

# 33. Eßstörungen

## 33.1 Klassifikation und Diagnostik

Brunna Tuschen-Caffier und Irmela Florin

### Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	754	2.3 «Binge-Eating»-Störung .....	757
2. Symptomatik und Klassifikation .....	754	3. Diagnostik .....	757
2.1 Anorexia Nervosa .....	754	4. Literatur .....	758
2.2 Bulimia Nervosa .....	756		

### 1. Einleitung

Das Diagnostische und Statistische Manual psychischer Störungen (DSM-IV; American Psychiatric Association, 1994) sieht für die Klassifikation von Eßstörungen im Erwachsenenalter drei Kategorien vor: Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und als Restkategorie die nicht näher bezeichneten Eßstörungen (Eating disorders not otherwise specified). Übergewicht stellt entsprechend dem DSM-IV keine psychische Störung von Krankheitswert dar. Neben den Eßstörungen des Erwachsenenalters sieht das DSM-IV drei Kategorien zur Klassifikation von Eßproblemen im Kindes- und Jugendalter vor.

Der folgende Beitrag konzentriert sich auf Eßstörungen des Erwachsenenalters. Neben der Anorexia und Bulimia Nervosa wird aus der Restkategorie der nicht näher bezeichneten Eßstörungen die «Binge-Eating»-Störung abgehandelt, soweit dazu empirische Befunde vorliegen.

eine krankhafte Angst vor Gewichtszunahme, obwohl sie untergewichtig sind. Als Richtwert zur Bestimmung von Normal- bzw. Untergewicht wird häufig der sogenannte *Body Mass Index* (BMI) herangezogen, bei dem das Körpergewicht durch das Quadrat der Körpergröße dividiert wird ( $BMI = K/L^2$ ; K = Körpergewicht in kg, L = Körpergröße in m). Meist wird bei einem BMI < 17,5 von Untergewicht gesprochen (DSM-IV). Als Folge des Gewichtsverlustes und der Mangelernährung kommt es zu einer Reihe biologischer Veränderungen und gravierender medizinischer Probleme (Laessle, Schweiger, Tuschl & Pirke, 1991; Goldbloom & Kennedy, 1995). Trotz des kritischen Gesundheitszustandes leugnen viele Anorektikerinnen<sup>1</sup> über lange Zeit die Schwere ihrer Störung und stehen einer Therapie ablehnend gegenüber.

Nach den diagnostischen Richtlinien des DSM-IV müssen für die Diagnose der Anorexia Nervosa vier Kriterien erfüllt sein (s. Tab. 1).

### 2. Symptomatik und Klassifikation

#### 2.1 Anorexia Nervosa

Die von dieser Eßstörung Betroffenen streben danach, extrem dünn zu sein, und sie haben

Da es sich bei den an Eßstörungen erkrankten Personen überwiegend um Frauen handelt, wird in unserem Beitrag zu Eßstörungen ausschließlich von Patientinnen die Rede sein. Da Eßstörungen bei Männern bisher kaum erforscht wurden, kann beim derzeitigen Forschungsstand nicht beurteilt werden, inwiefern die Befunde gleichermaßen auf Männer zutreffen.

**Tabelle 1:** Diagnostische Kriterien für die Anorexia Nervosa (307.1; F50.01) entsprechend den DSM-IV-Kriterien (American Psychiatric Association, 1996, S. 619,620)

- A. Weigerung, das Minimum des für das Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten (z. B. Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts).
- B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.
- C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluß des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.
- D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d. h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).

*Bestimme den Typus*

*Restriktiver Typus (F50.00):* Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen «Freßanfälle» gehabt oder hat kein «Purging»-Verhalten (z. B. das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Laxantien oder Klistieren) gezeigt.

*«Binge-Eating/Purging»-Typus (F50.01):* Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig «Freßanfälle» gehabt und hat «Purging»-Verhalten (z. B. das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Laxantien oder Klistieren) gezeigt.

Die diagnostischen Leitlinien der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) der Weltgesundheitsorganisation entsprechen weitgehend den DSM-IV Kriterien. Im Unterschied zum DSM-IV wird im ICD-10 als weiteres Diagnosekriterium berücksichtigt, daß es zu Entwicklungsverzögerungen (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung) kommt, wenn die Erkrankung vor der Pubertät beginnt. Ein weiterer Unterschied ist, daß im ICD-10 nicht zwischen zwei verschiedenen Untergruppen der Anorexia nervosa (Restricted type; binge-eating/purging type) unterschieden wird.

Es gibt Hinweise darauf, daß es sinnvoll ist, zwischen den beiden Formen der Anorexia Nervosa (Restriktiver Typus; «Binge-Eating/Purging»-Typus) zu unterscheiden. So kommen Verhaltensweisen mit eingeschränkter Impulskontrolle wie Diebstähle, Alkohol- und Drogenmißbrauch bei dem «bulimischen» Typ («Binge-Eating/Purging»-Typus) häufiger vor als bei dem restriktiven Typus (DaCosta & Halmi, 1992)

Differentialdiagnostisch sind körperliche Ursachen des Gewichtsverlustes (z. B. infolge von Hirntumoren, Erkrankungen des Magen-Darmtraktes, Diabetes mellitus) sowie Gewichtsver-

lust im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen (z. B. depressive Störungen) von der Anorexia Nervosa abzugrenzen. Bei diesen Erkrankungen fehlen die für die Anorexia Nervosa typischen Körperschemastörungen und Ängste vor einer Gewichtszunahme. Ferner können bei der Schizophrenie bizarre Eßgewohnheiten vorkommen; allerdings sind zentrale Merkmale der Schizophrenie (z. B. die typischen Störungen im Affekt und im Denken) bei der Anorexia Nervosa nicht gegeben.

Untergewicht und Mangelernährung können zu einer Vielzahl medizinischer Folgeprobleme führen. So kann es zu hormonellen Veränderungen und Blutbildveränderungen kommen. Wenn es sich um eine Form der Anorexia Nervosa handelt, bei der auch regelmäßig Eß-Brech-Episoden vorkommen («Binge-Eating/Purging»-Typus), kann es zu Störungen des Elektrolythaushaltes (z. B. Kaliummangel) mit negativen Folgen für die Herz- und Nierenfunktion kommen. Schließlich kann bei starkem Untergewicht aufgrund des geringen Körperfettanteils der Betroffenen nicht genug Östrogen gebildet werden, so daß es zur Osteoporose kommen kann, die zur frühzeitigen Krümmung des Rückens führt und mit starken Schmerzständen verbunden ist.

## 2.2 Bulimia Nervosa

Entsprechend den Richtlinien des DSM-IV müssen fünf Kriterien erfüllt sein, um die Diagnose Bulimia Nervosa stellen zu können (vgl. Tab. 2).

Die Klassifikationskriterien für Bulimia Nervosa nach dem ICD-10 der Weltgesundheitsorganisation (Dilling, Mombour & Schmidt, 1993) entsprechen weitgehend denen des DSM-IV. Nach dem Klassifikationssystem des ICD-10 stellt allerdings der Kontrollverlust kein diagnostisches Kriterium für Bulimia Nervosa dar, und es werden im ICD-10 keine operationalen Kriterien (Häufigkeit, Zeitdauer) dafür angegeben, ab wann von einem Eßanfall gesprochen werden soll bzw. wie häufig Eßanfälle und kompensatorische Gegenmaßnahmen vorkommen müssen, damit von einer Eßstörung im Sinne der Bulimia Nervosa gesprochen werden kann. Auch die Unterscheidung unterschiedlicher Subgruppen von Bulimikerinnen («Purging»-Typus vs. «Nicht-Purging»-Typus) fehlt im ICD-10.

Im Unterschied zum DSM-IV wird im ICD-10 darauf hingewiesen, daß sich bei Bulimike-

rinnen in der Vorgeschichte häufig Episoden einer Anorexia nervosa nachweisen lassen.

Empirischen Befunden zufolge sind Bulimikerinnen, die entsprechend der Unterscheidung nach dem DSM-IV dem «Purging»-Typus zuzordnen sind, jünger, haben ein geringeres Körpergewicht und zeigen mehr psychopathologische Auffälligkeiten (z. B. selbstverletzendes Verhalten, Suizidversuche) als Bulimikerinnen des zweiten Typs (Mitchell, 1992).

Differentialdiagnostisch ist die Bulimia Nervosa abzugrenzen gegenüber anderen psychischen Störungen (z. B. der Major Depression und den Schizophrenien) und bestimmten neurologischen Erkrankungen (z. B. Tumore des ZNS; Kleine-Levin-Syndrom), bei denen ebenfalls ungewöhnliche Eßgewohnheiten bis hin zu Eßanfällen vorkommen können, ohne daß sich jedoch die spezifischen dysfunktionalen Einstellungen gegenüber der Figur und dem Gewicht nachweisen lassen.

Infolge der bulimischen Symptome kann es zu einer Reihe medizinischer Probleme kommen, die zum Teil gravierend sind. So kann das häufige Erbrechen dazu führen, daß der Ka-

**Tabelle 2:** Diagnostische Kriterien für die Bulimia Nervosa (307.51; F50.2) entsprechend den DSM-IV-Kriterien (American Psychiatric Association, 1996, S. 625)

- A. Wiederholte Episoden von «Freßattacken». Eine «Freßattacken»-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:
- (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
  - (2) Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Eßverhalten zu verlieren (z. B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).
- B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
- C. Die «Freßattacken» und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
- D. Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf die Selbstbewertung.
- E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

### Bestimme den Typus

«Purging»-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa regelmäßig Erbrechen oder mißbraucht Laxantien, Diuretika oder Klistiere.

«Nicht-Purging»-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia Nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen gezeigt wie beispielsweise Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig Erbrechen induziert oder Laxantien, Diuretika oder Klistiere mißbraucht.

liumspiegel im Blut sinkt und der Säure-Basen-Haushalt chronisch verändert ist. Infolge dessen kann es zu Herzrhythmusstörungen bis hin zu Herzstillstand sowie chronischem Nierenversagen kommen.

### 2.3 «Binge-Eating»-Störung

Charakteristisch für die «Binge-Eating»-Störung ist, daß die betreffenden Personen an immer wiederkehrenden Eßanfällen leiden, ohne daß sie die übrigen Kriterien der Bulimia Nervosa erfüllen. Vor der Verabschiedung und Veröffentlichung der Diagnosekriterien des DSM-IV wurde diese Störung in der englischsprachigen Literatur als «non-purging bulimia» oder «compulsive overeating» beschrieben. Da bisher noch zu wenig empirisch fundierte Befunde zu dieser Störung vorliegen, wird die «Binge-Eating»-Störung im DSM-IV als Forschungsdiagnose in die Restkategorie der nicht näher bezeichneten Eßstörungen (Eating disorders not otherwise specified) eingeordnet (Walsh, 1992).

Im DSM-IV werden die in Tabelle 3 beschriebenen Forschungskriterien zur Diagnose der «Binge-Eating»-Störung vorgeschlagen.

Den bisherigen Erkenntnissen zufolge kommen bei bis zu einem Drittel der Personen, die an Gewichtsreduktionsprogrammen teilnehmen, regelmäßig Eßanfälle vor, die auf eine «Binge-Eating»-Störung hindeuten (Agras, 1995; Devlin, Walsh, Spitzer & Hasin, 1992). Es ergeben sich ferner Hinweise darauf, daß die «Binge-

Eating»-Störung um so häufiger vorkommt, je stärker das Übergewicht bei der betreffenden Personengruppe ausgeprägt ist (Spitzer, Devlin, Walsh et al., 1992). Darüber hinaus scheinen Personen mit einer «Binge-Eating»-Störung häufig auch an anderen psychischen Störungen, wie Depressionen, Angststörungen, und Persönlichkeitsstörungen zu leiden (Yanovski, Nelson und Dubbert, in press).

## 3. Diagnostik

Für die psychologische Diagnostik von Eßstörungen und die Evaluation von Therapieeffekten sind verschiedene Verfahren wie Tagebücher zur Erfassung des Eßstils, Eßanfallstagebücher, Fragebögen zur Erfassung dysfunktionaler Einstellungen gegenüber der Figur und dem Gewicht, Fragebögen zur Diagnostik psychopathologischer Begleitsymptome von Eßstörungen und Interviewleitfäden zur Diagnosestellung entwickelt worden. In Tabelle 4 werden einige der gebräuchlichsten Verfahren im Überblick dargestellt.

