

Zur Bedeutung dispositionaler und objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

**Dissertation zur Erlangung des Doktorgrades der
Naturwissenschaften (Dr. rer. nat.)**

Fachbereich Psychologie der Philipps-Universität Marburg

vorgelegt von Astrid Hintze

aus Hamburg

Marburg/Lahn 1997

Meinen Eltern

Danksagung

An dieser Stelle möchte ich all denjenigen danken, die durch ihre Unterstützung die Erstellung dieser Arbeit ermöglichten.

Das Projekt (Projektnummer: CDK/14/95) wurde von der Christoph-Dornier-Stiftung für Klinische Psychologie unterstützt, die durch ihre finanzielle Hilfe die Durchführung der Untersuchungen ermöglichte. Außerdem danke ich dem Christoph-Dornier-Centrum für Klinische Psychologie in Münster, in dessen Räumen die Untersuchungen stattfanden.

Ganz besonders danke ich Frau Prof. Dr. Irmela Florin für die Betreuung dieser Arbeit und Herrn Prof. Dr. Gert Sommer für die Zweitbegutachtung.

Frau Dr. Brunna Tuschen-Caffier möchte ich für die inhaltliche und methodische Beratung danken. Herrn Dr. Hinrich Bents, Leitender Psychologe des Christoph Dornier Centrums, danke ich für die Unterstützung in inhaltlichen und praktischen Fragen und Herrn Dr. Ule Franzen für seine methodischen Ratschläge.

Frau Cand. psych. Silvia Uhle, Frau Cand. psych. Paula Bemman, Frau Cand. psych. Sabine Schmid und Frau Cand. psych. Gisela Henn sowie allen Therapeuten und Therapeutinnen des Christoph Dornier-Centrums für Klinische Psychologie in Münster sage ich für die Unterstützung bei der Datenerhebung Dank.

Frau Dipl. Psych. Inge Fresenborg danke ich für die Beratung zur Datenauswertung, Frau Dipl. Psych. Sibyll Rodde für die Unterstützung bei der Zusammenstellung der Untersuchungsmaterialien und Frau Dipl. Psych. Martina Gutzler für den anregenden kollegialen Austausch. Nicht zuletzt

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa
möchte ich mich bei allen Versuchspersonen für ihre Teilnahme an den Untersuchungen bedanken.

Münster, im März 1997

Zusammenfassung

Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit ist seit Beginn der Siebziger Jahre in der Literatur bekannt. Mitte der Siebziger Jahre wurde zusätzlich die *Persönlichkeitsdisposition* "Selbstaufmerksamkeit" eingeführt. In der klinisch-psychologischen Forschung hat das Thema "Selbstaufmerksamkeit" bisher verhältnismäßig wenig Beachtung gefunden. Einige Studien im klinischen Bereich haben jedoch gezeigt, daß das Konzept der objektiven Selbstaufmerksamkeit zur Erweiterung des Grundlagenwissens über psychische Störungen bereits beigetragen hat (z. B. Heatherton & Baumeister, 1991).

Das Ziel der vorliegenden Dissertation bestand zum einen darin, Erkenntnisse über die Ausprägung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa zu gewinnen und zum anderen, den Einfluß eines Zustandes objektiver Selbstaufmerksamkeit auf die Affektlage, auf das Eßbedürfnis und den Drang zu essen sowie auf das Eßverhalten von Patientinnen mit Bulimia nervosa zu untersuchen. Dazu wurden zwei voneinander unabhängige empirische Untersuchungen an Patientinnen mit Bulimia nervosa durchgeführt.

In der ersten Untersuchung mit dem Titel "Dispositionale Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa" wurden 295 Frauen mit dem Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (SAM-Fragebogen, Filipp & Freudenberg, 1989) untersucht. Es wurde eine erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe gefunden. Dieser Befund ist allerdings nicht spezifisch für diese Patientinnen, denn auch andere klinische Gruppen (Patientinnen mit Sozialphobie und Panikstörung mit Agoraphobie) weisen eine im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit auf.

In der zweiten, experimentellen Untersuchung mit dem Titel "Zur Auswirkung von objektiver Selbstaufmerksamkeit und Streß auf die Affektlage, das Eßbedürfnis und das Eßverhalten bei Patientinnen mit Bulimia nervosa" ging es um den Einfluß von objektiver Selbstaufmerksamkeit (induziert durch einen Spiegel) auf die Befindlichkeit vor, in und nach einer Streßsituation sowie auf die gegessene Nahrungsmenge nach dieser Streßinduktion. Dazu wurden 40 Patientinnen mit Bulimia nervosa und 40 gesunde Kontrollpersonen untersucht, die entweder der Bedingung "mit Spiegel" oder der Bedingung "ohne Spiegel" zugeordnet wurden. Beantwortet werden sollte unter anderem die Frage, ob Patientinnen mit Bulimia nervosa im Gegensatz zu gesunden Kontrollpersonen nach einem Stressor mit einem erhöhten Bedürfnis zu essen reagieren, und ob ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit eine erhöhte Nahrungsaufnahme verhindert. Außerdem sollte untersucht werden, ob ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit aktuell saliente Affekte bei Patientinnen mit Bulimia nervosa in der Untersuchungssituation verstärkt. Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, daß die induzierte Selbstaufmerksamkeit keinen signifikanten Einfluß auf das Bedürfnis zu essen und die aufgenommene Nahrungsmenge hatte. In der Tendenz war jedoch ersichtlich, daß die Bedingung "mit Spiegel" das Bedürfnis zu essen eher verringerte, und daß in der Bedingung "ohne Spiegel" sowohl von den Patientinnen mit Bulimia nervosa als auch von den Kontrollpersonen mehr gegessen wurde als in der Bedingung "mit Spiegel". Nach Beendigung der Nahrungsaufnahme war das Bedürfnis zu essen bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa signifikant höher als bei den gesunden Kontrollpersonen, unabhängig davon, ob objektive Selbstaufmerksamkeit induziert worden war oder nicht. In der Affektlage zeigte sich kein Unterschied zwischen den Untersuchungsbedingungen (mit bzw. ohne

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa (Selbstaufmerksamkeit). Objektive Selbstaufmerksamkeit bewirkte keine Intensivierung salienter Affekte bei Patientinnen mit Bulimia nervosa.

Zusammenfassend wurde in der vorliegenden Dissertation festgestellt, daß die *dispositionale* öffentliche Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa erhöht ist. Es bedarf weiterer gezielter Forschung, inwiefern diese Disposition Einfluß auf die bulimische Symptomatik hat. Ein Zustand *objektiver* Selbstaufmerksamkeit hatte keinen bedeutsamen Einfluß auf die erhobenen Variablen. Es bleibt zu klären, ob sich in weiteren Untersuchungen mit einer optimierten Versuchsanordnung ein solcher Einfluß nachweisen läßt, oder ob die von anderen Autoren (z. B. Heatherton & Baumeister, 1991) hervorgehobene Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit für Patientinnen mit Bulimia nervosa möglicherweise überschätzt wird.

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung

2. Theoretischer Teil

2.1 Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit von Duval & Wicklund (1972)

2.2 Empirische Untersuchungen zum Konzept der objektiven Selbstaufmerksamkeit

2.2.1 Untersuchungen zur Validierung des Konzepts

2.2.2 Objektive Selbstaufmerksamkeit und erhöhte Selbstattribution von hypothetischen Ereignissen

2.2.3 Objektive Selbstaufmerksamkeit und Selbstbewertung

2.2.4 Objektive Selbstaufmerksamkeit, Defensivattribution und Diskrepanzreduktion

2.2.5 Objektive Selbstaufmerksamkeit und Intensivierung von Emotionen und Affekten

2.2.6 Die Unterscheidung von Selbstaufmerksamkeit als Zustand oder als Persönlichkeitsdisposition

2.3 Die Eßstörung Bulimia nervosa

2.3.1 Das Krankheitsbild der Bulimia nervosa

2.3.2 Die Epidemiologie der Bulimia nervosa

2.3.3 Die Soziodemographie der Bulimia nervosa

2.3.4 Die Psychopathologie der Bulimia nervosa

2.3.5 Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

2.3.6 Somatische Begleit- und Folgeprobleme der Bulimia nervosa

2.3.7 Zur Ätiologie der Bulimia nervosa

2.4 Zur Relevanz von "Selbstaufmerksamkeit" für die Eßstörung Bulimia nervosa

3. Untersuchung I: Dispositionale Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

3.1 Einleitung

3.2 Zur Messung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit

3.3 Fragestellung

3.4 Hypothesen

3.5 Methoden

3.5.1 Rekrutierung der Versuchspersonen

3.5.2 Beschreibung der Stichprobe

3.5.3 Untersuchungsmaterial

3.5.4 Durchführung der Untersuchung

3.5.5 Die statistische Datenauswertung

3.6 Ergebnisse

3.6.1 Ermittlung des Haupteffekts "Gruppe"

3.6.2 Ermittlung der Gruppenunterschiede

3.7 Diskussion

3.8 Zusammenfassung

4. Untersuchung II: Zur Auswirkung von objektiver Selbstaufmerksamkeit und Streß auf die Affektlage, das Eßbedürfnis und das Eßverhalten bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

4.1 Einleitung

4.2 Theoretische Einführung

4.2.1 Wodurch werden Eßanfälle ausgelöst?

4.2.2 Die "Escape-Theorie" von Heatherton und Baumeister (1991)

4.2.3 Zum Einfluß von objektiver Selbstaufmerksamkeit auf die Affektwahrnehmung

4.3 Fragestellung

4.4 Hypothesen

4.5 Methoden

4.5.1 Gewinnung der Stichprobe

4.5.2 Festlegung der Stichprobengröße

4.5.3 Untersuchungsmaterialien

4.5.4 Untersuchungszeitpunkt

4.5.5 Ablauf der Untersuchung

4.5.6 Zeitraum und Ort der Datenerhebung

4.5.7 Beschreibung der Stichprobe, getrennt nach Versuchsbedingungen

4.5.8 Die statistische Datenauswertung

4.6 Ergebnisse

4.6.1 Die Überprüfung der Hypothesen

4.7 Diskussion

4.7.1 Ergebnisse zur Selbstaufmerksamkeit

4.7.2 Ergebnisse zum Essen

4.7.3 Ergebnisse zum Bedürfnis und zum Drang zu essen

4.7.4 Die Ergebnisse zur Affektlage während der Untersuchung

4.8 Zusammenfassung

5. Literaturverzeichnis

6. Anhang

1. Einleitung

Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit ist seit Beginn der Siebziger Jahre in der Literatur bekannt und wurde häufig zur Erklärung von Phänomenen herangezogen, die Gegenstand sozialpsychologischer Forschung waren. Mitte der Siebziger Jahre wurde zusätzlich die *Persönlichkeitsdisposition* "Selbstaufmerksamkeit" eingeführt. In der klinisch-psychologischen Forschung hat sowohl die Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" als auch die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit bisher verhältnismäßig wenig Beachtung gefunden. Einige Studien im klinischen Bereich haben jedoch gezeigt, daß das aus der Theorie abgeleitete Konzept der objektiven Selbstaufmerksamkeit zur Erweiterung des Grundlagenwissens über psychische Störungen beitragen kann (z. B. Heatherton & Baumeister, 1991).

In der vorliegenden Dissertation geht es um die Bedeutung von dispositionaler und objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit der Eßstörung Bulimia nervosa. Zu diesem Störungsbild wurden gerade in den letzten Jahren zahlreiche Studien veröffentlicht, und es hat für viele spezifische Aspekte dieses Krankheitsbildes interessante und wertvolle Erkenntnisse gegeben, die sowohl das Grundlagenwissen als auch das behandlungsrelevante Wissen bedeutend erweitert haben. Im Bereich der Bulimia nervosa in Verbindung mit der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit hat die von Heatherton & Baumeister (1991) entwickelte "Escape-Theorie" große Bedeutung erlangt.

Im folgenden wird die Bedeutung von Selbstaufmerksamkeit für Patientinnen mit Bulimia nervosa betrachtet, wobei die Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" von einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit unterschieden wird.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

In der ersten Untersuchung geht es um die Frage, ob sich die Ausprägung der Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" bei Patientinnen mit Bulimia nervosa von derjenigen gesunder Kontrollpersonen unterscheidet und ob dieser Unterschied für Patientinnen mit Bulimia nervosa spezifisch ist. Dazu werden zum Vergleich Daten von Patientinnen mit Angststörungen und gesunden Kontrollpersonen herangezogen.

In der zweiten Untersuchung geht es um den Einfluß von objektiver Selbstaufmerksamkeit auf die Affektlage von Patientinnen mit Bulimia nervosa vor, in und nach einer Streßsituation sowie auf die gegessene Nahrungsmenge nach dieser Streßinduktion. Neben der Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit ist auch der Zusammenhang zwischen bulimischer Eßstörung, Streßinduktion und aufgenommener Nahrungsmenge bei einem Geschmackstest von Interesse. Unter anderem soll die Frage beantwortet werden, ob Patientinnen mit Bulimia nervosa im Gegensatz zu gesunden Kontrollpersonen nach einem Stressor mit einer erhöhten Nahrungsaufnahme reagieren, und ob ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit eine erhöhte Nahrungsaufnahme verhindert, obwohl die Patientinnen ein stärkeres Eßbedürfnis haben.

Zunächst wird in einem theoretischen Teil die Entwicklung der *Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit* und der *Persönlichkeitsdisposition Selbstaufmerksamkeit* dargestellt. Außerdem werden das Störungsbild der *Bulimia nervosa* und für die vorliegenden Untersuchungen relevante Erklärungsansätze spezifischer Aspekte dieser Eßstörung vorgestellt.

2. Theoretischer Teil

2.1 Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit von Duval & Wicklund (1972)

Im Zuge der psychologischen Erforschung des "Selbst" haben sich in den letzten 25 Jahren die Perspektiven erweitert, als das Konstrukt "Selbstaufmerksamkeit" in die theoretische und empirische Forschung eingeführt wurde. Ausgangspunkt dieser Entwicklung war die von Duval & Wicklund (1972) formulierte "*Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit*".

Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit (Objective Self Awareness) gehört zu den wichtigen sozialpsychologischen Theorien und hat in den letzten Jahrzehnten in zunehmendem Maße zur empirischen Forschung angeregt. Neben zahlreichen Arbeiten zu sozialpsychologischen Fragestellungen hat die Theorie seit einigen Jahren auch in der klinisch-psychologischen Forschung größeres Interesse gefunden (z.B. Gibbons, Smith, Ingram, Pearce, Brehm & Schroeder, 1985; Heatherton & Baumeister, 1991).

Unter objektiver Selbstaufmerksamkeit wird ein Zustand verstanden, in dem die Person sich selbst als Objekt sieht, also das eigene Selbst im Mittelpunkt der Aufmerksamkeit bzw. des Bewußtseins steht (Self Focussed Attention). Gegenstand der objektiven Selbstaufmerksamkeit können alle Aspekte sein, die eine Person als Teil ihres Selbst betrachtet, beispielsweise Stimmungen, Affekte, Intentionen, Selbsteinschätzungen, Erwartungen, Attitüden, Standards, Verpflichtungen etc.. Der Theorie zufolge werden alle Aspekte, die im Brennpunkt der Aufmerksamkeit stehen, intensiviert und aktualisiert. Weiterhin werden Personen im Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit stärker die Diskrepanzen zwischen ihrem tatsächlichen Verhalten und ihren idealen Vorstellungen von sich selbst bewußt. Die Theorie postuliert, daß diese wahrgenommenen Diskrepanzen eine Motivation erzeugen, das Verhalten den jeweiligen Standards und Zielen anzupassen, also die Diskrepanzen zwischen Realität und Standard zu reduzieren.

Ein spezieller Fall der Diskrepanzreduktion besteht darin, selbstbedrohende Informationen so zu interpretieren, daß sie für das Selbst weniger bedrohend wirken. Selbstbedrohende Ereignisse führen demnach zu einer Defensivreaktion, die in der Vermeidung der selbstaufmerksamkeitserzeugenden Stimuli oder im Aufsuchen bzw. Beachten positiver Aspekte

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

besteht. Häufig werden die wahrgenommenen Diskrepanzen negativ erlebt, da die persönlichen Standards im allgemeinen höher bewertet werden als das eigene Verhalten. In der Folge vermeiden Personen die selbstaufmerksamkeitserzeugenden Stimuli, wenn sie sich nicht in der Lage sehen, die bestehenden Diskrepanzen zu reduzieren oder die Aufmerksamkeit auf einen positiven Aspekt des Selbst zu lenken.

Zusammenfassend gibt es nach der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit also zwei Möglichkeiten, die durch die Selbstaufmerksamkeit erzeugte Diskrepanz zwischen Selbst und Standard zu reduzieren: Zum einen die Anpassung des eigenen Verhaltens an die Standards, zum anderen im Sinne einer Defensivreaktion die Vermeidung selbstaufmerksamkeitserzeugender Stimuli.

Abbildung 1 faßt die Theorie zusammen:

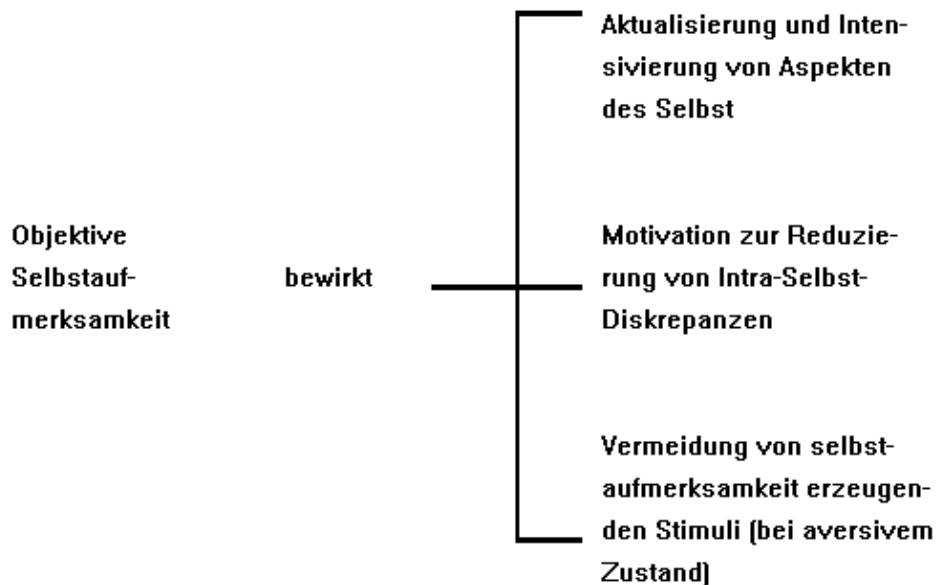


Abbildung 1: Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit

2.2 Empirische Untersuchungen zum Konzept der objektiven Selbstaufmerksamkeit

2.2.1 Untersuchungen zur Validierung des Konzepts

In den ersten Jahren nach der Entwicklung der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit wurden zahlreiche Studien im sozialpsychologischen Bereich durchgeführt, um die Theorie empirisch zu untermauern. Die hauptsächlich verwendete Methode zur Erzeugung eines Zustandes objektiver Selbstaufmerksamkeit war und ist die Verwendung eines Spiegels, in dem sich die Versuchsperson (Vp) während der Durchführung einer experimentellen Aufgabe oder der Bearbeitung eines Fragebogens sehen kann. Es wurde angenommen, daß sich die Vp durch den Spiegel in einen Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit versetzt, also selbstorientierter wird. Um diese Hypothese zu belegen, führten beispielsweise Carver & Scheier (1978) eine Untersuchung durch, in der die Vpn gebeten wurden, Sätze zu vollenden, die mit dem Satzteil "It's fun to dream about" begannen. Antworten mit einer starken Selbstorientierung ("my success") wurden als selbstorientiert beurteilt, Antworten mit einer externen Orientierung ("giving a party") wurden als extern orientiert bezeichnet. Die Forscher fanden ihre Hypothese bestätigt, daß Vpn in der Spiegelbedingung signifikant selbstorientierter antworteten als Vpn ohne Spiegelbedingung. In einer Folgeuntersuchung derselben Autoren, in der die Selbstaufmerksamkeit der Vpn vor der Vollendung der Sätze mittels eines Fragebogens zur dispositionalen Selbstaufmerksamkeit (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975) erhoben worden war, antworteten die Vpn mit hoher objektiver

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Selbstaufmerksamkeit, verstanden als Persönlichkeitsdisposition, selbstorientierter als Vpn mit niedriger Selbstaufmerksamkeit.

Auch der bekannte STROOP-Test (Stroop, 1935) wurde zur Erforschung der Theorie herangezogen. Geller & Shaver (1976) gaben ihren Vpn die Aufgabe, so schnell wie möglich die Farbe von Wörtern, die auf eine Tafel geschrieben waren, zu identifizieren. Sie fanden, daß im Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit die Zeit bis zur Erkennung der Farbe bei selbstbezogenen Wörtern länger war als ohne objektive Selbstaufmerksamkeit. Diese Untersuchungen gelten nach Frey, Wicklund & Scheier (1978) als Validierung für die selbstorientierenden Effekte von Spiegeln und Kameras.

2.2.2 Objektive Selbstaufmerksamkeit und erhöhte Selbstattribution von hypothetischen Ereignissen

In vielen Untersuchungen konnte nachgewiesen werden, daß der Fokus der Aufmerksamkeit die Art und das Ausmaß der Attribution von Ursachen bestimmter Ereignisse beeinflusst (Arkin & Duval, 1975; Duval & Wicklund, 1972, 1973; Jones & Nisbett, 1971; Pryor & Kriss, 1977; Taylor & Fiske, 1975). Jeder mögliche Faktor (einschließlich des Selbst) werde zur Verantwortungs- oder Ursachenattribution herangezogen, sofern die Aufmerksamkeit auf ihn gerichtet, d. h. sofern er salient sei.

Diese Annahme führte im Sinne der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit zu der Hypothese, daß Aspekte des Selbst im Zustand der Selbstorientierung aktualisiert werden, und daß in diesem Zustand dem Selbst bei der Kausalzuschreibung von Ereignissen ein stärkeres Gewicht beigemessen wird als bei externer Orientierung. Als erste prüften Duval & Wicklund (1972, 1973) diese Hypothese, indem sie ihren Vpn unter Spiegel/Nicht-Spiegelbedingung fünf hypothetische Situationen vorgaben, z. B. "Sie fahren mit ungefähr fünf Meilen über der zulässigen Höchstgeschwindigkeit die Straße hinunter, als ein kleines Kind plötzlich einen Ball auf die Straße wirft und Sie es anfahren." Die Vpn sollten daraufhin in Prozenten angeben, wieweit sie selbst oder das Kind für das negative Ereignis verantwortlich sei. Die Ergebnisse erwiesen sich konsistent mit der Annahme, daß bei Selbstorientierung das Selbst salient ist und deshalb stärker bei der Ursachenzuschreibung berücksichtigt wird. Unter der Spiegelbedingung betrug die durchschnittliche Selbstverantwortlichkeitszuschreibung 60,2%, ohne Spiegel dagegen nur 51,1%. Die Studie von Duval & Wicklund (1973) enthielt auch positive hypothetische Situationen, wie z. B. den Erhalt der Note "Eins" in einer Klassenarbeit. Wiederum war unter der Spiegelbedingung die zugeschriebene Selbstverantwortung höher (60%) als ohne Spiegel (49,9%).

2.2.3 Objektive Selbstaufmerksamkeit und Selbstbewertung

Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit impliziert eine Intensivierung des jeweiligen positiven oder negativen Affektzustandes unter Selbstaufmerksamkeit. Gleichzeitig wird angenommen, daß objektive Selbstaufmerksamkeit einen Einfluß auf die Selbstbewertung von Personen hat. Positive wie negative Affekte werden durch objektive Selbstaufmerksamkeit verstärkt. Ist, und das ist entscheidend, der negative Aspekt allerdings zu selbstbedrohend, so wenden nach der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit Personen Defensivstrategien an, um das Selbst zu schützen. Das erschwere die Vorhersage von Selbstbewertungen, denn bei negativen selbstbedrohenden Aspekten widerspreche sich die Intensivierungs- und die Defensivtendenz.

2.2.4 Objektive Selbstaufmerksamkeit, Defensivattribution und Diskrepanzreduktion

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit postuliert, daß im Falle ich-bedrohender Situationen in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit Defensivmaßnahmen oder Vermeidungsreaktionen zur Verleugnung der Verantwortung für negative Ereignisse oder Informationen eingesetzt werden. Federoff & Harvey (1976) gaben ihren Vpn eine kurze Anleitung zur Anwendung eines Therapieverfahrens und forderten sie danach auf, sich um einen Patienten mit einer Phobie zu kümmern. Einem Teil der Vpn wurde Erfolg, dem anderen Teil Mißerfolg rückgemeldet. Die Ergebnisse zeigten, daß unter der Mißerfolgsbedingung dem Patienten mehr Verantwortung zugeschrieben wurde, wenn sich die Vpn in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit befanden. Waren die Vpn erfolgreich, wurde dem Patienten weniger Verantwortung zugeschrieben, wenn sich die Vpn in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit befanden. Diese Untersuchung gilt als Beispiel dafür, daß bei ich-bedrohenden Informationen unter Selbstaufmerksamkeit stärkere Defensivmechanismen zum Schutz des Selbst einsetzen als ohne Selbstaufmerksamkeit.

2.2.5 Objektive Selbstaufmerksamkeit und Intensivierung von Emotionen und Affekten

Scheier (1976) konnte in seinen Untersuchungen zur Auswirkung eines Zustandes objektiver Selbstaufmerksamkeit auf Emotionen und Affekte zeigen, daß Affekte und Stimmungen durch Selbstorientierung intensiviert werden können. Er fand beispielsweise, daß der Affekt "Ärger" durch Selbstorientierung verstärkt werden kann. Dies war sowohl bei Vpn der Fall, die hohe Werte in dispositionaler privater Selbstaufmerksamkeit (gemessen mit der Selbstaufmerksamkeitsskala von Fenigstein, Scheier & Buss, 1975) hatten, als auch bei Personen, die durch einen Spiegel kurzfristig in einen Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit versetzt worden waren. Die Vpn wurden zunächst durch einen Strohmann beleidigt und danach aufgefordert, die Rolle eines Lehrers zu übernehmen und dem Schüler (= dem Strohmann) Elektroschocks zu verabreichen. Es ergab sich, daß Vpn mit hohen Werten in privater Selbstaufmerksamkeit, die zuvor provoziert worden waren, höhere Schockintensitäten verabreichten als Vpn mit niedriger privater Selbstaufmerksamkeit. Bei den zuvor nicht provozierten Vpn ergab sich der umgekehrte Effekt. Bei der traditionellen Spiegel-Operationalisierung ließ sich nachweisen: Unter der Spiegelbedingung war die verabreichte Schockintensität höher als ohne Spiegelbedingung.

Auch andere Untersuchungen zeigen, daß der jeweilige Affektzustand bei Selbstorientierung intensiviert wird. Scheier & Carver (1977) legten Vpn Fotos von nackten Mädchen vor und fanden, daß die Bilder unter hoher Selbstaufmerksamkeit als angenehmer beurteilt wurden, unabhängig davon, ob Selbstaufmerksamkeit dispositionell erfaßt oder ob sie durch einen Spiegel induziert wurde. Der gleiche Effekt zeigte sich bei Abbildungen von ekelhaften Ereignissen. Scheier & Carver (1977) riefen bei ihren Vpn in einer anderen Untersuchung positive und negative Affekte hervor, indem sie ihnen negativ oder positiv stimmende Behauptungen zu lesen gaben. Sowohl bei den positiven als auch bei den negativen Zuständen verstärkten sich diese Affekte unter Experimentalbedingungen mit selbstorientierter Aufmerksamkeit. Die Untersuchungen unterstützen die Annahme der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit, daß der jeweilige Affektzustand bei Selbstorientierung intensiviert wird.

Ein Zustand hoher Selbstaufmerksamkeit steht, wie viele Untersuchungen zeigen, in Verbindung mit starken und effektiven Hemmungsreaktionen in Bezug auf antinormatives Verhalten (Diener, 1979, Diener & Wallbom, 1976). Es konnte beispielsweise belegt werden, daß Spiegel und andere selbstfokussierende Hinweisreize das Lästern über eine Klassenarbeit bei Schülern reduzierte, oder daß in Anwesenheit eines Spiegels weniger Süßigkeiten in Kaufläden gestohlen wurden (Beaman, Klentz, Diener & Svanum, 1979). Möglicherweise hat hier allerdings die Angst vor verstärkter Fremdbeobachtung ebenfalls eine Rolle gespielt.

Diener & Wallbom (1976) untersuchten den Zusammenhang zwischen einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit und antinormativem Verhalten noch genauer. Sie vereinten hierzu die

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Deindividuationstheorie Zimbardos (1970) mit der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit von Duval & Wicklund (1972). Die Theorie von Zimbardo geht davon aus, daß das Ausmaß antinormativen Verhaltens abhängig sei von einem "deindividuated internal state". Dieser Zustand sei gekennzeichnet durch einen Verlust von Selbstaufmerksamkeit und Selbst-Evaluation und, aufgrund des Verlustes von Selbstaufmerksamkeit, auch durch ein Defizit der Evaluation von anderen. Diese Theorie erinnert an die Annahme von Duval & Wicklund, daß ein Individuum in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit stärker normatives Verhalten zeigt als ohne Selbstaufmerksamkeit. Diener & Wallbom (1976) überprüften in ihrer Untersuchung den Einfluß von Selbstaufmerksamkeit (induziert durch einen Spiegel) auf das Mogelverhalten bei einem Test zur Messung kognitiver Fähigkeiten. Mogeln wurde zum einen an der Anzahl der Personen gemessen, die mogelten, und zum anderen an den Antworten, die nach Ablauf der vorgegebenen Zeit noch eingetragen wurden. Es zeigte sich, daß in der Bedingung "mit Selbstaufmerksamkeit" nur eine einzige Person (7%) (von 14 Teilnehmern) mogelte, während es in der Bedingung "ohne Selbstaufmerksamkeit" 10 Personen (71%) waren. Ferner wurden in der Bedingung "mit Selbstaufmerksamkeit" im Mittel nur 0,5 Antworten nach Ablauf der Zeit eingetragen, in der Bedingung "ohne Selbstaufmerksamkeit" hingegen 2,7. Diese Ergebnisse weisen noch einmal deutlich auf den Einfluß von Selbstaufmerksamkeit auf antinormatives Verhalten hin.

Andere Untersuchungen belegen einen Zusammenhang zwischen der Flucht aus einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit (Escape of Self-Awareness) und Enthemmungsreaktionen (Baumeister, 1991; Diener, 1979; Wicklund, 1982). Beispielsweise bewirkt der Genuß von Alkohol eine Reduktion der Selbstaufmerksamkeit (Hull, 1981) und eine Enthemmung, die zu Verhaltensexzessen führen kann (Steele & Josephs, 1988; Steele & Southwick, 1987).

In einer Studie von Froming, Walker & Lopyan (1982) konnte gezeigt werden, daß die in den Forschungsarbeiten zur Selbstaufmerksamkeit häufig herangezogenen Manipulationsarten "Spiegel" (private Selbstaufmerksamkeit) und "Publikum" (öffentliche Selbstaufmerksamkeit) verschiedene Effekte auf das Verhalten von Personen haben können. Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit geht davon aus, daß sich Menschen unter Bedingungen von Selbstaufmerksamkeit in ihrem Verhalten denjenigen Standards anpassen, die im jeweiligen Moment salient sind. Welcher der Standards, die eine Person hat, gerade ausgewählt wird, sei abhängig von der jeweiligen Situation und der Art der Information, die ein Individuum im Moment der Formulierung eines bestimmten Standards hat. Die Unterscheidung "privat-öffentlich" wird in diesem Moment wichtig. Wenn das Individuum in dem Moment seine Aufmerksamkeit auf sich selbst gerichtet hat, wird sein Verhalten von seinen inneren Haltungen gesteuert werden, wenn die Aufmerksamkeit hingegen auf öffentliche Selbst-Aspekte gerichtet ist, werden Standards ausgewählt werden, die für die Person als soziales Objekt von Bedeutung sind.

Die Forschergruppe versuchte diese Annahme zu testen. Bei Fokussierung privater Selbstaufmerksamkeit sollte es zu einem Verhalten kommen, welches konsistent mit den eigenen Standards ist, bei Fokussierung öffentlicher Selbstaufmerksamkeit sollte das Verhalten konsistent zu den wahrgenommenen Haltungen der anderen sein. Zunächst wurden die Vpn mit einem Fragebogen zu Meinungen zum Thema Bestrafung ("Attitudes Toward Punishment", Carver 1975), untersucht. Diejenigen, bei denen sich eine positive Diskrepanz zwischen privat und öffentlich nachweisen ließ (positiv heißt, daß anderen eine größere Vorliebe für Bestrafung nachgesagt wird als einem selbst), wurden zum Hauptversuch eingeladen. Der Hauptversuch wurde mit Hilfe der Buss Aggression Machine (Buss, 1961) durchgeführt, mit deren Hilfe ein "Lehrer" einen "Schüler", der eine Frage falsch beantwortet, mit einem Elektroschock bestrafen kann. Die Vpn wurden als Lehrer eingesetzt und hatten die Aufgabe, ihre Schüler (eingeweihte Helfer) bei einem Fehler mit einem Elektroschock der Stärke ihrer Wahl zu bestrafen. Der Versuch wurde unter vier unabhängigen Bedingungen durchgeführt: mit Spiegel, mit kommentarlosem Publikum, mit kommentierendem (verstärkendem) Publikum, Kontrollgruppe. Die Ergebnisse: Die verabreichte Schockintensität in der Gruppe mit Spiegel, also mit erhöhter privater Selbstaufmerksamkeit, war signifikant geringer als in der Gruppe mit kommentierendem Publikum und marginal signifikant

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

geringer als in der Kontrollgruppe. Diese Ergebnisse stützen die Hypothese, daß Publikum und Spiegel die Selbstaufmerksamkeit erhöhen und damit auch die Verhaltenssteuerung in Richtung salienter Standards beeinflussen, und zwar in unterschiedlicher Weise. Der Spiegel verstärkt Verhalten in Richtung interner Standards, kommentierendes Publikum in Richtung "zu tun, was die Mehrheit für richtig zu halten scheint". Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit wurde also in einer Vielzahl labor- und feldexperimenteller Studien überprüft, in denen objektive Selbstaufmerksamkeit experimentell induziert und damit als Zustandsvariable aufgefaßt wurde.

