

**Subgruppendifferenzierung
bei Anorexia nervosa**
-
**Analyse des
restriktiven-, Binge-Purge- und Purge-Typus**

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades eines

Doktors der Philosophie in der Fakultät 14

Humanwissenschaften und Theologie

vorgelegt von

Melanie Peitz

Unter der Betreuung von Erstgutachter Prof. Dr. Hellmuth Metz-Göckel
und Zweitgutachter Prof. Brigitte Bauer

Dortmund, September 2006

Danksagung

Herzlich bedanken möchte ich mich bei meinem Doktorvater Prof. Dr. Hellmuth Metz-Göckel und meiner Zweitgutachterin Prof. Dr. Brigitte Bauer für die Betreuung und die konstruktiven Anregungen und Tipps.

Weiterhin bin ich allen in diesem Werk erwähnten Instituten zu Dank verpflichtet, die mich und mein Projekt unterstützt haben und ohne deren Mithilfe eine empirische Arbeit gar nicht möglich gewesen wäre.

Bei Dr. Beatrice Schuchardt, Dr. Iris Koall und Britta Marfels möchte ich mich herzlich dafür bedanken, dass sie während der gesamten Phase der Arbeit unermüdlich zugehört, geduldig alle Höhen und Tiefen mit mir geteilt und mir mit Rat und Tat zur Seite gestanden haben.

Neben meiner Mutter danke ich Artur Studzian für seine Liebe und Loyalität. Dass er nie Zweifel am Gelingen meines Projektes hatte und alle Bedenken immer mit einem Lächeln beseitigt hat und er Viola und mir immer ein verlässlicher Freund ist.

Zuletzt gilt mein herzlichstes Dankeschön allen Personen, die bereit waren, an dieser Untersuchung teilzunehmen. Ohne deren Bereitschaft und offene Auskunft wäre diese Arbeit nie möglich gewesen.

INHALTSVERZEICHNIS

Vorwort	1
1. Epidemiologie der Anorexia nervosa	3
1.1. Langzeitverlauf der Anorexia nervosa	5
2. Ätiologie der Anorexia nervosa	12
2.1. Geschlechtsdifferenzierende Theorien und Gesellschaftseinflüsse.....	12
2.1.1. Zusammenfassung.....	18
2.2. Feministische Perspektive.....	18
2.2.1. Zusammenfassung.....	21
2.3. Erbliche und molekulargenetische Faktoren.....	21
2.3.1. Zusammenfassung.....	25
2.4. Familien- und Umwelteinflüsse.....	26
2.4.1. Zusammenfassung.....	34
2.5. Subgruppenvergleichende Untersuchungen	35
2.5.1. Zusammenfassung.....	38
2.6. Familiäre Einflüsse bei der Bulimia nervosa.....	38
2.6.1. Zusammenfassung.....	41
2.7. Psychoanalytische Sichtweise	41
2.7.1. Zusammenfassung.....	52
2.8. Verhaltenstheoretische Ansätze.....	53
2.8.1. Zusammenfassung.....	57
2.9. Konklusion	58
3. Symptomatologie und somatische Folgeerscheinungen	59
3.1. Zuordnung.....	68
3.2. Differentialdiagnosen.....	69
4. Komorbidität und bingebegleitende Faktoren	71
4.1. Angst.....	71
4.1.1. Längsschnitt-Untersuchungen.....	73
4.1.2. Subgruppenvergleichende Untersuchungen	81
4.1.3. Angst im Binge-Purge-Zyklus.....	84
4.1.4. Zusammenfassung.....	87
4.2. Affektive Instabilität	88
4.2.1. Binge Eating und Affekte bei adipösen Personen.....	103
4.2.2. Affekte im Geschlechterunterschied	105
4.2.3. Negativer Affekt und Depression im Subgruppenvergleich.....	107
4.2.4. Zusammenfassung.....	112

4.3. Anorexia nervosa und Kognition	112
4.3.1. Kognitionen und Binge	125
4.3.2. Restraint und Kognitionen	126
4.3.3. Kognition und ironischer/paradoxer Effekt.....	134
4.3.4. Zusammenfassung.....	137
4.4. Kontrollüberzeugungen und Locus of Control.....	138
4.4.1. Kontrollüberzeugungen bei der Anorexia nervosa.....	140
4.4.2. Zusammenfassung.....	146
4.5. Anorexia nervosa und Stress bzw. Coping	147
4.5.1. Stresstheorie nach Lazarus	147
4.5.1. Stress und Coping in Bezug auf Essstörungen	150
4.5.2. Exkurs: Escape-Theory	154
4.5.3. Stress und Coping bei den Subgruppen der Anorexie	163
4.5.4. Stresswahrnehmung	164
4.5.5. Zusammenfassung.....	168
5. Darstellung bisheriger Untersuchungen/des Forschungsstandes	169
6. Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung.....	181
6.1. Fragestellungen.....	182
6.2. Hypothesen	184
7. Untersuchungsdesign/Methodik	185
7.1. Fragebögen	185
7.1.1. Eingangfragebogen.....	185
7.1.2. Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger u. a. 1994)	185
7.1.3. State-Trait-Angstinventar (Laux u. a. 1981).....	185
7.1.4. Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (Steyer u .a. 1997).....	186
7.1.5. Eating Attitudes Test – 26 (Garner & Garfinkel 1979)	186
7.1.6. Positive und Negative Affekt Schedule (Krohne u. a. 1996)	187
7.1.7. Fragebogen irrationaler Einstellungen (Klages 1989).....	187
7.1.8. Eating Disorders Inventory-2 (Garner 1991 in Thiel u. a. 1997)	188
7.1.9. Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen 1991) ...	188
7.2. Datenerhebung	189
7.3. Einteilung der Gruppen	190
7.4. Auswertung der Fragebögen und missing values	195
7.5. Demographische Angaben.....	195
7.5.1. Inanspruchnahme professioneller Hilfe	196
7.5.2. Vergleich des Binge- bzw. Purge-Verhaltens von AN-BP und RAN-P	197
7.5.2.1. Binge-Verhalten der AN-BP.....	197
7.5.2.2. Purging-Verhalten: AN-BP versus RAN-P	197
7.6. Faktorenanalyse.....	203
7.6.1. Beschreibung der verwendeten Subskalen.....	204
7.6.2. Hauptkomponentenanalyse auf Skalenebene	207
7.6.2.1. Beschreibung des 1. Faktors	208
7.6.2.2. Beschreibung des 2. Faktors	210

7.6.2.3. Beschreibung des 3. Faktors	211
7.6.3. Zusammenfassung der Ergebnisse (Faktorenanalyse)	211
7.7. Diskriminanzanalyse.....	212
7.7.1. Diskriminanzanalyse auf Skalenebene.....	213
7.7.2. Vergleich der Gruppen.....	218
7.8. Varianzanalysen	223
7.9. Hypothesentests	229
7.10. Gesamtzusammenfassung und Diskussion	235
8. Ausblick	241
9. Bibliographie.....	243
Anhang.....	285
Eingangsfragebogen	A1
Eating Attitudes Test - 26	A5
Eating Disorders Inventory - 2	A7
Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen	A12
State-Trait-Angstinventar.....	A15
Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen	A17
Positive und negative Affekt Schedule.....	A18
Fragebogen irrationaler Einstellungen.....	A19
Beck-Depressions-Inventar.....	A21

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

ABB. 1: MERKMALE DER SUBTYPEN.....	1
ABB. 2: SCHNITTMENGE DER DREI GRUPPEN	2
ABB. 3: SCHAUBILD „PROFESSIONELLE HILFE“	196
ABB. 4: BRECHHÄUFIGKEIT.....	199
ABB. 5: LAXANTIENHÄUFIGKEIT	200
ABB. 6: DIURETIKAHÄUFIGKEIT	201
ABB. 7: FASTENHÄUFIGKEIT	201
ABB. 8: SPORTHÄUFIGKEIT.....	202
ABB. 9: DIÄTPILLENHÄUFIGKEIT.....	203
ABB. 10: MITTELWERT DER DIURETIKAHÄUFIGKEIT	231
ABB. 11: MITTELWERT DER LAXANTIENHÄUFIGKEIT.....	232
ABB. 12: MITTELWERT DER ZUSTANDSANGST	233
ABB. 13: MITTELWERT DER EIGENSCHAFTSANGST	234
ABB. 14: SCHAUBILD „MITTELWERTE NEGATIVER AFFEKT“	234

TABELLENVERZEICHNIS

TAB. 1: BISHERIGE UNTERSUCHUNGEN ZU DEN SUBGRUPPEN.....	170
TAB. 2: RICHTWERTE DURCHSCHNITTLICHER ENERGIEZUFUHR.....	194
TAB. 3: CRONBACHS ALPHA DER SUBSKALEN	207
TAB. 4: HAUPTKOMPONENTENANALYSE AUF SKALENEBENE	208
TAB. 5: GEGENÜBERSTELLUNG DES BIPOLAREN 1. FAKTORS.....	208
TAB. 6: GEGENÜBERSTELLUNG DES BIPOLAREN 2. FAKTORS.....	210
TAB. 7: GEGENÜBERSTELLUNG DES BIPOLAREN 3. FAKTORS.....	211
TAB. 8: EIGENWERTE UND KANONISCHE KORRELATION DER DREI DISKRIMINANZFUNKTIONEN	213
TAB. 9: WILKS' LAMBDA UND SIGNIFIKANZ DER DREI DISKRIMINANZFUNKTIONEN	213
TAB. 10: GRUPPENMITTELWERTE DER AN-R, RAN-P, AN-BP UND EDNOS	213
TAB. 11: GEGENÜBERSTELLUNG DER BIPOLAREN 1. FUNKTION	215
TAB. 12: GEGENÜBERSTELLUNG DER BIPOLAREN 2. FUNKTION	216
TAB. 13: GEGENÜBERSTELLUNG DER BIPOLAREN 3. FUNKTION	217
TAB. 14: EIGENWERT UND KANONISCHE KORRELATION DER DISKRIMINANZFUNKTION	219
TAB. 15: WILKS' LAMBDA UND SIGNIFIKANZ DER DISKRIMINANZFUNKTION.....	219
TAB. 16: GRUPPENMITTELWERTE DER AN-BP VERSUS AN-R+RAN-P	219
TAB. 17: BIPOLARE GEGENÜBERSTELLUNG DER DISKRIMINANZFUNKTION	220
TAB. 18: EIGENWERT UND KANONISCHE KORRELATION DER DISKRIMINANZFUNKTION	221
TAB. 19: WILKS' LAMBDA UND SIGNIFIKANZ DER DISKRIMINANZFUNKTION.....	221
TAB. 20: GRUPPENMITTELWERTE DER AN-R VERSUS RAN-P+AN-BP	221
TAB. 21: BIPOLARE GEGENÜBERSTELLUNG DER DISKRIMINANZFUNKTION	222
TAB. 22: ANOVA „BMI“	223
TAB. 23: DUNCAN-TEST „BMI“	223
TAB. 24: ANOVA „EAT“	224
TAB. 25: DUNCAN-TEST „EAT“	224
TAB. 26: ANOVA „SUBSKALA SCHLANKHEITSTREBEN“	225
TAB. 27: DUNCAN-TEST „SUBSKALA SCHLANKHEITSTREBEN“	225
TAB. 28: ANOVA „SUBSKALA BULIMIE“	226
TAB. 29: DUNCAN-TEST „SUBSKALA BULIMIE“	226
TAB. 30: ANOVA „SUBSKALA IMPULSREGULATION“	227
TAB. 31: DUNCAN-TEST „SUBSKALA IMPULSREGULATION“	227
TAB. 32: ANOVA „BULIMIE UND STÄNDIGE GEDANKL. BESCHÄFTIGUNG MIT ESSEN“	228
TAB. 33: DUNCAN-TEST „BULIMIE UND STÄNDIGE GEDANKL. BESCHÄFTIGUNG MIT ESSEN“	228
TAB. 34: ANOVA „SUBSKALA ORALE KONTROLLE“	229
TAB. 35: DUNCAN-TEST „SUBSKALA ORALE KONTROLLE“	229

TAB. 36: SIGNIFIKANZ ZWISCHEN DEN GRUPPEN (BMI)	230
TAB. 37: DUNCAN-TEST „BMI“	230
TAB. 38: DUNCAN-TEST „DEPRESSION“	232

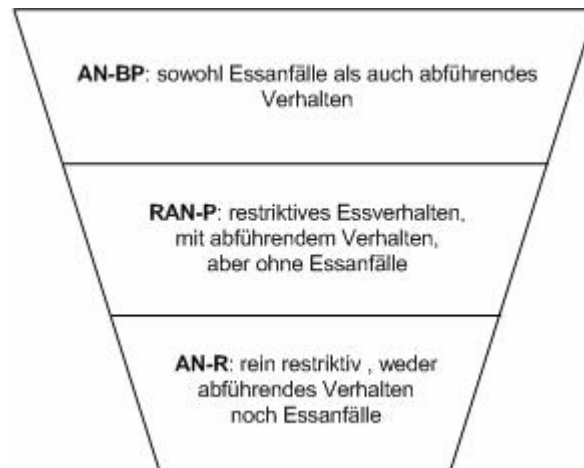
ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

AN	Anorexia nervosa
AN-BP	Binge-Purge-Typus der Anorexia nervosa. Hier kommt es sowohl zu Essanfällen als auch zu Purgingverhalten
AN-R	restriktiver Typ der Anorexia nervosa, der weder Essanfälle noch Purgingverhalten zeigt
BED	Binge Eating Disorder
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
EDNOS	Eating Disorder Not Otherwise Specified
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
ICD-10	International Classification of Diseases-10
KG	Kontrollgruppe
LOC	Locus of Control
MMPI	Minnesota Multiphasic Personality Inventory
N	Stichprobengröße
NA	Negativer Affekt
RAN-P	restriktiver Purging-Typus der Anorexia nervosa. Es liegen keine Essanfälle vor, dennoch zeigt dieser Personenkreis Purging-Verhalten
OCD	Obsessive-Compulsive Disorder
PA	Positiver Affekt
Vp	Versuchsperson

Vorwort

Die vorliegende Untersuchung hat zum Ziel, eine Subgruppendifferenzierung der Anorexia nervosa vorzunehmen. Hierbei wird unterschieden zwischen einem rein restriktiven Typus (AN-R) der Anorexie, welcher weder Essanfälle noch Purging-Verhalten zeigt, einem restriktiven Purging-Typus (RAN-P), bei dem es ebenfalls nicht zu Essanfällen kommt, dafür aber Purging-Verhalten vorliegt und dem Binge-Purgenden-Typus (AN-BP) der Anorexia nervosa, bei dem es sowohl zu Essanfällen als auch zu Purgingverhalten kommt.

Abb. 1: Merkmale der Subtypen

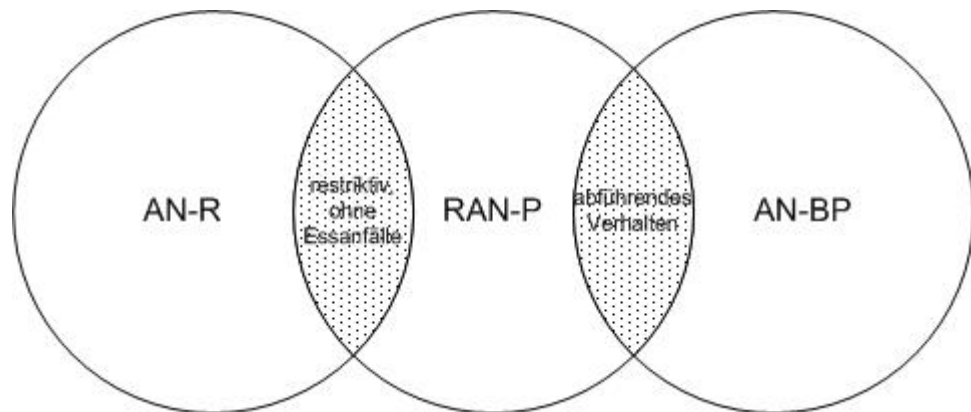


Das theoretische Spektrum der Arbeit umfasst dabei die neuesten Ergebnisse aus der allgemeinen Anorexie-Forschung, wie etwa Ätiologie, Epidemiologie und Symptomatologie, ebenso wie die Betrachtung soziokultureller und psychogener Komponenten. Zudem wird eine kritische Analyse bisheriger Studien zur Subgruppendifferenzierung vorgenommen.

Ebenfalls von Interesse wird die Beleuchtung relevanter Komorbiditäten wie etwa die Angststörung oder die Depression sein. In diesem Kontext wird gleichfalls eine Identifizierung wesentlicher Aspekte, die in einem Zusammenhang mit Essanfällen stehen, vorgenommen. Hierzu gehört die Betrachtung beteiligter kognitiver Prozesse, Kontrollüberzeugungen, Affekte und Ergebnisse der Stress- und Copingforschung. In einem zweiten

Schritt soll mit Hilfe einer Probandenbefragung der Frage nachgegangen werden, in welchen Aspekten sich diese Subgruppen voneinander unterscheiden lassen. Gibt es Unterschiede zwischen den Gruppen oder weisen sie eher Gemeinsamkeiten auf? Von besonderem Interesse ist dabei die Betrachtung des restriktiven Purge-Typus (RAN-P), da dieser in der bisherigen Literatur wenig Beachtung gefunden hat. Diese Subgruppe weist Schnittmengen zu den jeweils anderen beiden Gruppen auf:

Abb. 2: Schnittmenge der drei Gruppen



Dabei sei darauf verwiesen, dass ein diätierendes Verhalten bei allen Subgruppen präsent ist.

Zielsetzung der vorliegenden Arbeit ist demnach eine präzise Subgruppendifferenzierung der Anorexia nervosa, welche sowohl die kritische Analyse theoretischer Aspekte als auch eine eigene empirische Untersuchung mit obig genanntem Fokus einbezieht.

1. Epidemiologie der Anorexia nervosa

Das DSM-IV-TR (Saß 2003) spricht von 0,5 – 1,0% Personen, die alle Kriterien der Magersucht erfüllen. Weit häufiger sei jedoch die Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS), also Personen, die beinahe die Kriterien für diese Störung erfüllen. Zudem sei die Inzidenz (Anzahl neuer Erkrankungsfälle pro Zeiteinheit) der Anorexie in den letzten Jahrzehnten gestiegen (vgl. Kerr u. a. 1991; Köpp u. a. 1994b; Zipfel & Herzog 1996) und als Durchschnittsalter bei Beginn der Erkrankung wird das 17. Lebensjahr angegeben, wobei es einen Häufigkeitsgipfel im Alter von 14 und 18 Jahren gibt. Weiterhin wird gesagt, dass mehr als 80% der Fälle Frauen betreffen.¹

Der Verein „Magersucht.de“ (Selbsthilfe bei Essstörungen e. V.) geht von 5 Millionen essgestörten Frauen und Männern in der Bundesrepublik Deutschland aus. 100.000 Personen leiden davon an Magersucht, wobei sich die Zahl in den letzten 10 Jahren verdreifacht hat. Etwa 5% der Erkrankten sind Männer.²

Klußmann (1996) gibt das Verhältnis Frauen : Männer mit 20-30 : 1 an.

Rathner & Messner (1993) fanden hinsichtlich der Anorexia nervosa eine Punktprävalenz von 1,3% bei 15 bis 20-jährigen Schülerinnen. In der Altersspanne 11 bis 20 Jahre fand man eine Essstörung im Verhältnis 1:172, welches 0,58% entsprach.

Die Prävalenzrate für Anorexia nervosa betrug in der Analyse von Hoek & van Hoeken (2003) 0,3% und sie sprechen bei der Inzidenz von 8 Fällen pro 100.000/Jahr.

¹ Bisherige Untersuchungen fanden keine signifikanten Gender-Unterschiede in der Symptomatologie der Anorexia nervosa bzw. bei den Komorbiditäten (Zipfel u. a. (1999); Köpp u. a. (1999) - allerdings wiesen Köpp & Jacobi (1994a) nach, dass männliche Patienten im Vergleich zu Frauen die Therapie eher abbrechen). Sharp u. a. (1994) stellten bis auf das höhere Alter der Männer bei Beginn der Erkrankung, keine wesentlichen Geschlechtsunterschiede fest.

² <http://www.magersucht.de/krankheit/zahlen.php>

Köhle u. a. (1997) gaben bei Frauen eine 1% Lebenszeit-Prävalenz (das Erkrankungsrisiko während des gesamten Lebens) an. Dabei bilden Frauen zwischen dem 15. und 25. Lebensjahr³ die höchste Risikogruppe (vgl. Thomä 1961). In dieser Gruppe erkrankten von 100.000 Frauen 50-75 Personen pro Jahr. Hinsichtlich der Gesamtbevölkerung erkrankten 0,1- 0,6% pro 100.000 Einwohner und Jahr an Magersucht.

Weiterhin sagen Köhle u. a. (1997), dass eine Zunahme der Erkrankung während der letzten Jahrzehnte nicht gesichert sei⁴, aber die Anorexia nervosa heutzutage häufiger diagnostiziert und behandelt würde. Sie betrifft zu 95% Frauen. Die Magersucht kommt in allen westlich zivilisierten Ländern vor⁵, da es hier einen Überfluss an Nahrung gibt und u. a. ein Druck für Frauen bzgl. ihrer körperlichen Erscheinung/Attraktivität besteht (vgl. Franke 2001; Gerlinghoff & Backmund 1999), wohingegen sie in den Ländern der 3. Welt eher selten zu sein scheint (vgl. auch Glomp 2001, Zipfel & Herzog 2000; Löwe & Herzog 1998, Selvini Palazzoli u. a. 1996).

Auch Fombonne (1995) kommt zu dem Schluss, dass man von keiner Erhöhung der Inzidenz der Anorexia nervosa sprechen kann.

Westenhofer (2001) geht sogar davon aus, dass gestörtes Essverhalten und Gewichtskontrollmaßnahmen wie Erbrechen, Laxantien, Diuretika, Appetitzügler oder Diäten zwischen 1990 und 1997 in Deutschland zurückgegangen sind. Spekuliert wird, dass eine verstärkte Aufmerksamkeit auf die Gefahren solcher Verhaltensweisen, u. a. transportiert durch die Massenmedien, zu einem solchen Ergebnis geführt hat. Allerdings muss hier angemerkt werden, dass die untersuchten Probanden mindestens 18 Jahre und älter waren, somit die Ergebnisse eingeschränkt betrachtet werden sollten.

³ Karren (1990) spricht hier von dem 11. bis 14. Lebensjahr.

⁴ Hoek & Hoeken (2003) gehen jedoch von einem Anstieg seit den 70er Jahren aus (vgl. auch Köpp u. a. 1995).

⁵ Vgl. Lindberg & Hjern (2003). Sie analysierten Risikofaktoren für die Entstehung einer AN. Neben der Zugehörigkeit zum weiblichen Geschlecht, spielte insbesondere der soziokulturelle Kontext eine große Rolle.

Hinsichtlich der Prävalenz konkludieren Jacobi u. a. (1996), dass es bestimmte Risikogruppen wie Modells, BalletttänzerInnen, Jockeys oder Ringier gibt, bei denen die Prävalenz höher liegen kann, da der gesellschaftliche Druck zusätzlich durch internes Regelwerk und Traditionen verstärkt wird (vgl. Bachner-Melman 2003; Brumberg 1994).

Karren (1990) gibt an, dass Anorektiker insbesondere in höheren sozialen Schichten anzutreffen sind (vgl. Franke 2004; Finzer u. a. 1998; Brumberg 1994; Sharp u. a. 1994). Die besonderen Lebensbedingungen wie schichtspezifische Werte und Verhaltensformen in der oberen Mittel- und Oberschicht, fördern die Entwicklung der Anorexia nervosa.

Dass die Anorexia nervosa häufiger in den höheren sozialen Schichten anzutreffen ist, wurde auch von McClelland & Crisp (2001) herausgefunden.

Gard & Freeman (1996) stehen der o. g. Aussage jedoch konträr gegenüber. Sie analysierten epidemiologische Studien aus den Jahren 1970 bis 1990 und kommen zu dem Schluss, dass keine Majorität an Essstörungen in sozioökonomisch höheren Schichten nachgewiesen werden konnte. Auch eine Verbindung zwischen der Anorexia nervosa und einer höheren Schicht bedarf nach Meinung der Autoren noch des Beweises (vgl. auch Leighton & Millar 1985).

1.1. Langzeitverlauf der Anorexia nervosa

Berger & Strauß (2004) gehen davon aus, dass die Magersucht die höchste Sterberate aller psychosomatischen Erkrankungen besitzt.⁶ Sie gelte bei Mädchen als zweithäufigste Todesursache in der Adoleszenz. Häufig käme es aufgrund von Depression und Ängsten zum Suizid.⁷

⁶ Auch Köpp u. a. (1995) gehen von einer hohen Mortalitätsrate aus. Sie sprechen von über 10% im Langzeitverlauf (d. h. mehr als 10 Jahre).

⁷ Favaro & Santonastaso (1997) fanden heraus, dass AN-BP häufiger Suizidversuche unternommen hatten als AN-R. Diejenigen Anorektikerinnen, die jemals einen Versuch vorgenommen hatten, waren älter, hatten eine längere Krankheitsdauer, wogen weniger und waren obsessiver als Nicht-Versucher. Zudem fand man bei den Magersüchtigen einen Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und der Diagnose einer *Major Depression*.

Hinsichtlich der Gefährlichkeit der Anorexia nervosa spricht Franke (2003) aber von einer „apokalyptischen Schwarzmalerei“.⁸ Zwar sei die Magersucht schon eine gefährliche Erkrankung, aber mindestens die Hälfte aller Betroffenen überwinde sie vollständig⁹ bzw. 30% so weit, dass sie mit der Erkrankung leben könnten. Etwa 20% würden ohne professionelle Hilfe gesund (vgl. Franke 2001).

Herzog u. a. (1996) sprechen von einem „Polarisierungseffekt“.¹⁰ Bei einer zunehmenden Katamnesedauer stiegen sowohl der Anteil der Patientinnen mit gutem Verlauf als auch die prozentuale Mortalität.

Das DSM-IV-TR (Saß 2003) spricht von einer 10% Langzeitmortalitätsrate. Verhungern, Suizid und Elektrolytungleichgewicht seien dabei die häufigsten Todesursachen.

Eine Sterblichkeitsrate von 6% wird von Gerlinghoff & Backmund (1999) angenommen.

Pla & Toro (1999) fanden in ihrer Untersuchung eine Sterblichkeitsrate von 2%. Untersucht wurden 48 Probanden nach 8 Jahren. 6% litten nach wie vor an einer Anorexie, 4% zeigten partielle Syndrome, 11% galten als geheilt, zeigten aber noch Sorge über das Essen und Körpergewicht und 32% hatten sich voll gebessert.

Zipfel & Herzog (2000) untersuchten 84 Patientinnen mit Anorexia nervosa nach 21,3 Jahren. Eine vollständige Heilung war bei 50,6% der Befragten nachzuweisen. Insgesamt zeigten 20,8% noch Teilsymptome einer Anorexia nervosa. Bei 10,4% war noch das Vollbild einer Anorexie vorhanden, wobei bei diesem chronifizierten Verlauf die AN-BP siebenfach überrepräsentiert waren. Zudem konnte gezeigt werden, dass fast aus-

⁸ Franke (2003), S. 172.

⁹ Auch Pirke (1991) geht bei 50% der Fälle von einer günstigen Prognose aus.

¹⁰ Herzog u. a. (1996), S. 231.

schließlich diejenigen Personen verstorben waren, die *Purgatives* als Gewichtskontrolle eingesetzt hatten.

Auch Herzog u. a. (1992a) zeigten, dass der AN-PB-Typus die höchsten Psychopathologiewerte aufwies (vgl. auch Herzog 1992b). Von insgesamt 210 Befragten, litten 25% unter Persönlichkeitsstörungen.

Müller u. a. (2000) fanden heraus, dass die Anorexia nervosa mit einer hohen Vulnerabilität für psychiatrische Erkrankungen einhergeht (vgl. Steinhausen 2002; Matsunaga 2000; Finzer 1998). 92% ihres Kollektivs hatten zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung (10 Jahre) mindestens eine psychiatrische Diagnose, darunter waren am häufigsten Angststörungen vertreten.

Einen Zusammenhang zwischen einer hohen Psychopathologie und einem schlechten Verlauf, konnte von Herpertz-Dahlmann u. a. (1996) nachgewiesen werden. 34 Probanden wurden 3 bzw. 7 Jahre nach der Entlassung erneut befragt. Mehr als 50% der Betroffenen war genesen, davon die Meisten innerhalb der ersten 3 Jahre. 21% zeigten einen chronischen Verlauf. Herpertz-Dahlmann & Remschmidt (1994) sagen, dass im Allgemeinen etwa 40% der Betroffenen eine gute Heilungsprognose haben, während etwa 25-30% eine mittelmäßige bis schlechte Prognose aufweisen. Weiterhin nehmen sie eine Mortalitätsrate von 3% an. Als schlechter prognostischer Faktor wird die präpuberale Magersucht gesehen, wenn also der Krankheitsbeginn vor dem 11. Lebensjahr liegt.

Herzog u. a. (1997) sprechen von einem hohen Chronifizierungs- und Mortalitätsrisiko bei der Anorexia nervosa. 84 Patientinnen wurden nach 12 Jahren erneut untersucht. 12% der ehemaligen Stichprobe waren verstorben.

Ein Follow-up nach 10 Jahren von Wentz u. a. (2001) ergab, dass 27% der insgesamt 51 Anorektikerinnen eine schlechte Prognose aufwiesen, die

Mehrheit von 43% zeigte einen guten Verlauf und 29% lagen mittig. Über die Zeit hinweg betrachtet, konnte bei 25% ein konstant restriktives Verhalten aufgezeigt werden. Weitere 25% zeigten sowohl Binge- als auch Purge-Verhalten.

Nach 8 Jahren wurden 136 Probanden (51=AN-R und 85=AN-BP) von Eddy u. a. (2002) befragt. Es zeigte sich, dass 62% der ehemals restriktiven Anorektikerinnen zum bulimischen Subtyp der Anorexie übergegangen waren. 12% zeigten weiterhin restriktives Verhalten. 46% der AN-R und 39% der AN-BP hatten eine volle Genesung erreicht.

9 Anorektikerinnen waren verstorben. Die AN-BP waren mit 68% im Vergleich zu 31% der AN-R rückfälliger.

Löwe u. a. (2001) untersuchten Anorektikerinnen nach 21 Jahren. Die Mehrheit von 51% war voll- und 21% partiell genesen und 10% besaßen noch immer das volle Krankheitsbild einer Anorexie. 12 Patienten waren verstorben. Die meisten Patienten erhielten eine AN-BP-Diagnose, aber keiner der Befragten erfüllte die Kriterien einer Bulimia nervosa. Dabei waren ein niedriges Gewicht und die Schwere sozialer und psychischer Probleme ein schlechtes Prognosekriterium. Es wird davon ausgegangen, dass auch nach 21 Jahren noch eine Heilung möglich ist, dass aber gleichzeitig auch ein Rückfall trotz vorheriger Genesung möglich ist.

Crisp (1967) geht davon aus, dass im Verlauf der Erkrankung, zwei Drittel der Patienten genesen. Als Kriterium für eine volle Genesung benennt er ein stabiles Gewicht, kein Erbrechen, eine regelmäßige Menstruation und das Vorhandensein heterosexueller Beziehungen.

Hsu (1988) fasst zusammen, dass man von einer Mortalitätsrate zwischen 0-5% ausgehen kann. 50-60% erreichen wieder ein normales Gewicht, 11-20% bleiben untergewichtig. Als schlechte prognostische Faktoren werden lange Krankheitsdauer, niedriges Gewicht, morbide Persönlichkeit,

soziale Schwierigkeiten, gestörtes Familienverhältnis und vorausgegangene Behandlungen genannt.

Als ungünstige Prognosefaktoren benennt Steinhausen (2002) Erbrechen, bulimische Verhaltensweisen, Chronifizierung der Erkrankung, *Obsessive-Compulsive Disorder* und den Missbrauch von Laxantien und Diuretika (vgl. González-Pinto u. a. 2004; Woodside u. a. 2001; Zipfel & Herzog 2000; Krüger u. a. 2001).

Klessmann (1990) hält fest, dass es schwierig sei, von einer „restlosen Heilung“¹¹ zu sprechen. Oftmals sei zwar das Körpergewicht und eine regelmäßige Menstruation wieder hergestellt, doch seelische Probleme seien bedeutend schwieriger zu therapieren. So sind auch nach der physischen Genesung oft noch ein gestörtes Selbstvertrauen und dysfunktionale Partnerschaften vorzufinden.

Auch Jacobi u. a. (1996) sagen, dass die Rate und Geschwindigkeit einer Gewichtszunahme kein Prädiktor für einen langfristigen Erfolg sei.¹²

Daher kommen Gerlinghoff & Backmund (1999) zu dem Schluss, dass eine Aufarbeitung der die Magersucht verursachenden Probleme parallel zu einer Gewichtssteigerung erfolgen muss (vgl. auch Westen & Harnden-Fischer 2001; Hänsel 1985).

Ebenfalls fasst Franke (2003) zusammen, dass bei einem Wegfall der Krankheitssymptome noch lange nicht von einer Gesundung gesprochen werden kann. Vielmehr besteht für die Betroffenen die Aufgabe darin, neben den physischen Verbesserungen auch eine positive Beziehung zu sich selbst zu entwickeln, was u. a. ihre Wünsche und Zielvorstellungen mit einschließt. Gesundsein heißt nach Franke (2003) „seinen Raum zu erken-

¹¹ Klessmann (1990), S. 27.

¹² Nach Meinung von Herpertz-Dahlmann & Remschmidt (1994) ist ein zu steiler Gewichtsanstieg prognostisch ungünstig, da es die Verarbeitung der körperlichen Veränderungen erschwert.

nen¹³, sprich: Nähe und Distanz gleichermaßen aushalten zu können und zu verstehen, dass Intimität zu einem anderen Menschen nicht gleichbedeutend mit dem Wegfall von Autonomie sei.

Orbach (1987) fügt hinzu, dass eine Magersüchtige dann auf dem Weg der Heilung sei, wenn sie das Problem erkannt und ihr ritualisiertes Verhalten aufgegeben habe bzw. sich von festgelegten Denkmustern befreien und ihren Selbsthass aufgeben könne (vgl. Fursland 1994).

Nach Krebs (1985) kann dann von „Symptombfreiheit“ gesprochen werden, wenn der Alltag nicht mehr zwanghaft um das Essen kreist und sich ein relativ stabiles Gewicht eingependelt hat.

Medizinische Gesichtspunkte wie die „Amenorrhoe“ oder psychische Aspekte wie die Angst vor weiterer Gewichtszunahme oder die Körperbildstörung werden hier jedoch völlig außer Acht gelassen.

Als günstige Prognosekriterien fasst Haller (1992) zusammen: das Eingestehen eines Hungergefühls, positive Selbstachtung und das Erlangen von Autonomie, während eine mehr als sechs Jahre andauernde Erkrankung, prämorbidem Übergewicht, bulimische Verhaltensweisen, eine instabile Persönlichkeit, eine dysfunktionale Ehe, exzessive somatische Sorgen und ein niedriges Gewicht als negative Prognosekriterien gelten.

Cierpka & Reich (1997) sehen als günstige Prognosefaktoren:

- > einen frühen Krankheitsbeginn (vgl. Petzold u. a. 1992).
- > ein kurzes Intervall vom Krankheits- bis zum Therapiebeginn
- > eine gute prämorbid psychosoziale Anpassung und Leistungsfähigkeit
- > Verbesserung der familiären Beziehungen
- > Verbesserung der sozialen Kontakte.

Als ungünstige Prognosefaktoren gelten:

¹³ Franke (2003), S. 192.

- > lange Krankheitsdauer vor Behandlungsbeginn (vgl. Petzold u. a. 1992)
- > geringe Gewichtszunahme während der ersten Behandlungswochen
- > höheres Alter bei Ersterkrankung
- > stark gestörte Familienbeziehungen
- > gleichzeitiges Bestehen bulimischer Symptome
- > fehlgeschlagene Vorbehandlungen
- > psychosoziale Probleme
- > ledig.

Theander (1985) konkludiert, dass der Verlauf der Anorexie an den Kernsymptomen gemessen werden sollte. Als wichtige Kriterien für ein günstiges Ergebnis sieht er: eine regelmäßige Menstruation, ein stabiles Körpergewicht, normale Essgewohnheiten ohne bulimische Episoden oder Diäten und eine normale Körperanschauung ohne unrealistische Überbewertung des Körperumfanges. Auch wird angeführt, dass die Anorexie eine schwerwiegende Erkrankung mit tendenziell chronischem Verlauf bis hin zum Tod sei. Allerdings, so schließt Theander (1985), sei der individuelle Verlauf einer Anorexie nicht vorhersagbar.

2. Ätiologie der Anorexia nervosa

2.1. Geschlechtsdifferenzierende Theorien und Gesellschaftseinflüsse

Striegel-Moore (1993a) geht davon aus, dass Mädchen viel stärker auf die Gefühle und das Wohlergehen Anderer achten als Jungen dies tun.¹⁴ Frauen sind verletzlich, was die Meinung Anderer anbelangt und ihr Selbstwertgefühl hängt, bedingt durch die kulturell herrschenden Schlankheitsideale, in starkem Maße von ihrer physischen Attraktivität ab.¹⁵ Die Massenmedien forcieren zudem diesen Schlankheitsdruck auf Frauen (vgl. Muuss 1985). Es wird angenommen, dass es mehrere Gründe für das Auftreten von Essstörungen/Binge Eating bei Mädchen/Frauen gibt: das verstärkte Definieren über physische Schönheit, kritische Gewichtsäußerungen und eigenes Diätieren der Mütter (vgl. Cierpka & Reich 2001), niedriges Selbstwertgefühl,¹⁶ sozialer Druck, Identitätsdefizite (junge Mädchen, die unsicher bzgl. ihrer eigenen Identität sind und wie sie von anderen gesehen werden, fokussieren den eigenen Körper und dessen Attraktivität, um ein konkretes Hilfsmittel zur Identitätskonstruktion zu haben) und für viele junge Mädchen ist das kulturell vorgegebene Schlankheitsideal biologisch kaum zu erreichen. Im Unterschied zu Jungen, die ja die gleichen Aufgaben in der Pubertät zu erbringen haben (sich an biologische Veränderungen anpassen, heterosexuelle Beziehungen aufbauen, Autonomie erlangen, positives in sich zusammenhängendes Selbst entwickeln, etc.), bringt die physische Reife durch die damit verbundene Gewichtszunahme,

¹⁴ Vgl. Geller u. a. (2000). Sie fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass Anorektikerinnen ihre negativen Gefühle wie Ärger signifikant unterdrücken. Sie neigen dazu, ihre eigenen Bedürfnisse zum Wohle anderer zu minimieren, um Konflikte zu vermeiden. Dabei war das Unterdrücken von negativen Gefühlen mit negativen Gedanken und Gefühlen bzgl. des Körpers verbunden; vgl. auch Zaitsoff u. a. (2002); Fassino u. a. (2001).

¹⁵ Auch The McKnight Investigators (2003) konnten in ihrer Untersuchung feststellen, dass ein sozialer Druck und das Favorisieren bzw. das Wollen eines dünnen Körpers die stärksten Indikatoren für eine nachfolgende Essstörung waren. Weiterhin fand man auch Diätieren und negative Lebensereignisse als Risikofaktoren.

¹⁶ Vgl. McManus & Waller (1995). Sie sehen einen Zusammenhang zwischen Binge Eating und einem negativen Selbstwert bzw. Gefühlen der Ineffektivität (vgl. Strauss & Ryan 1987). Zudem sehen viele Mädchen Schlankheit als Antwort auf ihre Lebensprobleme und überidentifizieren sich mit gängigen Schlankheitsidealen, was zu rigider Nahrungskontrolle führt. Vgl. auch Franke (2001).

die Mädchen weiter vom „Ideal“ weg, während Jungen dem maskulinen Ideal näherkommen.¹⁷ Die Körperzufriedenheit der Mädchen nimmt ab und die Wahrscheinlichkeit des Diätierens bzw. die Entwicklung einer Essstörung wird höher. Auch sind Mädchen in der Pubertät deswegen anfälliger für die Entwicklung einer Essstörung, weil sich in der Pubertät die Selbstreflektion und der Vergleich z. B. mit Peers erhöht (vgl. Franke 2001). Mädchen sind sich aber im negativen Sinne ihrer selbst bewusst, was sowohl eine soziale Ängstlichkeit und Selbstkritik als auch eine Unterscheidung in privates- und öffentliches Selbst-Bewusstsein einschließt. Zudem herrsche zusätzlich noch das Bild der *Superwoman* in unserer Gesellschaft. Verschiedene Rollenansprüche (Mutter, Ehefrau, Karrierefrau, etc.) bringen vielfach Stress hervor, da sie zu 100% eingefordert werden, ohne dass die Frau Opfer bringen soll. Dies sind ebenso unrealistische Ansichten, wie die Annahme, dass Schönheit und Intelligenz nicht parallel existieren können (vgl. auch Striegel-Moore 1993b).

Hier kommen Wertheim u. a. (1997) zu ähnlichen Ergebnissen. Sie befragten adoleszente Mädchen mittels semistrukturierter Interviews. Sorgen über das Körpergewicht traten insbesondere bei denjenigen Probandinnen auf, die sich mit Models aus dem TV bzw. mit populären Mädchen aus ihrer Umgebung verglichen, also einen sozialen Vergleich anstellten.¹⁸ Schlanke Körper wurden idealisiert. Gründe für Diäten waren aber auch, dass man dem anderen Geschlecht gefallen wollte, oder dass man aufgrund seines Körpers gehänselt wurde. Auch gemeinsam geplante Diäten traten häufig auf. Ein weiterer Grund, den die Befragten für ihr Diätieren angaben, war, dass es kaum angemessene Kleidung gäbe. Vielmehr werde die Mode scheinbar nur für sehr schlanke Frauen produziert (vgl. Brumberg 1994). Berichtet wurde auch, dass sich Mädchen durch das Frauwer-

¹⁷ Zipfel u. a. (1999) merken an, dass sich aber auch das männliche Schönheitsideal in den vergangenen Jahren zu einem androgynen, „fettfreien“ und durchtrainierten Typus verändert hat.

¹⁸ Vgl. auch Wichstrøm (1995). Als Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung identifizierte der Autor: das Übernehmen des „perfekten“ Körperideals von Idolen, Körperunzufriedenheit, niedriger Selbstwert, exzessives Trainieren, Diätieren und Depression. Befragt wurden 11315 Probanden und es stellte sich heraus, dass sich 42,5% der Mädchen wünschten, dünner zu sein und 23,4% gaben an, oft oder immer zu diätieren.

den, einhergehend mit Gewichtszunahme und rundlichem Körperbau, irritiert fühlten.

Berger & Strauß (2004) gehen davon aus, dass Mädchen deshalb häufiger von einer Magersucht betroffen sind als Jungen, weil die körperlichen Veränderungen beim weiblichen Geschlecht von außen sichtbar sind und einem „gesellschaftlichen Voyeurismus“ unterliegen.¹⁹ Auch sind die Mädchen von der immer noch oft tabuisierten Regelblutung betroffen und können den Wunsch entwickeln, durch die Abmagerung einen knabenhaften- und somit sexuell uninteressanten Körperbau zu erlangen (vgl. Munz & Catina 1996; Fursland 1994; Muuss 1985).²⁰ Zudem werden im Zuge der Adoleszenz immer häufiger Vergleiche mit dem eigenen Geschlecht angestellt, was zu Frustrationen und Körperunzufriedenheit bei jungen Frauen führen kann. Neben den genannten biologischen- und gesellschaftlichen Aspekten sprechen Berger & Strauß (2004) im Zusammenhang mit der Ätiologie der Magersucht von einem komplexen Wechselspiel. Neben innerpsychischen Konflikten kommt auch der familiären Situation eine wichtige Bedeutung zu. Gerade das perfektionistische Leistungsstreben und Erfolgsdenken vieler Familien mit anorektischem Mitglied fördert die Krankheit (vgl. Franke 2001; Katz 1985).

Dass die Internalisierung soziokulturellen Drucks auf Frauen eine Rolle bei gestörtem Essverhalten spielt, fanden auch Griffiths u. a. (2000) heraus.²¹ In ihrer Studie sahen sie signifikant positive Beziehungen zwischen gezügeltem Essen und (a) abnormalen Essgewohnheiten, (b) dem Bewusstsein und die Internalisierung soziokultureller Einstellungen bzgl. des Aussehens und (c) einer generellen Unzufriedenheit mit sich selbst und dem Leben. Diejenigen Frauen, die diätieren, nehmen stärker den gesellschaftlichen Druck nach Schlankeit wahr und sind besorgter über ihr Gewicht und das Körperbild. Eine signifikante Beziehung zwischen „Perfektionismus“ und

¹⁹ Berger & Strauß (2004), S. 2. Und vergleiche Zipfel u. a. (1999).

²⁰ Gerlinghoff & Backmund verstehen die Anorexie nicht als eine Ablehnung von Weiblichkeit und Sexualität. Der Umgang mit dem Thema „Sexualität“ innerhalb der Familie sei für die Einstellung der Anorektikerin entscheidend. Als problematisch werden mangelnde Aufklärung oder ängstigende Aussagen seitens der Eltern gesehen.

²¹ Vgl. auch Köpp u. a. (1994).

„gezügeltem Essen“ konnte allerdings nicht nachgewiesen werden. Schlussfolgernd sagen die Autoren, dass nicht allein das Vorhandensein o. g. kultureller Erwartungen gegenüber Frauen und ihrem Körper zu einem gestörten Essverhalten führe, sondern vielmehr die Akzeptanz und Internalisierung der gesellschaftlichen Ideale. Auch in einer weiteren Untersuchung von Griffith u. a. (1999) wird die Wichtigkeit von internalisierten Einstellungen gegenüber der äußeren Erscheinung unterstrichen. Bei essgestörten Probanden waren das Bewusstsein und die Internalisierung von soziokulturellen Haltungen signifikant und positiv mit einer Esspathologie verbunden. Diätende internalisierten propagierte Ideale weitaus häufiger als eine Kontrollgruppe. Obwohl die Autoren festhalten, dass Essgestörte wohl anfälliger und beeinflussbarer in Bezug auf kulturelle Wertvorstellungen seien, sagen sie aber auch, dass nicht genau feststellbar sei, ob diese erhöhte Vulnerabilität Ausgangspunkt oder Folge der Essstörung sei.

Die obig genannten Ergebnisse decken sich mit denen von Toro u. a. (1994). Auch hier fand man heraus, dass Anorektikerinnen anfällig für das gesellschaftlich vorgegebene Schlankeitsideal sind. Sie werden als vulnerabel für gesellschaftliche Trends beschrieben, von denen sie sich kognitiv und emotional mehr unter Druck setzen lassen als vergleichbare nicht-essgestörte Teenager der gleichen Altersgruppe. Betont wird zudem der Einfluss von Peers, die z. B. durch eigenes Diätieren oder extremes Sporttreiben ein negatives Vorbild für die spätere Magersüchtige sind.

Die Meinung, dass ein aktueller Druck auf Frauen seitens der Gesellschaft besteht, wird auch von Polivy & Herman (1993) vertreten (vgl. auch Franke 2004; Siever 1994). Auch sie sind der Ansicht, dass die Idealisierung dünner Körper, insbesondere bei jungen Pubertierenden zu einer erhöhten Körperunzufriedenheit führt.

Auch Stice u. a. (1994) kommen zu ähnlichen Ergebnissen. Befragt wurden 238 Studentinnen. Sie sollten ihren Zeitschriften- bzw. TV-Konsum des letzten Monats angeben. Die Analyse ergab einen Zusammenhang

zwischen dem Ausgesetztsein von Medien und einer Essstörungssymptomatik. Sie gehen davon aus, dass das in den Medien porträtierte Schlankheitsideal dann zu einer Esspathologie führt, wenn dieses von den Frauen internalisiert wurde und sie zusätzlich unter Körperunzufriedenheit leiden. Eine größere Internalisierung des Schlankheitsideals sagte eine höhere Körperzufriedenheit bei den Befragten vorher. Kritisch merken die Autoren jedoch selber an, dass davon ausgegangen werden kann, dass alle Frauen den Medien ausgesetzt sind, aber längst nicht alle ein gestörtes Essverhalten entwickeln. Daher müssen biologische-, kognitive und Persönlichkeitsfaktoren unbedingt in die Betrachtung miteinbezogen werden (vgl. Brumberg 1994; Haller 1992).

Auch Murray u. a. (1996) untersuchten den Einfluss von Massenmedien im Hinblick auf Essstörungen. Im Vergleich zu einer Kontrollgruppe berichteten die Essgestörten einen signifikant größeren Einfluss von Medien auf ihr Verhalten. Der Einfluss bestand u. a. darin, dass man versuchte, dem vorgegebenen Ideal nachzueifern (über 70%). Auch Zahlen belegten dies. So gaben 46% der Befragten an, dass „übergewichtig“ und 47%, dass „sehr übergewichtig“ inakzeptabel sei. Bei einem untergewichtigen Körper meinten dies nur 10%. Nahezu alle Frauen gaben an, dass ein stärkerer Druck seitens der Gesellschaft und Medien auf Frauen ausgeübt werde (vgl. Stahr u. a. 1995) und dass ein Idealbild, einhergehend mit Schlankheit und Attraktivität, postuliert werde, wobei die Autoren anmerken, dass die meisten Artikel über Gewicht und Diäten an Frauen gerichtet sind. Die Autoren gingen der Frage nach, warum diese Frauen, trotz des wahrgenommenen sozialen Drucks, diesem Prozess des Nacheiferns unterliegen und vermuten, dass u. a. eine niedrige Selbstachtung dafür verantwortlich ist. In einer zweiten Untersuchung zeigten Murray u. a. (1995), dass gesellschaftliche Genderunterschiede existieren. Frauen würden eher gesellschaftlich und partnerschaftlich für ihre Körper kritisiert als Männer. Zudem zeigten sich Frauen signifikant stärker von anderen Personen beeinflusst. Dabei stellte sich heraus, dass essgestörte Frauen stärker zu Ver-

gleichen (Gewicht/Körper anderer Frauen) tendieren und viel Zeit mit Gesprächen über Gewicht und Diäten verbringen.

Auch Brownell (1991) sagt, dass insbesondere die kulturellen Ideale für das Diätieren vieler Menschen verantwortlich sind. Ein schlanker Körper steht symbolisch für Selbstkontrolle, Erfolg und Akzeptanz (vgl. McLaughlin u. a. 1985). Das Individuum zeigt Außenstehenden, dass es den eigenen Körper beherrschen kann, indem es Essensreizen widersteht, was wiederum für harte Arbeit steht. Zudem werden mit der Nahrungsrestriktion auch Wünsche nach Erfolg, Glück, einem erfüllten Leben und positiver Beziehung zum anderen Geschlecht verknüpft. Da aber viele Personen dem Ideal des sehr schlanken Körpers nicht entsprechen, versuchen sie diesem mittels Diäten näher zu kommen. Diese Versuche zeichnen sich jedoch häufig durch Misserfolge bzw. nur kurzfristige Erfolge aus, was dann wiederum in Körperunzufriedenheit umschlagen kann. Und diese erhöht die Wahrscheinlichkeit einer Essstörung.

Dass dabei auch das TV als ein Medium eine vermittelnde Rolle dieser Ideale übernimmt, konnte von Tiggemann & Pickering (1996) nachgewiesen werden. Sie befragten 94 adoleszente Mädchen nach ihrem TV-Konsum. Es stellte sich heraus, dass nicht die Quantität des Konsums entscheidend ist, sondern *was* sich die Mädchen anschauten. So korrelierte das Schauen von Soaps, Spielfilmen und Sport positiv mit Körperunzufriedenheit, und Musikvideos sagten Schlankheitsstreben voraus. Die Autoren glauben, dass einerseits das stereotype Frauenbild²² dieser Sendungen und andererseits der Vergleich mit „perfekten“ Stars in Musikvideos bei den Befragten zu Körperunzufriedenheit bzw. einem Drang nach Schlankheit führten.

Geller u. a. (2000) gehen davon aus, dass Genderunterschiede in unserer Gesellschaft mitverantwortlich dafür sind, dass Frauen Selbstbehauptung

²² Nach Bauer (1984) besteht die Gefahr von Stereotypen darin, dass die Inhalte dieser dem eigenen Selbstbild zugeordnet werden. Sie können die Wahrnehmung und Beurteilung des eigenen Selbst entscheidend beeinflussen.

als unerwünscht empfinden und sie ihre wahren Gefühle, insbesondere die der Wut und des Ärgers, unterdrücken.²³ Sie fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass Anorektikerinnen eine Tendenz haben, ihre Selbstwahrnehmung durch externe Standards abzugleichen.²⁴ Magersüchtige hatten nicht nur das Bedürfnis, ihre negativen Gefühle zu unterdrücken, sondern minimierten auch noch ihre eigenen Bedürfnisse zum Wohle der Anderen (z. B. in Beziehungen). Somit maßen sie anderen Personen in ihrem Umfeld mehr Bedeutung bei als ihren eigenen Empfindungen. Auch kommen die Autoren zu dem Schluss, dass „Perfektionismus“²⁵ ein zentrales Merkmal der anorektischen Symptomatologie sei. Um „perfekt“ zu erscheinen, unterdrücken Anorektikerinnen lieber ihre wahren Bedürfnisse (vgl. Gerlinghoff & Backmund 1999).

2.1.1. Zusammenfassung

Die bisherigen Untersuchungen sind recht einheitlich, identifizieren sie doch mehrheitlich das kulturell vorherrschende Schlankeitsideal, den negativen Einfluss der Massenmedien, die verschiedenen Rollenansprüche an die Frau, das Nachahmen „perfekter“ Körperideale von Stars, die Internalisierung soziokulturellen Druck und eine gewisse Vulnerabilität von Frauen für gesellschaftliche Trends als Risikofaktoren für die Entstehung einer Anorexie.

2.2. Feministische Perspektive

Orbach (1987) ist der Ansicht, dass man immer noch nicht von einer Gleichheit der Frau in der Gesellschaft sprechen kann (vgl. Fursland

²³ Zaitsoff u. a. (2002) fanden einen Zusammenhang zwischen Wutunterdrückung, der Befriedigung der Wünsche anderer (auf Kosten der eigenen Wünsche) und einem gestörten Essverhalten. Vgl. auch Reich (2001b). Auch Thompson u. a. (1999) untersuchten Aggressionen bei essgestörten Personen und fanden heraus, dass es eine Verbindung zwischen aggressivem Verhalten und Essstörungen gibt, wobei die Aggression meist gegen sich selbst gerichtet war, z. B. Drogeneinnahme oder Suizidversuche.

²⁴ Auch Kerr u. a. (1991) sprechen in diesem Zusammenhang von einer „sozialen Konformität“ der Anorektikerinnen (S. 847).

²⁵ Vgl. Davis (1997). Hier wird zwischen „normalem“ und neurotischem Perfektionismus unterschieden. Dabei zeichne sich neurotischer Perfektionismus durch unrealistisch hohe Ziele, übermäßige Sorgen über Fehlverhalten und Versagensängsten aus.

1994).²⁶ Es gibt keine Persönlichkeit, die außerhalb der Gesellschaft mit ihrem Regelsystem entsteht (vgl. Cooper 1994). Kulturell und psychologisch werde die Frau noch immer dahingehend erzogen, den Bedürfnissen Anderer zu dienen. Frauen werden als abhängig von der Zustimmung ihrer Umwelt betrachtet, da sie sich mehr mit fremden denn mit eigenen Bedürfnissen auseinandersetzen. Nach Meinung von Orbach (1987) wird der heutigen Frau noch immer keine Entschlussfreudigkeit, Eigeninitiative oder Bedürfnisbefriedigung zugesprochen (vgl. Fursland 1994). Auch an Selbstachtung mangle es ihr. Die Anorexie selber wird verstanden als eine extreme Reaktion auf gesellschaftliche Verwirrung, Verunsicherung und multiple Rollenanforderungen an die Frau. Auch wird die Magersucht als Versuch angesehen, einer Welt anzugehören, von der sich die Betroffene fundamental ausgeschlossen fühle und sich nicht berechtigt sähe, diese zu betreten. Sie erhofft sich Selbstachtung, Akzeptanz und will das Gefühl der inneren Leere bekämpfen. Ähnlich wie bei Bruch (1971) geht auch Orbach (1987) davon aus, dass schon die frühkindliche Interaktion zwischen Mutter und Tochter gestört ist (vgl. Brandão Lemos Morais & Horizonte 2002) und damit ein grundlegender Aspekt für die Entstehung der Magersucht bereitet sei. Das Kleinkind benutzt die Persönlichkeit der Mutter, um seine eigene Egostruktur aufzubauen. Da jedoch die Mütter selber durch Selbsthass und -ekel, bedingt durch die gesellschaftliche Konditionierung, geprägt sind, werden sie dem Kleinkind, nach Meinung von Orbach (1987) negative Gefühle hinsichtlich der Weiblichkeit vermitteln. Eigene Autonomiebestrebungen des Kindes werden zu Gunsten gesellschaftlicher Ansprüche, wie Passivität, Selbstbeschränkung und Mäßigung, unterbunden (vgl. Edwards 1994). Somit erlebt der Säugling recht schnell ein Gefühl von Machtlosigkeit und Auslieferung. Das heranwachsende Kind empfindet die eigene Körperlichkeit nicht als gut und zufriedenstellend und kann somit den Körper nicht authentisch erleben. In der Nahrungsverweigerung manifestiert sich dann der Glaube, dass Essen etwas Unrechtmäßiges sei. Der

²⁶ Franke (2001) führt aus, dass die Frauenrolle in den vergangenen Jahren der Emanzipation nicht aufgewertet wurde. Emanzipation bedeute nicht die Aufwertung weiblicher Werte, sondern lediglich die Möglichkeit von Frauen, männliche Verhaltensmuster zu übernehmen oder in männliche Gesellschaftsbereiche vorzudringen.

Hungerstreik wird als etwas begriffen, was der Magersüchtigen bleibt, um ihrem Protest Ausdruck zu verleihen.

Edwards (1994) sieht die Magersucht als eine Selbstbehauptungsmöglichkeit. Magersucht sei ein Streben nach individueller Autonomie²⁷ und Identität. Ihrer Ansicht nach wachsen Mädchen in patriarchalen Strukturen auf (vgl. Fursland 1994). Insbesondere das weibliche Geschlecht werde zu Passivität und Unterwürfigkeit erzogen (vgl. Orbach 1987). Von ihnen werde Perfektionismus und eine völlige Eingliederung in die Familie verlangt, wobei Grenzen verwischen und Autonomiebestrebungen den Bedürfnissen der Familie unterzuordnen sind (vgl. Franke 2004). Die Mütter werden als unautonom beschrieben, die Schwierigkeiten haben, sich und ihre Kinder als selbständige Menschen wahrzunehmen. Des Weiteren projizieren sie ihre Erwartungen auf die Töchter, die stellvertretend das Leben für sie leben sollen, welches sie sich erhofft hatten. Da offene Konflikte vermieden werden, können sich Mädchen in der patriarchalen Familienstruktur nicht ausreichend abgrenzen und erwachsen werden. Somit scheint das Hungern ein „schweigender Protest“ gegen die herrschende Familienstruktur zu sein, den die Töchter nicht offen austragen dürfen, sondern gegen das Selbst richten (vgl. Fassino u. a. 1994). Aus feministischer Perspektive geht Edwards davon aus, dass Mädchen in unserer Gesellschaft nicht wütend oder aggressiv zu reagieren haben. Dieses gesellschaftliche Bild zeichnet sich ebenfalls in den Familien ab, und somit bleibt der eigene Körper quasi der einzige Austragungsort für Konflikte, und bietet die Möglichkeit einer Grenzziehung.

Aus soziologisch-feministischer Perspektive sehen Katzman & Lee (1997) die Essstörung als Resultat von Unterdrückung²⁸ und sich wandelnden Prozessen. Die Autoren betrachten das Essen als *Coping*-Strategie, wenn Frauen sich mit Gender-Grenzen und Rollenvorschriften konfrontiert se-

²⁷ Strauss & Ryan (1987) fanden bei Anorektikerinnen Autonomiedefizite, die mit gestörten Familieninteraktionen einhergingen.

²⁸ Auch Geller u. a. (2000) sagen, dass Gefühlsäußerungen geschlechtsspezifisch differenziert in der Gesellschaft aufgenommen werden. Bei Frauen sei es unerwünscht, sich selbst zu behaupten. Eine sich fügende Haltung werde vielmehr respektiert bzw. verlangt.

hen. Auch die Arbeitswelt wird sie als männerdominiert gesehen, wobei die Frauen versuchen, den ihnen entgegengebrachten Vorurteilen durch die Perfektionierung ihres Körpers zu entkommen.

2.2.1. Zusammenfassung

Aus feministischer Perspektive wird die Anorexie als eine Selbstbehauptungsstrategie in einer patriarchalen Gesellschaftsordnung gesehen. Multiple Rollenanforderungen an die Frau, gepaart mit der Unterdrückung negativer Gefühle seitens des weiblichen Geschlechts, ebenso wie mangelnde Emanzipation, gelten hier als Auslösefaktoren einer Anorexia nervosa.

2.3. Erbliche und molekulargenetische Faktoren

Urwin u. a. (2002) konnten nachweisen, dass AN niedrigere Noradrenalin-Level als eine Kontrollgruppe haben. Sie gehen davon aus, dass der Noradrenalin-Transporter (NET) eine wichtige Komponente für die Entstehung der AN darstellt, insofern, dass eine genetische Abwandlung des NET-Gens vorhanden ist. Zudem zeigte sich ein Unterschied zwischen AN-R und AN-BP. „(...) when compared with each other there is a significant difference in allelic transmissions to AN-R and AN-BP patients due to preferential transmission of L4 to AN-R patients, and S4 to AN-BP patients.“²⁹

In ihrer Schlussfolgerung gehen sie davon aus, dass Anorektikerinnen häufig unter Angststörungen leiden. Es gebe einen zunehmenden Beweis dafür, dass das noradrenerge System (Nervenzellsystem, welches Noradrenalin als Neurotransmitter nutzt) an der Psychopathologie menschlicher Angst beteiligt sei, wobei das NET-Gen, welches durch Noradrenalin reguliert werde, eine wichtige Rolle spiele. Somit wird angenommen, dass dieses Gen an der Entstehung der Anorexie beteiligt ist.

²⁹ Urwin u. a. (2002), S. 654.

Wolfe u. a. (1997) gehen davon aus, dass das Serotonin bei der Entstehung von Binges eine wichtige Rolle spielt. Eine veränderte Serotoninfunktion kann ein mangelndes Sättigungsgefühl nach sich ziehen, was dann wiederum die Wahrscheinlichkeit einer Essattacke bei Bulimikern, Personen mit *Binge Eating Disorder* oder AN-BP erhöht. Weiterhin sagen die Autoren, dass das Serotonin nicht nur Einfluss auf Sättigungsgefühle, sondern auch auf Komorbiditäten von Essstörungen, wie Depression oder *Obsessive-Compulsive-Symptome*, nimmt.

Einen Einfluss des Serotoninstoffwechsels nehmen auch Löwe & Herzog (1998) an, sagen aber, dass bislang nicht geklärt sei, ob die Veränderung des Serotoninstoffwechsels eine Ursache oder eine Konsequenz der Essstörung ist.

Nach Anderson u. a. (1990) sind veränderte 5-HT Funktionen für die Entstehung von Essstörungen mitverantwortlich. Eine strikt restriktive Nahrungsaufnahme führe insbesondere bei Frauen zu reduziertem Plasmatryptophan. „(...) that dieting reduces the availability of circulating tryptophan for brain 5-HT synthesis.“³⁰

Haller (1992) spricht davon, dass bei Anorektikern sowohl Störungen der Neurotransmitter als auch im neuroendokrinen System vorliegen, merkt aber an, dass bislang nicht klar sei, ob diese Störungen vor, während oder nach der Essstörung auftreten.