Zur Erfassung der psychologischen Merkmale von Eßstörungen wird häufig das *Eating Disorder Inventory* (EDI; Garner, Olmstedt & Polivy, 1983; deutsche Version Thiel & Paul, 1988; s. Kasten 1). eingesetzt. Der Fragebogen hat sich im Hinblick auf gruppenbezogene Auswertungen bewährt. Inwiefern der Fragebogen auch bei der Einzelfalldiagnostik eingesetzt werden kann, ist bisher allerdings noch ungeklärt.

**Tabelle 3:** Forschungskriterien für die «Binge-Eating»-Störung entsprechend dem DSM-IV (1996)

- Wiederholt auftretende Eßanfälle mit dem Erleben von Kontrollverlust.
- Die Eßanfälle erfüllen mindestens drei der folgenden Kriterien:  
wesentlich schnelleres Essen als normaler Weise;  
es wird bis zu einem unangenehmen Sättigungsgefühl gegessen;  
Essen großer Nahrungsmengen ohne Hungergefühl;  
allein essen aufgrund von Verlegenheits- bzw. Schamgefühlen;  
wegen der Eßanfälle erleben die Betroffenen Ekelgefühle, Depressionen oder ein schlechtes Gewissen.
- Ausgeprägter Leidensdruck wegen der Eßanfälle.
- Die Eßanfälle treten im Durchschnitt seit sechs Monaten an mindestens zwei Tagen pro Woche auf.
- Auf die Eßanfälle folgen *nicht* regelmäßig kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtskontrolle (z. B. Erbrechen), und die Eßanfälle treten nicht ausschließlich während einer Episode einer Anorexia oder Bulimia Nervosa auf.

Tabelle 4: Diagnostische Verfahren

Kurzbezeichnung der diagnostischen Verfahren	Bezeichnung der Verfahren	Kurzbeschreibung der Verfahren
EDI	Eating Disorder Inventory (Garner, Olmstedt & Polivy, 1983; deutsche Version Thiel & Paul, 1988)	64 Items; acht Skalen, z. B. Schlankheitsdrang, Körperzufriedenheit, Perfektionismus
FFB	Fragebogen zum Figurbewußtsein (Cooper, Taylor, Cooper & Fairburn, 1987; deutsche Übersetzung Waadt, Laessle & Pirke, 1992)	36 Items; negative Kognitionen und Gefühle im Umgang mit der eigenen Figur
DEBQ	Dutch Eating Behavior Questionnaire (van Strien, Frijters, Bergers & Defares, 1986; Grunert, 1989)	30 Items; extern bestimmtes, «gezügeltes» Eßverhalten (restrained eating) und gefühlsinduziertes Eßverhalten
FEV	Fragebogen zum Eßverhalten (Pudel & Westenhöfer, 1989)	74 Items; «gezügeltes» Eßverhalten (restrained eating), Störbarkeit des Eßverhaltens; erlebte Hungergefühle; flexible und rigide Kontrolle des Eßverhaltens
EDE	Eating Disorder Examination (Fairburn & Cooper, 1993)	Interviewleitfaden zur Diagnosestellung der Anorexia und Bulimia Nervosa
Eßanfallstagebuch	Marburger Eßanfallstagebuch (Tuschen & Florin, in Druck)	Tagebuch zur Erfassung von Ereignissen, Stimmungen und Gedanken, die den Eßanfällen vorausgehen bzw. folgen
Ernährungstagebuch	Marburger Ernährungstagebuch (Tuschen & Florin, in Druck)	Tagebuch zur Erfassung der täglich gegessenen Nahrungsmittel, der erlebten Ängste vor Gewichtszunahme, der eingesetzten kompensatorischen Maßnahmen

Inzwischen wurde auch eine neuere Version des EDI entwickelt, die um die drei Skalen Askese, Impulsregulation und Soziale Unsicherheit ergänzt wurde (Garner, 1991). Allerdings liegt für den deutschsprachigen Raum bisher noch keine standardisierte Form vor.

Als Interviewleitfaden zur Diagnosestellung der Bulimia und Anorexia Nervosa entsprechend den DSM-IV-Kriterien ist der Interviewleitfaden des *Eating Disorder Examination* (EDE) von Fairburn und Cooper (1993) brauchbar. Anhand des Interviews kann zwischen sogenannten objektiven und subjektiven Eßanfällen unterschieden werden, und es wird differenziert erfaßt, welche Methoden der Gewichtskontrolle die Patientinnen einsetzen. Darüber hinaus werden das Ausmaß an «gezügeltem» Eßverhalten (restrained eating), Einstellungen und Gefühle gegenüber der Figur bzw. dem Gewicht sowie auf das Essen bezoge-

ne Einstellungen und Gefühle (z. B. Angst vor Kontrollverlust, Schuldgefühle in Bezug auf das Essen) erhoben.

## 4. Literatur

- Agras, S. (1995). The nature and treatment of binge eating disorder. In B. Tuschen & I. Florin (Eds.), *Current Research in Eating Disorders* (pp. 1–15). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition*. Washington D. C.: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association. (1996). *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen – DSM-IV* (Deutsche Bearbeitung und Einleitung: Saß, H., Wittchen, H. U., Zaudig, M.). Göttingen: Hogrefe.
- Cooper, P. J., Taylor, M. J., Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The development and validation of the body shape questionnaire. *International Journal of Eating Disorders*, 6, 485–494.

## Kasten 1

Sub-Skalen des Fragebogens Eating Disorder Inventory (EDI; Garner, Olmstedt & Polivy, 1983; deutsche Version: Thiel & Paul, 1988)

Sub-Skalen	Itembeispiele
Streben nach Dünnsein	7 Items; z. B. «Ich denke über Diäten nach»
Bulimische Symptome	7 Items; z. B. «Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen»
Unzufriedenheit mit der Figur	9 Items; z. B. «Ich empfinde meinen Bauch als zu dick»
Ineffektivität	10 Items; z. B. «Ich fühle mich unfähig als Mensch»
Angst vor dem Erwachsenwerden	8 Items; z. B. «Ich wünschte, ich wäre jünger»
Perfektionismus	6 Items; z. B. «Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein»
Zwischenmenschliches Mißtrauen	7 Items; z. B. «Ich habe Schwierigkeiten, anderen meine Gefühle zu zeigen»
Interozeption	10 Items; z. B. «Ich kann meine Gefühle klar voneinander unterscheiden»

- DaCosta, M. & Halmi, K.A. (1992). Classification of anorexia nervosa: Question of subtypes. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 305–313.
- Devlin, M.J., Walsh, B.T., Spitzer, R.L. & Hasin, D. (1992). Is there another binge eating disorder? A review of the literature on overeating in the absence of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 333–340.
- Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (1993). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien (2. Auflage)*. Bern: Huber.
- Fairburn, C.G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th edition). In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (pp. 317–360). New York: The Guilford Press.
- Garner, D.M. (1991). *Eating Disorder Inventory – 2. Professional Manual*. Odessa: Psychological Assessment Resources.
- Garner, D.M., Olmstedt, M.P. & Polivy, J. (1983). Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 2, 15–34.
- Goldbloom, D.S. & Kennedy, S.H. (1995). Medical complications of anorexia nervosa. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 266–270). New York: The Guilford Press.
- Grunert, S.C. (1989). Ein Inventar zur Erfassung von Selbstaussagen zum Ernährungsverhalten. *Diagnostica*, 35, 167–179.
- Laessle, R.G., Schweiger, U., Tuschl, R.J. & Pirke, K.M. (1991). Psychobiologische Aspekte bei Eßstörungen. In C. Jacobi & Th. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie* (S. 55–68). Berlin: Springer.
- Mitchell, J.E. (1992). Subtyping of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 327–332.
- Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1989). *Fragebogen zum Eßverhalten (FEV) – Handanweisung*. Göttingen: Hogrefe.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A.J. & Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W.S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorder*, 11, 191–203.
- Thiel, A. & Paul, T. (1988). Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventary (EDI). *Zeitschrift für Differentielle und Diagnostische Psychologie*, 9, 267–278.
- Tuschen, B. & Florin, I. (in Druck). *Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- van Strien, T., Frijters, J.E., Bergers, G.P. & Defares, P.B. (1986). The Dutch Eating Behavior Questionnaire (DEBQ) for assessment of restrained, emotional, and external eating behavior. *International Journal of Eating Disorders*, 5, 295–315.
- Waadt, S., Laessle, R.G. & Pirke, K.M. (1992). *Bulimie. Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer-Verlag.
- Walsh, B.T. (1992). Diagnostic criteria for eating disorders in DSM-IV: Work in progress. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 301–303.
- Yanovski, S.Z., Nelson, J.E. & Dubbert, B.K. (in press). Binge eating disorder is associated with psychiatric comorbidity in the obese. *American Journal of Psychiatry*.

## 33.2 Eßstörungen: Ätiologie/Bedingungsanalyse

Irmela Florin und Brunna Tuschen-Caffier

### Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung: Epidemiologische Befunde . . . .	760	5. Soziokulturelle Aspekte . . . . .	763
2. Genetische Prädisposition . . . . .	761	6. Belastungsfaktoren . . . . .	764
3. Physiologische und behaviorale Faktoren . . .	761	7. Schlußbemerkungen . . . . .	765
4. Sozialisation . . . . .	763	8. Literatur . . . . .	765

### 1. Einleitung: Epidemiologische Befunde

Eßstörungen treten bevorzugt in industrialisierten Ländern auf, und die Anorexia Nervosa und die Bulimia Nervosa sind dort in den höheren sozioökonomischen Schichten häufiger anzutreffen als in den niedrigeren (Mitchell, Hatsukami, Eckert & Pyle, 1985). Außerdem treten Anorexia und Bulimia Nervosa bevorzugt bei Frauen auf. Bei der Anorexia Nervosa sind weniger als 10 Prozent, bei der Bulimia Nervosa maximal 15 Prozent der Betroffenen Männer (Leon, Carroll, Chernyk & Finn, 1985). Erste Erhebungen zur «Binge-Eating»-Störung lassen vermuten, daß diese Störung bei Frauen etwa einhalbmal so häufig auftritt wie bei Männern (Spitzer, Devlin, Walsh, Hasin et al., 1992).

Da es sich bei den an einer Eßstörung erkrankten Personen überwiegend um Frauen handelt, wird in diesem Beitrag ausschließlich von Patientinnen die Rede sein. Inwiefern die Befunde auch auf Männer zutreffen, ist beim derzeitigen Forschungsstand nicht beantwortbar, da die Forschung überwiegend an Frauen durchgeführt wurde.

Die Prävalenzschätzungen liegen bei jugendlichen Mädchen und jungen Frauen in den industrialisierten Ländern für die Anorexia Nervosa meist zwischen 0,4 und 1 Prozent (z.B. Bruce & Agras, 1995) und für die Bulimie/Bulimia Nervosa (je nach den erfaßten Altersstufen, der sozialen Schicht, den verwendeten Diagnosekriterien und der Art der Befragung) zwischen 0,9 und 4 Prozent (z.B. Westenhöfer, 1991; American Psychiatric Association, 1994; Bruce & Agras, 1995). Sowohl Anorexia Nervosa als auch Bulimia Nervosa haben in der letzten Zeit offenbar leicht zugenommen (Hoek, 1993). Zur «Binge-Eating»-Störung liegen erst wenige epidemiologische Untersuchungen vor. In Norwegen fand man in der weiblichen Allgemeinbevölkerung eine Lebenszeitprävalenz von 3,2 Prozent (Götestam & Agras, 1995), in Kalifornien eine Punkt-Prävalenz von 1,8 Prozent (Bruce & Agras, 1992).

Interessanterweise paßt sich bei Einwanderern aus Ländern, in denen Eßstörungen selten sind, die Auftretenshäufigkeit derjenigen des Einwanderungslandes an. Dies spricht dafür, daß soziokulturelle und/oder behaviorale Faktoren bei der Ausbildung von Eßstörungen eine bedeutsame Rolle spielen.

