

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Universitätsklinikum Ulm

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. Harald Gündel

**Bindungsrepräsentation und Familienklima
bei Patientinnen mit Bulimia nervosa
und gesunden Kontrollprobandinnen**

Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der Medizin
der Medizinischen Fakultät der Universität Ulm

Kathrin Holzinger
geboren in Sindelfingen

2015

Amtierender Dekan: Prof. Dr. rer. nat. Thomas Wirth

1. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Jörn von Wietersheim

2. Berichterstatter: Prof. Dr. phil. Ute Ziegenhain

Tag der Promotion: 16.12.2016

Inhaltsverzeichnis

Abkürzungsverzeichnis	III
1 Einleitung	1
1.1 Bulimia nervosa	1
1.2 Bindungstheorie und Bindungsforschung	2
1.3 Forschungsstand: Bindung bei Essstörungen	7
1.4 Bisherige Forschung mit AAP.....	8
1.5 Forschungen zum Familienklima bei Patienten mit Essstörung.....	10
1.6 Hypothesen.....	13
1.7 Anmerkungen	14
2 Material und Methoden.....	15
2.1 Stichprobenauswahl	15
2.2 Stichprobe.....	16
2.3 Vorgehensweise	19
2.4 Dropout.....	20
2.5 Erhebungsinstrumente	21
2.6 Datenanalyse	34
3 Ergebnisse	35
3.1 Ergebnisse des Fragebogens SCL-90-R	35
3.2 Ergebnisse der Fragebögen zur Erfassung der Essstörung.....	37
3.3 Ergebnisse der Familienklimaskalen.....	41
3.4 Ergebnisse des Fragebogens ECR-RS	43
3.5 Ergebnisse des AAP.....	45
3.6 Zusammenhang der erfassten Bindungsstörung mit der Schwere der psychopathologischen Symptome	51
3.7 Zusammenhang der erfassten Bindungsstörung mit der Ausprägung essstörungsspezifischer Psychopathologie	55
3.8 Zusammenfassung der Ergebnisse/ Überprüfung der Hypothesen	56
4 Diskussion	59
4.1 Diskussion des Studiendesigns und der Vorgehensweise.....	59
4.2 Diskussion der Methoden	61
4.3 Diskussion der Ergebnisse	61
4.4 Schlussfolgerungen und Ausblick für weitere Forschung	73

5 Zusammenfassung	75
6 Literaturverzeichnis	77
7 Anhang.....	84
Danksagung.....	87
Lebenslauf.....	88

Abkürzungsverzeichnis

AAI	Adult Attachment Interview
AAP	Adult Attachment Projective
AED	Academy for Eating Disorder
ASQ	Attachment Style Questionnaire
BMI	Body Mass Index in kg/m ²
BN	Bulimia nervosa
BPD	Borderline Personality Disorder (Borderline-Persönlichkeitsstörung)
CC	Bindungsstatus cannot classify (nicht klassifizierbar)
CCRT	Core Conflictual Relationship Theme
d	Effektstärke nach Cohen
DEAK	Deaktivierung
Ds	unsicher-distanzierter Bindungsstatus
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association – 4. Revision (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen)
E	unsicher-verstrickter Bindungsstatus
ECR	Experiences in close Relationships
ECR-RS	Experiences in close Relationships – Relationships Structures Questionnaire
EDE-Q	Eating Disorder Questionnaire
EDI-2	Eating Disorder Inventory -2
F	sicherer Bindungsstatus
FES	Family Environment Scale
FKS	Familienklimaskalen
GSI	Global Severity Index (globaler Kennwert des SCL-90-R)
ICD-10	International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - 10. Revision (Internationale statistische Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme)
κ	Cohens Kappa
kg	Kilogramm

KOG. E.	Kognitive Entkoppelung
m	Mittelwert
m ²	Quadratmeter
MSB	Marker der sicheren Bindung (= Inhaltsmarker des AAP)
n	Anzahl der untersuchten Personen
n.s.	nicht signifikant
p	Signifikanzwert
PE	personal experience (persönliche Erfahrung)
PTSD	Posttraumatic Stress Disorder (Posttraumatische Belastungsstörung)
r	Korrelationskoeffizient für die interne Konsistenz nach Kuder-Richardson
rtt	Test-Retest-Reliabilität
s	Standardabweichung
SCANS	Setting Conditions for Anorexia Nervosa Scale
SCL-90-R	Symptom-Checklist-90-revised – deutsche Version
SEG. S.	segregated systems = abgetrennte Systeme
SWK	Selbstwirksamkeit
SYN	Synchronizität
U	desorganisierter Bindungsstatus bzw. unverarbeitetes Trauma
VBH	Verbundenheit
***	höchst signifikant ($p \leq 0,001$)
**	hoch signifikant ($p \leq 0,01$)
*	signifikant ($p \leq 0,05$)
~	tendenziell signifikant ($0,05 < p \leq 0,1$)
%	relativer Anteil in Prozent

1 Einleitung

1.1 Bulimia nervosa

Circa 1,5 % der Frauen (Lebenszeitprävalenz), vorwiegend im jungen Erwachsenenalter, erkranken an Bulimia nervosa (Herpertz et al. 2011). In der Bundesrepublik Deutschland beträgt die geschätzte Lebenszeitprävalenz 1,7 % (Wittchen et al. 1998), eine Untersuchung in sechs europäischen Ländern schätzt eine Lebenszeitprävalenz von 0,88 % (Preti et al. 2009). Bislang gelang es nicht, ein Modell zur Pathogenese und Aufrechterhaltung der Erkrankung empirisch zu belegen (Groß 2008). Allerdings geht man gegenwärtig davon aus, dass Essstörungen multifaktoriell bedingte Erkrankungen sind. Bei der Entstehung dieser Erkrankungen greifen sowohl biologische und intrapsychische, als auch familiäre und soziokulturelle Faktoren ineinander und ergänzen sich gegenseitig.

Die Krankheit Bulimia nervosa ist gekennzeichnet durch wiederkehrende Essanfälle, während denen unverhältnismäßig große Nahrungsmengen in kurzer Zeit zu sich genommen werden. Charakteristisch ist ein Kontrollverlust während der Essanfälle. Im Anschluss an die Essanfälle zeigen die Betroffenen kompensatorische Verhaltensweisen wie selbstinduziertes Erbrechen, Medikamentenmissbrauch oder exzessive, körperliche Betätigung sowie Fasten. In den Diagnosekriterien der DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4. Auflage, in Deutschland 1996 eingeführt) ist aufgeführt, dass die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vorkommen. Die Figur und das Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf das Selbstbild. Außerdem tritt die Störung nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf (Sass et al. 2003). Die Bulimia nervosa wird vom bulimischen Typ der Anorexia nervosa über den BMI von mehr als 17,5 kg/m² (somit kein Untergewicht) abgegrenzt (Herpertz et al. 2011).

1.2 Bindungstheorie und Bindungsforschung

In diesem Kapitel wird die Bindungstheorie umrissen und Begriffe der Bindungstheorie, sowie der Bindungsforschung erläutert. Außerdem werden grundsätzliche Überlegungen zur Bindungsforschung angestellt.

1.2.1 Bindungstheorie

Die Bindungstheorie, welche erstmals vom britischen Kinderarzt John Bowlby formuliert wurde, vereinigt entwicklungspsychologische und psychoanalytische Ansätze mit evolutionsbiologischem Denken (Main 2012). Sie geht davon aus, dass angeborenes Bindungsverhalten (z.B. Weinen, Anklammern, Lächeln) aus evolutionsbiologischer Sicht Überlebensfunktion besitzt, da diese Verhaltensweisen in Gefahrensituationen Nähe zur primären Bindungsperson (in der Regel die Mutter) herstellt. Der feinfühlige und fürsorgliche Umgang wird als Hauptaufgabe der Eltern verstanden (Schmücker u. Buchheim 2002). Durch die Interaktion zwischen Baby bzw. Kleinkind und der primären Bindungsperson entwickelt sich ein Bindungsmuster, welches bereits am Ende des ersten Lebensjahres eine interindividuelle Variation aufweist. Ein frühkindlich erworbenes Bindungsmuster wird im Lauf der Zeit als inneres Arbeitsmodell internalisiert, dessen man sich in bindungsrelevanten Situationen (z.B. Bedrohung, Einsamkeit, Trauer) bedient, um diese zu bewältigen. Das innere Arbeitsmodell ist eine Zusammenstellung von Strategien, entstanden durch die frühkindliche Interaktion mit der primären Bindungsperson, zur Organisation von bindungsrelevanten Informationen.

1.2.2 Bindungsmuster und Bindungsrepräsentationen

Mary Ainsworth typisierte anhand ihres Tests „Die fremde Situation“ („The strange Situation“) das Bindungsmuster bei einjährigen Kindern (Ainsworth et al. 1978). Nach standardisiertem Ablauf wurde das Verhalten des Kindes während einer kurzen Trennungsphase und einer Wiedervereinigungsphase mit der Bindungsperson beobachtet. Ainsworth unterschied die folgenden Bindungsmuster:

- *Sicher* gebundene Kinder zeigen ihre Gefühle, d.h. sie weinen, wenn die Bindungsperson den Raum verlässt, lassen sich aber schnell trösten und wenden sich wieder ihrem Spiel zu – es besteht eine ausgewogene Balance zwischen Bindungsverhalten und explorativem Verhalten.
- *Unsicher-vermeidend* gebundene Kinder zeigen wenig bis keine Gefühle in der Trennungssituation, sie konzentrieren sich auf ihr Spiel. Bei der Wiedervereinigung mit der Bindungsperson ignorieren sie diese. Die Balance ist zugunsten des explorativen Verhaltens verschoben. Untersuchungen des Cortisolspiegels zeigten jedoch, dass die Kinder dennoch durch die Trennung gestresst sind (Spangler u. Grossmann 1993).
- *Unsicher-ambivalent* gebundene Kinder zeigen sich während der Trennung verzweifelt und hilflos, lassen sich bei der Wiedervereinigung schlecht beruhigen und schwanken zwischen Ärger, Wut und anklammerndem Verhalten. Die Balance ist zugunsten des Bindungsverhaltens verschoben. Die Kinder sind in ihrer Explorationsfähigkeit eingeschränkt.
- Main und Solomon fanden später eine neue Bindungskategorie, die sie *desorganisiert* nannten (Main u. Solomon 1986). Diese Kinder zeigen keine Bewältigungsstrategie während der Trennung. Sie können weder Nähe zur Bindungsperson herstellen, noch sich ablenken und zeigen z.B. stereotype Bewegungen, plötzliches Erstarren („freezing“) oder Angst gegenüber ihrem Elternteil.

Bei älteren Kindern bzw. Erwachsenen lässt sich das Bindungsverhalten nicht mehr direkt beobachten. In Situationen der Angst oder Trauer suchen wir nicht mehr die direkte Nähe zu unserer Bindungsperson, sondern haben aufgrund des inneren Arbeitsmodells Strategien entwickelt, um mit diesen Situationen umzugehen. Mary Main sprach von „move to the level of representation“, da man nicht mehr das Bindungsverhalten an sich beobachten kann, jedoch die sogenannte Bindungsrepräsentation, d.h. das Ergebnis des inneren Arbeitsmodells erfassen kann (Main et al. 1985). George et al. entwickelten hierzu das AAI (Adult Attachment Interview) (George et al. 1985). Das AAI, das mittlerweile Goldstandard zur Untersuchung von Bindung bei Erwachsenen ist, umfasst 18 Fragen und

erfasst damit retrospektiv Bindungserfahrungen, sowie die aktuelle Einstellung zur Bindung. Es werden z.B. Fragen zu Trennungserfahrungen, Zurückweisungen o.ä. gestellt, aber auch konkret die Beziehung zu den Eltern erfragt. Bei der Auswertung steht nicht der Inhalt der Narrative im Vordergrund, sondern wie über bindungsrelevante Themen gesprochen wird (Diskursanalyse). Die Bindungsrepräsentationen werden nach George et al. folgendermaßen klassifiziert:

- *sicher-autonome* (F) Erwachsene stellen ihre Bindungserfahrungen kohärent und konsistent dar, Bindungen werden wertgeschätzt.
- *unsicher-distanzierte* (Ds) Erwachsene werten die Bedeutung von Bindungsbeziehungen ab. Sie idealisieren ihre Kindheit, ohne konkrete Belege nennen zu können.
- *unsicher-verstrickte* (E) Erwachsene stellen ihre Bindungserfahrungen widersprüchlich dar. Sie wirken oft verärgert oder ängstlich und verwickeln sich in scheinbar endlosen, unverständlichen Sätzen.

Darüber hinaus kann der Proband als *unverarbeitet* (U) klassifiziert werden.

- Narrative von Erwachsenen, die als *unverarbeitet* (U) klassifiziert werden, wirken desorganisiert. Die Erzählungen zu traumatischen Erlebnissen schwanken zwischen verschiedenen Sichtweisen und wirken teilweise irrational. Diese Klassifikation wird zusätzlich zu F, Ds oder E vergeben.

Später wurde bei der Klassifikation des AAI noch ein weitere Kategorie hinzugefügt (Main et al. 2003):

- Die Kategorie *nicht klassifizierbar* (CC) wird vergeben, wenn bei der Analyse nicht zwischen *unsicher-distanziert* und *unsicher-verstrickt* entschieden werden kann.

Aufgrund der Interviewlänge und der aufwändigen Auswertung ist das AAI sehr zeitintensiv und damit für den klinischen Alltag unökonomisch. Deshalb entwickelten George et al. das AAP (Adult Attachment Projective) (George u. West 2001), auf welches im folgenden Abschnitt, sowie im Kapitel 2.5.1 näher eingegangen wird.

1.2.3 Das AAP (Adult Attachment Projective)

Das AAP ist eine projektive Methode, um Bindung bei Erwachsenen schnell, kosteneffizient und benutzerfreundlich zu untersuchen (George u. West 2001). Man geht davon aus, dass Erwachsene beim Konstruieren bindungsrelevanter Geschichten (Narrative) auf ihr inneres Arbeitsmodell zurückgreifen und so „beobachtbar“ machen (Buchheim et al. 2012). Der Proband wird gebeten, zu sieben Bildern von bindungsrelevanten Szenen, in denen u.a. die Themen Einsamkeit, Abschied und Trauer dargestellt werden, Geschichten zu erzählen. Vier Bilder zeigen nur eine Person (monadische Szenen), wohingegen auf drei Bildern zwei Personen (dyadische Szenen) abgebildet sind. Nach einem zweiwöchigen Training, sowie einer Reliabilitäts-Prüfung des Auswertenden kann der Test innerhalb von circa 30 Minuten durchgeführt werden. Die Transkription der Narrative benötigt circa eine Stunde und die Analyse der Transkripte eine weitere Stunde. Damit ist das AAP verglichen mit dem Goldstandard der Bindungsforschung, dem AAI, ökonomischer in der Handhabung. Beim AAP werden, mit Ausnahme der Kategorie CC (siehe Beschreibung des AAI in Kapitel 1.2.2), die gleichen Bindungskategorien wie beim AAI verwendet (F, Ds, E, U). Allerdings wird beim AAP die Kategorie U nicht als Zusatz, sondern als eigene Bindungskategorie vergeben.

1.2.4 Grundsätzliche Überlegungen zur Messung von Bindung

Ravitz et al. geben einen Überblick über Messmethoden der Bindung (Ravitz et al. 2010). Sie stellen dabei mehrere Überlegungen an. Es werden grundsätzlich verschiedene Messmethoden in der Bindungsforschung verwendet. Zum einen werden Fragebögen bzw. andere Instrumente, bei denen sich der Proband¹ selbst beurteilt, eingesetzt. Ein Beispiel dafür ist der Fragebogen ECR-RS („The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire“ (Fraley et al. 2011)). Zum anderen finden Instrumente wie das AAI Verwendung, bei denen die Auswertung über den Inhalt hinausgeht und unbewusste Prozesse miteingeschlossen werden. Studien mit Fragebögen sind relativ schnell durchzuführen und einfach in der Handhabung. Allerdings werden mittels Fragebögen nur die zum Zeitpunkt der Erhebung bewusst wahrgenommenen Bindungsaspekte gemessen.

¹ In der vorliegenden Arbeit meint die Formulierung bei personenbezogenen Bezeichnungen beide Geschlechter. Aus Gründen der leichteren Lesbarkeit wird die männliche Form gewählt.

Sie können nicht detektieren, wenn zum Beispiel Abwehrmechanismen die Antworten beeinflussen. Darüber hinaus bergen sie das Risiko, dass Aspekte wie die soziale Erwünschtheit zum Tragen kommen. Das AAI und andere Interviewmethoden bewerten die Kohärenz des Erzählten und die Fähigkeit der Reflexion. Im Gegensatz zu Fragebögen sind Interviews jedoch zeitintensiv und die Auswertung benötigt viel Erfahrung. Deshalb sind sie im klinischen Alltag unökonomisch, weshalb Studien meist nur mit relativ kleinen Stichproben durchgeführt werden. Ein projektiver Test, wie das AAP, untersucht anhand der Narrative zu Bildern, inwieweit die Grenzen zwischen Beschreibungen und autobiografischen Erfahrungen eingehalten werden können, Selbstwirksamkeit in bindungsrelevanten Szenen gezeigt wird oder Abwehrmarker auftreten. Grundsätzlich müssen Instrumente, welche Bindungsqualitäten in Kategorien einordnen, von Messmethoden, welche die Ausprägung von Dimensionen der Bindung (z.B. Ängstlichkeit und Vermeidung) erfassen, unterschieden werden. Im Gegensatz zum AAI oder dem AAP, welche Bindungsrepräsentationen kategorisieren, messen andere Instrumente, zu welchem Grad verschiedene Dimensionen der Bindung ausgeprägt sind. Ein Beispiel wäre der bereits erwähnte Fragebogen ECR-RS.

Eine Schwierigkeit bei der Auseinandersetzung mit Bindungsforschung stellt die uneinheitliche Terminologie dar. Verschiedene Instrumente verwenden manchmal unterschiedliche Begriffe für gleiche oder ähnliche Konstrukte. Zum Beispiel wird die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma* auch als *unverarbeitet*, *unverarbeitete Trauer* oder *desorganisiert* bezeichnet. Außerdem ändern sich die Auswertungsrichtlinien einiger Instrumente im Lauf der Zeit.

1.3 Forschungsstand: Bindung bei Essstörungen

In den vergangenen Jahren rückte die Bindungstheorie als Modell zum Verständnis psychischer Erkrankungen in den Vordergrund. Mittlerweile wurde nachgewiesen, dass eine gestörte Bindung mit psychischen Störungen verknüpft ist (Mikulincer u. Shaver 2012). Die Bindungstheorie postuliert, dass eine inkonsistente, unzuverlässige und unsensible Bindungsperson die Entwicklung einer sicheren psychischen Basis verhindert, die Resilienz vermindert, sowie zu einem psychischen Zusammenbruch in Krisenzeiten prädisponiert (Bowlby 1988). Deshalb wird eine unsichere Bindung als allgemeiner Risikofaktor für psychische Erkrankungen gesehen, wobei man davon ausgeht, dass die Symptomatik auch von genetischen oder soziokulturellen Faktoren bestimmt wird (Mikulincer u. Shaver 2012).

Die Ätiologie der Essstörungen wurde aus verschiedenen Blickwinkeln beleuchtet: individuell (Genetik, Persönlichkeitsstruktur, traumatische Erfahrungen), familiär (Konflikte, Verstrickung) und soziokulturell (Genderrolle, kulturelle Erwartungshaltung). Die Bindungstheorie liefert ein Modell, das den Beitrag dieser Faktoren sowie deren Interaktion zur Krankheitsentstehung berücksichtigt (O'Shaughnessy u. Dallos 2009).

In der Vergangenheit haben mehrere Studien einen Zusammenhang zwischen Bindungsstil und Essstörungen belegt (Latzer et al. 2002, Tasca et al. 2006). In anderen Untersuchungen wurde hingegen angestrebt, einen Zusammenhang zwischen Essstörungs-Subtypen und bestimmten Bindungsstilen aufzuzeigen (Troisi et al. 2005, Ringer u. Crittenden 2007). Die Studienlage bleibt hierbei jedoch uneinheitlich (O'Shaughnessy u. Dallos 2009).

In einer Übersichtsarbeit von Ward et al. wurde herausgearbeitet, dass ein unsicherer Bindungsstil bei Essstörungspatientinnen gehäuft zu finden ist, jedoch wenig über den Zusammenhang zwischen Essstörungs-Subtyp und Bindungstyp bekannt ist. Des Weiteren bleibt nach Meinung der Autoren die Rolle von unverarbeitetem Verlust oder Missbrauch bei Essstörungen unklar, da sich die Auswertungsrichtlinien der verschiedenen Messmethoden unterscheiden (Ward et al. 2000).

Weitere Studien, die ausschließlich das AAI verwendeten, zeigten eine höhere Prävalenz von unsicherer Bindung in einer Essstörungspopulation, verglichen mit nicht-klinischen

Stichproben auf. Über die zugrundeliegenden ätiologischen Mechanismen lassen sich jedoch keine Aussagen treffen (Zachrisson u. Skårderud 2010).

In einer Studie von 1996 wurden die meisten Essstörungspatienten (13 von 14) der Kategorie *unverarbeitetes Trauma* zugeordnet, wobei viele dieser Patienten eine Persönlichkeitsstörung als Komorbidität aufwiesen (Fonagy et al. 1996). In einer weiteren Studie von 2007 wurde ein Drittel der Essstörungspatienten als *unverarbeitetes Trauma* kategorisiert, wobei ein eigenes Auswertungssystem für die AAI-Transkripte verwendet wurde (Ringer u. Crittenden 2007). Eine andere Übersichtsarbeit deutet auf eine hohe Inzidenz der Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma* bei Patienten mit Anorexia nervosa hin (O'Shaughnessy u. Dallos 2009).

1.4 Bisherige Forschung mit AAP

Das AAP fand bislang in mehreren Studien zur Bindung bei Patienten mit verschiedenen psychischen Störungen Anwendung. Bis auf eine Fallstudie mit einer anorektischen Patientin, die als *unverarbeitetes Trauma* klassifiziert wurde (Lis et al. 2011), wurde das AAP jedoch bis zum jetzigen Zeitpunkt nicht bei Essstörungspatienten angewendet.

