -.125$, $p < .05$.

Korrelation ADS-K und BMI

Die Korrelation zwischen dem ADS-K und dem BMI ergab für keine der drei Versuchsgruppen (Anorexie-Gruppe: $r(40) = -.033$, $p > .05$; Bulimie-Gruppe: $r(30) = .008$, $p > .05$; Kontrollgruppe: $r(65) = -.166$, $p > .05$) einen signifikanten Zusammenhang.

Korrelation EDE-Q8 und Anzahl der Kliniktage

Die Korrelation zwischen dem EDE-Q8 und der Anzahl der Kliniktage konnte für die gesamte Stichprobe einen hoch signifikanten negativen Zusammenhang aufzeigen, $r(139) = -.317$, $p < .001$. Wenn man die Versuchsgruppen jedoch einzeln in Bezug auf EDE-Q und Anzahl der Kliniktage korreliert, weist lediglich die Anorexie-Gruppe eine hoch signifikante negative Korrelation auf, ($r(40) = -.313$, $p < .001$), für die Bulimie-Gruppe ist dieser Zusammenhang nicht signifikant ($r(30) = -.284$, $p > .05$).

8. DISKUSSION

Diskussion der Ergebnisse

Bewertung emotionales Essverhalten

Der Fokus dieser Studie lag auf der Erfassung emotionalen Essverhaltens. Deshalb wurde in der vorliegenden Untersuchung die deutsche Version des standardisierten Fragebogens DEB-Q, als Messinstrument herangezogen, um die verschiedenen Facetten in Bezug auf das Essverhalten zu ermitteln (Grunert, 1989). Die verschiedenen Tendenzen umfassten externes, emotionales und restriktives Essverhalten.

Es wurde von uns erwartet, dass die Versuchspersonen der Bulimie-Gruppe bei allen drei Subskalen (external, emotional und restraint) die höchsten Werte aufweisen, im Gegensatz zur Anorexie-Gruppe und Kontrollgruppe. Bei der Anorexie-Gruppe wurden lediglich bei der Subskala „restraint“ höhere Werte im Gegensatz zur Kontrollgruppe vermutet. Die Ergebnisse konnten diese Erwartungen weitestgehend bestätigen. Ausnahme war die Subskala „restraint“. Hier war der Unterschied zwischen der Bulimie- und der Anorexie-Gruppe nicht so groß wie vermutet. Zusätzliche Ergebnisse ergaben eine hoch signifikante Korrelation zwischen dem DEB-Q-Externalität und dem DEB-Q-Emotionalität, sowie eine signifikante Korrelation zwischen dem DEB-Q Restriktion und dem DEB-Q-Emotionalität. Daraus kann man schließen, dass sich die verschiedenen Störbarkeiten im Essverhalten wechselseitig beeinflussen.

Ein gezügeltes Essverhalten kann unabhängig vom Körpergewicht stärker oder schwächer ausgeprägt sein und zielt darauf ab, durch eine kognitive Kontrolle die Nahrungsaufnahme in Bezug auf die Kalorien einzuschränken, um an Gewicht zu verlieren (Pudel, 1997). Unsere Annahme, dass die beiden Essstörungsgruppen höhere Werte in Bezug auf ein gezügeltes Essverhalten aufweisen kann auch durch die Annahme von Herman & Polivy (1984) bestätigt werden, die angeben, dass ein restriktives Verhalten oft in Verbindung mit einer hohen Störbarkeit im Essverhalten einhergeht. Zudem wird beobachtet, dass ein gezügeltes Essverhalten häufig in Zusammenhang mit Essanfällen, die bevorzugt beim Störungsbild Bulimia nervosa vorkommen, auftreten (Herman, & Polivy, 1984).

In unserer Studie wurde entgegen der Erwartungen kein signifikanter Unterschied zwischen der Bulimie- und der Anorexie-Gruppe bezüglich der Subskala „restraint“ berichtet. Interpretativ kann man anführen, dass auch bei Anorexie-Patientinnen Essanfälle auftreten können. In

einer älteren Studie von Casper et al., 1980 wurde angeführt, dass etwa die Hälfte aller Anorexie-Patientinnen eine ausgeprägte bulimische Symptomatik mit wiederholten Fressanfällen zeigten. Bei bestehendem Untergewicht werden bulimische Symptome als Anorexie (Subtyp Binge-/ Purging-Typus) klassifiziert und nicht als Bulimie (Vandereyeken, & Meermann, 1984). Es empfiehlt sich daher bei nachfolgenden Untersuchungen spezifischer auf die Subtypen beider Störungsbilder einzugehen.

Es wird vermutet, dass auch ein Zusammenhang zwischen restriktivem und emotionalem Essverhalten herrscht. Unsere Ergebnisse konnten diese Annahme unterstützen und zeigen eine hoch signifikante Korrelation zwischen den beiden Subskalen „restraint“ und „emotional“. Bisherige Befunde können unsere Ergebnisse jedoch nicht unterstützen (Waller, & Osman, 1998; Courbasson et al., 2008).

In unserer Studie konnte zudem auch eine Signifikanz zwischen den Subskalen „external“ und „emotional“ ermittelt werden. Obwohl vermutet wird, dass ein externer Essstil oft in Kombination mit einem emotionalen Essverhalten auftritt, sind diese beiden Ausprägungen des Essverhaltens voneinander zu differenzieren (Van Strien et al., 1986; Van Strien et al., 1995). Während es beim emotionalen Essverhalten zu einem stärkeren Nahrungskonsum unter negativen Emotionen kommt (2011), tendieren Personen mit einem externalen Essstil zu einem Überkonsum von Nahrung durch essensbezogene Stimuli, wie Geschmack oder Geruch einer Speise (Oliver, 2000). Gegenwärtige Literatur liefert jedoch nur widersprüchliche Ergebnisse zu diesem Zusammenhang.

Aus der Literatur geht hervor, dass ein emotionaler Essstil neben adipösen Personen und Personen, die an einer Binge-Eating-Disorder leiden, am häufigsten bei Frauen mit einer Bulimia nervosa auftritt (Ricca et al., 2009; Conner et al., 2004). Bei der Anorexia nervosa tritt emotionales Essen vermehrt beim Purge-Typus auf, im Gegensatz zu Anorexie-Betroffenen, die durch intensives Fasten oder exzessives Sporttreiben ein geringes Körpergewicht anstreben (Vervaet et al., 2003; Courbasson et al., 2008). Die Ergebnisse unserer Studie bestätigten die Annahme, dass ein emotionales Essverhalten am höchsten bei Personen mit Bulimie ausgeprägt ist. Es ist jedoch anzumerken, dass bisherige Ergebnisse mittels DEB-Q umstritten sind, da es zur Vernachlässigung unterschiedlicher Emotionen und deren Auswirkungen auf das Essverhalten kommt beziehungsweise nur negative Emotionen enthalten sind. Zudem kann es zur Beeinträchtigung der Validität der Messergebnisse kommen, da viele Betroffene ein starkes Schamgefühl in Bezug auf ihr emotionales Essverhalten haben (Faith et al., 1997).

Aus diesem Grund wurde für diese Studie die SEES der Universität Salzburg herangezogen. Sie differenziert nicht nur innerhalb der Kategorie von negativen Emotionen (Ärger, Angst und Trauer), um den Effekt auf das Essverhalten darzustellen, sondern erfragt das Essverhalten auch in Bezug auf die positive Emotion „Fröhlichkeit“. Es soll ermittelt werden, ob unter genannten Emotionen mehr, gleich viel oder weniger gegessen wird und welche Emotionen ein höheres Risiko für ein emotionales Essverhalten haben.

Für die Bulimie-Gruppe wurde erwartet, dass bei der Emotion „Trauer“ das stärkste Verlangen nach Nahrung auftritt, gefolgt von den Emotionen „Angst“ und „Ärger“. Bei der positiven Emotion „Fröhlichkeit“ sollte für die Bulimie-Gruppe das geringste Verlangen nach Nahrung aufkommen in Kontrast zu den beiden anderen Personengruppen. Unseren Annahmen zu Folge sollten die Ergebnisse für die Anorexie-Gruppe genau gegenteilig ausfallen. Demnach wurden die geringsten Werte bei den negativen Emotionen und der höchste Wert bei der positiven Emotion erwartet, im Gegensatz zu den anderen zwei Versuchsgruppen. Die gesunde Kontrollgruppe sollte bei allen erfragten Emotionen entweder mit einem geringeren oder vermehrten Verlangen nach Nahrung reagieren. Jedoch in einer deutlich mäßigeren Ausprägung, als die beiden Essstörungen.

Die Ergebnisse der vorliegenden Studie konnten bestätigen, dass bei den Probandinnen mit Bulimia nervosa nur eine marginal signifikante Tendenz besteht, in positiver Gefühlslage mehr zu essen, als in negativer Stimmung. Begründet kann dies durch den Beweis einer vergangenen Studie von Thayer et al. (1993) werden. Die Autoren führen an, dass der Prozess der Selbstregulation diverse Verhaltensweisen umfasst, die es zum Ziel haben, aversive emotionale Zustände zu vermeiden und einen angenehmen Zustand anzustreben. Das biopsychosoziale Modell („Two-Dimensional Mood Theory“) von Thayer (1989) kommt zu einer Verknüpfung der emotionalen Zustände und körperlichen Erregung. Energielevel und Anspannung beeinflussen nach diesem Modell den Prozess der Selbstregulierung. Traurige Gefühle werden mit einem geringen Energielevel, dafür aber mit einer hohen Anspannung assoziiert, während Freude ein hohes Energielevel mit geringer Anspannung aufweist. Hochkalorische Kost, die reich an Kohlenhydraten ist, soll nach Thayer (1989) herangezogen werden, um das Energielevel zu erhöhen und die Anspannung zu senken. Demnach wäre es plausibel anzunehmen, dass negative Emotionen, wie Traurigkeit, vermehrt emotionales Essen auslösen, im Gegensatz zu positiven Emotionen.

Allein die Überzeugung, dass süße und fettreiche Nahrung in trauriger Stimmung das Wohlbefinden steigern kann, führt bei emotionalen Essern zu einem vermehrten Konsum dieser

Nahrungsmittel (Tice et al., 2007). Herber (2010) geht davon aus, dass diese Erwartungshaltung bei allen negativen Emotionen ungefähr gleich stark hervorgerufen wird.

Spoor et al. (2007) bestätigten die Annahme, dass ein emotionales Essverhalten als Ablenkungsstrategie für emotionale Belastungen herangezogen wird. Es wurden unterschiedliche Bewältigungsstrategien in Bezug auf emotionales Essverhalten sowohl bei gesunden als auch bei Frauen mit Essstörung untersucht. Die Autoren stellten fest, dass durch eine Dysfunktion in der Emotionsregulation, Personen mit einem emotionalen Essverhalten, die Bewältigung negativer Emotionen zunehmend schwerer fällt, als Personen, deren Emotionsregulation nicht gestört ist. Das Essen wird genutzt, um den unangenehmen Emotionen zu entfliehen. Emotionales Essen wird demnach als gescheiterter Versuch angesehen, um mit negativen Emotionen zurechtzukommen (Spoor et al., 2007).

Bestätigt wird diese Annahme durch die Studie von Kemp & Kopp (2011), die angaben, dass es bei Personen, deren kognitive Neubewertung, die zu den Emotionsregulationsstrategien zählt, bei der Ereignisse neu interpretiert werden, um negative Emotionen zu reduzieren, eingeschränkt ist, es zu einem vermehrten Konsum von Nahrungsmitteln kommt. Die Untersuchung von Evers et al. (2010) widerlegt diese These der kognitiven Neubewertung. Die Autoren konnten jedoch feststellen, dass es bei Personen mit häufiger Emotionsunterdrückung, in trauriger Stimmungslage zu einem gesteigerten Essverhalten kommt.

Starker Ärger lösen bei Bulimie-Betroffenen oft impulsive Essanfälle aus (Penas-Lledo et al., 2004). Die retrospektive Studie von Fox & Froom (2009) bestätigte diese Annahme, indem gezeigt werden konnte, dass Personen, die von einer Essstörung betroffen sind, mit vielen konfliktreichen Lebenssituationen, die von Ärger begleitet werden, zu kämpfen haben. Ärger wird für diese Menschen zu einer Emotion, die es gilt, zu unterdrücken (Fox & Froom, 2009). Bisherige Studien konnten auch ein vermehrtes Auftreten der Emotion Angst bei Frauen mit einer Essstörungspathologie im Gegensatz zu Personen ohne Symptomen einer Essstörung nachweisen (Harvey et al., 2002).

Des Weiteren kann man argumentieren, dass die verschiedenen negativen Emotionen eine unterschiedliche Signalfunktion aufweisen. So wird beispielsweise durch Traurigkeit ein Mangel an Belohnung vermittelt, den es gilt, auszugleichen. Hochkalorische, schnelle Snacks eignen sich besonders gut, um diesem Verlust entgegenzuwirken (Raghunathan et al., 2006). Die Emotion Ärger vermittelt uns ein Gefühl der ungerechten Behandlung und durch Angst wird versucht, in einer unkontrollierbaren Situation eine Reduzierung der Unsicherheit anzu-

streben (Raghunathan et al., 2006). Eine starke Korrelation zwischen der Emotion Trauer und Essstörungssymptomatik konnte auch in der Selbstbeurteilungsstudie von Fox und Fromm (2009) ermittelt werden. Besonders vor den Essanfällen und während dem Kompensationsverhalten wie Erbrechen oder Substanzmissbrauch entsteht bei Bulimie-Patientinnen ein starkes Gefühl der Trauer (Johnson, & Larson, 1982).

Ebenfalls konnte die Annahme bestätigt werden, dass die Versuchspersonen mit Anorexia nervosa ein geringeres Verlangen auf Nahrung bei negativen Emotionen hatte als die beiden anderen Personengruppen. Eine Studie von Courbasson et al. 2008 berichtete jedoch von einer Korrelation zwischen Depressivität und emotionalem Essverhalten bei Anorexie-Patientinnen. Bei Personen mit Anorexie führt ein emotionales Essverhalten jedoch nicht zu einer Erhöhung des Nahrungskonsums, sondern zu einem verstärkten restriktiven Verhalten (Courbasson et al., 2008).