2.2.6 Die Unterscheidung von Selbstaufmerksamkeit als Zustand oder als Persönlichkeitsdisposition

Wenige Jahre nach der ursprünglichen Theorieformulierung (etwa 1975) wurde postuliert, daß Selbstaufmerksamkeit auch als Dispositionsmerkmal (Self-Consciousness) konzeptualisiert und zur Abbildung stabiler interindividueller Unterschiede herangezogen werden könne. Diese Überlegung fand ihre erste konkrete Umsetzung in der Konstruktion des Fragebogenverfahrens von Fenigstein, Scheier & Buss (1975). Hohe Selbstaufmerksamkeit sollte sich den Autoren zufolge manifestieren in

- a) der gedanklichen Beschäftigung mit dem eigenen, gegenwärtigen, vergangenen oder künftigen Verhalten
- b) einer hohen Sensibilität für eigene Gefühlszustände
- c) dem Gewährsein eigener positiver und negativer Eigenschaften
- d) introspektiven Aktivitäten
- e) der Tendenz, Vorstellungsbilder und Phantasien über die eigene Person zu generieren
- f) dem Gewährsein der eigenen körperlichen Erscheinung und Darstellung nach außen
- g) einer starken Besorgnis ob der Bewertung, die man durch andere erfährt.

Die erste grundlegende Erweiterung der ursprünglichen Theorie bestand also in der Betonung des Dispositionscharakters von Selbstaufmerksamkeit. Eine zweite wichtige Erweiterung lag darin, die jeweiligen Aspekte, auf die sich selbstbezogene Aufmerksamkeit richten kann, in "private" und "öffentliche" Aspekte des Selbst zu unterteilen. Steht private Selbstaufmerksamkeit im Vordergrund, sollen nicht beobachtbare, nur der Person selbst zugängliche Aspekte im Brennpunkt der Aufmerksamkeit stehen, also z. B. Gefühlszustände, Absichten, Körpersensationen, Meinungen, Einstellungen etc.. Im Falle öffentlicher Selbstaufmerksamkeit stehen solche Aspekte des Selbst im Vordergrund, die prinzipiell auch für Außenstehende zugänglich sind und in denen das Selbst gleichsam durch Einnahme der Perspektive einer anderen Person betrachtet wird. Öffentliche Selbstaufmerksamkeit bezieht sich demnach auf Merkmale der äußeren Erscheinung und des (sozialen) Verhaltens wie auch generell auf die imaginierten Bewertungen des Selbst durch die soziale Umwelt. Private und öffentliche Selbstaufmerksamkeit werden als unabhängige und unkorrelierte Dimensionen betrachtet.

Im **Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit** (SAM-Fragebogen, Filipp & Freudenberg, 1989) wird dispositionale Selbstaufmerksamkeit wie folgt definiert: Dispositionale Selbstaufmerksamkeit ist die "in zeitlicher und situativer Hinsicht relativ stabile Tendenz von Individuen, das Selbst in den Aufmerksamkeitsblickpunkt zu rücken und die eigene Person zum Gegenstand (selbstreflexiver) kognitiver Aktivitäten zu machen. Dieser Aufmerksamkeitsorientierung entspricht eine erhöhte Sensibilität für selbstbezogene Informationen

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

bzw. die Tendenz, Informationen als selbstbezogen zu interpretieren (Hull & Levy, 1979). Zudem ist dispositionale Selbstaufmerksamkeit gleichbedeutend mit einer erhöhten Anfälligkeit dafür, aufgrund gegebener Situationsumstände in den Zustand der aktuellen Selbstaufmerksamkeit zu geraten." (S. 6/7 der Handanweisung).

In Anlehnung an bisher erschienene Übersichtsarbeiten läßt sich die verhaltensregulative Bedeutung der Selbstaufmerksamkeit im Hinblick auf folgende Bereiche analysieren:

Unterschiede in dispositionaler Selbstaufmerksamkeit

- haben Auswirkungen auf die Verarbeitung und Nutzung selbstbezogener Informationen.
- zeigen sich in der Intensität affektiver Reaktionen sowie in der Sensibilität für affektinduzierende Situationsumstände.
- besitzen Implikationen für die Veridikalität von Selbstberichten sowie für die Konsistenz des Verhaltens.
- haben Bedeutung für die Selbstregulierung des Verhaltens.
- haben Auswirkungen auf das Verhalten in Leistungskontexten.
- haben Konsequenzen für das Verhalten in sozialen Interaktionskontexten.

Dies soll zunächst als Überblick zur Entwicklung der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit genügen. In den Einführungen zu den einzelnen Untersuchungen wird jeweils kurz auf die dafür relevanten Erkenntnisse der Forschung eingegangen.

2.3 Die Eßstörung Bulimia nervosa

2.3.1 Das Krankheitsbild der Bulimia nervosa

Während das Krankheitsbild der Anorexia nervosa bereits in der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts von Lasegue (1873) und Gull (1873) differenziert dargestellt wurde, ist die Bulimia nervosa, wie hinlänglich bekannt, erst 1979 von Russell als solche bezeichnet und 1980 erstmals von der American Psychiatric Association (APA) als eigenständiges Krankheitsbild beschrieben worden. Obwohl nachgewiesen wurde, daß es sich auch bei dieser Störung um eine Erscheinungsform gestörten Eßverhaltens handelt (Ziolko & Schrader, 1985), fand die Erkrankung erst im letzten Jahrzehnt größere Beachtung. Zuvor wurde die Bulimia nervosa in der Regel unter die Anorexia nervosa subsumiert, da die spezifischen Leitsymptome wie Eßanfälle und selbstinduziertes Erbrechen auch bei etwa 50% der Patientinnen mit Anorexia nervosa auftreten (Casper, Eckert & Halmi, 1980; Garfinkel, Modolfsky & Garner, 1980). Ausschlaggebend für die Trennung der Krankheitsbilder war die Erkenntnis, daß viele Patientinnen mit Bulimia nervosa in einem tolerablen Gewichtsbereich liegen und niemals anorektische Phasen durchliefen (Paul, 1987). Nach Paul (1987) lassen sich bulimische von anorektischen Patientinnen durch ihre Krankheitseinsicht, vehementen Leidensdruck und ein in der Regel normales Gewicht unterscheiden.

2.3.2 Die Epidemiologie der Bulimia nervosa

Obwohl in den letzten Jahren die Anzahl männlicher Betroffener zugenommen hat, leiden immer noch vorwiegend junge Frauen zwischen 14 und 30 Jahren unter der Bulimia nervosa. Epidemiologische Untersuchungen zeigen, abhängig von der Rekrutierungs- und

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Untersuchungsmethode und der Definition der Störung, unterschiedlich hohe Prävalenzraten (Fairburn & Beglin, 1990).

Anfang der Achtziger Jahre, als die epidemiologischen Untersuchungen noch auf der Grundlage der Diagnosekriterien des DSM III (APA, 1980) basierten, kamen die meisten Studien auf Prävalenzraten von ca. 10% (Fairburn & Beglin, 1990). Nachdem im DSM III-R (APA, 1987) Kriterien zur Frequenz der Eßanfälle und dem Schweregrad bulimischer Eßstörungen festgelegt wurden, wurde nur noch eine Prävalenzrate von 2,8% gefunden (Fairburn & Beglin, 1990). Einschränkend muß zu diesen Angaben gesagt werden, daß sie überwiegend an Universitäten, Familienplanungszentren und Allgemeinarztpraxen erhoben wurden, und daß die Beteiligungsquote der Adressatinnen gering war. Dies läßt an der Repräsentativität der Angaben zweifeln. Weiterhin ist die Selektionsmethode vieler Studien zu kritisieren, wonach die Diagnosevergabe ausschließlich auf Selbstangaben der Probandinnen beruhte. Studien, in denen diesem Problem durch validierte Screening-Fragebögen als Voruntersuchung und ein anschließendes diagnostisches Interview aus dem Wege gegangen werden sollte (Nagelberg, Hale & Ware, 1984; Nevo, 1985; Meadows, Palmer & Newball, 1986; Shefer, 1987; Whitehouse & Button, 1988), weisen wiederum andere methodische Schwierigkeiten auf (z. B. eingeschränkte Auswahlorte oder Beschränkung auf Telefonscreenings).

Paul (1984) betont, daß sich genaue Zahlen über die Epidemiologie der Störung schwer angeben lassen, weil viele Betroffene ihre Krankheit jahrelang verheimlichen und im Gegensatz zu anorektischen Patientinnen nicht ohne weiteres von außen als krank erkennbar sind. So ist von einer hohen Dunkelziffer auszugehen. Epidemiologische Untersuchungen auf der Grundlage der Kriterien des DSM IV (APA, 1995) stehen noch aus.

2.3.3 Die Soziodemographie der Bulimia nervosa

Die Mehrzahl von Untersuchungen hat ergeben, daß die meisten Betroffenen zwischen 14 und 35 Jahren alt sind. Die Frage, ob sich die verminderte Krankheitshäufigkeit ab einem Alter von 35 Jahren durch Spontanremissionen (beispielsweise durch verminderten Schlankeitsdruck) erklärt, ist noch unbeantwortet.

Die Erkrankung beginnt in der Regel zwischen dem 14. und 20. Lebensjahr, wobei die meisten Patientinnen vorher ein normales Eßverhalten zeigten, und die Heißhungerattacken erst nach einer mehr oder weniger drastischen Gewichtsreduktion einsetzten. Fairburn & Cooper (1982) fanden in einer Untersuchung, daß erst durchschnittlich ein Jahr nach dem Auftreten von Heißhungerattacken mit dem Erbrechen begonnen wurde.

2.3.4 Die Psychopathologie der Bulimia nervosa

Die Mehrheit aller Patientinnen erleidet fast täglich eine Heißhungerattacke. Häufig treten auch mehrere Eßanfälle auf. Untersuchungen berichten von bis zu 30 Eßanfällen pro Tag (Pyle et al., 1981; Fairburn & Cooper, 1982; Paul, Brand-Jacobi & Pudel, 1984). Zum Teil wechseln symptomfreie Phasen mit Phasen von Heißhungerattacken ab. Veränderungen allgemeiner Art, wie z. B. Urlaub, neue Freundschaften und besondere Unternehmungen, gehen häufig mit einer Symptomreduktion einher.

Nach der Untersuchung von Paul, Brand-Jacobi & Pudel (1984) an 500 deutschen Patientinnen, auf die im folgenden exemplarisch für viele Untersuchungen mit ähnlichen Ergebnissen Bezug genommen wird, dauern die Eßanfälle bei etwa der Hälfte der Patientinnen zwischen 15 und 60 Minuten, können sich bei ca. 40% der Betroffenen aber auch bis zu 4 Stunden hinziehen. Mehr als 60% der Betroffenen geben an, die Nahrungsaufnahme während der Eßanfälle nicht kontrollieren zu können. Die meisten essen so lange, bis physische Barrieren eine weitere Nahrungsaufnahme

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

verhindern. Die Nahrung wird dabei häufig sehr schnell verschlungen, was von vielen Patientinnen als suchartig erlebt wird. Die Eßanfälle treten meist auf, wenn die Betroffenen allein sind, und es werden Vorsichtsmaßnahmen getroffen, um nicht entdeckt zu werden.

Der durchschnittliche Energiegehalt der Nahrung bei einem Eßanfall liegt bei etwa 3000 bis 4000 kcal.. Fast 90% der Betroffenen wählen für den Eßanfall bestimmte Nahrungsmittelgruppen. Insbesondere werden kohlehydratreiche und süße Nahrungsmittel bevorzugt, die als "Dickmacher" betrachtet und daher von den Patientinnen normalerweise ausgespart werden. Die meisten Patientinnen unterscheiden sehr genau zwischen Nahrungsmitteln, die sie sich zugestehen dürfen und "verbotenen" Lebensmitteln, die sie unbedingt wieder erbrechen müssen.

Den Gefühlszustand vor einem Eßanfall beschreiben zwei Drittel der Patientinnen als "unwiderstehliches Verlangen zu essen". Fast ebenso groß ist der Anteil derer, die nach begonnener Nahrungsaufnahme "nicht mehr aufhören können". Intensive Gefühle des Hungers oder des Appetits werden nur von etwa einem Drittel der Betroffenen empfunden (Paul, Brand-Jacobi & Pudel, 1984). Hierdurch wird eine entscheidende psychologische Komponente deutlich, die das exzessive Eßverhalten neben einer physiologischen Komponente mitbestimmen muß.

Nahezu regelmäßig wird im Anschluß an einen Eßanfall erbrochen. Es handelt sich dabei fast immer um ein geplantes Vorgehen. Dies geschieht zum einen aus Angst vor einer Gewichtszunahme, zum anderen wegen des Ekelempfindens durch das intensive Völlegefühl. Zusätzlich oder alternativ zum Erbrechen werden nach der Untersuchung von Paul, Brand-Jacobi & Pudel (1984) von 65% der Patientinnen Appetitzügler und von 50% Abführmittel eingenommen.

Das Körpergewicht bulimischer Patientinnen befindet sich, wie viele Untersuchungen übereinstimmend zeigen, meist im Bereich des Normal- bzw. Idealgewichts (Normalgewicht - 15%) (Johnson, Stuckey & Lewis, 1982; Pyle, Mitchell & Eckert, 1981; Fairburn & Cooper, 1982; Paul, Brand-Jacobi & Pudel, 1984). Das Normalgewicht ist auch ein diagnostisches Kriterium nach DSM III (1980), DSM III-R (1987) und DSM IV (1995). Fairburn & Cooper (1982) wie auch Pyle, Mitchell & Eckert (1981) fanden bei 40 bis 50%, Paul, Brand-Jacobi & Pudel (1984) bei 25% und Johnson, Stuckey & Lewis (1982) bei 6% der Betroffenen Hinweise auf anorektische Phasen. Diese Ergebnisse, deren Unterschiedlichkeit auf verschiedene Auswahlkriterien zurückzuführen sein mag, weisen darauf hin, daß sich die bulimische aus einer anorektischen Symptomatik heraus entwickeln kann.

Ca. 50% der Patientinnen berichten von einer Phase des Übergewichts in der Vorgeschichte. Weiterhin scheinen sehr hohe Gewichtsschwankungen in der Vorgeschichte typisch zu sein, bei manchen Patientinnen mehr als 20kg. Die Patientinnen sind aufgrund dieser Erfahrungen häufig davon überzeugt, bei Verzicht auf das Erbrechen in kürzester Zeit stark angstbesetzte Gewichtsbereiche zu erreichen. Die meisten Betroffenen haben ein genau definiertes Wunschgewicht, welches durchschnittlich etwa 5 kg unter dem aktuellen Gewicht liegt (Paul, Brand-Jacobi & Pudel, 1984).

Mangelnde Impulskontrolle stellt ein weiteres Merkmal vieler bulimischer Patientinnen dar. Nach einer US-amerikanischen Untersuchung von Pyle, Mitchell, & Eckert (1981) haben 64% der Betroffenen bereits Diebstähle begangen, 32% berichten über den Gebrauch von Amphetaminen und 55% über Alkoholmißbrauch. Norman & Herzog (1980) berichten über eine erniedrigte Frustrationstoleranz, Paul, Brand-Jacobi & Pudel (1984) über eine signifikant erniedrigte Selbstkontrollfähigkeit sowie Russell (1979) über Suizidgedanken bei 60% seiner Stichprobe.

2.3.5 Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

In den verschiedenen Auflagen des Diagnostischen und Statistischen Manuals Psychischer Störungen (DSM III, APA, 1980, DSM III-R, APA, 1987, DSM IV, APA, 1995) wurde das Krankheitsbild der Bulimia nervosa ausgehend von den Ergebnissen systematischer wissenschaftlicher Forschung immer feiner differenziert. Seit 1995 wird das DSM IV verwendet, welches die Kriterien für die Eßstörung Bulimia nervosa wie folgt festlegt:

A) Es treten wiederkehrende Eßanfälle auf. Ein Eßanfall ist durch die beiden folgenden Kriterien bestimmt:

1) Es wird in einer bestimmten Zeitspanne (bis zu zwei Stunden) eine Menge an Nahrung aufgenommen, die größer ist als die Menge, die die meisten Leute in demselben Zeitraum unter denselben Umständen essen würden.

2) Ein Gefühl von Kontrollverlust während des Eßanfalls (z.B. das Gefühl, mit dem Essen nicht aufhören zu können oder nicht kontrollieren zu können, was und wieviel man ißt).

B) Wiederkehrende, unangemessene Gegenmaßnahmen, um eine Gewichtsabnahme zu verhindern, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen; Mißbrauch von Abführmitteln, entwässernden Medikamenten bzw. von anderen Medikamenten; Diät halten oder exzessiver Sport.

C) Die Eßanfälle und die damit verbundenen Gegenmaßnahmen treten über einen Zeitraum von drei Monaten im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche auf.

D) Die Bewertung der eigenen Person ist übermäßig an der Figur und dem Gewicht orientiert.

E) Die Störung tritt nicht im Zusammenhang mit einer Anorexia nervosa auf.

Zusätzlich werden zwei Subtypen unterschieden:

a) Purging-Typ: Die Person erbricht regelmäßig oder benutzt Abführmittel oder entwässernde Medikamente.

b) Non-Purging-Typ: Die Person treibt exzessiven Sport oder hält Diät, erbricht aber nicht regelmäßig und nimmt keine Abführmittel oder Medikamente.

Im Unterschied zum DSM III-R werden im DSM IV weitere Spezifizierungen vorgenommen wie beispielsweise die Nahrungsmenge, die bei einem Eßanfall gegessen werden muß (mehr als die meisten Leute im gleichen Zeitraum essen würden). Neu ist weiterhin, daß nicht nur über einen Zeitraum von drei Monaten zwei Eßanfälle pro Woche, sondern in gleicher Häufigkeit auch Gegenmaßnahmen aufgetreten sein müssen. Über 95% aller Patientinnen mit Bulimia nervosa gehören dem "Purging-Typ" an, wenden also regelmäßig Gegenmaßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen und Abführmittelmißbrauch an (Willmuth, Leitenberg, Rosen & Cado, 1988). Am Kriterium der Häufigkeit von Eßanfällen wurde nichts geändert.

Eine weitere Differenzierung stellt die Formulierung "Bewertung der eigenen Person nach Figur und Gewicht" dar. Damit wird der Erkenntnis Rechnung getragen, daß die Einschätzung des Selbstwerts durch eine von der Bulimia nervosa betroffene Patientin maßgeblich von diesen Parametern bestimmt wird. Cooper & Fairburn (1993) fanden beispielsweise in einer Studie deutliche Hinweise darauf, daß die übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht in Zusammenhang mit einem niedrigen Selbstwertgefühl steht. Weiterhin wurde gefunden, daß das Selbstwertgefühl der Patientinnen nach der Therapie verbessert und die übermäßige Bewertung von Figur und Gewicht abgeschwächt war. Durch die Verbesserung der Stimmung verbesserte sich auch die Einschätzung der eigenen Figur und des Gewichts.

2.3.6 Somatische Begleit- und Folgeprobleme der Bulimia nervosa

Die körperlichen Folgeschäden der Bulimia nervosa können vielfältig sein. So sind nach Paul (1987) häufig die Zähne durch die Zersetzung des Zahnschmelzes infolge des Erbrechens geschädigt. Es finden sich Entzündungen der Rachenschleimhaut, der Speiseröhre und der Magenschleimhaut. Im weiteren Verlauf kann es zu Magenerweiterung oder -durchbruch kommen. Eine Vergrößerung der Ohrspeicheldrüsen durch häufiges Erbrechen kommt ebenfalls vor. Schwere Störungen des Mineralstoffhaushaltes, wie Kalium- und Magnesiummangel, sowie Menstruationsstörungen und Amenorrhoe treten durch einseitige Nahrungszusammensetzung und häufiges Erbrechen auf.

2.3.7 Zur Ätiologie der Bulimia nervosa

Ein einheitliches, empirisch belegtes Modell zur Ätiologie und Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa existiert bisher nicht. Aufgrund vorliegender Erkenntnisse ist auszuschließen, daß ein eindimensionales (also ein rein biologisches oder rein soziokulturelles) Modell ausreicht, um die Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung zu erklären. Als Rahmenkonzept ist nach Waadt, Laessle & Pirke (1992) deshalb ein Modell am besten geeignet, das die Entwicklung der Störung als Interaktion individueller Vulnerabilitätsfaktoren mit bestimmten Umweltbedingungen erklärt und für den Prozeß der Aufrechterhaltung zusätzlich spezifische psychobiologische Zusammenhänge berücksichtigt. Das biopsychosoziale Modell von Waadt, Laessle & Pirke (1992), sieht folgendermaßen aus:

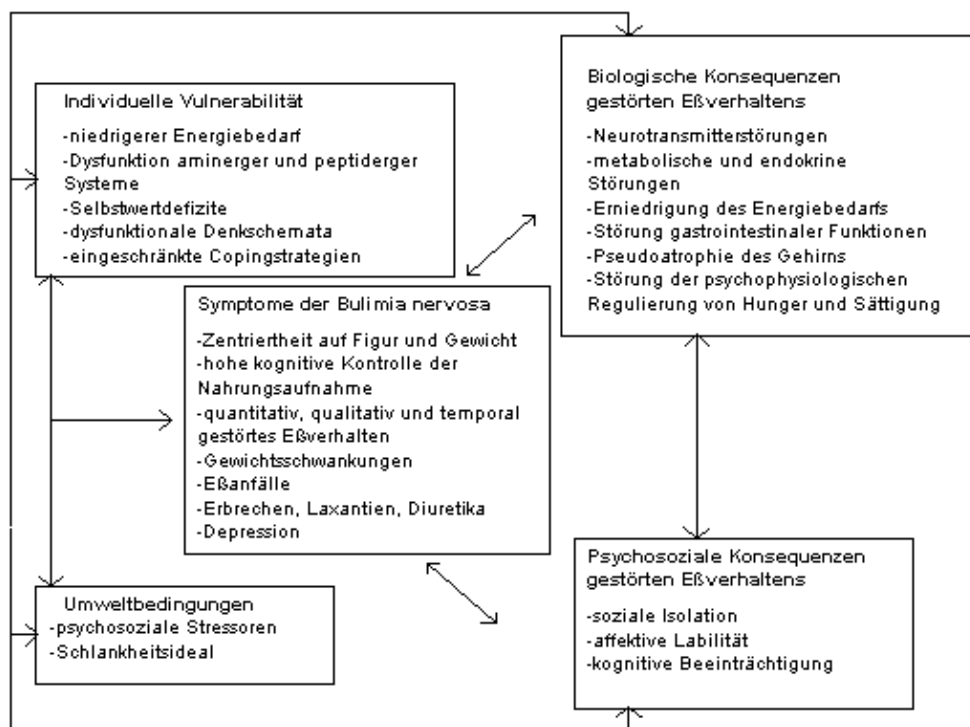


Abbildung 2: Schema des heuristischen Rahmenkonzepts zum Verständnis der Bulimia nervosa (Nachzeichnung mit freundlicher Genehmigung des Springer-Verlags, Berlin)

Das Modell ist nicht das einzige seiner Art; das multifaktorielle Modell von Fichter (1989, 1991) ist beispielsweise ähnlich aufgebaut. Während ein solches Modell nützlich für das Verständnis der Bulimia nervosa im Ganzen ist, erklärt es aber nicht, warum in bestimmten Situationen Heißhungeranfälle ausgelöst werden, in anderen Situationen jedoch nicht. Dieser Frage wird in Kapitel 5 nachgegangen.

Zum Überblick zur Bulimia nervosa soll dies zunächst genügen. In den theoretischen Einführungen zu den einzelnen Untersuchungen wird jeweils kurz auf die dafür relevanten Erkenntnisse der Forschung eingegangen.

2.4 Zur Relevanz von "Selbstaufmerksamkeit" für die Eßstörung Bulimia nervosa

Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit wurde seit ihrer Formulierung durch Duval & Wicklund (1972) vielfältig zur Erforschung sozialpsychologischer Fragestellungen herangezogen und teilweise auch zur Erklärung von Phänomenen verwendet, die klinische Stichproben betreffen. Für Phänomene, die mit der Eßstörung Bulimia nervosa einhergehen, wurden diese Theorie und ihre Weiterentwicklungen bisher nicht betrachtet. Auch die Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit", die 1975 von Fenigstein, Scheier & Buss beschrieben wurde, wurde für Patientinnen mit Bulimia nervosa bisher noch nicht untersucht. Grundsätzlich sind bei Patientinnen mit Bulimia nervosa jedoch Denk- und Verhaltensmuster zu beobachten, die darauf hinweisen, daß die von Duval & Wicklund beschriebenen Auswirkungen von Selbstaufmerksamkeit auch für diese Patientengruppe relevant sein könnten, und daß eine Disposition zur Selbstaufmerksamkeit mit zur Aufrechterhaltung des besonderen Denk- und Verhaltensgewohnheiten von Patientinnen mit Bulimia nervosa beitragen könnte.

Bei Patientinnen mit Bulimia nervosa ist auffällig, daß sie, wie in den Kriterien des DSM IV (APA, 1995) beschrieben, ihr Selbstwertgefühl eng an ihr Körpergewicht und ihre Figur koppeln. Dieses Phänomen führt zu der Vermutung, daß diese Patientinnen möglicherweise eine erhöhte Disposition zur öffentlichen Selbstaufmerksamkeit (also eine besondere Beachtung ihrer Wirkung nach außen) aufweisen. Interessant sind in diesem Zusammenhang auch die Überlegungen von Heatherton & Baumeister (1991). Sie entwickelten, aufbauend auf der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit, die "Escape-Theorie". Diese geht davon aus, daß Eßanfälle von Patientinnen mit Bulimia nervosa dazu genutzt werden, sich aus einem Zustand von Selbstaufmerksamkeit zu befreien. Hinter dieser Flucht tendenz könnte eine Disposition zu einer erhöhten privaten Selbstaufmerksamkeit (also zur Wahrnehmung interner Zustände) stehen.

In einer ersten empirischen Untersuchung zur dispositionalen Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa soll anhand von Fragebogendaten überprüft werden, ob sich diese Überlegungen empirisch bestätigen lassen. Darüber hinaus soll ermittelt werden, ob eine erhöhte dispositionale Selbstaufmerksamkeit gegebenenfalls eine Besonderheit von Patientinnen mit Bulimia nervosa ist, oder ob sie ein Begleitmerkmal eines breiteren Spektrums von psychischen Störungen zu sein scheint. Zu Beginn der Darstellung der Untersuchung findet sich eine ausführliche Einführung in das Thema und die aus den theoretischen Erkenntnissen heraus entwickelte Fragestellung.

Anschließend beschäftigt sich eine experimentelle Untersuchung mit der Auswirkung von objektiver Selbstaufmerksamkeit und Streß auf die Affektlage, das Eßbedürfnis und das Eßverhalten bei Patientinnen mit Bulimia nervosa. Hier werden relevante Ergebnisse der in der sozialpsychologischen Forschung gewonnenen Erkenntnisse zur Wirkung eines Zustandes objektiver Selbstaufmerksamkeit auf das Erleben und Verhalten von Menschen herangezogen, und es wird überprüft, ob sich ähnliche Auswirkungen auch bei Patientinnen mit Bulimia nervosa finden lassen. Wie oben dargestellt, konnte immer wieder gezeigt werden, daß ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit aktuell saliente Affekte verstärkt. In der experimentellen Untersuchung sollen Affekte bei Patientinnen mit Bulimia nervosa durch die Induktion von Streß und die Konfrontation mit Nahrungsmitteln manipuliert werden, und es soll überprüft werden, ob ein Zustand von Selbstaufmerksamkeit eine intensivierende Wirkung auf die Affektlage hat. Auch bei der Planung der zweiten Untersuchung spielten die von Heatherton & Baumeister entwickelte "Escape-Theorie" sowie Erkenntnisse der Forschung zur Auswirkung von Streß auf das Eßverhalten bei Patientinnen

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

mit Bulimia nervosa eine wichtige Rolle. In der theoretischen Einführung dieser Untersuchung werden die Escape- Theorie und die relevanten Erkenntnisse zum Zusammenhang von Streß und bulimischem Eßverhalten ausführlich beschrieben und zur Entwicklung der Fragestellung herangezogen.

3. Untersuchung I:

Dispositionale Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

3.1 Einleitung

Wie bereits dargestellt, wurde seit etwa 1975 in der psychologischen Forschung dispositionale Selbstaufmerksamkeit von einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit unterschieden.

Im Anschluß an die Entwicklung verschiedener Fragebogenverfahren zu der Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" wurden in vielen Untersuchungen Ausprägungsgrade von öffentlicher und privater Selbstaufmerksamkeit bei gesunden Personen und teilweise auch bei klinischen Stichproben (z. B. Suls & Fletcher, 1985; Filipp, Aymanns & Klauer, 1983) untersucht.

Doch fehlen meines Wissens solche Untersuchungen zur Persönlichkeitsdisposition Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen und Patienten mit Bulimia nervosa. Patientinnen mit dieser Störung zeichnen sich unter anderem dadurch aus, daß sie dem gängigen Schlankheitsideal entsprechen möchten und deshalb versuchen, ihr Körpergewicht diesem Ideal anzupassen. Dafür könnte eine erhöhte Selbstaufmerksamkeit, die vor allem die Wirkung der eigenen Person nach außen betrifft, eine Rolle spielen. Auch bei Angstpatientinnen und -patienten (Panikstörung mit Agoraphobie, Sozialphobie, Zwangsstörung, diagnostiziert nach DSM III-R, APA, 1987) wurde die Erfassung der Persönlichkeitsdisposition Selbstaufmerksamkeit vernachlässigt.

Ausgehend von der Annahme, daß die Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" bei Patientinnen mit Bulimia nervosa erhöht ist, sollte in der vorliegenden Untersuchung geklärt werden, ob dieser Befund gegebenenfalls spezifisch für die Störung ist. Unter diesem Aspekt wurden zum Vergleich auch Daten anderer klinischer Gruppen (Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie, einer Sozialphobie oder einer Zwangsstörung, diagnostiziert nach DSM III-R, APA, 1987) erhoben. Es wurden nur Frauen in die Studie einbezogen, da das Hauptaugenmerk auf der Diagnosegruppe "Bulimia nervosa" liegt und dieses Störungsbild sehr viel häufiger bei Frauen anzutreffen ist als bei Männern.

3.2 Zur Messung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit

Seit etwa 1975 (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975) wird im angloamerikanischen, seit 1979 (Heinemann, 1979) auch im deutschen Sprachraum zwischen Self-Awareness (= Zustand (State) der Selbstaufmerksamkeit) und Self-Consciousness (= Persönlichkeits-disposition (Trait) zur Selbstaufmerksamkeit) differenziert.

Eines der meistgenutzten Fragebogenverfahren zur Messung der Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" im angloamerikanischen Sprachraum ist die "Self-Consciousness-Scale"

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa von Fenigstein, Scheier & Buss (1975), die auch ins Deutsche übersetzt wurde.

Fenigstein, Scheier & Buss (1975) gingen bei der Entwicklung des Verfahrens davon aus, daß nicht nur der Zustand von Selbstaufmerksamkeit die Reaktionen einer Person beeinflussen kann, sondern auch eine dahinterstehende Bereitschaft, selbstaufmerksam zu sein. Diese Bereitschaft lasse sich als Persönlichkeitsdisposition beschreiben. Sie erkläre unter anderem, warum Menschen besser oder weniger gut auf Therapieverfahren ansprechen, die (wie z. B. die Meditation) darauf abzielen, daß Menschen im Sinne der Selbstaufmerksamkeit lernen, "nach innen" zu blicken. Für die experimentelle Psychologie sei es wichtig zu beachten, daß die Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" mit der Erzeugung eines Zustandes von Selbstaufmerksamkeit korreliert. So gebe es Personen, die stärker oder weniger stark auf einen selbstaufmerksamkeitserzeugenden Stimulus (beispielsweise einen Spiegel oder eine Kamera) reagieren als andere. Aus dieser Überlegung heraus entwickelten die Autoren zur Messung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit die "Self-Consciousness-Scale" (SCS). Diese umfaßt 23 Items, die sich auf drei Subskalen verteilen: "*Private Self-Consciousness*" (10 Items), "*Public Self-Consciousness*" (7 Items) und "*Social Anxiety*" (6 Items).

Unter "Private Self-Consciousness" wird die Tendenz verstanden, die Aufmerksamkeit auf private Ereignisse zu richten, d.h. auf solche, die nur der Person selbst zugänglich sind. Dazu gehören z. B. interne körperliche Vorgänge, Gefühle, Meinungen, Motive. Items sind u.a. "I'm always trying to figure myself out" oder "I'm generally attentive to my inner feelings".

"Public Self-Consciousness" meint die Tendenz zur Aufmerksamkeitsausrichtung auf "öffentliche", das heißt auch von anderen beobachtbare Aspekte des Selbst. Dazu gehören z. B. Bewegungen, Körperhaltungen und Sprache. Items sind u.a. "I'm concerned about my style doing things" oder "I usually worry about making a good impression".

Der Faktor "Social Anxiety" steht nach Fenigstein, Scheier & Buss (1975) nur in einer losen Beziehung zum Selbstaufmerksamkeitskonstrukt. Die Autoren sehen in der sozialen Angst eine besondere Reaktion auf öffentliche Beachtung. Items hierzu sind z. B. "It takes me time to overcome my shyness in new situations" oder "I have trouble working when someone is watching me".