In einer Studie von 2008 wiesen Buchheim et al. einen signifikanten Unterschied zwischen Patienten mit Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPD) (11 von 13 als *unverarbeitetes Trauma* im AAP kategorisiert) und gesunden Kontrollpersonen (7 von 17 als *unverarbeitetes Trauma* im AAP kategorisiert) nach (Buchheim et al. 2008). Zudem zeigten BPD-Patienten signifikant häufiger Indikatoren für traumatische Angst (ausgewertet nach neu entwickeltem Trauma-Kodierungssystem für das AAP) in den monadischen Szenen, verglichen mit den Kontrollgruppen. Dieser Unterschied ließ sich bei den dyadischen Szenen nicht nachweisen.

2011 untersuchten Buchheim et al. eine Patientengruppe mit BPD, eine andere Patientengruppe mit Angststörung, sowie eine Kontrollgruppe (Buchheim u. George 2011). Die beiden Patientengruppen zeigten signifikant häufiger die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma*, verglichen mit der Kontrollgruppe. Mit einem neu entwickelten

Trauma-Kodierungssystem für das AAP wurden bei Patienten bei den monadischen Szenen signifikant häufiger traumatische Indikatoren detektiert als bei den dyadischen Szenen.

Juen et al. untersuchten in einer Studie verschiedene klinische Gruppen mithilfe des AAP (Juen et al. 2013). Dazu zählten Patienten mit Suchtproblematik, BPD, Posttraumatischer Belastungsstörung (PTSD), Depression und Schizophrenie. Hierbei zeigte sich, dass 96 % der Patienten unsicher gebunden waren. 52 % der Patienten wurden als *unverarbeitetes Trauma* klassifiziert. Dabei wiesen Patienten mit PTSD und Patienten mit BPD, verglichen mit Suchtpatienten und depressiven Patienten, häufiger die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma* auf. Schizophrene wurden, verglichen mit den anderen klinischen Gruppen, seltener als *unverarbeitetes Trauma* klassifiziert. Marker für ein *unverarbeitetes Trauma* fanden sich v.a. in monadischen Bildern.

Die Essstörung Bulimia nervosa, als relevante psychosomatische Erkrankung (siehe Kapitel 1.1), wurde im Hinblick auf die Bindung bisher zu wenig untersucht. Daher ist das Hauptziel dieser Arbeit, die Bindung bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen zu beleuchten. Dabei soll als standardisiertes Erhebungsinstrument das AAP verwendet werden.

1.5 Forschungen zum Familienklima bei Patienten mit Essstörung

Der Einfluss von familiären Strukturen auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen ist seit Jahrzehnten Gegenstand der Forschung (Crowther et al. 2002, Waller et al. 1990, Kog u. Vandereycken 1985). Dabei geht es um die folgenden Fragestellungen:

- Lassen sich charakteristische familiäre Beziehungsmuster bei Familien mit einem essgestörten Kind konsistent nachweisen?
- Unterscheiden sich die Strukturen der Herkunftsfamilien von Patienten mit verschiedenen Essstörungen?
- Inwieweit trägt ein dysfunktionales Familienklima zur Krankheitsentstehung bei?
- Entsteht die Essstörung aufgrund dysfunktionaler Familienstrukturen oder entstehen dysfunktionale Familienstrukturen erst sekundär, als Folge der Erkrankung eines Familienmitglieds?
- Welche familiären Interaktionsmuster tragen zur Aufrechterhaltung der Krankheit bzw. zum Therapieerfolg bei?

Die Forschung in diesem Bereich wird durch mehrere Faktoren erschwert. Erstens sind Essstörungen seltene Erkrankungen, sodass Studien mit großen Stichproben mit großem zeitlichem und finanziellem Aufwand verbunden sind. Zweitens sind die Teilnehmer klinischer Studien bereits erkrankt, sodass sich die Frage nach Ursache und Wirkung nur schwer beantworten lässt. Drittens spiegelt ein Fragebogen, der lediglich von Patienten selbst ausgefüllt wird, nur das zum Zeitpunkt der Erhebung subjektiv empfundene Familienklima wider. Der Ansatz, mehrere Familienmitglieder in Studien einzubinden ist, ebenso wie die Durchführung von Längsschnittstudien, wiederum sehr aufwändig.

Trotz einer großen Zahl an Studien bleibt die Datenlage bis jetzt in vielen Punkten unpräzise und widersprüchlich.

In einer Studie wurde der Zusammenhang zwischen dem Familienklima (erfasst mittels des Fragebogen FES) und dem Risiko, eine Essstörung zu entwickeln (gemessen mithilfe des SCANS, einem Fragebogen, der das Risiko eine Anorexie zu entwickeln abschätzt) untersucht (Felker u. Stivers 1994). Dabei fand sich ein signifikanter Zusammenhang. Insbesondere wenig Offenheit, wenig Zusammenhalt und wenig Organisation, sowie

konfliktreiche Beziehungen korrelierten mit einem erhöhten Essstörungs-Risiko. In einem Review von 1997 ergaben sich Hinweise auf eine vermehrte „familiäre Pathologie“ bei Familien essgestörter Patienten verglichen mit Familien gesunder Kontrollen sowie problematischere Familienstrukturen bulimischer Patienten verglichen mit denen von Patienten mit restriktiven Essstörungen. Eltern empfanden die Familienstruktur jedoch als weniger gestört als die Patienten selbst. In dem genannten Review wird zudem auf die Schwierigkeit hingewiesen, Rückschlüsse auf die Familienstruktur vor Erkrankungsbeginn zu ziehen (Schmidt et al. 1997). Ein möglicher ätiologischer Zusammenhang zwischen familiärer Dysfunktion und Essstörungen wurde diskutiert (Polivy u. Herman 2002). Es wurde angemerkt, dass eine Betrachtung einzelner möglicher ätiologischer Faktoren aufgrund ihres Zusammenwirkens schwierig ist und dass in Konsens mit dem biopsychosozialen Modell dieses Zusammenwirken mehrerer Faktoren für die Entstehung einer Essstörung essentiell ist. Reich fasste 2005 zusammen, dass die erhebliche Beeinflussung von Essstörungen in ihrer Entstehung und in ihrem Verlauf durch familiäre Faktoren anhand vieler empirischer Untersuchungen belegt wurde und dass sich Familien bulimischer Patienten von Familien anorektischer Patienten durch mehr Konflikte, höhere Impulsivität und Expressivität sowie geringere Verbundenheit unterscheiden (Reich 2005). Die „Academy for Eating Disorders“ (AED) berichtete 2010, dass die Mitglieder aufgrund des derzeitigen Wissensstands die Idee von familiären Faktoren als primären ätiologischen Faktor ablehnen (Grange u. Lock 2010). In einer Zwillingstudie wurde der Frage nachgegangen, ob eine konfliktbehaftete Eltern-Kind-Beziehung ein Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen ist (Spanos et al. 2010). Hierbei zeigte sich, dass gestörtes Essverhalten eher Konflikte in der Eltern-Kind-Beziehung vorhersagen kann, als umgekehrt. Demnach seien Konflikte eher als eine Folge der Essstörung anzusehen.

Eine Studie von 2013 untermauerte ein Modell, welches davon ausgeht, dass ein Zusammenhang zwischen der Familieninteraktion und der Essstörung nur mittelbar über geringe Sozialkompetenz und psychischen Stress besteht (Arroyo u. Segrin 2013).

In einer Übersichtsarbeit von 2014 legten Holtom-Viesel und Allan den Forschungsstand folgendermaßen dar: Verglichen mit gesunden Kontrollprobanden erleben Essstörungspatienten ihre Familienstrukturen vermehrt als dysfunktional, jedoch ließ sich bislang kein charakteristisches Muster der familiären Dysfunktion herausarbeiten. Weder

Studien, in denen Familien mit Essstörungspatienten mit Kontrollfamilien verglichen wurden, noch Studien, die Familien mit verschiedenen Essstörungs-Subtypen untereinander verglichen, kamen zu konsistenten Ergebnissen bezogen auf spezifische Elemente der Familienstruktur (z.B. Zusammenhalt oder Konflikt). Allerdings lässt die Studienlage den Schluss zu, dass Patienten, im Vergleich zu ihren Elternteilen oder Geschwistern, ihre Familien zu einem höheren Grad als dysfunktional erleben. Außerdem beeinflusst ein positiv wahrgenommenes Familienklima unabhängig von der Schwere der Essstörungssymptomatik den Therapieerfolg (Holtom-Viesel u. Allan 2014).

Es bleibt anzumerken, dass bislang nur in wenigen Studien Patienten mit Bulimia nervosa untersucht wurden, wohingegen einige Untersuchungen die Essstörungen nicht näher definiert haben oder nur anorektische Patienten eingeschlossen wurden. Daher sind die Erkenntnisse für Patienten mit Bulimia nervosa bisher begrenzt. Ein Konsens besteht in der Forderung nach mehr Forschung in diesem Bereich. Aus diesem Grund soll in dieser Studie auch das Familienklima bulimischer Patientinnen mit dem gesunder Kontrollprobandinnen verglichen werden.

1.6 Hypothesen

- 1 Patientinnen mit Bulimia nervosa weisen im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen häufiger Bindungsstörungen auf.
 - 1.1 Patientinnen werden unter Verwendung des AAP häufiger als *unsicher* gebunden klassifiziert.
 - 1.2 Bei Patientinnen wird unter Verwendung des AAP häufiger eine desorganisierte Bindungsrepräsentation (*unverarbeitetes Trauma*) erfasst.
 - 1.3 Patientinnen und Kontrollprobandinnen zeigen unterschiedliche Abwehrmechanismen im AAP. Kontrollprobandinnen zeigen mehr Marker der sicheren Bindung.

Erwartung: Monadische Bilder des AAP differenzieren besser zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen als dyadische Bilder.
 - 1.4 Im Fragebogen ECR-RS zeigen sich bei den Patientinnen höhere Scores in den Dimensionen Angst und Vermeidung.
- 2 Patientinnen unterscheiden sich im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen im berichteten Familienklima.

Es wird erwartet, dass die Patientinnen von mehr Konflikten und weniger Zusammenhalt in ihren Familien berichten.
- 3 Personen mit Bindungsstörung (gemessen mit dem AAP) weisen eine erhöhte Psychopathologie im Fragebogen SCL-90-R (Symptom-Checkliste-90-revised) auf.
- 4 Patientinnen mit Bindungsstörung (gemessen mit dem AAP) zeigen auch eine erhöhte essstörungsspezifische Psychopathologie in den Fragebögen EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) und EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2).

1.7 Anmerkungen

Die vorliegende Studie ist ein Gemeinschaftsprojekt, das in Kooperation mit Xiaorong Zhou durchgeführt und bearbeitet wurde. Diese Doktorarbeit befasst sich hauptsächlich mit der Untersuchung der Bindung bei Patientinnen und Kontrollprobandinnen. Darüber hinaus werden die allgemeine Psychopathologie, die essstörungsspezifische Psychopathologie sowie das Familienklima beleuchtet und die Zusammenhänge zwischen der Bindung und den Ergebnissen der verschiedenen Fragebögen untersucht. Dagegen befasst sich die Doktorarbeit von Xiaorong Zhou hauptsächlich mit der Beziehung zur Mutter bei Patientinnen und Kontrollprobandinnen. Außerdem werden die Zusammenhänge zwischen den Ergebnissen des CCRT-LU (Core Conflictual Relationship Theme) (Albani et al. 2008) und den Ergebnissen der verschiedenen Fragebögen untersucht.

Diese Promotion wurde unter der Leitung von Prof. Jörn von Wietersheim durchgeführt. An der Entwicklung des Studiendesigns haben sich weiterhin Xiaorong Zhou und PD Dr. Dan Pokorny beteiligt. Die Rekrutierung der Patientinnen und Kontrollprobandinnen sowie die Erhebung der Daten (Fragebögen und Interviews) waren Bestandteil dieser Promotion. Die statistisch-methodische Betreuung erfolgte durch PD Dr. Dan Pokorny. Die Auswertung des AAP führte Dr. Alessandra Vicari als zertifizierte, verblindete Auswerterin durch.

Teile der Ergebnisse der vorliegenden Studie wurden publiziert (von Wietersheim et al. 2014).

Wenn im Folgenden unspezifisch von Teilnehmerinnen der vorliegenden Studie die Rede ist, werden diese als Probandinnen bezeichnet. Ansonsten werden spezifisch die Begriffe Patientinnen oder Kontrollprobandinnen verwendet.

2 Material und Methoden

2.1 Stichprobenauswahl

Die Daten für die vorliegende Studie wurden im Zeitraum von Oktober 2011 bis Mai 2013 erhoben.

Die Patientinnen-Stichprobe (n = 30) wurde aus verschiedenen Krankenhäusern und tagesklinischen Einrichtungen rekrutiert:

- Universitätsklinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie Ulm (n = 5)
- Sonnenberg Klinik Stuttgart (n = 8)
- Klinikum Stuttgart, Bürgerhospital (n = 2)
- Therapienetz Essstörung München (n = 4)
- Klinik am Corso Bad Oeynhausen (n = 11)

Die genannten Krankenhäuser und tagesklinische Einrichtungen werden im Folgenden als „teilnehmende Kliniken“ bezeichnet.

Einschlusskriterien für die Patientinnengruppe der Studie waren:

- weibliches Geschlecht
- Alter zwischen 18 und 31 Jahren
- Zusammenleben mit der Mutter bis mindestens zum zwölften Lebensjahr
- Diagnose Bulimia nervosa nach ICD-10
- BMI (Body Mass Index) größer als 17,5 kg/m²

Ein Ausschlusskriterium für die Patientinnen war eine vorangegangene Psychotherapie von mehr als fünf Jahren.

Die Kontrollprobandinnen (n = 30) wurden über Aushänge an der Universität Ulm, im Rahmen von Erste-Hilfe-Kursen und während Freizeitaktivitäten rekrutiert. Für die Kontrollprobandinnen galten, abgesehen von der Essstörung, die gleichen

Einschlusskriterien, wie für die Patientinnen. Dabei wurde auf eine weitgehend ähnliche Verteilung des Alters und des Bildungsgrades geachtet.

2.2 Stichprobe

2.2.1 Altersverteilung der Patientinnen und Kontrollprobandinnen

Tabelle 1: Altersverteilung der Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

Ktrl	Kontrollprobandinnen	p	Signifikanzwert (exakter U-Test nach Mann Whitney)
Pat	Patientinnen mit Bulimia nervosa		
m	Mittelwert		Signifikanzniveau $p \leq 0,05$
s	Standardabweichung	n.s.	nicht signifikant

Stichprobe	Ktrl (n = 30)		(Pat n = 30)		p
	m	s	m	s	
Alter	23,2	3,8	23,5	3,8	n.s.

Tabelle 1 zeigt, dass die Gruppen hinsichtlich der Altersverteilung gut vergleichbar sind.

2.2.2 Bildungsgrad der Patientinnen und Kontrollprobandinnen

Tabelle 2: Bildungsgrad der Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

Ktrl Kontrollprobandinnen % relativer Anteil in Prozent
 Pat Patientinnen mit Bulimia nervosa

Stichprobe	Ktrl (n = 30)		(Pat n = 30)	
	absolut	%	absolut	%
Noch in der Schule	2	7 %	3	10 %
Haupt-/Volksschulabschluss	0	0 %	2	7 %
Realschulabschluss	2	7 %	3	10 %
Abitur	19	63 %	20	67 %
Hochschulabschluss	7	23 %	2	7 %

Der exakte Test nach Fisher zeigt keinen signifikanten Unterschied zwischen den beiden Gruppen ($p = 0,274$). Damit sind die beiden Gruppen bezüglich des Bildungsgrades vergleichbar.

2.2.3 Weitere soziodemographische und klinische Daten

Mithilfe der Angaben der Probandinnen in den Fragebögen konnten weitere Informationen bezüglich deren Muttersprache, Familienkonstellation, Wohnsituation, berufliche Situation und BMI gewonnen werden. Diese werden im Folgenden näher beschrieben.

Muttersprache: Deutsch war die Muttersprache von 54 der insgesamt 60 befragten Probandinnen. Zwei Probandinnen waren zweisprachig aufgewachsen (Deutsch und Tschechisch bzw. Deutsch und Englisch). Drei Probandinnen gaben Russisch und eine Probandin Serbo-Kroatisch als Muttersprache an. Die Kommunikation auf Deutsch war mit allen Probandinnen uneingeschränkt möglich.

Familiensituation und Partnerschaft: 59 von 60 Probandinnen waren unverheiratet. Eine Patientin war zum Zeitpunkt der Datenerhebung verheiratet. In der Patientinnengruppe

gaben 16 von 30 Patientinnen an, in einer Partnerschaft zu leben, während neun Patientinnen seit längerem und zwei Patientinnen erst kurzzeitig alleinstehend waren. Zwei Patientinnen gaben an, wechselnde Partner zu haben. In der Kontrollgruppe gaben 20 von 30 Probandinnen an, in einer Partnerschaft zu leben. Dagegen waren zwei Kontrollprobandinnen länger alleinstehend und acht Kontrollprobandinnen erst seit kurzem. 59 von 60 Probandinnen waren kinderlos. Eine Patientin hatte zum Zeitpunkt der Datenerhebung bereits ein Kind.

Wohnsituation: Sechs Patientinnen und neun Kontrollprobandinnen lebten zum Zeitpunkt der Datenerhebung noch bei ihren Eltern. Die restlichen Teilnehmerinnen lebten entweder in einer eigenen Wohnung (14 Patientinnen und acht Kontrollprobandinnen) oder in einer Wohngemeinschaft (sechs Patientinnen und zwölf Kontrollprobandinnen). Vier Patientinnen und eine Kontrollprobandin gaben an, sich in einer nicht aufgeführten Wohnsituation zu befinden.

Berufliche Situation: In beiden Gruppen waren je sieben Teilnehmerinnen berufstätig. Ungefähr die Hälfte der Teilnehmerinnen (13 Patientinnen und 17 Kontrollprobandinnen) befanden sich in Ausbildung (Berufsausbildung oder Studium). Des Weiteren waren vier Patientinnen, jedoch keine Kontrollprobandin zum Zeitpunkt der Erhebung arbeitslos. Je sechs Probandinnen der beiden Gruppen gaben an, sich in einer nicht aufgeführten beruflichen Situation zu befinden.

Der durchschnittliche BMI in der Patientinnengruppe lag bei $20,93 \pm 2,25 \text{ kg/m}^2$. Der Erkrankungsbeginn der Patientinnen lag bei einem durchschnittlichen Alter von $17,10 \pm 3,50$ Jahren. Die durchschnittliche Erkrankungsdauer betrug zum Zeitpunkt der Erhebung $5,45 \pm 3,76$ Jahre. 67 % der Patientinnen gaben an, vor dem Ausbruch der Erkrankung Bulimia nervosa Diäten durchgeführt zu haben oder die Diagnosekriterien einer Anorexia nervosa erfüllt zu haben.

2.2.4 Psychotherapeutische, psychiatrische oder psychosomatische Behandlungen

28 der 30 Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Erhebung in stationärer oder tagesklinischer Behandlung (vier dieser Patientinnen waren zum Zeitpunkt der Erhebung in das Therapienetz Essstörung (TNESS) eingebunden). Darunter waren acht Patientinnen, die

bereits im Vorfeld der Studie wiederholt stationäre oder tagesklinische Aufenthalte verbracht hatten. Zwei der 30 Patientinnen nahmen zum Zeitpunkt der Erhebung eine ambulante Therapie in Anspruch.

Die durchschnittliche Länge der laufenden und vorangegangenen ambulanten psychotherapeutischen Behandlung der Patientinnengruppe betrug circa zwölf Monate. Die durchschnittliche Dauer der laufenden und vorangegangenen stationären und tagesklinischen Therapien betrug circa zwölf Wochen. Nur eine Patientin gab an, bisher keine stationäre oder tagesklinische Behandlung in Anspruch genommen zu haben.

Eine Kontrollprobandin hatte im Vorfeld der Studie eine ambulante Psychotherapie in Anspruch genommen, jedoch nicht aufgrund einer Essstörung.

2.3 Vorgehensweise

Die Ethikkommission der Universität Ulm hat dem Studienplan zugestimmt. Nach Zustimmung der Ethikkommission wurde Kontakt zu umliegenden Krankenhäusern, sowie zu Krankenhäusern, mit welchen bereits im Vorfeld dieser Studie eine Kooperation bestand, aufgenommen. Der Kontakt kam jeweils über Ansprechpartner, meist Therapeuten der jeweiligen Klinik, zustande. Denjenigen Patientinnen, die aufgrund der oben aufgeführten Einschlusskriterien für die vorliegende Studie in Frage kamen, wurde von betreuenden Therapeuten eine Teilnahme an der Studie vorgeschlagen. Bei bestehendem Interesse der geeigneten Patientinnen wurden diese über die Teilnahme an der Studie umfassend aufgeklärt und gaben ihr schriftliches Einverständnis. Die Patientinnen wurden in der jeweiligen klinischen Einrichtung interviewt und füllten im Anschluss die Fragebögen aus. Die Kontrollprobandinnen wurden, wie in Kapitel 2.1. beschrieben, rekrutiert. Diese wurden ebenso wie die Patientinnen über die Teilnahme an der Studie umfassend aufgeklärt. Auch die Kontrollprobandinnen gaben ihr schriftliches Einverständnis. Sie wurden im privaten Umfeld interviewt und füllten die Fragebögen in den darauffolgenden Tagen aus. Nach Abschluss der Datenerhebung erhielten sowohl Patientinnen, als auch Kontrollprobandinnen jeweils 20 € als Aufwandsentschädigung.

Für die Auswertung des AAP stand Dr. Alessandra Vicari als zertifizierte Auswerterin zur Verfügung. Sie war bei der Auswertung blind bzgl. der Gruppenzugehörigkeit der AAP-Narrative.

2.4 Dropout

Eine Patientin gab ihren Fragebogen trotz mehrfacher Nachfrage nicht zurück. Daraufhin wurden die Daten dieser Patientin nicht verwendet. Die Gründe für den Dropout sind unbekannt. Um die geplante Stichprobengröße zu erreichen, wurde eine weitere Patientin in die Studie eingeschlossen.

