

D. Eßstörungen

REINHARD LIEDTKE, WOLFGANG LEMPA, BURKARD JÄGER, HELLMUTH FREYBERGER

Nahrungsaufnahme ist ein vitales Grundbedürfnis aller Organismen. Die einzige Ausnahme sind die Viren, bei welchen jedoch nicht entschieden ist, ob sie nur sich vermehrende Makromoleküle oder bereits Lebewesen sind. Beim Menschen wird *Nahrungsaufnahme* von der Geburt an *biopsychosozial verschränkt*. Neugeborene schlafen und erwachen nur alle vier bis fünf Stunden. Werden sie dann genährt, schlafen sie rasch wieder ein. Nur Hunger scheint sie zu wecken; wären sie keine physiologische Frühgeburt und damit noch an der Nabelschnur, würden sie weiterhin durchschlafen. Durch die Ernährung verschränkt sich in den allerersten wachen Welterfahrungen der Hinzugeborenen Essen mit menschlicher Nähe und mit Befriedigung. Diese Verschränkung wird vielfältig sozial um- und ausgestaltet: Süßigkeiten als Geschenk und Belohnung, Alleinessen-Müssen als Bestrafung, Souper im Séparé als sexuelle Werbung, Arbeitsessen, Friedensmahle, Totenmahle, Fasten als religiöse Buße und Läuterung. Der Kumpan oder Kumpel, companero oder companion oder compagnon, ist deswegen vertraut und nah, weil mit ihm Brot (cum eo panis) gegessen wurde und wird.

Die folgenden Abschnitte, welche die Eßstörungen *Anorexia nervosa*, *Bulimia nervosa* und *Adipositas* behandeln, werden auf diese verschiedenen biopsychosozialen Verschränkungen zurückkommen.

1. Anorexia nervosa

1.1 Definition und Symptomatik

Die Anorexia nervosa ist durch einen selbst herbeigeführten erheblichen *Gewichtsverlust* charakterisiert. Im einzelnen gelten nach den Leitlinien der ICD-10 (DILLING et al., 1991) für die Diagnose folgende, im Wortlaut wiedergegebene Kriterien:

- A. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelets-Index (W/H^2 ; W = Körpergewicht in kg; H = Körpergröße in Meter) von 17.5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
- B. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
 - Vermeidung von hochkalorischen Speisen;
 - und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
 - selbst induziertes Erbrechen;
 - selbst induziertes Abführen;
 - übertriebene körperliche Aktivitäten;
 - Gebrauch von Appetitzüglern
 - und/oder Diuretika.
- C. Körpersc hema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
- D. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei ano-

rektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie zur Kontrazeption dar. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

E. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Anorexia nervosa beim männlichen Geschlecht ist eine seltene Erkrankung. Nach CRISP et al. (1977) kontrastiert der weitverbreitete Schlankheitswunsch der weiblichen Jugendlichen mit der bei Männern häufig anzutreffenden mangelnden Beachtung der eigenen Figur oder auch mit deren Wunsch, größer und stärker zu sein. Männer entwickeln nach ihren Erfahrungen nur im Zusammenhang mit einer massiven psychopathologischen Problematik (Störung der Geschlechtsidentität) und/oder bei ausgeprägter prämorbiditer Fettleibigkeit eine Magersucht. Wir beschränken uns in der weiteren Darstellung auf die Magersucht beim weiblichen Geschlecht und verweisen hinsichtlich der Besonderheiten der Störung bei Knaben bzw.

Männern auch auf die Arbeiten von BURZIG (1981) und FICHTER (1985).

Die diagnostischen Kriterien erlauben eine zuverlässige Diagnosestellung, lassen jedoch als Konsequenz dieses Objektivierungsversuches das konflikthafte Innenleben im Sinne eines verstehenden Zuganges in den Hintergrund treten. In hohem Maße kennzeichnend für die Patientinnen ist ein *fehlendes Krankheitsgefühl* mit fehlender Behandlungsbereitschaft für die Magerkeit (s. MEYER, 1988). Auch für die Praxis bedeutsam ist eine Unterscheidung in die Untergruppe der ausschließlich hungernden, *restriktiven (asketischen) Patientinnen* und in die *bulimische Untergruppe*, zu der die Patientinnen zählen, die nach dem «Essen» erbrechen bzw. Eßdurchbrüche haben und anschließend erbrechen. Die Patientinnen der bulimischen Untergruppe haben ein höheres Risiko für Stoffwechsellkomplikationen infolge der oft aus dem Erbrechen resultierenden Hypokaliämie.

Die Störung des Eßverhaltens und die Angst vor einer Gewichtszunahme sind in der Regel um so ausgeprägter, je niedriger das Körpergewicht in Relation zur Körpergröße ist. Bei manifester Krankheit haben die Patientinnen meist ein Gewicht zwischen 35 und 45 kg, jedoch gibt es auch auf unter 30 kg abgemagerte Patientinnen. Die Abbildung 1 ver-

GRENZWERTE NACH BODY-MASS-INDEX

Anorexie und Normalbereich

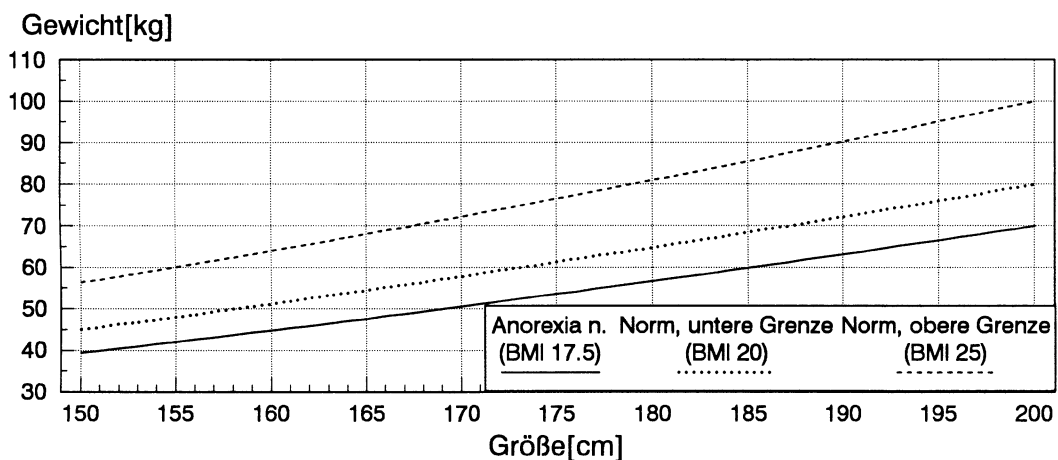


Abbildung 1: Kritische Gewichtsgrenze für Anorexia nervosa berechnet nach dem Quetelets-Index = Body-Mass-Index (BMI).

deutlich anhand des Quetelets-Index (vgl. ICD-10-Kriterien, Punkt 1) die Gewichtsgrenze für Anorexie-Patientinnen.

1.2 Epidemiologie

Die Untersuchung von Inzidenz und Prävalenz und deren Veränderungen über längere Zeiträume erweist sich für die Anorexie als sehr schwierig, da für verlässliche Daten sehr große und repräsentative Stichproben notwendig sind und es sich um eine vergleichsweise seltene Krankheit handelt. Erschwerend kommt hinzu, daß bisher keine international akzeptierten diagnostischen Kriterien existierten. Dennoch lassen sich aufgrund der vorliegenden Untersuchungen eine Reihe als gesichert anzusehender Befunde bzw. bedeutsamer Faktoren formulieren (s. FICHTER, 1985; GARNER u. GARFINKEL, 1980; KÖHLE u. SIMONS, 1990; WILLI et al., 1989).

- *Geschlecht*: 90 bis 95 Prozent der Betroffenen sind weiblichen Geschlechts.
- *Alter*: Die meisten Patienten erkranken zwischen dem 14. und 20. Lebensjahr; der Erkrankungsgipfel liegt bei 17 bis 18 Jahren.
- *Inzidenz*: Derzeit ist von etwa ein bis drei Neuerkrankungen pro Jahr auf 100000 Menschen auszugehen; bei der Risikogruppe der 14 bis 24jährigen Frauen kann von 10 bis 100 Neuerkrankungen pro Jahr auf 100000 dieser Frauen ausgegangen werden.
- *Prävalenz*: grob geschätzt bei etwa 1 Prozent der Frauen und 0,1 Prozent der Männer in der Adoleszenz.
- *Risikogruppen*: Bei bestimmten Berufsgruppen wie Ballettschülerinnen oder Fotomodellen werden Prävalenzzahlen bis über 10 Prozent berichtet, wobei selbstverständlich zu unterscheiden ist zwischen pathologischem Magerkeitsmotiv und berufsbedingter Anpassung.
- *Häufigkeitsentwicklung*: In Fachkreisen wird eine Zunahme der Inzidenz in den letzten Jahrzehnten angenommen. Ob die Störung gegenwärtig weiter zunimmt, ist fraglich.
- *Soziale Schicht*: In vielen wissenschaftlichen Untersuchungen wurde darauf hinge-

wiesen, daß die Anorexie-Patientinnen aus höheren sozialen Schichten kommen, besonders intelligent seien und gute Schulleistungen aufweisen. Es mehren sich aber Hinweise, daß zunehmend Frauen aus unteren sozialen Schichten an Anorexie erkranken. So zeigten z.B. WILLI et al. (1989), daß die im Zeitraum von 1983 bis 1985 untersuchten Anorexie-Patientinnen sich bezüglich Schulbildung nicht mehr von der Gesamtbevölkerung unterschieden.

- *Ethnische und kulturelle Faktoren*: In der chinesischen Bevölkerung in Hongkong kommt die Anorexie kaum vor. Sehr selten tritt sie in Malaysia und dort überwiegend in den aus China und Indien stammenden Bevölkerungskreisen auf, aber so gut wie nicht bei den Malayen, die 50 Prozent der Bevölkerung ausmachen. Ferner konnte FICHTER (1985) zeigen, daß die Prävalenzrate für Magersucht für Griechinnen in München signifikant höher war als für Griechinnen in zwei griechischen Städten.

1.3 Pathogenese

Bei den in diesem Arbeitsbereich tätigen Forschern bzw. Arbeitsgruppen besteht Übereinstimmung darin, daß nur ein multidimensionaler Ansatz, der biologische, soziokulturelle, psychologische und familiäre Faktoren sowie deren Wechselwirkungen berücksichtigt, ein angemessenes Erklärungsmodell der Anorexia nervosa bieten kann (FICHTER, 1985; ENGEL u. MEYER, 1991). In Anlehnung an FICHTER (1985) sowie VANDEREYCKEN und MEERMANN (1984) enthält die Abbildung 2 einen entsprechenden Realisierungsversuch. Ausgangspunkt sind die *prädisponierenden Faktoren*, die oft schon lange vor der Krankheitsentstehung wirksam sind und mitbestimmen, welche Krankheit sich schließlich manifestiert. Gerade in der Adoleszenz wird das komplexe Zusammenspiel von *biologischen Faktoren* (genetische Disposition, sexuelle Reifung und Menarche), *individuellen Faktoren* (Störung der Triebentwicklung und/oder narzißtische Störung), *familiendynamischen Faktoren* (Verstrickung, Überfürsorglichkeit, hohe Leistungserwartungen) und *soziokultu-*

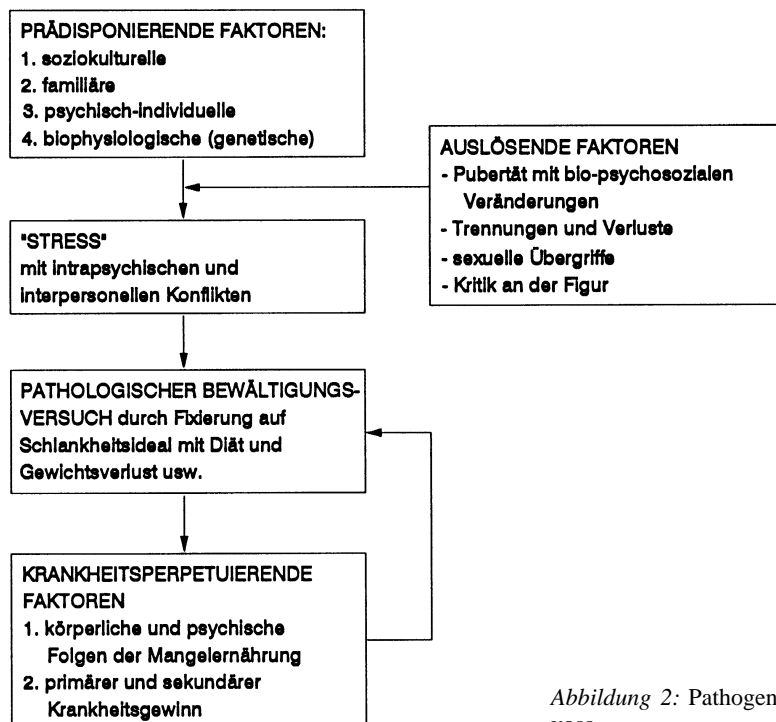


Abbildung 2: Pathogenesemodell der Anorexia nervosa.

rellen Faktoren (Schlankheitsideal) sowie den spezifischen Anforderungen dieser Lebensphase (hinsichtlich Autonomie, Selbstkontrolle, Identitätsbildung und Integration der Sexualität in zwischenmenschliche Beziehungen) deutlich. Die Konstellation und auch Wirkung der prädisponierenden Faktoren ist individuumspezifisch.

Treten bei gegebener Disposition *auslösende Ereignisse* ein wie Trennungen oder Verlusterlebnisse, sexuelle Übergriffe und/oder die besonders bei Frauen mit der Pubertät verbundenen körperlichen Veränderungen und eben erwähnten psychischen Anforderungen der Adoleszenz, dann kommt es zu seelischen Konflikten und entsprechenden *Bewältigungsversuchen* (coping). Dabei können Abwehrmechanismen wie Verleugnung, Verschiebung usw. von Ängsten und anderen Gefühlen entlasten. Abwehr als Schutzmaßnahme des Ich wird jedoch dysfunktional, wenn sie die mögliche bewusste Auseinandersetzung mit konflikthaftern Themen anhaltend verhindert. Von dem Verlust des Freundes beispielsweise kann sich die Patientin zwar durch

die ausschließliche Beschäftigung mit der Gewichtsabnahme und die Erfolge beim Fasten ablenken und das angeschlagene Selbstwertgefühl vorübergehend stabilisieren. Derartige Bewältigungsversuche stellen aber keine längerfristig angemessene psychische Verarbeitung dar und führen weiter in die Krankheit hinein.

Nun kommen Faktoren zur Wirkung, die zur *Perpetuierung der Krankheit* beitragen. Dabei ist an erster Stelle das durch Fasten herbeigeführte «Starvationssyndrom» (s. u.) zu nennen, das wesentliche Auswirkungen auf das endokrine System und die psychische Befindlichkeit hat, die zu einer Aufrechterhaltung und sogar Verstärkung der Krankheit führen. Ferner ist neben dem primären Krankheitsgewinn im Sinne einer Entschärfung intrapsychischer Konflikte mit Angstreduktion der sekundäre Krankheitsgewinn anzuführen, der durch die Reaktion der Umwelt auf die Krankheit entsteht (z. B. Fürsorge) und der Erkrankten Entlastungen und Vorteile bringt, die auch einer Gesundung entgegenstehen können. Bei der nun folgenden detaillierteren

Darstellung einzelner aus dem gesamten Kontext herausgenommener Bedingungsfaktoren sollten das Gesamtbild und die komplexe Verschränkung nicht aus den Augen verloren werden.

1.4 Soziokulturelle Faktoren

Die Bedeutung soziokultureller Werthaltungen und Ideale für die Genese der Anorexie ist unbestritten. Verschiedene empirische Untersuchungen zeigen, daß in den letzten Jahrzehnten besonders für Frauen ein *Körperideal extremer Schlankheit* immer maßgebender wurde (FICHTER, 1985). Diese Entwicklung spiegelt sich in der Nahrungsaufnahme junger Frauen wider. WESTENHÖFER und PUDEL (1989) berichten über eine Studie zum Ernährungsverhalten, nach der 13- bis 18jährige Mädchen – wie eine Erhebung der Ernährung in 2900 repräsentativ ausgewählten deutschen Familien ergab – im Durchschnitt täglich 140 Kalorien weniger zu sich nehmen als Mädchen zwischen 10 und 13 Jahren, während Jungen in der Altersgruppe von 13 bis 18 Jahren ihre tägliche durchschnittliche Kalorienaufnahme um 180 gegenüber der Altersgruppe von 10 bis 13 Jahren erhöhen. Dieses kollektive Diätverhalten der jungen Frauen wirkt sich auch auf das Körpergewicht aus. Betrug der Anteil untergewichtiger junger Frauen in den Jahren 1978/79 noch 10 Prozent, so wuchs er auf 17 Prozent im Jahre 1983.