Holland u. a. (1988) sprechen davon, dass genetische Faktoren an der Entstehung der Anorexia nervosa beteiligt sind (vgl. Klein & Walsh 2003). Sie fanden in ihrer Untersuchung an eineiigen- bzw. zweieiigen Zwillingen und deren Verwandten heraus, dass insbesondere zwei zentrale Merkmale der Anorexie, nämlich die Amenorrhöe und der Gewichtsverlust, erblich sind. Ebenso verhielt es sich mit den zwei Subskalen *Drive for Thinness* und *Body Dissatisfaction* des *Eating Disorder Inventory*. Die Annahme der

³⁰ Anderson u. a. (1990), S. 785.

Autoren ist, dass diejenigen vulnerablen Personen eine Anorexie entwickeln, bei denen die Umwelt bzw. die Familie im Speziellen eine Umgebung schafft, in der Diätieren und Gewichtsverlust gefördert wird.³¹

Das DSM-IV-TR (Saß 2003) sagt, dass für biologisch Verwandte ersten Grades von Betroffenen ein erhöhtes Risiko besteht, an einer Anorexie zu erkranken. Dies trifft zudem auch für Affektive Störungen zu – insbesondere bei Verwandten der AN-BP. Zudem sei die Konkordanzrate³² eineiiger Zwillinge signifikant höher als für zweieiige Zwillinge.

Strober (1991) sagt, dass noch immer nicht genau geklärt sei, inwiefern spezifische genetische Faktoren in der Pathogenese von Essstörungen eine Rolle spielen. Eine Konklusion, dass aber genetische Faktoren eine größere Rolle spielen als Umweltfaktoren, sei verfrüht. Obwohl affektive Störungen und Essstörungen häufig koexistieren und eine Depression nach Meinung von Strober das Risiko für eine Essstörung erhöht, könne man aber nicht davon ausgehen, dass diese beiden Störungen einheitlich in der Verantwortung der Familie liegen.

Strober (2004) führt aus, dass es eine ätiologische Verbindung zwischen Angst und der Anorexia nervosa gibt. Die Persönlichkeitszüge der Magersüchtigen seien durch Faktoren wie z. B. „gezügelt“, „vorsichtig“, „reguliert“ und „perfektionistisch“ gekennzeichnet.³³ Hinsichtlich der Pathogenese wird angenommen, dass eine Gewichtsaversion und ein kompulsives Diätieren ererbte Faktoren sind, welche sich z. B. in einem phobischen Vermeidungsverhalten äußern. Dieses liege außerhalb der kognitiven Kontrolle und trage somit zur Chronifizierung der Krankheit bei. Auch Abnormalitäten im limbischen System sind laut Strober (2004) für eine Furchtentwicklung verantwortlich.³⁴

³¹ Vgl. Bulik u. a. (2000).

³² Zusammenhangsmaß, das die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer bestimmten Erkrankung für bestimmte Bevölkerungsgruppen angibt.

³³ Vgl. hierzu auch Rosenvinge u. a. (2000).

³⁴ „[...] has shown altered binding of the serotonin2a receptor in the amygdala, hippocampus, and cingulate in weight-recovered women with anorexia nervosa compared with normal controls, suggesting overexpressions of neuronal circuitry known to be involved in regulating fear conditioning.“ S. 506.

Auch Scott (1986) merkt an, dass die genauen Umstände für die Entwicklung einer Anorexie bislang noch ungeklärt sind, spricht sich aber sowohl für eine genetische- als auch familiäre Ursachenforschung aus. So seien die Familien anorektischer Frauen gekennzeichnet durch Konflikte und Kommunikationsprobleme. Diese könnten aber nur bei prädisponierten Individuen das volle Krankheitsbild mit bedingen.

Eine Studie von Woodside u. a. (2001) untersuchte die Persönlichkeit und die Einstellung gegenüber dem Essen bei Familienmitgliedern anorektischer Personen. Die Mütter der Anorektikerinnen zeigten höhere Perfektionslevel und Gewichts- bzw. Körperformbedenken als die Kontrollgruppe.³⁵ Unterschieden wurden ebenfalls die Eltern reiner Anorektikerinnen von Mischformen. Die Mütter der Mischform zeigten sich dabei perfektionistischer. Daher kommen die Autoren zu dem Schluss, dass Perfektionismus möglicherweise ein genetisch vermittelter Persönlichkeitszug ist, welcher die Anfälligkeit für die Entwicklung einer Anorexie erhöht (vgl. auch The Price Foundation Collaborative Group 2001).

Dass Perfektionismus aus psychogener Sicht eine Rolle bei der Entstehung von Essstörungen spielt, fanden auch Fairburn u. a. (1999a) heraus (vgl. auch Köpp u. a. [1994b]). Sie untersuchten AN, BN, eine psychiatrische und eine nicht-psychiatrische KG. Während Perfektionismus und eine negative Selbstbewertung für beide Essstörungs-Gruppen gleichermaßen Risikofaktoren darstellten – insbesondere aber für AN, zeigte sich, dass es für die BN im Speziellen elterliche und eigene Adipositas und psychiatrische Erkrankungen, ein frühes Einsetzen der Menarche und negative Kommentare der Eltern bzgl. der Figur und des Gewichts des Kindes waren. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass die Risikobedingungen für die Entstehung einer Essstörung aus der Interaktion zwischen genetischen- und Umweltbedingungen bestehen (vgl. auch Fairburn u. a. 1999b).

Hier kommen jedoch Rosenvinge u. a. (1999) zu anderen Ergebnissen. Befragt wurden insgesamt 1000 Jugendliche im Alter von 15 Jahren. Hohe

³⁵ Wertheim u. a. (1997) konnten zeigen, dass Mütter ihre Töchter häufig sogar zu einer Diät überreden bzw. zusammen mit ihnen eine Diät beginnen.

Werte beim „Perfektionismus“ waren nicht mit einer Essstörung gekoppelt. Als Risikofaktoren fanden sie hingegen Diäten und hohe Punktwerte bei „Körperunzufriedenheit“ und „generelle Unzufriedenheit“. Anhand der Ergebnisse stellen sich die Autoren aber auch die Frage nach der Operationalisierung der Zielvariablen. So hätte man beispielsweise noch nach positivem bzw. negativem Perfektionismus unterscheiden oder auch die „generelle Unzufriedenheit“ in *Self-Liking* versus *Self-Competence* aufsplitten können, um detailliertere Ergebnisse zu erlangen.

Zipfel u. a. (1999) fassen zusammen, dass biologische und genetische Einflussfaktoren bei der Anorexia nervosa vorhanden sind, bislang aber noch keine ausreichenden Daten für ein exaktes Bild zur Verfügung stehen.

Franke (2001) summiert hingegen, dass der Anteil organischer Prädispositionen an der Gesamtvarianz ätiologischer Faktoren gering sei.

2.3.1. Zusammenfassung

Hier zeigen sich die Ergebnisse eher uneinheitlich. Einige Untersuchungen legen nahe, dass die so genannten Noradrenalin-Transporter eine wichtige Komponente bei der Entstehung der Anorexie spielen. Andere Untersuchungen kamen zu dem Schluss, dass möglicherweise eine veränderte Serotoninfunktion das Sättigungsgefühl der Betroffenen beeinträchtigt, welches wiederum einen Binge begünstigen kann. Es wird aber mehrfach darauf hingewiesen, dass bislang unklar ist, ob diese Veränderungen eine Ursache oder aber eine Konsequenz der Magersucht sind. Wieder andere Autoren schätzen die genetischen Aspekte als Einflussgröße der Ätiologie der Anorexie als eher gering ein.

2.4. Familien- und Umwelteinflüsse

Die Postulate der systemischen Therapie sind, dass alle Teile eines Systems miteinander verbunden sind und auch interdependent zueinander in Beziehung stehen. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass es keine objektive Sicht und auch keine Wahrheit gibt, sondern nur annähernde Beschreibungen. Zudem geht man bei menschlichen Beziehungen nicht von einer klaren Ursache-Wirkung-Beziehung aus. Die einzelnen Elemente eines Systems bedingen sich zirkulär. Das Tun des Einen bedingt das Tun des Anderen.

Minuchin (1997) erklärt, dass der Mensch nicht als isoliertes Wesen vorhanden ist. Vielmehr ist er ein agierendes und reagierendes Mitglied sozialer Gruppen. In ständig wiederkehrenden Abfolgen sozialer Interaktionen, beeinflusst das Individuum seine Umgebung und vice versa (vgl. auch Minuchin u. a. 2000). Im familiären Kontext ist es ein Mitglied eines sozialen Systems, dem es sich anpassen muss. Ein Kind übernimmt die transaktionalen Muster der familialen Struktur. Diese können jedoch z. B. durch Verstrickungen ins Ungleichgewicht geraten (vgl. Wallin & Hansson 1999). So kann es u. a. zu Autonomiebeschneidungen kommen, wenn das Zugehörigkeitsgefühl allzu ausgeprägt vorhanden ist bzw. betont wird (starke Interdependenzen). Als problematisch wird zudem die Grenzverwischung gesehen, wenn Eltern z. B. das Kind in die ehelichen Konflikte mit einbeziehen. Diese dysfunktionale Situation ist geprägt durch die Ausweglosigkeit des kindlichen Agierens: Stellt es sich auf die Seite eines Elternteils, wird es automatisch zur Unloyalität gegenüber dem anderen Part gezwungen. Daneben gelten auch zu stark beschützende oder zu starr organisierte Familiensysteme als problematisch. Die Erkrankung eines Familienmitgliedes wird daher als Symptom einer dysfunktionalen Familienstruktur betrachtet. In diesen Symptomen konzentrieren und verfestigen sich die Belastungen, die auf der Familie liegen (vgl. Becht 1985). Häufig werden Probleme nicht offen diskutiert und können somit nicht gelöst werden. Damit verstärkt das System das symptomatische Verhalten der betroffe-

nen Person. Das Konfliktvermeidungsverhalten wird aufrechterhalten. Minuchin (1997) sagt hinsichtlich der Anorexie, dass das anorektische Syndrom z. B. ein Ausdruck von Selbstbehauptung sein kann. Durch das Vermeiden von Konflikten innerhalb der Familie darf die Patientin ihren Widerstand nicht offen äußern. Es wird also eine direkte Konfrontation oder Regelverletzung gescheut und die Anorexie bleibt als möglicher Ausweg eines verdeckten Widerspruchs.

Recht typisch für Familien mit einem magersüchtigen Patienten kann das Verleugnen jeglicher Gefühle sein. Die Betroffene als Symptomträger sorgt dafür, dass der Zusammenhalt der Familie gesichert ist und Konflikte unausgesprochen bleiben. Sowohl Generationsgrenzen als auch elterliche Konflikte (vgl. Cierpka & Reich 2001) verstärken die kindliche Ambivalenz gegenüber dem Erwachsenwerden. Zudem verhindern starre Regeln und hohe Leistungsansprüche, das Erwachsenwerden auszuprobieren (vgl. Franke 2004).

Nach Zipfel & Herzog (1996) kann man nicht von „der Magersuchtsfamilie“ sprechen (vgl. Cierpka & Reich 2001). Dennoch gibt es bestimmte Merkmale familiärer Interaktionen, die gehäuft bei den Familien der Anorektikerinnen vorzufinden sind.

Aus systemischer Sicht ist für Hürter (1994) die Interaktion zwischen dem Erkrankten und den Familienmitgliedern von entscheidender Bedeutung, da eine Erkrankung das Wohlbefinden und die familiäre Organisation beeinflusst. Als positiv wird zusammengefasst: eine flexible Organisation, ausgewogene Machtverhältnisse, individuelle Autonomie, ein unterstützendes Klima, aktiver *Social Support*, eine offene Kommunikation (Erklären, aktives Verstehen, etc.), der familiäre Zusammenhalt und ein kreatives Problemlösungsverhalten. Sowohl Rigidität als auch Disorganisation, Abwertung, Ablenken und ein aburteilendes Verhalten gelten als dysfunktional.

Ebenfalls aus systemischer Sicht betrachten Herzog u. a. (1990) die Anorexia nervosa als einen Ausdruck einer wechselseitigen Beziehungs- und Kommunikationsstörung (vgl. Kerr u. a. 1991). Dabei ist die Anorexie quasi nur die „Spitze des Eisberges“ weiterer zugrunde liegender Beziehungsstörungen. Das gesamte Familiensystem wird als Auslöser und Aufrechterhalter der Magersucht definiert. Als charakteristisch für diese Familien wird die Vermeidung von Emotionsäußerungen gesehen, welche in Gefühlen der Enttäuschung und Ohnmacht münden. Durch ihre Erkrankung ermöglicht die so genannte „Index-Patientin“, dass die Familie sich nicht mit den tiefer liegenden Problematiken auseinandersetzen muss, da man ja scheinbar auf die erkrankte Tochter Rücksicht nimmt. Daher konnten die Autoren in ihrer klinischen Praxis häufig dann Therapieabbrüche seitens der Eltern feststellen, wenn sich erste Erfolge bei der Patientin in der stationären Therapie einstellten, da latente Beziehungsdefizite und Konflikte in dieser Phase hervortraten.

Auch Kröger u. a. (1991) sehen die Anorexie als Problem der gesamten Familie. Eine hohe Kontrolle, Abhängigkeiten und elterliche Zerwürfnisse sind charakteristisch für diese Familien (vgl. Böhme-Bloem 1996). Insbesondere sei aber das Entscheidungsvakuum für die Symptombildung der Patientin verantwortlich. Damit ist gemeint, dass sich keiner in der Familie für die Problemlösung wirklich zuständig fühlt und Anforderungen delegiert werden. Die Mütter sehen die Väter als einflussreicher und vice versa. Die Tochter flüchtet sich in die Symptome, um das vorherrschende Vakuum zu füllen, indem sie durch ihre Krankheit das alltägliche Leben dominiert.

Shugar & Krueger (1995) konnten in ihrer Untersuchung an Magersüchtigen und deren Familien nachweisen, dass es dysfunktionale Muster, wie Aggressionsunterdrückung, gibt. Feinseligkeit und Aggression wurden nur heimlich kommuniziert. Die familiäre Situation war geprägt durch eine pseudoharmonische Fassade, die Zusammenhalt suggerierte. Vielmehr

kam es aber zu Rigidität, Überprotektion und dem Minimieren oder Verleugnen von Konflikten (vgl. auch Zaitsoff u. a. 2002).

Bulik u. a. (2000) verwandten Zwillingsstudien, um der Frage der Ätiologie bei Essstörungen nachzugehen. Sie kamen zu dem Ergebnis, dass man nach heutigem Stand kein präzises Bild über den Anteil genetischer- und Umweltbedingungen an der Ätiologie zeichnen kann.³⁶ Allerdings könne durch die familiäre Aggregation davon ausgegangen werden, dass die Anorexia nervosa ein familiäres Problem sei. Dabei seien aber nur solche Personen betroffen, die genetisch vulnerabel sind, wobei die Gene allein nicht die Entwicklung einer Essstörung determinieren. Es sei vielmehr das Zusammenspiel von genetischen-, familiären- und Umwelteinflüssen. Bei der Bulimia nervosa seien 47% auf genetische Effekte, 30% auf *shared environmental effects* (s. Klump 2002) und 23% auf *unique environmental effects* zurückzuführen.

Klump u. a. (2002) gingen der Frage nach, warum sich eine Essstörung bei einem Geschwisterpaar unterschiedlich entwickeln kann, obwohl sie in der gleichen Familie aufwachsen. In diesem Zusammenhang halten sie die so genannten *nonshared environmental influences*³⁷ für sehr bedeutsam. Ihrer Ansicht nach können *shared environmental influences*³⁸ klären, warum in einer Familie Essstörungen entstehen, in einer anderen aber nicht. Sie erklären aber nicht, warum z. B. ein Geschwisterteil eine Essstörung entwickelt und der andere Teil verschont bleibt.³⁹ Bei den *nonshared environmental influences* wird unterschieden nach (a) *objective nonshared environment* (z. B. unterschiedliche Behandlung der Geschwister durch die Eltern, Lebensereignisse, individuelle Charakteristika wie Geschlecht oder Alter, unterschiedliche *Peer*-Erfahrungen, etc.) und (b) *effective nonshared environment* (hierunter versteht man nicht die objektiv unterschiedlichen Erfahrungen wie bei (a), sondern das Ergebnis, welches sie produzie-

³⁶ Schepank (1991) schließt aus den Ergebnissen von Zwillingsstudien, dass man von einer erblichen Determination und Genese bei der Anorexie ausgehen kann.

³⁷ Der Terminus „*nonshared environment*“ geht auf Plomin & Daniels (1987) zurück.

³⁸ z. B. soziale Klasse.

³⁹ Die Meinung, dass *shared environmental effects* die Ätiologie einer Essstörung nicht hinreichend klären können, wird auch von Rutherford u. a. (1993) geteilt.

ren). Bedingt durch z. B. eine unterschiedliche Vulnerabilität der Geschwister bzgl. eines gleichen Ereignisses – u. a. Scheidung der Eltern, kann dieses ungleiche Auswirkungen haben. Diese differente Vulnerabilität erklärt sich anhand von Geschlecht, Alter, Geburtsfolge oder Veranlagung. Hervorgehoben wird hierbei auch der Einfluss der Gene, da die Autoren von einem transaktionalen Effekt zwischen Umwelt- und Vererbungseinflüssen ausgehen. Sie sagen, dass nur genetisch prädisponierte Individuen im Kontext spezifisch ungeteilter Umwelterfahrungen eine Essstörung entwickeln. Sie schlussfolgern, dass *nonshared environmental experiences* eine Kombination aus familiären und nicht-familiären Effekten und Resultat aus Umwelt- und genetischen Einflüssen sind und dazu führen, dass eine Person eine Anorexie oder Bulimie entwickelt (vgl. auch Klump u. a. 2001).

Als Risikofaktoren für gestörtes Essverhalten benennen Klump u. a. (2000) einen dysfunktionalen intrafamilialen Kommunikationstil bezogen auf Konfliktmanagement oder das Ausdrücken von Affekten, eigenes elterliches Diäten und Sorgen über das eigene Gewicht und den Körper, sowie elterlichen Perfektionismus und hohe Leistungserwartung (vgl. Cierpka & Reich 2001). Beispiele für *nonshared environmental influences*, die im Zusammenhang mit Essstörungen eine wichtige Rolle spielen können, sind laut der Autoren unterschiedliche Behandlung der Kinder durch die Eltern (z. B. nur ein Zwilling wird wegen des Gewichts kritisiert); unterschiedliche, gegenseitige Behandlung der Zwillinge (ein Zwilling ist dominant und kritisierend, während der Andere eher passiv und akzeptierend ist); differente Peergroup-Charakteristik (ein Zwilling befindet sich in einer gewichtsbesorgten Gruppe und der Andere nicht).

Schon Reiss u. a. (1995) machten auf die Wichtigkeit der so genannten *unshared environment* aufmerksam. Bedeutsam sei auch, wie ein bestimmter (familiärer) Prozess unterschiedlich von Geschwistern wahrgenommen würde. Diese Differenzen spielten nämlich eine große Rolle bei der positiven bzw. negativen psychischen Entwicklung des Kindes.

Für nähere Ausführungen zum *Nonshared- Environment*-Ansatz sei der interessierte Leser auf Turkheimer & Waldron (2000) verwiesen.

Zu dem Schluss, dass Umwelteinflüsse eine große Rolle bei der Entwicklung einer Essstörung spielen, kommen auch Wade u. a. (1998). Sie fanden heraus, dass die weibliche Einstellung zu Gewicht, Körperform, Essen und Nahrung wesentlich durch Umweltfaktoren beeinflusst wird. Dabei sehen sie insbesondere die Ideale der westlichen Gesellschaft (z. B. Schlankheitsdruck), welche durch Massenmedien, Peers und Familie vermittelt werden, als problematisch (vgl. Gerlinghoff & Backmund 1999; Katz 1985). Es wird davon ausgegangen, dass o. g. Einflüsse mit individuellen charakterlichen Eigenschaften wie Perfektionismus, Asketismus und problematischer Affektregulation interagieren. Konkludierend sagen die Autoren, dass neben den so genannten *nonshared environmental experiences* auch genetische Faktoren bei der Entstehung einer Essstörung beteiligt sind.

Humphrey (1987) untersuchte familiäre Interaktionen und unterschied zwischen AN-BP und einer KG. Heraus kam, dass die Familien der Anorektikerinnen durch Herabsetzung, Abwiegelung, Kontrolle und Abschottung gekennzeichnet waren, wohingegen sich die KG durch eine pflegende und zuvorkommende Interaktion auszeichnete. Weiterhin gab es in anorektischen Familien eher Verstrickungen und ein Ringen um Autonomie. Die Eltern der Magersüchtigen fielen durch so genannte *double-binds* auf. Dies bedeutet, dass die Eltern gleichzeitig zwei nicht zu vereinbarende Äußerungen an die von ihnen emotional abhängige Tochter richten. Insbesondere zeigte sich dieses in puncto Autonomie. Die Töchter reagierten zu meist mit Unterwerfung oder eher passivem Widerstand (vgl. Cooper 1994).

Auch Franke (2003) kommt zu dem Schluss, dass die Familien Magersüchtiger ihren Töchtern das Recht auf Selbstbestimmung verwehren. Wertvorstellungen und Ansprüche Externer werden über die Bedürfnisse der

Töchter gestellt. Zudem fordern sie ein extrem hohes Leistungspotential, welches von den Kindern kaum zu erfüllen ist. Typisch für Magersüchtige ist es, den eigenen Wahrnehmungen nicht zu trauen.

Zum Dysfunktionalen solcher Familien gehört nach Franke

(a) fehlende Verantwortungsübernahme und unklare Regelsysteme. Man legt sich inhaltlich nicht gerne fest und lässt viele Sätze unvollendet. Meinungen, Gefühle etc. werden nicht präzise benannt.

(b) das intakte Familienideal. Die Familie muss funktionieren, strebt nach perfekter Harmonie. Erfüllt die Tochter dies einmal nicht, droht Liebesentzug. Schuldgefühle und Zweifel stellen sich bei ihr ein.

(c) Opfereskalation. Das Gefühl zu haben, den Eltern eine Last zu sein.

(d) Vermaschung. Die ständige Einmischung der Eltern und das Fehlen jeglicher Privatsphäre.

(e) Überfürsorglichkeit. Die Autonomie des Kindes wird untergraben. Ausgeübter Druck, den elterlichen Regeln zu folgen.

(f) Täuschungen und Lügen. Heimlichkeiten gehören schon vor der Symptomentwicklung zur Tagesordnung. Das Familientabu, welches die Eltern verbündet, soll bewahrt bleiben, da es ansonsten das elterliche Wertesystem ins Wanken brächte.

Die Magersucht wird als Kampf um Selbstgewinnung, Selbstbestimmung und Selbsterhalt gesehen. Neben der Erlangung von Autonomie spielen auch Aspekte wie körperlicher Protest, das Selbstwertgefühl, Hilferufe und Schutz eine wichtige Rolle (vgl. Gerlinghoff & Backmund 1999). Weiterhin führt Franke (2001) aus, dass es zu Leugnungen, Utopien und Paradoxien kommt. Die Anorexie übernimmt die Funktion, von anderen vorhandenen Problemen abzulenken. Dabei wird die Magersüchtige nicht als Rebellin gesehen, die sich offen auflehnt, sondern als diejenige, die die Regeln des Systems gut beherrscht. Die Utopie besteht darin, dass die anorektischen Mädchen davon ausgehen, in ihrem Schlanksein die Lösung aller Probleme zu sehen. Unter Paradoxien fasst Franke (2001) zusammen, dass die Anorektikerinnen zwar Essen ablehnen, aber gedanklich damit ständig beschäftigt sind. Auch wollen sie ihren dünnen Körper verstecken, ziehen aber gerade damit Aufmerksamkeit auf sich. Auch die Beziehungsebene

gestaltet sich schwierig, da die Anorektikerin nie lernen konnte, dass ihre Grenzen akzeptiert wurden. Jede Annäherung weckt daher die Angst, verschlungen werden zu können und keine Abgrenzung mehr zu haben (vgl. Reich 2001b; Gerlinghoff & Backmund 1999).

Für Botta & Dumlao (2002) zeichnen sich anorektische Töchter durch Unterwürfigkeit, Konformität, Folgsamkeit und Vermeidung aus (vgl. Cierpka & Reich 2001; Lawrence 1994). Auch hier ist die Idee, dass diese Töchter in harmoniesüchtigen Familien aufwachsen, in denen offene Konflikte verpönt sind. Durch die schlechten Konfliktlösungsstrategien dieser Familien entsteht ein Gefühl der Machtlosigkeit. Auch die starke Kontrolle durch die Eltern (vgl. Cierpka & Reich 2001) wird als Risikofaktor für die Entstehung einer Anorexie gesehen.

Streeck-Fischer (1998) konnte einen Zusammenhang zwischen überprotektiven Einstellungen (vgl. Cierpka & Reich 2001) und übergriffigem Verhalten insbesondere der Mütter auf die Töchter und der Entstehung von Zwangsstörungen nachweisen. Nähere Erläuterungen dazu finden sich im Kapitel 4.1.

Pike & Rodin (1991) verglichen die Mütter (n=39) essgestörter Mädchen mit einer Kontrollgruppe (n=38). Die Mütter der essgestörten Mädchen waren unzufriedener mit dem Familiensystem, waren selber essgestörter (90% hatte selbst Diäterfahrung), fanden ihre Töchter unattraktiver und hätten eine Gewichtsreduktion ihres Kindes begrüßt. Daher wird Druck auf die Kinder ausgeübt, die kritisch durch ihre Mütter betrachtet werden. Sowohl die Mütter als auch die essgestörten Töchter berichteten von weniger familiärem Zusammenhalt. Die Autoren konkludieren, dass sich die Mütter in dieser Studie als ungeeignete Vorbilder zeigten. Durch ihr eigenes Essverhalten können sie ihren Kindern keine gesunden Essmodelle vorleben. Weiterhin wird angenommen, dass das gestörte Essverhalten ein dysfunktionaler Copingversuch ist, um mit psychischen Konflikten, Einsamkeit und Entfremdung umzugehen, die sie in ihrer Familie erleben. Insofern ist es

auch ein Versuch, Angst und Gefühle des Unbehagens zu handhaben. Dabei stellte sich die Unzufriedenheit über den familiären Zusammenhalt als größter Risikofaktor für eine Essstörung heraus.

Davis u. a. (2004) gehen davon aus, dass familiäre Dysfunktionen besonders dann einen Einfluss auf die Entwicklung einer Essstörung bei jungen Mädchen haben, wenn diese sich als vulnerabel erweisen (vgl. Beisel & Leibl 2001). Als Vulnerabilität definieren sie in diesem Zusammenhang eine besondere Neigung zu Ängstlichkeit. Gerade ängstliche Personen seien anfällig für elterliche Kritik, Druck und Erwartungshaltungen, welche sie internalisieren, um mit den Familienwerten konform zu sein.⁴⁰

Auch Strober & Humphrey (1987) sprechen von einer „Vulnerabilität“. Sie meinen, dass bestimmte Persönlichkeitsfaktoren, welche genetisch bedingt sind, das Individuum anfällig für gewisse dysfunktionale Familienstrukturen machen. Dazu zählen sie u. a. familiären Streit, emotionale Entbehrungen, Einmischungen, schlechte Konfliktlösungsstrategien, mangelnde Empathie und emotionale Überinvolvierung. Die genannten Punkte sind typisch für Familien von Bulimikern bzw. Anorektikerinnen (vgl. Muuss 1985). Dennoch kommen auch sie zu dem Schluss, dass letztendlich noch nicht alle genetischen- bzw. Umwelteinflüsse in Bezug auf die Entstehung der Essstörung geklärt sind.

2.4.1. Zusammenfassung

Hier wird die Familie als System betrachtet, wo das Individuum durch soziale Aktionen seine Umgebung beeinflusst und vice versa. Die verschiedenen Untersuchungen legen nahe, dass gewisse dysfunktionale Elemente in den Familien von Anorektikern vorzufinden sind. Dazu zählen Rigidität, Disorganisation, Abwerten oder aburteilendes Verhalten, wechselseitige

⁴⁰ Jacobi u. a. (1996) gehen davon aus, dass ein starkes Selbstbewusstsein ohne wesentliche Identitäts- und Autonomiekonflikte die psychische Stabilität erhöhen und solche Frauen somit weniger vulnerabel sind.

Beziehungs- und Kommunikationsstörungen und das Verleugnung von Gefühlen und Konflikten.

2.5. Subgruppenvergleichende Untersuchungen

Steiger u. a. (1991) fanden keine Unterschiede bzgl. familiärer Strukturen bei den Subgruppen der Anorexia nervosa. In ihrer Untersuchung an insgesamt 67 Essgestörten, berichteten alle Probanden dysfunktionale Familienmuster, wie mangelnde Empathie oder nicht ausreichendes gegenseitiges Verständnis (vgl. hierzu auch Thienemann & Steiner 1993).

Andere Untersuchungen hingegen fanden Differenzen zwischen den Subgruppen.

Strober (1981) teilte die Magersüchtigen in restriktive versus bulimische Anorektikerinnen ein und fand heraus, dass die Familien der AN-BP mehr familiäre Konflikte, Negativismus innerhalb der Familie, weniger Zusammenhalt und Struktur, mehr elterliche Streitigkeiten und emotional distanziertere Beziehungen zur Tochter zeigten. Zudem stellte sich heraus, dass die Eltern der AN-BP mehr psychiatrische Erkrankungen aufwiesen als Eltern restriktiver Probanden, wobei jedoch diese Ergebnisse mit Vorsicht zu interpretieren sind, da die Krankheiten aus retrospektiver Sicht der Patienten erhoben wurden.

In einer zweiten Untersuchung fanden Strober u. a. (1982) heraus, dass sich Väter restriktiver Anorektikerinnen durch Passivität, Unterwürfigkeit und Rückzug aus sozialen Interaktionen auszeichnen. Hingegen zeigten Väter der AN-BP mehr Impulsivität, eine niedrige Frustrationstoleranz und hohe Feindseligkeit. Die Mütter der AN-R hatten vermehrt unter Phobien zu leiden, während die Mütter der AN-BP durch Hypochondrie, Depression, Feindseligkeit und stärkere familiäre Probleme auffielen.

Kog & Vandereycken (1985) fanden heraus, dass anorektische Kinder eher unterwürfig auf die Forderungen ihrer Eltern reagieren, während Bulimiker

eher zu Feindseligkeit neigen. Man fand keinen Unterschied zwischen reinen BN, AN-BP und AN-R hinsichtlich der familiären Interaktion, die sich bei allen Betroffenen als kontrollierend und „straff gestrickt“ erwies. Differenzen gab es allerdings bei der Fettleibigkeit der Eltern Essgestörter. So erwiesen sich die Eltern der bulimischen Subgruppen (BN und AN-BP) als stärker adipös. Die Autoren sind der Meinung, dass die Familie bei der Betrachtung der Pathogenese zwar eine Rolle spielen sollte, sie aber nicht die Komplexität einer Anorexia nervosa erklären kann, da diese multiterminiert ist und bislang nicht geklärt sei, welche vermittelnden Mechanismen zwischen familiären Mustern und Aspekten wie „Wunsch nach Schlankheit“, „veränderte Selbstwahrnehmung“, etc. tätig sind.

Eine Untersuchung der Subgruppen der Anorexia nervosa von Casper & Troiani (2001) ergab, dass AN-BP mehr *Distress*, negativen Affekt und ungelöste Familienkonflikte als AN-R bzw. eine KG wahrnahmen. Es zeigte sich, dass es keine Unterschiede zwischen den AN-R und der KG gab. Dies führen die Autoren aber auf das Verleugungsverhalten und den Wunsch zur Vermeidung familiärer Konflikte bei den AN-R zurück. Sie gehen davon aus, dass eine gewisse Idealisierung, das Verdecken bzw. Kontrollieren emotionaler Probleme und eine soziale Vermeidungstendenz auf Seiten der restriktiven Patientin zu diesen Ergebnissen geführt habe und nicht der Aspekt, dass tatsächlich keine dysfunktionalen Familienstrukturen vorhanden sind (vgl. Shugar & Krueger 1995).

Zu diesem Schluss kommen auch Garner u. a. (1985). Auch in ihrer Untersuchung teilten sie die Anorektikerinnen in AN-BP und AN-R. Wie bei den obigen Ergebnissen, zeigten auch hier die AN-R im Vergleich zu den AN-BP keine auffälligen Werte in Bezug auf die Familienstruktur. Die AN-BP berichteten hingegen von vielen Konflikten auf familiärer Ebene. Wie auch Casper & Troiani (2001) gehen Garner u. a. (1985) davon aus, dass Idealisierungs- und Vermeidungstendenzen seitens der AN-R zu diesem Ergebnis geführt haben.

In einer Untersuchung an 35 anorektischen Jugendlichen von North u. a. (1995) zeigten die purgenden Probanden das höchste familiäre Störungsprofil.

Humphrey (1987) klassifizierte die Befragten nach AN-R, AN-BP und BN. Die zwei bulimischen Subgruppen zeigten viele Gemeinsamkeiten in ihrer Einschätzung. Beide Gruppen empfanden mehr mütterliche Schuldzuweisungen, Ablehnung und Vernachlässigung als die AN-R. Die restriktiven Anorektikerinnen sahen die familiäre Situation und die Eltern-Kind-Beziehung eher positiv. Hier verweist jedoch Humphrey darauf, dass sich die AN-R der familiären Probleme möglicherweise anders annähern, nämlich durch Verleugnung. Sie richten ihre angestauten Aggressionen gegen sich selbst, da sie ihre Gefühle nicht offen zeigen dürfen (vgl. Zaitsoff u. a. 2002; Shugar & Krueger 1995; Dana 1994; Epstein 1994).

In einer zweiten Untersuchung von Humphrey (1986) wurden die Familien von AN-BP und einer Kontrollgruppe befragt. Es zeigte sich, dass die Familien der Anorektikerinnen im Vergleich zur Kontrollgruppe gestörter waren. Sie zeichneten sich durch mehr Konflikte, Isolation, Ablösung und weniger Unterstützung aus. Dabei nahmen die Anorektikerinnen selbst wie auch ihre Eltern die familiäre Situation gleichermaßen als *distressed* wahr. Man kam zu dem Schluss, dass Familien, in denen es wenig Unterstützung, viel „Chaos“ und Isolation gibt, ein höheres Risiko haben, dass ihre Tochter eine AN-BP entwickelt. Zugleich macht Humphrey (1986) aber selbst darauf aufmerksam, dass ätiologische Schlussfolgerungen mit Vorsicht zu betrachten seien, da die Untersuchung nach Eintritt der Erkrankung erfolgte, also nicht mehr genau nachzuvollziehen ist, inwiefern auch die Symptome der Betroffenen selbst wiederum dysfunktionale Familieninteraktionen hervorrufen.

Wie oben angeführt, stellte Humphrey (1986) heraus, dass sowohl die Eltern als auch die Anorektikerinnen selbst die familiäre Situation als gleichermaßen schlecht empfanden.

Bei Stern u. a. (1989) ließen sich Unterschiede zwischen den befragten Gruppen feststellen. Sie unterteilten die Stichprobe in AN-R, AN-BP, BN und eine KG. Generell zeigte sich auch hier, dass die essgestörten Gruppen im Vergleich zur KG mehr negative familiäre Spannung erlebten. Sie berichteten insbesondere wenig Unterstützung untereinander und eine mangelnde Ausdrucksfähigkeit bzw. wenig Ermutigung, Gefühle offen zu zeigen. Obwohl sich alle essgestörten Gruppen als sehr leistungsorientiert erwiesen, schätzen die Patienten dieses höher ein als ihre Eltern. Unterschiede ergaben sich auch bei den Subgruppen. So zeigten sich die Familien der BN im Vergleich als am stärksten leistungsorientiert. Auch hatten sie vergleichsweise höhere, abnorme Werte bei „Zusammenhalt“, „Ausdrucksfähigkeit“ und „Konflikt“.

Cierpka & Reich (2001) gehen davon aus, dass ein zwanghaftes, vermeidendes und einmischendes Familienklima die Entstehung einer restriktiven Anorexie begünstigt, während ein impulsives, emotional vernachlässigendes Klima eher zu einer Bulimie führt.

2.5.1. Zusammenfassung

Die subgruppenvergleichenden Untersuchungen legen nahe, dass im Vergleich zu Kontrollgruppen, die essgestörten Probanden mehr unter dysfunktionalen Familienmustern zu leiden haben. Allerdings finden sich Hinweise darauf, dass die Familien der AN-BP stärker beeinträchtigt sind, sprich: mehr familiäre Konflikte, weniger Zusammenhalt und elterliche Streitigkeiten aufweisen. Zudem wird in diesen Familien eher von *Distress*, Ablehnung und Vernachlässigung gesprochen.

2.6. Familiäre Einflüsse bei der Bulimia nervosa

Im Hinblick auf den bulimischen Subtyp der Anorexia nervosa erscheint es interessant, familiäre Einflüsse auch bei der Bulimia nervosa zu betrachten.

Ähnlich wie bei der Anorexie zeigen sich auch bei der Bulimie dysfunktionale Familienstrukturen. So konnte eine Untersuchung von Stuart u. a. (1990) nachweisen, dass Bulimikerinnen ihre Familie als problematisch erleben. Während sich die Mütter durch eine mangelnde emotionale Wärme auszeichneten, wurden die Väter als abweisend und überkontrollierend beschrieben. Die familiäre Situation war geprägt durch Probleme, Spannungen, Drohungen und Zwanghaftigkeit. Die Kindheit der späteren Bulimikerinnen beinhaltete im Vergleich zu einer Kontrollgruppe häufiger emotionale Probleme, Drogenmissbrauch und Suizidversuche.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Weiss & Ebert (1983). Neben erhöhten Suizidversuchen, frühen Trennungen und stressvollem Lebenswandel, sprachen die befragten Bulimikerinnen ebenfalls davon, wenig Verwandte zu haben, denen sie sich nahe und verbunden fühlten (vgl. Deiter & Herzog 1994).

Head & Williamson (1990) gehen davon aus, dass familiäre Einflüsse bestimmte bulimische Komorbiditäten wie Neurotizismus mitbedingen. Eine restriktive, kontrollierende und konfliktbehaftete familiäre Atmosphäre bei den Bulimikerinnen korrelierte mit Neurotizismus und Introvertiertheit. Head & Williamson (1990) sagen aber, dass die Familie zwar Einfluss auf o. g. Aspekte nimmt, die bulimischen Syndrome jedoch vielmehr durch eine spezifische Lerngeschichte (adoleszente Adipositas, Sticheleien bzgl. der Figur etc.) hervorgerufen würden.

Auch Kendler u. a. (1995) kommen zu dem Schluss, dass neben genetischen Faktoren auch familiäre Einflüsse eine wichtige Rolle bei der Entstehung der *Bulimia nervosa* spielen. Zu diesem Ergebnis kamen sie nach der Analyse von 1030 weiblichen Zwillingspaaren, die sie auf Phobie, generalisierte Angststörung, Panikstörung, Bulimie, Depression und Alkoholismus untersuchten. Eine multivariate Analyse ergab in diesem Zusammenhang, dass im Vergleich o. g. Störungen nur bei der Bulimie die familiäre Umgebung eine entscheidende ätiologische Rolle spielte. Dabei

wird allerdings nicht darauf eingegangen, welche genauen familiären Aspekte dazu führen. In einer ähnlichen Untersuchung fanden Kendler u. a. (1991) folgende Risikofaktoren für die Entstehung einer Bulimia nervosa: Geburt nach 1960, wenig väterliche Fürsorge, Gewichtsschwankungen, Diäten, frequentes Trainieren, Idealisierung eines dünnen Körperbildes, niedriges Selbstbewusstsein, einen externen Locus of Control und hohe Neurosewerte.

Botta & Dumlao (2002) gehen davon aus, dass Bulimikerinnen in einer feindseligen und konfliktvollen Umgebung aufwachsen. Dadurch, so die Autoren, entwickeln sie eine gegen sich selbst gerichtete Feindseligkeit in Form des Binge- und Purge-Verhaltens. Zudem verstärkte die mangelnde Konfliktlösungsbereitschaft der Eltern die bulimische Symptomatik des Kindes, da dieses zu Frustrationen und einem negativen Selbstkonzept führt.

Cooper (1994) sieht die Bulimie nicht als Rebellion, sondern als Anpassungsversuch. Die Betroffene versucht, eine „Superfrau“ zu sein und es entstehen Wut, Trauer, Depression und Widerwille, da sie denkt, dem Ideal nicht zu entsprechen. Diese negativen Gefühle kann sie aber nicht zum Ausdruck bringen, da sie Angst hat, andere Personen damit zu überfordern oder zu verletzen.

Köpp u. a. (1994b) konkludieren, dass die familiäre Interaktion erst im Zusammenspiel mit anderen Faktoren für die Entstehung einer Anorexia nervosa von Bedeutung ist – also Aspekte wie biologische Vulnerabilität, das widersprüchliche Frauenbild der westlichen Kulturen (vgl. Franke 2001) oder die Internalisierung dieser kultureller Ideale in die ätiologische Betrachtung einbezogen werden müssen.

Und Horesh u. a. (1995) machen darauf aufmerksam, dass eine stabile familiäre Interaktion einhergehend mit viel Unterstützung ein wichtiger

präventiver Faktor für die Vermeidung einer Essstörung ist (vgl. auch Steinhausen 2002).

2.6.1. Zusammenfassung

Kennzeichnend für bulimische Familien scheint eine mangelnde emotionale Wärme, Abweisung, Überkontrolle, Spannungen und eine feindselige bzw. konfliktbehaftete Umgebung zu sein. Es wird aber darauf verwiesen, dass es neben den genannten Faktoren auch andere ätiologische Aspekte wie biologische Vulnerabilität oder kulturelle Einflüsse, zu beachten gilt.

2.7. Psychoanalytische Sichtweise

In der Psychoanalyse wird die Magersucht als orale Störung aufgefasst. Dabei wird die Entwicklung der Anorexie auf eine gestörte Mutter-Tochter-Beziehung zurückgeführt. Diese bedingt eine orale Fixierung und Blockierung einer Identitätsbildung auf Seiten der Tochter. Die Frage nach dem Zeitpunkt der ersten Symptome wird in der Psychoanalyse dahingehend interpretiert, dass sich die Töchter in der pubertären Entwicklungsphase Aufgaben gegenüber gestellt sehen, denen sie sich nicht gewachsen fühlen.

Bruch (1971) geht davon aus, dass frühkindliche Erfahrungen eine bedeutende Rolle für eine spätere Essstörung haben. Gerade beim Füttern ist das Kind auf die Kooperation der Mutter angewiesen. Dabei entsteht eine Interaktion, die auch durch emotionale Erfahrungen gekennzeichnet ist. Insbesondere bei späteren Anorektikerinnen ist diese Situation geprägt durch mangelnde Zuwendung der Mutter (vgl. Orbach 1987). Diese schafft es nicht, adäquat auf die Bedürfnisse des Kindes einzugehen. Vielmehr wird das Kleinkind dann gefüttert, wenn die Mutter Hunger verspürt oder es „die richtige Zeit“ ist. Auf die Bedürfnisse des Kindes wird also unzulänglich eingegangen. Damit mangelt es dem Kind an adäquaten Werkzeugen, um Selbst-Bewusstsein oder Selbst-Darstellung zu erlernen, da-

mit es sich in der Welt orientieren kann. Vielmehr fühlt es sich von außen gesteuert, da es lernt, eigene Wünsche zu missachten und den Erwachsenen zu gehorchen. Es entstehen Ineffektivitätsgefühle (vgl. Orbach 1987; Strauss & Ryan 1987). Durch die mütterliche Bedürfnismissachtung lernt das Kind nicht, Körperzustände akkurat wahrzunehmen. So kann es oftmals nicht zwischen körperlichen und emotionalen Wünschen unterscheiden. Nach außen hin erscheinen diese Familien oft als überangepasst.

Übertrieben wird die Normalität der Familie unterstrichen und gesagt, dass „alles in Ordnung sei“ (vgl. auch Gerlinghoff & Backmund 1999). Anfangs reagiert die spätere Anorektikerin mit konformer Folgsamkeit, was sich aber im Laufe der Entwicklung zu unkritischem Negativismus bzw. rigider Selbstaushungerung umwandeln kann. Nun ist die familiäre Atmosphäre durch zornig feindschaftliche Interaktion gekennzeichnet, wobei die Patientin mit Manipulation (vgl. Brandão Lemos Morais & Horizonte 2002), Falschheit und aggressivem Negativismus dem herrschenden Klima begegnet. Zu der Persönlichkeit der Eltern sagt Bruch (1971), dass die Mütter anorektischer Personen oftmals Karrierefrauen vor ihrer Mutterrolle waren, die hohe Leistungsansprüche haben und frustriert in ihrer Aspiration sind. Ihrem Ehemann gegenüber verhalten sie sich oft unterwürfig, obwohl sie ihn eigentlich nicht wirklich akzeptieren. Die Väter hingegen bewundern Fitness und Schönheit, legen viel Wert auf die äußere Erscheinung und verlangen von ihren Töchtern ein „anständiges“ Verhalten und messbare Leistungen.

Weiterhin führt Bruch (2002) aus, dass dysfunktionale familiäre Interaktionsmuster darin bestehen, dass u. a. keine Gefühlsäußerungen zugelassen werden. Auch werden Hinweise der Kinder nicht erahnt. Der erste Eindruck von Magersüchtigen ist oft trügerisch, da sie nach außen kooperativ, stark, stolz und zäh wirken (vgl. auch Bruch 1998). Hinter der Fassade verbirgt sich jedoch ein Gefühl tief sitzender Ineffektivität, die Unfähigkeit, Entscheidungen zu treffen, eine beständige Furcht, nicht geachtet oder liebenswert zu sein und eine übermäßige Konformität (vgl. Bachner-Melman 2003; Gerlinghoff & Backmund 1999). Auch zeichnen sich Mager-süchtige durch Schwierigkeiten aus, sich eigene Meinungen und Urteile

bilden zu können. Sie besitzen rigide Interpretationen über menschliche Beziehungen – einschließlich ihrer Selbsteinschätzung und können ihren Körper nicht als einheitlich und selbstbestimmt erfahren. Vielmehr erleben sie ihren Körper als getrennte Einheit, den es unter Kontrolle zu bringen gilt (vgl. Orbach 1987). Daher fördern die physischen Veränderungen in der Pubertät Kontrollverlustsängste an den Tag. Forderungen des Körpers wie Hunger oder Schlaf müssen unterjocht werden, um ein Stück Kontrolle zurückzuerlangen (vgl. auch Bruch 1998; McLaughlin 1985). Auch sagt Bruch (2002), dass die Entwicklung in der Adoleszenz nur mangelhaft ist bzw. gänzlich fehlt. Ein Stadium, in dem eigentlich abstraktes Denken und selbständige Einschätzungen und Beurteilungen erlernt werden und erfolgen sollten.

Eine gestörte Familienbeziehung wird zudem von Krüger u. a. (2001) als ungünstige Prognose für den Verlauf der Anorexie gewertet.

Selvini Palazzoli (2003) spricht bei der Objektbeziehungstheorie davon, dass das Kind seinen Körper normalerweise als ein „gutes Objekt“ wahrnimmt. Eine pathologische Situation entstehe dann, wenn der Prozess durch defizitäre emotionale Beziehungen beeinträchtigt wird. Dann wird das Kind seinen Körper als unangenehm und schlecht empfinden. Beginnend mit der Säuglingszeit hält Selvini Palazzoli (2003) fest, dass das Füttern des Kindes durch Kontrolle geprägt ist. Die emotionale Beziehung zum Kind seitens der Mutter ist mangelhaft und das Stillen bereitet ihr keine Freude.

Die Kindheit und Jugend der Magersüchtigen ist geprägt durch ständiges Kritisieren und Einmischen und hindert das Kind daran, eigene Gefühle zu entwickeln. Die Folge ist ein Lebensstil, der durch passive Unterwerfung gekennzeichnet ist (vgl. Edward 1994). In dieser Phase der Adoleszenz, in der sich die Patientin als untauglich, isoliert und hilflos wahrnimmt, kommen nun noch die schwierigen Aufgaben des Erwachsenwerdens hinzu. Die Pubertät wird als plötzliches, traumatisches Erlebnis gesehen. Sie erlebt ihren Körper als ein großes einverleibtes Objekt, welches ihr eine pas-

sive Rolle aufzwingt und sie zu überwältigen droht. Sie glaubt, der Körper wolle sie beherrschen. Eine Nahrungsaufnahme würde in ihren Augen auf Kosten ihres Selbsts gehen. Das „Ding“ (Körper) wächst, aber die Person schrumpft. Hält die Patientin nun durch ihre Restriktion den „schlechten“ Körper von ihrem Selbst fern, glaubt sie, ein gutes, idealisiertes Ich wahren zu können.⁴¹

Für Selvini Palazzoli (2003) ist die Mutter in der Familie der Magersüchtigen das auffälligste Mitglied. Rein emotional ist der Vater nicht vorhanden und wird zudem, offen oder verdeckt, von der Mutter herabgesetzt. Will er sich doch einmal behaupten, flüchtet sich die Mutter vor den Kindern in die Opferrolle (vgl. Cierpka & Reich 2001). Widerstand wird seitens der Mutter nicht öffentlich zur Schau gestellt. Ein offenes Rebellieren oder Provozieren der Gesellschaft kommt für sie nicht in Frage. Sie gilt als dominant, kalt, überprotektiv, intolerant und unaufrichtig und verlangt von ihrer Tochter Ehrgeiz, hindert sie aber an einem autonomen Dasein und beeinträchtigt so ihre emotionale Entwicklung. Zwischen den Familienmitgliedern herrscht eine latente Aggression. Zwar werden Konflikte nicht offen diskutiert, jedoch leben sie in einem ständigen Spannungsfeld und neigen zu schlechter Laune. Das Essen als solches wurde bei den Magersüchtigen nie positiv verstärkt und die Nahrungsrestriktion ermöglicht ihnen zumindest auf einem Gebiet eine gewisse Kontrollmöglichkeit, unabhängig von ihren Eltern. Magersüchtige zeichnen sich nach Selvini Palazzoli (2003) durch ein fatales Machtlosigkeitsgefühl aus. Sie haben Angst zu versagen und den Bedürfnissen anderer nicht gerecht zu werden. Da die interpersonalen Gefühlsbeziehungen dysfunktional sind und keinen Raum für einen offenen Widerstand gegen die familiären Verhältnisse zulassen, wird dieser „Kampf“ intrapersonal ausgetragen. Sie attackieren den eigenen Körper und versuchen so, verlorene Macht wiederzuerlangen (vgl. Becht 1985). Der Körper wird zum „Sündenbock“, da ein dicker Körper hieße, sich von Passivität leiten zu lassen. Hinsichtlich familiärer Interaktionen wird unterschieden nach

⁴¹ Zur Bedeutung der Begrifflichkeiten „Selbst“ und „Ich“ sei der interessierte Leser auf Metz-Göckel (2000) verwiesen.

- (a) Kommunikation: Häufig zeigt sich, dass die verbalisierten Botschaften eines Familienmitgliedes von anderen abgelehnt werden. Dabei konnte festgestellt werden, dass Patientinnen, die zusätzlich an bulimischen Attacken leiden, häufig stärker in der familiären Kommunikation gestört sind (z. T. mit einem völligen Zusammenbruch der Kommunikation) als rein restriktive Nahrungsverweigerer.
- (b) Führungsproblem: Für jedes Mitglied bedeutet es einen Widerwillen, selbst die Führung in der Familie zu übernehmen. Insbesondere die Elternteile haben die Tendenz, für ihre Entscheidungen andere verantwortlich zu machen.
- (c) Bündnisproblem: Es gibt viele geheime Regeln, die nicht erwähnt oder auch nur angedeutet werden dürfen. Diese münden aber in verzerrten Verhaltensmustern. Dadurch, dass sich die Elternteile gegenseitig voneinander enttäuscht fühlen, ermutigen sie die Patientin heimlich, diese Mängel auszugleichen – für die Patientin selber eine unzumutbare Aufgabe, da sie doch von beiden Eltern abhängig ist. Selvini Palazzoli (2003) spricht hier von einer „Ehe zu Dritt“.⁴² Franke (2001) benutzt den Terminus „Triangulation“.⁴³
- (d) Schuldproblem: wenn sich die Mütter als Schuldige betrachten, verfallen sie schnell in eine Opferrolle und wollen angeblich zum Wohle des Kindes das Haus verlassen, was jedoch dazu führt, dass keine Schuldzusprüche mehr stattfinden, es also zu keiner Kritik gegenüber der Mutter kommt. Die Väter werden als selbstmitleidig beschrieben, die oftmals gar nicht erkennen, wie schwierig das Mutter-Tochter-Verhältnis ist.⁴⁴
- (e) Interaktion des Elternpaares: die Eltern verstecken ihre tiefen Enttäuschungen übereinander hinter einer „anständigen“ Fassa-

⁴² Selvini Palazzoli (2003), S. 245. In diesem Zusammenhang sprechen Selvini Palazzoli u. a. (1996) auch von einem so genannten „*Imbroglia*“ (im Sinne von „Verwicklung“). Die Indexpatientin fühlt sich von demjenigen Elternteil getäuscht und betrogen, den es für den Bündnispartner hielt.

⁴³ Franke (2001), S. 373.

⁴⁴ Auch Bauer (1984) spricht von einer „zutiefst ambivalenten Beziehung zwischen Müttern und Töchtern“ und sagt: „(...) spielen die Momente emotionaler Nähe, Angewiesenheit auf Anerkennung und Abhängigkeit voneinander in den Mütter-Töchter-Beziehungen häufig eine problematische Rolle in der gegenseitigen Verstrickung und Verklebung.“ (S. 287f).

de. Die Mütter gehen ganz in der Rolle der Wohltäterin auf und verbieten diesbezüglich jede Kritik. Väter betrachten sich eher als Opfer. Beide Elternteile wetteifern um die Gunst der Tochter, wären aber nie zu einem offenen Bündnis mit ihr bereit, da sie dann paradoxerweise als weniger Unterdrückte dastehen würden. Der jeweils andere Part hätte somit die Opfer-Eskalation „gewonnen“.

Dana (1994) betrachtet eher die bulimische Seite, indem sie davon ausgeht, dass ein Zuviel an Essen den Wunsch widerspiegelt, das Objekt „Mutter“ zu verschlingen (vgl. Cooper 1994). Es besteht eine große Sehnsucht nach mütterlicher Fürsorge. Man möchte sie verschlingen, aber die Konsequenzen (Zerstörung der Mutter) vermeiden. Als besonders schwierig wird die Mutter-Tochter-Beziehung beschrieben, die durch eine Über-Identifikation der Mutter mit der Tochter gekennzeichnet ist. Weil die Tochter dem gleichen Geschlecht angehört, glaubt die Mutter zu wissen, was gut für ihr Kind ist, beachtet dessen Bedürfnisse aber nicht. Vielmehr, so Dana (1994), hat die Mutter selbst die Erfahrung gemacht, dass Bedürfnisse nicht befriedigt werden und bringt daher ihrer Tochter unbewusst bei, nicht zuviel zu erwarten. Dabei komme es zu einem Verschmelzungsprozess zwischen Mutter und Tochter. Die Tochter wisse nicht, wo sie anfängt und die Mutter aufhört.

Bei Loos (1989) wird angeführt, dass sowohl auf mütterlicher als auch väterlicher Seite Fehlverhalten in Bezug auf die Kindererziehung vorliegen. Die Mütter erkennen die Signale der Kinder nicht, wissen nicht, wann sie satt oder hungrig sind. Aus ihrer Machtstellung heraus entscheidet die Mutter für das Kind, was gut und was schlecht ist. Somit kann das Kind aber nicht selbst körperlich erleben, was es bedeutet, satt zu sein oder Hunger zu haben. Nach Loos (1989) sind somit Kontroll- und Wahrnehmungsverluste vorprogrammiert. Zudem wird darauf verwiesen, dass auch die Mütter selbst mit ihrer eigenen, persönlichen Geschichte an die Kindeserziehung herantreten. Auch sie selbst haben die Ohnmacht gegenüber der mütterlichen Macht mehr oder weniger gespürt und sind nun, da

sie selbst in einer Machtposition gegenüber ihrem eigenen Kind sind, von eigenen oft unbewussten Racheambitionen nicht frei. Bei den Vätern wird davon ausgegangen, dass diese den ersten Liebesannäherungen des Kindes emotional distanziert begegnen und somit das Kind weder vom Vater noch von der Mutter ausreichend emotionale Zuwendung und körperliche Nähe erfährt. Dadurch entwickeln die Kinder eine gestörte Körperwahrnehmung. So wie die Mutter gehen auch sie mit ihrem eigenen Körper feindlich um, so als würde er gar nicht zu ihnen gehören, sondern abgespalten sein. Trotz dieser Körperfeindlichkeit bleibt jedoch das starke Bedürfnis nach Zuwendung und Liebe vorhanden, wird jedoch, oft aus Angst vor Verletzung, geleugnet. Der emotionale Bereich wird von der gesamten Familie ausgeklammert, da er scheinbar Voraussagbarkeiten stören könnte, mit der die Familie nicht umzugehen wüsste. Loos (1989) beschreibt diese Familien als ordnungs-, pünktlichkeits- und leistungsliebend. Durch ihre misstrauische Grundhaltung schotten sie den inneren Familienbereich ab. Dort jedoch öffnet man sich so weit, dass Grenzbeziehungen verpönt sind. Autonomie und eigenständiges Denken bzw. Handeln werden unterbunden.

Der Aspekt, dass auch die Eltern selber wiederum ihre eigene Biographie mit in die Familie einbringen, wird auch von Schimpf (1998) betont. Es wird davon ausgegangen, dass die Mütter der Anorektikerinnen aus einer freudlosen und resignierten Herkunftsfamilie kommen, welche die Außenwelt als „feindlich“ betrachtet (vgl. Gerlinghoff & Backmund 1999). Emotional war jeder für jeden verantwortlich und Leistung wurde durch konkretes Handeln gezeigt. Die Mütter späterer Anorektikerinnen lernten schon früh, dass sie ihren Eltern als Last gelten, was zu einem schlechten Gewissen führte. Sie erlebten die häuslichen Spannungen derart, dass sie immer das Gefühl hatten, nicht gut genug und die Liebe der Eltern nicht wert zu sein. Durch ihre eigene Tochter nun, die sie „anständig“ erzogen hat, kann sie beweisen, dass sie doch zu etwas fähig ist und will mit Hilfe ihrer Tochter etwas „gut machen“, was sie selbst nicht geschafft hat: die eigene Mutter glücklich und zufrieden zu machen. Die Väter hingegen, so Schimpf

(1998), zeichnen sich durch emotionale Kälte und Distanz aus. Sie selbst litten häufig unter autoritären und fordernden Vätern, derer Liebe sie sich nie wirklich sicher waren (vgl. Bachner-Melman 2003). So haben sie gelernt, verbale Konflikte zu vermeiden, da dieses in ihrer Kindheit einen Ausstoß aus dem Familienverband bedeutet hätte. Kritik wird meist nur subtil geäußert, da die Väter selbst oft ein aggressives Umfeld durch den eigenen Vater ertragen mussten, den es nicht zu reizen galt, sondern vielmehr zu beruhigen und für äußere Harmonie zu sorgen. Schimpf (1998) konkludiert, dass die Eltern späterer Magersüchtiger in ihrer eigenen Biographie verstrickt sind und schlecht aus den in der Kindheit erlernten Mustern herauskommen, wobei die magersüchtige Tochter als Leidtragende dem Konflikt mit Hilfe ihrer Essstörung begegnet, um nicht offen für eine Seite Partei ergreifen zu müssen.

Willenberg u. a. (1998) gehen davon aus, dass der Vater-Tochter-Beziehung eine größere Bedeutung in der Pathogenese der Magersucht zukommt als bislang angenommen. Sie befragten insgesamt 89 Essgestörte, darunter 42 Anorektikerinnen. Bei 69,6% der Befragten fanden sich Hinweise auf ungünstige/traumatisierende Umstände wie Unerwünschtheit (25,8%) oder Vernachlässigung (24,7%). 27% der Probanden berichteten eheliche Zerwürfnisse und 30,3% hatten schon einmal Vermittlungs- und Zusammenführungsversuche unternommen (vgl. Gerlinghoff & Backmund 1999). Es stellte sich heraus, dass Väter und Töchter häufig ein so genanntes „getarntes Bündnis“ eingehen, wobei es um eine Machtverteilung innerhalb der Familie geht. Wird der Vater z. B. durch Erkrankung oder äußere Ereignisse depotenziert, so schaltet sich die interaktionelle Potenz der Symptomatik als Machtfaktor in das Familiensystem ein. Reich (2001b) führt aus, dass es auch vorkommen kann, dass sich die anorektischen Töchter mit dem Vater identifizieren und mit ihm um die Mutter konkurrieren, wobei sie sich als bessere Partner anbieten. Auch ergab sich, dass die Patientinnen auf elterliche Konflikte reagieren, indem sie manipulativ agieren (vgl. Bachner-Melman 2003) und z. B. zu einer weiteren Depotenzierung des Vaters beitragen. Wie schon Schimpf (1998) er-

wähnte, wird auch hier davon ausgegangen, dass neben soziokulturellen Einflüssen ebenso die Paardynamik und Biographie der Eltern in diesen Prozess involviert sind.

Die obig formulierte Machtposition wird von Reich (2001b) interpretiert als

- Abgrenzung vom Primärobjekt, ohne Forderungen zu stellen
- Autonomie ohne offene Trennung
- Äußerung von Aggression gegen das Primärobjekt, ohne sich als aggressiv zu erleben
- verdeckte Rollenumkehr
- eine Anklage, ohne anzuklagen
- Gewinn von Aufmerksamkeit ohne offene Konkurrenz
- phallische Rivalität, ohne offen zu rivalisieren.

Klessmann & Klessmann (1983) definieren die Magersucht als Separationsproblem der Familie. Die Außenweltbotschaft an die Jugendliche lautet, autonom zu werden. Die Eltern stehen dem jedoch konträr gegenüber und verlangen vom Kind, sich eben nicht zu verselbständigen. Es kommt zu einer unlösbaren Doppelbotschaft an die Jugendliche, die sich in die Krankheit flüchtet, um somit den Separationsprozess erst einmal aufzuhalten, da man eine kranke Person nicht allein lassen kann. Weiterhin ziehen die Autoren Vergleiche zu Freud. So sehen sie den oralen Aspekt in der Anorexie, den analen in der Obstipation und den phallisch-genitalen in der Amenorrhoe. Wie schon oben erwähnt, wird auch hier der Aspekt der Herkunftsfamilie (Generationenproblem) angedeutet (vgl. Bachner-Melman 2003; Cierpka & Reich 2001; Franke 2001; Gerlinghoff & Backmund 1999; Schmidt 1985), indem von einer Atmosphäre tiefer Unsicherheit, übergroßen Erwartungen und Ängsten die Sprache ist. Durch die eigenen negativen Erfahrungen der Eltern wird das später anorektische Kind mit kompensatorischen Wünschen oder abgespaltenen negativen Eltern-Anteilen projektiv besetzt, was zu einem belasteten Eltern-Kind-Verhältnis führt. Auch sagt Klessmann (1990), dass Magersüchtige sich schwer von zu Hause lösen können. Sie sind es gewohnt, sich an der elterlichen Bot-

schaft zu orientieren. Die Eltern jedoch behandeln ihre Tochter nicht wie ein mündiges Individuum und übertragen ihr keine Eigenverantwortung. Beim Hungern geht es um die Identitätsfrage. Das restriktive Essen gibt ihnen ein Gefühl von Selbstbeherrschung und Stärke (vgl. Katz 1985).