2.5 Erhebungsinstrumente

2.5.1 Adult Attachment Projective (AAP)

2.5.1.1 Entwicklung und allgemeine Beschreibung der Methode

Das Adult Attachment Projective (AAP) ist ein projektives Verfahren, welches von George et al. zur Erfassung der Bindungsrepräsentation bei Erwachsenen entwickelt wurde (George et al. 1999). Dabei werden die verbalen Antworten einer Versuchsperson (Narrative) als Reaktion auf standardisierte Stimuli, in diesem Fall gezeichnete Bilder, verschriftlicht und anschließend analysiert. Als theoretische Grundlage für die Entwicklung dienten neben dem Adult Attachment Interview (George et al. 1985) auch andere Methoden der Bindungsforschung, wie z.B. der projektive Separation Anxiety Test (Klagsbrun u. Bowlby 1976).

Die folgende Beschreibung orientiert sich an der Veröffentlichung von George und West (George u. West 2001). Die ausführlichste Beschreibung der Methode findet sich in der Monographie von 2012 (George u. West 2012). Das erste Bild stellt eine neutrale Szene dar: zwei Kinder spielen mit einem Ball. Es dient zur Einstimmung der Versuchsperson auf den Test und wird nicht ausgewertet. Die sieben folgenden Bilder stellen bindungsrelevante Situationen dar. Sie behandeln Themen wie Einsamkeit, Kummer, Trennung, Verlust, Bedrohung oder Krankheit. Im Set sind sowohl dyadische (zwei oder mehrere Personen sind zu sehen), als auch monadische (nur eine Person ist auf dem Bild zu sehen) Szenen dargestellt. Die darin gezeigten Personen decken vom Kleinkind bis zum älteren Erwachsenen verschiedene Lebensalterstufen ab.

Die sieben bindungsrelevanten Zeichnungen:

1. Bild (Abbildung 1): „Fenster“ (Monadisch): Ein Mädchen blickt aus einem Fenster.

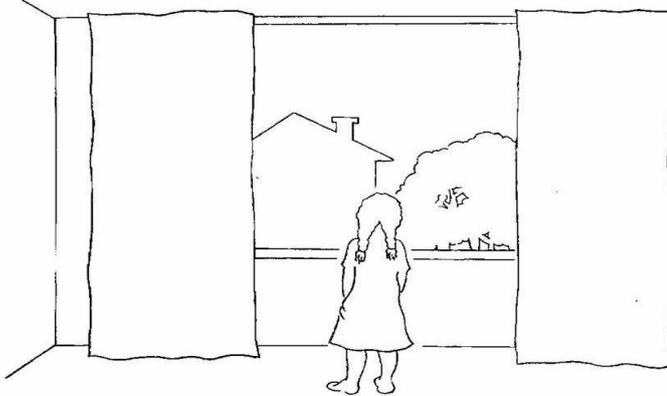


Abbildung 1: Adult Attachment Projective, Bild „Fenster“ (George u. West 2012)

2. Bild: „Abschied“ (Dyadisch): Ein Mann und eine Frau stehen sich gegenüber. Mehrere Gepäckstücke sind neben ihnen zu sehen.
3. Bild: „Bank“ (Monadisch): Ein Kind oder Jugendlicher sitzt zusammengekauert und alleine auf einer Bank.
4. Bild (Abbildung 2): „Bett“ (Dyadisch): Ein Kind und eine erwachsene Person sitzen sich an den beiden Enden eines Kinderbettes gegenüber.

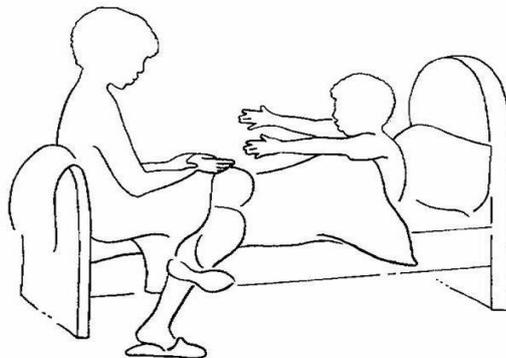


Abbildung 2: Adult Attachment Projective, Bild „Bett“ (George u. West 2012)

5. Bild: „Krankenwagen“ (Dyadisch): Eine ältere Frau und ein Kind beobachten, wie eine Person in einen oder aus einem Krankenwagen geladen wird.
6. Bild: „Friedhof“ (Monadisch): Ein Mann steht an einem Grab.
7. Bild: „Ecke“ (Monadisch): Ein Kind steht in einer Ecke und hat die Arme in einer abwehrenden Geste erhoben.

Die Zeichnungen zeigen nur das Nötigste, potentiell verzerrende oder ablenkende Einzelheiten wurden weggelassen. Außerdem lassen die einzelnen Bilder meist keinen Rückschluss auf Geschlecht oder ethnische Gruppenzugehörigkeit der gezeigten Personen zu.

Der Testleiter zeigt in der oben genannten Reihenfolge die Bilder und bittet die Versuchsperson zu jedem Bild eine Geschichte zu erzählen. Hierbei wird die Versuchsperson aufgefordert zu schildern, was auf dem Bild zu sehen ist, was die Personen auf dem Bild denken oder fühlen könnten, wie es zu der dargestellten Szene gekommen sein könnte und wie die Situation weitergehen könnte. Falls ein genannter Aspekt fehlt, fragt der Testleiter gezielt nach. Die Narrative der Versuchsperson werden mit einem Aufnahmegerät aufgezeichnet und anschließend wortgetreu transkribiert.

Im Anhang (Kapitel 7) finden sich beispielhaft zwei AAP-Narrative zum Bild „Fenster“.

2.5.1.2 Auswertungsrichtlinien und Bindungsklassifikation

Anhand der Auswertung der transkribierten Interviews kann eine Bindungsrepräsentation klassifiziert werden: *sicher* (F), *unsicher-distanziert* (Ds), *unsicher-verstrickt* (E) oder *unverarbeitetes Trauma* (U) (siehe Kapitel 1.2).

Die folgende Beschreibung orientiert sich an George und West (George u. West 2001) bzw. an Buchheim (Buchheim et al. 2012).

Bei der Auswertung der transkribierten Narrative wird zu jedem Bild als Erstes ein Handlungsstrang extrahiert.

In Tabelle 3 ist ein Auswertungsbogen des AAP dargestellt. Es werden drei Klassifikationsdimensionen kodiert: Diskurs, Inhalt und Abwehr.

Diskurs: Es wird beurteilt, inwieweit der Proband autobiografische Erfahrungen (*Persönliche Erfahrung*) in der Geschichte in „Ich-Form“ einbringt und damit die Grenzen zwischen spontan erfundener Geschichte und eigener Erfahrung verwischen (Buchheim et al. 2012). Die Versuchsperson wird vom Testleiter nie gebeten, die dargestellten Szenen mit eigenen Erfahrungen zu verknüpfen.

Inhalt: Inhaltsmarker zur *Selbstwirksamkeit* werden nur bei monadischen Bildern kodiert. *Selbstwirksamkeit* beurteilt, inwieweit die fiktive Person in einer Geschichte in der Lage ist, interne oder externe Ressourcen zu nutzen, um mit der jeweiligen Situation umzugehen. Ist die Person handlungsfähig? Kann die Person selbst eine konstruktive Lösung finden, um die Situation zu verbessern?

Der Inhalt der Geschichten zu den Bildern „Fenster“ und „Bank“ wird auch bezüglich des Markers *Verbundenheit* untersucht: Hat die Person in der Geschichte den Wunsch bzw. die Fähigkeit, eine Verbindung zu anderen Personen einzugehen (z.B. Fürsorge oder Zuneigung)?

Der Marker *Synchronizität* erfasst die Qualität der Beziehung der Personen in den Geschichten zu den dyadischen Bildern.

Die Punkteverteilung für die Inhaltsmarker kann in Tabelle 4 nachvollzogen werden.

Da viele Inhaltsmarker in den Narrativen einer Versuchsperson zu einer Klassifizierung als *sicher* gebunden führt, werden die Inhaltsmarker in dieser Arbeit auch als Marker der sicheren Bindung (MSB) bezeichnet.

Abwehr: Entsprechend der Bindungstheorie nach Bowlby werden drei Formen der Abwehr unterschieden: *Deaktivierung* („deactivation“), *kognitive Entkoppelung* („cognitive disconnection“) und *abgetrennte Systeme* („segregated systems“) (Bowlby 1980).

Als *Deaktivierung* werden Marker benannt, mit denen der Proband die Bedeutung oder den Einfluss von Bindung in den Geschichten minimiert, ausblendet oder entwertet. Stattdessen rücken in den Geschichten Themen wie Leistung, Autorität oder Materialismus in den Vordergrund. Damit wird eine Distanz zum bindungsaktivierenden Ereignis

geschaffen. *Deaktivierung* ist kennzeichnend für eine *unsicher-distanzierte* Bindungsrepräsentation.

Kognitive Entkoppelung wird kodiert, wenn bindungsrelevante Themen widersprüchlich oder ambivalent dargestellt werden. Die Person in der Geschichte ist hin- und hergerissen bzw. die Versuchsperson ist unfähig, einen klaren Handlungsablauf darzustellen. Die Gestaltung der Geschichte ist unfertig oder konfus. Auch die Expression von Ärger und Wut gehören zum Abwehrprozess der *Kognitiven Entkoppelung*. Er ist kennzeichnend für eine *unsicher-verstrickte* Bindungsrepräsentation.

Ein *abgetrenntes System* ist ein Marker, der auf die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma* und damit auf einen desorganisierten Bindungsstatus hinweist. Zunächst werden Elemente markiert, die Themen der Bedrohung, Schutzlosigkeit, Hoffnungslosigkeit, Isolation, und Leere enthalten. Danach wird beurteilt, ob die Elemente in Form von Handlungsfähigkeit, Schutz durch eine andere Person oder eine sichere internalisierte Basis in die Geschichte integriert werden können. Als *abgetrenntes System* werden solche Elemente kodiert, die nicht sinnvoll integriert werden können. Auch das Zurückweisen der Aufforderung, eine Geschichte zu erzählen, wird als *abgetrenntes System* kodiert. Es werden schmerzhaft, bindungsrelevante Erinnerungen abgeblockt und so dem bewussten Zugang unzugänglich gemacht.

Ein sicherer Bindungstyp (F) wird klassifiziert durch eine hohe *Selbstwirksamkeit*, hohe *Verbundenheit* und hohe *Synchronizität*. Dagegen zeichnet sich ein *unsicher-distanzierter* Bindungstyp (Ds) durch *Deaktivierungs*-Marker in drei oder mehr Geschichten aus, während ein *unsicher-verstrickter* Bindungstyp (E) durch Marker der *kognitiven Entkoppelung* definiert ist. Sobald Marker der *abgetrennten Systeme* vorhanden sind und diese nicht aufgelöst wurden, erfolgt eine Klassifikation als *unverarbeitetes Trauma* (U) (= desorganisiert).

Tabelle 3: Auswertungsbogen des Adult Attachment Projective

PE	Personal Experience (persönliche Erfahrung)	DEAK	Deaktivierung
MSB	Marker der sicheren Bindung	KOG. E.	Kognitive Entkoppelung
SWK	Selbstwirksamkeit	SEG.S.	Abgetrenntes System
VBH	Verbundenheit		
SYN	Synchronizität		

Monadische Bilder	Diskurs	Inhaltsmarker = MSB		Abwehrmarker		
	PE	SWK	VBH	DEAK	KOG. E.	SEG. S.
Fenster						
Bank						
Friedhof			X			
Ecke			X			
Dyadische Bilder	Diskurs	Inhaltsmarker = MSB		Abwehrmarker		
	PE	SYN		DEAK	KOG. E.	SEG. S.
Abschied						
Bett						
Krankenwagen						

Tabelle 4: Punktevergabe bei Inhaltsmarkern des Adult Attachment Projective

Selbstwirksamkeit	Verbundenheit	Synchronizität
2 internalisierte sichere Basis	2 bezogen	2 Beziehung synchron, reziprok
1 Handlungsfähigkeit	1 nicht bezogen	1 keine Reziprozität, funktionelle Beziehung
0 nicht vorhanden	0 eigene Aktivität	0 keine Beziehung

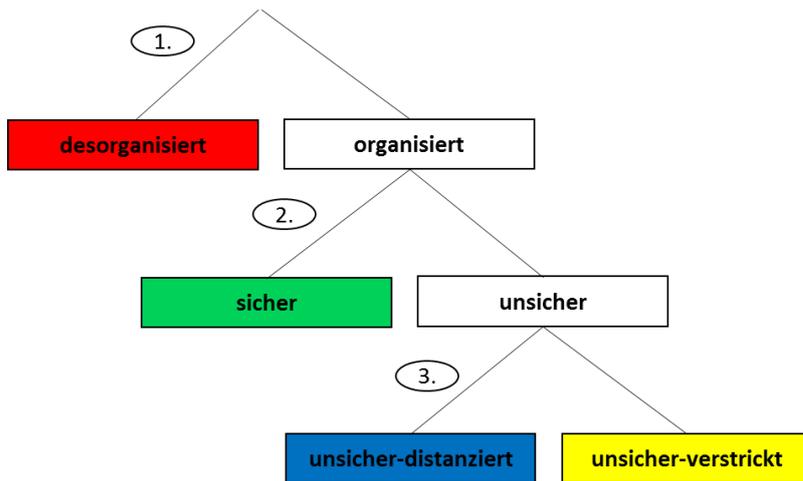


Abbildung 3: Entscheidungsbaum der Adult Attachment Projective Klassifikation

Die Klassifikation erfolgt anhand eines Entscheidungsbaumes (siehe Abbildung 3). Zuerst wird beurteilt, ob *abgetrennte Systeme* vorliegen. In diesem Fall wäre ein U (*unverarbeitetes Trauma* bzw. desorganisierter Bindungsstatus) zu vergeben. Wenn dies nicht der Fall ist, wird unter Begutachtung der Inhaltsmarker eine Entscheidung zwischen den Kategorien *sicher* (F) und *unsicher* gefällt. Kann die Kategorie *sicher* (F) nicht vergeben werden, wird anhand des Abwehrmarkers *Deaktivierung* zwischen *unsicher-distanziert* (Ds) und *unsicher-verstrickt* (E) entschieden: Findet sich der Abwehrmarker *Deaktivierung* in drei oder mehr Geschichten, wird die Kategorie *unsicher-distanziert* vergeben. Ansonsten wird als *unsicher-verstrickt* klassifiziert.

Abgesehen von der Klassifizierung der Versuchsperson in eine der vier Bindungskategorien (F, Ds, E, U) ist es möglich, nach der Analyse der Narrative und der damit verbundenen Scores verschiedene Skalen zu bilden. In dieser Studie wurden die folgenden Skalen explorativ untersucht:

- Skala für die MSB: In dieser werden die Punkte für die Inhaltsmarker *Selbstwirksamkeit*, *Verbundenheit* und *Synchronizität* aufsummiert (siehe Tabelle 4). Es ergibt sich eine Skala von 0 bis 18.²

² Aus historischen Gründen werden beim Marker *Verbundenheit* ein, zwei oder drei Punkte vergeben. In dieser Untersuchung wurde aus datenanalytischen Gründen die Punktevergabe modifiziert: Es wurden null, ein oder zwei Punkte vergeben. Siehe Tabelle 4.

- Skala für den Abwehrmarker *Deaktivierung* (DEAK): Zwei Punkte werden für einen tatsächlichen Marker für *Deaktivierung* vergeben. Ein Punkt wird für distanzierende Sprache vergeben (z.B. „die Jugend“ statt „der Junge“). Es resultiert bei sieben Bildern eine Skala von 0 bis 14.
- Skala für die Abwehrmarker *Kognitive Entkoppelung* (KOG. E.): Zwei Punkte werden für einen tatsächlichen Marker für *Kognitive Entkoppelung* vergeben. Ein Punkt wird z.B. für die Verwendung von Füllwörtern („sozusagen“, „was auch immer“) vergeben. Auch hier resultiert bei sieben Bildern eine Skala von 0 bis 14.
- Skala für die Abwehrmarker *Abgetrennte Systeme* (SEG. S.): Diese sind in einem Bild vorhanden oder nicht. Es ergibt sich bei sieben Bildern eine Skala von 0 bis 7.

Im Anhang (Kapitel 7) finden sich beispielhaft zwei Auswertungstabellen des AAP zum Bild „Fenster“.

Die Gütekriterien des AAP wurden untersucht (George u. West 2011). Die Interrater-Reliabilität für die Unterscheidung der zwei Hauptgruppen (sicher versus unsicher) betrug 93 % ($\kappa = 0,73$ (Cohens Kappa), $p < 0,001$). Die Interrater-Reliabilität für die Unterscheidung der vier Bindungsrepräsentationen betrug 86 % ($\kappa = 0,79$, $p < 0,001$). Die Test-Retest-Reliabilität wurde bei einer Gruppe von 69 Teilnehmern nach 3 Monaten untersucht: 58 Teilnehmer (84 %) wurden in die gleiche Gruppe klassifiziert ($\kappa = 0,78$, $p < 0,001$). Aufgrund dieser Werte kann man die Reliabilität des AAP als gut bezeichnen. Eine Untersuchung zur Konstruktvalidität (George u. West 2001) wies eine hohe Übereinstimmung zwischen den AAP- und den AAI-Kategorien nach. Die Konvergenz beim Vergleich der vier Bindungsgruppen war 85 % ($\kappa = 0,84$, $p < 0,001$), beim Vergleich der zwei Hauptgruppen (sicher versus unsicher) fand sich eine Übereinstimmung von 92 % ($\kappa = 0,75$, $p < 0,001$). Damit ist auch die Validität des Tests als gut zu bezeichnen.

2.5.2 The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS)

Der Fragebogen ECR-RS (überarbeitete, kurze Version des ECR-R) wurde von Fraley et al. (Fraley et al. 2011) als Kurzversion des Fragebogens ECR-R (Fraley et al. 2000) entwickelt, um die Untersuchung der Bindung in verschiedenen Beziehungen (Mutter, Vater, romantischer Partner, bester Freund) einfacher und weniger zeitintensiv zu gestalten. Dafür wählten sie neun Items aus der ursprünglichen Version aus, welche die Skalen Vermeidung (Avoidance) und Angst (Anxiety) besonders gut messen. Die Skala Vermeidung zeigt das Unbehagen bei Nähe und Abhängigkeit von anderen an. Die Skala Angst beurteilt das Ausmaß der Sorge, dass die eine Person nicht verfügbar ist, wenn sie benötigt wird. Die Items eins bis drei, fünf und sechs messen den Grad der Vermeidung, während die Items sieben bis neun den Grad der Angst ausdrücken. Item vier misst die beiden Skalen Vermeidung und Angst. Die Items des ECR-RS zeichnen sich durch eine neutrale Formulierung in Bezug auf die verschiedenen Beziehungen aus. Dabei ist jedes der neun Items von 1 (= stimme überhaupt nicht zu) bis 7 (= stimme völlig zu) skaliert. Bei der in dieser Arbeit verwendeten Version wird die Beziehung zur Mutter und zum Vater untersucht. Die Skalen der englischen Version des ECR-RS erreichen gute Reliabilitätswerte (Cronbachs α : 0,84 - 0,92) (Fraley et al. 2011).

Im Vorfeld der folgenden Untersuchung wurde der ECR-RS ins Deutsche übersetzt und zur Überprüfung rückübersetzt. Die deutschsprachigen Items wurden mit der offiziellen deutschen Version des ECR-R (ECR-RD, überarbeitete, deutsche Version) verglichen. Nach bisherigen Untersuchungen ist der ECR-R und der ECR-RS hinsichtlich der Reliabilität vergleichbar (Fraley et al. 2011).

2.5.3 Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2)

Der Fragebogen EDI-2 (Eating Disorder Inventory-2) dient der mehrdimensionalen Beschreibung essstörungsspezifischer Psychopathologien und wird seit vielen Jahren als Standardinstrument im Rahmen der Diagnostik, Therapieplanung, sowie in klinischen Studien verwendet (Garner 1991). Er geht aus dem Fragebogen EDI hervor, welcher von Garner et al. entwickelt wurde (Garner et al. 1983). Für die vorliegende Studie wurde die

deutsche Version verwendet (Paul u. Thiel 2005). Die 91 Items können elf Skalen zugeordnet werden, welche die folgenden Dimensionen messen: Schlankheitsstreben, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, Misstrauen, interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation und soziale Unsicherheit. Bei jeder Frage hat der Proband sechs ordinal-skalierte Antwortmöglichkeiten von „immer“ (6) über „gewöhnlich“ (5), „oft“ (4), „manchmal“ (3), „selten“ (2) bis hin zu „nie“ (1). In dieser Studie wurde nach den Richtlinien des deutschen Manuals ausgewertet. Die Skalenwerte errechnen sich durch Aufsummieren der Itemscores der jeweiligen Skala (Paul u. Thiel 2005).

Bei Thiel und Paul zeigten alle 11 Skalen hohe Test-Retest-Reliabilität (Thiel u. Paul 2006). Auch die Validität wurde überprüft und für gut befunden (Paul u. Thiel 2005).

2.5.4 Eating Disorder Examination Questionnaire (EDE-Q)

Der EDE-Q (Eating Disorder Examination Questionnaire) ist die Fragebogenversion des strukturierten Essstörungsinterviews EDE (Fairburn u. Beglin 1994). In unserer Studie wurde die deutsche Version des EDE-Q verwendet (Hilbert u. Tuschen-Caffier 2006). Mit dem EDE-Q wurde nur die Patientinnengruppe, jedoch nicht die Kontrollgruppe untersucht. Der Fragebogen dient der Erfassung von essstörungsspezifischen Psychopathologien und enthält 28 Fragen, die sich jeweils auf die vergangenen 28 Tage beziehen. 22 Fragen dienen der Untersuchung bestimmter Verhaltensweisen und Einstellungen in Bezug auf die vier Subskalen gezügeltes Essen, essensbezogene Sorgen, Gewichtssorgen und Sorgen bezüglich der Figur. Bei jeder Frage soll der Proband die Häufigkeit bzw. die Intensität anhand einer siebenstufigen Skala einschätzen. Bei der Häufigkeit stehen die Antwortmöglichkeiten „kein Tag“, „1-5 Tage“, „6-12 Tage“, „13-15 Tage“, „16-22 Tage“, „23-27 Tage“ und „jeden Tag“ zur Auswahl. Zur Messung der Intensität wählt der Proband zwischen den Ausprägungen „überhaupt nicht“, „leicht“, „mäßig“ und „deutlich“, mit jeweils nicht benannten Zwischenstufen aus.