Nach Untersuchungen von Heinemann (1983) ist die englische Fassung der SCS hinreichend reliabel und valide, so daß sie als Forschungsinstrument gut verwendbar sei. Heinemann war es auch, der 1979 die Self-Consciousness-Scale ins Deutsche übersetzte. Merz (1984) überprüfte die Brauchbarkeit der Skala an einer Stichprobe von 256 Vpn und fand einige gravierende itemstatistische Unzulänglichkeiten der deutschen Version. Dies veranlaßte ihn zu einer Neufassung des Fragebogens (Merz, 1986). So entstand der "Fragebogen zur Messung dispositioneller Selbstaufmerksamkeit (SAF)". Ausgangspunkt für die Erstellung des Itempools des SAF war die SCS bzw. deren deutsche Übersetzung von Heinemann (1979). Auf der Grundlage der Itemkennwerte der Untersuchung von 1984 wurden umfangreiche Modifikationen vorgenommen. Die Endfassung enthält 36 Items, die als Aussagen mit sechs Antwortmöglichkeiten vorgegeben werden. Sie besteht aus drei Subskalen, die in Anlehnung an Fenigstein, Scheier & Buss (1975) mit "*Privater Selbstaufmerksamkeit*" (14 Items), "*Öffentlicher Selbstaufmerksamkeit*" (10 Items) und "*Sozialer Angst*" (12 Items) bezeichnet wurden. Die dreifaktorielle Struktur von Fenigstein, Scheier & Buss (1975) konnte in einer Faktorenanalyse repliziert werden. Personen mit einem hohen Testwert auf der Skala "Private Selbstaufmerksamkeit" denken viel über die privaten Aspekte ihres Selbst nach; sie sind selbstreflexiv und fragen sich oft "Wer bin ich?". Probanden mit einem hohen Testwert auf der Skala "Öffentliche Selbstaufmerksamkeit" sind sehr an den öffentlichen Aspekten ihres Selbst interessiert; für sie ist es wichtig, wie andere auf sie reagieren; sie fragen sich oft "Wie wirke ich?". Personen, die einen hohen Testwert auf der Skala "Soziale Angst" aufweisen, sind in Gegenwart anderer Menschen unsicher und schüchtern.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Die Ergebnisse der Itemanalyse (*durchschnittliche Trennschärfen*: .62 für private Selbstaufmerksamkeit, .61 für öffentliche Selbstaufmerksamkeit und .60 für soziale Angst; *interne Konsistenz*: .91 für private Selbstaufmerksamkeit, .87 für öffentliche Selbstaufmerksamkeit und .89 für soziale Angst; *Split-half-Reliabilität*: .86 für private Selbstaufmerksamkeit, .87 für öffentliche Selbstaufmerksamkeit und .90 für soziale Angst; *Retest-Reliabilität*: .88 für private Selbstaufmerksamkeit, .70 für öffentliche Selbstaufmerksamkeit und .83 für soziale Angst) sind insgesamt befriedigend, so daß der Test den Anforderungen an ein psychologisches Meßinstrument entspricht (Merz, 1986). Allerdings weckt eine Korrelation von .39 zwischen der Skala "Öffentliche Selbstaufmerksamkeit" und "Soziale Angst" Zweifel, ob diese beiden Skalen wirklich voneinander unabhängige Aspekte dispositionaler Selbstaufmerksamkeit messen. Auch stellte sich die Frage (z. B. Becker, 1982), ob "Soziale Angst" im Originalfragebogen hinreichend valide und reliabel erfaßt wurde.

Untersuchungen zur Validität des SAF sind vergleichsweise wenig durchgeführt worden. Im wesentlichen hat Merz (1986) als Beleg für die inhaltliche Validität des SAF Korrelationsberechnungen mit Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars (FPI, Fahrenberg, Selg & Hampel, 1978) durchgeführt, deren Ergebnisse er als Validitätshinweise auffaßt. Ansonsten verweist er auf die Untersuchungen, die mit dem englischen Originalverfahren durchgeführt wurden und führt an, daß die trennschärfsten Items seiner Version aus dem amerikanischen Original übernommen wurden, für das viele Validitätshinweise vorliegen. Kritisch anzumerken ist hierzu allerdings, daß amerikanische Erkenntnisse nicht ohne weiteres auf den deutschen Sprachraum übertragbar sind. Als Hinweis auf die Konstruktvalidität des SAF führt Merz (1986) nur eine einzige eigene Untersuchung an, in der er 76 Vpn nach dem Ausfüllen des SAF bat, einen Text, in dem ein Student über seine sexuellen Probleme berichtet, in eigenen Worten schriftlich zu beurteilen. Zwei unabhängige Beurteiler stuften die sich in den Beurteilungen widerspiegelnde emotionale Betroffenheit anhand einer Ratingskala ein. Bei einer Interrater-Korrelation von .89 fand sich ein deutlicher Zusammenhang zwischen privater Selbstaufmerksamkeit und emotionaler Betroffenheit: Personen mit einer hohen privaten Selbstaufmerksamkeit zeigten eine höhere emotionale Betroffenheit als Personen mit niedriger privater Selbstaufmerksamkeit.

Im Gegensatz zum amerikanischen Original fanden sich mit dem SAF deutliche Geschlechterunterschiede. Frauen erreichten höhere Werte auf den Dimensionen "Private Selbstaufmerksamkeit" und "Soziale Angst". Außerdem ergaben sich Hinweise darauf, daß die Skala "Öffentliche Selbstaufmerksamkeit" bei Männern partiell etwas anderes mißt als bei Frauen. Dies zeigte sich auch in Untersuchungen, die mit der Übersetzung von Heinemann (1979) durchgeführt wurden. Geschlechtsspezifische Korrelationsberechnungen zeigen bei Männern positive Zusammenhänge von öffentlicher Selbstaufmerksamkeit mit Aggressivität, Erregbarkeit und Dominanzstreben (Skalen des Freiburger Persönlichkeitsinventars FPI, Fahrenberg, Selg & Hampel, 1978) in einer Höhe um $r = .44$, die sich bei den Frauen nicht finden ließ ($r = .01-.09$). Demnach scheint das Geschlecht insbesondere für das Zustandekommen von öffentlicher Selbstaufmerksamkeit eine bedeutsame Moderatorvariable zu sein.

1989 wurde von Filipp & Freudenberg eine weitere deutsche Version einer Selbstaufmerksamkeitsskala herausgegeben, der SAM, der sich wie der SAF an die englische Version von Fenigstein, Scheier & Buss (1975) anlehnt. Allerdings wurden umfangreiche Modifikationen vorgenommen, durch die die Mängel des SAF, z. B. daß die Skalen "Öffentliche Selbstaufmerksamkeit" und "Soziale Angst" partiell ähnliches messen, eliminiert wurden. So wurde die Skala "Soziale Angst" nicht mehr berücksichtigt. Außerdem wurden wesentlich umfangreichere Validitätsuntersuchungen vorgenommen und auf noch bessere Itemkennwerte Wert gelegt. Der SAM hat sich in der derzeitigen Selbstaufmerksamkeitsforschung durchgesetzt. Er wurde in der vorliegenden Untersuchung verwendet und soll daher ausführlich dargestellt werden.

Der Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (SAM-Fragebogen)

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Der Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (SAM-Fragebogen) stellt, wie bereits erwähnt, eine modifizierte Form der amerikanischen "Self-Consciousness-Scale" (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975) dar. Im Gegensatz zu anderen deutschsprachigen Inventaren ist der SAM-Fragebogen allerdings keine direkte Übertragung des Originalverfahrens in die deutsche Sprache. Zum einen wurde auf die Subskala "Soziale Angst" verzichtet, zum anderen wurden die beiden Subskalen zur Erfassung öffentlicher und privater Selbstaufmerksamkeit durch Hinzufügung einiger Items erweitert.

Aufbau des Fragebogens. Der Fragebogen besteht aus 27 Items, von denen 13 private Selbstaufmerksamkeit und 14 öffentliche Selbstaufmerksamkeit messen. Alle Items sind als Feststellungen in der ersten Person formuliert. Sie beziehen sich auf offene Verhaltensweisen, selbstreflexive Gedanken oder verdeckte Verhaltensweisen. Die Vp hat Gelegenheit, auf einer fünfstufigen Skala mit den verbal bezeichneten Stufen "sehr oft", "oft", "ab und zu", "selten" und "sehr selten" anzugeben, wie häufig die in dem Item beschriebene Aktivität im allgemeinen bei ihr vorkommt. Die zu erreichenden Werte auf den Skalen betragen minimal 13 (private Selbstaufmerksamkeit) bzw. 14 Punkte (öffentliche Selbstaufmerksamkeit) und maximal 65 (private Selbstaufmerksamkeit) bzw. 70 Punkte (öffentliche Selbstaufmerksamkeit).

Die Items des SAM-Fragebogens.

1. Es ist mir wichtig, meine eigenen Bedürfnisse zu erkennen. (*privat*)
2. Ich achte darauf, wie ich aussehe. (*öffentlich*)
3. Ich erforsche gründlich meine Absichten. (*privat*)
4. Ich betrachte mich gern im Spiegel. (*öffentlich*)
5. Ich mache mir Gedanken, wie ich auf andere Menschen wirke. (*öffentlich*)
6. Ich versuche, über mich selbst etwas herauszufinden. (*privat*)
7. Ich denke über mich nach. (*privat*)
8. Ich mache mir Gedanken über die Art, wie ich die Dinge anpacke. (*privat*)
9. Ich spüre es, wenn sich meine Stimmung verändert. (*privat*)
10. Ich beobachte sorgfältig meine innersten Gefühle. (*privat*)
11. Ich denke im nachhinein darüber nach, welchen Eindruck ich auf andere gemacht habe. (*öffentlich*)
12. Ich merke, wie ich mich selbst beobachte. (*privat*)
13. Ich glaube, ich kenne mich selbst sehr genau. (*privat*)
14. Ich achte darauf, daß ich in einem guten Licht erscheine. (*öffentlich*)
15. Bevor ich aus dem Haus gehe, werfe ich einen letzten Blick in den Spiegel. (*öffentlich*)
16. Ich spüre richtig, wie mein Kopf arbeitet, wenn ich ein Problem löse. (*privat*)
17. Es ist mir unangenehm, wenn andere mich beobachten. (*öffentlich*)
18. Ich achte auf mein Aussehen. (*öffentlich*)
19. Ich mache mir Gedanken darüber, wie ich mich in Gegenwart anderer geben soll. (*öffentlich*)

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

20. Ich achte auf meine Bewegungen und meine Körperhaltung. (*öffentlich*)
21. Ich ertappe mich dabei, wie meine Gedanken um mich selbst kreisen. (*privat*)
22. Ich überlege, was meine Freunde und Bekannten von mir denken. (*öffentlich*)
23. Ich bin mir über meine eigenen Pläne und Ziele sehr gut im klaren. (*privat*)
24. Ich spüre es, wenn mich jemand beobachtet. (*öffentlich*)
25. Ich denke über mich und mein Leben intensiver nach als andere Menschen. (*privat*)
26. Ich denke darüber nach, welchen Gesichtsausdruck ich gerade habe. (*öffentlich*)
27. Es ist mir wichtig, was andere über mich denken. (*öffentlich*)

Objektivität und Ökonomie. Die für strukturierte Fragebögen üblichen Standards, welche die Durchführungs-, Auswertungs- und Interpretationsobjektivität sichern sollen, können bei korrekter Handhabung des SAM-Fragebogens leicht erfüllt werden. Neben dem Merkmal der Objektivität besitzt das Verfahren auch ein hohes Maß an Ökonomie, da es innerhalb von ca. 5 Minuten ausgefüllt werden kann.

Reliabilität und Validität. Die Konsistenzmaße der beiden Skalen des SAM-Fragebogens entsprechen den allgemeinen Anforderungen an die Höhe von Reliabilitätskoeffizienten (zwischen $r = .77$ und $.83$ für die Skala "Private Selbstaufmerksamkeit", zwischen $r = .87$ und $.88$ für die Skala "Öffentliche Selbstaufmerksamkeit"). Die Itemtrennschärfen liegen im mittleren Bereich (im Mittel $.48$ für private Selbstaufmerksamkeit, im Mittel $.58$ für öffentliche Selbstaufmerksamkeit) und sind damit zufriedenstellend.

In verschiedenen Studien wurde die Validität des SAM-Fragebogens untersucht. Mittels einer Faktorenanalyse mit Varimax-Rotation wurde die faktorielle Validität der beiden Skalen ermittelt. Für die Gesamtstichprobe ergaben die beiden eindeutig zu interpretierenden Faktoren "private Selbstaufmerksamkeit" und "öffentliche Selbstaufmerksamkeit" zusammen eine Aufklärung von 31,5% der Gesamtvarianz.

Für die konvergente und diskriminante Validität wurden umfangreiche Korrelationsberechnungen mit einer Reihe von Persönlichkeitsfragebögen vorgenommen. Insgesamt fällt dabei auf, daß Selbstaufmerksamkeit nur mit wenigen Persönlichkeitsvariablen korreliert.

Zur Ermittlung der differentiellen Validität wurden unterschiedliche Personengruppen verglichen, die mit dem SAM-Fragebogen untersucht wurden. Eine Stichprobe "Erwachsene Normalbevölkerung" wurde mit Arbeitslosen, Alkoholikern und HIV-Positiven verglichen. Die drei "Problemgruppen" zeichneten sich durch einen höheren Ausprägungsgrad sowohl öffentlicher als auch privater Selbstaufmerksamkeit aus, was nach [Filipp & Freudenberg \(1989\)](#) darauf hinweist, daß die Zugehörigkeit zu einer "Problemgruppe" stets mit einer erhöhten privaten und öffentlichen Selbstaufmerksamkeit einhergeht. Als mögliche Alternativinterpretation, die allerdings theoretisch weniger gut begründbar sei, führen die Autorinnen an, daß ein hohes Maß an dispositionaler Selbstaufmerksamkeit eine Prädisposition für Alkoholismus, Krebs usw. sein könnte. Auch Geschlechterunterschiede wurden ermittelt, wobei die Frauen auf beiden Skalen durchschnittlich höhere Werte erreichten als die Männer.

In den Itemstatistiken sowie hinsichtlich der Gütekriterien Reliabilität, Validität, Objektivität und Ökonomie ist der Fragebogen als zufriedenstellend zu bewerten. Außerdem ist der SAM-Fragebogen in der deutschen Selbstaufmerksamkeitsforschung derzeit am gebräuchlichsten. Aus diesen Gründen wurde er für die vorliegende Untersuchung den verfügbaren Alternativen vorgezogen.

3.3 Fragestellung

Patientinnen mit Bulimia nervosa zeichnen sich, wie aus den Kriterien des DSM IV (APA, 1995) hervorgeht, durch eine übermäßige Bewertung ihres Körpergewichts und ihrer Figur für die Einschätzung ihres Selbstwertgefühls aus. Diese Bewertungskriterien und auch die umfangreichen und häufig als sehr quälend und unangenehm empfundenen Gegenmaßnahmen zur Vermeidung einer Gewichtszunahme weisen auf die große Bedeutung hin, die die Betroffenen ihrem Äußeren für die Wirkung auf ihre Umwelt beimessen. Dies legt die Vermutung nahe, daß die öffentliche Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu gesunden Personen erhöht ist. Ebenso liegt es den Ausführungen von Heatherton & Baumeister (1991) zufolge nahe, von einer erhöhten privaten Selbstaufmerksamkeit auszugehen. Die zentrale Hypothese der von ihnen aufgestellten *Escape-Theorie* besagt, daß Eßanfälle eine mögliche Methode darstellen, sich aus einem Zustand von hoher Selbstaufmerksamkeit (Self-Awareness) zu befreien. Deshalb soll in der vorliegenden Untersuchung geprüft werden, ob bei Frauen mit Bulimia nervosa eine erhöhte private Selbstaufmerksamkeit als *Persönlichkeitsdisposition* vorliegt, die eine Grundlage für häufige Zustände hoher Selbstaufmerksamkeit liefern könnte.

Um zu überprüfen, ob eine erhöhte Selbstaufmerksamkeitsdisposition für Patientinnen mit Bulimia nervosa gegebenenfalls spezifisch ist, werden zum Vergleich Daten von Patientinnen mit verschiedenen Angststörungen (Panikstörung mit Agoraphobie, Sozialphobie, Zwangsstörung) erhoben. Es wird angenommen, daß die Disposition nicht spezifisch für Patientinnen mit Bulimia nervosa ist, sondern daß Patientinnen mit Sozialphobie oder Panikstörung mit Agoraphobie ebenfalls eine erhöhte Disposition zu Selbstaufmerksamkeit aufweisen. Diese Annahme soll im folgenden erläutert werden.

Klinische Beobachtungen und Ergebnisse systematischer Forschung zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Angstanfällen ergeben eindeutige Hinweise darauf, daß die Problematik von Patientinnen und Patienten mit Angstanfällen durch ein psychophysiologisches Krankheitsmodell erklärt werden kann (Barlow, 1986; Clark, 1986; Margraf, Ehlers & Roth, 1986). Das sogenannte Teufelskreismodell der Angst (Margraf & Schneider, 1989) erklärt diesen Zusammenhang folgendermaßen: Physiologische und kognitive Veränderungen treten als Folge verschiedener Ursachen wie z. B. körperlicher Anstrengung, Zufuhr chemischer Substanzen, situationaler Stressoren oder emotionaler Reaktionen auf. Diese Veränderungen werden von der betroffenen Person wahrgenommen und mit unmittelbarer Gefahr assoziiert. Auf die wahrgenommene Bedrohung reagiert die Person mit Angst, die ihrerseits zu physiologischen Veränderungen, körperlichen Symptomen und/oder kognitiven Veränderungen führt (positive Rückkopplung). Wenn diese wahrgenommen und mit Gefahr assoziiert werden, nimmt die Angst weiter zu und kann in einem panischen Angstanfall enden. Ausgehend von diesem Modell könnte man annehmen, daß Menschen mit einer Panikstörung sehr selbstaufmerksam sind und aus diesem Grund körperliche Veränderungen stärker wahrnehmen als gesunde Menschen. Vermutlich weisen sie auf beiden Dimensionen im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe erhöhte Werte auf, denn zum einen wird die Aufmerksamkeit auf private Vorgänge (wie z. B. körperliche Empfindungen) gelenkt, zum anderen könnte sie auch nach außen gerichtet werden aus der Sorge heraus, von anderen beobachtet zu werden und beim Auftreten eines Panikanfalls in eine peinliche Situation zu geraten.

Patientinnen mit der Diagnose "Sozialphobie" leiden an einer dauerhaften und unangemessenen Furcht vor Situationen (und deren daraus resultierender Vermeidung), in denen sie einer möglichen negativen Bewertung ausgesetzt sind. Sie befürchten, zu versagen, sich lächerlich zu machen und durch ungeschicktes Verhalten gedemütigt zu werden. Typischerweise zeigen diese Patientinnen eine hohe Erwartungsangst, wenn sie mit bestimmten sozialen Situationen konfrontiert werden. Auch hier ist daher eine erhöhte Disposition zur Selbstaufmerksamkeit zu erwarten. Die Angst vor negativer Bewertung legt zunächst eine erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit nahe. Doch ist

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

anzunehmen, daß auch die private Selbstaufmerksamkeit erhöht ist. So fand z. B. Nichols (1974) in einer klinischen Studie, daß Patienten mit einer Sozialphobie z.B. häufig körperliche Empfindungen in sozialen Situationen spüren, welches ihre Angst vergrößert.

Um die Gruppe der klinischen Angststörungen weiter zu vervollständigen, werden auch Personen mit einer Zwangsstörung zum Vergleich herangezogen. In der Literatur fanden sich keine Hinweise zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit dieser Störung. Nach meiner eigenen Erfahrung in Therapien mit diesen Patientinnen sind sie so stark mit ihren Ritualen bzw. Zwangsimpulsen beschäftigt, daß sie die Aufmerksamkeit weder stark nach innen, noch auf die mögliche Bewertung anderer richten können. Für die Ausprägung der Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" bei dieser Störungsgruppe wurden keine Annahmen gemacht.

3.4 Hypothesen

Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

1. Die Disposition zu öffentlicher Selbstaufmerksamkeit ist bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Diagnose einer psychischen Störung erhöht.
2. Die Disposition zu privater Selbstaufmerksamkeit ist bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Diagnose einer psychischen Störung erhöht.

Die Disposition zu erhöhter öffentlicher und privater Selbstaufmerksamkeit ist nicht spezifisch für Patientinnen mit Bulimia nervosa, sie findet sich auch bei anderen Gruppen psychisch gestörter Frauen.

3. Bei Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie sowie bei Patientinnen mit einer Sozialphobie ist die Disposition zu öffentlicher Selbstaufmerksamkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Diagnose einer psychischen Störung erhöht.
4. Bei Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie sowie bei Patientinnen mit einer Sozialphobie ist die Disposition zu privater Selbstaufmerksamkeit im Vergleich zu einer Kontrollgruppe ohne Diagnose einer psychischen Störung erhöht.

3.5 Methoden

3.5.1 Rekrutierung der Versuchspersonen

Die Rekrutierung der Versuchspersonen erfolgte aus dem Patientengut einer stationären psychotherapeutischen Einrichtung, in der Patienten und Patientinnen mit Angst- und Zwangsstörungen, Bulimischen Eßstörungen sowie Rückfällen bei Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit im Rahmen einer intensiven, etwa 3 Wochen dauernden Expositionstherapie behandelt werden. Nach der Rücksendung eines Eingangsfragebogens werden die Patienten zu einer eintägigen Eingangsdiagnostik eingeladen. Diese beginnt mit einem Erstgespräch, bei dem die Patienten die Gelegenheit haben, ihre Beschwerden zu schildern und ihren Behandlungsanlaß vorzutragen. Dem Erstgespräch folgt das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Schneider, Ehlers, Barlow & DiNardo, 1989), welches die Grundlage für die Vergabe der Diagnose darstellt. Danach folgt die Erhebung verschiedener störungsspezifischer Informationen durch psychometrische Tests, anschließend eine detaillierte Verhaltensanalyse. Zu diesem Zeitpunkt wurde der SAM-Fragebogen vorgegeben. Die Kontrollpersonen wurden über eine Anzeige im Stadtmagazin "Na dann" in Münster rekrutiert. Nach der Durchführung eines Einführungsgesprächs und des Diagnostischen Interviews bei Psychischen

Störungen wurde ihnen der SAM-Fragebogen vorgelegt.

Die Datenerhebung fand vom 2. Januar 1995 bis 1. Dezember 1995 in den Räumen der stationären Einrichtung statt.

3.5.2 Beschreibung der Stichprobe

Im Rahmen der Untersuchung wurden die SAM-Fragebogen-Daten von 295 Frauen erhoben. Dabei erfüllten 138 Patientinnen die Kriterien einer Panikstörung mit Agoraphobie (46,7%), 49 Patientinnen die einer Bulimia nervosa (16,6%), 40 Patientinnen die einer Zwangsstörung (13,6%) und 28 Patientinnen die einer Sozialphobie (9,5%). Zum Vergleich wurden 40 Kontrollpersonen (13,6%) ohne Diagnose einer psychischen Störung untersucht. Die relevanten soziodemographischen Angaben wurden den oben erwähnten Eingangsfragebögen entnommen bzw. bei den Kontrollpersonen mit dem DIPS erhoben.

a) Soziodemographische Angaben

Tabelle 1 zeigt die Anzahl der Versuchsteilnehmerinnen, den Familienstand und das Ausbildungsniveau in den verschiedenen Gruppen:

Tabelle 1

Soziodemographische Angaben I: Familienstand und Ausbildungsniveau

	Bulimia nervosa		Panikstörung		Sozialphobie		Zwangsstörung		Kontrollgruppe	
		%		%		%		%		%
ledig	40	81,6	52	37,7	20	71,4	20	50,0	37	92,5
verheiratet	9	18,4	78	56,5	7	25,0	18	45,0	3	7,5
geschieden	0	0	8	5,8	1	3,6	2	5,0	0	0
hohes Ausbildungsniveau	6	12,2	31	22,3	2	7,1	4	10,0	5	12,5
mittleres Ausbildungsniveau	37	75,6	75	54,0	23	82,2	27	67,5	35	87,5
niedriges Ausbildungsniveau	6	12,2	32	23,7	3	10,7	9	22,5	0	0

hohes Ausbildungsniveau: Hochschul- oder Fachhochschulabschluß

mittleres Ausbildungsniveau: Abitur oder mittlere Reife

niedriges Ausbildungsniveau: Hauptschulabschluß oder ohne Abschluß

Im Erhebungszeitraum wurden deutlich mehr Fragebögen von Frauen mit der Diagnose "Panikstörung mit Agoraphobie" erhoben als von Frauen mit anderen Störungsbildern. Dies hängt damit zusammen, daß diese Klientel in der Einrichtung am häufigsten vertreten ist. Die meisten Untersuchungsteilnehmerinnen waren ledig und hatten ein mittleres Ausbildungsniveau. Die Stichproben sind jedoch hinsichtlich des Familienstandes und des Ausbildungsniveaus nicht voll vergleichbar. Dies ist wohl in erster Linie auf die Unterschiedlichkeit der Altersstufen zurückzuführen, in denen sich die verschiedenen Störungen manifestierten. Da von beiden Variablen kein systematischer Einfluß auf das Ergebnis dieser Untersuchung erwartet wurde, wurde im Interesse der Erhaltung der Stichprobengröße diesbezüglich keine Parallelisierung vorgenommen.

Altersverteilung

In Tabelle 2 ist die Altersverteilung der Gruppen dargestellt:

Tabelle 2

Soziodemographische Angaben II: Alter

Diagnose	Jahre	
	M	SD
Bulimia nervosa	26,4	6,4
Panikstörung	35,3	9,2
Sozialphobie	29,1	9,4
Zwangsstörung	34,1	10,9
Kontrollgruppe	25,7	5,3

Wie aus Tabelle 2 ersichtlich, ist das mittlere Alter der Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie am höchsten. Zur Berechnung der Gruppenunterschiede wurde eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) durchgeführt, die mit $F(3,250) = 13,24$; $p = .000$ sehr signifikant wurde.

Mit Scheffé-Tests für Kontraste ($p = .05$) wurde ermittelt, daß die Gruppe mit der Diagnose "Panikstörung mit Agoraphobie" signifikant älter ist als die gesunde Kontrollgruppe, die Gruppe der Patientinnen mit Bulimia nervosa und die Gruppe mit der Diagnose "Sozialphobie". Weiterhin ist die Gruppe der Patientinnen mit einer Zwangsstörung älter als die Kontrollgruppe und die Gruppe der Patientinnen mit Bulimia nervosa. Der Faktor "Alter" muß also bei weiteren Berechnungen berücksichtigt werden.

3.5.3 Untersuchungsmaterial

Der SAM-Fragebogen wurde den Versuchspersonen als Paper-Pencil-Version vorgegeben.

3.5.4 Durchführung der Untersuchung

Die Patientinnen füllten den Fragebogen entweder während der eintägigen Eingangsdagnostik oder vor Therapiebeginn im Rahmen der Erhebung störungsspezifischer Informationen durch psychometrische Tests aus. Die Gabe des Fragebogens erfolgte jeweils am späten Vormittag, um den Ermüdungsgrad vergleichbar zu halten. Es wurden keine Getränke oder Nahrungsmittel angeboten.

3.5.5 Die statistische Datenauswertung

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows (Version 6.0.1).

Um die Fragestellung zu beantworten, wurde folgender Weg gewählt: Zunächst wurde ein Bartlett-Test auf Sphärizität durchgeführt, um zu überprüfen, ob die abhängigen Variablen (private und öffentliche Selbstaufmerksamkeit) miteinander korrelieren oder nicht. Der Test wurde hochsignifikant, so daß ein multivariates Verfahren angezeigt war. Infolgedessen wurden die Daten auf ihre Voraussetzungen für die Durchführung einer multivariaten Varianzanalyse hin überprüft. Der Stichprobenumfang betrug mindestens 15 Versuchspersonen pro Zelle, ein Kolmogoroff-Smirnov-Test ergab Normalverteilung der Daten, ein Bartlett-Box-F-Test ergab Varianzhomogenität. Die Voraussetzungen für die Durchführung der multivariaten Varianzanalyse hinsichtlich Stichprobenumfang, Normalverteilung der Daten und Varianzhomogenität waren damit erfüllt.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Um zu überprüfen, ob sich ein Haupteffekt findet, wurde eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit den abhängigen Variablen "private Selbstaufmerksamkeit" und "öffentliche Selbstaufmerksamkeit" und den Gruppen (Bulimia nervosa, Panikstörung mit Agoraphobie, Sozialphobie, Zwangsstörung, Kontrollgruppe) als unabhängige Variablen gerechnet. Mit der multivariaten Varianzanalyse wird der Einfluß eines Faktors (hier die Zugehörigkeit zu einer Diagnosegruppe) auf zwei abhängige Variablen (die private und öffentliche Selbstaufmerksamkeit) überprüft. Da sich das Alter in den Gruppen als signifikant unterschiedlich herausgestellt hatte, wurde es als Kovariate eingesetzt. Kovariaten werden dann eingesetzt, wenn ein abhängiges Merkmal (hier: private und öffentliche Selbstaufmerksamkeit) nicht nur durch den Einfluß eines Faktors (hier: Diagnosegruppe), sondern zusätzlich durch ein oder mehrere intervallskalierte Merkmale (hier: Alter) erklärt werden kann (Kähler, 1994). Da das Alter sich als statistisch nicht bedeutsam erwies, wurden alle weiteren Analysen ohne Einbeziehung des Alters als Kovariate durchgeführt.

Für die Beantwortung der Frage, ob die Disposition zu Selbstaufmerksamkeit für Patientinnen mit Bulimia nervosa spezifisch ist, war es notwendig herauszufinden, welche Gruppen sich im Hinblick auf die interessierenden Variablen unterscheiden. Dazu wurden einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVAS) mit Scheffé-Tests für Kontraste gerechnet.

3.6 Ergebnisse

3.6.1 Ermittlung des Haupteffekts "Gruppe"

Zunächst wurde eine multivariate Varianzanalyse (MANOVA) mit den abhängigen Variablen "öffentliche Selbstaufmerksamkeit" und "private Selbstaufmerksamkeit" über den Faktor "Diagnosegruppe" durchgeführt.

Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse der multivariaten Varianzanalyse (MANOVA):

Tabelle 3
Ergebnisse der MANOVA (Haupteffekt "Gruppe")

	F (Pillais, 8;576 d.f.)
Haupteffekt Gruppe	8,58 ***

*** = $p < .000$

Die multivariate Varianzanalyse (MANOVA) ergab einen hochsignifikanten Haupteffekt für die Gruppen.

3.6.2 Ermittlung der Gruppenunterschiede

Zur Ermittlung der Gruppenunterschiede wurden zwei einfaktorielle Varianzanalysen (ANOVAS) mit Scheffé-Tests für Kontraste ($p < .05$) mit der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit und der privaten Selbstaufmerksamkeit als abhängigen und den Gruppen als unabhängigen Variablen gerechnet. Da sich das Alter in den Teilstichproben teilweise signifikant unterscheidet, wurde es als Kovariate eingesetzt, um mögliche Alterseinflüsse einbeziehen zu können.

Tabelle 4 zeigt die Ergebnisse der beiden ANOVAS:

Tabelle 4
Ergebnisse der ANOVAS für die öffentliche und die private Selbstaufmerksamkeit

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

	F (4; 290 d.f.)	p (Kovariate Alter)
Öffentliche Selbstaufmerksamkeit	16,15 ***	.20 n.s.
Private Selbstaufmerksamkeit	5,28***	.11 n.s.

*** = $p < .000$

Wie aus Tabelle 4 ersichtlich, gab es sowohl für die öffentliche als auch für die private Selbstaufmerksamkeit einen hochsignifikanten Haupteffekt. Außerdem zeigte sich, daß die als Kovariate in die Analyse einbezogene Variable "Alter" keinen signifikanten Einfluß auf die abhängigen Variablen (private oder öffentliche Selbstaufmerksamkeit) hatte. Der Faktor "Alter" kann also bei weiteren Berechnungen vernachlässigt werden.

Um zu überprüfen, welche Gruppen sich hinsichtlich der privaten und der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit unterscheiden, wurden Scheffé-Tests für Kontraste durchgeführt. Tabelle 5 zeigt die Ergebnisse der Scheffé-Tests für die öffentliche Selbstaufmerksamkeit:

Tabelle 5

Ergebnisse der Scheffé-Tests für Kontraste für die öffentliche Selbstaufmerksamkeit

Öffentliche Selbstaufmerksamkeit			Bulimia nervosa	Panikstörung	Sozialphobie	Zwangsstörung	Kontrollgruppe
M	SD		Signifikanz				
51,63	7,55	Bulimia nervosa					
48,39	8,32	Panikstörung	n.s.				
59,41	7,83	Sozialphobie	*	*			
48,25	9,74	Zwangsstörung	n.s.	n.s.	*		
44,13	6,97	Kontrollgruppe	*	n.s.	*	n.s.	

* = $p < .05$

Wie aus Tabelle 5 ersichtlich, wurde der Unterschied in der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit zwischen Patientinnen mit Bulimia nervosa und der gesunden Kontrollgruppe signifikant. Die Patientinnen mit Bulimia nervosa erwiesen sich als öffentlich selbstaufmerksamer als die Kontrollgruppe ohne Diagnose einer psychischen Störung. Außerdem war die Ausprägung der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit bei den Patientinnen mit einer Sozialphobie signifikant höher als bei allen anderen Gruppen.