Generell ist aber festzuhalten, dass sie unter negativen Emotionen eine viel geringere Reaktion bezüglich des Essverhaltens zeigen als die beiden Vergleichsgruppen. Dies bestätigten auch die Ergebnisse von Macht (2007), der herausfand, dass Emotionen bei einem anorektischen Essverhalten nur eine untergeordnete Rolle spielen. In der Studie von Brockmeyer et al., 2012 hat sich herausgestellt, dass Anorexie-Patientinnen mit einem äußerst geringen BMI im Gegensatz zu Anorexie-Patientinnen mit einem vergleichsweise höheren BMI, weniger Defizite in der Adaption von Emotionen zeigten. Es könnte sein, dass der große Mangel an Nährstoffen und Neurotransmittern in dem enorm kachektischen Zustand, der bei einer Anorexie miteinhergeht, die Emotionsgenese verringert und somit das subjektive Empfinden von Emotionen verbessert.

Bei der positiven Emotion „Fröhlichkeit“ zeigten die anorektischen Patientinnen, wie von uns erwartet, ein Bedürfnis nach mehr Nahrung. Es ist jedoch anzumerken, dass sowohl Anorexie- als auch Bulimie-Patientinnen ein eingeschränktes Erleben von Freude zeigen (Joos et al., 2008). Erklärt werden kann dies durch eine erhöhte Depressivität bei diesen Personen (Gilboa-Schechtman et al., 2006).

Bei der Normalbevölkerung wird angenommen, dass es bei negativen Emotionen zu einer gegenteiligen Reaktion im Essverhalten kommt und sie zu einer verringerten Nahrungsaufnahme tendieren (Gibson, 2012; Nutrition News, 2017).

Wie erwartet, zeigte die gesunde Kontrollgruppe in der vorliegenden Studie eine verminderte Ausprägung auf das Essverhalten bezüglich der vier Emotionen Angst, Ärger, Trauer und

Fröhlichkeit im Gegensatz zur Bulimie-Gruppe, die mit emotionalem Essen in Verbindung gebracht wird. Bezüglich der negativen Emotionen Angst, Ärger und Trauer zeigte sich die höchste Tendenz für emotionales Essverhalten in trauriger Stimmung. Bei Ärger und Angst war die Motivation beinahe gleich groß, aber deutlich niedriger als bei trauriger Stimmung.

Bei einer vorangegangenen Untersuchung mit Hilfe der SEES wurde von gesunden Studienteilnehmerinnen ebenfalls berichtet, bei traurigen Emotionen mehr Motivation zum Essen zu haben, als bei Ärger oder Angst. Begründet kann das durch die Erhöhung von Stresshormonen bei Ärger und Angst werden und das damit einhergehende appetitreduzierende Verhalten. Bei Traurigkeit kommt es zu einer geringeren körperlichen Erregung und somit werden weniger Stresshormone ausgeschüttet, wodurch der appetitmindernde Effekt geringer ausfällt (Macht, 2008; Nutrition News, 2017).

Bewertung Stress und Essverhalten

Bei bisherigen psychometrischen Skalen kam es zu einer Vermischung von emotionalem Essen und dem Essverhalten unter Stress. Ein erhöhter Nahrungsverzehr wird als eine Reaktion auf Emotionen und Stress in Verbindung gebracht. Anders als beim emotionalen Essen, bei dem es infolge von negativen oder positiven Emotionen zu einem erhöhten Essenskonsum kommt, bewirkt Stress entweder Über- oder Unteressen. Ob der Konsum von Nahrung in Stresssituationen erhöht oder verringert wird, hängt mit Faktoren wie dem BMI und dem Essverhalten (restriktiv, emotional, external) zusammen (Reichenberger et al., 2018).

Zahlreiche Studien berichten von einer höheren Stressanfälligkeit bei emotionalen Essern (Newman et al., 2007; Vicennati et al., 2009). Daraus ergibt sich die Annahme, dass Stress-Essen eine Form des emotionalen Essens darstellt. Um eine Differenzierung zwischen emotionalem Essverhalten und Essen unter Stress zu untersuchen, wurde die SSES als erste echte stressbezogene Essenskala herangezogen (Meule et al., 2018).

Mit Hilfe der SSES wurde in dieser Studie erfasst, ob in diversen Stresssituationen eine geringere, gleichbleibende oder erhöhte Menge an Nahrung verzehrt wird. Wie erwartet, ergaben sich Gruppenunterschiede bezüglich der Beeinflussung von Stress auf das Essverhalten. Wie bereits erwähnt, kommt es bei Personen die an einer Bulimia nervosa leiden, häufig zu einem emotionalen Essverhalten. Daher war abzusehen, dass sie auch in Stresssituationen einen signifikant höheren Effekt bezüglich ihres Esskonsums aufwiesen, als die Kontrollgruppe und die Anorexie-Gruppe. Die Anorexie-Gruppe zeigte die geringste Reaktion in Bezug auf Stress und Essverhalten, im Gegensatz zu den beiden anderen Versuchsgruppen.

Ein emotionales Essverhalten wird im starken Zusammenhang mit vielfältigen Stressoren, wie alltäglichen (daily hassles) oder länger andauernden Anstrengungen, sowie kritischen Lebensereignissen, gebracht (O'Connor et al., 2008; Macht et al., 2005; Adam, & Epel, 2007). Die Feldstudie von O'Connor et al. (2008) konnte zeigen, dass Angestellte, die von einer höheren Ausprägung eines emotionalen Essverhaltens berichteten, bei kurzzeitigen Stressoren mehr Snacks zu sich nahmen, als Personen die nur ein geringes Maß an emotionalem Essverhalten aufzeigten. Die Studie von Macht et al. (2005) untersuchten langanhaltende Stressoren in Bezug auf das emotionale Essverhalten. Es wurde belegt, dass Studenten, die sich in mitten einer Prüfungsvorbereitung fanden, eine ausgeprägtere Neigung hatten, emotional zu essen, als die Kontrollgruppe, die mit keiner Prüfungssituation konfrontiert war. Aus diesen beiden Studien kann resümiert werden, dass ein emotionales Essverhalten als Folge von alltäglichen und langanhaltenden Stressoren eintreten kann.

Das Zusammenwirken von psychosozialen und endokrinologischen Faktoren könnte hierfür einen Erklärungsansatz liefern. Die naturalistische Studie von Newman et al. (2007) beobachtete eine stärkere Ausprägung des emotionalen Essverhalten bei Frauen, die mit einer höheren Cortisolausschüttung auf Stressoren reagierten, als bei Frauen deren Cortisolausschüttung geringer ausfiel. Chronischer Stress bewirkt einen dauerhaft hohen Cortisolspiegel, der eine verstärkte Sensibilisierung des Belohnungssystems zur Folge hat. Dies wiederum kann zu einem übermäßigen Konsum hochkalorischer Nahrung führen (Roberts, 2008).

Zusätzlich findet man in der empirischen Literatur Hinweise darauf, dass emotionale Esser in Stresssituationen ihre Serotoninaktivität beeinflussen. Eine eingeschränkte Serotoninaktivität wird mit einem Mangel in der Stressbewältigung, depressiver Verstimmung und einem gesteigerten Essverhalten in Zusammenhang gebracht (Markus et al., 2012).

Bewertung der psychischen Komorbidität Depression

In der vorliegenden Untersuchung ging man davon aus, dass beide Essstörungstypen erhöhte Depressionswerte aufweisen. Mit Hilfe des ADS-K wurde der Depressionsgrad der Versuchsgruppen erfasst. Beide Essstörungsgruppen zeigten signifikant höhere Depressionswerte im Gegensatz zur gesunden Kontrollgruppe. Zusätzliche Auswertungen konnten aufzeigen, dass auch eine hoch signifikante Korrelation zwischen dem ADS-K und dem DEB-Q, bei den beiden Essstörungs-Gruppen auftritt. Interpretativ kann man annehmen, je höher die Störbarkeit im Essverhalten ist, desto mehr sind auch die depressiven Symptome ausgeprägt. Das Resultat

konnte damit frühere Studienergebnisse bestätigen, die von Depression als komorbide Erscheinung einer Essstörung berichten (Zonnevylle-Bender et al., 2004; Godart et al., 2004).

Essstörungen gehen oft mit einer weiteren psychischen Störung, die auf Achse 1, des DSM-IV angeführt werden, einher. Bisherige Studien berichten von einer Prävalenz von 20% bis 95% (Blinder et al., 2006; Grilo, et al., 2013; Hudson et al., 2007; Ulfvebrand, 2015). Bei der Anorexia nervosa geht man davon aus, dass zwischen 55% und 98% und bei der Bulimia nervosa zwischen 88% und 97% aller Betroffenen, an einer weiteren klinischen Störung leiden (Blinder et al., 2006; Hughes et al., 2013). Dieses mehrachsige System wurde für das aktuelle Klassifikationssystem DSM-V verabschiedet, da es keine wissenschaftliche Grundlage für eine Unterteilung der Störung lieferte.

Am häufigsten treten Essstörungen in Begleitung affektiver Störungen, darunter Depression, mit einer geschätzten Prävalenzzahl von 20-98%, auf (Blinder et al., 2006; Ulfvebrand et al., 2015). Es gibt jedoch große Abweichungen der geschätzten Depressionsraten bei Personen mit Essstörungen, da sich bisherige Studien sehr stark in der diagnostischen Methodik (Interviews, retrospektive Chart Reviews, verschiedenen Screening Tools und/oder diagnostische Instrumente) und in der Auswahl der Probanden (nur Frauen und/oder Männer) differenzierten. Zudem kann man die Störungsbilder Bulimie und Anorexie auf Grund ihrer Symptomatik oft nur schwer voneinander unterscheiden (Godart et al., 2007; Hughes et al., 2013).

Die erhöhten Depressionswerte der beiden Essstörungsgruppen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe kann auch durch eine vorherrschende Alexithymie (Störung des emotionalen Bewusstseins) bei den erkrankten Patientinnen erklärt werden. Die Untersuchung von Laverder et al. 2015 konnte aufzeigen, dass Personen die unter einer Essstörung leiden, häufig Defizite in der Benennung und Wahrnehmung von Emotionen aufzeigen. Es konnte ein direkter Zusammenhang zwischen Alexithymie bei den Essstörungs-Patientinnen und der depressiven Symptomatik untersucht werden (von Groot et al., 1995).

Pollice et al. (1998) berichteten von einer höheren depressiven Symptomatik, je niedriger der BMI bei anorektischen Patientinnen war. Diese Annahme konnte in unserer Studie nicht bestätigt werden. Unsere Ergebnisse berichten im Mittel von keinen höheren Depressionswerten in Abhängigkeit mit dem BMI in der Anorexie-Gruppe. Man könnte interpretieren, dass es davon abhängt, wie ausgeprägt die anorektische Symptomatik ist.

Auch im Falle der Bulimia nervosa geben vergangene Studienergebnisse eine positive Korrelation zwischen der Ausprägung von Depression und den bulimischen Symptomatiken an

(Swift et al., 1985). Zusätzlich decken sich unsere Studienergebnisse mit der Annahme einer früheren Untersuchung von Hudson et al. (2007), dass bulimische Patientinnen eine ausgeprägtere affektive Störung aufzeigen, als Anorexie Betroffene und Personen mit einer Bing-Eating-Disorder. Aktuell gibt es noch keine exakte Erklärung für die erhöhte Prävalenz von affektiven Störungen bei Personen mit einer Essstörung. Sowohl umweltbedingte, als auch genetische Faktoren (Wade et al., 2000) und familienbezogene Aspekte (Mangeweth et al., 2003) werden mit diesem Kontext in Verbindung gebracht. Die Versuchspersonen befanden sich während der Studie in einer Klinik und zählten somit zu den „Härtefällen“ dieser Erkrankung. Dahert waren erhöhte Depressionswerte bei allen Patientinnen zu erwarten.

Limitation

Für die vorliegende Studie wurden $N = 141$ Teilnehmerinnen rekrutiert. Davon waren 42 Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa, 32 Patientinnen mit der Diagnose Bulimia nervosa und 67 Personen gehörten der gesunden Kontrollgruppe an. Aus Sicht der Statistik wäre eine umfangreichere Stichprobengröße sinnvoll gewesen, um auszuschließen, dass die Stichprobe einen Einfluss auf die Ergebnisse hat. Die Anzahl der Teilnehmerinnen in unserer Studie war zwar eher gering, reichte aber aus, um grundlegende und signifikante Differenzen zu ermitteln.

Als Erhebungsinstrument für diese Studie wurden ausschließlich Fragebögen herangezogen, die von den Versuchspersonen selbst auszufüllen waren. Anzumerken ist, dass durch diese Erhebungswahl kein persönlicher Kontakt zu den Versuchspersonen stattfand. Während des Ausfüllens sind somit keine weiteren Erklärungen möglich. Dies kann jedoch auch als Vorteil gesehen werden, da die Beeinflussung seitens des Versuchsleiters somit wegfällt. Positiv anzumerken ist auch die Zeiteffizienz dieser Selbstbewertungsfragebögen im Gegensatz zu Interviews, die oft sehr zeitaufwendig sind. Dadurch kann in einem knapperen Zeitraum eine größere Anzahl an Probandinnen untersucht werden. Zusätzlich fließen in die Validität von Selbstbeurteilungsfragebögen auch wesentliche Personenmerkmale wie beispielsweise das Wissen über die eigene Person und das Selbstwertgefühl mit ein (Van Strien, 1995).

Zusätzlich umfasste die Studie nur weibliche Probandinnen, um geschlechtsspezifische Unterschiede zu vermeiden. Obwohl Statistiken berichten, dass nahezu jede zehnte an einer Essstörung erkrankte Person männlich ist, werden vor allem das Störungsbild Anorexie und Bulimie überwiegend als weibliche Erkrankung angesehen (Jacobi et al., 2004).

Die Variationsbreite an Emotionen scheint eine Überforderung für die Emotionspsychologie zu sein. Durch eine Reduzierung auf die Basisemotionen wird versucht, eine Erleichterung zu schaffen. Die Basisemotionen unterliegen einer genetischen Festlegung und weisen interindividuell zahlreiche Parallelen auf (Ekman, 1999). Durch die Einschränkung auf Basisemotionen wurden differenzierte Emotionen wie beispielsweise das Scham- oder Schuldgefühl und Langeweile nicht miteinbezogen. Diese spielen aber vor allem bei der Bulimia nervosa eine entscheidende Rolle und sollten bei zukünftigen Untersuchungen auch berücksichtigt werden.