Sechs weitere Fragen dienen der Erfassung diagnostisch relevanter Kernverhaltensweisen, wie z.B. Essanfällen, Laxantienabusus und selbstinduziertem Erbrechen. Hierbei wird die jeweilige Häufigkeit der Verhaltensweise vom Probanden selbst angegeben. Zur

Berechnung der Subskalenmittelwerte werden die Werte der Items einer Skala addiert und durch die jeweilige Anzahl der Items dividiert. Wird die Summe der Subskalenmittelwerte durch die Anzahl der Subskalen dividiert, kann ein EDE-Q-Gesamtwert errechnet werden. Bei Hilbert et al. zeigten sich hohe Konsistenzen von EDE-Q-Subskalen und dem Gesamtwert (Subskalen: $0,85 \leq \text{Cronbach } \alpha \leq 0,93$, Gesamtwert: $\text{Cronbach } \alpha = 0,97$) (Hilbert et al. 2007). Über einen Zeitraum von drei Monaten lag die Test-Retest-Reliabilität (rtt) der Subskalen bei $0,68 \leq \text{rtt} \leq 0,74$. Die Reliabilität des EDE-Q ist somit als gut zu bezeichnen (Herpertz et al. 2011). Die konvergente und diskriminative Validität wurde belegt (Hilbert u. Tuschen-Caffier 2006).

2.5.5 Symptom-Checkliste- 90-revised (SCL-90-R)

Der Fragebogen SCL-90-R (Symptom-Checkliste-90-revised) wurde von Derogatis entwickelt und überarbeitet, um die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome zu messen (Derogatis 1983). Die deutsche Übersetzung stammt von Franke (Franke 1995). Er ist eines der am häufigsten in der klinischen Praxis und Forschung verwendeten Selbstbeurteilungsinstrumente, um das Ausmaß psychischen Leidens zu beurteilen und somit einen Überblick über die psychische Situation eines Probanden zu erhalten. Der Proband soll den Grad der Beeinträchtigung durch das jeweilige Symptom in den vergangenen sieben Tagen auf einer fünfstufigen Skala, von „überhaupt nicht“ (0), über „ein wenig“ (1), „ziemlich“ (2), „stark“ (3), bis hin zu „sehr stark“ (4), angeben. Die 90 Fragen der neun Skalen beschreiben die Bereiche Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Unsicherheit im Sozialkontakt, Depressivität, Ängstlichkeit, Aggressivität/Feindseligkeit, phobische Angst, paranoides Denken und Psychotizismus.

Bei der Auswertung werden zunächst die Itemscores der jeweiligen Skala aufsummiert (Summenwert). Dann wird der Summenwert durch die Anzahl der Items der jeweiligen Skala dividiert um einen Skalenwert zu erhalten. Neben den neun Skalen wird der sogenannte Global Severity Index (GSI) berechnet, welcher Auskunft über das Antwortverhalten bei allen Fragen gibt. Er misst die psychische Gesamtbelastung. Die

Berechnung erfolgt durch Addition der Werte aller Items und anschließender Division durch neunzig (Franke 2000).

In verschiedenen Studien wurden die Gütekriterien des SCL-90-R untersucht und lieferten gute Ergebnisse (Franke 1995).

2.5.6 Familienklimaskalen (FKS)

Die in der Studie verwendeten Familienklimaskalen (FKS) wurden von Schneewind (Schneewind 1988) auf der Grundlage der „Family Environment Scale“ von Moos und Moos (Moos u. Moos 1976) entwickelt. Mit diesem Fragebogen wird das wahrgenommene Familienklima aus Sicht der Mutter, des Vaters und des Kindes erfasst. In dieser Studie wurde nur die Version aus Sicht des Kindes (FK-K) verwendet. Der Fragebogen umfasst 99 Items mit einer jeweils dichotomen Auswahl („stimmt“/ „stimmt nicht“), die zehn Skalen zugeordnet werden können: Zusammenhalt (A), Offenheit (B), Konfliktneigung (C), Selbstständigkeit (D), Leistungsorientierung (E), kulturelle Orientierung (F), aktive Freizeitgestaltung (G), religiöse Orientierung (H), Organisation (I), und Kontrolle (J). Je nach Antwort erhält die Testperson einen oder zwei Rohwertpunkte pro Item. In dieser Studie wurden die Rohwerte, abweichend vom Manual, nicht auf eine „Standard-Ten-Skala“ umgerechnet. Die Punktwerte einer Skala wurden aufsummiert und anschließend durch die Anzahl an Items der jeweiligen Skala dividiert. Da die Skalen nicht unkorreliert sind, lassen sich über eine Faktoranalyse zweiter Ordnung Sekundärfaktoren bilden.

Den Sekundärfaktoren liegen folgende Dimensionen des Familienklimas zugrunde:

- positiv-emotionales Klima (A, B, -C, D, G, I)
- normativ-autoritatives Klima (-D, E, H, I, J)
- anregendes Klima (F, G)

Ein positiv-emotionales Klima ist dementsprechend geprägt durch ein hohes Maß an Zusammenhalt, Offenheit, Selbstständigkeit, aktive Freizeitgestaltung und Organisation, sowie wenig Konfliktneigung. Ein normativ-autoritatives Familienklima ist hingegen durch wenig Selbstständigkeit und ein hohes Maß an Leistungsorientierung, religiöse Orientierung, Organisation und Kontrolle gekennzeichnet. Ein anregendes Klima definiert

sich schließlich durch eine starke kulturelle Orientierung sowie ein hohes Maß an aktiver Freizeitgestaltung.

Bis auf zwei Skalen (Selbstständigkeit und Leistungsorientierung) bewegt sich die Reliabilität der Skalen, gemessen als interne Konsistenz (nach Kuder-Richardson), zwischen $r = 0,60$ und $r = 0,80$. Daneben zeigte sich eine gute Validität in signifikanten Korrelationen mit anderen Instrumenten (Schneewind et al. 1985).

2.6 Datenanalyse

Die statistische Analyse der Daten erfolgte mit der Statistik-Software SPSS in der 22. Version.

Bei allen Fragebögen erfolgte die Berechnung von Mittelwerten und Standardabweichungen. Außerdem wurde bei den Fragebögen SCL-90-R, EDI-2, FKS und ECR-RS zusätzlich die Effektstärke d (nach Cohen) berechnet. Auf signifikante Unterschiede zwischen der Patientinnengruppe und der Kontrollgruppe wurde mit dem t -Test geprüft.

Die Auswertung aller 60 AAP-Protokolle führte die zertifizierte AAP-Raterin Dr. Alessandra Vicari durch. Methodisch entscheidend war, dass sie eine unabhängige und verblindete Raterin war, die nicht wusste zu welcher Gruppe die einzelnen Transkripte gehören.

Die Ergebnisse des AAP wurden mithilfe des exakten Tests nach Fisher bzw. mit dem exakten U-Test nach Mann-Whitney berechnet.

Zur Untersuchung, ob sich Personen mit Bindungsstörung hinsichtlich der Psychopathologie bzw. der essstörungsspezifischen Psychopathologie von Personen ohne Bindungsstörung unterscheiden, wurde eine Varianzanalyse (ANOVA) berechnet.

Als statistisch signifikant galten bei allen statistischen Tests Signifikanzwerte kleiner-gleich 0,05 ($p \leq 0,05$). Als tendenziell signifikant galten Signifikanzwerte kleiner-gleich 0,1 aber größer als 0,05 ($0,05 < p \leq 0,1$).

Abgesehen von den Hypothesen (siehe 1.6) wurden weitere Fragestellungen explorativ-deskriptiv untersucht. Auf eine α -Adjustierung wurde verzichtet.

3 Ergebnisse

3.1 Ergebnisse des Fragebogens SCL-90-R

Um die subjektiv empfundene Beeinträchtigung durch körperliche und psychische Symptome zu messen, wurde der Fragebogen SCL-90-R verwendet. Die jeweiligen Mittelwerte (m) und Standardabweichungen (s) wurden für die Einzelskalen, sowie für den GSI für beide Gruppen berechnet. Auf signifikante Unterschiede wurde mit dem t-Test geprüft. Des Weiteren wurde die Effektstärke (Cohens d) der Unterschiede zwischen den Gruppen berechnet. Da die vorliegende Studie gesunde Kontrollprobandinnen und Patientinnen mit Bulimia nervosa untersucht, sind signifikante Unterschiede zwischen den beiden Gruppen zu erwarten. Es kann davon ausgegangen werden, dass sich die Patientinnen im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen stärker durch körperliche und psychische Symptome beeinträchtigt fühlen.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 5 dargestellt. Sowohl beim globalen Kennwert GSI, als auch bei allen neun Einzelskalen sind die Ergebnisse der beiden Gruppen höchst signifikant unterschiedlich ($p \leq 0,001$). Auch die Effektstärke ist in allen Einzelskalen und beim GSI hoch ($d > 0,8$). Die Ergebnisse der Einzelskalen sind nach Effektstärke sortiert dargestellt. Der größte Unterschied der beiden Gruppen ist in der Skala Depression ($d = 2,17$) nachzuweisen, gefolgt von Unsicherheit im Sozialkontakt ($d = 2,00$). Der kleinste Unterschied der beiden Gruppen wurde in den Skalen Zwanghaftigkeit ($d = 1,28$) und Ängstlichkeit ($d = 1,29$) gefunden.

Tabelle 5: Vergleich der Skalenwerte und des GSI des SCL-90-R von Patientinnen mit Bulimia nervosa und gesunden Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-revised	GSI	Global Severity Index
Ktrl	Kontrollprobandinnen	p	Signifikanzwert (t-Test)
Pat	Patientinnen mit Bulimia nervosa	***	$p \leq 0,001$, höchst signifikant
m	Mittelwert	d	Effektstärke (Cohens d), nach Cohen
s	Standardabweichung		bedeutet $d \geq 0,8$ einen starken Effekt

SCL-90-R	Ktrl (n = 30)		Pat (n = 30)		d	p
	m	s	m	s		
GSI	0,34	0,23	1,31	0,63	2,06	***
Depressivität	0,46	0,36	1,80	0,79	2,17	***
Unsicherheit im Sozialkontakt	0,36	0,39	1,71	0,87	2,00	***
Psychotizismus	0,13	0,21	1,05	0,73	1,71	***
Somatisierung	0,33	0,26	1,19	0,70	1,64	***
Paranoides Denken	0,27	0,30	1,25	0,83	1,57	***
Aggressivität/Feindseligkeit	0,28	0,26	1,18	0,77	1,56	***
Phobische Angst	0,07	0,15	0,58	0,46	1,51	***
Ängstlichkeit	0,30	0,26	1,09	0,83	1,29	***
Zwanghaftigkeit	0,57	0,49	1,40	0,77	1,28	***

3.2 Ergebnisse der Fragebögen zur Erfassung der Essstörung

Zur Erfassung der essstörungsspezifischen Psychopathologie wurde in dieser Untersuchung der Fragebogen EDI-2 verwendet. Da in dieser Untersuchung Patientinnen mit Essstörung mit gesunden Kontrollprobandinnen verglichen werden, sind signifikante Unterschiede bei den Ergebnissen des Fragebogens EDI-2 zu erwarten.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 6 dargestellt. Die Ergebnisse der Einzelskalen sind nach Effektstärke sortiert dargestellt. Die Patientinnengruppe und die Kontrollgruppe unterscheiden sich höchst signifikant bei den Werten aller Subskalen des EDI-2 unter Verwendung des t-Tests. Mit Abstand am größten ist der Unterschied bei der Skala Bulimie ($d = 5,52$). Der kleinste Unterschied wurde bei der Skala Angst vor dem Erwachsenwerden ($d = 1,00$) nachgewiesen.

Tabelle 6: Vergleich der Skalenwerte des EDI-2 von Patientinnen mit Bulimia nervosa mit gesunden Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

EDI-2	Eating Disorder Inventory - 2	GSI	Global Severity Index
Ktrl	Kontrollprobandinnen	p	Signifikanzwert (t-Test)
Pat	Patientinnen mit Bulimia nervosa	***	$p \leq 0,001$, höchst signifikant
m	Mittelwert	d	Effektstärke (Cohens d), nach Cohen
s	Standardabweichung		bedeutet $d \geq 0,8$ einen starken Effekt

EDI-2 Subskalen	Ktrl (n = 30)		Pat (n = 30)		d	p
	m	s	m	s		
Bulimie	1,40	0,36	4,39	0,68	5,52	***
Interozeption	1,89	0,54	4,03	0,93	2,80	***
Schlankheitsstreben	2,08	0,85	4,70	1,12	2,64	***
Askese	1,68	0,45	3,29	0,90	2,26	***
Ineffektivität	1,96	0,65	3,71	0,91	2,22	***
Soziale Unsicherheit	2,23	0,72	3,70	0,75	1,99	***
Impulsregulation	1,74	0,47	3,02	0,83	1,90	***
Unzufriedenheit mit Körper	2,96	1,09	4,58	1,01	1,55	***
Misstrauen	2,25	0,77	3,50	1,01	1,40	***
Perfektionismus	2,64	0,86	3,98	1,10	1,35	***
Angst vor dem Erwachsenwerden	2,53	0,58	3,37	1,03	1,00	***

Zur Erfassung der essstörungsspezifischen Psychopathologie wurde zusätzlich der Fragebogen EDE-Q bei der Patientinnengruppe verwendet. Da die Einschlusskriterien für die Patientinnengruppe die Diagnose einer Bulimia nervosa erforderten, sind hohe Werte zu erwarten.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 7 dargestellt. Sowohl in den vier Einzelskalen, als auch beim Gesamtwert wurden hohe Mittelwerte gemessen. Der EDE-Q-Gesamtwert ist der Mittelwert der Einzelskalen. Zur Veranschaulichung der Werte der Patientinnengruppe dieser Untersuchung sind in Tabelle 7 Vergleichswerte einer anderen Patientengruppe mit Bulimia nervosa (n = 55), sowie nicht-essgestörter Kontrollprobanden (n = 409) aufgeführt (Hilbert u. Tuschen-Caffier 2006). Im Vergleich zu den Werten für Patienten mit Bulimia nervosa zeigen sich Patientinnen dieser Studie insgesamt schwerer betroffen. Der EDE-Q-Gesamtwert beläuft sich im Durchschnitt auf 4,61 im Vergleich zu 3,18 bei der Bulimie-Vergleichsgruppe. Auch in den EDE-Q Einzelskalen finden sich bei der hier untersuchten Patientinnengruppe durchweg höhere Mittelwerte. Wie erwartet, sind die Werte der untersuchten Patientinnengruppe deutlich höher, verglichen mit einer Gruppe nicht-essgestörter Personen.

Tabelle 7: Skalenwerte des EDE-Q bei den Patientinnen dieser Studie mit Bulimia nervosa (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken), einer Vergleichsstichprobe mit Bulimia nervosa und einer Vergleichsstichprobe gesunder Kontrollprobanden

EDE-Q Eating Disorder Examination -Questionnaire
 Pat Patientinnen mit Bulimia nervosa in der vorliegenden Studie
 BN Vgl Vergleichswerte des EDE-Q einer anderen Gruppe von Patienten mit Bulimia nervosa
 Kontrollen Vergleichswerte des EDE-Q bei nicht-essgestörten Kontrollprobanden
 m Mittelwert
 s Standardabweichung

EDE-Q	Pat (n = 30)		BN Vgl (n = 55)		Kontrollen (n = 409)	
	m	s	m	s	m	s
EDE-Q-Gesamtwert	4,61	1,32	3,18	1,57	1,44	1,22
Figursorgen	5,43	1,46	3,73	1,86	2,08	1,61
Gewichtssorgen	5,03	1,64	3,19	1,87	1,66	1,42
Essensbezogene Sorgen	4,08	1,45	2,89	1,40	0,76	1,08
Gezügelttes Essen	3,91	1,52	2,90	1,69	1,27	1,33

3.3 Ergebnisse der Familienklimaskalen

Das wahrgenommene Familienklima aus Sicht der Patientinnen bzw. Kontrollprobandinnen wurde mit den Familienklimaskalen untersucht. Es wird erwartet, dass sich Patientinnen im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen hinsichtlich des berichteten Familienklimas unterscheiden. Außerdem wird vermutet, dass die Patientinnen über mehr Konflikte und weniger Zusammenhalt in den Familien berichten.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 8 dargestellt. Es wurde der t-Test angewendet. Beim wahrgenommenen Familienklima der Kontrollprobandinnen finden sich höchst signifikant höhere Werte ($p \leq 0,001$) für ein positiv-emotionales Klima. Bei den Patientinnen wird hingegen das Familienklima signifikant stärker als normativ-autoritativ ($p \leq 0,01$) erlebt. Zum anregenden Familienklima finden sich anhand dieser Ergebnisse keine signifikanten Unterschiede.

Die Ergebnisse der Einzelskalen sind nach Effektstärke sortiert dargestellt. Der größte Unterschied zeigt sich in der Skala Offenheit. In den Herkunftsfamilien der Patientinnen findet sich höchst signifikant weniger Offenheit ($d = -1,55$, $p \leq 0,001$), d.h. spontane Gefühlsäußerungen werden weniger toleriert bzw. weniger begrüßt bzw. negativ sanktioniert. Wie in Hypothese 2 erwartet, unterscheiden sich die Gruppen höchst signifikant bei der Skala Zusammenhalt ($d = -1,07$, $p \leq 0,001$), d.h. in den Herkunftsfamilien der Patientinnen besteht weniger Unterstützung zwischen den Familienmitgliedern und sie sind weniger füreinander da. Auch in der Skala aktive Freizeitgestaltung unterscheiden sich die beiden Gruppen höchst signifikant ($d = -1,01$, $p \leq 0,001$), in den Herkunftsfamilien der Patientinnen wird die Freizeit also in einem wesentlich geringeren Umfang für Unternehmungen und Sozialkontakte genutzt. In der Skala Leistungsorientierung findet sich ein weiterer signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen ($d = 0,68$, $p \leq 0,05$), d.h. im Denken und Handeln der Herkunftsfamilien der Patientinnen hat Erfolg und Leistung eine signifikant größere Bedeutung. Entgegen der 2. Hypothese unterscheidet die Skala Konfliktneigung nicht signifikant zwischen den Gruppen. In den Herkunftsfamilien der beiden Gruppen zeigt sich somit kein signifikanter Unterschied in Häufigkeit von Streit, Reibereien, ärgerlicher Expressivität oder der Bemühung um sachliche Schlichtung von Meinungsverschiedenheiten.

Tabelle 8: Vergleich der Ergebnisse der Familienklimaskalen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa mit gesunden Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

Ktrl	Kontrollprobandinnen	p	Signifikanzwert (t-Test)
Pat	Patientinnen mit Bulimia nervosa	n.s.	nicht signifikant
m	Mittelwert	*	$p \leq 0,05$, signifikant
s	Standardabweichung	**	$p \leq 0,01$, hoch signifikant
d	Effektstärke (Cohens d), nach Cohen bedeutet $d \geq 0,8$ einen starken Effekt	***	$p \leq 0,001$, höchst signifikant

Familienklimaskalen	Ktrl (n = 30)		Pat (n = 30)		d	p
	m	s	m	s		
Positiv-emotionales Klima	1,68	0,18	1,48	0,19	-1,13	***
Normativ-autoritatives Klima	1,39	0,13	1,51	0,18	0,72	**
Anregendes Klima	1,50	0,25	1,40	0,22	-0,40	n.s.
Offenheit	1,84	0,29	1,37	0,31	-1,55	***
Zusammenhalt	1,81	0,25	1,51	0,31	-1,07	***
Aktive Freizeitgestaltung	1,64	0,23	1,41	0,24	-1,01	***
Leistungsorientierung	1,49	0,23	1,67	0,29	0,68	*
Unabhängigkeit	1,74	0,27	1,60	0,30	-0,51	n.s.
Konfliktneigung	1,46	0,32	1,60	0,32	0,44	n.s.
Kontrolle	1,42	0,23	1,53	0,30	0,42	n.s.
Organisation	1,52	0,16	1,57	0,19	0,30	n.s.
Religiöse Orientierung	1,28	0,26	1,35	0,31	0,27	n.s.
Kulturelle Orientierung	1,36	0,32	1,40	0,34	0,13	n.s.

3.4 Ergebnisse des Fragebogens ECR-RS

Der Fragebogen ECR-RS misst die Dimensionen Angst (Anxiety) und Vermeidung (Avoidance) in der Beziehung zu Mutter und Vater. Bei den Patientinnen werden höhere Werte in den erfassten Dimensionen, sowohl in der Beziehung zur Mutter, als auch in der Beziehung zum Vater erwartet.

Die Ergebnisse sind in Tabelle 9 dargestellt. Es wurde der t-Test angewendet. Bezüglich der Beziehung zur Mutter und dem Vater unterscheiden sich die beiden Gruppen signifikant.

Sowohl in der Skala Vermeidung (Unbehagen bei Nähe und Abhängigkeit von anderen), als auch in der Skala Angst (Angst vor Ablehnung) ergeben sich bei den Patientinnen signifikant höhere Werte. Bei der Skala Vermeidung sind die Unterschiede zu den Kontrollprobandinnen sowohl in der Beziehung zur Mutter als auch in der Beziehung zum Vater höchst signifikant ($p \leq 0,001$). In der Beziehung zur Mutter ist der Unterschied bei Vermeidung geringfügig größer ($d = 1,07$) als in der Beziehung zum Vater ($d = 1,05$). Hingegen ist bei der Skala Angst der Unterschied in der Beziehung zum Vater deutlich größer ($d = 1,09$), verglichen mit dem Unterschied bei der Skala Angst in der Beziehung zur Mutter ($d = 0,66$). Die Hypothese 1.4 wurde somit bestätigt.