Hirsch (1989) versteht die Anorexie als einen Versuch, den Anforderungen der Adoleszenz (sexuelle und soziale Identität erlangen und die Loslösung von der Mutter) zu entkommen. Anorektikerinnen sehen die symbiotische Nähe zur Mutter als gefährlich, haben andererseits aber auch Angst vor einer Loslösung (vgl. Senf 1996). Als traumatisch wird die dominierende, überfürsorgliche und kontrollierende Mutter gesehen, die schon im Säuglingsalter die ersten Autonomiebestrebungen des Kindes unterbindet. Die spätere Magersüchtige kann nicht genügend zwischen „Mutter“ und „Körper“ differenzieren. Der untergewichtige Körper wird als gut („Nicht-Mutter“) und der normal- bzw. übergewichtige Körper als schlecht („wie Mutter“) angesehen. Die Zeit der Adoleszenz wird in Anlehnung an Freud deshalb als problematisch gesehen, da durch die körperliche Reifung eine Annäherung an die „böse Mutter“ stattfindet. Die Betroffene sieht dieses als Bedrohung, da eine Verschmelzung verhindert und eine Autonomie eigentlich erfüllt werden soll. Durch die restriktive Nahrungskontrolle (denn Nahrung ist wiederum mit der Mutter assoziiert) wird der Verschmelzung vorgebeugt und die entdeckte Kontrolle über den Körper erschafft ein Omnipotenzgefühl. Der Körper wird zum manipulierbaren Objekt, der dem Bedürfnis nach Selbstbestimmung, welche ja nicht offen-aggressiv eingefordert werden darf, nachkommt.

Beattie (1988) spricht davon, dass der Separationsprozess von der Mutter für Mädchen sehr viel schwieriger sei als für Jungen. Mädchen werden sozialisiert, indem sie lernen, dass ihre Selbstachtung in starkem Maße von ihrer physischen Erscheinung abhängt. Zwischen der Mutter-Tochter-Beziehung kommt es viel stärker zu „Verwischungen“, da sie dem gleichen Geschlecht angehören. Mütter verhalten sich gegenüber ihren Töchtern besitzergreifender und kontrollierender und projizieren ihre eigenen Wünsche, Hoffnungen und Ängste auf die Töchter, ohne diese als eigenständi-

ge Individuen wahrzunehmen. Dabei wird von einem feindlich-abhängigen Beziehungsmuster ausgegangen. Eine schwierige Phase ist laut Beattie (1988) die anale Phase. Mädchen seien stärker von der Mutter abhängig und identifizierten sich mit ihr. Andererseits kommen nun eigene Autonomieansprüche und Macht- bzw. Kontrolltendenzen durch. Mädchen jedoch würden stärker darauf gepolt, aggressive Tendenzen zu unterdrücken (vgl. Epstein 1994). Die Folge ist, dass auch im späteren Leben der Körper noch als schuldbesetzt und feindlich betrachtet wird, den es zu kontrollieren gilt. Auch die ödipale Phase wird insofern als problematisch betrachtet, da es hier zu Rivalitäten um die Gunst der väterlichen Aufmerksamkeit kommt. Die Töchter haben Angst vor mütterlicher Vergeltung und können daher eine Abneigung vor der weiblichen, sexuellen Rollenübernahme bekommen (vgl. Reich 2001b). Schließlich wird auch die Pubertät als problembehaftet gesehen. Die Töchter streben Unabhängigkeit an, doch die Mütter haben die ungelösten Separationskonflikte mit ihren eigenen Müttern noch nicht überwunden. Sie haben Angst, die symbiotische Verbindung zu ihren Töchtern zu verlieren und fürchten zudem deren wachsende sexuelle Attraktivität. Andererseits wünschen sie sich aber auch eine erfolgreiche, sozial angesehene Tochter, weshalb Beattie (1988) hier von einem schwierigen „Double bind“ spricht.⁴⁵ Durch die übermäßig starke Bindung der Töchter an die Mütter und ihr feindlich-abhängiges Verhältnis ist der Weg für eine Essstörung bereitet. Das Essen wird als konkretes, mütterliches Symbolobjekt gesehen. Die Vermeidung des Essens spiegelt Widersetzen und Ablehnung wider. Auch zeigt es ein Erwehren gegen die Identifikation mit der Mutter durch das Ablehnen weiblicher Rundungen. Die Nahrungsverweigerung wird als „Waffe“ gesehen, um sich der mütterlichen Kontrolle zu widersetzen. Charakterisiert sind die Anorektikerinnen laut Beattie (1988) durch eine starke Ambivalenz zwischen sklavischer Konformität und einem Mangel an Selbstbehauptung auf der einen Seite und übertriebener Pseudoautonomie und defensiver Ablehnung von Intimität auf der anderen Seite (vgl. Reich 2001c).

⁴⁵ Beattie (1988), S. 455.

Ähnlich fasst auch Karren (1990) zusammen, dass es in der frühkindlichen Entwicklung zu traumatischen Erfahrungen in der oralen Phase kommt. Gelingt es der Mutter nicht, die Gefühlsexpression des Kindes zu fördern, bleibt es auf diese Entwicklungsstufe fixiert und entwickelt kein Autonomie- und Identitätsgefühl. Dieses mangelhafte Identitätsgefühl versetzt die Anorektikerin nicht in die Lage, pubertäre Entwicklungsaufgaben zu bewältigen (vgl. Lawrence 1994). Dazu gehört z. B. die Geschlechtsidentifikation, die bei den Magersüchtigen aufgrund der ambivalenten Beziehung zur Mutter erschwert ist. Sowohl durch die Abhängigkeit zu den Eltern als auch durch mangelnde Identifikation mit dem eigenen Geschlecht, ist eine altersgemäße Hinwendung zum anderen Geschlecht erschwert. Die strikte Nahrungsverweigerung wird einerseits als Rache an der Mutter interpretiert und andererseits als Wunsch nach Selbstkontrolle und Aufbau der Ich-Identität verstanden. Karren (1990) merkt an, dass eine rein psychoanalytische Betrachtung der Anorexie defizitär ist, da aktuelle familiäre und gesellschaftliche Bedingungen vernachlässigt werden.

Franke (2001) kritisiert an der psychoanalytischen Literatur deren defizitäre Beschreibung, dass die Anorektikerinnen häufig als „Sündenbock“ dargestellt werden, die nicht willens seien, ihren mütterlichen und fraulichen Bestimmungen nachzukommen.

2.7.1. Zusammenfassung

Die psychoanalytische Sichtweise fokussiert die gestörte Mutter-Tochter-Bindung. Defizitäre emotionale Bindungen und mangelnde Zuwendung seitens der Mütter, ebenso wie Kritik, Einmischung oder Doppelbotschaften werden als dysfunktional benannt. Dies führe bei dem Kind zu starken Ineffektivitätsgefühlen und spiegle sich in übermäßiger Konformität der späteren Anorektiker, deren Autonomie und eigenständiges Denken unterbunden sei. Es sollte aber kritisch angemerkt werden, dass in der Psychoanalyse vorwiegend frühkindliche Erfahrungen für die Ätiologie der Anore-

xie herangezogen werden, jedoch aktuelle gesellschaftliche und familiäre Bedingungen vernachlässigt werden.

2.8. Verhaltenstheoretische Ansätze

Hier wird die Aufmerksamkeit nicht auf die gesamte Persönlichkeit der Anorektikerin gelenkt, sondern das beobachtbare Verhalten liegt im Fokus der Betrachtung. Dazu betrachtet man auch Personen mit Modellfunktionen bzw. die Reaktionen auf positive und aversive Umweltreize, von denen angenommen wird, dass sie das beobachtbare Verhalten beeinflussen. Bei den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Theorien werden auch Wahrnehmungen, Attributionen, Emotionen und Annahmen der Person mit in die Betrachtung einbezogen.

Ein Überblick über historische Entwicklungen der Verhaltenstherapie und ihrer Techniken, so wie wichtiger Vertreter (Pavlov, Thorndike, Skinner, Bandura, Ellis oder Beck) sind bei Dowd (2004) zu finden. Eine Übersicht über kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze findet sich bei Dobson & Khatri (2000).

Das Ätiologiemodell nach Hautzinger (1980) besagt, dass die Entwicklung der Anorexie durch klassische und operante Konditionierung bzw. durch Modelllernen zu erklären ist. Dabei werden aber auch kognitive Prozesse berücksichtigt. Insbesondere die Reaktionen der Eltern sind von entscheidender Bedeutung, da sie das unerwünschte Verhalten der Tochter durch ihre Aufmerksamkeit verstärken. So lernt die Anorektikerin, nach Hautzinger (1980), ihre Umwelt zu beeinflussen und zu kontrollieren, worin auch ein Grund für die Aufrechterhaltung der Störung gesehen wird. In diesem Modell wird unterschieden nach:

(a) auslösenden Faktoren (*tense, highly conflictive family situations; emotional deprivation; little caring, etc.*),

- (b) kognitiven Merkmalsauslösern (*excessive demands in the area of achievement and emotionally; ideals of slenderness; feelings of hopelessness, etc.*),
- (c) somatischen und behavioralen Merkmalen (*biological processes of maturation; anxiety; overactivity, etc.*) und
- (d) positiven bzw. aversiven, aufrechterhaltenden Faktoren wie z. B. *Caring; avoidance of the unpleasant eating situation; control over social situations, etc.*⁴⁶

Dabei verweist Hautzinger darauf, dass es eine Vielzahl an pathogenen Variablen gibt, die in der individuellen Entwicklung der Anorexie zusammenwirken.

Meermann & Vandereycken (1982) fassen die verschiedenen Verfahren in der Verhaltenstherapie wie folgt zusammen: operante Verfahren (Anwendung positiver bzw. negativer Verstärker und sekundärer Verstärker wie Münzverstärkungssysteme), systematische Desensibilisierung, Modelllernen und kognitive Therapie. Dabei unterscheiden sie Verfahren, die kurzfristig auf eine schnelle Symptombeseitigung abzielen und langfristige Verfahren, die neben einer Gewichtserhöhung auch Verbesserungen im psychosozialen Bereich (Autonomie erhöhen, Gefühle der Ineffektivität verringern, etc.) auf Seiten der Patientin anstreben. Nach Meinung der Autoren sind beide Aspekte zu beachten. Das erste Teilziel sollte eine Stabilisierung des Gewichts sein, um eine akute Gefährdung abzuwenden und einen besseren therapeutischen Zugang zu ermöglichen. Dabei kämen vorrangig Methoden des operanten Konditionierens wie konsequent durchgeführte Verstärkungsprogramme zum Einsatz. Wichtig sei, die Autonomie des Patienten zu stärken, indem z. B. das angestrebte Programm von Beginn an mit dem Patienten besprochen und somit für Transparenz gesorgt wird. Kontraindiziert sei hingegen ein Überreden, Feilschen oder Zwingen.

⁴⁶ Hautzinger (1980), S. 218.

Nach Garner & Bemis (1982) spielen insbesondere irrationale Einstellungen bei der Anorexie eine Rolle. Dazu zählen sie: selektive Abstraktion, Übergeneralisierung, abergläubisches Denken, Übertreibung, dichotomes Denken, Personalisierung und das mystische Denken, dass eine Gewichtszunahme irreversibel sei. Gleichzeitig verweisen sie darauf, dass o. g. Punkte nicht die einzigen kausalen Faktoren bei der Anorexie seien und deshalb auch in der Therapie nicht nur auf diese fokussiert werden sollte. Weiterhin wird davon ausgegangen, dass Anorektikerinnen unter starken Selbstzweifeln leiden und sie sich von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen. Durch den Gewichtsverlust wird versucht, Anerkennung zu erlangen, was ja häufig im Anfangsstadium auch noch der Fall ist (vgl. Klein & Walsh 2003). Eine ständige Sorge über Essen und Gewicht schließt andere Personen und deren Einschätzungen aus und verringert die Aufmerksamkeit auf externe Stimuli. Daher, so Garner & Bemis, sei es in der Therapie sinnvoll, eigene Einstellungen durch die Perspektive anderer abzugleichen, realistische Erwartungen aufzubauen und auch z. B. das vorherrschende Schlankheitsideal zu thematisieren, wobei wichtig sei, durch die Veränderung der Selbstwahrnehmung das mangelnde Selbstwertgefühl der Patientin zu stärken.

Zu einer ähnlichen Einschätzung gelangt Fichter (1988). Auch hier wird von einem mangelndem Selbstwertgefühl gesprochen. Das Fasten wird als Versuch zur Problembewältigung gesehen. Die restriktive Nahrungszufuhr sorgt zumindest vorübergehend für ein Gefühl der Kontrolle. Die Patientin erschafft einen kontrollierbaren Bereich, der andere Angst machende Lebensbereiche ausklammert. Daher sollten nach Fichter in der Therapie insbesondere das bestehende Defizit in der Wahrnehmung und der Ausdruck von (negativen) Emotionen im Vordergrund stehen. Mit Hilfe der kognitiven Therapie sollten zudem selbsterniedrigende Gedanken und das generell niedrige Selbstwertgefühl aufgearbeitet werden.

Fichter (1982) ist es wichtig, den Zeitraum nach dem verhaltenstherapeutischen Klinikaufenthalt nicht zu vernachlässigen. So könnten zwar kontin-

gente Verstärkerprogramme zur physischen Restitution sehr effizient sein, deren langfristiger Erfolg scheitert aber möglicherweise im häuslichen Milieu, wenn therapeutische Techniken hier nicht weiter verfolgt würden bzw. nicht praktisch umgesetzt werden. So plädiert Fichter (1982) einerseits für die Integration familientherapeutischer Konzepte in die Verhaltenstherapie und andererseits für ambulante Nachbetreuungsprogramme, um die Rückfallquoten zu senken (vgl. Herpertz-Dahlmann & Remschmidt 1994). Auch wird die Relevanz der Aufarbeitung kognitiver Verzerrungen betont.

Franke (2004) sagt, dass die verhaltenstherapeutischen und kognitiven Richtungen eine Veränderung des konkreten Essverhaltens erzielen wollen. Auch die Einstellung zum eigenen Körper soll verbessert werden. Die Behandlung umfasst dabei in der Regel sowohl die Symptomatik als auch die Funktionalität der Störung.

Nach Cooper u. a. (2001) ist es bei der kognitiven Therapie wichtig, die zugrunde liegenden, irrigen Annahmen über Körpergewicht und -form bzw. die negativen Selbstüberzeugungen zu identifizieren und abzuändern. Dabei sei es wichtig, die Mutter-Tochter-Beziehung mit in die Therapie einzubringen, da mütterliches Fehlverhalten wie Kritik über die Figur oder Aufforderung zur Diät, die anorektische Symptomatik hervorbringen kann. Auch kann mütterliches Diätieren oder ihr Umgang mit Gewicht und Körperform nach Meinung von Cooper u. a. (2002) im Sinne des Modelllerns ein anorektisches Verhalten fördern.

Jacobi u. a. (1996) besagen, dass man bei dem kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen davon ausgeht, dass eine andauernde Nahrungsrestriktion und einseitiges Essverhalten (häufig einhergehend mit der Vermeidung hochkalorischer Nahrung) sowohl für die Entstehung der Anorexie als auch für deren Aufrechterhaltung eine wichtige Rolle spielen. Erwähnt werden auch typische kognitive Muster, wie bestimmte Einstellungen zu Figur und Gewicht im Hinblick auf die Bewertung der eigenen

Person. Dabei werden die extreme Kontrolle des Essens und der Gewichtsverlust als in hohem Maße verstärkend gesehen. Auf der Ebene spezifischer Kognitionen liegt der Fokus auf kognitiven Defiziten, wie der Verleugnung des kachektischen Zustandes, spezifischen irrationalen Ideen (Personalisierung, abergläubisches Denken, selektive Abstraktion oder Übergeneralisierung), Körperwahrnehmungsstörungen und mangelnden Konfliktbewältigungsstrategien. Aufgrund dieser Annahmen wird in der Therapie Wert auf operante Maßnahmen in Verbindung mit *Contract Management*-Techniken (Vertrag über die zeitliche und inhaltliche Gestaltung der Gewichtszunahme) gelegt, denn nach dem operanten Modell des Lernens, beeinflusst die Art der Konsequenzen die Auftretenswahrscheinlichkeit eines Verhaltens. So wird beispielsweise eine wöchentliche Gewichtszunahme mit bestimmten Freiheiten (positive bzw. negative Verstärkung) verknüpft. Auch werden in diesem Ansatz Techniken zur Identifizierung und Korrektur dysfunktionaler Gedanken vermittelt. Die Patienten sollen ein Verständnis für den Ursprung bestimmter Überzeugungen erlangen.

Karren (1990) spricht sich eindeutig gegen eine reine Gewichtsfokussierung und das Ausklammern soziokultureller Aspekte in manchen verhaltenstherapeutischen Therapien aus. Vielmehr sei es relevant, auch Emotionen, Kognitionen, die Selbstzweifel der Betroffenen, die ambivalente Einstellung gegenüber ihren Müttern und ihrer Geschlechtsidentität und die familiären Strukturen näher zu beleuchten. Neben kurzfristigen Veränderungen des beobachtbaren Verhaltens sei es viel wichtiger, längerfristige Veränderungen (Selbstkontroll- und Problemlösekompetenzen) zu fördern, damit die Betroffenen Selbstsicherheit erlangen können und ihr eigenes Selbsthilfepotential aktivieren.

2.8.1. Zusammenfassung

Neben beobachtbarem Verhalten stehen hier auch kognitive Aspekte wie Wahrnehmung, Attributionen oder Emotionen im Zentrum des Interesses.

Als wichtige Elemente werden die klassische- und operante Konditionierung, ebenso wie das Modelllernen benannt.

2.9. Konklusion

Zusammengefasst kann festgehalten werden, dass trotz intensiver Forschung eine genaue Ätiologie der Anorexia nervosa bislang immer noch unklar ist (vgl. Beisel & Leibl 2001; Löwe & Herzog 1998; Pirke 1991). Es kann festgehalten werden, dass die Anorexie multideterminiert ist. Sozio-kulturelle, psychische, psychosoziale und biologische Variablen greifen nicht nur ineinander, sondern verstärken sich auch wechselseitig.

3. Symptomatologie und somatische Folgeerscheinungen

Nach dem diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR⁴⁷, wird die Anorexia nervosa folgendermaßen beschrieben:

- A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Gewichts zu halten (z. B. der Gewichtsverlust führt dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts; oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode 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).

Im Vergleich zu den vorherigen diagnostischen Fassungen DSM-III und DSM-III-R, ist das DSM-IV-TR nun um die Klassifizierung von zwei Subtypen der Anorexia nervosa erweitert worden, die da wären:

Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat

⁴⁷ Saß (2003), S. 651f.

kein *Purging*-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

„Binge-Eating/Purging“ – Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßige Freßanfälle gehabt und hat *Purging*-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Es wird weiterhin darauf aufmerksam gemacht, dass es einige, dieser Unterform zugeordneten Personen gibt, die ein *Purging*-Verhalten zeigen (nach dem Verzehr kleiner Mengen), ohne jedoch gleichzeitig ein Binge-Verhalten an den Tag zu legen.

Hinsichtlich der Amenorrhoe kommen einige Autoren zu dem Schluss, dass diese bereits vor dem Beginn der Anorexia nervosa auftreten kann (vgl. Köhle u. a. 1997, Hellhammer 1982, Pirke 1982).

Gemäß ICD-10 wird die Anorexia nervosa (F50.0) folgendermaßen klassifiziert:

- A. Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewicht.
- B. Dieser Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von fettmachenden Speisen.
- C. Selbstwahrnehmung als „zu fett“ verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
- D. Umfassende endokrine Störung der Achse Hypothalamus-Hypophyse-Gonaden; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessenverlust an Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektivi-

schen Frauen dar, die eine Hormonsubstitution erhalten (meist als kontrazeptive Medikation).

E. Die Kriterien A. und B. für eine Bulimia nervosa (F50.2) werden nicht erfüllt.

Kommentar: Folgende Symptome bestätigen die Diagnose, sind aber nicht notwendig: selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivitäten und Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.

Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der Pubertätsentwicklung verzögert oder gehemmt (Wachstumsstop, fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe bei Mädchen; bei Jungen bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung bei verspäteter Menarche häufig normal abgeschlossen.⁴⁸

Die körperliche Symptomatologie fasst Thomä (1961) wie folgt zusammen:

- tiefe, greisenhaft wirkende Nasolabialfalten
- eingesunkener Bauch
- extrem dünne Gliedmaßen
- trockene, graue Haut
- Lanugobehaarung
- brüchige Nägel
- lockere Zähne
- niedriges Niveau bei Herzaktion, Blutdruck, Atmung
- Obstipation
- Amenorrhoe⁴⁹

Franke (2004) unterscheidet nach:

(a) allgemeinmedizinischen Auffälligkeiten, wie:

⁴⁸ S. 350f.

⁴⁹ Hier verweist auch Thomä (1961) darauf, dass das plötzliche Sistieren der Menses bei einigen Patientinnen schon vor dem Gewichtsverlust eintritt.

Kachexie
Hypothermie
Bradypnoe
Akrocyanose
Schlafstörungen
Osteoporose

- (b) internistischen Auffälligkeiten, wie:
kardiovaskuläre Veränderungen
verlangsamer Herzschlag (kann zu Schwindel und Ohnmacht führen)
niedrige Pulsfrequenz
Nierenschäden
Hämatologische Unterfunktion mit Anämie und Leukopenie
verminderte Nierenkonzentrationsfähigkeit
Anfälligkeit für Entzündungen
immunologische Dysfunktion
gastrointestinale Veränderungen
Elektrolytimbalancen
Periphere Ödeme
- (c) dermatologischen Auffälligkeiten, wie:
atrophe, trockene Haut
gelbliche Hautfarbe
Haarausfall
Lanugobehaarung
oberflächliche Narben am Handrücken
z. T. Liegegeschwüre
brüchige Nägel
Trommelschlegelfinger
- (d) zahnärztlichen Auffälligkeiten, wie:
Zahnschmelzerosionen, bedingt durch häufiges Erbrechen

- (e) HNO-Auffälligkeiten:
Ohrspeicheldrüsenschwellung

Köpp & Herzog (1996) konkludieren, dass es bei der Anorexie zu Kachexie, trockener Haut, Lanugobehaarung, Petechien, Ödemen, Akrozyanosen, Hypothermien, Bradykardien, Arrhythmien, Hypotensionen, Schwindel und Schwächegefühlen, Obstipationen, Libidomangel, kardialen Komplikationen und Sialadenosen kommen kann.

Auch Krüger u. a. (2001) sprechen von trockener Haut, Lanugobehaarung, Akrozyanose, Cutis marmorata, Minderwuchs, Haarausfall, Speicheldrüsenschwellung, Blutbildveränderungen wie Leukopenie, Anämie und Thrombozytopenie, Elektrolytstörungen, Erhöhung von Transaminasen, Veränderungen im Lipidstoffwechsel, Erniedrigung von Gesamteiweiß und Albumin, Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, Schilddrüsen-Achse und Gonaden-Achse, Erhöhung des Wachstumshormons, CT-Veränderungen wie Pseudoatrophia cerebi, Ösophagitis, EKG-Veränderungen, Osteoporose und durch selbstinduziertes Erbrechen und Laxantienabusus kann es zu ausgeprägtem Karies bzw. zu Osteomalazie, Malabsorptions-Syndrom, schwere Obstipation oder hypertrophe Osteoarthropathie kommen.

Nach Pirke (1982) kann es zu einer Vielzahl an Regulationsstörungen im endokrinen System kommen. So sei etwa die Amenorrhoe ein Ausdruck einer komplexen Störung des Hypothalamus-Hypophysen-Gonadensystems. Weiterhin werden benannt: Störungen des Wachstumshormons, eine relativ vermehrte Cortisolproduktion und deutlich erniedrigte Östradiol- und Progesteronwerte. Dabei merkt Pirke (1982) an, dass bislang nicht genau geklärt sei, welche metabolischen Veränderungen im Einzelnen für die endokrinen Störungen verantwortlich sind.

Gerlinghoff & Backmund (1999) gehen davon aus, dass sogar ein plötzlicher Herztod eintreten kann. Durch das starke Untergewicht schrumpft der Herzmuskel und es entsteht ein Missverhältnis zwischen Muskelanteilen und Größe der Herzklappen. Lebensbedrohliche Rhythmusstörungen können postponierend eintreten. Weiterhin sprechen sie von Darmträgheit, Blähungen, Durchfällen, Zahnschäden, Frieren, brüchigen Nägeln, Ödemen, Muskelschwäche, Konzentrationsschwierigkeiten und unelastischer, schuppiger Haut.

Das DSM-IV-TR (Saß 2003) spricht von Leukopenie, leichter Anämie, Hypercholesterinämie, erhöhten Leberfunktionswerten, Hypomagnesiämie, Hypozinkämie, Hypophosphatämie, Hyperamylasämie. Während Erbrechen zu metabolischer Alkalose führen kann, kann es durch Laxantienabusus zu einer metabolischen Azidose kommen. Bei Frauen beobachtet man einen niedrigen Serum-Östrogen-Spiegel, bei Männern ist der Serum-Testosteron-Spiegel herabgesetzt. Ferner ist häufig ein signifikant reduzierter Energiegrundumsatz feststellbar, Sinus-Bradykardien werden beobachtet und als Folge des Hungerns kann es zu einem Anstieg des Liquorraumes zum Gehirnvolumen kommen.

Hinsichtlich der psychischen Störungen wird formuliert, dass depressive Verstimmungen, Reizbarkeit, Schlafstörungen, sozialer Rückzug und ein Libido-Verlust eintreten können (vgl. Franke 2001). Ferner werden Zwangssymptome, die sich vor allem auf die Nahrung beziehen, beschrieben. Die Gedanken kreisen ständig um das Essen, die Figur und das Körpergewicht. Auch werden Gefühle der Ineffektivität, Vermeidung von öffentlichem Essen, Bedürfnis, die Umwelt zu kontrollieren, rigides Denken, begrenzte Spontanität und Perfektionismus genannt (vgl. Geller 2000).

Franke (2001) ergänzt, dass auch tiefe Selbstzweifel und ständige Gefühle von Inkompetenz und Unzulänglichkeit mit zum Störungsbild gehören (vgl. auch Gerlinghoff & Backmund 1999). Selbst hervorragende Leistungen können nicht anerkannt werden.

Obig genannte Aspekte werden insbesondere von Bruch (2004) betont. Anorektische Personen zeichneten sich durch Verleugnung des ausgehungerten Äußeren (verzerrtes Körperbild), eine negativistische Haltung, Selbstverachtung, innere Unzufriedenheit, funktionelle Defizite in der Wahrnehmung von Hungergefühlen (nicht wissen, wann man satt oder hungrig ist), einhergehend mit einem Mangel an körperlicher Selbstwahrnehmung und diffusen Ich-Grenzen und durch eine äußerliche Überangepasstheit (die Bedürfnisse anderer Personen werden über die eigenen gestellt) aus.

Nach Herpertz-Dahlmann & Remschmidt (1994) zeigen Anorektikerinnen häufig ein sehr langsames Essen, ein „Zerpflücken“ der Nahrung und einen Verzicht auf bestimmte Nahrungsmittel (z. B. hochkalorisches Essen). Ebenfalls werden ein übermäßiger Bewegungsdrang, depressive Verstimmungen, Leistungsehrgeiz und Sthenizität (med. für „Kraftfülle“) genannt. Auch könne man von einer durchschnittlichen bis überdurchschnittlichen Intelligenz ausgehen. Rituale, die sich zumeist auf das Essen und die Nahrungsaufnahme beziehen, wurden ebenso beobachtet. Neben Gefühlen starker Ineffektivität und Misstrauen gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen, mangle es der Patientin oft an der Fähigkeit, eigene Gefühle präzise wahrnehmen zu können.

Köhle u. a (1997) fassen die Symptome der Anorexie zusammen als: Störung des Essverhaltens (Weglassen von Mahlzeiten, kalorienarme Nahrungsmittel, etc.), Gewichtsverlust, Amenorrhoe, Körperschemastörung (verzerrte Körperwahrnehmung, die mit Ineffektivitätsgefühlen einhergeht), gestörte Interozeption (veränderte Hungerwahrnehmungen, Leugnen von Hungergefühlen), Hyperaktivität, Leistungsorientiertheit, Beziehungsstörungen und eine ausgeprägte Selbstwertproblematik (vgl. Löwe u. a. 2004).

Senf u. a. (1996) benennen ausgeprägte Verleumdungstendenzen, partielle, starvationsbedingte ungenügende Introspektionsfähigkeit und Motiva-

tion und eine geringe Bereitschaft zum Arbeitsbündnis in der Therapie (vgl. Krüger u. a. 2001; Karren 1990). Weiterhin wird von Kontaktstörungen, depressiven Syndromen und Stolz bzw. Befriedigung über die Gewichtsabnahme gesprochen. Zudem bestehe ein kontinuierlicher Drang, mit Hilfe von Nahrungsverweigerung, Hypermotorik, induziertem Erbrechen oder Laxantien- und Diuretikaabusus, Gewicht zu verlieren.

Als psychopathologische Symptome fassen Jacobi u. a. (1996) zusammen:

- Einhalten einer speziellen Diät zur Gewichtsreduktion (häufig mit „erlaubten“ und „verbotenen“ Lebensmitteln)
- Ein besonderes Interesse oder ein auffälliger Umgang mit Nahrungsmitteln
- Besondere Verhaltensweisen zur Gewichtsreduktion (z. B. Erbrechen, körperliche Hyperaktivität, Abusus von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern, Schilddrüsenhormonpräparaten)
- Body-Image-Störung
- Angst vor einer Gewichtszunahme
- Wahrnehmungsstörungen in Bezug auf Appetit-, Hunger- und Sättigungsgefühlen
- Defizite der psychosozialen Kompetenz
- sexuelle Probleme
- Insuffizienzgefühle, Angst- und Schamaffekte
- Depressionen
- ausgeprägte Leistungsorientierung (häufig mit asketischen Idealen)

Gerlinghoff & Backmund (1999) gehen davon aus, dass fast alle Mager-süchtigen im Laufe der Zeit spezielle Essrituale entwickeln. Dabei haben sie bestimmte Nahrungsmittel, die sie immer gleich zubereiten oder immer zum gleichen Zeitpunkt zu sich nehmen, um durch das Bewährte eine absolute Kontrolle über die Gewichtsbeziehung zu erlangen. Auch das Essverhalten fällt durch z. B. extrem langsames Essen, Löffeln von Flüssigkeit, langsames Kauen oder Zerkleinern der Mahlzeit auf. Außerdem ist

das Verspüren, aber hartnäckige Leugnen von Hunger ein typisches Merkmal. Ebenso werden auch Warnsignale des Körpers wie Schwächezustände oder Schwindel ignoriert bzw. schlimmstenfalls mit noch härteren Maßnahmen beantwortet. Es wird angenommen, dass die Magersucht in den Augen der Betroffenen viele Funktionen wie z. B. die Erfüllung von Sehnsüchten, Wünschen und Bedürfnissen oder die Kompensation von Unsicherheiten und Defiziten habe. Als weitere Funktionen werden u. a. benannt:

- Schönheitsideal
- Leistungsbeweis
- Kontrollmaßnahme
- Macht und Stärke
- Ausdruck von Opposition
- Abgrenzungsmöglichkeit
- Lebenssinn und -inhalt
- der inneren Leere begegnen
- Schutz vor Weiblichkeit und Sexualität
- Magersucht als etwas Vertrautes.

Letztlich führt sie jedoch zu einem Gefühl von Ohnmacht.

Hänsel (1985) fasst körperliche und psychische Symptome wie folgt zusammen:

- Eßverhaltensstörungen in Form von zeitweiliger Nahrungsverweigerung bzw. Nahrungsbegrenzung, gelegentliche Eß-Durchbrüche
- Erbrechen und Abführmittelmißbrauch mit dem Ziel der Gewichtsbeschränkung bzw. Gewichtsreduzierung
- Deutlicher Gewichtsverlust bzw. bewusst stark erniedrigt gehaltenes Körpergewicht und starker Widerstand gegen Gewichtszunahme
- Chronische Verstopfung
- Ausbleiben der Menstruation, Libidoverlust
- Körperliche Folgeerscheinungen der Kachexie

- Verzernte Einstellung zum Essen, Körpergewicht und Körperschema
- „Leugnung des Krankheitswertes der Störung, Aktivitätssteigerung, hektisches Getriebensein
- Spezifische Beziehungsstörungen, autistisches Verhalten
- Narzißtische Persönlichkeitsstörungen, depressive Verstimmungen
- Enge Bindung des Krankheitsbeginns an Pubertät und Adoleszenz
- Charakteristische Störungen der Familienbeziehungen⁵⁰

3.1. Zuordnung

Die Anorexia nervosa wird den psychosomatischen Störungen zugeordnet. Der Terminus „psychosomatisch“ verweist auf eine Ganzheit, nämlich die Einheit von Psyche und Soma.

Franke (1981) versteht psychosomatische Störungen als ein multifaktorielles Krankheitsmodell, wobei somatische, psychische und soziale Faktoren das Leiden der Betroffenen auslösen bzw. dieses aufrechterhalten (vgl. Hänsel 1985). Das Substantiv „Leiden“ ist dabei ganz bewusst gewählt, da es die objektiven Anteile der Störung, den Befund, als auch das subjektive Erleben des Betroffenen widerspiegelt. Für Franke (1981) ist es dann sinnvoll, von „psychosomatischen Störungen“ zu sprechen, wenn die Kenntnis über psychische und soziale Faktoren mehr zur Erkenntnis und Veränderung der Störung beitragen als die Modifikation medizinisch-somatischer Aspekte. Nach Franke (2001) lassen sich zwar im Verlauf von Essstörungen und Suchterkrankungen einige Parallelen finden (z. B. Kontrollverlust, Selbstwertproblematik und/oder auffällige Familiendynamik), jedoch wird betont, dass Essstörungen *keine* Suchterkrankungen seien⁵¹ (vgl. auch Stahr u. a. 1995). Sowohl bei der Anorexie als auch bei der Bulimie handle es sich nicht um Ersatzbefriedigungen, sondern um fehlgeschlagene Lösungsversuche unbewusster oder überfordernder Probleme.

⁵⁰ Hänsel (1985), S. 23.

⁵¹ Damit widerspricht Franke (2001) der Meinung Bachmanns (1985).

3.2. Differentialdiagnosen

Jacobi u. a. (1996) machen darauf aufmerksam, dass Symptome der Anorexia nervosa wie Gewichtsverlust oder Erbrechen auch anderen Ursprungs sein können. Daher unterscheiden sie zwischen (a) psychiatrischen- und (b) internistischen Differentialdiagnosen:

(a) wird zusammengefasst:

- anorektische und bulimische Reaktionen im Rahmen von hypochondrischen Störungen, Anpassungsstörungen und dissoziativen Störungen
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- Zwangsstörungen
- Depressive Syndrome anderer Genese (z. B. *Major Depression*)
- schizophrene Psychosen oder wahnhafte Störungen

(b) wird zusammengefasst:

- Malabsorptionssyndrom (z. B. Sprue)
- Maldigestionssyndrom (z. B. chronische Pankreatitis)
- Dysphagie (neuromuskulär oder mechanisch bedingt)
- Funktionelle Störungen des Magen-Darm Traktes
- Gastritis
- Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni
- Maligne Erkrankung des Magen-Darm Traktes
- Hepatitis
- Diabetes mellitus
- Colitis ulcerosa
- Morbus Crohn
- Hypophysenvorderlappeninsuffizienz (Morbus Simmonds)
- Hypo- oder Hyperthyreose
- Nebennierenrindeninsuffizienz (Morbus Addison)
- Hyperparathyreodismus

- unerwünschte Wirkung von Medikamenten oder Drogen.⁵²

Hinsichtlich des Gewichtsverlustes sagt das DSM-IV-TR (Saß 2003), dass eine Anorexia nervosa z. B. von gastrointestinalen Erkrankungen, Hirntumoren, dem mesenterialen Arterienverschluss-Syndrom, der *Major Depression*, verborgenen Malignitäten, *AIDS* und der Schizophrenie abgegrenzt werden muss. Zwangsstörungen, soziale Phobien und Körperdysmorphie Störungen können auch Überschneidungen zur Anorexie aufweisen.

Nach Köhle u. a. (1997) muss die Anorexie von einer Thyreotoxikose, einer primären Nebennierenrindeninsuffizienz, stenosierenden Prozessen im Intestinaltrakt, Malabsorptionssyndromen, Nierenerkrankungen und zerebralen Prozessen abgegrenzt werden (vgl. auch Klußmann 1996).

Ergänzend fügt Klußmann (1996) hinzu, dass es, mit Ausnahme von Endstadien, keine endokrinologische Erkrankung mit einer so stark ausgeprägten Kachexie gebe.

Jacobi u. a. (1996) verweisen darauf, dass die Diagnose einer Anorexia nervosa im Alltag kaum Probleme bereite, da die Anamnese und Psychopathologie in der Regel recht typisch sei (vgl. auch Köhle u. a. 1997).

⁵² Jacobi u. a. (1996), S. 11.

4. Komorbidität und bingebegleitende Faktoren

4.1. Angst

Dass Angst eine wichtige Rolle bei der Anorexia nervosa spielt, wird schon im DSM-IV-TR (2003) deutlich, wo es heißt: „Personen mit dieser Störung haben große Angst vor einer Gewichtszunahme oder vor dem Dickwerden (Kriterium B).⁵³ Diese intensive Angst vor dem Dickwerden wird gewöhnlich durch den Gewichtsverlust nicht gemindert. Tatsächlich wächst die Besorgnis über eine Gewichtszunahme häufig trotz stetigen Gewichtsverlustes sogar noch.“⁵⁴

Die Angst magersüchtiger Personen, dick zu sein oder zu werden, wird auch von Vandereycken & Meermann (2003) betont. Schon eine Gewichtszunahme von wenigen hundert Gramm, das Überschreiten einer selbstgesetzten Nahrungshöchstmenge oder ein Völlegefühl nach einer Mahlzeit, können ein Panikgefühl bei den Betroffenen hervorrufen, einhergehend mit der Angst, nun unkontrolliert zuzunehmen. So wird auch der Missbrauch von Laxantien oder selbstinduziertes Erbrechen als dysfunktionale Maßnahme gesehen, mit dieser Angst vor einer Gewichtszunahme umzugehen. Weiterhin wird auch eine gewisse Isolationstendenz auf die Angst der Betroffenen zurückgeführt. Mögliche „gefährliche“ Situationen wie Treffen mit Freunden, welche oftmals durch gemeinsames Speisen gekennzeichnet sind, werden aus der Angst vor unkontrolliertem Genuss oder den fehlenden Möglichkeiten des anschließenden selbstinduzierten Abführens, vermieden (vgl. Steere u. a. 1990).

Auch Vitousek & Manke (1994) konkludieren, dass Angstsymptome bei Anorektikern und Bulimikern weit verbreitet sind (vgl. Reich & Cierpka

⁵³ Vgl. auch Gerlinghoff & Backmund (2001); Muuss (1985).

⁵⁴ Saß (2003), S. 646.

1997). Dazu zählen sie u. a. die soziale Phobie, eine generalisierte Angststörung und die *Obsessive-Compulsive Disorder*.⁵⁵

Diese Ergebnisse werden von Schwalberg u. a. (1992) bestätigt. Viele der befragten Essgestörten hatten eine bzw. mehrere Angststörungen. Dabei traten die generalisierte Angststörung und die soziale Phobie am häufigsten auf. Bei den meisten Befragten entwickelte sich die Angst vor der Essstörung. Daher sehen die Autoren in der Angststörung eine wichtige ätiologische, aber auch aufrechterhaltende Funktion. Befragt wurden hier allerdings Bulimiker und *Binge Eaters* und keine Anorektikerinnen. Ihre Ergebnisse decken sich mit denen von Braun u. a. (1994).

Norman u. a. (1993) untersuchten Anorektikerinnen und Bulimikerinnen und sie fanden heraus, dass die Essgestörten anfällig für schwankende Stimmungslagen mit periodisch auftretender Niedergeschlagenheit, Zorn, Angst und Euphorie sind. Auch Nervosität und Furchtsamkeit waren bei den Betroffenen anzutreffen.

Mizes (1988) untersuchte Bulimiker und eine KG. Auch hier zeigte sich, dass Angst eine wichtige Komponente bei der Essstörung ist, da die BN ängstlicher waren und des Weiteren unter überängstlichen Sorgen zu leiden hatten.

Steinhausen (2002) analysierte 119 Studien zum Thema Magersucht aus der deutschen bzw. englischen Literatur und stellte fest, dass häufig Komorbiditäten bei Anorektikerinnen gefunden wurden. Dazu zählten auch Angststörungen (Phobien und *OCD*) (vgl. Klein & Walsh 2003).

⁵⁵ Dass eine Anorexie auch von obsessionalen Merkmalen begleitet wird, konnte schon von Smart u. a. (1976) nachgewiesen werden.

4.1.1. Längsschnitt-Untersuchungen

Die charakteristische Angst vor einer Gewichtszunahme erwies sich in einer Untersuchung von Finzer u. a. (1998) als guter Indikator für das Fortbestehen der Essstörung. 41 Anorektikerinnen wurden nach 5,3 Jahren wieder untersucht und bei 45% der Befragten war die Angst vor einer Gewichtszunahme nach wie vor vorhanden.

Dass eine Angststörung ein markantes, komorbides Merkmal der Anorexia nervosa ist, wurde von Jordan u. a. (2003) bestätigt.⁵⁶ Untersucht wurden insgesamt 40 Anorektikerinnen und 58 Depressive. 23% der AN zeigten Lebenszeitprevalenzen einer *Obsessive-Compulsive Disorder*, 12% einer Panik oder Agoraphobie, 33% einer sozialen Phobie, 28% einer einfachen Phobie und 15% einer Überängstlichkeitsstörung. Ein Vergleich aktuell depressiver AN und nicht-depressiver AN ergab, dass aktuell depressive Anorektikerinnen ebenfalls signifikant häufiger unter einer sozialen Phobie litten und zudem bei allen obig angegebenen Angststörungen höhere Punktwerte erzielten.

Herpertz-Dahlmann u. a. (1996) fanden heraus, dass die Angststörung neben der Affektstörung die häufigste Komorbidität bei Essgestörten ist. Sie untersuchten essgestörte Personen 3 bzw. 7 Jahre nach deren Klinikentlassung. Neben der affektiven Störung (18%) zeigte sich bei 41% der Befragten eine Angststörung. Dabei wurde die soziale Phobie mit 21% am häufigsten diagnostiziert.⁵⁷ Bei den meisten Patienten trat die Angststörung parallel bzw. nach dem Beginn der Essstörung auf.⁵⁸

⁵⁶ S. auch González-Pinto u. a. (2004). Sie fanden heraus, dass solche Komorbiditäten die Lebensqualität der Anorektikerinnen verschlechtern (vgl. Woodside u. a. 2001). Insbesondere hatten die befragten Anorektikerinnen Angst davor, an Gewicht zuzunehmen. Ebenfalls trug auch Purging-Verhalten zu einer Verschlechterung bei. Und Purging-Verhalten ist laut Turner u. a. (2000) bei adolescenten Anorektikerinnen weit verbreitet.

⁵⁷ Hier kommen Zonneville-Bender u. a. (2004) zu gleichen Ergebnissen. Auch in ihrem *Sample* war die soziale Phobie mit 50% bei erwachsenen Anorektikerinnen am häufigsten vertreten. Bei den adolescenten Magersüchtigen waren es 25,5%. Damit wurde die soziale Phobie neben der generalisierten Angststörung am zweithäufigsten diagnostiziert.

⁵⁸ Bei Braun u. a. (1994) trat bei den untersuchten Magersüchtigen die Angststörung nach der Essstörung auf, wohingegen bei den Bulimikern das Gegenteil der Fall war. Ekeroth u. a. (2004) stellten jedoch fest, dass die Essgestörten im Vergleich zur Kontrollgruppe eine höhere Psychopatholo-

Hier kommen jedoch Toner u. a. (1988) zu anderen Ergebnissen. Sie unterschieden zwischen symptomatischen, gebesserten und asymptomatischen Anorektikerinnen. Die Symptomatischen hatten im Vergleich zu den Asymptomatischen eine signifikant höhere Inzidenz an Angststörungen vor der Entwicklung einer Essstörung. Generell zeigte sich, dass eine Angststörung häufig bei den Symptomatischen anzutreffen war. Die Betrachtung der Lebenszeitprevalenz einer Angststörung ergab, dass diese bei 73,3% der Symptomatischen, 61,5% der Verbesserten und 47,4% der Asymptomatischen im Vergleich zu 7,7% der KG festgestellt werden konnte. Hinsichtlich der Inzidenz des vorausgegangenen Jahres ergab sich ein ähnliches Bild. Wiederum zeigten die symptomatischen AN mit 66,7% die höchsten Werte im Vergleich zu 46,2% der Verbesserten, 26,3% der Asymptomatischen und 7,7% der KG.

Pla & Toro (1999) untersuchten Anorektikerinnen in einem 8-Jahres *Follow-up*. Neben der Depression waren Phobien die häufigste Komorbidität bei den Magersüchtigen. Von 46 Befragten berichteten 15,2% eine spezifische Phobie, 13,0% eine soziale Phobie und bei 2,2% ließ sich eine OCD nachweisen.

Auch Pollice u. a. (1997) unterteilten die Anorektikerinnen in (a) aktuell erkrankt, (b) nach kurzzeitlicher Gewichtswiederherstellung und (c) nach langzeitlicher Gewichtswiederherstellung. Untersucht wurden typische Komorbiditäten wie Depressionen, Ängste und Zwänge. Es zeigte sich, dass alle genannten Aspekte bei den aktuell Erkrankten am intensivsten ausgeprägt waren. Allerdings konnten, wenn auch in abgemilderter Form, ebenfalls bei den Personen mit langzeitlicher Gewichtswiederherstellung noch Symptome festgestellt werden.⁵⁹ Dies veranlasst die Autoren zu dem Schluss, dass o. g. Störungen im Zusammenhang zur Pathogenese der Essstörung stehen. Sie fördern das Hungern und den Gewichtsverlust,

gie inkl. Angststörung aufwiesen und schlussfolgern daraus, dass die Essstörung der Psychopathologie vorausgeht.

⁵⁹ Vgl. auch Matsunagata u. a. (2000); Deter & Herzog (1994). Schork u. a. (1994) konnten hingegen bei den Genesenen beim 10-Jahres Follow-up keine nennenswerten Psychopathologien mehr feststellen, wohingegen die noch aktuell Erkrankten hohe Komorbiditätswerte aufwiesen, darunter Affektive-, Angst- und Persönlichkeitsstörungen.

welches dann wiederum die Symptome verschlimmert. Es wird von einem „Teufelskreis“ gesprochen, indem die Symptome (Angst, etc.) die Unterernährung verschlimmern und die Unterernährung wiederum die Symptome verschlimmert.

Von einem „Teufelskreis“ sprechen auch Steere u. a. (1990). Sie untersuchten 42 Bulimikerinnen und fanden bei 10,8% Panikattacken und 51,2% berichteten Angst vor dem Zusammentreffen mit anderen Personen. Generell fanden sie heraus, dass sich die Angstsymptome häufig auf das Essen und Sorgen um Gewicht und Körperform bezogen. Auch scheuten sich die Probanden oftmals davor, sich öffentlich zu zeigen, da sie sich selbst als „fett“ wahrnahmen. Angst trat auch dann auf, wenn sich die Bulimikerinnen mit hochkalorischer Nahrung konfrontiert sahen. Die Autoren konkludieren, dass o. g. Ängste eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung der Essstörung spielen, da die Unfähigkeit zur Esskontrolle bei den Betroffenen zu Angst und Depressionen führe, welche dann wiederum ihre Versuche, Kontrolle zurück zu erlangen, behinderten.

Deep u. a. (1995) untersuchten Langzeit-Genesene (<1 Jahr) Anorektikerinnen und unterteilten diese in AN-R und AN-BP. 75% (18) aller Anorektikerinnen hatten eine Lebenszeitdiagnose einer bzw. mehrerer Angststörungen. 58% dieser Betroffenen hatten eine Angststörung (*seperation anxiety, overanxious disorder, simple phobia* oder *social phobia*) vor dem 18. Lebensjahr. Von diesen berichteten 79% (14), dass sich die Angststörung vor der Anorexie entwickelte. Die häufigste Angststörung in der Kindheit war die soziale Phobie mit 42%. Mit 73% gegenüber 46% berichteten die AN-BP im Vergleich zu den AN-R deutlich häufiger eine Angststörung während der Kindheit. Nur bei „OCD“ und „Trennungsangst“ punktetten die AN-R verglichen mit den AN-BP höher (vgl. auch Westen & Harn-den-Fischer 2001). Dadurch, dass eine Angststörung im Kindesalter im Schnitt 5 Jahre vor der Anorexie auftrat, sprechen die Autoren von einer biologischen Vulnerabilität der Anorektikerinnen, die erst durch eine Angststörung zum Ausdruck kommt, bevor sich dann die Essstörung ent-

wickelt. Auch Müller u. a. (2000) fanden bei der Analyse der Kindheit magersüchtiger Patienten eine hohe Anzahl an Störungen aus dem ängstlich-vermeidenden Formenkreis.⁶⁰

Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Braun u. a. (1994). Untersucht wurden 105 essgestörte Patienten. Angst, Depression und Substanzabhängigkeit waren die häufigsten Komorbiditäten. Dabei stellte sich heraus, dass die restriktiven Anorektikerinnen zumeist erst die Essstörung entwickelten, bevor sich dann z. B. eine Angststörung einstellte. Dies war bei 63,6% der AN-R der Fall. Die Bulimikerinnen hingegen entwickelten zumeist eine Angststörung, bevor es dann zur Entstehung einer Essstörung kam.

Die Ergebnisse von Deep u. a. (1995) ließen sich auch bei Anderluh u. a. (2003) finden. Untersucht wurde hier allerdings nur die *OCD*. Im Vergleich zu einer KG zeigten die Essgestörten, insbesondere die Anorektikerinnen, schon in der Kindheit obsessiv-kompulsive Charakterzüge.⁶¹ 2/3 der 44 befragten Magersüchtigen berichteten „Perfektionismus“ und „Rigidität“ in ihrer Kindheit. Zudem wurden auch „Inflexibilität“, „Zweifel“ und „ein Hang zur Ordnung“ genannt. Demnach sehen die Autoren sowohl einen Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung als auch eine aufrechterhaltenden Faktor in der *OCD*.

Ebenfalls konnten auch Sharp u. a. (1994) frühkindliche, zwanghafte Züge bei einem Drittel der 24 befragten Magersüchtigen feststellen. Generell waren Zwangsgedanken in der Stichprobe sehr verbreitet.

Eine Follow-up-Untersuchung nach 10 Jahren von Wentz u. a. (2001) ergab, dass eine Lebenszeitdiagnose an affektiver- bzw. Angst- und *Obses-*

⁶⁰ Steere u. a. (1990) sehen die Angststörung hingegen als Folge der Essstörung. Vgl. auch Eke-roth u. a. (2004).

⁶¹ Lakatos (2001) hält fest, dass 1/5 der Zwänge bereits in der Kindheit entstehen und beim Gros der Betroffenen der Störungsbeginn in der Pubertät liegt.

sive-Compulsive-Störung bei den AN überrepräsentiert war, so dass man auch von einer Chronifizierung sprechen kann.⁶²

Ebenfalls nach 10 Jahren untersuchten Halmi u. a. (1991a) psychiatrische Symptome bei 62 Anorektikerinnen und einer KG. Eine Angststörung (u. a. *Obsessive-Compulsive*-Störung, Agoraphobie und soziale Phobie) war bei Anorektikerinnen im Vergleich zur KG signifikant häufiger anzutreffen.

Bei 24,2% der befragten AN wurde nach 10 Jahren die Diagnose „Phobie“ gestellt, gefolgt von der *Obsessive-Compulsive*-Störung mit 11,3% und 4,8% Panikstörung. Dabei tauchte die *Obsessive-Compulsive*-Störung öfter bei den Personen auf, die nicht unter Binge Eating litten.

Eine 10-Jahres-Katamnese wurde auch von Müller u. a. (2000) durchgeführt. Alle ursprünglich befragten Anorektiker konnten nach diesem Zeitabschnitt wiederum rekrutiert werden. Verglichen mit der KG litten signifikant mehr Patienten an einer psychiatrischen Störung, darunter vorwiegend an einer Angststörung. Die aktuelle Diagnose einer Angststörung stellte sich wie folgt dar: die Mehrheit der anorektischen Probanden berichteten eine soziale Phobie (30,8%), gefolgt von einer generalisierten Angststörung (23,1%). Jeweils 2,6% litten an einer Agoraphobie mit bzw. ohne Panikattacke. 5,2% berichteten eine spezifische Phobie, und jeweils 2,6% hatten eine Zwangs- bzw. hypochondrische Störung. Die Anzahl der Lebenszeit-Diagnosen ergab ein ähnliches Bild. Auch hier dominierte die soziale Phobie mit 56,4%, gefolgt von der generalisierten Angststörung mit 38,5%. Ebenfalls häufig vertreten mit 25,6% und 20,5% waren die Agoraphobie ohne Panikattacken und die einfache Phobie.

Auch Smith u. a. (1993) führten eine Follow-up-Untersuchung nach 6 Jahren durch. Wie auch Wentz u. a. (2001) fanden sie einen hohen Prozentsatz an Angststörungen bei den befragten Magersüchtigen (n=23). Dieser

⁶² Von einer Chronifizierung der Anorexie sprechen auch Zipfel & Herzog (1996). Sie sagen, dass es bei den Anorektikerinnen häufig zu zwanghaften, ritualisierten Verhaltensweisen komme, welche sich oftmals auf das Essen bezögen.

zeigte sich wie folgt (Lebenszeitprävalenz in %): *Anxiety Disorder* (52,2%), *Generalized Anxiety Disorder* (17,4%), *Panic Disorder* (21,7%), *Social Phobia* (17,4%), *Simple Phobia* (8,7%) und *Obsessive-Compulsive Disorder* (8,7%).

Aktuelle Messwerte ergaben: *Anxiety Disorder* (43,5%), *Generalized Anxiety Disorder* (17,4%), *Panic Disorder* (17,4%), *Social Phobia* (17,4%), *Simple Phobia* (8,7%) und *Obsessive-Compulsive Disorder* (4,3%). Dass 43,5% der Befragten eine aktuelle Angststörung aufwiesen, verdeutlicht, dass auch 6 Jahre nach Beginn der Erkrankung, noch hohe Angstwerte vorzufinden sind und man dementsprechend von einer hohen Chronifizierungstendenz ausgehen kann (vgl. Wentz u. a. 2001; Zipfel & Herzog 1996).

Hsu u. a. (1992) interviewten 16 Probanden mit Anorexia nervosa 22 Jahre nach dem Beginn ihrer Erkrankung. 9 Befragte waren mittlerweile genesen und 7 Teilnehmer immer noch erkrankt. Die essgestörten Probanden wiesen auch weiterhin komorbide psychiatrische Störungen auf. Die Angststörung wurde neben der *Mood Disorder* am häufigsten diagnostiziert. Dreimal so viele an einer Essstörung Erkrankte berichteten, verglichen mit den Genesenen, eine Angststörung. Hinsichtlich der Lebenszeitprävalenz konnte festgestellt werden, dass psychiatrische Auffälligkeiten häufiger während der aktiven Phase der Essstörung auftraten.

Bei einem 21-Jahre-Follow-Up konnten Löwe u. a. (2001) bei den Probanden noch Angststörungen nachweisen. Diese bestanden aus *Panic Disorder without Agoraphobia*, *Panic Disorder with Agoraphobia*, *Agoraphobia without history of Panic Disorder*, *Generalized Anxiety Disorder*, *Anxiety Disorder not otherwise Specified* und *Obsessive-Compulsive Disorder*. Die *Obsessive-Compulsive Disorder*, gefolgt von der *Panic Disorder without Agoraphobia* kam dabei am häufigsten vor.

Eine *Obsessive-Compulsive Disorder* wurde auch von Rastam (1992) am häufigsten diagnostiziert.⁶³ Untersucht wurden 51 Patienten mit Anorexia nervosa. Bei 18 Personen wurde die *Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)* festgestellt und war damit die am häufigsten vorkommende Persönlichkeitsstörung. Dabei berichteten 35% der AN, dass die *OCD* lange vor der Anorexie auftrat⁶⁴, 25% zeigten zwanghafte Symptome und Perfektionismus ohne aber die vollen Kriterien einer *OCD* zu erfüllen und weitere 25% zeigten erst bei Beginn der Anorexie obsessionale/kompulsive Züge.

Eine generelle Angststörung trat dabei auch öfter bei den Anorektikerinnen als bei der Kontrollgruppe auf. 20% der AN und 8% der KG erfüllten, im Hinblick auf die Lebenszeit, Kriterien einer *Separation Anxiety Disorder*.

Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Zaider u. a. (2000). Einerseits traten Essstörungen gehäuft bei Personen mit einer depressiven- und/oder Angststörung auf und andererseits zeigte sich, dass die *OCD* bei den Essgestörten sehr gehäuft vorkam. Dabei gehen die Autoren davon aus, dass sich bei Personen mit *OCD* schwerere Essstörungen entwickeln.

Auch Davis u. a. (1998) untersuchten die *OCD* bei stark trainierenden bzw. moderat bis gar nicht trainierenden Anorektikerinnen. Die hoch Trainierenden hatten signifikant höhere Punktwerte für eine *Obsessive-Compulsive Symptomatology* und zeichneten sich durch stärkeren Perfektionismus aus – ein Persönlichkeitsfaktor, der mit der Entwicklung einer *OCD* verbunden ist.⁶⁵ Es zeigte sich eine Korrelation zwischen den zwanghaften Persönlichkeitscharakteristika der AN und hohem Trainieren und dass dieses Trainieren mit einer höheren *OC*-Symptomatologie einherging. Dabei, so die Autoren, sei der präzise, zugrunde liegende Mechanismus bislang

⁶³ Vgl. auch Marañon u. a. (2004). Von 66 Essgestörten berichteten mehr als die Hälfte eine Persönlichkeitsstörung. Mit am häufigsten wurde die *OCD* festgestellt, wobei die RAN-P das stärkste Störungsprofil aufwies. Ferner konnten Solyom u. a. (1982) zeigen, dass Anorektikerinnen und Probanden mit einer *OCD* durch ein ähnliches Profil gekennzeichnet waren. Beide Gruppen hatten annähernd gleich hohe Level an Angst und Neurotizismus.

⁶⁴ Vgl. Fahy u. a. (1993). Sie mutmaßen, dass Patienten mit einer *OCD* ein erhöhtes Risiko für die Entstehung einer Anorexie haben. Diese fanden sie bei 11% der 105 befragten Personen mit *OCD*. Vgl. zudem Kaye u. a. (1992).

⁶⁵ Vgl. Kerr u. a. (1991). Anorektikerinnen zeichnen sich durch Perfektionismus, niedrige Selbstachtung, obsessiv-kompulsive Züge und exzessives Trainieren aus.

unklar. Es wird aber ein neurochemisch, synergetischer Effekt zwischen Hungern und physischer Aktivität angenommen. Der Spirale aus Diäten und hoher physischer Aktivität wird weiterhin eine aufrechterhaltende Funktion zugesprochen, da sie sich bei längerer Dauer der willentlichen Kontrolle des Patienten entziehe. Extensives Trainieren und striktes Diäten können sich einfacher im Rahmen einer zwanghaften Persönlichkeitsstruktur entwickeln und werden zudem durch kulturell herrschende Ideale, wie den Schlankheitskult und/oder die Fitnessbegierde unterstützt (vgl. Bachner-Melman 2003). Eine zwanghafte Persönlichkeitscharakteristik nimmt somit, nach Meinung der Autoren, eine wichtige Position bei der Pathogenese von Essstörungen ein und extensives Trainieren verschlimmere die obsessiven Symptome, wenn die Essstörung bereits eingesetzt habe. In einer weiteren Untersuchung konnten Davis u. a. (1997) zeigen, dass diejenigen Personen, die exzessives Trainieren während der Phase der Essstörung ausübten, schon in ihrer Kindheit durch übermäßiges Sporttreiben auffielen. Es kam zu einem statistisch signifikanten Ergebnis. Zudem stellte sich heraus, dass Anorektikerinnen auf allen Variablen des exzessiven Trainierens signifikant höher als die Bulimikerinnen punkteten. Hier wird jedoch leider auf eine Begründung durch die Autoren verzichtet. Es kann nur spekuliert werden, dass möglicherweise die hohen *OCD*-Level, einhergehend mit hohen Perfektionismuszahlen⁶⁶ der Anorektikerinnen, diese eher für extensives Trainieren disponieren, während die Bulimikerinnen eher auf Binge- und Purge-Verhalten zurückgreifen, um ihre starken negativen Gefühlszustände, wie z. B. Dysphorie zu mildern.⁶⁷

Peñas-Lledó u. a. (2002) fanden einen Zusammenhang zwischen Angststörung und exzessivem Trainieren bei Anorektikerinnen (vgl. Wichstrøm 1995). Sie untersuchten 63 Anorektikerinnen und 61 Bulimikerinnen. Es fand sich ein Zusammenhang zwischen ungesunden generellen- und bulimischen Esseinstellungen und höheren Leveln an Somatisierung und Angst. Die Autoren gehen davon aus, dass das exzessive Trainieren eine Kompensation für die Betroffenen darstellt, um mit ihren negativen Emo-

⁶⁶ Vgl. The Price Foundation Collaborative Group (2001) und Rastam (1992).

⁶⁷ Vgl. Heatherton & Baumeister (1991).

tionen umzugehen. Dabei berichteten Anorektikerinnen mehr exzessives Engagement als die Bulimiker (vgl. Davis u. a. 1997).

The Price Foundation Collaborative Group (2001) fand heraus, dass ängstliche Charakterzüge ein Individuum für eine Anorexia nervosa prädisponieren. Andere Faktoren, die sie identifizierten, waren Charakterzüge wie Schadensvermeidung, Perfektionismus, zwanghaftes Verhalten und eine verminderte Selbstbestimmung (vgl. Saß 2003).

Hier sagen Woodside u. a. (2001), dass die psychiatrischen Komorbiditäten sowohl Ursache als aber auch Konsequenzen der Essstörung sein können. Dies sei bislang ungeklärt. In ihrer Untersuchung an essgestörten Männern und Frauen fanden sie: eine soziale Phobie, einfache Phobie, Agoraphobie, Panikstörung und eine generalisierte Angststörung. Diese wurden sowohl aus lebenszeitlicher als auch aus aktueller Perspektive erhoben. Obwohl die Frauen durchschnittlich höher punkteten, konkludieren die Autoren, dass sich sowohl die Essstörung als auch die psychiatrischen Komorbiditäten relativ ähnlich bei beiden Geschlechtern präsentieren (vgl. auch Carlat u. a. 1997).

4.1.2. Subgruppenvergleichende Untersuchungen

Ein Vergleich der Subgruppen der Anorexie (n= 31) von Yellowlees (1985) ergab keine signifikanten Unterschiede, da beide Gruppen (AN-R vs. AN-BP) gleichermaßen hohe Angstlevel aufwiesen. Gefunden wurden u. a. compulsive Symptome, nämlich bei 59% der AN-R und 67% der AN-BP.

Herzog u. a. (1992b) fanden jedoch Unterschiede zwischen AN-R, AN-BP und BN. Sie untersuchten u. a. *Generalized Anxiety Disorder*, *Obsessive-Compulsive Disorder*, *Panic Disorder* und *Phobic Disorder*. Die AN-BP hatten die höchsten Raten an *Phobic Disorder* und zeigten insgesamt das größte Persönlichkeitsstörungsprofil. Bei ihnen wurden am häufigsten chronifizierte Symptome und psychiatrische Komorbiditäten diagnostiziert.

Zusammengefasst mit den AN-R ergab sich ein Wert von 20% für eine Angststörung bei den Anorektikerinnen im Vergleich zu 13% bei den Bulimikerinnen.

Auch Favaro & Santonastaso (1996) konnten in ihrer Untersuchung Unterschiede zwischen den Subgruppen feststellen. Sie unterteilten Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und Probanden mit *EDNOS* nach Purging-Verhalten vorhanden bzw. nicht vorhanden. Sowohl bei der *OCD* und der generalisierten Angststörung als auch bei der phobischen Angst punkteten die purgenden Essgestörten höher als ihr nicht-purgender *Counterpart*. Generell besaßen die purgenden Teilnehmer schwerere psychiatrische Symptome und es zeigte sich ein Trend, dass diejenigen Personen, die mehr als ein Purging-Verhalten nutzten, ein höheres Risiko für eine Chronifizierung und selbstverletzendes Verhalten aufwiesen.