Die Emotionen „Fröhlichkeit“ und „Trauer“ scheinen bisher nur sehr gering erforschte Emotionen in Bezug auf Essstörungen zu sein, wodurch es sich als schwierig herausgestellt hat, Vergleichsstudien zu finden.

Eine weitere Limitation stellt die Tatsache dar, dass die emotionale Bedeutung von Wörtern interindividuell variiert und somit die Selbstbeurteilung verzerren kann. Für die Datenerhebung wurden ausschließlich Selbstbericht-Fragebögen herangezogen. Physiologische Parameter wie die Herzfrequenz, Hautleitfähigkeit usw., sowie weitere Dimensionen, Emotionen zu erheben, wurden erst im Zuge des zweiten Termins dieser Studie erhoben, fließen aber nicht in diese Arbeit mit ein.

Als mögliche Begleiterscheinung von Essstörungen wurde lediglich die affektive Störung Depression ermittelt. Zusätzliche Komorbiditäten wie beispielsweise die Angststörung, Persönlichkeitsstörungen oder Alexithymie, wurden nicht ermittelt, obwohl ebenfalls über eine große Auftretenswahrscheinlichkeit im Zuge einer Essstörung berichtet wird (Braun et al., 1994).

Die Versuchspersonen befanden sich während des Erhebungszeitpunktes in stationärer Behandlung. Darum ist es auch sehr wahrscheinlich, dass sie unter medikamentöser Behandlung standen. Ob diese Tatsache die Ergebnisse verzerrt hat, ist nicht nachzuweisen, zumal es auch keine Untersuchungen darüber gibt, ob eine Medikation das Emotionserleben- sowie deren Wahrnehmung tangiert. Durch die stationäre Behandlung war es ihnen auch nur möglich, die Fragebögen auf ihrem Klinik-Zimmer auszufüllen. Somit war das Setting vermutlich sehr ungewöhnlich für die Teilnehmerinnen, um Selbstauskünfte zu ermitteln und das Potenzial der Verzerrung könnte dadurch erhöht gewesen sein.

Ausblick

Bisherige Studien zum emotionalen Essen beschäftigen sich vorrangig mit Emotionen als Auslöser für dieses Verhalten. Dabei bedeutet emotionales Essen mehr als nur unter negativen Emotionen zu essen. Die eigenen Bedürfnisse und Kognitionen sind beispielsweise ebenso Bestandteil dieses Verhaltens und gehören in zukünftigen Forschungen über emotionales Essen integriert.

Es stellt sich das Öfteren als schwierig heraus, zwischen den beiden Essstörungen-Typen Anorexie und Bulimie eine klare Grenze zu ziehen. Im Rahmen weiterer Untersuchungen zum Themenbereich „emotionales Essverhalten“ wäre es sinnvoll, auf die Subtypen beider Krankheiten detaillierter einzugehen, da die Subtypen der Anorexie deutlich verschiedene Ausprägungen im emotionalen Essverhalten zeigen (Vervaet et al, 2003; Courbasson et al., 2008). In nachfolgenden Studien wäre zudem der Gender-Aspekt zu beachten, um zu prüfen, ob männliche Personen gleich viel emotional essen aber nur anders im Gedächtnis abspeichern als Frauen.

9. ZUSAMMENFASSUNG

Zwischen Emotionen und dem Essverhalten besteht ein komplexer Zusammenhang. Auf der einen Seite wird das Essverhalten durch Emotionen beeinflusst und auf der anderen Seite kommt es zur Beeinflussung der Emotionen durch das Essverhalten. Personen, die emotional essen, tendieren in Situationen, die für sie als emotional belastend empfunden werden, ihre negativen Gefühle in Abwesenheit von Hunger durch vorrangig hochkalorische Nahrung zu bewältigen. Ihnen fehlen konstruktive Adaptionsmechanismen, um negative Emotionen effektiv zu verarbeiten. Folglich kommt es zum erhöhten Risiko einer Essstörung.

Um das emotionale Essverhalten besser zu verstehen, ist es von großer Bedeutung, die Rolle der auslösenden Emotionen in Bezug auf den Umgang mit Nahrung zu erforschen. Die vorliegende Diplomarbeit umfasst deshalb eine Studie, in der es durch standardisierte Selbstbericht-Fragebögen zur Erfassung eines emotionalen Essverhaltens bei den beiden Essstörungstypen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe kam. Die Ergebnisse sollen einen erweiterten Blick in Bezug auf die Essstörungssymptomatik und dem emotionalen Essverhalten liefern.

Emotionales Essverhalten tritt vorrangig bei negativen Emotionen sowie kurz oder langanhaltenden Stressoren auf. Aus diesem Grund wurde neben dem Fragebogen DEB-Q und der SEES, die das emotionale Essverhalten in Bezug auf verschiedene Arten des Essverhaltens und unterschiedliche Emotionen erfassten, auch die SSES miteinbezogen. Mit Hilfe der SSES wurde Stress-Essen separat als eine Form des emotionalen Essverhaltens untersucht. Zusätzlich wurde mittels ADS-K die depressive Symptomatik und durch den EDE-Q8 die Art und Schwere der Essstörungspathologie von den Versuchsgruppen erfragt.

Die Bulimie-Gruppe zeigte die höchsten Werte eines emotionalen Essverhaltens im Gegensatz zu den beiden Vergleichsgruppen. Zudem zeigte sich in den Berechnungen ein Zusammenhang zwischen einem externen und emotionalen Essverhalten, sowie zwischen einem restriktiven und emotionalen Essstil.

In der Studie konnte dargelegt werden, dass die verschiedenen Emotionen (Angst, Ärger, Trauer und Fröhlichkeit) sich unterschiedlich stark auf das Essverhalten auswirkten. Bei der Bulimie-Gruppe kam es vor allem bei der Emotion „Trauer“ zu einem verstärkten Wunsch nach mehr Nahrung, gefolgt von den negativen Emotionen „Angst“ und „Ärger“. Bei der positiven Emotion „Fröhlichkeit“ kam es bei der Anorexie-Gruppe zum stärksten Verlangen

nach Nahrung, verglichen mit der Bulimie-Gruppe und der gesunden Kontrollgruppe. Die gesunde Kontrollgruppe zeigte bei den negativen Emotionen ein stärkeres Verlangen nach Nahrung als bei der Emotion „Fröhlichkeit“. Generell waren die Werte aber deutlich geringer als bei der Bulimie-Gruppe. Daher ist anzunehmen, dass es „Risikoemotionen“ gibt, die es in der Prävention und Therapie von Essstörungen zu berücksichtigen gilt.

Außerdem konnte in der Untersuchung gezeigt werden, dass Personen, die zu einem emotionalen Essverhalten tendieren, auch höhere Werte bezüglich Stress und Essen aufwiesen. Auch die erhöhten Werte in der depressiven Symptomatik bei den beiden Essstörungsgruppen lassen vermuten, dass ein emotionales Essverhalten mit der komorbiden Erscheinung einer Depression in Verbindung gebracht werden kann.

Es wurde versucht, die Ergebnisse in den gegenwärtigen Forschungsstand zu integrieren. Des Weiteren wurden die Limitationen der Studie skizziert und ein Ausblick für zukünftige Untersuchungen gegeben.

10. ABSTRACT

10.1 Abstract deutsch

Der wechselseitige Zusammenhang zwischen Emotionen und dem Essverhalten ist komplex und mannigfaltig. Der Schwerpunkt dieser Studie liegt auf der Untersuchung des Zusammenhangs von Emotionen und Stress auf die Regulation des Essverhaltens, bei Patientinnen mit einer Essstörung (Anorexia nervosa und Bulimia nervosa).

Die Untersuchung besteht aus fünf standardisierten Selbstbericht-Fragebögen, die von 42 Patientinnen mit der Diagnose Anorexia nervosa, 32 Patientinnen mit der Diagnose Bulimia nervosa und 67 Personen, die der gesunden Kontrollgruppe angehörten ausgefüllt wurden. Der Fragebogen DEB-Q und die SEES, erfassten das emotionale Essverhalten unter dem Aspekt unterschiedlicher Arten des Essverhaltens (external, emotional und restriktiv) sowie in Bezug auf verschiedene Emotionen. Mit Hilfe der SSES wurde Stress-Essen als separate Form des emotionalen Essverhaltens erfasst. Der Fragebogen ADS-K ermittelte die depressive Symptomatik und der Fragebogen EDE-Q8 die Art und Schwere der Essstörungspathologie, von den Versuchsgruppen.

Patientinnen mit der Diagnose Bulimie wiesen die höchsten Werte eines emotionalen Essverhaltens auf, im Gegensatz zu den beiden anderen Versuchsgruppen. Zudem konnte ein Zusammenhang zwischen einem externen und emotionalen Essverhalten, sowie zwischen einem restriktiven und emotionalen Essstil beobachtet werden. Des Weiteren konnte dargelegt werden, dass sich die verschiedenen Emotionen (Angst, Ärger, Trauer und Fröhlichkeit) unterschiedlich stark auf das Essverhalten auswirkten. Während die Emotion „Trauer“ bei der Bulimie-Gruppe das höchste Verlangen nach Nahrung auslöste, war das Essverlangen bei der Anorexie-Gruppe bei der Emotion „Fröhlichkeit“ am stärksten ausgeprägt. Außerdem wurde untersucht, dass Personen die zu einem emotionalen Essverhalten tendieren, auch höhere Werte in Bezug auf Stress und Essen und der depressiven Symptomatik aufwiesen.

Es ist anzunehmen, dass es „Risikoemotionen“ gibt, die bei der Prävention und Therapie von Essstörungen berücksichtigt werden sollten. Die Ergebnisse ermöglichen zudem einen umfassenderen Blick bezüglich der Essstörungssymptomatik und dem emotionalen Essverhalten.

10.2 Abstract englisch

The reciprocal relationship between emotions and eating behaviour is complex and varied. The focus of this study is to investigate the relationship between emotions and stress on the regulation of eating behavior in patients with eating disorders (anorexia nervosa and bulimia nervosa).

The study consists of five standardized self-report questionnaires completed by 42 patients diagnosed with anorexia nervosa, 32 patients diagnosed with bulimia nervosa and 67 persons belonging to the healthy control group. The DEB-Q questionnaire and the SEES recorded emotional eating behaviour in terms of different types of eating behaviour (external, emotional and restrictive) and different emotions. With the help of SSES, stress eating was recorded as a separate form of emotional eating behaviour. The ADS-K questionnaire determined the depressive symptoms and the EDE-Q8 questionnaire the type and severity of the eating disorder pathology of the experimental groups.

Patients diagnosed with bulimia had the highest values of emotional eating behaviour, in contrast to the other two experimental groups. In addition, an association between external and emotional eating behaviour and between a restrictive and emotional eating style could be observed. Furthermore, it could be shown that different emotions (anxiety, anger, sadness and happiness) had different effects on eating behaviour. While the emotion "sadness" triggered the highest desire for food in the bulimia group, the anorexia group had the highest desire for food in the emotion "happiness". It was also investigated that people who tend to eat emotionally also had higher levels of stress, food and depressive symptoms.

It can be assumed that there are "risk emotions" that should be considered in the prevention and treatment of eating disorders. In addition, the results provide a more comprehensive view of eating disorders symptoms and emotional eating behaviour.

11. LITERATURVERZEICHNIS

- Adam, T. C. & Epel, E. (2007). Stress, Eating and the Reward System. *Psychology & Behavior*, 91, 449-458.
- Aldao, A. & Nolen-Hoeksema, S. (2010). Specificity of cognitive emotion regulation strategies: A transdiagnostic examination. *Behaviour Research and Therapy*, 48, 974-983.
- American Psychiatric Association. (2015). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders* (6th ed.). Washington, DC: Author.
- Arolt, V., Reimer, C. & Dilling, H. (2007). *Basiswissen Psychiatrie und Psychotherapie*. Heidelberg: Springer, pp.213-216.
- Arnou, B., Kenardy, J. & Agras W. S. (1992). Binge eating among the obese: A descriptive study, *Journal of Behavioral Medicine*, 15(2), 155-170.
- Arnou, B., Kenardy, J. & Agras, W. S. (1995). The emotional eating scale: The development of a measure to assess coping with negative affect by eating, *International Journal of Eating Disorders*, 18(1), 79-90.
- Baeck, S. (2007). *Essstörungen: Was Eltern und Lehrer tun können*, Bonn: Balance Buch + Medien Verlag.
- Barnow, S. (2014). Was sind Emotionen und wozu braucht man Sie? In S. Barnow (ed.), *Gefühle im Griff! Wozu man Emotionen braucht und wie man sie reguliert*. Berlin: Springer, pp. 7-11.
- Barnow, S., Aldinger, M., Ulrich, I. & Stopsack, M. (2013). Emotionsregulation bei Depression. *Psychologische Rundschau*, 64, 235-243.
- Bekker, M. H., van de Meerendonk, C. & Mollerus, J. (2004). Effects of negative mood induction and impulsivity on self-perceived emotional eating. *International Journal of Eating Disorder*, 36(4), 461-509.
- Benton, D. & Donohoe, R. (2007). The effects of nutrients on mood. *Public Health Nutrition*, 2(3a), 403-409.