Die Eßstörungen nehmen in aller Regel im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter ihren Anfang, nur selten treten sie schon vor der Pubertät auf. Bei der Anorexia Nervosa liegt der Beginn durchschnittlich bei 17 Jahren mit Verteilungsgipfeln bei 14 und 18 Jahren (American Psychiatric Association, 1994). Die Bulimia Nervosa tritt im allgemeinen einige Jahre später auf, im Durchschnitt sind die Betroffenen bei Krankheitsbeginn 22 Jahre alt. Auch die «Binge-Eating»-Störung beginnt meist in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter.

## 2. Genetische Prädisposition

Es ist möglich, daß eine genetische Prädisposition die Anfälligkeit für Anorexia und Bulimia Nervosa erhöht. So haben z. B. Schwestern bzw. weibliche Angehörige ersten Grades von Patientinnen mit Anorexia Nervosa ein größeres Risiko ebenfalls an einer Eßstörung zu erkranken. (Strober, Morrell, Burroughs, Salkin & Jacobs, 1990). Zudem fand man bei eineiigen Zwillingen (die genetisch identisch sind) im Fall der Anorexie Konkordanzraten von 56 bis 68 Prozent, bei zweieiigen Zwillingen (die sich genetisch nicht ähnlicher sind als andere Geschwister) betragen die Konkordanzraten dagegen nur 7 bis 8 Prozent (Holland, Sicotte & Treasure, 1988).

Bei Patientinnen mit Bulimia Nervosa sind die Ergebnisse weit weniger einheitlich. In einigen Studien ergaben sich für monozygote Zwillinge Konkordanzraten von ca. 23 bis 35 Prozent, für dizygote von ca. 9 bis 29 Prozent. Dies spricht für eine sehr viel geringere Beteiligung genetischer Faktoren als bei der Anorexia Nervosa. In einer deutschen Studie fand sich dagegen eine Relation von 88,3 zu 33,3 Prozent (Fichter & Noegel, 1989). Möglicherweise wird das Bild klarer, wenn in künftigen Studien anhand der Kriterien des DSM-IV homogenere Untergruppen gebildet werden können und wenn im Fall der Bulimia Nervosa auch differenzierend berücksichtigt wird, ob eine Anorexia Nervosa in der Vorgeschichte gegeben war.

Bei der Bewertung der Zwillingsstudien ist auch zu bedenken, daß die Differenz der Konkordanzraten für solche monozygoten und

dizygoten Zwillinge, die zusammen aufgewachsen sind, nicht nur eine genetische Prädisposition widerspiegelt. Sie kann vielmehr auch davon mitbeeinflusst werden, daß monozygote Zwillinge aufgrund der genetisch bedingten Ähnlichkeit möglicherweise von ihrer Umwelt ähnlicher behandelt werden als dizygote.

Vermutlich prädisponieren genetische Faktoren nicht direkt für eine bestimmte Eßstörung. Sie sind aber verantwortlich für bestimmte körperliche Bedingungen – z. B. Bildung von Körperfett bei Mädchen in der Pubertät, eine füllige Figur oder ein geringer Energieverbrauch –, die unter speziellen soziokulturellen Bedingungen – insbesondere unter dem Druck eines gesellschaftlich propagierten Schlankheitsideals – das Risiko für die Entstehung von Eßstörungen erhöhen. Frauen mit Eßstörungen waren häufig pummelige Kinder. Dasselbe trifft auch auf Mädchen und Frauen zu, die ihren Nahrungskonsum bewußt zügeln, um nicht dick zu werden. Diese sogenannten *Restrained Eaters* (s. u.) haben einen geringeren Energieverbrauch als Frauen mit nicht-gezügelter Eßstil. Dies führt dazu, daß sie auch als Erwachsene einen höheren Body Mass Index ( $BMI = K/L^2$ ; K = Körpergewicht in kg, L = Körpergröße in m) haben als Vergleichspersonen, obwohl sie weniger essen (Pirke & Laessle, 1993).

## 3. Physiologische und behaviorale Faktoren

Viele Betroffene berichten, daß ihre Eßstörung erstmals nach einer längeren Fastenzeit oder Phase des Diäthaltens auftrat. Zudem zeigte sich in einer Längsschnittstudie, daß das Risiko für eine Eßstörung bei adolescenten Mädchen, die Diäten durchführten, um ein Vielfaches höher war als bei Mädchen, die nicht Diät hielten (Patton, Johnson-Sabine, Wood, Mann & Wakeling, 1990). Und schließlich ist die Prävalenz von Eßstörungen auch in Berufsgruppen und Sportdisziplinen, bei denen Gewicht und Figur von zentraler Bedeutung sind, erhöht.

Inzwischen gilt es als gesichert, daß das Diäthalten nicht nur in korrelativem Zusammenhang mit den Eßanfällen steht, sondern daß es die Eßanfälle auch mitbedingt (Wardle & Bales, 1988). In der Regel werden bei den Diäten wich-

tige Nährstoffe ausgespart, insbesondere Kohlenhydrate und Fette, mit der Folge, daß der Körper intensiv nach den entbehrten Nährstoffen verlangt und die Gedanken entsprechend um das Essen kreisen.

Experimentelle Untersuchungen an Frauen mit einem sogenannten gezügelten Eßstil (restrained eating; Herman & Mack, 1975) zeigen, daß unter einer Reihe von Bedingungen die kognitive Kontrolle über das Eßverhalten leicht verlorengeht. Insbesondere nach Vorab-Mahlzeiten oder dem Geruch oder Anblick von Speisen, Streßbelastungen unterschiedlicher Art und unter dem Einfluß negativer aber auch positiver Stimmungen kommt es bei vielen Menschen mit gezügeltem Eßstil zu einer Enthemmung des Eßverhaltens (Herman & Polivy, 1980; Cools, Schotte & McNally, 1992; Heatherton, Herman & Polivy, 1991; Tuschen, Florin & Baucke, 1993): Während Menschen mit nicht-gezügeltem Eßstil (unrestrained eaters) unter diesen Bedingungen eher weniger essen, essen Menschen mit gezügeltem Eßstil eher mehr. Dieses Phänomen der Gegenregulation (counterregulation) wird als experimentelles Analogon zu den Eßanfällen angesehen, die Kernmerkmale der Bulimia Nervosa, der Anorexie («Binge-Eating/Purging»-Typus) und der «Binge-Eating»-Störung sind. Interessant ist, daß die Kontrolle über das Eßverhalten im Fall dieser Störungen unter den gleichen Bedingungen verlorengeht wie bei Menschen mit gezügeltem Eßverhalten.

Schon in den achtziger Jahren wurde beobachtet, daß Menschen z. B. auf den Geruch und Anblick von Essen mit antizipatorischen Reaktionen antworten: Speichelfluß, Insulinanstiege mit anschließendem Abfall des Blutzuckerspiegels, Mobilisierung freier Fettsäuren, vermehrte Magenmotilität etc. bereiten den Organismus auf die Aufnahme der erwarteten Nahrung vor. Es erschien plausibel, daß diese antizipatorischen Reaktionen (auch cephalic phase responses genannt) bei nahrungsdeprivierten Menschen besonders stark ausgeprägt seien, weil sie den Energieverbrauch kompensieren müssen. Es zeigte sich jedoch, daß Patientinnen mit Anorexia Nervosa (Restriktiver Typus), die eine strenge Diät konsequent einhalten und entsprechend stark nahrungsdepriviert sind, entgegen der Erwartung auf Essens-Stimuli mit einer deutlich geringeren Speichelsekretion reagieren

als Frauen mit Bulimia Nervosa, deren Diätverhalten starken Schwankungen unterworfen ist (LeGoff, Leichner & Spigelman, 1988). Das klassische Konditionierungsmodell von Jansen (1995) kann diese Befunde erklären. Nach diesem Modell löst die aufgenommene Nahrung als unkonditionierter Stimulus unkonditionierte Stoffwechselprozesse aus. Wenn auf den Anblick oder Geruch von Speisen oft reichliche Nahrungsaufnahme folgt, können sie zu konditionierten Stimuli werden und ihrerseits die geschilderten physiologischen Reaktionen (cephalic phase responses) auslösen, ohne daß zuvor eine Nahrungsaufnahme erfolgt. Auch beliebige andere externale oder internale Stimuli (allein vor dem Fernseher; Aufregung, depressive Stimmung, Leistungsdruck) können zu konditionierten Reizen für antizipatorische, auf Nahrungsaufnahme ausgerichtete, physiologische Reaktionen werden, wenn ihnen regelmäßig eine Nahrungsaufnahme folgt. Bei Anorektikerinnen (Restriktiver Typus) sind dagegen die Chancen für solche Konditionierungsprozesse gering. Sie setzen sich immer wieder Essensreizen aus, indem sie Kochrezepte studieren, verlockende Speisen für andere zubereiten und sich dabei mit dem Anblick, Geruch und gelegentlich auch Geschmack des Essens konfrontieren, in der Regel jedoch ohne daß eine nennenswerte Nahrungsaufnahme folgt. Die Anorektikerinnen etablieren damit gewissermaßen ein Extinktionsprogramm für ihre antizipatorischen, physiologischen Reaktionen und schaffen damit günstige Voraussetzungen, um ihre Diät weiterhin durchzuhalten. Patientinnen mit Bulimia Nervosa dagegen und Menschen mit einer «Binge-Eating»-Störung wechseln zwischen Diät- oder Fastenphasen und Phasen, in denen sie reichlich essen. Das Überessen geschieht oft abends, wenn sie allein sind und oft auch, wenn sie sich unter Streß fühlen. So können diese externen und internen Bedingungen leicht die Funktion konditionierter Stimuli für die antizipatorischen, physiologischen Reaktionen erlangen. Auch in den Diät- und Fastenphasen ist die Verhaltensstrategie eine andere als bei den Anorektikerinnen: Menschen mit Bulimia Nervosa und einer «Binge-Eating»-Störung sind in diesen Zeiten zwar auch ständig mit dem Gedanken an Essen beschäftigt; die Gedanken kreisen aber eher um die Frage, wie die Konfrontation mit Nahrung

vermieden werden kann, oder sie sind auf die Bereitstellung von Essen für einen späteren Eßanfall ausgerichtet.

Auch erste experimentelle Ergebnisse sprechen für die Beteiligung von Konditionierungsprozessen an den Eßanfällen. So wurde z. B. bei Frauen mit Bulimia Nervosa als Reaktion auf verschiedene Stressoren ein Abfall des Blutzuckerspiegels gefunden, und dieser stand wiederum in Zusammenhang mit dem Bedürfnis, sich zu überessen (Both-Ortmann, 1994).

## 4. Sozialisation

Verschiedentlich wurde beobachtet, daß die Interaktionsmuster in Familien von Patientinnen mit Anorexia Nervosa durch Merkmale wie Rigidität, geringe Konfliktbewältigung, Überfürsorglichkeit o. ä. gekennzeichnet sind (z. B. Minuchin, 1978). Zudem berichteten Mütter von Töchtern mit gestörtem Eßverhalten über eine geringere Familienkohäsion als Mütter von nicht eßgestörten Töchtern (Pike & Rodin, 1991). Der Rückschluß, daß diese Auffälligkeiten für die Entwicklung von Eßstörungen mit verantwortlich seien, ist jedoch problematisch, da es sich ebensogut um Folgen der Eßstörung handeln kann. Allerdings können ungünstige innerfamiliäre Beziehungen, unabhängig davon, ob sie primärer oder sekundärer Art sind, zu einer Quelle starker Belastung werden und dadurch zur Aufrechterhaltung der Störung beitragen.

Bruch (1980) postuliert, in den Familien von eßgestörten Personen seien ungünstige Bedingungen für die Entwicklung von Autonomie und positivem Selbstwertgefühl gegeben. Während es zutrifft, daß Patientinnen mit Eßstörungen oft ein geringes Selbstwertgefühl haben, ist nicht geklärt, welchen Beitrag die innerfamiliären Beziehungen hierzu leisten. Eine erste Prospektivstudie zur Entwicklung von Eßproblemen spricht eher gegen deren hohe ätiologische Relevanz (Attie & Brooks-Gunn, 1986).