Tabelle 6 zeigt die Ergebnisse der Scheffé-Tests für Kontraste für die private Selbstaufmerksamkeit:

Tabelle 6

Ergebnisse der Scheffé-Tests für Kontraste für die private Selbstaufmerksamkeit

Private Selbstaufmerksamkeit			Bulimia nervosa	Panikstörung	Sozialphobie	Zwangsstörung	Kontrollgruppe
M	SD		Signifikanz				
45,18	6,25	Bulimia nervosa					
47,99	7,37	Panikstörung	n.s.				
51,19	6,53	Sozialphobie	*	n.s.			
46,73	7,75	Zwangsstörung	n.s.	n.s.	n.s.		
43,70	5,40	Kontrollgruppe	n.s.	*	*	n.s.	

* = $p < .05$

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Wie aus Tabelle 6 ersichtlich, unterscheiden sich die Patientinnen mit Bulimia nervosa hinsichtlich der privaten Selbstaufmerksamkeit nicht von der Kontrollgruppe ohne Diagnose einer psychischen Störung. Lediglich die Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie und die Patientinnen mit einer Sozialphobie weisen im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe eine höhere Ausprägung privater Selbstaufmerksamkeit auf. Außerdem ist die private Selbstaufmerksamkeit der Patientinnen mit einer Sozialphobie signifikant höher ausgeprägt als bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa.

3.7 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurde die dispositionale private und öffentliche Selbstaufmerksamkeit an Patientinnen mit Bulimia nervosa, einer gesunden Kontrollgruppe sowie an Patientinnen mit Angststörungen (Sozialphobie, Panikstörung mit Agoraphobie, Zwangsstörung) mit dem Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (SAM, Filipp & Freudenberg, 1989) erhoben.

Es zeigte sich entsprechend der Erwartung eine erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe. Dagegen fanden sich keine Unterschiede in der privaten Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Hypothese 1 konnte damit bestätigt, Hypothese 2 mußte verworfen werden.

Der Befund einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit ist allerdings nicht spezifisch für diese Störung, denn auch Patientinnen mit einer Sozialphobie oder Panikstörung mit Agoraphobie weisen erhöhte Werte in der Persönlichkeitsdisposition "Selbstaufmerksamkeit" in mindestens einer Dimension auf. Die Hypothesen 3 und 4 konnten teilweise, jedoch nicht vollständig bestätigt werden. Im einzelnen fand sich, daß Patientinnen mit einer Sozialphobie auf beiden Dimensionen die höchsten Werte aufwiesen. Sie unterschieden sich sowohl in der privaten als auch in der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit signifikant von allen anderen Gruppen. Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie hingegen wiesen im Vergleich zu den gesunden Kontrollpersonen nur eine erhöhte private Selbstaufmerksamkeit auf. Patientinnen mit einer Zwangsstörung schlieÙlich unterschieden sich auf keiner der beiden Dimensionen bedeutsam von der gesunden Kontrollgruppe. Spezifisch für Patientinnen mit Bulimia nervosa war die Kombination einer erhöhten öffentlichen Selbstaufmerksamkeit mit einer durchschnittlichen privaten Selbstaufmerksamkeit.

Das Körpergewicht und die eigene Figur haben für das Selbstwertgefühl von Patientinnen mit Bulimia nervosa einen überaus hohen Stellenwert. Sie versuchen, dem gesellschaftlichen Schlankheitsideal zu entsprechen oder es noch zu überbieten. Möglicherweise hängt dieses Motiv, schlank zu sein, mit der erhöhten öffentlichen Selbstaufmerksamkeit zusammen. Hier könnte auch eine Erklärung für die fehlende Auffälligkeit in der privaten Selbstaufmerksamkeit liegen. Möglicherweise messen die Patientinnen mit Bulimia nervosa ihren internen Vorgängen, Meinungen und Motiven keine größere Bedeutung bei, sondern konzentrieren sich auf ihre Wirkung nach außen. Dies lieÙe sich mit dem geringen Selbstwertgefühl, das die meisten Patientinnen mit Bulimia nervosa beschreiben, in Verbindung bringen ("ich bin nur etwas wert, wenn ich nach außen hin schlank erscheine").

Das Resultat einer erhöhten öffentlichen Selbstaufmerksamkeit bei Frauen mit Bulimia nervosa weist in die gleiche Richtung wie Ergebnisse, die Geissner, Bauer & Fichter (1995) sie bei Patientinnen mit Anorexia nervosa fanden. Die Autoren erhoben bei 29 Patientinnen die dispositionale Selbstaufmerksamkeit ebenfalls mit dem SAM-Fragebogen und wiesen nach, daß die öffentliche Selbstaufmerksamkeit deutlich über den von Filipp & Freudenberg (1989) angegebenen Normwerten für eine gesunde Kontrollgruppe lag. Bezüglich der privaten Selbstaufmerksamkeit ergaben sich hingegen keine bedeutsamen Unterschiede zu den Normwerten gesunder Personen. Klinische Beobachtungen sprechen dafür, daß anorektische Patientinnen mit ihrem mageren Körper

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

den Eindruck höchster "Kontrolliertheit" vermitteln möchten, während Patientinnen mit Bulimia nervosa auf ihre Umwelt möglichst schlank und schön wirken möchten, um damit der Norm angepaßt zu sein. Möglicherweise hängen jedoch beide Motive, schlank zu sein, mit einer erhöhten öffentlichen Selbstaufmerksamkeit zusammen. Eine Disposition zu erhöhter öffentlicher Selbstaufmerksamkeit bei gleichzeitig normaler Ausprägung der privaten Selbstaufmerksamkeit ist also in der Gruppe der Eßstörungen nicht nur für Patientinnen mit Bulimia nervosa, sondern auch für Patientinnen mit Anorexia nervosa kennzeichnend. In Anschlußstudien an Stichproben mit einer Binge Eating Disorder nach DSM IV ist noch zu klären, ob es sich hier ganz allgemein um ein Charakteristikum bei Patientinnen mit Eßstörungen handelt.

Die Tatsache, daß die private Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe weder in der vorliegenden Studie, noch in der Untersuchung von Geissner, Bauer & Fichter (1995) erhöht war, läßt vermuten, daß vor allem die öffentliche, nicht jedoch die private Selbstaufmerksamkeit Einfluß auf das Denken und Handeln von Patientinnen mit Bulimia nervosa hat. Das Ergebnis läßt hingegen Zweifel an der Richtigkeit der von Heatherton & Baumeister (1991) entwickelten "Escape"-Theorie aufkommen. Diese postuliert, daß mittels Eßanfällen von einem hohen auf ein niedriges Niveau privater Selbstaufmerksamkeit gewechselt werden soll, um belastenden Gedanken und Gefühlen zu entfliehen. Es ist allerdings auch möglich, daß die **dispositionale** private Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa nicht höher ist als bei gesunden Personen, daß sie aber in einem **Zustand** von hoher privater Selbstaufmerksamkeit Eßanfälle zur Bewältigung unangenehmer Gefühlszustände einsetzen, da ihnen andere Bewältigungsmöglichkeiten fehlen. Es müßte also in weiteren Untersuchungen erforscht werden, ob Patientinnen mit Bulimia nervosa trotz einer unauffälligen dispositionalen privaten Selbstaufmerksamkeit in Zustände erhöhter, **aversiv** erlebter privater Selbstaufmerksamkeit geraten, die dann einen Eßanfall zur Folge haben.

Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, daß vor allem die öffentliche Selbstaufmerksamkeit bei Frauen mit Bulimia nervosa einen Faktor darstellt, der für das Verständnis dieses Störungsbildes wichtig ist und stärker als bisher in Forschungsarbeiten einbezogen werden sollte. Insbesondere wegen der unterschiedlichen Sozialisation von Frauen und Männern und den für beide Geschlechter unterschiedlichen gesellschaftlichen Körperidealen ist in zukünftigen Studien gesondert zu klären, ob die beschriebene Charakteristik der dispositionalen Selbstaufmerksamkeit auch für Männer mit der Diagnose "Bulimia nervosa" zutrifft.

Bei den Patientinnen mit einer Sozialphobie zeigte sich im Gegensatz zu den Patientinnen mit Bulimia nervosa sowohl eine erhöhte private als auch eine erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe. Das Niveau beider Arten von Selbstaufmerksamkeit lag sehr hoch. Zwar war eine erhöhte private und öffentliche Selbstaufmerksamkeit bei diesen Patientinnen zu erwarten, das Ausmaß des Unterschiedes ist dennoch erstaunlich. Das Ergebnis stützt die globale Vermutung von Filipp & Freudenberg (1989), daß eine enge Verbindung zwischen sozialer Angst und Selbstaufmerksamkeit bestehe. Es widerspricht jedoch der Annahme der Autoren, daß speziell die öffentliche Selbstaufmerksamkeit erhöht ist. Offenbar achten Patientinnen mit einer Sozialphobie nicht nur auf die Reaktionen der Öffentlichkeit, sondern nehmen auch die Vorgänge in ihrem Körper stärker wahr als gesunde Personen. Sollten sich die Befunde in weiteren Untersuchungen bestätigen lassen, so hätten sie Implikationen für das Krankheitsmodell dieser Störung und damit auch für die Therapie. Allerdings war die Stichprobe der vorliegenden Untersuchung zu klein, um die Ergebnisse generalisieren zu können. Zusammenfassend weisen die Befunde darauf hin, daß dem Selbstaufmerksamkeitskonzept für das Verständnis der Sozialphobie möglicherweise hohe Bedeutung zukommt. Es erscheint daher sinnvoll, in einem nächsten Schritt experimentelle Studien und auch Feldstudien zur Klärung des funktionalen Stellenwerts der Selbstaufmerksamkeit bei der Sozialphobie durchzuführen. Hierbei sollte speziell der Frage nachgegangen werden, ob die Selbstaufmerksamkeit grundsätzlich problematisch ist, oder nur dann, wenn sie zu einer negativen Bewertung der eigenen Person führt. Sollte dies der Fall sein, bedürfte es einer Differenzierung des

Konzepts.

In Übereinstimmung mit den Erwartungen zeigen Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie eine höhere private Selbstaufmerksamkeit als gesunde Kontrollpersonen, nicht jedoch eine höhere öffentliche Selbstaufmerksamkeit. Allerdings erhebt der SAM- Fragebogen keine körperbezogene Aufmerksamkeit, die nach Margraf & Schneider (1990) für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Panikstörung mit Agoraphobie besonders relevant ist. Vielmehr bezieht er sich auf Meinungen, Motive, Denkvorgänge etc.. Es wäre deshalb interessant, in einer weiteren Studie zu überprüfen, inwieweit bei Patienten mit einer Panikstörung eine Disposition zu erhöhter privater Selbstaufmerksamkeit mit einer Disposition zu hoher "privater Körperaufmerksamkeit" einhergeht. 1981 entwickelten Miller, Murphy & Buss die "Body Consciousness Scale", die in Anlehnung an die "Self-Consciousness-Scale" (Fenigstein, Scheier & Buss, 1975) in öffentliche und private Körperaufmerksamkeit unterteilt ist (eine zusätzliche Skala mit 4 Items mißt die "Körperliche Kompetenz"). Bohner, Harlacher, Rudolf, Sieger & Schwarz (1982) übersetzten den Fragebogen ins Deutsche und validierten ihn an einer Stichprobe von 135 Schülern und Studenten. Sie stellten fest, daß mit dem Fragebogen zur Körperaufmerksamkeit andere Aspekte von Selbstaufmerksamkeit erfaßt werden als mit einem Fragebogen zur dispositionalen Selbstaufmerksamkeit (in diesem Fall von Heinemann, 1979). Allerdings war die innere Konsistenz der deutschen Skalen gering, so daß die Ergebnisse mit besonderer Vorsicht zu interpretieren sind. Außerdem wurde die Untersuchung an Schülern und Studenten durchgeführt, nicht dagegen an Patienten mit einer Panikstörung. Es ist durchaus möglich, daß kein genereller Zusammenhang zwischen privater und körperbezogener Selbstaufmerksamkeit besteht, sondern daß dieser Zusammenhang speziell für die Panikstörung von Bedeutung ist. Dies sollte in einer weiteren Studie überprüft werden. Die öffentliche Selbstaufmerksamkeit ist bei Patientinnen mit einer Panikstörung im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe nicht erhöht. Im DSM-III-R (APA, 1987) ist die Feststellung "es könnte peinlich sein, bei einem Angstanfall aus der Situation flüchten zu müssen" ein diagnostisches Kriterium für die Panikstörung mit Agoraphobie. Es liegt nahe, eine erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit mit diesem Kriterium in Verbindung zu bringen. Nach den Befunden der vorliegenden Untersuchung kommt diesem Aspekt jedoch allenfalls eine nachgeordnete Bedeutung zu. Es wäre auch in diesem Falle sinnvoll, eine größere Anzahl von Patientinnen mit einer Panikstörung zu untersuchen, um Ergebnisse für verschiedene Altersgruppen und verschiedene Ausbildungsniveaus betrachten zu können. Insgesamt weisen die Ergebnisse darauf hin, daß vor allem die private Selbstaufmerksamkeit bei der Panikstörung einen Faktor darstellt, der für das Verständnis dieser Störung von Bedeutung ist und stärker als bisher in Forschungsarbeiten berücksichtigt werden sollte.

Klinische Beobachtungen stützen die Vermutung, daß Patientinnen mit einer Zwangsstörung stärker als andere klinische Gruppen auf Außenreize reagieren und weniger Aufmerksamkeit auf ihre inneren Vorgänge lenken. Ihnen ist vor Therapiebeginn häufig nicht bewußt, daß ihre Rituale unter anderem zur Reduktion einer körperlich erlebten Unruhe ausgeführt werden ("Ich weiß nicht, warum ich das tun muß"; "Es ist irgendein innerer Drang, der mich die Rituale ausführen läßt"). Viele Patientinnen leben sehr zurückgezogen und haben wenig Außenkontakte, zumal ausgeprägte Zwangsrituale eine normale Lebensführung häufig unmöglich machen (Rapoport, 1989). Die Sorge um die Wirkung nach außen wird seltener thematisiert als bei anderen Störungsbildern und ist auch nicht in den diagnostischen Kriterien des DSM III- R (APA, 1987) enthalten. Insgesamt sollte die Persönlichkeitsdisposition Selbstaufmerksamkeit dennoch für die Betrachtung der Zwangsstörung genauer untersucht werden, um mögliche Beziehungen zwischen der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser Störung und dem Selbstaufmerksamkeitsaspekt verlässlicher verifizieren bzw. falsifizieren zu können. Dazu sollten zum einen mehr Daten einbezogen werden, zum anderen wäre es sinnvoll, verschiedene Zwänge zu unterscheiden. So könnte sich die Selbstaufmerksamkeit bei Patienten mit Zwangshandlungen anders auswirken als bei Patienten, die unter Zwangsgedanken leiden. Außerdem könnte das Thema des Zwangs eine Rolle spielen. Zwangspatienten mit körperbezogenen Ängsten (z. B. "ich könnte mich mit AIDS infizieren") sind vermutlich selbstaufmerksamer als Patienten, die Themen außerhalb der eigenen Person

beschäftigen (z.B. "ich könnte einem Tier wehgetan haben"). Diese Differenzierung wurden in der vorliegenden Untersuchung wegen der wenigen Datensätze nicht vorgenommen.

3.8 Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung mit dem Titel "Dispositionale Selbstaufmerksamkeit bei Bulimia nervosa" wurden 295 Frauen mit dem Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (SAM-Fragebogen, Filipp & Freudenberg, 1989) untersucht. Der Fragebogen umfaßt 27 Items, von denen 14 öffentliche Selbstaufmerksamkeit und 13 private Selbstaufmerksamkeit messen. Es zeigte sich entsprechend der Erwartung eine erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe. Dagegen fanden sich keine Unterschiede in der privaten Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu gesunden Kontrollpersonen. Der Befund einer erhöhten Selbstaufmerksamkeit war allerdings nicht spezifisch für diese Störung, denn auch Patientinnen mit einer Sozialphobie oder Panikstörung mit Agoraphobie wiesen erhöhte Werte auf. Im einzelnen fand sich, daß Patientinnen mit einer Sozialphobie auf allen Dimensionen die höchsten Werte hatten. Sie unterschieden sich sowohl in der privaten als auch in der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit signifikant von allen anderen Gruppen. Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie hatten eine höhere Ausprägung in der privaten Selbstaufmerksamkeit gegenüber der gesunden Kontrollgruppe, nicht jedoch eine erhöhte Ausprägung der öffentlichen Selbstaufmerksamkeit. Patientinnen mit einer Zwangsstörung wiesen auf beiden Skalen keine Auffälligkeiten auf. Spezifisch für Patientinnen mit Bulimia nervosa war die Kombination einer erhöhten öffentlichen Selbstaufmerksamkeit mit einer durchschnittlichen privaten Selbstaufmerksamkeit. Bei Patientinnen mit einer Sozialphobie ging eine erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit mit einer erhöhten privaten Selbstaufmerksamkeit einher, bei Patientinnen mit einer Panikstörung mit Agoraphobie war nur die private Selbstaufmerksamkeit im Vergleich zu den gesunden Kontrollpersonen erhöht, nicht jedoch die öffentliche Selbstaufmerksamkeit.

Insgesamt wurde durch die vorliegenden Ergebnisse deutlich, daß alle erhobenen Diagnosegruppen Auffälligkeiten in der dispositionalen Selbstaufmerksamkeit aufweisen mit Ausnahme der Patientinnen mit Zwangserkrankungen. Es stellt sich die Frage, ob diese Disposition für verschiedene Aspekte der jeweiligen Störung einen Erklärungsansatz bietet. Bei Patientinnen mit Bulimia nervosa könnte die erhöhte öffentliche Selbstaufmerksamkeit für die starke Bindung des Selbstwertgefühls an das Gewicht und die Figur mitverantwortlich sein. Bei den Patientinnen mit einer Panikstörung hingegen könnte die Disposition zu einer hohen privaten Selbstaufmerksamkeit mit einer erhöhten Körperaufmerksamkeit korrelieren, welche einen Prädiktor für das Auftreten von Panikanfällen darstellen könnte. Patientinnen mit einer Sozialphobie weisen auf beiden Skalen erhöhte Werte auf, die möglicherweise für das Auftreten irrationaler Kognitionen im Zusammenhang mit der eigenen Person und ihrer Wirkung auf die Umwelt eine Rolle spielen könnten. Für Patientinnen mit einer Zwangsstörung, die auf beiden Skalen keine erhöhten Werte aufwiesen, scheint die Disposition "Selbstaufmerksamkeit" hingegen weniger relevant zu sein.

4. Untersuchung II:

Zur Auswirkung von objektiver Selbstaufmerksamkeit und Streß auf die Affektlage, das Eßbedürfnis und das

Eßverhalten bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

4.1 Einleitung

Klinische Beobachtungen und neuere Studien ergeben Hinweise darauf, daß verschiedene Stimmungen und psychische Belastungen an der Entstehung von Heißhungergefühlen und Eßanfällen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa beteiligt sein können (z. B. Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz, 1994). Zur Erklärung der Funktion, die ein gesteigertes Eßbedürfnis oder Eßverhalten in Belastungssituationen haben kann, wird unter anderem angenommen, daß damit eine Ablenkung von unangenehmen Gefühlen bzw. eine Verbesserung der aktuellen Affektlage erzielt werden soll. Heatherton & Baumeister (1991) brachten in ihrer "Escape-Theorie" diese Funktion in Zusammenhang mit einer wichtigen Theorie aus der Sozialpsychologie, der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit von Duval & Wicklund (1972, s.o.). Die zentrale Hypothese der Escape-Theorie besagt, daß Eßanfälle eine mögliche Maßnahme darstellen, sich aus einem Zustand von hoher, als unangenehm erlebter Selbstaufmerksamkeit (self-awareness) zu befreien. Nach Carver & Scheier (1981, 1982; auch Carver, 1979) streben Menschen danach, sich auf ein niedriges Level von Selbstaufmerksamkeit zu begeben, wenn Belastungen oder Zurückweisungen eintreten, weil Belastungen auf den niedrigen Niveaus von Selbstaufmerksamkeit leichter zu bewältigen seien.

Da Studien zur Wirkung von Belastungssituationen auf das Eßbedürfnis (z. B. Tuschen, Florin & Baucke, 1993; Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz, 1994) gezeigt haben, daß das Eßbedürfnis von Restrained Eaters bzw. Patientinnen mit Bulimia nervosa durch verschiedene Stressoren erhöht werden kann, soll in dieser Untersuchung überprüft werden, ob das Eßbedürfnis durch einen Zustand von objektiver Selbstaufmerksamkeit zusätzlich beeinflusst wird.

Viele Untersuchungen belegen außerdem einen Zusammenhang zwischen Streß und Eßanfällen, die mit einem Gefühl des *Kontrollverlusts* einhergehen (z. B. Lingswiler, Crowther & Stephens, 1989). Es stellt sich die Frage, ob Patientinnen zwischen einem *Eßbedürfnis* und einem *Drang*, unbedingt etwas essen zu müssen (also einen Kontrollverlust zu erleben) differenzieren. Diese Frage soll in der vorliegenden Untersuchung überprüft werden, indem die Patientinnen sowohl eine Einschätzung ihres Eßbedürfnisses als auch ihres Drangs zu essen abgeben.

Gibbons, Smith, Ingram, Pearce, Brehm & Schroeder (1985) fanden, daß durch einen Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit die Affekte, die in einem bestimmten Moment gerade salient sind, verstärkt werden. In der vorliegenden Untersuchung soll geprüft werden, ob die emotionalen Reaktionen, die Patientinnen mit Bulimia nervosa vor, während und nach einem Leistungsstressor und nach einem Experiment zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung zeigen, in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit stärker ausgeprägt und damit negativer wahrgenommen werden.

4.2 Theoretische Einführung

4.2.1 Wodurch werden Eßanfälle ausgelöst?

Heute ist hinlänglich bekannt, daß sowohl psychische als auch physische Faktoren das Eßverhalten beeinflussen können. Zahlreiche psychologische Studien haben das streßinduzierte Essen beim Menschen bestätigt (s. Morley, Levine & Willenbring, 1986). Nach subjektiven Angaben von Betroffenen ist *Streß* oder ein *unangenehmer Gefühlszustand* der häufigste Auslöser für Eßanfälle. Diese Zusammenhänge konnten zum Teil in laborexperimentellen Studien für spezifische Bezugsgruppen belegt werden (Davis, Freeman & Garner, 1988; Heatherton & Baumeister, 1991; Lingswiler, Crowther & Stephens, 1989; Ruderman, 1985; Schotte, Cools & McNally, 1990 u.v.a.). So führte die Induktion negativer Stimmung zu erhöhter Nahrungsaufnahme bei Restrained Eaters

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

und diäthaltenden Personen, desgleichen führte experimentell induzierter Streß zu vermehrter Nahrungsaufnahme bei diesem Personenkreis (z.B. Heatherton, Herman & Polivy, 1991; Schotte, Cools & McNally, 1990). Dabei führen vor allem Stressoren, die negativen Einfluß auf das Selbstbild nehmen, zu einer erhöhten Nahrungsaufnahme (Heatherton, Herman & Polivy, 1991).

Auch Frauen mit Bulimia nervosa berichten, daß Streß zu Eßanfällen führen kann. Erste Studien, die diesen Zusammenhang experimentell zu überprüfen suchten, weisen darauf hin, daß hier tatsächlich eine Beziehung bestehen könnte (z. B. Abraham & Beumont, 1982; Davis, Freeman & Garner, 1988; Elmore & de Castro, 1990; Lingswiler, Crowther & Stephens, 1989). In der Studie von Lingswiler, Crowther & Stephens (1989) beispielsweise wurden Patientinnen mit Bulimia nervosa (DSM III), Frauen mit Eßanfällen und gesunden Kontrollpersonen Eßprotokolle vorgelegt, die sie über einen Zeitraum von einer Woche ausfüllen sollten. Neben Angaben über die Art und Menge der gegessenen Nahrungsmittel wurde erhoben, wieviel Streß die Vpn vor dem Essen verspürten, in welcher Stimmung sie sich befanden, wie müde sie sich fühlten und wie stark das wahrgenommene Hungergefühl war. Die Patientinnen mit Bulimia nervosa und der Frauen mit Eßanfällen gaben außerdem an, ob sie ihr Essen als Eßanfall einstufen würden und wenn ja, wie schwerwiegend sie diesen einschätzten. Die wichtigsten Ergebnisse der Studie waren, daß die Patientinnen mit Bulimia nervosa signifikant mehr negative Stimmungen und mehr Gedanken an Essen vor den Eßanfällen angab als die Frauen mit Eßanfällen und als die Kontrollgruppe vor der Nahrungsaufnahme. Sowohl die Patientinnen mit Bulimia nervosa als auch die Frauen mit Eßanfällen hatten nach eigenen Angaben auch vor einem normalen Essen signifikant negativere Stimmungen als die gesunde Kontrollgruppe. Weiterhin wurde gefunden, daß die Patientinnen mit Bulimia nervosa vor einem Eßanfall signifikant intensiver ans Essen dachten und stärkeren Streß empfanden als die Frauen mit Eßanfällen. Insgesamt kann diese Studie als ein Hinweis dafür aufgefaßt werden, daß Streßerleben, negative Stimmungen und die Beschäftigung mit dem Thema Essen begünstigende Faktoren für das Auftreten eines Eßanfalls darstellen.

Davis, Freeman & Garner (1988) gehen davon aus, daß spezifische Stressoren, die für die betroffenen Patientinnen individuell unterschiedlich sein können, die wahrgenommene Wichtigkeit oder auch Durchführbarkeit von selbstkontrolliertem Diätverhalten herabsetzt, so daß die unter normalen Umständen überdurchschnittlich ausgeprägte Selbstkontrolle während des Eßanfalls aufgegeben wird.

Eine andere Sichtweise vertreten z. B. Johnson & Connors (1987): Sie vermuten, daß die Eßanfälle einer Reorganisation der durch den Streß aus dem Gleichgewicht geratenen Affektlage dienen. In Übereinstimmung hiermit weisen verschiedene Autoren darauf hin, daß Eßanfälle angstreduzierend wirken können (z. B. Elmore & deCastro, 1990) wahrscheinlich durch die Ablenkung von den eigenen Problemen (z. B. Fairburn & Cooper, 1987) oder die Verlagerung von sehr unangenehmen, ängstigenden Themen auf das bewältigbarer erscheinende Problem des Überessens (z. B. Herman & Polivy, 1988).

Grundsätzlich wird davon ausgegangen, daß Streß bei Individuen mit einer entsprechenden Disposition zu Eßanfällen führen kann. Die dargestellten Sichtweisen des Zusammenhangs zwischen Streß und Eßanfällen weisen Gemeinsamkeiten, aber auch Unterschiede auf.

Die erste Sichtweise besagt, daß das Eßverhalten durch den Streß enthemmt wird und in Folge durch die erreichbaren Essensstimuli kontrolliert wird (Polivy & Herman, 1993). Die zweite Sichtweise, die vom Eßanfall als Weg zur Affektregulation ausgeht, besagt hingegen, daß durch Stressoren nicht die Stimuluskontrolle verändert wird, sondern die Entschlußkraft bzw. die Absicht oder das Ziel der diäthaltenden Person. Die Patientin mit Bulimia nervosa benutzt das Essen als Copingstrategie für wahrgenommenen Streß. Ganz abgesehen davon, ob ein Eßanfall als Bewältigungsstrategie oder als Mittel zur Affektregulation gesehen wird; Streß, und dabei besonders Streß, der das Selbstwertgefühl negativ beeinflusst, scheint ein entscheidender Faktor für das Auftreten von Eßanfällen zu sein (Polivy & Herman, 1993).

Das Verständnis der psychologischen Forschung zu den Auswirkungen von *emotionaler Belastung* auf das Eßverhalten hat nach Heatherton, Polivy, Herman & Baumeister (1993) verschiedene Stufen durchlaufen. Zunächst ging man davon aus, daß jegliche Art von emotionaler Belastung die Tendenz zur Nahrungsaufnahme verringert, weil emotionale Belastung mit spezifischen autonomen Reaktionen einhergehe (z. B. erhöhtem Zuckergehalt im Blut; Cannon, 1915), die das Hungergefühl reduzieren. Schachter, Goldman & Gordon (1968) konnten jedoch zeigen, daß übergewichtige Personen gerade in emotionalen Belastungssituationen **keine** Reduktion der Nahrungsaufnahme zeigten. Herman & Polivy (1975) wiesen nach, daß man diesbezüglich zwischen verschiedenen Personengruppen differenzieren muß. So zeigten sie, daß bei chronisch diäthaltenden Personen die Nahrungsaufnahme bei emotionaler Belastung ansteigt, während sie bei normal essenden Individuen vermindert wird. Dieses Muster konnte in vielen darauffolgenden Studien repliziert werden (z. B. Heatherton, Herman & Polivy 1991). Allerdings zeigte sich, daß die Art der emotionalen Belastung dabei eine wesentliche Rolle spielt. Physische Bedrohung reduziert beispielsweise die Nahrungsaufnahme bei nicht diäthaltenden Personen, führt aber zu keiner Erhöhung der Essensmenge bei diäthaltenden Menschen; lediglich Belastungen, die mit einer Ich-Bedrohung einhergehen, wie z.B. Mißerfolgserlebnisse, haben erhöhte Nahrungsaufnahme zur Folge (Heatherton, Herman & Polivy, 1991).

Die Auswirkung von Mißerfolgserlebnissen auf das Selbst wurde in einer Reihe von Studien belegt. Greenberg & Pyszczynski (1986) konnten beispielsweise zeigen, daß ein ich-relevanter Mißerfolg zu einem Zustand hoher Selbstaufmerksamkeit führt. Dieser Zustand wird vermutlich als sehr unangenehm wahrgenommen, weil er das Selbst auf Inkompetenz und andere persönliche Defizite aufmerksam macht. Die Abneigung gegen diesen Zustand motiviert Menschen dazu, vor ihm zu flüchten (Duval & Wicklund, 1972; Greenberg & Musham, 1981; Heatherton & Baumeister, 1991).

Emotionale Belastung hat also eine erhöhte Nahrungsaufnahme bei gezügelt essenden Personen zur Folge, wenn die Belastung negative Implikationen für das eigene Selbst enthält. Dieser Umstand unterstützt die Hypothese, daß der Kausalmechanismus "emotionale selbstbedrohende Belastung Essen" Selbstaufmerksamkeit erfordert (oder damit verbundene Motivation, die das Selbst betrifft, wie z.B. "self-presentational concerns", Schlenker & Leary, 1982). Mißerfolg aktiviert vermutlich Motivationen und Aufmerksamkeitsverlagerungen, die das Selbst involvieren, und die resultierenden Prozesse scheinen das Eßverhalten zu beeinflussen. Heatherton & Baumeister (1991) nehmen an, daß erhöhte Nahrungsaufnahme bzw. sogar Eßanfälle bei dafür prädestinierten Personen (z. B. Patientinnen mit Bulimia nervosa, chronisch diäthaltende Personen und Übergewichtige) dann auftreten, wenn sie von einem aversiven hohen Selbstaufmerksamkeitsstatus in einen niedrig selbstaufmerksamen Zustand flüchten wollen. Dazu entwickelten Heatherton & Baumeister (1991) die "Escape-Theorie", die in diesem Zusammenhang große Beachtung in der neueren Literatur zur Bulimia nervosa erlangt hat. Sie soll im folgenden ausführlich dargestellt werden.

4.2.2 Die "Escape-Theorie" von Heatherton und Baumeister (1991)

Heatherton & Baumeister (1991) brachten in ihrer "Escape-Theorie" diese Funktion, also die Flucht von einem Level hoher Selbstaufmerksamkeit zu einem Level niedrigerer Selbstaufmerksamkeit, in Zusammenhang mit der oben dargestellten *Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit* von Duval & Wicklund (1972). Die zentrale Hypothese der Escape-Theorie besagt, daß Eßanfälle bei Patientinnen mit Bulimia nervosa bzw. diäthaltenden Frauen (Restrained Eaters) einen möglichen Weg darstellen, sich aus einem Zustand von hoher Selbstaufmerksamkeit (self-awareness) zu befreien. Dabei ist es der Theorie zufolge möglich, verschiedene Levels von Selbstaufmerksamkeit zu unterscheiden. Das Spektrum reicht von der einfachen Wahrnehmung von Muskelbewegungen (niedriges Level) bis hin zum komplexen Wahrnehmen und Reflektieren des eigenen Selbst unter Hinzuziehung von Vergleichsstandards, die von Normen und persönlichen Ansprüchen geprägt werden. Auf dem niedrigsten Level ist das Selbst auf den Körper, die Erfahrung auf

Sinnesempfindungen und das Handeln auf Muskelbewegungen reduziert.