- Berking, M. & Wupperman, P. (2012). Emotion regulation and mental health: Recent findings, current challenges, and future directions. *Current Opinion in Psychiatry*, 25, 128-134.
- Blair, A. J., Lewis, V. J. & Booth, D. A. (1992). Response to Leaflets About Eating and Shape by Women Concerned about Their Weight. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 20(3), 279-286.
- Bongers, P. & Jansen, A. (2016). Emotional eating is not what you think it is and emotional eating scales do not measure what you think they measure. *Frontiers in Psychology*, 7, 1-11.
- Blinder, B. J., Cumella, E. J. & Sanathara, V. A. (2006). Psychiatric comorbidities of female inpatients with eating disorder. *Psychosomatic Medicine*, 68(3), 454-462.
- Boulton, M. J. & Smith, P. K. (1992). The social nature of play fighting and play chasing: Mechanisms and strategies underlying cooperation and compromise. In J. H. Barkow, L. Cosmides, & J. Tooby (eds.), *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture*. New York: Oxford University Press, pp. 429-444.
- Brandstätter, V. & Otto, J. H. (2000). *Handbuch der Allgemeinen Psychologie – Motivation und Emotion*, Göttingen, Bern, Wien, Paris, Oxford, Prag, Toronto: Hogrefe.
- Braun, D. L., Sunday, S. R. & Halmi, K. A. (1994). Psychiatric comorbidity in patients with eating disorders, *Psychological Medicine*, 24(4), 859-867.
- Brockmeyer, T., Skunde, M., Wu, M., Bresslein, E., Rudofsky, G., Herzog, W. & Friedrich, H. C. (2014). Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 55(3), 565-571.
- Bruch, H. (1961). Transformation of oral impulses in eating disorders: A conceptual approach. *Psychiatric Quarterly*, 35(3), 458-481.
- Bruch, H. (1973). *Eating Disorders: Obesity, Anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bydlowski, S., Corcos, M., Jeammet, P., Peterniti, S., Berthoz, S., Laurier, C., Chambry, J. & Consoli, S. (2005). Emotion-processing deficits in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 37(4), 321-329.
- Cantwell, D. P., Sturzenberger, S. & Burroughs, J. (1977). Anorexia nervosa. An Affective Disorder?, *Jama Psychiatry*, 34(9), 1087-1093.

- Casper, R. C., Eckert, E. D. & Halmi, K. A. (1980). Bulimia. Ist Incidence and Clinical Importance in Patients with Anorexia nervosa. *Jama Psychiatry*, 37(9), 1030-1035.
- Casper, R., Hedeker, D. & McClough, J. F. (1992). Personality Dimensions in Eating Disorders and Their Relevance for Subtyping. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 31(5), 830-840.
- Conner, T., Tugade, M. M. & Barrett, L. F. (2004). Ecological momentary assessment. In N. Anderson (ed.), *Encyclopedia of Health and Behavior*. Thousand Oaks: Sage, pp. 291-292.
- Cooper, M. J., Wells, A. & Todd, G. (2010). A cognitive model of Bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 43(1), 1-16.
- Courbasson, C., Rizea, C. & Weiskopf, N. (2008). Emotional Eating among Individuals with Concurrent Eating and Substance Use Disorders, *International Journal of Mental Health and Addiction*, 6(3), 378-388.
- Cowdrey, F. A. & Park, R. J. (2012). The role of experiential avoidance, rumination and mindfulness in eating disorders. *Eating Behaviors*, 13(2), 100-105.
- Cuntz, U. & Hillert, A. (2008). *Esstörungen: Ursachen, Symptome, Therapien*. München: C. H. Beck.
- Damasio, Antonio R. (2005). *Der Spinoza-Effekt: Wie Gefühle unser Leben bestimmen*. Berlin: List Taschenbuch.
- Devlin, M. J. & Steinglass, J. E. (2014). Feeding and Eating Disorders. In J.L. Cutler (ed.) *Psychiatry*. New York: Oxford University Press, pp.291-297.
- de Zwaan, M. & Mühlhans, B. (2015): Atypische Essstörungen und Binge-Eating-Störung. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (ed.) *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin, Heidelberg: Springer, pp. 23.
- Dilling, H. & Freyberger, H. (2013). *Taschenführer zur ICD-10-Klassifikation psychischer Störungen: nach dem Pocket Guide von J. E. Cooper*. Bern: Huber.
- Ellrott, T. (2013). Psychologische Aspekte der Ernährung, *Diabetologie und Stoffwechsel*, 8(6), 57-70.

- Ekman, P., Friesen, W. V., O'Sullivan, M., Chan, A., Diacoyanni-Tarlatzis, I., Heider, K. & Tzavaras, A. (1987). Universals and cultural differences in the judgments of facial expressions of emotion, *Journal of Personality and Social Psychology*, 53(4), 712-717.
- Ekman, P. (1992). An argument for basic emotions, *Cognition and Emotions*, 6(3-4), 169-200.
- Ekman, P. (1993). Facial expression and emotion. *American Psychologist*, 48, 384-392.
- Ekman, P. (1999). Basic emotions. In T. Dalgleish & M. J. Powers (eds.), *Handbook of Cognition and Emotion*. Canada: Wiley, pp. 4-5.
- Evers, C. de Ridder, D. T. & Adriaanse, M. (2009). Assessing yourself as an emotional eater: mission impossible? *Health Psychology*, 28(6), 717-725.
- Evers, C., de Ridder, D. T. & Adriaanse, M. (2010). Adequately Predicting Emotional Eating with Self-Reports: Not as Easy as Pie. *Health Psychology*, 29(4), 344-345.
- Evers, C., Adriaanse, M., de Ridder, D. T. & de Witt Hubertus, J. C. (2013). Good mood food. Positive emotion as a neglected trigger for food intake. *Appetite*, 68, 1-7.
- Fairburn, C. G., Cowen, P.J. & Harrison, P.J. (1999). Twin studies and the etiology of eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 26(4), 349-358.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & Shafran, R. (2003). Cognitive behavior therapy for eating disorders: A "transdiagnostic" theory and treatment. *Behaviour Research and Therapy*, 41(5), 509-528.
- Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1994). Assessment of eating disorders: interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders*, 16(4), 363-370.
- Faith, M. S., Allison, D. B. & Geliebter, A. (1997). Emotional Eating and Obesity: Theoretical Considerations and Practical Recommendations. In S. Dalton (ed.), *Overweight and Weight Management: The Health Professional's Guide to Understanding and Practice*. Gaithersburg: Aspen Publishers, pp. 439-465.
- Fassino, S., Abbate Daga, G., Pierò, A., Leombruni, P. & Rovero, G. G. (2001). Anger and personality in eating disorders. *Journal of Psychosomatic Research*, 51(6), 757-764.

- Fehr, B. & Russell, J. A. (1984). Concept of emotion viewed from a prototype perspective, *Journal of Experimental Psychology*, 113(3), 464-486.
- Ferber, C. & Cabanac, M. (1987). Influence of noise on gustatory affective ratings and preference for sweet or salt. *Appetite*, 8(3), 229-235.
- Fischer, S. & Munsch, S. (2012). Self-Regulation in Eating Disorders and Obesity-Implications for Treatment. *Verhaltenstherapie*, 22, 158-164.
- Fitzgibbon, M. & Blaeckman, L. (2000). Binge eating disorder and Bulimia nervosa: differences in the quality and quantity of binge eating episodes, *International Journal of Eating Disorders*, 27(2), 238-243.
- Fox, J. R. & Power, M. J. (2009). Eating disorders and multi-level models of emotion: An integrated model. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 240-267.
- Fredrickson, B. L. (2009). Cultivated Emotions: Parental Socialization of Positive Emotions and Self-Conscious Emotions. *Psychological Inquiry*, 9(4), 279-281.
- Fredrickson, B. L. (2001). The Role of Positive Emotions in Positive Psychology: The broaden-and-build theory of positive emotions, *American Psychologist*, 56(3), 218-226.
- Fredrickson, B. L. & Levenson, R. W. (2010). Positive Emotions Speed Recovery from the Cardiovascular Sequelae of Negative Emotions, *Cognition and Emotions*, 12(2), 191-220.
- Frijda, N. H. (1986). *The Emotions*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Föcker, M., Knoll, S. & Hebebrand J. (2015): Essstörungen im DSM-5. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (ed.) *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin, Heidelberg: Springer, pp. 27-33.
- Fox, J. R. & Froom, K. (2009). Eating disorders: A basic emotion perspective. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 328-335.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A. S. & Woodside, B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian Community Sample: Prevalence and Comparison of Subgroups, *The American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1052-1058.

- Gastpar, T. A., Lèpine, J.- P. & Mendlewicz, J. (1999). DEPRES II (depression research in European Society II): A patient survey of the symptoms, disability and current management of depression in the community, *International Clinical Psychopharmacology*, 14(3), 139-151.
- Gibson, E. L. (2012). The Psychobiology of Comfort Eating: Implications for Neuropharmacological Interventions. *Physiology & Behavior*, 89, 53-61.
- Gilboa-Schechtman, E., Avnon, L., Zubery, E. & Jeczmien, P. (2006). Emotional processing in eating disorders: Specific impairment of gnereal distress and related deficiency? *Depress Anxiety*, 23, 331-339.
- Godart, N. T., Perdereau, F., Curt, F., Lang, F., Venisse, J. L., Halfon, O., Loas, G., Corcos, M., Jeammet, P. & Flament M. F. (2004). Predictive factors of social disability in anorexic and bulimic patients. *Eating Weight Disorders*, 9(4), 249-257.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Perdereau, F. & Jeammet, P. (2002). Comorbidity between eating disorders and anxiety disorders: a review, *International Journal of Eating Disorders*, 32, 253-270.
- Godart, N., Berthoz, S., Rein, Z., Perdereau, F. & Curt, F. (2006). Does the frequency of anxiety and depressive disorders differ between diagnostic subtypes of Anorexia nervosa and bulimia? *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 772-778.
- Greeno, C. G. & Wing, R. R. (1994). Stress-induced eating. *Psychological Bulletin*, 115(3), 444-464.
- Grilo, C. M., Devlin, M. J., Cachelin, F. M. & Yanovski, S. Z. (1997). Workshop Report: Report on the National Institutes of Health (NIH) workshop on the development of research priorities in eating disorders, *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 321-333.
- Gross, J. J. & Levenson, R. W. (1997). Hiding feelings: The acute effects of inhibiting negative and positive emotions. *Journal of Abnormal Psychology*, 106, 95-103.
- Gross, J. J. (2002). Emotion regulation: Taking stock and moving forward. *Emotion*, 13, 1-7.
- Gross, J. J. & John, O. P. (2003). Individual differences in two emotion regulation processes: Implications for affect, relationships, and well-being. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(2), 348-362.

- Gross, J. J. & Thompson, R. A. (2007). Emotion Regulation: Conceptual Foundations. In J. J. Gross (ed.), *Handbook of emotion regulation*. New York: The Guilford Press, pp. 3-24.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M. & Wilson, G. T. (2001). A comparison of different methods for assessing the features of eating disorders in patients with binge eating disorder, *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 69(2), 317-322.
- Gross, J. J. (2014). Emotion, emotion regulation, and psychopathology: An affective science perspective. *Clinical Psychological Science*, 2, 387-401.
- Grunert, S. C. (1989). Ein Inventar zur Erfassung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten. *Diagnostica*, 35, 167-179.
- Gyurak, A., Gross, J. J. & Etkin, A. (2011). Explicit and implicit emotion regulation: A dualprocess framework. *Cognition and Emotion*, 25, 400-412.
- Habermas, T. (1992). Further evidence on early case descriptions of Anorexia nervosa and Bulimia nervosa, *International Journal of Eating Disorders*, 11(35), 1-9.
- Habermas, T. (2015). History of Anorexia nervosa. In L. Smolak & M.P. Levine's (eds.), *The Wiley handbook of eating disorders*, West Sussex, UK: John Wiley & Sons, pp. 11-24.
- Haedt-Matt, A. A. & Keel, P. K. (2011). Revisiting the affect regulation model of binge eating: A meta-analysis of studies using ecological momentary assessment. *Psychological Bulletin*, 137(4), 660-681.
- Halmi, K.A., Tozzi, F., Thornton, L., Crow, S. & Fichter, M.M. (2005). The relation among perfectionism, obsessive-compulsive personality disorder and obsessive-compulsive disorder in individuals with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 38(4), 371-374.
- Harvey, T., Troop, N. A., Treasure, J. L. & Murphy, T. (2002). Fear, disgust, and abnormal eating attitudes: A preliminary study. *International Journal of Eating Disorders*, 32(2), 213-218.
- Hautzinger, M. (1988), Die CES-D Skala. Ein Depressionsmeßinstrument für Untersuchungen in der Allgemeinbevölkerung. *Diagnostica*, 34 (2), 167-173.
- Haynos, A. F. & Fruzzetti, A. E. (2011). Anorexia nervosa as a Disorder of Emotion Dysregulation: Evidence and Treatment Implications. *Clinical Psychology*, 18(3), 183-202.

- Herber, K. (2014). *Auslöser und Modifikation emotionalen Essverhaltens – Feldstudien zum emotionalen Essverhalten und seiner Veränderung durch ein achtsamkeitsbasiertes Training*. Dissertation, Julius-Maximilians-Universität Würzburg.
- Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating, *Journal of Personality*, 43(4), 647-660.
- Herman, C. P. & Polivy, J. (1984). Restraint and Excess in Dieters and Bulimics. *The Psychobiology of Bulimia nervosa*, 33-41.
- Herpertz, S., Kocnar, M. & Senf, W. (1997). Bulimia nervosa beim männlichen Geschlecht, *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 43(1), 39-56.
- Herpertz, S. & Schweiger, U. (2001). Psychobiologische Aspekte der Anorexia nervosa, *Zeitschrift für psychosomatische Medizin und Psychotherapie*, 47(2), 179-204.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2015). Adolescent Eating Disorders, *Child & Adolescent Psychiatric Clinics*, 24(1), 177-196.
- Herpertz-Dahlmann, B. & Hagenah, U. (2015). Essstörungen in Kindheit und Adoleszenz, *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 163(7), 688-695.
- Herpertz, M. de Zwaan, M. & S. Zipfel. (2015). *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin, Heidelberg: Springer.
- Herzog, W., Friedrich, H. C., Wild, B., Löwe, B. & Zipfel S.(2006). Magersucht, *Therapeutische Umschau*, 63(8), 539-543.
- Hilbert, A. & Czaja, J. (2007). Essanfälle und Adipositas im Kindesalter, *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 57(11), 413-419.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B., Karwautz, A., Niederhofer, H. & Munsch, S. (2007). Eating Disorder Examination-Questionnaire. *Diagnostica*, 53, 144-154.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffiert, B. (2016). *Eating Disorder Examination-Questionnaire* (deutsche Übersetzung). Tübingen: dgvt-Verlag.
- Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope Jr., H. G. & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and Correlates of Eating Disorders in the National Comorbidity Survey Replication, *Biological Psychiatry*, 61(3), 348-358.