In westlichen, hochindustrialisierten Demokratien hat sich in den letzten Jahrzehnten das Gleichheits-Brüderlichkeitsideal zum *Androgynie-Ideal* weiterentwickelt (Gleichstellung der Frau, Uni-Sex, vgl. SPEIDEL, 1989), welches den Frauen größere Anpassungsleistungen abfordert. Dem Verständnis der Anorexie als geschlechtsspezifische Störung muß durch Überlegungen Rechnung getragen werden, welche die besondere Rolle der Frau in der westlichen Industriegesellschaft bzw. die besonderen Konflikte und Belastungen von Mädchen in der Pubertät thematisieren. Das erwähnte androgyn Ideal hat Auswirkungen auf die kulturspezifischen Erwartungen an Frauen: Stellenwert von Berufstätigkeit, Sozialstatus, Sexualität, Schlankheitsideal usw. Im Gegensatz dazu gibt es aber theoretische Ansätze, welche die psychogenen Eßstörungen mit dem Patriarchat in Verbindung bringen (vgl. GARNER, 1991). Festzuhalten bleibt jedoch, daß

das von den Anorexie-Patientinnen angestrebte Gewicht nicht dem soziokulturell vorgegebenen Traum- oder Wunschgewicht entspricht, sondern eine skelettartige Abmagerung darstellt, die keine soziale Anerkennung findet (s. MEYER, 1988).

1.5 Biophysiologische Faktoren

Zur Erfassung der Bedeutung der *genetischen Komponente* bei der Krankheitsentstehung wurden Zwillingspaare mit Erkrankung eines oder beider Zwillinge an Anorexie untersucht. SCHEPANK (1991) folgert aus seiner eigenen Zwillingsuntersuchung und den bisher vorliegenden Forschungsergebnissen, die eine Konkordanzrate bei eineiigen Paaren von etwa 50 Prozent und bei zweieiigen Paaren von etwa 3 bis 9 Prozent ergeben, daß diese Diskrepanz für eine starke genetische Komponente spricht. Problematisch bleibt, worauf auch FICHTER (1985) hinweist, daß Befunde zur Erkrankung bei getrennt aufgewachsenen eineiigen Zwillingen fehlen, was die Aussagekraft der vorgelegten Ergebnisse deutlich abschwächt. Die höhere Konkordanzrate bei eineiigen Zwillingen könnte nicht nur durch genetische Faktoren bedingt, sondern auch Folge der besonderen Identifikations-, Identitäts- und Abgrenzungsprobleme dieser Menschen sein.

Ferner wurden zur Bestimmung der Bedeutung biophysiologischer Faktoren bei der Krankheitsentstehung Vergleiche physiologischer Parameter zwischen Patientinnen mit Anorexie und gesunden Probanden unter Fastenbedingungen durchgeführt, um bei den Anorexie-Patientinnen das «Krankheitsspezifische» von den unspezifischen Folgen des Fastens und der Mangelernährung trennen zu können. FICHTER (1985) konstatiert, daß nach heutigem Forschungsstand keine primäre (hirn-)organische Veränderung bekannt ist, welche als Ursache der Anorexie gelten kann. Des weiteren sprechen seine eigenen Forschungsergebnisse dafür, daß die Vielzahl gefundener pathophysiologischer Veränderungen und die Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse bei Anorexie keine Spezifität für die Erkrankung haben und im wesentlichen die Folge der

Einschränkung der Nahrungszufuhr und Gewichtsabnahme sind, da gesunde Probanden bei Fasten und Gewichtsabnahme dieselben endokrinen Befunde aufweisen. Die bei Anorexia nervosa-Patientinnen gefundenen pathophysiologischen Veränderungen haben aber eine große Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Krankheit. Bei starker Gewichtsabnahme entwickelt sich eine ausgeprägte körperliche Eigendynamik (*Starvationssyndrom*). Es erfolgt eine biophysiological Anpassung des Körpers an die Mangelernährung wie verringerter Stoffwechsel, Senkung der Körpertemperatur und des Herzschlages, was insgesamt dazu beiträgt, daß die Patienten den Zustand der Mangelernährung weiter aufrechterhalten können (s. a. LAESSLE et al., 1991).

1.6 Psychodynamik

Auch wenn viele Anorexie-Patientinnen erklären, der Beginn der Erkrankung sei eigentlich nur durch den Wunsch bestimmt gewesen, durch eine Diät schlanker zu werden, obwohl oft kein höheres Übergewicht bestand, lassen sich schon im psychodynamischen Erstgespräch intrapsychische und interpersonelle Konflikte eruieren. Das auf den ersten Blick schockierend, bizarr und unverständlich wirkende Verhalten der Patientinnen, wie die Nahrungsverweigerung, Krankheitsverleugnung und Angst vor Gewichtszunahme bei fast skelettartig abgemagertem Körper, läßt sich psychoanalytisch als verzweifelter Versuch, die inneren Konflikte zu lösen, verstehen. Nach BRUCH (1980) beginnt die Erkrankung damit, daß das Kind nur passiv am Leben teilnimmt, indem es sich in hohem Maße an den elterlichen Erwartungen orientiert, sich immer einfügt, ohne aktive Schritte zur Entwicklung innerer Autonomie zu unternehmen. Mit Herannahen der Adoleszenz erwarten die Eltern mehr positive Selbstbehauptung; das Kind muß einsehen, daß die Einstellung des Sichfügens nicht mehr angemessen ist. Durch den einsetzenden Gewichtsverlust werden die Eltern jedoch aus der fordernden in die beschützende Rolle gegenüber dem Kind gedrängt, das er-

lebt, daß es über Macht verfügt. Mit Fortdauer der Erkrankung und zunehmendem Gewichtsverlust wächst die Überzeugung der Magersüchtigen, anders als andere und somit etwas Besonderes zu sein. Der Hunger und der Zustand der Unterernährung werden verleugnet und fehlgedeutet. Das Dünnsein verhilft ihnen dazu, wertvoll, bedeutsam oder außergewöhnlich zu sein. Jede Magersüchtige, so BRUCH (1980) in ihrem Buch über das Rätsel der Magersucht, hat ihr eigenes Wort zur Bezeichnung des von ihr *angestrebten Zustandes der Überlegenheit*. Am Ende kann sich das Gefühl einstellen, mit gewöhnlichen Leuten nichts mehr gemeinsam zu haben und nicht mehr kommunizieren zu können. Die wachsende Isolierung trägt entscheidend zu der langfristig tragischen Entwicklung bei.

Zahlreiche Vorschläge für die Bildung von *Untergruppen* der Anorexia nervosa wurden eingebracht; in der Einleitung wurde bereits auf die Unterscheidung in restriktive und bulimische Patientinnen hingewiesen. ENGEL und MEYER (1991) gelangen theoriegeleitet deduktiv und empirisch-induktiv zu folgenden Untergruppen der Anorexia nervosa: oral-philobatische, oral-triebhaft, oral-depressive, anale und (anti-)genitale Konfiguration.

1. *Oral-philobatische Konfiguration*: Die Patientinnen dieses Typs meiden allgemein Nähe, insbesondere dort, wo sie mit Essen verbunden ist. Ablehnung und Distanzierung drücken sich in Fasten und Erbrechen aus.
2. *Oral-triebhaft Konfiguration*: Die unkontrollierten oralen Triebdurchbrüche äußern sich in häufigen Bulimieattacken, meist mit anschließendem Erbrechen. Es besteht eine Suchtproblematik mit Alkohol- und Drogenexzessen. Meist wurden Episoden mit Übergewicht durchgemacht, und häufig liegt ein vergleichsweise höheres Minimalgewicht vor.
3. *Oral-depressive Konfiguration*: Gefühle des Unwertes, des Schuldigseins und des Abgelehntwerdens stehen im Vordergrund. Dem Fasten kommt die Bedeutung des Büßens, Sich-Läuterns, der einzig wertvollen Leistung zu.
4. *Anale Konfiguration*: Um Selbstbeherrschung, Selbstkasteiung und Reinigung

geht es bei dieser Untergruppe. Der Geist nimmt den schmutzigen Leib in Zucht. Fasten dient dazu, sich über Völlerei, Schlemmerei und Verwahrlosung zu erheben und den Leib zu kasteien.

5. (*Anti-*)*Genitale Konfiguration*: Die Patientinnen lehnen die weibliche Geschlechtsrolle mit all ihren Konsequenzen (z. B. Monatsblutung) und äußeren Erscheinungen (Kleidung) ab. Weder ein Partner noch Kinder werden gewünscht; Geliebte zu sein ist ihnen zuwider. Jede Aufnahme und jedes Eindringen in den Körper, d. h. Essen und genitale Sexualität werden zurückgewiesen.

Ausgehend von diesen psychodynamisch unterschiedlichen Wurzeln sind in der Therapie auch unterschiedliche Problembereiche zu bearbeiten.

1.7 Familiendynamik

In den Herkunftsfamilien der Patientinnen mit Anorexie werden oft *Abhängigkeitsverklammerungen* im Sinne der «gebundenen Familie» beobachtet, in welche die Großeltern-, Eltern- und Kindergeneration als Drei-Generationen-Konstellation einbezogen sind (WEBER u. STIERLIN, 1989). Die Verklammerung umfaßt vor allem die überfürsorgliche Erziehung und Betreuung der (jeweiligen) Kindergeneration, die dadurch emotional an ihre (Groß-)Eltern – insbesondere die (Groß-)Mutter – gebunden bleiben, und zwar häufig auch dann noch, wenn diese (früheren) Kinder später selbst neue Familien gründen. Der enge Verbund basiert auf der übereinstimmenden Vorstellung der Familienmitglieder, daß Lebenszufriedenheit und emotionale Sicherheit nur innerhalb des Familiensystems zu finden sind, weil generell die Umwelt als verunsichernd und feindlich getönt wahrgenommen wird, was die Abschottungen gegenüber draußen notwendig macht. Dementsprechend sind typische Anorexie-Familien in der Regel auch bestrebt, tiefgreifende, eigentlich notwendige Veränderungen ihres familiären Gefüges zu vermeiden und das Austragen von offenkundig existenten, erheblichen Konflikten durch

starke Harmonisierungstendenzen zu verhindern.

Diese Kombination von *Harmonierungs- und Konfliktverniedlichungstendenz* wird in Frage gestellt, wenn im Zuge der Verselbständigung der Wegzug eines erwachsen werdenden Kindes und damit ein innerfamiliärer Objektverlust droht. Jetzt spürt die Familie, daß nicht nur das Kind mit seinem hohen Potential an Abhängigkeitswünschen auf ein Leben draußen kaum vorbereitet ist, sondern ebenso wenig die Eltern auf ein Leben zu zweit oder allein ausgerichtet sind. Entscheidet sich das Kind in seinem Ambivalenzkonflikt zwischen «Weggehen» und «Zu-Hause-Bleiben» für die zweite Alternative, ohne den Konflikt wirklich gelöst zu haben, kann als Ausdruck dieser ungenügenden Lösung die Anorexie zutage treten. Die Symptommanifestation korrespondiert weitgehend mit dem dringlichen Bedürfnis der Eltern, fortdauernd einen Dritten verfügbar zu haben, z. B. die zu Hause infolge ihrer Magersuchtserkrankung festgebundene Tochter, um dadurch kompensatorisch ihre Beziehung zu festigen.

Die das System Familie *stabilisierende Relevanz des Symptoms* läßt sich im einzelnen folgendermaßen beschreiben: Einesteils ist die Patientin infolge der Essensverweigerung imstande, ihre ursprüngliche Vorstellung bzw. Illusion einer Autonomie und Selbstkontrolle aufrecht zu erhalten. Die typischen sogenannten «Essenskräche» innerhalb der Familie signalisieren einen Machtkampf und führen auf seiten der Eltern immer wieder zu Entmachtungsgefühlen. Anderenteils umfaßt aber die Eßstörung der Patientin mit den sichtbar werdenden körperlichen Folgen auch das erneute In-die-Pflicht-Genommenwerden der sich nunmehr stark sorgenden Eltern, wodurch nicht nur die Abhängigkeitswünsche der Patientin eine Befriedigung erfahren, sondern auch das Elternbedürfnis nach Präsenz einer Drittperson gratifiziert wird. Die wegen des Wegzuges eines erwachsen gewordenen Kindes eigentlich unumgängliche innerfamiliäre Umstrukturierung ist nicht erforderlich. Das jetzt kranke Kind kann aufgrund der psychophysischen Immobilität nicht aus der elterlichen Sorge entlassen werden, und es hat gleichzeitig – nach Art einer Solidaritätsfunk-

tion bzw. «Opferrolle» – die Regelung der elterlichen Beziehung mit zu übernehmen, die folglich keiner Neudefinition bedarf. Die wechselseitigen Fürsorge-Verhaltensmuster der gesamten Familie verstärken sich, und die Abhängigkeitsverklammerungen im Sinne der Drei-Generationen-Konstellation bleiben unvermindert bestehen. Vordergründig wirkt die Familie stabilisiert; innerfamiliäre, auch der elterlichen Ehe entstammende Konfliktspannungen können auf die «Essenkrähe» verschoben und kathartisch abgeführt werden. Damit umfaßt in systemisch-familienbezogener Sicht das Symptom der Anorexia eine zweckmäßige Anpassungsleistung.

1.8 Therapie und Prognose

Die Psychotherapieforschung steht derzeit in einem den wissenschaftlichen Fortschritt fördernden Spannungsfeld zwischen komplexer klinischer Erfahrung (mit oft nur begrenzter empirischer Objektivierung) und empirischen Forschungsergebnissen (mit oft nur begrenzter Abbildung der klinischen Realsituation), dessen Überbrückung beide Seiten zunehmend anstreben. Angesichts des gegenwärtigen Forschungsstandes lassen sich differenziertere Aussagen über Psychotherapieeffekte nur mit Vorsicht treffen.

Diese allgemeine Feststellung gilt auch für die Anorexia nervosa. Die meisten Studien weisen methodische Mängel auf (s. DETER, 1992; FICHTER, 1985; STEINHAUSEN, 1991) bzw. untersuchten nicht vergleichbare Patientenstichproben. Unstrittig ist dennoch, daß sowohl klinische Erfahrung als auch empirische Forschung für die *Wirksamkeit psychotherapeutischer Maßnahmen* bei der Anorexie sprechen. KÖHLE und SIMONS (1990) stellen 19 katamnestiche Untersuchungen mit unterschiedlichen Behandlungsansätzen zusammen, die zeigen, daß bei den untersuchten 522 Patienten sich ein Anteil von etwa 80 Prozent geheilter bzw. gebesserter Patientinnen ergibt. Zu ähnlichen Ergebnissen kommt STEINHAUSEN (1991), der 67 Katamnesen analysiert und eine Heilung bei etwa 50 Prozent, Besserung bei 30 Prozent und eine Chronifizierung bei 20 Prozent der Patientinnen vermerkt. Angesichts der Tatsache, daß Patienten mit Anorexie ohne Behandlung nur zu etwa 33 Prozent eine deutliche Besserung zeigen (s.

KÖHLE u. SIMONS, 1990), sind dies beachtliche Behandlungsergebnisse.

Empirisch noch nicht beantwortet werden kann die Frage nach der unterschiedlichen Effektivität verschiedener Therapieansätze, so daß – angesichts der Vielzahl von Behandlungskonzepten – alle Aussagen bezüglich der «Richtigkeit» eines Vorgehens «für alle Patienten» mit Skepsis betrachtet werden dürfen. Andererseits sind nicht alle Behandlungskonzepte bzw. Behandler bzw. Institutionen gleichwertig. In der Regel läßt sich feststellen, daß Therapeuten, Teams bzw. Institutionen gute therapeutische Arbeit leisten, die sich schwerpunktmäßig mit der Anorexie – oft über Jahrzehnte – beschäftigen und die ihr Behandlungskonzept aufgrund ihrer klinischen Erfahrungen und empirischen Forschung kontinuierlich verbesserten. So konnte die Effektivität konfliktbearbeitender Therapie z. B. am Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf (ENGEL u. MEYER, 1991) und an der Medizinischen Hochschule Hannover (LIEDTKE et al., 1991), der Verhaltenstherapie z. B. am Max-Planck-Institut in München (FICHTER, 1985) und an der psychiatrischen Universitätsklinik in Kortenberg/Belgien (VANDEREYCKEN, 1991) und der Familientherapie z. B. an der Universität Heidelberg (WEBER u. STIERLIN, 1989) nachgewiesen werden.