Tabelle 9: Vergleich der Dimensionen des ECR-RS bei Patientinnen mit Bulimia nervosa mit gesunden Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

ECR-RS Experience in close Relationships (überarbeitete, kurze Version)
 Ktrl Kontrollprobandinnen
 Pat Patientinnen mit Bulimia nervosa
 m Mittelwert
 s Standardabweichung
 d Effektstärke (Cohens d), nach Cohen

p Signifikanzwert (t-Test)
 * $p \leq 0,05$, signifikant
 *** $p \leq 0,001$, höchst signifikant

bedeutet $d \geq 0,8$ einen starken Effekt

ECR-RS	Ktrl n = 30		Pat n = 30		d	p
	m	s	m	s		
Vermeidung Mutter	2,72	1,19	4,19	1,54	1,07	***
Vermeidung Vater	3,72	1,60	5,27	1,34	1,05	***
Angst Mutter	1,52	1,15	2,60	2,00	0,66	*
Angst Vater	1,64	1,14	3,48	2,10	1,09	***

3.5 Ergebnisse des AAP

Mit dem AAP wird die Bindungsrepräsentation mittels eines projektiven Tests erfasst. Es wird erwartet, dass Patientinnen im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen signifikant häufiger unsicher gebunden sind.

Die absoluten Häufigkeiten, sowie die Prozentwerte sind in Tabelle 10 aufgeführt und in Abbildung 4 dargestellt. 33,3 % der Kontrollprobandinnen wurde als *sicher* klassifiziert, wohingegen nur 13,3 % der Patientinnen in diese Kategorie eingestuft wurden. Der Anteil an *unsicher-verstrickt* klassifizierten Personen ist sowohl bei der Kontrollgruppe (6,7 %), als auch bei der Patientinnengruppe (3,3 %) sehr gering. Der Anteil an *unsicher-distanziert* klassifizierten Personen ist hingegen bei beiden Gruppen mit 36,7 % bei den Kontrollprobandinnen bzw. mit 30 % bei den Patientinnen hoch. Über die Hälfte der Patientinnen wurde als *unverarbeitetes Trauma* klassifiziert (53,3 %), wohingegen dieser Anteil bei den Kontrollprobandinnen nur bei 23,3 % liegt. Patientinnen und Kontrollprobandinnen unterscheiden sich hinsichtlich der AAP-Kategorie im exakten Test nach Fisher (2 x 4 Tabelle) tendenziell ($p = 0,073$). Unter Anwendung des einseitigen exakten Tests nach Fisher ist die Kontrollgruppe, verglichen mit der Bulimie-Gruppe nur tendenziell signifikant häufiger sicher gebunden ($p = 0,063$). Die Hypothese 1.1 kann somit nicht bestätigt werden. Bei den Kategorien *unsicher-distanziert* und *unsicher-verstrickt* konnten mit dem einseitigen exakten Test nach Fisher in der untersuchten Stichproben keine signifikanten Unterschiede festgestellt werden ($p = 0,392$ bzw. $p = 0,500$). Jedoch wurden Patientinnen signifikant häufiger als *unverarbeitetes Trauma* klassifiziert ($p = 0,016$).

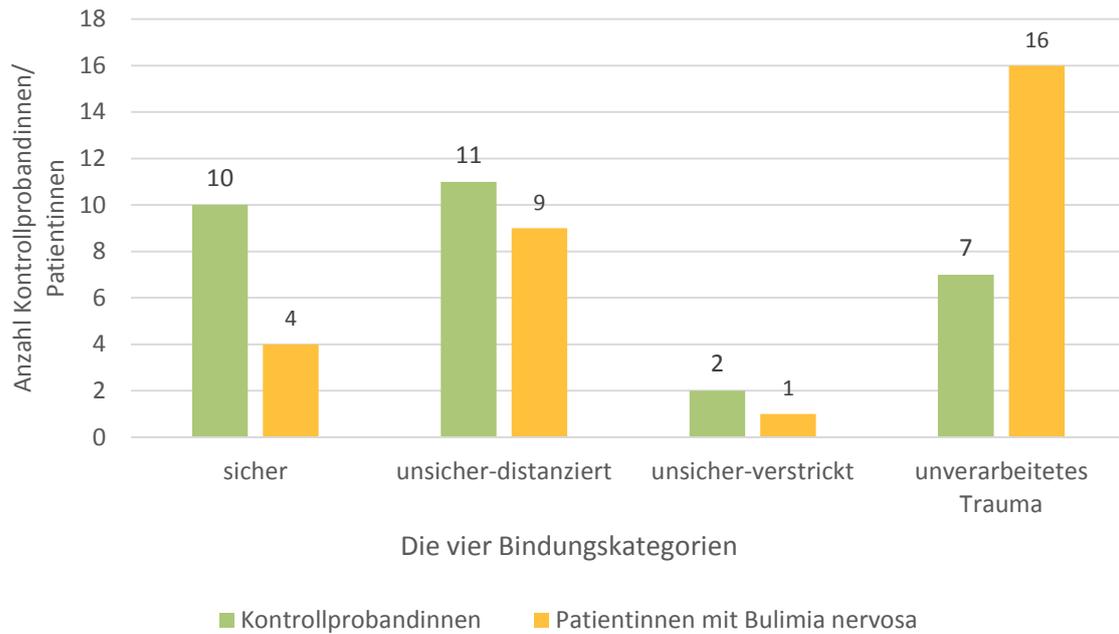


Abbildung 4: Verteilung der Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontrollprobandinnen auf die vier Bindungskategorien des Adult Attachment Projective (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

Tabelle 10: Ergebnisse Adult Attachment Projective: Verteilung der vier Bindungskategorien bei Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

AAP	Adult Attachment Projective	p	Signifikanzwert (exakter Test nach Fisher)
Ktrl	Kontrollprobandinnen	n.s.	nicht signifikant
Pat	Patientinnen mit Bulimia nervosa	~	0,05 < p ≤ 0,1, tendenziell signifikant
%	Relativer Anteil in Prozent	*	p ≤ 0,05, signifikant

AAP Kategorien	Ktrl (n = 30)		Pat (n = 30)		Gesamt (n = 60)		p
	absolut	%	absolut	%	absolut	%	
Sicher	10	33,3	4	13,3	14	23,3	~
Unsicher-distanziert	11	36,7	9	30,0	20	33,3	n.s.
Unsicher-verstrickt	2	6,7	1	3,3	3	5,0	n.s.
Unverarbeitetes Trauma	7	23,3	16	53,3	23	38,3	*

Bei der vorliegenden Untersuchung wurde die Hypothese aufgestellt, dass sich die Narrative der Patientinnen hinsichtlich der MSB sowie der Abwehrmechanismen (DEAK, KOG. E. und SEG. S.) von den Narrativen der Kontrollprobandinnen unterscheiden. Dabei sollen auch monadische und dyadische Bilder getrennt voneinander ausgewertet werden. (Erwartung: „Monadische Bilder des AAP differenzieren besser zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen als dyadische Bilder.“)

Die Punkte für Inhaltsmarker (= MSB) bei allen Bildern (*Selbstwirksamkeit*, *Verbundenheit* und *Synchronizität*; Punktevergabe siehe Tabelle 4) wurden aufsummiert und somit eine Skala für MSB erstellt (siehe dazu Tabelle 11).

Aus Tabelle 11 ist zu ersehen, dass sich bei der Patientinnengruppe signifikant weniger MSB zeigen als bei der Kontrollgruppe ($p = 0,042$, exakter U-Test nach Mann-Whitney), wenn alle Bilder ausgewertet werden. Wenn nur die monadischen Bilder (die Marker für *Selbstwirksamkeit* und *Verbundenheit*) in Betracht gezogen werden, zeigt der exakte U-Test nach Mann-Whitney bei der Patientinnengruppe einen signifikant niedrigeren Wert an ($p = 0,021$), jedoch nicht bei den dyadischen Bildern (Marker für *Synchronizität*). Bei den monadischen Bildern kann mit demselben Test beim Marker *Selbstwirksamkeit* ein signifikant niedrigerer Wert bei der Patientinnengruppe nachgewiesen werden ($p = 0,012$), wohingegen dies beim Marker *Verbundenheit* nicht gelingt.

Werden die einzelnen Bilder hinsichtlich der Marker für *Selbstwirksamkeit* untersucht, stellt sich heraus, dass ein signifikanter Unterschied beim Bild „Bank“ ($p = 0,023$) und ein hoch signifikanter Unterschied beim Bild „Friedhof“ ($p = 0,009$) vorliegen. Bei beiden Bildern zeigen die Patientinnen weniger *Selbstwirksamkeit* als die Kontrollen. Wie Tabelle 11 zu entnehmen ist, unterscheiden sich Patientinnen und Kontrollprobandinnen bei den anderen monadischen Bildern („Fenster“ und „Ecke“) nicht signifikant hinsichtlich der *Selbstwirksamkeit*.

Tabelle 11: Inhaltsmarker = Marker der sicheren Bindung im Adult Attachment Projective bei Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

MSB	Marker der sicheren Bindung	m	Mittelwert
SWK	Selbstwirksamkeit	s	Standardabweichung
VBH	Verbundenheit	p	Signifikanzwert (exakter U-Test nach Mann-Whitney)
SYN	Synchronizität	n.s.	nicht signifikant
Ktrl	Kontrollprobandinnen	*	$p \leq 0,05$, signifikant
Pat	Patientinnen mit Bulimia nervosa	**	$p \leq 0,01$, hoch signifikant

Inhaltsmarker = MSB	Ktrl (n = 30)		Pat (n = 30)		p
	m	s	m	s	
MSB (alle Bilder)	8,93	2,02	7,82	2,49	*
MSB (monadische Bilder)	5,00	1,75	3,88	1,92	*
SWK	5,20	1,69	4,03	1,88	*
VBH	2,47	1,48	2,00	1,37	n.s.
MSB (dyadische Bilder) = SYN	3,93	0,69	3,93	0,94	n.s.
Bild „Fenster“ SWK	1,20	0,81	0,97	0,77	n.s.
Bild „Bank“ SWK	1,67	0,55	1,33	0,66	*
Bild „Friedhof“ SWK	1,33	0,71	0,87	0,73	**
Bild „Ecke“ SWK	1,00	0,64	0,87	0,73	n.s.

Auch für die Abwehrmechanismen in den Narrativen wurde eine Skala gebildet (siehe Material und Methoden). Zu den Abwehrmechanismen zählen *Deaktivierung* (DEAK), *kognitive Entkoppelung* (KOG. E.) und *abgetrennte Systeme* (SEG. S.). Auch hier wurden monadische und dyadische Bilder getrennt betrachtet.

Wie in Tabelle 12 zu sehen, lassen sich mit dem exakten U-Test nach Mann-Whitney bezüglich der Abwehrmechanismen *Deaktivierung* und *kognitive Entkoppelung* keine signifikanten Unterschiede zwischen den Narrativen der Patientinnen und den Narrativen der Kontrollprobandinnen nachweisen. Dagegen weisen die Narrative der Patientinnen verglichen mit denen der Kontrollprobandinnen, signifikant häufiger den Abwehrmechanismus *abgetrenntes System* auf ($p = 0,001$). Werden monadische und dyadische Bilder getrennt voneinander betrachtet, zeigt sich der signifikante Unterschied bei den monadischen Bildern ($p = 0,003$), wohingegen bei den dyadischen nur eine tendenzielle Signifikanz nachzuweisen ist. Besonders aussagekräftig erscheint hier das monadische Bild „Fenster“. Hier zeigen die Patientinnen signifikant häufiger abgetrennte Systeme ($p = 0,014$). Wie in Tabelle 12 zu sehen, verfehlen die restlichen monadischen Bilder das Signifikanzniveau. Unerwartet wurden beim dyadischen Bild „Krankenwagen“ signifikant häufiger *abgetrennte Systeme* bei den Patientinnen gefunden ($p = 0,032$).

Tabelle 12: Abwehrmechanismen im Adult Attachment Projective bei Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontrollprobandinnen (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

DEAK	Deaktivierung	m	Mittelwert
KOG.E.	Kognitive Entkoppelung	s	Standardabweichung
SEG.S.	Abgetrennte Systeme	p	Signifikanzwert (exakter U-Test nach Mann-Whitney)
Ktrl	Kontrollprobandinnen	n.s.	nicht signifikant
Pat	Patientinnen mit Bulimia nervosa	*	$p \leq 0,05$, signifikant
		**	$p \leq 0,01$, hoch signifikant

Abwehrmechanismen	Ktrl n = 30		Pat n = 30		p
	m	s	m	s	
DEAK alle Bilder	7,90	2,76	7,77	2,37	n.s.
DEAK monadische Bilder	4,43	2,19	4,17	1,42	n.s.
DEAK dyadische Bilder	3,47	1,17	3,60	1,67	n.s.
KOG. E. alle Bilder	13,30	1,26	13,00	1,95	n.s.
KOG. E. monadische Bilder	7,80	0,61	7,33	1,32	n.s.
KOG. E. dyadische Bilder	5,50	1,01	5,67	0,92	n.s.
SEG. S. alle Bilder	2,97	1,73	4,63	2,24	**
SEG. S. monadische Bilder	2,50	1,41	3,73	1,80	**
SEG. S. „Fenster“	0,40	0,62	0,83	0,79	*
SEG. S. „Bank“	0,73	0,52	0,97	0,56	n.s.
SEG. S. „Friedhof“	0,77	0,73	1,03	0,72	n.s.
SEG. S. „Ecke“	0,60	0,62	0,90	0,76	n.s.
SEG. S. dyadische Bilder	0,47	0,73	0,90	1,09	n.s.
SEG. S. „Abschied“	0,00	0,00	0,13	0,43	n.s.
SEG. S. „Bett“	0,17	0,46	0,13	0,35	n.s.
SEG. S. „Krankenwagen“	0,30	0,54	0,63	0,72	*

3.6 Zusammenhang der erfassten Bindungsstörung mit der Schwere der psychopathologischen Symptome

Die Ergebnisse des Fragebogens SCL-90-R wurden für organisiert gebundene Patientinnen und Kontrollprobandinnen, sowie für desorganisiert gebundene Patientinnen und Kontrollprobandinnen getrennt beleuchtet. Abbildung 5 veranschaulicht die Ergebnisse. Bei fast allen SCL-90-R Skalen weisen desorganisiert gebundene Personen, verglichen mit organisiert gebundenen Personen, höhere Werte auf.

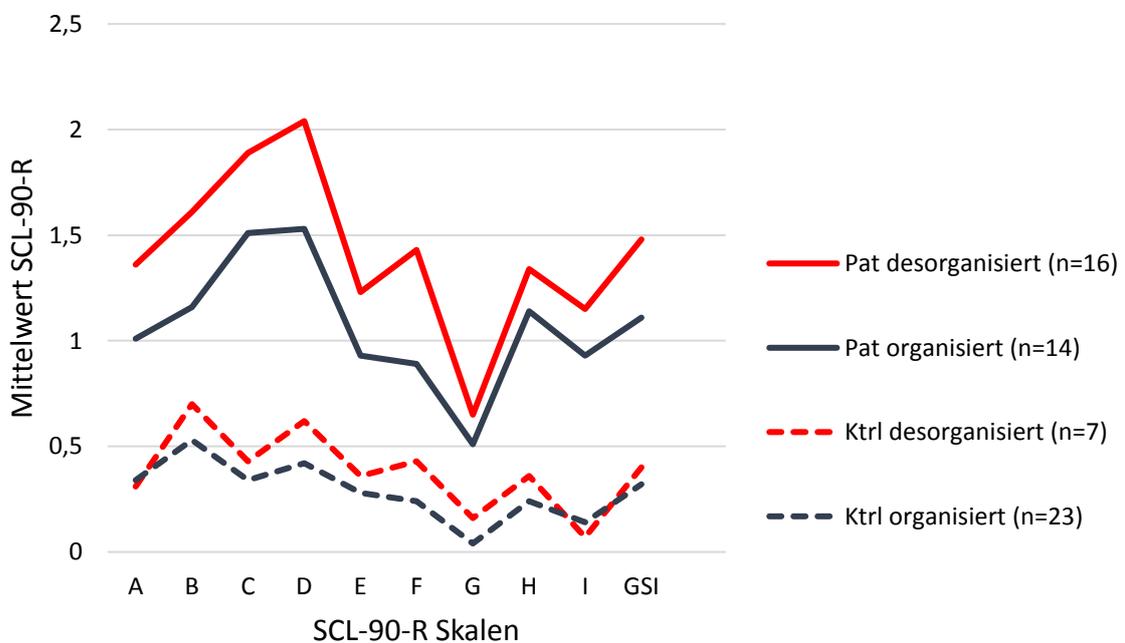


Abbildung 5: SCL-90-R Ergebnisse der organisierten und desorganisierten Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontrollprobandinnen getrennt dargestellt (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

SCL-90-R Symptom-Checkliste-90-revised
 Pat Patientinnen mit Bulimia nervosa
 Ktrl Kontrollprobandinnen

A	Somatisierung	F	Aggressivität/Feindseligkeit
B	Zwanghaftigkeit	G	phobische Angst
C	Unsicherheit im Sozialkontakt	H	Paranoides Denken
D	Depressivität	I	Psychotizismus
E	Ängstlichkeit	GSI	Global Severity Index

Mithilfe einer Varianzanalyse (ANOVA) wurde der Unterschied zwischen desorganisierten und organisierten Personen (Bindung gemessen mithilfe des AAP) hinsichtlich der Schwere der psychopathologischen Symptome (gemessen mit dem Fragebogen SCL-90-R) untersucht.

Es wurde untersucht,

- a) ob sich Patientinnen und Kontrollprobandinnen hinsichtlich der Ergebnisse des SCL-90-R unterscheiden.

Unabhängiger Faktor der Varianzanalyse war die Gruppenzugehörigkeit (Patientinnen/Kontrollprobandinnen) („Gr“)

- b) ob sich organisiert gebundene von desorganisiert gebundenen Probandinnen unterscheiden.

Unabhängiger Faktor der Varianzanalyse war die Bindungskategorie („U“)

- c) ob die unabhängigen Faktoren Gruppenzugehörigkeit und Bindungskategorie in Wechselwirkung stehen („Gr*U“)

Die Ergebnisse sind in Tabelle 13 dargestellt.

In allen SCL-90-R-Skalen unterscheiden sich Patientinnen und Kontrollprobandinnen höchst signifikant. Patientinnen weisen mehr Psychopathologie auf als Kontrollprobandinnen.

Desorganisiert gebundene Personen unterscheiden sich von organisiert gebundenen Personen signifikant in den Skalen Depressivität und Aggressivität/Feindseligkeit ($p \leq 0,05$). Hierbei weisen desorganisiert gebundene Personen mehr Depressivität und mehr Aggressivität/ Feindseligkeit auf als die organisiert gebundenen Personen. Ein tendenziell signifikanter Unterschied findet sich beim Global Severity Index, sowie in der Skala Zwanghaftigkeit ($p \leq 0,1$). Hier zeigen desorganisiert gebundene Personen, im Vergleich zu organisiert gebundenen Personen, tendenziell mehr Zwanghaftigkeit, sowie eine tendenziell höhere psychische Gesamtbelastung.

Die Wechselwirkung der unabhängigen Faktoren („U“ und „Gr“) wurde überprüft („Gr*U“). Es besteht keine signifikante Wechselwirkung der Faktoren.

Tabelle 13: SCL-90-R Ergebnisse der organisierten und desorganisierten Patientinnen mit Bulimia nervosa und Kontrollprobandinnen getrennt dargestellt (Erhebungszeitraum 10/2011 bis 05/2013 an teilnehmenden Kliniken und an verschiedenen Orten in Baden-Württemberg)

SCL-90-R	Symptom-Checkliste-90-revised	GSI	Global Severity Index
Ktrl	Kontrollprobandinnen	SOM	Somatisierung
Pat	Patientinnen mit Bulimia nervosa	ZWANG	Zwanghaftigkeit
m	Mittelwert	UNS.SOZ	Unsicherheit im Sozialkontakt
s	Standardabweichung	DEPR	Depressivität
p	Signifikanzwert (ANOVA)	ÄNGSTL	Ängstlichkeit
n.s.	nicht signifikant	AGG/FEIND	Aggressivität/Feinseligkeit
~	0,05 < p ≤ 0,1, tendenziell signifikant	PHOB.ANGST	Phobische Angst
*	p ≤ 0,05, signifikant	PARAN	Paranoides Denken
**	p ≤ 0,01, hoch signifikant	PSYCH	Psychotizismus
***	p ≤ 0,001, höchst signifikant		
Gr	unabhängiger Faktor Gruppenzugehörigkeit	Org.	Organisierte Bindung (F, Ds oder E im AAP)
U	unabhängiger Faktor Bindungskategorie organisiert (non- U) bzw. desorganisiert (U)	Desorg.	Desorganisierte Bindung (U im AAP)
Gr*U	Wechselwirkung		

SCL-90-R		Gruppen				ANOVA		
		Pat (n = 30)		Ktrl (n= 30)		p		
		m	s	m	s	Gr	U	Gr*U
GSI	Desorg.	1,48	0,59	0,40	0,24	***	~	n.s.
	Org.	1,11	0,63	0,32	0,23			
SOM	Desorg.	1,36	0,74	0,31	0,33	***	n.s.	n.s.
	Org.	1,01	0,62	0,34	0,25			
ZWANG	Desorg.	1,61	0,72	0,70	0,63	***	~	n.s.
	Org.	1,16	0,78	0,53	0,45			
UNS. SOZ	Desorg.	1,89	0,66	0,43	0,45	***	n.s.	n.s.
	Org.	1,51	1,05	0,34	0,38			
DEPR	Desorg.	2,04	0,69	0,62	0,44	***	*	n.s.
	Org.	1,53	0,83	0,42	0,33			
ÄNGSTL	Desorg.	1,23	0,77	0,36	0,34	***	n.s.	n.s.
	Org.	0,93	0,89	0,28	0,23			
AGG/ FEIND	Desorg.	1,43	0,84	0,43	0,25	***	*	n.s.
	Org.	0,89	0,59	0,24	0,25			
PHOB. ANGST	Desorg.	0,65	0,45	0,16	0,27	***	n.s.	n.s.
	Org.	0,51	0,47	0,04	0,08			

Fortsetzung Tabelle 13:

SCL-90-R		Gruppen				ANOVA		
		Pat (n = 30)		Ktrl (n= 30)		p		
		m	s	m	s	Gr	U	Gr*U
PARAN	Desorg.	1,34	0,93	0,36	0,40	***	n.s.	n.s.
	Org.	1,14	0,73	0,24	0,27			
PSYCH	Desorg.	1,15	0,80	0,07	0,10	***	n.s.	n.s.
	Org.	0,93	0,66	0,14	0,23			

3.7 Zusammenhang der erfassten Bindungsstörung mit der Ausprägung esstörungsspezifischer Psychopathologie

Mithilfe einer Varianzanalyse (ANOVA) wurde die Ausprägung esstörungsspezifischer Psychopathologie in Anhängigkeit von der Bindungskategorie der Patientinnen im AAP untersucht. Die Ergebnisse der Fragebögen EDI-2 und EDE-Q von Patientinnen mit desorganisierter Bindungskategorie im AAP (U) wurden denen der Patientinnen mit organisierter Bindungskategorie (F, Ds oder E) gegenübergestellt.

