

Bachelorthesis

SRH Fernhochschule

Die Essstörung als Teil der Person – eine empirische Studie über den möglichen Zusammenhang von Identität und Essstörungen anhand von stationären Patientinnen mit einer ICD-10 F 50 Klassifizierung

Prüferin: Tanja Schick

Studiengang: Psychologie, B.Sc.

Eingereicht am: 16. März 21

Peter Kujath

Schönauerstraße 47

94556 Neuschönau

Matrikel-Nr. 2006582

Abstract

Identität ist ein komplexer und in den verschiedenen Fachrichtungen intensiv diskutierter Begriff. In der klinischen Psychologie spielt die Identität eine untergeordnete Rolle und taucht in der Regel nur in Verbindung mit Persönlichkeitsstörungen auf. Dabei können gerade chronische Krankheiten das Selbst- und Fremdbild mancher Menschen dauerhaft prägen. In der vorliegenden Studie wird untersucht, ob und inwiefern zwischen Identität und Essstörung ein Zusammenhang besteht. Dafür werden an einer Gruppe von Patientinnen (n=12) mit klinisch diagnostizierter Essstörung zwei Tests durchgeführt. Der wissenschaftlich etablierte AIDA 19+ gibt Auskunft über das Maß an Identitätsdiffusion. Allerdings funktioniert er vor allem ‚ex negativo‘. Deshalb kommt ein zweiter, selbst entwickelter Online-Test zum Einsatz, der die *Identität durch Essstörung* (IdE) untersucht. Die Ergebnisse dieser Untersuchung deuten darauf hin, dass die Essstörung im Fall der Stichprobe der Ananke-Klinik die Identität beeinflusst und zu einer zeitlich instabilen (Ersatz-)Identität führt. Denn die IdE-Werte signalisieren eine hohe Zustimmung zur These ‚Identität durch Essstörung‘. Zudem lassen sie in ihrer Übereinstimmung mit den Werten für die Identitätsdiffusion vermuten, dass es sich bei der IdE nicht um eine ‚gelungene‘ Identität entsprechend der z.B. von Erikson postulierten fünften Entwicklungsphase handelt. Damit hat sich der IdE-Fragebogen im konkreten Fall als wichtige Spezifizierung der Ergebnisse des AIDA-Tests erwiesen. Für eine verlässliche Beurteilung u.a. bzgl. der Grundgesamtheit bedarf es aber weiterer Studien mit einer größeren Fallzahl.

Schlagworte:

AIDA 19+, Ananke-Klinik, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Entwicklungspsychologie, Essstörung, Identität, Identitätsdiffusion.

INHALT

Abstract	2
Abkürzungsverzeichnis	5
Tabellen- und Abbildungsverzeichnis	5
1. Einleitung	9
2. Theoretische Grundlagen	11
2.1. Der Begriff der Identität	11
2.1.1. ‚Identität‘ in der Philosophie	11
2.1.2. ‚Identität‘ in der Soziologie und Sozialpsychologie	13
2.1.3. ‚Identität‘ in der klinischen Psychologie	15
2.2. Identität als Entwicklungsphase nach Erik H. Erikson	18
2.3. Essstörungen und Identität	21
2.3.1. Diagnostik von Essstörungen nach ICD 10	21
2.3.2. Ätiologie von Essstörungen	24
2.3.3. Soziokulturelle Faktoren und der Einfluss der sozialen Medien auf Essstörungen	27
2.4. Zusammenfassung und theoretische Ableitung der Hypothesen	28
3. Methode	31
3.1. Auswahl der Methode	31
3.2. Operationalisierung	33
3.2.1. AIDA 19+ zur Messung der Identitätsdiffusion	34
3.2.2. Operationalisierung des latenten Konstrukts Identität durch Essstörung ..	36
3.3. Konstruktion des IdE-Fragebogens	39
3.4. Durchführung von Pretests	44
3.5. Rahmenbedingungen	45
3.6. Datenaufbereitung für die Datenanalyse	48
4. Ergebnisse	49
4.1. Analyse der Teilnehmerinnen	49
4.2. Deskriptive und inferenzstatistische Datenanalyse AIDA 19+	52
4.3. Deskriptive und inferenzstatistische Datenanalyse IdE-Fragebogen	56
4.3.1. Gruppenzugehörigkeit	57
4.3.2. Sinnhaftigkeit des Lebens	61
4.3.3. Kontinuität	63
4.3.4. Kohärenz	65

4.3.5. Zusätzliche Ergebnisse	68
4.4. Darstellung von Zusammenhängen	71
5. Diskussion.....	73
5.1. Kritische Reflexion des eigenen Vorgehens.....	73
5.1.1. Objektivität.....	74
5.1.2. Reliabilität.....	75
5.1.3. Validität	77
5.1.4. Limitationen des eigenen Vorgehens.....	78
5.2. Interpretation der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen	80
5.3. Übersicht der geprüften Hypothesen	88
6. Fazit und Ausblick	89
Anhang	91
Literaturverzeichnis.....	102

Abkürzungsverzeichnis

AN	Anorexia nervosa
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
IdE	Identität durch Essstörung
IsE	Identitätssuggestierende Essstörung
SD	Standardabweichung
SIAB-S	Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen als Selbsteinschätzung
SIM	Social Identification Measure
SKID	Strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV
VT	Verhaltenstherapie

Tabellen- und Abbildungsverzeichnis

Tabelle 1 Auflistung der Hypothesen zur Fragestellung: möglicher Zusammenhang Identität und Essstörung	30
Tabelle 2 Operationalisierung IdE ‚Strukturbaum‘	35
Tabelle 3 Angenommene Verbesserungsvorschläge aus dem Pretest für den IdE-Fragebogen	44

Tabelle 4 Übersicht des AIDA 19+ hierarchisch geordnet nach anorektisch/bulimisch und den T-Werten zur Identitätsdiffusion	56
Tabelle 5 Übersicht der Stichprobe bzgl. Identitätsdiffusion-T-Wert und IdE-Wert	72
Tabelle 6 Untersuchte Hypothesen mit den entsprechenden Ergebnissen	88
Abbildung 1 Auszug aus dem Ergebnisreport für den AIDA 19+	34
Abbildung 2 Auszug aus dem IdE-Fragebogen ‚Gruppenzugehörigkeit‘	40
Abbildung 3 Auszug aus dem IdE-Fragebogen ‚Art der Essstörung‘	41
Abbildung 4 Auszug aus dem IdE-Fragebogen mit Likert-Skala	43
Abbildung 5 Häufigkeit Alter	50
Abbildung 6 Häufigkeit der ICD-10 Kodierungen	51
Abbildung 7 Häufigkeit T-Werte AIDA 19+	52
Abbildung 8 Mittelwertvergleich Identitätsdiffusion zu anorektisch/bulimisch	53
Abbildung 9 Überprüfung auf Normalverteilung	54
Abbildung 10 Überprüfung auf Normalverteilung durch Schiefe und Kurtosis	54
Abbildung 11 t-Test für Identitätsdiffusion zu anorektisch/bulimisch	55
Abbildung 12 Häufigkeit Gruppenzugehörigkeit	57
Abbildung 13 lineare Regression Gruppenzugehörigkeit	58
Abbildung 14 Reliabilitätsanalyse Gruppenzugehörigkeit	59

Abbildung 15 Mittelwertvergleich Dimension ‚Gruppenzugehörigkeit‘ zu anorektisch/bulimisch	60
Abbildung 16 Häufigkeit Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘	61
Abbildung 17 lineare Regressionsanalyse Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘	62
Abbildung 18 Reliabilitätsanalyse Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘	62
Abbildung 19 Häufigkeit ‚Kontinuität‘	63
Abbildung 20 lineare Regression Dimension ‚Kontinuität‘	64
Abbildung 21 Reliabilitätsanalyse Dimension ‚Kontinuität‘	64
Abbildung 22 Häufigkeit Dimension ‚Kohärenz‘	65
Abbildung 23 lineare Regression Dimension ‚Kohärenz‘	66
Abbildung 24 Reliabilitätsanalyse Dimension ‚Kohärenz_verändert‘	67
Abbildung 25 Reliabilitätsanalyse Dimension ‚Kohärenz_II‘	67
Abbildung 26 bivariate Korrelation nach Pearson für Dimension ‚Kohärenz_II‘	68
Abbildung 27 Mittelwertvergleich Item ‚ich-syn/dyston zu anorektisch/bulimisch	69
Abbildung 28 Kreuztabelle ‚Teil der Identität‘ zu anorektisch/bulimisch	70
Abbildung 29 Kreuztabelle Selbstbild zu anorektisch/bulimisch	70
Abbildung 30 lineare Regression IdE aus den Items der vier Dimensionen	71
Abbildung 31 Mittelwertvergleich IdE-Wert zu anorektisch/bulimisch	72
Abbildung 32 Mittelwertvergleich unter Einbeziehung von B3 als bulimisch	81

Abbildung 33 Mittelwertvergleich IdE-Wert zu Alter	82
Abbildung 34 Häufigkeit Item ‚Passung‘	85
Abbildung 35 Häufigkeit Item Passung und Kreuztabelle mit anorektisch/bulimisch	86
Abbildung 36 Häufigkeitsvergleich der vier Dimensionen für den IdE	87

1. Einleitung

Die Frage nach der Identität hat sich über den wissenschaftlichen Kontext hinaus auf fast alle Lebensbereiche ausgedehnt. Ohne eine ‚corporate identity‘ kann heute keine Firma mehr bestehen (Petzold 2012, S. 46), die regionale Identität konkurriert mit dem Nationalgefühl oder dem nächsthöheren, staatlichen Zusammenschluss, und Essgewohnheiten – ob Veganer oder Grillfreundin – haben identitätsstiftenden Charakter (Klotter 2016). Während sich die Frage nach der Identität mit: wer bin *ich*, relativ leicht stellen lässt, ist die Antwort alles andere als einfach. Im modernen, sozialpsychologischen Verständnis sind *ich* viele, und so gründet sich ein Patchwork von Identitäten (Keupp 2013). In der Soziologie hat die Identität mittlerweile einen Projekt-Charakter (Jörissen und Zirfas 2010) angenommen, wie heutzutage fast alles den Status eines Projekts aufweist vom Beruf über die Kindererziehung oder das Altern. Bei dieser Identitäts-/Projektarbeit kann eine Menge ‚schief gehen‘: Krankheiten können zu Teil-Identitäten werden, eine Identitätsdiffusion Persönlichkeitsstörungen hervorrufen oder umgekehrt. Identität ist also eine komplexe Materie. Deshalb bietet es sich an, zunächst in einem einschlägigen Lexikon wie dem Psychrembel Online unter Identität nachzuschlagen:

„Einzigartige Persönlichkeitsstruktur, die durch Selbstverständnis und (Selbst-)erkenntnis der eigenen Person sowie deren Wahrnehmung durch Andere bzw. deren subjektive Konstruktion entsteht.“ (Schäffler 2017)

In dieser Definition tauchen bereits zwei wichtige Bezugspunkte für die vorliegende Arbeit auf: die eigene Einschätzung und die Wahrnehmung durch andere. Darüber hinaus werden die Gruppenzugehörigkeit, die Kohärenz und die Kontinuität aus den philosophischen, soziologischen und psychologischen Diskursen als weitere Bezugspunkte zur Erschließung des latenten Konstrukts ‚Identität‘ abgeleitet.

Auch das Thema Essstörungen ist komplex. Die bulimische Form der Fressattacken mit anschließendem Erbrechen existiert – teilweise gesellschaftlich akzeptiert und befördert – schon seit Jahrtausenden (Bauer et al. 2019). In der

jüngsten Zeit werden Essstörungen oft mit den kulturellen Schönheitsidealen in Verbindung gebracht. Ob die Vorbilder Grund oder ‚nur‘ Auslöser sind, ist umstritten (Caspar et al. 2018). Während Patientinnen¹ ‚ihre‘ Bulimie zum Teil geheim zu halten versuchen, ist die Anorexie in ihrer chronischen Form nicht zu übersehen und weist die Kranke als ‚Mitglied der Magersüchtigen‘ aus, ohne dass diese ihre Krankheit jedoch immer als solche akzeptieren.

Ob die Essstörung als Teil der Identität erlebt wird oder in Verbindung mit einer Identitätsdiffusion steht, soll im Folgenden untersucht werden. Dafür ist eine Arbeitsdefinition des Begriffs notwendig. Deshalb werden nach der Einleitung im zweiten Teil dieser Arbeit aus dem philosophischen, soziologischen und psychologischen Identitätsdiskurs die wichtigsten Bezugspunkte herausgefiltert, um das latente Konstrukt in seinen verschiedenen Dimensionen beschreiben zu können. Dann werden die Diagnostik der Essstörungen nach ICD 10 F 50 (Dilling et al. 2015, S. 243) beschrieben und die theoretischen Modelle für ihre Entstehung kurz erläutert. Zum Abschluss des Kapitels erfolgt ein Resümee der wichtigsten, grundlegenden Aussagen und die Ableitung der zu untersuchenden Hypothesen. Im dritten Teil der Arbeit wird die angewandte Forschungsmethode eingehend beschrieben. Es wird eine Begründung für die Auswahl der Methode gegeben und, neben der Vorstellung des bereits etablierten AIDA-Tests, eine detaillierte Operationalisierung des Konstrukts ‚Identität durch Essstörung‘ (IdE) mit anschließender Konstruktion eines eigenen Online-Fragebogens dargestellt. Dann folgt die Erläuterung der Rahmenbedingungen unter Berücksichtigung der Stichprobe. Das Kapitel wird mit der Beschreibung der Aufbereitung für die Datenanalyse abgeschlossen, die dann Gegenstand des vierten Kapitels ist. In der Diskussion im fünften Teil werden die Hypothesen überprüft und weitere Schlüsse gezogen, die auch die Limitationen der Herangehensweise und der Ergebnisse berücksichtigen, während im Fazit, im letzten Kapitel, neben der

¹ Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird in dieser Arbeit konsequent nur die weibliche Form verwendet, auch wenn damit in der Regel alle Geschlechtszuordnungen gemeint sind.

Zusammenfassung Möglichkeiten angedacht werden, wie therapeutische Identitätsarbeit zur Behandlung von Essstörungen eingesetzt werden kann.

2. Theoretische Grundlagen

2.1. Der Begriff der Identität

Identität ist ein Konstrukt, das die Menschen schon in der Antike beschäftigte und in der Postmoderne nichts von seinem philosophischen Reiz verloren hat (Jörissen und Zirfas 2010). ‚Identität‘ leitet sich vom spätlateinischen Wort ‚identitas‘ ab und dieses wiederum vom lateinischen ‚idem‘ (dasselbe, das Gleiche). Unter dem Begriff des *σεαυτόν* (Selbst) machten sich schon die alten Griechen Gedanken über eines der philosophischen Grundprobleme der Identität. In Platons Gastmahl wirft Sokrates die Frage auf, wie es komme, dass der Mensch derselbe bleibe, obwohl doch nichts an ihm Bestand habe (Boll et al. 1980, S. 128). Bleibt der Mensch wirklich immer derselbe oder zumindest der gleiche, obwohl sich sein Körper verändert? Und was oder wer ist eigentlich der ‚Träger‘ der Identität?

2.1.1. ‚Identität‘ in der Philosophie

Philosophisch betrachtet müssen im Rahmen der Identitätsdiskussion drei unterschiedliche Begrifflichkeiten auseinandergehalten werden: die numerische, die qualitative und die personale Identität. Die numerische Identität besagt, dass a und b ein und derselbe Gegenstand sind, wenn a und b als identisch beschrieben werden. Die qualitative Identität ist im Gegensatz zu ‚demselben‘

am besten als ‚das gleiche‘ zu beschreiben. Denn hierbei handelt es sich nicht um den numerisch identischen Gegenstand sondern um ein in Form und Wesen ähnliches Double (Petzold 2012, S. 20). Im Rahmen dieser Arbeit steht die dritte Begrifflichkeit im Zentrum: die Identität der Person oder personale Identität. Sie beschreibt eine „Konzeption dessen, wer man ist“ (Petzold 2012, S. 21). Die personale Identität ist eng mit der Philosophie des Geistes verbunden, die sich über Platon, die Scholastiker, Descartes, Hegel, Wittgenstein bis aktuell dem Philosophen und Neurowissenschaftler Gerhard Roth (Roth 2001) hinzieht. Dabei ist der klassische Dualismus zwischen Körper und Geist, wie ihn René Descartes formulierte, nur eine mögliche Spielart. Ein kleines Gedankenexperiment verdeutlicht eine der Problemstellungen der Philosophie des Geistes: angenommen der Geist von Person A kann in einen anderen Körper transferiert werden, weil dessen ursprünglicher Körper nicht mehr funktioniert, handelt es sich dann immer noch um die Person A? Oder bildet sich eine neue Person C mit gemeinsamen Merkmalen heraus? Es gibt für alle Antwortmöglichkeiten mittlerweile philosophische Theorien².

Neben der Philosophie des Geistes spielt der Einfluss des oder der anderen auf die Identitätsbildung im modernen philosophischen Identitätsdiskurs eine wichtige Rolle. So ist z.B. für Charles Taylor (Taylor 2016) der kulturelle Hintergrund für Identität von zentraler Bedeutung. Denn seiner Meinung nach kann man nur vor einem geteilten Wertehorizont Identitäten ausbilden. Mit diesen Überlegungen ist der Übergang von der Philosophie zur Soziologie und Psychologie – vor allem der Sozial- und Entwicklungspsychologie – bereitet und entsprechend fließend. Gerade die Auseinandersetzung mit dem Gegenüber, in der sich das Selbst und damit ein Teil der Identität entwickeln kann, aber auch die Gruppenzugehörigkeit – und damit der Abgrenzung von anderen – sind Themen der Philosophie wie Soziologie.

² Der Philosoph und Sozialpsychologe George H. Mead z.B. ist überzeugt, dass „wir Teile des Körpers verlieren (können), ohne dass ein ernstlicher Eingriff in die Identität erfolgt“ Mead und Morris 1980, S. 178.

2.1.2. ‚Identität‘ in der Soziologie und Sozialpsychologie

George H. Mead (Mead und Morris 1980) hat Anfang des 20. Jahrhunderts die Beziehung zu anderen als Quelle für die Entwicklung von Identitäten hervorgehoben (Seiffge-Krenke 2012, S. 75) und damit der Diskussion eine neue Richtung gegeben. Dabei ging es ihm um den Abgleich zwischen dem eigenen Bild und dem Bild, das andere von einem haben. Bis in die heutigen Tage spielen die anderen bzw. das Außen im soziologischen Identitätsdiskurs eine entscheidende Rolle. Dabei kann das von außen Kommende die ethnische Zugehörigkeit sein oder auch eine spezielle Lebensweise, die eine Gruppe von der Normalbevölkerung unterscheidet. Früher galt auch die Geschlechtsidentität als gesetzt, bis u.a. die Philosophin und Soziologin Judith Butler die Bedeutung der Geschlechter auch für die Identitätsgewinnung in Frage gestellt hat. Für sie ist die Einteilung in die Geschlechtskategorien ‚männlich‘ und ‚weiblich‘ nicht als naturgegebene oder unausweichliche Absolutheit anzusehen, sondern wird im gesellschaftlichen Kontext durch Wiederholung von Sprechakten konstruiert (Butler 2003). Anthony Giddens hat die Beziehung zu anderen als Quelle für Identitäten durch den eigenen, narrativen Prozess ergänzt, der jedem Menschen zur Identität verhilft, in dem er sich eine kohärente Geschichte zulegt: indem man sich selbst erzählt, wird deutlich, was einen ausmacht (Giddens 2013). Ob dieser narrative Prozess sich auch auf Krankheitsbilder wie eine Essstörung bezieht, ist bisher noch nicht untersucht worden.

Inwiefern die Identität von einem selbst bestimmt werden kann oder die Umstände einem die Identität oktroyieren, ist im soziologischen Diskurs umstritten. Amartya Sen spricht von der Wahlfreiheit und macht gleichzeitig auf die Gefahr aufmerksam, die mit einer alles beherrschenden Identität im Sinne einer Ideologie einhergeht (Sen 2020). Deshalb ist für ihn die Akzeptanz von „pluralen Identitäten“ wichtig. Denn man kann sich sowohl als Europäer und Altschönerfeller fühlen, als Agnostiker und Konservativer, als Klimaaktivist und Wissenschaftsverächter. Ähnlich sieht das auch Heiner Keupp, der vom „Patchwork der Identitäten“ spricht (Keupp 2013). Demnach fertigen Menschen aus den Erfahrungs-

materialien ihres Alltags Patchwork-artige Gebilde von Identitätsmustern an. Diese sind das Resultat der schöpferischen Möglichkeiten der Subjekte (Petzold 2012, S. 95).

Wahlfreiheit, Handeln, narrative Prozesse sind kennzeichnend für die Identitätsarbeit, von der in Soziologie und Sozialpsychologie aktuell die Rede ist. Identitätsarbeit hat als Bedingung und als Ziel die Schaffung von Lebenskohärenz, eine der Voraussetzungen für eine funktionierende Identität. Geht man in der Geschichte ein bisschen zurück, war der Lebensweg oftmals durch Geburt festgelegt und die übernommenen Wertvorstellungen kaum zu erschüttern. Das machte die Identitätsbildung im Sinne der fünften Entwicklungsphase von Erikson (vgl. Abschnitt 2.2.) einfacher, aber auch rigide. Heute müssen vorgefertigte und selbst zusammengestellte Identitätspakete im Rahmen der Identitätsarbeit in eine Passung gebracht werden. Der Erfolg dieser Passung bemisst sich für das Subjekt an dem Kriterium der Authentizität, wenn es um das Innen geht, und der Anerkennung, wenn die Umwelt ins Spiel kommt (Petzold 2012, S. 96). Als Ressource zur Schaffung der Patchwork-Identitäten führt Heiner Keupp die Dialektik von Bezogenheit und Autonomie sowie Urvertrauen zum Leben oder Entwicklung von Lebenskohärenz an. In seiner Analyse der gesellschaftlichen Gegebenheiten kommt Heiner Keupp zu dem Schluss, dass es keine selbstverständlichen Vorstellungen mehr gibt von Erziehung, Sexualität, Gesundheit, Geschlechter- und Generationenbeziehungen. Die Identität ist deshalb kein Endergebnis einer Entwicklungsaufgabe, sondern ein fortlaufender Prozess mit dem Ziel, einer Passung zwischen dem subjektiven Innen und dem gesellschaftlichen Außen zu erreichen (Keupp 2013, S. 216). Dafür können auch Teilidentitäten gebildet werden, die im narrativen Prozess zusammengefügt werden; und als Teilidentität kommt auch eine Krankheit oder psychische Störung in Frage, wenn sie zur Autonomie und Abgrenzung beiträgt.

Einen Schritt weiter in der soziologischen Analyse von Identitäten im modernen, digitalen Zeitalter geht Sherry Turkle (Turkle und Schmidt 1999). Sie spricht angesichts der Profile, Avatare und Charaktere, die man sich u.a. in Online-Rollenspielen zulegen kann, von den vielfältigen Identitäten, die so fluide und mannigfaltig sind, dass der Begriff der Identität selbst brüchig wird (Turkle und Schmidt 1999, S. 14). In der Rezeption wird Sherry Turkle eine gewisse Inkon-

sistenz in der Beschreibung von Identität vorgeworfen, da sie mal von einer Identität spricht, die keinen geschlossenen Wesenskern besitzt, und dann wieder ihre Vision einer multiplen, aber integrierten Identität darstellt (Jörissen und Zirfas 2010, S. 283). In dieser Inkonsistenz kommt gut zum Ausdruck, dass es in der aktuellen Diskussion schwierig ist, eine einheitliche Definition von Identität zu finden.

2.1.3. ‚Identität‘ in der klinischen Psychologie

Während in der Sozial- und Entwicklungspsychologie die Beschäftigung mit der Identität einen großen Raum einnimmt, spielt das Thema der Identität in der klinischen Psychologie keine besondere Rolle – sieht man einmal von den Persönlichkeitsstörungen und der im ICD 10 klassifizierten „Störung der Geschlechtsidentität“ (Dilling et al. 2015, S. 294) ab.

Die moderne **Verhaltenstherapie** (VT) hat im Einklang mit der behavioristischen Richtung der Philosophie des Geistes die aus biopsychosozialen Gegebenheiten entstandenen Persönlichkeitsmerkmale als Identität in den Mittelpunkt gestellt. Dabei spielt der Abgleich mit dem Außen ebenso eine Rolle wie der narrative Prozess. So lautet die Definition von Identität im Lehrbuch für Verhaltenstherapie in Anlehnung an den in der Einleitung zitierten Pschyrembel:

„Einzigartige Persönlichkeitsstruktur, die durch Selbstverständnis bzw. Selbsterkenntnis der eigenen Person sowie deren Wahrnehmung durch andere bzw. deren subjektive Konstruktion entsteht. Identität beinhaltet die Integration der in sich schlüssig konstruierten eigenen Lebensgeschichte, die dem Individuum das Gefühl von Kontinuität, Einheit und Sinnhaftigkeit bietet. Die Entwicklung der Persönlichkeit über die Lebensspanne kann als Abfolge von Entwicklungskrisen verstanden werden, bei denen insbesondere ab dem Jugendalter Identi-

tätsfragen zunehmend im Zentrum stehen.“ (Margraf und Schneider 2018, S. 608)

Mit dem Hinweis auf die Entwicklungskrisen schlägt die Verhaltenstherapie den Bogen zur Entwicklungspsychologie eines Piaget, Havighurst oder Erikson. Als Identitäts-Bedingungen finden sich im Lehrbuch der Verhaltenstherapie Punkte, die auch in der Philosophie und Soziologie aufgeführt worden sind: die subjektive Sichtweise, die Wahrnehmung von außen (inklusive der Passung beider Sichtweisen) sowie Kohärenz, Kontinuität und Sinnhaftigkeit des Lebens. Diese Dimensionen werden deshalb auch der empirischen Studie dieser Arbeit zur Erfassung des Konstrukts *Identität durch Essstörung* zugrunde gelegt. Zusätzlich können in der kognitiven Verhaltenstherapie z.B. die Grundannahmen von Aaron T. Beck (Beck 2017) als Bausteine für die Identitätsbildung angesehen werden oder die ‚beliefs‘ von Albert Ellis (Ellis 2008). Eine zusammenhängende Theorie zur Identitätsbildung existiert innerhalb der VT nicht. Die Behandlung im Sinne einer Änderung der maladaptiven Verhaltensweisen steht im Vordergrund.