Einen wichtigen Forschungsschwerpunkt stellt die Frage nach *Erfolgs-* bzw. *Mißerfolgskriterien*, also die Frage der Prognose dar. Dazu wurden von einer Reihe von Untersuchern die erfolgreich behandelten Patientinnen mit den «Behandlungsmißerfolgen» anhand von relevanten Variablen vor, während und nach der Behandlung sowie zu Katamnesezeitpunkten verglichen (s. DETER et al., 1989; VANDEREYCKEN u. MEERMANN, 1984; ENGEL u. MEYER, 1991; KÖHLE u. SIMONS, 1990; STEINHAUSEN 1991). Die Ergebnisse zeigen, wie auch in anderen Bereichen der Medizin und Psychotherapie, daß die Patienten mit «schwerer und/oder chronifizierter Erkrankung» schlechtere Heilungschancen als die weniger schwer erkrankten haben. Patientinnen mit Anorexie haben eine gute Prognose, wenn eine kurze Krankheitsdauer bis zum Behandlungsbeginn verstrichen ist, wenn die Erkrankung durch ein erlebtes und abgegrenztes Trauma ausgelöst worden ist, wenn keine ausgeprägte neurotische Störung und eine günstige familiäre Situation vorliegen. Eine ungünstige Prognose haben Patientinnen, wenn – wie schon gesagt – eine lange Krankheitsdauer (chronifizierte Erkrankung)

nachweisbar ist, nur geringfügige Auslöser zu eruieren sind, bereits mehrere Behandlungen erfolgten, sozialer Rückzug eingetreten ist und eine fast ausschließliche Beziehung zum Partner bzw. zu den Eltern (Abhängigkeit) besteht sowie negative familiäre Beziehungen zu konstatieren sind. Auf die besondere Bedeutung der Einschätzung des Therapeuten für die Prognose weisen DETER et al. (1989) hin. Sie zeigen in einer empirischen Arbeit, daß die vom Therapeuten nach der psychosomatischen Behandlung gestellte Prognose der wichtigste Prädiktor für den Krankheitsausgang ist. Die Wichtigkeit der Qualität und Entwicklung der sozialen Beziehungen während der Therapie für den Erfolg und insbesondere für die Stabilität des Behandlungserfolges betonen ENGEL und MEYER (1991). Eine gute Prognose ist zu erwarten, wenn zum Ende der Therapie – die Autoren empfehlen dies geradezu als Kriterium für die Beendigung der stationären Therapie – die Patientin mindestens über ein oder zwei, nicht zum früheren pathogenen Feld gehörende vertrauensvolle soziale Beziehungen verfügt.

Wie das Pathogenesemodell, Behandlungserfahrungen und Katamnesen zeigen, bedarf die *Behandlung* der Anorexia nervosa in der Regel eines auf die betreffende Patientin abgestimmten integrierten Ansatzes, der somatische Aspekte (Behandlung der somatischen Folgen der Unter- bzw. Mangelernährung, des Erbrechens usw.) bzw. eine auf die Symptomatik direkt zentrierte Behandlungskomponente (Änderung der Ernährung und des Eßverhaltens) und eine auf die Ursachen der Erkrankung ausgerichtete Komponente umfaßt. Patientinnen mit Anorexie sind meist schwer zu behandeln, im Verlauf der Behandlung treten oft eine Reihe von ernsthaften Komplikationen und Schwierigkeiten auf, die am ehesten von einem mit diesem Krankheitsbild vertrauten Team bzw. Therapeuten gemeistert werden können. Für den *Arzt* ergibt sich beim Erstkontakt mit der Anorexie-Patientin neben der somatischen *Diagnostik* und eventuellen *Initialbehandlung* die Aufgabe, die Patientin und später auch die Angehörigen über die Schwere der Krankheit sowie Behandlungsmöglichkeiten zu *informieren* und die Patientin zu einer Psychotherapie zu *mo-*

tivieren. Diese Aufgabe ist meist schwierig, da die Patientinnen kaum Krankheitsgefühl haben und oft auch die Familienangehörigen die Schwere der Krankheit verleugnen und deshalb einer Psychotherapie ablehnend, zumindest aber ambivalent gegenüberstehen. Bei Patientinnen mit einem Untergewicht im tolerablen Bereich, insbesondere bei akuten und noch nicht chronifizierten Erkrankungen, sollte die Möglichkeit einer *ambulanten Behandlung* erwogen werden. Bei schwer erkrankten bzw. kachektischen Patientinnen muß eine Einweisung in eine *internistische Klinik* (nach Möglichkeit mit psychosomatischem Konsiliardienst) oder eine internistisch-psychosomatische Klinik (mit naher Intensivstation!) erfolgen. Bei Patientinnen mit chronischem Zustandsbild, mißlungenen Vorbehandlungen und einem nicht extremen Untergewicht sollte eine Überweisung an ein *Fachzentrum für Eßstörungen* (Psychosomatische Abteilungen an Universitäten bzw. Medizinischen Hochschulen, Fachklinik für Eßstörungen, Psychosomatische Kliniken bzw. Institutionen) und Psychotherapeuten mit entsprechender Behandlungserfahrung vorgenommen werden.

Bei der Behandlung ist zu beachten, daß die Symptome des Fastens rückgängig gemacht werden müssen, bevor die Patientin wirklich Nutzen aus der Psychotherapie ziehen kann, und daß sie sich ihrer Phobie vor Normalgewicht stellen muß, um die hierdurch hervorgerufenen Ängste bearbeiten und diejenigen emotionalen Probleme angehen zu können, welche zur Entwicklung des Syndroms disponierten (GARFINKEL et al., 1986). ENGEL und MEYER (1991) stellen einen Drei-Elemente-Therapieplan für die stationäre Behandlung und ambulante Nachbetreuung *schwer erkrankter Magersüchtiger* vor. Das Therapieelement A (*Strikt-führendes Element*) besteht aus einem einführenden Gespräch, gemeinsam mit der Familie, in dem über die Krankheit aufgeklärt und die Patientin offen mit ihrer Situation konfrontiert wird. Die klinisch-internistischen Maßnahmen (Bettruhe, Sondenernährung oder hochkalorische Diät, Phenothiazin-Gaben) gehen direkt und symptomorientiert die Kachexie und Hyperaktivität an. Zur strikten Führung

gehören die Reduktion der sozialen Kontakte und die Überwachung der Patientinnen mit Nachttischkontrollen in ihrem Beisein, falls der Verdacht besteht, daß heimlich Nahrung beiseite geschafft wird und Appetitzügler und Laxantien besorgt werden. Das Therapieelement B (*Supportives Element*) setzt eine gewisse Akzeptation dieses Angebotes voraus. Durch Zuhören und Anregung zum Sprechen über ihre Situation und Gefühle wird der Patientin vermittelt, daß sie emotional angenommen und unterstützt wird. Sie kann sich im Beisein des zugehörenden Therapeuten kathartisch abreagieren und erlangt psychische Entlastung. Die Anregung zu emotional differenzierten Verbalisierungen dient dem Aufbau einer neuen Objektbeziehung und emotionalen Sicherung. Selbstverständlich können sich emotionale Stützung (Element B) und strikte Führung (Element A) ergänzen, schließen sich also keinesfalls aus. Das Therapieelement C (*Konfliktbearbeitendes Element*) kommt vor allem gegen Ende der stationären Behandlung und in der ambulanten Nachbehandlung zum Tragen. Eine eigene Motivation im engeren Sinne und aktive Mitarbeit sind nun Voraussetzung. Die unbewußte Bedeutung des Essens bzw. der Nahrungsverweigerung und der Magerkeit sollen verstanden und über die Symptome hinaus ein zentraler Beziehungskonflikt formuliert werden. Handlungsalternativen müssen mit der Patientin erarbeitet werden.

Die stationäre psychosomatische Behandlung *noch nicht oder nicht mehr kachektischer Magersüchtiger* wird zur Zeit überwiegend in Kliniken durchgeführt, die entweder verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch orientiert sind, aber auch viele ähnliche Therapieelemente aufweisen, da sich ein entsprechender multimodaler Therapieansatz klinisch durchgesetzt hat. In den psychoanalytisch orientierten Kliniken bilden Einzel- und/oder Gruppensitzungen den Behandlungsschwerpunkt, in einem integrativen tiefenpsychologischen Ansatz ergänzt durch andere Therapieelemente und -techniken (s. LIEDTKE, 1986). Als ergänzende Therapieelemente kommen vor allem körpertherapeutische Verfahren (Entspannungstraining, konzentrierte Bewegungstherapie, Tanztherapie,

Bioenergetik), kreative Verfahren (Gestaltungstherapie, Maltherapie) und interaktive Verfahren (Psychodrama, Rollenspiel, Trainingsprogramme) zur Anwendung. Die Familie oder der Partner werden direkt (z. B. Familienseminar oder adjunkte Familientherapie) oder indirekt (durch spezifische Therapieangebote wie Familienskulptur oder die Berichte der Patientin über den aktuellen Kontakt zur Familie) einbezogen. (Über eigenständige Familientherapien berichten z. B. SELVINI PALAZZOLI, 1982, sowie WEBER u. STIERLIN, 1989.)

In verhaltenstherapeutisch orientierten Kliniken ist ein Schwerpunkt die Modifikation des Eßverhaltens (s. PAUL et al., 1991), was durch eine stark strukturierte Vorgehensweise und festgelegte Regeln erfolgt. Beim psychoanalytischen Ansatz steht das gestörte Eßverhalten nicht in dem Maße im Vordergrund der Behandlung. Nach Vorgabe eines Mindestgewichtes, das zur Durchführung einer fruchtbaren Behandlung notwendig ist, wird die Patientin mit unterschiedlichen Mitteln (z. B. täglich mehrmaliges Trinken einer hochkalorischen Nährlösung) in ihrem Bemühen unterstützt, dieses Gewicht zu erreichen. Bewährt hat sich, wenn die Patientin die Nährlösung in Anwesenheit einer Schwester im Stationszimmer trinkt und gerade bei dieser Gelegenheit ihre Ängste vor einer Gewichtszunahme thematisieren kann. Im Zentrum der analytischen Behandlung stehen das Verständnis und die Bearbeitung der individuellen Konfliktodynamik, was vor allem in den (wenig strukturierten) analytischen Gruppensitzungen oder auch Einzelgesprächen erfolgt (BERNS u. LIEDTKE, 1981). Wie schon erwähnt kann mit den vorliegenden stationären Behandlungskonzepten ein großer Teil der Patientinnen erfolgreich behandelt werden. Ziel der therapeutischen Bemühungen und der Forschung ist es gegenwärtig, für diejenigen Patientinnen, die bislang unbefriedigende Behandlungsergebnisse aufweisen, besser auf sie abgestimmte therapeutische Strategien zu entwickeln. Des weiteren ist anzustreben, die Patientinnen im Frühstadium der Krankheit zu einer Behandlung zu motivieren, die dann auch oft ambulant durchgeführt werden könnte.

2. Bulimia nervosa

2.1 Definition, Symptomatik, Verlauf

«Bulimie» bedeutet in der Übersetzung aus dem Griechischen Stierhunger oder Ochsenhunger. Die Leitsymptome der Bulimia nervosa sind das häufige Auftreten zeitlich begrenzter Eßanfälle sowie die aktive Gewichtskontrolle durch häufiges Erbrechen oder andere regulative Maßnahmen wie die Einnahme von Abführmitteln (RUSSEL, 1979). Zusätzlich gehören zum Krankheitsbild der Bulimia nervosa das Gefühl, das Essen während der Eßanfälle nicht unter Kontrolle zu halten, und eine andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht als charakteristische Einstellung (vgl. DSM-III-R, WITTCHEN et al., 1989).

Die Häufigkeit der *Eßanfälle* schwankt zwischen zweimal pro Woche (definitorische Untergrenze des DSM-III-R, WITTCHEN et al. 1989) und mehrmals täglich. Während der Eßanfälle wird in relativ kurzer Zeit eine häufig recht große Menge Nahrung zu sich genommen. Kennzeichnend für die Eßanfälle ist, daß das Essen in der Regel aus (unmittelbar verzehrbaren) Speisen zusammengesetzt ist, die außerhalb der Eßanfälle als verboten gelten: hochkalorische Speisen wie Süßigkeiten oder andere kohlehydrat- oder fetthaltige Nahrungsmittel. In Einzelfällen kann der Energiegehalt eines einzelnen Anfalls 10000 Kilokalorien übersteigen; die Anfälle umfassen aber häufiger Portionen von etwa 1500 bis 3000 Kilokalorien, welche subjektiv als zu groß empfunden werden (vgl. JÄGER et al., 1991). In den allermeisten Fällen wird das konsumierte Essen absichtlich nach dem Anfall wieder *erbrochen*. Häufig folgen mehrere Eßanfälle mit Erbrechen direkt aufeinander, so daß hier von bulimischen Episoden zu sprechen ist. Der Gebrauch von Abführmitteln anstelle des Erbrechens als Gegenregulation gegen das Völlegefühl oder die befürchtete Gewichtszunahme ist selten, hat aber offenbar in englischsprachigen Ländern eine größere Bedeutung. Insbesondere das Erbrechen kann von den Betroffenen als qualvoll und langwierig wahrgenommen werden oder aber auch durch ein hohes Maß an Gewohnheit gekenn-

zeichnet sein und allein durch die bewußte Absicht oder bloße Muskelinnervation hervorgerufen werden.

Bei Vorliegen der Kernsymptomatik, wie sie oben beschrieben ist, bereitet die Diagnose der Bulimie in der Regel keine Schwierigkeiten. Zur Abklärung der bulimietypischen Einstellungen liegen inzwischen auch brauchbare Fragebögen vor. Darüber hinaus sollte erwogen werden, die Diagnose der Bulimie auf die Fälle zu beschränken, in denen neben den Eßanfällen auch Erbrechen auftritt.

Essen und Erbrechen werden in aller Regel heimlich praktiziert und werden von starken *Schuld- und Schamgefühlen* begleitet, die sich aufgrund der verhältnismäßig hohen Steuerbarkeit der Symptomatik noch verstärken und dazu führen, daß auch engste Bezugspersonen oft jahrelang nicht über die Problematik informiert werden. Die Krankheitsdauer bis zu einer ersten Vorstellung bei einem Arzt oder Psychotherapeuten beträgt im Mittel drei bis fünf Jahre (FAIRBURN u. COOPER, 1984).

Das *Essen zwischen den Eßanfällen* ist durch starke *Restriktionen* gekennzeichnet, wozu insbesondere eine innere Liste verbotener Nahrungsmittel, der Verzicht auf warme Mahlzeiten oder Mahlzeiten überhaupt und die Beschränkung auf niederkalorische oder diätetische Nahrung gehören. Nicht selten ist eine Strukturierung des täglichen Essens in Form von Mahlzeiten völlig aufgehoben. Aufgrund dieser Restriktionen nehmen die Betroffenen außerhalb der Eßanfälle weniger Nahrung zu sich als gesunde Vergleichspersonen (DAVIS et al., 1988).

Häufig gehen den Eßanfällen Einsamkeitsgefühle oder Grübeleien über den Selbstwert voraus, oder Frustrations- oder Versagererlebnisse werden als Insuffizienzgefühle im Sinne einer narzißtisch-depressiven Problematik generalisiert. Oftmals handelt es sich auch um diffuse Spannungsgefühle, die sich in dem «Druck zum Essen» Entladung suchen, oder die Frauen geben an, Hunger oder Appetit gehabt zu haben. Die bulimischen Episoden sind aber ebenso häufig fest in den Tagesablauf integriert und somit losgelöst von möglichen früheren Auslösesituationen.

Als Beginn der Anerkennung der Bulimia nervosa als eigenständiges Krankheitsbild ne-

ben der Anorexie wird der schon zitierte Artikel von RUSSEL (1979) angesehen. Man ist sich weitgehend darüber einig, daß bis wenigstens Ende der achtziger Jahre die Diagnosen der Bulimia nervosa in den Institutionen der psychosozialen Versorgung stark zugenommen haben, wobei die Ursachen für diese Steigerung sowohl in einem häufigeren Eingeständnis anderen gegenüber als auch in dem zunehmenden gesellschaftlichen Druck zu einem durch Schlankheit gekennzeichneten Schönheitsideal (s. u.) gesehen werden müssen. In der Regel beginnt eine *Bulimie ohne Vomie*, d. h., die Freßattacken enden nicht mit Erbrechen. Kommt es nach einer gewissen Zeit (manchmal nie) spontan oder (meist) selbstinduziert zu Erbrechen, konditioniert sich dieses rasch negativ-operant, weil es Völlegefühl und Übelkeit beendet und die Angst vor Gewichtszunahme dämpft. Durch den Einfluß der Massenmedien, vor allem der Frauenzeitschriften, welche seit etwa 15 Jahren mit wachsender Anteilnahme die Bulimie und zwar überwiegend in ihrer dramatischeren bulivomischen Form schildern, hat sich die Zeitspanne zwischen Beginn ohne Erbrechen und vomischer Komplikation verkürzt und die Zahl bulivomischer Formen erhöht (MEYER, 1988).

Bei langen Verläufen ist es möglich, daß verschiedene *körperliche Folgeschäden* auftreten, die aber mit wenigen Ausnahmen als reversibel angesehen werden können. Die bedrohlichsten körperlichen Folgen sind die möglichen Schädigungen der Nieren aufgrund des durch das Erbrechen und gegebenenfalls den Abführmittelmißbrauch bedingten Salz- und Wasserverlustes. Häufig kommen Zahnschäden aufgrund der Schädigung des Zahnschmelzes durch die Magensäure vor (vgl. COMERCI, 1990). Der durch das Erbrechen induzierte Kaliummangel kann zu Herzrhythmusstörungen führen. Manche Frauen leiden unter Schwellungen der Speicheldrüsen, viele unter schlecht heilenden Wunden an den Händen, Haarausfall und gastrointestinalen Beschwerden. Zahlreiche vegetative Beschwerden im Anschluß an den Eß-Brech-Zyklus wie Mattigkeit, Übelkeit, Kopfschmerzen und Schwindel und ein damit verbundener erschöpfter Rückzug sollten hin-

sichtlich eines teleologisch-verstehenden Zugangs zu der Störung nicht übersehen werden.