Heatherton & Baumeister (1991) berücksichtigten in ihrer Theorie Erkenntnisse von Carver & Scheier (1981, 1982; auch Carver, 1979), die beschrieben, daß Menschen danach streben, sich auf eine niedrigere Stufe von Selbstaufmerksamkeit zu begeben, wenn Belastungen oder Zurückweisungen eintreten, weil Belastungen bei niedriger Selbstaufmerksamkeit leichter zu bewältigen sind. Generell, so Vallacher & Wegner (1987) seien Menschen jedoch bestrebt, sich auf einem hohen Level von Selbstaufmerksamkeit zu befinden. Nur wenn dieser Zustand unerträglich sei, würde der Wechsel auf ein niedriges Level zur Entlastung führen, denn für Menschen sei es in belastenden Situationen unangenehm, selbstaufmerksam zu sein, bzw. das volle Bewußtsein auf das eigene Selbst zu richten. Folglich suchen sie nach Wegen, diesen aversiven Zustand hoher Selbstaufmerksamkeit zu reduzieren. Der "Escape-Theorie" folgend bestehe die übliche Strategie zur Reduktion hoher, aversiv erlebter Selbstaufmerksamkeit von diät haltenden Frauen oder Patientinnen mit Bulimia nervosa in einer Einengung des Aufmerksamkeitsfokus auf gegenwärtig vorhandene Stimuli der Umgebung (Baumeister, 1989, 1990a, 1990b). Heatherton & Baumeister (1991) sehen eine Möglichkeit von Patientinnen mit Bulimia nervosa, sich auf ein erwünschtes Level niedrigerer Selbstaufmerksamkeit zu begeben, in Eßanfällen. Heatherton, Polivy, Herman & Baumeister (1993) führten in diesem Zusammenhang folgende Untersuchung durch: Zwei Gruppen von Versuchspersonen, diät haltende und nichtdiät haltende Frauen, sollten eine Leistungsaufgabe (Problemlösen) bewältigen und erhielten dazu entweder negative oder neutrale Rückmeldungen. Die Vpn, die ein negatives Feedback erhalten hatten, wurden daraufhin je einer von drei verschiedenen Bedingungen objektiver Selbstaufmerksamkeit ausgesetzt: Eine Gruppe wurde gebeten, sich eine Videoaufzeichnung über die eigene Person bei der Problemlöseaufgabe anzusehen (Erzeugung eines hohen Grades an Selbstaufmerksamkeit), eine zweite Gruppe sollte 10 Minuten ruhig sitzen (keine Manipulation der Selbstaufmerksamkeit), und die dritte Gruppe sollte sich einen Film über Schafe ansehen, der der Ablenkung dienen sollte (Verringerung der Selbstaufmerksamkeit). Die Gruppe, die neutrale Rückmeldungen erhalten hatte, diente als Kontrollgruppe und wurde nach der Problemlöseaufgabe für 10 Minuten mit einer Reihe von Spielen alleingelassen, unter denen sich auch die Problemlöseaufgabe der Versuchsbedingung befand. Danach wurden die Vpn gebeten, unter anderem einen Fragebogen zur aktuellen Befindlichkeit auszufüllen. Im zweiten Teil der Untersuchung wurde die Vpn aufgefordert, den Geschmack dreier Sorten von Eiscreme zu testen und davon so viel zu essen, wie sie wollten.

Es zeigte sich, daß bei den diät haltenden Vpn der beiden Versuchsbedingungen, in denen keine hohe Selbstaufmerksamkeit erzeugt wurde (Ablenkung/ ruhig sitzen), ein enthemmtes Eßverhalten auftrat, während in der Bedingung, in der durch den Film über die eigene Person hohe Selbstaufmerksamkeit erzeugt worden war, das Eßverhalten gehemmt (restrained) blieb. Dieses Ergebnis unterstützt die Hypothese, daß eine reduzierte Selbstaufmerksamkeit eine Enthemmung des Eßverhaltens begünstigt. Bei den nichtdiät haltenden Frauen war die Menge gegessener Eiscreme unter den Bedingungen "ruhig sitzen" und "Video vom eigenen Problemlösen anschauen" geringer.

Zusätzlich zum Einsatz experimentell induzierter emotionaler Belastung wurde bei Heatherton, Polivy, Herman & Baumeister (1993) die Variable **Selbstaufmerksamkeit** eingeführt, die das gefundene Muster, daß diät haltende Personen unter Belastung mit erhöhter Nahrungsaufnahme reagieren, ergänzt und einen Hinweis auf die mögliche Bedeutung dieser Variable gibt. Der entscheidend neue Befund der Studie von Heatherton, Polivy, Herman & Baumeister (1993) ist, daß der sonst so wichtige Stimulus Mißerfolg unter Selbstaufmerksamkeit seine Wirkung als Reiz zu erhöhter Nahrungsaufnahme verliert, daß also gezügelt Essende in der Selbstaufmerksamkeitsbedingung auch dann wenig essen, wenn sie vorher ein Mißerfolgserlebnis hatten. Das Ergebnis wirft Zweifel auf, ob die Bedingung "Mißerfolg" (= selbstwertreduzierende Maßnahme) generell eine erhöhte Nahrungsaufnahme bei gezügelt Essenden nahelegt. Dies ist anscheinend nicht der Fall, sondern zusätzlich muß eine herabgesetzte Selbstaufmerksamkeit vorhanden sein, um diesen Effekt zu erhalten. Man könnte nach Heatherton, Polivy, Herman &

Baumeister (1993) allerdings vermuten, daß das Betrachten der Videoaufnahme einen noch größeren Effekt auf das Selbstwertgefühl hatte als die einfache Mißerfolgsmeldung, dies würde eine kurvilineare Beziehung zwischen ich-bedrohender Belastung und Eßverhalten bei gezügelt Essenden nahelegen. Zu beachten ist in diesem Zusammenhang, daß hier offenbar die Selbstaufmerksamkeit und nicht vorrangig die Änderung des Selbstwertgefühls einen Einfluß auf die aufgenommene Nahrungsmenge hatte. Unterstützt wird dies zusätzlich durch die Ergebnisse der Bedingung, in der die Vpn einen zerstreuen, aber Aufmerksamkeit erfordernden Film sahen. Heatherton, Polivy, Herman & Baumeister (1993) kommen daher aufgrund ihrer Ergebnisse allgemein zu dem Schluß, daß hohe, aversive Selbstaufmerksamkeit Hemmungen auslöst, während die Flucht aus einem solchen Zustand Enthemmung zur Folge hat.

Allerdings muß bei der vorliegenden Studie festgestellt werden, daß keine direkten Messungen der Selbstaufmerksamkeit vorgenommen wurden, so daß die Interpretation der Rolle von Selbstaufmerksamkeit als Mediatorvariable nicht auf empirischer Evidenz beruht. Andere Studien konnten jedoch einen direkten Zusammenhang zwischen Mißerfolg und erhöhter Selbstaufmerksamkeit bei nichtklinischen Stichproben nachweisen (Diener, 1979; Diener & Wallbom, 1976). Ebenso konnte in vielen Studien gezeigt werden, daß diätbezogene Hemmungen im Eßverhalten durch Self-Monitoring und Selbstaufmerksamkeit bei gezügelt Essenden aufrechterhalten werden (Herman, Polivy & Silver, 1979; Polivy, Herman, Hackett & Kuleshnyk, 1986) und daß gezügelt Essende eine hohe öffentliche Selbstaufmerksamkeit zu haben scheinen (Blanchard & Frost, 1983). Kazdin (1974) und Romanczyk (1974) konnten zeigen, daß bei Übergewichtigen erwünschtes (also gehemmtes) Eßverhalten als Folge erhöhter Selbstaufmerksamkeit auftreten kann. Pliner & Ippa (1978) fanden, daß sowohl über- als auch normalgewichtige Vpn weniger von einer Testmahlzeit aßen, wenn sie dabei auf eine reflektierende Spiegeloberfläche schauten (sich also beobachtet fühlten). Diese Studien legen nahe, daß Self-Monitoring und Selbstbeobachtung als effektive hemmende Faktoren für die Nahrungsaufnahme bei diäthaltenden Personen aufgefaßt werden können. Das Verhalten nicht diäthaltender Frauen differiert grundsätzlich von dem der diäthaltenden Frauen.

Auch bei Patientinnen mit Bulimia nervosa ergeben neuere Studien aus dem deutschen Sprachraum Hinweise darauf, daß verschiedene Stimmungen und psychische Belastungen an der Entstehung von Heißhungergefühlen und Eßanfällen beteiligt sein können (z. B. Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz, 1994). Zur Erklärung der Funktion, die ein gesteigertes Eßbedürfnis oder Eßverhalten in Belastungssituationen haben kann, wird auch hier unter anderem angenommen, daß eine Ablenkung von unangenehmen Gefühlen bzw. eine Verbesserung der aktuellen Stimmungslage erzielt werden soll.

Ein weiterer häufiger Auslöser von Eßanfällen ist die Präsenz von attraktiven, "dickmachenden" Lebensmitteln (Johnson, Connors & Tobin, 1987) oder das starke Verlangen nach Essen (z. B. Mitchell, Hatsukami, Eckert & Pyle, 1985). Wie bereits oben dargestellt, kann die Anwesenheit dieser Lebensmittel in Verbindung mit einem Stressor einen Eßanfall zur Folge haben, aber auch die Anwesenheit dieser Lebensmittel alleine, ohne daß ein Stressor eine Rolle spielt, kann zu einem Eßanfall führen (Polivy & Herman, 1993). Die Laborforschung zu diesem Thema hat gezeigt, daß diäthaltende Personen und Patientinnen mit Bulimia nervosa dazu neigen, sich zu überessen, wenn sie zuvor eine geringe Menge kalorienhaltiger, "verbotener" Lebensmittel zu sich genommen haben (z. B. Abraham & Beumont, 1982; Herman & Mack, 1975; Herman & Polivy, 1988; Schlundt & Johnson, 1990; Polivy, Herman, Hackett & Kuleshnyk, 1986; Kales, 1989).

4.2.3 Zum Einfluß von objektiver Selbstaufmerksamkeit auf die Affektwahrnehmung

Viele Untersuchungen weisen einen Zusammenhang zwischen verschiedenen Stimmungslagen und dem Aufmerksamkeitsfokus eines Menschen hinsichtlich der eigenen Person nach (z. B. Wood, Saltzberg & Goldsamt, 1990; Salovey, 1992). So konnten Wood, Saltzberg & Goldsamt (1990)

zeigen, daß sowohl nach einer positiven als auch nach einer negativen Stimmungsinduktion die objektive Selbstaufmerksamkeit erhöht ist, und Salovey (1992) fand, daß positive und negative Stimmungslagen mit einem erhöhten Grad an Selbstaufmerksamkeit einhergehen. Möglicherweise hat also die Stimmungslage Auswirkungen auf die Selbstaufmerksamkeit. Aber auch umgekehrt ist es denkbar, daß sich ein Zustand von Selbstaufmerksamkeit auf die aktuelle Stimmungs- bzw. Affektlage auswirkt. Zu der letzten Frage liegen einige Untersuchungen an studentischen Versuchspersonen vor (z. B. Scheier, 1976, Scheier & Carver, 1977) und auch einige Studien mit Versuchsteilnehmerinnen aus klinischen Populationen (z. B. Pyszczynski, Holt & Greenberg, 1987; Gibbons, Smith, Ingram, Pearce, Brehm & Schroeder, 1985). Übereinstimmend läßt sich feststellen, daß ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit die jeweils salienten Affekte intensiviert.

In einer Studie von Gibbons, Smith, Ingram, Pearce, Brehm & Schroeder (1985) wurde z. B. untersucht, wie sich Selbstaufmerksamkeit auf klinische Populationen auswirkt und überprüft, ob diese Effekte mit den Befunden der Theorien und Forschungsarbeiten zur objektiven Selbstaufmerksamkeit nach Duval und Wicklund (1972) vereinbar sind, nämlich daß in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit diejenigen Affektdimensionen verstärkt wahrgenommen werden, die in dem entsprechenden Moment salient sind. Entsprechend wollten Gibbons et al. (1985) überprüfen, ob die Affektlage durch die Induktion objektiver Selbstaufmerksamkeit beeinflussbar ist. Die Autoren führten zwei Studien mit männlichen Patienten verschiedener klinischer Gruppen durch. In einer ersten Studie wurden chronische Alkoholiker und Psychatriepatienten (manisch-depressive, schizophrene und Borderline-Patienten) untersucht, in einer zweiten Studie depressive Patienten und eine gesunde Kontrollgruppe. Der Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit wurde durch einen großen Spiegel erzeugt. Den Versuchspersonen wurden verschiedene Fragebogen zur Wahrnehmung der eigenen psychischen Störung und zur Verantwortlichkeit für die eigene Störung vorgelegt. In der zweiten Studie wurden die Fragebögen leicht modifiziert und der Schweregrad der Störung durch einen Experten eingeschätzt. Die Ergebnisse der ersten Studie wiesen in die gleiche Richtung wie die Ergebnisse zur objektiven Selbstaufmerksamkeit, die an studentischen Versuchspersonen gewonnen worden waren. Es wurde gezeigt, daß die Vpn in einem Zustand erhöhter objektiver Selbstaufmerksamkeit ihre aktuellen Affekte als signifikant stärker einschätzten als wenn sie sich nicht in einem Zustand erhöhter Selbstaufmerksamkeit befanden. Die Psychiatrie-Patienten gaben dabei stärkere negative Affekte an als die Alkoholiker.

Bisher wurde noch nicht untersucht, wie sich ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit auf die Einschätzung salienter Affekte bei Patientinnen mit Bulimia nervosa auswirkt. Sollte sich ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit auf Patientinnen mit Bulimia nervosa in Bezug auf die Affektlage ähnlich auswirken wie auf Mitglieder anderer klinischer Populationen, könnte dies z. B. Auswirkungen auf den Einsatz selbstkonfrontativer Methoden in der Therapie haben. Auch könnte die Therapie emotionaler Probleme bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Hinblick auf Aspekte der Selbstaufmerksamkeit erweitert werden.

4.3 Fragestellung

Wie oben dargestellt, haben Studien zur Wirkung von Belastungssituationen auf das Eßbedürfnis sowohl bei gezügelten Essenden (z.B. Tuschen, Florin & Baucke, 1993) als auch bei Patientinnen mit Bulimia nervosa (z. B. Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz, 1994) gezeigt, daß das Eßbedürfnis durch verschiedene Stressoren bzw. durch die Induktion negativer Befindlichkeit erhöht werden kann. In der vorliegenden Untersuchung soll also zunächst geprüft werden, ob das Eßbedürfnis bei Patientinnen mit Bulimia nervosa nach der Induktion eines Leistungsstressors im Vergleich zu einer gesunden Kontrollgruppe erhöht ist. Da das Eßverhalten in solchen Situationen im allgemeinen in einem Eßanfall endet, der per definitionem einen Kontrollverlust beinhaltet, müßte der Drang zu essen bzw. das Gefühl, unbedingt etwas essen zu müssen (was die Gefahr eines Kontrollverlusts nahelegt), ebenfalls stärker ausgeprägt sein. Weiterhin soll geprüft werden, ob das

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Eßbedürfnis und der Drang zu essen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa durch die Erzeugung von objektiver Selbstaufmerksamkeit zusätzlich beeinflussbar ist. Zum Vergleich soll eine Gruppe gesunder Kontrollpersonen untersucht werden. Dabei soll durch die Erzeugung von objektiver Selbstaufmerksamkeit durch einen Spiegel ein zustandsabhängiger Einfluß auf das Eßbedürfnis und den Drang zu essen überprüft werden. Der Escape-Theorie (Heatherton & Baumeister, 1993) folgend müßte nach der Erzeugung einer negativen Befindlichkeit durch einen Leistungsstressor bei gleichzeitig hoher Selbstaufmerksamkeit das Eßbedürfnis und der Drang zu essen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa höher sein als bei gleichzeitig geringer Selbstaufmerksamkeit, weil die Patientinnen sich aus dem Zustand aversiv erlebter hoher objektiver Selbstaufmerksamkeit befreien wollen. Bei einem anschließenden Geschmacks- und Geruchstest müßte der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit (Duval & Wicklund, 1972) zufolge unter Selbstaufmerksamkeit weniger gegessen werden, weil die Diskrepanzen zwischen Standards und Realität besonders salient werden, was zu einer Hemmung des Eßverhaltens führen sollte. Bei den gesunden Kontrollpersonen sollte der Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit sowie die negative Befindlichkeit durch den Leistungsstressor keinen Einfluß auf das Eßbedürfnis, den Drang zu essen und die nachfolgende Essensmenge haben.

Es wird außerdem erwartet, daß nach dem Geruchs- und Geschmackstest, der einer Testmahlzeit gleichkommt, der Drang zu essen und das Eßbedürfnis bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Gegensatz zur gesunden Kontrollgruppe erhöht ist. Dies wäre konsistent zu den Befunden von Studien, die gezeigt haben, daß die Gabe einer kalorienhaltigen Testmahlzeit (Preload) die anschließende Nahrungsaufnahme bei gezügelten essenden Personen und Patientinnen mit Bulimia nervosa erhöht (z. B. Abraham & Beumont, 1982; Herman & Mack, 1975).

Schließlich soll die Frage beantwortet werden, ob die Affektlage während der Untersuchung bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit negativer ausgeprägt ist, als wenn kein solcher Zustand induziert wurde. Die Affektlage müßte bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa bei gleichzeitig hoher objektiver Selbstaufmerksamkeit schlechter sein als ohne gleichzeitige hohe Selbstaufmerksamkeit, da objektive Selbstaufmerksamkeit die Intensität salienter Affekte erhöht (z. B. Scheier, 1976; Scheier & Carver, 1977; Pyszczynski, Holt & Greenberg, 1987; Gibbons, Smith, Ingram, Pearce, Brehm & Schroeder, 1985). Auch diese Hypothese soll in der vorliegenden Untersuchung geprüft werden.

4.4 Hypothesen

Folgende Hypothesen wurden aufgestellt:

1. Patientinnen mit Bulimia nervosa schätzen ihr Eßbedürfnis nach der Induktion negativer Befindlichkeit durch einen Leistungsstressor und nach einem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung höher ein als gesunde Kontrollpersonen.
2. Patientinnen mit Bulimia nervosa schätzen ihren Drang zu essen nach der Induktion negativer Befindlichkeit durch einen Leistungsstressor und nach einem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung höher ein als gesunde Kontrollpersonen.
3. In einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit schätzen Patientinnen mit Bulimia nervosa ihr Eßbedürfnis und ihren Drang zu essen nach der Induktion negativer Befindlichkeit durch einen Leistungsstressor höher ein, als wenn keine objektive Selbstaufmerksamkeit erzeugt wurde.
4. Bei einem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung essen Patientinnen mit Bulimia nervosa in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit weniger, als wenn keine objektive

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Selbstaufmerksamkeit erzeugt wurde; bei der gesunden Kontrollgruppe zeigt sich dieser Effekt nicht.

5. In einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit schätzen Patientinnen mit Bulimia nervosa ihre Affektlage negativer ein, als wenn keine objektive Selbstaufmerksamkeit induziert wurde.

4.5 Methoden

4.5.1 Gewinnung der Stichprobe

Für die Untersuchung wurden zum einen Patientinnen mit der Diagnose "Bulimia nervosa", zum anderen Kontrollpersonen ohne psychische Störungen rekrutiert. Die Patientinnen mit Bulimia nervosa wurden zum Teil aus dem Patientengut einer stationären psychologischen Einrichtung, zum Teil über eine Anzeige im Stadtmagazin "Na dann" in Münster rekrutiert. Die Kontrollpersonen wurden durch Mundpropaganda über den Bekanntenkreis der Versuchsleiterin gewonnen. Es wurde darauf geachtet, daß die Kontrollpersonen den Patientinnen in Alter und Ausbildungsstatus vergleichbar waren. Keine der Kontrollpersonen war der Versuchsleiterin näher bekannt.

Mit allen Versuchsteilnehmerinnen wurde das Diagnostische Interview bei Psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Schneider, Ehlers, DiNardo, & Barlow, 1991) von geschulten Diplompsychologen und -psychologinnen durchgeführt. Alle Patientinnen erfüllten zum Untersuchungszeitpunkt die diagnostischen Kriterien einer Bulimia nervosa. Keine der Kontrollpersonen litt zum Untersuchungszeitpunkt an einer psychischen Störung, und es wurden auch keine psychischen Störungen in der Vorgeschichte diagnostiziert.

Allen Versuchsteilnehmerinnen wurde gesagt, daß es sich um eine Untersuchung handele, die sich in zwei Teile gliedere. Im ersten Teil werde der Einfluß einer Konzentrationsaufgabe auf die Befindlichkeit, unter anderem auch auf das Bedürfnis und den Drang zu essen, untersucht. Im zweiten Teil werde geprüft, ob sich die Geruchs- und Geschmackswahrnehmung von Patientinnen mit Bulimia nervosa und gesunden Kontrollpersonen unterscheidet. Dazu sei es erforderlich, verschiedene Snacks nach ihrem Geruch und Geschmack zu beurteilen.

4.5.2 Festlegung der Stichprobengröße

Bei einer Computersimulation, die zur Berechnung der erforderlichen Stichprobengröße durchgeführt wurde, wurde eine Mittelwertsdifferenz von 0,5 Standardabweichungen (mittlerer Effekt) bei einer angenommenen Reliabilität der Befindlichkeitsmessungen von .70 dann signifikant, wenn mindestens 19 Vpn pro Zelle veranschlagt wurden. Dabei wird eine Power von .80 angenommen. In der vorliegenden Untersuchung wurden 20 Vpn pro Gruppe untersucht.

Die Frauen mit Bulimia nervosa waren zum Zeitpunkt der Untersuchung zwischen 17 und 40 Jahre alt, während die Frauen der Kontrollgruppe zwischen 17 und 41 Jahre alt waren. Hinsichtlich ihres Ausbildungsstandes waren die Versuchsteilnehmerinnen gut vergleichbar, wobei der Schwerpunkt auf Versuchsteilnehmerinnen mit Abitur lag.

4.5.3 Untersuchungsmaterialien

Die Fragebögen. Zur Messung der aktuellen Befindlichkeit wurden zu vier Meßzeitpunkten eine Skala mit neun Variablen (Anspannung, Eßbedürfnis, Körpergefühl, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Ausgeglichenheit, Drang zu essen, Verunsicherung, Hunger) erfaßt, deren Ausprägungsgrad auf siebenstufigen Antwortskalen (1 = überhaupt nicht bis 7 = sehr stark) eingeschätzt wurden. Die

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Variablen wurden zum Teil aus einer Untersuchung von Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz (1994) übernommen.

Zur Beurteilung des Geruchs und des Geschmacks der Nahrungsmittel wurde ein selbst zusammengestellter Beurteilungsbogen vorgelegt, auf dem die Vpn den Geruch und Geschmack der Nahrungsmittel auf einer siebenstufigen Skala einschätzen sollten. Vorher wurde die Frage, wie gerne die Snacks im allgemeinen gegessen werden, auf einer siebenstufigen Skala (1 = überhaupt nicht gerne, 7 = sehr gerne) eingeschätzt.

Die Nahrungsmittel. Als zu beurteilende Snacks wurden 100g Gummibären der Firma "Haribo", 50g Kartoffelchips der Firma "Ibu", 50g Salzstangen der Firma "Ja" sowie 100g Schokoladen-Doppelkekse der Firma "Kurpfalz" ausgewählt. Bei der Auswahl der Nahrungsmittel wurde davon ausgegangen, daß es sich um allgemein beliebte Snacks handelt.

Der Leistungsstressor. Als Leistungsstressor wurde eine Kopfrechenaufgabe gewählt, die von Rüddel, Langewitz, Schächinger, Schmieder & Schulte (1988) entwickelt wurde und die sich in zahlreichen Untersuchungen, insbesondere aus dem kardiovaskulären Bereich (z. B. Rüddel et al., 1988, Vögele & Steptoe, 1993) als valider Stressor erwiesen hat. Es handelt sich dabei um ein Dia, auf dem folgende Zahlenreihe präsentiert wird:

I 4 + 1 + 20 + 8 + 9 + 4 + 1 + 13 + 2 + 1 + 7 + 5 + 1 + 6 +
II 7 + 5 + 11 + 3 + 1 + 2 + 8 + 9 + 5 + 8 + 6 + 6 + 1 + 9 +
III 10 + 2 + 4 + 5 + 7 + 4 + 1 + 5 + 9 + 9 + 3 + 8 + 1 + 2 +
IV 1 + 6 + 2 + 4 + 15 + 7 + 1 + 6 + 4 + 17 + 1 + 3 + 4 + 5 +
(gelb unterlegt)
V 4 + 9 + 5 + 2 + 8 + 3 + 4 + 5 + 8 + 7 + 10 + 3 + 5 + 7 +
VI 8 + 4 + 3 + 6 + 9 + 3 + 5 + 1 + 5 + 7 + 4 + 8 + 6 + 1 +
VII 7 + 3 + 12 + 7 + 4 + 8 + 9 + 4 + 3 + 5 + 6 + 8 + 5 + 8 +
VIII 14 + 1 + 7 + 8 + 2 + 5 + 6 + 7 + 9 + 4 + 9 + 6 + 2 + 1 +
IX 5 + 11 + 5 + 9 + 7 + 12 + 5 + 9 + 8 + 9 + 5 + 4 + 3 + 9 +
(rot unterlegt)
X 7 + 9 + 13 + 9 + 6 + 6 + 5 + 7 + 5 + 6 + 8 + 1 + 9 + 8 +
XI 12 + 6 + 8 + 7 + 14 + 9 + 8 + 7 + 7 + 7 + 9 + 1 + 10 +
XII 9 + 4 + 6 + 8 + 5 + 2 + 8 + 9 + 8 + 1 + 6 + 9 + 4 + 8 +
XIII 6 + 5 + 14 + 4 + 9 + 3 + 1 + 3 + 12 + 6 + 3 + 4 + 3 + 20
(blau unterlegt)

Dazu erhielten die Vpn folgende Instruktion:

Beim folgenden Test handelt es sich um eine Rechenaufgabe zur Erfassung Ihrer Konzentrationsfähigkeit. Ich möchte Sie bitten, die auf dem Dia abgebildeten Zahlen im Kopf

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa
zusammenzuzählen.

Beginnen Sie bitte in der ersten Zeile. Addieren Sie alle Zahlen bis zum Ende der Zeile fortlaufend. Wenn Sie am Ende angekommen sind, zählen Sie bitte die Zahlen der nächsten Zeile zum Endergebnis der ersten Zeile hinzu. Dasselbe gilt auch für alle übrigen Zeilen, so daß Sie alle Zeilen fortlaufend addieren.

Insgesamt stehen Ihnen fünf Minuten für diese Aufgabe zur Verfügung. Haben Sie eine Zahl ausgelassen oder wissen Sie nicht mehr, an welcher Stelle Sie sich befinden, gehen Sie bitte an den Anfang zurück und beginnen Sie von neuem. Ich werde Sie am Ende der fünf Minuten fragen, wie weit Sie gekommen sind und welches Ergebnis Sie haben und werde Ihnen sagen, ob Sie richtig oder falsch gerechnet haben.

Sie sehen, daß das Dia in drei verschiedene Farben eingeteilt ist. Diese Farben sollen Ihnen einen Anhaltspunkt für die Einschätzung Ihrer eigenen Leistung geben. Aus früheren Untersuchungen wissen wir, daß 75% der Teilnehmer alle Zahlen bis zum Ende des gelben Streifens innerhalb von fünf Minuten zusammenzählen konnten. Nur 25% haben es geschafft, alle Zahlen bis zum Ende der roten Markierung richtig aufzuaddieren. Bis jetzt ist es erst einer einzigen Versuchsperson gelungen, alle Zahlen bis zum Ende des blauen Streifens richtig zusammenzuzählen.

Während der Testaufgabe werde ich zusätzlich ein Tonband mit Störgeräuschen, welches Sie über Kopfhörer mit einer Lautstärke von 70 Dezibel hören, abspielen. Damit wird die Störbarkeit Ihrer Konzentrationsfähigkeit überprüft.

Falls Sie noch Fragen zum Untersuchungsablauf haben, stellen Sie diese bitte jetzt.

4.5.4 Untersuchungszeitpunkt

Die Untersuchung wurde zur besseren Vergleichbarkeit der Ergebnisse immer zum etwa gleichen Zeitpunkt, nämlich am frühen Nachmittag, durchgeführt. Die Teilnehmerinnen wurden instruiert, eineinhalb Stunden vor der Untersuchung nichts mehr zu essen und keine alkoholischen oder koffeinhaltigen Getränke zu sich zu nehmen. Die Versuchsteilnehmerinnen wurden vor der Untersuchung gebeten, in einem Fragebogen Angaben darüber zu machen, ob und wenn ja, was sie in den letzten eineinhalb Stunden gegessen haben, ob sie koffeinhaltige Getränke zu sich genommen haben, wann sie zuletzt geraucht haben und ob sie Medikamente eingenommen haben. Aus den Angaben im Fragebogen konnte entnommen werden, daß die Teilnehmerinnen in Bezug auf diese Variablen gut vergleichbar waren und sich im wesentlichen an die Instruktionen gehalten hatten.

4.5.5 Ablauf der Untersuchung

Die Untersuchung fand als Einzeluntersuchung statt. Nach der Begrüßung wurden die Versuchsteilnehmerinnen gebeten, im Untersuchungsraum Platz zu nehmen. Der Untersuchungsraum war ablenkungsfrei eingerichtet, es befanden sich ein Tisch, zwei Stühle sowie eine Kommode darin, auf der der Diaprojektor und der Kassettenrekorder zur Präsentation der Störgeräusche standen. Im Raum befand sich ein in eine Zwischenwand eingelassener Spiegel. Die Versuchsteilnehmerinnen der Bedingung "mit Spiegel" saßen außer während der Präsentation des Leistungsstressors am Tisch direkt davor, bei den Versuchsteilnehmerinnen der Bedingung "ohne Spiegel" wurde der Spiegel mit Papier abgeklebt. Während der Präsentation des Leistungsstressors saßen alle Teilnehmerinnen so, daß sie nicht in den Spiegel hineinsehen konnten, damit keine Ablenkung durch den Spiegel erfolgen konnte.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Vor Beginn wurde erläutert, daß es sich im ersten Teil um eine Untersuchung zum Einfluß der Befindlichkeit auf das Eßbedürfnis sowie im zweiten Teil um einen Geruchs- und Geschmackstest handele.

Im ersten Teil solle die Auswirkung einer bestimmten Art von Streß, ausgelöst durch eine Konzentrationsaufgabe, auf verschiedene Befindlichkeitsvariablen untersucht werden. Im zweiten Teil solle ein Geruchs- und Geschmackstest verschiedener Snacks stattfinden, bei der die Teilnehmerin eine Beurteilung der ihr dargebotenen Snacks vornehmen solle.

Die Teilnehmerinnen wurden ermuntert, Fragen zu stellen. Sie wurden darauf aufmerksam gemacht, daß sie während der Untersuchungen Fragen nur noch zum Verständnis, nicht jedoch zu inhaltlichen Aspekten stellen könnten, weil sonst die Ergebnisse der einzelnen Teilnehmerinnen nicht zu vergleichen seien.

Vor Beginn der Untersuchung füllten die Teilnehmerinnen den Eingangsfragebogen aus, der Aufschluß über die Einnahme von Medikamenten und den Genuß von Nahrungsmitteln in den letzten 90 Minuten vor Untersuchungsbeginn gibt (s. Anhang 1).

Danach wurden die Teilnehmerinnen gebeten, ihre Befindlichkeit auf der Befindlichkeitsskala (s. Anhang 2) anzugeben. Unmittelbar anschließend erfolgte die Instruktion zu der Kopfrechenaufgabe, die von der Versuchsleiterin zum Zwecke der Standardisierung abgelesen wurde. Danach setzte die Teilnehmerin einen Kopfhörer auf, über den sie verschiedene Störgräusche (Kindergeschrei, Autohupen, Gelächter, Sirenen etc.) in einer Lautstärke von 70 Dezibel präsentiert bekam. Im Abstand von ca. drei Metern wurde das Dia mit den 13 zu addierenden Zahlenreihen auf eine weiße Wand projiziert, so daß die Teilnehmerin die Zahlen gut lesen konnte. Die Versuchsteilnehmerin wurde gebeten, 5 Minuten lang die Zahlen so schnell und konzentriert wie möglich zu addieren. Die Versuchsleiterin verließ den Raum. Nach 5 Minuten kam sie wieder in den Raum zurück und bat um das Ergebnis. Immer wurde der Teilnehmerin zurückgemeldet, sie habe falsch gerechnet. Sodann wurde sie gebeten, ihre Befindlichkeit während der Rechenaufgabe auf dem "Fragebogen zur Rechenaufgabe" (s. Anhang 3) anzugeben. Danach sollte sie zum zweiten Mal ihre momentane Befindlichkeit einschätzen. Der erste Teil der Untersuchung war hiermit beendet.

Die Teilnehmerin wurde nun darauf hingewiesen, daß der zweite Teil der Untersuchung beginne, ein Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung. Vorher solle sie bitte auf Ratingskalen (s. Anhang 4) angeben, wie gerne sie im allgemeinen die Snacks esse, die ihr gleich präsentiert würden. Danach wurden ihr die Snacks, jeder auf einem Teller, hingestellt. Dazu erhielt die Teilnehmerin die schriftliche Instruktion für den Geruchs- und Geschmackstest sowie die Beurteilungsskalen (s. Anhang 5). In der Instruktion wurde darauf hingewiesen, daß der Geruchs- und Geschmackstest 20 Minuten dauere und die Teilnehmerin in dieser Zeit ihren Platz nicht verlassen dürfe. Im Anschluß an die Beurteilung der Snacks dürfe sie so viel essen, wie sie wolle. Bevor die Versuchsleiterin den Raum erneut verließ, sagte sie der Teilnehmerin noch einmal, daß sie die vorgegebenen 20 Minuten sitzen bleiben müsse und daß sie so viel essen könne, wie sie wolle. Bei den Teilnehmerinnen mit Bulimia nervosa wurde hinzugefügt, daß sie bei Bedarf auch hinterher erbrechen könnten. Allerdings müßten sie zunächst die vorgegebenen 20 Minuten im Raum auf ihrem Platz bleiben, um die Vergleichbarkeit der Daten mit denen der anderen Teilnehmerinnen zu gewährleisten. Die Teilnehmerinnen wurde daraufhin mit den Nahrungsmitteln allein gelassen. Nach 20 Minuten kam die Versuchsleiterin in den Raum zurück, entfernte die Nahrungsmittel und bat um eine letzte Einschätzung der momentanen Befindlichkeit. Die Untersuchung endete mit der Bitte, die Ziele der Untersuchung in eigenen Worten kurz darzulegen, um zu überprüfen, ob die Hypothesen erraten wurden (s. Anhang 6).