Unterschiede ergaben sich auch bei der Studie von Speranza u. a. (2001). Sie untersuchten, inwieweit die *Obsessive-Compulsive Disorder (OCD)* bei Essgestörten vorhanden ist. Neben dem Ergebnis, dass die *OCD* sowohl eine signifikant höhere aktuelle- als auch Lebenszeitprävalenz bei Essgestörten im Vergleich zur allgemeinen Population aufweist (vgl. Deep u. a. 1995), zeigte sich, dass purgende Anorektikerinnen eine höhere Rate als Restriktive oder BN hatten.

Auch Fornari u. a. (1992) untersuchten die *Obsessive-Compulsive Disorder*. Sie unterschieden dabei zwischen AN-R von AN-BP und stellen fest, dass AN-BP eine signifikant größere Gefährdung, in ihrem Leben einmal eine *Obsessive-Compulsive Disorder* zu entwickeln, haben.⁶⁸

Eine Unterteilung in Laxantienbenutzer und Nicht-Benutzer wurde von Kovacs & Palmer (2004) vorgenommen. Diejenigen Anorektikerinnen, die Laxantien als Abführmaßnahme benutzten, zeigten im Allgemeinen eine

⁶⁸ Westen & Harnden-Fischer (2001) fanden jedoch bei den AN-R höhere *OC*-Werte im Vergleich zu den AN-BP.

größere Psychopathologie, was z. B. *Anxiety*, *Phobic Anxiety* und *Obsessive-Compulsive* einschloss.

Diese Ergebnisse decken sich mit denen von Pryor u. a. (1996b). Die befragten Laxantienbenutzer zeichneten sich durch höhere Perfektionismuskwerte und vermeidende Persönlichkeitszüge aus. Dabei wurden die Laxantienbenutzer in drei Gruppen eingeteilt. Bei der ersten Gruppe (rigide, perfektionistische und vermeidende Persönlichkeiten) nimmt man eine Affektregulation an. Negative Gefühle, die mit der Nahrungsaufnahme verbunden sind, sollen mit Hilfe des Purgens abgemildert werden. Die zweite Gruppe, die für die Autoren typischerweise aus Anorektikerinnen besteht, zeichnet sich durch einen histrionischen Persönlichkeitszug aus. Hier werden die Abführmittel, laut Autoren, absichtlich eingesetzt, damit eine Konfrontation mit den Eltern stattfindet. Die dritte Gruppe, vornehmlich Bulimiker, zeichnete sich durch passiv-aggressive Tendenzen und eine Borderline-Persönlichkeit aus.

Auch Steinhausen (2002) fasst zusammen, dass abführende Mittel die Prognose der Anorektiker verschlechtern (vgl. auch Herzog & Schweitzer 1994; Deter & Herzog 1994). Ebenfalls bildeten die *OCD*, eine Chronifizierung, Erbrechen und Bulimie einen ungünstigen Prognoseverlauf.

Hinsichtlich des Prognoseverlaufes sagen auch Köpp u. a. (1994b), dass die bulimische Form der Anorexie eine schlechtere Prognose habe und deshalb häufig in stärkerem Maße verhaltensmodifikatorische Maßnahmen notwendig seien.

Die Prävalenz von Persönlichkeitsstörungen bei Essgestörten wurde von Herzog u. a. (1992a) untersucht. Befragt wurden 210 Frauen mit (a) AN, (b) BN und (c) AN-BP. Es kam heraus, dass Frauen mit AN bzw. AN-BP mehr *Anxious Personality Disorder* aufwiesen als die BN. Die gemischte Gruppe der AN-BP zeigte mit 39% im Vergleich zu den reinen AN bzw. BN

das höchste Psychopathologie-Profil (vgl. Westen & Harnden-Fischer 2001).

Auch Laessle u. a. (1987) fragten nach der Lebenszeitprävalenz affektiver Störungen bei AN-R (n=13), AN-BP (n=26) und BN (n=13). Bei allen Patientengruppen ließ sich eine Angststörung feststellen. Am häufigsten trat die soziale Phobie auf, gefolgt von der einfachen Phobie. Unterteilt nach Gruppen, zeigten die AN-BP mit 50% die höchste Rate an sozialer Phobie, gefolgt von den BN mit 31% und die AN-R mit 23%. Bei der einfachen Phobie hingegen punkteten die BN mit 46% am höchsten. Danach folgten die AN-BP mit 19% und die AN-R mit 15%. Wiederum erhielten aber die AN-BP die höchsten Werte bei der Agoraphobie mit insgesamt 15% im Vergleich zu den BN (8%) und keinem Fall bei den AN-R. Somit hatte die Mischgruppe ein höheres Angstprofil als die beiden reinen Gruppen.⁶⁹

Ruderman & Besbeas (1992) unterschieden zwischen Bulimikern und gezügelten Essern. Heraus kam, dass die BN im Vergleich zu den Diätenden mehr Angst berichteten.

Im Zusammenhang mit der *Restraint Hypothese* wurde von Frost u. a. (1981) unter anderem untersucht, inwiefern Angst eine Rolle bei ungezügelmtem Essen spielt. Es zeigte sich, dass hoch gezügelte Esser in einer ängstlichen Stimmung ihre strikten Diätregeln brachen und mehr aßen. Daraus schließen die Autoren, dass Angst die Selbstkontrolle der Gezügelten mindert und so ein vermehrtes Essen zustande kommt.

4.1.3. Angst im Binge-Purge-Zyklus

Im Zusammenhang von Binge-Anfällen wird von Telch & Agras (1996) die „Angst“ als wichtige Einflussgröße benannt (vgl. Tanofsky u. a. 1997). Sie

⁶⁹ Vgl. hierzu Cachelin & Maher (1998). Sie fanden heraus, dass die Purger im Vergleich zu den restriktiven Anorektikerinnen ein höheres Psychopathologieprofil aufwiesen (vgl. auch DaCosta & Halmi 1991), was sich u. a. in signifikant höheren Hypochondriewerten zeigte.

gehen davon aus, dass negative Gefühlszustände im Allgemeinen für die Entstehung einer Binge-Attacke verantwortlich sind. Mit Hilfe des Bingens versuchen die Betroffenen, ihre negativen Affekte, somit u. a. auch Angstzustände, abzumildern.⁷⁰

Dies sehen auch Stickney u. a. (1999) als wichtige Komponente. Auch sie untersuchten Vorbedingungen für Binges. Gefühle der Angst, Hoffnungslosigkeit, Unzufriedenheit und Leere wurden dabei als häufigste Vorläufer einer Essattacke genannt.⁷¹ Als meist genannte Konsequenz des Bingens ließ sich „Erleichterung“ identifizieren. Diese Ergebnisse sind somit konsistent mit denen von Telch & Agras (1996), die ebenfalls eine Affekt-Regulation annehmen. Bei der Verallgemeinerung der Ergebnisse sollte jedoch die geringe Probandenzahl von 16 Personen in genannter Untersuchung berücksichtigt werden.

Dass „Angst“ eine Rolle im Binge-Purge-Zyklus spielt, konnten auch Steinberg u. a. (1990) feststellen. 180 essgestörte Patienten wurden hierzu befragt. Es kam heraus, dass die Probanden nach dem Binge-Purge-Zyklus eine Reduktion der Angst äußerten.

Auch Rebert u. a. (1991) fanden heraus, dass Angst, Depression und Feindseligkeit mit einem nachfolgenden Bingen assoziiert war. Auch hier wird von einer Affekt-Regulation ausgegangen, also dass die dysfunktionalen Essmuster aufgrund der Wahrnehmung negativer Affekte zustande kommen.

Ebenfalls kommen auch Mitchell u. a. (1985) zu dem Schluss, dass Angst eine von mehreren Vorbedingungen eines Binges ist. Von 229 Patienten gaben 83,3% ein Gefühl von Ängstlichkeit vor einem Binge an, was damit die häufigst genannte Ursache neben „heftigem Verlangen“, „unglücklich Sein“, „keine Kontrolle“, „hungrig“ und „nicht schlafen können“ war.

⁷⁰ Dabei scheinen Frauen stärker davon betroffen zu sein als Männer (vgl. Lafay 2001).

⁷¹ Vgl. auch Schlundt u. a. (1985).

Konsistent sind diese Ergebnisse mit denen von Kaye u. a. (1986). Auch sie konnten in ihrer Untersuchung feststellen, dass Angst ein wichtiger Vorläufer einer Essattacke ist. Bei 50% der Befragten kam es während des Bingens und bei 67% nach dem Bingen zu einer Verringerung der Angst. Somit sprechen auch diese Ergebnisse für eine Affekt-Regulation. Allerdings war die Stichprobe mit insgesamt 12 Personen sehr klein.

Angst und Depression sind laut Lingswiler u. a. (1987) wichtige Begleitscheinungen beim Binge Eating. In ihrer Studie befragten sie normal- und übergewichtige Binger und Nicht-Binger. Die Binger berichteten stärkere Stimmungsschwankungen – insbesondere zeigte sich dieses bei Angst und Depression. Auch hatten sie, ungeachtet ihres Gewichts, in diesem Bereich generell höhere Punktwerte. Ein weiteres Ergebnis war, dass die Übergewichtigen negative Emotionen mit einer größeren Intensität als Normalgewichtige wahrnahmen.

Stickney & Miltenberger (1999) fanden heraus, dass Langeweile und Körperunzufriedenheit die häufigsten Antezedenten eines Binges waren. Auch Irritiertheit und eine depressive Stimmung wurden oft genannt. Ebenfalls spielte auch Angst eine Rolle als Vorläufer eines Essanfalls.

Garfinkel u. a. (1992) untersuchten die Körperunzufriedenheit bei ihren Probanden und teilten diese in „niedrig“ (n=36), „moderat“ (n=51) und „hoch“ (n=75) ein. Heraus kam, dass diejenigen Personen, die eine hohe Körperunzufriedenheit aufwiesen auch die größten Angstsymptome zeigten, gefolgt von der moderaten und der niedrigen Gruppe. Ein gleiches Ergebnis zeichnete sich bei der *Obsessive-Compulsive Disorder* und den Reifungsängsten ab, so dass man daraus schließen kann, dass eine starke Körperunzufriedenheit mit erhöhten Angstwerten einhergeht.

Es zeigt sich, dass neben anderen Faktoren die Angst bei der Anorexia nervosa eine große Rolle spielt. Unklar ist dabei, ob die Angststörung der Essstörung vorausgeht oder durch diese bedingt ist. Die Untersuchungen zeigen, dass Angst einerseits eine Komorbidität der Magersucht ist, welche

häufig auch noch Jahre später anzutreffen ist, so dass man von gewissen chronischen Tendenzen ausgehen kann und andererseits der Angst auch im Binge-Purge-Zyklus eine bedeutende Funktion zukommt. So wurde deutlich, dass oftmals negative Gefühlszustände, wie Ängstlichkeit, einen Binge begünstigen bzw. diesen hervorrufen. Die Betroffenen scheinen mit Hilfe des Binge-Purge-Zyklus ihre negativen Gefühlszustände regulieren zu wollen (vgl. Dana 1994). Fatal ist dabei, dass die kurzweilig empfundene Erleichterung eine Chronifizierung des gestörten Essverhaltens begünstigt. Ebenso scheinen o. g. Untersuchungen darauf hinzuweisen, dass die Mischtypen der Anorexie (AN-BP und RAN-P) verglichen mit den reinen AN und BN im stärkeren Maße von Angststörungen betroffen sind.

Auch im Hinblick auf eine Therapie ist das Vorhandensein einer Angststörung einflussgebend. So konnten Goodwin & Fitzgibbon (2002) zeigen, dass diejenigen Essgestörten, die nicht bereit waren, an einem Behandlungsprogramm teilzunehmen, signifikant stärker unter sozialer Angst litten als Behandlungssuchende.

4.1.4. Zusammenfassung

Insbesondere die Angst vor einer Gewichtszunahme ist bei essgestörten Personen sehr stark ausgeprägt. Angststörungen zählen zu den häufigsten Komorbiditäten einer Essstörung. Die Untersuchungen zeigen, dass bislang Uneinigkeit darüber besteht, ob die Angststörung vor, parallel oder nach der Essstörung auftritt.

Betrachtet man den Langzeitverlauf, so wird deutlich, dass Angststörungen, trotz langzeitlicher Gewichtswiederherstellung, weiterhin vorhanden sein können. Zumeist aber in schwächerer Form als in der Akutphase der Essstörung.

Hinsichtlich der Subgruppen der Anorexie zeigt sich, dass die AN-BP und RAN-P, verglichen mit den reinen AN und BN, meist eine stärkere Psychopathologie aufweisen und ihnen somit auch eine schlechtere Prognose zugesprochen wird.

Es wird ebenfalls deutlich, dass Angst eine wichtige Rolle im Binge-Purge-Zyklus einnimmt, da sie zur Entstehung eines Essanfalls beitragen kann.

4.2. Affektive Instabilität

In Anbetracht der Tatsache, dass der Subgruppenvergleich der Autorin auch den AN-BP-Typus einbezieht, negativer Affekt im Zusammenhang mit dem Binge-Purge-Zyklus aber häufiger bei der Bulimia nervosa untersucht wurde, wird im Folgenden auch darauf Bezug genommen, um präzise Angaben zum Zusammenspiel negativer Affekte und Binge-Purge-Episoden zu formulieren.

Die Beziehung zwischen einer affektiven Störung und einer Essstörung wird von Swift u. a. (1986) als multideterminiert betrachtet. Zwischen der Anorexia nervosa und einer affektiven Störung gebe es viele gemeinsame Symptome, wie z. B. Gewichtsverlust, Schlafstörung, Verlust der Libido, depressive Verstimmung etc.

Neben anderen Einflüssen seien es z. B. biogenetische- (affektive Instabilität) oder psychogenetische Anfälligkeiten (frühkindlicher Objektverlust, Introjektion⁷² kritischer Eltern), die einer Essstörung vorausgehen bzw. zu deren Entstehung beitragen. Alternativ sehen sie die Essstörung als eine Reaktion auf eine vorangegangene Depression, quasi als Versuch, die dysphorischen Affekte mit Hilfe des gestörten Essens abzumildern. Ebenfalls kann die Depression aber auch erst im Verlauf einer Essstörung auftreten, die diese dann wiederum verschlimmert und aufrechterhält, so dass ein Teufelskreis entsteht.

Ein multideterminierter Ansatz wird auch von Beebe (1994) präferiert. Der Autor unterscheidet nach Hypothesen der 1. Generation (*Affective Variant* Hypothese von Pope u. a. [1989], der *Bulimic Consequence* Hypothese von Fairburn [1983] und *Affective Spectrum Disorder* Hypothese von Hudson & Pope [1990]).

⁷² Unbewusste Einbeziehung fremder Anschauungen in das eigene Ich.

Die *Affective Variant* Hypothese von Pope u. a. (1989) geht davon aus, dass die Bulimia nervosa (BN) ein Ausdruck einer zugrunde liegenden affektiven Störung ist. Sie untersuchten den Zusammenhang zwischen Bulimia nervosa und Depression. Dazu wurden BN, Personen mit Depressionsdiagnose und eine nicht-psychiatrische Kontrollgruppe befragt. Anhand der depressiven Symptome ließ sich kein Unterschied zwischen den BN und dem depressiven Probanden feststellen (sowohl bei der Mehrheit einzelner Items als auch bei den Skalenscores), wobei sich aber beide Gruppen stark von der nicht-psychiatrischen Kontrollgruppe unterschieden. Obsessionale und zwanghafte Symptome zeigten sich signifikant häufiger bei den BN, welches die Autoren auf deren Obsession bzgl. Nahrung und Körpergewicht zurückführen.

Dem widersprechen Schlesier-Carter u. a. (1989), indem sie aus den Ergebnissen ihrer eigenen Untersuchung konkludieren, dass die Bulimia nervosa nicht einfach ein Ausdruck einer affektiven Störung, sondern ein eigenständiges Störungsbild sei.

Ebenfalls kommen auch Levy u. a. (1989) zu dem Schluss, dass die BN nicht eine Variante der Depression ist.

Die *Bulimic Consequence* Hypothese von Fairburn (1983) geht davon aus, dass depressive Symptome bei BN sekundär sind und die *Affective Spectrum Disorder* Hypothese von Hudson & Pope (1990) bezeichnet die BN als „*Affective Spectrum Disorder*“.⁷³ Die BN sei eine homogene Störung, die mit der Depression eine physiologische Abnormalität gemein habe. In einer Untersuchung aus dem Jahre 1983 fanden sie bei 77% der 90 Patienten mit AN oder BN eine „*lifetime diagnosis*“ der *Major Affective Disorder*. Sie glauben weiterhin nicht, dass die affektiven Symptome eine Reaktion auf die Essstörung sind, da die *Major Affective Disorder* bei 49% der Befragten vor Eintritt der Essstörung begann.⁷⁴

⁷³ Hudson & Pope (1990), S. 552.

⁷⁴ Dies widerspricht den Ergebnissen von Walsh u. a. (1985), die bei $\frac{3}{4}$ der 50 bulimischen Patienten eine *Major Mood Disturbance* erst nach dem Beginn einer Essstörung fanden, dieses also als eine Reaktion auf die BN ansehen. Wentz u. a. (2001) unterscheiden diesbezüglich. Es gebe Fälle, wo (a) die Depression eine Begleiterscheinung ist und nicht der Auslöser einer AN und (b) wo eine zugrunde liegende primäre Störung die affektiven Symptome hervorruft und die Essstörung ein Symptom dieser Störung, aber nicht das auslösende Moment sei.

Als Hypothesen der 2. Generation sieht Beebe (1994) die *Restraint* Hypothese von Polivy und Herman (1985), die *Escape* Hypothese von Heatherton & Baumeister (1991) und die *Hopelessness* Hypothese von Abramson u. a. (1989).

Die erst genannte Hypothese geht davon aus, dass diejenigen Personen, die ihre Nahrungsaufnahme restriktiv kontrollieren, anfälliger für Binge Eating sind (vgl. auch Cools, Schotte & McNally 1992). Allerdings berücksichtigt diese Hypothese nicht Variablen wie „Selbstachtung“ oder „Selbstwahrnehmung“. Es wird zwar gezeigt, dass es zu einer Unterbrechung der gezügelten Nahrungsaufnahme kommt, aber das „Warum“ bleibt ungeklärt.

Die Hypothese von Heatherton & Baumeister (1991) besagt, dass das Bingen eine Flucht vor dem Selbst-Bewusstsein und negativen Affekten ist (zu genaueren Ausführungen s. Kap. 4.5.2.).

Die dritte Hypothese geht von Hoffnungslosigkeit aus. Prädisponierende Faktoren wie ein *depressogenic attributional style* sind nach Meinung von Abramson u. a. (1989) für die Entstehung eines Hilflosigkeitsgefühl verantwortlich. Es wird ein Subtyp der Depression, nämlich die *hopelessness depression* genannt, bei dem die kognitiven Anteile überwiegen. BN nehmen viele negative Gefühle wie z. B. den Kontrollverlust über ihr Essen wahr. Durch die Hoffnungslosigkeit entsteht entweder eine Depression oder eine bestehende Depression wird verschlimmert und die bulimische Symptomatik dadurch aufrechterhalten.

Beebe (1994) kommt auf dieser Grundlage zu dem Schluss, dass keine dieser Hypothesen einzeln betrachtet existieren könne, sondern vielmehr ein integratives Modell von Nöten sei, welches die unterschiedlichen Stadien des Binge-Purge-Zyklus beleuchtet. Sowohl die *Affektive Variant*- als auch die *Restraint*- und *Escape*-Hypothese fokussieren eher die frühe Phase des Zyklus, wo die negativen Affekte dem Bingen vorausgehen, wohingegen die *Bulimic-Consequence* bzw. *Hopelessness*-Hypothese eher das spätere Stadium des Zyklus betrachten, wo sich negative Affekte durch das Bingen erhöhen.

Stice (1994) beschreibt ein duales soziokulturelles Modell der Bulimia nervosa (1. Körperunzufriedenheit → *Restraint Eating* → Binge/Purge bzw. 2. Körperunzufriedenheit → negativer Affekt → Binge/Purge).

Erstens: Soziokultureller Schlankheitsdruck, welcher durch Massenmedien, Peers und Familie übermittelt wird, führt zu einer Internalisierung dieses Ideals (vgl. auch McCarthy 1990). Aufgrund der unrealistischen Standards kommt es zu Körperunzufriedenheit. Diese führt zu einem Diätverhalten, welches wiederum die Wahrscheinlichkeit für Binge Eating erhöht. Zweitens wird davon ausgegangen, dass ein negativer Affekt eine Vermittlerrolle übernimmt. Ein negativer Affekt führt zu Bulimie, da die Betroffenen glauben, so ihren affektiven Zustand regulieren zu können. Stice (1994) schlussfolgert aber, dass dieser Gedankengang ein Irrglaube sei, da der Binge-Purge-Zyklus an sich wiederum negative Gefühlszustände produziert. Ebenfalls führt auch *Restraint Eating* zu negativem Affekt, da die Fehlschläge der Gewichtskontrolle Gefühle wie Hilflosigkeit etc. nach sich ziehen. Als Kritik dieses Modells führt der Autor selber an, dass biologische Aspekte dabei nicht betrachtet werden.

In einer Studie von Stice (1998) wurde die Beziehung zwischen gezügelterm Essen und negativem Affekt untersucht. Bingen und Purgen wird dabei als Versuch gesehen, mit chronisch negativem Affekt umzugehen. Die anfänglich erfahrene Erleichterung wächst sich aber bald zu einem Teufelskreis aus, da das Binge-Purge-Verhalten wiederum negative Affekte nach sich zieht. Negativer Affekt und bulimische Symptome zeigten sich reziprok. Positiv korrelierte anfänglicher negativer Affekt mit späteren bulimischen Symptomen und anfängliche bulimische Pathologie korrelierte positiv mit späterem negativem Affekt. Allerdings konnte ein gezügelter Ess-Stil in dieser Untersuchung keine späteren bulimischen Symptome vorhersagen.

Die Wichtigkeit eines gezügelterm Ess-Stils stellten Stice u. a. aber im Jahre 1999 wieder heraus. 265 bulimische Frauen wurden nach Diätverhalten und Depression unterteilt. Eine Clusteranalyse ergab, dass 62% der Befragten pure Diäter und 38% diätend-depressiv waren. Das Diätieren stellte sich als zentrales Merkmal der BN dar, wo hingegen ein depressiver Af-

fekt nur bei einem Teil der Befragten zu finden war. Dieser depressive Subtyp zeigte u. a. hohe Raten an *Major Depression*.

Stice u. a. (2000a) fassen zusammen, dass sowohl das *Caloric Deprivation Model*, das *Affect-Regulation Model* und das *Distraction Model*

bedeutende Hinweise für die Entstehung von Essanfällen liefern. Das Diätieren erhöht die Wahrscheinlichkeit eines Binges, negative Affekte lenken die Aufmerksamkeit des Individuums von den rigiden Diätregeln ab und das Bingen an sich kann als Versuch angesehen werden, mit den negativen Gefühlen umzugehen, da beschrieben wurde, dass das Bingen für die Personen eine Kompensationsfunktion übernimmt.

Howard & Krug-Porzelsius (1999) hingegen kommen zu dem Schluss, dass zwar ein gezügelter Ess-Stil eine Rolle bei der Entstehung von Essanfällen spielen kann, aber sie stellen in Frage, ob das Diäten eine Schlüsselrolle einnimmt, da die Literatur Hinweise darauf gibt, dass Fälle vorhanden sind, wo das Bingen bei der *Binge Eating Disorder (BED)* bzw. *Bulimia nervosa* schon vor dem Diäten aufgetreten ist.

Negative Affekte sind auch laut Esplen u. a. (2000) für die Entstehung von Essstörung bzw. deren Aufrechterhaltung verantwortlich. Es fehle an der Fähigkeit, die als schmerzhaft erlebten Affekte zu regulieren. In ihrer Untersuchung fanden sie heraus, dass es insbesondere ein Mangel an „self-soothing“-Fähigkeiten ist, der den Betroffenen die Schwierigkeit bereitet, negative Affekte zu kompensieren.

Zu einer gleichen Einschätzung, dass depressive Züge und affektive Störungen einer Essstörung vorausgehen, kommen auch Strober & Katz (1987).

Bollen u. a. (2004) fanden heraus, dass Anorektikerinnen im Vergleich zu einer Kontrollgruppe emotional instabiler und anfälliger für psychischen *Distress* sind.

Ebenfalls zeigte Herzog (1984), dass anorektische Personen depressiv sind.⁷⁵ In einem Vergleich mit BN zeigten sie sich sogar depressiver. Ein Subgruppenvergleich (AN-R vs. AN-BP) ergab keine Unterschiede, wobei der Autor selbst anmerkt, dass aufgrund mangelnder Subtypisierungsinstrumente dieses Ergebnis mit Vorsicht zu betrachten sei.

Auch nach einem Follow-up fanden sich bei Smith u. a. (1993) noch bei 86,9% von 23 befragten Anorektikerinnen die Diagnose „*Major Depression*“. Von diesen Personen berichteten 25%, dass sie die Depression schon vor Beginn der Anorexia nervosa hatten.⁷⁶ Insgesamt wurden bei 60% der Befragten nach 6 Jahren Affektive- und/oder Angststörungen gefunden.

Ebenfalls führten auch Tyrka u. a. (2002) eine Follow-up-Untersuchung nach 2 bzw. 8 Jahren durch, um herauszufinden, welche Prädiktoren eine spätere Essstörung begünstigen. Während dies für Anorexia nervosa sowohl ein niedriges Ausgangsgewicht als auch hoher Perfektionismus war, waren es bei der Bulimia nervosa negative Emotionen.

Goebel u. a. (1989) sprechen von „depressotypischen“ Einstellungen bei essgestörten Personen. Eine Untersuchung an bulimischen Frauen ergab, dass sie eine mittelschwere Depression aufwiesen und signifikant höher punkteten als die KG. Unter der so genannten „depressotypischen“ Einstellung verstehen sie eine generell internale und stabile Attribution negativer Ereignisse, also eine, welche zusätzlich zu dysfunktionalen Einstellungen gegenüber Nahrung, Gewicht und Körperform besteht.

Nach Mizes (1988) sorgen u. a. eine Selbstwertproblematik, Selbstkontrolldefizite, Geschlechtsrollenerwartungen und perfektionistisches Streben für psychischen *Distress*. Dieser führt zu Depressionen und Angst, was dann wiederum Binge Eating auslösen kann.

⁷⁵ Vgl. auch Zerbe u. a. (1993).

⁷⁶ Eckert u. a. (1982) sprechen in diesem Zusammenhang davon, dass nicht genau klar sei, ob die Depression eine Folge der Auszehrung oder der Auslöser dafür ist.

Inwiefern negative Affekte eine Rolle bei der Entstehung von Binge Eating spielen, soll im Weiteren erläutert werden.

„The most frequently cited instigator of a binge episode is stress or negative affect.“⁷⁷

Dass ein negativer Affekt mit Bingen verbunden ist, konnte u. a. in einer Untersuchung von Stice & Agras (1998) nachgewiesen werden. Befragt wurden 218 adoleszente Frauen. Man fand heraus, dass ein negativer Affekt sowohl Bingen als auch kompensatorisches Verhalten voraussagen konnte. Neben dem negativen Affekt wurden ebenfalls Diäten, der Druck, schlank zu sein, Körperunzufriedenheit und die Internalisierung eines Schlankheitsideals als Prädiktor festgestellt, wobei sich das Diätieren als stärkster Prädiktor erwies. Die Autoren gehen davon aus, dass ein negativer Affekt das Bingen begünstigt, da das Essen eine Erleichterung und Ablenkung von den negativen Gefühlszuständen ist (vgl. Heatherton & Baumeister 1991, Viesselmann 1985). Weiterhin schreiben sie kognitiven Faktoren, wie die Erwartung, dass das Essen die Affekte regulieren kann, eine Schlüsselrolle bei der Aufrechterhaltung von Binge und Purge zu.

Mitchell u. a. (1985) untersuchten 275 Bulimikerinnen und fragten nach Auslösebedingungen für Binges. Einerseits zeigte sich, dass bereits 26,9% (n=74) wegen einer Depression behandelt wurden. Andererseits gaben die Befragten als direkte Auslöser für einen Essanfall folgendes an: 83,3% „feel tense, anxious“, 70,2% „crave certain foods“, 67,3% „unhappy“, 59,3% „can't control appetite“, 30,9% „hungry“ und 21,8% „can't sleep“. Dabei waren Mehrfachnennungen möglich. Auch nach einem Binge blieben häufig die aversiven Gefühle bestehen. So sprachen 86,5% von „guilt“ und „worried“ (52,7%), während „satisfied“ lediglich von 14,9% genannt wurde. Dass nach einem Binge negative Affekte fortbestehen, konnte auch

⁷⁷ Polivy & Herman (1993), S. 179.

von anderen Autoren gezeigt werden (vgl. z. B. Abraham & Beumont 1982, Cooper u. a. 1988).

Ebenfalls auf der Suche nach Auslösebedingungen für Binges, konnten Schotte u. a. (1992) zeigen, dass ein negativer Affekt ein Überessen bei gezügelten Essern provozieren kann. Die Autoren gehen davon aus, dass die negative emotionale Erregung dazu führt, dass restriktive Personen nicht mehr an ihrer rigiden Nahrungsaufnahme festhalten können und es somit in einem Binge enden kann (vgl. hierzu auch Schotte u. a. 1990).

Auch Baucom & Aiken (1981) untersuchten das Essverhalten von Personen mit gezügelter Nahrungsaufnahme. Wenn diese sich depressiv fühlten, aßen sie mehr. Hingegen zeigte sich, dass nicht gezügelte Esser ihre Nahrungsaufnahme unter gleichen Bedingungen einschränkten. Für die Autoren sind starke negative Gefühlszustände mit einer Unterbrechung der Selbstkontrolle verbunden. Ergo kommt es zu einer vermehrten Nahrungsaufnahme bei ansonsten restriktiven Essern. Alternativ sehen sie auch die Möglichkeit, dass die depressive Gemütslage andere Aspekte wie z. B. das Körperbild, welches sonst im Vordergrund steht, verdrängt und dieses zu einer gesteigerten Essensmenge führt.

Ein negativer Affekt wurde in einer Untersuchung von Grilo u. a. (1994) als häufigster Vorläufer von Binge-Episoden genannt. 84% der insgesamt 50 befragten normalgewichtigen, nicht-purgenden Frauen gaben Affekte als Vorläufer an. 23% nannten externe Nahrungsstimuli und 23% ein heftiges Nahrungsverlangen (*Craving*). Die Mehrheit aller Binges trat im Zusammenhang mit negativem Affekt auf, wobei meistens „Frustration“ und „Anspannung“ genannt wurden. Insgesamt ließen sich in dieser Studie zwei verschiedene Situationen ausmachen, in denen Binge Eating vorkam: (a) Binges während man alleine zu Hause war und versuchte, sich zu entspannen. Diese Binges waren ausgelöst durch negativen Affekt. Und (b) Binges im Zusammenhang mit anderen Personen, während man Aktivitäten wie Kochen nachging. Hier tauchten Binges bei moderat positivem Af-

fekt auf. Auslösend war demnach nicht der negative Affekt, sondern externe Nahrungsstimuli und ein heftiges Nahrungsverlangen (*Craving*).

Auch Stickney u. a. (1999) gingen der Frage nach den Auslösebedingungen eines Binges nach. Die bingenden Frauen nannten am häufigsten Aspekte wie: sich depressiv fühlen, verärgert, leer, hoffnungslos, besorgt und unzufrieden sein. Eine retrospektive Befragung ergab, dass die Frauen sich vor einem Binge meist unzufrieden mit ihrer Körperform fühlten, gelangweilt und/oder besorgt über ihre Zuständigkeiten waren, Essen fokussierten, Niedergeschlagenheit vorhanden war, frustriert waren und sich Sorgen über ihre Probleme machten. Als Auslösebedingungen innerhalb von 24 Stunden vor einem Binge wurden genannt: das Vorhandensein gewünschter Nahrung, eine längere Zeit allein zu Hause sein, sich niedergeschlagen und ungewöhnlich müde fühlen, schon mehr gegessen zu haben als man eigentlich vorhatte, Streit, Alkohol konsumiert, restriktive Nahrungsaufnahme in den letzten 12-24 Stunden und ein Gefühl der Gerechtigkeit.

Während des Bingens fühlten sich die Frauen besser, zufrieden und erleichtert. Gerade diese „positiven“ Aspekte des Bingens haben nach Meinung der Autoren eine verstärkende Wirkung. Dieser Punkt deckt sich somit mit den Ergebnissen von Stice & Agras (1998).

Rebert u. a. (1991) konnten zeigen, dass bulimische Personen aufgrund der Wahrnehmung negativer Affekte mit dysfunktionalen Essmustern reagieren. Über 20 Tage hinweg sollten die Untersuchten ihr Essverhalten protokollieren. Es zeigten sich affektive Schwankungen und größere Depressions-, Angst-, und Feindseligkeitswerte waren mit nachfolgendem Binge- und Purge-Verhalten verbunden.

Neben einem negativen Selbstkonzept und dysfunktionalen sozialen Interaktionen, sehen auch Steiger u. a. (1999) eine negative Stimmung als Auslöser für Binge Eating. Die untersuchten Bulimikerinnen befanden sich in einer generell schlechteren Stimmungslage, verglichen mit einer KG.

Nach einem Binge kam es zu einer weiteren Stimmungsverschlechterung mit Gefühlen von Scham und Inadäquatheit. Dieses wiederum, so die Autoren, spiele eine Schlüsselrolle bei der Aufrechterhaltung bulimischen Verhaltens.

Dass Bulimikerinnen unter dysphorischen Stimmungsschwankungen leiden, fanden auch Johnson & Larson (1982) heraus. Die Gruppe zeigte sich im Vergleich zur KG gezwungener, trauriger, schwächer, irritiert und passiv. Starke Schwankungen zwischen „glücklich“ und „traurig“ bzw. „stark“ und „schwach“ kamen hinzu. Verglichen mit der KG war ihr affektiver Zustand demnach wenig stabil. Auch diese Autoren sehen in dem Binge-Purge-Verhalten den Versuch, die dysphorische Stimmungslage abzumildern. Viele Bulimikerinnen berichteten, dass sie anfänglich glaubten, im Purgieren eine „perfekte Lösung“ gefunden zu haben. Es verschafft ihnen kurzfristig eine Erleichterung und stellt das verloren gegangene Kontrollgefühl wieder her.

Auch eine Untersuchung von Davis u. a. (1985) fragte das Essverhalten bulimischer Personen über mehrere Tage hinweg ab. Heraus kam, dass eine negative Stimmung, vorausgegangene Nahrungsaufnahme und das „Alleine Sein“ einem bulimischen Verhalten vorausgingen, während bei positiver Stimmung, dem Zusammensein mit anderen Personen und eine Nahrungsabstinenz gepaart mit intensivem Hunger eine „normale“ Mahlzeit folgte. Zudem zeigte sich, dass die Bulimiker über die Tage hinweg mehr negative Vorfälle berichteten, welche mit negativer Stimmung (z. B. *interpersonal discord*) korrelierten (vgl. Davis u. a. 1988).

Eine Studie von Lafay u. a. (2001) mit so genannten Cravern, also Personen mit einem starken Verlangen nach bestimmter Nahrung, kam ebenfalls zu dem Schluss, dass negative Emotionen wie z. B. Langeweile diese Craving-Episoden begleiteten. Interessant ist hier, dass zwischen männlichen und weiblichen Cravern unterschieden wurde. Es stellte sich heraus, dass Frauen schlechter dem Drang zu essen widerstehen konnten und sich

in einer schlechteren Stimmung befanden, wenn sie dem Drang nachgaben, während sich Männer dann glücklich und entspannt fühlten. Außerdem berichteten die Frauen häufiger Langeweile, Einsamkeit, Verdruss und Depression. Auch gaben die Frauen an, sich häufiger Sorgen um ihr Gewicht zu machen, wobei die Autoren konkludieren, dass Craving-Episoden häufiger bei Personen mit einem restriktiven Essstil auftauchen. Wodurch diese Gender-Unterschiede allerdings entstehen, wird seitens der Autoren nicht erklärt.

Die oben genannten Untersuchungen heben den Anteil negativer Affekte für eine vermehrte Nahrungsaufnahme hervor. Allerdings gibt es auch eine Untersuchung von Tuschen u. a. (1993), die besagt, dass sowohl eine negative als auch eine positive Stimmungsinduktion zu einem gesteigerten Essbedürfnis führen kann. 18 Restriktive und 58 nicht-gezügelter Esser nahmen an der Untersuchung teil. Die Stimmungsinduktion erfolgte durch die Vorstellung negativer bzw. positiver Ereignisse der nahen Vergangenheit. Anschließend erfolgte ein angeblicher Eiscreme-Geschmackstest. Sowohl eine positive als auch eine negative Stimmung führte bei den normalgewichtigen Restriktiven zu gesteigertem Essen, während bei nicht-gezügelter Essern kein Effekt festzustellen war. Das gesteigerte Nahrungsverlangen bei negativer Stimmung erklären sich die Autoren anhand der Escape-Theory (Heatherton & Baumeister, 1991) und bei der positiven Stimmungsinduktion gehen sie davon aus, dass die Betroffenen kurzfristig ihre strengen Diätregeln aufgeben und sich den Genuss des Essens quasi erlauben. Dieses spräche gegen einen oft formulierten „Kontrollverlust“ (vgl. z. B. Agras & Telch 1998, Johnson & Larson 1982). Ebenfalls sehen sie aber auch das physiologische Erregungsniveau, welches sowohl mit negativer als auch positiver Stimmung verbunden ist, als einen möglichen Auslöser für gesteigertes Essverhalten. In einer zweiten Untersuchung von 1995 fanden Tuschen u. a. allerdings heraus, dass insbesondere psychische Belastungen für die Entstehung von Heißhungergefühlen und Essanfällen verantwortlich sind. 20 Bulimikerinnen und 20 Kontrollpersonen wurden (a) einem Leistungsstressor und (b)

einem interpersonellem Stressor ausgesetzt. Die Bulimikerinnen zeigten zu fast allen Messzeitpunkten signifikant negativere Gefühle und eine stärkere Anspannung als die KG. Sie berichteten weiterhin mehr Angstgefühle und eine größere Traurigkeit. Die negative Gefühlslage bei den BN war unabhängig von den Einflüssen der Stressoren. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass psychische Belastungen eine wichtige Rolle bei der Aufrechterhaltung bulimischer Symptome spielen.

Es finden sich zudem in der Literatur Studien, die negative Affekte direkt vor und nach einem Binge/Purge-Verhalten untersuchten.

Einige Studien fanden heraus, dass es nach der Binge/Purge-Episode zu einer Verminderung der Angst und/oder des negativen Affektes kommt. (Abraham & Beumont 1982, Cooper u. a. 1988, Johnson & Larson 1982 und Kaye u. a. 1986).

Eine Studie von Tachi u. a. (2001) untersuchte den affektiven Zustand bulimischer Personen vor, während und nach einem Binge bzw. vor und nach dem Purgen. Vor einem Binge zeigten sich Gefühle wie „hopeless“, „irritated“, „depressed“ und „frustrated“, wobei die drei letzt genannten signifikant nach dem Bingen abnahmen. Während eines Essanfalls offenbarte sich „guilty“, „disgusted“ und „confused“. Nach dem Binge: „disgusted“, „guilty“, „depressed“, „empty“, „hopeless“, „ashamed“, „lost confidence“ und „fearful“.

Nach dem Erbrechen war „anxious“ signifikant reduziert, ebenso wie „irritated“, „frustrated“, „excited“, „ashamed“ und „fearful“. Die Gruppe der Purger, die nicht mit Erbrechen, sondern mit Laxantien abführt, zeigte sich nach dem Purgen „relieved“ und „calm“ und hatte niedrige Punktwerte bei allen negativen Affekten.

Depressive Symptome wurden schon vor einem Binge empfunden, intensivierte sich aber noch nach dessen Beendigung. Bei „Angst“ zeigte sich ebenfalls ein starker Effekt. Nach einem Binge war die Angst unverändert und zeigte sich erst nach dem Purgen reduziert. Da die Autoren von einem

Affekt-Regulations-Modell ausgehen, kommen sie zu dem Schluss, dass dieses beim Purgen viel stärker ausgeprägt ist als beim Bingen.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen auch Abraham & Beumont (1982).

Auch eine Studie von Kaye u. a. (1986) untersuchte die Stimmung bulimischer Patienten während und nach dem Bingen bzw. Purgen. Ähnlich wie bei Abraham & Beumont (1982) kam es auch hier zu einer Verminderung der Angst (50% während und 67% nach dem Bingen). Bei den Depressionswerten zeigte sich hingegen, dass viele Befragte auch nach dem Bingen bzw. Purgen in einer depressiven Stimmung blieben. Dabei zeigten diejenigen Personen die höchsten Depressionswerte, die pro Minute am meisten Kalorien zu sich genommen hatten. Anbei sei aber bemerkt, dass mit einem $n=12$ die Stichprobe sehr gering war.

Hsu (1990) untersuchte die Affekte bei 50 bulimischen Personen vor, während und nach einem Binge-Purge-Verhalten. Sowohl bei negativen als auch positiven Gefühlszuständen zeigten sich während des Zyklus starke Fluktuationen. Vor einem Binge fühlten sich die meisten Betroffenen „ängstlich“, „frustriert“ und „depressiv“. Während eines Binges nehmen positive Gefühle wie „relaxed“ oder „happy“ zu, während o. g. Gefühle abnehmen. Nach dem Bingen nahmen die dysphorischen Gefühle wieder zu. Nach dem Erbrechen erhöhten sich Werte wie „depressiv“, „erleichtert“, „leer“ und „relaxed“, während Werte wie „Schuld“, „Angst“ oder „Frustration“ abnahmen.

Steinberg u. a. (1990) untersuchten die Rolle von bulimischem Verhalten bei der Affektregulation. Essgestörte Personen wurden unterteilt nach „Borderline vorhanden“ bzw. „Borderline nicht vorhanden“. Gefragt wurde, wie sie sich vor einem Binge bzw. nach dem Purgen fühlen. Dabei bestand die Untersuchungsgruppe aus Personen mit identischem Körpergewicht und Binge/Purge-Verhalten.

Es stellt sich heraus, dass sich beide Gruppen weniger ängstlich nach der Binge/Purge-Episode fühlten. Die Gruppe der Borderliner zeigte eine signi-

fikant größere Angstreduktion und geringere Depressionslevel, während die „Nicht-Borderliner“ eine leichte Erhöhung ihrer Depressionswerte feststellten.

Dadurch kommen die Autoren zu dem Schluss, dass bestimmte Subgruppen der Bulimia nervosa ihr Bingeing und Purging unterschiedlich erfahren. Dass z. B. die Borderline-Subgruppe zu Beginn eines Binge depressiver war, nachher aber geringere Level depressiver Symptomatik berichteten, veranlasst die Autoren zu der Schlussfolgerung, dass das Bingen und Purgen für diese Subgruppe eine primäre Regulationsfunktion bzgl. der Depression hat.

Hinsichtlich der Abnahme an Depression kommen Kaye u. a. (1986) zu anderen Ergebnissen. Zwar stimmen sie mit den Ergebnissen von Steinberg u. a. (1989) insofern überein, dass auch sie bei den Bulimikern eine Verringerung der Angst (50% während des Binge und 67% nach dem Binge) feststellen konnten, jedoch sich hinsichtlich der Depressionswerte zeigte, dass sich die meisten Befragten nach dem Binge bzw. Purge nach wie vor depressiv fühlten.

Allerdings sollte angemerkt werden, dass die Gruppe der Befragten aus 12 Bulimikern und 7 Kontrollpersonen bestand, es sich also um eine sehr kleine Stichprobengröße handelt.

Abraham & Beumont (1982) konnten in ihrer Untersuchung feststellen, dass nach dem Beenden eines Binge oftmals noch negative Gefühle vorhanden sind. Während einige Personen schon während des Bingens eine Angstverminderung spürten, empfanden dieses andere Personen erst nach dem Purgen, also nicht durch die Essattacke selber. So berichteten Befragte, die kein regulierendes Purge-Verhalten zeigten, eine negativere Stimmung und stärkere Angst.

Diese Ergebnisse legen nahe, dass eher dem Purgen eine Anspannungs- bzw. Angstreduktion zukommt als dem Bingen an sich.

Auch Johnson & Larson (1982) fanden heraus, dass dem Purgen eine besondere Funktion zukommt. So zeigte sich, dass Personen nach dem Pur-

gen wieder ein Gefühl der Kontrolle hatten, allerdings mit der Einschränkung, dass sich negative Gefühlszustände nach dem Purgeakt nicht wieder normalisierten.

Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass das Purgen zwar als kurzfristige Möglichkeit gesehen wird, die aufgenommenen Kalorien wieder zu verlieren und zusätzlich dadurch die Angst minimiert wird, jedoch durch das Purge-Verhalten an sich eine Spirale an neuerlichen Schuldgefühlen entsteht, welches dann wiederum ein erneutes Bingen begünstigen kann.

In diesem Zusammenhang sprechen auch Polivy & Herman (1992) von einer nur kurzfristigen Erleichterung, da dem Purgen meist Gefühle von Schuld, Missbilligung und „sich außer Kontrolle fühlen“ folgten.

Auch Cooper u. a. (1988) sprechen diesbezüglich von einem „Teufelskreis“. Für sie ist der Binge-Purge-Zyklus gekennzeichnet durch schnell wechselnde Gefühlszustände, wobei die Befragten nach dem Binge von Schuld, Ekel und Wut sprachen und sich erst nach dem Purge Gefühle der Sicherheit und Erleichterung einstellten. Ihrer Ansicht nach dient das Bingen nicht der Spannungsreduktion, da die Befragten eher mit Erregung und Beunruhigung reagierten und erst nach dem Purgen eine Erleichterung berichteten.

Insofern widersprechen diese Ergebnisse denen von Heatherton & Baumeister (1991), da diese in ihrer Escape-Theory davon ausgehen, dass dem Bingen an sich die Rolle zukommt, Angst und Anspannung zu reduzieren – ungeachtet, ob ein Purge-Verhalten folgt oder nicht.

Oben genannte schnell wechselnde Gefühlszustände ließen sich auch von Sanftner & Crowther (1998) beobachten. Frauen, die Binges berichteten, zeigten signifikant größere Fluktuationen bei Selbstachtung, negativem Affekt, Scham und Schuld. Vor einem Essanfall berichteten bingende Frauen niedrigere Level an Selbstachtung und positivem Affekt und höhere

Level an Scham und Schuld als Frauen ohne Essattacken vor einer Mahlzeit.

4.2.1. Binge Eating und Affekte bei adipösen Personen

Als häufigste Komorbiditätsvariante bei Personen mit *Binge Eating Disorder (BED)* nennen Smith u. a. (1994) eine affektive Störung, insbesondere die Depression.

Schlundt u. a. (1985) verglichen Bulimikerinnen mit adipösen Personen. Es stellte sich heraus, dass negative Stimmung, unstrukturierte Freizeit und Abendstunden die besten Voraussagefaktoren für ein nachfolgendes Bingen waren. Die Gruppen unterschieden sich in der Hinsicht, dass es bei den Bulimikern vorrangig ein negativer Affekt war, der das Überessen auslöste und sie im Allgemeinen dann dem Drang zu Überessen nachgaben, wenn sie allein zu Hause waren während die adipösen Befragten auch positive Affekte (im Zusammensein mit Anwesenden) als Auslöser für das Überessen angaben. Kritik hier: Die bulimische Stichprobe bestand aus lediglich 8 Personen.

Arnou u. a. (1994) untersuchten, inwiefern restriktives Essen, Gedanken, Gefühle und physische Aspekte das Bingen bei 19 adipösen Frauen beeinflussen. Negative Stimmung stellte sich als wichtiger Voraussagefaktor für Binge Eating heraus. Vor einem Binge stellte sich die Stimmung wie folgt dar: 100% berichten negative Emotionen, 42% beschreiben Wut/Frustration, Traurigkeit/Depression wurden von 37% genannt und 5% äußerten Bedauern.

Nach dem Bingen zeigten die Befragten Gefühle wie Schuld, Ärger über sich selbst und Bedauern. Dennoch gehen die Autoren davon aus, dass die Untersuchten mit Hilfe des Bingens versuchen, mit ihrer dysphorischen Stimmung umzugehen. Nach den Gründen befragt, was einem Binge am häufigsten vorausgeht, erzielte die „Stimmung“ die höchsten *Ratings*. Weiterhin geben sie an, dass allein die negative Stimmung, unabhängig von einem restriktiven Essstil, einen Binge auslösen kann.

Hier kommen jedoch Stice u. a. (2001) zu anderen Ergebnissen. Sie fanden heraus, dass moderates Diäten ein zentrales Merkmal der *BED* ist, während affektive Störungen nur bei einer Minorität vorzufinden waren. Allerdings zeigte sich, dass bei einem gemeinsamen Auftreten von moderatem Diäten und affektiven Problemen von einer massiveren Variante der *BED* ausgegangen werden kann. Personen, die beide Aspekte zeigten, fielen durch größere Stimmungs- und Angstpsychopathologie, Gewichts- und Körperformsorgen, interpersonelle Störungen und schlechtere Behandlungsergebnisse auf. In Anlehnung an Garfinkel & Garner (1982) gehen sie also davon aus, dass Diäten einen Einfluss auf das Bingen haben.

Gezügeltes Essen, ein externer *Locus of Control*, negative Ereignisse und Emotionen sind auch für Williams u. a. (1987) mit Binge Eating assoziiert.

Auch Agras und Telch (1998) gehen davon aus, dass eine negative Stimmung Binge Eating auslösen kann. Sie untersuchten eine Gruppe von 60 adipösen Frauen. Diese wurden zufällig der Bedingung (a) 14 Stunden keine Nahrungsaufnahme oder (b) weiterhin Nahrungsaufnahme zugeordnet. Um die Variable „Stimmung“ zu testen, wurden die Frauen wiederum zufällig in (a) negative oder (b) neutrale Stimmung versetzt. Ergebnis der Untersuchung war, dass es durch eine negative Stimmung, aber nicht durch Nahrungsentzug zu Binge Eating kommt. Die Autoren führen aus, dass bei einer schlechten Stimmung die Schwelle für Kontrollverlust herabgesetzt ist. Es wird erklärt, dass Frauen mit einer *BED* vermutlich einen Mangel an Affektregulations-Fähigkeiten haben und dass die Erfahrung eines negativen Affekts die Angst provoziert, sich emotional überwältigt zu fühlen. Kommt es demzufolge zu einem Binge, wird die Angst zwar reduziert, doch bleiben andere emotionale Zustände, wie beispielsweise Depression bis zu einem gewissen Grad bestehen. Es konnte gezeigt werden, dass eine negative Stimmung nicht speziell durch einen Binge reduziert wurde, da es zu keinen signifikanten Unterschieden zwischen Bingern und Nicht-Bingern kam. Deshalb sehen die Autoren entweder das Essen als

solches, unabhängig von einem Binge, oder aber die Zeitschwelle als verantwortlich für die Verminderung an negativer Stimmung.

Lingswiler u. a. (1987) sprechen in diesem Zusammenhang von starken Stimmungsschwankungen, insbesondere was Depression und Angst betrifft. Personen mit *BED* unterschieden sich hinsichtlich der Schwere der negativen Stimmung nicht signifikant von der KG, empfanden aber die negativen Emotionen mit größerer Intensität. Die Intensität der negativen Stimmung konnte aber nicht den Schweregrad des Binge Eatings voraussagen.

In einer zweiten Untersuchung verglichen die Autoren Bulimikerinnen und Personen mit *BED* mit einer Kontrollgruppe. Vor einem Binge hatten die Bulimikerinnen signifikant höhere Stresswerte, eine negativere Stimmung und eine stärker gedankliche Beschäftigung mit Nahrung als die beiden anderen Gruppen. Zudem hatten die beiden essgestörten Gruppen verglichen mit der KG deutlich mehr dichotome Kognitionen vor einem Essanfall. Eine signifikant schlechte Stimmung der essgestörten Gruppen ließ sich sogar vor einer „normalen“ Mahlzeit feststellen.

Dieser Punkt steht im Einklang zu den Resultaten von Mitchell u. a. (1985), die die Gefühle nach einem Binge untersuchten. Auch sie fanden heraus, dass es ebenfalls nach „normalen“ Mahlzeiten zu negativen Gefühlen kommt. So war das am häufigsten genannte Gefühl „worried“ bei den befragten Teilnehmern. Die Autoren gehen davon aus, dass die Betroffenen die Befürchtung haben, eine „normale“ Mahlzeit könne in einen Binge umschlagen oder Angst vor einer Gewichtszunahme haben. Immerhin bewerteten 170 von 275 Befragten ihre Angst vor einer Gewichtszunahme als „extrem“.

4.2.2. Affekte im Geschlechterunterschied

Leon u. a. (1995) fanden in ihrer 2-jährigen, prospektiven Untersuchung heraus, dass Mädchen ein größeres Risiko haben eine Essstörung zu entwickeln als Jungen. Als Risikofaktoren wurden identifiziert: Mangel an *In-*

interoceptive Awareness (also die Fähigkeit, eigene emotionale Zustände kennzeichnen und unterscheiden zu können) mit der Tendenz zu hohen Stressreaktionen und anderen Formen negativer Emotionalität wie z. B. Depression. Mangelnde *Interoceptive Awareness* kann nach Meinung der Autoren zu einem chronisch negativen Gefühlszustand führen. Als Folgen davon treten dann entweder rigides Fasten oder exzessives Überessen auf als ein inädaquater Versuch, mit diesen negativen und unklaren Gefühlszuständen umzugehen. Die befragten Mädchen berichteten generell mehr Binges und es zeigte sich ein Zusammenhang zwischen negativen emotionalen Gefühlszuständen und Binge Eating. Jungen hingegen fühlten sich eher glücklich nach einem Binge. Daraus schlussfolgern die Autoren, dass das Überessen bei Jungen ein weniger pathologisches Essmuster als bei Mädchen ist, bei denen negative Emotionalität eine größere Rolle spielt und damit für sie ein größeres Risiko für eine spätere manifeste Essstörung gegeben ist.

Auch Striegel-Moore (1993a) geht davon aus, dass Frauen ein höheres Risiko für Binge Eating haben. „In as much as negative affect and labile mood contribute to binge eating, the hormonal changes associates with puberty may contribute to an increased risk for binge eating, particularly in girls who with a temperamental predisposition to negative affectivity and deficits in affect regulation.⁷⁸

Frauen seien aus dem Grund eher von einer Essstörung betroffen, weil die Geschlechtsidentität, welche sich in der frühen Kindheit entwickle, unauflösbar mit bestimmten kulturellen Geschlechtserwartungen verknüpft sei. Diese fordere von Frauen u. a. Attraktivität, Liebenswürdigkeit und Empathie. Der Selbstwert von Frauen hänge zudem viel mehr von den Meinungen anderer ab. Mädchen, die in ihrer Identität unsicher seien - insbesondere wie sie von anderen beurteilt werden - lenkten ihren Fokus auf ihr physisches Erscheinungsbild um somit eine konkrete Möglichkeit zu haben, eine Identität zu konstruieren.

⁷⁸ Striegel-Moore (1993a), S. 155.

McCarthy (1990) sieht eine starke Verbindung zwischen Depression und Essstörung bei Frauen. Dadurch, dass das vorherrschende Schlankeitsideal in den westlichen Kulturen vorrangig auf Frauen ausgerichtet ist, entsteht bei diesen eher Körperunzufriedenheit. Dies wiederum führt zu Depressionen, da die Frauen kaum diesem Ideal nachkommen können. Diäten führen häufig zu Misserfolgen und dies hinterlässt Gefühle der Hilflosigkeit und ein niedriges Selbstwertgefühl, welches dann eine Depression wahrscheinlicher macht. Sie sieht zudem vergleichbare Trends bei der Depression und den Essstörungen. Beide Aspekte haben in den letzten 20 Jahren stark zugenommen, von beidem sind Frauen häufiger betroffen, beides tritt bei immer Jüngeren auf. Die Depressionsraten stiegen zwar bei beiden Geschlechtern während der Adoleszenz, Mädchen seien aber dennoch häufiger betroffen als Jungen. Insgesamt betrachtet, wird das in den westlichen Kulturen vorherrschende Schlankeitsideal als Auslöser sowohl für Depressionen als auch für Essstörungen postuliert.

Anhand der Studien kann gezeigt werden, dass negative Affekte an der Entstehung von Binges beteiligt sind, wobei man zwischen situationsbedingten Auslösern von Binges (z. B. alleine zu Hause sein, schmackhafte Nahrung ist vorhanden, etc.), intrapersonalen Bedingungen (z. B. negativer Affekt oder emotionaler *Distress*) und interpersonellen Auslösern, wie z. B. negativen Ereignissen, Streit, etc. unterscheiden sollte.

4.2.3. Negativer Affekt und Depression im Subgruppenvergleich

Sowohl Garner u. a. (1985) als auch Piran u. a. (1985) fanden keine Unterschiede hinsichtlich des negativen Affekts bei den Subgruppen.

Garner u. a. (1985) befragten Bulimikerinnen mit AN, normalgewichtige BN und AN-R. Es gab keine Differenzen in der Schwere dysphorischer Affekte, wobei sie anmerken, dass diese Gruppen in anderen Bereichen psychischer Funktionen sehr heterogen sind.

Auch Piran u. a. (1985) konnten nicht bestätigen, dass AN-BP depressiver seien. Zwar zeigte sich in ihrer Untersuchung, dass es bei den AN-BP im Vergleich zu den AN-R eine fast dreimal so hohe familiäre Vorgeschichte an Depressionen gab, Messungen depressiver Symptome zwischen den Subgruppen aber keine Unterschiede ergaben.

Zahlreiche andere Untersuchungen legen aber nahe, dass sowohl AN-BP als auch RAN-P (bzw. purgende BN) stärker negative Affekte berichten als die rein restriktiven Anorektikerinnen.

O' Kearney u. a. (1998) untersuchten 77 Purgers und 48 Nonpurgers und fanden heraus, dass die purgende Gruppe signifikant depressiver war. Eine Untersuchung von Garfinkel u. a. (1996) zeigte, dass die purgenden BN im Vergleich zu nicht-purgenden BN höhere Raten affektiver Störungen aufwiesen, wobei beide Gruppen generell hohe Level an komorbiden Psychopathologien aufwiesen.

Von 52 Personen mit AN (restriktiv vs. bulimisch) und BN konnte in einer Untersuchung von Laessle u. a. (1987) bei 44,2% der Befragten eine DSM-III *Major Affective Disorder* festgestellt werden. Bei der Mehrheit der Untersuchten trat diese nach dem Beginn der Essstörung auf. Man fand zudem heraus, dass rein restriktive Anorektikerinnen eine niedrigere Depressionsrate aufwiesen als ihr bulimischer *Counterpart*. Letzt genannte erreichten die höchsten Werte für eine *Major Affective Disorder*. Die Autoren konkludieren, dass man von einer Verbindung zwischen affektiver Störung und bulimischer Symptomatik ausgehen kann.

Auch Bhanji & Mattingly (1981) zeigten, dass AN-BP (damals noch die Unterteilung in „Dieters“ und „Vomiters“) sowohl auf den Angst- als auch auf den Depressionsskalen höhere Werte erzielten als die restriktiven Probanden.

Ebenfalls fanden auch Eckert u. a. (1982), dass AN-BP depressiver sind, mehr Angst vor zwanghaftem Essen haben, oft Erbrechen und Laxantien benutzen, welches also für ein gestörteres Essverhalten spricht. Die depressiven Symptome gingen weiterhin mit einer größeren Krankheitsverleumdung, einem negativen Selbstbild und einer größeren *Body-Image*-Störung einher.

Hinsichtlich der o. g. stärkeren Krankheitsverleumdung bei AN-BP kommen Yellowlees u. a. (1985) zu anderen Ergebnissen. Bei ihnen waren es gerade die AN-BP, die eher medizinische Hilfe in Anspruch nahmen. Dies erklären sie einerseits mit dem höheren Alter und somit mehr Autonomie und zweitens sehen sie die Möglichkeit, dass der höhere psychische *Distress* für das Aufsuchen professioneller Hilfe spricht. Ebenfalls konnten sie die Ergebnisse im Hinblick auf die Depressionswerte nicht bestätigen. In ihrer Studie punkteten die AN-R und AN-BP sowohl bei Angst- als auch bei Depressionssymptomen gleichermaßen hoch.

Auch Garfinkel u. a. (1980) konnten feststellen, dass die Gruppe der binge-purgenden Anorektikerinnen (n=68) im Vergleich zur rein restriktiven Gruppe (n=73) mehr unter Stimmungslabilität litten. Die Mischgruppe punktete demnach schlechter.

Dies trifft auch auf die Ergebnisse von Fornari u. a. (1992) zu. Von allen befragten Essgestörten, hatten die BN-AN das höchste Pathologieprofil. Bei den BN-AN war neben einer *Obsessive-Compulsive*-Störung auch die Depression dominant. Bei letzterem punkteten sie höher als die reinen BN. Zwei Alternativen halten die Autoren für möglich: Einerseits, dass die BN-AN ein spezifisches Essstörungssyndrom ist, welches bei anfälligen Individuen eine depressive Episode auslösen kann oder andererseits, dass die Depression der prädisponierende Faktor bei der Entstehung dieses spezifischen BN-Subtyps ist.

Zu ähnlichen Ergebnissen kommen Laessle u. a. (1989). Sie unterteilten die Probanden in AN-R, AN-BP, BN und BN mit anorektischer Vorgeschich-

te. Verglichen mit den restriktiven Patientinnen zeigten alle bulimischen Personen neben Angststörungen und Substanzmissbrauch auch eine höhere *Major Depression*-Anfälligkeit.

Auch Mickalide u. a. (1985) untersuchten die o. g. 4 Gruppen. Es stellte sich heraus, dass bei ihnen die BN mit AN signifikant höhere Depressions-scores aufwiesen als die BN ohne AN. Sie stellten zudem heraus, dass die reinen Fälle von AN bzw. BN weniger psychisch belastet waren als die Mischformen, wobei sich die BN wieder psychopathologischer als die AN zeigten.

Wonderlich u. a. (1990) unterteilten ihr *Sample* ebenfalls in vier Gruppen: (a) AN-R, (b) AN-BP, (c) BN und (d) BN mit anorektischer Vorgeschichte. Es zeigte sich, dass AN-R durch hohe Raten an obsessiv-zwanghafter Persönlichkeitsstörung auffielen, welches aber nicht mit Dysthymia, also der Neigung zu trauriger Verstimmung, korrelierte. Die BN mit anorektischer Vorgeschichte hatten die höchste Rate an Borderline- und histrionischer Persönlichkeit, welches wiederum mit Dysthymia assoziiert war. Sie kommen zu dem Schluss, dass sich die Persönlichkeitsstörungen der BN nicht von denen der AN-BP unterscheiden (vgl. auch Casper 1980, Kleifield u. a. 1994).

Ebenfalls wurden o. g. 4 Gruppen von Kleifield u. a. (1994) untersucht. Wie auch bei Mickalide (1985) fanden sie heraus, dass die Mischformen deutlich schlechter abschnitten als reine AN bzw. BN. Die Mischformen waren signifikant depressiver. Ähnlich zu den Ergebnissen von Wonderlich u. a. (1990) konnten auch sie zeigen, dass sich die AN-R durch ein zwanghaftes Verhalten auszeichnen, welches nach erst genanntem Autor nicht mit Dysthymia assoziiert war. Die gemischten Gruppen (AN-BP und BN mit AN) waren den reinen BN ähnlicher als den AN-R. Insgesamt waren alle Essgestörten depressiver als die Kontrollgruppe.

Auch Kleifield u. a. (1994a) untersuchten (a) AN-R, (b) AN-BP, (c) BN und (d) BN mit anorektischer Vorgeschichte. Die Ergebnisse von Kleifield u. a.