Möglicherweise kommt aber speziell dem essenbezogenen Verhalten der Mütter und ihrer Einstellung gegenüber Figur und Gewicht besondere Bedeutung zu. Mütter von Töchtern mit gestörtem Eßverhalten zeigen nämlich oft auch selbst mehr gestörtes Eßverhalten und ha-

ben eine problematischere Einstellung gegenüber der Figur und dem Gewicht ihrer Töchter (Pike & Rodin, 1991). Mögliche Modell-Effekte zeigen sich sogar schon bei den Töchtern gezügelter essender Mütter: Diese Mädchen haben stärkere Angst vor dem Dickwerden als Vergleichskinder, und im Labor treten bei ihnen nach einer Vorab-Mahlzeit bereits die gleichen Enthemmungseffekte auf wie bei Erwachsenen mit einem gezügelten Eßstil (Franzen & Florin, 1995). Damit ist wahrscheinlich, daß sie ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung einer Eßstörung haben.

## 5. Soziokulturelle Aspekte

In den westlichen Industriegesellschaften besteht ein überaus vielfältiges, über die Grenzen des Appetits hinaus verlockendes Angebot an Nahrung. Zudem hat variationsreiches und reichliches Essen bei geselligen Anlässen einen hohen Stellenwert. Gleichzeitig aber wird ein extremes Schlankheitsideal vermittelt, das einen dünnen, flachen Körper favorisiert. Insbesondere auf den Frauen lastet ein starker normativer Druck, diesem Schlankheitsideal zu entsprechen. Sie lernen schon als junge Mädchen weit mehr als die Jungen, daß positive Bewertung und Zuwendung stark von ihrem Aussehen abhängig sind (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986), und ihr Selbstgefühl weist einen deutlichen Zusammenhang mit der Bewertung ihrer Figur auf (Guyot, Fairchild & Hill, 1981). Viele von ihnen sorgen sich schon als Kinder um Gewicht und Aussehen und versuchen, die Nahrungsaufnahme einzuschränken. Das Problem verschärft sich in der Pubertät, wenn sich der Fettanteil des Körpers bei den Mädchen genetisch bedingt vervielfacht; der Anteil derer, die zu Diäten Zuflucht suchen, steigt dementsprechend an (z. B. Thelen, Powell, Lawrence & Kuhnert, 1992). Sehr viele Frauen sind auch als junge Erwachsene mit ihrer Figur extrem unzufrieden und halten sich für zu dick. So führen in Deutschland etwa 20 Prozent der Frauen regelmäßig Schlankheitsdiäten durch, ca. 6 Prozent halten aus Sorge um ihre Figur ständig Diät (Westenhöfer, Pudiel, Maus & Schlaf, 1987). In manchen Berufen ist der Druck, schlank zu sein, besonders stark ausgeprägt, z. B. bei Fotomodellen, im Schauspielberuf und bei

Kasten 1: Eine empirische Studie zum Streben nach Schlankheit und der Entwicklung von Eßstörungssymptomen (Killen et al., 1994)

#### Fragestellung

In der Studie wurde untersucht, inwiefern psychische Faktoren wie die übermäßige Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht an der Entstehung von Eßstörungssymptomen beteiligt sind.

#### Methode

- *Stichprobe*: 887 Mädchen wurden untersucht. Alter bei Beginn der Studie: M = 12.4; SD 0.7.
- *Zeitraster*: dreijährige Längsschnittstudie.
- *Untersuchungsverfahren*: Die Probandinnen bearbeiteten zu Beginn der Studie sowie drei Jahre später u. a. eine Reihe von Fragebögen zum Eßverhalten, zu Einstellungen gegenüber der Figur/dem Gewicht, zu persönlichen Kompetenzen und problematischen Verhaltensweisen. Darüber hinaus wurde das Ausmaß der Beschäftigung mit der Figur/dem Gewicht

(weight concerns) mit einer von den Autoren entwickelten Skala erfaßt. Die Fragen bezogen sich darauf, inwiefern sich die Probandinnen Sorgen um ihre Figur machten und Ängste vor Gewichtszunahmen hatten, wie wichtig die Figur/das Gewicht im Leben der Probandinnen war und wie schlank bzw. dick die Probandinnen ihren Körper bzw. ihre Figur wahrnahmen.

#### Ergebnisse

Diejenigen Probandinnen, die im Verlauf des dreijährigen Erhebungszeitraumes Eßstörungssymptome entwickelten (N = 32), hatten im Unterschied zu der Restpopulation bereits beim ersten Erhebungszeitpunkt auffällige Werte in der *weight concern*-Skala. Die übermäßige Beschäftigung mit der Figur bzw. dem Gewicht scheint demnach eine wichtige Prädiktorvariable in Bezug auf die Entstehung von Eßstörungssymptomen zu sein.

Tänzerinnen und Tänzern. Ähnlich ist auch in manchen Sportarten ein niedriges Körpergewicht essentiell, z. B. bei Marathonläufern. So verwundert es nicht, daß hier das Diätverhalten besonders verbreitet ist. In einer neueren prospektiven Studie (Killen et al., 1994) hat sich ferner gezeigt, daß die übermäßige Beschäftigung mit der Figur bzw. dem Gewicht ein wichtiger Faktor bei der Entstehung von Eßstörungen ist (s. Kasten 1).

Die übermäßige Beschäftigung mit der Figur, Sorge um Gewicht und Aussehen und das Bemühen um Nahrungsrestriktion sind auch kennzeichnend für Eßstörungen wie die Anorexia Nervosa oder die Bulimia Nervosa. Es wird angenommen, daß es ein Kontinuum gibt von einer akzeptierenden Haltung gegenüber der Figur mit einem an internalen Signalen orientierten Ernährungsverhalten, über eine starke Besorgnis um die Figur mit bewußter Einschränkung der Nahrungsaufnahme, bis hin zu klinischen Eßstörungen (Rodin, Silberstein & Striegel-Moore, 1985; Heatherton & Polivy, 1992).

## 6. Belastungsfaktoren

Gelegentlich wurde die These vertreten, traumatische sexuelle Erlebnisse, insbesondere im Kindes- oder Jugendalter, erhöhten die Vulnerabilität speziell für Eßstörungen. Eine ätiologische Verbindung erschien plausibel, da Patientinnen mit Eßstörungen häufig Merkmale aufweisen, die sich oft auch bei Opfern sexueller Gewalt finden, z. B. eine ablehnende Einstellung dem eigenen Körper gegenüber, ein durch Schuld und Scham belastetes Selbstgefühl sowie eine ablehnende Haltung gegenüber der Sexualität. Die Spezifitätshypothese wurde jedoch in methodisch sorgfältig durchgeführten Untersuchungen nicht bestätigt (Welch & Fairburn, 1994). Einige Untersuchungen legen nahe, daß sich Frauen mit Eßstörungen bezüglich der Häufigkeit sexueller Traumata vor Krankheitsbeginn nicht von Frauen ohne Eßstörungen unterscheiden (Pope, Mangweth, Negrao & Hudson, 1994). In anderen Untersuchungen fanden sich zwar bedeutsame Unterschiede zwischen Patientinnen mit psychischen

Störungen (DSM-III-R, Achse I) und gesunden Kontrollpersonen, nicht aber zwischen Frauen mit Eßstörungen und solchen mit anderen psychischen Störungen der Achse I (Welch & Fairburn, 1994). Letztgenannte Befunde sprechen dafür, daß sexuelle Traumata das Risiko für die Entwicklung psychischer Störungen generell erhöhen und damit auch zur Entwicklung von Eßstörungen beitragen können, daß sie aber keinen spezifischen Risikofaktor für Eßstörungen darstellen. In Übereinstimmung mit dieser Sichtweise ist auch die Wahrscheinlichkeit früherer sexueller Traumata bei eßgestörten Patientinnen mit mehreren zusätzlichen Störungen der Achse I (Roty, Yager & Rossotto, 1994) oder mit komorbider Persönlichkeitsstörung (McClelland, Mynors-Wallis Fahy & Treasure, 1991) höher als wenn eine entsprechende Komorbidität nicht vorliegt.

## 7. Schlußbemerkungen

Die Ergebnisse der Forschung sprechen dafür, daß an der Ätiologie von Eßstörungen genetische Faktoren beteiligt sein können, daß aber dem gesellschaftlichen Normendruck in Richtung Schlankheit und biobehavioralen Faktoren, z.B. Fasten oder Durchführung von Reduktionsdiäten mit der Folge einer Mangelernährung, eine besonders große Bedeutung zukommt. Um der Entstehung von Eßstörungen entgegenzuwirken, sind daher Präventionsprogramme angezeigt, durch die Jugendliche über die Folgen von Restriktionsdiäten aufgeklärt und zu gesundheitsförderlicher Ernährung angeleitet werden. Ferner erscheint es sinnvoll, bereits Kinder und Jugendliche darin zu bestärken, daß sie sich weniger von normativen Vorstellungen bezüglich der körperlichen Attraktivität beeinflussen lassen und ihren Wert als Person weniger stark von ihrem Körpergewicht und ihrer Figur abhängig machen.

## 8. Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition*. Washington, D. C.: American Psychiatric Association.
- Andersen, A.E. & Hay, A. (1985). Racial and socioeconomic influences in anorexia and bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 479–488.
- Both-Ortmann, B. (1994). *Psychoendokrinologische Auslöser von Eßanfällen bei Bulimia nervosa*. Dissertation, Marburg: Philipps-Universität, Fachbereich Psychologie.
- Bruce, B. & Agras, S. (1992). Binge eating in females: A population-based investigation. *International Journal of Eating Disorders*, 12, 365–373.
- Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig: Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt: Fischer.
- Cools, J., Schotte, D.E. & McNally, R.J. (1992). Emotional arousal and overeating in restrained eaters. *Journal of Abnormal Psychology*, 101, 348–351.
- Fichter, M.M. & Noegel, R. (1990). Concordance for bulimia nervosa twins. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 255–263.
- Franzen, S. & Florin I. (1995). Familiäre Transmission von gezieltem Eßverhalten. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 24, 65–69.
- Goldbloom, D.S. & Garfinkel, P.E. (1990). The serotonin hypothesis of bulimia nervosa: Theory and evidence. *Canadian Journal of Psychiatry*, 35, 741–744.
- Götestam, K.G. & Agras, S. (1995). A general population based epidemiological study of eating disorders in Norway. *International Journal of Eating Disorders*, 18, 119–126.
- Guyot, G.W., Fairchild, L. & Hill, M. (1981). Physical fitness, sport participation, body build, and self-concept of elementary school children. *International Journal of Sport Psychology*, 12, 105–116.
- Heatherton, T.F., Herman, C.P. & Polivy, J. (1991). Effects of physical threat and ego threat on eating behavior. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60, 138–143.
- Heatherton, T.F. & Polivy, J. (1992). Chronic dieting and eating disorders: A spiral model. In J.H. Crowther, D.L. Tennenbaum, S.E. Hobfoll & M.A.P. Stephens (Eds.), *The etiology of bulimia nervosa. The individual and familial context* (pp. 133–155). Washington DC: Hemisphere Publishing Corporation.
- Herman, C.P. & Mack, D. (1975). Restrained and unrestrained eating. *Journal of Personality*, 43, 647–660.
- Herman, C.P. & Polivy, J. (1980). Restrained eating. In A.J. Stunkard (Ed.), *Obesity* (pp. 208–225). Philadelphia: Saunders.
- Herman, C.P. & Polivy, J. (1988). Restraint and excess in dieters and bulimics. In K.M. Pirke, W. Vandereycken & D. Plog (Eds.), *The psychobiology of bulimia nervosa* (pp. 33–41). Heidelberg: Springer.
- Hoek, H.W. (1993). Review of the epidemiological studies of eating disorders. *International Review of Psychiatry*, 5, 61–74.
- Holland, A.J., Sicotte, N. & Treasure, J. (1988). Anorexia nervosa: Evidence for a genetic basis. *Journal of Psychosomatic Research*, 32, 561–571.
- Hsu, L.K., Chesler, B.E. & Santhouse, R. (1990). Bulimia nervosa in eleven sets of twins: A clinical report. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 275–282.