- Hughes, E. K., Goldschmidt, A. B., Labuschagne, Z., Loeb, K. L., Sawyer, S. M. & Le Grange, D. (2013). Eating disorders with and without comorbid depression and anxiety: similarities and differences in a clinical sample of children and adolescents. *European Eating Disorder Review*, 21(5), 386-394.
- Ioannou, K., Fox, J. R. E. (2009). Perception of threat from emotions and its role in poor emotional expression within eating pathology. *Clinical Psychology & Psychotherapy*, 16(4), 336-347.
- Jacobi, C., Hayward, C., de Zwaan, M., Kraemer, H. C. & Stewart Agras, W. (2004). Coming to Terms With Risk Factors for Eating Disorders: Application of Risk Terminology and Sugestions for a General Taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jacobi, F., Höfler, M., Strehle, J., Mack, S., Gerschler, A., Scholl, L., Busch, M. A., Maske, U., Hapke, U., Gaebel, W., Maier, W., Wagner, M., Zielasek, J. & Wittchen H.- U. (2014). Psychische Störungen in der Allgemeinbevölkerung. *Der Nervenarzt*, 85(1), 77-87.
- Johnson, C. & Larson, R. (1982). Bulimia: An analysis of moods and behavior. *Psychosomatic Medicine*, 44(4), 341-351.
- Joos, A. A. B., Cabrillac, E., Hartmann, A., Wirsching, M. & Zeeck, A. (2008). Emotional perception in eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 318-325.
- Kemp, E. & Kopp, S. W. (2011). Emotion Regulation Consumption: When Feeling Better is the Aim. *Journal of Consumer Behaviour*, 10, 1-7.
- Kennedy, S. H., Kaplan, A. S., Garfinkel, P. E., Rockert, W., Toner, B. & Abbey, S. (1994). Depression in Anorexia nervosa and Bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes, *Journal of Psychosomatic Research*, 38(7), 773-782.
- Kennedy-moore, E. & Watson, J. C. (2001). How and when does emotional expression help? *Review of General Psychology*, 5, 187-212.
- Kleinginna, P. R. & Kleinginna, A. M. (1981). A categorized list of motivation definitions, with a suggestion for a consensual definition, *Motivation and Emotion*, 5(3), 263-291.
- Kliem, S., Mößle, T., Zenger, M., Strauß, B., Brähler, E. & Hilbert, A. (2015). The eating disorder examination-questionnaire 8: A brief measure of eating disorder psychopathology (EDE-Q8). *International Journal of Eating Disorders*, 49(6), 613-6.

- Köster, G., Dannigkeit, N. & Tuschen-Caffier, B. (2005). Indizierte Prävention von Essstörungen: Eine Pilotstudie zu einem ambulanten Gruppenprogramm. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie*, 13, 102-107.
- Krebs, H., Macht, M., Weyers, P., Weijers, H.- G. & Janke, W. (1996). Effects of Stressful Noise on Eating and Non-eating Behavior in Rats. *Appetite*, 26(2), 193-202.
- Krüger, C. (2001). Binge Eating und Binge-Eating-Störung. In G. Reich, & M. Cierpka (ed.) *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Stuttgart, New York: Georg Thieme Verlag.
- Kurier.at (2017). *Essstörungen: Magersucht dank Social Media?* Zugriff am 26.04.2019. URL: <https://kurier.at/leben/der-magerwahn-auf-social-media/293.223.979>
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. & Pirke, M. M. (1987). Cognitive correlates of depression in patients with eating disorders, *International Journal of Eating Disorders*, 7(5), 681-686.
- Laitinen, J., Ek, E. & Sovio, U. (2002). Stress-Related Eating and Drinking Behavior and Body Mass Index and Predictors of This Behavior. *Preventive Medicine*, 34(1), 29-39.
- Lange, S. & Tröster, H. (2014). Strategien der Emotionsregulation bei sozial ängstlichen Kindern und Jugendlichen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie*, 43, 35-42.
- Langsdorf, M. (2011). >>Bulimie<< zwischen Magersucht und Fressucht. In M., Langsdorf (ed.) *Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen: Bulimie – Verstehen und heilen*. Frankfurt/Main: Fischer Taschenbuchverlag.
- Lazarus, R. S. (1993). From a psychological stress to the emotions: A history of changing outlooks. *Annual Review of Psychology*, 44, 1-21.
- Lazarus, R. S. (2006). *Stress and Emotion: A New Synthesis*. New York: Springer.
- Legenbauer, T. & Vocks, S. (2014). Theoretische Grundlagen zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Anorexia und Bulimia nervosa. In T. Legenbauer & S. Vocks (ed.) *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie*. Heidelberg: Springer, pp. 23-34.
- Lehr, D., Hillert, A., Schmitz, E. & Sosnowsky, N. (2008). Screening depressiver Störungen mittels Allgemeiner Depressions-Skala (ADS-K) und State-Trait Depressions Scales (STDS-T). *Diagnostica*, 54, 61-70.

- Leon, G.R., Keel, P.K., Klump, K.L. & Fulkersons, J.A. (1997). The Future of risk factor research in understanding the etiology of eating disorders, *Psychopharmacology Bulletin*, 33(3), 405-411.
- Levenson, R. W. & Ruef, A. M. (1992). Empathy: A physiological substrate, *Journal of Personality and Social Psychology*, 63(2), 243-246.
- Levy, A. B., Dixon, K. N. & Stern, S. L. (1989). *How are Depression and Bulimia Related?*, 146(2), 162-169.
- Macht, M. (1996). Effects of High- and Low-Energy Meals on Hunger, Physiological Processes and Reactions to Emotional Stress. *Appetite*, 26(1), 71-88.
- Macht, M., Simons, G. (2011). Emotional Eating. In I. Nyklicek, A. Vingerhoets & M. Zeelenberg (ed.) *Emotion regulation and well-being*. Heidelberg, Berlin, New York: Springer, pp.281-295.
- Macht, M. (2008). How emotions affect eating: a five-way model. *Appetite*, 50, 1-11.
- Macht, M. & Simons, G. (2000). Emotions in everyday life. *Appetite*, 35, 65-71.
- Macht, M., Gerer, J. & Ellgring, H. (2003). Emotions in overweight and normal-weight women immediately after eating foods differing in energy. *Psychology & Behavior*, 80(2-3), 367-374.
- Macht, M. (2005). Macht und Emotion, *Ernährungsumschau*, 52(8), 304-308.
- Macht, M., Haupt, C. & Ellgring, H. (2005). The Perceived Function of Eating is Changed During Examination Stress: A Field Study. *Eating Behaviors*, 6, 109-112.
- Macht, M. & Müller, J. (2007). Immediate effects of chocolate on experimentally induced mood states, *Appetite*, 49, 667-674.
- Mangeweth, B., Hudson, J. I., Pope, H. G. & Hausmann, A. (2003). Family study of the aggregation of eating disorders and mood disorders. *Psychological Medicine*, 33(7), 1319-1323.
- Markus, C. R., Verschoor, E. & Smeets, T. (2012). Differential Effect of the 5-HTT Gene-Linked Polymorphic Region on Emotional Eating During Stress Exposure Following Tryptophan Challenge. *Journal of Nutritional Biochemistry*, 23, 410-416.

- Markus, R. & Capello, E. M. (2014). Differential influence of the 5-HTTLPR genotype, neuroticism and real-life acute stress exposure on appetite and energy intake. *Appetite*, 77, 85-95.
- McGilley, B. M. & Pryor, T. L. (1998). Assessment and Treatment of Bulimia nervosa, *American Family Physician*, 57(11), 2743-2750.
- Mehrabian, A. & O'Reilly, E. (1980). Analysis of personality measures in terms of basic dimensions of temperament. *Journal of Personality and Social Psychology*, 38(3), 492-503.
- Meule, A., Reichenberger, J. & Blechert, J. (2018). Development and Preliminary Validation of the Salzburg Emotional Eating Scale. *Frontiers in psychology*.
- Meule, A., Reichenberger, J. & Blechert, J. (2018). Development and preliminary validation of the Salzburg Stress Eating Scale. *Appetite*, 120, 442-448.
- Mitchell, J. E., Lauren D., & Gretchen G. (1987). The process of relapse in patients with bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 457-463.
- Mountford, V., Corstorphine, E., Tomlinson, S. & Waller, G. (2007). Development of a measure to assess invalidating childhood environments in the eating disorders. *Eating Behaviors*, 8(1), 48-58.
- Nagl, M., Hilbert, A., de Zwaan, M., Braehler, E. & Kersting, A. (2016). The German Version of the Dutch Eating Behavior Questionnaire: Psychometric Properties, Measurement Invariance, and Population-Based Norms. *PLoS One*, 11(9).
- Nesse, R. M. (1990). Evolutionary explanations of emotions, *Human Nature*, 1(3), 261-289.
- Newman, E., O'Connor D. B. & Conner M. (2007). Daily hassles and eating behavior: the role of cortisol reactivity status, *Psychoneuroendocrinology*, 32(2), 125-132.
- Nolen-Hoksema, S. (1991). Responses to depression and their effects on the duration of depressive episodes. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 569-582.
- Nolen-Hoksema, S., Wisco, B. E. & Lyubomirsky, S. (2008). Rethinking rumination. *Perspectives on Psychological Science*, 3, 400-424.
- O'Connor, B. B., Jones, F., Conner, M., McMillan, B. & Ferguson, E. (2008). Effect of Daily Hassles and Eating Style on Eating Behavior. *Health Psychology*, 27(1), 20-31.

- Oliver, G. & Wardle, J. (1999). Perceived Effects of Stress on Food Choice, *Psychology & Behavior*, 66(3), 511-515.
- Oliver, G., Wardle, J. & Gibson, E. L. (2000). Stress and Food Choice: A Laboratory Study, *Psychosomatic Medicine*, 62(6), 853-865.
- Penas-Lledò, E., de Dios Fernández, J. & Waller, G. (2004). Association of anger with bulimic and other impulsive behaviours among non-clinical women and men. *European Eating Disorder Review*, 12(6), 392-397.
- Petermann, F., Barnow, S., Dorn, C. & Spindler, G. (2013). Erfassung von Emotionsregulationsstrategien-eine Übersicht. *Psychologische Rundschau*, 64, 217-227.
- Pollice, C., Walter, H. K., Greeno, C. G. & Weltzin, T. E. (1998). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in Anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 367-376.
- Pudel, V. & Westhöfer, J. (1989). *Fragebogen zum Eßverhalten (FEV)*. Göttingen, Toronto, Zürich: Hogrefe.
- Pudel, V. & Richter, M. (1980). Psychosoziale Bewertung der Ernährung. Eine repräsentative Erhebung in der Bundesrepublik Deutschland. In D. G.(ed.) *Ernährungsbericht*. Frankfurt: Deutsche Gesellschaft für Ernährung.
- Radloff, L. S. (1977). The CES-D: A Self Report Depression Scale for Research in the General Population. *Sage Journals*, 1, 385-401.
- Radloff, L. S. & Teri, L. (1986). Use of the Center for Epidemiological Studies-Depression Scale with older adults. *Clinical Gerontologist*, 5, 119-135.
- Raghunathan, R., Walker Naylor, R. & Hoyer, W. D. (2006). The Unhealthy = Tasty Intuition and Its Effects on Taste Inferences, Enjoyment, and Choice of Food Products. *Journal of Marketing*, 70(4), 170-184.
- Reichenberger, J., Kuppens P., Liedlgruber, M., Wilhelm, F. H., Tiefengrabner, M. & Ginzinger, S. (2018). No haste, more taste: An EMA study of the effects of stress, negative and positive emotions on eating behavior, *Biological Psychology*, 131, 54-62.

Reichenberger, J., Richard, A., Smyth, J. M., Fischer, D., Pollatos, O. & Blechert J. (2018). It's craving time: time of day effects on momentary hunger and food craving in daily life, *Nutrition-News*, 55-56, 15-20.

Ricca, V., Castellini, G., Lo Sauro, C., Ravaldi, C., Lapi, F., Mannucci, E., Rotella, C. M. & Faravelli, C. (2009). Correlations between binge eating and emotional eating in a sample of overweight subjects. *Appetite*, 53(3), 418-421.

Roberts, C. J. (2008). The Effects of Stress and Food Choice, Mood and Bodyweight in Healthy Women. *Nutrition Bulletin*, 33, 33-39.

Russell, G. F. M. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of Anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

Saß, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (2003). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR*. Göttingen: Hogrefe.

Scherer, K. R. (2005). What are emotions? And how can they be measured?, *Social Science Information*, 44(4), 695-729.

Schachter, S. (1964). The interaction of cognitive and physiological determinants of emotional states. In L. Berkowitz (ed.) *Advances in experimental social psychology*. New York: Academic Press.

Schepper, R., Meule, A., Reichenberger, J. & Blechert, J. (2017). Wie Emotionen Appetit und Essverhalten bestimmen. *Nutrition-News*, 4(17), 2-4.

Schmidt-Atzert, L., Peper, M. & Stemmler, G. (2014). *Emotionspsychologie*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Sipos, V. & Schweiger, U. *Therapie der Essstörung durch Emotionsregulation*. Stuttgart: W. Kohlhammer.

Srivastava, S., Tamir, M., McGonigal, K. M., John, O. P. & Gross, J. J. (2009). The social costs of emotional suppression: A prospective study of the transition to college. *Journal of Personality and Social Psychology*, 96(4), 883-897.

Smith, B. A., Fillion, T. J., Blass, E. M. (1990). Orally mediated sources of calming in 1- to 3-day-old human infants. *Developmental Psychology*, 26, 731-737.

Smyth, J. M., Wonderlich, S. A., Heron, K. E., Sliwinski, M. J., Crosby, R. D., Mitchell, J. E. & Engel, S. G. (2007). Daily and momentary mood and stress are associated with binge eating and vomiting in Bulimia nervosa patients in the natural environment. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 629-638.

Spiegel Online (2018). *Magersucht bei Erwachsenen*. Zugriff am 26.04.2019. URL: <https://www.spiegel.de/thema/essstoerungen/>

Spitzer, L. & Rodin, J. (1983). Arousal-induced eating: Conventional wisdom or empirical findings. In R. Petty & J. Cappiuc (eds.), *Social psychophysiology*, New York: Guilford Press.

Spoor, S. T. P., Bekker, M. H. J., van Strien, T. & van Heck, G. L. (2007). Relations between Negative Affect, Coping and Emotional Eating. *Appetite*, 48, 368-376.