(1994a) werden insofern bestätigt, dass auch sie höhere Depressionswerte bei Essgestörten im Vergleich zur Kontrollgruppe nachweisen konnten. Dabei hatten die ersten drei Gruppen niedrigere Depressionswerte als die BN mit anorektischer Vorgeschichte.

Shisslak u. a. (1990) befragten (a) untergewichtige BN, (b) normalgewichtige BN, (c) übergewichtige BN, (d) AN-R und eine KG.

Auch hier zeigten die untergewichtigen BN im Vergleich das höchste Pathologieprofil (gemessen anhand des *MMPI*). Sie hatten den stärksten *Locus of Control*, das höchste Ineffektivitätsgefühl und die niedrigste Selbstachtung. Der Vergleich der BN untereinander ergab, dass die Übergewichtigen eine größere Psychopathologie als die Normalgewichtigen hatten, aber weniger als die Untergewichtigen. Höhere Depressionslevel wurden allerdings bei den übergewichtigen BN gefunden. Ein Vergleich der beiden untergewichtigen Gruppen (AN-R bzw. untergewichtige BN) anhand des *MMPI* ergab, dass auffallende Unterschiede zwischen diesen beiden Gruppen vorhanden sind, diese Gruppen also auch getrennt voneinander betrachtet werden müssen.

Eine Untersuchung psychopathologischer Symptome von Casper u. a. (1980) bei AN-R und AN-BP ergab, dass sich die AN-BP stark *distressed* fühlten und signifikant höhere Depressionswerte aufwiesen als die AN-R. Dies zeigte sich an Gefühlen wie „allein fühlen“, „melancholisch“, „besorgt“ und Weinepisoden. Die Autoren konkludieren, dass AN-BP viele gemeinsame Merkmale mit Bulimikerinnen teilen.

Norman & Herzog (1983) untersuchten insgesamt 39 AN-R, AN-BP und BN. Es stellte sich heraus, dass alle drei Gruppen viele Persönlichkeitsmerkmale teilen, dass aber die AN-BP depressiver als die AN-R waren, wobei aber beide Anorexie-Gruppen hohe Depressionsscores zeigten.

4.2.4. Zusammenfassung

Die Ergebnisse legen nahe, dass ein Zusammenhang zwischen Essstörungen und affektiver Instabilität besteht und diese auch als Vorläufer von Binge-Episoden angesehen werden können. Aus ätiologischer Perspektive ist allerdings noch die Frage zu klären, ob negative Affekte die Entstehung von Essstörungen begünstigen, im Verlauf der Störung auftreten oder beide Möglichkeiten zutreffend sind.

Die bisherigen Subgruppenvergleiche legen nahe, dass die Mischformen wie RAN-P und AN-BP stärker von affektiver Instabilität betroffen sind.

Weiterhin scheinen positive Affekte, welche sich z. B. während des Binges bzw. nach dem Purgen einstellen, nur von kurzer Dauer zu sein, da dieser Binge-Purge-Zyklus im Nachhinein wiederum einen negativen Affekt produzieren kann und somit ein perpetueller Kreislauf entsteht, was ein Aufrechterhalten der Störung erklären könnte.

4.3. Anorexia nervosa und Kognition

Die Beck'sche Kognitionstheorie (1993) geht davon aus, dass es kognitive statt motivationale bzw. reaktionsbezogene Verzerrungen sind, die bei Personen dysfunktionale Affekte hervorrufen. Dysfunktionale Gefühle und Verhaltensweisen sind auf bestimmte Schemata zurückzuführen. Sie bringen verzerrte Ansichten hervor und lösen gleichzeitig die Tendenz aus, in bestimmten Situationen kognitive Fehler zu begehen.

Der Begriff „Schema“ soll dabei als eine Struktur verstanden werden, die Ereignisse integriert und ihnen eine Bedeutung zumisst.

Diese ineinander greifenden Systeme verantworten den Ablauf, angefangen von der Wahrnehmung eines Stimulus bis hin zum Ende einer Verhaltensreaktion.

Weiterhin gibt es aber auch strukturelle Eigenschaften dieser Schemata. So können diese beispielsweise aufgrund ihres Umfangs unterschieden werden. Sie sind entweder eng oder weit gefasst.

Auch kann die Änderungsfähigkeit dieser Schemata betrachtet werden: Flexibilität versus Starrheit.

Und ebenso ihre Valenz, also das Ausmaß in dem sie zu einem bestimmten Zeitpunkt aktiviert werden, kann differenziert werden. Spricht man von „latent“, nehmen die Schemata nicht bewusst an der Informationsverarbeitung teil; ebenso kann aber auch eine Aktivierung den kognitiven Prozess von Anfang bis Ende steuern. Diese Schemata sind dann hypervalent und zeichnen sich durch eine niedrige Aktivierungsschwelle aus. Mit anderen Worten: Schon unbedeutende Reize lösen deren Aktivierung aus. Von präpotenten Schemata hingegen spricht Beck (1993), wenn zutreffendere Schemata bei der Informationsverarbeitung verdrängt und aktiv verhindert werden.

Nach Becks Theorie sind daher z. B. negative Schemata bei der klinischen Depression vorherrschend. Folge ist, dass es zu einer systematisch negativen Verzerrung bei der Interpretation von Erlebnissen und der Erinnerung an diese Erlebnisse kommt. Negative Informationen über sich selbst werden zudem schneller und effizienter aufgenommen als positive Informationen, die eher blockiert werden.

Kognitive Schemata sind z. B. im Vergleich zu affektiven Schemata zuständig für Abstraktion, Interpretation und Erinnerung.

Ein weiteres System ist das „Kontrollsystem“. Dieses reguliert, modifiziert oder unterdrückt Impulse. Dabei werden die Kontrollfunktionen unterschieden in „nach innen“ bzw. „nach außen“ gerichtet. Eine nach innen gerichtete Regulierung bezieht sich auf Selbstüberwachung, Selbsteinschätzung, Selbstbewertung und Selbstinstruktionen, wohingegen eine äußere Regulierung die soziale Umwelt betrifft.

Beck spricht davon, dass diese Prozesse immer stärker in den Vordergrund drängen, wenn sie zu stark ausgeprägt sind.

Was macht aber nun genau das „Dysfunktionale“ an einer Überzeugung aus?

Beck sagt, dass Menschen mit einer Persönlichkeitsstörung übergeneralisierte, unflexible und zwingende Einstellungen und Verhaltensweisen ha-

ben und diese durch einen Widerstand gegen Veränderungen gekennzeichnet sind.

Eine kognitive Verletzbarkeit führt er auf eine Wechselwirkung zwischen genetischer Veranlagung, unerwünschter Einflussnahme durch andere und traumatischen Ereignissen zurück, die sich in starren, extremen und unumgänglichen Überzeugungen widerspiegelt.

Es scheint, als sei vorübergehend die Fähigkeit verloren gegangen, die dysfunktionalen Interpretationen anhand der Realität zu prüfen.

Beck konkludiert, dass rationale Kognitionsmodi, anhand derer Schlussfolgerungen geprüft werden, vorübergehend unzulänglich sind und deshalb nicht angewendet werden können (vgl. Beck 1993).

Anfang der 50er Jahre beschäftigte sich auch Ellis mit unlogischem und irrationalen Denken.

Die Grundannahme seiner rational-emotiven Therapie basiert auf dem Gedanken, dass die psychischen Störungen eines Menschen weitestgehend auf irrationales Denken zurückgehen.

Der dadurch entstehende emotionale bzw. psychische Leidensdruck könne nur gemindert werden, wenn der Betroffene es schaffe, sein unlogisches Denken zu minimieren.

Nach Ellis (1993) ist der Mensch ein höchst autosuggestibles Wesen, welches dazu neigt, sich Indoktrinationen aus früher Kindheit so lange zu verinnerlichen, bis es zu einem festen Bestandteil der gegenwärtigen Lebensphilosophie geworden ist. Man sucht förmlich nach Bestätigung für seine selbst aufgestellten Prämissen – z. B. nach Beweisen dafür, dass man ein schlechter Mensch ist – anstatt diese subjektiven Annahmen anhand der Realität zu überprüfen.

Für Ellis sind psychische Störungen das Resultat eines Systems falscher Definitionen. Der psychisch gestörte Mensch bildet eine Kette falscher Sätze, an der er unflexibel festhält und sie nicht, wie oben erwähnt, anhand der Realität überprüft. Dieser Prozess des Festhaltens von früh erworbenen Irrationalismen läuft nach Ellis weitestgehend unbewusst ab.

Dabei sind solche Werturteile, die der Mensch bildet, nicht angeboren⁷⁹, sondern ebenso wie seine Emotionen eine Konsequenz aus den Schlussfolgerungen, die er selbst gezogen oder von anderen Personen übernommen hat. Insbesondere betont Ellis hier den Einfluss der Eltern bzw. Erlebnisse der frühen Kindheit, wobei das Kind von den Eltern manipuliert wird, indem ihm irrationale Gedanken „eingepflanzt“ werden, die sich wiederum durch Konditionierung⁸⁰ verfestigen und die vor allem in einer Phase auftauchen, in der das Kind noch nicht mit rationaleren Denkmustern konfrontiert ist.

Jedoch weist er zudem auch der Gesellschaft – und hier insbesondere den Massenmedien – eine Schuld zu, indem er behauptet, dass auch sie an der Verbreitung irrationaler Ideen beteiligt seien (vgl. Ellis 1993).

Die bisherige Forschung legt nahe, dass bei Personen mit Anorexia nervosa eine kognitive Verzerrung vorliegt.

Bruch (1982) äußert sich hierzu: „(...), these girls feel helpless and ineffective in conducting their own lives, and the severe discipline over their bodies represents a desperate effort to ward off panic about being powerless.“⁸¹

Neben dem genannten Punkt der Ineffektivität spricht Bruch außerdem davon, dass anorektische Personen ihre eigenen Gefühle schlecht wahrnehmen können und eine ausgeprägte Angst davor haben, inkompetent zu sein.

Dabei kommt dem strengen Hungern mit dem ersichtlichen Gewichtsverlust die Bedeutung zu, sich wenigstens in diesem Bereich kompetent und effektiv zu fühlen.

„(...) and they do not trust or accurately identify their own sensations and feelings. They do not complain about their weightloss and claim not to 'see' it as abnormal or ugly. (...) They also fail to experience the body as being their own but look on it as something extraneous, separate from their psychological self, or as being the possession of their parents. Their rigid discipline over their eating, with the visible

⁷⁹ Widerspruch zu Beck (1993), der u. a. von „genetischer Veranlagung“ spricht.

⁸⁰ Ellis Grundannahmen waren durch die Pawlowschen Konditionierungs- und Löschungsexperimente beeinflusst. Es wurde ihm klar, dass eine 1:1 Übertragung der Hundexperimente auf den Menschen nicht möglich war – jedoch war er von der Konditionierungs-idee überzeugt, erweiterte aber diesen Gedanken um den Aspekt der Sprachfähigkeit des Menschen und somit die Gabe, mit sich selbst kommunizieren zu können.

⁸¹ Bruch (1982), S. 1532.

weight loss, gives them the experience of being effective in at least one area. (...) and they suffer from a deep fear of being incompetent, a 'nothing' of not getting or even deserving respect. Actually, they are deficient in their sense of autonomy and have difficulties with decisions making.⁸²

Wichtig ist hierbei insbesondere der Aspekt der *Body-Image*-Störung, die auch nach dem DSM-IV ein wesentliches Kriterium bei der Diagnose der Anorexia nervosa ist (vgl. Saß 2004).

Zentral bei dieser Körperschema-Störung ist, dass eine massive Unzufriedenheit bezüglich des eigenen Körpers besteht. Trotz des bestehenden Untergewichtes sehen sich anorektische Personen als „zu dick“. Dies kann den ganzen Körper betreffen oder sich auf einzelne Partien wie Gesäß oder Bauch beschränken.

Der Selbstwert dieser Personen ist in starkem Maße von ihrer Figur und ihrem Gewicht abhängig. Während der Gewichtsverlust als Leistung angesehen wird, wird eine Gewichtszunahme als Versagen betrachtet.

Dabei soll die verzerrte Wahrnehmung auch unabhängig vom eigentlichen Gewicht bestehen bleiben, was bedeutet, dass trotz eines stetigen Abfallens des Körpergewichtes, der Körper selber als zu dick empfunden wird (vgl. Jacobi u. a. 1996).

Neben der genannten Körperschema-Störung finden sich in der Literatur weitere typische kognitive Fehler anorektischer Personen. So sprechen beispielsweise Jacobi u. a. (1996) von „Übeneralisierung“, „selektiver Abstraktion“, „abergläubischem Denken“ und „Personalisierung“ (vgl. hierzu auch Jacobi 2000).

Auch Beisel u. a. (2001) fassen die kognitiven Defizite zusammen, indem sie von „selektiver Abstraktion“, „Übeneralisierung“, „Übertreibung“, „dichotomem bzw. Alles-oder-Nichts-Denken“, „Personalifizierung und Selbstreferenz“ und „abergläubischem Denken“ sprechen.

Zu einer gleichen Einschätzung kommen auch Vandereycken u. a. (2003) und Schmidt (1997).

⁸² Bruch (1982), S. 1532.

Ebenfalls fanden Garner & Bemis (1982) o. g. kognitive Verzerrungen, die sie als „Selective Abstraction“, „Overgeneralization“, „Magnification“, „Dichotomous or all-or-none reasoning“, „Personalization and Self-reference“ und „Superstitious Thinking“ zusammenfassen.

Eine weitere mystisch irrationale Annahme besteht darin, dass Anorektiker davon ausgehen, dass der Prozess der Gewichtszunahme nicht rückgängig zu machen ist.

Sie geben weiterhin an, dass anorektische Personen starke Selbstzweifel hegen und sich von der Gesellschaft ausgeschlossen fühlen. Durch den Gewichtsverlust wollen sie Anerkennung erlangen, was zumindest im Anfangsstadium der Erkrankung auch häufig der Fall ist, indem sie Zuspruch durch ihr Umfeld erfahren. Dies setzt einen sich selbst aufrechterhaltenden Prozess in Gang:

Die ständige Sorge über Essen und Gewicht führt allmählich dazu, dass die Anorektiker immer weniger auf externe Stimuli ansprechbar sind und sich ihr ganzer Fokus auf den Gewichtsverlust konzentriert. Schlägt der kontinuierliche Gewichtsverlust fehl, treten weitere negative Kognitionen und Angst auf.

Die Autoren fassen zusammen, dass kognitive Störungen Teil der anorektischen Erkrankung seien, aber keine alleinige Ursache, da diese multidimensional sei.

Wie bereits bei Bruch (1982) erwähnt, gilt ein negatives Selbstbild einhergehend mit einem Gefühl der Ineffektivität als Charakteristikum der Anorexia nervosa.

Bers & Quinlan (1992) untersuchten, inwiefern ein wahrgenommenes Kompetenz-Defizit die Selbstachtung bei anorektischen Frauen beeinträchtigt.

Dazu wurde die Stichprobe in 3 Gruppen eingeteilt: (a) Anorektikerinnen, (b) eine klinische Kontrollgruppe bestehend aus psychiatrischen Patienten und (c) eine nicht-klinische Kontrollgruppe.

Resultate der Untersuchung waren, dass ein wahrgenommenes Kompetenz-Defizit in der Selbstachtung eine Charakteristik der Anorexia nervosa ist. Dieses Defizit zeigte sich nicht bei der nicht-klinischen Kontrollgruppe. Weiterhin war festzustellen, dass trotz der Tatsache, dass viele Anorektikerinnen Interessen nachgehen und dabei Leistung erbringen, sie sich dennoch generell inkompetent und unfähig fühlen. Außerdem zeigten die Magersüchtigen ein großes Interesse an ihrer Erscheinung und die Autoren schlussfolgern, dass sie die Diäten benutzen, um sich kompetent und fähig zu fühlen. Ebenso wie die klinische Kontrollgruppe zeigte auch die anorektische Gruppe eine niedrige Selbstachtung.

Abschließend verweisen die Autoren darauf, dass es sinnvoll erscheint, das Ineffektivitätsgefühl bei Magersüchtigen differenziert nach Subtypen der Anorexie zu untersuchen.

Eine Gruppe von bulimischen und restriktiven Anorektikerinnen wurde von Toner, Garfinkel und Garner (1987) bezüglich ihres kognitiven Stils untersucht. Insgesamt nahmen 68 Frauen an der Untersuchung teil und getestet wurde mittels des „*Matching Familiar Figures Test (MFFT)*“. Ein Instrument, welches die Einordnung in „kognitiv-impulsiv“ und „kognitiv-reflektierend“ ermöglicht. Ergebnis war, dass die bulimischen Anorektikerinnen im Vergleich zum restriktiven Personenkreis und der Kontrollgruppe zweimal so viele Fehler machten. Dieses legte die Vermutung nahe, dass die Anorektikerinnen bulimischen Typs kognitiv impulsiver sind als die beiden anderen Gruppen.

Als Einschränkung der Ergebnisse geben die Autoren selber an, dass die Untersuchung zu einem Follow-up-Zeitpunkt stattgefunden hat – also 5 bis 14 Jahre nach der eigentlichen Subgruppen-Klassifikation.

Untersuchungen geben weiterhin Aufschluss darüber, dass es sich bei kognitiven Verzerrungen um ein Phänomen handelt, welches sich generell bei Essstörungen zeigt und nicht ausschließlich bei Anorexia nervosa auftritt.

Garfinkel u. a. (1992) stellten bei ihrer Untersuchung an bulimischen Frauen (n = 478) fest, dass Körperunzufriedenheit in starkem Maße vorhanden war. Etwa die Hälfte der Stichprobe erreichte so hohe Level an Unzufriedenheit, dass man sogar von Selbst-Ekel sprechen konnte. Diese Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper war insbesondere mit einer niedrigen Selbstachtung verbunden.

Die Probanden mit der höchsten Körperunzufriedenheit waren diejenigen, die eine Vorgeschichte mit Übergewicht hatten. In dieser Gruppe fanden sich die extremsten Diätenden, die außerdem die größte Störung bei der Ich-Wahrnehmung zeigten.

Zotter & Crowther (1991) untersuchten die Bedeutung von Kognitionen bei der Bulimia nervosa, wobei 48 Frauen in (a) Bulimie-Gruppe, (b) wiederholt Diätende, und (c) nicht Essgestörte eingeordnet wurden.

Die Prozedur bestand darin, dass die genannten Personen an zwei zufällig ausgewählten Tagen alle 30 Minuten, nach dem Ertönen eines Alarmsignals, ihre Kognitionen und ihre Aktivitäten zu diesem Zeitpunkt aufschreiben sollten. Und das über den gesamten Tag verteilt.

Die Ergebnisse zeigen, dass Frauen mit einer Bulimia nervosa signifikant mehr über Ess- bzw. gewichtsbezogene Gedanken berichten als die zwei anderen Gruppen. Generell waren die Bulimikerinnen gedanklich sehr mit Nahrung, Essen, Gewicht und Körperform beschäftigt.

Da aber verzerrte und dichotome Gedanken bei ihnen relativ selten während des Tages auftauchten (7,4% der Gedanken können als „verzerrt“ und 1,4% als „dichotom“ angesehen werden), schlussfolgern die Autoren, dass es wohl eher die bloße Anwesenheit von verzerrten

Ess- und Gewichtskognitionen ist, die beim Verstehen des generellen Kognitionsmusters auffällt als die Häufigkeit dieser Kognitionen.

Somit kann auch festgehalten werden, dass die hier gefundenen Ergebnisse, denen von Polivy & Herman (1985) widersprechen, die davon ausgehen, dass Gedanken an Essen über den Tag verteilt, eher bei Personen vorkommen, die ihre Nahrungsaufnahme zügeln (Diätende).

Dieses konnte in der Untersuchung von Zotter & Crowther (1991) aber weder für Bulimiker noch für wiederholt Diätende bestätigt werden.

Um die Informationsverarbeitung bei bulimischen Patienten zu erforschen, untersuchten Fairburn, Cooper, Cooper, McKenna und Anastasiades (1991) eine Gruppe von 24 bulimischen Frauen und zudem eine männliche und eine weibliche Kontrollgruppe mit Hilfe des „*Stroop-Color-Naming-Task*“. Die Personen sollten bei diesem Test die Farbe der gezeigten Wörter benennen, dabei aber den Inhalt der Wörter ignorieren. Unterschieden wurde dabei in solche Wörter, die als relevant für die dysfunktionalen Sorgen der Bulimiker galten, also z. B. „fett“, „Diät“, etc. und neutralen Wörtern wie „Wolle“ oder „Sitzen“.

Es zeigte sich, dass die Bulimiker langsamer beim Farbbestimmen von Wörtern waren, die mit Essen, Form und Gewicht zu tun hatten. Gleiches zeigte sich beim allgemeinen Bestimmen von Farbwörtern. Keine Unterschiede bestanden jedoch beim Bestimmen von neutral besetzten Kontrollwörtern.

Die Autoren kommen anhand der Ergebnisse zu dem Schluss, dass bei Bulimikern eine selektive Beeinträchtigung beim Informationsprozess vorliegt, nämlich bei Informationen, die auf Essen, Körperform und Gewicht bezogen sind.

Auch eine Untersuchung von Cooper, Anastasiades und Fairburn (1992) an bulimischen Frauen und einer weiblichen Kontrollgruppe kommt mittels des „*Stroop-Color-Naming-Task*“ zu diesem Ergebnis. Anhand der Resultate schließen auch sie darauf, dass bei Bulimikern eine kognitive Störung vorliegt, indem sie einen selektiven Informationsprozess bzgl. Essen, Gewicht und Körperform zeigen. Ein weiteres Ergebnis war, dass Personen mit schwererer Symptomatologie – untersucht anhand des *Eating Attitudes Test* – auch zu einer stärker selektiven Verarbeitung neigten.

Ähnliches erwarten sie für Patienten mit Anorexia nervosa. Dieses wurde allerdings nicht untersucht.

Ebenfalls setzten auch Sebastian u. a. (1996) „Wörter“ in ihrer Untersuchung zur Bestimmung von Gedächtnisverzerrungen bei Essgestörten ein.

Eingeteilt wurden die Untersuchungsteilnehmer in drei Gruppen: eine essgestörte Gruppe (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und eine nicht näher spezifizierte Essstörung); eine symptomatische Gruppe (beschäftigt mit ihrem Körpergewicht) und eine nicht-symptomatische Gruppe.

Diese wurden mit 3 verschiedenen Wortgruppen konfrontiert: Wörter assoziiert mit „fett“ („obese“, „overweight“, etc.); nicht-fett-assoziierte Wörter („elbow“, „knee“, etc.) und neutralen Wörtern.

Dabei sollten sich die Teilnehmer 10 Sekunden lang eine Szene aus der Vergangenheit, Gegenwart oder Zukunft vorstellen, die sie selbst *und* das gezeigte Wort betrifft. Nachdem die Wörter gezeigt wurden, sollten die Teilnehmer in einem *Recall* so viele Wörter wie möglich wiedergeben.

Im Vergleich zu den zwei nicht-klinischen Gruppen konnte sich die essgestörte Gruppe häufiger an Wörter erinnern, welche mit „fett“ assoziiert waren. Die beiden anderen Gruppen unterschieden sich nicht hinsichtlich der Frequenz erinnerter „Fett-Wörter“.

Die Autoren schlussfolgern, dass die auf sich selbst bezogene Aufgabe (s. o.) ein hoch strukturiertes körperbezogenes Selbst-Schema in der essgestörten Gruppe aktiviert hat. Eine solche Aktivierung beinhaltet eine Erleichterung von Kodierung, Verarbeitung und Abrufung von selbstbezogenen fett-assoziierten Informationen – mit dem Resultat einer höheren Erinnerungsfrequenz solcher Wörter im *Recall*.

Weiterhin mutmaßen die Autoren auf Grund der Ergebnisse, dass die kognitive Verarbeitung der Essgestörten der negativen Gedächtnisverzerrung von depressiven Personen ähnelt.

Offen bleibt jedoch die Frage, ob es primär Kodierungs-, Speicherungs- oder Abrufungsprozesse waren, die die Gedächtniseffekte in dieser Untersuchung verursacht hatten.

Zwei Studien von Cooper u. a. (1992b; 1997) untersuchten negative Gedanken und Interpretationsverzerrungen bei essgestörten Frauen.

In der ersten Untersuchung wurden die Gedanken der Personen gesammelt, während diese 3 Aufgaben erledigen sollten: (a) sich selbst in einem Spiegel betrachten, (b) sich wiegen und (c) ein „After eight“ essen, was für Essgestörte als „verbotenes“ Nahrungsmittel gilt. Untersuchungsteilnehmer waren Anorektikerinnen, Bulimikerinnen, Diätende und eine Kontrollgruppe.

Es zeigte sich, dass Personen mit einer Essstörung häufiger negative Gedanken in Bezug auf Essen, Gewicht und Körperform aufwiesen. Die Anorektikerinnen konnten dabei von den Diätenden unterschieden werden, da sie eine höhere Anzahl negativer Gedanken bezüglich des Essens zeigten. Keine Unterschiede zeigten sich hingegen bei den positiven Gedanken. Personen mit einer Bulimia nervosa waren insbesondere besorgt über das Gewicht und die Erscheinung.

Fokus der zweiten Untersuchung von Cooper (1997) war die Interpretationsverzerrung bei Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und einer Kontrollgruppe. Gemessen wurde mit dem „*Interpretations Questionnaire*“, welcher 40 doppeldeutige Szenarien (negative und positive Ereignisse) enthält und die jeweiligen Szenarien entweder auf sich selbst oder aber imaginierend auf eine weibliche Freundin bezogen waren.

Weiterhin sollten die Befragten eine Kosten- (bei negativen Ereignissen) und Nutzenbilanz (bei positiven Ereignissen) für die 40 Szenarien erstellen und die Wahrscheinlichkeit einer Gewichts- und Körperforminterpretation benennen.

Ergebnis war, dass Patienten mit einer Anorexia nervosa bzw. mit einer Bulimia nervosa spontan mit einer Gewichts- und Körperform-Interpretation reagierten. Sowohl bei den negativen selbst bezogenen Ereignissen als auch bei den positiven auf andere bezogene Ereignisse, hielten Essgestörte im Vergleich zur Kontrollgruppe, eine Gewichts- und Körperform-Deutung für wahrscheinlicher. Durch die gefundenen Fehler und Verzerrungen von Essgestörten bei der Informationsverarbeitung wird angenommen, dass Gedanken an Gewicht und Körperform zu einer größeren Aktivierung von Gewichts- und Körperform-Informationen führen und andere Informationen weniger aktiviert werden.

Und man kommt zu dem Schluss, dass die genannten Verzerrungen ein möglicher Grund dafür sind, dass die Essstörung weiter besteht.

Oben genannter Schluss wurde ebenfalls von Cooper u. a. (1993) speziell an einer Gruppe Bulimikerinnen getestet, wobei die Einteilung der Personen nach folgendem Prinzip stattfand:

- a) Gedanken über Gewicht, Essen und Körperform wurden aktiviert (Experimentalgruppe)
- b) o. g. Gedanken wurden nicht aktiviert (Kontrollgruppe)

Gemessen wurde u. a. mit der „*Thinking Aloud*“- Methode und dem „*Three-Colour-Naming-Tasks*“.

Ein angeblicher Geschmackstest wurde nach o. g. Prozeduren ebenfalls durchgeführt, um eine direkte Auswirkung auf das Essverhalten feststellen zu können. Des Weiteren sollten die Teilnehmer nach Beendigung des Experimentes ihr Essverhalten und ihre Nahrungsaufnahme 24 Stunden lang dokumentieren. Es wurde deutlich, dass es nach der Manipulation in der experimentellen Gruppe zu einem Anstieg negativer Selbstaussagen kam. Außerdem aß die experimentelle Gruppe im Vergleich zur Kontrollgruppe beim anschließenden Geschmackstest weniger, was den Erwartungen der Forscher entsprach, die davon ausgegangen waren, dass bestimmte Attitüden bezüglich Essen, Gewicht und Körperform das Essverhalten beeinflussen und somit eine kausale Rolle bei der Aufrechterhaltung der Essstörung spielen.

Weiterhin gingen Cooper u. a. (1993) davon aus, dass es in der Experimentalgruppe aufgrund der verminderten Nahrungsaufnahme, in den anschließenden 24 Stunden zu einem Anstieg an objektiven Binges kommen würde. Diese Annahme konnte aber nicht bestätigt werden. Als mögliche Gründe hierfür geben die Autoren an, dass evtl. die Nahrungsreduktion nicht so stark ausgeprägt war, einen Binge zu provozieren – oder aber der von den Forschern gewählte 24-Stunden-Zeitraum inadäquat gewählt wurde, da diese Zeitspanne möglicherweise zu kurz ist, um die Konsequenzen einer verringerten Nahrungszufuhr abzubilden.

Ebenfalls wurden dysfunktionale Kognitionen bei Bulimikerinnen von Goebel, Spalthoff, Schulze und Florin (1989) untersucht.

Mittels verschiedener Fragebögen wie z. B. der „*Dysfunctional Attitude Scale*“ oder dem „*Attributional Style Questionnaire*“ wurden 44 Frauen mit Bulimia nervosa und 38 Frauen als Kontrollgruppe befragt.

Als Ergebnisse lassen sich festhalten, dass so genannte „depressotypische“ Kognitionsmuster (internale, globale und stabile Attributionen negativer Ereignisse) häufiger bei Bulimikerinnen auftraten. Insbesondere bei den Frauen, die früher einmal untergewichtig gewesen waren. Weiterhin konkludieren die Autoren, dass dysfunktionale Attitüden und eine attributionale Ausdrucksweise charakteristisch für Personen mit Bulimie sind. Da die kognitiven Anteile von Interventionen häufig auf die Bereiche Nahrung, Gewicht und Körperform fokussiert sind, geben die Autoren zu bedenken, dass gegebenenfalls generalisiertere kognitive Muster, wie eben z. B. dysfunktionale Attitüden, zusätzlich in den Blickpunkt von Interventionen gerückt werden sollten, um im Einzelfall zu entscheiden, ob eher ein Zugang bzgl. verzerter Kognitionen im Bereich von Nahrung etc. oder aber ein allgemeinerer Zugang bezogen auf habituelle Dysfunktionen angebracht ist.

Auch Strauss & Ryan (1988) fanden kognitive Dysfunktionen bei essgestörten Personen.

Eingeteilt wurden die Gruppen in (a) restriktive Anorektikerinnen, (b) Anorexia nervosa–binge/purge, (c) normalgewichtige Bulimikerinnen, (d) Personen mit subklinischer Essstörung und (e) Kontrollgruppe. Es wurden u. a. mit Hilfe des „*Cognitive Error Questionnaire*“ (CEQ) die Dimensionen „Übeneralisierung“, „selektive Abstraktion“, „Katastrophisierung“ und „Personalisation“ abgefragt.

Die Ergebnisse zeigen, dass eine kognitive Dysfunktion eine zentrale Charakteristik der Essstörung ist. Logische Fehler tauchten häufig bei den Anorektikerinnen auf – insbesondere beim restriktiven Subtyp.

Im Vergleich zu den Bulimikerinnen, der subklinischen Gruppe und der KG zeigten die restriktiven Anorektikerinnen eine größere Übeneralisie-

rung, mehr selektive Abstraktion und Personalisation beim *CEQ*. Ebenfalls tendierten sie im Vergleich zu den Bulimikerinnen und der Kontrollgruppe zu einer größeren Katastrophisierung. Die bulimischen Anorektikerinnen neigten stärker zu Katastrophisierungen und kognitiven Fehlern als die Kontrollgruppe. Keine Unterschiede beim *CEQ* ließen sich für die zwei Subtypen der Anorexia feststellen.

Ein weiteres Ergebnis war zudem, dass eine größere kognitive Dysfunktion mit erhöhten Depressions- bzw. Dysphoriewerten einherging.

Leider werden hier nur 2 der 3 Subtypen der Anorexia nervosa betrachtet, da der Subtyp RAN-P nicht untersucht wurde.

Da in der Arbeit der Verfasserin neben den Subgruppen AN-R und RAN-P auch der Subtyp AN-BP untersucht wird, wird im Weiteren geschaut, inwiefern Kognitionen bei der Entstehung oder Aufrechterhaltung von Essanfällen eine Rolle spielen.

4.3.1. Kognitionen und Binge

In der Literatur finden sich Hinweise darauf, dass eine Verbindung zwischen kognitiver Verzerrung und Essanfällen besteht.

Dritschel, Williams und Cooper (1991) befragten 73 Frauen zu den Aspekten: (a) Personalisierungstendenz – externe Ereignisse werden ohne Rechtfertigung auf sich selbst bezogen, (b) Übergeneralisierung – die Tendenz, eine allgemeine Schlussfolgerung aufgrund eines einzelnen Ereignisses zu ziehen, (c) Katastrophisierung – ohne Grund ein Ereignis als Katastrophe zu interpretieren, (d) selektive Abstraktion – den Gesamtzusammenhang der Situation ignorierend, wird nur ein Detail betrachtet.

Es stellte sich heraus, dass objektive Binger mehr Personalisierungstendenzen aufweisen, mehr selektiv bewerten, stärker katastrophisieren und übergeneralisieren.

Dabei gingen allgemeine kognitive Fehler mit einem niedrigen Selbstwertgefühl einher, während spezifische Kognitionen eng mit gezügeltem Essen, Sorgen über die Körperform und Stimmung zusammenhingen.

Legenbauer (2003) schlussfolgert in ihrer Dissertation zum Thema „Was löst einen Essanfall aus?“, dass davon auszugehen ist, dass kognitive Prozesse an der Entstehung bzw. Auslösung von Essanfällen beteiligt sind, wobei bislang unklar bleibt, welche Prozesse genau handlungsleitend sind. Es konnte festgestellt werden, dass Frauen mit einer Essstörung im Vergleich zur Kontrollgruppe häufiger Selbstbeschuldigungen beschrieben. Außerdem traten negative, körperbezogene Gedanken beständiger vor einem Essanfall auf. Sie vermutet, dass es bei einer Essstörung zu einer stärkeren Aktivierung und Repräsentativität nahrungs- und körperbezogener Kognitionen kommt.

Es besteht zudem die Möglichkeit, dass es bei Frauen mit einer Essstörung dadurch zu einer schlechteren Stimmung und Beschäftigung mit dem Körper und Nahrung kommt, da sie beim Nachdenken über die vorangehenden Ereignisse – durch Gedächtnisfehler – insbesondere negative Ereignisse oder Aussagen anderer erinnern. Die aufgestellte Hypothese in diesem Zusammenhang, dass Frauen mit einer Essstörung häufiger negative Aussagen über sich selbst machen, konnte bestätigt werden und sie schlussfolgert, dass das Auftreten sowohl negativer als auch dysfunktionaler Kognitionen, deutlich vermehrt ist und dies als ein Hinweis gilt, dass kognitive Prozesse einen hohen Anteil an der Auslösung und Aufrechterhaltung von Essanfällen haben.

4.3.2. Restraint und Kognitionen

In ihrer Restraint-Theorie gehen Polivy & Herman (1985) davon aus, dass Kognitionen eine wichtige Rolle bei dem Diätverhalten diätierender Personen spielen.

Nach ihrer Ansicht, essen Diätende so lange genügsam und mäßig, wie sie glauben, dass sie sich selbst „unter Kontrolle“ haben und ihre Diät intakt ist. Typisch für Diätende, also auch für anorektische Patientinnen, ist das dichotome Denken, was sich derart äußert, dass Lebensmittel und Nahrungsmengen in „gut“ und „schlecht“ eingeteilt werden. Jedoch kommt es durch den selbst herbeigeführten Gewichtsverlust und die Selbstauss-

hungerung zu einer ständigen, gedanklichen Beschäftigung mit Nahrung. Essen, Nahrung und Gewicht dominieren die gedankliche Welt Diätender. Somit ist immer mehr kognitive Kontrolle nötig, um z. B. Hungersignale zu unterdrücken oder zu ignorieren. Glauben sie aber nun, ihre Diät gebrochen zu haben, indem sie annehmen zu viel von einer „verbotenen“ Speise verzehrt zu haben, kann dies, nach Meinung der Autoren, zu einem Binge führen.⁸³ Etwa nach dem Motto, dass es jetzt auch egal sei, wie viel man noch konsumiert.

Ruderman (1985) behauptet, dass gezügelte Esser anormale Essmuster entwickeln, die durch Diäten und periodisch übermäßigen Genuss gekennzeichnet sind. Die genannten Perioden übermäßigen Genusses werden von so genannten „Disinhibitoren“ herbeigeführt, die die Selbstkontrolle der gezügelten Esser beeinträchtigen.

Nach Ruderman gibt es drei Gründe für Disinhibition bei gezügelten Essern: Bestimmte Kognitionen, Alkohol und stark emotionale Zustände wie z. B. Angst.

In einer Untersuchung an 190 Frauen wurde mit Hilfe von Fragebögen die Hypothese getestet, ob gezügelte Esser rigide und irrationale Gedankenmuster haben.

Die Ergebnisse legen nahe, dass gezügelte Esser anfällig für verzerrte Kognitionen, rigider und perfektionistischer Natur, sind.

Dabei stellte sich als stärkster Prädiktor irrationaler Annahmen, die obsessive Sorge bezüglich des Gewichtes und dem Diäten heraus, welches mit der „*Revised Restraint Scale*“ erhoben wurde.

Personen mit hohen Punktwerten auf der Subskala „*Concern with Dieting*“ tendierten dazu, frustrierende Situationen nicht objektiv zu bewerten, sondern diese in ihrer Ernsthaftigkeit über zu bewerten. Des Weiteren zeigten sie sich abhängig von der Meinung anderer Personen; fühlten sich übermäßig bestürzt, wenn sie durch Zweite negativ bezüglich Ihrer Er-

⁸³ Dieser Theorie vorausgegangen ist die "Set-Point-Theorie" von Nisbett (1972), welche besagt, dass Personen ein biologisch diktiertes Körpergewicht haben. Nur durch Nahrungsdeprivation ist es möglich, unter diesen Set Point zu gelangen. Folgen davon sind aber ein Energiedefizit und ein permanentes Hungergefühl.

scheinung (oder anderen persönlichen Attributen) beurteilt wurden und glaubten sich zudem durch ihre Emotionen beherrscht.

Ruderman schlussfolgert aus den Ergebnissen der Studie, dass gezügelte Esser anfällig für verzerrte Kognitionen von rigider bzw. absoluter Art sind, aber keine generelle Prädisposition für verzerrte Informationen haben.

Ruderman (1986) geht, wie oben erwähnt, von einer Disinhibitions-Theorie aus, welche besagt, dass sich gezügelte Esser nach einer Zerrüttung ihrer Selbstkontrolle überessen.

Sie nimmt an, dass so genannte *Preloads* (z. B. ein Milchshake oder Eiscreme – also Nahrung, die an sich von gezügelten Essern als „verboten“ eingestuft ist) bei den Gezügelten die Wahrnehmung auslöst, sie hätten zu viel gegessen und somit ihre strenge Diätregel gebrochen. Diese Personen nehmen ihre Diät als „Alles-oder-Nichts“ wahr, dem rigide und irrationale Annahmen zugrunde liegen.

Demnach ist es weniger ein hoher Konsum von Nahrung per se als die **Annahme** zu viel gegessen zu haben, die dazu führt, die Selbstkontrolle zu verlieren, da der Gedanke daran, die Diätregel gebrochen zu haben, sie in dysphorische Stimmung versetzt.

In einer weiteren Untersuchung konnten Ruderman u. a. (1985) feststellen, dass sogar die Antizipation einer Diätverletzung ausreicht, um bei gezügelten Essern einen erhöhten Konsum zu provozieren.

Hierbei wurden die Teilnehmer in den Glauben versetzt, sie würden an einem Geschmackstest für Cracker teilnehmen, an deren Anschluss sie entweder einen Milchshake (Diät verletzend), einen Salat (diätkonform) oder gar nichts verzehren mussten, um dann einen nochmaligen Cracker-Geschmackstest durchzuführen.

Es zeigte sich, dass gezügelte Esser mehr aßen als ungezügelte Esser.

Die Antizipation eines Milchshakes löste bei den Gezügelten eine Erhöhung des Konsums aus, während bei den ungezügelten Essern das Gegenteil eintrat.

Damit ist für Ruderman u. a. (1985) der Nachweis erbracht, dass kognitive Faktoren den Konsum von gezügelten Essern beeinflussen.

Dies widerspricht jedoch z. T. der Untersuchung von Tomarken & Kirshenbaum (1984), die herausfanden, dass sich ungezügelte Esser überessen, wenn sie kalorienreiche Nahrung (z. B. einen Milchshake) antizipieren.

Für die bei Ruderman (1985; 1986) genannten Thesen – in Bezug auf die Disinhibition – ließ sich ebenfalls bei Jansen u. a. (1998b) keine Bestätigung finden.

Bei ihrer Untersuchung an 18 gezügelten und 21 ungezügelten Essern kam heraus, dass zwar gezügelte Esser signifikant höher bei der Disinhibitions-Messung punkteten, aber Disinhibition an sich kein guter Prädiktor für die weitere Nahrungsaufnahme war.

Vielmehr stellte sich heraus, dass Selbstachtung der stärkste und einzige Prädiktor für die weitere Nahrungsaufnahme war. So zeigte sich, dass gezügelte Esser mit einer niedrigen Selbstachtung weniger während des Eiscreme-Geschmackstestes zu sich nahmen. Dementsprechend aßen gezügelte Esser mit einer hohen Selbstachtung mehr.

Obwohl Gezügelte zwar dahin tendieren, negative Ereignisse eher global zu attribuieren, zeigte sich zwischen gezügelten und ungezügelten Essern kein Unterschied beim generellen Attributionsstil bezüglich positiver und negativer Ereignisse.

Die Autoren verweisen aber abschließend darauf, dass die genaue Beziehung zwischen Selbstachtung und Nahrungsaufnahme bislang noch nicht exakt geklärt sei.

Eine Untersuchung von Polivy u. a. (1988) zeigt genau gegenteilige Ergebnisse.

Auch hier wurden gezügelte und ungezügelte Esser mit hoher bzw. niedriger Selbstachtung untersucht. Als Untersuchungsdesign diente auch hier ein angeblicher Eiscreme-Geschmackstest.

Die eine Hälfte der Untersuchten bekam einen *Preload* (Milchshake), während die Anderen als Kontrollgruppe fungierten. Die Einzigen, die nach einem *Preload* mehr aßen als ohne *Preload*, waren die gezügelten Esser mit niedriger Selbstachtung.

Gezügelte Esser mit einer hohen Selbstachtung aßen ungefähr die gleiche Menge – ungeachtet dessen, ob sie vorab einen *Preload* hatten oder nicht. Sie zeigten lediglich eine nicht-signifikante Abnahme an Nahrungsaufnahme nach der Gabe des Milchshakes.

Alle ungezügelten Esser zeigten normales Kompensationsverhalten, indem sie weniger nach einem als ohne einem *Preload* aßen - und dies ungeachtet ihres Levels an Selbstachtung.

Auch eine Untersuchung von Jansen u. a. (1988) ging der Frage nach, inwiefern ein *Preload* die weitere Nahrungsaufnahme bei gezügelten und ungezügelten Essern beeinflusst.

Insgesamt wurden 40 Frauen befragt. Diese wurden in 4 Gruppen eingeteilt: gezügelte/ungezügelte Esser mit/ohne *Preload*. Als *Preload* dienten 2 Milchshakes.

Anschließend bekamen alle Frauen 3 Schalen mit Eiscreme vorgesetzt, von denen sie so viel essen konnten, wie sie wollten. Parallel dazu sollten sie ihre Gedanken auf Band sprechen.

Es zeigte sich, dass gezügelte Esser nicht signifikant auf die *Preload*-Manipulation reagierten, denn sie aßen nicht mehr oder weniger als ihre Pendanten ohne *Preload*.

Ungezügelte Esser reagierten in der Hinsicht auf den *Preload*, indem sie signifikant mehr Eiscreme aßen, wenn sie nicht zuvor die zwei Milchshakes konsumiert hatten.

Konträr zu Rudermans Ergebnissen (1985) ließ sich in dieser Untersuchung keine Beziehung zwischen gezügeltem Verhalten und Irrationalität finden. Gezügelte Esser berichteten jedoch viel häufiger davon, sich während der Eiscremeaufnahme nicht unter Kontrolle zu haben. Diese wahrgenommene Unkontrolliertheit war aber nicht abhängig von einem

Preload. Somit konnte Ruderman's Disinhibitions-These nicht bestätigt werden.

Die Autoren sagen, dass die fehlende Kontrolle eher eine generelle Charakteristik der gezügelten Esser war – unabhängig von einem *Preload*.

Auch das von Ruderman genannte dichotome Denken bei gezügelten Essern konnte hier nicht bekräftigt werden.

Ogden & Wardle (1991) untersuchten kognitive und emotionale Reaktionen auf Nahrung bei 42 normalgewichtigen gezügelten- und ungezügelten Essern.

Das Experiment war so angelegt, dass eine Hälfte der Frauen zufällig einer kalorienreichen Bedingung (Mars-Riegel) zugeordnet wurden – also eine „verbotene“ Nahrung, die als „Diät-brechend“ angesehen wird und die zweite Hälfte der Frauen lediglich einen trockenen Cracker aßen.

Der Fressanfallszustand wurde unterteilt in aktiv („active rebellion“) und passiv („passive giving in“ – z. B. „I've spoiled the day so its not going to make any difference. I'm going to give into any urges I've got“).

Bezüglich des kognitiven Zustands konnte festgestellt werden, dass nur gezügelte Esser nach dem Konsum der kalorienreichen Nahrung zu einer „aktiven“, „trotzigen“ Haltung neigten. Keiner der ungezügelten Esser gab dieses an.

Generell tendierten die gezügelten Esser unter beiden Bedingungen zu höheren Raten an Rebellion.

Während sich die ungezügelten Esser nach beiden Konditionen eher weniger „aktiv“ darstellten, zeigten die gezügelten Esser einen Anstieg in beiden Konditionen. 34% der gezügelten Esser und 11% der ungezügelten Esser offenbarten eine eher „passive“ Reaktion auf hochkalorische Nahrung. Interviewdaten bezüglich genereller Reaktionen auf den Verzehr kalorienreicher Nahrung, unabhängig von der experimentellen Situation, zeigten, dass 43% der gezügelten im Vergleich zu 24% der ungezügelten Esser eher mit einem passiven „*Giving in*“ reagierten.

Unter beiden Bedingungen zeigten die gezügelten Esser weiterhin höhere Depressionswerte. Diese waren unabhängig von der *Preload*größe.

Daraus schlussfolgern die Autoren, dass eine kalorienreiche Nahrung nicht automatisch eine Stimmungsverschlechterung auslöst.

Obwohl eine Depression ein Auslöser für einen Kontrollverlust sein könne, müsse das Essen einer „verbotenen“ Nahrung nicht zwangsläufig eine Stimmungsverschlechterung nach sich ziehen. Während sich 58% der gezügelten Esser nach der kalorienreichen Nahrung schuldig fühlten, taten dies nur 11% der ungezügelten Esser. Nach dem Verzehr des Crackers kam es in beiden Gruppen zu keinem Schuldgefühl.

Wie obig angeführt, sollen starke emotionale Zustände, wie beispielsweise Angst, ein Grund dafür sein, dass gezügelte Esser ihre rigiden Regeln brechen (vgl. Ruderman 1985).

In der Untersuchung von Ogden & Wardle (1991) konnte aber kein Hinweis darauf gefunden werden. Es war kein Anstieg an Angst nach dem Verzehr der kalorienreichen Nahrung festzustellen.

Vielmehr zeigten die gezügelten Esser eine Abnahme an Angst nach dem Genuss des Schokoriegels.

In einer weiteren Untersuchung fanden o. g. Autoren heraus, dass insbesondere ein internaler Attributionsstil bezüglich negativer Ereignisse dafür verantwortlich ist, dass Personen weniger Selbstkontrolle besitzen und somit eher dazu neigen, ihre Diät zu brechen. Partizipanten der Untersuchung waren hier allerdings moderat übergewichtige Frauen (vgl. Ogden & Wardle 1990).

Eine Untersuchung von Eldredge u. a. (1990) befasste sich ebenfalls mit gezügelten und ungezügelten Essern.

Primär stand hier die Selbstbewertung im Vordergrund. Die Autoren gehen davon aus, dass das Körperbild ein signifikanter Aspekt bei der Evaluation des Selbstwertes ist. Untersucht werden sollte, inwiefern sich Erfolg bzw. Misserfolg auf die Selbstbewertung niederschlägt.

Die Manipulation sah so aus, dass die 2 Gruppen (Gezügelte vs. Ungezügelte – jeweils $n = 24$) zufällig einer Erfolgsgruppe bzw. Misserfolgsgruppe zugewiesen wurden. Die Tests bestanden zum einen aus einem verbalen Intelligenztest und zum anderen aus Fragen zu einem Videotape, welches

zuvor gezeigt wurde. Um nun Erfolg/Misserfolg zu provozieren, wurden der Erfolgsgruppe generell leichte Fragen gestellt, während die Misserfolgsgruppe sehr schwierige Fragen bekam.

Dementsprechend fiel auch das Feedback der Untersuchungsleiter aus. Während man der Erfolgsgruppe gratulierte, gab man der Misserfolgsgruppe zu verstehen, dass ihre Ergebnisse schlecht ausgefallen seien.

Die Auswertung ergab keinen Unterschied hinsichtlich der Körperunzufriedenheit bei gezügelten Frauen. Die Einteilung in Erfolg bzw. Misserfolg zeigte hier also keinen Effekt.

Dennoch kam heraus, dass je mehr die Frauen ihr Essen zügeln, ihre Level an Unbehagen und Unzufriedenheit mit ihrem Körper umso höher sind.

Des Weiteren zeigte sich, dass je höher die Depressionswerte und je niedriger die eigene Selbstachtung war, die Körperunzufriedenheit ebenso anstieg. Gezügelte Esser besaßen eine signifikant niedrigere Selbstachtung als ungezügelte Esser.

Die Autoren gehen weiterhin davon aus, dass obwohl sich gezügelte Esser nach einer Misserfolgserfahrung nicht stärker unzufrieden fühlen als sonst, es dennoch einen kognitiven Effekt auf die anschließende Selbstevaluation gibt. So sollen gezügelte Frauen negative Gefühle gegenüber ihrem Körper haben und diese kommen dann hervor, wenn es einen auslösenden Reiz gibt, sich selbst zu bewerten. Der Fokus wird auf sich selbst gelenkt und die ganze Aufmerksamkeit gilt dem eigenen Körper. Die Autoren folgern, dass der Prozess sich bei negativen Erfahrungen/Misserfolgen – auf das eigene Körperbild zu konzentrieren, einen dysfunktionalen Stil der Selbstbewertung erschafft und dieser insbesondere auf gezügelte Esser zutrifft.

Mittels eines *Stroop-Tests* gingen Jansen u. a. (1998a) der Frage nach, inwiefern bei gezügelten Essern eine Aufmerksamkeitsverzerrung hinsichtlich Körperform- und Gewichtsinformationen besteht.

Es ließ sich keine kognitive Störung bei der Verarbeitung o. g. Stimuli nachweisen. Dennoch weisen die Autoren bei der Interpretation der Ergebnisse darauf hin, dass es einen qualitativen Unterschied zwischen normal gezügelten Essern und klinisch essgestörten Probanden gibt.

Eine direkte Übertragung dieser Ergebnisse auf Personen mit Bulimia oder Anorexia nervosa ist somit mit Vorsicht zu betrachten.

4.3.3. Kognition und ironischer/paradoxe Effekt

Die Theorie ironischer Prozesse der mentalen Kontrolle geht auf Wegner (1994) zurück.

Je stärker man versucht, bestimmte Gedanken zu unterdrücken, desto erfolgloser ist man dabei. Sie besagt, dass zwei Prozesse (Arbeits- bzw. Überwachungsprozess) notwendig sind, um den Geist kontrollieren zu können.

Der „*Operating Process*“ unterdrückt die unerwünschten Gedanken und benötigt somit viele kognitive Ressourcen. Hingegen ist der „*Monitoring Process*“ dazu da, um nach unerwünschten Gedanken zu suchen.

Laut Theorie ist es nun möglich, dass unter kognitiver Belastung der „*Monitoring Process*“ den „*Operating Process*“ immer mehr verdrängt und somit unerwünschte Gedankeninhalte immer stärker aktiviert werden.

Ein ironischer Effekt entsteht.

Stress und Ablenkung sind nach Wegner Gründe für so genannte Freud'sche Versprecher. Gerade die ungewollten, unterdrückten Gedanken treten hervor, wenn die Selbstkontrolle durch o. g. Faktoren beeinträchtigt wird. Kognitives Beschäftigtsein und Zeitdruck können ebenfalls die Prozesse der Selbstkontrolle stören, die aber wiederum notwendig ist, um die ungeliebten Gedanken unterdrücken zu können.

Die Annahme, dass eine Person, die ein großes Verlangen nach einer bestimmten Speise verspürt, diese auch früher oder später verzehrt, ist weithin bekannt.

Betrachtet man dieses im Hinblick auf Essstörungen, ist anzunehmen, dass die schon häufig beschriebenen, selbst auferlegten, rigiden Diätmuster dazu führen können, dass an das „verbotene“ Genussmittel häufiger gedacht wird und somit der Wunsch immer größer wird, dieses auch zu verzehren.

Der paradoxe Effekt bestünde dann darin, dass der Versuch, nicht an eine „verbotene“ Speise, wie beispielsweise eine Tüte Chips zu denken, dazu führt, dass der Wunsch nach dieser Nahrung so groß wird, dass letztendlich die komplette Tüte verzehrt wird.

Nach Oliver & Huon (2001) sind so genannte *Disinhibitors* Personen, die dazu tendieren, sich durch bestimmte Auslöser, wie z. B. Verfügbarkeit von schmackhaften Speisen, das Essen anderer Personen, emotionaler Stress oder als Konsequenz auf eine Diät, zu überessen.

In ihrer Untersuchung betrachteten sie die Auswirkungen von Gedankenunterbrechung hinsichtlich Nahrungs- und Essensgedanken bei niedrig- und hoch gehemmten Frauen.

Das Untersuchungsdesign war so beschaffen, dass die Frauen einer Kontrollbedingung (über etwas Allgemeines nachdenken) bzw. einer Experimentalbedingung (**nicht** über Essen nachdenken) zugeordnet wurden und weiterhin nach „hoch gehemmt“ oder „niedrig gehemmt“ klassifiziert wurden.

Der Ablauf der Untersuchung bestand aus drei 5-minütigen Sequenzen:

- (1) Über irgendetwas nachdenken, was sie mögen – beim Auftreten des Zielgedankens (Essen) sollte ein Knopf gedrückt werden (neutrale Phase)
- (2) Kontroll- bzw. Experimentalsequenz (Phase der Manipulation)
- (3) s. Sequenz 1 (neutrale Phase)

Es zeigte sich, dass niedrig gehemmte Personen aus der Experimentalbedingung mehr nahrungsbezogene Gedanken aufwiesen als hoch gehemmte Frauen aus dieser Gruppe, die weniger Schwierigkeiten hatten, ihre Gedanken zu kontrollieren – zumindest hinsichtlich dieser kurzen Zeitperiode von 5 Minuten.

Wiederum hatten jedoch hoch gehemmte Probanden in der Kontrollbedingung deutlich mehr Gedanken an Essen – verglichen mit den niedrig gehemmten Frauen.

Des Weiteren zeigten hoch gehemmte Personen häufiger einen negativ kognitiven Kontrollstil, wie beispielsweise Bestrafungsgedanken („I get angry at myself for having the thought“).

Dieser rigide und bestrafende kognitive Stil ist nach Garner & Bemis (1982) charakteristisch für Diätende, um so ihre Nahrungsaufnahme kontrollieren zu können.

Außerdem konnte in dieser Untersuchung gezeigt werden, dass o. g. Bestrafungstechniken positiv mit Angst, Stress, wahrgenommener Gedankenfrequenz und tatsächlicher Häufigkeit nahrungsbezogener Gedanken korrelierten.

Ebenfalls wurde das ironische Denken von Mann & Ward (2001) untersucht. Zum einen sollte die Reaktanz auf das Verbot, ein bestimmtes Nahrungsmittel nicht konsumieren zu dürfen untersucht werden und zum anderen wollte man herausfinden, ob das Verbot einen übermäßigen Genuss nach sich zieht. Überprüft wurde dieses anhand von zwei Studien.

In der ersten Studie wurden die Teilnehmer aufgefordert, ein bestimmtes Nahrungsmittel für 5 Tage nicht mehr zu konsumieren. Sie sollten berichten, wie oft sie an das Nahrungsmittel gedacht hatten und wie stark der Wunsch ausgeprägt war, dieses zu verzehren. Eben dies sollte auch für die 5 vorangegangenen und die 5 darauf folgenden Tage dokumentiert werden.

Die zweite Studie fand in einem kontrollierten Labor statt. Den Probanden wurde mitgeteilt, dass sie angeblich an einem Geschmackstest teilnehmen. Geboten wurden drei verschiedene Süßigkeiten, von denen eins ein neuartiges, attraktives Produkt war. Vor der experimentellen Phase wurden alle Süßigkeiten, ohne das Wissen der Probanden, abgewogen, um später feststellen zu können, wie viel tatsächlich konsumiert wurde.

Die Manipulation war derart, dass den Teilnehmenden entweder verboten wurde, eine bestimmte Süßigkeit weiter zu essen, oder aber man sagte ihnen, dass es nur noch wenig von dieser Sorte gäbe, dass sie sich aber bedienen könnten, falls es für den Geschmackstest erforderlich sei.

Anschließend an diese Phase wurde das Verbot aufgehoben bzw. den Probanden berichtet, dass nun wieder genügend Vorrat vorhanden sei.

Beide Studien konnten nachweisen, dass die Gedanken an Nahrung über die Zeit hinweg nachließen, wenn kein Verbot ausgesprochen wurde.

Das Umgekehrte trat ein, wenn man ihnen verbot, ein bestimmtes Nahrungsmittel zu verzehren.

Allerdings gab es keine Hinweise darauf, dass die frequenteren Gedanken an das Essen mit einem übermäßigen Genuss in Zusammenhang stehen.

Bei Abwesenheit von Hunger haben weder kognitive Mechanismen (ironische Prozesse) noch motivationaler Druck (Reaktanz) zu einem übermäßigen Genuss der verbotenen Speise geführt.

Angesichts dieses Aspektes nehmen die Autoren an, dass eine physiologische Deprivation (manifestiert z. B. als großer Hunger) eine wichtige Rolle spielt, was das Überessen anbetrifft. Obwohl das Verbot nicht zu einem Überessen geführt hat, ist es dennoch bei den Teilnehmern zu einem Anstieg an gedanklicher Beschäftigung mit dieser verbotenen Speise gekommen.

Solch ein Anstieg ist nach Meinung der Autoren auch ohne Überessen als Folge zu haben, problematisch, weil diese gedankliche Beschäftigung obsessiv werden kann, was dann wiederum mentale Qualen für den Betroffenen nach sich zieht.

4.3.4. Zusammenfassung

Festzuhalten bleibt, dass verzerrte Kognitionen häufig ein Merkmal von Essstörungen im Allgemeinen und Anorexia nervosa im Speziellen sind. Anorektiker fühlen sich oftmals ineffektiv, sind sehr selbstkritisch und haben teilweise Probleme, ihre Gefühle genau wahrzunehmen. Neben der irrationalen Annahme, der Körper sei trotz gravierenden Untergewichts, zu dick, kommt es nicht selten auch zu Übergeneralisierung, selektiver Abstraktion oder abergläubischem Denken.

Es finden sich zudem Hinweise darauf, dass es eine Verbindung zwischen kognitiver Verzerrung und Essanfällen gibt. Der Verzerrung wird sowohl eine auslösende- als auch aufrechterhaltende Funktion zugesprochen.

Hinsichtlich der erwähnten Disinhibitionstheorie gibt es keine einheitlichen Daten, so dass zukünftig noch zu klären sein wird, welchen Stellenwert die Theorie in diesem Zusammenhang hat.

Dahingegen scheint die Theorie des ironischen Effektes durch Studien tendenziell bestätigt zu werden. Hier wird davon ausgegangen, dass selbst auferlegte Verbote die Wahrscheinlichkeit erhöhen, ständig an diese (z. B. bestimmte Nahrung) zu denken.

4.4. Kontrollüberzeugungen und Locus of Control

Das Konzept der Kontrollüberzeugungen (*Locus of Control*) geht auf Rotter (1966) zurück. Es besagt, dass das Verhalten einer Person wesentlich durch Erwartungen bezüglich des Auftretens zukünftiger Ereignisse und der Bewertung dieser bestimmt wird. Ein Individuum lernt nicht nur, welche Erwartungen zur Erreichung bestimmter Verstärker in einer konkreten Situation notwendig sind, sondern generalisiert sie auch auf ähnliche Gegebenheiten. Eine Kontrollüberzeugung ist eine solche generalisierte Erwartung. Unterschieden wird dabei zwischen internalen und externalen Kontrollüberzeugungen. Von Ersteren spricht man dann, wenn eine Person Ereignisse als Folge eigenen Handelns und damit unter persönlicher Kontrolle erlebt. Denkt die Person jedoch, die Ereignisse seien vom Zufall, Schicksal oder dem Einfluss anderer Personen abhängig, spricht man von externalen Kontrollüberzeugungen.

Der „*Locus of Control*“ ist somit die Erwartung, die ein Individuum bezüglich der Kontrollierbarkeit der Umwelt hat – die Verantwortlichkeit der Folgen einer Handlung werden also entweder internal oder external zugeordnet.

Krampen (1991) sieht sein handlungstheoretisches Partialmodell der Persönlichkeit als Weiterentwicklung und Differenzierung der sozialen Lern-

theorie der Persönlichkeit Rotters. Ausgangspunkt ist ein „Erwartungs-Wert-Modell“. Handlungen und Handlungsintentionen hängen nach diesem Modell von bestimmten Erwartungen ab. Diese unterteilt Krampen in:

- (1) Situations-Ereignis-Erwartungen (bestimmtes Ereignis tritt auf oder wird verhindert, ohne dass die Person selbst aktiv handelt)
- (2) Kompetenzerwartungen (es besteht zumindest Handlungsmöglichkeit)
- (3) Kontingenzerwartungen (Erwartung, dass eine bestimmte Handlung Ergebnisse nach sich zieht oder nicht)
- (4) Instrumentalitätserwartung (bestimmten Ereignissen folgen bestimmte Konsequenzen)
- (5) Subjektive Bewertungen (Valenzen) der Handlungsergebnisse und Ereignisse
- (6) Subjektive Bewertungen (Valenzen) der Ergebnisse

Bei allen genannten Punkten handelt es sich um subjektive Erwartungen bzw. Bewertungen des Individuums. Weiterhin besagt dieses Modell, dass auf allen Konstruktebenen Generalisierungen stattfinden. Dies heißt für die Ebenen im Einzelnen:

Zu (1): Wichtig ist hier das *Vertrauen*. Die Person vertraut oder misstraut der Situationsdynamik. Es wird darauf vertraut, dass auch ohne eigenes Aktiv-Werden, positiv bewertete Ereignisse eintreten bzw. negativ bewertete Ereignisse verhindert werden.

Zu (2): Hier kommt das *Selbstkonzept eigener Fähigkeiten* zum Tragen. Die Person nimmt sich in unterschiedlichen Situationen als kompetent und handlungsfähig wahr.

Zu (3): Wichtiger Bestandteil sind die *Kontrollüberzeugungen*. Sie umfassen die subjektive Erwartung über die Kontrollierbarkeit von Ereignissen durch die zur Verfügung stehende Handlung.

Zu (4): *Das Konzeptualisierungsniveau*. Gemeint ist das kognitive Verstehen und Durchdringen der Handlungs- und Lebenssituationen einschließlich ihrer Dynamik.

Zu (5): Generalisierungen beziehen sich hier auf *allgemeine Wertorientierungen* und *Lebensziele* eines Individuums.

4.4.1. Kontrollüberzeugungen bei der Anorexia nervosa

Mit dem Ziel, die Ätiologie der Anorexia nervosa genauer zu erklären, entwickelten Blank & Latzer (2004) das so genannte „*Boundary-Control Model*“. Bei diesem integrativen Modell geht man von vier psychischen Grundbedürfnissen aus:

- (1) Belonging,
- (2) Mastery,
- (3) Pleasure und
- (4) Meaningfulness.