Nach Beendigung der Untersuchung fand ein Nachgespräch statt, um eventuelle Stimmungstiefs der Teilnehmerinnen aufzufangen, die durch die negative Rückmeldung über die Leistung, durch Frustration über mögliches übermäßiges Essen oder ähnliches aufgetreten sein konnten. Die

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Teilnehmerinnen wurden darüber aufgeklärt, daß die negative Rückmeldung sich nicht an ihrer tatsächlichen Leistung orientierte, sondern der weiteren Belastungsinduktion diene.

4.5.6 Zeitraum und Ort der Datenerhebung

Die Datenerhebung fand vom 8. Mai 1995 bis zum 26. Januar 1996 in einer stationären psychotherapeutischen Einrichtung in Münster statt.

4.5.7 Beschreibung der Stichprobe, getrennt nach Versuchsbedingungen

Im Rahmen der Untersuchung wurden die Daten von 40 Frauen mit der Diagnose "Bulimia nervosa" (DSM IV) und die Daten von 40 Kontrollpersonen ohne Diagnose einer psychischen Störung erhoben. Die relevanten soziodemographischen Angaben wurden bei den untersuchten Patientinnen der stationären psychotherapeutischen Einrichtung den Eingangsfragebögen entnommen. Bei den über externe Quellen (Stadtmagazin "Na dann") rekrutierten Vpn wurden die benötigten Angaben bei der Eingangsuntersuchung mit dem Diagnostischen Interview bei Psychischen Störungen (DIPS; Margraf, Schneider, Ehlers, DiNardo, & Barlow, 1991) erhoben. Die soziodemographischen Angaben der Kontrollpersonen wurden ebenfalls mit dem DIPS erhoben.

a) Soziodemographische Angaben

Tabelle 7

Soziodemographische Angaben I: Familienstand und Ausbildungsniveau

	Bulimia nervosa mit Spiegel		Bulimia nervosa ohne Spiegel		Kontrollgruppe mit Spiegel		Kontrollgruppe ohne Spiegel	
		%		%		%		%
ledig	17		18		16		20	100
verheiratet	3		2		3		0	0
geschieden	0	0	0	0	1		0	0
hohes Ausbildungsniveau	13		15		13		16	
mittleres Ausbildungsniveau	6		1		7		4	
niedriges Ausbildungsniveau	1		4		0		0	

hohes Ausbildungsniveau: Hochschul- oder Fachhochschulabschluß

mittleres Ausbildungsniveau: Abitur oder mittlere Reife

niedriges Ausbildungsniveau: Hauptschulabschluß oder ohne Abschluß

Der Schwerpunkt der Patientinnen war ledig und hatte ein hohes Ausbildungsniveau. Die Stichproben sind jedoch hinsichtlich des Familienstandes und des Bildungsniveaus nicht voll vergleichbar, da keine Parallelisierung der Stichproben vorgenommen wurde.

Altersverteilung

In Tabelle 8 ist die Altersverteilung der Gruppen dargestellt:

Tabelle 8

Soziodemographische Angaben II: Alter

	Bulimia nervosa		Kontrollpersonen	
	mit Spiegel	ohne Spiegel	mit Spiegel	ohne Spiegel
M	24,6	25,9	26,0	25,4
SD	5,66	6,02	5,49	5,28

Die Frauen mit Bulimia nervosa waren zwischen 17 und 40 Jahre alt, die Frauen der Kontrollgruppe zwischen 17 und 41 Jahre alt. Eine einfaktorielle Varianzanalyse (ANOVA) ergab keinen statistisch bedeutsamen Altersunterschied zwischen den Gruppen [$F(3, 76) = .26$; $p = .85$].

Body Mass Index (BMI)

In Tabelle 9 ist der Body Mass Index in den verschiedenen Gruppen dargestellt:

Tabelle 9

Soziodemographische Angaben III: Body Mass Index (BMI)

	Bulimia nervosa		Kontrollpersonen	
	mit Spiegel	ohne Spiegel	mit Spiegel	ohne Spiegel
Mittelwert	19,30	19,50	20,05	20,15
Standardabweichung	1,95	2,21	1,54	1,46

Der Body Mass Index (kg/m^2) liegt bei normalgewichtigen Frauen zwischen 18 und 25. Eine einfaktorielle Varianzanalyse ergab keinen signifikanten Unterschied im Body Mass Index zwischen den Gruppen [$F(3,76) = 1,04$; $p = .38$]. Unterschiede im Body Mass Index können als Störvariable ausgeschlossen werden.

Dauer der Erkrankung der Teilnehmerinnen mit Bulimia nervosa

In Tabelle 10 ist die Dauer der Erkrankung der Teilnehmerinnen mit Bulimia nervosa dargestellt:

Tabelle 10

Dauer der Erkrankung in Jahren

	mit Spiegel	ohne Spiegel
Mittelwert (Jahre)	6,55	6,92
Standardabweichung	4,43	6,15

Die Erkrankungsdauer der Patientinnen mit Bulimia nervosa lag im Mittel bei 6,5 bis 7 Jahren. Ein T-Test ergab keinen signifikanten Unterschied in der Krankheitsdauer der beiden Gruppen ($p = .83$). Die Dauer der Erkrankung kann als Störvariable ausgeschlossen werden.

Präferenz der Snacks

Tabelle 11 zeigt die Mittelwerte und Standardabweichungen der Präferenzangaben (Angaben von 1 bis 7; 1 = sehr geringe Präferenz, 7 = sehr hohe Präferenz):

Tabelle 11

Präferenz der Snacks

--	--	--	--

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

	Bulimia nervosa mit Spiegel		Bulimia nervosa ohne Spiegel		Kontrollpersonen mit Spiegel		Kontrollpersonen ohne Spiegel	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Gummibären	4,15	2,06	4,35	1,81	4,95	1,76	4,95	1,43
Kartoffelchips	4,70	1,89	4,75	1,29	5,35	1,72	5,40	1,64
Kekse	5,00	1,95	6,15	0,99	4,90	1,55	4,90	1,55
Salzstangen	4,30	2,18	3,70	1,26	3,90	1,68	3,95	1,76

Zweifaktorielle Varianzanalysen mit den Angaben zur Präferenz der Snacks als abhängige und der Diagnose und der Bedingung als unabhängige Faktoren ergaben keine statistisch bedeutsamen Unterschiede in der Präferenz der Snacks [*DIAGNOSE*: Kartoffelchips: $F(1,76) = 3,10$; $p = .08$, Salzstangen: $F(3,76) = .04$; $p = .85$, Gummibären: $F(1,76) = 3,09$; $p = .08$, Kekse: $F(1,76) = 3,80$; $p = .06$; *BEDINGUNG*: Kartoffelchips: $F(1,76) = .02$; $p = .89$, Salzstangen: $F(1,76) = .49$; $p = .49$, Gummibären: $F(1,76) = .06$; $p = .80$, Kekse: $F(1,76) = 2,76$; $p = .10$; *INTERAKTION*: Kartoffelchips: $F(1,76) = .00$; $p = 1,00$, Salzstangen: $F(1,76) = .69$; $p = .41$, Gummibären: $F(1,76) = .06$; $p = .80$, Kekse: $F(1,76) = 2,76$; $p = .10$]. Unterschiede in der Präferenz bestimmter Snacks können so als Störvariable ausgeschlossen werden.

Hungergefühl

In Tabelle 12 ist der Verlauf des Hungergefühls über die 4 Meßzeitpunkte dargestellt:

Tabelle 12

Hungergefühl während der Untersuchung

	Bulimia nervosa mit Spiegel		Bulimia nervosa ohne Spiegel		Kontrollpersonen mit Spiegel		Kontrollpersonen ohne Spiegel	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
vor dem Stressor	1,60	1,10	2,25	1,45	1,50	0,89	2,20	2,14
während des Stressors	1,20	0,70	1,30	0,57	1,00	0,00	1,35	1,35
nach dem Stressor	1,70	1,53	2,10	1,30	1,35	0,75	2,30	2,18
nach dem Essen	2,10	1,71	2,15	1,35	1,40	0,99	2,10	1,77

Eine Varianzanalyse mit Meßwiederholungen und der Gruppe als unabhängige Variable ergab signifikante Mittelwertsunterschiede für das Hungergefühl zu den verschiedenen Meßzeitpunkten [Pillais: $F(3,74) = 11,69$; $p = .000$], aber keinen signifikanten Effekt für die Gruppe ($F(3) = 1,59$; $p = .20$) und auch keine signifikante Interaktion zwischen Meßzeitpunkt und Diagnose in Bezug auf das Hungergefühl [Pillais: $F(9, 228) = .68$; $p = .72$]. Das Hungergefühl konnte als Störvariable somit ausgeschlossen werden.

4.5.8 Die statistische Datenauswertung

Die statistische Datenauswertung erfolgte mit Hilfe des Statistikprogramms SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) for Windows (Version 6.0.1). Für die Überprüfung der Hypothese 1, Hypothese 2, Hypothese 3 und Hypothese 5 wurden Varianzanalysen mit Meßwiederholungen als Mittel der Wahl festgelegt. Die einfaktorielle Varianzanalyse mit Meßwiederholung zerlegt die Totalvariation in zwei Teilkomponenten, nämlich in die Unterschiedlichkeit zwischen den Vpn (1.

Teilkomponente) sowie die Unterschiedlichkeit innerhalb der Meßwerte der einzelnen Vpn (2. Teilkomponente, Bortz, 1985). Zunächst wurden die Daten auf ihre Voraussetzungen für die Durchführung einer Varianzanalyse mit Meßwiederholung hin überprüft. Der Stichprobenumfang betrug mindestens 15 Versuchspersonen pro Zelle, ein Kolmogoroff-Smirnov-Test ergab Normalverteilung der Daten. Ein Bartlett-Box-F-Test ergab zwar keine Varianzhomogenität, nach Bortz (1985) ist die Varianzanalyse gegenüber dieser Voraussetzung jedoch relativ robust. Die Voraussetzungen für die Durchführung der Varianzanalyse mit Meßwiederholung hinsichtlich Stichprobenumfang, Normalverteilung der Daten und Varianzhomogenität waren damit annähernd erfüllt. Bei einem signifikanten Gruppeneffekt der Varianzanalyse mit Meßwiederholung war es für die Beantwortung der Fragen wichtig, zu welchen Meßzeitpunkten sich die interessierenden Gruppen unterschieden. Dazu wurden einfaktorische Varianzanalysen (ANOVAS) mit Scheffé-Tests für Kontraste gerechnet. Die einfaktorische Varianzanalyse (ANOVA) überprüft die Auswirkung einer mehrfach unabhängigen Variablen auf die abhängige Variable. Mit Scheffé-Tests für Kontraste können im Anschluß an eine Gesamtsignifikanz a posteriori-Einzelvergleiche durchgeführt werden (Bortz, 1985). Für die Hypothese 5 wurden mehrere Tests mit denselben Daten gerechnet. In diesem Fall war zu berücksichtigen, daß ein Teil der Tests aufgrund der Zufallswahrscheinlichkeit signifikant werden konnte. Um dem entgegenzuwirken, wurde der alpha-Fehler adjustiert, das heißt, er wurde diesem Risiko angepaßt. Dafür mußte die übliche Irrtumswahrscheinlichkeit von 5% durch die Anzahl der verwendeten Tests geteilt werden. Für die Hypothese 4 wurden zwei Einzelvergleiche mit t-Tests für unabhängige Stichproben durchgeführt. Die Voraussetzung der Normalverteilung wurde durch einen Kolmogoroff-Smirnov- Test geprüft. Durch die Verwendung der Menge in Gramm bzw. der Kalorienzahl als abhängige Variable bestand Intervallskalenniveau der Daten.

4.6. Darstellung der Untersuchungsergebnisse

4.6.1 Die Überprüfung der Hypothesen

Hypothese 1: Patientinnen mit Bulimia nervosa schätzen ihr Eßbedürfnis nach der Induktion negativer Befindlichkeit durch einen Leistungsstressor und nach einem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung höher ein als gesunde Kontrollpersonen.

Im ersten Schritt wurde eine Varianzanalyse mit Meßwiederholungen mit dem Eßbedürfnis als abhängige Variable und der Diagnose als unabhängige Variable über die vier Meßzeitpunkte (Eßbedürfnis vor der Präsentation des Stressors, während der Präsentation des Stressors, nach der Präsentation des Stressors, nach dem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung) gerechnet. Die Ergebnisse sind in den Tabelle 13, 14 und 15 dargestellt. Tabelle 13 zeigt das Ergebnis für den Meßwiederholungseffekt:

Tabelle 13
Meßwiederholungseffekt "Eßbedürfnis"

	F (Pillais; 3,76 d.f.)
Meßwiederholungseffekt "Eßbedürfnis"	21,40***

*** = p<.000

Wie aus Tabelle 13 ersichtlich, ist der Meßwiederholungseffekt "Eßbedürfnis" sehr signifikant, das heißt, die Mittelwerte unterscheiden sich signifikant zu den einzelnen Meßzeitpunkten. Tabelle 14 zeigt das Ergebnis für den Haupteffekt "Diagnose":

Tabelle 14
Haupteffekt "Diagnose"

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

	F (1 d.f.)
Haupteffekt Diagnose	11,17**

** = p<.01

Wie aus Tabelle 14 ersichtlich, ist auch der Haupteffekt "Diagnose" signifikant, das heißt, die Patientinnen mit Bulimia nervosa unterscheiden sich in ihrem Eßbedürfnis von den gesunden Kontrollpersonen. In Tabelle 15 ist das Ergebnis der Interaktion zwischen Diagnose und Meßzeitpunkt in Bezug auf die abhängige Variable "Eßbedürfnis" dargestellt:

Tabelle 15

Interaktion "Meßzeitpunkte" x "Diagnose" für die Variable "Eßbedürfnis"

	F (Pillais; 3,76 d.f.)
Interaktion Meßzeitpunkte/Diagnose	6,18**

** = p<.001

Wie aus Tabelle 15 ersichtlich, ist auch die Interaktion zwischen dem Faktor Meßzeitpunkten und dem Faktor Diagnose signifikant.

Abbildung 3 zeigt den Verlauf des Eßbedürfnisses beider Diagnosegruppen über die vier Meßzeitpunkte, aus der ersichtlich ist, daß das Eßbedürfnis der Patientinnen mit Bulimia nervosa insbesondere zum letzten Meßzeitpunkt deutlich höher ist als bei der gesunden Kontrollgruppe:

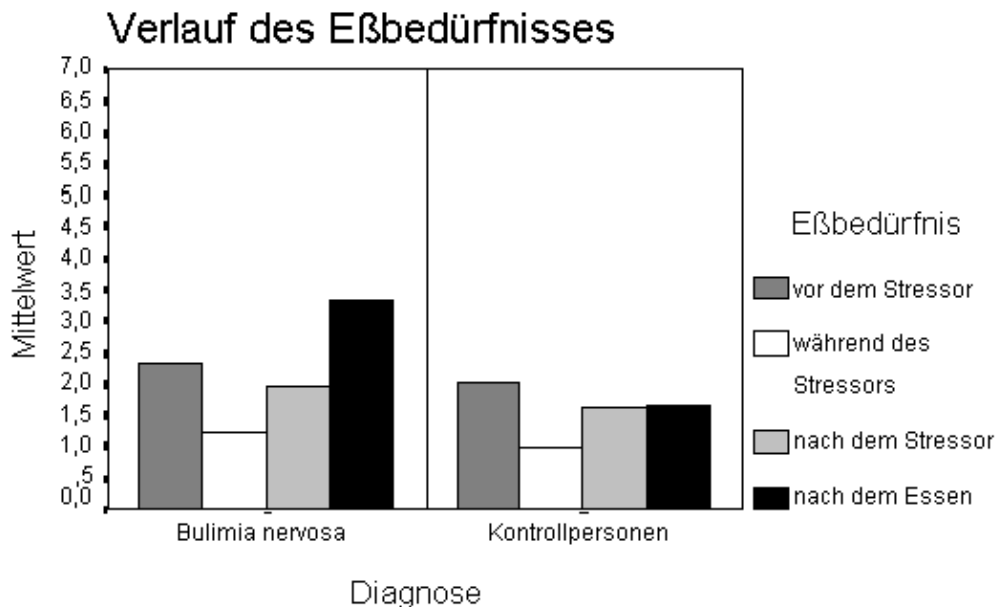


Abbildung 3: *Verlauf des Eßbedürfnisses in den Diagnosegruppen*

Um herauszufinden, auf welche Meßzeitpunkte die gefundenen Effekte zurückzuführen sind, wurden im Anschluß einfaktorielles Varianzanalysen mit der Diagnose als unabhängige Variable und den Werten des Eßbedürfnisses zu den vier Meßzeitpunkte als abhängige Variablen durchgeführt. Die Ergebnisse der einfaktorielles Varianzanalyse sind in Tabelle 16 aufgeführt:

Tabelle 16

Ergebnisse der ANOVA für das Eßbedürfnis

F(1,78)

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Eßbedürfnis vor dem Stressor	1,00 n.s.
Eßbedürfnis während des Stressors	5,27 *
Eßbedürfnis nach dem Stressor	1,49 n.s.
Eßbedürfnis nach dem Essen	22,89***

* = $p < .05$ *** = $p < .000$

Wie aus Tabelle 16 und Abbildung 3 ersichtlich, unterscheiden sich die Diagnosegruppen hinsichtlich ihres Eßbedürfnisses zum zweiten Meßzeitpunkt (während des Stressors) und zum vierten Meßzeitpunkt (nach dem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung) signifikant, nicht jedoch vor und nach der Präsentation des Leistungsstressors. Hypothese 1 konnte damit teilweise, jedoch nicht vollständig bestätigt werden.

Hypothese 2: Patientinnen mit Bulimia nervosa schätzen ihren Drang zu essen nach der Induktion negativer Befindlichkeit durch einen Leistungsstressor und nach einem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung höher ein als gesunde Kontrollpersonen.

Auch hier wurde zunächst eine Varianzanalyse mit Meßwiederholung mit dem Drang zu essen als abhängige Variable und der Diagnose als unabhängige Variable über die vier Meßzeitpunkte (Drang zu essen vor der Präsentation des Stressors, während der Präsentation des Stressors, nach der Präsentation des Stressors, nach dem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung) gerechnet. Die Ergebnisse sind in den Tabellen 17, 18 und 19 dargestellt. Tabelle 17 zeigt das Ergebnis für den Meßwiederholungseffekt "Drang zu essen":

Tabelle 17
Meßwiederholungseffekt "Drang zu essen"

	F (Pillais; 3,76 d.f.)
Meßwiederholungseffekt "Drang zu essen"	9,13***

*** = $p < .000$

Wie aus Tabelle 17 ersichtlich, ist der Meßwiederholungseffekt "Drang zu essen" sehr signifikant, das heißt, die Mittelwerte unterscheiden sich signifikant zu den einzelnen Meßzeitpunkten. Tabelle 18 zeigt das Ergebnis für den Haupteffekt "Diagnose":

Tabelle 18
Haupteffekt "Diagnose"

	F (1 d.f.)
Haupteffekt Diagnose	8,04**

** = $p < .01$

Wie aus Tabelle 18 ersichtlich, ist auch der Haupteffekt "Diagnose" signifikant, das heißt, die Patientinnen mit Bulimia nervosa unterscheiden sich in ihrem Drang zu essen von den gesunden Kontrollpersonen. In Tabelle 19 ist das Ergebnis der Interaktion zwischen Diagnose und Meßzeitpunkt in Bezug auf die abhängige Variable "Drang zu essen" dargestellt:

Tabelle 19
Interaktion "Meßzeitpunkte" x "Diagnose" für die Variable "Drang zu essen"

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

	F (Pillais; 3,76 d.f.)
Interaktion Meßzeitpunkte/Diagnose	3,55*

* = $p < .02$

Wie aus Tabelle 19 ersichtlich, ist die Interaktion zwischen dem Faktor Meßzeitpunkt und dem Faktor Diagnose signifikant. Abbildung 4 zeigt den Verlauf des Drangs zu essen über die vier Meßzeitpunkte, aus der ersichtlich wird, daß auch der Drang zu essen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe deutlich erhöht ist:

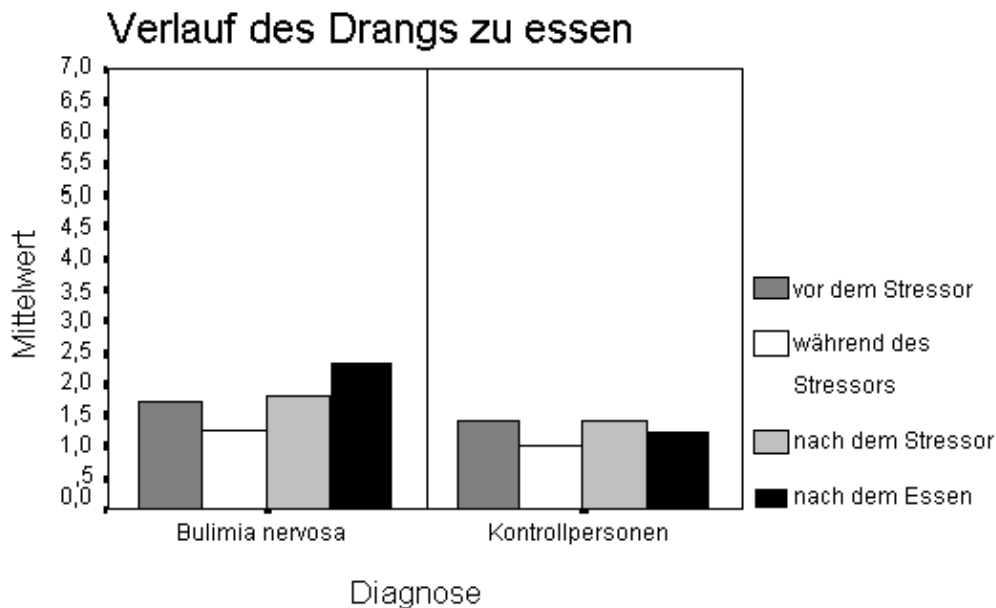


Abbildung 4 : Verlauf des Drangs zu essen in den Diagnosegruppen

Um herauszufinden, auf welche Meßzeitpunkte die gefundenen Effekte zurückzuführen sind, wurden im Anschluß einfaktorielles Varianzanalysen mit der Diagnose als unabhängige Variable und den Werten des Drangs zu essen zu den vier Meßzeitpunkten als abhängige Variablen durchgeführt. Die Ergebnisse der einfaktorielles Varianzanalyse sind in Tabelle 20 aufgeführt:

Tabelle 20

Ergebnisse der ANOVA für den Drang zu essen

	F(1,78)
Drang zu essen vor dem Stressor	1,28 n.s.
Drang zu essen während des Stressors	4,79 *
Drang zu essen nach dem Stressor	2,28 n.s.
Drang zu essen nach dem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung	15,14****

* = $p < .05$ **** = $p < .000$

Wie aus Tabelle 20 und Abbildung 4 ersichtlich, unterscheiden sich die Diagnosegruppen hinsichtlich ihres Drangs zu essen zum zweiten Meßzeitpunkt (während des Stressors) und zum vierten Meßzeitpunkt (nach dem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung) signifikant, nicht jedoch vor und nach der Präsentation des Leistungsstressors. Auch Hypothese 2 konnte

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa damit teilweise, jedoch nicht vollständig bestätigt werden.

Hypothese 3: *In einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit schätzen Patientinnen mit Bulimia nervosa ihr Eßbedürfnis und ihren Drang zu essen nach der Induktion negativer Befindlichkeit durch einen Leistungsstressor höher ein, als wenn keine objektive Selbstaufmerksamkeit erzeugt wurde.*

Zunächst wurde für das Bedürfnis und den Drang zu essen als abhängige Variable und den Patientinnen mit Bulimia nervosa mit bzw. ohne Spiegel als unabhängige Variable jeweils eine Varianzanalyse mit Meßwiederholungen über die vier Meßzeitpunkte (Bedürfnis bzw. Drang zu essen vor der Präsentation des Stressors, während der Präsentation des Stressors, nach der Präsentation des Stressors, nach dem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung) gerechnet. Die Ergebnisse sind in Tabelle 21 bis Tabelle 26 dargestellt. Tabelle 15 zeigt das Ergebnis für den Meßwiederholungseffekt "Eßbedürfnis":

Tabelle 21
Meßwiederholungseffekt "Eßbedürfnis"

	F (Pillais; 3,36 d.f.)
Meßwiederholungseffekt "Bedürfnis zu essen"	15,80***

*** = $p < .000$

Tabelle 22 zeigt das Ergebnis für den Meßwiederholungseffekt "Drang zu essen":

Tabelle 22
Meßwiederholungseffekt "Drang zu essen"

	F (Pillais; 3,36 d.f.)
Meßwiederholungseffekt "Drang zu essen"	7,57***

*** = $p < .000$

Wie aus den Tabellen 21 und 22 ersichtlich, sind die Meßwiederholungseffekte "Eßbedürfnis und "Drang zu essen" sehr signifikant, daß heißt, die Mittelwerte im Bedürfnis und Drang zu essen unterscheiden sich zu den einzelnen Meßzeitpunkten. Die Tabellen 23 und 24 zeigen die Ergebnisse für den Haupteffekt "Bedingung" (mit Spiegel/ohne Spiegel) für die beiden abhängigen Variablen "Eßbedürfnis" und "Drang zu essen":

Tabelle 23
Haupteffekt "Bedingung" für die Variable "Eßbedürfnis"

	F (1 d.f.)
Haupteffekt Bedingung	1,82 n.s.

Tabelle 24
Haupteffekt "Bedingung" für die Variable "Drang zu essen"

	F (1 d.f.)
Haupteffekt Bedingung	.74 n.s.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Wie aus den Tabellen 23 und 24 ersichtlich, wurde der Haupteffekt "Bedingung" für keine der beiden Variablen signifikant, das heißt, die Bedingung (mit/ohne Selbstaufmerksamkeit durch einen Spiegel) hatte keinen Einfluß auf das Bedürfnis oder den Drang zu essen. In den Tabellen 25 und 26 sind die Ergebnisse für die Interaktion zwischen dem Faktor Meßzeitpunkt und der Untersuchungsbedingung (mit Selbstaufmerksamkeit durch einen Spiegel/ohne Selbstaufmerksamkeit durch einen Spiegel) dargestellt:

Tabelle 25

Interaktion "Meßzeitpunkte" x "Bedingung" für die Variable "Eßbedürfnis"

	F (Pillais; 3,36 d.f.)
Interaktion Meßzeitpunkte/Bedingung	.39 n.s.

Tabelle 26

Interaktion "Meßzeitpunkte" x "Bedingung" für die Variable "Drang zu essen"

	F (Pillais; 3,36 d.f.)
Interaktion Meßzeitpunkte/Bedingung	.51 n.s.

Wie aus den Tabellen 25 und 26 ersichtlich, ergab sich für die Interaktionen zwischen dem Faktor Meßzeitpunkt und dem Faktor Untersuchungsbedingung sowohl für das Bedürfnis als auch für den Drang zu essen kein signifikanter Effekt.

Hypothese 3 mußte verworfen werden. Objektive Selbstaufmerksamkeit bewirkte keinen statistisch bedeutsamen Unterschied im Bedürfnis oder im Drang zu essen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu der gesunden Kontrollgruppe nach der Induktion negativer Befindlichkeit durch einen Leistungsstressor.

Hypothese 4: *Bei einem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung essen Patientinnen mit Bulimia nervosa in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit weniger, als wenn keine objektive Selbstaufmerksamkeit erzeugt wurde; bei der gesunden Kontrollgruppe zeigt sich dieser Effekt nicht.*

In Tabelle 27 sind die Mittelwerte und Standardabweichungen der aufgenommenen Nahrungsmenge und Kalorien in den vier Gruppen dargestellt:

Tabelle 27

Mittelwerte und Standardabweichungen der aufgenommenen Nahrungsmenge und Kalorien in den Gruppen

	Gesamtmenge in Gramm		Kalorien	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Bulimia nervosa mit Spiegel	51,2	44,9	233,3	183,3
Bulimia nervosa ohne	62,5	55,8	289,5	203,3

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Spiegel				
Kontrollpersonen mit Spiegel	48,3	21,8	219,6	99,5
Kontrollpersonen ohne Spiegel	59,2	30,2	270,7	134,2

Zur Überprüfung der Hypothese wurden vier t-Tests für unabhängige Stichproben mit der Nahrungsmenge bzw. der Kalorienzahl als abhängige Variable und der Gruppe (Bulimia nervosa mit/ohne Spiegel bzw. Kontrollpersonen mit/ohne Spiegel) als unabhängige Variable durchgeführt. Alle vier Tests wurden nicht signifikant [BULIMIA NERVOSA: Menge: $t(38) = -.71$, $p = .49$, Kalorien: $t(38) = -.76$, $p = .45$.; KONTROLLPERSONEN: Menge: $t(38) = -1,31$, $p = .20$, Kalorien: $t(38) = -1,37$, $p = .18$]. Die Untersuchungsbedingung hatte keinen statistisch bedeutsamen Einfluß auf die aufgenommene Nahrungsmenge oder Kalorienzahl; weder bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa, noch bei den Kontrollpersonen. Bei Betrachtung der Mittelwerte in den einzelnen Bedingungen (s. Tabelle 27) zeigt sich allerdings tendenziell der vorhergesagte Effekt: Die untersuchten Probandinnen aßen mehr unter der Bedingung "ohne Spiegel" als in der Bedingung "mit Spiegel". Aufgrund der hohen Varianzen wurde dieser Effekt statistisch jedoch nicht signifikant. Auch die Elimination zweier Ausreißer (Patientin sowie Kontrollperson) konnte die Varianzen nicht bedeutsam minimieren. Der Effekt zeigt sich tendenziell allerdings auch bei den Kontrollpersonen.