Stone, A. A. & Brownell, K. D. (2007). The stress-eating paradox: Multiple daily measurements in adult males and females, *Psychology & Health*, 9(6), 425-436.

Strober, M. & Katz, J. (1986). Depression in the eating disorders: a review and analysis of descriptive, family and biological findings. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel, *Diagnostic Issues in Anorexia nervosa and Bulimia nervosa*, New York: Brunner & Mazel.

Svaldi, J., Griepenstroh, J., Tuschen-Caffier, B. & Ehring, T. (2012). Emotion regulation deficits in eating disorders: A marker of eating pathology or general psychopathology? *Psychiatry Research*, 197(1-2), 103-111.

Swift, W. J., Kalin, N. H., Wamboldt, F. S., Kaslow, N. & Ritholz, M. (1985). Depression in bulimia at 2- to 5- year followup. *Psychiatry Research*, 16(2), 111-122.

Teufel, M. & Zipfel, S. (2008). Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Erwachsenenalter. In Herpertz, S., de Zwaan, M. & Zipfel, S., *Handbuch Essstörungen und Adipositas*, Heidelberg: Springer Medizin Verlag, 15-17.

Thayer, R. E. (1989). *The Biopsychology of Mood and Arousal*. New York: Oxford University Press.

Thayer, R. E., Peters III, D. P., Takahashi, P. J. & Birkhead-Flight, A. M. (1993). Mood and Behavior (Smoking and Sugar Snacking) Following Moderate Exercise: A Partial Test of Self-Regulation Theory. *Personality and Individual Differences*, 14(1), 97-104.

- Tice, D. M., Bratslavsky, E. & Baumeister, R. F. (2001). Emotional Distress Regulation Takes Precedence Over Impulse Control: If you feel bad, Do it! *Journal of Personality and Social Psychology*, 80(1), 53-67.
- Tiller, J., Schmidt, U., Ali, S. & Treasure, J. (1995). Patterns of punitiveness in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 17(4), 365-371.
- Truglia, E., Mannucci, E., Lassi, S., Rotella, C. M., Faravelli, C. & Ricca, V. (2006). Aggressiveness, Anger and Eating Disorders: A Review. *Psychopathology*, 39(2), 55-68.
- Tugade, M. M. & Fredrickson, B. L. (2004). Resilient Individuals Use Positive Emotions to Bounce Back From Negative Emotional Experiences, *Journal of Personality and Social Psychology*, 86(2), 320-333.
- Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle, Oxford, Prag: Hogrefe Verlag.
- Ulfvebrand, S., Birgegård A., Norring, C., Högdahl, L. & von Hausswollf-Juhlin, Y. (2015). Psychiatric comorbidity in women and men with eating disorders results from a large clinical database. *Psychiatric Research*, 230(2), 294-309.
- Vandereycken, W. & Meermann, R. (1984). *Anorexia nervosa: a clinician's guide to treatment*. Berlin: De Gruyter.
- Van Strien, T. (1995). In defense of psychosomatic theory: A critical analysis of Allison and Heshka's critical analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 17(3), 299-304.
- Van Strien, T., Frijters, J. E. R., Bergers, G. P. A. & Defares, P. B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for Assessment of Restrained, Emotional, and External Eating Behavior, *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295-313.
- Van Strien, T., Herman, C. P., Anschutz, D. J., Engels, R. C. & de Weeth, C. (2012). Moderation of distress-induced eating by emotional eating scores. *Appetite*, 58(1), 277-284.
- Vervaet, M., Audenaert, K. & Van Heeringen, C. (2003). Cognitive and behavioural characteristics are associated with personality dimensions in clients with eating disorders, *European Eating Disorder Review*, 11, 363-378.
- Vicennati, V., Pasqui, F., Cavazza, C., Pagotto, U. & Pasquali, R. (2009). Stress-Related Development of Obesity and Cortisol in Women. *Obesity*, 17, 1678-1683.

- Vitousek, K. B. & Ewald, L. S. (1993). Self-representation in eating disorders: A cognitive perspective. In Z. V. Segal & S. J. Blatt (eds.), *The self in emotional distress: Cognitive and psychodynamic perspectives*. New York: Guilford Press.
- Von Groot, J. M., Rodin, G. & Olmsted, M. P. (1995). Alexithymia, depression, and treatment outcome in Bulimia nervosa. *Comprehensive Psychiatry*, 36(1), 53-60.
- Von Wietersheim, J. (2015): Affektive Störungen und Angststörungen. In S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (ed.) *Handbuch Essstörungen und Adipositas*. Berlin, Heidelberg: Springer, pp. 152-155.
- Wade, T. D., Bulik, C. M., Neale, M. & Kendler, K. S. (2000). Anorexia nervosa and Major Depression: Shared Genetic and Environmental Risk Factors. *The American Journal of Psychiatry*, 157(3), 469-471.
- Wallis, D. J. & Hetherington, M. M. (2004). Stress and eating: the effects of ego-threat and cognitive demand on food intake in restrained and emotional eaters, *Appetite*, 43(1), 39-46.
- Westenhöfer, J. (1992). *Gezügeltes Essen und Störbarkeit der Kontrolle*. Göttingen: Hogrefe.
- Willner, P. & Healy, S. (1994). Decreased hedonic responsiveness during a brief depressive mood swing. *Journal of Affective Disorders*, 32(1), 13-20.
- Wittchen, H.- U., Nelson, C. B. & Lachner, G. (1998). Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults, *Psychological Medicine*, 28(1), 109-126.
- Wolz, H. D., Leppanen, J., Fernandez-Aranda, F, Schmidt, U. & Tchanturia, K. (2016). Facial expression to emotional stimuli in non-psychotic disorders: A systematic review and meta-analysis. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 64, 252-271.
- Wood, A. M. & Tarrier, N. (2010). Positive Clinical Psychology: A new vision and strategy for integrated research and practice, *Clinical Psychology Review*, 30(7), 819-829.
- World Health Organization. (2005). *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems 10th Revision Version for 2005*. Zugriff am 26.04.2019. URL: <http://apps.who.int/classifications/apps/icd/icd10online2005/fr-icd.htm>
- Wurtman, R. J. (1982). Nutrients that modify brain function. *Scientific American*, 246(4), 50-59.

Ziolko, H. U. & Schrader, H. C. (1985). Bulimie, *Fortschritte der Neurologie, Psychiatrie*, 53(7), 231-258.

Zitt, C. (2008). *Vom medialen Körperkult zum gesellschaftlichen Krankheitsbild. Zu den Zusammenhängen zwischen der Darstellung des weiblichen Körpers in Printmedien und Internet und Essstörungen*. Wien: Preasens Verlag.

Zonneville-Bender, M. J., van Goozen, S. H., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., de Wildt, M., Stevelmans, E. & van Engeland, H. (2004). Emotional functioning in Anorexia nervosa patients: adolescents compared to adults. *Depress Anxiety*, 19(1), 35-42.

12. ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Ersichtlich ist die Anzahl der Probandinnen der einzelnen BMI Gruppen (siehe Tabelle 9) in den unterschiedlichen Untersuchungsbedingungen Gesunde Kontrollgruppe, Anorexie und Bulimie.....	49
Abbildung 2: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der ADS-K der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.	50
Abbildung 3: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der DEB-Q – Externalität der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.....	51
Abbildung 4: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der DEB-Q – Emotionalität der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.....	52
Abbildung 5: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der DEB-Q – Restriktion der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.....	53
Abbildung 6: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der EDE-Q der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.	54
Abbildung 7: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SEES – Happiness der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.....	55
Abbildung 8: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SEES – Sadness der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.	56
Abbildung 9: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SEES – Anger der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.	57
Abbildung 10: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SEES – Anxiety der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.	58
Abbildung 11: Darstellung der Mittelwerte und Konfidenzintervalle (CI 95%) in der SSES der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe.	59

13. TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1: Diagnosekriterien Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-V (APA, 2015; Herpertz et al., 2015)	8
Tabelle 2: Diagnosekriterien Bulimia nervosa nach ICD-10 und DSM-V (APA, 2015; Herpertz et al., 2015)	9
Tabelle 3: Antwortmöglichkeiten des Fragebogens ADS-K von „Selten“ bis „Meistens“	37
Tabelle 4: Antwortmöglichkeiten des Fragebogens DEB-Q-Emotionalität von „Nie“ bis „Sehr oft“	38
Tabelle 5: Antwortmöglichkeiten des Fragebogens EDE-Q von „Merkmal war nicht vorhanden“ bis „Merkmal war jeden Tag vorhanden“	41
Tabelle 6: Antwortmöglichkeiten der SEES von „viel weniger als sonst“ bis „viel mehr als sonst“	43
Tabelle 7: Antwortmöglichkeiten der SSES von „esse ich viel weniger als sonst“ bis „esse ich viel mehr als sonst“	44
Tabelle 8: Einteilung des BMI nach Kilogramm	48
Tabelle 9: Ersichtlich sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe über alle Variablen, sowie die Signifikanzwerte der Haupteffekte	99
Tabelle 10: Ersichtlich sind die internen Reliabilitäten (interne Konsistenz nach Cronbachs Alpha) der Testinstrumente für die Gruppen Kontrollgruppe, Bulimie-Gruppe und Anorexie-Gruppe und die Gesamtwerte	100

Anhang

Deskriptive Charakteristika der Kohorte								
		Kontrollgruppe (n=67)		Anorexie (n=42)		Bulimie (N=32)		P value
		Mean	SD	Mean	SD	Mean	SD	
	Age	23.15	5.08	22.86	5.26	22.75	5.54	.926
	Body mass index (kg/m ²)	22.98	2.69	15.50	1.80	23.19	4.47	.001
	Kliniktage	-	-	55.17	37.66	47.00	38.47	.363
	Jahre Schul- und Ausbildung	14.95	5.42	14.78	2.90	13.81	2.23	.106
	ADS-K	10.01	6.24	22.14	8.82	23.16	11.24	.001
	DEBQ-Externalität	3.43	.53	2.52	.76	3.58	.84	.001
	DEBQ-Emotionalität	2.42	.71	1.80	1.12	4.01	.82	.001
	DEBQ-Restriktion	2.59	.76	3.60	.99	3.72	.90	.001
	EDE-Q	1.91	1.33	3.12	1.39	4.06	1.40	.001
	SEES-Happiness	2.92	.59	3.22	.61	2.58	.83	.001
	SEES-Sadness	3.37	.65	2.37	.93	4.26	.71	.001
	SEES-Anger	2.71	.66	2.26	.90	3.89	.90	.001
	SEES-Anxiety	2.51	.60	2.20	.90	3.73	.90	.001
	SSES	2.89	.69	2.23	.98	4.03	.86	.001

Tabelle 9: Ersichtlich sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der Kontrollgruppe, Anorexie-Gruppe und Bulimie-Gruppe über alle Variablen, sowie die Signifikanzwerte der Haupteffekte.

Interne Reliabilität

	Kontrollgruppe (n=67)	Anorexie (n=42)	Bulimie (N=32)	Gesamt
	<i>CronbachsAlpha</i>	CronbachsAlpha	CronbachsAlpha	<i>CronbachsAlpha</i>
ADS-K	.840	.900	.944	.932
DEBQ-Externalität	.879	.925	.895	.925
DEBQ-Emotionalität	.892	.984	.924	.965
DEBQ-Restriktion	.762	.893	.882	.878
DEBQ Gesamt	.872	.939	.898	.927
EDE-Q	.877	.857	.880	.898
SEES-Happiness	.933	.906	.936	.933
SEES-Sadness	.696	.913	.817	.900
SEES-Anger	.867	.946	.900	.936
SEES-Anxiety	.769	.891	.730	.869
SEES Gesamt	.819	.874	.828	.867
SSES	.871	.960	.899	.944

Tabelle 10: Ersichtlich sind die internen Reliabilitäten (interne Konsistenz nach Cronbachs Alpha) der Testinstrumente für die Gruppen Kontrollgruppe, Bulimie-Gruppe und Anorexie-Gruppe und die Gesamtwerte.

Fragebögen

Code: _____



Liebe Teilnehmerin,

im Folgenden werden Ihnen kurze Fragen zu Ihrer Person, Ihren Gedanken und Ihrem Erleben gestellt. Alle Informationen, die wir mit diesen Fragebogen sammeln, werden vertraulich behandelt und nur für wissenschaftliche Zwecke verwendet. Jegliche Angaben werden anonym ausgewertet, d.h. nicht mit Ihrer Person in Verbindung gebracht.

Die Teilnahme an der Befragung ist freiwillig. Sie können die Teilnahme jederzeit beenden, ohne dass Ihnen dadurch Nachteile entstehen.

Bearbeiten Sie die Fragen bitte ernsthaft und aufrichtig. Es ist wichtig, dass alle Fragen beantwortet werden, auch wenn Sie sich bei manchen Fragen eventuell unsicher sind. Es ist besser in diesen Fällen zu raten als Fragen unbeantwortet zu lassen. Die Bearbeitung wird in etwa 25-30 Minuten Zeit in Anspruch nehmen.

Sie können den Umschlag mit den ausgefüllten Fragebogen dann gleich zum 2. Termin der Studie im Raum C227 mitbringen.

Vielen lieben Dank,

Wir möchten Ihnen gerne einige Fragen zu Ihren Gefühlen stellen. Uns interessiert, wie Sie Ihre Gefühle unter Kontrolle halten bzw. regulieren. Zwei Aspekte Ihrer Gefühle interessieren uns dabei besonders. Einerseits ist dies Ihr *emotionales Erleben*, also was Sie innen fühlen. Andererseits geht es um den *emotionalen Ausdruck*, also wie Sie Ihre Gefühle verbal, gestisch oder im Verhalten nach außen zeigen.

Obwohl manche der Fragen ziemlich ähnlich klingen, unterscheiden sie sich in wesentlichen Punkten.