Die ANOVA lieferte keinen signifikanten Unterschied zwischen organisiert gebundenen Patientinnen und desorganisiert gebundenen Patientinnen. In dieser Untersuchung wurde also kein Zusammenhang zwischen Bindungskategorie im AAP (desorganisiert versus organisiert) und der Ausprägung esstörungsspezifischer Psychopathologie, gemessen anhand der Fragebögen EDI-2 und EDE-Q, nachgewiesen.

3.8 Zusammenfassung der Ergebnisse/ Überprüfung der Hypothesen

Hypothese 1.1 „Patientinnen werden unter Verwendung des AAP häufiger als *unsicher* gebunden klassifiziert“

Nach den vorliegenden Ergebnissen wird unter Anwendung des einseitigen exakten Tests nach Fisher die Hypothese 1.1 nicht bestätigt. Das Signifikanzniveau wurde knapp verfehlt.

Hypothese 1.2 „Bei Patientinnen wird unter Verwendung des AAP häufiger eine desorganisierte Bindungsrepräsentation (*unverarbeitetes Trauma*) erfasst.“

Hypothese 1.2 wird anhand der zuvor gezeigten Ergebnisse bestätigt. Patientinnen wiesen im AAP signifikant häufiger die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma* (desorganisiert) auf.

Hypothese 1.3 „Patientinnen und Kontrollprobandinnen zeigen unterschiedliche Abwehrmechanismen im AAP. Kontrollprobandinnen zeigen mehr Marker der sicheren Bindung.“

Beim Abwehrmechanismus *abgetrenntes System* findet sich ein hoch signifikanter Unterschied zwischen den beiden Gruppen. Bei den Abwehrmechanismen *Deaktivierung* und *kognitive Entkoppelung* lassen sich in dieser Untersuchung keine signifikanten Unterschiede zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen nachweisen.

Kontrollprobandinnen zeigten signifikant mehr Marker der sicheren Bindung. Insgesamt wird die Hypothese als bestätigt bewertet.

Erwartung: „Monadische Bilder des AAP differenzieren besser zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen als dyadische Bilder.“

Sowohl bei den MSB als auch beim Abwehrmechanismus *abgetrenntes System* differenzieren monadische Bilder des AAP besser zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen. Somit wird diese Erwartung durch die Ergebnisse dieser Studie bestätigt.

Hypothese 1.4 „Im Fragebogen ECR-RS zeigen sich bei den Patientinnen höhere Scores in den Dimensionen Angst und Vermeidung.“

Hypothese 1.4 wird durch die durchgeführte Untersuchung bestätigt. Patientinnen wiesen bei der Analyse des Fragebogens ECR-RS signifikant mehr Angst und mehr Vermeidung auf. Dies zeigte sich sowohl in der Beziehung zur Mutter als auch in der Beziehung zum Vater.

Hypothese 2 „Patientinnen unterscheiden sich im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen im berichteten Familienklima. Es wird erwartet, dass die Patientinnen von mehr Konflikten und weniger Zusammenhalt in ihren Familien berichten.“

Hypothese 2 kann nach den vorliegenden Ergebnissen teilweise bestätigt werden. Entsprechend der dargelegten Ergebnisse wurde nachgewiesen, dass Patientinnen ihre Herkunftsfamilien als weniger positiv-emotional und als mehr normativ-autoritativ empfinden. Tatsächlich erleben Patientinnen weniger Zusammenhalt in ihren Familien, jedoch wurde kein Unterschied in der Skala Konflikt gezeigt.

Hypothese 3 „Personen mit Bindungsstörung im AAP weisen eine erhöhte Psychopathologie im Fragebogen SCL-90-R auf.“

Wird der GSI als Maß für die Psychopathologie herangezogen, weisen desorganisiert gebundene Personen, verglichen mit organisiert gebundenen Personen eine tendenziell höhere Psychopathologie auf. Sie weisen ein signifikant höheres Ausmaß an Depressivität und Aggressivität/Feindseligkeit auf. Somit wird Hypothese 3 nur unter bestimmten Aspekten bestätigt.

Hypothese 4 „Patientinnen mit Bindungsstörung im AAP zeigen eine erhöhte essstörungsspezifische Psychopathologie in den Fragebögen EDE-Q und EDI-2.“

Es wurde kein signifikanter Unterschied zwischen organisierter und desorganisierter Bindung hinsichtlich der essstörungsspezifischen Psychopathologie bei der Patientinnengruppe nachgewiesen. Hypothese 4 wird somit nicht bestätigt.

4 Diskussion

Ziel dieser Studie war, die Bindung und das Familienklima bei Patientinnen mit Bulimia nervosa und gesunden Kontrollprobandinnen zu untersuchen. Dafür wurde das Instrument AAP das erste Mal bei einer Essstörungs-Stichprobe verwendet. Zudem wurden Fragebögen zur Erforschung des Familienklimas, der allgemeinen Psychopathologie und der essstörungsspezifischen Psychopathologie herangezogen.

Im Folgenden werden das Studiendesign und die Vorgehensweise diskutiert. Des Weiteren werden die Ergebnisse der Studie interpretiert und in den aktuellen Forschungsstand eingebettet. Es werden Grenzen der Studie aufgezeigt sowie ein Ausblick für weitere Forschung auf diesem Gebiet gegeben.

4.1 Diskussion des Studiendesigns und der Vorgehensweise

Für diese Untersuchung wurde eine Stichprobe von 30 Patientinnen mit Bulimia nervosa und 30 Kontrollprobandinnen gewählt. Auf der einen Seite wurde damit für die statistische Aussagekraft eine hinreichend große Anzahl an untersuchten Personen festgelegt. Auf der anderen Seite waren finanzielle und personelle Ressourcen begrenzt, sodass in die Studie nicht beliebig viele Studienteilnehmerinnen eingeschlossen werden konnten. Es wurden in Bezug auf die Stichprobengröße angemessene statistische Methoden verwendet (t-Test, ANOVA, exakter U-Test nach Mann-Whitney, exakter Test nach Fisher).

Die Teilnahme an der Studie war freiwillig. Dieser Umstand führte zu einer Vorselektion. Es ist weder bekannt, wie viele Patientinnen eine Teilnahme im Vorhinein ablehnten, noch welche Gründe zu einer möglichen Absage führten.

In die Studie wurden nur weibliche Patienten eingeschlossen. Die Prävalenz der Erkrankung Bulimia nervosa ist bei Frauen wesentlich höher als bei Männern. Die geschätzte Lebenszeitprävalenz bei Männern liegt bei 0,1 % in einer Untersuchung in sechs

europäischen Ländern (Preti et al. 2009). Wegen der geringen Zahl von Männern mit dieser Essstörung wurden diese nicht in die Studie miteinbezogen.

Als Einschlusskriterium wurde ein Alter zwischen 17 und 31 Jahren gewählt (siehe Kapitel 2.1.1). In einer italienischen Stichprobe lag der Krankheitsbeginn bei Patientinnen, die um 1980 geboren wurden, bei durchschnittlich 17,1 Jahren (Favaro et al. 2009). In einer niederländischen Stichprobe Ende der Neunziger Jahre lag dieser zwischen 15 und 24 Jahren (van Son et al. 2006). Die in dieser Studie als Einschlusskriterium gewählte Altersspanne erscheint somit als sinnvoll, um Patientinnen mit einer aktiven BN, aber nicht mit allzu langer Krankheitsdauer zu untersuchen. Darüber hinaus befinden sich die Teilnehmerinnen der gewählten Altersspanne in einer ähnlichen psychosozialen Situation, was ein besser vergleichbares Kollektiv zu Folge hat.

25 der 30 Patientinnen nahmen zum Zeitpunkt der Datenerhebung an einer tagesklinischen oder stationären Therapie teil. Es kann davon ausgegangen werden, dass hauptsächlich Patienten mit schwerem Krankheitsverlauf eine tagesklinische oder gar stationäre Therapie in Anspruch nehmen. Daher ist die Patientinnen-Stichprobe der vorliegenden Untersuchung nicht als repräsentativ für alle Patienten mit Bulimia nervosa zu werten, wodurch eine Verallgemeinerung der Ergebnisse dieser Untersuchung nicht möglich ist.

Wie in Abschnitt 2.2.2 dargestellt, sind die Patientinnengruppe und die Kontrollgruppe hinsichtlich des Bildungsgrades sehr gut vergleichbar.

Mit dieser als Querschnittsstudie durchgeführten Untersuchung lässt sich die Frage nach der Ursache und der Wirkung der untersuchten Aspekte nicht eindeutig beantworten. Hat die Erkrankung negative Einflüsse auf die Bindung oder das Familienklima? Oder tragen Bindungsstörungen und dysfunktionale Familienbeziehungen zur Entstehung einer Essstörung bei? Aus theoretischer Sicht erscheint es plausibel, dass aus einer Bindungsstörung, die sich früh entwickelt, eine Essstörung resultiert.

4.2 Diskussion der Methoden

Das AAP, welches zur Untersuchung der Bindung von Patientinnen und Kontrollprobandinnen verwendet wurde, ist ein standardisiertes Instrument, dessen Gütekriterien überprüft wurden. Anders als in Fragebögen werden mithilfe dieser Methode auch unbewusste Abwehrprozesse ausgewertet. Das AAP ist damit ein ökonomisches Äquivalent zum Goldstandard der Bindungsforschung, dem AAI.

Das AAP wurde nach den Vorgaben des Manuals durchgeführt. Für die Auswertung stand Dr. Alessandra Vicari als zertifizierte Auswerterin des AAP zur Verfügung. Sie war bei der Auswertung blind, was die Gruppenzugehörigkeit betraf.

Alle verwendeten Fragebögen sind Standardinstrumente in der Forschung mit psychischen Erkrankungen (SCL-90-R), Bindung (ECR-RS), Essstörungen (EDE-Q, EDI-2) und familiären Strukturen (FKS).

4.3 Diskussion der Ergebnisse

4.3.1 Diskussion der Ergebnisse des SCL-90-R

Die Ergebnisse der Kontrollgruppe dieser Untersuchung sind mit Werten für gesunde Frauen zwischen 16 und 29 Jahren aus dem Manual des SCL-90-R (Franke 2000) vergleichbar. Bei den gesunden Frauen finden sich im Manual geringfügig höhere Werte, sowohl beim GSI, als auch bei allen Subskalen, mit Ausnahme der Subskala Zwanghaftigkeit.

Weiterhin finden sich im Anhang des Manuals des SCL-90-R Tabellen mit Werten von Patientinnen mit Essstörung während einer stationären Therapie (Franke 2000). Die Art der Essstörung ist dort jedoch nicht genauer definiert. Diese Werte unterscheiden sich nur unwesentlich von den Werten der Patientinnen dieser Untersuchung. Die Mittelwerte der Subskalen Somatisierung, Zwanghaftigkeit, Depressivität, Aggressivität/ Feindseligkeit, Paranoides Denken und Psychotizismus sowie der GSI sind bei den Patientinnen dieser

Studie etwas höher. Bei den Subskalen Unsicherheit im Sozialkontakt, Ängstlichkeit und Phobische Angst wurden bei den Patientinnen dieser Studie geringfügig niedrigere Mittelwerte, im Vergleich zu den Mittelwerten der stationären Essstörungspatientinnen, ermittelt. Auch die Ergebnisse einer Studie zur Differentialdiagnostik psychischer Erkrankungen, bei der unter anderem 32 Patienten mit Essstörung untersucht wurden decken sich weitgehend mit den Ergebnissen der Patientinnengruppe dieser Untersuchung (Becker et al. 2002).

4.3.2 Diskussion der Ergebnisse der Essstörungsfragebögen

Die höchst signifikanten Unterschiede zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen bei den Ergebnissen der Essstörungsfragebögen waren bei dem vorliegenden Studiendesign zu erwarten.

Im Manual des Fragebogens EDI-2 sind im Anhang Normtabellen u.a. für weibliche Kontrollprobanden und Patientinnen mit Bulimia nervosa dargestellt. Die angegebenen Vergleichswerte wurden anhand einer Untersuchung von 186 weiblichen Kontrollprobanden bzw. 217 Patientinnen mit Bulimia nervosa erhoben. Der Vergleich der Ergebnisse des EDI-2 der vorliegenden Untersuchung mit den Perzentilen der EDI-2 Skalenwerte (Normtabellen) aus dem EDI-2 Manual (Paul u. Thiel 2005) zeigt bei der Patientinnengruppe dieser Studie Perzentilenwerte zwischen 35 % und 60 %. Bei der Kontrollgruppe dieser Studie lassen sich Perzentilenwerte der EDI-2-Skalen zwischen 25 % und 50 % nachweisen. Damit sind die Werte der Patientinnengruppe dieser Studie mit den Werten anderer Bulimie-Patientinnen vergleichbar. Die Kontrollprobandinnen befinden sich hinsichtlich der im Manual des EDI-2 gezeigten Ergebnisse im Normbereich für gesunde Frauen.

Sowohl im Hinblick auf die essstörungsspezifische Psychopathologie, als auch im Hinblick auf die diagnostischen Kernverhaltensweisen (Fragen zu Essanfällen, induziertem Erbrechen, Laxantienabusus) bezieht sich der EDE-Q auf die vergangenen 28 Tage. Ein Großteil der in diese Untersuchung eingeschlossenen Patientinnen befand sich zum

Zeitpunkt der Datenerhebung in stationärer Behandlung. Die meisten Patientinnen berichteten, dass sich ihr Essverhalten im kontrollierten stationären Setting drastisch geändert habe, sodass der Zeitraum der vergangenen 28 Tage nicht die Situation vor dem stationären Aufenthalt widerspiegelt. Aus diesem Grund wurden die diagnostischen Kernverhaltensweisen in dieser Studie nicht ausgewertet. Alle eingeschlossenen Patientinnen erfüllten die Diagnosekriterien einer Bulimia nervosa nach DSM-IV vor der tagesklinischen oder stationären Behandlung.

Zur Diskussion der Ergebnisse des Fragebogens EDE-Q bietet es sich an, die Ergebnisse von Vergleichsstichproben (eine andere bulimische Patientengruppe und gesunde Kontrollprobanden) heranzuziehen (Hilbert et al. 2007) (siehe dazu Kapitel 3.2, Tabelle 7). Die Patientinnen dieser Untersuchung erzielen in allen vier Subskalen und auch beim EDE-Q-Gesamtwert höhere Werte als die bulimischen Patienten der Vergleichsstichprobe. Ein möglicher Grund dafür ist, dass die Patientinnen dieser Studie schwerer betroffen sind. Ein Großteil der eingeschlossenen Patientinnen befand sich zum Zeitpunkt der Datenerhebung in tagesklinischer oder stationärer Behandlung (25 von 30 Patientinnen). Es ist zwar bekannt, über welche klinischen Einrichtungen die Patienten der Vergleichsgruppe von Hilbert et al. rekrutiert wurden, jedoch bleibt unklar, ob deren Patienten ambulant oder stationär behandelt wurden. Es kann davon ausgegangen werden, dass Patienten, die von einer Erkrankung schwer betroffen sind, stationär bzw. tagesklinisch behandelt werden. Folglich können die vergleichsweise hohen Werte der Patientinnen der vorliegenden Studie im EDE-Q durch den großen Anteil an stationär bzw. tagesklinisch behandelten Patientinnen erklärt werden.

4.3.3 Diskussion der Ergebnisse der Familienklimaskalen

Der Fragebogen Familienklimaskalen wurde im Zusammenhang mit Essstörungs-Untersuchungen bislang nicht verwendet. Allerdings fand die englische Version FES (Family Environment Scale) diesem Bereich Anwendung (Moos u. Moos 1994). Der Aufbau des

Fragebogens und die Subskalen von FES und FKS sind identisch. Somit sind die Ergebnisse übertragbar.

In Konsens mit diversen anderen Studien (Johnson u. Flach 1985, Felker u. Stivers 1994) fand sich in dieser Studie weniger Zusammenhalt und weniger Offenheit in den Familien der Patientinnen (siehe Kapitel 3.3, Tabelle 8). Die Subskala *Offenheit* differenzierte in der vorliegenden Studie am deutlichsten zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen. Sie beschreibt, inwiefern spontane Gefühlsäußerungen begrüßt bzw. toleriert oder negativ sanktioniert werden. In den Familien bulimischer Patientinnen erscheint demnach der Gefühlsausdruck gestört. 2002 korrelierten Crowther et al. den Fragebogen FES mit dem Fragebogen „Bulimia test revised“, welcher die Schwere der Essstörungssymptomatik misst (Crowther et al. 2002). Auch sie fanden einen signifikant negativen Zusammenhang zwischen der Subskala Offenheit und bulimischen Symptomen.

Entgegen einer Vielzahl vorheriger Studien (Kog u. Vandereycken 1989, Johnson u. Flach 1985, Felker u. Stivers 1994), fand sich in dieser Untersuchung kein Unterschied in der Subskala Konflikt. Diese Skala beschreibt das Ausmaß an Streitereien, ärgerlicher Expression bzw. sachlicher Problemlösung. Es ist denkbar, dass in den Familien bulimischer Patientinnen in der vorliegenden Studie tatsächlich kein erhöhtes Maß an Konfliktneigung besteht. Eine andere mögliche Erklärung ist, dass bestehende Konflikte nicht offen ausgetragen werden und Emotionen, wie z.B. Ärger nicht offen ausgedrückt werden. Diese These wird gestützt durch die geringe Offenheit in den betreffenden Familien.

Ebenso wie in der vorliegenden Studie wurde auch in der Arbeit von Johnson und Flach signifikant weniger aktive Freizeitgestaltung in den Familien bulimischer Patientinnen nachgewiesen. Entgegen der Ergebnisse dieser Studie unterschieden sich jedoch diese Familien nicht signifikant von Familien gesunder Vergleichs-Probanden hinsichtlich der Leistungsorientierung (Johnson u. Flach 1985).

Die Ergebnisse dieser Studie untermauern, dass Patientinnen mit Bulimia nervosa ihre Familienstrukturen als vermehrt dysfunktional erleben. Dass familiäre Strukturen aber auch als Ressource bei der Bewältigung der Krankheit dienen können und ein positiv wahrgenommenes Familienklima zum Therapieerfolg beitragen kann, impliziert familientherapeutische Interventionen. Werden Familienmitglieder in den therapeutischen Prozess miteinbezogen, kann dies insbesondere den Zusammenhalt in den

Familien stärken sowie einen offenen Umgang und Verständnis füreinander fördern und damit zur Besserung der Essstörung beitragen. Familientherapie hat seinen festen Platz in der Therapie der Essstörungen. Die Wirksamkeit gilt, zumindest bei jugendlichen Patientinnen, als erwiesen (Reich 2005).

Die Frage, ob dysfunktionale Familienbeziehungen als Ursache oder als Folge der Erkrankung Bulimia nervosa angesehen werden müssen, kann anhand der vorliegenden Querschnittsstudie nicht beantwortet werden.

Weiterhin stellt sich die Frage nach der Spezifität der Ergebnisse. Die Studienlage deutet darauf hin, dass auch bei anderen psychischen Erkrankungen, wie z.B. Depressionen oder Angststörungen eine familiäre Dysfunktion nachzuweisen ist ((Zhang et al. 2011) (Wang u. Xu 2010)).

Wahrscheinlich sind die Ergebnisse zum Familienklima bei Patientinnen mit Bulimia nervosa also nicht spezifisch für die Erkrankung. Vermutlich wirkt die familiäre Dysfunktion im Zusammenspiel mit weiteren Auslösern bei der Entstehung und Aufrechterhaltung verschiedener psychischer Erkrankungen mit.

4.3.4 Diskussion der Ergebnisse des ECR-RS

Die Hypothese 1.4 (Im Fragebogen ECR-RS zeigen sich bei den Patientinnen höhere Scores in den erfassten Dimensionen Angst und Vermeidung) wird durch die vorliegende Untersuchung verifiziert.

In der Veröffentlichung von Fraley et al. geben die Autoren Normwerte für den ECR-RS an, welche über eine Internet-Studie erhoben wurden (Fraley et al. 2011). An dieser Studie nahmen über 20.000 Personen teil. Davon waren über 80 % weiblich und das Durchschnittsalter lag bei 31 Jahren. Auf mögliche psychische Erkrankungen in dieser Stichprobe wurde nicht näher eingegangen. Beim Vergleich der Werte von weiblichen Personen aus der Internet-Stichprobe mit den Werten der Kontrollgruppe dieser Untersuchung fällt auf, dass in letzterer weniger Angst und weniger Vermeidung in den

Beziehungen zu Mutter und Vater besteht. Es besteht die Möglichkeit, dass der Anteil an Personen mit Bindungsproblemen bei einer relativ anonymen Internet-Studie zum Thema Bindung überdurchschnittlich hoch ist. Im Vergleich zu den Teilnehmerinnen der Internet-Studie erleben die Patientinnen dieser Untersuchung mehr Angst und mehr Vermeidung in den Beziehungen zu beiden Elternteilen.

Koskina und Giovazolias untersuchten 2010 mit dem ECR-R den Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung in romantischen Beziehungen und gestörtem Essverhalten (Koskina u. Giovazolias 2010). Sie kamen zu dem Ergebnis, dass der Zusammenhang zwischen Bindungsangst (Anxiety) in romantischen Beziehungen und gestörtem Essverhalten durch die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper vermittelt wird. Bindungsvermeidung (Avoidance) in romantischen Beziehungen hatte in der Studie hingegen einen direkten Einfluss auf das Essverhalten (Koskina u. Giovazolias 2010).