Hypothese 5: *In einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit schätzen Patientinnen mit Bulimia nervosa ihre Affektlage negativer ein, als wenn keine objektive Selbstaufmerksamkeit induziert wurde.*

Zunächst wurden die Mittelwerte und Standardabweichungen der einzelnen Affektvariablen pro Gruppe über die vier Meßzeitpunkte berechnet. Die Tabellen 28 bis 33 zeigen die Mittelwerte und Standardabweichungen der Affektmessungen zu den vier Meßzeitpunkten für die Variablen Anspannung, Körpergefühl, Ängstlichkeit, Traurigkeit, Ausgeglichenheit und Verunsicherung:

Tabelle 28

Mittelwerte und Standardabweichungen der Anspannung zu den vier Meßzeitpunkten

Anspannung	Bulimia nervosa		Bulimia nervosa		Kontrollpersonen		Kontrollpersonen	
	mit Spiegel		ohne Spiegel		mit Spiegel		ohne Spiegel	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Meßzeitpunkt 1	3,55	1,76	3,50	1,43	2,40	1,47	2,05	1,23
Meßzeitpunkt 2	5,40	1,73	5,85	1,18	5,60	1,19	5,35	1,42
Meßzeitpunkt 3	4,10	2,02	3,45	1,76	2,80	1,40	2,45	1,36
Meßzeitpunkt 4	2,75	2,02	3,35	1,50	1,60	1,00	1,45	0,60

Meßzeitpunkt 1: vor der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 2: während der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 3: nach der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 4: nach dem Geruchs- und Geschmackstest

Tabelle 29

Mittelwerte und Standardabweichungen des Körpergefühls zu den vier Meßzeitpunkten

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Körpergefühl	Bulimia nervosa		Bulimia nervosa		Kontrollpersonen		Kontrollpersonen	
	mit Spiegel		ohne Spiegel		mit Spiegel		ohne Spiegel	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Meßzeitpunkt 1	3,30	1,22	3,05	1,43	5,05	1,23	4,60	1,47
Meßzeitpunkt 2	3,05	1,43	2,45	1,28	3,50	1,28	3,25	1,16
Meßzeitpunkt 3	3,15	1,27	3,10	1,48	4,50	0,83	4,05	1,36
Meßzeitpunkt 4	3,20	1,32	3,05	1,60	5,15	1,04	4,65	1,39

Meßzeitpunkt 1: vor der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 2: während der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 3: nach der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 4: nach dem Geruchs- und Geschmackstest

Tabelle 30

Mittelwerte und Standardabweichungen der Ängstlichkeit zu den vier Meßzeitpunkten

Ängstlichkeit	Bulimia nervosa		Bulimia nervosa		Kontrollpersonen		Kontrollpersonen	
	mit Spiegel		ohne Spiegel		mit Spiegel		ohne Spiegel	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Meßzeitpunkt 1	2,10	1,89	2,60	1,85	1,30	0,92	1,15	0,37
Meßzeitpunkt 2	2,60	2,28	3,30	2,03	1,90	1,52	1,50	1,05
Meßzeitpunkt 3	2,30	2,03	2,70	1,87	1,20	0,70	1,15	0,49
Meßzeitpunkt 4	2,00	1,69	2,45	1,32	1,05	0,22	1,10	0,31

Meßzeitpunkt 1: vor der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 2: während der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 3: nach der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 4: nach dem Geruchs- und Geschmackstest

Tabelle 31

Mittelwerte und Standardabweichungen der Traurigkeit zu den vier Meßzeitpunkten

Traurigkeit	Bulimia nervosa		Bulimia nervosa		Kontrollpersonen		Kontrollpersonen	
	mit Spiegel		ohne Spiegel		mit Spiegel		ohne Spiegel	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Meßzeitpunkt 1	2,60	1,76	2,15	1,31	1,55	1,32	1,45	0,83
Meßzeitpunkt 2	1,75	1,37	2,10	1,68	1,10	0,31	1,15	0,49
Meßzeitpunkt 3	2,25	1,86	2,40	1,79	1,20	0,41	1,30	0,47
Meßzeitpunkt 4	2,60	1,82	2,60	1,82	1,15	0,67	1,15	0,37

Meßzeitpunkt 1: vor der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 2: während der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 3: nach der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 4: nach dem Geruchs- und Geschmackstest

Tabelle 32

Mittelwerte und Standardabweichungen der Ausgeglichenheit zu den vier Meßzeitpunkten

Ausgeglichenheit	Bulimia nervosa		Bulimia nervosa		Kontrollpersonen		Kontrollpersonen	
	mit Spiegel		ohne Spiegel		mit Spiegel		ohne Spiegel	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Meßzeitpunkt 1	3,15	1,35	3,35	1,42	5,00	1,62	5,05	1,64
Meßzeitpunkt 2	3,05	1,54	2,50	1,36	2,95	1,43	3,30	1,34
Meßzeitpunkt 3	3,25	1,25	3,45	1,43	4,60	1,31	4,35	1,23
Meßzeitpunkt 4	3,20	1,40	3,10	1,52	5,25	1,16	4,70	1,13

Meßzeitpunkt 1: vor der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 2: während der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 3: nach der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 4: nach dem Geruchs- und Geschmackstest

Tabelle 33

Mittelwerte und Standardabweichungen der Verunsicherung zu den vier Meßzeitpunkten

Verunsicherung	Bulimia nervosa		Bulimia nervosa		Kontrollpersonen		Kontrollpersonen	
	mit Spiegel		ohne Spiegel		mit Spiegel		ohne Spiegel	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Meßzeitpunkt 1	2,70	2,00	2,70	1,60	1,50	0,95	1,25	0,44
Meßzeitpunkt 2	3,50	2,14	4,60	1,76	3,05	1,96	3,00	1,86
Meßzeitpunkt 3	2,80	1,94	3,60	2,09	1,75	1,33	1,55	1,10
Meßzeitpunkt 4	2,70	1,63	3,10	1,94	1,40	0,99	1,15	0,49

Meßzeitpunkt 1: vor der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 2: während der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 3: nach der Präsentation des Stressors

Meßzeitpunkt 4: nach dem Geruchs- und Geschmackstest

Zur Überprüfung der Hypothese, daß Patientinnen mit Bulimia nervosa in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit ihre Affektlage negativer einschätzen, als wenn keine objektive Selbstaufmerksamkeit induziert wurde, wurde für jede Variable eine Varianzanalyse mit Meßwiederholung mit den Affekten (Anspannung, Körpergefühl, Traurigkeit, Ängstlichkeit oder Verunsicherung) als abhängige Variable und der Gruppe (Bulimia nervosa mit Selbstaufmerksamkeit bzw. Bulimia nervosa ohne Selbstaufmerksamkeit) als unabhängige Variable über die vier Meßzeitpunkte (vor der Präsentation des Stressors, während der Präsentation des Stressors, nach der Präsentation des Stressors, nach dem Test zur Geruchs- und Geschmackswahrnehmung) gerechnet. Da insgesamt sechs Varianzanalysen gerechnet wurden, wurde eine Alpha-Adjustierung vorgenommen: Das ursprüngliche Signifikanzniveau von = 0,05 wurde durch sechs dividiert und somit auf = 0,008 angehoben. Die Ergebnisse der Varianzanalyse mit Meßwiederholungen sind in den Tabellen 34, 35 und 36 dargestellt. Tabelle 34 zeigt die Ergebnisse für den Meßwiederholungseffekt:

Tabelle 34

Meßwiederholungseffekte für die einzelnen Befindlichkeitsvariablen

Meßwiederholungseffekt	F (Pillais; 3,36 d.f.)
Anspannung	30,25***
Körpergefühl	0,99 n.s.
Traurigkeit	4,58*
Ängstlichkeit	5,09*
Ausgeglichenheit	1,90 n.s.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Verunsicherung	8,71 ***
-----------------------	----------

* = $p < .008$ *** = $p < .000$

Wie aus Tabelle 34 ersichtlich, ist der Meßwiederholungseffekt für die Variablen Anspannung, Traurigkeit, Ängstlichkeit und Verunsicherung signifikant, das heißt, die Mittelwerte unterscheiden sich signifikant zu den einzelnen Meßzeitpunkten. Tabelle 35 zeigt das Ergebnis für den Haupteffekt "Gruppe":

Tabelle 35
Haupteffekt "Gruppe"

Haupteffekt Gruppe	F (1 d.f.)
Anspannung	0,04 n.s.
Körpergefühl	0,59 n.s.
Traurigkeit	0,00 n.s.
Ängstlichkeit	0,91 n.s.
Ausgeglichenheit	0,04 n.s.
Verunsicherung	1,29 n.s.

Wie aus Tabelle 35 ersichtlich, ist der Haupteffekt "Gruppe" für keine der erhobenen Befindlichkeitsvariablen signifikant. Die Patientinnen mit Bulimia nervosa der Bedingung "mit Selbstaufmerksamkeit" unterscheiden sich in keiner Variable von den Patientinnen der Bedingung "ohne Selbstaufmerksamkeit". In Tabelle 36 sind die Ergebnisse der Interaktion zwischen Gruppe und Meßzeitpunkt in Bezug auf die abhängigen Befindlichkeitsvariablen dargestellt:

Tabelle 36
Interaktion "Meßzeitpunkt" x "Gruppe" für die Befindlichkeitsvariablen

Interaktion Meßzeitpunkte/Gruppe	F (Pillais; 3,36 d.f.)
Anspannung	2,85 n.s.
Körpergefühl	0,38 n.s.
Traurigkeit	1,36 n.s.
Ängstlichkeit	0,44 n.s.
Ausgeglichenheit	0,82 n.s.
Verunsicherung	1,57 n.s.

Die Interaktion zwischen dem Faktor Meßzeitpunkt und dem Faktor Gruppe ist für keine der Befindlichkeitsvariablen signifikant. Die Befindlichkeit variierte für die Variablen Anspannung, Traurigkeit, Ängstlichkeit und Verunsicherung zwischen den einzelnen Meßzeitpunkten, objektive Selbstaufmerksamkeit bewirkte jedoch keinen statistisch bedeutsamen Unterschied in der Befindlichkeit. Damit wurde die Hypothese, daß Patientinnen mit Bulimia nervosa ihre Affektlage in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit negativer einschätzen, als wenn keine objektive Selbstaufmerksamkeit induziert wurde, nicht bestätigt.

4.7 Diskussion

In der vorliegenden Untersuchung wurde der Einfluß eines Zustandes objektiver Selbstaufmerksamkeit und einer durch einen Leistungsstressor erzeugten negativen Befindlichkeit auf das Eßbedürfnis, auf den Drang zu essen und auf das tatsächliche Eßverhalten bei Patientinnen mit Bulimia nervosa und einer gesunden Kontrollgruppe überprüft. In der Untersuchung wurden die Vpn entweder der Bedingung "ohne objektive Selbstaufmerksamkeit"

oder "mit objektiver Selbstaufmerksamkeit" zugeordnet. In der Bedingung "mit objektiver Selbstaufmerksamkeit" wurde die Untersuchung in Anwesenheit eines Spiegels durchgeführt, in dem sich die Vp selbst sehen konnte, in der Bedingung "ohne objektive Selbstaufmerksamkeit" wurde das Experiment ohne Spiegel durchgeführt.

Im ersten Teil der Untersuchung wurde die Auswirkung eines Leistungsstressors (Rüddel, Langewitz, Schächinger, Schmieder & Schulte, 1988) auf verschiedene Befindlichkeitsvariablen sowie auf das Hungergefühl, das Eßbedürfnis und den Drang zu essen erhoben. Im zweiten Teil fand ein Geruchs- und Geschmackstest verschiedener Snacks (Gummibären, Schokoladenkekse, Salzstangen und Kartoffelchips) statt, bei dem die Versuchspersonen die Möglichkeit hatten, von den angebotenen Nahrungsmitteln so viel zu essen, wie sie wollten.

4.7.1 Ergebnisse zur Selbstaufmerksamkeit

Entgegen der Erwartung hatte der induzierte Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit durch einen Spiegel, in dem sich die Versuchsperson selbst sehen konnte, keinen bedeutsamen Einfluß auf die untersuchten Parameter. Weder konnte eine erniedrigte Nahrungs- oder Kalorienaufnahme in Abhängigkeit von einem Zustand erhöhter objektiver Selbstaufmerksamkeit nachgewiesen werden, noch konnte bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa ein bedeutsamer Einfluß auf das Bedürfnis oder den Drang zu essen gefunden werden. In der Tendenz war jedoch ersichtlich, daß der Spiegel das Bedürfnis oder den Drang zu essen eher verringert als erhöht (siehe auch 5.7.3), bzw. daß in der Bedingung "ohne Spiegel" sowohl von den Patientinnen mit Bulimia nervosa als auch von den Kontrollpersonen mehr gegessen wurde als in der Bedingung "mit Spiegel" (siehe auch 5.7.2).

Zunächst stellt sich die Frage, ob durch den Spiegel ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit tatsächlich induziert wurde. In einigen Studien (z. B. Carver & Scheier, 1978) wurde eine Validierung des Spiegels als Mittel zur Erzeugung von objektiver Selbstaufmerksamkeit vorgenommen, in der gefunden wurde, daß der Spiegel ein valides Mittel zur Erzeugung von objektiver Selbstaufmerksamkeit darstellt. Dennoch ist es denkbar, daß verschiedene Einflußfaktoren die Erhöhung objektiver Selbstaufmerksamkeit in der vorliegenden Untersuchung gestört haben. Zwar saßen die Versuchspersonen direkt vor dem Spiegel, möglicherweise haben sie aber vermieden, hineinzusehen, indem sie sich auf die Fragebögen bzw. auf die Nahrungsmittel konzentrierten. Dieser Effekt könnte bei beiden Gruppen aufgetreten sein, so daß dadurch keine bedingungsspezifischen Effekte erzielt werden konnten. Hier wäre es für Folgeuntersuchungen günstig, den Grad der Erhöhung objektiver Selbstaufmerksamkeit vor dem Spiegel zu überprüfen, z. B. durch einen Fragebogen zur Selbstorientierung bei der Beurteilung von Aussagen (Carver & Scheier, 1978), anstatt davon auszugehen, daß der Spiegel in jedem Fall eine Erhöhung objektiver Selbstaufmerksamkeit bewirkt. In weiteren Untersuchungen zu diesem Thema könnte man die Vpn auch auffordern, während des Ausfüllens von Fragebogen häufiger in den Spiegel zu sehen, um den Grad der Selbstaufmerksamkeit zu erhöhen.

Eine weitere Frage wäre, ob diejenige objektive Selbstaufmerksamkeit, die unbeabsichtigt möglicherweise durch die Versuchsleiterin induziert wurde (indem sie zwischendurch in den Versuchsraum hineinging) auch auf die Gruppe ohne Spiegel einen so stark hemmenden Einfluß nahm, daß der Spiegel zusätzlich keine weitere Hemmung im Eßverhalten mehr erbringen konnte. Verschiedene Untersuchungen haben gezeigt, daß Personen mit gezügeltem Eßstil, die sich in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit (z. B. induziert durch die Anwesenheit eines Versuchsleiters) befanden, während sie aßen, weniger bereit zum Essen waren als solche, die sich unbeobachtet fühlten (Herman, Polivy & Silver, 1979; Polivy, Hermann, Hackett et al., 1986). Dies stimmt mit der Beobachtung überein, daß auch die meisten Patientinnen mit Bulimia nervosa ihre Eßanfälle nur haben, wenn sie alleine sind (Abraham & Beumont, 1982). Dies legt die Vermutung nahe, daß sich die Patientinnen stark durch die Versuchsleiterin kontrolliert fühlten, was die Wahrscheinlichkeit von vermehrtem Essen verringert haben könnte. In diesem Punkt wäre es

erstrebenswert, weitere Experimente so zu gestalten, daß der Versuchsleitereinfluß und damit der potentiell konfundierende Einfluß öffentlicher Selbstaufmerksamkeit noch geringer wird.

4.7.2 Ergebnisse zum Essen

Bezüglich der aufgenommenen Nahrungsmenge bzw. Kalorienzahl fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Patientinnen mit Bulimia nervosa und den gesunden Kontrollpersonen. Die Patientinnen mit Bulimia nervosa nahmen im Mittel 56,9 Gramm (SD = 50,3g) bzw. 264,4 Kalorien (SD = 231,6 kcal.) auf, die Kontrollpersonen 53,7g (SD = 26,5g) bzw. 245,1 Kalorien (SD = 119,4 kcal.).

Die Bedingung, mit oder ohne objektive Selbstaufmerksamkeit, hatte keinen Einfluß auf die aufgenommene Nahrungsmenge oder Kalorienzahl. Es fand sich kein bedeutsamer Unterschied zwischen den Gruppen. Bei Betrachtung der Mittelwerte in den einzelnen Bedingungen zeigte sich allerdings tendenziell der aus der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit (Duval & Wicklund, 1972) abgeleitete und vorhergesagte Effekt: Die untersuchten Probandinnen aßen mehr unter der Bedingung "ohne Spiegel" als in der Bedingung "mit Spiegel". Aufgrund der hohen Varianzen wurde dieser Effekt statistisch jedoch nicht signifikant. Der Effekt zeigte sich tendenziell allerdings auch bei den Kontrollpersonen. Aufgrund der hohen Varianzen wäre in der vorliegenden Untersuchung eine höhere Versuchspersonenanzahl erforderlich gewesen, um signifikante Effekte zu erzielen. Eine mögliche Erklärung für diesen Befund könnte in der Vermischung öffentlicher und privater Aspekte bei der Induktion objektiver Selbstaufmerksamkeit, bedingt durch die Versuchsdurchführung, liegen. Da die Versuchsleiterin zwischendurch in den Versuchsraum hineinging und zum Ende des Experiments die Reste der Nahrungsmittel abräumte, könnte unbeabsichtigterweise auch bei den Patientinnen der Bedingung "ohne Spiegel" ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit erzeugt und dadurch die Patientinnen dieser Bedingung in ihrem Eßverhalten ebenfalls gehemmt worden sein. Das würde bedeuten, daß durch die Spiegelbedingung, die die Erhöhung objektiver Selbstaufmerksamkeit bewirken sollte, keine zusätzliche Hemmung des Eßverhaltens mehr erreicht werden konnte.

Wie häufiger in Untersuchungen zum Eßverhalten (z. B. Tuschen, Florin & Baucke, 1993) traten auch in der vorliegenden Untersuchung sehr hohe Varianzen in den aufgenommenen Nahrungsmengen bzw. Kalorienzahlen auf. Dieser Sachverhalt scheint spezifisch für diese Art von Untersuchungen zu sein, bei denen am häufigsten verschiedene Eiscreme-Sorten angeboten wurden (z. B. Tuschen, Florin & Baucke, 1993, Beebe, Holmbeck, Albright & Noga, 1995; Westenhofer, Broeckmann, Munch & Pudel, 1994). Insgesamt haben Experimente, in denen Versuchspersonen aufgefordert wurden, zu essen, häufig Ergebnisse erzielt, die nur ansatzweise die klinischen Beobachtungen widerspiegeln. Eßanfälle kamen selten vor, eine Ausnahme stellt diesbezüglich die Untersuchung von Both-Orthmann (1994) dar, in deren Untersuchung sechs von 24 Patientinnen einen typischen Eßanfall zeigten. Insofern ist zu überlegen, ob Geruchs- und Geschmackstests das Mittel der Wahl zur Erforschung des Eßverhaltens eßgestörter Populationen darstellt. Im Gegensatz zu anderen Untersuchungen (z. B. Tuschen, Florin & Baucke, 1993) wurden die Vpn zwar darüber aufgeklärt, daß es bei der Untersuchung um den Zusammenhang zwischen Befindlichkeit und Essen ging und sie bei Bedarf nach dem Essen die Möglichkeit zum Erbrechen hatten, dies hat aber möglicherweise nicht ausgereicht, um eine tatsächliche Enthemmung des Eßverhaltens zu erreichen.

Die Gruppen unterschieden sich in der Präferenz der dargebotenen Snacks nicht signifikant voneinander. Dennoch wäre es eventuell von Vorteil gewesen, die Auswahl der Nahrungsmittel den Vpn zu überlassen oder eine größere Auswahl anzubieten, um interindividuelle Unterschiede in der Präferenz von Nahrungsmitteln zu berücksichtigen. Außerdem könnten Unterschiede im Ernährungsstatus der Vpn vorhanden gewesen sein. Die Versuchspersonen wurden zwar gebeten, eineinhalb Stunden vor Beginn der Untersuchung nichts mehr zu essen, und im Hungergefühl

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

fanden sich auch keine statistisch bedeutsamen Unterschiede. Auch im Alkohol- und Medikamentenkonsum waren keine bedeutsamen Unterschiede vorhanden. Möglicherweise hätten hier jedoch schärfere Überprüfungen, z. B. durch Blutbildkontrollen, brauchbarere Ergebnisse erzielt.

Zusammenfassend scheint der Versuchsleitereinfluß zu groß und die Laborsituation zu künstlich zu sein, um das Eßverhalten der Patientinnen mit Bulimia nervosa so beobachten zu können, wie es im täglichen Leben auftritt. Hinweise darauf ergaben auch die Nachbefragungen der Versuchspersonen, in denen teilweise die Künstlichkeit der Situation als Argumentation für ein gezügeltes Eßverhalten angeführt wurde. Einige Versuchspersonen berichteten über eine hohe Wahrscheinlichkeit, den in der Untersuchungssituation begonnenen "Eßanfall" baldmöglichst fortzusetzen. Für diejenigen Patientinnen, die im Rahmen ihres Diagnostiktages in der stationären psychotherapeutischen Einrichtung an der Untersuchung teilnahmen, mag dieser Umstand möglicherweise ein hemmender Einflußfaktor gewesen sein, da die Patientinnen an dem Tag wahrscheinlich motiviert waren, in Zukunft etwas an ihrem Eßverhalten zu ändern. Insgesamt haben in der vorliegenden Untersuchung zwei der über das Stadtmagazin rekrutierten Patientinnen mit Bulimia nervosa einen Eßanfall gezeigt, indem sie ca. 1000 Kalorien zu sich nahmen. Einige der Patientinnen zeigten im Gegensatz dazu ein sehr gezügeltes Eßverhalten, indem sie nur so viel zu sich nahmen, daß sie den Geschmack einschätzen konnten (Minimum der aufgenommenen Nahrungsmenge: 4 g). Die meisten Patientinnen waren offenbar nicht zu einer erhöhten Nahrungsaufnahme bereit. Insgesamt bleibt festzuhalten, daß im Mittel sowohl bei den Patientinnen, als auch bei den Kontrollpersonen die Kalorienzahl einer durchschnittlichen Zwischenmahlzeit aufgenommen wurde.

Es wäre wünschenswert, mehr über den Zusammenhang zwischen Selbstaufmerksamkeit und Eßverhalten herauszufinden. Insofern sind Überlegungen erforderlich, wie die Erforschung dieses Sachverhalts unter Berücksichtigung der oben genannten Kritikpunkte verbessert werden kann.

4.7.3 Ergebnisse zum Eßbedürfnis und zum Drang zu essen

Für das Eßbedürfnis zu den einzelnen Meßzeitpunkten sowie den Verlauf des Eßbedürfnisses und des Drangs zu essen über die 4 Meßzeitpunkte (vor der Präsentation des Leistungsstressors, während des Stressors, nach dem Stressor und nach dem Geruchs- und Geschmackstest) wurde eine signifikante Veränderung des Eßbedürfnisses und des Drangs zu essen über die Meßzeitpunkte, ein signifikanter Haupteffekt für die Diagnose sowie eine signifikante Interaktion zwischen Meßzeitpunkten und Diagnose gefunden. Das Eßbedürfnis und der Drang zu essen war über den Verlauf hinweg bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa stärker ausgeprägt als bei der Kontrollgruppe. Für die einzelnen Meßzeitpunkte wurde ein signifikanter Unterschied des Eßbedürfnisses und des Drangs zu essen zwischen Patientinnen und Kontrollpersonen während des Leistungsstressors und nach dem Essen (Meßzeitpunkt 2 und 4) gefunden, zu den anderen Zeitpunkten unterschieden sich Patientinnen und Kontrollpersonen nicht. Die Untersuchungsbedingung, also mit oder ohne objektive Selbstaufmerksamkeit, hatte keinen bedeutsamen Einfluß auf das Eßbedürfnis und den Drang zu essen.

Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz veröffentlichten 1994 eine Untersuchung zur Klärung der Frage, ob psychische Belastungen das Eßbedürfnis bei Patientinnen mit Bulimia nervosa steigern. Dort wurde der gleiche Leistungsstressor (Rüddel, Langewitz, Schächinger, Schmieder & Schulte, 1988) verwendet wie in der vorliegenden Untersuchung. Die Autoren fanden in ihrer Untersuchung bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa kein erhöhtes Eßbedürfnis während des Leistungsstressors, jedoch ein erhöhtes Eßbedürfnis im Anschluß an die Präsentation des Stressors. Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz (1994) interpretierten den von ihnen gefundenen Sachverhalt dahingehend, daß die Aufmerksamkeit der Versuchspersonen während der Leistungsaufgabe möglicherweise voll auf die Aufgabe konzentriert war, was eine

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Wahrnehmung des Eßbedürfnisses erschwert haben dürfte. Erst danach konnten sich die Vpn wahrscheinlich wieder auf ihr Eßbedürfnis konzentrieren. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung erbrachte genau das spiegelverkehrte Ergebnis: Während des Leistungsstressors war das Eßbedürfnis bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa höher als bei den Kontrollpersonen, im Anschluß an den Stressor fanden sich jedoch keine Unterschiede. Dies legt die Vermutung nahe, daß die Patientinnen direkt in der Situation den wahrgenommenen Streß durch Essen reduzieren wollten, während sie nach Beendigung des Leistungsstressors zunächst keine Veranlassung mehr dafür sahen. Zusammenfassend wird durch beide Untersuchungen die Bedeutung des Zusammenhangs zwischen Eßbedürfnis und Leistungsstreß ersichtlich. Allerdings sind weitere systematische Untersuchungen erforderlich, um die Frage, zu welchem Zeitpunkt Patientinnen mit Bulimia nervosa im Zusammenhang mit einer Streßsituation aus dem Leistungsbereich mit einem erhöhten Eßbedürfnis auf den wahrgenommenen Streß reagieren, differenzierter zu klären. Grundsätzlich stellte sich außerdem die Frage, ob die in der Untersuchung von Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz (1994) erfaßte Variable tatsächlich das Eßbedürfnis und nicht vielmehr den Drang zu essen erfaßt hat, welcher im Gegensatz zum Eßbedürfnis die Möglichkeit eines Kontrollverlusts nahelegt. Die Autoren formulierten das Item zum Eßbedürfnis mit "Ich habe das Gefühl, daß ich unbedingt etwas essen muß". Um der Frage nach der Differenzierbarkeit des Bedürfnisses und des Drangs zu essen nachzugehen, wurde in der vorliegenden Untersuchung das Eßbedürfnis mit dem Item "Ich habe das Eßbedürfnis" und der Drang zu essen mit dem Item "Ich habe das Gefühl, daß ich unbedingt etwas essen muß" erfaßt. Die Differenzierung von Eßbedürfnis und Drang zu essen erbrachte in der vorliegenden Untersuchung keinen Informationsgewinn. Dennoch wäre es interessant zu untersuchen, in welchen Situationen Patientinnen mit Bulimia nervosa angenehme, "bedürftige" Gefühle zum Thema Essen haben, und in welchen Situationen der Drang zu essen vorherrscht. Diese Frage könnte Gegenstand einer weitergehenden Untersuchung zu diesem Thema sein.

In der vorliegenden Untersuchung wurde der deutlichste Unterschied im Eßbedürfnis und im Drang zu essen zwischen Patientinnen und Kontrollpersonen zum letzten Meßzeitpunkt, nach dem Geruchs- und Geschmackstest, gefunden. Das Bedürfnis, weiterzuessen, war bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa hochsignifikant höher als bei den gesunden Kontrollpersonen. Dieser Befund weist in die gleiche Richtung wie Studien, wo den Versuchspersonen vor einem fingierten Geruchs- und Geschmackstest eine kalorienreiche Testmahlzeit (Preload) verabreicht wurde und der Einfluß der Gabe dieser Nahrung auf die anschließende Essensmenge im Labor untersucht wurde (z. B. Abraham & Beumont, 1982; Herman & Mack, 1975; Herman & Polivy, 1988; Schlundt & Johnson, 1990; Polivy, Herman, Hackett & Kuleshnyk, 1986; Kales, 1989). Sogar das Riechen an einem kalorienreichen Nahrungsmittel kann einen Kontrollverlust auslösen (Jansen & van den Hout, 1991). Der in der Literatur beschriebene "Preload"- Effekt, daß das Eßbedürfnis im Anschluß an die Gabe einer kalorienreichen Testmahlzeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa (oder auch bei Frauen mit gezügeltem Eßstil) ansteigt, konnte also auch in der vorliegenden Untersuchung bestätigt werden. Das Ergebnis der vorliegenden Untersuchung unterstreicht noch einmal, daß neben vielfältigen psychologischen Variablen auch die Nahrung selbst als Stimulus für einen Eßanfall dienen kann.

Weiterhin soll die Frage diskutiert werden, warum ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit in der vorliegenden Untersuchung nicht die vorhergesagten Effekte erbracht hat. Patientinnen mit Bulimia nervosa schätzten ihr Eßbedürfnis und ihren Drang zu essen nach der Darbietung des Leistungsstressors nicht höher ein, wenn sie sich in einem Zustand erhöhter objektiver Selbstaufmerksamkeit befanden, bei den gesunden Kontrollpersonen zeigte sich dieser Effekt ebenfalls nicht. Wie bereits erwähnt, wurde nicht überprüft, ob der Spiegel die objektive Selbstaufmerksamkeit wirklich erhöht hat. Dies sollte bei weiteren experimentellen Untersuchungen zum Thema Selbstaufmerksamkeit überprüft und nicht vorausgesetzt werden. Die Absolutmittelwerte zeigten sogar in die der Hypothese entgegenstehenden Richtung, aufgrund der hohen Varianzen war jedoch kein signifikanter Unterschied nachweisbar. Vermutlich würde eine Erhöhung der Versuchspersonenanzahl zu signifikanten Unterschieden in genau die entgegengesetzte Richtung führen, nämlich dazu, daß ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

das Eßbedürfnis und den Drang zu essen verringert und nicht erhöht. Hierzu läßt sich annehmen, daß im Falle von Patientinnen mit Bulimia nervosa das eigene Spiegelbild noch ganz andere emotionale Aspekte (z. B. Unzufriedenheit mit der Figur oder dem Aussehen) aktiviert als nur die Erhöhung objektiver Selbstaufmerksamkeit, und daß eben diese Aspekte kurzfristig zu einem geringeren Eßbedürfnis führen. Sollte sich in weiteren Untersuchungen dieser Zusammenhang tatsächlich finden, stünde dies jedoch im Widerspruch zu den Annahmen der Escape-Theorie (Heatherton & Baumeister, 1991), die ja besagt, daß ein Zustand hoher Selbstaufmerksamkeit gerade den Drang zu essen erhöht, um sich so aus diesem Zustand zu befreien. An diesem Punkt sind weitere systematische Überprüfungen der Theorie erforderlich.

4.7.4 Ergebnisse zur Affektlage

In der vorliegenden Untersuchung wurde die Hypothese untersucht, daß die Patientinnen mit Bulimia nervosa ihre Affektlage, operationalisiert durch die Variablen Anspannung, Traurigkeit, Ängstlichkeit, Verunsicherung, Körpergefühl und Ausgeglichenheit während der Untersuchung in einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit negativer einschätzen als wenn kein solcher Zustand induziert wurde.

Die Befindlichkeit variierte für die Variablen Anspannung, Traurigkeit, Ängstlichkeit und Verunsicherung zwar unabhängig von der Untersuchungsbedingung zwischen den einzelnen Meßzeitpunkten, was einen deutlichen Hinweis auf die Wirkung des Stressors gibt, die Bedingung "objektive Selbstaufmerksamkeit" bewirkte jedoch keinen statistisch bedeutsamen Unterschied in der Befindlichkeit zwischen den beiden Gruppen.

Auch hier stellt sich wieder die Frage, ob der Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit tatsächlich induziert wurde oder ob die Patientinnen den Blick in den Spiegel vermieden haben (s. 2.7.1). In vielen Untersuchungen konnte, wie bereits beschrieben, nachgewiesen werden, daß eine Beziehung zwischen einem Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit und der Intensität salienter Affekte besteht (z. B. Gibbons et al., 1985, Wood, Saltzberg, Neale & Stone, 1990 & Hass & Eisenstadt, 1990). Allerdings gibt es auch Untersuchungen, die dieser Meinung widersprechen (z. B. Nix, Watson, Pyszczynski & Greenberg, 1995).

Zusammenfassend erscheint der Einfluß eines Zustandes erhöhter Selbstaufmerksamkeit auf die in der vorliegenden Untersuchung betrachteten Befindlichkeitsvariablen entgegen der Erwartung gering. Die möglichen Mängel beim Versuch der Induktion objektiver Selbstaufmerksamkeit, die oben erwähnt wurden, könnten hierfür verantwortlich sein. Aufgrund der Tatsache, daß jedoch in einigen Studien bereits Hinweise auf die Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit für die Affektlage klinischer Populationen gefunden wurde, sollte dieser Ansatz weiter untersucht und feiner differenziert werden.

4.8 Zusammenfassung

In der vorliegenden Untersuchung wurde neben dem Einfluß einer durch einen Leistungsstressor erzeugten negativen Befindlichkeit die Bedeutung eines Zustandes objektiver Selbstaufmerksamkeit auf das Eßbedürfnis, auf den Drang zu essen und auf das tatsächliche Eßverhalten bei Patientinnen mit Bulimia nervosa und einer gesunden Kontrollgruppe überprüft. Im Experiment wurden die Vpn entweder der Bedingung "ohne objektive Selbstaufmerksamkeit" oder "mit objektiver Selbstaufmerksamkeit" zugeordnet. In der Bedingung "mit objektiver Selbstaufmerksamkeit" wurde die Untersuchung in Anwesenheit eines Spiegels durchgeführt, in dem sich die Vp selbst sehen konnte, in der Bedingung "ohne objektive Selbstaufmerksamkeit" wurde das Experiment ohne Spiegel durchgeführt. Es wurde angenommen, daß das Bedürfnis und der Drang zu essen durch einen Zustand induzierter objektiver Selbstaufmerksamkeit erhöht wird,

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

daß jedoch in einem solchen Zustand weniger gegessen wird, als wenn keine objektive Selbstaufmerksamkeit induziert wurde. Diese Hypothesen wurden aus der Escape-Theorie von Heatherton & Baumeister (1993) und aus der Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit (Duval & Wicklund, 1972) abgeleitet. Weiterhin wurde vermutet, daß bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa das Bedürfnis und der Drang zu essen nach der Nahrungsaufnahme ansteigt, während dies bei den Kontrollpersonen nicht der Fall sein sollte. Diese Annahme wurde aus Ergebnissen vieler Studien abgeleitet, in denen nach Verabreichung einer kalorienhaltigen Testmahlzeit (Preload) mehr gegessen wurde als ohne ein solches Preload.

Im ersten Teil der Untersuchung wurde die Auswirkung eines Leistungsstressors (Rüddel, Langewitz, Schächinger, Schmieder & Schulte, 1988) auf verschiedene Befindlichkeitsvariablen erhoben. Im zweiten Teil fand ein Geruchs- und Geschmackstest verschiedener Snacks (Gummibären, Schokoladenkekse, Salzstangen und Kartoffelchips) statt, bei dem die Vpn aufgefordert wurden, an den dargebotenen Nahrungsmitteln zu riechen und sie zu probieren, um den Geruch und den Geschmack einzuschätzen. Dabei konnten sie so viel davon zu essen, wie sie mochten und hatten bei Bedarf anschließend die Möglichkeit, zu erbrechen.

Die Ergebnisse der Untersuchung zeigten, daß der induzierte Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit entgegen der Erwartung keinen bedeutsamen Einfluß auf die gefundenen Ergebnisse hatte. Weder konnte eine erhöhte oder erniedrigte Nahrungs- oder Kalorienaufnahme in Abhängigkeit von einem Zustand erhöhter objektiver Selbstaufmerksamkeit nachgewiesen werden, noch konnte ein bedeutsamer Einfluß auf das Eßbedürfnis oder den Drang zu essen gefunden werden. Auch auf die Befindlichkeit während der Untersuchung hatte ein Zustand objektiver Selbstaufmerksamkeit keinen Einfluß. In der Tendenz war jedoch ersichtlich, daß der Spiegel das Eßbedürfnis oder den Drang zu essen eher verringert als erhöht, und daß in der Bedingung "ohne objektive Selbstaufmerksamkeit" sowohl von den Patientinnen mit Bulimia nervosa als auch von den Kontrollpersonen mehr gegessen wurde als in der Bedingung "mit objektiver Selbstaufmerksamkeit". Für die aufgenommene Nahrungsmenge bzw. Kalorienzahl fanden sich keine signifikanten Unterschiede zwischen Patientinnen mit Bulimia nervosa und den gesunden Kontrollpersonen. Hierfür sind vor allem die sehr hohen Varianzen verantwortlich, die sich bei einer höheren Versuchspersonenanzahl weniger ausgewirkt hätten. Die Bedingung (mit oder ohne objektive Selbstaufmerksamkeit) hatte keinen Einfluß auf die Nahrungsaufnahme. Für das Eßbedürfnis und den Drang zu essen zu den einzelnen Meßzeitpunkten wurde eine signifikante Veränderung des Eßbedürfnisses und des Drangs zu essen über die Meßzeitpunkte, ein signifikanter Haupteffekt für die Diagnose und eine statistisch bedeutsame Interaktion zwischen Meßzeitpunkten und Diagnose gefunden. Das Eßbedürfnis und der Drang zu essen war über den Verlauf hinweg bei den Patientinnen mit Bulimia nervosa stärker ausgeprägt als bei der Kontrollgruppe. Für die einzelnen Meßzeitpunkte wurde ein signifikanter Unterschied des Eßbedürfnisses zwischen Patientinnen und Kontrollpersonen während des Leistungsstressors und nach dem Essen gefunden, zu den anderen Zeitpunkten unterschieden sich Patientinnen und Kontrollpersonen nicht. Die Bedingung, also mit oder ohne induzierte objektive Selbstaufmerksamkeit, hatte keinen bedeutsamen Einfluß auf das Bedürfnis und den Drang zu essen. Die Befindlichkeit während der Untersuchung variierte für die Variablen Anspannung, Traurigkeit, Ängstlichkeit und Verunsicherung zwar unabhängig von der Untersuchungsbedingung zwischen den einzelnen Meßzeitpunkten, was einen deutlichen Hinweis auf die Wirkung des Stressors gab, die Bedingung "objektive Selbstaufmerksamkeit" bewirkte jedoch keinen statistisch bedeutsamen Unterschied in der Befindlichkeit zwischen den beiden Gruppen.