Inwiefern diesen vier Aspekten Rechnung getragen wird, hängt wiederum von vier verschiedenen Organen (Self, Parents, School and Society) ab. Es wird weiterhin zwischen einem (a) normalen/idealen Zustand und (b) einem abnormalen Zustand differenziert.

Zu (a):

Der normale Zustand und das Selbst: Hier ist das Selbst gut integriert und hat adäquate innere Grenzen. Es wird ein Zusammengehörigkeitsgefühl empfunden und es besteht eine harmonische Beziehung zur Umwelt.

Der normale Zustand und die Familie: Die Familie zeichnet sich durch Wärme aus, ist intakt und funktioniert für alle Beteiligten zufrieden stellend. Die Eltern sind stark, besitzen Autorität und könne klare Grenzen setzen. Sie akzeptieren die kindlichen Grenzen und bieten Unterstützung.

Der normale Zustand und die Schule: Die gut funktionierende Schule besitzt Erfahrung, zieht klare Grenzen und legt eine starke Betonung auf die Vermittlung sozialer Fähigkeiten.

Der normale Zustand und die Gesellschaft: Die Gesellschaft bietet persönliche Sicherheit, Zusammenhalt und liefert ein unterstützendes soziales Netzwerk.

Zu (b):

Der abnormale Zustand und das Selbst: Dieser Zustand ist gekennzeichnet durch ein zerbrechliches Ego, schwache innere Grenzen, defizitäre soziale Fähigkeiten und hohe Level an Angst und Missgunst.

Der abnormale Zustand und die Familie: Kennzeichen ist ein chaotisches Familienleben, ein Gefühl der Entfremdung und eine mangelnde Autorität seitens der Eltern.

Der abnormale Zustand und die Schule: zu lockere Grenzen und Regeln, ein Mangel an individueller Aufmerksamkeit und Gewalt.

Der abnormale Zustand und die Gesellschaft: wird als soziales Chaos, einhergehend mit Desintegration und einem Mangel an persönlicher Sicherheit, beschrieben.

Zurückkommend auf die Frage, inwiefern dieses Modell einen Beitrag zur Pathogenese der Anorexie leisten möchte, sagen Blank & Latzer (2004), dass es beim längerfristigen (partiellen) Misslingen der Bedürfnisbefriedigung o. g. Punkte zu einer niedrigen Selbstachtung, einer erhöhten Angst, Unsicherheit und Konfusion kommt. Auch werde die betroffene Person, deren Grundbedürfnisse nicht ausreichend befriedigt werden, anfälliger für kritische Äußerungen. Das restriktive Essen verschafft ihr dabei ein Gefühl der Kontrolle (*Mastery*) – nicht nur über den eigenen Körper, sondern auch über ihr Umfeld. Somit fungiert dieses Verhalten auch als aufrechterhaltender Aspekt. Die Kontrolle über das Essen bietet sowohl Selbstkontrolle als auch einen gewissen selbstwerterhaltenden Aspekt. Weiterhin wird angenommen, dass Anorektikerinnen sich durch ihre Schlankheit einen gewissen elitären Rang in der Gesellschaft erhoffen (z. B. zur Gruppe der Modells gehören wollen – *Belonging*). Die Autoren konkludieren, dass durch obig genannte Aspekte wie „*Mastery*“ und „*Belonging*“, sich auch ein „*meaningful life*“ einstellt. Wenn die Grundbedürfnisse nicht ausreichend erfüllt werden, kommt es bei der betroffenen Person zu einem niedrigen Selbstwertgefühl und Angst stellt sich ein. Die Anorexie selber wird als Schutz- und Verteidigungsmechanismus verstanden.

Kritisch sollte hier jedoch die wiederkehrende Betonung von autoritären Regelsystemen und Grenzsetzungen seitens der Eltern und gesellschaftlicher Systeme gesehen werden. Verschiedene Theorien zur Entstehung der Anorexie, z. B. familientherapeutische- oder psychoanalytische Ansätze verweisen jedoch darauf, dass es gerade aufgrund einer starken Autorität, einhergehend mit kontrollierendem Verhalten seitens der Eltern, zu einer mangelnden Autonomie- und Identitätsentwicklung beim Kind kommen kann (vgl. Kapitel 2). Weiterhin wäre zu fragen, inwiefern die zugrundeliegenden Annahmen über Autorität und strenge Reglements eine eher externale Fokussierung forcieren können.

Dass aber die „Kontrolle“ bei der Anorexie eine Rolle spielt, konnte z. B. von Serpell u. a. (1999) gezeigt werden (vgl. auch Muuss 1985). In dieser qualitativen Untersuchung wurden die Magersüchtigen aufgerufen, jeweils zwei Briefe zu verfassen. In dem einen sollten sie die Störung als „Freund“, in dem anderen als „Feind“ betrachten. Im Ersteren konnten Aussagen wie „I really need you to provide direction in everything I do“⁸⁴ gefunden werden.

Durch die starr auferlegten Regeln bekommen die Magersüchtigen also ein Gefühl der Kontrolle. Diese für den Betroffenen „positiven“ Aspekte der Störung sind insofern von Bedeutung, dass sie u. a. die Aufrechterhaltung derer und den z. T. schwierigen Therapieverlauf im Sinne des sekundären Krankheitsgewinnes erklären können.

Eine wahrgenommene externe Kontrolle wird neben einer niedrigen Selbstachtung und Selbstbehauptung sowie einer Feindseligkeit gegenüber sich selbst bereits von Bruch (2004) als auch von Selvini-Palazzoli (1982) als wichtiges Merkmal einer Essstörungen gesehen.

Harding & Lachenmeyer (1986) sehen Bruchs Aussage, dass die Überforderung, welche von anorektischen Familien ausgeht, zu einem Gefühl persönlicher Ineffektivität führe, in ihrer Untersuchung bestätigt. Sie unter-

⁸⁴ Serpell u. a. (1990), S. 180.

suchten neben familiären Mustern auch den *Locus of Control*. Verglichen wurden 30 Anorektikerinnen und 30 Kontrollpersonen. Ergebnis war, dass die Magersüchtigen im Vergleich zur KG einen signifikant stärker ausgeprägten *LOC* aufwiesen.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten auch Williams u. a. (1990). Neben nach innen gerichteter Feindseligkeit, wenig Selbstbehauptung und wenig familiärer Unterstützung in puncto Autonomie, fand sich bei den befragten Essgestörten auch ein signifikant externes Kontrollgefühl. Dabei war eine wahrgenommene niedrige persönliche Kontrolle mit Sorgen über Essen und Diätkontrolle verbunden. Ein herabgesetztes persönliches Kontrollgefühl trat in den Bereichen „sozialer Kontext“ und „Kontrolle über Verhalten und Emotionen“ hervor. Trotz der Wahrnehmung, wenig persönliche Kontrolle zu haben und external zu fokussieren, schienen die Probanden, so die Autoren, nicht das notwendige Repertoire zu haben, diesem Phänomen entgegen zu wirken. Unter anderem werden die Fügsamkeit und das Ineffektivitätsgefühl dieses Personenkreises dafür verantwortlich gemacht.

Dass ein Gefühl der Ineffektivität eine Rolle spielt, konnte auch von McLaughlin u. a. (1985) nachgewiesen werden. In ihrer Untersuchung zeigten die Anorektikerinnen wenig Autonomie und eine rigide Überkontrolle. Die befragten Magersüchtigen fokussierten eher externe Erwartungen und misstrauten ihren eigenen Erfahrungen. Weiterhin wird vermutet, dass die AN-BP, verglichen mit den AN-R, eine stärkere Beeinträchtigung in ihrer Kontrolle aufweisen. Der starke Wunsch nach einem schlanken Körper wird als Versuch verstanden, Herrschaft und Kontrolle über den eigenen Körper zu erlangen.

Groth-Marnat & Schumaker (1988) gehen davon aus, dass das familiäre Umfeld des Kindes einen großen Einfluss auf die Entwicklung eines externen *Locus of Control* (*LOC*) hat. Spätere Anorektikerinnen lernten schon früh ein perfektionistisches Denken, fühlten sich von außen gesteuert und

bevormundet. Zudem werde ihnen beigebracht, angepasst zu agieren und eigene Bedürfnisse zu unterdrücken.

Die Autoren sehen die Anorexia nervosa als einen Versuch, die mangelnde persönliche Kontrolle in vielen Lebensbereichen durch eine exzessive Kontrolle über den eigenen Körper zu kompensieren.

Auch Jones & Edelman (1989) konkludieren, dass Selbstkontroll-Defizite bei essgestörten Personen vorhanden sind. Sie seien in ihrem Verhalten und in ihren Glaubenssätzen eher von äußeren Faktoren gesteuert.

Lefevre & West (1981) betonen die Bedeutsamkeit von Selbstbehauptung. In ihrer Untersuchung fanden sie eine Verbindung zwischen einerseits niedriger Selbstbehauptungstendenz und andererseits niedriger Selbstachtung, Angst vor Missbilligung, generell erhöhten Angstwerten, Depression und einem externen *Locus of Control*. Diejenigen Personen, die sich in sozialen Situationen nur mangelhaft behaupten konnten, hatten eine Tendenz, Situationen, in denen es zu einer negativen Bewertung kommen konnte, zu vermeiden. Sie zeichneten sich durch eine hohe soziale Ängstlichkeit aus.

In einer Untersuchung von Groth-Marnat & Schumaker (1987) ließ sich eine Verbindung zwischen einem externen *Locus of Control* und Binge Eating feststellen.⁸⁵ Ein externer *LOC* sagte eine erhöhte Binge-Frequenz voraus, welches die Autoren zu der Aussage veranlasst, dass Personen mit einer stärkeren internen Orientierung, eine gesündere Patientengruppe darstellen.

Wiemann (2003) fand in ihrer Untersuchung heraus, dass die befragten Bulimikerinnen im Vergleich zur Normalbevölkerung unterdurchschnittlich ausgeprägte internale Kontrollüberzeugungen aufwiesen. Zudem berichteten die Probanden ein geringes Kompetenzerleben im Umgang mit Problemen und unklaren Situationen. Ähnlich wie bei Groth-Marnat & Schuma-

⁸⁵ Vgl. Vitousek & Manke (1994).

ker (1987), konnte auch hier ein Zusammenhang zwischen Kontrollüberzeugungen und Heißhungeranfällen gefunden werden. Diejenigen Patientinnen, die stark ausgeprägte internale Überzeugungen hatten, berichteten seltener Binges und waren stärker davon überzeugt, Einfluss auf ihre Gesundheit nehmen zu können.

Waller (1998) fand eine positive Korrelation zwischen dem Body-Mass-Index, den *Eating Attitudes Test - Scores* und der wahrgenommenen Kontrolle. Diejenigen Personen, die einen niedrigen BMI-Wert und hohe *EAT-Scores* hatten, sprachen davon, wenig Kontrolle über ihr eigenes Leben zu haben.⁸⁶ Eine schwere Esspathologie war demnach mit einem externen *Locus of Control* verbunden.

Unnewehr & Basler (1989) untersuchten Kontrollüberzeugungen- und ambitionen bei anorektischen bzw. bulimischen Personen. Der Vergleich der beiden Gruppen ergab, dass Anorektikerinnen im höheren Maße über internale Kontrollüberzeugungen- und ambitionen verfügen als die Bulimikerinnen, die ihrerseits z. T. stark überdurchschnittlich externale Überzeugungen aufwiesen. Die Autoren schlussfolgern daraus, dass Anorektikerinnen eher die Erwartung haben, Prozesse in ihrem Leben aktiv steuern zu können, während sich Bulimikerinnen häufig als hilflos und passiv dem Zufall ausgeliefert fühlen.

Die o. g. Ergebnisse decken sich mit denen von Williams u. a. (1987). Sie untersuchten Binger und Nicht-Binger und fanden heraus, dass die Binger einen signifikant stärkeren externen *Locus of Control* als der nicht-bingende *Counterpart* hatten. Sowohl Externalität als auch das Restraint-Konzept (vgl. Ruderman 1986) werden als wichtige Aspekte beim Binge Eating angesehen.

⁸⁶ Dies überrascht insofern, als dass man hätte annehmen können, dass Personen mit einem niedrigen BMI-Wert ihre Nahrungsaufnahme sehr stark kontrollieren, um somit ihr niedriges Gewicht zu erlangen bzw. dieses halten zu können.

Eine Studie von Hood u. a. (1982) ergab, dass external orientierte Anorektikerinnen eine größere emotionale Instabilität zeigen und häufiger zu Binge- und Purge-Verhalten neigen, welches ihre Therapieprognose verschlechtert. Eine Aufspaltung der Gesamtgruppe nach Alter (M Alter = 16,3 bzw. M Alter = 21,2) zeigte, dass eine externe Sichtweise mit voranschreitendem Alter zunimmt. Es wird spekuliert, dass in jungen Jahren noch keine Differenzierung zwischen eigener und mütterlicher Kontrolle möglich ist und diese erst mit zunehmendem Alter stattfindet.

Obig genannte Ergebnisse ließen sich auch bei Strober (1982) finden. Diejenigen Anorektikerinnen, die eine eher externale Orientierung aufwiesen, zeigten eine stärkere Krankheitsverleugnung, Angst vor Gewichtsveränderung, Dyskontrolle der Impulsivität, den Gebrauch von Abführmitteln/Entwässerungstabletten und eine stärkere Körperschema-Störung. Im Verlauf der Therapie zeigte sich, dass die internal orientierten Anorektikerinnen eher an Gewicht zunahmen.

Auch Williams u. a. (1993) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, dass eine Verbindung zwischen einer Essstörung und einem externen *Locus of Control* besteht. Neben einem negativen Selbstwert konnte bei der Gruppe der Essgestörten auch ein signifikant erhöhter externer *Locus of Control* im Vergleich zur KG festgestellt werden. Allerdings ergaben sich keine signifikanten Differenzen innerhalb der essgestörten Gruppe.

4.4.2. Zusammenfassung

Die Übersicht zeigt, dass Anorektiker wenig eigene Kontrollmöglichkeiten sehen. Sie fühlen sich eher von außen „gesteuert“ und haben die Tendenz, ihren eigenen Gefühlen zu misstrauen. Im Vergleich, scheinen Bulimiker jedoch noch stärker davon betroffen zu sein. Zudem ergeben sich Hinweise darauf, dass es einen Zusammenhang zwischen einem *externen Locus of Control* und Essanfällen gibt.

Da wissenschaftlichen Studien zufolge, Stress und dysfunktionale Copingstrategien an der Entstehung von Essstörungen und Binge Eating beteiligt sind, wird im Folgenden die Beziehung und Konsequenz dessen diskutiert.

4.5. Anorexia nervosa und Stress bzw. Coping

4.5.1. Stresstheorie nach Lazarus

Das transaktionale Erklärungsmodell von Lazarus betrachtet Stresssituationen als komplexe Wechselwirkungsprozesse zwischen den Anforderungen der Situation und der handelnden Person. Lazarus unterscheidet nach der Frage, inwiefern das Individuum glaubt, die Situation kontrollieren zu können und ob die Gefahr höher eingeschätzt wird als die eigenen Kräfte. Außerdem werden Persönlichkeitsfaktoren als wichtige vermittelnde Größen berücksichtigt. Ein Individuum, welches ein positives, stabiles Selbstbild und hohe Kontrollüberzeugungen besitzt, wird aktiv auf jene Umstände einwirken, die den Stress verursachen und zudem versuchen, entsprechende Lösungsversuche einzuleiten. Insofern kann also die Wirkung von Stressoren nicht verallgemeinert werden, da bei verschiedenen Individuen eine unterschiedliche Anfälligkeit vorliegt. Der Stressgehalt eines Ereignisses ist demnach nicht das objektive Merkmal dieser Situation, sondern die Empfindungen, Gedanken und Überlegungen der betroffenen Person.

Selyes (1981) nahm an, dass ein bestimmter Reiz dann stressend ist, wenn er eine bestimmte Intensität übersteigt. Dies jedoch bestreitet Lazarus, indem er davon ausgeht, dass erst die subjektive Bewertung des Reizes ihn als „stressig“ bzw. „nicht stressig“ klassifiziert.

In o. g. Hinsicht geht Lazarus von 3 Phasen aus:

Primal appraisal

Phase der Primärbewertung. Hier wird der Umweltreiz wahrgenommen und bezüglich seiner Gefährlichkeit beurteilt.

Mögliche Zuordnungen:

Ereignis ist (a) irrelevant, (b) günstig/positiv oder (c) stressend

Secondary appraisal

Ein wichtiger Unterschied zwischen primärer und sekundärer Bewertung besteht darin, dass sich bei Letzterem die Bewertung auf die Bewältigungsfähigkeiten und –möglichkeiten bezieht.

Ferner bestimmt die sekundäre Bewertung nicht nur o. g. Bewältigungsfähigkeiten, indem sie die Bedrohung verstärkt oder mildert, sondern auch die Bewältigungsmaßnahmen selber. Diese Bewältigungsstrategien werden „Coping“ genannt.

Lazarus unterscheidet zwischen:

Informationssuche: damit die Transaktion abgeändert werden kann und sich das Wohlbefinden bessert.

direkte Aktion: z. B. die eigene Person oder aber die Umwelt ändern.

Aktionshemmung: dient dazu, im Einklang mit situativen oder intrapsychischen Gegebenheiten zu bleiben.

Intrapsychische Bewältigungsformen: alle kognitiven Prozesse, die die Emotionen der Person steuern sollen, um Wohlbefinden zu erzeugen.

Zusammenfassend heißt dies, dass eine potentielle Schädigung dann keine Schädigung mehr ist, wenn die Person gut mit der bedrohlichen Situation fertig wird, da sie gute Bewältigungsstrategien besitzt.

Neubewertung

Stresseemotionen ändern sich qualitativ in Abhängigkeit von den sich ändernden Transaktionen mit der Umwelt. Dies macht einen kognitiven Prozess erforderlich, der neu eingehenden Informationen bewertet. Dieser nennt sich „reappraisal“. Die ursprüngliche Situation

wird also aufgrund von veränderten Bedingungen noch einmal neu bewertet.

Hinsichtlich des Copings unterscheidet Lazarus (1993) nach

- (a) Confronting Coping (Beispielitem: „Stood my ground and fought for what I wanted“)
- (b) Distancing („Tried to forget the whole thing“)
- (c) Self-Controlling (“I tried to keep my feelings to myself“)
- (d) Seeking Social Support (“Talked to someone to find out more about the situation“)
- (e) Accepting Responsibility (“Criticized or lectured myself“)
- (f) Escape-Avoidance (“Hoped a miracle would happen“)
- (g) Planful Problem Solving (“I made a plan of action and followed it“)
- (h) Positive Reappraisal (“Found new faith“)

Weiterhin werden unterstützende Freunde und Familie, finanzielle Unterstützung, Ich-Stärke, Intelligenz und persönliche Fähigkeiten als mildern- de Aspekte bei Stress genannt, die Personen helfen, eine Krise zu bewälti- gen. Außerdem wird die Verbindung zwischen Coping, Emotionen und Mo- tivation hervorgehoben. Lazarus (1993) spricht sich somit gegen eine rein kognitive Betrachtungsweise (decision-making) aus. Erkrankungen, in die- sem Fall Essstörungen, werden als Prozess aufgefasst. Die davon ausge- hende Bedrohung variiert je nach Phase der Erkrankung – je nachdem welche Anpassung und Erfordernisse in der jeweiligen Krankheitsphase abverlangt werden.

4.5.1. Stress und Coping in Bezug auf Essstörungen

Es ergeben sich zahlreiche Hinweise darauf, dass Stress und/oder Coping-Strategien⁸⁷ die Nahrungsaufnahme essgestörter Personen beeinflussen.

Insbesondere ein *emotion-focused Coping* wird von Bekker & Boselie (2002) als wichtige Einflussgröße benannt. Sie untersuchten 36 essgestörte Patienten und eine 53 Personen umfassende KG. Im Vergleich zur KG berichteten die Essgestörten sowohl höheren femininen- als auch maskulinen *Genderrole-Stress*.⁸⁸ Insgesamt berichteten die Essgestörten höhere Stresslevel im alltäglichen Leben⁸⁹ und bewerteten diese auch als intensiver. Verglichen mit der KG berichteten die essgestörten Probanden häufiger ein *emotion-* und *avoidance-focused Coping*. Die Autoren konkludieren, dass weniger geschlechtsspezifische Stressoren eine Rolle spielen als vielmehr der Umgang (Copingstil) mit allgemeinem Stress, der bei den essgestörten Probanden dysfunktional ist. Weiterhin fanden sie in einer zweiten Untersuchung (2004) heraus, dass ein negativer Affekt *emotional eating* hervorbringt.⁹⁰ Probanden waren hier allerdings Studenten.

Auch Ghaderi & Scott (2000) konnten in ihrer Untersuchung an 1157 Befragten zeigen, dass ein *emotion-focused Coping* häufiger bei essgestörten Probanden zu finden war. Neben hohen Leveln an *escape avoidance* zeigten diese ebenfalls niedrige Level an *seeking social support* und *purposeful problem solving*.⁹¹

Ebenfalls fanden auch Mayhew & Edelman (1989) einen Zusammenhang zwischen gestörtem Essverhalten, einer niedrigen Selbstachtung, erhöh-

⁸⁷ Definition Coping: „(...) constantly changing cognitive and behavioral efforts to manage specific external and/or internal demands that are appraised as taxing or exceeding the resources of the person.“ Lazarus (1984), S. 113.

⁸⁸ Feminine: z. B. fear of unattractiveness, fear of victimization, etc. vs. masculine: z. B. subordination to women, performance failure, etc.

⁸⁹ Vgl. Horesh u. a. (1995).

⁹⁰ Beispielitem, welches abgefragt wurde: „If you feel annoyed, do you then like to eat something?“, S. 464.

⁹¹ Vgl. auch Ghaderi & Scott (2001). Sie fanden in ihrer Untersuchung heraus, dass *escape-avoidance Coping* und wenig erfahrene soziale Unterstützung Risikofaktoren für die Entstehung einer Essstörung sind.

tem irrationalen Denken und einem verstärktem Gebrauch von *Avoidance-Coping*.

Cattanach und Rodin (1988) geben in ihrem Artikel einen Überblick über die Beziehung zwischen Stress und Essstörungen und betrachten dabei insbesondere die Bulimia nervosa. Stress ist ihrer Ansicht nach ein Auslöser für gestörtes Essen, wie es z. B. bei der Bulimie der Fall ist. Als potentielle Stressquellen werden z. B. chronische Stressoren wie: wenige Beziehungen, wenig soziale Unterstützung⁹², Zweifel an Weiblichkeit und ebenso Stressoren wie Trennung von wichtiger Person, sexuelle Konflikte oder Veränderungen im Lebensstil genannt.

Durch Stress soll die kognitive Kontrolle abnehmen und Bingen wird dadurch wahrscheinlicher. Anschließendes Purgen soll dann die Funktion der Kontrollwiederherstellung übernehmen. Weiterhin sagen sie, dass sich viele Bulimikerinnen unfähig fühlen, dem Stress mit einem adäquaten Coping zu begegnen, so dass dem Purgen die Rolle der Spannungsreduktion zukommt. Durch den möglicherweise vorhandenen externen *Locus of Control* nutzen sie das Bingen und Purgen als primäre Coping-Strategie, um ihre Gefühle zu regulieren, da sie alle anderen Möglichkeiten als außerhalb ihrer Kontrolle wahrnehmen.⁹³ Dabei sehen Cattanach und Rodin (1988) mehrere Erklärungen für die ungenügende Coping-Fähigkeit: (a) Bulimikerinnen haben eine ungenügende Anzahl adäquater Coping-Fähigkeiten oder (b) sie haben zwar adäquate Strategien in ihrem Repertoire, können diese aber mangels persönlicher Ressourcen nicht effektiv nutzen, da sie zu einem eher passiven Coping-Stil neigen.

Der Frage nach dem Coping-Stil bulimischer Frauen ging auch eine Untersuchung von Neckowitz & Morrison (1991) nach. Befragt wurden sowohl Bulimikerinnen als auch regelmäßig Sporttreibende Frauen nach den folgenden *Coping-Styles*: (a) *confronting coping* (aggressive/riskante Anstrengungen, um die Situation zu verändern), (b) *distancing* (emotionale Ablösung oder Ablehnung), (c) *self-controlling* (Bemühung, seine Gefühle

⁹² Über die Wichtigkeit von *social support* siehe: Hobfoll & Vaux (1993).

⁹³ Vgl. Strober (1984).

und Aktionen zu kontrollieren, (d) *seeking social support* (konkrete oder emotionale Unterstützung), (e) *accepting responsibility* (die Situation anerkennen), (f) *escape-avoidance* (emotionale oder behaviorale Bemühungen, die Situation zu vermeiden/ihr zu entgehen), (g) *planful problem-solving* (problemlösende Bemühungen, Situation zu ändern), (h) *positive reappraisal* (Betonung der persönlichen Entwicklung und Bewusstsein).

Unterschieden wurde weiterhin, ob diese Situation intim (z. B. die Eltern oder den eigenen Freund betreffend) oder nicht intim (z. B. Arbeits- oder Schulkollegen) war.

Erstaunlich war, dass die Bulimikerinnen sowohl die intimen als auch die nicht-intimen stressigen Situationen nicht anders bewerteten als die Sporttreibenden, sich aber dennoch stärker von ihnen bedroht fühlten und viel häufiger mit *Escape-Avoidance-Coping* reagierten. Demnach fühlen sich die Bulimikerinnen von stressigen Situationen überwältigt und haben einen Mangel an persönlichen Cope-Ressourcen (vgl. Bedrohungsgefühl) und tendieren nicht dazu, aktive Coping-Mechanismen zu nutzen (vgl. *escape-avoidance*). Entgegen der Vermutung der Autoren, reagierten die Befragten in beiden Situationen (intim vs. nicht intim) wie oben geschildert.

Auch Troop u. a. (1994) fanden heraus, dass bulimische und anorektische Personen im Vergleich zu Nicht-Essgestörten zu mehr *Avoidance-Coping* neigen.

Konsistent sind die Ergebnisse ebenfalls mit denen von Yager u. a. (1995). In ihrer Untersuchung zeigte sich, dass Frauen, mit einer aktuellen Bulimia nervosa im Vergleich zu Frauen, die bereits genesen sind und einer Kontrollgruppe, weniger aktives Coping zeigten, weniger geplant vorgingen und weniger nach emotionaler Unterstützung suchten. Von Bulimia genesene Befragte, konnten eher ihre Gefühle benennen und diese auch ausdrücken. Außerdem zeigte sich, dass sich die bereits Genesenen nicht von der KG unterschieden. Zusammengefasst lässt sich demnach festhalten, dass Genesene und Frauen ohne Essstörung einen eher problemfo-

kussierten-Copingstil an den Tag legen und somit konstruktiver mit Stressoren umgehen, indem sie direkte Problemlösestrategien bevorzugen bzw. eher in die Lage sind, die negativen Effekte, verursacht durch Stressoren, abzumildern. Zudem zeigte sich, dass niedrigere Level an *Planning* und *Seeking emotional Support* größere bulimische Symptome und gedankliche Vertiefung in Nahrung vorhersagten.

Somit scheint der Coping-Stil ein Prädiktor für das Essverhalten zu sein.

In ihrem Literaturüberblick zum Thema „stressinduziertes Essen“ kommen Greeno und Wing (1994) zu dem Schluss, dass der beste Prädiktor stressinduzierten Essen das gezügelte Essen (*restraint eating*) ist. Dabei verweisen sie darauf, dass der Wahrnehmung von Stress eine besondere Bedeutung zukommt und z. B. die wahrgenommene Kontrollierbarkeit von Stress möglicherweise die Unterschiede zwischen gezügelten und ungezügelten Essern erklären kann.

Heatherton u. a. (1991) untersuchten die Effekte von physischer und Ego-Bedrohung auf das Essverhalten von gezügelten und ungezügelten Essern. Insgesamt wurden die Teilnehmer zufällig aufgeteilt nach:

1. Schock-Bedrohung → man teilte den Untersuchten mit, dass sie einen elektrischen Schlag bekämen.
2. Misserfolg-Bedrohung → das Feedback sah so aus, dass es für die Teilnehmer unmöglich war, alles richtig zu machen.
3. Vortrags-Bedrohung → man teilte ihnen mit, eine 2-minütige Rede vor Publikum halten zu müssen.

Es stellte sich heraus, dass der **Stresstyp** ein starker Determinant für das Essmuster bei gezügelten *und* ungezügelten Essern ist.

Ego-bedrohende Manipulationen, egal ob sie eingetreten waren oder lediglich antizipiert, erhöhten die Nahrungsaufnahme bei gezügelten Essern signifikant.

Nur Ego-Bedrohungen enthemmten das Essen der gezügelten Probanden.

Es wird spekuliert, dass evtl. eine negative Selbstachtung bei den gezügelten Essern zu o. g. Effekt führt. Diese negative Sicht bezüglich seiner Selbst könnte zu einer generalisierten Unfähigkeit führen, attraktiver, verbotener Nahrung zu widerstehen.

Alternativ wird auch die Möglichkeit gesehen, dass gerade die Ego-Bedrohungen und Misserfolge schmerzhaft für das Selbstbewusstsein sind und dies insbesondere für Individuen mit einer niedrigen Selbstachtung.

4.5.2. Exkurs: Escape-Theory

Die hier vorgestellte Theorie versucht zu klären, wie es zu Essanfällen kommen kann. Dies ist insofern für die Arbeit der Verfasserin von Interesse, da es bei dem Typ AN-BP, wie der Name schon sagt, zu Binges kommt.

Die Escape-Theorie geht zurück auf Heatherton und Baumeister (1991). Sie besagt, dass Bingen eine Flucht vor dem Selbstbewusstsein ist. Binger haben extrem hohe Standards (Ziele, wahrgenommene Erwartungen und Ideale), die sich in generellen Erwartungen wie Erfolg, Leistung etc. oder aber in Bezug auf den Körper (einen dünnen Körper haben wollen, um sich sozial akzeptiert zu fühlen) zeigen können. Der Binger ist sich jedoch bewusst, dass diese Erwartungen schwer zu erfüllen sind, denn je höher die Standards, umso größer die Gefahr, an ihnen zu scheitern.

Weil sich nun die Binger mit diesen hohen Idealen vergleichen bzw. diese internalisieren, zeigen sie hohe Level an Selbstbewusstsein. Eine Konsequenz ist dann allerdings ein vermehrtes Scheitern, was dann wiederum dazu führt, dass sich Binger mehr und mehr als inadäquat und defizitär erleben. Hier entsteht ein Teufelskreis: Die oben angeführten Ineffektivitätsgefühle bedingen eine negative Selbstachtung.

Das Bewusstmachen eigener Mängel zieht dann wiederum negative Affekte wie z. B. Angst oder Depression nach sich. Hier bildet sich zudem eine kognitive Verzerrung, indem irrationalen Glaubenssätzen gefolgt wird.

Sich seiner selbst bewusst zu sein, ist also bei Bingern oftmals mit Stress verknüpft. Davor versucht der Binger zu flüchten, indem er versucht, sei-

ne Aufmerksamkeit von seiner Selbstwahrnehmung abzulenken, indem er diese auf aktuelle und konkrete Stimuli seiner Umwelt fokussiert.⁹⁴ Im Falle des Bingers stellen sich solche konkreten, zeitlich begrenzten Stimuli in Form von Nahrungsmitteln dar.

Der Konsum von Nahrung ermöglicht diesem Personenkreis also, vor der z. T. schmerzhaften Auseinandersetzung mit seinem Selbst und den realen bzw. antizipierten Erwartungen zu fliehen.

Abschließend weisen die Autoren noch darauf hin, dass das Bingen für diese Menschen eine Möglichkeit ist, mit Stress umzugehen, da sie ihre Stimmung regulieren wollen. Nach Meinung der Autoren reduziert Bingen die Angst, ungeachtet der Tatsache, ob ein Purge-Verhalten folgt oder nicht. Auch kommt dem Bingen durch seine Ritualisierung und Routine die Aufgabe zu, das Verhalten und die Gedanken der Binger zu organisieren. Gerade die Wiederholung dient der Entspannung.

Diese Annahmen stehen im Widerspruch zu den Resultaten von Abraham und Beumont (1982). Die Befragung 32 bulimischer Personen ergab, dass Angst oder Anspannung bei vielen Patienten häufig nur durch anschließendes Erbrechen nachließen.

Zwar fühlten 34% der Teilnehmer während des Essanfalls eine Erleichterung des Angstgefühls und 66% verspürten nach dem Binge überhaupt keine Angst mehr, aber insgesamt berichteten 44% von negativen Gefühlen nach der Beendigung des Binge und insbesondere Patienten, die sich nicht erbrachen, fühlten sich ängstlich und berichteten vom Auftreten negativer Gefühle. So fühlten 17 von 20 Patienten, die nicht immer erbrachen, nur dann eine Spannungsreduktion, Angsterleichterung und eine Abnahme an negativen Gefühlen, wenn sie erbrochen hatten. 5 Patienten berichteten, dass bei ihnen eine Erleichterung nur mit Erbrechen assoziiert war, nicht aber mit dem Essanfall per se, was bedeutet, dass diese Personen nicht den Essanfall als Maßnahme für eine Spannungsreduktion einsetzen, sondern nur das anschließende Purge-Verhalten.

⁹⁴ Zum Aspekt „Selbstfokus“ siehe zudem Heatherton (1993).

Schotte (1992) geht davon aus, dass auch Stimmungsinduktionen, die nicht das Ego bedrohen – wie z. B. das Ansehen eines beängstigenden Filmes – eine Enthemmung bei gezügelten Essern hervorrufen kann. Weiterhin führt er aus, dass abgesehen von physischer Bedrohung ansonsten jegliche Stimmungsinduktions-Prozedur eine Enthemmung bei Gezügelten auslösen kann.⁹⁵ Kritisch sieht Schotte, dass Heatherton u. a. (1991) den Fokus nur auf Ego-Bedrohungen beschränken, was seiner Ansicht nach übereilt ist und die wahren Mechanismen, die die Nahrungsaufnahme bei Diätenden beeinflussen, verdeckt. Zusammengefasst kommt Schotte zu dem Schluss, dass Ego-Bedrohungen keine Grundvoraussetzung für enthemmtes Essen bei Gezügelten sind, sondern vielmehr jegliche emotionale Erregung, ausgenommen physischer Bedrohung, eine Enthemmung verursachen kann – und dies auch ungeachtet der Wertigkeit (z. B. positiver oder negativer Affekt) und der Stimmung (z. B. depressiv, glücklich).⁹⁶ Nach Meinung Schottes geht es weniger um die äußeren Umstände der Stimmungsinduktion, also z. B. physische Bedrohung versus Ego-Bedrohung, sondern vielmehr um die kognitive, affektive und physiologische Reaktion des Subjekts darauf.

In den folgend dargestellten Untersuchungen geht Schotte experimentell auf o. g. Annahmen ein.

Schotte, Cools und McNally (1990, 1992) untersuchten das Überessen bei gezügelten Essern.

Die erste Studie (1990) befasste sich damit, ob ein filminduzierter negativer Affekt Überessen bei gezügelten Essern auslösen kann. Dazu wurden 60 Frauen (gezügelt/ungezügelt) zufällig einer Bedingung zugeordnet (neutraler Film/Horrorfilm). Nun wurde den Teilnehmerinnen zu Beginn des Films gebuttertes, salziges Popcorn gereicht, welches vorher abgewogen war, damit sich feststellen ließ, welche Menge verzehrt wurde.

⁹⁵ Es wird z. B. auf Frost u. a. (1982) verwiesen, die herausfanden, dass stark-gezügelte Esser, welche in eine depressive Stimmung versetzt wurden, signifikant mehr aßen als (a) stark-gezügelte Esser in einer neutralen bzw. ermutigten Stimmung und (b) gering-gezügelte Esser in einer depressiven Stimmungslage.

⁹⁶ Vgl. Tuschen u. a. (1993). Auch sie fanden heraus, dass eine Stimmungsinduktion (egal ob positiv oder negativ) zu einem vermehrten Essen bei gezügelten Frauen führen kann.

Die Hypothese der Autoren, dass sich die Nahrungsaufnahme gezügelter Esser erhöht, wenn sie einem beängstigendem Film ausgesetzt sind, bestätigte sich. Sie sagen, dass ein negativer Affekt ein vermehrtes Essen bei Gezügelten auslösen kann. Weiterhin wird vermutet, dass zahlreiche Faktoren, wie z. B. negative emotionale Erregung, das restriktive Essverhalten der gezügelter Esser enthemmt.

Oben genannte „emotionale Erregung“ war Fokus der zweiten Untersuchung (1992). Auch hier wurde das Überessen bei gezügelter Essern getestet. Die Manipulation bestand in diesem Fall aus 3 verschiedenen Filmsegmenten: (a) Reisebericht (neutraler Effekt), (b) Comedyfilm (positiver Affekt) und (c) Horrorfilm (negativer Affekt).

Während des Films wurde auch in dieser Untersuchung wieder abgewogenes gebuttertes, salziges Popcorn gereicht.

Es konnte eine verstärkte Nahrungsaufnahme beim Zeigen eines Horrorfilms bei stark-gezügelten Essern nachgewiesen werden. Generell zeigte sich, dass positive wie negative emotionale Erregung gezügeltes Essen enthemmen kann. Die Autoren kommen zu dem Schluss, dass emotional induzierte Enthemmung auch ohne gleichzeitige Bedrohung der Selbstachtung auftreten kann.

Dieses Resultat steht somit im Widerspruch zu den o. g. Ergebnissen von Heatherton u. a. (1991).⁹⁷

Die oben angeführten kritischen Äußerungen Schottes bezüglich des Heatherton-Textes von 1991, veranlassten Heatherton u. a. (1992) wiederum zu einer Stellungnahme bezüglich des Stellenwertes einer Ego-Bedrohung. Heatherton u. a. stimmen Schotte insofern zu, dass auch sie meinen, dass physische Bedrohungen nicht das Essen Diätierender enthemmen. Weiterhin geben sie auch an, dass es noch weitere Auslöser für enthemmtes Essen gibt, kontern aber in Bezug auf den *Distress*. Ihrer Ansicht nach ist *Distress* nämlich deshalb ein Auslöser für enthemmtes Essen, weil er das Selbst-Bild des Diätenden bedroht. Und das Essen über-

⁹⁷ S. hierzu Cools (1992).

nimmt dann die Funktion der Flucht gemäß der *Escape-Theory* (Heather-ton & Baumeister 1991).

In dieser Hinsicht ist Schotte (1992) der Meinung, dass es z. B. beim Be-trachten von Horror-Filmen nicht auf den Fluchtaspekt vor dem Selbst an-kommt, sondern vielmehr „*distressende*“ Effekte der Grund für das Über-essen sind. Schotte (1992) sagt aber, dass auch lustige Filme ein Überes-sen provozieren können.

Das wiederum sehen Heatherton u. a. (1992) von einem ganz anderen Standpunkt. Ihrer Meinung nach ist sowohl bei positiven (lustiger Film) als auch negativen Effekten (Horror-Film) das Ego beteiligt. Der Zuschauer „flüchtet“ sich quasi in den Film und seine ganze Aufmerksamkeit wird von seinem Selbst weggelenkt, da er sich ganz auf das Gezeigte einlässt. Dass dieser Prozess auch egoinvolvierend ist, veranschaulichen Heatherton u. a. an Schottes eigenem Datenmaterial von 1990. Dort fanden Schotte u. a. heraus, dass Horror-Filme wegen ihres „*distressenden*“ Effekts das Essen beeinflussen, aber nicht aufgrund eines Aufmerksamkeitsprozes-ses.

Hier sind jedoch Heatherton und Kollegen (1992) der Ansicht, dass der von Schotte (1990) genannte *Distress* in der Tat egoinvolvierend ist, da Schottes Daten zeigten, dass nach dem Ansehen des Horror-Filmes sowohl die Angst- als auch die Depressionswerte stiegen. Insbesondere sehen Heatherton u. a. nun diese Depressionswerte als Beweis dafür, dass der Prozess egoinvolvierend ist, da sie diese Werte als Index für eine Ego-Bedrohung betrachten.

Im Falle des positiven Effektes, also des lustigen Filmes, gehen Heather-ton u. a. (1992) davon aus, dass auch hier ein Fluchtverhalten vorliegt, indem man den Fokus von seinem Selbst weglenkt und dass es nicht die positiven Emotionen sind, die der Film produziert.

Zusammengefasst sagen Heatherton und Kollegen (1992), dass *Distress* egoinvolvierend sein muss, um enthemmtes Essen auszulösen, dass aber *Distress* nicht als einziger Auslöser für Binges gelten kann, da diese multi-faktoriell bedingt sind.

Bei einer weiteren Untersuchung von Heatherton, Polivy, Herman und Baumeister (1993) konnten sie bestätigen, dass eine Reduktion an Selbstwahrnehmung notwendig ist, um eine Enthemmung bei diätenden Personen auszulösen. Wiederum wurde deutlich, dass die Versuchspersonen nur in solchen Situationen ein enthemmtes Essen zeigten, die ein niedriges Selbstbewusstsein erlaubten oder förderten. Wurde jedoch die Selbstwahrnehmung manipulativ hochgehalten, indem die Vp bei ihrer Misserfolgsaufgabe gefilmt wurden und sie dieses im Nachhinein schauen musste, so ließ sich weiterhin ein gezügeltes Essen beobachten. Heatherton u. a. (1993) konkludieren auch in dieser Studie, dass der *Distress* egoinvolvierend sein muss, damit er bei Diätenden ein Überessen hervorruft.

In einer nachfolgenden Untersuchung von Heatherton u. a. (1998) wurde wiederum die Verbindung zwischen emotionalem *Distress* und ungezügelm Essen untersucht, wobei der Betrachtung des Selbst eine besondere Fokussierung zukam. Insgesamt bestand die Untersuchung aus 3 verschiedenen Studien.

In Studie 1 wurden die Versuchspersonen in Diätende bzw. nicht-Diätende eingeteilt und dann zufällig den folgenden Bedingungen zugeordnet: (a) Kontrollbedingung (neutral), (b) Misserfolgsbedingung (das Selbst bedrohend) und (c) musikalische Stimmungsinduktion. Anschließend sollten die Untersuchten an einem angeblichen Eiscreme-Geschmackstest teilnehmen, wobei das Eis vorher abgewogen war, um die konsumierte Menge nachvollziehen zu können. Die Ergebnisse der Studie 1 zeigen, dass die Misserfolgsbedingung das nachfolgende Essen enthemmte. Es zeigte sich jedoch auch, dass die Personen, die der traurigen Musik ausgesetzt waren, viel mehr Eiscreme aßen als Versuchspersonen der neutralen Bedingung. Für Heatherton u. a. könnte der Grund darin liegen, dass die traurige Musik die Vp in eine dysphorische Stimmung versetzt, wobei sie stärker über ihr Körpergewicht und ihre Attraktivität nachdenken. Dies setzt einen Prozess in Gang, der die Personen anfälliger für negative Kognitionen macht und dieses wieder zu einer erhöhten Körperunzufriedenheit führt. An dieser Stelle machen aber Heatherton u. a. selbstkritisch darauf aufmerksam,

dass es möglich sein kann, dass dieser Effekt nicht primär an der traurigen Musik gelegen haben muss, sondern evtl. irgendeine doppeldeutige negative Stimmung erhöhte Gefühle von Unattraktivität und Körperunzufriedenheit produziert.

Studie 2 beschäftigte sich mit dem o. g. Musikeffekt. Wiederum wurde eine Versuchsgruppe nach diätend bzw. nicht-diätend eingeteilt. Eine Gruppe hörte weiterhin die traurige Musik, während die Anderen neutraler Musik ausgesetzt waren. Im Unterschied zur ersten Studie wurde einer Hälfte der experimentellen Gruppe mitgeteilt, dass die folgende Musik sie eventuell geringfügig traurig machen könne. Die restliche Untersuchung war wie Studie 1 angelegt. Es konnte gezeigt werden, dass bei den Versuchspersonen, denen nicht mitgeteilt wurde, dass die Musik sie traurig machen könne, das nachfolgende Essen enthemmt war. Die Teilnehmer hingegen, denen es mitgeteilt wurde, zeigten keinen Unterschied zu den Vp in der neutralen Bedingung. Dies veranlasst die Untersucher zu dem Schluss, dass es dann zu einem enthemmten Essen bei Diätenden kommt, wenn die Dysphorie einen doppeldeutigen Ursprung hat und nicht genau benannt werden kann. Dies, so die Untersucher, führe dazu, dass die unbekannte dysphorische Stimmung von der Person selber in negative Gefühle bezogen auf das Selbst umgewandelt wird. Man fokussiert die eigenen negativen Aspekte und wird sich ihrer schmerzlich bewusst, was ein enthemmtes Essen zur Folge hat.

In Studie 3 nahmen die Versuchspersonen (nur chronisch Diätende) an der Studie teil, ohne den wahren Hintergrund der Untersuchung zu kennen. Dabei gab es vier verschiedene Bedingungen: (a) neutrale Stimmung – selbstrelevant, (b) neutrale Stimmung – nicht selbstrelevant, (c) traurige Stimmung – selbstrelevant und (d) traurige Stimmung – nicht selbstrelevant. Die Vp wurden diesen Bedingungen zufällig zugeordnet. Die Stimmungsmanipulation bestand darin, dass sie sich selbst in einer extremen Situation vorstellen sollen. Diese Situation war ein Autounfall ausgelöst durch die Tatsache, dass eine rote Ampel überfahren wurde.

In Situation (c) sollten sich die Vp vorstellen, sie selbst wären der Hauptakteur, während in (d) es eine Person namens Joe sein sollte. Die restli-

chen Vp lasen eine neutrale Geschichte. Anschließend erfolgte die gleiche Prozedur wie in Studie 1 und 2.

Es zeigte sich, dass erhöhtes Essen nur dann auftrat, wenn die traurige Geschichte selbstrelevant war. Im Umkehrschluss bedeutet dies für die Untersucher, dass emotionaler *Distress*, welcher nicht relevant für das Selbst ist, das Essen Diätierender nicht enthemmt.

Zusammengefasst geben diese 3 Studien Hinweise darauf, dass ein selbstrelevanter, negativer Effekt als ein bedeutsamer Grund für das Zusammenbrechen selbst auferlegter Diätregeln erscheint.

Auch Tuschen u. a. (1995) gingen der Frage nach, inwiefern psychische Belastungen das Essbedürfnis steigern. Dabei wurden bulimische Frauen und eine Kontrollgruppe mit zwei verschiedenen Stressoren konfrontiert. Einerseits waren sie einem so genannten interpersonellen Stressor (mangelnde Anerkennung, Zurückweisung, Einsamkeit, etc.) und andererseits einem Leistungsstressor (Konzentrationsaufgabe) ausgesetzt. Ergebnis war, dass die Bulimikerinnen zu fast allen Messzeitpunkten signifikant negativere Gefühle berichteten als die Kontrollgruppe. Zudem zeigten sie ein höheres Maß an Anspannung im Vergleich zur KG. Außerdem ließ sich ein Zusammenhang zwischen der Hungerwahrnehmung und dem interpersonellen Stressor bei den Bulimikerinnen erkennen und zwar insofern, dass der Hunger und das Essbedürfnis während des interpersonellen Stressors deutlich zunahmen. Auch im Anschluss an den Leistungsstressor berichteten Bulimikerinnen ein vermehrtes Hungergefühl, was von den Untersuchern insofern interpretiert wird, dass die Aufmerksamkeit während des Leistungsstressors voll und ganz auf das Lösen der Aufgabe gerichtet war und erst nach Beendigung dieser Anforderung wieder Körpersignale wahrgenommen wurden.

Die Tatsache, dass die Bulimikerinnen mit Traurigkeit und einem verstärkten Hungergefühl auf den interpersonellen Stressor reagierten, legt die Vermutung nahe, dass die Betroffenen durch Ablenkung auf Nahrung versuchen, den negativen Gefühlen, die mit interpersonellen Stressoren verbunden sind, zu entfliehen (vgl. Heatherton & Baumeister 1991).

Ebenfalls wurden Bulimiker von Orleans & Barnett (1984) untersucht. Man ging der Frage nach, welche Auslösebedingungen es für Binges geben kann. Neben negativer Stimmung, dichotomen Gedanken und starker gedanklicher Beschäftigung mit Essen, berichteten die untersuchten Bulimiker außerdem signifikant größeren Stress vor einem Binge. Dies führt die Autoren zu dem Schluss, dass neben einem restriktiven Ess-Stil ein hohes Stresslevel zu einer starken gedanklichen Beschäftigung mit Nahrung führt und die Selbstkontrolle abnimmt, welches wiederum einen Binge begünstigt. Um welche Art des Stress es sich aber dabei handelte, wird nicht erwähnt.

Zu ähnlichen Ergebnissen gelangen auch Baucom & Eicken (1981).

Ihre Untersuchung ging der Frage nach der Beziehung zwischen Adipositas, depressiver Stimmung, aktuellen Diätgewohnheiten und Essverhalten nach. Es zeigte sich, dass alle Nicht-Diätenden in einem negativ-affektiven Zustand ihre Nahrungsaufnahme ungeachtet ihres Gewichtes einschränkten, während das Gegenteil bei Diätenden der Fall war. Die Autoren erklären sich dieses Phänomen bei Diätenden mit der abnehmenden Selbstkontrolle in emotional erregenden Situationen (z. B. Angst, Stress). So schlussfolgern die Untersucher, dass das Essverhalten auf stark emotionaler Grundlage durch die aktuellen Diätgewohnheiten determiniert ist, nicht aber durch das Gewicht.

Zu anderen Ergebnissen gelangten jedoch Laberg u. a. (1991). Sie untersuchten sowohl gezügelte Esser (ohne Binge und Purge) als auch bulimische Personen. Mittels einer Stimmungsinduktion wurden sie in eine negative Stimmung versetzt. Vor und nach dieser Induktion sollten sie sich verschiedene Diä anschauen. Heraus kam, dass die Bulimiker in der negativen Stimmung vermehrt auf „verbotene Nahrungsstimuli“ reagierten, mehr *Craving* zeigten und eine erhöhte Herzrate aufwiesen. Hingegen ließ sich bei den Gezügelten kein signifikanter Unterschied durch die Manipulation feststellen. Daraus konkludieren die Autoren, dass stressige Situationen die Binge-Wahrscheinlichkeit bei Bulimikern erhöhen, da sie das Essen

stärker fokussieren, wenn sie *distressed* sind. Das Verhalten der gezügelten Esser steht somit im Widerspruch zu den Ergebnissen von Baucom & Eicken (1981), die hier kein erhöhtes Verlangen nach Nahrung feststellten.

Allerdings sollte festgehalten werden, dass die gezügelte Gruppe aus 11 Personen und die bulimische Gruppe aus 12 Personen bestand. Ein solch kleines *n* sollte also kritisch bei der Generalisierbarkeit der Ergebnisse betrachtet werden.

4.5.3. Stress und Coping bei den Subgruppen der Anorexie

Dass bulimische Anorektikerinnen (AN-BP) mehr unter stressigen Lebensereignissen leiden als rein Restriktive, besagt eine Untersuchung von Strober (1984). Die Versuchspersonen wurden nach stressigen Ereignissen befragt, die ihrer Krankheit vorausgingen, wie z. B. Entfremdung von Freunden, Streit mit den Eltern, eine persönliche Enttäuschung in der Schule etc.

Befragt bezüglich eines 18-Monats-Zeitraums berichteten 68% der AN-BP im Vergleich zu 24% der AN-R, 2 oder mehr der genannten Ereignisse erlebt zu haben. Das Erleben von 3 oder mehr stressigen Ereignissen berichteten nur noch 12% der AN-R im Vergleich zu weiterhin 68% der AN-BP. Daraus leiten die Autoren ab, dass das wiederholte Ausgesetzt-Sein von unkontrollierten negativen Begebenheiten zu einer negativen Erwartungshaltung führt und dass so das persönliche Verantwortungsgefühl gemindert wird. Somit seien Anorektikerinnen mit einem externen *Locus of Control*, also mit dem Gefühl, gelenkt zu werden und nicht aktiv Prozesse steuern oder beeinflussen zu können, anfälliger für Binges.⁹⁸ Weiterhin gehen sie davon aus, dass genannte Binges den Zweck erfüllen, von der dysphorischen Stimmung, ausgelöst durch Ineffektivitätsgefühle

⁹⁸ Nach Strober (1982) sind Anorektikerinnen mit einem externen *Locus of Control* gekennzeichnet durch: größere Krankheitsverleugnung, Angst vor Gewichtsveränderung, Rigidität selbst auferlegter Kontrolle, Gebrauch von Abführmitteln/Diuretika und Körperbildstörung.

und geringem Selbstbewusstsein, abzulenken, indem die Aufmerksamkeit auf Nahrungsmittel gelenkt wird.⁹⁹

Insofern unterstreichen diese Annahmen die Ideen der *Escape-Theory* (Heatherton & Baumeister 1991, vergleiche ebenfalls Heatherton u. a. 1998, 1993, 1992, 1991). Weiterhin machen sie darauf aufmerksam, dass sich die Betroffenen nach Beendigung des Binge-Purge-Zyklus von ihrer wahrgenommenen Spannung beachtlich erleichtert fühlen.

Allerdings wird bei obig genannter Aussage nicht ganz deutlich, ob nach Binge bzw. Purge differenziert wurde, so dass die Frage offen bleibt, ob es ein einzelner Aspekt allein ist, der die Spannungsreduktion verursacht oder erst das Zusammenspiel von Binge **und** Purge die Verminderung hervorruft. (Vgl. Heatherton & Baumeister 1991; Abraham & Beumont 1982.) Das oben genannte Ergebnis, dass AN-BP mehr stressige Ereignisse berichten als AN-R wird auch von Garner & Garfinkel (1982) unterstrichen.

Eine weitere Untersuchung zur Unterscheidung zwischen AN-R und AN-BP gibt es von Strober (1981). Er fand heraus, dass AN-BP während ihrer Jugend stärker unter einer familiärerer Problematik (Konflikte, weniger Zusammenhalt, Negativität, emotionaler Distanz) litten als die AN-R und zudem häufiger stressenden Veränderungen in den Lebensbedingungen ausgesetzt waren. Dies veranlasst ihn zu dem Schluss, dass starker persönlicher Stress eine Person - insbesondere in der Pubertät - eher für eine bulimische Symptomatik disponiert.

4.5.4. Stresswahrnehmung

Cattanach, Malley und Rodin (1988) fanden heraus, dass stark essgestörte Personen in höherem Maße allgemeinen Stress in ihrem Leben wahrneh-

⁹⁹ Vgl. hierzu auch Johnson (1982).

Als weiteren Grund für Binges geht Strober (1984) auch auf eine Pawlow'sche stress-induzierte Theorie von Robbins & Frey (1980) ein, welche besagt, dass das Essen gelernt ist. Stress hat dabei einen aktivierenden Effekt, der die Aufmerksamkeit der Person auf nahrungsbezogene, externe Stimuli lenkt. Diese Stimuli lösen durch die Antizipation von Nahrung sowohl metabolische Veränderungen als auch einen Essensdrang aus, da sie durch die Aktivierung des Organismus diesen anfälliger für nahrungsbezogene Reize machen. Nach dieser Theorie ist Stress somit verantwortlich für einen Essensdrang, ungeachtet, ob der Organismus in diesem Moment Energie braucht oder nicht.

men als Personen, die leicht essgestört sind bzw. im Vergleich zu einer Kontrollgruppe. Sie fanden ebenfalls heraus, dass die essgestörte Gruppe als Reaktion auf Stress eher den Wunsch zu bingen äußerte. Insbesondere dann, wenn der Stressor interpersonale Enttäuschung und Ablehnung/Zurückweisung beinhaltete. Weiteres Ergebnis war, dass niedriges Selbstbewusstsein verknüpft war mit einem Anstieg kardiovaskulärer und affektiver Reaktionen auf den Stressor und mit einem erhöhten Wunsch, aufgrund des Stressors zu bingen.

Eine Untersuchung von Wolff u. a. (2000) erforschte stressige Ereignisse an Personen mit *Binge Eating Disorder* (BED). Über 21 Tagen hinweg mussten die Probandinnen täglich verschiedene Fragebögen ausfüllen – ebenso wie eine Kontrollgruppe (KG) ohne genannte Störung. Ergebnisse waren, dass die Binger im Vergleich zur KG doppelt so viele stressvolle Ereignisse berichten. Außerdem empfinden sie die Wirkung und den Einfluss dieser stressigen Ereignisse als größer. Die negativen Ereignisse wurden also von den Bingern als stressiger erlebt im Vergleich zur KG. Ebenfalls kam heraus, dass die Binger auch auf Werten wie „Schuld“, „Depression“ oder „Ärger“ höher punkteten und das insbesondere an den Binge-Tagen. Besonders an den Tagen, an denen ein Essanfall vorkam, wurden negative Ereignisse, wie z. B. Kritik oder verbale Angriffe, als besonders stressig empfunden – jedoch war die Anzahl an negativen Erlebnissen an Binge-Tagen und Nicht- Binge-Tagen relativ gleich. An Binge-Tagen aber wurde der Schweregrad bzw. die Heftigkeit der Vorfälle bzw. Gefühle als gravierender eingeschätzt.

Auch hier wird von den Autoren vermutet, dass das Bingen eine Flucht vor negativen Gefühlen, wie Angst, Ärger, Langeweile und Einsamkeit darstellt, aber darüber hinaus auch lang anhaltendes Diäten/beherrschtes und gezügeltes Essen das Bingen begünstigen kann.

Teilweise entgegengesetzt sind die Ergebnisse von Hansel & Wittrock (1997). Sie fanden in ihrer Untersuchung an *BED*-Personen und einer KG heraus, dass keine signifikanten Unterschiede in der Anzahl der Stressoren über die Woche hinweg berichtet wurden. Konform sind die Ergebnisse

jedoch, was die Bewertung der stressigen Ereignisse anbelangt. Auch hier fand man, dass die *BED*-Gruppe Ereignisse im Durchschnitt als stressiger bewertete als die KG.

Somit scheint dem von Lazarus genannten „*Appraisal*“ in diesem Kontext eine wichtige Bedeutung zuzukommen.

Zu einer gleichen Einschätzung gelangen auch Crowther u. a. (2001). Sie untersuchten 2 Wochen lang das Essverhalten normalgewichtiger Frauen, die bingen und denjenigen, die nicht bingen. Untersuchungsgegenstand waren so genannte „*daily hassles*“, also wiederholt chronische Anspannungen/Auseinandersetzungen im täglichen Leben, welche man von tief einschneidenden Lebensereignissen wie z. B. Verlust etc. unterscheiden muss. Es zeigte sich, dass die Binger nicht signifikant mehr täglichen „*trouble*“ berichteten als die Nicht-Binger, diesen aber als signifikant stressiger empfanden. Außerdem zeigte sich, dass die wahrgenommene Schwere des „*troubles*“ positiv mit der aufgenommenen Nahrungsmenge korrelierte. Die Autoren sehen zwei mögliche Erklärungen für die Befunde: Einerseits sei es möglich, dass die Binger die Ereignisse deshalb als stressiger wahrnahmen, weil ihr negatives Selbstschema zu selektiven Prozessen führt (bezogen auf sie selbst und das Essen) oder andererseits defizitäre und/oder inadäquate Coping-Mechanismen vorhanden sind. Sie konkludieren, dass „*daily hassles*“ einer von mehreren Faktoren sei, die den Beginn einer Binge-Episode determinieren.

Abgesehen von den Personen mit *BED*, sagen Cattanach & Rodin (1988) über die Gruppe der Bulimikerinnen, dass es einige Hinweise auf einen Zusammenhang zwischen Situationen, die als sehr stressig wahrgenommen werden und einem häufigeren Bingen gibt. Sie führen weiterhin aus, dass Bulimiker eher einen passiven Coping-Stil aufweisen und schlechter ihre Gefühle ausdrücken können. Ebenso sehen sie das Bingen und Purgen als mögliche primäre Coping-Reaktion auf eine Umwelt, die die Bulimiker als nicht kontrollierbar bzw. als außerhalb ihrer Kontrollmöglichkeiten empfinden. Sie mutmaßen zudem, dass dem Bingen die Funktion der

Angstreduktion, ausgelöst durch Stress und vice versa Angst als Produzent von Stress, zukommt, während das Purgen dem Bulimiker ein Kontrollgefühl zurückgeben soll. Somit, so schlussfolgern die Autoren, spielt der letzt genannte Punkt eine bedeutsame Rolle bei der Aufrechterhaltung der Erkrankung.

Michaud u. a. (1990) untersuchten die Beziehung zwischen einem kritischen Lebensereignis und dem Essverhalten von High-School-Schülern. Analysiert wurde, inwiefern ein kritisches Ereignis, in diesem Fall eine wichtige akademische Prüfung, das Essverhalten der Schüler beeinflusst. Es zeigte sich in der Tat, im Vergleich zum Kontrolltag (keine Prüfung), ein verändertes Essverhalten am Prüfungstag. Die Kalorienaufnahme war am Tag der Prüfung signifikant erhöht. Die Autoren sehen in dem veränderten Essverhalten bei einem kritischen Ereignis einen möglichen Grund für Übergewichtigkeit.

Stress und Coping waren Fokus der Untersuchung von Soukup, Beiler und Terrell (1990). Befragt wurden Anorektikerinnen, Bulimikerinnen und eine Kontrollgruppe. Die Bulimikerinnen berichteten mehr negative Lebensereignisse und fühlten sich stärker unter Druck als die Kontrollgruppe, während die Anorektikerinnen im Vergleich zu den beiden anderen Gruppen mehr unter Depressionen und Angst litten. Es stellte sich heraus, dass die zwei essgestörten Gruppen höhere Level an Stress bei gleichzeitig niedrigem Level an Vertrauen in ihre Problemlösefähigkeit zeigten. Auch fühlten sie sich „gesteuert“ und vermieden die Konfrontation mit Problemen, was die Untersucher als dysfunktionale Copingstrategie bewerten.¹⁰⁰ Exzessive Stresswerte zeigten sich jedoch nur bei den bulimischen Versuchspersonen signifikant.

Es sollte angemerkt werden, dass es sich bei den Anorektikerinnen (n=12) um eine sehr kleine Stichprobe gehandelt hat und somit eine Generalisierbarkeit der Ergebnisse kritisch zu betrachten ist.

¹⁰⁰ Vgl. hierzu Greeno & Wing (1994), S. 460. Auch sie kommen zu dem Schluss, dass die wahrgenommene Kontrollierbarkeit von Stress ein wichtiger Aspekt stressinduzierten Essens ist.

4.5.5. Zusammenfassung

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass man durchaus von einem Zusammenhang zwischen Stress und einem gestörten Essverhalten sprechen kann. Wichtige Einflüsse scheinen dabei das *Restraint Eating*, Affekte, kritische Ereignisse, die Bewertung eintretender Ereignisse und auch die Art des Copings zu sein.

Bezüglich der Escape-Theory muss hinzugefügt werden, dass sich beim Vergleich verschiedener Studien inkonsistente Ergebnisse zeigten, so dass hier weitere Forschung notwendig ist.

Die Betrachtung der Subgruppen-Studien ergab, dass die AN-BP am häufigsten Stress berichteten.

Lazarus & Launier (1981) bezeichnen Depressionen und Angst als „affektiven Distreß“ (sic!)¹⁰¹ und auch Cattanaach & Rodin (1988) verweisen darauf, dass sich die Effekte von Stress z. B. in Angst und Depressionen widerspiegeln.

Da die Verfasserin sowohl Angst- als auch Depressionswerte anorektischer Personen erfasst, wird es interessant sein zu schauen, inwiefern sich die Werte auf die drei Subtypen der Anorexia nervosa verteilen und ob sich Unterschiede ergeben.

¹⁰¹ S. Lazarus & Launier (1981), S. 251.

5. Darstellung bisheriger Untersuchungen/des Forschungsstandes

Nach dem diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV), wird eine Subtypisierung der Anorexia Nervosa vorgenommen.