Zur Einbettung der Ergebnisse des ECR-RS dieser Studie in den Forschungsstand der Bindungs-Fragebögen bei Essstörungen wird im Folgenden auf Untersuchungen mit dem ASQ (Attachment Style Questionnaire) hingewiesen. Der ASQ (Attachment Style Questionnaire) misst Bindungsangst (vgl. Anxiety im ECR-RS) über die Skalen „Need for Approval“ (Bedürfnis nach Anerkennung) und „Preoccupation“ (Verstrickung; übermäßig mit Beziehungen befasst sein), während Bindungsvermeidung (vgl. Avoidance im ECR-RS) über die Skalen „Discomfort with closeness“ (Unwohlsein bei Nähe) und „Relationships as Secondary“ (Beziehungen als Nebensache) gemessen wird. Dakanalis et al. zeigten in ihrer Arbeit von 2014, dass maladaptiver Perfektionismus den Zusammenhang zwischen unsicherer Bindung (gemessen mit dem ASQ) und Essstörungen vermittelt (Dakanalis et al. 2014). Illing et al. untersuchten Patienten mit verschiedenen Essstörungsdiagnosen (restriktive Anorexia nervosa, purging Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) und eine nicht-Esstörungs-Stichprobe hinsichtlich der Bindung. Im Vergleich zu den gesunden Probanden wiesen auch in dieser Studie Essstörungspatienten höhere Werte in allen Skalen der unsicheren Bindung (Angst und Vermeidung, gemessen mit dem ASQ) auf (Illing et al. 2010).

4.3.4 Diskussion der Ergebnisse des AAP

4.3.4.1 Diskussion der Bindungsrepräsentationen

Wie in der Einleitung bereits dargelegt, wurde in diversen Studien zwar eine höhere Prävalenz unsicherer Bindungsrepräsentationen bei Patienten mit Essstörungen nachgewiesen, allerdings sind bisher weder spezifische Aussagen zur Bindungskategorie, noch eine Erklärung der zugrundeliegenden Mechanismen möglich. Daraus ergab sich das Forschungsinteresse der vorliegenden Studie.

Aufgrund vorangegangener Forschung wurde erwartet, dass Patientinnen mit Bulimia nervosa verglichen mit Kontrollprobandinnen signifikant häufiger *unsicher* gebunden sind. Dieser Unterschied war in dieser Untersuchung jedoch nur tendenziell signifikant.

Elf Kontrollprobandinnen wurden als *unsicher-distanziert* klassifiziert. Der Abwehrmarker *Deaktivierung* war bei diesen Kontrollprobandinnen sehr häufig zu finden. Es könnte sein, dass die jungerwachsenen Kontrollprobandinnen die Bedeutung von Bindungsbeziehungen herunterspielen, weil sie besonders gelassen wirken möchten.

In dieser Untersuchung waren Patientinnen mit Bulimia nervosa verglichen mit gesunden Kontrollprobandinnen signifikant häufiger *desorganisiert (unverarbeitetes Trauma)* gebunden. Dieses Ergebnis steht in Konsens mit vorangegangenen Untersuchungen der Bindung von psychosomatischen bzw. psychiatrischen Patienten mit dem AAP. In einer Studie von Juen et al. wurden 52 % der Patientenstichprobe (keine Essstörungspatienten, sondern PTDS, Alkoholiker, BPD, Depressive, Schizophrene) mit dem AAP als *unverarbeitetes Trauma* klassifiziert (Juen et al. 2013). In der vorliegenden Untersuchung war dieser Anteil mit circa 53 % unter den Patientinnen vergleichbar hoch. Buchheim et al. untersuchten 2008 die Bindung bei Patienten mit BPD und gesunden Kontrollprobanden mittels des AAP (Buchheim et al. 2008). Patienten wiesen signifikant häufiger die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma* auf. 2011 untersuchten Buchheim et al. eine Patientengruppe mit BPD, eine Patientengruppe mit Angststörung, sowie eine gesunde Kontrollgruppe (Buchheim u. George 2011). Die Patienten beider Gruppen zeigten auch hier verglichen mit Kontrollprobanden signifikant häufiger die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma*.

Werden aufgrund der fehlenden AAP-Studien zu Essstörungen auch Untersuchungen der Bindung mithilfe des AAI bei Essstörungen in die Diskussion des desorganisierten Bindungsstatus miteinbezogen, stellen unterschiedliche Auswertungen und Klassifikationen ein Problem dar. *Unverarbeitetes Trauma* wird beim AAI als Zusatz zu einer Bindungsrepräsentation (F, Ds, E) vergeben. Ein Review zu Bindung bei Essstörungen zeigte, dass im AAI die Bindungsrepräsentation *unsicher-verstrickt* am häufigsten bei Patienten mit Bulimia nervosa nachgewiesen wurde (Zachrisson u. Skårderud 2010). Der Anteil an *unsicher-verstrickt* gebundenen Patientinnen war in unserer Untersuchung allerdings sehr klein ($n = 1$). Die Bindungsrepräsentation *unsicher-verstrickt* wird im AAP als Ausschlussentscheidung vergeben (siehe dazu Kapitel 2.5.1.2). Da im AAI die Repräsentation *unverarbeitetes Trauma* als Zusatz vergeben wird, kann dort parallel eine *unsicher-verstrickte* Bindungsrepräsentation vorliegen. Dies ist beim AAP nicht möglich.

Beim AAP wird die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma* vergeben, wenn der Abwehrmarker *abgetrenntes System* auftaucht (siehe Kapitel 2.5.1.2). D.h. schmerzhaft bindungsrelevante Erinnerungen werden abgeblockt und der Zugang zum Bewusstsein verwehrt. Vermutlich entsteht dieser Zustand durch nicht verarbeitete Traumata, wie z.B. emotionalem oder physischem Missbrauch, Psychopathologie der Eltern oder dem Verlust durch Tod (Bowlby 1980).

In der vorliegenden Studie wurden die Probandinnen nicht mittels Trauma-Fragebogen untersucht. Daher konnte nicht ermittelt werden, worauf der hohe Anteil an unverarbeiteten Traumata in der Patientinnengruppe beruht. Ein Trauma-Fragebogen hätte unter Umständen klären können, ob viele Patientinnen mit dem Bindungsstatus *unverarbeitetes Trauma* ein ähnliches Trauma erlebt haben oder ganz unterschiedliche traumatische Erfahrungen vorliegen.

In einer Studie von Tagay et al. berichteten 57,7 % der untersuchten bulimischen Frauen ($n = 71$), mindestens ein traumatisches Erlebnis gehabt zu haben (Tagay et al. 2010). Tasca et al. folgerten aus den Ergebnissen ihrer Studie, dass Bindungsunsicherheit die Essstörungssymptomatik als Konsequenz eines Kindheitstraumas erklären kann (Tasca et al. 2013).

Wie bereits an anderer Stelle erwähnt, untersuchte Xiaorong Zhou anhand der Patientinnen und Kontrollprobandinnen der vorliegenden Studie u.a. die Beziehung der

Töchter zu ihren Müttern. Sie kommt zu dem Ergebnis, dass Patientinnen ihre Mütter oft als ängstlich und schwach erleben, weshalb es an Verlässlichkeit und Unterstützung seitens der Mütter mangelt. Oftmals wurde das Phänomen des „reverse caregiving“ beschrieben – die Patientinnen mussten sich um ihre Mütter kümmern und fühlten sich dadurch belastet (Zhou 2015). Auch diese belastende Beziehung zur Mutter könnte einem *unverarbeiteten Trauma* zugrunde liegen.

4.3.4.2 Diskussion der monadischen Bilder im Vergleich zu den dyadischen Bildern

In dieser Untersuchung wurde gezeigt, dass Patientinnen mit Bulimia nervosa bei monadischen Bildern des AAP signifikant weniger MSB und signifikant mehr Abwehrmarker für *abgetrennte Systeme* (SEG. S.) im Vergleich mit gesunden Kontrollprobandinnen aufweisen (siehe Kapitel 3.5). Bei dyadischen Bildern wurde dieser Unterschied nicht nachgewiesen. Die monadischen Bilder scheinen also besser zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen zu differenzieren. Zum einen könnten sich die verschiedenen Themen der monadischen Bilder (Langeweile, Verzweiflung, Trauer, Bedrohung) besser zur Feststellung der o.g. Unterschiede eignen. Die monadischen Bilder „Fenster“, „Bank“ und „Friedhof“ vermitteln zudem alle das Gefühl der Einsamkeit. Eine andere mögliche Erklärung ist folglich, dass das Thema Einsamkeit entscheidend ist. Southward et al. zeigten, dass Einsamkeit den Einfluss von emotionaler Dysregulation auf die bulimische Psychopathologie vermittelt (Southward et al. 2014). Stewart geht in einer Übersichtsarbeit davon aus, dass Einsamkeit die Folge von vielen ätiologischen Einflussfaktoren ist und Einfluss auf die Rückfallrate der Bulimia nervosa hat (Stewart 2004). Abgesehen davon könnte es sein, dass Patientinnen der Umgang mit bindungsrelevanten Szenen, in denen nur eine Person zu sehen ist, schwerer fällt, da es ihnen nicht möglich ist, eine Verbindung zu einer anderen fiktiven Person herzustellen und diese als Ressource zur Lösung eines Problems einzubeziehen.

Hinsichtlich des Abwehrmarkers SEG. S. ist das monadische Bild „Fenster“ besonders hervorzuheben, da es als einziges monadisches Bild einen signifikanten Unterschied zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen liefert (siehe Kapitel 3.5, Tabelle 12). Im Bild „Fenster“ (siehe Kapitel 7) steht ein Mädchen allein mit dem Rücken zum Betrachter

in einem großen, leeren Raum und schaut aus dem Fenster. Ihre Schultern hängen herab und es wirkt emotional vernachlässigt. Dem Betrachter drängen sich Gefühle der Einsamkeit und Langeweile auf. Es ist denkbar, dass emotionale Vernachlässigung als traumatische Erfahrungen bei den Patientinnen eine besondere Rolle spielt.

Bei Juen et al. wurden die Ergebnisse aller Patienten (Patientenkollektiv siehe oben) und Kontrollen, die als *unverarbeitetes Trauma* klassifiziert wurden, hinsichtlich der Abwehrmechanismen genauer betrachtet: auch hier zeigten Patienten insbesondere bei Geschichten zu den monadischen Bildern des AAP häufiger den Abwehrmechanismus *abgetrenntes System* (Juen et al. 2013). Buchheim et al. entwickelten ein Trauma-Kodierungssystem für das AAP (Buchheim et al. 2008). Patienten mit BPD zeigten verglichen mit gesunden Kontrollprobanden signifikant häufiger Indikatoren für traumatische Angst in den monadischen Szenen. Dieser Unterschied ließ sich bei den dyadischen Szenen nicht nachweisen. Auch in einer anderen Patientengruppe mit BPD und in einer Patientengruppe mit Angststörung wurden bei den monadischen Szenen signifikant häufiger als bei den dyadischen Szenen traumatische Indikatoren detektiert (Buchheim u. George 2011).

Entgegen den Erwartungen unterschied auch das dyadische Bild „Krankenwagen“ signifikant zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen bei der Betrachtung der SEG. S. (siehe Kapitel 3.5, Tabelle 12). Das Bild thematisiert die Sorge um einen Menschen bzw. den Verlust eines Menschen. Auch diese Themen können eine traumatische Erfahrung darstellen.

Werden die MSB in Betracht gezogen, erscheinen in dieser Studie die monadischen Bilder „Friedhof“ und „Bank“ für die Differenzierung zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen am wichtigsten (vgl. Kapitel 3.5, Tabelle 11). Nur hier war der Unterschied zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen in Bezug auf die MSB signifikant, und zwar beim Marker *Selbstwirksamkeit*. Der Marker *Selbstwirksamkeit* wird vergeben, wenn die Person im Narrativ mit dem Alleinsein umgehen oder nachdenken kann, statt sich einsam, rastlos oder gelangweilt zu fühlen (internalisierte sichere Basis). Des Weiteren wird auch kodiert, wenn die Person im Narrativ Beziehungen zu anderen Menschen nutzen kann, um eine Situation zu verbessern (Hafen der Sicherheit) oder selbst handlungsfähig ist. Das Bild „Friedhof“ drückt die bindungsrelevanten Themen Trauer,

Verlust und Einsamkeit aus. Das Bild „Bank“ drückt die bindungsrelevanten Themen Einsamkeit und Verzweiflung aus.

An dieser Stelle wird auf den explorativen Forschungsansatz hingewiesen. Mögliche α -Fehler sind nicht kontrolliert. Es bleibt dennoch festzuhalten, dass monadische Bilder relevanter für die Differenzierung zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen sind.

Werden neben dem signifikanten Ergebnis hinsichtlich der desorganisieren Bindungsrepräsentation dieser Studie auch die Arbeiten von Buchheim et al. 2008 und 2011 in die Diskussion der Bindungskategorien bei Bulimia nervosa miteinbezogen, muss in Zukunft wohl eher die Unterscheidung organisiert/ desorganisiert (anstelle der Unterscheidung sicher/ unsicher) im Vordergrund stehen.

4.3.5 Diskussion des Zusammenhangs zwischen Bindungsstörung und Psychopathologie

Wie in Abschnitt 3.6.1 dargelegt, besteht ein signifikanter Unterschied zwischen den organisiert gebundenen und den desorganisiert gebundenen Probandinnen hinsichtlich der Schwere der psychopathologischen Symptome in den SCL-90-R Subskalen Depressivität und Aggressivität/Feindseligkeit. Ein tendenziell signifikanter Unterschied findet sich beim GSI und der Subskala Zwanghaftigkeit. In dieser Studie weisen die desorganisiert gebundenen Probandinnen also in einigen Skalen ein höheres Maß an Psychopathologie auf.

4.3.6 Diskussion des Zusammenhangs zwischen Bindungsstörung und essstörungsspezifischer Psychopathologie

Wie in Abschnitt 3.7.1 bereits dargelegt, fand sich in dieser Untersuchung kein signifikanter Unterschied zwischen organisiert gebundenen Patientinnen mit Bulimia nervosa und desorganisiert gebundenen Patientinnen mit Bulimia nervosa hinsichtlich der essstörungsspezifischen Psychopathologie. Wahrscheinlich ist die aktuelle essstörungsspezifische Psychopathologie weniger abhängig von der Bindungsstörung, sondern wird eher von Faktoren wie aktuellen Konflikten und Ressourcen beeinflusst.

4.4 Schlussfolgerungen und Ausblick für weitere Forschung

Patientinnen mit Bulimia nervosa erleben ihre Herkunftsfamilien als vermehrt dysfunktional im Vergleich zu Kontrollprobandinnen. Mangelnder Zusammenhalt sowie wenig Offenheit in den Herkunftsfamilien der Patientinnen mit Bulimia nervosa kann zur Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung beitragen und bietet einen Ansatzpunkt für familientherapeutische Intervention. Für ein differenzierteres Bild der Familienstrukturen wäre jedoch auch eine Befragung von mehreren Familienmitgliedern interessant. Die Erforschung des Familienklimas im Rahmen einer Längsschnittstudie könnte gegebenenfalls die Frage klären, ob sich das Familienklima durch die Erkrankung verschlechtert oder ein Faktor ist, der an der Krankheitsentstehung mitwirkt. Für zukünftige Forschungsprojekte wären Studiendesigns mit verschiedenen Diagnosegruppen interessant, um die Spezifität der Familienstrukturen bei verschiedenen psychischen Erkrankungen zu beleuchten.

In der Patientinnengruppe finden sich im Vergleich mit der Kontrollgruppe mehr Bindungs-Angst und mehr Bindungs-Vermeidung in der Beziehung zur Mutter und zum Vater. In zukünftigen Studien könnte untersucht werden, ob sich das Erleben in romantischen Beziehungen mit dem Erleben der Beziehung zu den Eltern deckt. Von Interesse wären hier ebenfalls Längsschnittstudien, die, falls möglich, das Beziehungserleben vor Ausbruch, zu Beginn und im Verlauf der Krankheit Bulimia nervosa oder anderer psychischer Erkrankungen beleuchten.

Patientinnen dieser Studie sind im Vergleich zu Kontrollprobandinnen nur tendenziell signifikant häufiger unsicher gebunden. Jedoch weisen sie signifikant häufiger einen desorganisierten Bindungsstatus auf. Bei der Beschäftigung mit bindungsrelevanten Szenen bricht ihr Bindungssystem also signifikant häufiger zusammen. Die Hintergründe der großen Anzahl an *unverarbeiteten Traumata* im AAP bei der Patientinnengruppe wurden in dieser Arbeit nicht beleuchtet. Weitere Forschung diesbezüglich ist mit größeren Stichproben und Methoden zur Beforschung von Traumata notwendig. Aus den Ergebnissen dieser Arbeit lässt sich schlussfolgern, dass in der Bindungsforschung bei psychischen Erkrankungen mithilfe des AAP in Zukunft das Augenmerk auf der desorganisierten Bindung liegen sollte.

Die Ergebnisse dieser Studie weisen darauf hin, dass die monadischen Bilder des AAP besser zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen differenzieren als die dyadischen Bilder. Studien mit größeren Stichproben sollten diesen Hinweisen nachgehen. Es stellt sich die Frage, ob die inhaltliche Bedeutung der monadischen Bilder „Fenster“, „Bank“ und „Friedhof“ (Einsamkeit) oder die Konstellation mit nur einer dargestellten Person ausschlaggebend für die Differenzierung ist. Zur Beantwortung dieser Frage könnte ein abweichendes Set an monadischen AAP-Bildern angewendet werden, welches andere emotional belastende Themen darstellt.

Um das AAP noch spezifischer und ökonomischer zu gestalten, könnten dyadische Bilder unter Umständen weggelassen werden.

Weiterhin lässt die vorliegende Arbeit den Schluss zu, dass desorganisiert gebundene Personen depressiver erscheinen und ein höheres Maß an Aggressivität und Feindseligkeit aufweisen. Diese Erkenntnis unterstreicht die Bedeutsamkeit der Bindung im Hinblick auf die Belastung durch psychopathologische Symptome. Weitere Untersuchungen, z.B. mit spezifischen Fragebögen zu diesen Aspekten der Psychopathologie wären wünschenswert.

5 Zusammenfassung

Die vorliegende Arbeit soll zum Verständnis der Erkrankung Bulimia nervosa beitragen. Dazu wurde im Speziellen die Bindung und das Familienklima bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu gesunden Kontrollprobandinnen untersucht. Ergänzend wurde die allgemeine und esstörungsspezifische Psychopathologie beleuchtet. Es sollte geklärt werden, ob bei Patientinnen im Vergleich zu Kontrollprobandinnen häufiger eine Bindungsstörung vorliegt und wie diese charakterisiert ist. Des Weiteren wurde den Fragen nachgegangen, wie sich das Familienklima bei Patientinnen im Vergleich zu Kontrollprobandinnen unterscheidet, ob Personen mit Bindungsstörung ein erhöhtes Maß an Psychopathologie aufweisen und ob Patientinnen mit Bulimia nervosa mit Bindungsstörung ein erhöhtes Maß an esstörungsspezifischer Psychopathologie aufweisen.

Im Rahmen einer Querschnittsstudie wurden 30 Patientinnen mit Bulimia nervosa und 30 nach Alter und Bildungsgrad parallelisierte Kontrollprobandinnen ohne Essstörung untersucht. Die Fragebögen Symptom-Checkliste-90-revised (SCL-90-R), Eating-Disorder-Examination-Questionnaire (EDE-Q), Eating-Disorder-Inventory-2 (EDI-2) und die Familienklimaskalen (FKS) fanden Anwendung. Die Bindung wurde mit dem Adult Attachment Projective Test (AAP), sowie dem Fragebogen The Experiences in Close Relationships – Relationship Structures Questionnaire (ECR-RS) untersucht. Beim AAP wird die Testperson gebeten, Geschichten zu Bildern, welche bindungsrelevante Inhalte wie z.B. Einsamkeit oder Trauer darstellen, zu erzählen. Es werden monadische Bilder, auf denen nur eine Person zu sehen ist, sowie dyadische Bilder, auf denen zwei Personen dargestellt sind, vorgelegt. Bei der Auswertung werden vier Bindungskategorien unterschieden: *sicher*, *unsicher-distanziert*, *unsicher-verstrickt* und *unverarbeitetes Trauma*. Bei den drei erstgenannten Bindungskategorien können bindungsrelevante Themen sinnvoll verarbeitet werden. Es liegt ein organisierter Bindungsstatus vor. Bei der Kategorie unverarbeitetes Trauma gelingt dies nicht. Es liegt ein desorganisierter Bindungsstatus vor.

Die Ergebnisse zeigten, dass Patientinnen höchst signifikant höhere Werte für Psychopathologie (SCL-90-R) aufwiesen als Kontrollprobandinnen. Ebenso waren die esstörungsspezifischen Werte im EDI-2 im Falle der Patientinnen signifikant erhöht. Die Ergebnisse

des EDE-Q ergaben, dass es sich um eine relativ stark beeinträchtigte Patientinnenstichprobe handelt. Im Vergleich zur Kontrollgruppe beschreiben die Patientinnen in ihren Herkunftsfamilien signifikant weniger Offenheit, weniger Zusammenhalt und mehr Leistungsorientierung. Außerdem wird weniger Wert auf aktive Freizeitgestaltung gelegt. Im ECR-RS berichten die Patientinnen im Vergleich zu den Kontrollprobandinnen signifikant mehr Angst und mehr Vermeidung. Dies zeigte sich sowohl in der Beziehung zur Mutter als auch in der Beziehung zum Vater. Patientinnen wurden im Vergleich zu Kontrollprobandinnen im AAP tendenziell häufiger als unsicher gebunden klassifiziert ($p = 0,063$). Patientinnen wiesen signifikant häufiger die Bindungsrepräsentation *unverarbeitetes Trauma* (desorganisierte Bindung) auf ($p = 0,016$). Die monadischen Bilder des AAP differenzieren besser zwischen Patientinnen und Kontrollprobandinnen als dyadische Bilder. Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen Psychopathologie und Bindungsstörung wurde bei desorganisiert gebundenen Personen, verglichen mit organisiert gebundenen Personen ein signifikant höheres Ausmaß an Depressivität sowie Aggressivität und Feindseligkeit festgestellt. Bei der Untersuchung des Zusammenhangs zwischen essstörungsspezifischer Psychopathologie und Bindungsstörung wurde kein signifikanter Unterschied zwischen organisiert und desorganisiert gebundenen Patientinnen nachgewiesen.