- Jansen, A. (1994). The learned nature of binge eating. In C.R. Legg & D.A. Booth (Eds.), *Appetite. Neural bases and behavioural bases* (pp. 193–211). Oxford Science Publications, European Brain and Behaviour Society Series. Oxford: Oxford University Press.
- Killen, J.D., Taylor, C.B., Hayward, C., Wilson, D.M., Haydel, K.F., Hammer, L., Simmonds, B., Robinson, T.N., Litt, I., Varady, A. & Kraemer, H. (1994). Pursuit of thinness and onset of eating disorder symptoms in a community sample of adolescent girls: A three-year prospective analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 227–238.
- Leon, G.R., Carroll, K., Chernyk, B. & Finn, S. (1985). Binge eating and associated habit patterns within college student and identified bulimic populations. *International Journal of Eating Disorders*, 4, 43–57.
- McClelland, L., Mynors-Wallis, L. Fahy, T. & Treasure, J. (1991). Sexual abuse, disordered personality and eating disorders. *British Journal of Psychiatry*, 158 (Suppl. 10), 63–68.
- Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978). *Psychosomatic families: Anorexia nervosa in context*. Cambridge, MA.: Harvard University Press.
- Mitchell, J.E., Hatsukami, D., Eckert, R.D. & Pyle, R.E. (1985). Characteristics of 275 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142, 482–485.
- Mitchell, J.E. & Eckert, E.D. (1987). Scope and significance of eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55, 628–634.
- Patton, G., Johnson-Sabine, E., Wood, K., Mann, A. & Wakeling, A. (1990). Abnormal eating attitudes in London school girls – a prospective epidemiological study; outcome at twelve month follow-up. *Psychological Medicine*, 20, 383–394.
- Pike, K.M. & Rodin, J. (1991). Mothers, daughters, and disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 100, 198–204.
- Pirke, K.M. & Laessle, R.G. (1993). Restrained eating. In A.J. Stunkard and T.A. Wadden (Eds.), *Obesity: Theory and Therapy* (Second Edition, pp. 151–162). New York: Raven.
- Pope, H.G., Mangweth, B., Negroao, A.B., Hudson J.L., et al. (1994). Childhood sexual abuse and bulimia nervosa: A comparison of American, Austrian, and Brazilian women. *American Journal of Psychiatry*, 151, 732–737.
- Rodin, J., Silberstein, L. & Striegel-Moore, R. (1985). Women and weight: A normative discontent. In T.B. Sonderegger (Ed.), *Nebraska symposium on motivation. Vol. 32: Psychology and gender* (pp. 267–307). Lincoln: University of Nebraska Press.
- Roty, M., Yager, J. & Rossotto, E. (1994). Childhood sexual, physical and psychological abuse and their relationship to comorbid psychopathology in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 317–334.
- Spitzer, R.L., Devlin, M., Walsh, B.T., Hasin, D., Wing, R., Marcus, M., Stunkard, A.J., Wadden, T., Yanovski, S., Agras, W.S., Mitchell, J. & Nonas, C. (1992). Binge eating disorder: A multisite field trial of the diagnostic criteria. *International Journal of Eating Disorders*, 11, 191–203.
- Stein, D.M. & Brinza, S.R. (1989). Bulimia: Prevalence estimates in female junior high and high school students. *Journal of Clinical Child Psychology*, 18, 206–213.
- Striegel-Moore, R.H., Silberstein, L.R. & Rodin, J. (1986). Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41, 246–263.
- Strober, M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J., Salkin, B. & Jacobs, C. (1985). A controlled family study of anorexia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, 19, 239–246.
- Strober M., Lampert, C., Morrell, W., Burroughs, J. & Jacobs, C. (1990). A controlled family study of anorexia nervosa. Evidence of familial aggregation and lack of shared transmission with affective disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 9, 239–253.
- Thelen, M., Powell, A., Lawrence, C. & Kuhnert, M. (1992). Eating and body image concerns among children. *Journal of Clinical Psychology*, 21, 41–46.
- Tuschen, B., Florin, I. & Baucke, R. (1993). Beeinflusst die Stimmung den Appetit? *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, 3, 315–321.
- Wardle, J. & Bales, S. (1988). Control and loss of control over eating. An experimental investigation. *Journal of Abnormal Psychology*, 97, 35–40.
- Welch, S.L. & Fairburn, C.G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa: Three integrated case control comparisons. *American Journal of Psychiatry*, 151, 402–407.
- Westenhöfer, J. (1991). *Gezügelt Essen und Störbarkeit des EBverhaltens*. Göttingen: Hogrefe.

## 33.3 Eßstörungen: Intervention

Brunna Tuschen-Caffier und Irmela Florin

### Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung .....	767	4. Wirksamkeit der Psychotherapie .....	772
2. Kognitive-behaviorale Behandlungskonzepte .....	767	5. Wirksamkeit der Pharmakotherapie .....	774
2.1 Ernährungsumstellung .....	767	6. Schlußbemerkungen .....	774
2.2 Therapie von Körperschemastörungen ...	769	7. Literatur .....	776
2.3 Therapie von Belastungsreaktionen .....	769		
3. Interpersonelle Therapie .....	771		

### 1. Einleitung

Für die Psychotherapie von Eßstörungen werden insbesondere drei Behandlungsbausteine eingesetzt, die an den für die Störungen charakteristischen Auffälligkeiten ansetzen: Ernährungsumstellung, Veränderung von Körperschemastörungen und negativen Gefühlen gegenüber der Figur; Veränderung des funktionalen Zusammenhangs zwischen Belastungen und Eßverhalten (z. B. Beumont & Touyz, 1995; Fairburn, Marcus & Wilson, 1993; Laessle, Beumont, Butow et al., 1991; Rosen, 1995; Tuschen & Bents, 1995; Tuschen & Florin, in Druck). Bei den meisten Therapieprogrammen werden zudem kognitive Strategien eingesetzt, um die Patientinnen anzuregen, ihre Sichtweisen und Überzeugungen zu überprüfen und ggf. zu neuen Denkweisen und Gefühlsmustern zu gelangen,

Da es sich bei den an Eßstörungen erkrankten Personen überwiegend um Mädchen bzw. Frauen handelt, wird in diesem Beitrag ausschließlich von Patientinnen gesprochen. Inwiefern die Befunde auch auf männliche Patienten übertragbar sind, ist aufgrund der überwiegend an Frauen durchgeführten Forschungsstudien derzeit nicht einschätzbar.

gen, die der Realität angemessen und für das Wohlbefinden förderlich sind.

Neben den symptomorientierten, kognitiv-behavioralen Therapieansätzen, wird bei der Bulimia Nervosa und bei der «Binge-Eating»-Störung auch die interpersonelle Therapie erfolgversprechend eingesetzt. Dieser therapeutische Ansatz konzentriert sich auf die Veränderung aktueller, interpersoneller Probleme und Konflikte und damit auf die Verbesserung der Beziehungsfähigkeit (Fairburn 1993; Fairburn, Jones, Peveler et al., 1991, 1993; Fairburn, Norman, Welch et al., 1995).

Darüber hinaus werden Eßstörungen auch pharmakologisch zu beeinflussen versucht. Dabei werden insbesondere Antidepressiva eingesetzt.

### 2. Kognitive-behaviorale Behandlungskonzepte

#### 2.1 Ernährungsumstellung

Um der Mangelernährung und den damit einhergehenden psychobiologischen Folgeerscheinungen,

nungen (z. B. Heißhungergefühle; depressive Verstimmungen; ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen) entgegenzuwirken, werden eßgestörte Patientinnen angeleitet, täglich drei Hauptmahlzeiten und zwei kleinere Zwischenmahlzeiten zu sich zu nehmen. Entsprechend den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung sollten sich die täglich aufgenommenen Nährstoffe zu mehr als 50 Prozent aus Kohlenhydraten, zu 25 bis 30 Prozent aus Fett und zu 9 bis 12 Prozent aus Eiweiß zusammensetzen (Deutsche Gesellschaft für Ernährung [DGE], 1995). Die täglich benötigte Kalorienaufnahme liegt nach den DGE-Richtlinien bei Mädchen/Frauen im Alter von 15 bis 19 Jahren, die überwiegend leichte bzw. sitzende Tätigkeiten ausführen, bei ca. 2400 Kilokalorien (kcal) pro Tag. Bei Frauen im Alter von 19 bis 25 Jahren senkt sich der tägliche Bedarf auf ca. 2200 kcal und bei Frauen im Alter von 25 bis 51 Jahren auf ca. 2000 kcal pro Tag.

Bei der Anorexia Nervosa stellt zu Beginn der Therapie zudem die Gewichtssteigerung ein zentrales Ziel der Ernährungsumstellung dar. In der Regel wird mit einer Kalorienaufnahme von 1500 Kilokalorien pro Tag begonnen. Nach einer kurzen Gewöhnungsphase wird die tägliche Kalorienzufuhr bei Bedarf auf bis zu 3500 Kilokalorien heraufgesetzt (Beumont & Touyz, 1995). Um die Gewichtssteigerungen von ca. 1 bis 1,5 Kilogramm in der Woche zu begünstigen, kann die reguläre Ernährung übergangsweise durch hochkalorische Nahrungsmittel ergänzt werden, die die Patientinnen zwischen den Mahlzeiten zu sich nehmen (z. B. kalorienreiche Getränke; Energieriegel). Um die Selbstverantwortung und Selbstkontrolle beim Aufbau eines gesunden Eßstils zu fördern, wird in neuerer Zeit auch überwiegend darauf verzichtet, Anorektikerinnen künstlich zu ernähren. Wenn allerdings akute Lebensgefahr aufgrund des Untergewichtes besteht, kann eine künstliche Ernährung indiziert sein, die in einem stationärem Behandlungssetting unter medizinischer Betreuung erfolgt.

Neben der Ernährung hat das Aktivitätsniveau der Patientinnen entscheidenden Einfluß darauf, inwiefern die beabsichtigten Gewichtssteigerungen erreicht werden. Die Patientinnen werden daher angeregt, exzessives Sporttreiben zu vermeiden sowie bei alltäglichen Erledigungen ihr Aktivitätsniveau zu senken (z. B. mit

dem Aufzug fahren anstelle von Treppensteigen). In schweren Fällen müssen die Patientinnen Bettruhe einhalten. Um die Compliance der Patientinnen zu erhöhen sind spezielle Strategien der Gesprächsführung empfehlenswert (Fiegenbaum & Tuschen, 1996; Tuschen & Figenbaum, 1996).

Im Unterschied zu Bulimikerinnen, die überwiegend ambulant behandelt werden können, ist bei vielen Anorektikerinnen zunächst eine stationäre Behandlung erforderlich, bevor sie von einer ambulanten Therapie profitieren können. Nach Einschätzung von Experten ist ein stationärer Aufenthalt dann erforderlich, wenn die Patientinnen ein sehr niedriges Körpergewicht haben (Body Mass Index <13), wenn schwere körperliche Komplikationen auftreten (z. B. Anämie, Ödeme, Kachexie) und wenn akute Suizidgefahr besteht (Fairburn, Marcus & Wilson, 1993; Fichter, 1995). Darüber hinaus kann eine stationäre Therapie dann erforderlich werden, wenn die Patientinnen im Rahmen einer ambulanten Therapie nicht an Gewicht zunehmen. Generell sollten für Anorektikerinnen stationäre und ambulante Behandlungssettings aufeinander abgestimmt werden, da Anorektikerinnen nach Einschätzung von Experten auch nach Abschluß einer stationären Therapie häufig eine weitere therapeutische Betreuung benötigen (z. B. Fichter, 1995).

Patientinnen mit einer «Binge-Eating»-Störung werden den bisherigen klinischen Erfahrungen zufolge überwiegend ambulant behandelt. Es ergeben sich Hinweise darauf, daß diese Patientinnen einen «chaotischen» Eßstil (z. B. ständig etwas essen, unregelmäßige Mahlzeiten) aufweisen und häufig zu Übergewicht neigen (Agras, 1995; Yanovski & Sebring, 1994). Die psychologischen Interventionen zur Ernährungsumstellung zielen daher bei diesen Patientinnen darauf ab, ein geregeltes Eßverhalten zu lernen und einer übermäßigen Kalorienaufnahme entgegenzuwirken (Agras, 1995).

Eßgestörte Patientinnen werden im Rahmen des Therapiebausteins zur Ernährungsumstellung auch angeleitet, einen Eßstil zu lernen, den sie langfristig beibehalten können, ohne sich psychisch oder biologisch depriviert zu fühlen und ohne phobische Ängste gegenüber bestimmten Nahrungsmitteln zu erleben, denn diese können ein Risikofaktor für Rückfälle sein.