Im Vergleich zu den vorherigen diagnostischen Fassungen DSM-III und DSM-III-R, ist das DSM-IV nun um die Klassifizierung von zwei Subtypen der Anorexia nervosa erweitert worden, die da wären:

Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen „Fressanfälle“ gehabt oder hat kein *Purging*-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

„Binge-Eating/Purging“ – Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßige Fressanfälle gehabt und hat *Purging*-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Mißbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

Es wird weiterhin von den Autoren darauf aufmerksam gemacht, dass es einige, dieser Unterform zugeordneten Personen gibt, die ein *Purging*-Verhalten zeigen (nach dem Verzehr kleiner Mengen), ohne jedoch gleichzeitig ein Binge-Verhalten an den Tag zu legen.

Nachfolgende Tabelle gibt einen zusammenfassenden Überblick über die Forschungsarbeiten zur Subgruppendifferenzierung der Anorexia nervosa von Anfang der 80er Jahre bis heute.

Tab. 1: Bisherige Untersuchungen zu den Subgruppen

Autor(en)	Gruppen	Projekt	Ergebnisse
Beumont u. a. (1976)	Vergleich von a) Dieters (AN-R) b) Vomiters and Purgers (AN-BP)	Dieters and Vomiters and Purgers in Anorexia Nervosa	·AN-R waren sozial isoliert, zeigten Rivalität mit <i>Peergroup</i> , verfolgten akademische Ziele und hatten gute Prognose ·AN-BP zeigten histrionische Züge, neigten in Kindheit zu Adipositas und hatten schlechtere Prognose
Casper u. a. (1980)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	The Incidence and Clinical Significance of Bulimia in Patients with Anorexia Nervosa	AN-BP zeigten sich starker gestresst und hatten höhere Depressionswerte
Garfinkel u. a. (1980)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	The Heterogeneity of Anorexia Nervosa: Bulimia as a Distinct Subgroup	die AN-BP litten starker unter Stimmungs labilität
Bhanji & Mattingly (1981)	Vergleich von a) AN-R (Dieters) b) AN-BP (Vomiters)	Anorexia Nervosa: Some Observations on "Dieters" and "Vomiters", Cholesterol and Carotene	die AN-BP erzielten auf den Angst- und Depressionsskalen höhere Werte
Strober (1981/82)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	The Significance of Bulimia in Juvenile Anorexia Nervosa: An Exploration of Possible Etiologic Factors	·AN-BP mehr affektive Störungen, Alkoholkonsum, affektive Instabilität, · <i>Familie</i> : AN-BP mehr Konflikte, weniger Zusammenhalt, weniger Struktur, mehr psychiatrische Krankheiten der Eltern
Eckert u. a. (1982)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Depression in Anorexia Nervosa	AN-BP waren depressiver, hatten ein negativeres Selbstbild und eine größere <i>Body-Image</i> -Störung
Norman & Herzog (1983)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN	Bulimia, Anorexia Nervosa, and Anorexia Nervosa with Bulimia	·Depressionswerte auffallend hoch bei ·AN-R und AN-BP ·AN-R tendenziell jünger ·AN-BP berichten über meiste Symptomatologie ·AN-R berichten über wenigste ·AN-BP berichten subjektiv mehr psychische Schwierigkeiten

Autor(en)	Gruppen	Projekt	Ergebnisse
Vandereycken & Pierloot (1983)	Vergleich von a) AN-dieters b) AN-binge-eaters c) AN – vomiters/purgers	The Significance of Subclassification in AN: A Comparative Study of Clinical Features in 141 Patients	<ul style="list-style-type: none"> ·b+c älter bei Krankheitsbeginn ·b+c längere Krankheitsdauer ·b+c mehr Suizid/größte Mortalitätsrate ·b größere Probleme bei Impulskontrolle ·b kürzer im Krankenhaus als a ·b+c ähneln sich bei Charaktermerkmalen
Strober (1984)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Stressful Life Events Associated with Bulimia in Anorexia Nervosa – Empirical Findings and Theoretical Speculations	AN-BP berichteten im Vergleich zu den AN-R mehr stressige Ereignisse (z. B. Entfremdung oder persönliche Enttäuschungen) im Vorfeld ihrer Erkrankung
Garner u. a. (1985)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN	The Validity of the Distinction Between Bulimia with and without Anorexia Nervosa	<ul style="list-style-type: none"> ·AN-R normale Werte auf allen Subskalen ·AN-BP viele Konflikte, z. B. impulsive Störungen gehäufte ·AN-BP und BN ähneln sich (z. B. mehr Stehlen, Drogengebrauch, Selbstverletzungen)
Mickalide u. a. (1985)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN ohne Vorgeschichte von AN d) BN mit Vorgeschichte von AN	Subgroups of Anorexia Nervosa and Bulimia: Validity and Utility	<ul style="list-style-type: none"> ·die Mischformen zeigten sich psychisch belasteter ·die BN mit AN hatten signifikant höhere Depressionswerte als die BN ohne AN
Piran u. a. (1985)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Affective Disturbance in Eating Disorders	<ul style="list-style-type: none"> ·AN-BP höheres Gewicht ·AN-BP hatten höhere familiäre Vorgeschichte von Depression als AN-R, aber beide Subgruppen zeigen depressive Symptome ·signifikant höhere Prävalenz affektiver Störungen bei Verwandten der AN-BP als bei AN-R

Autor(en)	Gruppen	Projekt	Ergebnisse
Yellowlees (1985)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Anorexia and Bulimia in Anorexia Nervosa: A Study of Psychosocial Functioning and Associated Psychiatric Symptomatology	·keine signifikanten Unter- schiede zwischen den Grup- pen ·beide Gruppen gleicher- maßen hohe Angstlevel
Laessle u. a. (1987)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN	Major Affective Disorder in Anorexia Nervosa and Bulimia: A Descriptive Diagnostic Study	·alle Gruppen zeigten Angst- störung ·die Mischgruppe (AN-BP) hatte höheres Angstprofil als die beiden reinen Gruppen
Toner u. a. (1987)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) Vergleichs- gruppe ohne Vorgeschichte von AN	Cognitive Style of Patients With Bulimic and Diet- Restricting Anorexia Nervosa	·AN-BP kognitiv impulsiver als AN-R und Vergleichs- gruppe
Hsu (1988)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	The Outcome of Anorexia Nervosa: A Reappraisal	Es werden im Laufe der Zeit mehr AN-R zu AN-BP als umgekehrt
Piran u. a. (1988)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Personality Disorders in Anorexic Patients	·AN-BP im Gewicht höher ·beide oft mehr als eine Per- sönlichkeitsstörung ·AN-R eher: vermeidend, zwanghaft, abhängig, pas- siv-aggressiv ·AN-BP eher: Borderline, histrionisch, narzistisch, antisozial – und höhere Werte bei Selbstschädi- gung, Drogen, sex. Freizü- gigkeit
Laessle u. a. (1989)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN mit Vorge- schichte AN (BN – AN) d) BN	The Significance of Subgroups of Bulimia and Anorexia Nervosa: Lifetime Frequency of Psychiatric Disorders	·AN-R weniger psychiatri- sche Störungen als bulimi- sche Subgruppen ·AN-BP häufiger unspezi- fische psychopathologische Merkmale, z. B. affektive Störungen und schlechte Impulskontrolle (Drogen etc.)
Norring u. a. (1989)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN	Ego Functioning in Eating Disorders: Description and Relation to Diagnostic Classification	AN-R und AN-BP differieren auf vielen klinischen und familiären Variablen

Autor(en)	Gruppen	Projekt	Ergebnisse
Shisslak u. a. (1990)	Vergleich von a) untergewichtige BN b) normalgewichtige BN c) übergewichtige BN d) AN-R e) KG	Body Weight and Bulimia as Discriminators of Psychological Characteristics Among Anorexic, Bulimic, and Obese Women	die untergewichtigen BN zeigten das höchste Pathologieprofil, allerdings hatten die übergewichtigen BN höhere Depressionswerte
Wonderlich u. a. (1990)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN d) BN-AN	DSM-III-R Personality Disorders in Eating-Disorder Subtypes	·generell hohe Raten an verschiedenen Persönlichkeitsstörungen ·AN-BP sozial isolierter als AN-R ·AN-R im Vergleich zu AN-BP obsessiv-zwanghafter
Woznica (1990)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Delay of Gratification in Bulimic and Restricting Anorexia Nervosa Patients	·AN-R profitieren von Behandlung, die kognitive Flexibilität fördert und die rigiden Gedankenmuster reduziert ·AN-BP profitieren von Behandlung, die ihnen hilft, größere Impulskontrolle aufzubauen
Halmi & Sunday (1991)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN d) KG	Temporal Patterns of Hunger and Fullness Ratings and Related Cognitions in Anorexia and Bulimia	·AN-R hatten weniger Hunger und höheres Völlegefühl als KG ·AN-R waren jünger und hatten kürzere Behandlungsdauer ·AN-BP nach Essen mit dem Thema „Essen“ mehr beschäftigt
Rothschild u. a. (1991)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN	Sexual Functioning of Female Eating-disordered Patients	·Subgruppen generell weniger sexuelle Funktion und Befriedigung ·AN-BP früher Verkehr
Dowson (1992)	Vergleich von a) AN-R b) Vomiters	Associations Between Self-Induced Vomiting and Personality Disorder in Patients with a History of Anorexia Nervosa	·AN-R: höhere Werte bei Borderline und antisozialem Verhalten, histrionisch ·Vomiters: obsessiv-zwanghafte Persönlichkeit
Fornari u. a. (1992)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Depressive and Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa	AN-BP haben eine signifikant größere Gefährdung, eine OCD zu entwickeln

Autor(en)	Gruppen	Projekt	Ergebnisse
Herzog u. a. (1992a)	Vergleich von a) AN b) BN c) AN-BP	The Prevalence of Personality Disorders in 210 Women With Eating Disorders	die gemischte Gruppe (AN-BP) hatte im Vergleich zu den beiden reinen Gruppen das höchste Psychopathologie-Profil
Herzog u. a. (1992b)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN	Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics	AN-BP hatten höchste Raten an <i>Phobic Disorder</i> , größtes Persönlichkeitsstörungsprofil und berichteten am häufigsten chronifizierte Symptome
Sunday u. a. (1992)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN-AN d) BN e) KG mit zügellosem Essverhalten f) KG mit gezügeltem Essverhalten g) Fettleibige	Comparison of Body Size Estimation and Eating Disorder Inventory Scores in Anorexia And Bulimia Patients with Obese, and Restrained and Unrestrained Controls	<ul style="list-style-type: none"> · von AN und BN wird die Körpergröße im Vergleich zu den KG überbewertet · AN-R und AN-BP haben größere Reifungsängste als KG · AN-BP haben nicht höhere Körperunzufriedenheitswerte als AN-R · AN-R hat geringstes Pathologieprofil
Garner u. a. (1993)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) RAN-P	Anorexia Nervosa "Restricters" who Purge: Implications for Subtyping Anorexia Nervosa	<ul style="list-style-type: none"> · RAN-P signifikant mehr Psychopathologie als AN-R · RAN-P und AN-BP sind sich im Profil ähnlich · regelmäßiges Brechen häufiger bei AN-BP
Kleifield u. a. (1994a)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN d) BN-AN e) KG	The Effect of Depression and Treatment on the Tridimensional Personality Questionnaire	<ul style="list-style-type: none"> · alle Essgestörten hatten höhere Depressionswerte als KG · alle zeigten Reduktion an Depression während Behandlung · keine signifikanten Unterschiede im Alter
Kleifield u. a. (1994b)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN d) BN-AN e) KG	The Tridimensional Personality Questionnaire: An Exploration of Personality Traits in Eating Disorders	<ul style="list-style-type: none"> · AN-R sind abgemagelter als AN-BP · AN-BP sind depressiver als AN-R · AN-BP sind BN ähnlicher als AN-R · AN-R: reflektierend, ordentlich, emotional beherrscht, zwanghaft, sentimental · AN-BP: impulsiver, schüchtern, pessimistisch, distanziert

Autor(en)	Gruppen	Projekt	Ergebnisse
Beumont u. a. (1995)	Vergleich von a) AN b) BN	Defining Subgroups of Dieting Disorder Patients by Means of the Eating Disorders Examination (EDE)	·Patienten die „purgen“ haben signifikant höhere Punktwerte auf allen Verhaltens-Subskalen (stärker pathologisch)
Garfinkel u. a. (1995a)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Views on Classification and Diagnosis of Eating Disorders	·es gibt eine Subgruppe der AN, die „purged“ aber nicht „binged“ ·AN – BP: wogen mehr vor Krankheit, eher fettleibig, Familien eher fettleibig, häufiger Brechen und Laxantien zur Gewichtskontrolle, häufiger Selbstverletzungen und Suizid, mehr Borderline, narzisstisch, häufiger Stehlen und Alkohol, impulsiv
Neuberger u. a. (1995)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Differences in Weight Gain Between Restrictor and Bulimic Anorectics	·AN-R tendieren dazu, weniger lange krank zu sein im Vergleich zu AN-BP ·AN-R brauchen längere Behandlung, um von 70% auf 95% des Idealgewichts zu kommen
Favaro & Santonastaso (1996)	Vergleich von a) AN b) BN c) EDNOS Purger vs. Nicht-Purger	Purging Behaviors, Suicide Attempts, and Psychiatric Symptoms in 398 Eating Disordered Subjects	Purger zeigten mehr psychiatrische Symptome, wie z. B. phobische Ängste oder eine generalisierte Angststörung
Pryor u. a. (1996b)	Vergleich von a) AN b) BN Laxantiennutzer vs. Nicht-Laxantiennutzer	Laxative Abuse Among Women With Eating Disorders: An Indication of Psychopathology?	Laxantiennutzer hatten höhere Perfektionismuskwerte und zeichneten sich durch eine vermeidende Persönlichkeitsstruktur aus
Favaro & Santonastaso (1997)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN-P d) BN-ohne P e) nicht anders spezifizierbar	Suicidality in Eating Disorders: Clinical and Psychological Correlates	·Suizidversuche und impulsives Verhalten (z. B. Stehlen, Drogen und Selbstverletzungen) sind häufiger bei AN-BP als bei AN-R ·AN-BP hatten schlechtestes Resultat bei Follow-up

Autor(en)	Gruppen	Projekt	Ergebnisse
Nagata u. a. (1997)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) RAN-P (restriktive Anorektikerinnen, die "purgen")	A Comparison of Inpatients with Anorexia Nervosa	<ul style="list-style-type: none"> ·RAN-P waren älter ·mittleres Körpergewicht, mittlerer BMI und mittleres Prozent vom Idealgewicht waren bei AN-R niedriger ·Prävalenz von selbstinduziertem Erbrechen war häufiger bei AN-BP als bei RAN-P ·bei recht ähnlichen Ergebnissen waren (hatten) RAN-P <ul style="list-style-type: none"> - etwas unzufriedener mit Körperversorgung - mehr Schwierigkeiten mit Beziehungen - innere Gefühle konfuser - etwas schwerere Essstörung
Santonastaso u. a. (1997)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN-AN d) BN	Family Psychiatric Morbidity in Eating Disorders	·höhere Rate an psychiatrischen Störungen bei AN-BP
O'Kearney u. a. (1998)	Vergleich von a) Purger b) Non-Purger	A Comparison of Purging and Nonpurging Eating-Disordered Outpatients: Mediating Effects of Weight and General Psychopathology	die purgende Gruppe war signifikant depressiver
Favaro & Santonastaso (2000)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Self - Injurious Behavior in Anorexia Nervosa	<ul style="list-style-type: none"> ·impulsives, selbstverletzendes Verhalten mehr bei AN-BP ·Suizidversuche häufiger bei AN-BP, aber nicht signifikant ·"purging" ist bei AN nicht immer mit „bingeing" verbunden ·"Purging" - Verhalten lässt Drop-out-Vorhersage steigen
Löwe u. a. (2001)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP	Long-Term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-year Follow-up Study	·im Vergleich zu den AN-R hatten die AN-BP sehr schlechte Resultate bei der Nachuntersuchung

Autor(en)	Gruppen	Projekt	Ergebnisse
Speranza u. a. (2001)	Vergleich von a) AN-R b) AN-P c) BN	Current and Lifetime Prevalence of Obsessive Compulsive Disorders (OCD) in Eating Disorders	·RAN-P zeigten höchste ak- tuelle – und Lebenszeitprä- valenz an <i>OCD</i> , da sie gene- rell auch schwere Psychopa- thologie aufweisen ·der einzige signifikante Un- terschied bei der Lebens- zeitprävalenz der <i>OCD</i> wur- de gefunden zw. „purgenden“ und „nicht-purgenden“ Anorektikerinnen
Western & Harnden- Fischer (2001)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) BN	Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II	·AN-R: überkontrollierend, Restriktion von Bedürfnis- sen, Emotionen, Beziehun- gen, Selbstreflektion, fühlen sich leer, nutzlos, chronisch dysphorisch, ängstlich und beschämt ·AN-BP/BN: emotional dys- reguliert, impulsiv, neigen zu Rage, schlechte Emoti- onskontrolle
Oliosì & Dalle Grave (2003)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) RAN-P	A Comparison of Clinical and Psychological Features in Subgroups of Patients with Anorexia nervosa	·AN-BP etwas stärkere Ess- störungssymptomatik ·AN-R und RAN-P stärkerer Gewichtsverlust ·psychiatrische Symptome ergaben keine Unterschiede ·RAN-P und AN-BP mehr sex. Missbrauch, Suizidver- suche und dissoziative Sym- ptome ·selbstinduziertes Erbrechen häufiger bei AN-BP als bei RAN-P
Bolen & Wojciecho- nowski (2004)	Vergleich von a) AN-R b) AN-BP c) KG	Anorexia nervosa Subtypes and the Big Five Personality Factors	·AN-R mehr Gewissenhaftig- keit als AN-BP ·Level an Neurotizismus waren in den Gruppen ähnl- lich, aber deutlich erhöht zur KG
Kovacs & Palmer (2004)	Vergleich von Anorektikerinnen a) Laxantien- nutzer b) keine Laxan- tiennutzer	The Association Between Laxative Abuse and Other Symptoms Among Adults with Anorexia Nervosa	Laxantiennutzer zeigten im Allgemeinen eine größere Psychopathologie, wie z. B. <i>Phobic Anxiety</i> oder <i>OCD</i>

Wie aus obigen Ausführungen deutlich wird, wurde meist durch die Forscher der restriktive Typ (AN-R) mit dem binge-purgenden Typ

(AN-BP) verglichen, mit den oben genannten Ergebnissen, die allerdings in Bezug auf ihre Vergleichbarkeit mit Vorsicht zu betrachten sind, da u. a. mit unterschiedlichen Diagnosekriterien, unterschiedlicher Stichprobengröße und verschiedenen Messinstrumenten und Methoden gearbeitet wurde.

Einige Autoren (Favaro u. a. 2000; Garfinkel u. a. 1995a) machen darauf aufmerksam, dass es noch einen Typus gibt, nämlich die purgende Anorektikerin, die kein Binge-Verhalten zeigt, ohne aber dabei näher auf dieses Phänomen einzugehen.

Bisher gibt es generell sehr wenige Untersuchungen, die sich näher mit der Differenzierung von AN-R, AN-BP **und** RAN-P beschäftigt haben.

Aus dem Jahre 1997 stammt die Untersuchung von Nagata u. a., die eine solche Unterscheidung in ihrer Forschung vorgenommen hatten. Untersucht wurden 87 Anorexie-Patientinnen (im Medical Center der Universität Pittsburgh), welche unterteilt wurden in AN-R, AN-BP und RAN-P.

Resultat der Studie war, dass RAN-P älter waren. Mittleres Körpergewicht, BMI und das mittlere Prozent vom Idealgewicht waren bei AN-R niedriger. Nagata u. a. stellten außerdem fest, dass die Prävalenz von selbstinduziertem Erbrechen häufiger bei AN-BP als bei RAN-P vorzufinden war.

Zusammenfassend bleibt festzuhalten, dass neben der Tatsache, dass die Ergebnisse zwischen den Subgruppen recht ähnlich ausfielen, die RAN-P in einigen Punkten abwichen:

Sie waren etwas unzufriedener mit ihrer Körperversfassung, hatten mehr Schwierigkeiten mit Beziehungen, ihre inneren Gefühle waren konfuser und sie hatten im Vergleich eine etwas schwerere Essstörung.

Garner u. a. (1993) untersuchten ebenfalls diese drei Subgruppen. Befragt wurden insgesamt 380 Patientinnen (vom Clarke Institute of Psychiatry und dem Toronto General Hospital) in dem Zeitraum von 1977 bis 1987.

Als Ergebnisse fanden sie heraus, dass alle drei Gruppen ein ähnliches Level an psychischer Störung aufwiesen, RAN-P aber signifikant mehr Psychopathologie als AN-R zeigen. RAN-P und AN-BP, also die zwei purgenden Gruppen, zeigen im Vergleich ein ähnliches Profil. Regelmäßiges Brechen kam häufiger bei den AN-BP vor. Stimmungsschwankungen traten eher in den purgenden Gruppen auf.

Sie kamen durch die Gemeinsamkeiten der purgenden Subgruppen der Anorexia nervosa zu dem Schluss, dass eine Einordnung nach Purging sinnvoller ist als die derzeitige Einordnung des DSM-IV nach Binge-Gesichtspunkten.

Garner u. a. (1993) kritisieren selbst den lang zurückliegenden Untersuchungszeitraum und machen darauf aufmerksam, dass heute strengere bzw. härtere Definitionen gelten. Aus diesem Grunde sind Ergebnisse eingeschränkt zu betrachten. Außerdem ist kritisch anzumerken, dass aus dem Untersuchungsdesign nicht genau hervorgeht, zu welchem Zeitpunkt der Behandlung die Patientinnen befragt wurden. Somit besteht die Möglichkeit, dass eventuelle Therapieeinflüsse die Ergebnisse dieser Untersuchung beeinflusst haben, diese aber nicht explizit benannt wurden.

Eine Untersuchung von Olivosi & Dalle Grave stammt aus dem Jahr 2003. Auch hier wurde zwischen AN-R (n=40), RAN-P (n=38) und AN-BP (n=40) unterschieden.

Es zeigte sich, dass die AN-BP eine etwas stärkere Essstörungssymptomatik aufwiesen. Die Prävalenz selbstinduzierten Erbrechens war höher und auch frequenter in dieser Gruppe. AN-BP erbrachen sich häufiger als RAN-P. Weiteres Ergebnis war, dass dissoziative Symptome stärker bei den RAN-P und den AN-BP vorkamen, sich aber bei einem direkten Vergleich dieser beiden Gruppen keine signifikanten Unterschiede zeigten. Im Vergleich zu den AN-R zeigten die RAN-P stärkere dissoziative Symptome und eine impulsive Dyskontrolle. Weiterhin gaben AN-BP und RAN-P mehr Suizidversuche und sexuelle Missbrauchserfahrungen an.

Die Autoren schlussfolgern aus ihren Ergebnissen, dass sich Personen mit Purge-Verhalten von nicht-Purgenden unterscheiden und dies ungeachtet ihres Binge-Verhaltens.

Insofern stellen sie das bisherige DSM-IV-System in Frage, da sie eher nach Vorhandensein bzw. Abwesenheit von Purging subtypisieren würden. Ihre Annahme ist daher konsistent mit den Ergebnissen von Garner u. a. (1993).

Zu der Ansicht, dass das Purgen ein wichtiges Unterscheidungskriterium ist, kommen auch O' Kearney u. a. (1998). Untersucht wurden Anorektiker, Bulimiker und Personen mit EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified). Als Purger galten Personen, die erbrechen oder Laxantien bzw. Diuretika mindestens zweimal pro Woche nahmen. Diese Gruppe bestand aus 77 Teilnehmern, während 48 als Nicht-Purger klassifiziert wurden.

Es ergab sich, dass die purgende Gruppe signifikant depressiver war. Auch zeigte sich, dass diese Gruppe signifikant höhere Level an gestörtem Essverhalten berichteten (gezügelter Essen, häufigere Binge-Episoden und größere Wahrnehmung an Kontrollverlust).

Die Autoren konkludieren, dass es einerseits behaviorale- und andererseits psychopathologische Unterschiede zwischen Purgern und Nicht-Purgern gibt und somit das Purgen an sich ein signifikantes Unterscheidungskriterium essgestörter Personen darstellt.

6. Fragestellungen und Hypothesen der Untersuchung

Wie sich gezeigt hat, gibt es bereits eine Vielzahl an wissenschaftlichen Untersuchungen zur Subgruppendifferenzierung bei Anorexia nervosa.

Problematisch ist dabei aber einerseits, dass die Ergebnisse dieser Studien nur in geringem Maße vergleichbar sind, da oftmals Stichprobengröße, methodisches Vorgehen und Auswahl der Diagnosekriterien divergent sind und andererseits sich die Forscher meist nur auf den Vergleich der „restriktiven“ Anorektikerin mit der binge-purgenden Probandin beschränkt haben.

Untersuchungen, die auch den dritten Subtyp, nämlich die rein purgende Anorektikerin mit in diese Subgruppendifferenzierung einbeziehen, sind äußerst rar.

Auch das DSM-IV kommt zu dem Schluss, dass keine ausreichenden Daten zu einer Spezifizierung bei diesem rein purgenden Subtyp vorliegen.

Hier setzt das Erkenntnisinteresse und die Motivation der Arbeit an, da über die meist vorgenommene Vorgehensweise des eingeschränkten Vergleichs der zwei Untertypen der Anorexia nervosa hinaus, ein Vergleich aller drei Untergruppen stattfinden soll, um Gemeinsamkeiten und Unterschiede der Betroffenen zu identifizieren und somit bislang bestehenden Defiziten in der Forschung entgegenzutreten.

Im Mittelpunkt der Arbeit wird dabei das Erkenntnisinteresse stehen, die bisherigen Tripel-Arbeiten zu diesem Bereich zu ergänzen bzw. zu erweitern, damit ein konkreteres Bild über dieses Phänomen entsteht.

Ziel des Projektes soll sein, Ergebnisse bisheriger Untersuchungen durch eigenes empirisches Vorgehen zu verifizieren bzw. zu falsifizieren und insbesondere zu erweitern, indem bestehenden Defiziten, wie z. B. mangeln-

dem Datenmaterial und somit fehlenden Einordnungsmöglichkeiten, durch die eigene Untersuchung entgegengetreten wird.

Primäres Ziel ist dabei ein Erkenntnisgewinn über den bislang recht wenig untersuchten Subtyp der rein *purgenden* Anorektikerin und den damit verbundenen Zweck, mittels konkreter, empirischer Daten einen Beitrag zur möglichen Therapieverbesserung bei Anorexia nervosa zu leisten.

Fragestellungen dieser Arbeit werden also deshalb sein, welche Gemeinsamkeiten sich zwischen den drei Subtypen AN-R, RAN-P und AN-BP ergeben werden.

Weiterhin ist zu fragen, welche Differenzen sich zwischen den oben genannten Subgruppen feststellen lassen und auf welchen Ebenen (z. B. kognitiv, Verhaltensebene, etc.) bzw. bei welchen Variablen sie anzutreffen sind.

Zusätzlich wird zu überprüfen sein, ob sich der rein *purgende* Typ auf der Grundlage sich ergebender Gemeinsamkeiten bzw. Differenzen möglicherweise eher den AN-R oder der AN-BP zuordnen lässt oder eine gänzlich eigenständige Gruppe darstellt.

6.1. Fragestellungen

Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass eine bulimische Symptomatik mit negativem Affekt und einer schlechten Befindlichkeit einhergeht. Häufig sind genannte Aspekte einem Binge bei Bulimikern bzw. Personen mit *BED* vorgeschaltet.

Interessant ist somit für die vorliegende Arbeit, welches Bild sich für die Anorexia nervosa abzeichnet. Betrachtet man o. g. Bedingungen, könnte davon ausgegangen werden, dass der BP-Subtyp der Magersucht in stärkerem Maße von einem negativen Affekt und einer schlechten Befindlichkeit betroffen ist, da auch dieser unter Binges leidet.

Ebenfalls von Interesse ist aber auch die Frage, wo sich in diesem Zusammenhang der rein *purgende* Typus verortet. Ist hier ein(e) geringe(r) negative(r) Affekt/Befindlichkeit vorhanden, so dass es nicht zu Binge-

Attacken kommt; oder aber ist der Affekt/Befindlichkeit so extrem negativ ausgeprägt (z. B. in Bezug auf den eigenen Körper), dass das Purgen auch ohne ein vorheriges Bingen ausgelöst wird. Aufgrund dessen werden in der vorliegenden Arbeit sowohl der positive/negative Affekt (Positive and Negative Affect Schedule [PANAS], Kröger u. a. 1996) als auch Depressionswerte (Beck-Depressions-Inventar [BDI], Hautzinger u. a. 1994) erhoben.

Das Kapitel 4.3. zeigt auf, dass irrationale Kognitionen bei Anorektikerinnen vorhanden sein können. Auch im Zusammenhang mit Binge-Attacken wird dysfunktionalen Annahmen eine wichtige Funktion zugesprochen. Daher erscheint es sinnvoll, diesen Aspekt mit Hilfe des „Fragebogens irrationaler Einstellungen (FIE)“ von Klages (1989) näher zu beleuchten.

Des Weiteren ist von Interesse, die Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen der Anorektiker zu überprüfen. Dieses geschieht mit Hilfe des „Fragebogens zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)“ von Krampen (1991). Es kann davon ausgegangen werden, dass die wahrgenommene Kontrollierbarkeit bestimmter Situationen, insbesondere stressiger Situationen, entscheidend das Essverhalten von Personen beeinflusst. Möglicherweise stellt das übermäßige Essen (Binge) eine dysfunktionale Coping-Strategie dar, um mit Stress, Ängsten, Dysphorie etc. umgehen zu können. Somit erscheint es wichtig, diesen Aspekt, aufgesplittet nach den drei Subtypen, zu untersuchen. Gemessen wird das generalisierte Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, die Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen, die sozial bedingte Externalität und eine fatalistische Externalität. Kontrollüberzeugungen können zudem insofern eine Rolle spielen, dass davon ausgegangen wird, dass z. B. dem Purgen nicht nur die Funktion der Spannungsreduktion zukommt, sondern die AN-BP möglicherweise auch das Bedürfnis haben, dem empfundenen Kontrollverlust durch das Bingen entgegen zu wirken. Die Frage wird sein, inwiefern sich die 3 Gruppen voneinander unterscheiden werden und welches Bild sich insbesondere bei den RAN-P zeigt, die, wie oben erwähnt, auch ohne vorheriges Bingen ein Purge-Verhalten zeigen.

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass generell überprüft wird, ob, und wenn ja, wie sich die drei Gruppen voneinander unterscheiden. Mittels der verschiedenen Fragebögen wird versucht, ein möglichst umfangreiches Bild zu zeichnen, mit einem besonderen Augenmerk auf die Gruppe der RAN-P, da diesen in der bisherigen Forschung wenig Beachtung geschenkt wurde. Somit erscheint es interessant zu analysieren, ob die RAN-P einer der beiden anderen Gruppen ähneln, oder eine völlig eigenständige Gruppe darstellen, welche sich stark von den anderen beiden Subtypen unterscheidet und somit ggf. eine Berechtigung als dritter Subtyp im DSM-IV hätte.

6.2. Hypothesen

Aus dem bisherigen Forschungsstand abgeleitete Hypothesen lauten daher:

1. AN-R sind jünger bei Krankheitsbeginn als AN-BP und RAN-P.
2. AN-BP zeigen einen höheren BMI als AN-R und RAN-P.
3. AN-BP erbrechen häufiger als RAN-P.
4. AN-BP benutzen häufiger Diuretika als RAN-P.
5. RAN-P benutzen häufiger Abführmittel als AN-BP.
6. RAN-P und AN-BP zeigen eine stärkere depressive Symptomatik als AN-R.
7. Die Personen mit den höchsten Depressionswerten haben auch die höchste Binge-Frequenz.
8. RAN-P und AN-BP zeigen höhere Angstwerte als AN-R.
9. Ein negativer Affekt wird mehr von AN-BP und RAN-P berichtet als von AN-R.
10. RAN-P weisen das stärkste Essstörungsprofil auf.
11. RAN-P erhalten höchste Punktwerte beim EAT-26.

7. Untersuchungsdesign/Methodik

7.1. Fragebögen

Zur Verwendung kamen in der vorliegenden Arbeit die folgenden Fragebögen:

7.1.1. Eingangsfragebogen

(durch Verfasserin übersetzte und modifizierte Version des Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R), Spitzer u. a. 1994)

Subtypisierung

Ziel: Einteilung der anorektischen Untersuchungsteilnehmer in die Gruppen (a) AN-R, (b) AN-BP und (c) RAN-P
außerdem: demographische Daten

7.1.2. Beck-Depressions-Inventar (Hautzinger u. a. 1994)

Einsatzbereich: Erfassen depressiver Symptomatik

Verfahren: Selbstbeurteilungsinstrument zur Erfassung des Schweregrades einer depressiven Symptomatik.
21 Items, z. B.: Pessimismus, Weinen, sozialer Rückzug

Zuverlässigkeit: interne Konsistenz zw. $r = .73$ und $.95$ ($.85$)¹⁰²

Bearbeitungsdauer: 10-15 Min.

7.1.3. State-Trait-Angstinventar (Laux u. a. 1981)

Einsatzbereich: Klinischer Bereich, experimentelle Angst- und Stressforschung

Verfahren: Unterscheidung von Angst als Zustand und Angst als Eigenschaft.
State → Angst als Zustand (Intensität variiert über Zeit und Situation) ($.89$)

¹⁰² Die in der Klammer befindlichen Werte sind die Cronbachs Alpha-Werte aus der Untersuchung der Verfasserin.

Trait→ Angst als Eigenschaft (Angst als relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal „Ängstlichkeit“) (.84)
Jeweils 20 Items

Zuverlässigkeit: interne Konsistenz: $r = .90$ für beide Skalen (.77)

Bearbeitungsdauer: 3-6 Min. pro Skala

7.1.4. Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (Steyer u .a. 1997)

Einsatzbereich: Jugendliche und Erwachsene
Emotionspsychologie, Gesundheitspsychologie, Sportpsychologie u. a.

Verfahren: 24 Items
5-stufige Antwortskala

Subskalen:
Gute-Schlechte Stimmung
Wachheit-Müdigkeit
Ruhe-Unruhe

Zuverlässigkeit: interne Konsistenz bei
Langform: zwischen .86 und .94
Kurzform: zwischen .73 und .89 (.26)

Bearbeitungsdauer: Langform = 4-8 Min.
Kurz = 3-6 Min.

Aufgrund des sehr niedrigen Cronbachs Alpha-Wertes wurde in dieser Untersuchung auf die weitere Verwendung des Bogens verzichtet.

7.1.5. Eating Attitudes Test – 26 (Garner & Garfinkel 1979)

Einsatzbereich: erfasst abnormales Essverhalten und abnorme Einstellungen zum Essen
3 Subskalen: Diätverhalten (.79), Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung m. Nahrung (.73), Orale Kontrolle (.66)
6-stufige Antwortkategorie

Zuverlässigkeit: interne Konsistenz: .90 (.84)

7.1.6. Positive und Negative Affekt Schedule (Krohne u. a. 1996)

Einsatzbereich:	<p>erfasst aktuelle und habituelle pos. und neg. Affekte; geeignet für Emotions- und Stressforschung</p> <p>5-stufige Skala</p> <p>20 Items</p> <p>Zeitdimensionen: im Moment heute in den letzten Tagen in den letzten Wochen im letzten Jahr im Allgemeinen</p> <p>Pos. Affekt (PA) beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person enthusiastisch, aktiv und aufmerksam ist. Hoher PA geht einher mit Energie, Konzentration und freudigem Engagement. PA soll eng mit der zentralen Persönlichkeitsdimension „Extraversion“ zusammenhängen.</p> <p>Neg. Affekt (NA) zeigt das Ausmaß negativen Angespanntseins.</p> <p>Hoher NA = Gereiztheit, Nervosität oder Angst. NA soll mit Merkmalen wie „Neurotizismus“, „Ängstlichkeit“ oder „Repression – Sensitization“ korrespondieren.</p>
Zuverlässigkeit:	<p>Cronbachs $\alpha \geq .84$. (.74)</p> <p>PA (.89) und NA (.85) erweisen sich als reliabel und voneinander unabhängig.</p>

7.1.7. Fragebogen irrationaler Einstellungen (Klages 1989)

Einsatzbereich:	Ambulante und stationäre psychotherapeutische und verhaltensmedizinische Versorgung
Verfahren:	<p>6-stufige Antwortskala</p> <p>30 Items</p> <p>4 Skalen:</p> <p><u>Negative Selbstbewertung</u> (wertlos fühlen, als Versager fühlen, wenig Willenskraft, etc.) (.70)</p> <p><u>Abhängigkeit</u> (Wagnisse meiden, Anerkennung durch Andere wichtig, Fehler werden als peinlich empfunden, etc.) (.73)</p> <p><u>Internalisierung von Misserfolg</u> (sich selbst die Schuld an Misserfolgen geben, lange über Fehler nachdenken, etc.) (.70)</p>

Irritierbarkeit (hohe Erregbarkeit bei äußeren Störreizen, schnell beleidigt und verärgert, zu Klagen neigen, etc.) (.63)

Zuverlässigkeit: interne Konsistenz zwischen .68 und .83 (.87)

Bearbeitungsdauer: ca. 10 Min.

7.1.8. Eating Disorders Inventory-2 (Garner 1991 in Thiel u. a. 1997)

Einsatzbereich: standardisierte Messung von Symptomen verschiedener Dimensionen, die bei Essstörungen klinisch wichtig sind. Nosologie, Epidemiologie, Therapie, Verlauf und Einzelfalldiagnostik

Verfahren: 6-stufige Antwortskala
91 Items
11 Skalen: *Schlankheitsstreben (.73)*, *Bulimie (.88)*, *Körperunzufriedenheit (.86)*, *Ineffektivität (.86)*, *Perfektionismus (.80)*, *zwischenmenschliches Misstrauen (.85)*, *Interozeption (.76)*, *Angst vor dem Erwachsenwerden (.84)*, *Askese (.77)*, *Impulsregulation (.71)*, *soziale Unsicherheit (.81)*

Zuverlässigkeit: interne Konsistenz .95 (.84)

7.1.9. Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (Krampen 1991)

Einsatzbereich: Erfassung von Kompetenz- und Kontingenzerwartungen, welche über verschiedene Handlungsklassen, Handlungs- und Lebenssituationen generalisiert sind.

Verfahren: 32 Items
6-stufige Antwortskala
4 Primärskalen:
FKK-SK (generalisiertes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten) (.80)
FKK-I (Internalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen) (.59)
FKK-P (soziale Externalität = sozial bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen – „powerful others“) (.66)

FKK-C (fatalistisch bedingte Externalität in generalisierten Kontrollüberzeugungen – Überzeugung, dass wichtige Ereignisse bzw. das ganze Leben von Schicksal, Pech, Glück, und Zufall abhängen. (.71)

Dauer: 10-20 Min.

Zuverlässigkeit: Interne Konsistenz der FKK-Skalen in verschiedenen Stichproben zwischen .65 und .89 (Cronbachs Alpha der Verfasserin: .66)

7.2. Datenerhebung

Die Erhebung der Daten hat zwischen April 2004 und April 2005 stattgefunden. Rekrutiert wurden die Probanden über die Curtius-Klinik in Bad Malente. Über die Internetseiten von Magersucht.de bzw. dem ab-Server der Universität Leipzig wurden weitere Probanden gefunden, genauso wie über das Bonner Zentrum für Eßstörungen, die Arbeiterwohlfahrt Hagen und mittels Aushängen an verschiedenen Universitäten.

Insgesamt konnten somit 130 Probanden rekrutiert werden, die sich zu jeweils gleichen Teilen (n=30) auf die 3 Subgruppen AN-R, RAN-P und AN-BP verteilten. Dabei wurden 89 weibliche Personen und eine männliche Person befragt. Die restlichen 40 Probanden wurden als *Eating Disorder Not Otherwise Specified (EDNOS)* eingruppiert. In dieser Gruppe befanden sich nur Probanden weiblichen Geschlechts. Bei allen befragten Personen dieser Gruppe traf das Kriterium D des DSM-IV-TR („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“) nicht zu.¹⁰³ In Bezug auf eine „Nicht Näher Bezeichnete Eßstörung“ (307.50) sagt das DSM-IV-TR u. a.: „Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt, außer daß die Frau regelmäßige Menstruation hat (F50.1).“¹⁰⁴

¹⁰³ Saß (2003), S. 652.

¹⁰⁴ Ebenda, S. 658.

7.3. Einteilung der Gruppen

Die Einteilung der Probanden in die Subgruppen erfolgte mittels der von der Verfasserin übersetzten und modifizierten Fassung des *Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)* von Spitzer u. a. (1993). Folgende Kriterien wurden bei der Gruppenzuordnung berücksichtigt:

So galt beispielsweise eine „Fressattacke“ nur dann als solche, wenn sie den Kriterien des Diagnostischen und statistischen Manuals psychischer Störungen (DSM-IV) entsprach, wo es heißt:

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.)¹⁰⁵

Auch Johnson u. a. (2000) geben an: „We have found that quantity, duration, and loss of control are important in judgements of binges.“¹⁰⁶

Pike, Loeb und Walsh (1995) machen beim Thema *Frequency of binge eating* darauf aufmerksam „To meet diagnostic criteria for anorexia nervosa, binge eating/purging type, the frequency of binge eating is not specified.“ Ebenso verhält es sich mit *Duration of binge eating*: „(...), in the case of anorexia nervosa, this parameter is not defined.“¹⁰⁷

¹⁰⁵ Saß (2003), S. 657.

¹⁰⁶ Johnson u. a. (2000), S. 477.

¹⁰⁷ Pike u. a. (1995), S. 305f.

Auch Fairburn und Wilson (1993) machen deutlich: „In DSM-IV anorexia nervosa is subdivided on the basis of the presence of binge eating and purging into a binge eating/purging type in which there are regular episodes of binge eating or purging and a restrictive type in which binge eating and purging do not occur 'regularly'. ('Regularly' is not defined).“¹⁰⁸

Während bei den diagnostischen Kriterien für Anorexia nervosa lediglich der Begriff „regelmäßig“ erwähnt wird und somit recht unspezifisch ist, heißt es bei den Kriterien für Bulimia nervosa (F50.2):

„Die 'Freßattacken' und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.“¹⁰⁹

Eine Untersuchung von Garfinkel u. a. (1980) kommt zu dem Schluss, dass 25 (37%) der befragten Anorektikerinnen Binges täglich berichten, 28 (41%) 1-5 mal pro Woche und 15 (22%) Befragte gaben an, 1-3 mal pro Monat Essanfälle zu haben.

Bei Casper u. a. (1980) gaben 16% der Befragten an, Binges nahezu täglich zu haben, 27% mehrfach pro Woche, 24% einmal pro Woche und 33% weniger als einmal die Woche.

Garner (1993) macht allerdings deutlich: „However, to propose a subtyping system for anorexia nervosa that requires a threshold for frequency of binge eating that is similar to that recommended for bulimia nervosa is premature because it is based on insufficient published data.“¹¹⁰

Zu den obig genannten Untersuchungen hält er fest:

Given these data, there are obvious problems in using the frequency criterion applied to bulimia nervosa. A significant proportion of anorexia nervosa patients classified as "bulimic" in the earlier studies would not have met the "two episodes a week" criterion. (...) A detailed analysis of patients reporting infrequent bulimic episodes would be worthwhile because it is not clear whether these individuals

¹⁰⁸ Fairburn & Wilson (1993), S. 10.

¹⁰⁹ Saß (2003), S. 657.

¹¹⁰ Garner (1993), S. 60.

more closely resemble patients for whom binge episodes are a dominant clinical feature.¹¹¹

Aus diesem Grund wurden auch Bögen mit in die Bewertung genommen, bei denen bei der Frage „Wie oft, im Durchschnitt, gab es während der letzten sechs Monate Zeiten, in denen das Vorkam – also der Verzehr großer Nahrungsmengen plus das Gefühl, dass Ihr Essen außer Kontrolle war?“ die ersten beiden Antwortoptionen gewählt wurden (also einen Tag pro Woche bzw. weniger als einen Tag pro Woche).

Der Punkt *Loss of control*, in dieser Untersuchung abgefragt durch die Frage 2, wird bei Pike et al. (1995) näher beschrieben:

In both bulimia and binge eating disorder, lack of control is defined as a sense that one cannot stop eating or control what or how much one is eating. In addition to the subjective experience of being out of control, binge eating disorder requires that at least three of the following indicators of impaired control be present: (a) eating much more rapidly than normal, (b) eating until feeling uncomfortably full, (c) eating large amounts of food when not feeling physically hungry, (d) eating alone because of being embarrassed by how much one is eating, (e) feeling disgusted with oneself, depressed, or very guilty after overeating.¹¹²

Da die o. g. *indicators* ein genaueres Abbild des *Loss of control* ermöglichen als die alleinige Abfrage „(...) hatten Sie oft den Eindruck, dass Sie nicht stoppen oder kontrollieren konnten, was oder wie viel Sie aßen“ (Frage 2), wurden die erwähnten Indikatoren in Frage 4 zusätzlich mit erhoben.

Zum Purging-Verhalten sagt das DSM-IV: „(...) und hat Purging-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.“¹¹³

Weiterhin heißt es: „Die am häufigsten benutzte Methode ist das selbstinduzierte Erbrechen nach einer ‘Freßattacke’. Und es heißt: „Weiteres Purging‘-Verhalten ist der Mißbrauch von Laxantien und Diuretika. (...) **In seltenen Fällen** mißbrauchen Personen mit dieser Störung Klistiere nach

¹¹¹ Garner (1993), S. 60.

¹¹² Pike u. a. (1995), S. 305.

¹¹³ Saß (2003), S. 620.

den 'Freßattacken', aber dies ist in der Regel nicht die einzige angewendete gegensteuernde Maßnahme."¹¹⁴

Aus diesem Grund wurde Klistieren nicht mit in den Fragenkatalog aufgenommen.

Zur Häufigkeit des Purging-Verhaltens gibt es bislang keine ausreichenden Daten.

Im DSM-IV heißt es hierzu: „Die meisten Personen vom 'Binge-Eating/Purging'-Typus scheinen dieses Verhalten mindestens einmal wöchentlich zu zeigen, aber es liegen keine ausreichenden Daten vor, um die Spezifizierung einer minimalen Häufigkeit zu rechtfertigen."¹¹⁵

In die Auswertung einbezogen wurden also Bögen, bei denen die Personen mindestens 1x wöchentlich Purging-Verhalten zeigten.

Pike, Loeb und Walsh (1995) berichten zum Thema *Parameters of Purging*:

According to the DSM-IV, purging techniques include self-induced vomiting and misuse of laxatives, diuretics, enemas, or other medications in an effort to compensate for caloric consumption and avoid weight gain. Fasting (refusing caloric intake for a day or more) and excessive exercise are not considered purging mechanism although they are considered compensatory behaviours in the case of 'nonpurging' bulimia nervosa.¹¹⁶

Dementsprechend werden im Fragebogen die Items: Brechen, Laxantien und Diuretika abgefragt und mit in die Bewertung einbezogen. Die Items Fasten, Diätpillen und Sport werden der Ausführlichkeit halber mit erhoben, um ein umfassendes Bild der Purging-Aktivität anorektischer Probanden zu zeichnen, gelten aber im o. g. Sinne nicht als wesentliches Merkmal einer entgegensteuernden Maßnahme.

Frühere Untersuchungen, wie z. B. Casper u. a. (1980) definieren bulimische Episoden bei Anorexia nervosa (Binge) als „(...) uncontrollable

¹¹⁴ S. Saß (2003), S. 653.

¹¹⁵ Ebenda, S. 647.

¹¹⁶ Pike u. a. (1995), S. 307.

rapid ingestion of large amounts of food over a short period of time, terminated by physical discomfort, social interruption, or sleep.“¹¹⁷

Bei Garfinkel u. a. (1980) heißt es in einer Untersuchung zu Anorexia nervosa: “Bulimia was defined as an abnormal increase in one’s desire to eat, with episodes of excessive ingestion of large quantities of food that the patient viewed as ego-alient and beyond her control.“¹¹⁸

Beide Definitionen lassen offen, was genau mit „large“ gemeint ist.

Die nachfolgende Tabelle gibt einen Überblick über die Richtwerte der durchschnittlichen Energiezufuhr pro Tag:

Tab. 2: Richtwerte durchschnittlicher Energiezufuhr

Alter	männlich	weiblich
15 bis unter 19 Jahre	3100 kcal	2500 kcal
19 bis unter 25 Jahre	3000 kcal	2400 kcal
25 bis unter 51 Jahre	2900 kcal	2300 kcal
51 bis unter 65 Jahre	2500 kcal	2000 kcal
über 65 Jahre	2300 kcal	1800 kcal

Quelle: D-A-CH: Referenzwerte für die Nährstoffzufuhr¹¹⁹

Walsh (1993) macht bei bulimischen Patienten darauf aufmerksam:

(...) a majority of eating episodes considered to be binges by patients contain no more food than do episodes *not* considered to be binges. These small binge episodes appear to be characterized by the consumption of dessert or snack food that patients generally wish to avoid and therefore are likely to be accompanied by a sense of loss of control. Thus, many episodes of eating viewed by patients as binges are better described as subjective bulimic episodes.¹²⁰

Und Garner (1993) fügt für Anorektiker hinzu: „It is now well established that many of the episodes of overeating described as binge episodes by bulimia nervosa patients do not meet the ‘definitely larger’ criterion. (...) There are no comparable data for anorexia nervosa patients, but it is reasonable to expect that the same would apply for this group.“¹²¹

¹¹⁷ Casper u. a. (1980), S. 1031.

¹¹⁸ Garfinkel u. a. (1980), S. 1037.

¹¹⁹ http://www.ernaehrung.de/tipps/allgemeine_infos/ernaehr10.htm

¹²⁰ Walsh (1993), S. 47.

¹²¹ Garner (1993), S. 62.

Aus diesem Grund wurde in dieser Untersuchung die kcal-Menge einer Essattacke mit erhoben, um differenzieren zu können, ob es sich tatsächlich um eine objektive „Fressattacke“ handelt.¹²²

7.4. Auswertung der Fragebögen und missing values

Die Antworten der Versuchspersonen wurden gemäß der Handanweisung der Testmanuale ausgewertet und anschließend abermals auf Fehler überprüft. Da fehlende Werte, so genannte *missing values*, die Auswertung erschweren, werden gewöhnlich Durchschnittswerte für diese eingesetzt (vgl. Backhaus 1996). In diesem Sinne wurde auch in der Arbeit der Verfasserin vorgegangen. Die Missing-Value-Rate der vorliegenden Arbeit betrug 0,39%.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit Hilfe von SPSS für Windows 11.5.

7.5. Demographische Angaben

Das durchschnittliche Alter der Befragten betrug 21,60 Jahre (sd=5,82). Verteilt nach Subgruppe ergaben sich folgende Werte: AN-R (21,90; sd=6,49), RAN-P (20,90; sd=6,84), AN-BP (21,07; sd=4,83) und EDNOS (22,30; sd=5,25).

Abgefragt wurde ebenfalls das Alter bei Beginn der Erkrankung. Betrachtet man alle 4 Gruppen gemeinsam, so ergab sich ein Durchschnittswert von 16,40; sd=4,0. Am jüngsten zu Beginn der Erkrankung waren die RAN-P mit 14,86 Jahren; sd=3,52, gefolgt von den AN-R mit einem durchschnittlichen Alter von 16,33; sd=3,77. Danach folgten die EDNOS mit einem durchschnittlichen Erkrankungsalter von 16,70; sd=3,83 und am ältesten waren die AN-BP (17,57; sd=4,58).

Das durchschnittliche Gewicht betrug 44,79 kg (sd=5,70). Auf die Subgruppen verteilt, zeigte sich ein durchschnittliches Gewicht von: AN-R (43,83 kg; sd=6,48), RAN-P (43,10 kg; sd=5,64) und AN-BP mit dem er-

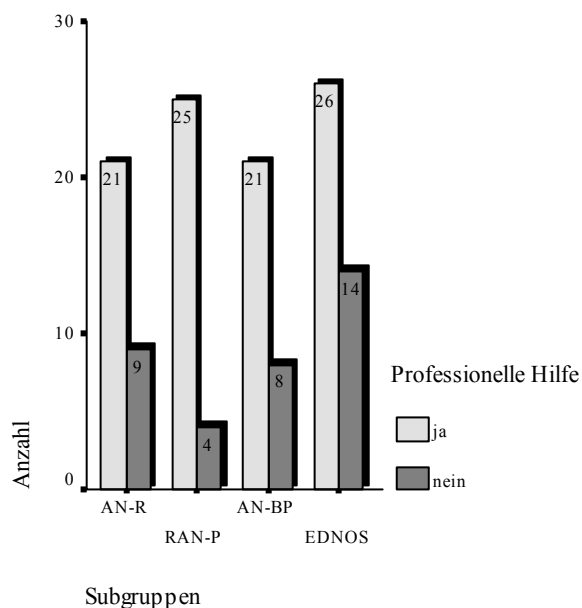
¹²² Die Probanden sollten dazu die Nahrung und deren Menge, die sie während eines Binges verköstigt hatten, notieren.

wartungsgemäß höchstem Gewicht der anorektischen Gruppen von 44,23 kg (sd=5,85). Bezogen auf alle 4 Gruppen, zeigten die EDNOS mit 47,20 kg; sd=4,23) das höchste Gewicht. Differenziert nach Subgruppe, ergab sich somit jeweils ein durchschnittlicher BMI von: AN-R (15,06; sd=1,72), RAN-P (15,19; sd=1,64), AN-BP (15,65; sd=1,53) und EDNOS (16,36; sd=0,92).

7.5.1. Inanspruchnahme professioneller Hilfe

Es wurde abgefragt, ob bezüglich der Erkrankung professionelle Hilfe in Anspruch genommen wurde. Falls diese Frage mit „Ja“ beantwortet wurde, sollte die Art der Hilfe und der Zeitpunkt seitens der Probanden genannt werden. Ankreuzmöglichkeiten waren „Arzt“, „Psychologe/ Psychotherapeut“, „Klinikaufenthalt“ und „Sonstiges“. Es ergab sich folgendes Bild:

Abb. 3: Schaubild „professionelle Hilfe“



Insgesamt wurde professionelle Hilfe von 72,7% der Befragten in Anspruch genommen. Aufgesplittet nach Gruppen zeigte sich, dass 70% der AN-R dieses berichteten. 86,2% der RAN-P, 72,4% der AN-BP und 65% der EDNOS gaben an, einmal oder mehrfach bezüglich ihrer Erkrankung professionelle Hilfe in Anspruch genommen zu haben. Unter der Rubrik „Sonstiges“ wurde zusätzlich „Ernährungsberatung“, „Psychiater“, „Ergo-

therapie“, „Reha“ und „Selbsthilfegruppe“ genannt. Dieses wurde aber insgesamt nur von 6 Personen berichtet, so dass obig genannte „sonstige Hilfen“ bei dieser Probandengruppe nicht sehr frequent erscheinen.

7.5.2. Vergleich des Binge- bzw. Purge-Verhaltens von AN-BP und RAN-P

Im Folgenden soll das Binge-Verhalten der AN-BP näher beleuchtet werden. Dazu wurde z. B. die mittlere Kcal-Anzahl berechnet und der Zeitpunkt eines Essanfalls betrachtet. Weiterhin wurde das Purge-Verhalten dieser beiden Gruppen miteinander verglichen.

7.5.2.1. Binge-Verhalten der AN-BP

Zur genaueren Bestimmung des AN-BP-Typs wurden folgende Berechnungen durchgeführt:

Die durchschnittliche Kcal-Anzahl pro Binge-Attacke betrug: 3921,60 kcal (sd=2536,97).

Zeitpunkt der Binge-Attacke (hier waren Mehrfachnennungen möglich): 23,3% der AN-BP berichten morgens einen Essanfall. Am frühen Nachmittag (12-16 Uhr) kommt es bei 43,3% zu einem Essanfall. Am häufigsten kommt es mit 63,3% am späten Nachmittag (16-19 Uhr) zu Essanfällen bei den befragten AN-BP. Auch abends in der Zeit von 19-22 Uhr kommt es häufig zu einem Binge-Verhalten. Diesen Zeitraum gaben 53,3% der AN-BP an. Nach 22 Uhr wird noch von 26,7% ein Essanfall erwähnt.

7.5.2.2. Purging-Verhalten: AN-BP versus RAN-P

Hinsichtlich des Purging-Verhaltens kam es differenziert nach Subgruppen zu folgendem Ergebnis:

Bei den **AN-BP**: 21 Probanden berichten Erbrechen als Purging-Methode. Dies entspricht 70% der Subgruppe. Davon erbrechen 13,3% weniger als einmal pro Woche, 3,3% einmal pro Woche, 20% erbrechen 2-3 mal pro

Woche, 6,7% 4-5 mal pro Woche und 26,7% berichten, dass sie mehr als 5 mal pro Woche Erbrechen als Purging-Methode nutzen.

Hinsichtlich des Laxantienkonsums stellte sich heraus, dass 14 Probanden (46,7%) dieses als Purging-Methode einsetzten. Davon gaben 6,7% an, dieses weniger als einmal pro Woche zu tun, während 3,3% der Befragten einmal pro Woche Laxantien nutzen. Mit 30% werden diese Abführmittel am häufigsten 2-3 mal pro Woche verwendet und 6,7% gaben an, diese häufiger als 5 mal pro Woche zu nutzen.

3 Probanden der AN-BP-Gruppe berichteten einen Diuretikagebrauch. Es zeigte sich, dass, wenn Diuretika zum Einsatz kommen, diese häufig genutzt werden. So wurden sie von einer Person 4-5 mal pro Woche eingesetzt und 2 Probanden (6,7%) gaben an, Diuretika mehr als 5 mal in der Woche zu nutzen.

80% der 30 befragten AN-BP gaben Fasten als Methode an, also einen 24-stündigen Essensverzicht, mit dem Ziel, eine Gewichtszunahme zu verhindern. 20% taten dieses weniger als einmal pro Woche. 26,7% berichteten, einmal pro Woche zu fasten, während 20% 2-3 mal pro Woche fasteten. 13,3% der befragten AN-BP fasteten 4-5 mal pro Woche.

Sport, als Möglichkeit Gewicht zu verlieren, wurde von 80% der AN-BP genutzt. Knapp die Hälfte (46,7%) gab eine Sporthäufigkeit von 4-5 mal pro Woche oder mehr an.

Hinsichtlich des Einsatzes von Diätpillen, gaben nur 6,7% dieser Gruppe an, diese zu nutzen. Dann aber auch 2-3 mal bzw. 4-5 mal pro Woche.

Bei den **RAN-P** ergab sich folgende Aufteilung: 80% der 30 befragten RAN-P gaben an, Erbrechen als Purging-Methode zu nutzen. Mit 26,7% erbrachen die meisten Befragten mehr als 5 mal pro Woche, gefolgt von 16,7%, die 2-3 Mal pro Woche Erbrechen provozierten. 20% gaben an, weniger als einmal pro Woche zu erbrechen.

66,7% der RAN-P berichteten Laxantienkonsum. Mit 40% wurden Laxantien 2-3 bzw. 4-5 mal pro Woche eingesetzt. Lediglich 3,3 % gaben an, Laxantien weniger als einmal die Woche zu benutzen, wohingegen 10% einen Konsum angaben, der höher als 5 mal pro Woche lag.

Ein Diuretikakonsum wurde nur von einer Person berichtet und dieses weniger als einmal pro Woche.

Fasten hingegen wurde von 83,3% der Befragten genannt. 20% berichteten, weniger als einmal pro Woche zu fasten und 26,7% taten dieses einmal in der Woche. 20% gaben an, 2-3 mal zu fasten und 13,3% fasteten 4-5 mal pro Woche.

Auch die sportlichen Aktivitäten lagen mit 73,3% sehr hoch. Am häufigsten wurde mit 30% 2-3 mal pro Woche trainiert. Keiner der Befragten übte Sport lediglich einmal pro Woche oder weniger aus. 26,7% trainierten hingegen mehr als 5 mal in der Woche.

Diätpillen kamen bei 23,3% der Befragten zum Einsatz. Jeweils 6,7% nutzten die Pillen einmal bzw. mehr als 5 mal pro Woche und 10% gaben an, 2-3 Tage in der Woche dieses Purging-Verhalten zu zeigen.

Vergleicht man die beiden purgierenden Gruppen, ergibt sich folgendes Bild:

Abb. 4: Brechhäufigkeit

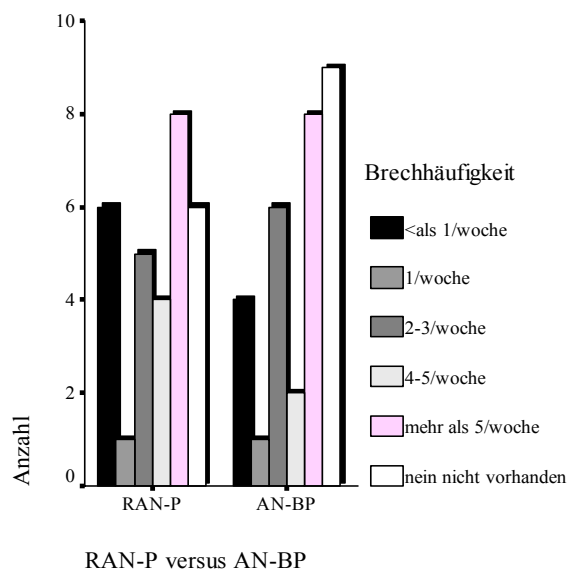
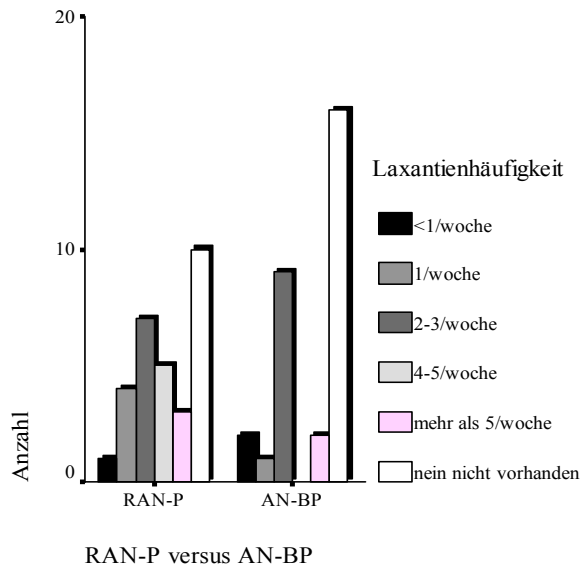


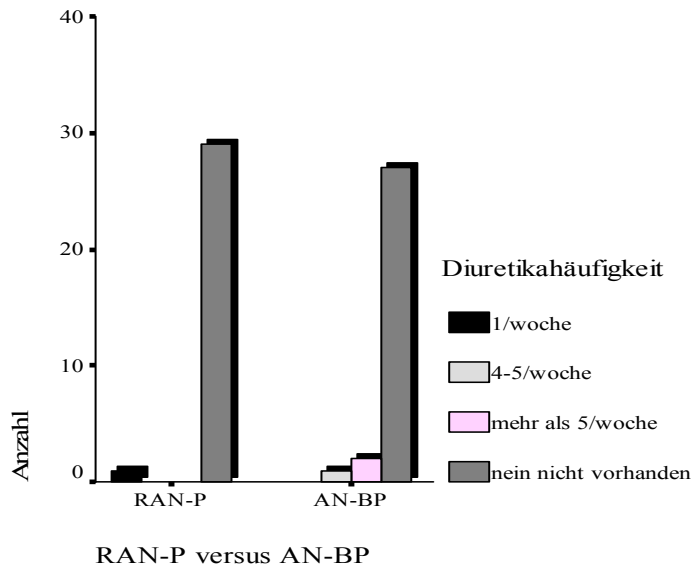
Abb. 5: Laxantienhäufigkeit



Mit 80% kommt das selbstinduzierte Erbrechen etwas häufiger bei den RAN-P im Vergleich zu 70% der AN-BP vor. Übereinstimmend zeigte sich aber, dass beide Gruppen am häufigsten mit jeweils 26,7% eine Brechfrequenz angaben, die bei mehr als fünfmal pro Woche lag. Bei dem Laxantienkonsum lagen die RAN-P mit 66,7% zu 46,7% bei den AN-BP höher. Übereinstimmungen zeigten sich auch hier bei der Häufigkeit des Konsums, indem beide Gruppen angaben, meist zwischen 2 und 3 Tagen in der Woche Laxantien zu verwenden.