Im Zusammenhang mit der Bulimia nervosa werden auch Abweichungen bei den endokrinen und metabolischen Parametern beobachtet, die jedoch auch wegen des intermittierenden Fastens einer enormen Streuung unterliegen. Die Ergebnisse sind dahingehend zusammenzufassen, daß vor allem die Achse der Geschlechtshormone, die Schilddrüsenhormone und die noradrenerge und serotonerge Regulation eine verminderte Aktivität mit Anzeichen einer «vita minima» aufweisen. Heute ist man sich jedoch dahingehend einig, daß die Auffälligkeiten als Folge der intermittierenden und qualitativen Mangelernährung anzusehen sind (vgl. LAESSLE et al., 1991).

Aufgrund der *biologischen Adaptationsleistungen des Körpers*, der die Effekte des Mangels z. B. durch einen erniedrigten Grundumsatz auszugleichen trachtet, kommt es zu ungewollten Effekten wie einer vermehrten Gewichtszunahme bei normalisiertem Essen. Andere kontraproduktive Effekte der Eßgewohnheiten werden durch psychologische Folgen des Fastens beigetragen: Eine erhöhte Reizbarkeit und depressive Verstimmungen können zur Auslösung erneuter Eßanfälle beitragen.

2.2 Epidemiologie, Demographie

Das Verhältnis der *Prävalenzrate* von Frauen zu Männern liegt für die Bulimie in einer Größenordnung von etwa 100:1. Es sind überwiegend Frauen im Alter zwischen 18 und 35 Jahren betroffen. Das Erstauftreten der Bulimie über 30 Jahren ist etwa genauso selten wie ein Noch-Erkranktsein mit über 40 Jahren. Methodisch gut abgesicherte Prävalenz- und Inzidenzschätzungen mit repräsentativen Stichproben sind sehr selten. Für die USA wurden Prävalenzschätzungen von 1 bis 20 Prozent (!) angegeben. Inzwischen werden aber sowohl für Mitteleuropa (COOPER u. FAIRBURN, 1983) als auch für die USA (DRENOWSKI et al., 1988) Prävalenzschätzungen von 2 bis 4 Prozent für die Risikogruppe junger Frauen angegeben.

Die Angaben zum durchschnittlichen *Körpergewicht* bulimischer Patientinnen schwan-

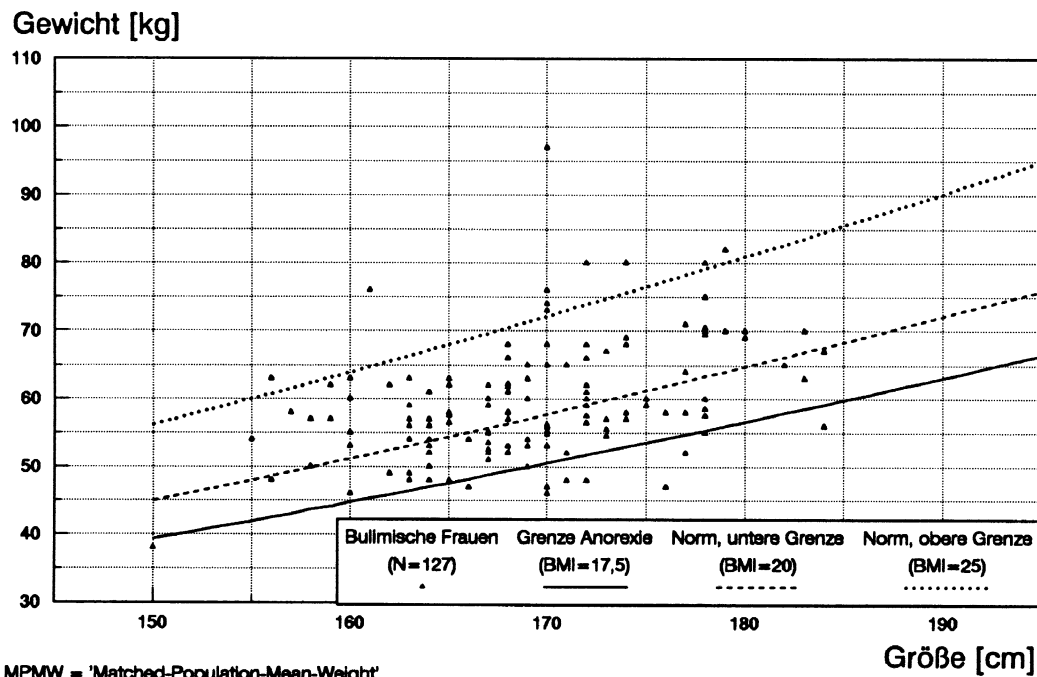


Abbildung 3: Größe und Gewicht von 127 Patientinnen mit bulimischer Symptomatik in bezug auf das Normgewicht und das Grenzwert für Anorexie.

ken entsprechend den Unsicherheiten bezüglich der diagnostischen Abgrenzung zur Anorexie. In der Regel befinden sich bulimische Patientinnen jedoch im Rahmen ihres Erwartungsgewichtes oder leicht darunter, wobei die Patientinnen über relativ große Schwankungen im Verlauf der Erkrankung berichten. Eine Teilgruppe bulimischer Patientinnen ist jedoch auch übergewichtig. Das Ausbleiben der Regel, wie es auch bei der Gruppe der normalgewichtigen Bulimie-Patientinnen beobachtet wird, weist oft darauf hin, daß die betroffenen Frauen sich durch Restriktionen unterhalb ihres Erwartungsgewichtes halten. Anamnestisch finden sich immer eine langdauernde Beschäftigung mit Figur und Gewicht sowie häufige Diätversuche. Oft sind auch extreme Unterschiede zwischen dem «höchsten jemals erreichten Gewicht» und dem «niedrigsten Gewicht bei heutiger Größe» zu vermerken, was auf die häufige Vorgeschichte einer Anorexie verweist. Abbildung 3 zeigt Gewicht und Größe von 127 Bulimiepatientinnen eines eigenen Forschungsprojektes.

In bezug auf die *Familienanamnese* werden häufig affektive Störungen, Alkoholismus, Übergewicht oder der Tod bzw. die anders bedingte Abwesenheit eines Elternteils genannt. Vor allem von Psychotherapeuten weiblichen Geschlechts wird auch immer wieder auf die hohe Rate von Inzesterfahrungen der betroffenen Frauen hingewiesen, die aber wohl nicht spezifisch für die Bulimie ist. Während für die Bulimie in Analogie zur Anorexie lange Zeit von einem Überwiegen hoher sozialer Schichten gesprochen wurde, lassen neuere Untersuchungen Zweifel an dieser Vermutung zu (POPE et al., 1987).

2.3 Psychosomatik

In der bulimischen Handlung wird von der eingangs beschriebenen Verschränkung Essen-Nähe-Befriedigung die Nähe, da zu enttäuschend und kränkend, abgetrennt und dafür die Befriedigung ins Gierig-Orgiastische übersteigert. Bulimikerinnen schlingen allein

und geheim und dafür maßlos bis zur Erschöpfung und zum Ekel.

Der erwähnte bulimische *narzißtisch-depressive Kernkonflikt*, der sich in einer lange vorbestehenden Beschäftigung mit Figur und Gewicht äußert, findet sich bei sonst eher *heterogenen Persönlichkeitsstrukturen*: Sowohl abhängig-depressive Persönlichkeiten als auch narzißtisch-hysterische Persönlichkeiten sind gegenüber der Normalbevölkerung vermehrt vertreten (vgl. YATES et al., 1989). Für eine noch größere Gruppe von Patientinnen kann aber keine eindeutige Persönlichkeitsdiagnose gestellt werden.

Psychopathologisch und persönlichkeitspsychologisch geht die Bulimie häufig mit einem *mangelnden Selbstwertgefühl* einher, einer Scheinautonomie und fassadenhaften Stärke (HABERMAS u. MÜLLER, 1986), der Borderline-Persönlichkeit (YATES et al., 1989), suchttypischen Persönlichkeitsmerkmalen, einer erhöhten Anspruchshaltung und dem sogenannten falschen Selbst im Sinne WINNICOTTS und KOHUTS (s. HABERMAS u. MÜLLER, 1986). Nach eigener Erfahrung sind Borderline-Syndrome selten. Insgesamt zeichnen sich bulimische Frauen durch stärkere Stimmungsschwankungen und ein leicht dysphorisches Empfinden aus. Nach Auftreten der Bulimie werden depressive Manifestationen krankheitsreaktiv verstärkt.

Häufig wird im Zusammenhang mit der Bulimie auch von einem gestörten Körperbild berichtet, was auf entsprechende Vermutungen von H. BRUCH (1973) im Zusammenhang mit der Anorexie zurückgeht. Ergebnisse, die für eine Fehleinschätzung bzw. Verzerrung der eigenen Körpermaße in Richtung einer «breiteren» Einschätzung sprechen, liegen auch für die Bulimie vor. Andere Autoren konnten dagegen bulimische Patientinnen mit Hilfe der Einschätzung der eigenen Körpermaße nicht von einer Kontrollgruppe, die ebenfalls auf ihr Gewicht achtete, unterscheiden (LINDHOLM u. WILSON, 1988). Das gesamte Gebiet ist durch erhebliche methodische Inkonsistenzen gekennzeichnet.

Eine Sonderrolle nehmen Zusammenhänge zwischen bulimischem Verhalten und anderen Abhängigkeiten bzw. suchttypischen Persönlichkeitsmerkmalen ein. Verschiedene Autoren führen empirische Befunde zum hohen Kovariieren der Bulimie mit anderen stoffgebundenen Süchten oder auch Impulskontroll-

störungen als Beleg für eine Zusammengehörigkeit an. Andere Autoren können solche Zusammenhänge nicht finden (JÄGER et al., 1991) oder verweisen auf die Unangemessenheit «normaler» anstelle von psychosomatisch oder neurotisch gestörten Kontrollgruppen. Der Merkmalskatalog, wie z. B. für die «Psychoactive Substance Dependencies» im DSM-III-R (WITTCHEN et al., 1989) aufgeführt, wird durch die Bulimia nervosa nur zum Teil erfüllt. Es bleibt zu fragen, welcher Erkenntnisgewinn mit einer gelungenen oder mißlungenen Subsumption der Bulimie unter die anderen Süchte verbunden wäre. Hinsichtlich der Behandlung der Bulimie und z. B. des Alkoholismus können aufgrund der soziographischen Verschiedenartigkeit der Patientengruppe und der Verschiedenartigkeit der Suchtstoffe die wenigsten Behandlungselemente einfach übertragen werden, und die Suche nach einer «Suchtpersönlichkeit» hat auch für andere stoffgebundene Abhängigkeiten wenig Früchte gebracht.

Von verschiedenen Autoren werden Versuche unternommen, innerhalb der Gruppe bulimischer Patienten homogene *Subgruppen* auszumachen. PAUL (1987) unterscheidet empirisch eine «sozial-phobische Gruppe», eine «impulsive Gruppe» und eine «unauffällige Gruppe». HABERMAS et al. (1987) unterscheiden theoretisch vier Formen der Bulimie anhand der therapeutischen Beziehungsgestaltung, die als abhängig-submissiv, abwehrend, ich-schwach/grenzenlos und als Restgruppe bezeichnet werden können. Beide Einteilungen können jedoch angesichts der Vielfalt der Persönlichkeitsbilder und Übergänge noch nicht überzeugen.

Die Verwandtschaft zwischen der Magersucht und der Bulimie wird insbesondere durch die häufigen *Übergänge – vor allem von der Magersucht zur Bulimie* – deutlich: Etwa 30 bis 40 Prozent der bulimischen Patientinnen waren zuvor magersüchtig (LIEDTKE et al., 1990). Gleichzeitig sind beeindruckende Übereinstimmungen hinsichtlich der Einstellung zu Essen und Figur nachweisbar. Auf der anderen Seite sind im therapeutischen Kontakt und psychodynamisch charakteristische *Unterschiede* festzustellen. Bulimische Frauen leiden unter ihrer Störung und sind deshalb

therapeutisch stärker motiviert (im Gegensatz zur fehlenden oder niedrigen Motivation bei Anorexie), sie versuchen weiblich und attraktiv auszusehen (vs. Abwehr weiblicher Körperformen), haben weitgehend normale, altersangemessene sexuelle Erfahrungen (vs. Abwehr der weiblichen Rolle und Sexualität), sie zeigen vorzeitige Autonomie mit fassadenartiger Selbständigkeit (vs. enge Bindung an die Familie). Selten zeigen bulimische Frauen die charakteristische reserviert-intellektualisierende, oft mit einem Gefühl der Überlegenheit verbundene Einstellung anorektischer Frauen.

Hinsichtlich der *Ursachen* der Bulimie haben im wesentlichen die folgenden ätiologischen Modelle und Überlegungen Anerkennung gefunden, die auch deutlichen Einfluß auf die heute in der BRD praktizierten Therapiekonzeptionen haben.

Von verhaltenstherapeutischer Seite wird auf die Diätgeschichte und das *restriktive Eßverhalten außerhalb der Eßanfälle* fokussiert. Es wird darauf hingewiesen, daß Patientinnen mit Bulimie trotz eines normalen Gewichts metabolisch und endokrinologisch häufig Zeichen einer Mangelernährung zeigen. Daraus kann geschlossen werden, daß der biologische «Set Point» des Gewichts höher liegt. Nach dem Konzept des «Restrained Eating» (POLIVY u. HERMAN, 1985) können Heißhungerattacken allein durch Mangelernährung ausgelöst werden. Zu Eßanfällen kommt es in dem Moment, wo aufgrund äußerer oder innerer Stressoren die starke Kontrolle des Essens nicht aufrechterhalten werden kann. Ein Eßanfall bedeutet eine Art Kapitulation, wenn die restriktiven Regeln erst einmal gebrochen wurden. Eine Disposition zu einem etwas erhöhten Gewicht bzw. einem erniedrigten Grundumsatz kann unter dieser Betrachtung als Risikofaktor für die Ausbildung einer Bulimie angesehen werden.

Von psychoanalytischer Seite wird in erster Linie auf die charakteristischen Konflikte bei Bulimiekranken hingewiesen und die Analogie zum symptomatischen Verhalten betont. Als ein zentraler Konflikt der Bulimiepatienten wird eine Ambivalenz zwischen starken Bedürfnissen nach Zuwendung und Verwöhnung einerseits und Angst vor Abhängigkeit

und Einengung andererseits angesehen. Die Symptomatik mit ihrer Gegensätzlichkeit von Einverleiben und Ausspeien wird so als symbolische Widerspiegelung der *Ambivalenz zwischen Zuwendungswünschen und Abhängigkeitsängsten* verstehbar (vgl. ETTL, 1988). Nach SCHULTE und BÖHME-BLOEM (1990) liegt der Bulimie keine einheitliche psychostrukturelle Genese zugrunde; das Spektrum reicht von der Neurose auf der Grundlage hysterischer Konflikte bis zur schwer gestörten narzißtischen oder – seltener – Borderlinestruktur. Ausgangspunkt ist für die Autoren eine konflikthafte Beziehungsstruktur zum frühen, mütterlichen Objekt. Das später bulimische Mädchen wächst mit einem ungestillten Objekthunger auf; die sich ausbildende orale Fixierung wird von der Ambivalenz der frühen Mutter-Tochter-Beziehung geprägt. Die Mutter erweist sich aufgrund eigener frühkindlicher Entwicklungsdefizite unfähig, die Tochter in narzißtischer Erweiterung des eigenen Selbst ausreichend zu spiegeln. Das frühe Kommunikationsmedium Essen wird zum Träger der ambivalenten Gefühle und steht sowohl für die Hoffnung auf Sättigung als auch für die Angst vor einem abweisenden, bedrohlichen Objekt.

Eine ergänzende Sicht wird von dem *ich-psychologischen Ansatz* innerhalb der Psychoanalyse beigetragen, der die defizitäre Struktur der Ich-Leistungen von sogenannten frühgestörten Patienten im Zusammenhang mit süchtigem Verhalten sieht: Ein schwaches und unentwickeltes Ich, das nur mangelhaft stabilisierende und regulierende Funktionen wie Frustrationstoleranz, Impulskontrolle, Regulation gegenüber Es-Ansprüchen und Realitätsprüfung ausübt, reagiert im Rahmen seiner Möglichkeiten mit – ungeeigneten – Kompensationsversuchen. Vergleichsweise geringe Frustrationen werden im Sinne eines Uraffektes generalisiert, dem keine sinnvolle Signalfunktion mehr zukommt. Dem Suchtstoff bzw. der Suchthandlung kommt jetzt die Bedeutung der Affektdämpfung und Affektregulierung zu (SWIFT u. LETVEN, 1984).

Ähnlich wie im Falle der Anorexie-Patientinnen sind auch bei Bulimie-Patientinnen *familiendynamisch* relevante Konstellationen aufzeigbar (s. WEBER u. STIERLIN, 1989). In-

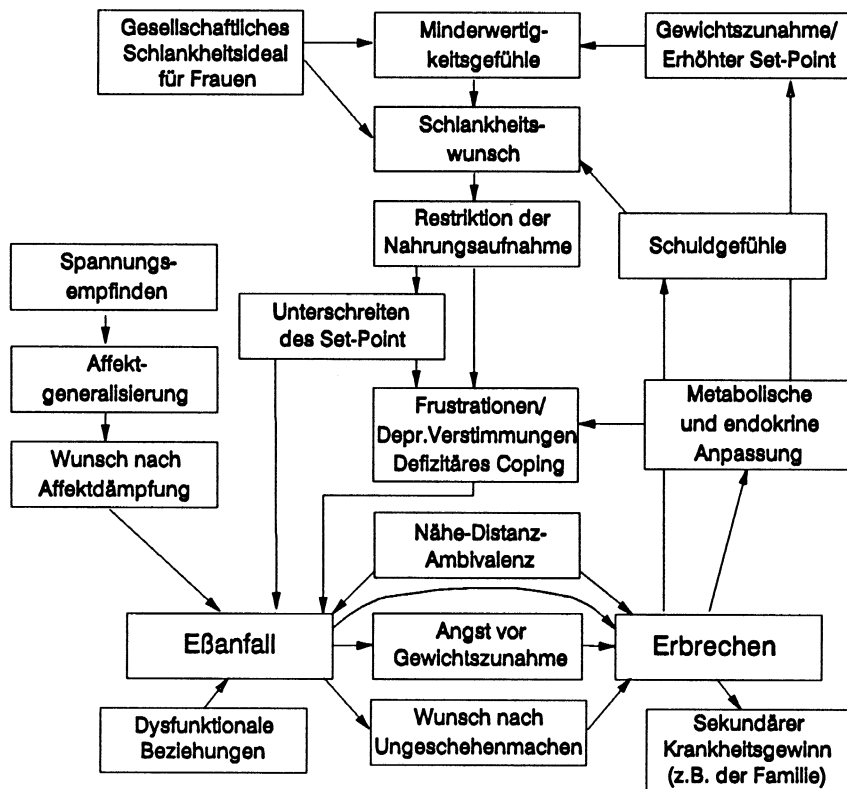


Abbildung 4: Schematische Darstellung eines Bedingungsmodells der Bulimia nervosa.

nerhalb der Herkunftsfamilien von Bulimie-Patientinnen lassen sich nämlich ebenfalls gegenseitige *Abhängigkeitsverklammerungen* nach Art der Drei-Generationen-Perspektive beobachten, jedoch nicht so stark verfestigt wie in den Herkunftsfamilien der Anorexia-Patientinnen. Ferner erfüllen Bulimie-Patientinnen innerhalb ihrer Herkunftsfamilie bestimmte spezifisch-systemische Funktionen im Sinne der Solidaritätsfunktion bzw. Opferrolle zwecks Stabilisierung von konfliktbesetzten, innerfamiliären Strukturen. Da aber – anders als in Anorexia-nervosa-Familien – in den Bulimie-Familien die Mutter-Patientin-Symbiosen nicht so hartnäckig verfestigt sind und im systemischen Beziehungskontext die emotionale Rolle des Vaters viel profiliert ist, gestalten sich für gewöhnlich die systemischen Therapiesitzungen (Kap. III.D) mit Bulimie-Familien merklich problemorientierter, emotional farbiger und inhaltlich ergiebiger.

Deshalb beobachten wir auch in Bulimie-Familien nicht jene Ausmaße von Pseudo-Harmonie und Konfliktverniedlichung wie in Anorexia-nervosa-Familien. Auch SCHMIDT (1989) schätzt «bulimische Familien» gegenüber «anorektischen Familien» als erheblich kritikfähiger, aber auch konflikthafter und bedürftiger ein.

Ein wichtiges und in verschiedenen Aspekten verbindendes Element wird von der Ich-Psychologie bzw. der Persönlichkeitspsychologie in Zusammenhang mit *gesellschaftlichen Faktoren* beigetragen und u. a. auch von feministischen Autorinnen formuliert. Danach wird Frauen in unserer Gesellschaft sehr viel eher als Männern nahegelegt, sich Anerkennung über ihre äußere Erscheinung zu verschaffen. Gleichzeitig wird durch Werbung und andere Medien auf aggressive Art und Weise «erfolgreich» und «schön» mit «schlank» assoziiert, wobei Frauen viel eher

als Männer die Zielgruppe dieser Normensetzung sind. Bei einem bewußt oder unbewußt empfundenen Mangel an Selbstwert oder Ich-Identität wird Frauen die Möglichkeit erhöhter Anerkennung durch Angleichung an das Schönheitsideal und Manipulation der äußeren Erscheinung suggeriert. Es erfolgt eine Gleichsetzung von Attraktivität, Anerkennung und Schlankheit. Der aufgezeigte Zusammenhang vermag zahlreiche Beobachtungen bei Bulimiekranken zu erklären und steht Erklärungsversuchen der Ich-Psychologie innerhalb der Psychoanalyse nahe, welche die Symptombildung als Reparationsversuch des kranken Ich auffassen. Abbildung 4 zeigt den Versuch einer Integration der verschiedenen Ansätze in einer schematischen Übersicht.

2.4 Psychotherapie, Prognose

Die Behandlung der Bulimie wird heute in der BRD in einer ausgesprochenen Breite von symptomzentrierten bis hin zu konfliktzentrierten Ansätzen sowohl in stationären wie auch in ambulanten Settings durchgeführt. Die Mehrzahl der behandelnden Institutionen und Einrichtungen bietet eine eklektische Zusammenstellung verschiedener Verfahren an. Stationäre Behandlungen müssen als eine gewisse Besonderheit Deutschlands angesehen werden; im Ausland wird die Bulimie in der Regel ambulant behandelt. Selbsthilfegruppen kommt eine wichtige Rolle als erste Anlaufstelle zu. Die kathartischen Effekte des Gefühls «nicht allein zu sein» und die angstfreie Selbstdefinition als «krank» sind wichtige therapeutische Schritte. HABERMAS und MÜLLER (1986) machen den Versuch, Indikationskriterien für die einzelnen Therapieformen anzugeben.

Im Fokus der *kognitiv-verhaltensmodifikatorischen Therapien* steht die Korrektur des Eßverhaltens und der damit verbundenen problematischen oder kontraproduktiven Kognitionen, ähnlich wie dies z. B. für die kognitive Therapie der Depression gilt. Kognitiv-verhaltensmodifikatorische (k-v) Therapieverfahren setzen sich aus den folgenden Thera-

pieelementen zusammen (vgl. MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987):

1. *Diagnose und Deskription des problematischen Verhaltens*: Erfassung von Art und Umfang der Eßanfälle, des Erbrechens, der Auslösesituation, der begleitenden Gedanken und Bewertungen mittels Bericht oder Eßtagebuch.
2. *Absprachen und Vereinbarungen* bilden im Rahmen von k-v-Therapien häufig bereits ein wesentliches Therapieelement und beziehen sich z. B. auf Häufigkeit und Zusammensetzung der Mahlzeiten, Teilnahme an gemeinsamen Mahlzeiten usw.
3. *Information und Psychoedukation*: Informationseingabe über den Zusammenhang zwischen Bulimie und Mangelernährung, psychologische und physiologische Circulivitiosi, Energiebedarf und Ernährungslehre.
4. *Neu-Lernen des Essens*: Heranführung an die Drei-Mahlzeiten-Struktur, Modellernen in der Gruppe, Heranführen an verbotene Speisen, Stimulus-Einengung und Kontrolle durch die eingeschränkte Verfügbarkeit von Nahrungsmitteln, unter Umständen positive Verstärkung durch Münzverstärkersysteme oder Vergünstigungsgewährung bzw. negative Verstärkung durch Vergünstigungsentzug, langsame Ersetzung der Fremdkontrolle durch Selbstkontrolle.
5. *Kognitive Umstrukturierung*: Hinterfragen der dysfunktionalen Gedanken und Bewertungen z. B. mittels der Spaltentechnik oder des sokratischen Dialogs im Therapiegespräch, Diagnose und Bearbeitung irrationaler Gedanken und des Schwarz-Weiß-Denkens, Übung von Selbstbeobachtung und Selbstkontrolle.
6. *Training in Problemlösung und Streßbewältigung*: Übung von alternativen Techniken für den Umgang mit Auslösesituationen, Übung des Copings von streßinduzierenden Erfahrungen, Aktivierungen und Tagesstrukturierungen, realistische Planungen.
7. *Korrektur der Körperwahrnehmung*: Diagnose möglicher verzerrter Körperwahrnehmungen, Initiierung korrigierender Erfahrungen möglichst in der Gruppe.

Auf Techniken, die der systematischen Desensibilisierung und Konditionierungstechniken verwandt sind und in der BRD unseres Wissens nicht angewandt werden, soll hier nicht weiter eingegangen werden.

Konfliktorientierten Therapieelementen liegt die Annahme zugrunde, daß die Bulimie einen psychosomatischen Lösungsversuch eines neurotischen Konflikts bzw. einen Reparationsversuch des kranken Ich darstellt (s. o.). Im Fokus der Therapieelemente stehen daher die Konflikte und Defizite, denen ein ursächlicher Einfluß auf das Krankheitsgeschehen zugeschrieben wird. Der Beachtung der Inszenierung der Zuwendungswünsche und Abhängigkeitsängste in der therapeutischen Übertragungsbeziehung kommt dabei eine zentrale Bedeutung zu. Das diffuse Themenangebot bulimischer Frauen in der Therapie, die Scheinautonomie und eine häufige Trotzhaltung im weiteren Verlauf der Therapie können als relativ störungsspezifische Phänomene im Therapieprozeß angesehen werden.

In der *psychodynamischen Therapie* der Bulimia nervosa stehen nach unserer Erfahrung schwerpunktmäßig folgende, sich überschneidende Themen im Vordergrund:

1. Hinterfragen des negativen Selbstwertes und Stärkung des Selbstwertgefühls;
2. der Wunsch zu gefallen, die Erwartungen der anderen zu antizipieren und zu erfüllen;
3. damit verbundene Anerkennung durch Helfen und Für-andere-da-Sein;
4. die Scheinautonomie als kräftezehrendes, fassadenartiges Auftreten im sozialen Kontakt;
5. die Abgrenzung gegenüber anderen und die Fähigkeit, «nein» zu sagen;
6. das Erkennen unbewußter Zuwendungswünsche, deren Abwehr und die Regulation dieser Wünsche;
7. Identifizierung und Klarifikation von Affekten durch Hilfs-Ich-Funktionen der Therapeuten bzw. der Gruppe;
8. der Umgang mit negativen Affekten wie Neid, Rivalität, Frustrationen oder Selbstabwertungen;
9. die Wahrnehmung und Formulierung eigener Bedürfnisse;

10. Reflexion der eigenen Rolle in Partnerschaft oder Herkunftsfamilie und Hinterfragen möglicher stabilisierender Funktionen der Bulimie für die Familie. Auch die Analyse von Auslösesituationen oder die Betrachtung hilfreicher bzw. schützender Bedingungen sind wichtige Themen der Therapie.

Auch bei der Bulimie kommt einer tragfähigen therapeutischen Beziehung eine besondere Bedeutung zu: In dem so hergestellten Freiraum können Probleme im Umgang mit Nähe und Distanz am Beispiel dieser Beziehung angstfrei erfahren und modifiziert werden. Deswegen sollte auch frühzeitig die Frage nach gleichgeschlechtlichem versus gegengeschlechtlichem Therapeuten gestellt und entschieden werden.

Im stationären Setting werden die konfliktorientierten Therapieelemente durch Verfahren wie Interaktionsübungen, Gestaltungstherapie oder angeleitete Körpererfahrungen ergänzt. Das Gruppensetting hat den Vorteil, die für Bulimie-Patientinnen besonders wichtigen Problembereiche Eigenverantwortlichkeit und Abgrenzung zu fokussieren.

Eine Sonderrolle nehmen die *systemisch-familienorientierten Therapieansätze* ein. Es wird angestrebt, nach einer motivationszentrierten Anfangsphase möglichst bald Familienmitglieder oder Partner zu den Gesprächen hinzuzuziehen, dadurch die Funktion der Bulimie in der Familie zu eruieren und die Familie an einer Lösung der Probleme aktiv zu beteiligen. Eine hilfreiche Technik ist dabei das «zirkuläre Fragen» zur Informationsgewinnung (s. Kap. III.D).

Hinsichtlich der Anwendung systemischer Therapien bei der Behandlung von Eßstörungen werden gerade im stationären Setting häufig systemisch-familienorientierte Therapieelemente in das Behandlungskonzept integriert. Dies geschieht durch sogenannte Familienseminare oder Familiengespräche zu bestimmten Zeitpunkten der Therapie. Systemische Therapieansätze – z. B. im Sinne des «Mailänder Modells» bzw. der «Neuen Heidelberger Schule» – werden auch eigenständig eingesetzt und zeigen ver-

gleichbar gute Resultate gegenüber anderen Verfahren (vgl. LIEDTKE et al., 1991).

Insbesondere im stationären Setting werden oft symptom- und konfliktorientierte Elemente in Kombinationen angewandt. Dabei wird häufig der Weg verfolgt, über eine rasche Reduktion der Symptomatik mittels verhaltenstherapeutischer Techniken die Basis für eine konfliktbearbeitende Therapie zu schaffen (vgl. DIPPEL et al., 1988). Aber auch Therapien ohne jegliche konkret auf das Verhalten zielende Anteile werden erfolgreich durchgeführt.

FAIRBURN (1988) weist in diesem Zusammenhang darauf hin, daß *Erfolge* und *Prognosen* rein konfliktorientierter Maßnahmen («non-directive, interpersonal psychotherapy») mit denen symptomorientierter Maßnahmen vergleichbar sind. GARNER (1987) sowie COX und MERKLE (1989) kamen bei ihren Übersichtsarbeiten zu Behandlungserfolgen bei Bulimie übereinstimmend zu Eß-Brech-Abstinenzraten (gezählt wurde im Zweifel das Erbrechen) von durchschnittlich 33 bis 39 Prozent. Diese Rate stieg nach einem mehrmonatigen Follow-up in der Regel noch etwas an. Die Reduktion des symptomatischen Verhaltens betrug durchschnittlich 80,6 Prozent (GARNER, 1987). LIEDTKE et al. (1991) berichten über eine Symptomreduktion auf höchstens einen Eß-Brech-Anfall die Woche bei 52 Prozent der Patientinnen einen Monat nach einer stationären Behandlung. FEIEREIS (1990) weist darauf hin, daß die Rate gelegentlicher Rückfälle jedoch recht hoch ist. In den Institutionen der psychosozialen Versorgung ist man sich zunehmend darüber einig, daß der Nachversorgung der Patientinnen deswegen eine ganz besondere Rolle zukommt.

Untersuchungsergebnisse zu Prognosekriterien sind wenig überzeugend bzw. widersprüchlich: Andere Abhängigkeiten bzw. Süchte, die der Erkrankung vorausgehen (LACEY et al., 1983) und Suizidversuche (ABRAHAM et al., 1983), werden als prognostisch ungünstig genannt. Informationen über die Prognose ohne Behandlung fehlen noch. Die Erkrankung der Bulimia nervosa zeigt hinsichtlich der charakteristischen Einstellungen und Konflikte eine so starke Beziehung

zu alterstypischen Konflikten der Adoleszenz, welche auch den engen zeitlichen Rahmen des Auftretens mitbestimmen dürften, daß für einen übertriebenen Pessimismus eigentlich kein Anlaß besteht. Die gesundheitlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen durch die Bulimie sind jedoch andererseits so ausgeprägt, daß therapeutische Interventionen zur Unterbrechung der Eigendynamik der Bulimie frühzeitig einsetzen sollten.

3. Adipositas

3.1 Definition

Die Adipositas ist durch eine übermäßige Anhäufung von Fett im Körper charakterisiert. Fettleibigkeit liegt nach medizinischer Definition vor, wenn der Anteil des Fettgewebes am Körpergewicht bei Männern 20 Prozent und bei Frauen 25 Prozent übersteigt (MÜLLER et al., 1990). Da die direkte Messung des Fettanteils aufwendig ist, erfolgt die Bestimmung des Ausmaßes an Übergewicht durch Indizes, die den Anteil des Fettgewebes an der körperfettfreien Masse schätzen. Am geeignetsten ist dafür der Körpermassenindex BMI (= Body-Mass-Index oder Quetelets-Index), der gut mit der direkten Messung des Fettgewebes korreliert. Dieser errechnet sich als Quotient aus Körpergewicht in Kilogramm durch quadrierte Körperlänge in Metern. Anhand des Körpermassenindex werden nun Grenzwerte – zur Zeit gibt es noch kleinere Divergenzen zwischen Forscherteams – zur Bestimmung des Ausmaßes der Adipositas festgelegt. MÜLLER et al. (1990) teilen den Körpermassenindex (BMI) für Männer und Frauen gemäß Tabelle 1 in vier Bereiche ein.

Tabelle 1: Klinische Einteilung der Adipositas für Männer und Frauen (Altersgrenze 20–65 Jahre).

Klinische Einteilung	Körper-Masse-Index (BMI)
Grad 0 Normalgewicht	20,0–24,9
Grad 1 leichtes Übergewicht	25,0–29,9
Grad 2 starkes Übergewicht	30,0–40,0
Grad 3 sehr starkes Übergewicht	> 40,0

Tabelle 2: BMI-Grenzwerte (kg) für Männer und Frauen in Abhängigkeit von der Körpergröße (cm).

Größe	BMI20	BMI25	BMI30	BMI40
151	45,6	57,0	68,4	91,2
152	46,2	57,8	69,3	92,4
153	46,8	58,5	70,2	93,6
154	47,4	59,3	71,1	94,9
155	48,0	60,1	72,1	96,1
156	48,7	60,8	73,0	97,3
157	49,3	61,6	73,9	98,6
158	49,9	62,4	74,9	99,9
159	50,6	63,2	75,8	101,1
160	51,2	64,0	76,8	102,4
161	51,8	64,8	77,8	103,7
162	52,5	65,6	78,7	105,0
163	53,1	66,4	79,7	106,3
164	53,8	67,2	80,7	107,6
165	54,4	68,1	81,7	108,9
166	55,1	68,9	82,7	110,2
167	55,8	69,7	83,7	111,6
168	56,4	70,6	84,7	112,9
169	57,1	71,4	85,7	114,2
170	57,8	72,2	86,7	115,6
171	58,5	73,1	87,7	117,0
172	59,2	74,0	88,8	118,3
173	59,9	74,8	89,8	119,7
174	60,6	75,7	90,8	121,1
175	61,3	76,6	91,9	122,5
176	62,0	77,4	92,9	123,9
177	62,7	78,3	94,0	125,3
178	63,4	79,2	95,1	126,7
179	64,1	80,1	96,1	128,2
180	64,8	81,0	97,2	129,6
181	65,5	81,9	98,3	131,0
182	66,2	82,8	99,4	132,5
183	67,0	83,7	100,5	134,0
184	67,7	84,6	101,6	135,4
185	68,4	85,6	102,7	136,9
186	69,2	86,5	103,8	138,4
187	69,9	87,4	104,9	139,9
188	70,7	88,4	106,0	141,4
189	71,4	89,3	107,2	142,9
190	72,2	90,2	108,3	144,4
191	73,0	91,2	109,4	145,9
192	73,7	92,2	110,6	147,5
193	74,5	93,1	111,7	149,0
194	75,3	94,1	112,9	150,5
195	76,0	95,1	114,1	152,1
196	76,8	96,0	115,2	153,7
197	77,6	97,0	116,4	155,2
198	78,4	98,0	117,6	156,8
199	79,2	99,0	118,8	158,4
200	80,0	100,0	120,0	160,0

Für die Anwendung des Körpermassenindex (BMI) in der Praxis dient die Zusammenstellung der Grenzwerte in Tabelle 2.

Unter biophysiologischen Gesichtspunkten erfolgt eine weitere wichtige *Unterteilung* der Adipositas in eine «*Birnenform*» (gynoid bzw. Oberschenkelbetonte) und eine «*Apfelform*» (androide bzw. Bauchbetonte). Wie wissenschaftliche Untersuchungen zeigen, ist das Gesundheitsrisiko des Übergewichtigen vom Fettverteilungstyp abhängig. Bei der androiden Form der Adipositas treten z. B. häufiger Hyperinsulinämie, Arteriosklerose und Hypertonie auf als bei der gynoiden Form (MÜLLER et al., 1990; GOTTFRIED et al., 1990). Neben dem klinischen Eindruck verhilft das Verhältnis von Taillenumfang zu Hüftumfang «*Waist-to-Hip-Ratio*» (WHR), die beiden Adiposistypen zu differenzieren. MÜLLER et al. (1990) sehen ein erhöhtes Gesundheitsrisiko bei einem WHR >1 für Männer und >0,85 für Frauen. Diese Einteilung ist insofern bedeutsam, als auch bei drastischer Gewichtsabnahme das Fettverteilungsmuster erhalten bleibt und, wohl aufgrund unterschiedlicher hormoneller Steuerung, «birnenförmig» Adipöse schlechter abnehmen als «apfelförmig» Übergewichtige (GOTTFRIED et al., 1990).

3.2 Epidemiologie

Präzise Informationen über die Häufigkeit der Adipositas durch Untersuchung größerer Bevölkerungsgruppen liegen nicht vor, aber eine Vielzahl von Stichprobenerhebungen, die zu ziemlich zuverlässigen Prävalenzschätzungen führen. In der BRD ist von einer Adipositas-*Prävalenz* von etwa 35 Prozent (28 Millionen Menschen) auszugehen. Unter einem starken Übergewicht (BMI > 30) leiden etwa 10 Prozent der Bevölkerung, also etwa 8 Millionen Menschen. Des Weiteren zeigen die Befunde, daß Frauen etwas häufiger und stärker als Männer betroffen sind und beide Geschlechter mit zunehmendem Alter «dicker» werden. In den Industrienationen wurde ferner immer wieder eine negative Korrelation zwischen Übergewicht und *sozialer Schichtzugehörigkeit* gefunden. STUNKARD und PUDEL (1990)

verweisen u. a. auf eine repräsentative Erhebung bei einer Stichprobe von 1920 Personen aus dem Jahre 1970, die zeigt, daß 40 Prozent der Frauen (46 % der Männer) mit Volksschulabschluß und nur 6 Prozent der Frauen (23 % der Männer) mit Abitur unter Übergewicht leiden. Dieser Zusammenhang zwischen Schichtzugehörigkeit und Übergewicht belegt, daß soziale Determinanten wie Nahrungsauswahl und Ernährungsverhalten, Gesundheitsbewußtsein und -verhalten sowie das schichtspezifische Ansehen der «Adipösen» zur Entstehung bzw. Verhinderung der Adipositas maßgeblich beitragen. Bezieht man andere Kulturen und noch Länder mit Problemen in der Ernährung der Bevölkerung mit ein, dann wird die Bedeutung der sozialen Umgebung noch deutlicher. STUNKARD und PUDEL (1990) folgern zu Recht, daß die Adipositas in ungewöhnlichem Maße durch das gesellschaftliche Umfeld bestimmt wird.

3.3 Symptomatik

Die Gemeinsamkeit aller unter die Eßstörungen zu subsumierenden Adipösen besteht zweifelsohne in einer zumindest zeitweisen *überkalorischen Ernährung*, d. h. eine den individuellen Kalorienbedarf übersteigenden Kalorienzufuhr. Alle Versuche, präzisere Beschreibungen bzw. Charakterisierungen zu geben, die für alle Adipösen gelten und für Normalgewichtige nicht zutreffen, sind als gescheitert anzusehen. Zunehmend wird die Adipositas nicht mehr als ein einheitliches Krankheitsbild, sondern als eine heterogene Störung aufgefaßt. Die konsequente Weiterentwicklung dieses Gedankens würde zu einer Unterteilung der Gesamtgruppe der Übergewichtigen in verschiedene – jeweils spezifisch definierte – *Untergruppen* führen, was bislang aber nur ansatzweise realisiert wurde. Durchgesetzt hat sich heute eine Einteilung der Adipösen in *mäßig Übergewichtige* (bis BMI 30) und *stark Übergewichtige* (mit BMI > 30), ferner die auch schon beschriebene Differenzierung in *androide* und *gynoide Adipositas*. Hinzu kommt die Charakterisierung und Definition von Teilgruppen Adipöser, wie dies z. B. STUNKARD und PUDEL (1990) vorneh-

men. Sie unterscheiden Adipöse mit dem *Syndrom nächtlichen Essens* (night-eating syndrome), was nach ihren Erfahrungen etwa 10 Prozent der Übergewichtigen betrifft, ferner das *Syndrom der Freßorgien* (binge eating) bei etwa 5 Prozent und letztlich Adipöse mit *Störung des Körperschemas*. Übergewichtige mit dieser Störung erleben ihren Körper als ekelregend und abstoßend und sich selbst von anderen mit Verachtung betrachtet. Der emotional gesunde Adipöse weist keine derartige Störung des Körperschemas auf.

Adipöse, bei denen fast ständig Appetitempfindungen bestehen, können als «*Daueresser*» in Erscheinung treten und zeichnen sich nicht selten durch eine subeuphorische Stimmungslage aus. Und schließlich kann es erst während des Eßvorganges zu einer erhöhten Appetenz kommen, die einen Verzehr größerer Nahrungsmengen bedingt; gleichzeitig scheint die Sättigungsempfindung herabgesetzt zu sein (*eating without satiation*; s. FREYBERGER, 1971). Eine weitere wichtige Teilgruppe der Adipösen sind diejenigen, die weniger an ihrem Eßverhalten als an Krankheiten und Beschwerden leiden, die eine *Folge des Übergewichts* sind. Die Liste der aufgezählten Krankheiten und Gesundheitsrisiken des Übergewichts ist lang; in der einschlägigen Literatur werden als wichtigste genannt: Bluthochdruckerkrankung, koronare Herzkrankheit, Diabetes mellitus, vorzeitige Sklerose des Gefäßsystems, Fettstoffwechselstörungen, Bindegewebsschwäche, Arthrosen und degenerative Wirbelsäulen-Beschwerden (GOTTFRIED et al., 1990). Auf die Untergruppe der Adipösen, die unter psychischen Störungen leiden, wird im folgenden ausführlicher eingegangen.

3.4 Pathogenese und Psychosomatik

Als *Ursache* der Adipositas sind bislang genetisch-physiologische, soziokulturelle und psychische Determinanten bekannt, die bei entsprechend starker Ausprägung jede für sich oder in komplexer Wechselwirkung zur Adipositas führen können. Bei jedem Menschen besteht ein individuell eigenes Wirk- und Ausprägungsmuster dieser drei Determinan-

ten und damit eine große Bandbreite der möglichen Verursachungen der Adipositas.

A: Genetisch-physiologische Determinanten. Wissenschaftliche Untersuchungen der letzten Jahre zeigen, daß das *Erbgut* einen wesentlichen Einfluß darauf hat, welches Gewicht ein Mensch erreicht und ob überzählige Kalorien im Fettgewebe angelegt oder «verbrannt» werden. Dies entspricht auch der Alltagserfahrung, daß bestimmte Menschen viel essen können, ohne – vor allem bei gesteigertem Bewegungsdrang – zuzunehmen. Des weiteren deuten Untersuchungsergebnisse darauf hin, daß jede durch eine Reduktionsdiät herbeigeführte Gewichtsabnahme zu einer Adaptation des Stoffwechsels an die verknappte Energiezufuhr führt. Ehemals Übergewichtige mit erfolgreich reduziertem Gewicht haben wahrscheinlich einen reduzierten Energieumsatz im Sinne einer «Sparbrennerwirkung» (s. LEIBEL u. HIRSCH, 1984). Ferner widerlegten Experimente mit Kalorienrestriktion die populäre Annahme der «beliebigen Beeinflussung» des Körpergewichts. Schon in der bekannten Minnesota-Studie zeigten KEYS et al. (1950), daß eine Kalorienreduzierung von 50 Prozent über 6 Monate zu einer Gewichtsabnahme von etwa 25 Prozent führt. Entsprechend verliefen die Experimente mit Freiwilligen, bei denen eine starke Erhöhung der Kalorienzufuhr erfolgte, welche aber nur zu einer Gewichtszunahme von 5 bis 25 Prozent der zusätzlichen Kalorien führte (s. GARNER et al., 1991). Diese Befunde belegen die Widerstandskraft des Körpers gegenüber Gewichtsänderungen und lassen die Schlußfolgerung zu, daß sich das Körpergewicht (bei nicht extremer Veränderung der Kalorienzufuhr) nicht linear manipulieren läßt. Offenbar existieren physiologische und psychologische Gegenregulationsmechanismen, die z. B. über Körpertemperatur und Motorik in Richtung einer Gewichtskonstanz wirken. Zu vermuten ist, daß es sich um eine evolutionsgeschichtlich zweckmäßige Entwicklung handelt, die es der Spezies der Hominiden erlaubte, den katastrophalen Wechsel von Hungersnöten und Nahrungsüberfluß zu überleben.

B: Soziokulturelle Determinanten. In den Nachkriegsjahren wurden eine starke Zunahme der Prävalenz der Adipositas festgestellt und die möglichen negativen Folgen für die Gesundheit erkannt. Dies führte später zu Aufklärungsmaßnahmen, und den Menschen wurde nun ein bestimmtes Gewicht – das «Idealgewicht» – empfohlen, das damals mit 15 Prozent für Frauen und 10 Prozent für Männer unterhalb des Broca-Referenzgewichtes (Normalgewichtes) festgesetzt wurde. Dadurch entstand ein sozialer Druck zum niedrigen Körpergewicht, und das Schlankheitsideal wurde eine gesellschaftliche Normvorgabe. In der Bevölkerung – unterstützt auch durch Experten – verbreitete sich immer mehr die Überzeugung, daß durch bewußte Steuerung der Energieaufnahme eine «nahezu beliebige Gewichtsabnahme» möglich, und es nur eine Frage der richtigen Diät oder des eigenen Durchhaltevermögens sei, um dieses Idealgewicht zu erreichen. Als Folge der neuen Norm wurde Übergewicht als persönliche Willensschwäche und persönlicher Makel gewertet. In den letzten Jahren standen vor allem die Frauen unter diesem Schlankheitsdruck, der bei ihnen zu einem kollektiven Diätverhalten führte (WESTENHÖFER u. PUDEL, 1989). Ein weiterer gesellschaftlich mitbedingter Faktor für die Zunahme von Adipositas besteht – neben dem erhöhten Alkoholkonsum – in dem Mangel an körperlicher Bewegung in der Wohlstandsgesellschaft, der erheblich dazu beiträgt, daß das Übergewicht zu einem öffentlichen Gesundheitsproblem geworden ist (STUNKARD u. PUDEL, 1990).

C: Psychische Determinanten. Nahezu übermenschliche Aufgabe einer Mutter ist, die verschiedenen Verhalten ihres Neugeborenen/Säuglings empathisch zu verstehen und entsprechend zu beantworten. Ist ihm kalt oder zu warm? Leidet er an Blähungen oder Fieber oder an «Zahnen»? Hat er Hunger oder langweilt er sich und möchte durch das Zimmer getragen werden? Nahe liegt der Mutter die Verkennung, solche Zustände als Hunger mißzuverstehen, dies um so mehr, als *Fütterung* – ob Hunger vorhanden oder nicht – dank Befriedigung oder dank Nähe eine *beruhigende Wirkung* erzielt. Geschieht dies häu-

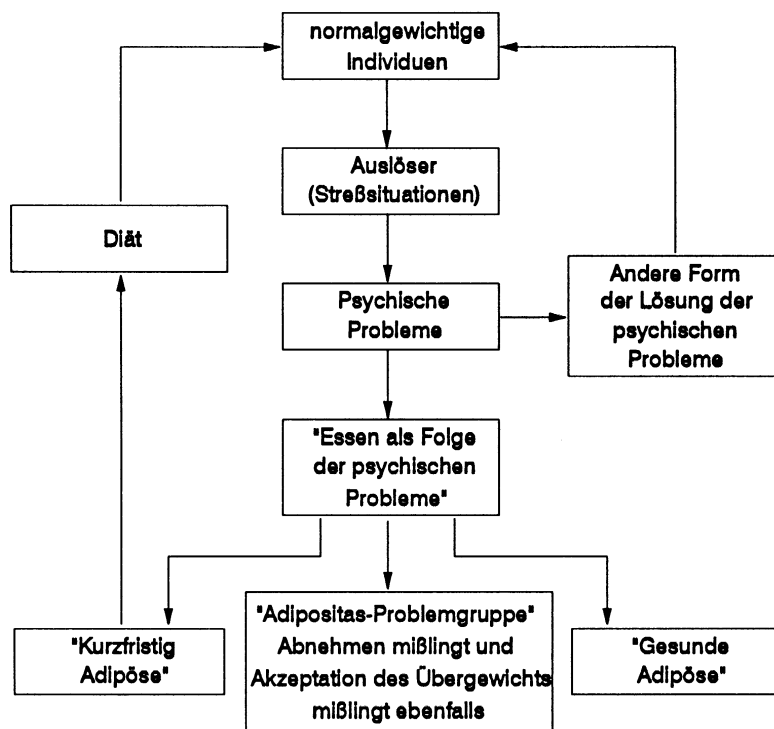


Abbildung 5: Psychologisches Entstehungsmodell der Adipositas.

figer, wird im Säugling oder Kleinkind die Konditionierung «Essen hilft für nahezu alles» gestiftet. Frühe Überernährung hat wiederum biologische Konsequenzen, weil Übergewicht mit Beginn in der Kindheit oder im Jugendlichenalter mit einer Zunahme der Zahl der Fettzellen verbunden zu sein scheint. Bei einer im Erwachsenenalter einsetzenden Adipositas kommt es überwiegend nur noch zu einer Größenzunahme der Fettzellen (GLUCKSMAN, 1972).

Natürlich kann auch im späteren Alter und unabhängig von der Mutter ein Kind oder Jugendlicher die Erfahrung machen, daß Enttäuschung, Niedergeschlagenheit und noch andere Spannungen durch Essen gemildert werden. Oder der Jugendliche kann antizipieren, daß Übergewicht vor sexuellen Angeboten schützt, oder daß er damit eine «gewichtige» Persönlichkeit darstellt.

Die Grundidee des psychologischen Zuges zur Erklärung der Adipositas besteht dementsprechend darin, daß ein Mensch infolge seelischer Probleme – zumindest eine

gewisse Zeit – mehr ißt, als er an Nahrung benötigt, und deshalb zunimmt (vgl. Abb. 5). Das normalgewichtige Kind oder der Erwachsene wird mit Konflikten konfrontiert, als auslösende Ursache werden in der Literatur Objektverluste wie die Trennung von den Eltern oder vom Partner oder auch länger andauernde Streßsituationen im privaten oder beruflichen Bereich genannt, die nun zu psychischen Spannungen und seelischen Problemen führen. Ein großer Teil der Menschen wird andere Wege als vermehrtes Essen finden, um diese psychischen Spannungen und seelischen Probleme zu verarbeiten, und damit normalgewichtig bleiben. Bei einer gewissen Gruppe von Menschen führen diese seelischen Probleme nun zum vermehrten Essen, weil dies zum einen zu einer zumindest kurzfristigen Spannungsreduktion führt und für sie «Essen» zum anderen eine symbolische (meist unbewußte) Bedeutung hat. Essen kann «Liebe und Geborgenheit» bedeuten, es kann für Schmerzen, Verluste oder Enttäuschungen entschädigen, was bei einer Gruppe

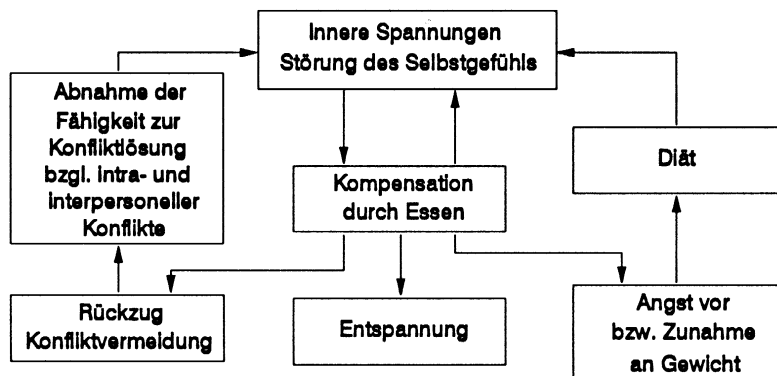


Abbildung 6: Modell zur Aufrechterhaltung der Adipositas.

der später Adipösen sicherlich ein Verhaltensmuster ist, das schon in der Kindheit erlernt wurde (s. FREYBERGER, 1983).

Psychoanalytisch läßt sich dieses Verhaltensmuster mit Hilfe des Konzeptes der *Fixierung auf die orale Stufe* der Triebentwicklung verstehen (s. WESIACK, 1989). Eine orale Fixierung kann dadurch entstehen, daß die Eltern überwiegend das «Füttern des Kindes» zum Ausdrucksmittel ihrer emotionalen Zuwendung machen bzw. es eine Art «Wiederutmachung» für zu wenig innere Zuwendung darstellt. Dadurch kommt die schon beschriebene symbolische Gleichsetzung von «Essen» und «Liebe» zustande, die bei psychischen Problemen zu einer Sehnsucht nach liebevoller Zuwendung und zu einer Regression mit einem «oralen Bewältigungsversuch» durch Essen mit der Umsetzung in «Sich-selbst-Füttern» führt.

Wie klinische Erfahrungen zeigen, dient das Essen und das sich daraus bildende Übergewicht bei manchen Patienten unbewußt auch als Schutz vor intimer Nähe oder drückt bei Frauen eine Abwehr der weiblichen Rolle aus. Wie die Abbildung 5 weiter zeigt, ergibt sich im weiteren Verlauf eine unterschiedliche Entwicklung für die nun übergewichtigen Patienten. Einer Teilgruppe dieser Patienten gelingt es durch Diät relativ schnell, wieder das Normalgewicht zu erreichen. Einer anderen Untergruppe fällt es nicht schwer, sich mit dem Übergewicht zu arrangieren und aufgrund der Lösung der seelischen Probleme oder infolge der Möglichkeit, seelische Probleme wieder anders zu

lösen, das Gewicht zu halten und nunmehr adipös, aber eigentlich frei von einer ausgeprägten Eßstörung zu sein. Eine dritte Gruppe stellt die eigentliche «*Problemgruppe*» dar. Das sind die Patienten, denen es entweder nicht gelingt abzunehmen oder die ihr Übergewicht nicht akzeptieren können, weil aus medizinischen Gründen oder aus ihrer eigenen Sicht eine Gewichtsreduktion notwendig ist. Für diese Patientengruppe läßt sich nun der «Adipositasprozess» weiter formulieren. In Anlehnung an HOHAGE und HAISCH (1991) wird ein etwas modifiziertes Modell zur Aufrechterhaltung der Adipositas vorgestellt (Abb. 6), das wesentliche Befunde integriert und aufgrund seines Abstraktionsniveaus eine umfassendere Gültigkeit beanspruchen kann. Das Modell beschreibt das «seelische Funktionieren» dieser Patientengruppe.

Diese Problemgruppe von Adipösen leidet an seelischen Problemen mit einer *Störung des Selbstwertgefühls*, d. h. einer Störung des seelischen Gleichgewichtes mit inneren Spannungen infolge intrapsychischer (Trieb- bzw. narzißtischer) und interpersoneller Konflikte (vgl. HOHAGE u. HAISCH, 1991). Typisch für diese Adipösen ist nun, daß sie diese Störung des inneren Gleichgewichtes durch Essen zu mildern versuchen. Verstehen läßt sich das z. B. anhand des schon beschriebenen Konzeptes der Regression und oralen Fixierung bzw. verhaltenstherapeutisch durch Modellernen, operante Verstärkung oder als Folge irrationaler Kognitionen. Die vorgenommene Spannungs- bzw. Selbstregulation mit Essen führt zumin-

dest anfangs zu einer Beruhigung und bedeutet gleichzeitig entweder einen Rückzug von interpersonellen Konflikten (Verminderung nach außen gerichteter Aktivitäten) und/oder eine Kapitulation vor inneren Konflikten, was zu einer Ich-Schwächung führt (vgl. Abb. 6). Wird Essen zur bevorzugten Konfliktlösungsstrategie mit den eben genannten negativen Folgen für die psychischen Funktionen und die Konfliktlösungsfähigkeit, dann folgt daraus eine Verstärkung der inneren Spannungen mit einer Verstärkung der Störung des Selbstwertgefühls. Die Kompensation durch Essen hat aber auch noch einen anderen Kreisprozeß zur Folge. Das Essen führt zu einer Angst vor weiterer Zunahme und zu einer weiteren Gewichtszunahme. Neue Diätvorsätze werden gefaßt, was wieder zu einer Zunahme der inneren Spannungen führt. Somit wirken die unerwünschten Nebenwirkungen des Essens nicht mehr als Bremse, sondern unterstützen das gestörte Eßverhalten im Sinne eines Selbstverstärkungsmechanismus (HOHAGE u. HAI SCH, 1991).

3.5 Psychotherapie/Prognose

Für den Übergewichtigen gibt es eine Vielzahl von Behandlungsangeboten, die von Anleitungen in Büchern, Kursen in Volkshochschulen, Selbsthilfegruppen und von Ernährungsberatung bis hin zur ambulanten und stationären Psychotherapie reichen. Angesichts des Aufwandes an Engagement bei Beratern, Therapeuten, Ärzten und nicht zuletzt den Betroffenen, die sich oft jahrelang mit Diäten «plagen», ist es erstaunlich, wie negativ die Erfolge all dieser Maßnahmen bewertet wurden. Das Fazit bis noch vor wenigen Jahren war: Die meisten Adipösen kommen nicht in die Behandlung; von denen, die eine Behandlung beginnen, brechen die meisten die Behandlung ab; von denen, die in Behandlung bleiben, verlieren die meisten kaum Gewicht; die meisten, die Gewicht verlieren, nehmen wieder zu (PAUL u. JACOBI, 1989; STUNKARD u. PUDEL, 1990). Nachdem die psychoanalytische Methode zur Behandlung der Adipositas ziemlich schnell als wenig effektiv erkannt wurde, zumindest auf der Symptomebene,

schien die Verhaltenstherapie für einige Zeit die «Methode der Wahl» für Übergewichtige zu sein. Dies bestätigte sich jedoch nicht, und Verhaltenstherapeuten selbst ziehen das folgende Resumé: «Während die Verhaltenstherapie noch vor 20 Jahren euphorisch glaubte, schlüssige Erklärungskonzepte und Behandlungsstrategien anbieten zu können, ist heute eher eine allgemeine Resignation zu spüren, da langanhaltende Therapieerfolge nur in den wenigsten Fällen erreicht werden konnten. In den nächsten Jahren werden verstärkte Bemühungen notwendig sein, um differentielle Therapieangebote für unterschiedlich Betroffene zu erarbeiten» (PAUL u. JACOBI, 1989, S. 332).

Angesichts der geschilderten Schwierigkeiten bei der Therapie der Adipositas verwundert nicht, daß zum Teil dramatische Interventionen versucht wurden, deren radikalste die Jejunioileostomie gewesen ist. Heute wird von chirurgischer Seite noch die vertikale Magenplastik durchgeführt, bei der das funktionelle Magenvolumen verkleinert wird, so daß nur kleine Nahrungsmengen aufgenommen werden können. Eine Verkleinerung des Magenvolumens wird auch durch Einlegen eines Magenballons angestrebt, eine von endoskopisch tätigen Gastroenterologen angewendete Methode mit geringerer Gewichtsabnahme als nach plastischer Magenoperation und deutlich höheren Nebenwirkungen (DITSCHUNEIT, 1992).

Aus den schlechten Evaluationsergebnissen und den mittlerweile erkannten *Behandlungsfehlern*, z. B. als Ziel der Gewichtsabnahme das Idealgewicht zu setzen, schnelle Gewichtsabnahme erzielen zu wollen, unzureichendes Verständnis der biologischen, sozialen und psychischen Determinanten und deren Interaktion, lernten auch die Psychotherapeuten, und zwar überwiegend die Verhaltenstherapeuten, die dieses Arbeitsgebiet mittlerweile fest in der Hand hatten, aber auch diejenigen Psychoanalytiker, die weiter mit Adipösen arbeiteten. Angesichts der Bedeutung des psychoanalytischen Ansatzes gerade auch zur Behandlung Adipöser, wie sie RAND und STUNKARD (1978) sowie HOHAGE und HAI SCH (1991) aufzeigen, erweist sich das pauschale Urteil, daß die psychoanalytische Behandlung bei Adipösen nicht indiziert sei, als nicht mehr gerechtfertigt. Eine analytisch orientierte Behandlung der Adipositas kann dann erfolgreich sein, wenn sie die

Tabelle 3: Indikationsschema zur Behandlung der Adipositas (nach MÜLLER et al., 1990).

	Übergewicht		
	leicht	stark	sehr stark
<i>Therapie</i>			
Informations- u. Beratungsgespräch	+ / ++	++	++
Diät	+	+ / ++	++
körperliches Training	+	+	0 / + / ?
Medikamente	0	0	?
Magenballon	0	0	?
chirurgische Behandlung	0	0	0
Selbsthilfegruppen	+	+	?
verhaltenstherapeutische Techniken	+	++	++
stationäre Behandlung	0	0 / (+)	+ / (++)
<i>Psychotherapie</i>			
diagnostisches Gespräch falls psychische Probleme deutlich sind bzw. Behandlung scheitert, dann diagnostische Gespräche	0	0	+
ergänzende Psychotherapie	+	++	++
Psychotherapie, falls psychische Probleme deutlich sind	0	?	+
	+ / ++	++	++

++ notwendig; + empfohlen; ? fraglich; 0 nicht notwendig

Eigendynamik der Eßstörung (vgl. Abb. 6) angemessen berücksichtigt und zumindest anfangs symptomzentrierte Interventionen – durchaus in einem psychoanalytischen Verständnis – einbezieht. Bestätigung findet diese These in den *Behandlungsergebnissen* einer Katamnesestudie aus der psychoanalytisch orientierten Klinik Schömburg (SCHMID-OTT et al., 1993), die bei 42 adipösen Patienten eine durchschnittliche Gewichtsabnahme während der Behandlung von 5,7 kg ergaben, welche auch bei der Nachuntersuchung noch festgestellt werden konnte. ZUBER et al. (1992) berichten von einem verhaltenstherapeutisch orientierten ambulanten halbjährigen Gruppenansatz für Patienten mit erheblichem Übergewicht. Bei Therapieende lag die Gewichtsabnahme im Mittel bei 11,5 kg. Die Ergebnisse der Langzeitkatamnese (durchschnittliche Katamnesezeitraum 3,0 Jahre) zeigten, daß etwa ein Drittel der Patientinnen das bei Therapieende erreichte Gewichtsniveau halten konnte, während zwei Drittel im Katamnesezeitraum wieder erheblich zunahm. Die verbliebene mittlere Gewichtsabnahme von 4,6 kg war als klinisch relevant einzuschätzen.

Mittlerweile kann insgesamt aufgrund neuerer wissenschaftlicher Erkenntnisse und reichhaltiger Therapieerfahrungen, die zu einer Veränderung von Behandlungskonzepten führten, von einer besseren Prognose der Adipositas ausgegangen werden, wenn eine adäquate Behandlung erfolgt. Wie STUNKARD und PUDEL (1990) feststellen, konnte die Abbrecherquote auf etwa 15 Prozent verringert werden. Die erreichten Gewichtsverluste sind von mittlerer Größe, z. B. wird bei 8 bis 12 Wochen Therapiedauer in der Regel ein Gewichtsverlust von 4 bis 5 kg erreicht (PAUL u. JACOBI, 1989), und eine gute Stabilität der Gewichtsabnahme konnte nachgewiesen werden. Ferner zeigt sich eine bemerkenswerte Variabilität der Gewichtsverluste bei verschiedenen Patienten, was nochmals auf die Bedeutung der biophysiologicalen Mechanismen hinweist.

In enger Anlehnung an MÜLLER et al. (1990) stellen wir in Tabelle 3 ein Indikationsschema vor, das im Bereich der Psychotherapie von uns ergänzt und modifiziert wurde.

Das Basiselement der Behandlung der Adipositas ist das *Informations- und Beratungsgespräch*, das durch einen kompetenten Arzt

oder Ernährungsberater durchgeführt wird. Erste Aufgabe dieses Gesprächs ist eine ausführliche Diagnostik und Anamnese der Adipositas mit ihrer Typisierung unter quantitativen und qualitativen Gesichtspunkten: Familienanamnese der Adipositas; Änderung des Körpergewichts von Kindheit über Pubertät bis hin zur Gegenwart; Beschreibung des Essverhaltens, der Nahrungsauswahl und Feststellung der vorhandenen Folgeerscheinungen der Adipositas.

Der zweite wichtige Bestandteil des Gesprächs ist eine *Beratung* (gegebenenfalls auch unter Einbeziehung des Partners), d. h. eine gründliche Information des Patienten über die biophysiologicalen Grundlagen der Adipositas, über die soziokulturellen Faktoren, über psychische Faktoren und über die wirksamen und unwirksamen Behandlungen, nicht abstrakt und allgemein, sondern bezogen auf den Informationsstand und die spezifischen Erfahrungen des betroffenen Patienten. Zwei Beispiele zur Verdeutlichung: Eine übergewichtige Frau, die zur Gewichtskontrolle für mehrere Tage in monatlichen Abständen eine «Nulldiät» einhält, ist beispielsweise darüber zu informieren, daß zumindest eine modifizierte Nulldiät mit Zufuhr von Vitaminen und Elektrolyten (Kalium) sowie täglich 50 g eines Aminosäuregemisches, um die Proteinreserven des Organismus zu schonen, durchgeführt werden sollte. Auch ist darauf hinzuweisen, daß eine tagelange Nulldiät zu einer Reduktion des Ruhestoffwechsels von 1600 kcal auf etwa 1200 kcal führt, wobei sich der Kalorienbedarf bei erneuter Nahrungsaufnahme nur langsam steigert, was bei gleicher Ernährung wie vor der Diät schon in kurzer Zeit wieder zu einer Gewichtszunahme führt. Die Patientin sollte schließlich über die sinnvollere Methode der Gewichtsreduktion und -stabilisierung, nämlich eine langfristige Ernährungsumstellung mit mehr Gemüse und frischem Obst, weniger Süßigkeiten, weniger Alkohol und weniger fettreichen Nahrungsmitteln, informiert werden. Bei einem stark übergewichtigen Patienten, dem aufgrund einer Kniearthrose eine Gewichtsreduktion empfohlen wird, der sich aber sonst mit seinem Gewicht wohl fühlt, können medizinische Erklärungen die Behandlungsmotivation

fördern. Der Arzt kann dem Patienten z. B. Röntgenbilder seiner Kniegelenke und zum Vergleich Aufnahmen von gesunden Kniegelenken zeigen und so verdeutlichen, daß der Verschleiß von der Belastung der Kniegelenke abhängt und durch eine Gewichtsreduktion verringert werden kann.

Im letzten Teil des Gesprächs wird es um eine realistische *Behandlungsplanung* gehen. Angesichts der gegenwärtig guten Behandlungsangebote ist davon auszugehen, daß dem Patienten eine adäquate Behandlung empfohlen werden kann und daß diese wiederum zu einem recht guten Erfolg führt, d. h. zu einer Gewichtsabnahme, die dem Patienten aufgrund seiner biophysiologicalen, psychischen und sozioökonomischen Bedingungen möglich ist. Die Betreuung des Patienten kann in Einzelgesprächen oder in Gruppen erfolgen. Neben weiterer Information geht es auch um die Vermittlung von verhaltenstherapeutischen Techniken zur Veränderung des Essverhaltens. Dazu zählen die Protokollführung über das Essverhalten (einschließlich der flüssigen Kalorien), Stimuluskontrolltechniken (z. B. Einkaufsliste oder Einkauf nach dem Essen), Techniken zur Änderung des Essverhaltens sowie Belohnungsstrategien zur Bekräftigung des veränderten Verhaltens und kognitive Techniken wie z. B. Selbstinstruktionstechniken (PAUL u. JACOBI, 1989).

Die Untergruppe der Adipösen, bei denen *manifeste psychische Probleme* vorliegen, bedarf einer fachkundigen Diagnostik bei einem Psychotherapeuten oder in einer psychosomatischen Poliklinik. Bei diesen Patienten sollten in einem psychodynamischen Interview anhand der Lebensgeschichte die psychischen Probleme und – auch unbewußten – Konflikte herausgearbeitet werden, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung des Übergewichts beitragen. Ein ähnliches Ziel wird durch die Verhaltensanalyse erreicht, die sich auf bewußte Prozesse und die Lerngeschichte bezieht. In Abhängigkeit von den Ergebnissen des diagnostischen Gesprächs sollte dann ergänzend zur symptomzentrierten Behandlung, z. B. Teilnahme an einer durch einen Ernährungsberater geführten Gruppe zur Gewichtsreduktion, eine spezifisch auf die individuelle Problematik des Patienten abgestimmte Psy-

chotherapie oder eine integrierte Behandlung erfolgen, die sowohl symptombezogene Aspekte als auch die der Erkrankung zugrundeliegenden Probleme und Konflikte bzw. perpetuierenden Faktoren erfaßt, was derzeit z. B. bei allen stationären Behandlungen in psychosomatischen Kliniken der Fall ist.

Literatur

- ABRAHAM SF, MIRA M, LLEWELLYN-JONES D: Bulimia: A study of outcome. *Int J Eat Dis* 2, 175–180, 1983
- BERNS U, LIEDTKE R: Analytisch orientierte Psychotherapie der Anorexia nervosa auf der psychosomatischen Station. In MEERMANN R (Hrsg.) *Anorexia nervosa: Ursachen u. Behandlung*, S. 143, Enke, Stuttgart 1981
- BRUCH H: *Eating disorders. Obesity, anorexia nervosa and the person within. Basic*, New York 1973
- BRUCH H: *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Fischer, Frankfurt a. M. 1980
- BURZIG G: Anorexia nervosa beim Mann: Diagnostische Überlegungen anhand von 20 Fällen. *Therapiewoche* 31, 971–978, 1981
- COMERCI GD: Medical complications of anorexia nervosa and bulimia. *Adolescent Med* 74, 1293–1310, 1990
- COOPER PJ, FAIRBURN CG: Binge-eating and self-induced vomiting in the community. A preliminary study. *Brit J Psychiatry* 142, 139–44, 1983
- COX GL, MERKLE WT: A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. *J Nerv Ment Dis* 177, 77–84, 1989
- CRISP AH, KALUCY RS, LACEY JH, HARDING B: The long-term prognosis in anorexia nervosa: Some factors predictive of outcome. In VIGERSKY RA (ed) *Anorexia nervosa*, p. 55, Raven Press, New York 1977
- DAVIS R, FREEMAN RJ, GARNER DM: A naturalistic investigation of eating behavior in bulimia nervosa. *J Consult Clin Psychol* 56, 273–279, 1988
- DETER HC: The Anorexia Nervosa Symptom Score: A multidimensional tool for evaluating the course of anorexia nervosa. In HERZOG W, DETER HC, VANDEREYCKEN W (eds) *The course of eating disorders*, p. 40, Springer, Berlin 1992
- DETER HC, PETZOLD E, HEHL FJ: Differenzierung der Langzeitwirkungen einer stationären psychosomatischen Therapie von Anorexia-nervosa-Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 35, 68–91, 1989
- DILLING H, MOMBOUR W, SCHMIDT MH (Hrsg.) *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10*. Huber, Bern 1991
- DIPPEL E, SCHNABEL E, BOSSERT S, KRIEG JC, BERGER M: Vom Lernprozeß im Umgang mit bulimischen Patienten. Ein Plädoyer für eine symptom- und konfliktzentrierte Therapie. *Prax Psychother Psychosom* 33, 21–34, 1988
- DITSCHNEIT H: Adipositas. In KRÜCK F (Hrsg.) *Therapieshandbuch*, S. 6, Urban & Schwarzenberg 1992
- DRENOWSKI A, HOPKINS SA, KESSLER RC: The prevalence of bulimia nervosa in the US college student population. *Am J Public Health* 78, 1322–1325, 1988
- ENGEL K, MEYER AE: Therapie schwer erkrankter Anorexie-Patienten. *Z Psychosom Med Psychoanal* 37, 220–248, 1991
- ETTL TH: Bulimia nervosa – die heimliche unheimliche Aggression. *Z Psychoanal Theorie Prax* 3, 48–76, 1988
- FAIRBURN CG: The current status of the psychological treatments for bulimia nervosa. *J Psychosom Res* 32, 635–645, 1988
- FAIRBURN CG, COOPER PJ: The clinical features of bulimia nervosa. *Br J Psychiatry* 144, 238–246, 1984
- FICHTER MM: *Magersucht und Bulimia*. Springer, Berlin 1985
- FREYBERGER H: Psychosomatische Beziehungen und psychotherapeutische Möglichkeiten bei der Fettsucht. In BOECKER W (Hrsg.) *Fettsucht – Gicht*, S. 98, Thieme, Stuttgart 1971
- FREYBERGER H: Gastroenterologische Erkrankungen. In HAHN P (Hrsg.) *Psychologie des 20. Jahrhunderts*. Bd. 1, S. 414, Beltz, Weinheim 1983
- GARFINKEL PE, GARNER DM, RODIN G: Anorexia nervosa, Bulimie. In KISKER KP, LAUTER H, MEYER JE, MÜLLER C, STRÖMGRENE (Hrsg.) *Neurosen, Psychosomatische Erkrankungen, Psychotherapie*, S. 103, Springer, Berlin 1986
- GARNER DM, GARFINKEL PE: Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. *Psychol Med* 10, 647–656, 1980
- GARNER DM: Therapeutic outcomes of different treatments with bulimia nervosa. *Psychother Psychosom* 41, 121–124, 1987
- GARNER DM, ROCKERT W, OLMSTEDT P, JOHNSON C, COSCINA DV: Die Auswirkungen von Diät und Hungern auf das Verhalten. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 24, Springer, Berlin 1991
- GARNER DM: Soziokulturelle Aspekte bei Eßstörungen. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 11, Springer, Berlin 1991
- GLUCKSMAN ML: Psychiatric observations on obesity. *Adv Psychosom Med* 7, 194–216, 1972
- GOTTFRIED W, OLIVET HP, ZIELKE M: «Äpfel und Birnen»: Klinisch-medizinische Aspekte der Adipositas-therapie. In ZIELKE M, MARK N (Hrsg.) *Fortschritte der angewandten Verhaltensmedizin*:

- Konzeption, Grundlagen, Therapie, Evaluation, Bd. I, S. 102, Springer, Berlin 1990
- HABERMAS T, MÜLLER M: Das Bulimie-Syndrom: Krankheitsbild, Dynamik und Therapie. *Nervenarzt* 57, 322–331, 1986
- HABERMAS T, NEUREITHER U, MÜLLER M, HORCH U: Ist die Bulimie eine Sucht? Zur Verlaufsdynamik der symptomzentrierten Bulimiebehandlung. *Prax Psychother Psychosom* 32, 137–146, 1987
- HOHAGE R, HAISCH I: Die Integration von verhaltenstherapeutischen und psychoanalytischen Therapieelementen bei der Gruppentherapie von Adipositas-Patienten. *Prax Psychother Psychosom* 36, 132–142, 1991
- JÄGER B, LIEDTKE R, KÜNSEBECK HW, SEIDE L, LEMPA W: Everyday addictive behavior of bulimic women. *Psychother Psychosom* 56, 64–69, 1991
- KEYS A, BROZEB J, HENSCHEL A, MICHELSEN O, TAYLOR HL: *The biology of human starvation*. University of Minnesota Press, Minneapolis 1950
- KÖHLE K, SIMONS C: Anorexia nervosa. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONECKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIACK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*. 4. Aufl., S. 582, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- LACEY H: Bulimia nervosa, binge-eating and psychogenic vomiting: A controlled treatment study and long term outcome. *Br Med J* 286, 1609–1613, 1983
- LAESSLE RG, SCHWEIGER U, TUSCHL RJ, PIRKE KM: Psychobiologische Aspekte bei Eßstörungen. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 55, Springer, Berlin 1991
- LEIBEL R, HIRSCH J: Diminished energy requirements in reduced-obese patients. *Metabolism* 33, 164–170, 1984
- LEVY AB, DIXON KN, STERN SL: How are depression and bulimia related. *Am J Psychiatry* 146, 162–169, 1989
- LIEDTKE R: Strukturelle Grundlagen und therapeutische Praxis in der stationären Psychotherapie psychosomatisch erkrankter Patienten. *Gruppenpsychother Gruppensystemik* 22, 138–150, 1986
- LIEDTKE R, JÄGER B, KÜNSEBECK HW, BUHL R, KERSTING A: Bulimien mit und ohne Vorgeschichte einer Anorexie: Varianten oder Entitäten? *Psychother Psychosom Med Psychol* 40, 271–277, 1990
- LIEDTKE R, JÄGER B, LEMPA W, KÜNSEBECK HW, GRÖNE M, FREYBERGER H: Therapy outcome of two treatment models for bulimia nervosa: Preliminary results of a controlled study. *Psychother Psychosom* 56, 56–63, 1991
- LIEDTKE R, LÖNS P, LEMPA W, KÜNSEBECK HW, JÄGER B: Katamnestiche Untersuchung von 39 Patientinnen mit Anorexia nervosa 2 bis 9 Jahre nach stationärer analytisch orientierter Psychotherapie. *Psychother Psychosom Med Psychol* 41, 459, 1991
- LINDHOLM L, WILSON GT: Body image assessment in patients with bulimia nervosa and normal controls. *Int J Eat Dis* 7, 527–539, 1988
- MEERMANN R, VANDEREYCKEN W: *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*. De Gruyter, Berlin 1987
- MEYER AE: Psychopathologische Differentialdiagnose: Bulimie, Bulivomie, Anorexia nervosa. In KLUSMANN R (Hrsg.) *Stoffwechsel. Der Kranke mit Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimie, Diabetes mellitus, Gicht*, S. 41, Springer, Berlin 1988
- MÜLLER MJ, LAUTZ U, VON ZUR MÜHLEN A, HÖLLWARTH I, CANZLER H, SCHMIDT FW: Pathogenese und Therapie der Adipositas. Wie schützen wir uns vor dem Überfluß? *Dt Med Wschr* 115, 789–794, 1990
- PAUL TH: Zur Heterogenität des Krankheitsbildes der Bulimia nervosa. *Z Klin Psychol* 14, 99–114, 1987
- PAUL T, JACOBI C: Verhaltenstherapeutische Maßnahmen bei Eßstörungen. In HAND I, WITTCHEN HU (Hrsg.) *Verhaltenstherapie in der Medizin*, S. 327, Springer, Berlin 1989
- PAUL T, JACOBI A, THIEL A, MEERMANN R: Stationäre Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa: Beschreibung des Behandlungskonzeptes und Evaluation. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 131, Springer, Berlin 1991
- POLIVY J, HERMAN CP: Dieting and binging. *Am Psychol* 40, 193–201, 1985
- POPE HG, CHAMPOUX RF, HUDSON JI: Eating disorder and socioeconomic class. Anorexia nervosa and bulimia in nine communities. *J Nerv Ment Dis* 175, 620–623, 1987
- PUDEL V, WESTENHÖFER J: Verhaltenstheoretische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Eßstörungen. In KLUSMANN R (Hrsg.) *Stoffwechsel. Der Kranke mit Adipositas, Anorexia nervosa, Bulimie, Diabetes mellitus, Gicht*, S. 27, Springer, Berlin 1988
- RAND C, STUNKARD AJ: Obesity and psychoanalysis. *Am J Psychiatry* 135, 547–551, 1978
- RUSSEL GFM: Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa? *Psychol Med* 9, 429–448, 1979
- SCHEPANK H: Erbdeterminanten bei der Anorexia nervosa. *Z Psychosom Med Psychoanal* 37, 265–281, 1991
- SCHMID-OTT G, SCHMIDT J, LAMPRECHT F: Katamnestiche Ergebnisse stationärer psychosomatischer Heilbehandlungen – dargestellt am Beispiel von Patienten und Patientinnen mit extremem Übergewicht. Unveröffentlichter Vortrag, 38. Arbeitstagung des DKPM in Ulm 1993
- SCHMIDT G: Bulimie aus der Perspektive der systemischen Familientherapie. In KÄMMERER A, KLINGENSPOR B (Hrsg.) *Bulimie – Zum Verständ-*

- nis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung, S. 49, Kohlhammer, Stuttgart 1989
- SCHULTE MJ, BÖHME-BLOEM C: Bulimie. Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht. Thieme, Stuttgart 1990
- SELVINI PALAZZOLI M: Magersucht. Klett-Cotta, Stuttgart 1982
- SPEIDEL H: Auf dem Wege zur präödpalen Gesellschaft. *Psychother Med Psychol* 39, 58–63, 1989
- STEINHAUSEN HC: Ergebnisse und Verlaufsforschung zur Anorexia nervosa. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 217, Springer, Berlin 1991
- STUNKARD AJ, PUDEL V: Adipositas. In ADLER R, HERRMANN JM, KÖHLE K, SCHONECKE OW, VON UEXKÜLL Th, WESIACK W (Hrsg.) *Psychosomatische Medizin*, S. 582, Urban & Schwarzenberg, München 1990
- SWIFT WJ, LETVEN R: Bulimia and the basic fault. A psychoanalytic interpretation of the binge-vomiting syndrome. *J Am Acad Child Psychiatry* 23, 489–497, 1984
- VANDEREYCKEN W: Organisation und Evaluation eines stationären Therapieprogramms für Patienten mit Eßstörungen. In JACOBI C, PAUL T (Hrsg.) *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie*, S. 173, Springer, Berlin 1991
- VANDEREYCKEN W, MEERMANN R: *Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment*. De Gruyter, Berlin 1984
- WEBER G, STIERLIN H: In Liebe entzweit: Ein systemischer Ansatz zum Verständnis und zur Behandlung der Magersuchtfamilie. Rowohlt, Reinbek 1989
- WESIACK W: Einführung in die psychosomatische Medizin. In LOCH W (Hrsg.) *Die Krankheitslehre der Psychoanalyse*, S. 289, Hirzel, Stuttgart 1989
- WESTENHÖFER J, PUDEL V: Verhaltensmedizinische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Eßstörungen. In WAHL R, HAUTZINGER M (Hrsg.) *Verhaltensmedizin: Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven*, S. 149, Dt Ärzteverlag, Köln 1989
- WILLI J, LIMACHER B, GROSSMANN S, GIACOMETTI G: Langzeitstudie zur Inzidenz der Anorexia nervosa. *Nervenarzt* 60, 349–354, 1989
- WITTCHEN HU, SASS H, ZAUDIG M, KOEHLER K: *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-III-R)*. Beltz, Weinheim 1989
- YAGER J, LANDSVERK J, EDELSTEIN CK: A 20-month-follow-up study of 628 women with eating disorders, I: Course and Severity. *Am J Psychiatry* 144, 1172–1177, 1987
- YATES WR, SIELENI B, REICH J, BRASS C: Comorbidity of bulimia nervosa and personality disorder. *J Clin Psychiatry* 50, 57–59, 1989
- ZUBER J, GROMUS B, POTRECK-ROSE F, KOCH U: Differentielle Indikation zur ambulanten Gruppentherapie der Adipositas – am Beispiel der «Interdisziplinären Therapie der Adipositas». *Psychother Psychosom Med Psychol* 42, 110–119, 1992