In den Ernährungsplan werden daher von Beginn der Therapie an sogenannte verbotene Nahrungsmittel aufgenommen, die die Patientinnen in moderaten Mengen essen lernen. Dies sind in der Regel Nahrungsmittel mit hohem Kaloriengehalt (z. B. Schokolade; Kuchen). Die Exposition mit den entsprechenden Lebensmitteln führt dazu, daß die Patientinnen allmählich ihre Ängste davor überwinden, und daß sie neue Überzeugungen bezüglich der Wahrscheinlichkeit und Bedeutung von Gewichtsschwankungen gewinnen.

## 2.2 Therapie von Körperschemastörungen

Zur Veränderung der negativen emotionalen Reaktionen gegenüber dem Körper sowie zur Erweiterung der Beurteilungskriterien gegenüber der äußeren Erscheinung und Attraktivität sind Expositionsübungen anhand von Videoaufnahmen oder Spiegeln sowie Bewegungsübungen sinnvoll, die den Patientinnen erlauben, sich systematisch mit ihrer körperlichen Erscheinung und ihrem Körpererleben auseinanderzusetzen (z. B. Meermann, 1991; Paul & Jacobi, 1991; Tuschen & Bents, 1995; Tuschen & Florin, in Druck; Vandereycken, 1989). So werden Bulimikerinnen bei der Figurexposition systematisch angeleitet, ihre äußere Erscheinung differenzierter als nach dick-dünn-Maßstäben wahrzunehmen (Tuschen & Florin, in Druck; s. Tab. 1).

Im Verlauf der Übungen gewöhnen sich die Patientinnen allmählich an den Anblick ihres Körpers, sie lernen ihre Bewertungskriterien hinsichtlich ihrer körperlichen Attraktivität zu erweitern sowie negative Merkmale ihrer äußeren Erscheinung zu akzeptieren, ohne sie in ihrer Gesamtbedeutung allzu sehr zu akzentuieren.

## 2.3 Therapie von Belastungsreaktionen

Viele eßgestörte Patientinnen zeigen dann ein gestörtes Eßverhalten, wenn sie stressvollen und belastenden Situationen ausgesetzt sind. So hat sich in experimentellen Studien gezeigt, daß Bulimikerinnen auf mentale Stressoren, bei denen es um interpersonelle Inhalte ging, mit einem deutlichen Anstieg ihres Eßbedürfnisses reagierten (Cattanach, Malley & Rodin, 1988; Tuschen, Vögele, Kuhnhardt & Cleve-Prinz, 1995). Klinische Beobachtungen legen ferner nahe, daß eßgestörte Patientinnen auf zahlreiche andere Belastungssituationen (z. B. Alleinsein; Langeweile; Leistungsstreß) mit Eßanfällen reagieren.

Die Art der therapeutischen Interventionen, die zur Veränderung des funktionalen Zusammenhangs zwischen Belastungen und Eßverhalten sinnvoll sind, hängt maßgeblich davon ab, ob die Patientinnen Fertigungsdefizite haben (z. B. Defizite in Problemlöse- und Streßbewältigungsstrategien), oder ob sie übermäßig

**Tabelle 1:** Vorgehen bei der Figurexposition (nach Tuschen & Florin, in Druck)

- Zeitlich ausgedehnte Konfrontation mit der Figur bzw. der äußeren Erscheinung anhand von Videoaufnahmen und Spiegeln, die eine Ganzkörperbetrachtung erlauben.
- Durchführung der Übungen zu unterschiedlichen Tageszeiten (z. B. vor und nach einer Mahlzeit) und in unterschiedlichen Stimmungslagen.
- Die Patientinnen werden angeregt, bei den Übungen unterschiedliche Kleidung zu tragen (elegante, körperbetonte, sportliche Kleidung; Gymnastik-Anzug).
- Es werden Strategien der Gesprächsführung eingesetzt, die den Patientinnen helfen, ihre körperliche Erscheinung genau zu beschreiben sowie Gedanken und Gefühle zu verbalisieren, die sie beim Anblick ihres Körpers erleben.
- Die Therapeutin/der Therapeut achtet darauf, daß sich die Patientinnen nicht durch Vermeidungsstrategien ablenken (z. B. den Blick abwenden, über andere Themen reden).
- Die Übungen werden erst dann beendet, wenn die negativen Gefühle deutlich zurückgegangen sind.

starke emotionale Reaktionen auf Belastungen zeigen bzw. eine zu geringe Toleranzschwelle gegenüber aversiven Situationen und Gefühlslagen haben. Wenn Fertigungsdefizite im Hinblick auf Problemlöse- oder Streßbewältigungsstrategien vorliegen, ist ein Training zur Verbesserung der Kompetenzen im Umgang mit Problemen bzw. zur Bewältigung von Streßsituationen sinnvoll (z. B. Fairburn, Marcus & Wilson, 1993; Waadt, Laessle & Pirke, 1992).

- *Problemlösetraining.* Beim Problemlösetraining beschreiben und definieren die Patientinnen zunächst, was sie als Problem erleben. Anschließend benennen sie möglichst unzensiert alle potentiellen Lösungsmöglichkeiten, die ihnen einfallen und beurteilen jede der Lösungsalternativen im Hinblick auf deren Effizienz zur Bewältigung des Problems. In den nächsten Phasen des Problemlösetrainings werden die Patientinnen angeregt, eine Lösungsmöglichkeit (oder auch eine Kombination von Lösungsalternativen) auszuwählen und schließlich zu erproben. Nach der Erprobungsphase bewerten die Patientinnen die Lösungsalternative(n) dahingehend, wie erfolgreich sie die Lösungsstrategie umsetzen konnten und inwiefern sie damit ihr Problem erfolgreich lösen konnten. Wenn das Ergebnis unbefriedigend ausfällt, suchen die Therapeutin/der Therapeut gemeinsam mit den Patientinnen nach einer plausiblen Erklärung für das ungünstige Problemlöseergebnis. Anschließend folgt entweder eine erneute Erprobungsphase mit der bereits eingesetzten Lösungsalternative, oder es wird eine andere Lösungsmöglichkeit ausgewählt und erprobt.

- *Streßbewältigungstraining.* Beim Streßbewältigungstraining werden die Patientinnen zunächst angeleitet, die Belastungsbedingungen und ihre Belastungsreaktionen zu beobachten, die mit dem problematischen Eßverhalten im Zusammenhang stehen. Anschließend werden geeignete Streßbewältigungsstrategien erarbeitet und eingeübt. Für die Behandlung der Bulimia Nervosa haben Waadt, Laessle und Pirke (1992) auf der Basis von Behandlungsprogrammen, die sich bereits bei unterschiedlichen psychischen Störungen bewährt haben (z. B. D'Zurilla, 1986; Feldhege & Krauthan, 1978; Meichenbaum, 1985), ein Streßmanagement-

Programm entwickelt und erprobt. In Anlehnung an das Verhaltensanalyse-Schema von Kanfer und Saslow (1965) wird den Patientinnen zunächst das SORK-Schema vermittelt, anhand dessen die Patientinnen die Belastungen, die den Eßanfällen vorausgehen, sowie die Bedingungen, die den Eßanfällen folgen, erkennen und protokollieren sollen. Auf der Basis dieser Verhaltensanalysen werden geeignete Streßbewältigungsstrategien erarbeitet und erprobt. Dabei lernen die Patientinnen sowohl kurzfristig wirkende Strategien (z. B. Entspannungstechniken; Selbstermutigung; innere und äußere Ablenkung; Gedankenstopp), als auch Strategien, die langfristig zur Streßreduktion beitragen sollen (z. B. Einstellungsänderungen; Gesprächsfertigkeiten und Selbstsicherheit; systematisches Planen und Problemlösen).

- *Expositionstherapie.* Wenn die Patientinnen übermäßig starke emotionale Reaktionen auf Belastungen zeigen oder eine zu geringe Toleranzschwelle gegenüber aversiven Situationen und Gefühlslagen haben, ist eine Expositionstherapie erfolversprechend, während derer sie den aversiven Situationen und Gefühlslagen ausgesetzt werden, ohne daß sie ihr problematisches Eßverhalten zeigen können (zur Vertiefung vgl. Tuschen & Florin, in Druck). So werden Bulimikerinnen oder Patientinnen mit einer «Binge-Eating»-Störung anhand verschiedener therapeutischer Techniken (z. B. Video- oder Audioplayback; spezielle Strategien der Gesprächsführung) in genau die Situationen und Gefühlslagen hineingeführt (z. B. negative Erinnerungen an eine gescheiterte Beziehung; nicht erreichte Lebensziele), die gewöhnlich bei ihnen zu Eßanfällen führen. Gleichzeitig werden sie mit all den Lebensmitteln konfrontiert, die sie üblicherweise während eines Eßanfalls zu sich nehmen. Sie werden immer wieder aufgefordert, die Nahrungsmittel genau zu beschreiben, daran zu riechen, den Geruch zu benennen sowie kleine Bissen zu essen, um den Geschmack der Nahrungsmittel identifizieren zu können. Im Verlauf der zeitlich ausgedehnten Expositionsübungen klingt die anfangs oft starke emotionale Erregung allmählich ab, und es werden vermutlich die antizipierten, physiologischen Heißhungerreaktionen gelöscht (cephalic phase responses; vgl. Kap. 33.2), so daß das Bedürfnis zu essen allmählich zurückgeht.

• **Kognitive Interventionen.** Die meisten verhaltenensorientierten Behandlungsprogramme werden durch spezielle kognitive Strategien ergänzt, anhand derer die Patientinnen zu neuen Denk- bzw. Interpretationsmustern angeregt werden. So orientieren sich Fairburn, Marcus und Wilson (1993) bei der Veränderung dysfunktionaler Kognitionen von eßgestörten Patientinnen an dem von Beck und Mitarbeitern (z. B. Beck & Emery, 1981; Beck, Rush, Shaw & Emery, 1981) entwickelten Vorgehen der kognitiven Umstrukturierung (s. Tab. 2).

Die kognitiven Interventionen im Rahmen des Behandlungskonzepts von Tuschen und Florin (in Druck) basieren überwiegend auf systemimmanenten Strategien der Gesprächsführung (Fiegenbaum & Tuschen, 1996; Tuschen & Fiegenbaum, 1996). Die Therapeutin/der Therapeut versetzt sich in die Denk- und Gefühlswelt der Patientinnen und nimmt zentrale Befürchtungen, Werte, Gefühlsreaktionen, Konflikte etc. der Patientinnen vorweg (z. B. «Ich kann mir gut vorstellen, daß Sie jetzt starke Ängste haben, an Gewicht zuzunehmen, wenn Sie den Teller leer essen. Am liebsten würden Sie wahrscheinlich mit dem Essen aufhören»). Gleichzeitig läßt die Therapeutin/der Therapeut mehr oder weniger beiläufig wissenschaftlich fundierte Informationen einfließen (z. B. über psychobiologische Folgeprobleme eines kalorienreduzierten Eßstils), ohne die Patientinnen jedoch zu einer Entscheidung zu drängen. Die Aufgabe der Therapeutin/des Therapeuten wird demnach darin gesehen, den Patientinnen zu helfen, sich der jeweiligen Vor- und Nachteile ihrer Zielvorstellungen bzw. Verhaltensweisen

bewußt zu werden und sich unter Abwägung aller Aspekte (z. B. Gefahren für die Gesundheit versus Gefährdungen hinsichtlich zentraler Attraktivitätsvorstellungen) selbstbestimmt und selbstverantwortlich für die eine oder andere Alternative zu entscheiden.