Bitte beantworten Sie die Fragen, indem Sie folgende Antwortmöglichkeiten benutzen: stimme überhaupt nicht zu – neutral – stimme vollkommen zu

Bitte kreuzen Sie jene Zahl an, die am ehesten Ihren Gefühlen entspricht.

	stimme überhaupt nicht zu			neutral				stimme stark zu
1. Wenn ich mehr positive Gefühle (wie Freude oder Heiterkeit) empfinden möchte, ändere ich, woran ich denke.	1	2	3	4	5	6	7	
2. Ich behalte meine Gefühle für mich.	1	2	3	4	5	6	7	
3. Wenn ich weniger negative Gefühle (wie Traurigkeit oder Ärger) empfinden möchte, ändere ich, woran ich denke.	1	2	3	4	5	6	7	
4. Wenn ich positive Gefühle empfinde, bemühe ich mich, sie nicht nach außen zu zeigen.	1	2	3	4	5	6	7	
5. Wenn ich in eine stressige Situation gerate, ändere ich meine Gedanken über die Situation so, dass es mich beruhigt.	1	2	3	4	5	6	7	
6. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle, indem ich sie nicht nach außen zeige.	1	2	3	4	5	6	7	
7. Wenn ich mehr positive Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.	1	2	3	4	5	6	7	
8. Ich halte meine Gefühle unter Kontrolle, indem ich über meine aktuelle Situation anders nachdenke.	1	2	3	4	5	6	7	
9. Wenn ich negative Gefühle empfinde, Sorge ich dafür, sie nicht nach außen zu zeigen.	1	2	3	4	5	6	7	
10. Wenn ich weniger negative Gefühle empfinden möchte, versuche ich über die Situation anders zu denken.	1	2	3	4	5	6	7	

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich im Allgemeinen fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
1. Ich bin vergnügt.	1	2	3	4
2. Ich werde schnell müde.	1	2	3	4
3. Mir ist zum Weinen zumute.	1	2	3	4
4. Ich glaube, mir geht es schlechter als anderen Leuten.	1	2	3	4
5. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann.	1	2	3	4
6. Ich fühle mich ausgeruht.	1	2	3	4
7. Ich bin ruhig und gelassen.	1	2	3	4
8. Ich glaube, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen.	1	2	3	4
9. Ich mache mir zu viel Gedanken über unwichtige Dinge.	1	2	3	4
10. Ich bin glücklich.	1	2	3	4
11. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen.	1	2	3	4
12. Mir fehlt es an Selbstvertrauen.	1	2	3	4
13. Ich fühle mich geborgen.	1	2	3	4
14. Ich mache mir Sorgen über mögliches Missgeschick.	1	2	3	4
15. Ich fühle mich niedergeschlagen.	1	2	3	4
16. Ich bin zufrieden.	1	2	3	4
17. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich.	1	2	3	4
18. Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann.	1	2	3	4
19. Ich bin ausgeglichen.	1	2	3	4
20. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke.	1	2	3	4

Bitte kreuzen Sie bei den folgenden Aussagen die Antwort an, die Ihrem Befinden während der letzten Woche am besten entspricht/entsprochen hat.

0 = selten oder überhaupt nicht (weniger als 1 Tag)

1 = manchmal (1 bis 2 Tage lang)

2 = öfters (3 bis 4 Tage lang)

3 = meistens, die ganze Zeit (5 bis 7 Tage lang)

	selten	manchmal	öfters	meistens
Während der letzten Woche...				
1. haben mich Dinge beunruhigt, die mir sonst nichts ausmachen	0	1	2	3
2. konnte ich meine trübsinnige Laune nicht loswerden, obwohl mich meine Freunde/Familie versuchten, aufzumuntern	0	1	2	3
3. hatte ich Mühe, mich zu konzentrieren.	0	1	2	3
4. war ich deprimiert/niedergeschlagen.	0	1	2	3
5. war alles anstrengend für mich.	0	1	2	3
6. dachte ich, mein Leben ist ein einziger Fehlschlag.	0	1	2	3
7. hatte ich Angst.	0	1	2	3
8. habe ich schlecht geschlafen.	0	1	2	3
9. war ich fröhlich gestimmt.	0	1	2	3
10. habe ich weniger als sonst geredet.	0	1	2	3
11. fühlte ich mich einsam.	0	1	2	3
12. habe ich das Leben genossen.	0	1	2	3
13. war ich traurig.	0	1	2	3
14. hatte ich das Gefühl, dass mich die Leute nicht leiden können.	0	1	2	3
15. konnte ich mich zu nichts aufraffen.	0	1	2	3

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen, wie impulsiv man in verschiedenen Situationen reagiert und handelt. Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage an, was am ehesten auf Sie zutrifft.

	selten/nie	gelegentlich	oft	fast immer /immer
1. Ich plane meine Vorhaben gründlich.	1	2	3	4
2. Ich mache häufig Dinge ohne darüber nachzudenken.	1	2	3	4
3. Ich bin unaufmerksam.	1	2	3	4
4. Ich kann mich gut konzentrieren.	1	2	3	4
5. Ich sichere mich im Leben in allen Dingen ab.	1	2	3	4
6. Ich rutsche bei Spielen oder Vorträgen oft hin und her.	1	2	3	4
7. Ich denke gründlich nach.	1	2	3	4
8. Ich plane für meine berufliche Sicherheit.	1	2	3	4
9. Ich sage Dinge ohne darüber nachzudenken	1	2	3	4
10. Ich handele spontan.	1	2	3	4
11. Mir wird beim Lösen von Denkaufgaben schnell langweilig.	1	2	3	4
12. Ich handele gerne aus dem Moment heraus.	1	2	3	4
13. Ich kaufe Sachen ganz spontan	1	2	3	4
14. Ich werde bei Vorlesungen oder Vorträgen schnell unruhig.	1	2	3	4
15. Ich plane für die Zukunft.	1	2	3	4

Der folgende Fragebogen enthält eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Diese Feststellungen können genau auf Sie zutreffen, eher zutreffen, eher nicht oder gar nicht auf Sie zutreffen. Bitte beantworten Sie jede Feststellung, auch wenn Sie einmal nicht sicher sind, welche Antwort für Sie zutrifft. Kreuzen Sie dann diejenige Antwort an, die noch am ehesten auf Sie zutrifft.

	trifft für mich gar nicht zu	trifft für mich eher nicht zu	trifft für mich eher zu	trifft für mich genau zu
1. Sogar wenn mir etwas Schlimmes bevorsteht, bin ich selten nervös oder ängstlich.	1	2	3	4
2. Ich strenge mich besonders an, damit ich erreiche, was ich möchte.	1	2	3	4
3. Wenn mir etwas gut gelingt, bleibe ich sehr gern bei der Sache.	1	2	3	4
4. Ich bin immer bereit, etwas Neues zu versuchen, wenn ich denke, dass es Spaß machen wird.	1	2	3	4
5. Wenn ich erreiche, was ich will, bin ich voller Energie und Spannung.	1	2	3	4
6. Kritik oder Beschimpfungen verletzen mich ziemlich stark.	1	2	3	4
7. Wenn ich etwas haben will, tue ich gewöhnlich alles, um es zu bekommen.	1	2	3	4
8. Ich werde oft Dinge nur deshalb tun, weil sie Spaß machen könnten.	1	2	3	4
9. Wenn ich eine Chance sehe, etwas Erwünschtes zu bekommen, versuche ich sofort mein Glück.	1	2	3	4
10. Ich bin ziemlich besorgt oder verstimmt, wenn ich glaube oder weiß, dass jemand wütend auf mich ist.	1	2	3	4
11. Wenn ich eine Gelegenheit für etwas sehe, das ich mag, bin ich sofort voller Spannung.	1	2	3	4
12. Ich handle oft so, wie es mir gerade in den Sinn kommt.	1	2	3	4
13. Wenn ich glaube, dass mir etwas Unangenehmes bevorsteht, bin ich gewöhnlich ziemlich unruhig.	1	2	3	4
14. Wenn mir etwas Schönes passiert, berührt mich das sehr stark.	1	2	3	4
15. Ich bin besorgt, wenn ich glaube, dass ich eine wichtige Sache schlecht gemacht habe.	1	2	3	4
16. Ich brauche Abwechslung und neue Erfahrungen.	1	2	3	4
17. Wenn ich etwas erreichen will, verfolge ich hartnäckig mein Ziel.	1	2	3	4
18. Verglichen mit meinen Freunden habe ich sehr wenig Ängste.	1	2	3	4
19. Ich fände es sehr aufregend, einen Wettbewerb zu gewinnen.	1	2	3	4
20. Ich habe Angst, Fehler zu machen.	1	2	3	4

Jedem von uns passieren hin und wieder **negative oder unangenehme Ereignisse** und jeder reagiert darauf auf seine/ihre eigene Art. Für die folgenden Aussagen werden Sie gebeten anzugeben, was Sie **allgemein** denken, wenn Sie negative oder unangenehme Ereignisse erleben. Bitte kreuzen Sie die Zahl, die Ihrem Erleben am ehesten entspricht.

	(fast) nie	manch- mal	regel- mäßig	häufig	(fast) immer
1. Ich denke, dass ich akzeptieren muss, was passiert ist.	1	2	3	4	5
2. Ich denke oft darüber nach, wie ich mich bei dem Gedanken an das, was ich erlebt habe, fühle.	1	2	3	4	5
3. Ich denke, dass ich etwas aus der Situation lernen kann.	1	2	3	4	5
4. Ich habe das Gefühl, ich bin verantwortlich für das was geschehen ist.	1	2	3	4	5
5. Ich denke, dass ich die Situation akzeptieren muss.	1	2	3	4	5
6. Mich beschäftigt, was ich über das Erlebte denke und fühle.	1	2	3	4	5
7. Ich denke an angenehme Dinge, die nichts damit zu tun haben.	1	2	3	4	5
8. Ich denke, dass ich aufgrund dessen, was geschehen ist, ein stärkerer Mensch werden kann.	1	2	3	4	5
9. Ich muss immer wieder daran denken, wie schrecklich es ist, was ich erlebt habe.	1	2	3	4	5
10. Ich habe das Gefühl, Andere sind verantwortlich für das, was passiert ist.	1	2	3	4	5
11. Anstelle des Ereignisses denke ich an etwas Schönes.	1	2	3	4	5
12. Ich überlege, wie ich die Situation ändern kann.	1	2	3	4	5
13. Ich denke, im Vergleich zu anderen Dingen ist es gar nicht so schlimm gewesen.	1	2	3	4	5
14. Ich denke, die Ursache liegt grundsätzlich in meiner Person.	1	2	3	4	5
15. Ich überlege systematisch, was ich am besten kann.	1	2	3	4	5

	(fast) nie	manch- mal	regel- mäßig	häufig	(fast) immer
16. Ich sage mir, es gibt schlimmere Dinge im Leben.	1	2	3	4	5
17. Ich denke ständig daran, wie schrecklich die Situation gewesen ist.	1	2	3	4	5
18. Ich denke, die Ursache liegt grundsätzlich bei den Anderen.	1	2	3	4	5

Bitte beurteilen Sie die folgende Aussage und kreuzen Sie die für Sie zutreffende Antwort an:

Ich habe einen hohen Selbstwert.

trifft auf mich gar nicht zu	1	2	3	4	5	6	7	trifft auf mich zu
------------------------------------	---	---	---	---	---	---	---	-----------------------

Schränken Sie **zurzeit** Ihre Nahrungszufuhr ein, um Ihr Gewicht zu regulieren (z.B. indem Sie versuchen weniger zu essen oder bestimmte Nahrungsmittel zu vermeiden)?

(0) nein (1) ja

Haben Sie **jemals** Ihre Nahrungszufuhr eingeschränkt, um Ihr Gewicht zu regulieren (z.B. indem Sie versuchen weniger zu essen oder bestimmte Nahrungsmittel zu vermeiden)?

(0) nein (1) ja

1. Wie wichtig ist es Ihnen auf Ihr Gewicht zu achten?	überhaupt nicht wichtig	1	2	3	4	5	6	7	sehr wichtig
2. Wie wichtig ist es Ihnen schlank zu sein?	überhaupt nicht wichtig	1	2	3	4	5	6	7	sehr wichtig

1. Wie gut gelingt es Ihnen auf Ihr Gewicht zu achten?	überhaupt nicht gut	1	2	3	4	5	6	7	sehr gut
2. Wie gut gelingt es Ihnen abzunehmen?	überhaupt nicht gut	1	2	3	4	5	6	7	sehr gut
3. Wie schwierig finden Sie es in Form zu bleiben?	überhaupt nicht schwierig	1	2	3	4	5	6	7	sehr schwierig

DEBQ

Dieser Fragebogen enthält eine Reihe von Aussagen zum Ernährungsverhalten. Lesen Sie jede Aussage aufmerksam durch und kreuzen Sie die Antwortstufe an, die auf Ihr Ernährungsverhalten am ehesten zutrifft.

	niemals	selten	manchmal	oft	sehr oft
1. Wenn Sie in letzter Zeit zugenommen haben, essen Sie dann weniger als sonst?	1	2	3	4	5
2. Versuchen Sie während der Mahlzeiten weniger zu essen, als Sie gerne essen würden?	1	2	3	4	5
3. Wie oft lehnen Sie Speisen oder Getränke ab, weil Sie um Ihr Gewicht besorgt sind?	1	2	3	4	5
4. Achten Sie genau auf das, was Sie essen?	1	2	3	4	5
5. Essen Sie bewusst schlankmachende Speisen?	1	2	3	4	5
6. Wenn Sie an einem Tag zu viel gegessen haben, essen Sie dann am nächsten Tag weniger?	1	2	3	4	5
7. Essen Sie bewusst weniger, um nicht zuzunehmen?	1	2	3	4	5
8. Wie oft versuchen Sie, zwischen den Mahlzeiten nicht zu essen, weil Sie auf Ihr Gewicht achten?	1	2	3	4	5
9. Wie oft versuchen Sie, am Abend nichts zu essen, weil Sie auf Ihr Gewicht achten?	1	2	3	4	5
10. Berücksichtigen Sie Ihr Gewicht bei der Entscheidung, was Sie essen?	1	2	3	4	5
11. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie irritiert sind?	1	2	3	4	5
12. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie nichts zu tun haben?	1	2	3	4	5
13. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie deprimiert oder entmutigt sind?	1	2	3	4	5
14. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie sich einsam fühlen?	1	2	3	4	5
15. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie jemand im Stich gelassen hat?	1	2	3	4	5
16. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie ärgerlich sind?	1	2	3	4	5
17. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn ein unangenehmes Ereignis auf Sie zukommt?	1	2	3	4	5
18. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie beunruhigt, besorgt oder angespannt sind?	1	2	3	4	5

	nie	selten	manchmal	oft	sehr oft
19. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn die Dinge sich gegen Sie entwickeln oder wenn sie falsch gelaufen sind?	1	2	3	4	5
20. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie erschrocken sind?	1	2	3	4	5
21. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie enttäuscht sind?	1	2	3	4	5
22. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie aus der Fassung gebracht sind?	1	2	3	4	5
23. Haben Sie den Wunsch zu essen, wenn Sie sich langweilen oder unruhig sind?	1	2	3	4	5
24. Wenn Speisen Ihnen gut schmecken, essen Sie dann mehr als sonst?	1	2	3	4	5
25. Wenn Speisen gut riechen und aussehen, essen Sie dann mehr als sonst?	1	2	3	4	5
26. Wenn Sie etwas Schmackhaftes sehen oder riechen, haben Sie dann den Wunsch, es zu essen?	1	2	3	4	5
27. Wenn Sie etwas Leckeren zu essen haben, essen Sie es dann sofort?	1	2	3	4	5
28. Wenn Sie beim Bäcker vorbeikommen, haben Sie dann den Wunsch, sich etwas Leckeren zu kaufen?	1	2	3	4	5
29. Wenn Sie an einer Imbissstube oder einem Café vorbeilaufen, haben Sie dann den Wunsch sich etwas Leckeren zu kaufen?	1	2	3	4	5
30. Wenn Sie andere essen sehen, haben Sie dann auch den Wunsch zu essen?	1	2	3	4	5
31. Können Sie widerstehen, schmackhafte Speisen zu essen?	1	2	3	4	5
32. Essen Sie mehr als sonst, wenn Sie andere essen sehen?	1	2	3	4	5
33. Wenn Sie eine Mahlzeit zubereiten, neigen Sie dazu, davon zu naschen?	1	2	3	4	5