Nach Michael Ermann hat das Thema der Identität in der **Psychoanalyse**³ trotz der bedeutenden Arbeiten von Erikson keine zentrale Stellung eingenommen. Dabei ist die Frage nach der Selbstfindung und „dem Identitätserleben als Verstehen, wer und wie ich bin, eines ihrer hervorragenden Ziele“ (Ermann 2011, S. 135). Für die modernen, psychodynamischen⁴ Richtungen, die dem Ich im Verhältnis zum Es und Über-Ich eine eigene Größe zugestehen und das Selbst nicht ohne den Einfluss der anderen sehen, ist Identität eine soziale Bedingtheit. Das Selbst muss in der Gemeinschaft verortet werden, sonst droht ein „unbezogenes Selbst ohne Identität“ (Ermann 2011, S. 136). Es gilt also eine Balance zwischen dem Selbst und der Zugehörigkeit zu anderen, zu Gemein-

³ Im Folgenden werden die Begriffe Psychoanalyse und Psychodynamik synonym genutzt, sofern es sich bei der Verwendung des Begriffs Psychoanalyse nicht explizit um die Theorie von Freud handelt.

⁴ Als eine der von den gesetzlichen Krankenkassen akzeptierten vier Säulen der Psychotherapie beinhaltet die Psychodynamik verschiedene Schulen, die sich mehr oder minder stark auf Freud beziehen (vgl. Helle 2019, S. 4).

schaften und zur Gesellschaft insgesamt zu finden. Somit kommt es zu kontextabhängigen Teilidentitäten, die wiederum erfordern, dass man im Rahmen der Identitätsarbeit eine Übereinstimmung herstellen muss zwischen den Erwartungen, die an einen gestellt werden und denjenigen, die man verinnerlicht hat. Die Kontextabhängigkeit unterscheidet die Identität vom Begriff des Selbst, das eine psychische Repräsentanz im Sinne der Ich-Psychologie von Heinz Hartmann (Helle 2019, S. 27) beschreibt. Auch wenn schon Sigmund Freud mit seiner Hinwendung zum Strukturmodell der Psyche (Über-Ich, Ich, Es) eine Öffnung des Ich zur Außenwelt zuließ, waren es u.a. Anna Freud und Heinz Hartmann, die eine Abkehr von der reinen Tiefenpsychologie als der Psychologie des Unbewussten einleiteten. Das Selbst wird zum Teil des Ichs und die konfliktfreie Ich-Sphäre zu Beginn des Lebens lässt Raum für Entwicklungsstörungen jenseits der Triebtheorie von Freud. Über die Selbstpsychologie und die Objektbeziehungstheorie rücken die zwischenmenschlichen Erfahrungen und das Beziehungserleben weiter in den Mittelpunkt. Damit ist auch in der psychodynamischen Schule die Möglichkeit geschaffen, das Konstrukt *Identität durch Essstörung* mit den Dimensionen Identitätskontinuität und Identitätskohärenz⁵ sowie Gruppenzugehörigkeit und Sinnhaftigkeit zu beschreiben. Im OPD-2 kann man folgendes zur Identität lesen:

„Die Identitätsbildung ist ein lebenslanger Prozess. Sie findet auf jeder Entwicklungsstufe ihren Niederschlag in einem subjektiven Identitäts- und Kontinuitätsgefühl. Identität ist immer verbunden mit der Beziehung zu unterschiedlichen Objekten, d.h. es gibt zahlreiche, verschiedene Identitäten, die im konfliktfreien Fall als kohärente und kontinuierliche Selbstidentität erscheinen.“ (Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik 2014, S. 250)

Die frühen Weiterentwicklungen der Psychoanalyse schufen u.a. den intellektuellen Raum für die Ausarbeitung der Entwicklungspsychologie von Erik H.

⁵ Der in dieser Studie eingesetzte AIDA-Test zur Ermittlung der Identitätsdiffusion nimmt mit seinen beiden Skalen Kohärenz und Kontinuität auf die psychodynamische Herleitung von Identität Bezug.

Erikson, der sich bei Anna Freud zum Psychoanalytiker ausbilden ließ, ehe er in den USA seine universitäre Karriere begann (Petzold 2012, S. 75).

2.2. Identität als Entwicklungsphase nach Erik H. Erikson

Der Psychologe Erik H. Erikson geht von einem lebenslangen Prozess der Entwicklung aus, der sich in verschiedene Entwicklungsphasen einteilen lässt. Jede dieser Phasen ist durch spezifische, psychosoziale Krisen charakterisiert, die gelöst werden müssen, damit sich eine balancierte Persönlichkeit entwickeln kann (Lohaus und Vierhaus 2015, S. 12). Diese Grundidee der Zeitfenster, in denen der Mensch besonders sensibel in seiner Entwicklung für spezielle Herausforderungen ist, hat bis heute Bestand, auch wenn sich die zeitlichen Einteilungen und die Beschreibungen der damit verbundenen Krisen geändert haben. Erikson nahm vorweg, was in der Sozialpsychologie und der Soziologie später beschrieben wurde, dass „der Lebenskreis des Einzelnen von Anfang bis Ende von der Geschichte der Gemeinwesen durchwoben ist“ (Erikson 1973, S. 11). Analog zu den Phasen im Rahmen der Theorie des Sexualtriebs von Freud (oral, anal, phallisch, latenz, genital) entwickelte Erikson Entwicklungsstufen, die als Reifungskrisen vom Menschen durchlaufen werden müssen. Allerdings fügte er den fünf Freud'schen Phasen noch drei weitere hinzu, die auch das Erwachsenenalter betreffen. Nur wenn das Bestehen dieser einzelnen Krisen gelingt, kann nach Erikson die nächste Stufe erfolgreich durchlaufen werden.

Die fünfte, für diese Arbeit zentrale Phase hat Erikson überschrieben mit „Identität und Ablehnung gg. Identitätsdiffusion“ (Erikson 1973, S. 214). Damit ist für Erikson die Identität ein normatives Ziel, das es durch die erfolgreiche Lösung der Entwicklungsaufgaben zu erreichen gilt. Als Zeitrahmen für diese fünfte Entwicklungsphase hat Erikson das 13. bis 18. Lebensjahr angegeben. Allerdings beginnt die eigentliche Identitätsentwicklung erst, wenn die früheren Iden-

tifizierungen nicht länger sinnvoll sind (Erikson 2003, S. 159). Die Ich-Identität entwickelt sich also aus einer gestuften Integration aller Identifikationen (Vater, Mutter etc.), die bisher vom Individuum vorgenommen worden sind. Wichtig ist, dass das Ganze – die Identität – eine andere Qualität hat als die Summe seiner Teile (Erikson 1973, S. 108). Im Idealfall hat das Individuum sowohl Ur-Vertrauen, Autonomie, Initiative und Kompetenz in den vorangegangenen Phasen erworben, um sich in der fünften Phase der Identitätsbildung widmen zu können. Nach Erikson stellen „Introjektion-Projektion, Identifikation und Identitätsbildung“ (Erikson 1973, S. 140) drei Mechanismen dar, die dem jungen Menschen zur Identität verhelfen und somit ein gesundes Erwachsenenleben zu führen erlauben. Klappt es damit nicht, können psychische Krankheiten inklusive Essstörungen auftreten, die nach Erikson eine Rückkehr zu alten Kindheitskonflikten (Erikson 1973, S. 113) bedeuten. Im Fall des Gelingens kann am Ende der Kindheit die Identität das „bedeutendste Gegengewicht“ (Erikson 1973, S. 212) gegen die potentiell schädliche Vorherrschaft des kindlichen Über-Ichs darstellen. Für Erikson ist Identität ein Teil der Persönlichkeit und „gleichsam die letzte psychosoziale Entwicklungsstufe des Ichs“ (Jörissen und Zirfas 2010, S. 45), ohne dass der Mensch in seiner Entwicklung schon am Endpunkt angekommen wäre.

Kritik an Eriksons Entwicklungspsychologie hat sich u.a. an seinen als regelhaft linear unterstellten Entwicklungsverläufen, der gesellschaftlichen Kontinuität und Berechenbarkeit entzündet (Petzold 2012, S. 81). Auch die Beschreibung der Herausforderungen für einen jungen Erwachsenen erscheinen nicht mehr zeitgemäß. Gerade in der postmodernen Welt gibt es viele Brüche und Sprünge, die jeder Mensch in seine Identität einfügen, miterzählen muss. Die Anforderungen an Kinder und Jugendliche in der heutigen Zeit sind andere als früher. Mittlerweile geht man davon aus, dass sich die von Erikson als typisch angesehenen Fragestellungen⁶ zur Identitätsfindung bis ins junge Erwachsenenalter hinein erstrecken. Jeffrey Arnett hat für diesen Lebensabschnitt den Begriff

⁶ Erikson spricht von Beruf, Heirat und Familiengründung.

„emerging adulthood“ (Arnett 2000) als eigenständige Entwicklungsphase vorgeschlagen. Denn die Marker des Erwachsenenalters wie eigene Wohnung, berufliche Orientierung und Lebensabschnittspartnerschaft haben sich im Lebensalter nach hinten verschoben. Ungeachtet der zeitlichen Einteilung der Entwicklungsphasen von Erikson sind seine Konzeptionen in viele psychologische Theorien eingeflossen.

Eine Erweiterung des Entwicklungsmodel von Erikson sei hier noch kurz erwähnt. James E. Marcia (Marcia 1966) hat auf einem Kontinuum mit den Polen Identitätsdiffusion und Identität vier Identitätszustände von Jugendlichen beschrieben. Dazu gehören: 1. die übernommene Identität mit einer Bindung ohne Exploration; 2. die kritische Identität mit erster Exploration ohne Bindung; 3. die diffuse Identität mit einer geringen Exploration bei geringer Bindung und 4. die erarbeitete Identität (achievement) als Bindung nach vorangegangener Exploration und der Bereitschaft für weitere Exploration. Letztgenannter Zustand ist nach der Bindungstheorie als ‚sichere Bindung‘ zu bezeichnen (Kathrein 2019, S. 92) und eine stabile Grundlage für das weitere Leben. Denn der Umgang mit z.B. Stresssituationen gelingt im Zustand der erarbeiteten Identität leichter. Außerdem ist die Beeinflussbarkeit durch Autoritäten geringer. Personen mit erarbeiteter Identität sind in ihren Wertvorstellungen gefestigt, während die übernommene Identität dem Verständnis von Anpassung einer Person an äußere Erwartungen entspricht (Marcia 1966, S. 557). Marcias Theorie liegt die Annahme zugrunde, dass eine reife und gut angepasste Person eine klar definierte und individuell bestimmte Identität besitzt.

2.3. Essstörungen und Identität

Das Thema Essstörung ist im gegenwärtigen, gesellschaftlichen Diskurs sehr präsent. Der Unterhaltungssender SAT1 zeigte im Dezember 2020 das Drama „Aus Haut und Knochen“ über Magersucht mit beachtlichem Zuschauererfolg⁷. Auch das Schicksal der im November 2020 an Magersucht verstorbenen Influencerin Josi Maria wurde von vielen Zeitungen (Sanke 2020) aufgegriffen. Um einen Nachahmungseffekt zu verhindern, wurden die Instagram-Posts von Josi Maria und die dazugehörigen youtube-Videos nach ihrem Tod vorsorglich mit einem Warnhinweis versehen. In den sozialen Netzwerken findet ein vielfältiger Austausch von Betroffenen statt, die sich u.a. in sogenannten ProAna- oder ProMia-Foren⁸ gegenseitig Tipps zum Abnehmen geben oder wie man am besten die Essstörung geheim halten kann. Neben dieser destruktiven Variante informieren sich aber auch viele Personen mit gestörtem Essverhalten in den Medien über die eigene Krankheit und verfolgen Sendungen zum Thema besonders aufmerksam (Peter und Brosius 2020, S. 4). Im Folgenden wird kurz die Essstörung als Krankheit in Diagnostik und Ätiologie dargestellt, ehe die mögliche Bedeutung der sozialen Medien beleuchtet wird.

2.3.1. Diagnostik von Essstörungen nach ICD 10

Unter Essstörungen werden in der Internationalen Classification of Diseases (ICD 10) die Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) – jeweils auch in

⁷ Vgl. <http://www.quotenmeter.de/n/123191/aus-haut-und-knochen-dramatischer-film-mit-starker-quote>

⁸ ProAna/Mia steht für Pro Anorexia und Bulimia vgl. z.B. <https://www.lifeline.de/krankheiten/essstoerungen/pro-ana-pro-mia-id147537.html>

ihren atypischen Formen –, Essattacken und Erbrechen bei anderen psychischen Störungen sowie sonstige und nicht näher bezeichnete Essstörungen aufgeführt. Zu finden sind diese Störungen unter Kapitel 5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ (Dilling et al. 2015, S. 243). Im allgemeinen Sprachgebrauch wird häufig der Begriff der Magersucht verwendet, um Menschen zu beschreiben, die an deutlichem Untergewicht⁹ leiden. Bei AN-Patientinnen kommen als Bedingungen hinzu, dass der Gewichtsverlust selbst herbeigeführt wird, eine Körperschema-Störung vorhanden sein und eine endokrine Störung vorliegen muss. Bei BN-Patientinnen steht die andauernde Beschäftigung mit Essen, Essattacken kombiniert mit Maßnahmen, um dem dickmachenden Effekt entgegenzuwirken sowie die krankhafte Furcht, dick zu werden, im Vordergrund (Dilling et al. 2015, S. 247). Für die Überlegungen hinsichtlich einer möglichen Beziehung zwischen Essstörung und Identität ist es wichtig, dass es AN-Fälle gibt, die durch selbst induziertes Erbrechen (bulimisch) den Gewichtsverlust herbeiführen und BN-Fälle, die ihre Essattacken durch Hungerperioden (anorektisch) überkompensieren¹⁰.

Essstörungen können schon sehr früh auftreten: AN schon mit sieben oder acht, BN ab zwölf Jahren (Caspar et al. 2018, S. 96). Das Risiko an einer Essstörung zu erkranken, ist am höchsten bei AN zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr (Herpertz et al. 2015, S. 54) und bei BN zwischen dem 20. und 24. Lebensjahr (Agras und Robinson 2018). Dies legt nahe, dass Essstörungen in Zusammenhang mit der Pubertät respektive der fünften Entwicklungsphase von Erikson bzw. der „emerging adulthood“ stehen. Die Inzidenzrate wird in verschiedenen Studien unterschiedlich hoch angegeben und wird auch vom gesellschaftlichen Bewusstsein für diese Krankheit beeinflusst. Die Lebenszeitprävalenz für Frauen liegt bei etwa einem bis zwei Prozent (DGPM et al. 2018, S. 3). Es besteht insgesamt eine hohe Komorbidität u.a. mit Persönlichkeitsstörungen. Bei BN-Patientinnen tritt am häufigsten eine Komorbidität mit der

⁹ Für die Diagnose AN nach ICD-10 ist ein BMI unter oder gleich 17,5 Voraussetzung.

¹⁰ Im Verlauf dieser Arbeit wird u.a. untersucht, ob die bulimische AN-Patientin der Stichprobe in ihrem Identitätsstatus eher den BN-Fällen zugeordnet werden muss.

„selbstunsicheren, der zwanghaften und der Borderline-Persönlichkeitsstörung“ auf (Trunk et al. 2019, S. 12).

Im Empfinden der Patientinnen unterscheiden sich AN und BN stark voneinander. Insbesondere das bulimische Verhalten wird oft als „schwach“ gewertet (Kock 2013, S. 11). Anorektisches Verhalten hingegen wird als willensstark und zum Teil als etwas Besonderes angesehen. Oft ist bei Patientinnen mit einer AN eine ausgeprägte Leistungsorientierung und ein Perfektionismus zu beobachten. Generell gilt, dass es im Laufe der Erkrankung häufig zu Wechseln zwischen den Untergruppen der Essstörung kommt (Puttevils et al. 2019). Um eine Essstörung zu diagnostizieren, werden in der Regel neben den standardisierten, psychologischen Tests wie dem SKID spezielle Experten- oder Selbstauskunftsfragebögen zu Essstörungen wie der SIAB-S¹¹ durchgeführt (Trunk et al. 2019, S. 8). Mit dem SIAB-S können sowohl Symptome von Essstörungen als auch Symptome von psychischen Störungen erfasst werden, die häufig mit Essstörungen einhergehen (DGPM et al. 2018, S. 32). Essstörungen haben ein ausgeprägtes Risiko zu chronifizieren, und die Gefahr eines vorzeitigen Ablebens erhöht sich bei den Patientinnen um das Zehnfache (Agras und Robinson 2018).

Als Therapie kommt im stationären Setting häufig eine multimodale Methode zum Einsatz, die sich aus verhaltenstherapeutischen, systemischen und Achtsamkeitsbasierten Angeboten zusammensetzt (DGPM et al. 2018). Dabei werden AN- und BN-Patientinnen in der Regel zusammen behandelt. Allgemein wird für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen ein multifaktorielles Modell angenommen (Trunk et al. 2019, S. 2), das Erziehung, Traumata und Persönlichkeit miteinschließen kann. Um die Verbindung von der Entstehung der Essstörung zur Identitätsbildung herstellen zu können, werden kurz die ätiologischen Ursachen aus VT- und psychodynamischer Sicht dargestellt.

¹¹ Die Diagnose der Teilnehmenden dieser Studie (AN oder BN) beruht u.a. auf den SIAB-S Auswertungen, die in der Ananke-Klinik durchgeführt wurden.

2.3.2. Ätiologie von Essstörungen

Übereinstimmend geht man von multifaktoriellen Störungsmodellen bei AN und BN aus (Trunk et al. 2019, S. 12). Aus **VT-Sicht** gehört zu den prädisponierenden Vulnerabilitätsfaktoren biologische wie familiäre, soziokulturelle und individuelle Merkmale, die die Wahrscheinlichkeit des Auftretens der Krankheit erhöhen. Der genaue Zeitpunkt lässt sich nicht vorhersagen, kritische Lebensereignisse wie der Beginn der Pubertät können aber eine Rolle spielen. Diese Veränderungen können im subjektiven Erleben als Kontrollverlust interpretiert werden. Da keine andere Coping-Strategie zur Verfügung steht, wird durch die restriktive Nahrungsaufnahme zumindest in diesem Bereich vermeintliche Kontrolle wiedererlangt. Zudem kommt es zu dem kurzfristig als angenehm wahrgenommenen Effekt der positiven Rückmeldung für den anfänglichen Gewichtsverlust (Trunk et al. 2019, S. 12). Neben mentalen Veränderungen und der sozialen Isolation sprechen Vertreter der kognitiven Verhaltenstheorie auch von „kognitiven Defiziten“, die als direkte Folge des Hungerns beobachtet werden können, aber auch das Fortschreiten der Krankheit begründen (Kock 2013, S. 12). Das essgestörte Verhalten wird dabei als *falsche Problemlösestrategie* verstanden, die in der Kindheit erlernt wurde. Die Motivation, das Hunger-Verhalten beizubehalten, wird durch operantes Konditionieren, Lernen am Modell und kognitive Defizite kontinuierlich verstärkt, so dass sich die Reiz-Reaktionsverbindung des Essstörungsverhaltens verfestigt und letztlich verselbstständigt. Im Rahmen dieser falschen Problemlösestrategie wird die teilweise Leugnung der Krankheit seitens AN- und BN-Patientinnen als Teil eines kognitiven Defizits verständlich (Kock 2013, S. 14). An der VT-Theorie über Essstörung wird vor allem die Symptombezogenheit kritisiert. Dennoch gilt vor allem bei BN-Erkrankungen die kognitive VT als Therapie der ersten Wahl (Caspar et al. 2018, S. 97) (DGPM et al. 2018, S. 234).

Aus **psychodynamischer Sicht** liegt der Essstörung u.a. ein Autonomie-Konflikt mit Abgrenzungsbestrebungen und Kontroll-Verlust zugrunde (Reich 2010). Die Symptome einer Essstörung müssen im Rahmen eines komplexen Persönlichkeitsmusters gedacht werden (Köpp et al. 2007, S. 273). Das neuro-

tische Verhalten von AN/BN-Patientinnen begründet sich aus psychoanalytischer Sicht in einem Konflikt, welcher nicht ‚normgerecht‘ gelöst werden kann. Normgerecht bedeutet in diesem Zusammenhang: die Anforderungen des Trieblebens stehen mit denen der Gesellschaft in Einklang. Die Formen der Abwehr (Abwehrmechanismen) dieses Konflikts hängen dabei eng mit der psychosexuellen Entwicklung zusammen, so dass die „oralisierte Abwehr der Magersucht“ (Kock 2013, S. 18) – gemeint ist die Verweigerung der Nahrung – als ein Indiz für eine Störung im frühkindlichen Stadium der oralen Phase zu sehen ist. Andere Autorinnen wie Hilde Bruch legen den Schwerpunkt der Störungsentwicklung in die genitale bzw. pubertäre Phase der Frühadoleszenz (Bruch 2004). Helmut Thomä sieht in der Essstörung zwar auch eine Regression auf Inhalte der oralen Entwicklungsstufe, aber aus seiner Sicht muss die „spezifische pubertäre Psychodynamik berücksichtigt werden, deren Konfliktpotential eine Regression auf frühkindliche Formen der Abwehr erst begünstigt“ (Thomae 1961, S. 265). Das deckt sich mit dem allgemeinen Postulat von Erikson, dass die pubertäre Phase eine eigene psychodynamische Größe darstellt, an deren erfolgreichem Ende die Ich-Identität erworben werden konnte, und infantile Identifikationen neuen sozialen sowie sexuellen Identifikationen gewichen sind (vgl. Kapitel 2.2.). Patientinnen mit Essstörungen scheitern jedoch bei diesem Entwicklungsschritt: „ihre Identität bleibt konfus“ (Kock 2013, S. 20). Während sich viele AN-Patientinnen zudem in einer realen, regressiven Situation in ihrer Herkunftsfamilie befinden, also weiterhin die Rolle der kleinen Tochter ausüben wollen, wehren BN-Patientinnen diese regressiven Bedürfnisse durch eine Verkehrung ins Gegenteil ab und verhalten sich besonders pseudo-autonom bzw. erwachsen (Köpp et al. 2007, S. 270). In der Objektbeziehungstheorie nach Otto F. Kernberg (Kernberg 1997) spiegelt sich in der Essstörung als die „Besetzung eines Objektes mit libidinöser oder aggressiver Energie“ dieses „Ich-strukturelle Defizit“ (Kock 2013, S. 20) und symbolisiert den Unabhängigkeitskampf um Loslösung und Autonomiegewinn. Deshalb werden bei vielen AN- und BN-Patientinnen schweren Störungen des Selbst gefunden (Köpp et al. 2007, S. 274), die die hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen erklären. Das deckt sich mit der Untersuchung über den Zusammenhang zwischen Persönlichkeitsstilen und Essstörung. Vergleichsstudien von AN- und BN-Patientinnen zeigen deutliche Unterschiede zwischen den

beiden Gruppen hinsichtlich ihrer Persönlichkeitsmerkmale. AN-Patientinnen werden vor allem Zwanghaftigkeit, Depressivität und rigide Denkmuster zugeschrieben sowie ein hoher Grad an Perfektionismus (Schneider et al. 2008, S. 237).

In den 1960er Jahren war in den psychoanalytischen Schulen auch die Deutung populär, dass es sich bei der AN um einen ödipalen Konflikt handelt. Ödipale Konflikte, also Konflikte infolge eines fehlgeschlagenen Identifizierungsprozesses mit dem eigenen Geschlecht, bedingen demnach das symptomatische Verhalten Magersüchtiger, verstanden als „oralisierte Form einer Empfängnisphobie“ wie es Helmut Thomä nennt (Thomae 1961, S. 278). Diese Deutung lässt sich angesichts der Emanzipation, dem mittlerweile freien Umgang mit Verhütung und einer trotzdem steigenden Erkrankungsrate an Essstörungen nicht aufrechterhalten. Vielmehr ist davon auszugehen, dass es sich bei der Ablehnung der beginnenden Formung weiblicher Rundungen am Körper nicht nur um eine rein geschlechtlich gescheiterte Identifizierung handelt, sondern auch um eine fehlende Akzeptanz der eigenen, soziologisch geprägten Rollenidentität (Kock 2013, S. 21). Aus den qualitativen Interviews, die Astrid Kathrein mit essgestörten Patientinnen geführt hat, geht hervor, dass AN- und BN-Patientinnen die Essstörung häufig als Person oder als Neutrum („es“ oder „das“) beschreiben. Dabei wird dieses Wesen mit gegenläufigen Eigenschaften charakterisiert: gefährlich und schützend, mächtig und bedürftig, stabilisierend und destabilisierend, sichtbar und unsichtbar (Kathrein 2019, S. 197). Diese Personalisierung könnte eine ausgelagerte Teilidentität darstellen, die Patientinnen mit Essstörungen zur Stabilisierung brauchen.

2.3.3. Soziokulturelle Faktoren und der Einfluss der sozialen Medien auf Essstörungen

Essstörungen bzw. das übermäßige Essen mit anschließendem Erbrechen existieren mindestens schon seit der Antike. Für die römischen Gelage sind besondere Kübel angefertigt worden, die dem Gast Erleichterung verschaffen sollten, damit er erneut am Essen teilnehmen kann (Bauer et al. 2019, S. 3). Inwieweit dieses Verhalten auch eine pathologische Komponente enthielt vergleichbar mit heutigen BN-Patientinnen, lässt sich aus der zeitlichen Distanz heraus nicht mehr feststellen. Auch exzessives Fasten mit Sucht-Charakter ist kein modernes Phänomen, sondern z.B. im Mittelalter unter besonders gläubigen Menschen häufig aufgetreten (Herpertz et al. 2015, S. 5). Diese Beispiele zeigen, dass die Bewertung eines Verhaltens abhängig ist von den kulturellen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen. In den letzten Jahrzehnten wurde als Grund oder zumindest Auslöser für die Essstörung häufig das gesellschaftliche Schönheitsideal der westlichen Welt benannt, der durch den medialen Hype um superschlanke Idole und Spielshows mit Top-Models getriggert wird. Allerdings wird in der 2018 neu gefassten S3-Leitlinie zu Essstörungen angeführt, dass diese Störungen nicht auf westliche Industrieländer beschränkt sind (DGPM et al. 2018, S. 11). Der Einfluss des ‚mageren‘ Schönheitsideals auf die Körperzufriedenheit, die als Auslöser für eine Essstörung angesehen werden kann, spielt zwar eine Rolle (Rodgers et al. 2015), das Ausmaß des Einflusses der Massenmedien auf die Körperzufriedenheit wird jedoch kontrovers diskutiert (López-Guimerà et al. 2010). Stein et al. (Stein et al. 2019) haben speziell die Instagram-Nutzung im Hinblick auf Essstörungen untersucht. Dabei zeigt sich, dass der vermehrte Nutzen von Instagram nicht zu einer verminderten Zufriedenheit mit dem eigenen Körper führt (Stein et al. 2019, S. 8). Es ist nach ihrer Studie weniger wichtig, wie oft jemand Instagram besucht, sondern welche Qualität diese Nutzung hat und welche Rahmenbedingungen existieren. Deshalb werden in der Studie dieser Arbeit die Patientinnen der Stichprobe auch nach ihren Vorbildern in den sozialen Medien gefragt, und ob sie sich Profile, Avatare oder Charaktere im Netz zulegen, die ihrem Krankheitsbild entsprechen bzw. entgegengesetzt sind.

Spezielle Konstellationen in der Familie können ebenfalls Auslöser aber nicht immer die Ursache für eine Essstörung sein. In den letzten Jahrzehnten ist das Verhältnis zwischen Eltern und ihren Kindern enger und intensiver geworden. Es kommt vor, dass Mütter ihren Töchtern auch Freundinnen sein wollen und ihnen damit den Freiraum für eine eigenständige Entwicklung nehmen (Klotter 2016). Auf diese Weise kann die Tochter Mühe haben, sich von der Mutter abzugrenzen und eine eigene Identität zu finden. Das Auftreten von Essstörungen in der Pubertät mag darauf ein Hinweis sein. Die AN-Patientin versucht der Symbiose mit der Mutter dadurch zu entkommen, dass sie totale Kontrolle über ihr Essverhalten erlangt und so „zumindest an diesem Punkt autonom und selbstbestimmt ist, wo sie doch an fast allen anderen Punkten nicht weiß, wo Mutter anfängt und aufhört“ (Klotter 2016, S. 24). Bestimmte Transaktionsmuster wie Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Konfliktvermeidung und Rigidität werden z.B. von Minuchin et al. (Minuchin et al. 1995, S. 68) angeführt, um Essstörungen aus dem soziokulturellen Umfeld her zu erklären.

Es zeigt sich also, dass die soziokulturellen Rahmenbedingungen gerade in Verbindung mit den (sozialen) Medien einen erheblichen Einfluss darauf haben, was als normal bzw. erwünscht angesehen wird. Allerdings führt das Nicht-Entsprechen dieser Normen nicht automatisch zu fehlender Körperzufriedenheit oder gar der Ausbildung von Essstörungen. Dafür sind weitere Faktoren und Prädispositionen notwendig.

2.4. Zusammenfassung und theoretische Ableitung der Hypothesen

Über die verschiedenen Diskurse hinweg ist festzustellen, dass der Kultur eine große Bedeutung für die Gestaltung von Identität zukommt (Jörissen und Zirfas 2010, S. 15). Aber die Kultur allein erklärt weder das Zustandekommen einer funktionierenden Identität noch das Auftreten von Essstörungen. Aus der Philo-

sophie wird für diese Arbeit mitgenommen, dass es um die ‚personale Identität‘ geht und diese über eine gewisse Zeit stabil sein muss. Dabei lässt sich nur schwer entscheiden, ob der stoffliche Teil oder der Geist oder beide Träger der Identität sind oder ob es sich bei dieser Frage um einen „Kategoriefehler“ (Ryle 2015) handelt. Für die Erfassung des latenten Konstrukts *Identität durch Essstörungen* (IdE) können die beiden Dimensionen Kohärenz und Kontinuität als gesetzt gelten. Zur Kohärenz gehört auch die narrative Komponente der eigenen Geschichte, die dem Leben Sinnhaftigkeit und Werte vermittelt.

Der soziologische Diskurs steuert zur Erfassung der IdE die Gruppenzugehörigkeit bei, da „kein Ich ohne ein Du“ (Buber 2017) gedacht werden kann und erst in der Passung zwischen dem subjektiven Selbst und der Wahrnehmung der eigenen Person durch andere eine stabile Identität entsteht. Allerdings ist diese Identität nicht mehr so dauerhaft wie vor 100 Jahren. Denn die Wahlfreiheit und die Vielfalt an Lebenskonzepten bedeutet, dass man sich die eigene Identität erarbeiten muss. Die Identität wird zum Projekt, das aus vielen Teil-Identitäten bestehen kann und als Patchwork von Identitäten (Keupp 2013) verstanden werden muss. Identität in diesem Sinn ist nicht mehr ‚nur‘ eine Entwicklungsaufgabe, die man in der Adoleszenz zu lösen hat. Die Rahmenbedingungen wie Nation, Beruf, Geschlecht sind noch immer definierende Faktoren, aber weniger beherrschend als vor einem Jahrhundert. An der grundsätzlichen Bedeutung der Identität als verbindender Überbau, die der Identitäts-Trägerin Authentizität verleiht, ändert das nichts. Bezogen auf das Lebensalter fällt die fünfte Entwicklungsphase nach Erikson mit dem frühen Beginn von Essstörungen oder im modernen Verständnis der „emerging adulthood“ (Arnett 2000) mit dem höchsten Erkrankungsrisiko zusammen.

Um den möglichen Zusammenhang zwischen Identität und Essstörung unter Berücksichtigung der klinischen AN- oder BN-Diagnose zu untersuchen, werden in einem ersten Schritt Patientinnen mit Essstörungen in stationärer Behandlung hinsichtlich ihres Grads an Identitätsdiffusion mit der Normalbevölkerung verglichen. Dafür kommt der *AIDA 19+ Fragebogen* zum Einsatz. Die erste Hypothese dieser Arbeit lautet, dass die Patientinnen der Stichprobe ein höheres Maß an Identitätsdiffusion aufweisen. Die zweite Hypothese schließt daran an und besagt, dass sich die Werte der Stichprobe entsprechend der Diagno-

sen AN oder BN clustern lassen. Da die BN-Patientinnen eine hohe Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen aufweisen vor allem mit der emotionalinstabilen (DGPM et al. 2018, S. 196), ist als dritte Hypothese davon auszugehen, dass die Identitätsdiffusionswerte der BN-Patientinnen der Stichprobe höher ausfallen als die der AN-Patientinnen.

Im zweiten Schritt wird von der gleichen Stichprobe ein vom Autor konstruierter Fragebogen online ausgefüllt, um das Identitätsgefühl der Patientinnen hinsichtlich ihrer Essstörung zu erfassen. Um das latente Konstrukt IdE operationalisierbar zu machen, werden die vier Dimensionen abgefragt, die sich aus den philosophischen, soziologischen und psychologischen Identitätsdiskursen ergeben haben: Kontinuität, Kohärenz, Sinnhaftigkeit des Lebens und Gruppenzugehörigkeit. Die Items für diese Dimensionen sind auf die Variable ‚Essstörung‘ hin entsprechend formuliert. In Anlehnung an die Begründungen zu den Hypothesen eins bis drei, lautet die vierte Hypothese, dass sich die IdE-Rohwerte der Teilnehmerinnen ebenfalls entsprechend der Diagnose AN/BN clustern lassen und die fünfte Hypothese, dass die AN-Patientinnen ein höheres Maß an *Identität durch Essstörung* aufweisen, was sich – so die sechste Hypothese – auch in einem stärkeren Gruppenzugehörigkeitsgefühl der AN-Patientinnen niederschlägt. Im letzten Schritt werden die T-Werte der Identitätsdiffusion des AIDA 19+ in eine Rangordnung gebracht und mit den ebenfalls hierarchisch geordneten Rohwerten des IdE-Fragebogens verglichen. Je nach Übereinstimmung kann man auf die Validität des zweiten Testverfahrens schließen. In der folgenden Tabelle werden die abgeleiteten Hypothesen der Übersichtlichkeit halber noch einmal aufgelistet.

Tabelle 1 Auflistung der Hypothesen zur Fragestellung: möglicher Zusammenhang Identität und Essstörung (Quelle: eigene Darstellung)

Hypothese 1	Der Durchschnitt der T-Werte der Patientinnen der Stichprobe im AIDA-Test liegt über dem der Normalbevölkerung.
Hypothese 2	Die T-Werte der Stichprobe lassen sich entsprechend der Diagnosen AN/BN clustern.
Hypothese 3	Die T-Werte des Clusters BN fallen in ihrem Mittelwert höher aus als die des Clusters AN.
Hypothese 4	Die Rohwerte der Teilnehmerinnen des Online-Tests lassen sich entsprechend der Diagnose AN/BN clustern.

Hypothese 5	Die AN-Patientinnen der Stichprobe weisen ein höheres Maß an Identität auf als BN-Patientinnen.
Hypothese 6	Die AN-Patientinnen der Stichprobe empfinden eine höhere Gruppenzugehörigkeit zu ‚Personen mit Essstörungen‘ als BN-Patientinnen.

3. Methode

Im folgenden Kapitel wird die methodische Vorgehensweise zur Erarbeitung der empirischen Ergebnisse ausführlich beschrieben. Dazu gehört zu Beginn die Methodenauswahl, die kurz vorgestellt und begründet wird. Danach folgt die Operationalisierung der Forschungsfragen und des latenten Konstrukts IdE. Anschließend werden die verwendeten Fragebögen und die Rahmenbedingungen beschrieben. Das beinhaltet auch eine Begründung für die Stichprobe von stationär zu behandelnden Patientinnen. Danach folgt die Beschreibung des Pretests für den selbstentworfenen Online-Fragebogen, und den Abschluss bilden die Datenaufbereitung für die Datenanalyse.

3.1. Auswahl der Methode

Bei dem dieser Arbeit zugrunde liegenden Untersuchungsdesign handelt es sich um eine anwendungsorientierte, empirische Primärstudie mit eigener Datenerhebung (Döring et al. 2016, S. 621). Die quantitative Studie wirkt sowohl explanativ im Rahmen der Bestimmung der Identitätsdiffusion mit Hilfe des etablierten AIDA-Tests als auch explorativ angesichts des eigenen Fragebogens zur Bestimmung des Grads an IdE. Da es sich jeweils um Querschnitts-

studien handelt, können keine kausalen Zusammenhänge zwischen den Variablen bestimmt werden. Denn die relevanten Merkmale werden gleichzeitig mit derselben Messung zu einem einzigen Datenerhebungszeitpunkt bestimmt (Baur und Blasius 2014, S. 142). Der selbstentwickelte, standardisierte Online-Fragebogen greift den aktuellen Forschungsstand zum Thema Identität (siehe Kapitel 2) auf und bildet im Rahmen der Konzeptspezifikation eine intensionale Nominaldefinition (Döring et al. 2016, S. 225) von ‚Identität durch Essstörung‘. Da es sich um eine klinische Studie mit einer begrenzten Fallzahl handelt, kommen nicht alle Vorteile eines Online-Fragebogens zum Tragen. Das gewählte Erhebungsinstrument bietet aber bzgl. der Datenaufbereitung eine große Erleichterung (Brandt und Moosbrugger 2020, S. 53).

Zur Umsetzung des selbstentworfenen Fragebogens wird das Online-Tool „unipark“ von der Firma questback¹² genutzt. Für Studierende der SRH gibt es die Möglichkeit, dieses Online-Tool kostenlos zu nutzen. Das Programm bietet eine Vielzahl an Einstellungen und Filtermöglichkeiten. Eine datenschutzrechtlich konforme Anwendung ist gewährleistet.

Für die Erfassung der Identitätsdiffusion wird der AIDA 19+ gewählt. Dieser Test (Goth und Schmeck 2018) wird zu wissenschaftlichen Zwecken kostenlos zur Verfügung gestellt. Das Forschungs-Test-Set umfasst den Fragebogen auf Papier, eine SPSS Maske zum Eingeben der Antworten und eine SPSS Syntax zur automatischen Zuweisung der Rohwerte und T-Wert. In ein vorbereitetes Auswertungsprofil können bei Bedarf pro Person die Testergebnisse übertragen werden (Goth und Schmeck 2018, S. 8). Auf Anfrage per Mail mit Darstellung der Bachelor-Thesis haben die Entwicklerinnen der Verwendung des Forschungs-Test-Set zugestimmt (siehe Anhang *Anlage 1: Mail von Kirstin Gothe zur kostenlosen Nutzung des Forschungssets*).

¹² Vgl. <https://www.unipark.com/impressum/>

3.2. Operationalisierung

Operationalisierung heißt „Messbarmachung“ von Variablen für die Planung einer Untersuchung (Peters und Dörfler 2019, S. 201). Latente Konstrukte wie *Identitätsdiffusion* oder *IdE* lassen sich durch empirische Indikatoren operationalisieren, deren Ausprägung dann mit Hilfe einer psychometrischen Skala gemessen werden können (Asendorpf 2019, S. 25). Konkret bedeutet das für die Konstrukte Identitätsdiffusion/IdE, dass mit Hilfe von messbaren Dimensionen wie *Kohärenz* oder *Lebenszufriedenheit* Rückschlüsse auf das Maß an Identitätsdiffusion/IdE ermöglicht werden. Angewandt wird eine reflexive Messmethode z.B. in der Frage: „mir fällt es leicht, das was die Leute über mich denken mit meinem eigenen Bild von mir in Einklang zu bringen“ (Item 4 IdE-Fragebogen ‚Sinnhaftigkeit‘). Das entspricht der Herangehensweise bei dem latenten Konstrukt der Depression (Döring et al. 2016, S. 230). Die einzelnen Items für jede Dimension müssen ähnlich sein und hoch miteinander korrelieren (vgl. dazu Abschnitt 4.2. Deskriptive Datenanalyse). Dabei erfolgt die Zuordnung von numerischen Messwerten zu den beobachteten Ausprägungen der Untersuchungseinheiten intervallskaliert: *stimmt gar nicht* bis *stimmt vollständig* in fünf Stufen von 1 bis 5.

Der AIDA 19+ zur Erfassung des latenten Konstrukts *Identitätsdiffusion* ist als Test hinsichtlich der Gütekriterien Objektivität, Reliabilität, Validität wissenschaftlich anerkannt (Goth und Schmeck 2018). Deshalb muss dieses Konstrukt nicht mehr operationalisiert werden. Da ein möglicher Zusammenhang zwischen Identität und Essstörung bisher noch nicht wissenschaftlich untersucht wurde, braucht es für das latente Konstrukt IdE eine Operationalisierung, die dann als Basis für die Konstruktion des eigenen Fragebogens dient (siehe Abschnitt 3.3.). Die Fragen (Items) werden dabei aus den vorliegenden Indikatoren (Dimensionen) der Operationalisierung abgeleitet. Zunächst wird aber zum besseren Verständnis kurz die Vorgehensweise und Hintergründe des AIDA 19+ zur Messung der Identitätsdiffusion dargestellt.

3.2.1. AIDA 19+ zur Messung der Identitätsdiffusion

2010 startete eine Schweizerisch-Deutsch-Amerikanische Forschungsgemeinschaft mit der Entwicklung eines Fragebogens zur Bestimmung der Identitätsdiffusion (Goth et al. 2012, S. 4). Seit 2018 liegen der deutsch-sprachige Selbstauskunftsfragebogen AIDA und der AIDA 19+¹³ vor. Bis dahin gab es keinen wissenschaftlichen Test bezogen auf die gesunde Identitätsentwicklung bzw. Identitätsdiffusion in der Adoleszenz in Form einer Selbsteinschätzung.

Das **Assessment of Identity Development in Adolescence** in der Version für Teilnehmerinnen im Alter von 19 Jahren +/- 2 Jahre¹⁴ (AIDA 19+) gibt wissenschaftlich fundiert einen Wert für die Identitätsdiffusion an. Das Verfahren erfasst nach Angaben der Verantwortlichen die Identitätsentwicklung im Sinne von Beeinträchtigungen im Funktionsniveau der Persönlichkeit bei jungen Erwachsenen (Goth und Schmeck 2018). Der Test ermöglicht eine dimensionale Differenzierung zwischen gesunder Identitätsintegration und einer Identitätsdiffusion im Vergleich zur Normalbevölkerung. Bei der Identitätsdiffusion handelt es sich nach Seiffge-Krenke um das Fehlen eines integrierten Konzepts des Selbst und der wichtigsten Bezugspersonen; es ist sichtbar in unreflektierten, chaotischen Beschreibungen von sich und anderen (Seiffge-Krenke 2012, S. 185). Der AIDA 19+ basiert auf der AIDA-Versionen für Jugendliche. Der Itempool wurde lediglich geringfügig umformuliert, indem z.B. Wörter wie "Lehrer" durch "Vorgesetzte" oder "Klassenkameraden" durch "andere meines Alters" ersetzt wurden (Goth und Schmeck 2018, S. 3). Identitätsdiffusion wird von den Autorinnen definiert als Fehlen eines integrierten Konzepts des Selbst. Das führt zu einer verminderten Fähigkeit, sich selbst zu definieren oder sich zu Werten, Zielen und Beziehungen zu bekennen. Identitätsentwicklung kann als

¹³ Der Test (AIDA/AIDA 19+) ist zwar im PubPsych aufgeführt, aber es existiert noch keine ausführliche Testbesprechung vgl. [PSYINDEX Test - umfassende Informationen zum Dokument \(pubpsych.de\)](https://pubpsych.de/PSYINDEX/Test-umfassende-Informationen-zum-Dokument/pubpsych.de)

¹⁴ Nach Angaben der Entwicklerinnen kann der AIDA 19+ auch für ältere Teilnehmende eingesetzt werden vgl. Goth und Schmeck 2018, S. 5.

Kontinuum beschrieben werden mit Identitätsdiffusion am einen Ende und einer integrierten personalen Identität als anderen Pol (Goth et al. 2012, S. 3). Als Ziel der Entwicklung des Fragebogens galt die Erfassung des komplexen Konstrukts Identitätsentwicklung durch einen einzigen aber gleichzeitig breit fundierten gemeinsamen Faktor, den Goth und Schmeck „Identitätspathologie“ (Goth und Schmeck 2018, S. 5) nennen.

Der Test ermöglicht also eine dimensionale Differenzierung zwischen gesunder Identitätsintegration und einer Identitätsdiffusion, welche mit einem hohen Risiko einer Persönlichkeitsstörung verbunden ist. Die Gesamtskala Identitätsdiffusion wird aus der Summe aller 58 Items gebildet, die auf einer 5-stufigen Skala beantwortet werden. Sie ist deskriptiv in die zwei Skalen Diskontinuität und Inkohärenz unterteilt, die jeweils drei inhaltliche Subskalen der Identitätsentwicklung umfassen (Goth und Schmeck 2018, S. 6). Bei der Auswahl der Items lag ein besonderer Fokus auf der Entwicklung von Items, die kurz, eindeutig und einfach zu verstehen sind und die inhaltlich klar eine dimensionale Variation von „gesund-zu-beeinträchtigt“ (Goth und Schmeck 2018, S. 3) repräsentieren. Die Items sind in Richtung Pathologie kodiert: hohe Werte sprechen also für eine hohe Beeinträchtigung. Eine genaue Darstellung der Skalen und Subskalen kann der folgenden Abbildung entnommen werden.

	T - Wert	20	25	30	35	40	45	50	55	60	65	70	75	80		T – Wert	Roh – Wert	BPS Cut-Off*
	% - Rang	0,1	0,5	2	7	15	30	50	70	85	93	98	99	99,9				
Gesamtskala Identitätsintegration															vs. Identitätsdiffusion			> 150
1. Kontinuität															vs. Diskontinuität			> 68
1.1 Stabilisierende <u>Perspektiven</u>																		> 25
1.2 Stabilisierende <u>Beziehungen</u> und Rollen																		> 26
1.3 Stabilisierendes <u>emotionales Selbsterleben</u>																		> 20
2. Kohärenz															vs. Inkohärenz			> 83
2.1 Konsistentes <u>Selbstbild</u>																		> 32
2.2 <u>Autonomie</u> , Ich-Stärke																		> 22
2.3 Integrierendes <u>kognitives Selbsterleben</u>																		> 21

T-Normen basierend auf N= 437 jungen Erwachsenen. * = oberes 95% Konfidenzintervall von N= 21 SKID-II diagnostizierten Patienten mit Borderline Persönlichkeitsstörung zur Einbettung von Extremwerten. AIDA 19+ Deutschsprachige Version ©2018 academic-tests, Autoren: Goth & Schmeck; Forschungsversion, Kontakt: <https://academic-tests.com>.

Abbildung 1 Auszug aus dem Ergebnisreport für den AIDA 19+ (Quelle: eigene Darstellung)

3.2.2. Operationalisierung des latenten Konstrukts Identität durch Essstörung

Wie im theoretischen Teil dieser Arbeit dargestellt, beleuchten die verschiedenen geistes- und naturwissenschaftlichen Fachrichtungen den Begriff ‚Identität‘ aus unterschiedlichen Perspektiven. Es können aber die vier Dimensionen: Gruppenzugehörigkeit, Sinnhaftigkeit, Kontinuität und Kohärenz als bestimmende Skalen für eine *Identität durch Essstörung* abgeleitet werden. Die Autorinnen des AIDA konzentrieren sich vor allem auf die sozialpsychologische und die Psychopathologie-orientierte psychodynamische Beschreibung (Goth et al. 2012, S. 5), um mit Hilfe der Skalen Kontinuität und Kohärenz den Identitätsdiffusionswert zu ermitteln. Für die Operationalisierung des IdE werden einige Items aus dem AIDA für die Dimensionen Kohärenz und Kontinuität herangezogen, nachdem sie dem Thema *Identität durch Essstörung* sprachlich angepasst wurden. Um die Aufmerksamkeitsspanne der Teilnehmerinnen nicht zu überfordern, werden gezielt nur wenige Items ausgewählt. Zusätzlich wird die Dimension „Sinnhaftigkeit des Lebens“ abgefragt, da von den Autoren Erikson, Mead oder Keupp übereinstimmend Werte und Sinnhaftigkeit für die Identitätsbildung erwähnt werden, und auch Essstörungen als Kampf um Autonomie und Kontrolle mit Sinnsuche in Verbindung steht. Damit ist dem intrapsychischen Aspekt des Konstrukts IdE Rechnung getragen. Dem interpersonellen Aspekt von Identität wird entsprochen, indem gezielt nach einer möglichen Gruppenzugehörigkeit zu *Menschen mit Essstörungen* gefragt wird. Insgesamt ergibt sich daraus ein Strukturbaum, wie er in der folgenden Tabelle dargestellt ist. Die Kategorien und Indikatoren, die als Items in den Fragebogen einfließen, werden in dieser Ansicht zur Operationalisierung **fett** markiert.

Tabelle 2 Operationalisierung IdE ‚Strukturbaum‘ (Quelle: eigene Darstellung)

Dimension	Kategorie	Indikator
Gruppenzugehörigkeit	Self-Investment	Zugehörigkeitsempfinden
	- Centrality - Solidarity - Satisfaction	Identität/Mitgefühl Solidaritätsempfinden Involviertheit

	Self-Definition - Individual Self-Stereotyping - In-Group Homogeneity Geschlechtsidentität	Freude Ähnlichkeit Passung Rolle als Frau/Mann
Sinnhaftigkeit des Lebens	Werte Krankheit Familie Beruf	Selbstwirksamkeit Leiden hat Sinn Aufmerksamkeit Passung Ehe, Kinder angestellt, freiberuflich, ohne Arbeit
Kontinuität	Identitätsstabilisierende Perspektiven Identitätsstabilisierende Beziehungen und Rollen Identitätsstabilisierendes emotionales Selbsterleben	Zeit vor der Essstörung Zukunft mit der Essstörung Gegenwärtiges Gefühl Umgang mit Emotionen Krankheit als Fremdkörper (...)
Kohärenz	Konsistentes Selbstbild und Verhalten bei unterschiedlichen Personen/Situationen Autonomie, unabhängiger intrinsischer Selbstwert Identitätsintegrierendes kognitives Selbsterleben	Identität als Projekt Verlorenheit Umgang mit Kritik (...) Teil-Identität Essstörung als Person/Stimme Passung mit Innen und Außen Autonomie Kontrolle

Die Entscheidung für eine Kategorie bzw. für spezifische Indikatoren zur Erklärung des latenten Konstrukts IdE wurde aus folgenden Gründen vorgenommen:

Für die **Dimension ‚Gruppenzugehörigkeit‘** wird der Ansatz des SIM, **Social Identification Measure** (Roth und Mazziotta 2015), und hier gezielt das ‚Self-Investment‘ herangezogen. Dabei werden die Fragen der Untergruppe ‚Satisfaction‘ bewusst ausgeklammert, da es sich bei dem IdE-Gruppenmerkmal um eine psychische Störung handelt und dieser Fragenkomplex deshalb unangebracht ist. Die Fragen aus dem Bereich ‚Self-Definition‘ werden ebenfalls weggelassen, da die Patientinnen in ihrer Beschreibung wahrscheinlich nicht auf den Oberbegriff der Essstörung, sondern auf ihre AN- oder BN-Diagnose Bezug nehmen würden und das zu Verzerrungen führt. Auf diese Weise kann auch verhindert werden, dass der Fragebogen zur IdE überfrachtet wird und die Aufmerksamkeit der Teilnehmerinnen überfordert.

Die **Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘** wurde ursprünglich von Haller und Müller (Haller und Müller 2006) erarbeitet. In ihrer Studie konnten sie zeigen, dass Persönlichkeitsmerkmale und Aspekte der Identität einen bedeutsamen Beitrag zur Erklärung der Lebenszufriedenheit liefern. Dabei haben Haller und Müller für die Operationalisierung von Identität u.a. die Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘ herangezogen. Als Ergebnis halten die Autoren fest, dass das Gefühl der Sinnhaftigkeit des Lebens als ein zentraler Aspekt der Identität durch die von ihnen entwickelten Items sehr gut erfasst werden kann (Haller und Müller 2006, S. 37). Entsprechend der Ausführungen im theoretischen Teil dieser Arbeit spielt u.a. die Erlangung von Aufmerksamkeit für Patientinnen mit Essstörungen bei der Entwicklung ihrer Krankheit eine Rolle ebenso wie der Versuch, Kontrolle über das eigene Leben zu erlangen. Deshalb kann argumentiert werden, dass eine Essstörung auch zur Sinnhaftigkeit des Lebens beiträgt.

Die **zeitliche Kontinuität**, u.a. hinsichtlich des eigenen Empfindens des Selbst und der Beziehung zu anderen, beschreiben die meisten Autorinnen und Autoren der verschiedenen Fachrichtungen als ein konstituierendes Merkmal der Identität. Dazu passt, dass die Essstörung dazu tendiert zu chronifizieren. Goth und Schmeck haben für die Skala Kontinuität des AIDA drei Kategorien (Subskalen) entwickelt: die Identitätsstabilisierende Perspektive des Selbst, Identi-

tätsstabilisierende Beziehungen und Rollen, Identitätsstabilisierendes emotionales Selbsterleben. Da die letzten beiden Aspekte mit der Dimension der ‚Gruppenzugehörigkeit‘ sowie der ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘ abgedeckt sind, werden einige Items der Identitätsstabilisierenden Perspektive ausgewählt, um die Indikatoren ‚Zeit vor, während und nach Beginn der Essstörung‘ zu untersuchen.

Für die **Dimension der Kohärenz** wird ebenfalls auf den AIDA zurückgegriffen. Wieder werden nur einige Items von einer der drei Kategorien ausgewählt, da das Identitäts-integrierende kognitive Selbsterleben am besten zu der im theoretischen Teil erarbeiteten These der Essstörung als mögliche Teil-Identität passt. Damit ist auch sichergestellt, dass der IdE-Fragebogen nicht zu lang wird und von den Patientinnen ohne Wiederholungseffekte ausgefüllt werden kann.

3.3. Konstruktion des IdE-Fragebogens

Zur Untersuchung des latenten Konstrukts IdE wird ein Online-Fragebogen entworfen, der von den Essstörungspatientinnen in der Ananke-Klinik ausgefüllt werden soll. Dabei erfolgt die Strukturierung des Fragebogens anhand der im vorherigen Kapitel dargestellten Operationalisierung. Der vollständige Fragebogen ist im Anhang *Anlage 3 Online-Fragebogen zur Erfassung IdE* abgedruckt.

Die Vorteile eines Online-Fragebogens, der z.B. an einem mobilen Endgerät ausgefüllt werden kann, liegen in der Zeitunabhängigkeit und der Ökonomie hinsichtlich der Eingabe und Auswertung (Moosbrugger und Kelava 2008, S. 35). Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um eine klinische Gruppe von Patientinnen, die auf freiwilliger Basis gebeten werden, den AIDA 19+ im Paper-and-Pencil-Format und den IdE-Fragebogen online auszufüllen. Ein zentraler Punkt bei der Formulierung der Items ist die konzeptuell-inhaltliche Erfassung der relevanten Merkmalsbereiche. Weiterhin ist die sprachliche Passung zwischen Frage- und Aussageteil bzw. Antwortformat für alle Stufen der Ant-

wortskala von Bedeutung (Kallus 2010, S. 55). Um den Teilnehmerinnen eine bessere Orientierung zu ermöglichen, wird der Fragebogen entsprechend der Operationalisierung in sechs Abschnitte unterteilt: 1. Einleitung mit Erklärung des Forschungszwecks und einigen demografische Fragen; 2. Items zur Dimension ‚Gruppenzugehörigkeit‘; 3. Items zur Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘; 4. Items zur Dimension ‚Kontinuität‘; 5. Items zur Dimension ‚Kohärenz‘; 6. weitergehende Fragen zu den soziokulturellen Rahmenbedingungen der Essstörung verbunden mit einer Danksagung. Dabei beginnt jeder Abschnitt mit einer eigenen Seite und wird mit entsprechenden, farbigen Titeln in den Headern zur besseren Orientierung versehen. Diese Dramaturgie soll dazu führen, dass die Teilnehmerinnen konzentriert und motiviert die Befragung absolvieren (Porst 2014, S. 146). Außerdem wird mit Hilfe eines Balkens am Ende jeder Seite angezeigt, wie viel der Umfrage bereits „geschafft“ ist (siehe Abbildung 3).

Da sowohl die Anonymisierung als auch die Zuordnung der Teilnehmerinnen zu der von der Ananke-Klinik diagnostizierten Essstörung zu berücksichtigen sind, wird in der Einleitung anstelle des Namens nach dem vorher vergebenen Kürzel gefragt. Zudem wird die persönliche Einschätzung der Störung erfasst. Diese beiden Felder sind sogenannte Pflichtfelder. So kann im Abgleich mit der offiziellen Diagnose die Selbsteinschätzung überprüft werden. Außerdem werden das Alter und das Geschlecht der Teilnehmerinnen erfragt. Auf die Angaben der Schulbildung und des Berufs, die in der Regel als demografische Merkmale erhoben werden (Brandt und Moosbrugger 2020), wird im konkreten Fall verzichtet, da diese Merkmale für die Forschungsfrage keine Rolle spielen. Anschließend wird der Zweck der Befragung erläutert. Da es sich um einen Online-Fragebogen handelt, dieser aber in Anwesenheit des Autor dieser Arbeits vorgestellt wird, kann die Erklärung im Test selbst kurzgefasst werden (siehe auch Abschnitt 3.5. Rahmenbedingungen). Die Instruktion zum Ausfüllen muss verständlich und klar formuliert sein, so dass die Teilnehmerinnen selbständig die Fragen beantworten können (Brandt und Moosbrugger 2020, S. 55).

Gruppenzugehörigkeit

Geben Sie bitte in diesem Abschnitt an, wie Sie es subjektiv empfinden, eine Person mit Essstörung zu sein. In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Ich denke oft an die Tatsache, dass ich zu den Menschen mit Essstörungen gehöre.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu

Abbildung 2 Auszug aus dem IdE-Fragebogen ‚Gruppenzugehörigkeit‘ (Quelle: eigene Darstellung)

Bei den Fragen im IdE handelt es sich sowohl um Nominal-, Ordinal- als auch Intervallskalierte Fragen. Nominalskalen zeichnen sich dadurch aus, dass sich ihre Ausprägungen ausschließen (Porst 2014, S. 69). Das ist z.B. bei der Frage nach der Essstörung der Fall. Als Antwortformate werden *Anorexia nervosa*, *Bulimia nervosa* und *Sonstige* angegeben. Diese dritte Antwort-Möglichkeit wird in Form einer halboffenen Skala angeboten (Porst 2014, S. 55). In dieser Kategorie (*Sonstige*) kann in einem zusätzlichen Feld eine freie Antwort eingetragen werden. Diese halboffene Frage wurde gewählt, um den Teilnehmerinnen auch eine Spezifizierung oder abweichende Beschreibung ihrer Essstörung zu ermöglichen. In der Auswertung kann ggf. ein Unterschied zur offiziellen Diagnose das Maß an Identitätsdiffusion oder IdE erklären helfen.

Bitte benennen Sie die Art Ihrer Essstörung

Bitte wählen Sie die Kategorie, die auf Sie am ehesten zutrifft. Unter 'Sonstiges' befindet sich ein Textfeld, in dem Sie bei Bedarf selbst die Bezeichnung Ihrer Essstörung einfügen können.

☐ Anorexia nervosa

☐ Bulimia nervosa

☐ Sonstiges

10%

WEITER

Abbildung 3 Auszug aus dem IdE-Fragebogen ‚Art der Essstörung‘ (Quelle: eigene Darstellung)

Eine Ordinalskala wie die Frage nach dem Alter (in Jahren) der Teilnehmerinnen sortiert die Variablen entsprechend ihrer Ausprägungen, ohne dass eine „Gleichabständigkeit der Antwortkategorien“ (Porst 2014, S. 71) gegeben ist. Bei Intervall-Skalen ist das Merkmal der „Gleichabständigkeit“ vorhanden wie z.B. bei der Angabe der Temperatur. In der Sozialwissenschaft wird oft eine Ordinalskala wie eine Intervallskala behandelt, wenn es sich dabei um sogenannte „endpunktbenannte Skalen“ (Porst 2014, S. 76) handelt. Die Likert-Skala gehört zu den endpunktbenannten Skalen (Porst 2014, S. 92). Da sich die Item-Auswahl und Item-Formulierung des IdE-Fragebogens an bestehende Tests anlehnt, die eine fünfstufige Likert-Skala verwenden, werden auch die Antworten für die vier Dimensionen des IdE-Fragebogens mit Hilfe einer fünfstufigen Likert-Skala erhoben. Auf diese Weise kann auch eine Vergleichbarkeit mit der ebenfalls fünfstufigen Likert-Skala des AIDA 19+ (Goth et al. 2012, S. 7) erreicht werden.

Auch wenn es mir nicht immer recht ist, erlange ich durch meine Essstörung die Aufmerksamkeit meiner Umwelt.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Abbildung 4 Auszug aus dem IdE-Fragebogen mit Likert-Skala (Quelle: eigene Darstellung)

Bei der Erstellung des IdE-Fragebogens wurde auf die Qualität und die optische Gestaltung besonderen Wert gelegt. Damit soll die Bedeutung und Ernsthaftigkeit der Umfrage vermittelt und die Teilnahme wertgeschätzt werden. Sprachlich sind die Items sowie Erklärungen so gefasst, dass sie für alle Teilnehmerinnen verständlich sind. Es werden nach Möglichkeit „einfache, unzweideutige“ Begriffe verwandt, „doppelte Verneinungen“ vermieden und es wird ein „eindeutiger, zeitlicher Bezug“ hergestellt (Porst 2014, S. 100). Ein weiteres wichtiges Merkmal, auf das bei der Erstellung Wert gelegt wurde, ist der zeitliche Aufwand. Entsprechend der Bearbeitungszeit des AIDA 19+ wurde auch für den IdE-Fragebogen eine Bearbeitungszeit von ca. 10 Minuten angestrebt. Diese Zeitspanne wird als Richtschnur angegeben, um frühzeitige Abbrüche zu vermeiden (Schmidt et al. 2014, S. 168). Diese Bearbeitungszeit konnte in den Pretests für den IdE bestätigt werden (siehe Abschnitt 3.4.). Den Abschluss des IdE-Fragebogens bildet eine Frageeinheit zur Nutzung der Sozialen Medien. Dabei werden vor allem nominalskalierte Fragen gestellt, die mit ‚ja‘ oder ‚nein‘ beantwortet werden können. Auf diese Weise können in den Online-Fragebogen Filter eingebaut werden, die je nach Antwortverhalten zusätzliche Fragefelder eröffnen (Porst 2014, S. 155). Wer die Nutzung von sozialen Medien im Fragebogen verneint, wird automatisch zur letzten Seite des IdE weitergeleitet. Dort wird mit einem „herzlichen Dank für die Teilnahme“ explizit die Wertschätzung für die aufgewendete Zeit und Mühe zum Ausdruck gebracht.

Außerdem wird die Mail-Adresse des Autors angegeben, damit sich die Teilnehmerinnen bei Interesse an den Ergebnissen melden können.

3.4. Durchführung von Pretests

Nach der Konstruktion des IdE-Fragebogens werden vor der eigentlichen Anwendung Pretests durchgeführt. Diese Probedurchläufe sind unerlässlich, um die Bearbeitungsdauer und die Verständlichkeit des Inhalts zu überprüfen (Döring et al. 2016, S. 557). Dafür werden drei Personen aus dem Bekanntenkreis des Autors um ihre Mithilfe gebeten. Bei einer Person wird das Verfahren des „think aloud“ (Porst 2014, S. 194) angewandt. Dabei wird der Test in Anwesenheit durchgeführt und die Handlungen laut kommentiert. So können der Antwortprozess und das Frageverständnis nachvollzogen und im Gespräch entsprechend verbessert werden. Auch technische Probleme können durch die Pretests offengelegt und behoben werden. Da es sich beim AIDA 19+ bereits um einen etablierten Test handelt, wird dieser von den ausgewählten Personen nicht getestet. Einschränkung muss darauf hingewiesen werden, dass es sich bei den Testpersonen nicht um Menschen mit Essstörungen handelte.

Folgende Anregungen wurden gegeben, die in den IdE-Fragebogen entsprechend eingearbeitet wurden.

Tabelle 3 Angenommene Verbesserungsvorschläge aus dem Pretest für den IdE-Fragebogen (Quelle: eigene Darstellung)

Ursprünglich	Verbessert
Überschriften rot	Überschriften blau
Soziodemografische Daten	Angaben zur Person
Kohärenz	Zur Erklärung ergänzt um Empfinden, Stabilität, Werte
Kontinuität	Zur Erklärung ergänzt um Vergangenheit,

	Zukunft
Bezeichnung ‚mannigfaltig‘	Ersetzt durch ‚vielfältig‘
Bezeichnung ‚Charakter‘	Ersetzt durch ‚Figur‘

Die Teilnahmedauer am IdE wurde mit weniger als zehn Minuten beziffert und als akzeptabel bewertet. Die Gliederung des Online-Fragebogens wurde als sehr hilfreich erwähnt und die Lesbarkeit mit gut angegeben.

3.5. Rahmenbedingungen

Für die klinische Studie über einen möglichen Zusammenhang zwischen Essstörung und Identität wurden Patientinnen ausgewählt, die wegen ihrer chronischen Essstörung stationär in Behandlung sind. Dabei konnte die Leitung der Ananke-Klinik in Freyung für die Teilnahme gewonnen werden. Die Ananke-Klinik¹⁵ ist als psychosomatische Einrichtung u.a. auf die Behandlung von Essstörungen spezialisiert. Der Vorteil dieses Test-Settings besteht darin, dass die Variable ‚Essstörung‘ bereits wissenschaftlich fundiert bestimmt wurde. Die Diagnose erfolgt in der Ananke-Klinik u.a. mit Hilfe des SIAB-S sowie dem psychopathologischen Befund. Damit ist die Gefahr der Verzerrung durch eine fehlerhafte Selbsteinschätzung einer möglichen Essstörung durch die Patientinnen so weit wie möglich ausgeschlossen. Eine Abweichung des Eigen- vom Fremdbilds hinsichtlich der Störung kann dennoch berücksichtigt werden, da die Art der Störung im IdE-Test abgefragt wird. Dieses Setting ermöglicht eine vali-

¹⁵ Vgl. [Ananke | Wir sind spezialisiert auf Essstörungen, Depressionen, Spielsucht und generelle psychosomatische Störungen. \(psychosomatik-freyung.de\)](https://www.psychosomatik-freyung.de/)

de Einteilung der Fragebogen-Ergebnisse der Teilnehmerinnen entsprechend der klinischen Diagnosen.

Da sich *Identität durch Essstörung* als zumindest Projektbezogenes stabiles Konstrukt mit einer Passung von außen und innen sowie einer Kohärenz der Werte und des Lebenssinns herausbilden muss, bedarf es Zeit. D. h., wenn man davon ausgeht, dass die Essstörung zur Identitätsbildung beiträgt, muss die Krankheit ebenfalls über einen längeren Zeitraum vorherrschend sein. Deshalb bietet es sich an, Patientinnen einzubeziehen, die wegen ihrer chronischen Essstörung in stationärer Behandlung sind. Auch die Untersuchung der Identitätsdiffusion von Essstörungspatientinnen ist auf einen verlässlichen, diagnostischen Prozess im Vorfeld angewiesen.

Um die Ergebnisse der beiden Tests (AIDA 19+, IdE-Fragebogen) zu vergleichen, muss sichergestellt werden, dass dieselbe Personengruppe beide Fragebögen ausfüllt. Das lässt sich im stationären Setting leichter gewährleisten und sichert die Zuordnung der Ergebnisse zu den jeweiligen Personen und auch zu den Diagnosen der Ananke-Klinik. Da eine Verzerrung des Antwortverhaltens z.B. durch den Fehler der „sozialen Erwünschtheit“ (Moosbrugger und Kelava 2008, S. 59) verhindert werden soll, ist eine Anonymisierung vorgesehen. Dafür wird seitens der Klinik jedem AIDA-Fragebogen ein Namenskürzel zugewiesen und diese dann von einem angestellten Psychotherapeuten gezielt verteilt, nachdem der Autor dieser Arbeit den Raum verlassen hat. An die Teilnehmerinnen ergeht zudem die Bitte, das Kürzel auch zur Identifizierung im Online-Fragebogen zu verwenden, dessen Internet-Adresse an den AIDA-Fragebogen angeheftet wurde. Der Kollege der Ananke-Klinik hat im Vorfeld den Namenskürzeln die offizielle Diagnose zugewiesen und später dem Autor dieser Arbeit die Liste übergeben (siehe Anhang *Anlage 4 Zuweisungsliste der Diagnosen*). So ist für die Teilnehmerinnen sichergestellt, dass ihre Antworten anonym bleiben, und es ist damit Raum für eine ehrliche Beantwortung geschaffen.

Im Rahmen des Behandlungskonzepts von Essstörungen der Ananke-Klinik findet nach jeder Mahlzeit eine sogenannte Phasetisch-Stunde statt. Während dieser Zeit von ca. 45 Minuten sind die Patientinnen gemeinsam in einem Raum unter Beaufsichtigung, um kompensatorisches Verhalten zur Nahrungsaufnah-

me zu verhindern. In dieses Setting wird der Autor dieser Arbeit eingeladen, um das Forschungsprojekt kurz vorzustellen und die Rahmenbedingungen zu erklären. Die Testteilnahme erfolgt freiwillig, und es kann auf Grund der Anonymisierung nicht überprüft werden, wer teilgenommen hat und wer nicht. Wie oben beschrieben wird den Patientinnen der AIDA 19+ ausgehändigt mit der Bitte diesen bei Interesse in den nächsten Tagen auszufüllen und ins Fach des Psychotherapeuten zu legen. Außerdem wird auf den angehefteten Zettel mit der Internet-Adresse des IdE-Fragebogens verwiesen, auf dem ebenfalls das jeweilige Namenskürzel vermerkt ist. Da es keine Verständnisfragen gibt, kündigt der Autor dieser Arbeit an, für weitergehende Informationen wie die Hypothesen seiner Arbeit in der nächsten Woche wieder in der Phasetisch-Stunde zur Verfügung zu stehen. Da nach eigenen Angaben alle Patientinnen über ein Smartphone verfügen, steht einer Teilnahme technisch nichts im Weg. Der Autor dieser Arbeit verlässt den Raum, bevor die Zettel verteilt werden.

Als Limitation muss eingeräumt werden, dass bei dieser Versuchsanordnung nur eine geringe Teilnehmerinnen-Zahl erzielt werden kann. Zudem ist die Gefahr von Verwechslungen bei der Zuordnung der Namenskürzel gegeben. Hinzu kommt, dass die Kapazitäten in der Ananke-Klinik wegen der anhaltenden Maßnahmen zur Bekämpfung der Corona-Pandemie nur zur Hälfte genutzt werden können. Deshalb befinden sich dort zur Zeit der Erhebung 14 Essstörungspatientinnen in stationärer Behandlung. Davon füllen zwölf Personen den AIDA 19+ aus und nehmen auch an der Online-Umfrage teil (Stichprobe $n=12$). Ein Abgleich der Kürzel ergibt, dass es sich um dieselben Teilnehmenden handelt.

Bei der Phasetisch-Stunde in der darauffolgenden Woche bedankt sich der Autor dieser Arbeit für die rege Teilnahme und stellt kurz die Hintergründe und die Hypothesen der Studie vor. Drei Patientinnen haben zudem per Mail darum gebeten, auch über die Ergebnisse der Thesis informiert zu werden.

3.6. Datenaufbereitung für die Datenanalyse

Für die aussagekräftige Auswertung der Ergebnisse werden die Datensätze auf ihre Vollständigkeit hin überprüft. Es muss kein Datensatz ausgemustert werden. Alle Datensätze sowohl des AIDA 19+ als auch des IdE-Fragebogens weisen die vereinbarten Kürzel auf, so dass eine Zuordnung der klinischen Diagnosen und eine Gegenüberstellung der Ergebnisse der zwei Tests möglich ist. Bei vier AIDA 19+ Fragebögen ist jeweils ein Item nicht beantwortet; auf Grund der vorgegebenen Auswertungssyntax der Entwicklerinnen werden die fehlenden Antworten durch den individuellen Mittelwert ersetzt (Goth und Schneck 2018, S. 8). Alle Items des IdE-Fragebogens sind beantwortet und verwendbar.

Die Angaben des AIDA 19+ als Paper-and-Pencil-Test werden mit Hilfe der zur Verfügung gestellten Schablonen in SPSS¹⁶ übertragen. Dabei werden zuerst die Antworten als Ziffern in die Variablen-Felder eingefügt und um die Diagnose ergänzt, die durch die Psychologen der Ananke-Klinik vergeben worden sind. Dabei werden die Kodierungen F50.00 (Anorexie ohne aktive Gegenmaßnahmen), F50.1 (atypische AN) unter der Bezeichnung *anorektisch* zusammengefasst; die Kodierungen F50.2 (BN), F50.3 (atypische BN) und der AN-Sonderfall F50.01 „mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführung etc. u.U. in Verbindung mit Heißhungerattacken)“ (Dilling et al. 2015, S. 246) werden unter der Bezeichnung *bulimisch* subsummiert. Ein Datensatz (A3) hat als Hauptkodierung F50.1 mit der Nebenkodierung F50.2. Dieser wird unter *anorektisch* geführt, bestätigt aber die Fluidität der Diagnose von Essstörungen.

Auf die Daten des AIDA 19+ wird dann die von den Testentwicklerinnen zur Verfügung gestellte Auswertungssyntax angewandt. Die Roh-Werte und T-Werte für das Maß an *Identitätsdiffusion*, der Skalen *Diskontinuität* und *Inkohä-*

¹⁶ Als Auswertungstool wird von SRH Fernhochschule die Statistik-Software SPSS von IBM in der Version 27 zur Verfügung gestellt.

renz sowie der Subskalen werden automatisch im Datenset angezeigt, so dass damit auch weitere Auswertungen gefahren werden können.

Die Ergebnisse des IdE-Fragebogens werden aus Unipark direkt in SPSS übernommen. Auch hier werden die klinischen Diagnosen entsprechend der Regeln für das Einpflegen in den AIDA 19+ als neue Variablen hinzugefügt und weitere Variablen wie der IdE-Wert und die Summenwerte für die vier Dimensionen berechnet. Die Freitext-Passagen im IdE-Fragebogen werden nicht quantitativ ausgewertet, sondern separat beschrieben und ggf. in der Diskussion berücksichtigt.

4. Ergebnisse

Im folgenden Kapitel werden die Ergebnisse gemäß der im Methodenkapitel dargestellten Vorgehensweise beschrieben. Zunächst werden die Teilnehmerinnen nach ihren soziodemografischen Angaben analysiert. Anschließend folgt die deskriptive und inferenzstatistische Analyse der Daten bezüglich der Forschungsfragen. Dabei werden auch interessante Abweichungen und Einzelfragen herausgegriffen und dargestellt.

4.1. Analyse der Teilnehmerinnen

Den AIDA 19+ und den IdE-Fragebogen haben zwölf von insgesamt 14 Essstörungspatientinnen (A8 und A9 fehlen) ausgefüllt. Es handelt sich also um die gleiche Personengruppe von stationär zu behandelnden Patientinnen, die an

den beiden Tests teilgenommen haben. Die Verwendung der Kürzel, um eine Zuordnung zu den offiziellen Diagnosen herstellen zu können, ist eingehalten worden. Im AIDA 19+ haben drei Patientinnen keine Angaben zu Geschlecht und vier nicht zum Alter gemacht. Alle Fragen des IdE-Fragebogens sind jedoch vollständig beantwortet worden, so dass für die Ermittlung der soziodemografischen Angaben auf die Datensätze des IdE zurückgegriffen wird. Die durchschnittliche Bearbeitungszeit für den IdE-Fragebogen betrug sechs Minuten zehn Sekunden, bei einer Beendigungsquote von 100 Prozent.

Die Geschlechterverteilung belief sich auf elf weibliche Teilnehmerinnen und einen männlichen Teilnehmer. Das Alter lag zwischen 21 und 39 Jahren mit einem Mittelwert von 26,6 Jahren. Die Standardabweichung (SD) betrug 6,5 Jahre.

Statistiken		
Alter		
N	Gültig	12
	Fehlend	0
Mittelwert		26,58
Std.-Abweichung		6,473
Minimum		21
Maximum		39

Abbildung 5 Häufigkeit Alter (Quelle: SPSS-Auszug)

Entsprechend der Diagnosen der Ananke-Klinik weisen vier Patientinnen bulimische Merkmale, acht Patientinnen anorektische Merkmale auf (siehe Abschnitt 3.6.). Die genaue Aufteilung der Kodierungen nach ICD 10 kann der folgenden Abbildung entnommen werden.

Hauptdiagnose ICD-Code					
		Häufigkeit	Prozent	Gültige Prozente	Kumulierte Prozente
Gültig	50.00	6	50,0	50,0	50,0
	50.01	1	8,3	8,3	58,3
	50.1	2	16,7	16,7	75,0
	50.2	2	16,7	16,7	91,7
	50.3	1	8,3	8,3	100,0
	Gesamt	12	100,0	100,0	

Abbildung 6 Häufigkeit der ICD-10 Kodierungen (Quelle: SPSS-Auszug)

Sechs Patientinnen sind an einer klassischen AN (F50.00) erkrankt und zwei an einer klassischen BN (F50.2). In Abweichung zu den offiziellen Diagnosen hat eine AN-Patientin (A2) im IdE-Fragebogen angegeben an Orthorexie zu leiden und eine Patientin (B3) hat sich selbst als BN (F50.2) eingestuft im Gegensatz zur offiziellen Diagnose einer atypischen AN (F50.1) mit Nebendiagnose BN (F50.2). Dieser Datensatz wird unter Abschnitt 4.3.5. noch einmal gesondert betrachtet.

Nur eine Patientin gab im IdE-Fragebogen an, keine sozialen Medien zu benutzen und musste daraufhin die weiteren Fragen nicht mehr beantworten. Die übrigen elf Patientinnen verneinten die Nutzung von besonderen Charakteren und Avataren in den sozialen Medien. Fünf Patientinnen bestätigten, dass sie Influencern folgen und drei gaben dafür auch namentliche Beispiele an. Beim Patienten A1 (einziger männlicher Essstörungspatient) weisen die zahlreichen Influencer wie z.B. *Johannes Luckas*, *junkfoodguru*, *Gannikus Germany* Bezüge zum Thema Essen und Körper auf. Auch die Patientin A5 erwähnt Youtube-Stars, die mit ihren Videos Einfluss auf ihr Körperempfinden nehmen könnten. Patientin A7 listet mit *Byanjushka* und *Jackie_freitag.de* zwei Influencer auf, die konkret ihre Essstörung in Blogs, Bildern und Videos thematisieren.

4.2. Deskriptive und inferenzstatistische Datenanalyse AIDA 19+

Die zwölf Datensätze werden mit der zur Verfügung gestellten Auswertungssyntax des AIDA 19+ bearbeitet. Für die Forschungsfrage dieser Studie interessieren vor allem die T-Werte für die *Identitätsdiffusion* und der Skalen *Diskontinuität* und *Inkohärenz*. Eine Abfrage der Häufigkeit ergibt einen Mittelwert von 70 bei einer SD von 7 für die Identitätsdiffusion. Das Minimum liegt bei 54 und das Maximum bei 80. Die von den Entwicklerinnen des AIDA 19+ erstellte T-Normierung sieht als Range für den Normbereich Werte zwischen 40 und 60 an (Goth und Schmeck 2018, S. 7).

Statistiken				
		AIDA Identitätsdiffu- sion T-Wert	AIDA 1. Identitäts- Diskontinuität - T-Wert	AIDA 2. Identitäts- Inkohärenz - T-Wert
N	Gültig	12	12	12
	Fehlend	0	0	0
Mittelwert		69,83	71,08	66,25
Std.-Abweichung		7,247	8,185	6,468
Minimum		54	55	53
Maximum		80	80	75

Abbildung 7 Häufigkeit T-Werte AIDA 19+ (Quelle: SPSS-Auszug)

Nimmt man als weitere Variable *anorektisch/bulimisch* dazu und vergleicht die Mittelwerte, ergibt sich die in Abbildung 8 dargestellte Verteilung. Dabei ist zu erkennen, dass der Mittelwert für die Patientinnen mit dem Merkmal *bulimisch* geringfügig über dem Mittelwert mit dem Merkmal *anorektisch* liegt. Die SD ist vor allem für die Patientinnen mit dem Merkmal *anorektisch* hoch.

Bericht

AIDA Identitätsdiffusion T-Wert

a/b	Mittelwert	N	Std.- Abweichung
anorektisch	68,38	8	8,297
bulimisch	72,75	4	3,862
Insgesamt	69,83	12	7,247

Abbildung 8 Mittelwertvergleich Identitätsdiffusion zu anorektisch/bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

Um zu überprüfen, ob die Ergebnisse der Stichprobe sich auf die Grundgesamtheit übertragen lassen, wird ein t-Test für den Datensatz Essstörungspatientinnen durchgeführt. So kann die Signifikanz der Mittelwertsunterschiede zwischen *anorektisch/bulimisch* getestet werden. Es handelt sich dabei um ein inferenzstatistisches Vorgehen. Angesichts der geringen Fallzahl von $n=12$ muss zunächst die Normalverteilung der Variable *AIDA 19+ T-Wert Identitätsdiffusion* mit Hilfe des Kolmogorov-Smirnov-Tests überprüft werden. Nach Döring et al. ist dies notwendig, wenn die Stichprobe kleiner als 30 ist (Döring et al. 2016, S. 645). Entsprechend der Hypothesen des Kolmogorov-Smirnov Test ist bei einem Signifikanzwert (Asympt. Sig.) von .200 gerade noch davon auszugehen, dass die Werte normalverteilt sind. D.h. mit 20 Prozent Wahrscheinlichkeit handelt es sich bei der Annahme einer Normalverteilung um einen Fehler.

Kolmogorov-Smirnov-Test bei einer Stichprobe

		AIDA Identitätsdiffu- sion T-Wert
N		12
Parameter der Normalverteilung ^{a,b}	Mittelwert	69,83
	Std.-Abweichung	7,247
Extremste Differenzen	Absolut	,134
	Positiv	,080
	Negativ	-,134
Teststatistik		,134
Asymp. Sig. (2-seitig) ^c		,200 ^d
Monte-Carlo-Signifikanz (2-seitig) ^e	Sig.	,799
	99% Konfidenzintervall	Untergrenze
		Obergrenze
		,789
		,810

- a. Die zu testende Verteilung ist eine Normalverteilung.
 b. Aus den Daten berechnet.
 c. Signifikanzkorrektur nach Lilliefors.
 d. Dies ist eine untere Grenze der echten Signifikanz.
 e. Lilliefors-Methode auf der Basis von 10000 Monte-Carlo-Stichproben mit Startwert 299883525.

Abbildung 9 Überprüfung auf Normalverteilung (Quelle: SPSS-Auszug)

Da das Signifikanzniveau mit .200 nur bedingt wissenschaftlichen Standards genügt, wird die Variable auch mittels Schiefe und Kurtosis geprüft. Das Ergebnis weist ebenfalls daraufhin, dass von einer Normalverteilung dieser Variable ausgegangen werden kann, da der Wert der Schiefe bzw. Kurtosis kleiner ist als das doppelte des Standardfehlers der Schiefe bzw. Kurtosis.

Statistiken

AIDA Identitätsdiffusion T-Wert		
N	Gültig	12
	Fehlend	0
Schiefe		-,707
Standardfehler der Schiefe		,637
Kurtosis		,661
Standardfehler der Kurtosis		1,232

Abbildung 10 Überprüfung auf Normalverteilung durch Schiefe und Kurtosis (Quelle: SPSS-Auszug)

Angesichts der anzunehmenden Normalverteilung für die Variable *T-Wert Identitätsdiffusion* kann nun ein Signifikanztest durchgeführt werden. Da es sich um unabhängige Stichproben (also entweder anorektische oder bulimische Patientinnen) handelt und die abhängige Variable (T-Wert Identitätsdiffusion) intervallskaliert sowie die unabhängige Variable (anorektisch/bulimisch) nominalskaliert ist, kommt ein t-Test in Frage.

Gruppenstatistiken					
	a/b	N	Mittelwert	Standardabweichung	Standardfehler des Mittelwertes
AIDA Identitätsdiffusion T-Wert	anorektisch	8	68,38	8,297	2,933
	bulimisch	4	72,75	3,862	1,931

Test bei unabhängigen Stichproben								
		Levene-Test der Varianzgleichheit		t-Test für die Mittelwertgleichheit				
		F	Sig.	T	df	Sig. (2-seitig)	Mittlere Differenz	Standardfehler der Differenz
AIDA Identitätsdiffusion T-Wert	Varianzen sind gleich	1,456	,255	-,984	10	,348	-4,375	4,444
	Varianzen sind nicht gleich			-1,246	10,000	,241	-4,375	3,512

Abbildung 11 t-Test für Identitätsdiffusion zu anorektisch/bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

Mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben wurde die Hypothese überprüft, dass anorektische und bulimische Patientinnen sich hinsichtlich ihres T-Werts der Identitätsdiffusion unterscheiden, und dieser Unterschied statistisch signifikant ist. Der Test auf Varianzgleichheit nach Levene ergab einen F-Wert von 1,5 ($p > .05$). Es kann daher von Varianzgleichheit ausgegangen werden und es kann der entsprechende Wert in der Ausgabe-Zeile von SPSS (Abbildung 11) herangezogen werden. Der t-Test auf Gruppendifferenzen ergibt einen T-Wert von minus 0,984, allerdings bei einer Signifikanz, die deutlich über dem üblichen Signifikanzniveau von .05 liegt. Deshalb muss bezogen auf die Grundgesamtheit die sogenannte Null-Hypothese beibehalten werden: anorektische und bulimische Patientinnen unterscheiden sich nicht hinsichtlich ihrer Identitätsdiffusion. Mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 35 Prozent handelt es sich bei der Verteilung der Stichprobe von zwölf Essstörungspatientinnen um ein zufälliges Ergebnis.

Vor diesem Hintergrund werden im weiteren Verlauf dieser Studie die Ergebnisse nur für die konkrete Gruppe von Essstörungspatientinnen in der Ananklinik formuliert. Zur besseren Übersicht sind die Namenskürzel, Diagnosen und T-Werte für die Identitätsdiffusion noch einmal in einer Tabelle zusammengestellt.

Tabelle 4 Übersicht des AIDA 19+ hierarchisch geordnet nach anorektisch/bulimisch und den T-Werten zur Identitätsdiffusion (Quelle: eigene Darstellung)

name	diagn_haup	diagn_nebe	diagn_text	Bemerkungen	miss_aida	AIDA19_Diffusion_t
B2	50.00	33.1		anorektisch	0	54
A5	50.00			anorektisch	1	64
A1	50.00			anorektisch	0	64
A2	50.00			anorektisch	1	67
A3	50.1	50.2	43.1 und 33.1	anorektisch	1	69
A4	50.00	33.1		anorektisch	0	71
B3	50.1	32.1	60.31	anorektisch	0	78
B5	50.00			anorektisch	1	80
A6	50.2	50.01	32.1 und 10.1	bulimisch	0	67
B4	50.2	33.1	60.31 und 10.1	bulimisch	0	74
A7	50.01	43.1		bulimisch	0	75
B1	50.3	32.1		bulimisch	0	75

4.3. Deskriptive und inferenzstatistische Datenanalyse IdE-Fragebogen

In der deskriptiven Analyse wird das Datenmaterial des IdE-Fragebogens verdichtet und entsprechend der vier separaten Themenbereiche analysiert, die zusammen das latente Konstrukt IdE erschließen sollen. Dabei handelt es sich um die Dimensionen ‚Gruppenzugehörigkeit‘, ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘, ‚Kontinuität‘ und ‚Kohärenz‘. In der inferenzstatistischen Datenanalyse werden u.a. Signifikanzen und Zusammenhänge untersucht. Dabei kommen als Verfahren die lineare Regression und die Reliabilitätsanalyse für die Variablen jeder Dimension zum Einsatz.

4.3.1. Gruppenzugehörigkeit

Die vier Items zur Bestimmung der Gruppenzugehörigkeit von Essstörungspatientinnen basieren auf dem SIM (siehe Abschnitt 3.2.2.) und gehen der Frage nach, ob und wie sich die Teilnehmerinnen als Gruppenmitglieder der ‚Menschen mit Essstörungen‘ fühlen bzw. verhalten. Außerdem wird die neue Variable ‚Dimension_Gruppe‘ berechnet, die sich aus der Summe der Antwortwerte der vier Variablen (Denken, Solidarität, Teil der Identität, Selbstbild) geteilt durch 4 ergibt. Die Angaben für Minimum und Maximum sind bei den Dimensionsvariablen nicht aussagekräftig und werden meist weggelassen. Ein Blick auf die Häufigkeit der vier Items der Dimension Gruppenzugehörigkeit verrät, dass nicht die ganze Skalenbreite von 1 bis 5 genutzt wird. Die Mittelwerte von 3,42 bis 4,25 ergeben grundsätzlich eine hohe Zustimmung bei einer SD von 0,72 bis 1,16. Kein Datensatz muss aussortiert werden, da alle Fragen beantwortet wurden.

Statistiken						
		Denken	Solidarität	Teil der Identität	Selbstbild	Dimension_Gruppe
N	Gültig	12	12	12	12	12
	Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		4,25	4,17	3,83	3,42	3,92
Std.-Abweichung		,866	,835	,718	1,165	,685
Minimum		2	3	3	2	3
Maximum		5	5	5	5	5

Abbildung 12 Häufigkeit Gruppenzugehörigkeit (Quelle: SPSS-Auszug)

Als nächstes wird inferenzstatistisch überprüft, ob sich die Gruppenzugehörigkeit aus den Einzelfragen ableiten lässt. Da die vier Items intervallskaliert sind, erfolgt die Berechnungen mittels der linearen Regressionsanalyse. Als übliches Signifikanzniveau wird .05 angenommen. Aus der Berechnung geht hervor, dass R^2 einen Wert von .629 aufweist. D.h. 63% der Varianz der Kriteriumsvari-

able (Teil der Identität) einschließlich kann durch die Prädiktoren (Selbstbild, Solidarität, Denken) erklärt werden. Da die Signifikanz von F (4,5) bei starken .039 liegt, können die Prädiktoren zur Schätzung des Globalwerts herangezogen werden. Die Beta-Gewichtung unter der Rubrik Koeffizienten in Abbildung 13 zeigt, dass der Prädiktor *Selbstbild* mit .696 den größten Einfluss bezüglich der Vorhersage des Globalwertes hat.

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,793 ^a	,629	,489	,513

a. Einflußvariablen : (Konstante), Denken, Solidarität, Selbstbild

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	3,562	3	1,187	4,512	,039 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	2,105	8	,263		
	Gesamt	5,667	11			

a. Abhängige Variable: Teil der Identität

b. Einflußvariablen : (Konstante), Denken, Solidarität, Selbstbild

Koeffizienten^a

Modell		Nicht standardisierte Koeffizienten		Standardisierte Koeffizienten	T	Sig.
		Regressionskoeffizient B	Std.-Fehler	Beta		
1	(Konstante)	1,302	,926		1,406	,197
	Solidarität	,226	,209	,262	1,080	,312
	Selbstbild	,429	,157	,696	2,730	,026
	Denken	,029	,234	,036	,126	,903

a. Abhängige Variable: Teil der Identität

Abbildung 13 lineare Regression Gruppenzugehörigkeit (Quelle: SPSS-Auszug)

Außerdem wird eine Reliabilitätsanalyse durchgeführt, um die interne Konsistenz bzw. Reliabilität der Skala zu messen. Dabei wird Cronbachs α herangezogen. Nach Bortz und Döring ist es sinnvoll, die interne Konsistenz für jede Subskala über einen Cronbachs α -Koeffizienten zu bestimmen (Döring et al. 2016, S. 469). Üblicherweise sind Werte über .80 anzustreben, ein Wert ab .70 gilt aber schon als akzeptabel. Für die Reliabilitätsanalyse müssen alle Items in die gleiche Richtung gepolt sein; d.h. hohe Werte stehen in diesem Fall für eine hohe Gruppenzugehörigkeit.

Zusammenfassung der Fallverarbeitung

		N	%
Fälle	Gültig	12	100,0
	Ausgeschlossen ^a	0	,0
	Gesamt	12	100,0

a. Listenweise Löschung auf der Grundlage aller Variablen in der Prozedur.

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,745	4

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Denken	11,42	4,447	,635	,634
Solidarität	11,50	5,545	,324	,791
Teil der Identität	11,83	4,697	,740	,605
Selbstbild	12,25	3,659	,561	,696

Abbildung 14 Reliabilitätsanalyse Gruppenzugehörigkeit (Quelle: SPSS-Auszug)

Cronbachs α liegt bei .745 und damit bei einem sehr guten Wert. Alle Trennschärfe-Werte (*Korrigierte Item-Skala-Korrelation*) der vier Items liegen über .30 und weisen damit gute Trennschärfen auf. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die vier Items die Dimension ‚Gruppenzugehörigkeit von Essstörungspatientinnen‘ mit 63 Prozent gut vorhersagen sowie mit .039 stark signifikant sind. Cronbachs α ergibt mit .745 einen reliablen Wert. Der Mittelwert (Dimension_Gruppe) der zwölf Teilnehmerinnen mit 3,92 lässt eine deutliche Tendenz erkennen, sich der Gruppe ‚Menschen mit Essstörungen‘ zugehörig zu fühlen. Dabei ist die Zustimmung seitens der bulimischen Patientinnen mit einem Mittelwert von 4,31 höher als die der anorektischen Patientinnen mit einem Mittelwert von 3,72 (immer bezogen auf die Skala von 1 ‚keine Zustimmung‘ bis 5 ‚volle Zustimmung‘).

Bericht

Dimension_Gruppe			
a/b	Mittelwert	N	Std.- Abweichung
anorektisch	3,72	8	,725
bulimisch	4,31	4	,427
Insgesamt	3,92	12	,685

Abbildung 15 Mittelwertvergleich Dimension ‚Gruppenzugehörigkeit‘ zu anorektisch/bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

Die Analyse der weiteren Dimensionen des IdE-Fragebogens wird nach dem gleichen Prozedere durchgeführt. Deshalb werden im Folgenden nur noch die Ergebnisse und interessante Abweichungen aufgelistet.

4.3.2. Sinnhaftigkeit des Lebens

Für die vier Items der Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘ ergeben sich Mittelwerte im Bereich von 2,33 bis 3,58. Dabei wird die Skala von 1 bis 5 mit Ausnahme des Items ‚Passung‘ vollständig ausgenutzt. Außerdem wird die Variable ‚Dimension_Sinnhaftigkeit‘ aus den Variablen Schicksalsschläge, Aufmerksamkeit, Selbstwirksamkeit und Passung berechnet. Kein Datensatz muss wegen fehlender Antworten ausgesondert oder umgepolt werden. R^2 beträgt .619 bei einer Signifikanz von .043. Damit kann die 62prozentige Varianzaufklärung als signifikant gewertet werden. Cronbachs α beträgt .537 und ist damit nicht ausreichend. Eliminiert man das Item ‚Passung‘ aus der Reliabilitätsanalyse, erhöht sich Cronbachs α auf .66. Der Ausschluss erscheint auch deshalb sinnvoll, weil die Trennschärfe für dieses Item deutlich unter .30 liegt. Auch das Item ‚Selbstwirksamkeit‘ weist nur eine Trennschärfe von .247 auf. Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die Items eine signifikante Varianzaufklärung von 62 Prozent ermöglichen. Allerdings erfordert Cronbachs α eine Reduktion der Items, damit ein Wert von .66 erreicht wird, der als noch akzeptabel einzustufen ist. Für die weitere Verarbeitung wird deshalb die neue Variable ‚Sinnhaftigkeit_II‘ mit nur drei Items: Schicksalsschläge, Aufmerksamkeit, Selbstwirksamkeit berechnet und bei weiteren Untersuchungen eingesetzt. Die Variable ‚Sinnhaftigkeit_II‘ weist einen Mittelwert von 3,39 bei einer SD von 1 auf, so dass eher von einer Zustimmung der Teilnehmerinnen zur Sinnhaftigkeit (des Lebens mit Essstörung) ausgegangen werden kann.

Statistiken						
		Schicksalsschläge	Aufmerksamkeit	Selbstwirksamkeit	Passung	Dimension_Sinnhaftigkeit
N	Gültig	12	12	12	12	12
	Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		3,58	3,50	3,08	2,33	3,13
Std.-Abweichung		1,311	1,446	1,165	,985	,801
Minimum		1	1	1	1	2
Maximum		5	5	5	4	5

Abbildung 16 Häufigkeit Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘ (Quelle: SPSS-Auszug)

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,787 ^a	,619	,477	1,046

a. Einflußvariablen : (Konstante), Schicksalsschläge, Selbstwirksamkeit, Passung

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	14,244	3	4,748	4,338	,043 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	8,756	8	1,094		
	Gesamt	23,000	11			

a. Abhängige Variable: Aufmerksamkeit

b. Einflußvariablen : (Konstante), Schicksalsschläge, Selbstwirksamkeit, Passung

Abbildung 17 lineare Regressionsanalyse Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘ (Quelle: SPSS-Auszug)

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,537	4

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Schicksalsschläge	8,92	5,356	,527	,263
Aufmerksamkeit	9,00	4,727	,549	,216
Selbstwirksamkeit	9,42	7,356	,247	,525
Passung	10,17	9,242	,010	,661

Abbildung 18 Reliabilitätsanalyse Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘ (Quelle: SPSS-Auszug)

4.3.3. Kontinuität

Für die Dimension ‚Kontinuität‘ werden vier Items ausgewertet. Kein Datensatz muss wegen fehlender Antworten ausgesondert werden. Die Häufigkeitstabelle weist große Schwankungen für die einzelnen Items auf. Die Skala wird bei den Antworten voll ausgeschöpft. Auch hier wird die Variable ‚Dimension_Kontinuität‘ aus der Summe der dazugehörigen Variablen (Früher, Zukunft, Gegenwart, ich-syn/dyston) berechnet. Dabei ergibt sich ein Mittelwert von 3,38. Es fällt auf, dass der Mittelwert des Items ‚Zukunft‘ („So wie ich seit Beginn meiner Essstörung bin, kann ich mir vorstellen, wie ich in ein paar Jahren sein werde“) sich deutlich von den anderen unterscheidet. Im Durchschnitt stimmen die Patientinnen der Stichprobe diesem Item eher nicht zu.

		Statistiken				
		Früher	Zukunft	Gegenwart	ich-syn/dyston	Dimension_Kontinuität
N	Gültig	12	12	12	12	12
	Fehlend	0	0	0	0	0
Mittelwert		3,83	2,00	4,17	3,50	3,38
Std.-Abweichung		,937	,953	,718	1,168	,589
Minimum		2	1	3	1	2
Maximum		5	4	5	5	4

Abbildung 19 Häufigkeit ‚Kontinuität‘ (Quelle: SPSS-Auszug)

Die Aufklärungsvarianz der Items für die Dimension ‚Kontinuität‘ beträgt lediglich 42,5 Prozent und ist mit .197 nicht signifikant. Auch die Durchführung der ‚linearen Regression: Methode rückwärts‘ ergibt kein brauchbares Ergebnis. Die Fragen sind also teilweise nicht passend ausgewählt, um die Dimension ‚Kontinuität‘ zu erfassen. Die Reliabilitätsanalyse ergibt ein Cronbachs α von nur .452. Der Wert steigt geringfügig auf .513 an, wenn das Item ‚Gegenwart‘ weggelassen wird. Allein die Trennschärfe für die Variablen ‚Zukunft‘ und ‚ich-syn/dyston‘ sind mit über .30 akzeptabel.

Modellzusammenfassung^b

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,652 ^a	,425	,210	1,038

a. Einflußvariablen : (Konstante), Früher, Zukunft, Gegenwart

b. Abhängige Variable: ich-syn/dyston

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	6,380	3	2,127	1,973	,197 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	8,620	8	1,078		
	Gesamt	15,000	11			

a. Abhängige Variable: ich-syn/dyston

b. Einflußvariablen : (Konstante), Früher, Zukunft, Gegenwart

Abbildung 20 lineare Regression Dimension 'Kontinuität' (Quelle: SPSS-Auszug)

Reliabilitätsstatistiken	
Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,452	4

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Früher	9,67	4,061	,160	,470
Zukunft	11,50	3,545	,304	,333
Gegenwart	9,33	4,788	,077	,513
ich-syn/dyston	10,00	2,364	,506	,038

Abbildung 21 Reliabilitätsanalyse Dimension 'Kontinuität' (Quelle: SPSS-Auszug)

Es lässt sich festhalten, dass die Dimension ‚Kontinuität‘ nicht im signifikanten Maß aus den Variablen vorhergesagt werden kann. Auch die Skalenreliabilität ist nicht ausreichend. Für die weitere Verarbeitung wird trotz der Einschränkungen auf die verkürzte Version der Dimension ‚Kontinuität_II‘ mit drei Items (früher, Zukunft, ich-syn/dyston) zurückgegriffen, da diese immerhin einen Wert von .513 für Cronbachs α aufweisen. Für diese Variable wird auch ein Summenwert berechnet.

4.3.4. Kohärenz

Sechs Items werden herangezogen, um die Dimension ‚Kohärenz‘ zu untersuchen. Alle Fragen sind vollständig beantwortet worden. Deshalb muss kein Datensatz aussortiert werden. Die Abfrage der Häufigkeit ergibt Mittelwerte zwischen 2,42 und 3,75 bei einer SD von bis zu 1,1. Die Skalenbreite wird weitgehend ausgeschöpft. Der Mittelwert der errechneten Variable ‚Dimension_Kohärenz‘ (Summe der sechs Items) beträgt 2,93.

		Statistiken						
		Innere Stimme	Autonomie	Autonomie Selbst	Kontrolle	Kontrolle Außen	Blick auf andere	Dimension_Kohärenz
N	Gültig	12	12	12	12	12	12	12
	Fehlend	0	0	0	0	0	0	0
Mittelwert		2,50	3,75	2,42	2,75	2,75	3,42	2,93
Std.-Abweichung		1,000	,965	1,084	,866	,965	,996	,386
Minimum		1	2	1	2	1	2	2
Maximum		5	5	5	4	4	5	4

Abbildung 22 Häufigkeit Dimension 'Kohärenz' (Quelle: SPSS-Auszug)

Die sechs Items haben eine Varianz von .83 (R^2) bei der Annahme der Variable ‚Kontrolle‘ als Kriteriumsvariable und die anderen fünf als Prädiktoren. Damit

können 83 Prozent der Varianz signifikant aufgeklärt werden. Denn die Signifikanz liegt mit .026 unter den geforderten .05.

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,911 ^a	,830	,689	,483

a. Einflußvariablen : (Konstante), Innere Stimme, Blick auf andere, Autonomie, Kontrolle Außen, Autonomie Selbst

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	6,851	5	1,370	5,878	,026 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	1,399	6	,233		
	Gesamt	8,250	11			

a. Abhängige Variable: Kontrolle

b. Einflußvariablen : (Konstante), Innere Stimme, Blick auf andere, Autonomie, Kontrolle Außen, Autonomie Selbst

Abbildung 23 lineare Regression Dimension 'Kohärenz' (Quelle: SPSS-Auszug)

Die Reliabilitätsanalyse der sechs Items ergibt keinen akzeptablen Wert, da Cronbachs α negativ ist. Eine Faktorenanalyse ist angesichts der geringen Fallzahl nicht möglich. Auch ein Umpolen der Items ergibt keinen brauchbaren Wert. Es muss davon ausgegangen werden, dass die Items nicht dasselbe messen, die Skala also nicht reliabel ist. Deshalb werden die Items ‚Autonomie‘, ‚Kontrolle‘ und ‚Kontrolle Außen‘ herausgenommen und dafür das Item ‚Passung‘ hinzugefügt. Denn mit der Frage: „mir fällt es leicht das, was die Leute über mich denken, mit meinem eigenen Bild von mir in Einklang zu bringen“ lässt sich bei Zustimmung auch auf eine hohe Kohärenz des IdE Wertes der Teilnehmerinnen schließen. Außerdem wird die Variable ‚Blick auf andere‘ umgepolt, so dass die Ablehnung der Aussage: „ich habe mich schon oft in Menschen getäuscht, weil ich dachte, sie wären ganz anders, als sie dann waren“ auf ein hohes Maß an IdE hinweist. Auch unter diesen Bedingungen erreicht Cronbachs α nur einen Wert von .463 bei einer Trennschärfe von zwei Items unter .30, so dass eine weitere Reduktion der Items eine Option darstellt.

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,463	4

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Blick umgepolt	7,25	4,932	,092	,544
Innere Stimme	7,33	4,788	,125	,517
Autonomie Selbst	7,42	3,174	,514	,100
Passung	7,50	3,909	,374	,285

Abbildung 24 Reliabilitätsanalyse Dimension ‚Kohärenz_verändert‘ (Quelle: SPSS-Auszug)

Werden für die Untersuchung der Dimension nur die beiden Items ‚Passung‘ und ‚Innere Stimme‘ verwandt, erzielt man für Cronbachs α einen sehr guten Wert von .77.

Reliabilitätsstatistiken

Cronbachs Alpha	Anzahl der Items
,771	2

Item-Skala-Statistiken

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Skalenvarianz, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
Innere Stimme	2,42	1,174	,629	.
Autonomie Selbst	2,50	1,000	,629	.

Abbildung 25 Reliabilitätsanalyse Dimension ‚Kohärenz_II‘ (Quelle: SPSS-Auszug)

Da es sich nur noch um zwei Items handelt, die die Dimension Kohärenz II erklären, wird zur Sicherheit auch eine Berechnung nach Pearson durchgeführt. Diese ergibt eine hohe Korrelation von $r=.629$ bei einer Signifikanz von .028. D.h. die Alternativhypothese kann angenommen werden: die beiden Variablen hängen stark signifikant zusammen.

Korrelationen

		Innere Stimme	Autonomie Selbst
Innere Stimme	Pearson-Korrelation	1	,629 [*]
	Sig. (2-seitig)		,028
	N	12	12
Autonomie Selbst	Pearson-Korrelation	,629 [*]	1
	Sig. (2-seitig)	,028	
	N	12	12

*. Die Korrelation ist auf dem Niveau von 0,05 (2-seitig) signifikant.

Abbildung 26 bivariate Korrelation nach Pearson für Dimension ‚Kohärenz_II‘ (Quelle: SPSS-Auszug)

Im weiteren Verlauf der Arbeit wird deshalb mit der auf zwei Items (innere Stimme, Autonomie selbst) verkürzten Dimension ‚Kohärenz_II‘ weitergearbeitet, da diese eine hohe Korrelation und eine gutes Cronbachs α aufweist. Der Mittelwert liegt bei 2.46 bei einer SD von .94.

4.3.5. Zusätzliche Ergebnisse

Für die Analyse des möglichen Zusammenhangs zwischen Identität und Essstörung könnte das Erleben der Krankheit als ich-synton – also zur Person ge-

hörig – ein wichtiger Hinweis sein. Das Item ‚ich-syn/dyston‘ mit der Frage: „ich erlebe die Essstörung als zu mir gehörig und nicht als etwas von außen Kom-mendes“ wird deshalb gesondert auf seine Häufigkeit untersucht. Der Mittelwert liegt mit 3,5 deutlich im Bereich *Zustimmung* allerdings bei einer SD von 1,17, da die Skalenbreite von den Teilnehmerinnen vollständig ausgenutzt wird. Zur Unterscheidung zwischen *bulimisch/anorektisch* wird ein Mittelwert-Vergleich erstellt, der mit 3,38 für die *anorektische* Gruppe und 3,75 für die *bulimische* Gruppe keinen großen Unterschied offenlegt.

Bericht

ich-syn/dyston

a/b	Mittelwert	N	Std.- Abweichung
anorektisch	3,38	8	1,302
bulimisch	3,75	4	,957
Insgesamt	3,50	12	1,168

Abbildung 27 Mittelwertvergleich Item 'ich-syn/dyston' zu anorektisch/bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

Im Rahmen der Fragen zur Dimension ‚Gruppenzugehörigkeit‘ geht ein Item (Teil der Identität) direkt auf die Verbindung Identität und Essstörung ein: „die Tatsache, dass ich eine Essstörung habe, ist ein Teil meiner Identität“. Die Analyse der Häufigkeit ergibt, dass keine der Teilnehmerinnen dem *überhaupt* oder *eher nicht zustimmen*. Die Zustimmung ist also insgesamt hoch, so dass der Mittelwert 3,78 beträgt bei einer kleinen SD von 0,718. Aus der Kreuztabelle (Abbildung 28) ist zu entnehmen, dass sowohl drei bulimische wie anorektische Patientinnen dieser Aussage *eher* und jeweils *eine voll und ganz zustimmen*. Bulimische Patientinnen sind sich also ziemlich sicher, dass die Essstörung einen Teil ihrer Persönlichkeit ausmacht.

Teil der Identität * a/b Kreuztabelle

Anzahl		a/b		Gesamt
		anorektisch	bulimisch	
Teil der Identität	stimme teil zu/teils nicht zu	4	0	4
	stimme eher zu	3	3	6
	stimme voll und ganz zu	1	1	2
Gesamt		8	4	12

Abbildung 28 Kreuztabelle 'Teil der Identität' zu anorektisch/bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

Ein weiteres Item im Rahmen der Abfrage der Gruppenzugehörigkeit geht auf das *Selbstbild* ein: „eine Essstörung zu haben, ist ein wichtiger Teil dessen, wie ich mich selbst sehe“. Hier fällt die Zustimmung mit einem Mittelwert von 3,42 niedriger aus im Vergleich zur Frage nach der Essstörung als Teil der Identität. Zwei anorektische sowie eine bulimische Patientin stimmen dieser Aussage eher nicht zu.

Selbstbild * a/b Kreuztabelle

Anzahl		a/b		Gesamt
		anorektisch	bulimisch	
Selbstbild	stimme eher nicht zu	2	1	3
	stimme teils zu/teils nicht zu	4	0	4
	stimme eher zu	1	1	2
	stimme voll und ganz zu	1	2	3
Gesamt		8	4	12

Abbildung 29 Kreuztabelle Selbstbild zu anorektisch/bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

4.4. Darstellung von Zusammenhängen

Im Folgenden werden die Korrelationen zwischen den vier Dimensionen (Gruppenzugehörigkeit, Sinnhaftigkeit_II, Kontinuität_II, Kohärenz_II) des IdE-Fragebogens untersucht. Da diese intervallskaliert sind, kann eine lineare Regression vorgenommen werden. R^2 ergibt .703 und damit eine Aufklärung der Varianz von 70 Prozent bei einer starken Signifikanz von .017. D.h. es kann davon ausgegangen werden, dass die vier (teilweise veränderten) Dimensionen das latente Konstrukt ‚Identität durch Essstörung‘ gut vorhersagen. Deshalb wird aus der Summe der verwendeten Items der vier Dimensionen die neue Variable ‚IdE_Wert‘ errechnet. Die Kodierung sieht vor, dass ein hoher Wert der Variable auf ein hohes Maß an Identität durch Essstörung hindeutet.

Modellzusammenfassung

Modell	R	R-Quadrat	Korrigiertes R-Quadrat	Standardfehler des Schätzers
1	,839 ^a	,703	,592	,601

a. Einflußvariablen : (Konstante), v16 v17 v19 v20, v21 v22 v23, v_25 v_26 v_34

ANOVA^a

Modell		Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Sig.
1	Regression	6,843	3	2,281	6,322	,017 ^b
	Nicht standardisierte Residuen	2,886	8	,361		
	Gesamt	9,729	11			

a. Abhängige Variable: v28 und v30

b. Einflußvariablen : (Konstante), v16 v17 v19 v20, v21 v22 v23, v_25 v_26 v_34

Abbildung 30 lineare Regression IdE aus den Items der vier Dimensionen (Quelle: SPSS-Auszug)

Für den speziellen Fall der Patientinnen mit Essstörungen in der Ananke-Klinik wird eine Häufigkeitsanalyse durchgeführt. Dabei ergibt sich für den ‚IdE_Wert‘

ein Mittelwert von 40 bei einer SD von 5,8. Das Minimum liegt bei 27, der Maximum-Wert bei 50. Untersucht man die Mittelwerte des IdE entsprechend der Merkmale *anorektisch/bulimisch*, ergibt sich kein nennenswerter Unterschied. Eine Überprüfung auf die Übertragbarkeit auf die Grundgesamtheit in Anlehnung an die Analyse des Identitätsdiffusionswerts (siehe Abschnitt 4.2.) kann entfallen.

Bericht

IdE_Wert aus den vier Dimensionen

a/b	Mittelwert	N	Std.- Abweichung
anorektisch	40,1250	8	6,37938
bulimisch	40,0000	4	5,35413
Insgesamt	40,0833	12	5,80687

Abbildung 31 Mittelwertvergleich IdE-Wert zu anorektisch/bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

Im letzten Schritt werden die IdE-Werte entsprechend der Merkmale *anorektisch/bulimisch* aufsteigend sortiert und dann in die Tabelle eingetragen, die bereits für die T-Werte *Identitätsdiffusion* des AIDA 19+ erstellt wurde. Auf diese Weise können die Werte dieser beiden Testverfahren verglichen werden.

Tabelle 5 Übersicht der Stichprobe bzgl. Identitätsdiffusion-T-Wert und IdE-Wert (Quelle: eigene Darstellung)

Nameskuerzel	Bemerkungen	IdE_Wert	AIDA19_Diffusion_t	AIDA19_Diskontin_t	AIDA19_Inkohär_t
B2	anorektisch	27	54	55	53
A5	anorektisch	39	64	69	59
A1	anorektisch	39	64	67	60
A2	anorektisch	40	67	59	72
A3	anorektisch	41	69	75	63
A4	anorektisch	42	71	69	70
B3	anorektisch	43	78	80	70
B5	anorektisch	50	80	80	70
A6	bulimisch	35	67	68	64
B4	bulimisch	36	74	80	68
A7	bulimisch	43	75	74	75
B1	bulimisch	46	75	77	71

Es zeigt sich eine hohe Übereinstimmung der Rangfolge der Patientinnen hinsichtlich der T-Werte für die Identitätsdiffusion nach AIDA 19+ und dem IdE-Wert des IdE-Fragebogens. Lediglich die Datensätze A7 und B1 weisen bei den Identitätsdiffusionswerten einen gleichen Wert auf, während sich die IdE-Werte unterscheiden. Die Skalen *Diskontinuität* und *Inkohärenz* des AIDA 19+ zeigen im Vergleich zum IdE-Wert in der Rangfolge deutliche Abweichungen.

5. Diskussion

Das fünfte Kapitel beleuchtet die Daten und Datenanalyse dieser empirischen Studie mit Blick auf die Gütekriterien. Dabei werden das eigene Vorgehen sowie die Ergebnisse und die Umsetzung der quantitativen Forschung kritisch reflektiert. Anschließend folgt die Interpretation der Ergebnisse und es werden ggf. Handlungsempfehlungen abgeleitet. Außerdem werden die Hypothesen auf ihre Richtigkeit überprüft und noch einmal aufgelistet.

5.1. Kritische Reflexion des eigenen Vorgehens

In der quantitativen Sozialforschung gilt es, Gütekriterien zu beachten. Nur so können Daten fehlerfrei erhoben, Resultate angemessen interpretiert und die Versuchsanordnung wiederholt werden. Testgütekriterien dienen grundsätzlich dazu, den Anwenderinnen Informationen darüber zu geben, ob es sich bei bestimmten Tests um wissenschaftlich vertretbare Verfahren handelt (Krumm und Schmidt-Atzert 2009, S. 54). Im Folgenden werden konkret die Objektivität, Re-

liabilität und Validität im Hinblick auf diese Studie betrachtet und die Stärken sowie Schwächen dieser Forschungsarbeit beleuchtet.

5.1.1. Objektivität

Mit Objektivität ist u.a. die Unabhängigkeit gemeint, inwieweit das Testergebnis von jeglichen Einflüssen außerhalb der getesteten Person frei ist. Nach Bortz und Döring kann das Gütekriterium der Objektivität in der Regel als erfüllt betrachtet werden, wenn das Testmanual zur Durchführung, Auswertung und Interpretation des Tests präzise Angaben macht und sich die Anwenderinnen bei der Datenerhebung präzise daranhalten (Döring und Bortz 2016, S. 442).

Die Anleitung zum Ausfüllen des AIDA 19+ und des IdE-Onlinefragebogens erfolgten mündlich in einer gemeinsamen Sitzung mit den Teilnehmerinnen, bei der auch Nachfragen möglich waren. Dabei wurden Versuchsleitereffekte (Moosbrugger und Kelava 2008, S. 9) – also die (un)bewusste Beeinflussung der Teilnehmerinnen – so gut wie möglich ausgeschlossen. Außerdem enthalten beide Tests zu Beginn eine Kurzanleitung, die ein Ausfüllen auch ohne vorherige Instruktion möglich macht. Die vier fehlenden Angaben der Teilnehmerinnen beim AIDA 19+ sind nicht wahrscheinlich nicht auf mangelndes Verständnis zurückzuführen, sondern auf inhaltliche Schwierigkeiten bzw. fehlende Antwortmöglichkeiten¹⁷. Die Beendigungsquote von 100 Prozent beim IdE-Fragebogen bei rund sechs Minuten Bearbeitungszeit lassen auf ein gutes Verständnis schließen. Da auch bei der Sitzung mit den Teilnehmerinnen nach dem Ausfüllen keine Verständnisfragen aufgetaucht sind, kann von einer guten

¹⁷ B5 vermerkte z.B. im AIDA 19+ Fragebogen unter Item 40 handschriftlich „noch nie“, weil diese Antwortmöglichkeit nicht vorgegeben war.

Durchführungsobjektivität ausgegangen werden. Die Auswertungsobjektivität ist beim AIDA 19+ angesichts eines guten Manuals sowie der Auswertungssyntax gegeben. Für den IdE-Fragebogen, der sich bei dieser Studie erst in der Erprobung befindet, muss ein entsprechendes Manual noch erarbeitet werden. Da die Ergebnisse in Excel und SPSS vorliegen, kann die Auswertungsobjektivität insgesamt als hoch bewertet werden. Die Ergebnisse dieser Arbeit sind nachvollziehbar dargestellt und überprüfbar. Die Multiple-Choice-Antworten lassen ebenfalls auf eine hohe Auswertungsobjektivität schließen (Moosbrugger und Kelava 2008, S. 10).

Die Interpretationsobjektivität ist aufgrund subjektiver Bewertungen im sozialwissenschaftlichen Bereich nicht immer möglich (Baur und Blasius 2014, S. 425). Da es sich beim IdE-Fragebogen um einen neuen Test handelt, der zudem erst an einer kleinen Stichprobe angewandt worden ist, kann für den IdE-Fragebogen nicht von einer Interpretationsobjektivität ausgegangen werden. Für den AIDA 19+ ist diese angesichts der Normierung und einer breiten wissenschaftlichen Diskussion gegeben.

5.1.2. Reliabilität

Nach Moosbrugger und Kelava ist ein Test „genau dann reliabel (zuverlässig), wenn er das Merkmal, das er misst, exakt, d.h. ohne Messfehler, misst“ (Moosbrugger und Kelava 2008, S. 11). Die Reliabilität eines Tests lässt sich auf verschiedene Weisen berechnen: durch die Stabilität der Ergebnisse bei Wiederholung des Tests (Retest-Reliabilität), durch die Äquivalenz (Gleichwertigkeit) von zwei parallelen Testversionen und durch die Übereinstimmung der Ergebnisse (interne Konsistenz) aller einzelnen Testitems untereinander, quantifiziert durch Cronbachs α . Der Reliabilitätskoeffizient, Cronbachs α , ist heute eine der am häufigsten verwendeten Methoden zur Bestimmung der internen Konsistenz (Moosbrugger und Kelava 2008, S. 124). Als Maximalwert von Cronbachs α gilt

1 und die interne Konsistenz ist umso größer, je näher der Wert bei 1 liegt. Der Reliabilitätskoeffizient eines guten Tests sollte .70 nicht unterschreiten (Moosbrugger und Kelava 2008, S. 11). Für die Gesamtskala der Identitätsdiffusion des AIDA 19+ beträgt Cronbachs α .96, für die Skalen ‚Diskontinuität‘ und ‚Inkohärenz‘ .90 sowie .93. Damit kann die Reliabilität für den AIDA 19+ als sehr gut angesehen werden.

Betrachtet man den IdE-Fragebogen, so weisen die vier Items der Dimension ‚Gruppenzugehörigkeit‘ mit Cronbachs α von .745 eine hohe Reliabilität auf. Die Fragen basieren auf dem SIM, für den in seiner deutschen Version Werte für Cronbachs α zwischen .67 und .93 gemessen wurden (Roth und Mazziotta 2015, S. 283). Die Dimension ‚Sinnhaftigkeit des Lebens‘ musste um ein Item reduziert werden, um einen akzeptablen Wert von .66 als Cronbachs α zu erhalten. Auf Basis dieser Zusammenstellung der Items kann diese Dimension jedoch einen wichtigen Beitrag zur Erfassung des latenten Konstrukts IdE leisten, da die Aufklärungsvarianz mit knapp 63 Prozent als signifikant zu erachten ist. Die Dimension ‚Kontinuität‘ erweist sich in ihrer Auswahl der Items als verbesserungswürdig. Erst eine verkürzte Version auf drei Items (früher, Zukunft, ich-syn/dyston) erreichte einen Wert von .513 für Cronbachs α . Hier gilt es in einer weiteren Studie die Items ggf. durch Items aus dem AIDA 19+, der ebenfalls die Skala *(Dis-)Kontinuität* abfragt, verstärkt zu nutzen.

Die Items für die Dimension ‚Kohärenz‘ sind für den IdE-Fragebogen unzureichend zusammengestellt gewesen. Erst eine Reduktion der Items auf zwei Fragen (innere Stimme, Autonomie Selbst) ermöglichte eine reliable Skala mit einem Cronbachs α von .77. Unterstützt wurde diese neue Zusammenstellung der Skala durch die Berechnung nach Pearson der beiden Variablen, die eine hohe Korrelation von $r=.629$ bei einer Signifikanz von .028 für die zwei Items ergibt. Bei einer größer angelegten Studie zur IdE sollte die Dimension Kohärenz neben den beiden akzeptierten Items ggf. um weitere Fragen ergänzt werden, die zusätzlich auf das Konstrukt Kohärenz einzahlen.

Generell wäre es wünschenswert, um die Reliabilität des IdE-Fragebogens zu erhöhen, in einer weiteren Studie sowohl die Split-Halftest-Reliabilität zu überprüfen als auch eine Retest-Reliabilität. Ein besonderes Augenmerk muss aber

auf die Skalenreliabilität der Dimensionen ‚Kontinuität‘ und ‚Kohärenz‘ gelegt werden.

5.1.3. Validität

Die Validität betrifft das Ausmaß, in dem ein Test das misst, was gemessen werden soll. Es geht um den Grad der Gültigkeit der Messung oder der Aussagefähigkeit des Testergebnisses bezüglich der Messintention (Rost 2004, S. 31). Denn wenn ein Test gar nicht das Zielkonstrukt erfasst, ist dieser inhaltlich für die Diagnostik wie für die Forschung unbrauchbar (Döring et al. 2016, S. 446). Die Validität ist deshalb das wichtigste psychometrische Güte Merkmal psychologischer Tests, aber es gibt kein einzelnes, quantitatives Maß wie für die Reliabilität.

Das Thema dieser Studie untersucht den möglichen Zusammenhang zwischen Essstörung und Identität. Dafür wurde eine Operationalisierung erarbeitet, die das latente Konstrukt IdE mit Hilfe von vier Dimensionen erfasst. Für diese Dimensionen wurden Indikatoren abgeleitet, die in der Folge zu den konkreten Items des Online-Fragebogens führten. Außerdem wurde der Identitätsdiffusionswert nach dem AIDA 19+ für dieselbe Gruppe von Teilnehmerinnen ermittelt, um im Vergleich u.a. die Konstruktvalidität des IdE beurteilen zu können. Es ist festzuhalten, dass nicht alle Indikatoren im Online-Fragebogen Verwendung gefunden haben, da viel Wert auf eine adäquate Bearbeitungszeit des IdE-Fragebogens gelegt wurde. Die Inhaltsvalidität hätte u.U. durch das Einbeziehen von weiteren Indikatoren verbessert werden können (Moosbrugger und Kelava 2008, S. 143), auf der anderen Seite hätte dies aber auch die Komplexität des ohnehin schwierigen Konstrukts IdE erhöht.

Die Konstruktvalidität ist mit Hilfe der linearen Regression der vier Dimensionen ermittelt worden. R^2 ergibt .703 und damit eine Aufklärung der Varianz von 70

Prozent bei einer starken Signifikanz von .017. D.h. es kann davon ausgegangen werden, dass die vier (teilweise veränderten) Dimensionen das latente Konstrukt IdE gut vorhersagen. Zudem konnte im Vergleich mit den Ergebnissen des AIDA 19+ für den Wert Identitätsdiffusion eine hohe Rang-Überstimmung mit den IdE-Werten der Essstörungspatientinnen gefunden werden.

Die Kriteriumsvalidität könnte für den IdE bei einer künftigen, klinischen Stichprobe in Verbindung von ICD-10 Diagnosen zu Persönlichkeitsstörungen ermittelt werden, wie sie auch für den AIDA Fragebogen zur Identitätsdiffusion vorliegen (Goth und Schmeck 2018, S. 7). Die Aufklärungsvarianz des AIDA 19+ beträgt 73,8 Prozent und weist damit ebenfalls eine hohe Konstruktvalidität auf.

5.1.4. Limitationen des eigenen Vorgehens

Angesichts der geringen Fallzahl von $n=12$ kann die vorliegende Studie nur als Vorstudie eingeordnet werden. Das Ergebnis des t-Tests für den Identitätsdiffusionswert des AIDA 19+ bezogen auf den Unterschied zwischen anorektischen und bulimischen Patientinnen macht deutlich, dass nicht mit einer überzufälligen Wahrscheinlichkeit auf die Grundgesamtheit geschlossen werden kann. D.h., die Aussagen aus dem AIDA 19+ sind auf die konkrete Stichprobe der Patientinnen mit einer Essstörung in der Ananke-Klinik beschränkt. Diese Einschränkung gilt auch für die Ergebnisse des IdE-Fragebogens,

Als weitere Limitation der Interpretation der Ergebnisse des IdE-Wertes ist die fehlende Normierung anzuführen. Als Anhaltspunkt lässt sich bisher lediglich das Maß an Zustimmung zur *Identität durch Essstörung* ablesen. Dafür muss der Mittelwert des ‚IdE-Wert‘ durch die Anzahl der Fälle ($n=12$) dividiert werden und die Zahl mit der Skala der Zustimmung von 1 bis 5 (1 = stimme gar nicht zu; 5 = stimme voll und ganz zu) verglichen werden. Für den IdE-Mittelwert von

40 der vorliegenden Studie ergibt sich ein entsprechend berechnetes Maß an Zustimmung von 3,3 und damit eine klare Tendenz der Bestätigung der These: *Identität durch Essstörung*. Bei einer weiteren Studie mit Hilfe des IdE-Fragebogens ist es sinnvoll über entsprechende Normgrößen nachzudenken.

In dieser Studie hat sich als zusätzliche Limitation ergeben, dass die Einteilung der Patientinnen nach AN und BN in der klinischen Realität schwierig ist, weil es AN-Patientinnen mit bulimischem Verhalten gibt und generell eine hohe Fluidität zwischen den Krankheitsbildern besteht, wie die Nebendiagnosen deutlich machen. Deshalb wurde in dieser Studie als weiteres Merkmal die Unterscheidung nach *bulimisch/anorektisch* herangezogen. Auch wenn sich Hinweise auf die Sinnhaftigkeit dieser Gruppierung haben finden lassen, bedarf es einer weitergehenden wissenschaftlichen Diskussion bzgl. dieser Unterteilung. Zu beachten ist, dass die Selbsteinschätzung der Patientinnen hinsichtlich ihrer Krankheit nicht immer deckungsgleich ist mit der offiziellen Diagnose. Dies ist z.B. im Fall von B3 aufgetreten, die sich selbst als BN-Patientin klassifiziert hat, obwohl die offizielle Diagnose *atypische Anorexie* lautet. Der hohe Identitätsdiffusionswert von B3 würde in der Tat eher eine Zuordnung zur Gruppe *bulimisch* vermuten lassen. Wie mit der Selbsteinschätzung von *Orthorexie* (A2) als einer nicht nach ICD 10 klassifizierten Störung umzugehen ist, muss vor einer weiteren IdE-Studie ebenfalls geklärt werden.

Die Ergebnisse dieser Studie lassen keine Aussage hinsichtlich der Kausalität zu, ob die Essstörung ursächlich für die Identitätsdiffusion ist oder umgekehrt. Vergleichbar zu der Untersuchung von Schneider et al. zum Einfluss von Persönlichkeitsstilen auf AN/BN-Patientinnen bleibt auch im dargestellten Fall offen, inwiefern die Identitätsdiffusion krankheitsbegünstigend ist bzw. in Folge der Erkrankung ausgeprägt und verstärkt wird (Schneider et al. 2008, S. 243).

5.2. Interpretation der Ergebnisse und Handlungsempfehlungen

Im Folgenden werden nur solche Ergebnisse einbezogen, welche in den bisherigen Abschnitten hinterlegt und nachvollziehbar sind. Die Orientierung findet anhand der Forschungsfragen statt und wird mit den erörterten, theoretischen Hintergründen aus Abschnitt 2 verbunden. In der vorliegenden Studie wurde untersucht, ob und inwiefern zwischen Identität und Essstörung ein Zusammenhang besteht. Dafür wurden an einer Gruppe von Patientinnen (n=12) mit klinisch diagnostizierter Essstörung zwei Tests durchgeführt. Der wissenschaftlich etablierte AIDA 19+ ermittelt durch einen Paper-Pencil-Fragebogen einen Wert für die *Identitätsdiffusion*, der sich aus den beiden Skalen *Diskontinuität* und *Inkohärenz* zusammensetzt. Der zweite, selbst entwickelte Online-Test geht unmittelbar auf den möglichen Einfluss einer Essstörung auf die Identität ein. Dabei werden in der finalen Version des IdE-Fragebogens vier Dimensionen erfasst: *Gruppenzugehörigkeit* zu Menschen mit Essstörungen, *Sinnhaftigkeit* des Lebens mit einer Essstörung, *Kontinuität* der Essstörung und *Kohärenz* mit der eigenen Person sowie in Bezug auf andere. Darüber hinaus wurde die Nutzung von sozialen Medien abgefragt, um einen möglichen Einfluss auf das Körperempfinden der Teilnehmerinnen durch das Internet zu eruieren.

In der Analyse stellte sich heraus, dass die klinische Einteilung der Patientinnen nach AN/BN weniger eindeutig gefasst werden kann als erhofft. Auch die Selbsteinschätzung deckte sich nicht immer mit dem psychologischen Befund. Deshalb wurden für die weitere Analyse zwei Gruppen gebildet, die entweder anorektische oder bulimische Merkmale aufweisen; die Selbsteinschätzung der Patientinnen wurde nicht berücksichtigt. Bezieht man die Selbsteinschätzung von B3 mit ein, gehen die Mittelwerte des Identitätsdiffusionswertes des AIDA 19+ zwischen anorektisch und bulimisch (ursprünglich 68,38 und 72,75 siehe Abbildung 8) weiter auseinander (siehe Abbildung 32). Am Mittelwert des T-Wertes für Identitätsdiffusion bezogen auf die gesamte Stichprobe ändert sich nichts.

Bericht

AIDA Identitätsdiffusion T-Wert

a/b	Mittelwert	N	Std.- Abweichung
anorektisch	67,00	7	7,916
bulimisch	73,80	5	4,087
Insgesamt	69,83	12	7,247

Abbildung 32 Mittelwertvergleich unter Einbeziehung von B3 als bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

Angesichts dieser Datenlage kann die erste Hypothese als bestätigt gelten. Die T-Werte Identitätsdiffusion der Patientinnen mit Essstörungen in der Ananke-Klinik liegen nach dem AIDA 19+ im Durchschnitt über der Range der Normalbevölkerung von 40 bis 60. Die zweite Hypothese hingegen muss verworfen werden, da sich die T-Werte der Stichprobe nur bedingt nach den Merkmalen anorektisch/bulimisch clustern lassen (siehe Tabelle 4). Den niedrigsten und höchsten Wert für die Identitätsdiffusion hält eine anorektische Patientin, so dass die SD gerade bei den anorektischen Patientinnen hoch ist (siehe Abbildung 8 und 32). Die dritte Hypothese kann für die konkrete Stichprobe bestätigt werden, denn der Mittelwert der Identitätsdiffusion für die Gruppe mit dem Merkmal *bulimisch* ist mit 4,5 (6,8 unter Einordnung von B3 als bulimisch) höher als der der anorektischen Gruppe trotz der großen SD von 8,3 für den anorektischen Mittelwert (siehe Abbildung 8). Die hohe Komorbidität der Patientinnen (siehe Tabelle 4) erschwert es allerdings zu entscheiden, ob der Einfluss des Merkmals anorektisch/bulimisch stärker ist als z.B. die diagnostizierten Krankheiten wie F60.31 (Borderline-Persönlichkeitsstörung) oder F33.1 (mittelgradige Depression). Seiffge-Krenke beschreibt z.B. den Einfluss von Diabetes und Depression auf das Konzept der Identität eines Kranken als sehr hoch (Seiffge-Krenke 2012, S. 64).

Das Alter der Patientinnen dieser Stichprobe lag zwischen 21 und 39 Jahren mit einem Mittelwert von 26,6 Jahren, so dass entsprechend der Definition der Phase V nach Erikson (siehe Abschnitt 2.2.) die Identitätsentwicklung bereits

abgeschlossen sein müsste. Ein Mittelwertvergleich des IdE-Wertes bezogen auf das Alter der Patientinnen lässt kein Muster erkennen (siehe Abbildung 33). Da die Stichprobe dieser Studie aus Patientinnen besteht, die stationär behandelt werden, ist davon auszugehen, dass die Krankheit bereits chronifiziert ist. Deshalb scheint das Alter keinen Einfluss auf den Wert des IdE zu haben. Das legt die Vermutung nahe, dass bei allen Patientinnen der Stichprobe die Bildung einer *Identität durch Essstörung* schon abgeschlossen ist, sich aber in der Ausprägung unterscheidet. Um diese These zu untermauern, sind jedoch weitere Studien mit einer größeren Fallzahl notwendig.

Bericht

IdE_Wert aus den vier Dimensionen

Alter	Mittelwert	N	Std.- Abweichung
21	41,3333	3	2,08167
23	41,2500	4	6,07591
26	46,0000	1	.
28	27,0000	1	.
35	35,0000	1	.
36	43,0000	1	.
39	41,0000	1	.
Insgesamt	40,0833	12	5,80687

Abbildung 33 Mittelwertvergleich IdE-Wert zu Alter (Quelle: SPSS-Ausgabe)

Der Einfluss von Influencern liegt im Fall der untersuchten Essstörungspatientinnen bei knapp 50 Prozent, da fünf Patientinnen bestätigten, dass sie Influencern folgen und drei dafür auch namentliche Beispiele angeben. Interessant ist, dass Patientin A7 mit *Byanjushka* und *Jackie_freitag.de* zwei Influencer auflistet, die ihre Essstörungen in Blogs, Bildern und Videos teilen. A7 weist einen hohen Diffusions-T- und IdE-Wert auf (siehe Tabelle 5), so dass vermutet

werden kann, dass A7 die Essstörung als wichtigen Teil ihre Person¹⁸ ansieht, der aber nicht zu einer gelungenen, stabilen Identität führt (Identitätsdiffusionswert von 75). Nach Seiffge-Krenke kann das Internet hilfreich sein, um sich bei der Identitätsexploration Anleitung zu holen (Seiffge-Krenke 2012, S. 50), wie das bei Patientin A7 der Fall sein könnte.

Da keiner der Teilnehmerinnen am IdE-Fragebogen die Möglichkeit nutzt, sich eine andere Persönlichkeit/Identität als Avatare oder Charakter im Internet zuzulegen, kann die These der ‚multiplen bzw. brüchigen Identitäten im digitalen Zeitalter‘ (Turkle und Schmidt 1999) in dieser Studie nicht bestätigt werden (siehe Abschnitt 2.3.3.).

Die intensive Beschäftigung mit dem Körper(gewicht) drückt sich in den Angaben der Patientinnen hinsichtlich der Influencern aus. Hier könnte eine therapeutische Intervention ansetzen. Denn das Wissen um die Vorliebe für spezielle Influencer seitens der Essstörungspatientinnen bietet die Chance, diese als Ressource im Kampf gegen die Krankheit zu nutzen oder zumindest die ausführliche Beschäftigung mit dem eigenen Körper(gewicht) zu thematisieren. Auch gilt es zu berücksichtigen, dass die digitale Welt einen Teil des narrativen Prozesses ausmacht. Wem die Patientinnen „folgen“, erzählt also auch etwas über sie selbst (siehe Abschnitt 2.1.3.).

Da die Definition der Identitätsdiffusion nach dem AIDA 19+ vor allem ‚*ex negativo*‘ – also aus dem *Fehlen einer gelungenen Identität* heraus – funktioniert, kann der Wert der *Identität durch Essstörung* zusätzliche Informationen bieten. In Tabelle 5 wird die hohe Übereinstimmung der beiden Werte deutlich. Sowohl bei den anorektischen als auch bulimischen Patientinnen geht ein hoher T-Wert für Identitätsdiffusion mit einem hohen IdE-Wert einher. Das mag auf den ersten Blick überraschen, da einmal die Identität als diffus ausgewiesen wird und der Begriff *Identität durch Essstörung* suggeriert, es handele sich um eine stabile

¹⁸ A7 beantwortete die Frage nach der Essstörung als Teil ihrer Identität (Variable 19 ‚Teil der Identität‘) mit 5 (stimme ich voll und ganz zu).

Identität. Deshalb muss berücksichtigt werden, dass das Konzept des AIDA von einer „gelungenen“ Identität als Gegenpol zur Identitätsdiffusion ausgeht (Goth und Schmeck 2018, S. 4). Im Gegenschluss bedeutet das, dass eine Krankheit durchaus zur Bildung einer *vorübergehenden* Identität beitragen kann, ohne dass die Identitätsentwicklung im Sinn von Erikson oder Kernberg (und damit im Sinne des AIDA 19+) erfolgreich bewältigt wurde. Es ist sogar denkbar, dass die Störung als Ersatz-Identität den Akt der echten Identitätsbildung verhindert. So kann es sein, dass entsprechend des Modells der Patchworkidentitäten die IdE als stabilisierendes Identitätselement von den Essstörungspatientinnen wahrgenommen wird. Dies spiegelt sich vor allem in der hohen Zustimmung zur Dimension ‚Gruppenzugehörigkeit zu den Menschen mit einer Essstörung‘ wider. Dass diese Identität wahrscheinlich vorübergehend ist, kann an dem höheren Mittelwert und der größeren SD des AIDA 19+ Identitäts-**Diskontinuität**-T-Werts der Stichprobe abgelesen werden (siehe Abbildung 7). Das bedeutet, dass die Unsicherheit z.B. bzgl. der Identitäts-stabilisierenden Perspektive größer ist als die Unsicherheit bzgl. der Ich-Stärke (Goth und Schmeck 2018, S. 4). Zudem korrespondiert das Ergebnis einer vorübergehenden Identität (ohne erfolgreichen Abschluss der Identitätsentwicklungsphase) mit dem Vergleich der Häufigkeiten innerhalb der Dimension ‚Kontinuität‘ des IdE-Fragebogens. Hier weist das Item ‚Zukunft‘ („So wie ich seit Beginn meiner Essstörung bin, kann ich mir vorstellen, wie in ein paar Jahren sein werde“) eine deutlich niedrigere Zustimmung auf als die zu den anderen drei Items (siehe Abbildung 19).

Auch wenn für den IdE-Fragebogen keine Normierung vorliegt, kann man anhand des Maßes an Zustimmung eine Einordnung der Werte vornehmen. Dieses Maß lässt mit 3,3 eine deutliche Tendenz zur These *Identität durch Essstörung* erkennen. Das entspricht den Überlegungen von Thomä et al. die davon ausgehen, dass die durch die Essstörung begründete Ersatz-Identität dabei hilft, ein Gleichgewicht gegenüber den widerstrebenden Emotionen zu erhalten, und ein hohes Beharrungsvermögen aufweist (Thomä et al. 1996, S. 168). „Bei der Anorexia nervosa ist beispielsweise die neue Lebensform zur zweiten Natur geworden, und der Analytiker wird zum Störenfried, dem ein Identitätswiderstand entgegengesetzt wird“ (Thomä et al. 1996, S. 169). Dazu passt, dass das Item ‚ich-syn/dyston‘ der Dimension ‚Kontinuität‘ mit einem Mittelwert von 3,5 ebenfalls zustimmend (also ich-synton) beantwortet wird. Das entspricht den

Ergebnissen nach Kadriu et al., dass Patientinnen mit Essstörungen zwar häufig mit “intrusive images” zu kämpfen haben und diese als lebendiger erleben, aber sich nicht als fremdgesteuert beschreiben (Kadriu et al. 2019, S. 500). Ein ich-dystones Erleben in Verbindung mit der Essstörung könnte darauf hinweisen, dass die Krankheit nicht zur Bildung einer Ersatz-Identität herangezogen werden kann. Aber auch diese Vermutung muss in weiteren Studien eingehend untersucht werden.

Wie vielschichtig und komplex der Begriff der Identität ist, wurde in Abschnitt 2 dieser Arbeit deutlich. Das spiegelt sich auch in den Antworten des IdE-Fragebogens. Auf der einen Seite erhält z.B. das Item ‘Teil der Identität’ eine hohe Zustimmung (siehe Abbildung 12) – dabei sind bulimische Patientinnen überzeugter von der Essstörung als Teil ihrer Identität im Vergleich zu anorektischen Patientinnen (siehe Abbildung 28) – auf der anderen Seite klappt die Passung (ein wichtiges Merkmal einer gelungenen Identität) nicht. Das Item ‘Passung’ („Mir fällt es leicht, das, was die Leute über mich denken, mit meinem eigenen Bild von mir in Einklang zu bringen“) erfährt in der Stichprobe nur wenig Zustimmung (siehe Abbildung 34).

Statistiken

Passung		
N	Gültig	12
	Fehlend	0
Mittelwert		2,33
Std.-Abweichung		,985
Minimum		1
Maximum		4

Abbildung 34 Häufigkeit Item ‘Passung’ (Quelle: SPSS-Auszug)

Das macht deutlich, dass die Essstörung eben nicht zu einer gelungenen Identität im Sinn von Erikson oder generell der Psychodynamik beiträgt, sondern eine Ersatz-Identität fördert, die die Trägerin nicht *authentisch* wirken lässt (im Sinne von Keupp siehe Abschnitt 2.1.2.). Dieses Defizit bei der Passung ist bei den bulimischen Patientinnen der Stichprobe noch ausgeprägter, da zwei von ihnen

der Aussage *überhaupt nicht zustimmen*, während anorektische Patientinnen *eher nicht* oder *teils/teils zustimmen* (siehe Abbildung 35).

Passung * a/b Kreuztabelle

Anzahl		a/b		Gesamt
		anorektisch	bulimisch	
Passung	stimme überhaupt nicht zu	0	2	2
	stimme eher nicht zu	5	1	6
	stimme teil zu/teils nicht zu	2	0	2
	stimme eher zu	1	1	2
Gesamt		8	4	12

Abbildung 35 Häufigkeit Item Passung und Kreuztabelle mit anorektisch/bulimisch (Quelle: SPSS-Auszug)

Im für Essstörungspatientinnen typischen Kampf um Autonomie und Kontrolle kann die Essstörung als Teil der Identität kurzfristig hilfreich sein und für Unabhängigkeit zumindest hinsichtlich des Essens sorgen. Langfristig entwickelt sich aber eine Abhängigkeit vom Nicht-Essen und damit wieder Kontrollverlust; ein Teufelskreis, der schon fast als Sucht angesehen werden muss (siehe Abschnitt 2.3.). Auch dies verdeutlicht, warum ein hoher IdE-Wert mit einem hohen Identitätsdiffusionswert einhergeht. Die *Identität durch Essstörung* schafft es nicht das *Ich* so zu stärken, dass es im Sinn von Erikson zum „bedeutendsten Gegengewicht des kindlichen *Über-Ichs*“ wird (siehe Abschnitt 2.2.).

Von den vier Dimensionen des IdE erfährt die ‚Gruppenzugehörigkeit‘ die höchste Zustimmung bei der kleinsten SD. Dabei ist die Zustimmung der bulimischen Patientinnen der Stichprobe größer als die der anorektischen Patientinnen (siehe Abbildung 15). Die Hypothese sechs muss also verworfen werden. Insgesamt – bezogen auf den IdE-Wert aus den vier Dimensionen – gibt es keinen nennenswerten Unterschied zwischen Patientinnen mit dem Merkmal *anorektisch* bzw. *bulimisch* (siehe Abbildung 31). Die Hypothesen vier und fünf müssen deshalb ebenfalls verworfen werden. Im Ranking der Dimensionen der

IdE folgt nach der ‚Gruppenzugehörigkeit‘ die Dimension ‚Sinnhaftigkeit_II‘ mit einem Mittelwert von 3,39, aber einer hohen SD von 1,01. Die Dimension ‚Kohärenz_II‘ steht am unteren Ende und trägt mit ihren beiden Items (innere Stimme, Autonomie selbst) im Vergleich am wenigsten zur Bildung einer ‚Identität durch Essstörung‘ bei (siehe Abbildung 36). Das deckt sich mit dem Ergebnis der Skala *Inkohärenz* des AIDA 19+, die bei der Stichprobe der Patientinnen der Ananke-Klinik weniger auf den Identitätsdiffusionswert einzahlt (siehe Abbildung 7).

Deskriptive Statistik

	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Std.- Abweichung
Gruppenzugehörigkeit	12	3	5	3,92	,685
SinnhaftigkeitII	12	1	5	3,39	1,013
KontinuitätII	12	2	4	3,11	,729
KohärenzII	12	2	5	2,46	,940
Gültige Werte (Listenweise)	12				

Abbildung 36 Häufigkeitsvergleich der vier Dimensionen für den IdE (Quelle: SPSS-Auszug)

Es lässt sich also festhalten, dass die Gruppenperspektive, der Blick der anderen bzw. das Erfahren im Anderen einen wesentlichen Beitrag zur Bildung einer *Identität durch Essstörung* leisten. Es kann sein, dass die Anonymität des Online-Fragebogens es den Patientinnen erleichtert hat, sich zu ihrer Krankheit und damit zu der Gruppe der Menschen mit einer Essstörung zu bekennen. Selbsthilfegruppen und gemeinsame Chats von Essstörungspatientinnen unterstreichen aber die Bedeutung der Gruppenidentität. Auf Grund dieser Ergebnisse könnte sich eine weitergehende Forschungsfrage damit beschäftigen, ob auch andere Störungen ähnliche Gruppenidentitäten hervorrufen und als Ersatz-Identität ähnlich präsent sind wie bei Patientinnen mit Essstörungen. Für die Therapie von Essstörungspatientinnen kann es u.U. sinnvoll sein, die Gruppenidentität als krankheitsstabilisierend zu berücksichtigen und Patientinnen bewusst zu ermuntern, sich in andere Gruppen zu integrieren, um die Identi-

tätsexploration wieder anzuregen und so am Ende eine gelungene Identität zu erreichen.

Zusammengefasst deuten die Ergebnisse der Untersuchung daraufhin, dass die Essstörung im Fall der Stichprobe der Ananke-Klinik die Identität beeinflusst und zu einer zeitlich instabilen (Ersatz-)Identität führt. Denn die IdE-Werte signalisieren eine hohe Zustimmung zur These *Identität durch Essstörung* und lassen in ihrer Übereinstimmung mit den Werten für die Identitätsdiffusion vermuten, dass es sich bei der IdE nicht um eine ‚gelungene Identität‘ handelt. Es hat sich bestätigt, dass der Begriff Identität und damit auch das zu untersuchende, latente Konstrukt *Identität durch Essstörung* komplex und vielschichtig ist. Die ausgewählten vier Dimensionen können aber die IdE valide vorhersagen, auch wenn die Skalenreliabilität vor allem der Dimension ‚Kontinuität‘ verbesserungswürdig ist und die Items vor einer nächsten Verwendung des IdE-Fragebogens überarbeitet werden müssen.

5.3. Übersicht der geprüften Hypothesen

Tabelle 6 Untersuchte Hypothesen mit den entsprechenden Ergebnissen

Hypothese 1 (angenommen) Der Durchschnitt der T-Werte der Patientinnen der Stichprobe im AIDA-Test liegt über dem der Normalbevölkerung.	Der Durchschnitt der Stichprobe für die T-Werte der Identitätsdiffusion nach dem AIDA 19+ liegt mit 69,4 über der Norm von 40 bis 60.
Hypothese 2 (abgelehnt) Die T-Werte der Stichprobe lassen sich entsprechend der Diagnosen AN/BN clustern.	Die T-Werte (Identitätsdiffusion) der Stichprobe lassen sich nicht nach AN/BN oder anorektisch/bulimisch clustern.
Hypothese 3 (angenommen) Die T-Werte des Clusters BN fallen in ihrem Mittelwert höher aus als die des	Der T-Mittelwert (Identitätsdiffusion) für die Gruppe mit dem Merkmal <i>bulimisch</i> ist mit 4,5 (6,8 unter Einordnung von B3 als bulimisch) höher als

Clusters AN.	der der anorektischen Patientinnen- gruppe.
Hypothese 4 (abgelehnt) Die Rohwerte der Teilnehmerinnen des Online-Tests lassen sich entsprechend der Diagnose AN/BN clustern.	Die IdE-Rohwerte der Teilnehmerinnen lassen sich nicht nach den Diagnosen AN/BN oder der Merkmale <i>anorektisch/bulimisch</i> clustern.
Hypothese 5 (abgelehnt) Die AN-Patientinnen der Stichprobe weisen ein höheres Maß an Identität auf als BN-Patientinnen	AN-Patientinnen weisen keine höheren IdE-Werte auf im Vergleich zu BN-Patientinnen. Der Unterschied des IdE-Wertes von anorektischen und bulimischen Patientinnen liegt bei nur 0,12.
Hypothese 6 (abgelehnt) Die AN-Patientinnen der Stichprobe empfinden eine höhere Gruppenzugehörigkeit zu ‚Personen mit Essstörungen‘ als BN-Patientinnen.	Das Maß an Zustimmung der anorektischen Patientinnen der Stichprobe hinsichtlich der Gruppenzugehörigkeit ist mit einem Mittelwert von 3,7 deutlich geringer als das Zustimmungsmäß der bulimischen Patientinnen mit einem Mittelwert von 4,3.

6. Fazit und Ausblick

Dem Konstrukt der *Identität* kann man sich auf verschiedenen Wegen nähern. Dabei legt die Philosophie einen anderen Schwerpunkt als die Soziologie, und diese wiederum einen anderen als die Psychologie. Einig sind sich die verschiedenen Schulen darin, dass Identität ein wichtiger Begriff ist, der mit *den anderen* ebenso zu tun hat wie mit *einem selbst*. Eine gewisse *zeitliche Dauer* und der *Zusammenhang/Zusammenhalt* gehören ebenfalls dazu. So lässt sich das Konstrukt ‚Identität/Identität durch Essstörung‘ beschreiben und wie im Fall des AIDA auch eine Pathologie in Form der ‚Identitätsdiffusion‘ aufstellen. Das haben die Ergebnisse für die Stichprobe der Patientinnen in der Ananke-Klinik bestätigt. Um das Wesen der Identitätsdiffusion besser zu verstehen, kann der IdE-Wert zusätzliche Erkenntnisse bringen. Denn eine psychische Krankheit

wie die Essstörung nimmt Einfluss auf die Identität, ohne aber zur Entwicklung einer gelungenen Identität beizutragen. Allerdings erfordern die Limitationen dieser (Vor-)Studie weitere Tests.

Den Teilnehmerinnen aus der Ananke-Klinik ist die (Gruppen-)Identität durch Essstörung wichtig – aber nicht auf Dauer angesichts des Leidens, das die Krankheit auch bedeutet. Denn eine Essstörung kostet viel Kraft, bietet aber gleichzeitig Sicherheit und Schutz sowie das Gefühl etwas Besonderes zu sein (Kock 2008, S. 26). Das hohe Zustimmungsmaß der Teilnehmerinnen zur These der *Identität durch Essstörung* lässt es lohnend erscheinen, sich mit diesem Zusammenhang weiter zu beschäftigen. Dabei sollte das Wording einer kritischen Überprüfung unterzogen werden. Denn die Ergebnisse dieser Studie legen nahe, dass es sich bei der IdE um keine ‚gelungene‘ Identität handelt. Vielleicht ist es deshalb besser von einer *Identitätssuggestierenden Störung* konkret der *Identitätssuggestierenden Essstörung* (IsE) zu sprechen. Damit wird dem ambivalenten Charakter dieses Konstrukts Rechnung getragen.

Als weitergehende Forschungsfrage ist es sicher aufschlussreich, die Identitätszustände nach Marcia (siehe Abschnitt 2.2.) z.B. bei den Essstörungspatientinnen der Stichprobe zu untersuchen. Es ist zu vermuten, dass viele von ihnen in Phase 2 (kritische Identität mit erster Exploration) einzuordnen sind. Denn die psychische Krankheit hat ihnen zumindest die Möglichkeit geboten, Elemente einer erarbeiteten Identität auszuprobieren. Das würde die These unterstreichen, dass die Krankheit Einfluss auf die Identität nimmt, aber nicht zu einer gelungenen Identität führt. Ob auch andere chronische psychische Krankheiten eine Identitätssuggestierende Störung darstellen, wäre ebenfalls eine interessante, weiterführende Forschungsfrage.

Wenn sich die dargestellten Ergebnisse erhärten lassen, sollte in einer Therapie berücksichtigt werden, dass die Essstörung auch eine identitätssuggestierende Wirkung hat und damit Identitätsarbeit (Keupp 2013) im Rahmen der Psychotherapie notwendig ist, auch um der Therapieresistenz gerade von AN-Patientinnen (Kock 2008, S. 85) erfolgreich zu begegnen.

Anhang

Anlage 1: Mail von Kirstin Gothe zur kostenlosen Nutzung des Forschungssets

Sehr geehrter Herr Kujath,

sehr gerne unterstützen wir Ihre Bachelorarbeit durch das kostenlose Forschungs Test-Set für den Test **AIDA 19+** bis **Juni 2021**. Wenn die Studie deutlich länger dauern sollte, sagen Sie uns bitte einfach Bescheid.

Anbei senden wir Ihnen das Forschungs Test-Set. Es umfasst die SPSS Routinen für die Eingabe und Auswertung der Daten (Rohwerte und T-Werte) und eine Vorlage zur Erstellung von Ergebnisprofilen. Eine ausdrucksfähige Version des Fragebogens und des Kurzmanuals können Sie im Downloadbereich bei [academic-tests](https://academic-tests.com/) direkt herunterladen.

Bitte geben Sie die Unterlagen nicht an Personen ausserhalb Ihrer Forschungsgruppe und Ihrer Studie weiter. Bitte verwenden Sie das Forschungs Test-Set nur im Rahmen Ihrer beschriebenen wissenschaftlichen Studie. Für eine neue wissenschaftliche Studie oder eine Folgestudie stellen Sie oder Ihre Kolleginnen und Kollegen bitte eine neue Anfrage.

Auf unserer Webseite können Sie weiterführende Informationen, Tips zur Ergebnisinterpretation und aktualisierte Referenzlisten zu unseren Tests finden: <https://academic-tests.com/>

Wir wünschen alles Gute und viel Erfolg für Ihre Studie,
Kirstin Goth

Anlage 2: dt. Übersetzung des SIM (Roth und Mazziotta 2015, S. 281)

(Group-Level) Self-Investment

Centrality

1. Ich denke oft an die Tatsache, dass ich [...] bin. (I often think about the fact that I am [in-group]).
2. Die Tatsache, dass ich ein [...] bin, ist ein wichtiger Teil meiner Identität. (The fact that I am [in-group] is an important part of my identity.)
3. [...] zu sein ist ein wichtiger Teil dessen, wie ich mich selbst sehe. (Being [in-group] is an important part of how I see myself.)

Solidarity

4. Ich fühle mich mit [...] verbunden. (I feel a bond with [in-group].)
5. Ich empfinde Solidarität mit [...]. (I feel solidarity with [in-group].)
6. Ich fühle mich in das, was [...] betrifft, involviert. (I feel committed to [in-group].)

Satisfaction

7. Ich bin froh, dass ich [...] bin. (I am glad to be [in-group].)
8. Ich finde es angenehm, [...] zu sein. (It is pleasant to be [in-group].)
9. Es gibt mir ein gutes Gefühl, [...] zu sein. (Being [in-group] gives me a good feeling.)

(Group-Level) Self-Definition

Individual Self-Stereotyping

10. Ich habe viele Gemeinsamkeiten mit einer/m typischen [...]. (I have a lot in common with the average [in-group] person.)
11. Ich ähnele einer/m typischen [...] sehr. (I am similar to the average [in-group] person.)
12. Ich bin ein/e typische/r [...]. (I am a typical [in-group].)

In-group Homogeneity

13. [...] haben viele Gemeinsamkeiten miteinander. ([In-group] people have a lot in common with each other.)
14. [...] ähneln sich einander sehr. ([In-group] people are very similar to each other.)
15. [...] teilen viele gemeinsame Eigenschaften. ([In-group] share a lot of the same characteristics.)

Anlage 3 Online-Fragebogen zur Erfassung IdE (Screenshots der Druckversion)

Fragebogen

1 Willkommen

Herzlich Willkommen zum Fragebogen über einen möglichen Zusammenhang zwischen Essstörung und Identität.

2 Angaben zur Person

Angaben zur Person

Bitte geben Sie Ihr Namenskürzel an

Bitte nennen Sie Ihr Alter (in Jahren)

Bitte geben Sie Ihr Geschlecht an

- ☐ weiblich
- ☐ männlich
- ☐ divers

Bitte benennen Sie die Art Ihrer Essstörung

Bitte wählen Sie die Kategorie, die auf Sie am ehesten zutrifft. Unter "Sonstiges" befindet sich ein Textfeld, in dem Sie bei Bedarf selbst die Bezeichnung Ihrer Essstörung einfügen können.

- ☐ Anorexia nervosa
- ☐ Bulimia nervosa
- ☐ Sonstiges

3 Konstrukt Identität und Essstörung

Kurze Erläuterung des Projekts

Um einen möglichen Zusammenhang zwischen Essstörung und Identität zu untersuchen, werden Ihnen Fragen aus vier Bereichen gestellt. Dabei geht es um die Themen:

- Gruppenzugehörigkeit
- Lebenszufriedenheit
- Kontinuität
- Kohärenz

Auf den folgenden Seiten finden Sie Aussagen, die Ihre Einstellungen, Meinungen, Interessen und Gefühle zu diesen Themen beschreiben könnten. Bitte lesen Sie sich jede Aussage durch und

markieren Sie, was für Sie am besten zutrifft. Bitte beantworten Sie jede Aussage, auch wenn Sie sich mit der Antwort nicht ganz sicher sind.

4 Gruppenzugehörigkeit

Gruppenzugehörigkeit

Geben Sie bitte in diesem Abschnitt an, wie Sie es subjektiv empfinden, eine Person mit Essstörung zu sein. In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Ich denke oft an die Tatsache, dass ich zu den Menschen mit Essstörungen gehöre.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Ich empfinde Solidarität mit Menschen, die an einer Essstörung erkrankt sind.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teils zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Die Tatsache, dass ich eine Essstörung habe, ist ein Teil meiner Identität.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu

- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Eine Essstörung zu haben, ist ein wichtiger Teil dessen, wie ich mich selbst sehe.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus.

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teils zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

5 Sinnhaftigkeit

Sinnhaftigkeit des Lebens

In diesem Abschnitt wird nach der Sinnhaftigkeit auch hinsichtlich der Erkrankung an einer Essstörung gefragt. Wenn Ihnen manche Aussagen ähnlich vorkommen, dann soll Ihnen das die Möglichkeit bieten, sich und Ihre Empfindungen genau zu beschreiben.

In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Auch Schicksalsschläge und Leiden (wie z.B. eine Essstörung) haben einen Sinn.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Auch wenn es mir nicht immer recht ist, erlange ich durch meine Essstörung die Aufmerksamkeit meiner Umwelt.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Was auch immer geschieht, ich werde damit schon irgendwie klarkommen.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Mir fällt es leicht, das, was die Leute über mich denken, mit meinem eigenen Bild von mir in Einklang zu bringen.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

6 Kontinuität

Kontinuität (Vergangenheit, Zukunft)

In diesem Abschnitt wird nach dem Kontinuitätsgefühl in Zusammenhang mit der Essstörung gefragt.

In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Ich erinnere mich nicht mehr, wie ich vor dem Beginn der Essstörung gedacht und gefühlt habe; ich bin jetzt wie ein ganz anderer Mensch.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

So wie ich seit Beginn meiner Essstörung bin, kann ich mir vorstellen, wie ich in ein paar Jahren sein werde.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Ich bin mir oft nicht sicher, ob ich gerade das Richtige für mich tue.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Ich erlebe die Essstörung als zu mir gehörig und nicht als etwas von außen Kommendes.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

7 Kohärenz

Kohärenz (Empfinden, Stabilität, Werte)

In diesem Abschnitt wird nach dem Kohärenzgefühl in Zusammenhang mit der Essstörung gefragt. Dabei spielt es eine große Rolle, wie Sie Ihre Essstörung erleben.

In wie weit stimmen Sie den folgenden Aussagen zu?

Auf meine innere Stimme kann ich hören; auch wenn sie mir bzgl. des Essens Probleme bereitet, führt sie mich irgendwie auch auf den richtigen Weg.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Sehr viele Leute sind unecht und verhalten sich nicht so, wie sie wirklich sind.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐

stimme teil zu/teils nicht zu

- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Ich kann mich gut von anderen Menschen abgrenzen.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Das, was ich mir vornehme, erreiche ich auch oft.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

Es gelingt mir, andere Menschen für meine Ideen und Projekte zu begeistern.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu

- ☐ stimme voll und ganz zu

Ich habe mich schon oft in Menschen getäuscht, weil ich dachte, sie wären ganz anders, als sie dann waren.

Bitte wählen Sie eine Antwort aus

- ☐ stimme überhaupt nicht zu
- ☐ stimme eher nicht zu
- ☐ stimme teil zu/teils nicht zu
- ☐ stimme eher zu
- ☐ stimme voll und ganz zu

8 Soziale Medien

Abschlussfragen zu den Sozialen Medien

Der Begriff der Identität wird angesichts der vielfältigen Möglichkeiten im Internet als vielfältig und brüchig beschrieben. Den sozialen Medien wird in verschiedenen Studien zudem ein großer Einfluss auf das Körperempfinden und damit auch auf die Essstörung eingeräumt.

Bitte beantworten Sie noch die folgenden Fragen.

Nutzen Sie soziale Medien oder Online-Spiele?

- ☐ ja
- ☐ nein

9.1 Soziale Medien genutzt

Soziale Medien (Fortsetzung)

Nutzen Sie in Rollenspielen oder in den sozialen Medien besondere Charaktere oder Avatare?

- ☐ ja
- ☐ nein

Bitte beschreiben Sie kurz das Aussehen Ihres Avatars oder Ihrer gewählten Figur.



Folgen Sie Influencer in den sozialen Medien?

- ☐ ja
- ☐ nein

Bitte nennen Sie die Influencer, denen Sie folgen.



10 Endseite

CLOSE WINDOW

Herzlichen Dank für Ihre Zeit und Mühe.

Wenn Sie an den Ergebnissen der Studie Interesse haben, dann schicken Sie mir doch eine Mail an peter.kujath@stud.mobile-university.de Ich melde mich dann bei Ihnen nach Abschluss der Arbeit.

Debug Output (Debug Level: 2)

Total time: 0.8187430 s, **load:** 0.27, **memory usage:** 13.25 MB
Report translation issue

Anlage 4 Zuweisungsliste der Diagnosen

Bachelor	Arbeit	Diagnosen
A1	450.00	
A2	450.00	
A3	450.1 (450.2)	443.1 433.1
A4	450.00	433.1
A5	450.00	
A6	450.2 (450.01)	432.1, 410.1
A7	450.01	443.1
A8	450.2	
A9	450.00	
B1	450.3 (450.01)	433.1 773
B2	450.00	433.1
B3	450.1	432.1 460.31
B4	450.2	433.1 460.31 410.1
B5	450.00	

LITERATURVERZEICHNIS

Agras, W. Stewart; Robinson, Athena (Hg.) (2018): The Oxford handbook of eating disorders. Second edition. New York, NY: Oxford University Press (Oxford library of psychology).

Arbeitskreis zur Operationalisierung Psychodynamischer Diagnostik (2014): Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik OPD-2. Das Manual für Diagnostik und Therapieplanung. Unter Mitarbeit von Manfred Cierpka. 3., überarbeitete Auflage. Bern: Verlag Hans Huber.

Arnett, Jeffrey Jensen (2000): Emerging adulthood: A theory of development from the late teens through the twenties. In: *American Psychologist* 55 (5), S. 469–480.

Asendorpf, Jens B. (2019): Persönlichkeitspsychologie für Bachelor. 4. vollständig überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg (Springer-Lehrbuch).

Bauer, Anika; Trunk, Janine; Vocks, Silja (2019): Das Essstörungsspektrum: Klassifikatorische, epidemiologische und historische Aspekte. In: Thomas Schnell und Knut Schnell (Hg.): Handbuch Klinische Psychologie, Bd. 45. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 1–15.

Baur, Nina; Blasius, Jörg (Hg.) (2014): Handbuch Methoden der empirischen Sozialforschung. Springer VS. Wiesbaden: Springer VS.

Beck, Aaron T. (2017): Kognitive Therapie der Depression. 5., neu ausgestattete Auflage. Weinheim, Basel: Beltz.

Boll, Franz; Plato; Buchwald, Wolfgang; Platon (Hg.) (1980): Symposion. Symposium. 7., verb. Aufl. München: Heimeran (Tusculum-Bücherei).

Brandt, Holger; Moosbrugger, Helfried (2020): Planungsaspekte und Konstruktionsphasen von Tests und Fragebogen. In: Helfried Moosbrugger und Augustin

Kelava (Hg.): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion, Bd. 20. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 39–66.

Bruch, Hilde (2004): Eßstörungen. Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht. 9. Aufl., dt. Erstaussg. Frankfurt am Main: Fischer (Fischer-Taschenbuch Psychologie, 6796).

Buber, Martin (2017): Ich und Du. 17. Aufl. Gütersloh: Gütersloher Verl.-Haus.

Butler, Judith (2003): Das Unbehagen der Geschlechter. Sonderausg. zum 40jährigen Bestehen der ed. Suhrkamp. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Edition Suhrkamp, 2433 = N.F., 433).

Caspar, Franz; Pjanic, Irena; Westermann, Stefan (2018): Essstörungen. In: Franz Caspar, Irena Pjanic und Stefan Westermann (Hg.): Klinische Psychologie, Bd. 361. Wiesbaden: Springer Fachmedien Wiesbaden, S. 91–101.

DGPM; DGEES; DGPPN; DGKJP; DKPM; DGPs (2018): S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen. AWMF online. Online verfügbar unter https://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeurung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf, zuletzt geprüft am 02.01.2021.

Dilling, Horst; Mombour, Werner; Schmidt, Martin H. (Hg.) (2015): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F), klinisch-diagnostische Leitlinien. 10., überarb. Aufl. unter Berücksichtigung der Änderungen entsprechend ICD-10-GM 2015. Bern: Hogrefe.

Döring, Nicola; Bortz, Jürgen; Pöschl, Sandra (2016): Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial- und Humanwissenschaften. 5., vollst. überarb., aktualisierte und erw. Aufl. Berlin [u.a.]: Springer.

Ellis, Albert (2008): Grundlagen und Methoden der rational-emotiven Verhaltenstherapie. 2. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Leben lernen, 26).

Erikson, Erik H. (1973): Identität und Lebenszyklus. Frankfurt: Suhrkamp.

Erikson, Erik H. (2003): Jugend und Krise. Die Psychodynamik im sozialen Wandel. 5. Auflage. Stuttgart: Klett-Cotta.

Ermann, Michael (2011): Identität, Identitätsdiffusion, Identitätsstörung. In: *Psychotherapeut* 56 (2), S. 135–141.

Giddens, Anthony (2013): Modernity and Self-Identity. Self and Society in the Late Modern Age. Hoboken: Wiley.

Goth, Kirstin; Foelsch, Pamela; Schlüter-Müller, Susanne; Birkhölzer, Marc; Jung, Emanuel; Pick, Oliver; Schmeck, Klaus (2012): Assessment of identity development and identity diffusion in adolescence - Theoretical basis and psychometric properties of the self-report questionnaire AIDA. In: *Child and adolescent psychiatry and mental health* 6 (1), S. 27.

Goth, Kirstin; Schmeck, Klaus (2018): Das Inventar AIDA 19+ (Assessment of Identity Development in Adolescence) Deutschsprachige Version. Ein Fragebogen zur Selbstbeantwortung für die Erfassung der Identitätsentwicklung bei jungen Erwachsenen. Kurzmanual. Hg. v. academic-tests. Offenbach. Online verfügbar unter <https://academic-tests.com/aida/#aida19+>, zuletzt geprüft am 26.01.2021.

Haller, Max; Müller, Bernadette (2006): Merkmale der Persönlichkeit und Identität in Bevölkerungsumfragen: Ansätze zu ihrer Operationalisierung und Verortung als Erklärungsvariable für Lebenszufriedenheit. In: *ZUMA Nachrichten* 30 (59), S. 9–41.

Helle, Mark (2019): Psychotherapie (Basiswissen Psychologie).

Herpertz, Stephan; Zwaan, Martina; Zipfel, Stephan (2015): Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2nd edition. Berlin/Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg.

Jörissen, Benjamin; Zirfas, Jörg (2010): Schlüsselwerke der Identitätsforschung. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften.

- Kadriu, Fortesa; Claes, Laurence; Witteman, Cilia; Norré, Jan; Vrieze, Elske; Krans, Julie (2019): Characteristics and content of intrusive images in patients with eating disorders. In: *European eating disorders review: the journal of the Eating Disorders Association* 27 (5), S. 495–506.
- Kallus, Wolfgang K. (2010): Erstellung von Fragebogen. 1. Aufl. Wien: facultas.wuv (UTB M).
- Kathrein, Astrid (2019): Überwindung der Essstörung Als Weg Ins Gleichgewicht. Ein Modell Zu Persönlichen Entwicklungsprozessen Aus Anorexie und Bulimie. Wiesbaden: Springer.
- Kernberg, Otto F. (1997): Objektbeziehungen und Praxis der Psychoanalyse. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta.
- Keupp, Heiner (2013): Identitätskonstruktionen. Das Patchwork der Identitäten in der Spätmoderne. Orig.-Ausg., 5. Aufl. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt-Taschenbuch-Verl. (Rowohlts Enzyklopädie, 55634).
- Klotter, Christoph (2016): Identitätsbildung über Essen. Ein Essay über „normale“ und alternative Esser. Wiesbaden: Springer (Essentials).
- Kock, Anke (2008): Magersucht. Pathologie des Hungerns. Marburg: Tectum-Verl.
- Kock, Anke (2013): Über das Erleben von Magersucht: Eine psychomorphologische Studie zur Anorexia Nervosa. Dissertation. Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität Bonn, Bonn, zuletzt geprüft am 27.01.2021.
- Köpp, Werner; Kiesewetter, Sybille; Deter, Hans Christian (2007): Zur Psychodynamik der Bulimia nervosa. In: *Forum Psychoanal* 23 (3), S. 266–277.
- Krumm, Stefan; Schmidt-Atzert, Lothar (2009): Leistungstests im Personalmanagement. Göttingen: Hogrefe (Praxis der Personalpsychologie, 19). Online verfügbar unter http://sub-hh.ciando.com/book/?bok_id=22892.

Lohaus, Arnold; Vierhaus, Marc (2015): Entwicklungspsychologie des Kindes- und Jugendalters für Bachelor. 3., überarbeitete Auflage. Berlin, Heidelberg: Springer (Springer-Lehrbuch).

López-Guimerà, Gemma; Levine, Michael P.; Sánchez-carracedo, David; Fauquet, Jordi (2010): Influence of Mass Media on Body Image and Eating Disordered Attitudes and Behaviors in Females: A Review of Effects and Processes. In: *Media Psychology* 13 (4), S. 387–416.

Marcia, J. E. (1966): Development and validation of ego-identity status. In: *Journal of personality and social psychology* 3 (5), S. 551–558.

Margraf, Jürgen; Schneider, Silvia (Hg.) (2018): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. 4., vollständigüberarbeitete und aktualisierte Auflage. Berlin, Germany: Springer.

Mead, George Herbert; Morris, Charles William (Hg.) (1980): Geist, Identität und Gesellschaft. Aus der Sicht des Sozialbehaviorismus. 4. Aufl., 16.-18. Tsd. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 28).

Minuchin, Salvador; Rosman, Bernice L.; Baker, Lester; Liebman, Ronald (1995): Psychosomatische Krankheiten in der Familie. 6. Aufl. Stuttgart: Klett-Cotta (Konzepte der Humanwissenschaften Texte zur Familiendynamik).

Moosbrugger, Helfried; Kelava, Augustin (Hg.) (2008): Testtheorie und Fragebogenkonstruktion. Mit 43 Tabellen. Berlin: Springer (Springer-Lehrbuch).

Peter, Christina; Brosius, Hans-Bernd (2020): Die Rolle der Medien bei Entstehung, Verlauf und Bewältigung von Essstörungen. In: *Bundesgesundheitsblatt, Gesundheitsforschung, Gesundheitsschutz*.

Peters, Jan H.; Dörfler, Tobias (2019): Planen, Durchführen und Auswerten von Abschlussarbeiten. In der Psychologie und den Sozialwissenschaften. 2., aktualisierte und erweiterte Auflage (ps Psychologie).

Petzold, Hilarion G. (2012): Identität. Ein Kernthema moderner Psychotherapie - Interdisziplinäre Perspektiven. 1. Auflage. Wiesbaden: VS Verlag für Sozialwissenschaften (Integrative Modelle in Psychotherapie, Supervision und Beratung).

Porst, Rolf (2014): Fragebogen. Ein Arbeitsbuch. 4., erweiterte Auflage. Wiesbaden: Springer VS (Lehrbuch).

Puttevils, Louise; Vanderhasselt, Marie-Anne; Vervaeke, Myriam (2019): Investigating transdiagnostic factors in eating disorders: Does self-esteem moderate the relationship between perfectionism and eating disorder symptoms? In: *European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association* 27 (4), S. 381–390.

Reich, Günter (Hg.) (2010): Psychotherapie der Essstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis; störungsspezifisch und schulenübergreifend ; 17 Tabellen. Unter Mitarbeit von Sandra Becker. 3., vollst. überarb. und erw. Aufl. Stuttgart, New York, NY: Thieme (Lindauer Psychotherapie-Module).

Rodgers, Rachel F.; McLean, Siân A.; Paxton, Susan J. (2015): Longitudinal relationships among internalization of the media ideal, peer social comparison, and body dissatisfaction: implications for the tripartite influence model. In: *Developmental psychology* 51 (5), S. 706–713.

Rost, Jürgen (2004): Lehrbuch Testtheorie - Testkonstruktion. 2., vollst. überarb. und erw. Aufl. Bern: Huber (Psychologie Lehrbuch).

Roth, Gerhard (2001): Das Gehirn und seine Wirklichkeit. Kognitive Neurobiologie und ihre philosophischen Konsequenzen. 6. Aufl. Frankfurt am Main: Suhrkamp.

Roth, Jenny; Mazziotta, Agostino (2015): Adaptation and Validation of a German Multidimensional and Multicomponent Measure of Social Identification. In: *Social Psychology* 46 (5), S. 277–290.

Ryle, Gilbert (2015): Der Begriff des Geistes. Stuttgart: Reclam (Reclams Universal-Bibliothek, Nr. 19345).

Sanke, Leonie (2020): Ein öffentliches Leben. In: *Süddeutsche Zeitung*, 23.12.2020, Panorama. Online verfügbar unter <https://www.sueddeutsche.de/panorama/magersucht-und-soziale-medien-ein-oeffentliches-leben-1.5156185>, zuletzt geprüft am 24.12.2020.

Schäffler, Arne (2017): Pschyrembel: Identität. Entwicklung. Hg. v. Walter de Gruyter GmbH. Online verfügbar unter <https://www.pschyrembel.de/Identit%C3%A4t/K0AHK>, zuletzt geprüft am 02.02.2021.

Schmidt, Jan-Hinrik; Welker, Martin; Taddicken, Monika; Jakob, Nikolaus (2014): Handbuch Online-Forschung. Sozialwissenschaftliche Datengewinnung und -auswertung in digitalen Netzen. Köln: Herbert von Halem (Neue Schriften zur Online-Forschung, 12).

Schneider, Nora; Frieler, Katja; Ehrlich, Stefan; Pfeiffer, Ernst; Lehmkuhl, Ulrike; Salbach-Andrae, Harriet (2008): Persönlichkeitsstile und dimensionale Diagnostik bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. In: *Zeitschrift für Klinische Psychologie und Psychotherapie* 37 (4), S. 236–244.

Seiffge-Krenke, Inge (2012): Therapieziel Identität. Veränderte Beziehungen, Krankheitsbilder und Therapie. 1., Aufl. s.l.: Klett-Cotta Verlag.

Sen, Amartya (2020): Identität und Gewalt. 1. Auflage. München: C.H.Beck (C.H.Beck Paperback).

Stein, Jan-Philipp; Krause, Elena; Ohler, Peter (2019): Every (Insta)Gram counts? Applying cultivation theory to explore the effects of Instagram on young users' body image. In: *Psychology of Popular Media Culture*.

Taylor, Charles (2016): Quellen des Selbst. Die Entstehung der neuzeitlichen Identität. 9. Auflage. Frankfurt am Main: Suhrkamp (Suhrkamp-Taschenbuch Wissenschaft, 1233).

Thomä, Helmut; Kächele, Horst; Bilger, Andreas; Cierpka, Manfred; Grünzig, Hans-Joachim (1996): Lehrbuch der psychoanalytischen Therapie. Bd.1. Grundlagen. 2., überarb. Aufl. Berlin, Heidelberg, New York: Springer.

Thomae, Helmut (1961): Anorexia nervosa: Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht. Bern: Gemeinschaftsverlag Hans Huber - Ernst Klett.

Trunk, Janine; Bauer, Anika; Vocks, Silja (2019): Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. In: Thomas Schnell und Knut Schnell (Hg.): Handbuch Klinische Psychologie, Bd. 55. Berlin, Heidelberg: Springer Berlin Heidelberg, S. 1–20.

Turkle, Sherry; Schmidt, Thorsten (1999): Leben im Netz. Identität in Zeiten des Internet. Reinbek bei Hamburg: Rowohlt Taschenbuch-Verl. (rororo rororo-science rororo-Sachbuch, 60069).

Eidesstattliche Erklärung

Ich versichere, dass ich die vorliegende Arbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Quellen und Hilfsmittel angefertigt und die den benutzten Quellen wörtlich oder inhaltlich entnommenen Stellen als solche kenntlich gemacht habe.

Diese Arbeit hat in gleicher oder ähnlicher Form noch keiner Prüfungsbehörde vorgelegen.

Datum, Unterschrift