### 3. Interpersonelle Therapie

Die interpersonelle Therapie zur Behandlung der Bulimia Nervosa konzentriert sich auf die Veränderung der interpersonellen Belastungen, die zur Aufrechterhaltung der bulimischen Symptomatik beitragen (Fairburn, 1993). Das therapeutische Vorgehen orientiert sich an dem Konzept der interpersonellen Therapie, das zur Behandlung von Depressionen entwickelt wurde (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984). Zu Beginn der Therapie werden zentrale interpersonelle Probleme diagnostiziert, die vermutlich mit der Eßstörung im Zusammenhang stehen. Hierfür werden drei diagnostische Zugänge gewählt: eine ausführliche Erfassung lebensgeschichtlicher Bedingungen; die diagnostische Abklärung der Qualität aktueller Beziehungen (z. B. Häufigkeit der Kontakte; Vertrautheit; Zufriedenheit; Reziprozität) und die Identifikation interpersoneller Probleme. Während der Therapie werden die Sichtweisen, Erwartungen und Gefühle der Patientinnen im Hinblick auf die betreffenden Problembereiche detailliert herausgearbeitet. Es werden Ansätze zur Veränderung der Probleme erarbeitet, und die Patientinnen werden angeleitet, die Denkanstöße selbständig in ihrem sozialen Umfeld umzusetzen.

Tabelle 2: Vorgehen bei der kognitiven Umstrukturierung

- Im ersten Schritt werden die Patientinnen gebeten, einen dysfunktionalen Gedanken bzw. eine dysfunktionale Überzeugung zu identifizieren und aufzuschreiben (z. B. «Wenn ich ein Kilo zunehme, sehe ich häßlich aus.»).
- Dann werden sie aufgefordert, nach Evidenzen zu suchen, die für die Plausibilität dieses Gedankens sprechen.
- Im nächsten Schritt suchen die Patientinnen nach Argumenten und Evidenzen, die die Plausibilität der betreffenden dysfunktionalen Überzeugung in Frage stellen.
- Schließlich werden die Patientinnen angeleitet, die Pro- und Contra-Argumente sorgfältig gegeneinander abzuwägen, um zu einer Neueinschätzung zu gelangen, die zukünftig ihr Denken und Verhalten leiten kann.

## 4. Wirksamkeit der Psychotherapie

Im Unterschied zur Bulimia Nervosa fehlt es bei der Anorexia Nervosa an kontrolliert und methodisch gut durchgeführten Therapiestudien. Als Behandlungsmethoden werden überwiegend psychotherapeutische Methoden – selten medizinisch-internistische oder pharmakotherapeutische Maßnahmen – eingesetzt. Die psychotherapeutischen Behandlungsprogramme setzen sich häufig aus Methoden zusammen, die aus unterschiedlichen theoretischen Richtungen stammen (z. B. psychoanalytische und verhaltenstherapeutische Interventionen). Selten wurden einzelne Therapiemaßnahmen isoliert eingesetzt und evaluiert. Vor dem Hintergrund der bisherigen empirischen Befunde erreicht ca. die Hälfte der Anorektikerinnen, die an einer psychotherapeutischen Behandlung teilgenommen haben, ein normales Körpergewicht, eine weitgehende Normalisierung des Eßverhaltens und des Menstruationszyklus. Legt man die klassische Einteilung von Krankheitsverläufen im Sinne der Heilung, Besserung und Chronifizierung zugrunde, so ist bei ca. der Hälfte der Patientinnen mit einer Heilung, bei etwa 30 Prozent mit einer Besserung und bei ungefähr 20 Prozent mit einer Chronifizierung der Störung zu rechnen (Steinhausen, 1991; Steinhausen, Rauss-Mason & Seidel, 1991).

Bei der Bulimia Nervosa sind vor allem symptomorientierte kognitiv-verhaltenstherapeutische Interventionen systematisch evaluiert worden. Die Behandlungsprogramme beinhalten – mit unterschiedlichen Schwerpunktsetzungen – vor allem die oben beschriebenen Interventionen und führen bei der Bulimia Nervosa zur Normalisierung des Eßstils, zur Veränderung dysfunktionaler Einstellungen gegenüber der Figur und dem Gewicht und zum Aufbau von Coping-Skills, um Eßanfällen bzw. Eß-Brech-Episoden zu widerstehen (Wilson & Fairburn, 1993; Wilson, Fairburn & Agras, in press).

So deuten erste empirische Befunde einer Pilotstudie darauf hin, daß die Expositionstherapie eine erfolgversprechende Strategie sein kann, um den funktionalen Zusammenhang zwischen Belastungsreaktionen und Eßanfällen zu

reduzieren (Jansen, Broekmate & Heymanns, 1992).

In einer anderen Studie wurde die Wirksamkeit der Ernährungsmanagement-Therapie im Vergleich zum Streßbewältigungstraining überprüft (Laessle, Beumont, Butow et al., 1991). Es zeigte sich, daß das Ernährungsmanagement zu einem schnelleren Rückgang der Eßanfälle und zu einer höheren Abstinenzrate hinsichtlich der Eßanfälle führte. Das Streßbewältigungstraining hatte dagegen günstigere Effekte im Hinblick auf die Veränderung psychopathologischer Begleitsymptome der Bulimia Nervosa (z. B. Veränderung von Insuffizienzgefühlen, Mißtrauen in interpersonellen Beziehungen, Angst). Demzufolge scheint es sinnvoll zu sein, beide Therapiekomponenten bei der Behandlung der Bulimia Nervosa zu nutzen.

Im Hinblick auf das Ernährungstraining hat sich in einer vergleichenden Therapiestudie ferner gezeigt, daß eine kognitiv-behaviorale Therapie, die sowohl auf das Eßverhalten, als auch auf die Veränderung dysfunktionaler Einstellungen und Gefühle (z. B. gegenüber der Figur bzw. dem Gewicht) gerichtet ist, dem reinen Ernährungstraining überlegen ist. Als weitere Vergleichsgruppe wurde die interpersonelle Therapie berücksichtigt. Unmittelbar nach Therapieende zeigte sich, daß die kognitiv-behaviorale Therapie auch der interpersonellen Therapie überlegen war (s. Kasten 1).

Im Verlauf der Katamnesen vier, acht und zwölf Monate sowie fünf Jahre nach Therapieende unterschieden sich allerdings die kognitiv-behaviorale und die interpersonelle Therapie nicht mehr hinsichtlich der Effizienz zur Reduktion der bulimischen Symptome (Fairburn, Jones, Peveler, Hope & O'Connor, 1993; Fairburn, Norman, Welch, O'Connor, Doll & Peveler, 1995).

Die interpersonelle Therapie wurde auch an Patientinnen mit einer «Binge-Eating»-Störung (Wifley, Agras, Telch et al., 1993) überprüft. Es zeigte sich, daß die kognitiv-behaviorale und die interpersonell orientierte Gruppentherapie zu einer vergleichbaren Reduktion der Eßanfälle beitrugen.

In neuerer Zeit wurden auch einige Meta-Analysen durchgeführt, anhand derer sich abschätzen läßt, wie effizient die Bulimia Nervosa behandelt werden kann. So zeigte sich z. B. in

## Kasten 1

Ernährungstraining, kognitiv-behaviorale Therapie und interpersonelle Therapie: eine vergleichende Therapiestudie (Fairburn, Jones, Peveler et al., 1991)

## Fragestellungen

(1) Sind ausschließlich kognitiv-behaviorale Interventionen bei Bulimia Nervosa wirksam oder sind unspezifische, nicht auf die Symptome bezogene Interventionen ebenfalls wirksam? (2) Ist das vollständige kognitiv-behaviorale Programm erforderlich oder reicht ein Baustein?

## Methode

- *Stichprobe:* An jeder der drei Behandlungsgruppen nahmen 25 Bulimikerinnen teil. Die Mehrzahl (88 Prozent) erfüllte die DSM-III-R Kriterien für Bulimia Nervosa.

• *Intervention:*

Behandlungsgruppe: Die kognitiv-behaviorale Therapie beinhaltet ein Ernährungstraining zum Aufbau eines gesunden Eßstils. Darüber hinaus wurden Strategien der kognitiven Umstrukturierung eingesetzt, um dysfunktionale Einstellungen in Bezug auf die Figur und das Gewicht sowie Selbstwertprobleme und ein übermäßiges Streben nach Perfektion zu ändern.

Kontrollgruppen: Eine Gruppe erhielt ausschließlich ein Ernährungstraining. Die zweite Gruppe erhielt eine interpersonelle Thera-

pie zur Reduktion interpersoneller Belastungen.

- *Untersuchungsverfahren:* Es wurden bulimische Symptome (z.B. Eßanfälle, Erbrechen, Laxantienabusus, «gezügelter» Eßstil, Einstellungen gegenüber der Figur) sowie psychologische Begleitprobleme (z.B. Depression, soziale Anpassung) erfaßt. Es wurden Messungen vor und nach den Therapien; Katamnese vier, acht und zwölf Monate nach Therapie durchgeführt.

## Ergebnisse

Die kognitiv-behaviorale Therapie führte im Vergleich zu den beiden anderen Therapieformen zu stärkeren Veränderungen dysfunktionaler Einstellungen gegenüber der Figur und dem Gewicht und zu einer deutlicheren Reduktion des gezügelten Eßstils. Sie war ferner der interpersonellen Therapie – nicht aber dem Ernährungstraining – überlegen hinsichtlich der Reduktion der Häufigkeit des Erbrechens. Die Katamnese-daten zeigten dagegen, daß die kognitiv-behaviorale und die interpersonelle Therapie zu einer vergleichbaren Reduktion der bulimischen Symptome führten (Fairburn et al. 1993).

einer Meta-Analyse, daß im Durchschnitt 57 Prozent der Bulimikerinnen unmittelbar nach Therapieende und 46 Prozent zum Katamnesezeitraum nach einer kognitiv-behavioralen Therapie frei von Eßanfällen waren. Beim Erbrechen lagen die Abstinenzraten nach Therapieende bei 82 Prozent und zum Katamnesezeitraum bei 54 Prozent. Eine deutliche Reduktion der Heißhungeranfälle erreichten 76 Prozent der Patientinnen (bzw. 75 Prozent zum Katamnesezeitraum) (Jacobi, Dahme & Rustenbach, in Druck).

In einer weiteren Meta-Analyse wurde gezeigt, daß der Erfolg von Gruppentherapien gesteigert werden kann, wenn die Patientinnen zusätzlich eine Einzelbehandlung erhalten. Fer-

ner erwies es sich als günstig, wenn die Patientinnen pro Woche ein größeres Kontingent an Therapiestunden erhielten (Fettes & Peters, 1992).

Zusammenfassend kann gesagt werden, daß bei einem Großteil der Patientinnen mit Bulimia Nervosa durch kognitiv-behaviorale Interventionsmethoden (z.B. Ernährungstraining; kognitive Therapie zur Veränderung dysfunktionaler Einstellungen; Expositionstherapie; Streßreduktionstraining) deutliche Verbesserungen in der Symptomatik erreicht werden. Bei ca. der Hälfte der Patientinnen wird eine völlige Symptomfreiheit erzielt. Auch die interpersonelle Therapie hat langfristig betrachtet gute Effekte, aber die Veränderungen setzen

zeitlich später ein als bei kognitiv-behavioralen Interventionen.

Ein wichtiges Ziel für die weitere Forschung ist, die Behandlungsprogramme dahingehend zu modifizieren, daß auch Patientinnen dadurch erfolgreich therapiert werden können, die bisher von den Therapieansätzen nicht oder kaum profitiert haben.

Bezüglich der Anorexia Nervosa sind Therapiestudien erforderlich, anhand derer die Wirksamkeit der einzelnen Therapiekomponenten systematisch überprüft wird. Im Hinblick auf die «Binge-Eating»-Störung liegen bisher zu wenig empirische Studien vor, um fundierte Aussagen zur Behandlungseffizienz machen zu können.

## 5. Wirksamkeit der Pharmakotherapie

Dem Einsatz von Medikamenten bei der Therapie von Eßstörungen liegen verschiedene Annahmen und Zielsetzungen zugrunde. So wurden bei der Anorexia Nervosa in den sechziger Jahren vor allem Neuroleptika eingesetzt, um das erhöhte Aktivitätsniveau der Patientinnen zu senken und damit zur Gewichtssteigerung beizutragen. Es wurde ferner vermutet, daß bei Anorektikerinnen biologische Mechanismen der Hunger- und Sättigungsregulation gestört sein könnten; folglich wurden appetitsteigernde Medikamente eingesetzt.

Heutzutage werden bei Eßstörungen vor allem Antidepressiva eingesetzt. Die Indikation wird u. a. damit begründet, daß die für Eßstörungen erhöhte Prävalenz depressiver Störungen darauf hindeuten könnte, daß die den Eßstörungen zugrundeliegende Störung eine depressive Erkrankung ist. In anderen Behandlungsansätzen wird durch Antidepressiva versucht, die depressiven Begleitsymptome zu beeinflussen, ohne daß damit ein bestimmtes Ätiologieverständnis von Eßstörungen nahegelegt wird.