Zusammenfassend war der Einfluß eines Zustandes erhöhter Selbstaufmerksamkeit auf die in der vorliegenden Untersuchung betrachteten Variablen entgegen der Erwartung gering. Weder in den emotionalen Reaktionen, noch beim Drang zu essen und im Eßbedürfnis, noch in der Befindlichkeit während der Untersuchung zeigten sich statistisch bedeutsame Unterschiede, die auf die Untersuchungsbedingung zurückzuführen wären. Es bleibt zu klären, ob sich in weiteren Untersuchungen mit einer optimierten Versuchsanordnung ein solcher Einfluß nachweisen läßt,

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

oder ob die von anderen Autoren (z. B. Heatherton & Baumeister, 1991) hervorgehobene Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit möglicherweise überschätzt wird.

5. Literaturverzeichnis

Abraham, S. F. & Beumont, P. J. (1982). How Patients Describe Bulimia or Binge Eating. *Psychological Medicine*, 12, 625-635.

American Psychiatric Association (1980). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition (DSM III). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Third Edition, Revised (DSM III-R). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1995). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*. Fourth Edition, Revised (DSM IV). Washington, D. C.: American Psychiatric Press.

Arkin, R. M. & Duval, S. (1975). Focus of Attention and Causal Attribution of Actors and Observers. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 427-438.

Barlow, D. H. (1986). Behavioral Conception and Treatment of Panic. *Psychopharmacology Bulletin*, 22, 803-806.

Baumeister, R. F. (1989). *Masochism and the Self*. Hillsdale: Erlbaum

Baumeister, R. F. (1990a). Anxiety and Deconstruction: On Escaping the Self. In J. M. Olson & M. P. Zanna (Hrsg.), *Self-Inference Processes: The Ontario Symposium (Nr. 6, 259-291)*. Hillsdale: Erlbaum

Baumeister, R. F. (1990b). Suicide as Escape from Self. *Psychological Review*, 97, 90-113.

Baumeister, R. F. (1991). *Escaping the Self: Alcoholism, Spirituality, Masochism, and Other Flights from the Burden of Selfhood*. New York: Basic Books.

Beaman, A. L., Klentz, B., Diener, E. & Svanum, S. (1979). Self-Awareness and Transgression in Children: Two Field Studies. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1835-1846.

Beebe, D. W., Holmbeck, G. N., Albright, J. S. & Noga, K. (1995). Identification of "Binge-Prone" Women: An Experimentally and Psychometrically Validated Cluster Analysis in a College Population. *Addictive-Behaviors*, 20, 451-462.

Becker, P. (1982). Interaktions-Angst-Fragebogen. (IAF). *Testmappe (Manual, Testheft, Auswertungsblatt)*. Weinheim: Beltz.

Blanchard, F. A. & Frost, R. O. (1983). Two Factors of Restraint: Concern for Dieting and Weight Fluctuation. *Behaviour Research and Therapy*, 21, 259-267.

Bohner, G., Harlacher, U., Rudolf, C., Sieger, S. & Schwarz, N. (1982). Selbstaufmerksamkeit und Körperaufmerksamkeit. In G. Lüer (Hg.), *Bericht über den 33. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Psychologie in Mainz*. Göttingen: Hogrefe

Bortz, J. (1985). *Lehrbuch der Statistik. Für Sozialwissenschaftler*. Berlin: Springer.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

- Both-Orthmann, B. (1994). *Psychoendokrinologische Auslöser von Eßanfällen bei Bulimia Nervosa*. Unveröff. Diss., Philipps-Universität Marburg.
- Buss, A. H. (1961). *The Psychology of Aggression*. New York: Wiley.
- Cannon, W. B. (1915). *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear and Rage*. New York: Appleton.
- Carver, C. S. (1975). Physical Aggression as a Function of Objective Self-Awareness and Attitudes Toward Punishment. *Journal of Experimental Social Psychology*, 11, 510-519.
- Carver, C. S. (1979). A Cybernetic Model of Self-Attention Processes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1251-1281.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1978). Self-Focusing Effects of Dispositional Self-Consciousness, Mirror Presence, and Audience Presence. *Journal of Personality and Social Psychology*, 36, 324-332.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1981). Self-Consciousness and Reactance. *Journal of Research in Personality*, 15, 16-29.
- Carver, C. S. & Scheier, M. F. (1982). Outcome Expectancy, Locus of Attribution for Expectancy, and Self Directed Attention as Determinants of Evaluation and Performance. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 184-200.
- Casper, R. C., Ekert, E. D. & Halmi, K. A. (1980). Bulimia. Its Incidence and Clinical Importance in Patients with Anorexia Nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1030-1035.
- Clark, D. M. (1986). A Cognitive Approach to Panic. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 461-470.
- Cohen, C. (1992). A Power Primer. *Psychological Bulletin*, 112, 155-159.
- Cooper, P. J. & Fairburn, C. G. (1993). Confusion over the Core Psychopathology of Bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 469-474.
- Davis, R., Freeman, R. J. & Garner, D. M. (1988). A Naturalistic Investigation of Eating Behavior in Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 56, 273-279.
- Diener, E. (1979). Deindividuation, Self-Awareness, and Disinhibition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 37, 1160-1171.
- Diener, E. & Wallbom, M. (1976). Effects of Self-Awareness on Antinormative Behaviour. *Journal of Research in Personality*, 10, 107-111.
- Duval, S. & Wicklund, R. A. (1972). *A Theory of Objective Self Awareness*. New York: Academic Press.
- Duval, S. & Wicklund, R. A. (1973). Effects of Objective Self-Awareness on Attribution of Causality. *Journal of Experimental Social Psychology*, 9, 17-31.
- Elmore, D. K. & DeCastro, J. M. (1990). Self-Rated Moods and Hunger in Relation to Spontaneous Eating Behavior in Bulimics, Recovered Bulimics, and Normals. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 179-190.
- Fahrenberg, J., Selg, H. & Hampel, R. *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)*. Göttingen:

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Hogrefe.

Fairburn, C. G. (1980). Self-Induced Vomiting. *Journal of Psychosomatic Medicine*, 24, 193-197.

Fairburn, C. G. & Beglin, S. J. (1990). Studies of Epidemiology of Bulimia Nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 147, 401-408.

Fairburn, C. G. & Cooper (1982). Self-Induced Vomiting and Bulimia Nervosa: An Undetected Problem. *British Medical Journal*, 284, 1153-1155.

Fairburn, C. G. & Cooper, P. (1987). The Depressive Symptoms of Bulimia Nervosa. *British Journal of Psychiatry*, 148, 268-274.

Federoff, N. A. & Harvey, J. H. (1976). Focus of Attention, Self-Esteem, and the Attribution of Causality. *Journal of Research in Personality*, 10, 336-345.

Fenigstein, A., Scheier, M. F. & Buss, A. H. (1975). Public and Private Self-Consciousness: Assessment and Theory. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 43, 522-527.

Fichter, M. M. (1989). Bulimia nervosa und bulimisches Verhalten. Einführung. In M. M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa: Grundlagen und Behandlung* (S.1-9). Stuttgart: Enke.

Fichter, M. M. (1991). Ätiologische Faktoren, Diagnostik und Therapie bulimischer Eßstörungen-Überblicksartikel. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 20, 1-21.

Filipp, S. H., Aymanns, P. & Klauer, T. (1983). Formen der Auseinandersetzung mit schweren körperlichen Erkrankungen als Prototypen kritischer Lebensereignisse: Eine Verlaufsstudie (*Forschungsberichte aus dem Projekt "Psychologie der Krankheitsbewältigung" Nr. 1*) Trier: Universität Trier, Fachbereich I-Psychologie

Filipp, S. H. & Freudenberg, E. (1989). *Der Fragebogen zur Erfassung dispositionaler Selbstaufmerksamkeit (SAM-Fragebogen)*. Göttingen: Hogrefe.

Frey, D., Wicklund, R. A. & Scheier, M. F. (1978). Die Theorie der objektiven Selbstaufmerksamkeit. In D. Frey und M. Irle (Hrsg.), *Kognitive Theorien der Sozialpsychologie* (S. 193-216). Bern: Huber.

Froming, W. J., Walker, G. R. & Lopyan, K. J. (1982). Public and Private Self-Awareness: When Personal Attitudes Conflict with Social Expectations. *Journal of Experimental Social Psychology*, 18, 476-487.

Garfinkel, P. E., Modolfsky, H. & Garner, D. M. (1980). The Heterogeneity of Anorexia Nervosa. Bulimia as a Distinct Subgroup. *Archives of General Psychiatry*, 37, 1036-1040.

Geissner, E., Bauer, C. & Fichter, M. M. (in Druck). Videogestützte Konfrontation mit dem eigentlichen körperlichen Erscheinungsbild als Behandlungselement in der Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa.

Geller, V. & Shaver, P. (1976). Cognitive Consequences of Self-Awareness. *Journal of Experimental Social Psychology*, 12, 99-108.

Gibbons, F. X., Smith, T. W., Ingram, R. E., Pearce, K., Brehm, S. S. & Schroeder, D. J. (1985). Self-Awareness and Self-Confrontation: Effects of Self-Focused Attention on Members of a Clinical Population. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 662-675.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

- Greenberg, J. & Musham, C. (1981). Avoiding and Seeking Self-Focused Attention. *Journal of Research in Personality, 15*, 107-111.
- Greenberg, J. & Pyszczynski, T. (1986). Persistent high Self-Focus after Failure and low Self-Focus after Success: The Depressive Self-Focusing Style. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 1039-1044.
- Gull, W. W. (1873). Anorexia Hysterica (Apepsia Hysterica). *British Medical Journal, 527*.
- Halmi, K. A., Falk, J. R. & Schwartz, E. (1981). Binge-Eating and Vomiting: A Survey of a College Population. *Psychological Medicine, 11*, 697-706.
- Hass, R. G. & Eisenstadt, D. (1990). The Effects of Self-Focused Attention Perspective-Taking and Anxiety. Special Issue: Self-Directed Attention, Motivation, Flight and Distress. *Anxiety Research, 2*, 165-176.
- Heatherton, T. F. & Baumeister, R. F. (1991). Binge Eating as Escape from Self-Awareness. *Psychological Bulletin, 110*, 86-108.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P. & Polivy, J. (1991). Effects of Physical Threat and Ego Threat on Eating Behaviour. *Journal of Personality and Social Psychology, 60*, 138-143.
- Heatherton, T. F., Polivy, J., Herman, P. C. & Baumeister, R. F. (1993). Self Awareness, Task Failure, and Disinhibition: How Attentional Focus Affects Eating. *Journal of Personality, 61*, 49-61.
- Heinemann, W. (1979). The Assessment of Private and Public Self-Consciousness: A German Replication. *European Journal of Social Psychology, 9*, 331-337.
- Heinemann, W. (1983). Die Erfassung dispositioneller Selbstaufmerksamkeit mit einer deutschen Version der Self-Consciousness-Scale (SCS). *Bielefelder Arbeiten zur Sozialpsychologie, Band 106*.
- Herman, C. P. & Mack, D. (1975). Restrained and Unrestrained Eating. *Journal of Personality, 43*, 647-660.
- Herman, C. P. & Polivy, J. (1975). Anxiety, Restraint and Eating Behaviour. *Journal of Abnormal Psychology, 84*, 666-672.
- Herman, C.P., Polivy, J. & Silver, R. (1979). The Effects of an Observer on Eating Behaviour: The Induction of Sensible Eating. *Journal of Personality, 47*, 85-99.
- Herman, C. P. & Polivy, J. (1988). Excess and Restraint in Bulimia. In K. Pirke, W. Vandereycken & D. Ploog (Hrsg.), *The Psychobiology of Bulimia Nervosa* (S. 33-41). München: Springer.
- Hudson, J. I., Laffer, P. S. & Pope, H. G. (1982). Bulimia Related to Affective Disorder by Family History and Response to the Dexamethasone Suppression Test. *American Journal of Psychiatry, 139*, 685-687.
- Hull, J. G. (1981). A Self-Awareness Model of the Causes and Effects of Alcohol Consumption. *Journal of Abnormal Psychology, 90*, 586-600.
- Hull, J. G. & Levy, A. S. (1979). The Organizational Functions of the Self: An Alternative to the Duval & Wicklund Model of Self-Awareness. *Journal of Personality and Social Psychology, 37*, 756-768.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

- Jansen, A. & van den Hout, M. (1991). On Being Led to Temptation: "Counterregulation" of Dieters after Smelling a "Preload". *Addictive Behaviors, 16*, 247-253.
- Johnson, C. & Connors, M. E. (1987). *The Etiology and Treatment of Bulimia Nervosa*. New York: Basic Books.
- Johnson, C. , Stuckey, M. K., Lewis, L. D. & Schwartz, D. M. (1982). Bulimia. A Descriptive Survey of 316 Cases. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 3-18.
- Johnson, C., Connors, M. E. & Tobin, D. L. (1987). Symptom Management of Bulimia Nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 55*, 668-676.
- Jones, E. E. & Nisbett, R. E. (1971). *The Actor and the Observer: Divergent Perceptions of the Causes of Behavior*. New York: General Learning Press.
- Kähler, W. M. (1994). *SPSS für Windows*. Braunschweig/Wiesbaden: Vieweg.
- Kales, E. F. (1989). A Laboratory Study of Cognitive Factors in Bulimia. *Annals of the New York Academy of Sciences, 575*, 535-537.
- Kazdin, A. E. (1974). Self-Monitoring and Behavior Change. In M. J. Mahoney & C. E. Thoresen (Hrsg.), *Self-Control: Power to the Person* (S. 31-46). Monterey, CA: Brooks/Cole.
- Lasegue, E. C. (1873). De l'Anorexie Hysterique. *Archives of General Medicine, 21*, 881.
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H. & Stephens, M. A. P. (1989). Affective and Cognitive Antecedents to Eating Episodes in Bulimia and Binge Eating. *International Journal of Eating Disorders, 8*, 533-539.
- Margraf, J., Ehlers, A. & Roth, W. T. (1986). Biological Models of Panic Disorder and Agoraphobia-A Review. *Behaviour Research and Therapy, 24*, 553-567.
- Margraf, J. & Schneider, S. (1990). *Panik. Angstanfälle und ihre Behandlung*. Heidelberg: Springer
- Margraf, J., Schneider, S., Ehlers, A., DiNardo, P. & Barlow, D. (1991). DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Interviewleitfaden. In J. Margraf, S. Schneider & A. Ehlers (Hrsg.), *DIPS. Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. Handbuch, Interviewleitfaden, Protokollbogen*. Berlin: Springer.
- Meadows, G. N., Palmer, R. B. & Newball, P. O. (1986). Eating Attitudes and Disorder in Young Women: A General Practice Based Study. *Psychological Medicine, 16*, 351-357.
- Merz, J. (1984). Erfahrungen mit der Selbstaufmerksamkeitsskala von Fenigstein, Scheier & Buss (1975). *Psychologische Beiträge, 26*, 239-249.
- Merz, J. (1986). SAF: Fragebogen zur Messung von dispositioneller Selbstaufmerksamkeit. *Diagnostica, 32*, 142-152.
- Miller, L. C., Murphy, R. & Buss, A. H. (1981). Consciousness of Body: Private and Public. *Journal of Personality and Social Psychology, 41*, 397-406.
- Mitchell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D. & Pyle, R. L. (1985). Characteristics of 275 Patients with Bulimia. *American Journal of Psychiatry, 142*, 482-485.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

- Morley, J. E., Levine, A. S. & Willenbring, M. L. (1986). Stress-Induced Feeding Disorders. In: J. E. Blundell & M. O. Caruba (Hrsg.), *Psychopharmacology of Eating Disorders: Theoretical and Clinical Advances* (S.71). New York: Raven Press.
- Nagelberg, D. B., Hale, S. L. & Ware, S. L. (1984). The Assessment of Bulimic Symptoms and Personality Correlates in Female College Students. *Journal of Clinical Psychology, 40*, 440-445.
- Nevo, S. (1985). Bulimic Symptoms Prevalence and Ethnic Differences among College Women. *International Journal of Eating Disorders, 4*, 151-168.
- Nichols, K. A. (1974). Severe Social Anxiety. *British Journal of Medical Psychology, 47*, 301-306.
- Nix, G., Watson, C., Pyszczynski, T. & Greenberg, J. (1995). Reducing Depressing Affect Through External Focus of Attention. *Journal of Social and Clinical Psychology, 14*, 36-52.
- Norman, D. K. & Herzog, D. B. (1983). Bulimia, Anorexia Nervosa, and Anorexia Nervosa with Bulimia. A Comparative Analysis of MMPI Profiles. *International Journal of Eating Disorders, 2*, 43-52.
- Paul, T. (1987). Bulimia nervosa. Klinische Beschreibung, Erklärungsansätze und therapeutische Möglichkeiten. In P. Mader & B. Ness, *Bewältigung gestörten Eßverhaltens* (S. 79-91). Hamburg: Neuland-Verlagsgesellschaft.
- Paul, T., Brand-Jacobi, J. & Pudiel, V. (1984). Bulimia nervosa. Ergebnisse einer Untersuchung an 500 Patientinnen. *Münchener Medizinische Wochenschrift, 126*, 614-618.
- Pliner, P. & Ippa, G. (1978). Effects of Increasing Awareness on Food Consumption in Obese and Normal Weight Subjects. *Addictive Behaviours, 3*, 19-24.
- Polivy, J. & Herman, C. P. (1993). Etiology of Binge Eating: Psychological Mechanisms. In C. Fairburn & G.T. Wilson (Hrsg.), *Binge Eating. Nature, Assessment and Treatment* (S. 173-205). New York: The Guilford Press.
- Polivy, J., Herman, C. P., Hackett, R. & Kuleshnyk, I. (1986). The Effects of Self-Attention and Public Attention on Eating in Restrained and Unrestrained Subjects. *Journal of Personality and Social Psychology, 50*, 1253-1260.
- Pryor, J. B., Gibbons, F. X., Wicklund, R. A., Fazio, R. H. & Hood, R. (1977). Self-focused Attention and Self Report Validity. *Journal of Personality, 45*, 513-527.
- Pryor, J. B. & Kriss, M. (1977). The Cognitive Dynamics of Salience in the Attribution Process. *Journal of Personality and Social Psychology, 35*, 49-55.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E. & Eckert, E. D. (1981). Bulimia: A Report of 34 Cases. *Journal of Clinical Psychiatry, 42*, 60-64.
- Pyszczynski, T., Holt, K. & Greenberg, J. (1987). Depression, Self-Focuses Attention, and Expectancies for Positive and Negative Future Life-Events for Self and Others. *Journal of Personality and Social Psychology, 52*, 994-1001.
- Rapoport, J. L. (1989). *Der Junge, der sich immer waschen mußte; wenn Zwänge den Tag beherrschen*. München: Goldmann.
- Romanczyk, R. G. (1974). Self-Monitoring in the Treatment of Obesity: Parameters of Reactivity.

Behavior Therapy, 5, 531-540.

Ruderman, A. J. (1985). Dysphoric Mood and Overeating: A Test of Restraint Theory's Disinhibition Hypothesis. *Journal of Abnormal Psychology*, 94, 78-85.

Rüddel, H., Langewitz, W., Schächinger, H., Schmieder, R. & Schulte, W. (1988). Hemodynamic Response Patterns to Mental Stress: Diagnostic and Therapeutic Implications. *American Heart Journal*, 116, 617-627.

Russell, G. (1979). Bulimia Nervosa: An Ominous Variant of Anorexia Nervosa. *Psychological Medicine*, 9, 429-448.

Salovey, P. (1992). Mood-Induced Self-Focused Attention. *Journal of Personality and Social Psychology*, 62, 699-707.

Schachter, S., Goldman, R. & Gordon, A. (1968). Effects of Fear, Food Deprivation, and Obesity on Eating. *Journal of Personality and Social Psychology*, 10, 91-97.

Scheier, M. F. (1976). Self-Awareness, Self-Consciousness, and Angry Aggression. *Journal of Personality*, 44, 627-644.

Scheier, M. F. & Carver, C. S. (1977). Self-focused Attention and the Experience of Emotion: Attraction, Repulsion, Elation, and Depression. *Journal of Personality and Social Psychology*, 35, 625-636.

Schlenker, B. R. & Leary, M. R. (1982). Social Anxiety and Self-Presentation: A Conceptualization and Model. *Psychological Bulletin*, 92, 641-669.

Schlundt, D. G. & Johnson, W. G. (1990). *Eating Disorders: Assessment and Treatment*. Boston: Allyn & Bacon.

Schotte, D. E., Cools, J. & McNally, R. J. (1990). Film-Induced Negative Effect Triggers Overeating in Restrained Eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 99, 317-320.

Shefer, T. (1987). Abnormal Eating Attitudes and Behaviors among Women Students. *South African Medical Journal*, 72, 419-421.

Steele, C. M. & Josephs, R. A. (1988). Drinking your Troubles away: II. An Attention- Allocation Model of Alcohol's Effect on Psychological Stress. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 196-205.

Steele, C. M. & Southwick, L. (1985). Alcohol and Social Behavior: I. The Psychology of Drunken Excess. *Journal of Personality and Social Psychology*, 48, 18-34.

Stroop, J. R. (1935). Studies of Interference in Serial Verbal Reactions. *Journal of Experimental Psychology*, 18, 643-662.

Suls, J. & Fletcher, B. (1985). Self-Attention, Life Stress, and Illness: A Prospective Study. *Psychosomatic Medicine*, 47, 469-481.

Taylor, S. & Fiske, S. (1975). Point of View and Perception of Causality. *Journal of Personality and Social Psychology*, 32, 439-445.

Tuschen, B., Florin, I. & Baucke, R. (1993). Beeinflusst die Stimmung den Appetit? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 22, 315-321.

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

Tuschen, B., Vögele, C., Kuhnhardt, K. & Cleve-Prinz, W. (1995). Steigern psychische Belastungen das Eßbedürfnis? Eine experimentelle Studie an Bulimikerinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 344-351.

Vallacher, R. R. & Wegner, D. M. (1987). What do People Think They're Doing? Action Identification and Human Behavior. *Psychological Review*, 94, 3-15.

Vanthorre, M. D. & Vogel, F. X. (1985). The Presence of Bulimia in High-School Females Adolescence. *Adolescence*, 20, 45-51.

Vögele, C. & Steptoe, A. (1993). Anger Inhibition and Family History as Modulators of Cardiovascular Responses to Mental Stress in Adolescent Boys. *Journal of Psychosomatic Research*, 37, 503-514.

Waadt, S., Laessle, R. G. & Pirke, K. M. (1992). *Bulimie: Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.

Westenhofer, J., Broeckmann, P., Munch, A. & Pudel, V. (1994). Cognitive Control of Eating Behaviour and the Disinhibition Effect. *Appetite*, 23, 27-41.

Whitehouse, A. M. & Button, E. J. (1988). The Prevalence of Eating Disorders in a UK College Population: A Classification of an Earlier Study. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 393-396.

Wicklund, R. A. (1975). Objective Self-Awareness. In L. Berkowitz (Hrsg.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Nr. 8, 233-275). New York: Academic Press.

Wicklund, R. A. (1982). How Society uses Self-Awareness. In J. Suls (Hg.), *Psychological Perspectives on the Self* (Nr. 1, 209-230). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.

Willmuth, M. E., Leitenberg, H., Rosen, J. & Cado, S. (1988). A Comparison of Purging and Nonpurging Normal Weight Bulimics. *International Journal of Eating Disorders*, 7, 825-835.

Wood, J. V., Saltzberg, J. A. & Goldsamt, L. A. (1990). Does Affect Induce Self-Focused Attention? *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 899-908.

Wood, J. V., Saltzberg, J. A., Neale & Stone (1990). Self-Focused Attention, Coping Responses, and Distresses Mood in Everyday Life. *Journal of Personality and Social Psychology*, 58, 1027-1036.

Zimbardo, P. G. (1970). The Human Choice: Individuation, Reason, and Order versus Deindividuation, Impulse and Chaos. In W. Arnold & D. Levine (Hrsg.), *Nebraska Symposium on Motivation*, 1969, 16. Lincoln: University of Nebraska Press.

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

6. Anhang

A1

Code-Nr.: _____ Datum: _____

Eingangsfragebogen

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

1. Nehmen Sie Medikamente (darunter fallen auch Abführmittel, Entwässerungstabletten, Appetitzügler, Brechmittel) oder Drogen ein?

ja ___ nein___

Wenn ja, welche?

2. Nehmen Sie Schilddrüsenpräparate ein?

ja ___ nein___

Wenn ja, geben Sie bitte Namen, Einnahmezeiten und Dosis des Medikaments an:

3. Haben Sie in den letzten 24 Stunden Medikamente (darunter fallen auch Abführmittel, Entwässerungstabletten, Appetitzügler, Brechmittel) oder Drogen eingenommen?

4. Haben Sie in den letzten 24 Stunden alkoholische Getränke zu sich genommen?

ja___ nein___

Wenn ja, geben Sie bitte Zeiten und Mengen der verschiedenen Getränke an:

5. Wieviel Tassen/Gläser koffeinhaltige Getränke (Kaffee, Tee, Cola) trinken Sie durchschnittlich pro Tag?

6. Haben Sie in den letzten 2 Stunden koffeinhaltige Getränke (Kaffee, Tee, Cola) getrunken?

ja___ nein___

Wenn ja, geben Sie bitte Zeiten und Mengen der verschiedenen Getränke an.

7. Wieviel Zigaretten rauchen Sie durchschnittlich pro Tag?

8. Wieviel Zigaretten haben sie heute bereits geraucht?

9. Wann haben Sie die letzte Zigarette geraucht?

10. Haben Sie innerhalb der letzten eineinhalb Stunden Speisen zu sich genommen?

ja___ nein___

Wenn ja, geben Sie bitte die Zeit an:

Was haben Sie gegessen und wieviel?

11. Haben Sie in den letzten vier Stunden unter ungewöhnlichem Streß gestanden?

ja___ nein___

Wenn ja, beschreiben Sie bitte mit wenigen Worten:

12. Nehmen Sie die Pille ein? ja___ nein___

A2

Einschätzung der Befindlichkeit

Bitte geben Sie im folgenden an, wie Sie sich **momentan**, d.h. also in **diesem Augenblick**, fühlen. Kreuzen Sie bitte diejenige Ziffer an, die Ihr **momentanes Befinden** am ehesten wiedergibt.

überhaupt

sehr

Zur Bedeutung objektiver Selbstaufmerksamkeit bei Patientinnen mit Bulimia nervosa

	nicht						stark
1. Ich fühle mich angespannt	1	2	3	4	5	6	7
2. Ich habe das Bedürfnis zu essen.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich habe ein angenehmes Körpergefühl.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich fühle mich ängstlich.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich bin traurig.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich bin ausgeglichen.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich habe das Gefühl, daß ich unbedingt etwas essen muß.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich fühle mich verunsichert.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ich bin hungrig.	1	2	3	4	5	6	7

A3

Fragebogen zur Rechenaufgabe

Bitte geben Sie im folgenden an, wie Sie sich **während der Rechenaufgabe** gefühlt haben. Wählen Sie dabei jenen Augenblick aus, den Sie während der Aufgabe **am schlimmsten** empfunden haben und schätzen Sie ein, wie Sie sich in dem Augenblick gefühlt haben. Kreuzen Sie bitte diejenige Ziffer an, die Ihr Befinden am ehesten wiedergibt.

	überhaupt nicht					sehr stark	
1. Ich fühlte mich angespannt	1	2	3	4	5	6	7
2. Ich hatte das Bedürfnis zu essen.	1	2	3	4	5	6	7
3. Ich hatte ein angenehmes Körpergefühl.	1	2	3	4	5	6	7
4. Ich fühlte mich ängstlich.	1	2	3	4	5	6	7
5. Ich war traurig.	1	2	3	4	5	6	7
6. Ich war ausgeglichen.	1	2	3	4	5	6	7
7. Ich hatte das Gefühl, daß ich unbedingt etwas essen muß.	1	2	3	4	5	6	7
8. Ich fühlte mich verunsichert.	1	2	3	4	5	6	7
9. Ich war hungrig.	1	2	3	4	5	6	7

A4

Im folgenden geht es darum, verschiedene salzige und süße Snacks hinsichtlich ihres Geruchs und Geschmacks zu beurteilen. Vorher möchte ich gerne wissen, **wie gerne** Sie die Snacks im allgemeinen mögen, die ich Ihnen gleich zur Beurteilung vorlegen werde.

Bitte kreuzen Sie das für Sie Zutreffende an.

1. Wie gerne mögen Sie **Gummibärchen**?

1	2	3	4	5	6	7
gar nicht						sehr gerne

2. Wie gerne mögen Sie **Kartoffelchips** ?

1	2	3	4	5	6	7
gar nicht						sehr gerne

3. Wie gerne mögen Sie **mit Schokolade gefüllte Kekse** (Prinzenrolle)?

1	2	3	4	5	6	7
gar nicht						sehr gerne

4. Wie gerne mögen Sie **Salzstangen**?

1	2	3	4	5	6	7
gar nicht						sehr gerne

A5

Geruchs- und Geschmackstest

Ich möchte Sie nun bitten, die vor Ihnen liegenden Nahrungsmittel nach Geruch und Geschmack zu beurteilen. Riechen und probieren Sie so lange, bis Sie sich in Ihrer Entscheidung sicher sind.

Nach der Einschätzung der Nahrungsmittel hinsichtlich ihres Geruchs und Geschmacks dürfen Sie von den dargebotenen Nahrungsmitteln so viel essen wie Sie möchten. Sie haben insgesamt 20 Minuten Zeit.

Beginnen Sie nun mit der Beurteilung der einzelnen Snacks. **Bitte geben Sie Ihre Einschätzung auf den vorgegebenen Skalen ab.**

1. Einschätzung des **Geruchs** von **Gummibärchen**

	schwach						stark
süß	1	2	3	4	5	6	7
sauer	1	2	3	4	5	6	7
bitter	1	2	3	4	5	6	7
salzig	1	2	3	4	5	6	7
angenehm	1	2	3	4	5	6	7
unangenehm	1	2	3	4	5	6	7

2. Einschätzung des **Geschmacks** von **Gummibärchen**

	schwach						stark
süß	1	2	3	4	5	6	7
sauer	1	2	3	4	5	6	7
bitter	1	2	3	4	5	6	7
salzig	1	2	3	4	5	6	7
angenehm	1	2	3	4	5	6	7
unangenehm	1	2	3	4	5	6	7

3. Einschätzung des **Geruchs** von **Kartoffelchips**

	schwach						stark
süß	1	2	3	4	5	6	7
sauer	1	2	3	4	5	6	7
bitter	1	2	3	4	5	6	7
salzig	1	2	3	4	5	6	7
angenehm	1	2	3	4	5	6	7
unangenehm	1	2	3	4	5	6	7

4. Einschätzung des **Geschmacks** von **Kartoffelchips**

	schwach						stark
süß	1	2	3	4	5	6	7
sauer	1	2	3	4	5	6	7
bitter	1	2	3	4	5	6	7
salzig	1	2	3	4	5	6	7
angenehm	1	2	3	4	5	6	7
unangenehm	1	2	3	4	5	6	7

5. Einschätzung des **Geruchs** von **Schokoladenkeksen**

	schwach						stark
süß	1	2	3	4	5	6	7
sauer	1	2	3	4	5	6	7
bitter	1	2	3	4	5	6	7
salzig	1	2	3	4	5	6	7
angenehm	1	2	3	4	5	6	7
unangenehm	1	2	3	4	5	6	7

6. Einschätzung des **Geschmacks** von **Schokoladenkeksen**

	schwach						stark
süß	1	2	3	4	5	6	7
sauer	1	2	3	4	5	6	7
bitter	1	2	3	4	5	6	7
salzig	1	2	3	4	5	6	7
angenehm	1	2	3	4	5	6	7
unangenehm	1	2	3	4	5	6	7

7. Einschätzung des **Geruchs** von **Salzstangen**

	schwach						stark
süß	1	2	3	4	5	6	7
sauer	1	2	3	4	5	6	7
bitter	1	2	3	4	5	6	7
salzig	1	2	3	4	5	6	7
angenehm	1	2	3	4	5	6	7
unangenehm	1	2	3	4	5	6	7

8. Einschätzung des **Geschmacks** von **Salzstangen**

	schwach						stark
süß	1	2	3	4	5	6	7
sauer	1	2	3	4	5	6	7
bitter	1	2	3	4	5	6	7
salzig	1	2	3	4	5	6	7
angenehm	1	2	3	4	5	6	7
unangenehm	1	2	3	4	5	6	7

Vielen Dank.

A6

Bitte geben Sie kurz in eigenen Worten an, was das Ziel des durchgeführten Experiments gewesen ist:
