

Kapitel 14

Eßstörungen

Karen Wise* und Reinhold G. Laessle**, Prien, Trier

Einführung

Eßstörungen sind in den westlichen Industrieländern zunehmend zu einem psychosozialen Problem geworden. Obwohl hauptsächlich Frauen betroffen sind, scheint sich auch die Anzahl von betroffenen Männern zu vergrößern. Die Forschung bezüglich weiblicher Personen mit Eßstörungen scheint auf Männer übertragbar zu sein (Keel et al., 1998).

Eßstörungen können grob in drei Kategorien unterteilt werden: Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa und Adipositas (Übergewicht). Erst in den 70-er Jahren wurde Bulimie als ein eigenständiges Krankheitsbild beschrieben und nicht mehr als Teil der Anorexia nervosa betrachtet (Wise, 1994).

Auffälligstes Merkmal von Patienten mit einer Anorexia nervosa ist ein gravierender Gewichtsverlust, der bis zur lebensbedrohlichen Unterernährung führen kann. Die Gewichtsabnahme wird beim restriktiven Typus überwiegend durch eine strikte Reduktion der Kalorienaufnahme oder Hyperaktivität erreicht. Beim „Binge-Eating/Purging“ Typus treten zusätzlich Eßanfälle auf mit dem Versuch, ihnen durch Maßnahmen wie Erbrechen, Laxantien- und Diuretikaabusus entgegenzuwirken. Etwa 50 % der Anorektikerinnen entwickeln solche bulimischen Symptome (Bruch, 1985). Anorektische Patienten nehmen ihren Körper verzerrt wahr und bezeichnen sich selbst trotz ihres abgemagerten Zustandes als zu dick. Hungergefühle werden in der Regel nicht wahrgenommen oder geleugnet. Als Folge

* Klinik Roseneck, Prien/Chiemsee

** Universität Trier, Forschungsstelle für Psychobiologie und Psychosomatik

des Gewichtsverlustes tritt eine Vielzahl körperlicher Symptome auf wie z. B. Amenorrhoe, Hypothermie, Bradykardie.

Patienten mit Bulimia nervosa sind in der Regel normalgewichtig. Hauptmerkmal der Störung ist das wiederholte Auftreten von Eßanfällen, bei denen oft große Nahrungsmengen in kurzer Zeit konsumiert werden. Subjektiv besteht bei Eßanfällen häufig das Gefühl des Kontrollverlustes. Psychologisch am auffälligsten ist die übertriebene Bedeutung von Figur und Gewicht für das Selbstwertgefühl der Betroffenen. Zur Gewichtskontrolle werden Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Laxantienabusus und intermittierendes Diäthalten eingesetzt. Dadurch kann es trotz normalen Gewichtes zu biologischen Anpassungserscheinungen der Mangelernährung kommen (Laessle et al., 1987). Die Übergänge zwischen Anorexia nervosa und Bulimie können fließend sein, da auch bei Magersüchtigen in vielen Fällen Heißhungeranfälle auftreten und bulimische Patienten im Verlauf der Störung Phasen mit starkem Untergewicht zeigen können.

Übergewicht bzw. Adipositas wird nach DSM-IV nicht als psychische Störung klassifiziert, sondern gilt als rein somatische Erkrankung. Derzeit wird kritisch diskutiert, inwieweit Übergewicht als Folge einer Eßstörung auftritt oder als Konsequenz einer biologischen Prädisposition zu einem verringerten Energieverbrauch aufzufassen ist (Stunkard & Wadden, 1993). Klinische Erfahrungen legen eine Differenzierung zwischen verschiedenen Gruppen der Adipösen nahe.

Bei der Anorexia nervosa sind die Prävalenzraten je nach Stichprobe und diagnostischen Kriterien unterschiedlich, jedoch meist unter 1 % (Hoek, 1993; Hsu, 1990; Göttestam & Agras, 1995). Bulimia nervosa kommt erheblich häufiger vor. Unter Zugrundelegung der DSM-IV Kriterien wurden Prävalenzraten von 1,1 % bis 2,4 % bei Frauen (Garfinkel et al., 1995; Pemperton et al 1996; Göttestam & Agras, 1995; Westenhöfer, 1992) und 0,1 % bzw 0,2 % bei Männern gefunden (Pemperton et al 1996; Garfinkel et al., 1995).

Es wurde oft diskutiert, ob die Zunahme von Eßstörungen ein Artefakt ist, d. h., ob lediglich der Bekanntheitsgrad zugenommen hat. Dagegen spricht eine Untersuchung von Pope (1984), in der 300 Frauen aller Altersgruppen nach bulimischem Eßverhalten befragt wurden. Sie sollten retrospektiv angeben, ob sie jemals in ihrem Leben an bulimischer Symptomatik gelitten hatten. Je jünger die Befragten waren, desto häufiger berichteten sie über gestörtes Eßverhalten. Dieser Zusammenhang war nicht nur linear, sondern exponentiell. Bei den 13 bis 20 Jährigen war die Prävalenz mehr als dreimal so hoch als bei den 40 bis 64 Jährigen. Spätere Studien bestätigen diese Tendenz und zeigen eine Zunahme von Laxantien- und Appetitzügler-Mißbrauch. Wie läßt sich diese Tendenz erklären? Eßstörungen

entwickeln sich aus einer Wechselwirkung gesellschaftlicher, familiärer und individueller Faktoren. In den letzten Jahren scheinen sich zwei dieser Faktoren diametral entgegengesetzt entwickelt zu haben: Während sich das tatsächliche Körpergewicht im Vergleich zur Körpergröße in der Bevölkerung nach oben bewegt hat, hat sich die Norm für Schönheit deutlich nach unten entwickelt (Garner et al., 1980; Wiseman et al., 1992). Wunschbild und Wirklichkeit klaffen auseinander. Bei immer größer werdendem Nahrungsangebot wird mehr Wert auf eine schlanke Figur gelegt. Die resultierende Spannung ist am meisten zu spüren bei jungen Menschen, deren Selbstbild sich noch in der Entwicklung befindet.

Da man der Bulimie in der klinischen Praxis am häufigsten begegnen wird, wurde für die folgende Falldarstellung das Beispiel einer bulimischen Patientin ausgewählt, die typische Merkmale für die Entstehung und den Verlauf dieser Eßstörung aufweist. Unter anderem erfuhr die Patientin sexuelle Übergriffe, ein vermuteter, wenn auch umstrittener Risikofaktor für Eßstörungen (Pope & Hudson, 1992). Widersprüchliche Ergebnisse können vermutlich auf die unterschiedlichen Kriterien für sexuellen Mißbrauch zurückgeführt werden. Hastings und Kern (1994) fanden unter Anwendung restriktiver Definitionen einen hoch signifikanten Zusammenhang zwischen Bulimie und sexuellem Mißbrauch in der Kindheit. Zudem fanden sie einen Zusammenhang mit einer konfliktreichen familiären Atmosphäre.

Biographische Angaben

Die 19jährige Verkäuferin ist das jüngste von drei Kindern und wohnt noch bei den Eltern. Der Vater besitzt eine Sägemühle, in der der ältere Bruder arbeitet. Der jüngere Bruder ist verheiratet und wohnt in einem anderen Ort. Die Mutter ist Hausfrau und ordnet sich ihrem Mann unter. Ihr Leben besteht aus vielen Pflichten, für Vergnügen ist wenig Platz. Der Vater „regiert“ mit dem älteren Sohn die Familie und erwartet, daß die anderen Familienmitglieder tun, was er für richtig hält.

Am Anfang der Ehe hatte die Mutter versucht, sich durchzusetzen. Im Laufe der Jahre resignierte sie immer mehr. Auch ihrer Tochter riet sie, sich anzupassen. Weil es ihr aber nicht immer gelang, bekam Frau M. häufig vom Vater Prügel. Weil sie weniger Arbeit als die Männer in der Sägemühle leistete, bekam sie wenig Anerkennung in der Familie. Sie sagt: „Als Mädels habe ich nicht viel gezählt in der Familie“. Die Mutter tröstete sie mit Schokolade und versuchte, sie zu überzeugen, das sei alles nicht so schlimm. Der ältere Bruder ahmte den Vater nach und schikanierte Frau M. oft. Ab ihrem 10. Lebensjahr stellte er ihr oft nach und nutzte seine körperliche Überlegenheit aus, um sie „anzufassen“. Für sie war dieses

Verhalten äußerst erniedrigend. Besonders schlimm war der mangelnde Rückhalt bei den Eltern. Die Mutter verbat ihr, außerhalb der Familie darüber zu sprechen, und der Vater unterstellte ihr, sie wolle das so haben. Trotz dieser Verletzungen hat sie sich immer gewünscht, vom Vater und insbesondere von ihrem älteren Bruder anerkannt zu werden.

Durch zähes Verhandeln durfte sie auf die Realschule. Anschließend absolvierte sie eine Lehre als Hotelfachfrau, trotz der Bemühungen ihres Vaters und Bruders, sie zu einer Zimmermannslehre zu überreden. Sie ist sehr stolz, die Gesellenprüfung mit Auszeichnung bestanden zu haben. Vor einem Monat zog sie von zuhause aus, da die gespannte Atmosphäre für sie unerträglich geworden war. Darauf hat der Vater autoritär reagiert: „Du kommst wieder heim“. Die Mutter flehte sie an: „Bleibe mir zuliebe, ich habe sonst niemanden“. Zur Zeit des Therapiebeginns wohnte sie im Haushalt des jüngeren Bruders. Sie plante die Gründung eines eigenen Haushaltes, hatte aber Bedenken, die Mutter alleine zurück zu lassen.

1 Beschreibung der Störung

Die attraktive Patientin berichtet, daß das Problemverhalten sich bereits in der Kindheit bemerkbar gemacht habe. Wenn sie von der Schule nach Hause kam, wurde sie als erstes gefragt, ob sie etwas essen wollte. Abends im Bett naschte sie gerne Süßigkeiten, besonders dann, wenn sie sich nicht wohl fühlte. Auch nachmittags, wenn die Mutter nicht da war, neigte sie dazu, sich mit Schokolade zu trösten. Das Ergebnis war nicht überraschend: sie war als Kind übergewichtig.

Bis vor zwei Jahren wog die Patientin 88 kg bei einer Körpergröße von 160 cm. Als sie eines Tages ziemlich barsch auf ihr Gewicht angesprochen wurde, entschied sie sich abzunehmen. Durch Hungern und die Einnahme von Appetitzüglern nahm sie innerhalb von sechs Monaten 30 kg ab. Sie war sehr stolz, diese Gewichtsabnahme erreicht zu haben, merkte aber, daß sie Schwierigkeiten hatte, das Gewicht zu halten. Sie bekam eine unstillbare Lust auf all die Speisen, die sie sich nicht erlaubte. Es gelang ihr nicht mehr, die Menge ihrer Nahrungsmittel zu kontrollieren. Durch einen Zeitungsartikel erfuhr sie von Bulimie und fand diese Lösung optimal. Immer wenn sie zuviel gegessen hatte, hatte sie ein Mittel an der Hand, um gegenzusteuern. Die Heißhungeranfälle nahmen zu. Zeitweise aß und erbrach sie den ganzen Tag.

Als sie zur Therapeutin kommt, berichtet sie von täglich auftretenden „Eßanfällen“ mit anschließendem selbst-induzierten Erbrechen. Abführtablet-

ten nimmt sie nicht mehr. Zwischen den Heißhungeranfällen versucht sie, so wenig wie möglich zu essen, „um das alles wieder gut zu machen“. Während den Eßepisoden verzehrt sie leicht verdauliche, kohlenhydratreiche Nahrung wie Brot und Schokolade. Anschließend fühlt sie sich schlecht, da sie wieder „gesündigt“ hat. Sie empfindet ihr Eßverhalten als nicht „normal“ und leidet darunter.

Sie kommt jetzt in Therapie, da sie erkannt hat, daß sie etwas an ihrem Leben ändern muß, wenn sie die Bulimie überwinden will. Gespräche mit ihrer Hausärztin haben bereits zu einer leichten Verbesserung der Symptomatik geführt. Sie ist sehr motiviert, weiterhin ihr Eßverhalten zu ändern, und möchte lernen, wieder „frei und unbeschwert zu essen“.

Das problematische Verhalten kann auf verschiedenen Ebenen beschrieben werden:

Motorische Ebene

Die Patientin ißt erst mittags und dann sehr wenig (meistens ein Brot). Gegen abend kann sie sich nicht mehr zurückhalten und ißt große Mengen von Nahrungsmitteln, die sie anschließend wieder erbricht. Sie hat sich von vielen Bekannten zurückgezogen und hat wenig Interesse an früheren Aktivitäten.

Emotionale Ebene

Sie ist oft verzweifelt, haßt sich selbst und fühlt sich minderwertig und hilflos. Nach Eß- und Brechepisoden treten Scham und Schuldgefühle sowie Niedergeschlagenheit auf.

Kognitive Ebene

Die Gedanken kreisen ständig um das Essen. Dazu kommen selbstabwertende Kognitionen wie „ich bin so dick und häßlich, vor mir muß es jedem grausen“ oder „ich bin nicht wichtig, weil mich keiner beachtet“. Weitere dysfunktionale Gedanken sind: „ich darf meine Gefühle nicht zeigen, das würde Schwäche bedeuten“ und „ich muß ruhig sein und meine Meinung für mich behalten, sonst mag mich keiner“. In bezug auf das Essen denkt sie, „ich darf mich nicht satt essen, sonst werde ich unendlich zunehmen“.

Körperliche Ebene

Die Patientin klagt über Kopf- und Rückenschmerzen, die sie auf ihre „krumme Haltung“ zurückführt. Muskelverspannungen im Schulter- und Nackenbereich sind feststellbar. Zudem leidet sie unter Verdauungsstörungen, Müdigkeit und Schwindel.

2 Differentialdiagnostik

In der Anamnese treten Phasen des Übergewichts sowie starken Hungers auf. Bevor die Patientin anfang zu hungern, erfüllte sie die Kriterien einer Adipositas. Zur Bestimmung des Ausmaßes des Übergewichts wird in der neueren wissenschaftlichen Literatur der Body Mass Index (BMI) herangezogen. Der BMI wird berechnet, indem das Körpergewicht in Kilogramm durch die quadrierte Körperlänge in Meter dividiert wird.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht: kg}}{(\text{Körperlänge: m})^2}$$

Nach Bray (1987) liegt der Bereich des Normalgewichts für Frauen bei einem BMI zwischen 19 und 24. Übergewicht besteht bei einem BMI bis 30, Adipositas bei einem BMI größer als 30. Nach dieser Formel hatte die Patientin einen maximalen BMI von 34 in der Vorgeschichte, was ein erhebliches Übergewicht bedeutet (88 kg bei 160 cm Körpergröße).

Als die Patientin anfang zu fasten, entwickelte sie einige Verhaltensweisen, die auch für anorektische Patienten typisch sind. Sie achtete nicht mehr auf die körperlichen Signale von Hunger, sondern aß sowenig wie möglich, um eine schnelle Gewichtsabnahme zu erreichen. Obgleich als ihr Gewicht sich normalisiert hatte, fühlte sie sich weiterhin zu dick. Später blieb auch die Regelblutung aus, vermutlich aufgrund der bulimischen Symptomatik. Nachdem sie sechs Monate gefastet hatte, gelang es ihr nicht mehr, ihren Hunger zu unterdrücken. Wäre sie dabei „erfolgreicher“ gewesen, hätte sie unter Umständen eine restriktive Anorexie entwickelt. Ihr Bedürfnis nach Nahrungsmitteln hinderte sie jedoch daran, sich weiterhin mangelhaft zu ernähren.

Als Reaktion auf ihr gezügeltes Eßverhalten begann sie übermäßig viel zu essen. Sie verschlang große Mengen Lebensmittel und fühlte sich außerstande, dieses Verhalten zu kontrollieren. Zur Zeit der Aufnahme in die Klinik erfüllte Frau M. alle Kriterien für die Diagnose einer Bulimia nervosa (DSM-IV 307.51):

- A. Sie leidet unter wiederholten Episoden von Eßanfällen
1. Sie verzehrt in einem diskreten Zeitraum erheblich größere Mengen von Nahrungsmitteln, als die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 2. Sie hat das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren.
- B. Gegensteuernde Maßnahmen werden eingesetzt, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Früher hat sie Laxantien benutzt, jetzt fastet sie und erbricht sich.
- C. Die Heißhungeranfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen mehr als drei Monate lang und im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf Ihre Selbstbewertung.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Die Eßstörung wird als „Purging“-Typus bezeichnet, da die Patientin während der bulimischen Episode regelmäßig Erbrechen induziert. Andere Purging-Verhaltensweisen wie den Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistiere setzte sie nicht ein.

Weitere Diagnosen auf der klinisch-psychiatrischen Ebene lagen bei dieser Patientin nicht vor, allerdings ist bei bulimischen Patienten Komorbidität häufig zu beobachten. Klinisch relevante Depressionen treten beispielsweise häufig bei Patienten mit Bulimie auf, sind jedoch nicht spezifisch für diese Störung (Laessle, 1989).

Das DSM-IV sieht eine Diagnose auf fünf Achsen vor. Bulimia nervosa ist die Diagnose auf Achse I, d. h. auf der Ebene der klinischen Störungen. Die zweite Achse bezieht sich auf Persönlichkeitsstörungen. Obwohl Frau M. mangelnde soziale Fertigkeiten aufweist, ist der Grad ihrer Selbstunsicherheit nicht ausreichend, um die Diagnose einer selbstunsicheren Persönlichkeit zu rechtfertigen. Auf der dritten Achse werden medizinische Krankheitsfaktoren beurteilt. Anamnestisch weist unsere Patientin eine Adipositas vor. Achse IV bezieht sich auf psychosoziale oder umgebungsbedingte Probleme. Die Patientin leidet bereits seit längerem unter familiären Belastungen und unzulänglicher sozialer Unterstützung. Auf Achse V wird die globale Erfassung des Funktionsniveaus beurteilt. Auf den ersten drei Achsen erhielt Frau M. somit folgende Diagnosen:

Achse I:	Bulimia nervosa, „Purging“-Typus
Achse II:	–
Achse III:	Zustand nach Adipositas

Sowohl symptom-orientierte Verfahren wie auch ein Persönlichkeits- und ein Beschwerdefragebogen wurden diagnostisch eingesetzt. Die Eßstörung wurde durch die Selbstbeschreibungsfragebögen EDI (Eating Disorder Inventory) und FEV (Fragebogen zum Eßverhalten) erfaßt.

Der Persönlichkeitstest Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI-R (Fahrenberg et al., 1984) besteht aus 12 Skalen. Auf diesem Selbstbeschreibungsfragebogen schildert sich die Patientin als mit ihrem Leben extrem unzufrieden. Sie ist von Alltagsanforderungen stark beansprucht und leicht reizbar bei hoher emotionaler Labilität.

Der Beschwerdefragebogen Hopkins Symptom-Check-Liste SCL-90-R (Derogatis et al., 1974) erfaßt psychische und psychosomatische Symptome, die in der vorherigen Woche aufgetreten sind. Die 90 Items werden zu neun (plus drei übergeordneten) Dimensionen zusammengefaßt. Frau M. erzielte extrem hohe Werte auf den Skalen „Zwanghaftigkeit“, „Soziale Unsicherheit“ und „Depressivität“.

Das EDI Eating Disorder Inventory (Garner et al., 1983) erhebt Symptome, die relevant für Eßstörungen sind. Acht Dimensionen werden beschrieben.

Der Fragebogen zum Eßverhalten FEV (Pudel & Westenhöfer, 1989) ist die deutsche Version des Three Factor Eating Questionnaire (TFEQ) von Stunkard und Messick (1985). Er mißt drei Dimensionen des Eßverhaltens: (1) Kognitive Kontrolle des Eßverhaltens, gezügeltes Eßverhalten, (2) Störbarkeit des Eßverhaltens und (3) erlebte Hungergefühle.

Auf allen Skalen des EDI und des FEV erreicht Frau M. sehr hohe Werte, die ein extrem gestörtes Eßverhalten anzeigen.

3 Erklärungsansatz

Eine Eßstörung ist eine persönliche Antwort auf eine individuelle Lebenssituation, die sehr unterschiedlich sein kann. Grundsätzlich nimmt man eine Wechselwirkung gesellschaftlicher, familiärer und persönlicher Faktoren als prädisponierend an. Schematisch sind diese Risikofaktoren in Abbildung 1 repräsentiert.

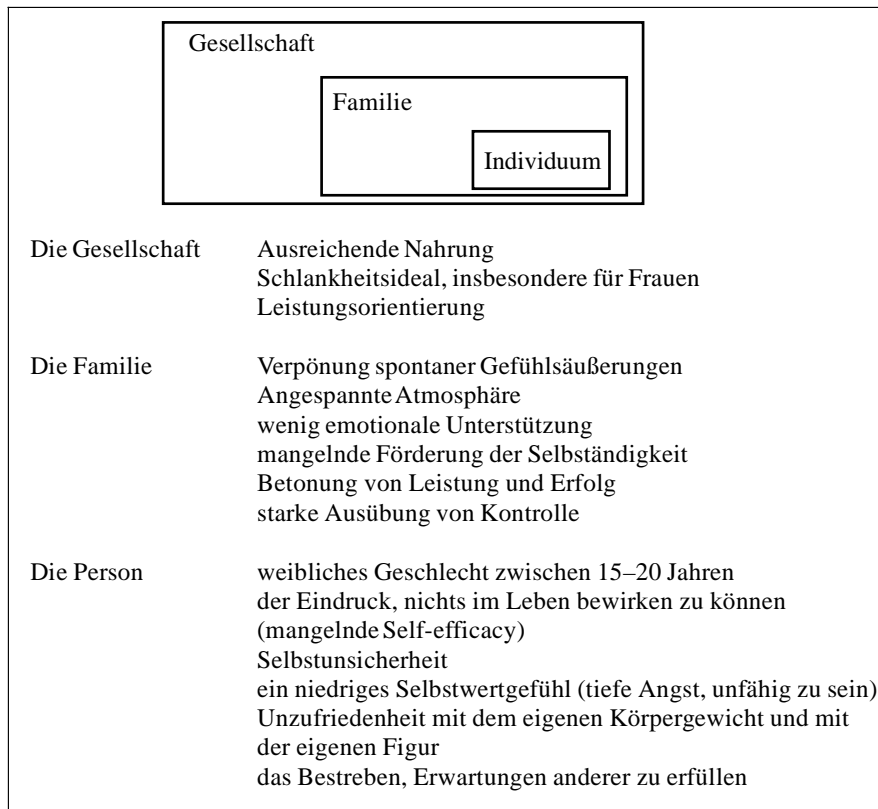


Abbildung 1: Prädisponierende Faktoren einer Eßstörung

Frau M. begann mit 16 Jahren, Diät zu halten. Sie lebte in einem eher kleinen Ort, in dem jeder auf den anderen achtet. Sie und ihre gleichaltrigen Bekannten bewunderten die schlanken Frauen in Modezeitschriften, die als erfolgreich und attraktiv dargestellt wurden. Es war Frau M. peinlich bewußt, daß ihre Figur weit weniger „optimal“ war. Das Schlankheitsideal, das in Deutschland wie in anderen westlichen Industriestaaten herrscht, war bedeutend für die Entscheidung der Patientin, schnell und möglichst viel abnehmen zu wollen.

Die Familie vermittelte ihr widersprüchliche Botschaften bezüglich ihrer Figur. Während der Bruder sie wegen ihres Übergewichts hänselte, wurde sie von der Mutter ermutigt, ihren Teller leer zu essen. Es fiel ihr aus verschiedenen Gründen schwer, dies nicht zu tun: Zum einen schmeckte ihr das Essen sehr gut, zum anderen wollte sie der Mutter eine Freude machen. Täglich erfuhr sie, wie wenig die Mutter von den anderen Familienangehörigen geschätzt wurde. Da Frau M. die einzige war, die ihre Mutter zu verstehen glaubte, fühlte sie sich für sie verantwortlich. Zudem

suggerierte die Mutter Frau M. durch ihr Verhalten, daß sie lediglich wegen der Kinder bei ihrem Mann geblieben sei. Obwohl sie selbst so schlecht mit ihrem Leben zurecht kam, wollte Frau M. ihrer Mutter Trost und Unterstützung spenden. Damit war sie völlig überfordert. Gleichzeitig hatte sie wenig Gelegenheit, über ihre eigenen Gefühle zu sprechen, und fühlte sich nicht in der Lage, ein eigenes Leben aufzubauen. Sie war so sehr mit der Familie beschäftigt, daß sie sich kaum darum kümmerte, eigene Bedürfnisse zu erkennen oder sogar zu realisieren.

Frau M. war in einem Alter, in dem andere Jugendliche sich nach außen orientieren und sich allmählich vom Elternhaus lösen. Da sie sich durch die Familienverhältnisse an Zuhause gebunden fühlte, fand diese Entwicklung nur unzureichend statt. Trotz strenger Kontrolle und mangelndem Freiraum für persönliche Entwicklung bekam sie wenig emotionale Unterstützung bei wichtigen Entscheidungen. Ihr Vater und ihr Bruder hatten feste Vorstellungen von dem Beruf, den Frau M. ausüben soll. Die Mutter hatte wenig Interesse daran, ihre Tochter eigene Wege gehen zu lassen.

Von der Familie bekam sie kein positives Frauenbild vermittelt. Die Mutter wurde unterdrückt und wenig wertgeschätzt, die männlichen Angehörigen waren mächtig. Frau M. versuchte, die Realschule besonders gut abzuschließen, um dem Vater und dem Bruder zu zeigen, daß sie auch etwas leisten kann. Als Frau glaubte sie, sich besonders beweisen zu müssen. Gleichzeitig hatte sie jedoch den Eindruck, wenig bewirken zu können. Sie war sozial unsicher und litt an Minderwertigkeitsgefühlen. Aufgrund ihrer Lerngeschichte und den entwickelten kognitiven Sets war ihr Augenmerk auf ihre Schwächen gerichtet, während sie ihre Stärken übersah. Ohne ausreichende Unterstützung vom Elternhaus fühlte sie sich hilflos. Um diesem unangenehmen Gefühl entgegenzuwirken, wählte sie einen Bereich aus, den sie glaubte kontrollieren zu können: ihr Gewicht.

Die Familie von Frau M. zeigt viele Eigenschaften, die in Familien mit eßgestörten Mitgliedern häufig beobachtet werden und sich auch in einer eigenen Untersuchung an 62 Personen mit Eßstörungen fanden (Wise & Schneewind, 1987). Die Familienbeschreibungen Betroffener auf den Familienklimaskala FKS (Schneewind et al., 1985) waren signifikant unterschiedlich zu der unauffälligen Gruppe. Die wichtigsten Merkmale der Familien bulimischer Personen waren:

- ein geringerer Zusammenhalt
- weniger emotionale Offenheit
- höhere Leistungsorientierung
- mehr Kontrolle in der Familie und weniger Flexibilität
- Selbständigkeit wurde weniger gefördert

Andere Untersuchungen mit diesem Instrument kamen zu ähnlichen Ergebnissen (Stern et al., 1989; Shisslak et al., 1990). Um jedoch das Bild zu vervollständigen, sollen die Überlegungen von Woodside und seinen Mitarbeitern (1996) angeführt werden. Unter Anwendung eines anderen Instruments – der Family Assessment Measure – fanden sie Hinweise dafür, daß sich das Funktionieren der Familie vom Verlauf der Eßstörung beeinflusst wurde.

Zusammenfassend können wir folgende Risikofaktoren im Fallbeispiel finden:

- weibliche Person
- Teenager-Alter
- Schlankheitsideal
- Unzufriedenheit mit der eigenen Figur
- niedriges Selbstwertgefühl
- soziale Unsicherheit
- mangelnde Self-efficacy
- Bedürfnis nach Anerkennung
- Familie, in der viel Kontrolle und wenig emotionale Unterstützung herrschte
- mangelnde Übung in Selbständigkeit

Um die unmittelbaren auslösenden Faktoren der Eßstörung zu identifizieren, müssen wir den Verlauf der Eßstörung in drei Etappen unterteilen. Die erste Phase begann in der Kindheit und bestand darin, Nahrung als Trost zu benutzen. Von der Mutter lernte sie, sich mit Essen etwas „Gutes zu tun“. Ausgelöst wurde „das Trostessen“ durch Situationen, in denen Frau M. sich einsam und traurig fühlte. Da die Nahrung nicht nur ein physiologisches, sondern auch ein psychisches Bedürfnis erfüllte, trat selbst bei körperlicher Sättigung keine Aversion gegen das Essen auf (verzögerter Appetenzverlust). Kurzfristig ergaben sich positive Konsequenzen: Süßigkeiten sowie andere Speisen waren schmackhaft und gaben Frau M. das Gefühl der Geborgenheit. Langfristig erfolgte eine Gewichtszunahme.

Die zweite Etappe des problematischen Eßverhaltens wurde dadurch ausgelöst, daß Frau M. sich nicht mehr mit ihrer Figur zufrieden geben wollte. Unmittelbarer Auslöser war eine negative Äußerung des Bruders zu ihrem Übergewicht. Zudem stand ein wichtiges Familienfest an, und Frau M. wollte durch eine rasche Gewichtsabnahme imponieren. Anfangs klappte dies hervorragend. Die Konsequenzen waren zunächst sehr positiv: Die schlanker werdende Figur brachte viel Lob und Anerkennung. Das gesteigerte Selbstwertgefühl verstärkte das Diätverhalten positiv. Frau M. nahm weiter ab und war stolz auf ihre Erfolge. Das Fest fand statt, erfüllte aber

nicht alle Hoffnungen. Trotz ihrer schlanken Figur fühlte sich Frau M. abseits geschoben und nicht beachtet.

Zu diesem Zeitpunkt begann die dritte Etappe der Eßstörung. Das ewige Hungern fiel Frau M. schwer. Abends verlor sie oft die Kontrolle und aß alles, was sie im Kühlschrank fand. Um die Folgen auszugleichen, versuchte sie, an den nächsten Tagen, besonders wenig zu essen. Das restriktive Essen stellte einen Zustand der körperlichen Deprivation her, was wiederum die Wahrscheinlichkeit eines Heißhungeranfalles erhöhte. Zwei problematische Verhaltensweise bedingten sich gegenseitig: das Hungern und die Heißhungeranfälle. Je mehr sie „verbotene“ Speisen und übermäßige Mengen Essen verzehrte, desto mehr Kalorien mußte sie wieder „einsparen“. Durch das Hungern war eine physiologische Bereitschaft zu übermäßigem Essen vorhanden. Dann genügte meist ein relativ kleiner Anlaß, um Eß- und Brechepisoden auszulösen.

Die wesentliche Bedeutung „gezügelter“ Eßverhaltens für die Entstehung und Aufrechterhaltung von Eßanfällen ist sowohl durch klinische Beobachtungen als auch durch experimentelle Analogstudien im Rahmen des „restrained eating“ Paradigmas (Polivy & Hermann, 1985) gut belegt.

Frau M. hatte nicht nur zu geringe soziale Kompetenz und Bewältigungsstrategien zur Verfügung, sondern konnte aufgrund ihrer Familienkonstellation die vorhandenen sozialen Fertigkeiten nicht einsetzen. Essen war ein willkommener Trost in Konfliktsituationen und half ihr – mit unangenehmen Gefühlen umzugehen, indem es Spannungen zunächst abbaut. Das anschließende Erbrechen wirkte dann angstreduzierend: Die Furcht vor einer Gewichtszunahme wurde durch das Erbrechen abgebaut. Kognitionen wie „ich muß schlank sein, um anerkannt zu werden“ oder „wenn ich schlank genug bin, werden auch mein Vater und mein Bruder mit mir zufrieden sein“ motivierten die Patientin zu weiteren Abnehmversuchen.

Um diese ineinandergreifenden Phänomene deutlicher darzustellen, ist eine Verhaltensanalyse anhand des S-O-R-K Modells von Kanfer (Kanfer & Phillips, 1975) nützlich. Dieses Schema erlaubt eine genaue Untersuchung des Problemverhaltens. Dabei wird zwischen auslösenden Situationen, Organismus-Variablen, reaktivem Verhalten und anschließenden Konsequenzen des Verhaltens unterschieden. Drei Beispiele einer S-O-R-K Analyse können exemplarisch für die drei Etappen der Eßproblematik dargestellt werden:

1			
S	O	R	K
Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenz
Gefühl der Einsamkeit	Unsichere Persönlichkeit	Verzehr von Süßigkeiten	kurzfristiges Gefühl der Geborgenheit (kompensatorische Befriedigung) langfristig: Gewichtszunahme
2			
S	O	R	K
Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenz
Gedanke: „ich muß schlank bleiben“	fehlende Selbst- und Körperakzeptanz	Hungern	kurzfristig: Gefühl der Stärke und Kontrolle mittelfristig: Heißhungeranfälle
3			
S	O	R	K
Situation	Organismus	Reaktion	Konsequenz
Konfliktsituation	Zustand des Hungerns	Heißhungeranfall Erbrechen	Abbau von Spannung Abbau der Angst vor einer Gewichtszunahme langfristig: Beeinträchtigung im sozialen und beruflichen Bereich