Die bisher durchgeführten (wenigen) Studien zur medikamentösen Beeinflussung der Anorexia Nervosa konnten allerdings weder kurz- noch langfristig zufriedenstellende Effekte bei der Veränderung der anorektischen Symptomatik nachweisen (zum Überblick vgl. Fichter,

1993; Jacobi, 1994; Michell & de Zwaan, 1993). Inwiefern durch die Kombination einer pharmakologischen und psychotherapeutischen Behandlung bessere Effekte erzielt werden können als durch eine der beiden Behandlungsformen allein, kann beim derzeitigen Forschungsstand nicht beurteilt werden.

Bei der Bulimia Nervosa werden überwiegend trizyklische Antidepressiva (z. B. Imipramin, Desipramin, Amitriptylin), MAO-Hemmer (z. B. Phenelzine) und in neuerer Zeit die selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (z. B. Fluoxetin) eingesetzt. Es hat sich gezeigt, daß die Antidepressiva in fast allen Studien zu einer Reduktion der bulimischen Symptomatik beitragen (vgl. Fichter, 1993; Jacobi, 1994). In einer neueren Meta-Analyse (Jacobi, Dahme & Rustenbach, in Druck) lagen bei Therapieende die Reduktionsraten für Heißhungeranfälle bei ca. 60 bis 73 Prozent, für das Erbrechen bei 47 bis 56 Prozent. Die Abstinenzraten für Heißhungeranfälle lagen dieser Meta-Analyse zufolge bei 23 bis 39 Prozent. Für das Erbrechen ergab sich eine Reduktionsrate von 39 bis 45 Prozent. Im Vergleich zur Effizienz psychologischer Therapien schneiden die medikamentösen Behandlungen deutlich schlechter ab (Jacobi, Dahme & Rustenbach, 1994; Laessle, Zoetl & Pirke, 1987).

Die Frage, ob durch die Kombination von Pharmakotherapie und Psychotherapie eine Steigerung der Behandlungseffizienz erreicht werden kann, läßt sich derzeit nicht zufriedenstellend beurteilen, da bisher nur wenige Kombinationsstudien durchgeführt wurden.

In den bisherigen (wenigen) Kombinationsstudien wurde keine weitere Steigerung der Besserungsraten erzielt, die durch Psychotherapie allein bewirkt werden (Agras, Rossiter, Arnow et al., 1992; Fichter, Leibl, Rief et al., 1991; Mitchell, Pyle, Eckert et al., 1990).

## 6. Schlußbemerkungen

Die bisherige Therapieforschung hat dazu beigetragen, daß plausible Konzepte zur Behandlung von Eßstörungen entwickelt und evaluiert wurden, die bei vielen eßgestörten Patientinnen zu einer Heilung bzw. Besserung der Eßstörung – sowie der damit verbundenen Begleit- und Folgeprobleme – führen.

Trotz dieser Erfolge sind immer noch zahlreiche Fragen ungeklärt. Wenn z. B. eine auf interpersonelle Konflikte abzielende Therapie bei der Bulimia Nervosa gleichermaßen erfolgreich ist wie die kognitiv-behaviorale Therapie, stellt sich die Frage nach den Wirkmechanismen der Behandlungskonzepte.

Darüber hinaus ist zu bedenken, daß ein gewisser Anteil eßgestörter Patientinnen von den bisherigen Behandlungsprogrammen nicht oder nur kaum profitiert. Die weitere Forschung sollte sich daher gerade auch dieser Gruppe von Patientinnen zuwenden, um für diese Personengruppe angemessene Behandlungszugänge zu entwickeln.

## 7. Literatur

- Agras, S. (1995). The nature and treatment of binge eating disorder. In B. Tuschen & I. Florin (Eds.), *Current Research in Eating Disorders* (pp. 1–15). Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F., Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M. & Koran, L.M. (1992). Pharmacologic and cognitive-behavioral treatment for bulimia nervosa: A controlled comparison. *American Journal of Psychiatry*, *149*, 82–87.
- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Fourth Edition*. Washington D.C.: American Psychiatric Association.
- Beck, A.T. (1981). *Kognitive Therapie bei Angst und Phobien*. Tübingen: DGVT.
- Beck, A.T., Rush, A.J., Shaw, B.F. & Emery, G. (1981). *Kognitive Therapie der Depression*. München: Urban und Schwarzenberg.
- Beumont, P.J.V. & Touyz, S.W. (1995). The nutritional management of anorexia and bulimia nervosa. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 306–312). New York: The Guilford Press.
- Cattanech, L., Malley, R. & Rodin, J. (1988). Psychologic and physiologic reactivity to stressors in eating disordered individuals. *Psychosomatic Medicine*, *50*, 591–599.
- D'Zurilla, T. (1986). *Problem-solving therapy: A social competence approach to clinical intervention*. New York: Springer.
- Deutsche Gesellschaft für Ernährung (1995). *Empfehlungen für die Nährstoffzufuhr* (2. korrigierter Nachdruck). Frankfurt: Umschau Verlag.
- Fairburn, C.G. (1993). Interpersonal psychotherapy for bulimia nervosa. In G.L. Klerman & M.M. Weissman (Eds.), *New applications of interpersonal psychotherapy* (pp. 353–378). Washington: American Psychiatric Press.
- Fairburn, C.G. & Beglin, S.J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *147*, 401–408.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S., Solomon, R., O'Connor, M., Burton, J. & Hope, R.C. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 463–469.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C. Hope, R.A. & O'Connor, M. (1993). Psychotherapy and bulimia nervosa. Long-term effects of interpersonal psychotherapy, behavior therapy, and cognitive behavior therapy. *Archives of General Psychiatry*, *50*, 419–428.
- Fairburn, C.G., Marcus, M.D. & Wilson, G.T. (1993). Cognitive-behavioral therapy for binge eating and bulimia nervosa: A comprehensive treatment manual. In C.G. Fairburn & G.T. Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assessment, and treatment* (pp. 361–404). New York: The Guilford Press.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. & Peveler, R.C. (1995). A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Archives of General Psychiatry*, *52*, 304–312.
- Feldhege, F.J. & Krauthan, G. (1978). *Verhaltenstrainingprogramm zum Aufbau sozialer Kompetenz*. Berlin: Springer.
- Fettes, P.A. & Peters, J.M. (1992). A meta-analysis of group treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *11*, 97–110.
- Fichter, M.M. (1993). Die medikamentöse Behandlung von Anorexia und Bulimia nervosa. *Nervenarzt*, *64*, 21–35.
- Fichter, M.M. (1995). Inpatient treatment of anorexia nervosa. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 336–343). New York: The Guilford Press.
- Fichter, M.M., Leibl, K., Rief, W., Brunner, E., Schmidt-Auberger, Engel, R.R. (1991). Fluoxetine versus placebo: A double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy. *Pharmacopsychiatry*, *24*, 1–7.
- Fiengenbaum, W. & Tuschen, B. (1996). Reizkonfrontation. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1). Berlin: Springer-Verlag.
- Garner, D.M. (1995). Measurement of eating disorder psychopathology. In K.D. Brownell & C.G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 117–121). New York: The Guilford Press.
- Jacobi, C. (1994). Pharmakotherapie und Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Verhaltenstherapie*, *4*, 162–171.
- Jacobi, C., Dahme, B. & Rustenbach, S. (in Druck). Vergleich kontrollierter psycho- und pharmakologischer Studien bei Bulimia Nervosa und Anorexia Nervosa. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*.
- Jansen, A., Broekmate, J. & Heymanns, M. (1992). Cue-exposure vs. self-control in the treatment of binge eating: A pilot study. *Behavior Research and Therapy*, *30*, 235–241.
- Kanfer, F.H. & Saslow, G. (1965). Behavioral diagnosis. In C.M. Franks (Eds.), *Behavior therapy: Appraisal and status* (pp. 417–443). New York: McGraw-Hill.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville, B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.

- Klever, U. (1993/94). *Klevers Kalorien-Joule Kompaß*. München: Gräfe und Unzen.
- Laessle, R. G., Beumont, P. J. V., Butow, P., Lennerts, W., O'Connor, M., Pirke, K. M., Touyz, S. W. & Waadt, S. (1991). A comparison of nutritional management with stress management in the treatment of bulimia nervosa. *British Journal of Psychiatry*, *159*, 250–261.
- Laessle, R. G., Schweiger, U. & Pirke, K. M. (1988). Depression as a correlate of starvation in patients with eating disorders. *Biological Psychiatry*, *23*, 719–725.
- Laessle, R. G., Zoetl, C. & Pirke, K. M. (1987). Meta-analysis of treatment studies for bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 647–653
- Meermann, R. (1991). Body-image Störungen bei Anorexia und Bulimia nervosa und ihre Relevanz für die Therapie. In C. Jacobi & Th. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie* (S. 69–85). Berlin: Springer-Verlag.
- Meichenbaum, D. (1985). *Stress inoculation training*. New York: Pergamon Press.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Eckert, E. E., Hatsukami, D., Pomeroy, C. & Zimmermann, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *47*, 149–157.
- Mitchell, J. E. & de Zwaan, M. (1993). Pharmacological treatments of binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. (Eds.), *Binge-eating. Nature, assesment, and treatment* (pp. 250–269). New York: The Guilford Press.
- Paul, Th. & Jacobi, C. (1991). Psychomotorische Therapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. In C. Jacobi & Th. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa. Ursachen und Therapie* (S. 103–110). Berlin: Springer-Verlag.
- Rosen, J. C. (1995). Assessment and treatment of body image disturbance. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 369–373). New York: The Guilford Press.
- Steinhausen, H. C. (1991). *Ergebnisse der Verlaufsforschung zur Anorexia nervosa*. In C. Jacobi & Th. Paul (Hrsg.), *Bulimia und Anorexia nervosa* (S. 217–226). Berlin: Springer.
- Steinhausen, H. C., Rauss-Mason, C. & Seidel, R. (1991). Follow-up studies of anorexia nervosa: A review of four decades of outcome research. *Psychological Medicine*, *21*, 447–454.
- Tuschen, B. & Bents, H. (1995). Intensive brief inpatient treatment of bulimia nervosa. In K. D. Brownell & C. G. Fairburn (Eds.), *Eating disorders and obesity. A comprehensive handbook* (pp. 354–360). New York: The Guilford Press.
- Tuschen, B. & Fiegenbaum, W. (1996). Kognitive Verfahren. In J. Margraf (Hrsg.), *Lehrbuch der Verhaltenstherapie* (Bd. 1, S. 387–400). Berlin: Springer.
- Tuschen, B. & Florin, I. (in Druck). *Teufelskreis Bulimie: Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Tuschen, B., Vögele, C., Kuhnhardt, K. & Cleve-Prinz, W. (1995). Steigern psychische Belastungen das Eßbedürfnis? Eine experimentelle Studie an Bulimikerinnen. *Zeitschrift für Klinische Psychologie*, *24*, 344–351.
- Vandereycken, W. (1989). Körperschemastörungen und ihre Relevanz für die Behandlung der Bulimia. In M. M. Fichter (Hrsg.), *Bulimia nervosa* (S. 274–283). Stuttgart: Enke.
- Waadt, S., Laessle, R. G. & Pirke, K. M. (1992). *Bulimie. Ursachen und Therapie*. Berlin: Springer.
- Wilfley, D., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneider, J. A., Cole, A. G., Sifford, L. A. & Raeburn, S. D. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the non-purging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 296–305.
- Wilson, G. T. (1993). Assessment of Binge eating. In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (Eds.), *Binge eating. Nature, assesment, and treatment* (pp. 227–249). New York: The Guilford Press.
- Wilson, C. T. & Fairburn, C. G. (1993). Cognitive treatments for eating disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *61*, 261–269.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. G. & Agras, W. S. (in press). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. In D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.), *Handbook for eating disorders*. New York: Guilford Press.
- Yanovski, S. Z. & Sebring, N. G. (1994). Recorded food intake of obese women with binge eating disorder before and after weight loss. *International Journal of Eating Disorders*, *15*, 135–150.