Wir haben eine Liste mit Aussagen zusammengestellt, die die Gefühle, Gedanken, Wünsche, Versuchungen und Gelüste mancher Menschen in Bezug auf Nahrungsmittel und Essen beschreiben. Bitte markieren Sie wie sehr diese Aussagen **IM ALLGEMEINEN** auf Sie zutreffen bzw. wie häufig Sie auf diese Weise denken oder fühlen.

	nie/ nicht anwendbar	selten	manch- mal	oft	fast immer	immer
1. Wenn ich ein starkes Verlangen nach etwas verspüre, weiß ich, dass ich nicht mehr aufhören kann zu essen, wenn ich erst mal angefangen habe.	1	2	3	4	5	6
2. Wenn ich das esse, wonach ich ein starkes Verlangen verspüre, verliere ich oft die Kontrolle und esse zu viel.	1	2	3	4	5	6
3. Wenn ich ein starkes Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln verspüre, denke ich ausnahmslos darüber nach, wie ich das bekomme, was ich essen will.	1	2	3	4	5	6
4. Ich habe das Gefühl, dass ich die ganze Zeit nur Essen im Kopf habe.	1	2	3	4	5	6
5. Ich ertappe mich dabei, wie ich mich gedanklich ständig mit Essen beschäftige.	1	2	3	4	5	6
6. Immer wenn ich ein starkes Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln verspüre, merke ich, dass ich gleich plane etwas zu essen.	1	2	3	4	5	6
7. Ich verspüre ein starkes Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln, wenn ich mich gelangweilt, wütend oder traurig fühle.	1	2	3	4	5	6
8. Ich habe nicht die Willensstärke, um meinen Essensgelüsten widerstehen zu können.	1	2	3	4	5	6
9. Wenn ich einmal anfangen zu essen, fällt es mir schwer wieder aufzuhören.	1	2	3	4	5	6
10. Ich kann nicht aufhören übers Essen nachzudenken, wie sehr ich mich auch bemühe.	1	2	3	4	5	6

FCQ-T-r

	nie/ nicht anwendbar	selten	manch- mal	oft	fast immer	immer
11. Wenn ich dem starken Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln nachgebe, verliere ich jegliche Kontrolle.	1	2	3	4	5	6
12. Immer wenn ich ein starkes Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln verspüre, denke ich so lange weiter ans Essen bis ich diese tatsächlich esse.	1	2	3	4	5	6
13. Wenn ich ein starkes Verlangen nach bestimmten Nahrungsmitteln verspüre, verzehren mich die Gedanken daran diese zu essen geradezu.	1	2	3	4	5	6
14. Meine Emotionen bringen mich oft dazu etwas essen zu wollen.	1	2	3	4	5	6
15. Wenn sich appetitliche Nahrungsmittel in meiner Reichweite befinden, fällt es mir schwer der Versuchung zu widerstehen sie zu essen.	1	2	3	4	5	6

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

	kein Tag	1-5 Tage	6-12 Tage	13-15 Tage	16-22 Tage	23-27 Tage	jeden Tag
1. Haben Sie bewusst <u>versucht</u> , die Nahrungsmenge, die Sie essen, zu begrenzen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	0	1	2	3	4	5	6
2. Haben Sie <u>versucht</u> , Nahrungsmittel, die Sie mögen, von Ihrer Ernährung auszuschließen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen (unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist)?	0	1	2	3	4	5	6
3. Hat das Nachdenken über <u>Nahrung, Essen oder Kalorien</u> es Ihnen sehr schwer gemacht, sich auf Dinge zu konzentrieren, die Sie interessieren (z.B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen)?	0	1	2	3	4	5	6
4. Haben Sie sich dick gefühlt?	0	1	2	3	4	5	6
5. Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?	0	1	2	3	4	5	6

	niemals	in seltenen Fällen	in weniger als der Hälfte der Fälle	in der Hälfte der Fälle	in mehr als der Hälfte der Fälle	in den meisten Fällen	jedes Mal
6. In wie vielen der Situationen, in denen Sie gegessen haben, hatten Sie wegen der Auswirkungen auf Ihre Figur oder Ihr Gewicht Schuldgefühle (d.h. das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben)? (Zählen Sie Essanfälle nicht mit.)	0	1	2	3	4	5	6

	überhaupt nicht		leicht		mäßig		deutlich
7. Wie unzufrieden waren Sie mit Ihrem <u>Gewicht</u> ?	0	1	2	3	4	5	6
8. Wie unwohl haben Sie sich gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben (z.B. im Spiegel, Ihr Spiegelbild im Schaufenster, beim Ausziehen, Baden oder Duschen)?	0	1	2	3	4	5	6

Bitte kreuzen Sie bei jeder Aussage die Antwort an, die am besten Ihre Einstellungen oder Verhaltensweisen beschreibt. IES-2

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	neutral	stimme zu	stimme stark zu
1. Ich versuche bestimmte Nahrungsmittel mit viel Fett, Kohlenhydraten oder Kalorien zu vermeiden.	1	2	3	4	5
2. Ich esse, wenn ich emotional bewegt bin (z.B. ängstlich, deprimiert, traurig), auch wenn ich körperlich nicht hungrig bin.	1	2	3	4	5
3. Wenn ich das Verlangen nach einem bestimmten Nahrungsmittel habe, erlaube ich es mir, es zu essen.	1	2	3	4	5
4. Ich ärgere mich über mich selbst, wenn ich etwas Ungesundes gegessen habe.	1	2	3	4	5
5. Ich esse, wenn ich mich einsam fühle, auch wenn ich körperlich nicht hungrig bin.	1	2	3	4	5
6. Ich vertraue meinem Körper, dass er mir sagt, wann ich essen soll.	1	2	3	4	5
7. Ich vertraue meinem Körper, dass er mir sagt, was ich essen soll.	1	2	3	4	5
8. Ich vertraue meinem Körper, dass er mir sagt, wie viel ich essen soll.	1	2	3	4	5
9. Es gibt verbotene Nahrungsmittel, die ich mir selbst nicht erlaube zu essen.	1	2	3	4	5
10. Ich benutze Essen, um meine negativen Emotionen zu mildern.	1	2	3	4	5
11. Ich esse, wenn ich genervt bin, auch wenn ich körperlich nicht hungrig bin.	1	2	3	4	5
12. Ich bin in der Lage, meine negativen Gefühle (z.B. Ängstlichkeit, Traurigkeit) zu bewältigen, ohne Trost im Essen zu suchen.	1	2	3	4	5
13. Wenn ich gelangweilt bin, esse ich NICHT nur um etwas zu tun zu haben.	1	2	3	4	5
14. Wenn ich einsam bin, suche ich NICHT Trost im Essen.	1	2	3	4	5

	stimme gar nicht zu	stimme nicht zu	neutral	stimme zu	stimme stark zu
15. Ich finde andere Wege um Stress und Ängstlichkeit zu bewältigen als durch Essen.	1	2	3	4	5
16. Ich erlaube mir, das zu essen, worauf ich im Augenblick Lust habe.	1	2	3	4	5
17. Ich folge KEINEN Essensregeln oder Diätplänen, die vorschreiben, was, wann und / oder wie viel ich esse.	1	2	3	4	5
18. Meistens habe ich Lust, nährhafte Nahrungsmittel zu essen.	1	2	3	4	5
19. Ich esse meistens Nahrungsmittel, die die Leistungsfähigkeit meines Körpers unterstützen.	1	2	3	4	5
20. Ich esse meistens Nahrungsmittel, die meinem Körper Energie und Ausdauer geben.	1	2	3	4	5
21. Ich verlasse mich auf meine Hungersignale, dass sie mir sagen, wann ich essen soll.	1	2	3	4	5
22. Ich verlasse mich auf meine Sättigungssignale, dass sie mir sagen, wann ich mit dem Essen aufhören soll.	1	2	3	4	5
23. Ich vertraue meinem Körper, dass er mir sagt, wann ich mit dem Essen aufhören soll.	1	2	3	4	5

Die folgenden Fragen beschäftigen sich damit, wie häufig Sie sich während des letzten Monats durch Stress belastet fühlten. Bitte kreuzen Sie pro Aussage eine Antwort an.

	nie	selten	manch- mal	häufig	sehr oft
1. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber aufgeregt, dass etwas völlig Unerwartetes eingetreten ist?	1	2	3	4	5
2. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, wichtige Dinge in Ihrem Leben nicht beeinflussen zu können?	1	2	3	4	5
3. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat nervös und „gestresst“ gefühlt?	1	2	3	4	5
4. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat sicher im Umgang mit persönlichen Aufgaben und Problemen gefühlt?	1	2	3	4	5
5. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Dinge nach Ihren Vorstellungen entwickeln?	1	2	3	4	5
6. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit all den anstehenden Aufgaben und Problemen nicht richtig umgehen zu können?	1	2	3	4	5
7. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, mit Ärger in Ihrem Leben klar zu kommen?	1	2	3	4	5
8. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, alles im Griff zu haben?	1	2	3	4	5
9. Wie oft hatten Sie sich im letzten Monat darüber geärgert, wichtige Dinge nicht beeinflussen zu können?	1	2	3	4	5
10. Wie oft hatten Sie im letzten Monat das Gefühl, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass Sie diese nicht mehr bewältigen können?	1	2	3	4	5

Bitte kreuzen Sie immer jene Antwort an, die am ehesten auf Ihr Essverhalten im Allgemeinen zutrifft.

	esse ich viel weniger als sonst	esse ich weniger als sonst	esse ich genauso viel wie sonst	esse ich mehr als sonst	esse ich viel mehr als sonst
1. Wenn ich optimistisch bin, ...	1	2	3	4	5
2. Wenn ich glücklich bin, ...	1	2	3	4	5
3. Wenn ich fröhlich bin, ...	1	2	3	4	5
4. Wenn ich stolz bin, ...	1	2	3	4	5
5. Wenn ich zuversichtlich bin, ...	1	2	3	4	5
6. Wenn ich mich einsam fühle, ...	1	2	3	4	5
7. Wenn ich deprimiert bin, ...	1	2	3	4	5
8. Wenn ich traurig bin, ...	1	2	3	4	5
9. Wenn ich mich langweile , ...	1	2	3	4	5
10. Wenn ich frustriert bin, ...	1	2	3	4	5
11. Wenn ich wütend bin, ...	1	2	3	4	5
12. Wenn ich verärgert bin, ...	1	2	3	4	5
13. Wenn ich gereizt bin, ...	1	2	3	4	5
14. Wenn ich aufgebracht bin, ...	1	2	3	4	5
15. Wenn ich eifersüchtig bin, ...	1	2	3	4	5
16. Wenn ich angespannt bin, ...	1	2	3	4	5
17. Wenn ich ängstlich bin, ...	1	2	3	4	5
18. Wenn ich besorgt bin, ...	1	2	3	4	5
19. Wenn ich aufgeregt bin, ...	1	2	3	4	5
20. Wenn ich unsicher bin, ...	1	2	3	4	5

Bitte kreuzen Sie immer jene Antwort an, die am ehesten auf Ihr Essverhalten im Allgemeinen zutrifft.

	esse ich viel weniger als sonst	esse ich weniger als sonst	esse ich genauso viel wie sonst	esse ich mehr als sonst	esse ich viel mehr als sonst
1. Wenn mich die Dinge, die ich erledigen muss, zu erdrücken drohen, ...	1	2	3	4	5
2. In sehr stressbelasteten Zeiten, ...	1	2	3	4	5
3. Wenn ich das Gefühl habe, dass mir die Dinge über den Kopf wachsen, ...	1	2	3	4	5
4. An Tagen, an denen alles schiefzugehen scheint, ...	1	2	3	4	5
5. Wenn ich mich auf eine anstrengende Aufgabe vorbereite, ...	1	2	3	4	5
6. Wenn ich unter Druck stehe, ...	1	2	3	4	5
7. Wenn ich mich nervös und gestresst fühle, ...	1	2	3	4	5
8. Wenn ich das Gefühl habe, wichtige Dinge in meinem Leben nicht beeinflussen zu können, ...	1	2	3	4	5
9. Wenn ich das Gefühl habe, nichts mehr wirklich im Griff zu haben, ...	1	2	3	4	5
10. Wenn ich das Gefühl habe, dass sich die Probleme so aufgestaut haben, dass ich sie nicht mehr bewältigen kann, ...	1	2	3	4	5

Vielen Dank für die Beantwortung der Fragen!

Bitte überprüfen Sie nun noch einmal, dass Sie alle Fragen beantwortet und keine übersehen haben.