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß die hier beschriebene Eßstörung multifaktoriell bedingt war. Prädisponierend war die Lerngeschichte: Bereits in der Kindheit lernte die Patientin, belastende Situationen mit Essen zu bewältigen. Als im frühen Erwachsenenalter die Ablösung vom Elternhaus anstand, setzte sie dieses Mittel wieder ein. Ihr standen wenig andere Bewältigungsmechanismen zur Verfügung. Das Streben nach einem perfekten Körper war ein verzweifelter Versuch, die Hilflosigkeit zu überwinden und ein Gefühl der Kontrolle zu gewinnen. Da Frau M. dabei physiologische Bedürfnisse und Realitäten außer acht ließ, konnte sie ihr Ziel nicht erreichen. Angesichts dieses „Versagens“ griff sie wieder zum

Essen. Damit konnte sie Spannung kurzfristig abbauen, jedoch keine wesentlichen Änderungen herbeiführen. Der Kreislauf des problematischen Essens sowie die Familiensituation blieben zunächst unverändert.

4 Interventionsprinzipien

Als wichtigstes allgemeines Prinzip bei der Behandlung von Eßstörungen gilt, daß Interventionen auf verschiedenen Ebenen erfolgen sollten. Kurzfristig ist eine direkte Modifikation des Eßverhaltens (bzw. des Körpergewichts bei extrem untergewichtigen Patienten) notwendig, um erste Erfolgserlebnisse zu erzielen, die motivierend für die weitere Therapie wirken. Dabei können auch biologische Mechanismen wie Hungern und Heißhunger unterbrochen werden. Langfristig müssen die Patienten unterstützt und befähigt werden, psychologische und psychosoziale Bedingungen, die in funktionalem Zusammenhang mit dem gestörten Eßverhalten stehen, wahrzunehmen und zu verändern.

Nach den Ergebnissen der bisherigen Verlaufsforschung zur Bulimie (Herzog, 1992) kann die Prognose als günstig beurteilt werden. Frau M. war hochmotiviert, introspektionsfähig und jung. Neben der Diagnose auf Achse I bestanden keine weitere Diagnosen, die die Behandlung erschweren konnten. Zudem hat die Bulimie nicht sehr lange bestanden, d. h. das Verhalten war noch nicht chronifiziert. Frau M. war zum ersten Mal in Behandlung.

Die Behandlung beinhaltete etwa 18 Einzel- und ebensoviele Gruppensitzungen. Der Schwerpunkt der Therapie lag auf der Modifikation des pathologischen Eßverhaltens sowie der dazu gehörigen dysfunktionalen Gedanken, der Entwicklung von Problemlösestrategien und der Bearbeitung der Familienproblematik. Gegen Ende der Therapie wurde Wert darauf gelegt, das neue Verhalten zu stabilisieren. Die wichtigsten Interventionen werden im folgenden erläutert. Die Reihenfolge entspricht nicht unbedingt derjenigen in der Therapie, vielmehr greifen die verschiedenen Techniken ineinander.

Selbstbeobachtung, Selbstkontrolle und Selbstverstärkung

Durch Selbstbeobachtung wurde zunächst der „Ist-Zustand“ des Eßverhaltens festgestellt. Anhand von Eßprotokollen legte die Patientin Mengen, Zeiten und Zusammensetzung ihres Essens sowie begleitende Gedanken, Gefühle und vorausgehende Situationen schriftlich nieder.

Ziel der ersten Stunden war es, der Patientin möglichst schnell Erfolgserlebnisse zu ermöglichen, um sie zu weiterer Mitarbeit zu motivieren. Daher wurden zunächst die Defizite ignoriert und die nicht erbrochenen Mahlzeiten betrachtet. Dieser erste Schritt stellte die Überzeugung der Patientin, ihr Essen nie kontrollieren zu können, in Zweifel. Wir entwickelten dann Strategien, die ihr halfen, die Mahlzeiten bei sich zu behalten.

Als zweiten Schritt untersuchten wir die auslösenden Situationen für Heißhungeranfälle. Da das Eßverhalten in gewisser Weise eine Eigendynamik entwickelt hatte, konnten die Auslöser nicht immer identifiziert werden. Es zeigte sich jedoch, daß Gefühle der Einsamkeit sowie selbstabwertende Gedanken häufig Eß- und Brechepisoden vorausgingen. Diese Tatsache stimmte mit der Lerngeschichte überein. Als Frau M. funktionale Zusammenhänge zwischen Gedanken, Gefühlen, früheren Erlebnissen und jetzigem Verhalten feststellen konnte, fühlte sie sich entlastet. Das bisher von ihr als sinnlos empfundene Verhalten wurde für sie verständlich und bekam im Lebenskontext doch einen „Sinn“.

Neben der Selbstbeobachtung ging es darum, Selbstkontrollmechanismen aufzubauen. Zu diesem Zweck wurden bereits von Frau M. benutzte Techniken aufgegriffen und ihr transparent gemacht. Zudem wurden neue Strategien erarbeitet. Diese beinhalteten u. a. konstruktive Selbst-Verbalisationen sowie Tätigkeiten, die mit Essen und Erbrechen inkompatibel waren.

Während der Therapie gelang es Frau M., zunehmend Kontrolle über ihr Eßverhalten zu erlangen. Wichtig war, diese Fortschritte zu belohnen. Dies erfolgte einerseits durch Lob seitens der Therapeutin, andererseits durch Selbstbelohnung seitens der Patientin. Diese Selbstverstärkung nahm einmal die Form von materiellen Belohnungen an, einmal bestand sie aus selbstlobenden Verbalisationen wie: „Das hast Du gut gemacht!“

Ernährungsmanagement

Informationen bezüglich der Folgen des Hungerns waren während der Therapie bedeutsam für den Aufbau eines gesunden Eßverhaltens. Die Wichtigkeit regelmäßiger Mahlzeiten zu festgelegten Zeiten wurde bereits am Anfang betont. In der Regel haben eßgestörte Patienten es verlernt, körperliche Signale nach Hunger und Sättigung wahrzunehmen und richtig zu interpretieren. Wenn sie aber für eine längere Zeit angemessene Essensportionen zu geregelten Zeiten verzehren, stellt sich das natürliche Empfinden von Hunger und Sättigung wieder ein.

Zum Ernährungsmanagement gehört auch eine ausgewogene Zusammensetzung von Nahrungsmitteln. Bulimie- sowie Anorexie-Betroffene neigen

dazu, sich bestimmte Lebensmittel zu „verbieten“. Dies ist meistens hochkalorische bzw. fett- oder kohlenhydratreiche Nahrung. Es ist deswegen wichtig, ihnen mitzuteilen, daß nicht die Nahrungsmittel dick machen, sondern die Art des Umgangs mit ihnen. Die nicht erlaubten Speisen sollen sukzessiv in den Speiseplan wieder aufgenommen werden.

Die Vermittlung eines Anti-Diät Modells ist ein wesentlicher Teil der Therapie bei allen Eßstörungen, auch bei Adipositas. Diäten führen auf Dauer zu gestörtem Eßverhalten. Verläßt sich der Mensch auf seine natürlichen Hunger- und Sättigungsgefühle, pendelt sich sein Gewicht auf sein individuelles natürliches Gewicht ein, das weitgehend biologisch bedingt ist. Informationen über biologische Mechanismen der Gewichtsregulation sind behilflich, der Furcht eßgestörter Personen bei ungezügelterm Essen unendlich zuzunehmen, entgegenzuwirken.

Exposition und Reaktionsverhinderung

Nachdem Frau M. auslösende Situationen für bulimische Anfälle identifiziert und erste Fortschritte bezüglich ihres Eßverhaltens erzielt hatte, begann sie sich „verführerischen Situationen“ auszusetzen. Beispielsweise verzehrte sie ein Stück Schokolade, was bisher zu Heißhungeranfällen geführt hatte (Schokolade als Hinweisreiz für Eß- und Brechepisoden). Um einen Eßanfall zu verhindern, nahm Frau M. einen Gruppenteilnehmer mit, der sie unterstützte. Intuitiv setzte sie damit eine wirksame verhaltenstherapeutische Methode ein. Sie beobachtete sich genau während der Exposition und protokollierte ihre Gedanken und Gefühle. Es war für sie eine harte Übung, die jedoch ihre Überzeugung änderte, dem Essen ausgeliefert zu sein. Somit konnte ihre Self-efficacy verbessert werden.

Problemlösestrategien

Patienten mit Eßstörungen haben meist ungenügende Bewältigungsstrategien, um mit Lebensproblemen und Spannungen umzugehen. Größere „Probleberge“ müssen in kleinere bewältigbare Schritte unterteilt und realistische Ziele vereinbart werden. Besonders bedeutsam zu Beginn der Behandlung sind Strategien, die sich auf das bulimische Eßverhalten beziehen. Für Frau M. war es auch hilfreich zu lernen, ihre Zeit gut zu strukturieren. Anstatt ihren Tag mit unangenehmen Pflichten zu erfüllen, begann sie, Zeit für angenehme Tätigkeiten einzuplanen. Zudem lernte sie, sich mit anderen auszutauschen, wenn auftretende Probleme ihr unüberwindbar schienen und sie den starken Drang verspürte, unmäßig viel zu

essen. Meist relativierten sich die Probleme, nachdem sie mit anderen erörtert worden waren.

Kognitive Strategien

Ein wichtiger Teil der Therapie mit Eßstörungen besteht darin, dysfunktionale Gedanken zu identifizieren, zu überprüfen und gegebenenfalls zu korrigieren. Bei Frau M. betrafen diese Gedanken ihre Figur und ihr Gewicht, aber auch überhöhte Erwartungen an sich selbst.

Die Technik der kognitiven Umstrukturierung diente dazu, selbstabwertende Gedanken von Frau M. wie „ich bin eine Versagerin“ oder „ich schaffe es nie“ abzuschwächen. Auch Kognitionen wie „ich darf nicht essen“ oder „jetzt habe ich sowieso zuviel gegessen, es spielt keine Rolle, ob ich weiteresse“ wurden hinterfragt. Viele Annahmen wurden jahrelang als Wahrheiten akzeptiert, ohne daß sie wirklich auf ihre Gültigkeit überprüft worden waren. Erst als Frau M. diese Gedanken bewußt wahrnahm, konnte sie sie in Frage stellen.

Bearbeitung der Familienproblematik

Wenn die Betroffene noch zuhause wohnt oder noch sehr jung ist, ist es sinnvoll, die Familie in die Therapie einzubeziehen. Bei Frau M. wurde aufgrund der Grenzüberschreitungen in der Familie dagegen entschieden. Durch verhaltenstherapeutische Techniken wie Rollenspiele und familientherapeutische Methoden wie Familienskulpturen wurde jedoch indirekt mit der Familie gearbeitet. Die Gruppe war für diese Arbeit sehr hilfreich, da sie Frau M. in ihrem Wunsch, sich vom Elternhaus abzulösen, verstärkte. Adäquate Verhaltensweisen wurden dann in Rollenspielen eingeübt.

Rückfallprophylaxe

In den letzten Sitzungen der Therapie wurde Maßnahmen ergriffen, um das neue Eßverhalten zu stabilisieren. Dieses Vorgehen ist für jede Therapie von Bedeutung, um erzielte Fortschritte nicht zu gefährden. Wesentlich war dabei, die Gedanken der Patientin bezüglich des Themas Rückfälle zu eruieren und eventuell zu modifizieren. Nachdem Frau M. symptomfrei wurde, hatte sie Angst vor einem Rückfall. Für sie bedeutete zunächst ein Eßanfall, in das alte Verhalten zurückzukehren und zu versagen. Diese Vorstellung konnte in einem neuen Kontext gebracht werden (Reframing),

so daß das Symptom die Funktion eines Warnsignals bekam, das anzeigte, daß etwas nicht in Ordnung sei. Sie konnte dann nach auslösenden Reizen oder nach Situationen suchen, die die Wahrscheinlichkeit eines Eßanfalls erhöhten. Vor allem war es notwendig, dysfunktionale Gedanken wie „wenn ich einmal wieder anfangen, höre ich so schnell nicht wieder auf“ zu korrigieren. Schwierige Situationen wurden vorweggenommen und Strategien entwickelt, um mit ihnen umzugehen.

5 Resümee

Bulimie kann gut behandelt werden, insbesondere dann, wenn keine zusätzlichen prognostisch ungünstigen Diagnosen bestehen wie z. B. Alkoholabusus, Persönlichkeitsstörungen oder Anorexie in der Vorgeschichte. Dies wird u. a. durch eine umfangreiche Untersuchung zum Verlauf bulimischer Eßstörungen (Fichter & Quadflieg, 1997) belegt.

Entsprechend der multideterminierten Entstehung soll auch die Therapie der Bulimie auf mehreren Ebenen ansetzen. Zum einen muß sich die Behandlung am Symptom orientieren, d. h. das gestörte Eßverhalten erfassen und modifizieren. Wesentlich ist die Unterbrechung des selbst-perpetuierenden Kreislaufs von Hungern, Heißhungeranfällen und Erbrechen. Zum anderen ist eine Veränderung krankheitsfördernder Bedingungen notwendig, um eine dauerhafte Verhaltensänderung erzielen zu können. Neben psychologischen Komponenten wie sozialer Unsicherheit, mangelnder Self-efficacy sowie niedrigem Selbstwertgefühl soll auch die Person in ihrem gesamten Lebenskontext betrachtet werden. Es kann sinnvoll sein, Angehörige, wichtige Freunde oder den Partner zu einer oder mehreren Sitzungen einzuladen. Aber auch ohne Anwesenheit von Familienmitgliedern kann die familiäre Situation in den Mittelpunkt der Therapie gerückt und wichtige Einstellungen und Verhaltensweisen der Patientin in bezug auf ihre Familie modifiziert werden.

Inzwischen stehen empirisch fundierte strukturierte Behandlungsprogramme zur Verfügung (Waadt et al., 1992). Aufgrund der hohen Prävalenz von Eßstörungen sind vielfach Selbsthilfegruppen entstanden. Diese Entwicklung ist sehr zu begrüßen und kann dazu beitragen, das Problem zu lindern. Zum einen können solche Gruppen Betroffene unterstützen und sie gegebenenfalls zur weiteren Behandlung motivieren, zum anderen können sie helfen, Rückfälle zu verhindern und neue Verhaltensweisen zu stabilisieren. Auch für diesen Bereich gibt es erprobte Anleitungen (Wise, 1992).

Literatur

- American Psychiatric Association (1987). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 3rd ed., rev. Washington D. C.: American Psychiatric Press.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*, 4th ed. Washington D. C.: American Psychiatric Press
- Bray, G.A. (1978). Definition, measurement and classification of the syndromes of obesity. *International Journal of Obesity*, 2, 99–112.
- Bray, G.A. (1987). Overweight is risking fate: definition, classification, prevalence and risks. *Annals of the New York Academy of Sciences*, 499, 14–28.
- Bruch, H. (1985). Four Decades of Eating Disorders. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Eds.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia*. New York: Guilford Press.
- Connors, M.E. & Morse, W. (1993). Sexual Abuse and Eating Disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 1–11.
- Fahrenberg, J., Hampel, R. & Selg, H. (1984). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar, Revidierte Fassung FPI-R*. Göttingen: Hogrefe.
- Fichter, M.M. & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of Bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 361–384.
- Garfinkel, P.E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A. & Woodside, D.B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: Prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152, 1052–1058.
- Garner, D.M., Garfinkel, P.E., Schwartz, D. & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47, 483–491.
- Garner, D.M., Olmsted, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
- Götestam, K.G. & Agras, W.S. (1995). General population-based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 119–126.
- Hastings, T. & Kern, J.M. (1994). Relationships Between Bulimia, Childhood Sexual Abuse, and Family Environment. *International Journal of Eating Disorders*, 15, 103–111.
- Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61–74.
- Hsu, L.K.G. (1990). *Eating Disorders*. New York: Guilford Press.
- Kanfer, F.H. & Phillips, J.S. (1975). *Lerntheoretische Grundlagen der Verhaltenstherapie*. München: Kindler Verlag.
- Keel, P.K., Klump, K.L., Leon, G.R. & Fulkerson, J.A. (1998). Disordered eating in adolescent males from a school-based sample. *International Journal of Eating Disorders*, 23, 125–132.
- Keys, A., Brozek, J., Henschel, A., Mickelsen, O. & Taylor, H.L. (1950). *The biology of human starvation*. Minneapolis: University of Minnesota Press.
- Laessle, R.G., Waadt, S., Schweiger, U. & Pirke, K.M. (1987). Der Therapietoleranz psychobiologischer Befunde bei Bulimia nervosa. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 8, 297–313.

- Laessle, R. (1989) Affektive Störungen und bulimische Syndrome. In M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa*. Stuttgart: Enke Verlag.
- Pemberton, A., Vernon, S.W. & See, E.S. (1996). Prevalence and correlates of bulimia nervosa and bulimic behaviors in a racially diverse sample of undergraduate students in two universities in southeast Texas. *American Journal of Epidemiology*, *144*, 450–455.
- Polivy, J. & Herman, P. (1985). Dieting and bingeing. A causal analysis. *American Psychologist*, *40*, 193–201.
- Pope, H.G. (1984). Anorexia nervosa and bulimia among 300 suburban women shoppers. *American Journal of Psychiatry*, *141*, 292–294.
- Pope, H.G. & Hudson, J.I. (1992). Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? *American Journal of Psychiatry* *149*, 455–463.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1989). *Fragebogen zum Eßverhalten*. Göttingen: Verlag für Psychologie.
- Schneewind, K.A., Beckmann, M. & Hecht-Jackl, A. (1985). *Das FK-Testsystem Testmanual*. Bericht 8.1/1985: Forschungsberichte aus dem Institutsbereich Persönlichkeitspsychologie und Psychodiagnostik, Universität München.
- Shisslak, C., McKeon, R. & Cragg, M. (1990). Family dysfunction in normal weight, bulimic and bulimic anorexic families. *Journal of Clinical Psychology*, *46*, 185–189.
- Stern, S., Dixon, K., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E. & Sansone, R. (1989). Family environment in anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *8*, 23–31.
- Stunkard, A.J. & Messick, S. (1985). The Three-Factor Eating Questionnaire to measure dietary restraint, disinhibition and hunger. *Journal of Psychosomatic Research*, *29*, 71–83.
- Stunkard, A.J. & Wadden, T.A. (Hrsg.) (1993). *Obesity, theory and therapy*. New York: Raven Press.
- Waadt, S., Laessle, R.G. & Pirke, K.M. (1992). *Bulimie, Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer Verlag.
- Westenhöfer, J. (1992). *Gezügeltes Essen und Störbarkeit des Eßverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.
- Wise, K. & Schneewind K. (1987). *Bulimia and adolescent separation*. Diplomarbeit, Ludwig-Maximilians Universität München.
- Wise, K. (1992). *Wenn Essen zum Zwang wird, Wege aus der Bulimie*. Mannheim: PAL Verlag.
- Wise, K. (1994). Behandlung der Bulimia nervosa. *Psychomed*, *6*, 174–179.
- Wiseman, C., Graj, J., Mosimann, J. & Ahrens, A. (1992). Cultural expectations of thinness in women: An update. *International Journal of Eating Disorders*, *11*, 85–89.
- Woodside, B., Lackstrom, J., Schekter-Wolfson, L., Heinmaa & M. (1996). Long-term follow-up of patient-reported family functioning in eating disorders after intensive day hospital treatment. *Journal of Psychosomatic Reserarch*, *41*, 269–277.