Die Ergebnisse zum Familienklima stehen weitgehend im Einklang mit dem heutigen Forschungsstand und bieten einen Ansatzpunkt für familientherapeutische Intervention. Aus den Ergebnissen zur Bindungsforschung dieser Arbeit lässt sich ableiten, dass Patientinnen mit Bulimia nervosa häufiger einen desorganisierten Bindungsstatus aufweisen als gesunde Kontrollprobandinnen. Dies sollte in zukünftigen Bindungsstudien sowie in den Psychotherapien berücksichtigt werden. Die Bindungsstörung der Patientinnen zeigt sich besonders in den monadischen Bildern, was auf Schwierigkeiten im Umgang mit dem Gefühl der Einsamkeit hinweist. Es scheint, als sei die Bindungsrepräsentation nicht ausschlaggebend für das Ausmaß der essstörungsspezifischen Psychopathologie. Vermutlich sind hier andere Mechanismen wirksam. Das Ausmaß der Belastung durch psychopathologische Symptome ist bei Personen mit desorganisierter Bindung höher als bei Personen mit organisierter Bindung.

6 Literaturverzeichnis

1. Ainsworth M, Blehar M, Waters E, Wall S: Patterns of attachment: Assessed in the strange situation and at home. Erlbaum, Hillsdale (1978)
2. Albani C, Pokorny D, Blaser G, Kächele H: Beziehungsmuster und Beziehungskonflikte: Theorie, Klinik und Forschung. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen (2008)
3. Arroyo A, Segrin C: Family Interactions and Disordered Eating Attitudes: The Mediating Roles of Social Competence and Psychological Distress. *Communication Monographs* 80: 399–424 (2013)
4. Becker P, Jürgensen R, Rüdell H: Eignen sich die SCL-90-R sowie drei Persönlichkeitsfragebogen für die Differentialdiagnostik von Patienten aus unterschiedlichen diagnostischen Kategorien? *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 31: 272–283 (2002)
5. Bowlby J: Attachment and loss: Vol. 3: Loss, sadness and depression. Basic Books, New York (1980)
6. Bowlby J: Clinical applications of attachment: A secure base. Routledge, London (1988)
7. Buchheim A, Erk S, George C, Kächele H, Kircher T, Martius P, Pokorny D, Ruchow M, Spitzer M, Walter H: Neural correlates of attachment trauma in borderline personality disorder: a functional magnetic resonance imaging study. *Psychiatry Research* 163: 223–235 (2008)
8. Buchheim A, George C, Juen F, West M: Das Adult Attachment Projective Picture System (AAP). In: Gloger-Tippelt G (Hrsg) Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis, 2. Aufl, Huber, Bern S. 355-375 (2012)
9. Buchheim A, George C: Attachment disorganization in borderline personality disorder and anxiety disorder. In: Solomon J, George C (Hrsg) Disorganized attachment and caregiving, Guilford Press, New York S. 343-382 (2011)
10. Crowther JH, Kichler JC, Sherwood NE, Kuhnert ME: The role of familial factors in bulimia nervosa. *Eating Disorders* 10: 141–151 (2002)
11. Dakanalis A, Timko CA, Zanetti MA, Rinaldi L, Prunas A, Carrà G, Riva G, Clerici M: Attachment insecurities, maladaptive perfectionism, and eating disorder symptoms: A latent mediated and moderated structural equation modeling analysis across diagnostic groups. *Psychiatry Research* 215: 176–184 (2014)
12. Derogatis L: SCL-90-R Revised Manual. Administration, scoring and procedures manual. John Hopkins School of Medicine, Baltimore (1983)

13. Fairburn C, Beglin S: Assessment of eating disorders: Interview or self-report questionnaire? *International Journal of Eating Disorders* 16: 363–370 (1994)
14. Favaro A, Caregaro L, Tenconi E, Bosello R, Santonastaso P: Time trends in age at onset of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *The Journal of Clinical Psychiatry* 70: 1715–1721 (2009)
15. Felker K, Stivers C: The relationship of gender and family environment to eating disorder risk in adolescents. *Adolescence* 29: 821–834 (1994)
16. Fonagy P, Leigh T, Steele M, Steele H, Kennedy R, Mattoon G, Target M, Gerber A: The relation of attachment status, psychiatric classification, and response to psychotherapy. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 64: 22–31 (1996)
17. Fraley RC, Heffernan M, Vicary A, Brumbaugh CC: The experiences in close relationships—Relationship Structures Questionnaire: A method for assessing attachment orientations across relationships. *Psychological Assessment* 23: 615–625 (2011)
18. Fraley RC, Waller NG, Brennan KA: An item response theory analysis of self-report measures of adult attachment. *Journal of Personality and Social Psychology* 78: 350–365 (2000)
19. Franke G: SCL-90-R. Die Symptom-Checkliste von Derogatis—Deutsche Version—Manual. Beltz Test, Göttingen (1995)
20. Franke G: SCL-90-R Manual. 2. Aufl, Beltz Test, Göttingen (2000)
21. Garner D, Olmstead M, Polivy J: Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders* 2: 15–34 (1983)
22. Garner D: Eating disorder inventory-2. Psychological Assessment Resources, Odessa (1991)
23. George C, Kaplan N, Main M: Attachment interview for adults. Unpublished manuscript, Dept. Psychology, University of California, Berkeley (1985)
24. George C, West M, Pettem O: Adult Attachment Projective: disorganization of adult attachment at the level of representation. In: Solomon J, George C (Hrsg) *Attachment disorganization*, Guilford Press, New York S. 462–507 (1999)
25. George C, West M: The development and preliminary validation of a new measure of adult attachment: the adult attachment projective. *Attachment & Human Development* 3: 30–61 (2001)

26. George C, West M: The Adult Attachment Projective Picture System: integrating attachment into clinical assessment. *Journal of Personality Assessment* 93: 407–416 (2011)
27. George C, West M: The Adult Attachment Projective Picture System: Attachment Theory and Assessment in Adults. The Guilford Press, New York (2012)
28. Grange D Le, Lock J: Academy for eating disorders position paper: The role of the family in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders* 43: 1–5 (2010)
29. Groß G: Verhaltenstherapeutische Modellvorstellungen. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*, 1. Aufl, Springer, Heidelberg S. 54-56 (2008)
30. Herpertz S, Herpertz-Dahlmann B, Fichter M, Tuschen-Caffier B, Zeeck A: S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. Springer, Heidelberg (2011)
31. Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Karwautz A, Niederhofer H, Munsch S: Eating disorder examination-questionnaire. *Diagnostica* 53: 144–154 (2007)
32. Hilbert A, Tuschen-Caffier B: Eating Disorder Examination – Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung. Verlag für Psychotherapie, Münster (2006)
33. Holtom-Viesel A, Allan S: A systematic review of the literature on family functioning across all eating disorder diagnoses in comparison to control families. *Clinical Psychology Review* 34: 29–43 (2014)
34. Illing V, Tasca G, Balfour L, Bissada H: Attachment insecurity predicts eating disorder symptoms and treatment outcomes in a clinical sample of women. *The Journal of Nervous and Mental Disease* 198: 653–659 (2010)
35. Johnson C, Flach A: Family characteristics of 105 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry* 142: 1321–1324 (1985)
36. Juen F, Arnold L, Meissner D, Nolte T, Buchheim A: Attachment Disorganization in different clinical groups: What underpins Unresolved Attachment? *Psihologija* 46: 127–141 (2013)
37. Klagsbrun M, Bowlby J: Responses to separation from parents: A clinical test for young children. *British Journal of Projective Psychology & Personality Study* 21: 7–27 (1976)
38. Kog E, Vandereycken W: Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: A review of the research literature. *Clinical Psychology Review* 5: 159–180 (1985)
39. Kog E, Vandereycken W: Family interaction in eating disorder patients and normal controls. *International Journal of Eating Disorders* 8: 11–23 (1989)

40. Koskina N, Giovazolias T: The effect of attachment insecurity in the development of eating disturbances across gender: the role of body dissatisfaction. *The Journal of Psychology* 144: 449–471 (2010)
41. Latzer Y, Hochdorf Z, Bachar E, Canetti L: Attachment style and family functioning as discriminating factors in eating disorders. *Contemporary Family Therapy* 24: 581–599 (2002)
42. Lis A, Mazzeschi C, Di Riso D, Salcuni S: Attachment, assessment, and psychological intervention: a case study of anorexia. *Journal of Personality Assessment* 93: 434–444 (2011)
43. Main M, Goldwyn R, Hesse E: The adult attachment interview: Scoring and classification system, version 7.2. Unpublished manuscript, University of California, Berkeley (2003)
44. Main M, Kaplan N, Cassidy J: Security in Infancy, Childhood, and Adulthood: A Move to the Level of Representation. *Monographs of the Society for Research in Child Development* 50: 66–104 (1985)
45. Main M, Solomon J: Discovery of an insecure-disorganized/disoriented attachment pattern. In: Brazelton T, Yogman MW (Hrsg), *Affective development in infancy*, Ablex Publishing, Westport S. 95-124 (1986)
46. Main M: Aktuelle Studien zur Bindung. In Gloger-Tippelt G (Hrsg), *Bindung im Erwachsenenalter. Ein Handbuch für Forschung und Praxis*, 2. Aufl, Huber, Bern S. 17-60 (2012)
47. Mikulincer M, Shaver P: An attachment perspective on psychopathology. *World Psychiatry* 11: 11–15 (2012)
48. Moos R, Moos B: A Typology of Family Social Environments. *Family Process* 15: 357–371 (1976)
49. Moos R, Moos B: *Family environment scale manual*. Consulting Psychologists Press, Palo Alto (1994)
50. O’Shaughnessy R, Dallos R: Attachment research and eating disorders: a review of the literature. *Clinical Child Psychology and Psychiatry* 14: 559–574 (2009)
51. Paul T, Thiel A: *Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2): Deutsche Version*. Hogrefe, Göttingen (2005)
52. Polivy J, Herman CP: Causes of eating disorders. *Annual Review of Psychology* 53: 187–213 (2002)

53. Preti A, Girolamo G de, Vilagut G, Alonso J, Graaf R de, Bruffaerts R, Demyttenaere K, Pinto-Meza A, Haro JM, Morosini P: The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research* 43: 1125–1132 (2009)
54. Ravitz P, Maunder R, Hunter J, Sthankiya B, Lancee W: Adult attachment measures: a 25-year review. *Journal of Psychosomatic Research* 69: 419–432 (2010)
55. Reich G: Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen. *Praxis Der Kinderpsychologie Und Kinderpsychiatrie* 54: 318–336 (2005)
56. Ringer F, Crittenden PM: Eating disorders and attachment: the effects of hidden family processes on eating disorders. *European Eating Disorders Review* 15: 119–130 (2007)
57. Sass H, Wittchen HU, Zaudig M, Houben I: Diagnostische Kriterien DSM-IV-TR. Hogrefe Verlag, Göttingen (2003)
58. Schmidt U, Humfress H, Treasure J: The role of general family environment and sexual and physical abuse in the origins of eating disorders. *European Eating Disorders Review* 5: 187–207 (1997)
59. Schmücker G, Buchheim A: Mutter-Kind-Interaktion und Bindung in den ersten Lebensjahren. In: Strauß B, Buchheim, A, Kächele H (Hrsg) *Klinische Bindungsforschung: Theorien - Methoden - Ergebnisse*, Schattauer Verlag, S. 177-178 (2002).
60. Schneewind K, Beckmann M, Hecht-Jackl A: *Das FK-Testsystem. Das Familienklima aus der Sichtweise der Eltern und Kinder*. Ludwig-Maximilians-Universität, München (1985)
61. Schneewind K: Die Familienklimaskalen (FKS). In: Cierpka M (Hrsg), *Familiendiagnostik*, Springer, Berlin, Heidelberg S. 232-255 (1988)
62. Southward M, Christensen KA, Fettich KC, Weissman J, Berona J, Eunice CY: Loneliness mediates the relationship between emotion dysregulation and bulimia nervosa/binge eating disorder psychopathology in a clinical sample. *Eating and Weight Disorders* 19: 509–513 (2014)
63. Spangler G, Grossmann K: Biobehavioral organization in securely and insecurely attached infants. *Child Development* 64: 1439–1450 (1993)
64. Spanos A, Klump K, Burt S: A longitudinal investigation of the relationship between disordered eating attitudes and behaviors and parent–child conflict: A monozygotic twin differences design. *Journal of Abnormal Psychology* 119: 293–299 (2010)

65. Stewart W: The Role of Perceived Loneliness and Isolation in the Relapse from Recovery in Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa. *Clinical Social Work Journal* 32: 185–196 (2004)
66. Tagay S, Schlegl S, Senf W: Traumatic events, posttraumatic stress symptomatology and somatoform symptoms in eating disorder patients. *European Eating Disorders Review : The Journal of the Eating Disorders Association* 18: 124–132 (2010)
67. Tasca GA, Kowal J, Balfour L, Ritchie K, Virley B, Bissada H: An attachment insecurity model of negative affect among women seeking treatment for an eating disorder. *Eating Behaviors* 7: 252–257 (2006)
68. Tasca GA, Ritchie K, Zachariades F, Proulx G, Trinneer A, Balfour L, Demidenko N, Hayden G, Wong A, Bissada H: Attachment insecurity mediates the relationship between childhood trauma and eating disorder psychopathology in a clinical sample: a structural equation model. *Child Abuse & Neglect* 37: 926–933 (2013)
69. Thiel A, Paul T: Test-retest reliability of the Eating Disorder Inventory 2. *Journal of Psychosomatic Research* 61: 567–569 (2006)
70. Troisi A, Massaroni P, Cuzzolaro M: Early separation anxiety and adult attachment style in women with eating disorders. *British Journal of Clinical Psychology* 44: 89–97 (2005)
71. van Son GE, van Hoeken D, Bartelds AIM, van Furth EF, Hoek HW: Time trends in the incidence of eating disorders: a primary care study in the Netherlands. *The International Journal of Eating Disorders* 39: 565–569 (2006)
72. von Wietersheim J, Holzinger K, Zhou X, & Pokorny D: Attachment in AAP episodes and family relationships in CCRT - LU narratives of patients with bulimia nervosa and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research* 76: 519–519 (2014)
73. Waller G, Slade P, Calam R: Who knows best? Family interaction and eating disorders. *The British Journal of Psychiatry* 156: 546–550 (1990)
74. Wang S, Xu H: Study of correlation between the level of social anxiety and the quality of subjective living, familial environment of children. *Chinese Journal of Clinicians* 4: 301–305 (2010)
75. Ward A, Ramsay R, Treasure J: Attachment research in eating disorders. *The British Journal of Medical Psychology* 73: 35–51 (2000)
76. Wittchen H-U, Nelson CB, Lachner G: Prevalence of mental disorders and psychosocial impairments in adolescents and young adults. *Psychological Medicine* 28: 109–126 (1998)

77. Zachrisson HD, Skårderud F: Feelings of insecurity: review of attachment and eating disorders. *European Eating Disorders Review* 18: 97–106 (2010)
78. Zhang Y, Li H, Zou S: Association between cognitive distortion, type D personality, family environment, and depression in Chinese adolescents. *Depression Research and Treatment* 2011: 1–8 (2011)
79. Zhou X: (2015 Persönliche Mitteilung)

7 Anhang

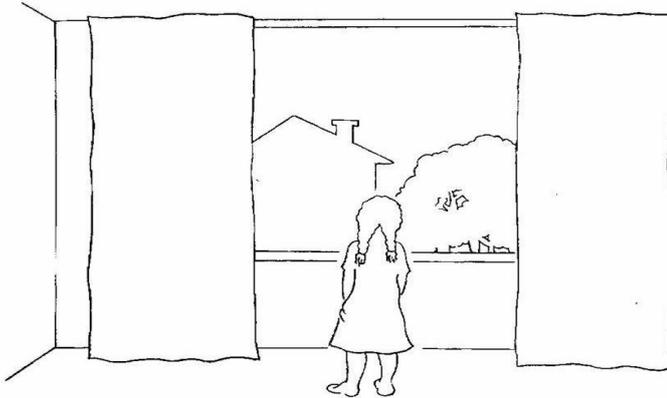


Abbildung 6: Adult Attachment Projective, Bild „Fenster“ (George u. West 2012)

Beispiel eines Narrativs zum Bild „Fenster“ von einer desorganisiert gebundenen Patientin mit Bulimia nervosa:

„Äh, ja. Ein Mädchen ist alleine in einem Zimmer, mit, schaut aus einem Fenster, würde ich sagen, ist einsam, schaut der Welt draußen zu, in dem Zimmer ist nicht besonders viel, ... an Sachen, es ist ein, wie gesagt, es ist recht alleine, draußen spielt sich das richtige Leben ab und ja, das Mädchen ist im Prinzip nur Beobachter und schaut zu. Ja. Bisschen ... ja, bisschen traurig.“ (*Wie könnte die Person sich fühlen, oder was könnte sie denken?*) ... „Ja, sie ist ein bisschen, ja, sie ist wie gesagt alleine, draußen spielt sich das richtige Leben ab. Sie ist ... neidisch ist das falsche Wort, eher sehnsüchtig, ähm, sehnsüchtig, auch nach draußen zu gehen, aber irgendwas hindert sie daran. Ich weiß nicht, entweder sie ist da eingesperrt, oder ja, traut sich nicht, oder, ja, irgendwas hindert sie halt dran. ... Was sie denken könnte, ja, sie würde gerne raus, kann aber nicht, irgendwas hindert sie. Und sie bedauert das, auf jeden Fall, dass sie da allein in diesem Zimmer ist.“ (*Und wie könnte es dazu gekommen sein?*) „Ja, also entweder haben die ihre Eltern da eingesperrt, oder sie hat selbst entschieden, ... ja, wie gesagt, ... irgendwas, was sie selbst nicht unbedingt benennen kann, hindert sie daran, rauszugehen. In Sicherheit, ... ja, Angst davor, eine Angst, die sie nicht benennen kann. ... Ja, auch so ein, dieses, sie gehört nicht dazu, also nicht zu der, zu

der normalen Welt ist sie nicht zugehörig, irgendwie und dann zieht sie sich halt lieber so ein bisschen zurück und schaut halt nur zu.“ (*Und wie könnte die Szene ausgehen?*) ... „Eine Option wäre natürlich, dass sie die Vorhänge zumacht, tja. Sind ja auch so schön groß gezeichnet. ... Eine andere Option ist, weil, man sieht da ja auch gar nicht wirklich, dass da eine Scheibe dazwischen ist, also dass sie einfach über diesen Mauervorsprung klettert und einfach abhaut. ... Ja, oder dass sie der Welt draußen, also, es gibt verschiedene Möglichkeiten, oder dass sie der Welt draußen den Rücken kehrt und sagt ok, dann orientiere ich mich halt nach innen, in das Zimmer. Ich weiß ja nicht, was da, hier noch so im Raum ist.“

Tabelle 14: Auswertungsbogen des Adult Attachment Projective einer Patientin mit Bulimia nervosa (Erhebung im Dezember 2011 an einer teilnehmenden Klinik)

PE	Personal Experience (persönliche Erfahrung)	DEAK	Deaktivierung
MSB	Marker der sicheren Bindung	KOG. E.	Kognitive Entkoppelung
SWK	Selbstwirksamkeit	SEG.S.	Abgetrenntes System
VBH	Verbundenheit		
SYN	Synchronizität		

Monadische Bilder	Diskurs	Inhaltsmarker = MSB		Abwehrmarker		
	PE	SWK	VBH	DEAK	KOG. E.	SEG. S.
Fenster	0	0	1	-	x	x
Bank						
Friedhof						
Ecke						
Dyadische Bilder	Diskurs	Inhaltsmarker = MSB		Abwehrmarker		
	PE	SYN		DEAK	KOG. E.	SEG. S.
Abschied						
Bett						
Krankswagen						

Beispiel eines Narrativs zum Bild "Fenster" von einer sicher gebundenen Kontrollprobandin:

„Ein Mädchen guckt zu Hause aus dem Fenster raus und wahrscheinlich wäre sie gerne draußen, und nicht alleine drinnen. Und würde, vielleicht spielen da andere Kinder draußen auf der Straße. Und sie darf nicht raus, entweder, weil es ihre Eltern verboten haben, oder vielleicht ist sie auch krank und darf nicht nach draußen.“ ... *(Kannst du noch mehr dazu sagen, wie es zu der Szene gekommen sein könnte?)* „Vielleicht hat sie draußen die Kinder spielen hören und ist dann zum Fenster gelaufen und hat rausgesehen.“ ... *(Und was könnten die Personen denken, oder fühlen?)* „Habe ich ja schon gesagt, also, sie ist wahrscheinlich traurig, weil sie auch gerne nach draußen möchte, oder neidisch, vielleicht.“ *(Und wie könnte die Szene weitergehen?)* „Sie könnte einfach rauslaufen und mitspielen. Oder, sie könnte zu ihren Eltern laufen und sich beschweren, dass sie nicht raus darf.“

Tabelle 15: Auswertungsbogen des Adult Attachment Projective einer Kontrollprobandin (Erhebung im April 2012 in Baden-Württemberg)

PE	Personal Experience (persönliche Erfahrung)	DEAK	Deaktivierung
MSB	Marker der sicheren Bindung	KOG. E.	Kognitive Entkoppelung
SWK	Selbstwirksamkeit	SEG.S.	Abgetrenntes System
VBH	Verbundenheit		
SYN	Synchronizität		

Monadische Bilder	Diskurs	Inhaltsmarker = MSB		Abwehrmarker		
	PE	SWK	VBH	DEAK	KOG. E.	SEG. S.
Fenster	0	2	2	-	x	-
Bank						
Friedhof						
Ecke						
Dyadische Bilder	Diskurs	Inhaltsmarker = MSB		Abwehrmarker		
	PE	SYN		DEAK	KOG. E.	SEG. S.
Abschied						
Bett						
Krankenwagen						

Danksagung

Die Danksagung wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Lebenslauf

Der Lebenslauf wurde aus Gründen des Datenschutzes entfernt.

Teile dieser Dissertation wurden bereits in folgendem Fachartikel veröffentlicht:

Von Wietersheim J, Holzinger K, Zhou X, & Pokorny D: Attachment in AAP episodes and family relationships in CCRT - LU narratives of patients with bulimia nervosa and healthy controls. *Journal of Psychosomatic Research* 76: 519–519 (2014)