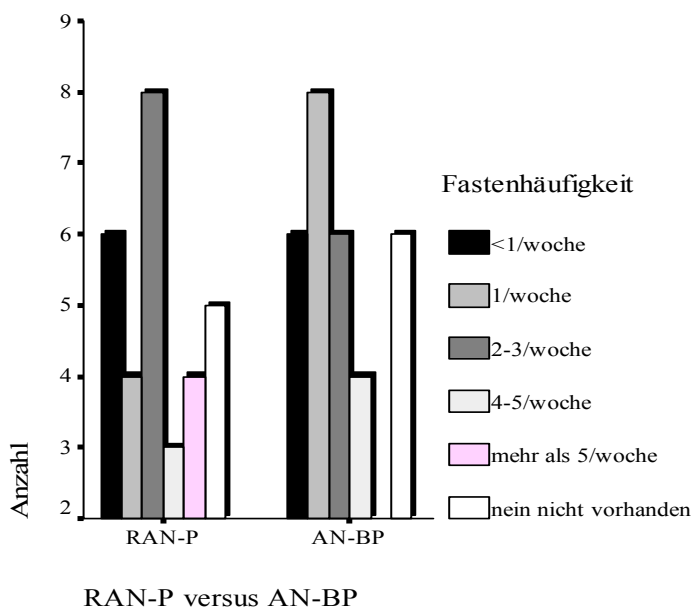
Diuretika hingegen wurden häufiger von den AN-BP angegeben (10% zu 3,3%). Während Diuretika bei den AN-BP häufig zum Einsatz kamen (mindestens 4-5 mal pro Woche und mehr), lag der Wert der RAN-P bei unter einer Woche.

Abb. 6: Diuretikahäufigkeit



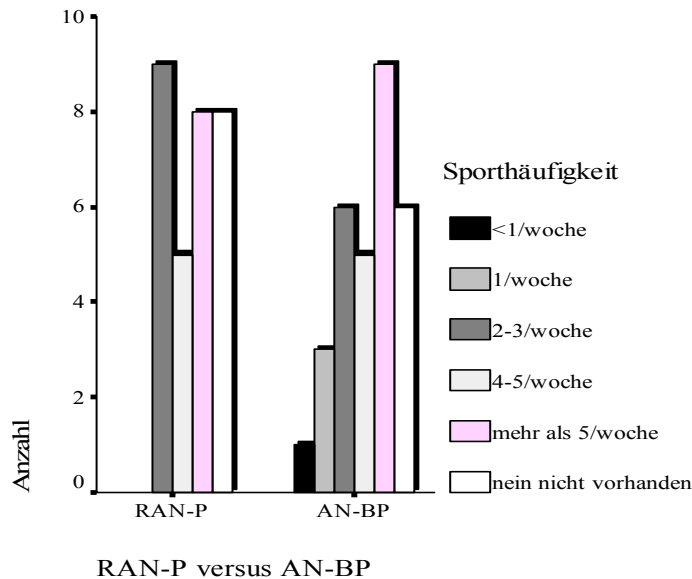
Das Fasten war in beiden Gruppen annähernd gleich stark vertreten. So berichteten 83,3% der RAN-P und 80% der AN-BP Fasten als Möglichkeit des Gewichtsverlustes bzw. als Verhinderung einer Gewichtszunahme, einzusetzen. Während die RAN-P mit 26,7% am häufigsten 2-3 mal wöchentlich fasteten, gaben 26,7% der AN-BP an, einmal wöchentlich Fasten als Gewichtsregulierung zu nutzen.

Abb. 7: Fastenhäufigkeit



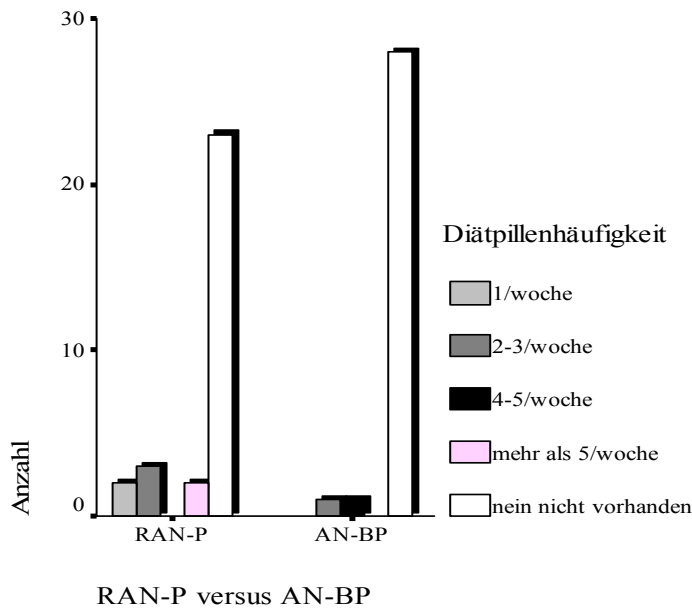
Sporttreiben war in beiden Gruppen sehr stark vertreten, mit 73,3% bei den RAN-P und 80% bei den AN-BP. Mit 30% trieben die RAN-P am häufigsten 2-3 mal wöchentlich Sport, während 30% der AN-BP angaben, mehr als 5 mal pro Woche sportlich aktiv zu werden.

Abb. 8: Sporthäufigkeit



Der Einsatz von Diätpillen war mit 23,3% zu 6,7% häufiger bei den RAN-P vertreten, von denen 6,7% angaben, Diätpillen häufiger als 5 mal pro Woche einzusetzen. Aber auch bei den AN-BP lag der Konsum mit 2-3 mal (3,3%) bzw. 4-5 mal (3,3%) pro Woche relativ hoch.

Abb. 9: Diätpillenhäufigkeit



7.6. Faktorenanalyse

Die Faktorenanalyse ist ein datenreduzierendes Analyseverfahren, welches eine Vielzahl von Variablen auf der Grundlage der Korrelationen zwischen diesen Variablen durch einige wenige hypothetische, wechselseitig voneinander unabhängige Faktoren beschreibt. Ziel ist demnach, korrelierende Variablen zu Faktoren zusammenzufassen. Somit wird überprüft, ob sich die mit der Variablenauswahl intendierte Struktur auch in den Interkorrelationen abbildet.

Die Faktoren mit den nach Höhe geordneten Korrelationen sind im Folgenden in Tabellenform dargestellt. Es wurden durchweg bipolare Faktoren gefunden, die entsprechend des Vorzeichens der Ladung als „Pluspol“ bzw. „Minuspol“ deklariert werden. Dass es sich dabei einerseits um einen positiven Ladungsbereich bzw. andererseits um einen negativen Bereich handelt, hat keine qualitativ inhaltliche Aussage, sondern bezieht sich strikt auf das Vorzeichen der Ladung. Dabei sei darauf hingewiesen, dass Items wie „Alter“ oder „Erkrankungsdauer“ im Vergleich zu binären Variablen eine feinere Klasseneinteilung aufweisen und demnach bei Faktorenanalysen zu höheren Korrelationen führen können. Zur sprachlichen Interpreta-

tion sei gesagt, dass über die Items mit der höchsten positiven bzw. negativen Ladung zwei inhaltlich entgegengesetzte Oberbegriffe gebildet wurden (vgl. Lehmann 2000). Weiterhin wurde darauf verzichtet, geringer ladende Items aufzuführen, um eine Übersichtlichkeit der Ergebnisse zu gewährleisten.

7.6.1. Beschreibung der verwendeten Subskalen

Um eine Interpretation zu erleichtern, soll hier im Folgenden noch einmal eine genaue Beschreibung der Subskalen erfolgen:

- (a) State-Trait-Angstinventar (STAI): insgesamt 40 Items, davon messen die ersten 20 Items Angst als Zustand (State) und die folgenden 20 Items Angst als Eigenschaft (Trait).
Zustandsangst: Intensität variiert über Zeit und Situation
Eigenschaftsangst: Angst als relativ überdauerndes Persönlichkeitsmerkmal, sprich „Ängstlichkeit“
- (b) Eating Attitudes Test – 26 (EAT): insgesamt 3 Subskalen
Diätverhalten (z. B. „Ich weiß, wieviel Kalorien die Nahrungsmittel haben, die ich esse“ oder „Ich meide besonders die Nahrungsmittel, die viele Kohlehydrate haben“)
Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit Nahrung (z. B. „Ich habe mich Fressanfällen hingegeben, wobei ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte, zu essen“ oder „Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht“)
Orale Kontrolle (z. B. Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin“ oder „Ich zerteile mein Essen in kleine Stücke“)
- (c) Positive und Negative Affekt Schedule (PANAS):
Positiver Affekt (beschreibt das Ausmaß, in dem eine Person enthusiastisch, aktiv und aufmerksam ist. Hoher PA geht einher mit Energie, Konzentration und freudigem Engagement.

PA soll eng mit der zentralen Persönlichkeitsdimension „Extraversion“ zusammenhängen).¹²³

Negativer Affekt (zeigt das Ausmaß negativen Angespanntseins. Hoher NA geht einher mit Gereiztheit, Nervosität oder Angst. NA soll mit Merkmalen wie „Neurotizismus“, „Ängstlichkeit“ oder „Repression – Sensitization“ korrespondieren).

(d) Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE):

Insgesamt 4 Subskalen

Negative Selbstbewertung (sich wertlos oder als Versager fühlen, wenig Willenskraft; Beispielitem „Ich denke oft, ich bin ein Versager“)

Abhängigkeits-Kognitionen (Wagnisse meiden, Anerkennung durch Andere wichtig, Fehler werden als peinlich empfunden; Beispielitem „Es ist für mich sehr wichtig, dass andere Leute mögen, was ich tue“)

Internalisierung von Misserfolg (sich selbst die Schuld an Misserfolg geben, lange über Fehler nachdenken; Beispielitem „Ich gebe mir gewöhnlich selbst die Schuld, wenn sich Dinge nicht gut entwickeln“)

Irritierbarkeit (hohe Erregbarkeit bei äußeren Störreizen, schnell beleidigt und verärgert, zu Klagen neigen; Beispielitem „Kleine Schwierigkeiten machen mich oft ärgerlich“)

(e) Eating Disorder Inventory - 2 (EDI):

Insgesamt 11 Subskalen

Schlankheitsstreben (z. B. „Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen“)

Bulimie (z. B. „Ich kenne Fressanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mehr aufhören zu können“)

¹²³ Metz-Göckel (2000) sagt hinsichtlich des positiven Affektes „Wenn Wahrnehmungen, Ziele, Handlungen mit den Inhalten des Selbstsystems in Einklang sind, entsteht positiver Affekt, (...), S. 16.

Körperunzufriedenheit (z. B. „Ich glaube, mein Bauch ist zu dick“)

Ineffektivität (z. B. „Ich halte nicht viel von mir“)

Perfektionismus (z. B. „Ich hasse es, nicht die Beste zu sein“)

Zwischenmenschliches Misstrauen (z. B. „Ich brauche zu anderen Menschen eine gewisse Distanz und fühle mich bei Nähe unwohl“)

Interozeption (z. B. „Ich weiß nicht, was in mir vorgeht“)

Angst vor dem Erwachsenwerden (z. B. „Ich wünschte, ich könnte mich in die Geborgenheit der Kindheit zurückbegeben“)

Askese (z. B. „Essen aus Genuss ist ein Zeichen moralischer Schwäche“)

Impulsregulation (z. B. „Ich neige zu Zorn- und Wutausbrüchen“)

Soziale Unsicherheit (z. B. „Ich bin lieber allein als mit Anderen zusammen“)

(f) Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)

Insgesamt 4 Subskalen

Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (sieht viele Handlungsalternativen, ist selbstsicher, hohes Selbstvertrauen)

Internalität (generalisierte Überzeugung, dass Handlungsergebnisse tendenziell als eher selbstverursacht und selbstverantwortet erlebt werden, anstatt sie externalen Ursachen zuzuschreiben – das Meiste im Leben wird als abhängig vom eigenen Kräfteinsatz und Verhalten gesehen)

Soziale Externalität (sich fremdbestimmt und hilflos fühlen – „powerful others“)

Fatalistische Externalität (generalisierte Erwartung, dass das Leben und Ereignisse vom Schicksal, Glück, Pech und Zufall abhängen)

Zu besseren Überschaubarkeit finden sich in der nachfolgenden Tabelle die Cronbachs Alpha-Werte der eingesetzten Subskalen.

Tab. 3: Cronbachs Alpha der Subskalen

Subskalen der Fragebögen	Cronbach's Alpha
EAT-Subskala „Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen“	.73
EAT-Subskala „Diätverhalten“	.79
EAT-Subskala „Orale Kontrolle“	.66
EDI-Subskala „Angst vor dem Erwachsenwerden“	.84
EDI-Subskala „Askese“	.77
EDI-Subskala „Bulimie“	.87
EDI-Subskala „Impulsregulation“	.71
EDI-Subskala „Ineffektivitätsgefühl“	.86
EDI-Subskala „Interozeption“	.78
EDI-Subskala „Körperunzufriedenheit“	.86
EDI-Subskala „Perfektionismus“	.80
EDI-Subskala „Schlankheitsstreben“	.73
EDI-Subskala „soziale Unsicherheit“	.81
EDI-Subskala „zwischenmenschliches Misstrauen“	.85
FIE-Subskala „Abhängigkeits-Kognitionen“	.73
FIE-Subskala „Internalisierung von Misserfolg“	.70
FIE-Subskala „Irritierbarkeit“	.63
FIE-Subskala „negative Selbstbewertung“	.70
FKK-Subskala „fatalistische Externalität“	.71
FKK-Subskala „Internalität“	.59
FKK-Subskala „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“	.80
FKK-Subskala „soziale Externalität“	.66
PANAS-Subskala „negativer Affekt“	.85
PANAS-Subskala „positiver Affekt“	.89
STAI-Subskala „State“	.90
STAI-Subskala „Trait“	.84

7.6.2. Hauptkomponentenanalyse auf Skalenebene

Es konnten 8 Faktoren mit einem Eigenwert >1 extrahiert werden. Diese erklären insgesamt 71.26% der Gesamtvarianz, wie in folgender Tabelle veranschaulicht wird:

Tab. 4: Hauptkomponentenanalyse auf Skalenebene

Erklärte Gesamtvarianz

Komponente	Anfängliche Eigenwerte		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	9.173	29.589	29.589
2	3.052	9.846	39.435
3	2.458	7.929	47.364
4	1.863	6.011	53.375
5	1.643	5.300	58.675
6	1.469	4.739	63.414
7	1.329	4.287	67.701
8	1.111	3.585	71.285

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Insgesamt konnten die ersten drei Faktoren, welche zusammen eine Gesamtvarianz von 47.36% klären, interpretiert werden. Die restlichen 5 Faktoren, die einen Eigenwert >1 aufwiesen, wurden nicht in die Interpretation einbezogen, da bei zunehmender Faktorenzahl eine immer größere Spezifizierung vorliegt, welche eine anschauliche Interpretation der Ergebnisse erschwert.

7.6.2.1. Beschreibung des 1. Faktors

Wie aus obiger Tabelle ersichtlich, beträgt der Eigenwert des 1. Faktors 9.17 und erklärt 29.59% der Gesamtvarianz. Eine Gegenüberstellung der geordneten Pole dieses Faktors ist im Folgenden ersichtlich:

Tab. 5: Gegenüberstellung des bipolaren 1. Faktors

ängstlich depressive Probanden mit Ineffektivitätsgefühl		vs.	selbstsichere Probanden mit positivem Affekt und großem Selbstvertrauen	
EDI Subskala Ineffektivität	.84		FKK Subskala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	-.59
STAI Trait	.82		FKK Subskala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	-.58
BDISUMME	.80		PANAS Subskala positiver Affekt	-.23
FIE Subskala Internalisierung von Misserfolg	.71		FKK Subskala Internalität	
STAI State	.70			

FIE Subskala Irritierbarkeit und Gefühlsexternalisierung	.69			
EDI Subskala zwischenmenschliches Misstrauen	.68			
EDI Subskala Impulsregulation	.67			
PANAS Subskala negativer Affekt	.66			
EDI Subskala Interozeption	.65			
FIE Subskala Abhängigkeitskognitionen	.52			
FKK Subskala soziale Externalität	.50			
EDI Subskala Körperunzufriedenheit	.44			
FKK Subskala fatalistische Externalität	.44			
EAT Subskala Diätverhalten	.38			
EDI Subskala Perfektionismus	.37			
EDI Subskala Schlankheitsstreben	.35			
ESI Subskala Angst vor dem Erwachsenwerden	.32			

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse (a 8 Komponenten extrahiert)

Der Pluspol dieses Faktors ist geprägt durch negative Persönlichkeitsmerkmale. So korrelieren z. B. Angstwerte (State und Trait) mit Depressionswerten. Dieses paart sich mit Gefühlen der Ineffektivität (.84) und damit einhergehend mit negativer Selbstbewertung (.77). Ebenfalls fällt auf der einen Seite die Internalisierung von Misserfolg (.71) und auf der anderen Seite eine soziale Verunsicherung auf: Soziale Unsicherheit (.73), zwischenmenschliches Misstrauen (.68), Abhängigkeitskognitionen (Anerkennung durch Andere ist wichtig, Fehler werden als peinlich empfunden, Wagnisse werden vermieden) (.52) und soziale Externalität (man fühlt sich fremdbestimmt und hilflos) (.50). Dieser Pol vereinbart demnach sowohl negative Aspekte in Bezug auf die eigene Persönlichkeit (Ineffektivität, Zustands- und Eigenschaftsangst, sowie Depression, etc.) als auch in puncto sozialer Verunsicherung.

Der gegenüberliegende Pol hingegen zeigt eine positive Ausprägung in Bezug auf das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (.59). Dieses korreliert mit positiven Affekten (.58). Somit ist die Erwartung, dass in Handlungs- bzw.

Lebenssituationen zumindest eine Handlungsalternative zur Verfügung steht (Selbstkonzept eigener Fähigkeiten), verbunden mit positiven Empfindungen wie Aktivität, Interesse, Wachheit, Begeisterung, Entschlossenheit, etc.

7.6.2.2. Beschreibung des 2. Faktors

Der zweite Faktor besitzt den Eigenwert 3.05 und trägt mit 9.85% zur Aufklärung der Gesamtvarianz bei. Der zweite Faktor zeigt sich wie folgt:

Tab. 6: Gegenüberstellung des bipolaren 2. Faktors

aktuell jüngere und kürzer erkrankte Probanden mit Schlankheitsstreben		vs.	aktuell ältere und länger erkrankte Probanden mit sozialer Unsicherheit	
EAT Subskala Diätverhalten	.71		Alter	-.56
EDI Subskala Schlankheitsstreben	.69		Erkrankungsdauer in Monaten	-.43
EAT Subskala orale Kontrolle	.51		EDI Subskala zwischenmenschliches Misstrauen	-.35
EAT Subskala Bulimie und ständige gedankl. Beschäftigung mit Essen	.49		EDI Subskala soziale Unsicherheit	-.35
FKK Subskala Internalität	.47		FKK Subskala fatalistische Externalität	-.27

Hier erscheint im Pluspol einerseits eine stark kontrollierende Komponente des Essverhaltens: Diätverhalten (.71), Schlankheitsstreben (.69) und orale Kontrolle (Beispielitem: „Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin“) (.51), aber auch andererseits eine ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen (.49). Mit .47 ist hier ebenfalls Internalität (Überzeugung, dass Handlungsergebnisse tendenziell eher selbstverursacht und selbstverantwortet sind) vorhanden. Der Minuspol hingegen ist, ähnlich wie bei Faktor 1 der Pluspol, gekennzeichnet durch soziale Verunsicherung. Allerdings spielen hier zusätzlich noch das Alter (.56) und die Erkrankungsdauer (.43) eine Rolle. Dies könnte ein Hinweis darauf sein, dass ältere Probanden, welche länger erkrankt sind, eher Probleme in sozialen Beziehungen bzw. Situationen aufweisen, wohingegen jüngere Befragte, die noch nicht so lange erkrankt sind, stärker durch ein stark kontrollierendes Ver-

halten auffällig werden, aber sich auch tendenziell aktiver und selbstsicherer erleben.

7.6.2.3. Beschreibung des 3. Faktors

Dieser Faktor hat einen Eigenwert von 2.46 und trägt mit 7.93% zur Gesamtvarianz bei. Eine Gegenüberstellung zeigt Folgendes:

Tab. 7: Gegenüberstellung des bipolaren 3. Faktors

länger Erkrankte mit höherem aktuellen Alter und perfektionis- tischem Kontrollverhalten		vs.	kürzer Erkrankte mit niedrigem aktuellen Alter und bulimischen Tendenzen	
Erkrankungsdauer in Mona- ten	.64		EDI Subskala Bulimie	-.58
EDI Subskala Perfektionis- mus	.51		EAT Subskala Bulimie und ständige gedankl. Beschäfti- gung mit Essen	-.46
EAT Subskala orale Kontrolle	.44		Bodymass-Index	-.41
Alter	.37		Alter bei Beginn der Erkran- kung	-.39
FKK Subskala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	.27		EDI Subskala Angst vor dem Erwachsenwerden	-.30

Bei diesem 3. Faktor stehen die Erkrankungsdauer (.64), der Perfektionismus (.51), die orale Kontrolle (.44) und tendenziell noch das Alter (.37) im Pluspol dem bulimischen Verhalten (.58) bzw. (.46), dem BMI (.41) und in schwächerem Maße noch das Alter bei Beginn der Erkrankung mit .39 im Minuspol gegenüber. Dies könnte darauf hindeuten, dass eine längere Erkrankungsdauer und ein höheres, aktuelles Alter mit perfektionistischem Verhalten einhergeht, während ein höherer BMI und ein höheres Alter bei Beginn der Erkrankung für bulimische Tendenzen sprechen.

7.6.3. Zusammenfassung der Ergebnisse (Faktorenanalyse)

Insgesamt wurden 8 Komponenten mittels Hauptkomponentenanalyse extrahiert, von denen drei Faktoren hinreichend interpretiert werden konnten. Diese stellten sich wie folgt dar:

Faktor 1: ängstlich, depressive Züge, verbunden mit Ineffektivität und Irritierbarkeit **versus** positiver Affekt, Internalität und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten, sprich: selbstsicher, hohes Selbstvertrauen, viele Handlungsalternativen sehend

Faktor 2: aktuell jüngere, kürzer Erkrankte mit diätierendem Kontrollverhalten und Schlankheitsstreben **versus** aktuell ältere Probanden mit längerer Erkrankungsdauer und sozialer Unsicherheit

Faktor 3: Länger Erkrankte mit höherem aktuellen Alter, niedrigem BMI und niedrigerem Alter zu Beginn der Erkrankung mit perfektionistischem Kontrollverhalten **versus** kürzer Erkrankte mit hohem BMI, niedrigerem aktuellen Alter und höherem Alter bei Beginn der Erkrankung mit bulimischen Tendenzen.

Die obige Auflistung veranschaulicht, eine zunehmende Spezifizierung von Faktor zu Faktor.

7.7. Diskriminanzanalyse

Die Diskriminanzanalyse wird eingesetzt, um zu prüfen, in welcher Form und in welchem Grade eine Zusammenstellung von abhängigen Variablen verschiedene Bedingungen diskriminieren kann. So wird z. B. ein aus mehreren Variablen bestehender Test dahingehend überprüft, ob er zwischen mehreren vorher eingeteilten Probandengruppen differenzieren kann. Dabei drücken die Diskriminanzfaktorscores eines Faktors k die Stärke der Zugehörigkeit einzelner Probanden zu jeweils denjenigen Gruppen aus, die bezüglich der Faktorscores von k starke positive bzw. negative Mittelwerte besitzen. Somit ermöglicht die Diskriminanzanalyse als Sekundärergebnis auch eine Klassifikation der einzelnen Probanden (vgl. Lehmann 2000).

Daher wurde in der vorliegenden Arbeit eine Diskriminanzanalyse mit den abgefragten Variablen durchgeführt, um herauszufinden, welche Variablen zwischen den Subgruppen der Anorexie unterscheiden können. Dabei zeigt die Gewichtung der jeweilig aufgeführten Variablen, in welchem Maße sie

zur Interpretation beitragen. Je höher die Ladung, unabhängig ob positiv oder negativ, desto stärker steuert diese Variable zur Analyse bei.

7.7.1. Diskriminanzanalyse auf Skalenebene

Bei dieser Analyse wurden die einzelnen Items zu den entsprechenden Skalen zusammengefasst. Folgende Ergebnisse ließen sich feststellen:

Tab. 8: Eigenwerte und kanonische Korrelation der drei Diskriminanzfunktionen

Funktion	Eigenwert	% der Varianz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
1	1.072(a)	55.8	55.8	.719
2	.486(a)	25.3	81.2	.572
3	.362(a)	18.8	100.0	.515

a Die ersten 3 kanonischen Diskriminanzfunktionen werden in dieser Analyse verwendet.

Tab. 9: Wilks' Lambda und Signifikanz der drei Diskriminanzfunktionen

Test der Funktion(en)	Wilks-Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
1 bis 3	.239	158.340	93	.000
2 bis 3	.494	77.852	60	.060
3	.734	34.113	29	.235

Tab. 10: Gruppenmittelwerte der AN-R, RAN-P, AN-BP und EDNOS

Gruppe	Funktion		
	1	2	3
AN-R	-1.237	.920	.097
RAN-P	.054	-.614	.963
AN-BP	1.662	.522	-.148
EDNOS	-.358	-.636	-.660

Insgesamt lassen sich 3 Diskriminanzfaktoren festmachen.

Es zeigt sich, dass die 1. Funktion bei einem Eigenwert¹²⁴ von 1.07, 55% der Gesamtvarianz erklärt. Die kanonische Korrelation liegt bei .72 und ist damit im mittleren bis hohen Bereich angesiedelt. Über Wilks' Lambda wurde getestet, ob sich die mittleren Werte der Diskriminanzfunktion der vorliegenden 4 Gruppen signifikant voneinander unterscheiden lassen. Hier wird deutlich, dass dieser erste Diskriminanzfaktor hochsignifikant ($p \leq .000$) zwischen den Gruppen unterscheidet.

Die 2. Funktion erklärt 25.3% der Gesamtvarianz und besitzt einen Eigenwert von .49. Die kanonische Korrelation weist einen Wert von .57 auf und liegt somit im mittleren Bereich. Eine Signifikanz wurde mit $p \leq .060$ knapp verfehlt.

Hinsichtlich der 3. Funktion lässt sich festhalten, dass diese mit einem Eigenwert von .36 noch 18.8% der Gesamtvarianz zu klären vermag. Die kanonische Korrelation gibt einen Wert von .52 an, allerdings zeigt eine Signifikanz von $p \leq .24$, dass diese dritte Funktion die gegebenen vier Gruppen nicht mehr signifikant voneinander differenzieren kann.

Schaut man sich die Funktionen (Gruppenmittelwerte) der Gruppen-Zentroiden einmal genauer an, so wird deutlich, dass sich die AN-R zusammen mit den EDNOS im negativen Bereich der Diskriminanzfactorscores wiederfinden lassen. Somit bilden diese eine Gruppe bei der ersten Diskriminanzfunktion. Der Factorscoremittelwert der AN-R beträgt -1.24, der der EDNOS -.36. Hingegen befinden sich die AN-BP und die RAN-P im positiven Bereich, wobei die RAN-P mit einem Factorscoremittelwert von .05 nicht mehr ins Gewicht fallen. Die AN-BP jedoch weisen einen Mittelwert von 1.66 auf. Folgende Tabelle veranschaulicht die o. g. Daten:

¹²⁴ Dieser Wert ist das Verhältnis der Quadratsumme *zwischen* den Gruppen zu den Quadratsummen *innerhalb* der Gruppen, wobei ein hoher Eigenwert eine „gute“ Diskriminanzfunktion anzeigt (vgl. Bühl & Zöfel 2005).

Tab. 11: Gegenüberstellung der bipolaren 1. Funktion

AN-BP		vs.	AN-R + EDNOS	
Erkrankungsdauer in Monaten	3.38		Alter	-3.13
Alter bei Beginn der Erkrankung	2.28		FKK Subskala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	-.39
EDI Subskala Bulimie	.86		STAI Trait komplett	-.37
EAT Subskala Diätverhalten	.45		EDI Subskala Askese	-.31
FKK Subskala Internalität	.36		FIE Subskala Irritierbarkeit und Gefühlsexternalisierung	-.28

Die Gegenüberstellung der beiden Pole macht deutlich, dass bei den AN-BP (die RAN-P fallen aufgrund des sehr geringen Mittelwertes von .05 aus der Interpretationsmöglichkeit heraus) die Erkrankungsdauer mit 3.38 und das Alter bei Beginn der Erkrankung mit 2.28 die größte Rolle spielen. Erwartungsgemäß taucht hier ebenfalls die EDI-Subskala „Bulimie“ (.86) auf. Neben den bulimischen Verhaltensweisen scheint aber auch das Diätverhalten (.45) die AN-BP zu beschäftigen.

Betrachtet man nun den Minuspol dieser Gegenüberstellung, so zeigt sich, dass bei den AN-R und im schwächeren Maße ebenfalls bei den EDNOS, dem aktuellen Alter (zum Zeitpunkt der Befragung) mit -3.13 eine Bedeutung zukommt. Im abgeschwächten Maße kommen noch das Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (-.39), der Angst als Eigenschaft (.37) und die Askese mit -.31 hinzu. Somit spielt, wie zu erwarten war, bulimisches Verhalten für die AN-R keine Rolle. Dieses ist eher relevant für AN-BP, welche länger erkrankt sind und bei Beginn der Erkrankung älter waren. Hinsichtlich der AN-R und der EDNOS lässt sich festhalten, dass bei denjenigen, die aktuell älter sind, ein gutes „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (Selbstsicherheit, ein hohes Selbstvertrauen, etc.) vorhanden ist, sie allerdings trotzdem scheinbar unter Eigenschaftsangst zu leiden haben.

Bei der 2. Diskriminanzfunktion befinden sich die AN-R (.92) und die AN-BP (.52) im Pluspol, während die RAN-P (-.61) und die EDNOS (-.64) im negativen Pol zu finden sind. Eine Gegenüberstellung der beiden Pole zeigt folgendes Bild:

Tab. 12: Gegenüberstellung der bipolaren 2. Funktion

AN-R + AN-BP		vs.	RAN-P + EDNOS	
Erkrankungsdauer in Monaten	6.86		Alter	-6.74
Alter bei Beginn der Erkrankung	4.85		EDI Subskala Impulsregulation	-.65
EDI Subskala soziale Unsicherheit	.70		EDI Subskala Schlankheitsstreben	-.62
EAT Subskala Diätverhalten	.70		BDISUMME	-.52
FKK Subskala soziale Externalität	.51		Bodymass-Index	-.47
FIE Subskala Irritierbarkeit und Gefühlsexternalisierung	.50		FIE Subskala Abhängigkeitskognitionen	-.29

Ähnlich wie bei der ersten Funktion spielen auch hier wiederum im Pluspol die Erkrankungsdauer (6.86) und das Alter zu Beginn der Erkrankung (4.85) die größte Rolle. Auch das Diätverhalten ist mit .70 erneut zu finden. Daneben zeigen sich zwei Aspekte, die für eine soziale Problematik stehen. Zum einen die EDI-Subskala „soziale Unsicherheit“ (.70). Hierzu gehören beispielsweise Items wie „Ich habe das Gefühl, dass ich überall schlecht wegkomme“ oder „Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen“. Zum anderen die FKK-Subskala „soziale Externalität“ (.51). Hier wird die so genannte „*powerful others control*“ gemessen. Damit ist die Überzeugung gemeint, dass wichtige Ereignisse im Leben vom Einfluss „mächtiger“ Anderer abhängig sind. Zudem findet sich in diesem Pluspol noch die FIE-Subskala „Irritierbarkeit und Gefühlsexternalisierung“ (.50). Diese Skala steht für eine hohe Erregbarkeit bei äußeren Störreizen. Probanden sind schnell beleidigt und verärgert. Sie neigen zu Klagen.

Im Minusbereich, wo sich die RAN-P und die EDNOS befinden, spielt wiederum, ähnlich wie bei Funktion 1, das aktuelle Alter mit -6.74 die größte Rolle. An zweiter Stelle befindet sich mit -.65 die EDI-Subskala „Impulsregulation“. Solche Probanden neigen zu Zorn- und Wutausbrüchen und andere Personen würden sie als leicht reizbar bezeichnen. Sie zeichnen sich weiterhin durch ein hohes Schlankheitsstreben (-.62), hohe Depressionswerte (-.52) und einen höheren BMI (-.47) aus. Hier könnte sich die Frage anknüpfen, ob gegebenenfalls ein höherer Bodymass-Index das erhöhte Schlankheitsstreben mit verursacht.

Zusammengefasst lässt sich vermuten, dass diejenigen AN-R und AN-BP, welche länger erkrankt sind und ein höheres Alter zu Beginn der Erkrankung hatten, im stärkeren Maße eine soziale Problematik aufweisen. Sie glauben sich stärker durch Andere kontrolliert, fühlen sich in Gruppensituationen unwohl und sind leicht beleidigt oder verärgert. Entgegengesetzt würde dieses bedeuten, dass diejenigen EDNOS und RAN-P, welche aktuell älter sind, einen höheren BMI, aber ein jüngeres Alter zu Beginn der Erkrankung hatten und kürzer erkrankt sind, eine Problematik hinsichtlich ihrer Impulsregulation aufweisen. Sie sind leicht reizbar und neigen zu Zorn- und Wutausbrüchen. Weiterhin zeichnen sich diese Probanden durch ein hohes Schlankheitsstreben aus, welches in Bezug auf die RAN-P hinsichtlich ihres Ess- und Purge-Verhaltens auch zu erwarten war. Dieses wiederum geht einher mit erhöhten Depressionswerten.

Die 3. Funktion konnte, wie bereits obig beschrieben, nicht signifikant zwischen den Gruppen diskriminieren, soll aber aufgrund der interessanten Ergebnisse mit in die Interpretation aufgenommen werden. Während die AN-R und die AN-BP zu geringe Factorscoremittelwerte für eine Interpretation aufweisen, zeigen sich bei den zwei übrigen Gruppen folgende Aufteilungen: Die RAN-P liegen mit .96 im Plusbereich, während sich die EDNOS mit -.66 im Minusbereich widerfinden. Graphisch sieht eine Gegenüberstellung folgendermaßen aus:

Tab. 13: Gegenüberstellung der bipolaren 3. Funktion

RAN-P		vs.	EDNOS	
Erkrankungsdauer in Monaten	5.40		Alter	-5.60
Alter bei Beginn der Erkrankung	3.43		STAI Trait komplett	-.53
EAT Subskala Diätverhalten	.76		EDI Subskala Schlankheitsstreben	-.51
EDI Subskala Impulsregulation	.42		EDI Subskala soziale Unsicherheit	-.46
STAI State komplett	.36		FKK Subskala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	-.37
EDI Subskala Perfektionismus	.31		FKK Subskala soziale Externalität	-.35

Während für die RAN-P die Erkrankungsdauer (5.40) und das Alter bei Beginn der Erkrankung (3.43) die höchsten Werte im Pluspol darstellen, gefolgt von „Diätverhalten“ (.76), „Impulsregulation“ (.42) und „Zustandsangst“ (.36), spielt das aktuelle Alter (-5.60), die „Eigenschaftsangst“ (-.53), gefolgt vom „Schlankheitsstreben“ (-.51), der „sozialen Unsicherheit“ (-.46), dem „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (-.37) und mit jeweils -.35 „soziale Externalität“ und „Körperunzufriedenheit“ bei den EDNOS eine größere Rolle.

Demnach zeigen diejenigen RAN-P, die länger erkrankt sind und zu Beginn ihrer Erkrankung älter waren, ein starkes Diätverhalten, sie haben Schwierigkeiten mit ihrer Impulsregulation und leiden zusätzlich unter Zustandsangst. Dem Gegenüber befinden sich diejenigen EDNOS, welche kürzer erkrankt sind, ein jüngeres Alter zu Beginn der Erkrankung hatten, aber aktuell älter sind. Diese Probanden berichten Eigenschaftsangst, ein hohes Schlankheitsstreben, eine soziale Problematik, dafür aber ein gutes „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“, sprich: selbstsicher und viele Handlungsmöglichkeiten sehend. Allerdings findet sich auch ein höherer BMI und damit einhergehend eine größere Körperunzufriedenheit und eine negative Selbstbewertung. Aufgrund möglicher Hinweise wurde diese dritte Funktion mit in die Betrachtung einbezogen.

7.7.2. Vergleich der Gruppen

Dadurch, dass die RAN-P Verhaltensmuster der zwei anderen Subgruppen aufweisen (das restriktive Element der AN-R und das purgierende Element der AN-BP)¹²⁵, war von Interesse, einmal die Gruppe zusammenzufügen. Aus diesem Grund wurden die RAN-P zum einen mit in die Gruppe der AN-R aufgenommen und gegen die AN-BP verglichen (restriktive Gruppen versus Essanfälle) und zum Zweiten wurden die RAN-P in die purgierende Gruppe genommen und gegen die AN-R (purgierende Gruppen versus restriktive Gruppe) verglichen. Mittels Diskriminanzanalyse wurde analy-

¹²⁵ Vgl. Abb. 2.

siert, welche Variablen die jeweiligen Gruppen voneinander abgrenzen können. Folgendes Ergebnis stellte sich für den ersten Vergleich (AN-R+RAN-P versus AN-BP) dar:

Tab. 14: Eigenwert und kanonische Korrelation der Diskriminanzfunktion

Funktion	Eigenwert	% der Vari- anz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
1	1,921(a)	100,0	100,0	,811

a Die ersten 1 kanonischen Diskriminanzfunktionen werden in dieser Analyse verwendet.

Tab. 15: Wilks' Lambda und Signifikanz der Diskriminanzfunktion

Test der Funktion(en)	Wilks- Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
1	,342	75,041	34	,000

Der Eigenwert dieser Funktion liegt bei 1.92 und die kanonische Korrelation zeigt einen Wert von .811. Bei einem $p \leq .000$ kann man von einer höchst signifikanten Diskriminanzfunktion sprechen. Die Mittelwerte waren:

Tab. 16: Gruppenmittelwerte der AN-BP versus AN-R+RAN-P

AN-R+RAN-P	Funktion
	1
AN-BP	1,922
AN-R+RAN-P	-,977

Nicht-standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionen, die bezüglich des Gruppen-Mittelwertes bewertet werden

Die Diskriminanzfunktion stellt sich wie folgt dar:

Tab. 17: Bipolare Gegenüberstellung der Diskriminanzfunktion

AN-BP			AN-R + RAN-P	
EDI Subskala Bulimie	1.10		Erkrankungsdauer in Monaten	-.70
Alter	.88		EDI Subskala Impulsregulation	-.70
EAT Subskala Diätverhalten	.58		STAI State komplett	-.50
EDI Subskala Interozeption	.44		EDI Subskala zwischenmenschliches Misstrauen	-.44
FKK Subskala Internalität	.32		FKK Subskala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	-.32

Die AN-BP im Pluspol stehen den AN-R und RAN-P im Minuspol gegenüber. Den höchsten Wert mit 1.10 erhält die EDI-Subskala „Bulimie“ bei den AN-BP, gefolgt vom aktuellen Alter mit .88. Ebenfalls lädt auf diesem Pluspol die EAT-Subskala „Diätverhalten“ mit .58, die EDI-Subskala „Interozeption“ (Wahrnehmung innerer Reize) mit .44 und in abgeschwächtem Maße noch die FKK-Skala „Internalität“ mit .32.

Im gegenüberliegenden Pol finden sich hingegen die AN-R und RAN-P. Hier laden mit jeweils -.70 die Items „Erkrankungsdauer“ und die EDI-Subskala „Impulsregulation“ am höchsten. Ebenfalls findet sich hier die Zustandsangst (-.50), die EDI-Subskala „zwischenmenschliches Misstrauen“ (-.44) und in schwächerem Maße noch die FKK-Subskala „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (-.32).

Während also aktuell ältere AN-BP durch ihr bulimisches- und aber auch diätierendes Verhalten auffallen, über eine stärkere Interozeption verfügen und sich gemäß der FKK-Subskala „Internalität“ durch das Erreichen von Zielen und selbstbestimmtem Handeln auszeichnen, bildet sich bei den länger erkrankten und aktuell jüngeren AN-R + RAN-P ab, dass diese sich eher durch eine hohe Impulsivität auszeichnen, unter Zustandsangst zu leiden haben, zwischenmenschliches Misstrauen aufweisen, aber über ein gutes „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ verfügen (viele Handlungsmöglichkeiten sehend, selbstsicher sein).

Hinsichtlich der zweiten Verknüpfung (AN-R versus RAN-P + AN-BP) stellte sich, ermittelt durch eine Diskriminanzanalyse, folgendes Bild dar:

Tab. 18: Eigenwert und kanonische Korrelation der Diskriminanzfunktion

Funktion	Eigenwert	% der Vari- anz	Kumulierte %	Kanonische Korrelation
1	3,345(a)	100,0	100,0	,877

a Die ersten 1 kanonischen Diskriminanzfunktionen werden in dieser Analyse verwendet.

Tab. 19: Wilks' Lambda und Signifikanz der Diskriminanzfunktion

Test der Funktion(en)	Wilks- Lambda	Chi-Quadrat	df	Signifikanz
1	,230	102,827	34	,000

Diese Diskriminanzfunktion weist einen Eigenwert von 3.35 auf und die kanonische Korrelation liegt bei .877. Auch hier ist wiederum eine höchst signifikante Diskriminanzfunktion gegeben ($p \leq .000$).

Die Gruppenmittelwerte zeigten sich wie folgt:

Tab. 20: Gruppenmittelwerte der AN-R versus RAN-P+AN-BP

AN-R+RAN-P	Funktion
	1
AN-BP	2,536
AN-R+RAN-P	-1,289

Nicht-standardisierte kanonische Diskriminanzfunktionen, die bezüglich des Gruppen-Mittelwertes bewertet werden

Die beiden entgegengesetzten Pole werden in der folgenden Tabelle abgebildet.

Tab. 21: Bipolare Gegenüberstellung der Diskriminanzfunktion

AN-R			RAN-P + AN-BP	
Erkrankungsdauer in Monaten	3.62		Alter	-3,78
Alter bei Beginn der Erkrankung	2.57		Brechhäufigkeit	-0,84
FIE Subskala Irritierbarkeit und Gefühlsexternalisierung	.49		Laxantienhäufigkeit	-0,81
STAI State komplett	.49		BDISUMME	-0,77
FKK Subskala Selbstkonzept eigener Fähigkeiten	.47		EDI Subskala Bulimie	-0,57
EDI Subskala Körperunzufriedenheit	.43		EDI Subskala Perfektionismus	-0,34
EDI Subskala zwischenmenschliches Misstrauen	.42		FIE Subskala Abhängigkeits-Kognitionen	-0,33
EAT Subskala orale Kontrolle	.38			
FIE Subskala Internalisierung von Misserfolg	.35			
FKK Subskala soziale Externalität	.32			

Bei dieser Gegenüberstellung befinden sich die AN-R im Pluspol, während die RAN-P und AN-BP im Minusbereich angesiedelt sind. Am höchsten laden im Plusbereich die Items „Erkrankungsdauer“ (3.62) und „Alter bei Beginn der Erkrankung“ (2.57). Ebenso finden sich hier „Irritierbarkeit und Gefühlsexternalisierung“ (.49), „Zustandsangst“ (.49), „Selbstkonzept eigener Fähigkeiten“ (.47), „Körperunzufriedenheit“ (.43), „zwischenmenschliches Misstrauen“ (.42), „Orale Kontrolle“ (.38), die „Internalisierung von Misserfolg“ (.35) und im schwächeren Maße die Subskala „soziale Externalität“ (.32).

Bei den RAN-P + AN-BP im Minusbereich spielt hingegen das aktuelle Alter (-3.78) eine Rolle, ebenso wie die Brech- und Laxantienhäufigkeit (-.84), gefolgt von erhöhten Depressionswerten (-.77). Außerdem finden sich hier die Subskala „Bulimie“ (-.57), die Subskala „Perfektionismus“ (-.34) und „Abhängigkeits-Kognitionen“ (-.33).

Während sich also länger erkrankte AN-R mit einem höheren Alter zu Beginn der Erkrankung durch Irritierbarkeit, Zustandsangst, einer erhöhten Körperunzufriedenheit, zwischenmenschliches Misstrauen, Internalisierung

von Misserfolgen, aber dennoch durch ein Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und orale Kontrolle auszeichnen, zeigen aktuell ältere RAN-P und AN-BP mit häufiger Brech- und Laxantienfrequenz erhöhte Depressionswerte, bulimisches Verhalten, perfektionistische Tendenzen und Abhängigkeitskognitionen.

7.8. Varianzanalysen

Hierbei soll geschaut werden welche Subgruppen der Anorexia nervosa sich im Einzelnen, bei einem signifikanten Ergebnis der Varianzanalyse, voneinander unterscheiden. Daher wurde der Duncan-Test ausgewählt. Auch wurde das voreingestellte Signifikanzniveau von .05 übernommen.

Die Analyse zeigt folgende Ergebnisse:

Tab. 22: ANOVA „BMI“

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	37.023	3	12.341	5.857	.001
Innerhalb der Gruppen	265.463	126	2.107		
Gesamt	302.486	129			

Die Varianzanalyse liefert mit $p \leq .001$ ein höchst signifikantes Ergebnis in Bezug auf den Bodymass-Index.

Tab. 23: Duncan-Test „BMI“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
		1	2
AN-R	30	15.058	
RAN-P	30	15.194	
AN-BP	30	15.655	15.655
EDNOS	40		16.363
Signifikanz		.123	.053

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 32.000.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Bei einem voreingestellten $p = .05$ liefert der Duncan-Test zwei homogene Untergruppen. Untergruppe 1 besteht aus den AN-R, den RAN-P und den AN-BP. Diese drei Subgruppen weisen untereinander keinen signifikanten Unterschied auf ($p \leq .12$). Untergruppe 2, bestehend aus den EDNOS und den AN-BP, weist hingegen mit $p \leq .05$ eine signifikante Differenz auf.

Bei der Variable „Eating Attitudes Test“ zeigt sich folgendes Bild:

Tab. 24: ANOVA „EAT“

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	1402.115	3	467.372	3.834	.011
Innerhalb der Gruppen	15360.108	126	121.906		
Gesamt	16762.223	129			

Die Varianzanalyse liefert einen sehr signifikanten Unterschied von $p \leq .01$ zwischen den Gruppen bezüglich der Mittelwerte des „Eating Attitudes Test“.

Tab. 25: Duncan-Test „EAT“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.		
		1	2	3
AN-R	30	44.80		
EDNOS	40	45.98	45.98	
AN-BP	30		51.23	51.23
RAN-P	30			52.63
Signifikanz		.671	.059	.613

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 32.000.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Hier haben sich drei Untergruppen gebildet, nämlich die AN-R und die EDNOS als Untergruppe 1, die EDNOS und die AN-BP als Untergruppe 2 und die AN-BP mit den RAN-P als Untergruppe 3. Es ist ersichtlich, dass die AN-BP vs. EDNOS eine leichte Tendenz ($p \leq .059$) zur Signifikanz aufweisen.

Die EDI-Subskala „Schlankheitsstreben“ zeigt ebenfalls ein signifikantes Ergebnis zwischen den Gruppen ($p \leq .03$).

Tab. 26: ANOVA „Subskala Schlankheitsstreben“

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	168.174	3	56.058	2.973	.034
Innerhalb der Gruppen	2375.433	126	18.853		
Gesamt	2543.608	129			

Folgende Untergruppen können identifiziert werden:

Tab. 27: Duncan-Test „Subskala Schlankheitsstreben“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
		1	2
AN-R	30	35.17	
AN-BP	30		37.43
EDNOS	40		37.60
RAN-P	30		38.30
Signifikanz		1.000	.457

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 32.000.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Der Duncan-Test zeigt eindeutig, dass sich die AN-R in Bezug auf ihr Schlankheitsstreben signifikant von den drei restlichen Gruppen unterscheiden. Vergleicht man nun die Übrigen (AN-BP, RAN-P und EDNOS), so wird deutlich, dass bei einem $p \leq .46$ keine signifikante Differenz unter diesen Gruppen besteht.

Ein höchst signifikantes Ergebnis bietet erwartungsgemäß die Varianzanalyse der EDI-Subskala „Bulimie“.

Tab. 28: ANOVA „Subskala Bulimie“

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	3394.997	3	1131.666	28.049	.000
Innerhalb der Gruppen	5083.533	126	40.346		
Gesamt	8478.531	129			

Tab. 29: Duncan-Test „Subskala Bulimie“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.		
		1	2	3
AN-R	30	13.23		
RAN-P	30		18.60	
EDNOS	40		19.35	
AN-BP	30			28.07
Signifikanz		1.000	.638	1.000

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 32.000.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Es haben sich drei Untergruppen gebildet. Die AN-R unterscheiden sich von den restlichen Gruppen, genauso wie die AN-BP. Die Untergruppe 2 mit den Subgruppen RAN-P und EDNOS zeigt mit $p \leq .64$ keinen signifikanten Unterschied.

Ein weiteres signifikantes Ergebnis ist bei der EDI-Subskala „Impulsregulation“ mit $p \leq .04$ zu finden:

Tab. 30: ANOVA „Subskala Impulsregulation“

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	541.141	3	180.380	2.856	.040
Innerhalb der Gruppen	7958.867	126	63.166		
Gesamt	8500.008	129			

Tab. 31: Duncan-Test „Subskala Impulsregulation“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
		1	2
AN-R	30	34.00	
AN-BP	30		38.10
EDNOS	40		38.25
RAN-P	30		39.67
Signifikanz		1.000	.462

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 32.000.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Es kristallisieren sich zwei homogene Untergruppen heraus. Die restriktiven Anorektikerinnen unterscheiden sich signifikant von den restlichen 3 Subgruppen. Die übrigen drei Gruppen (AN-BP, RAN-P und EDNOS) weisen in ihrer Impulsregulation mit $p \leq .46$ keinen signifikanten Unterschied auf.

Wiederum ein höchst signifikantes Ergebnis liefert die Varianzanalyse der EAT-Subskala „Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit Essen“.

Tab. 32: ANOVA „Bulimie und ständige gedankl. Beschäftigung mit Essen“

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	484.869	3	161.623	13.839	.000
Innerhalb der Gruppen	1471.508	126	11.679		
Gesamt	1956.377	129			

Tab. 33: Duncan-Test „Bulimie und ständige gedankl. Beschäftigung mit Essen“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.		
		1	2	3
AN-R	30	5.70		
EDNOS	40		8.13	
RAN-P	30		8.83	
AN-BP	30			11.33
Signifikanz		1.000	.409	1.000

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 32.000.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Es zeigen sich drei Untergruppen. Sowohl die AN-R als auch die AN-BP unterscheiden sich jeweils signifikant von den restlichen Gruppen. Zwischen der Untergruppe 2 (EDNOS vs. RAN-P) kommt es zu keinem signifikanten Unterschied ($p \leq .41$).

Ein weiteres signifikantes Ergebnis liefert die Analyse der EAT-Subskala „Orale Kontrolle“.

Tab. 34: ANOVA „Subskala orale Kontrolle“

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	126.864	3	42.288	2.711	.048
Innerhalb der Gruppen	1965.167	126	15.597		
Gesamt	2092.031	129			

Hier haben sich zwei Untergruppen gebildet:

Tab. 35: Duncan-Test „Subskala orale Kontrolle“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
		1	2
AN-BP	30	11.70	
EDNOS	40	12.25	12.25
AN-R	30	13.50	13.50
RAN-P	30		14.27
Signifikanz		.087	.055

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 32.000.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Die Untergruppe 2 (EDNOS; AN-R und RAN-P) verpasst mit $p \leq .055$ knapp ein signifikantes Ergebnis untereinander, während die Unterschiede zwischen den AN-BP, den EDNOS und den AN-R mit $p \leq .09$ definitiv nicht signifikant sind.

7.9. Hypothesentests

Hinsichtlich der ersten Hypothese wurde erwartet, dass es zwischen den Subgruppen einen Unterschied bei dem Alter zu Beginn der Erkrankung gibt. So wurde angenommen, dass die AN-R im Vergleich am jüngsten sind. Die Mittelwertsunterschiede der Subgruppen wurden per Varianzanalyse überprüft. Es zeigt sich, dass mit ($F=.44$; $df=3$, $p<.07$) kein signifi-

kanter Unterschied zwischen den befragten Subgruppen besteht. Daher muss die H₁ verworfen werden.

Die Hypothese 2 nahm einen Unterschied hinsichtlich des Bodymass-Index zwischen den Gruppen an. Erwartet wurde, dass die AN-BP im Vergleich den höchsten BMI aufweisen.

Zwischen den Gruppen zeigte sich diesbezüglich mit $p < .001$ ein höchst signifikanter Unterschied.

Tab. 36: Signifikanz zwischen den Gruppen (BMI)

	Quadratsumme	df	Mittel der Quadrate	F	Signifikanz
Zwischen den Gruppen	37,023	3	12,341	5,857	,001
Innerhalb der Gruppen	265,463	126	2,107		
Gesamt	302,486	129			

Tab. 37: Duncan-Test „BMI“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
		1	2
AN-R	30	15,058	
RAN-P	30	15,194	
AN-BP	30	15,655	15,655
EDNOS	40		16,363
Signifikanz		,123	,053

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.

a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 32,000.

b Die Gruppengrößen sind nicht identisch. Es wird das harmonische Mittel der Gruppengrößen verwendet. Fehlerniveaus des Typs I sind nicht garantiert.

Ein Vergleich der Mittelwerte mit Hilfe des Duncan-Tests zeigt, dass die AN-BP tatsächlich den höchsten BMI aufweisen. Dennoch muss die H₁ verworfen werden, da bei einem $p < .12$ kein signifikantes Ergebnis vorlag. Ein signifikanter Unterschied ergab sich diesbezüglich jedoch zwischen den AN-BP und den EDNOS ($p < .05$).

Die Hypothesen 3,4 und 5, die sich mit dem Purging-Verhalten auseinandersetzen, wurden mit Hilfe des t-Tests für unabhängige Stichproben untersucht.

Es zeigte sich bei der erst genannten Hypothese mit ($t=.45$, $df= 58$, $p> .65$) kein signifikanter Unterschied hinsichtlich der Brechhäufigkeit zwischen den AN-BP und RAN-P.

Auch in Bezug auf die Hypothese 4 konnte keine signifikante Differenz bezüglich der Diuretikahäufigkeit zwischen den Gruppen AN-BP und RAN-P nachgewiesen werden ($t=-1.48$, $df=58$, $p> .14$).

Hypothese 5 nahm an, dass die RAN-P im Vergleich zu den AN-BP häufiger Laxantien als Purging-Methode nutzen. Der durchgeführte t-Test ($t=1.78$, $df=58$, $p> .08$) zeigt jedoch keinen signifikanten Unterschied.

Auch, wenn die H_1 , wie obig gezeigt, verworfen werden mussten, so zeigen jedoch folgende Mittelwertdiagramme, dass tendenziell die erwarteten Annahmen eingetroffen sind.

Abb. 10: Mittelwert der Diuretikahäufigkeit

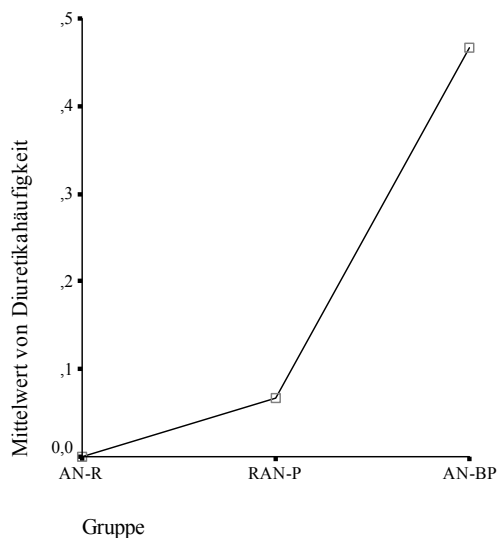
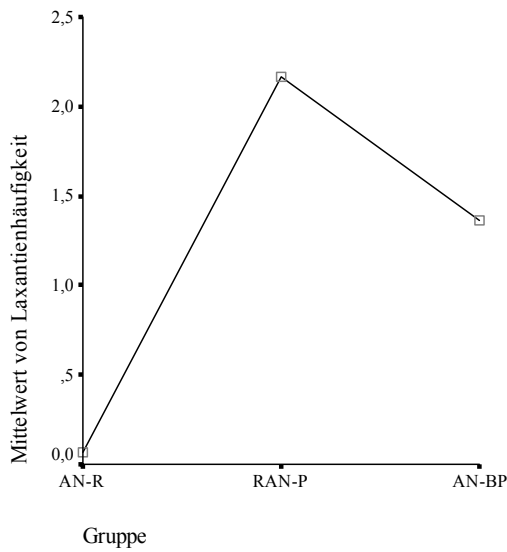


Abb. 11: Mittelwert der Laxantienhäufigkeit



Hypothese 6 geht davon aus, dass RAN-P und AN-BP eine stärkere depressive Symptomatik aufweisen als AN-R. Die Mittelwertsunterschiede der Subgruppen wurden per Varianzanalyse überprüft. Es zeigt sich, dass mit ($F=2.27$; $df=2$, $p<.11$) kein signifikanter Unterschied zwischen den befragten Subgruppen besteht. Daher muss die H_1 verworfen werden. Der anschließend durchgeführte Duncan-Test verdeutlicht, dass trotz des nicht-signifikanten Ergebnisses, die obig angeführte Annahme, dass die AN-BP und die RAN-P höhere Depressionswerte aufweisen, zutrifft, allerdings keine Signifikanz gegeben ist.

Tab. 38: Duncan-Test „Depression“

Gruppe	N	Untergruppe für Alpha = .05.	
		1	2
AN-R	30	29,47	
AN-BP	30	32,47	32,47
RAN-P	30		35,77
Signifikanz		,313	,268

Die Mittelwerte für die in homogenen Untergruppen befindlichen Gruppen werden angezeigt.
 a Verwendet ein harmonisches Mittel für Stichprobengröße = 30,000.

Die Hypothese 7 besagt, dass es einen Zusammenhang zwischen der Binge-Frequenz und der Höhe der Depressionswerte gibt. Der Korrelationskoeffizient nach Pearson ergab $r = -.04$. Daher kann von keinem Zusammenhang gesprochen werden.

Hypothese 8 geht davon aus, dass AN-BP und RAN-P höhere Angstwerte aufweisen als AN-R. Mittels Varianzanalyse wurde dies überprüft. Es kam weder bei der Zustandsangst ($F=1.64$; $df=2$, $p < .20$) noch bei der Eigenschaftsangst ($F=1.0$; $df=2$, $p < .91$) zu einem statistisch signifikanten Ergebnis.

Vergleicht man allerdings auch hier die Mittelwerte graphisch, so lässt sich erkennen, dass die Hypothese in die erwartete Richtung geht:

Abb. 12: Mittelwert der Zustandsangst

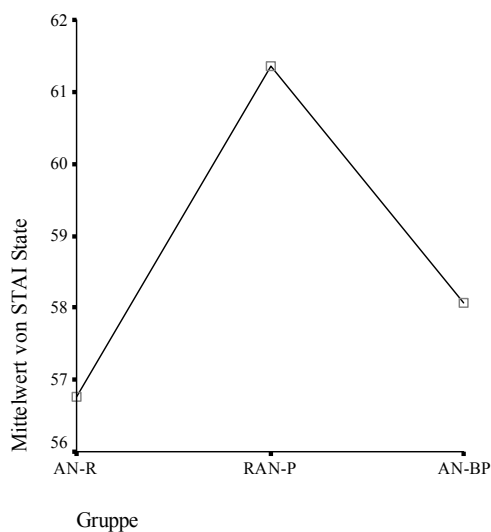
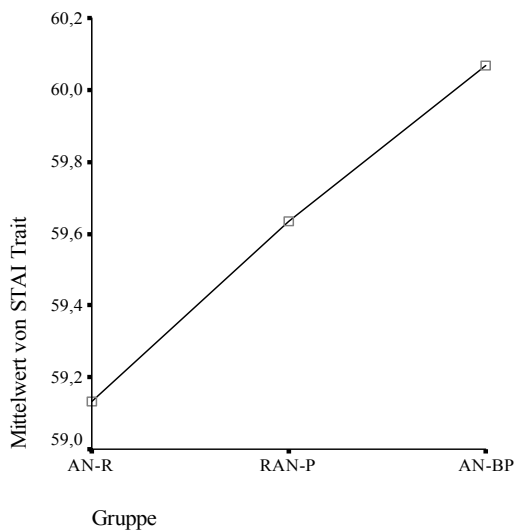


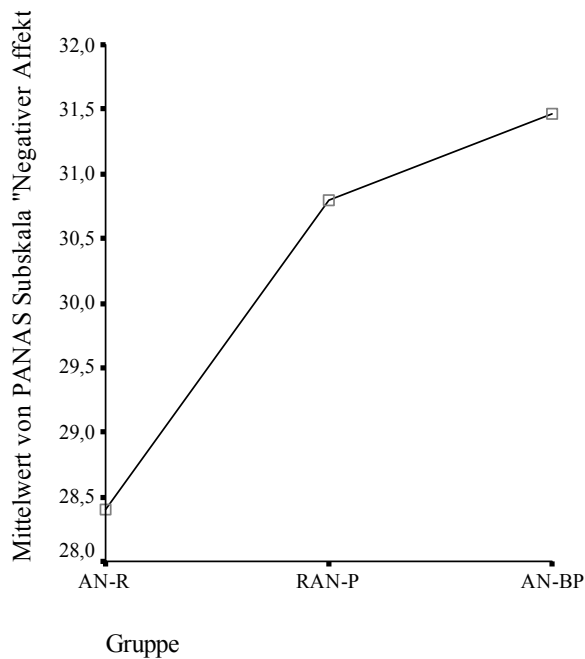
Abb. 13: Mittelwert der Eigenschaftsangst



Hypothese 9 besagt, dass AN-BP und RAN-P im Vergleich zur Gruppe der AN-R eher negative Affekte berichten. Mittels Varianzanalyse wurden die drei Subgruppen miteinander verglichen.

Die H_1 muss jedoch verworfen werden ($F=1.26$; $df=2$, $p<.29$). Graphisch hingegen zeigt sich, dass obig genannte Vermutung tendenziell zutrifft:

Abb. 14: Schaubild „Mittelwerte negativer Affekt“



Die Hypothese 10 geht davon aus, dass die Gruppe der RAN-P das stärkste Essstörungsprofil, gemessen mit Hilfe des Eating Disorder Inventory, aufweisen. Die Gruppenmittelwerte wurden per Varianzanalyse verglichen ($F=1.70$; $df=2$, $p<.19$). Die H_1 muss demnach verworfen werden.

Die Hypothese 11 besagt, dass die RAN-P die höchsten Werte beim Eating Attitudes Test-26 erzielen. Dieses wurde mittels Varianzanalyse überprüft ($F=4.0$; $df=2$, $p<.02$). Demnach ist von signifikanten Mittelwertsunterschieden auszugehen. Eine anschließende Berechnung der Einzelvergleiche mittels Duncan-Test ergab, dass die RAN-P tatsächlich den höchsten Punktedurchschnitt bei diesem Fragebogen erzielt haben. Zusammen mit den AN-BP unterscheiden sie sich signifikant von den AN-R.

7.10. Gesamtzusammenfassung und Diskussion

Hinsichtlich der demographischen Angaben zeigte sich, dass die AN-BP (also Probanden mit abführendem Verhalten und Essanfällen) im Vergleich zu den restlichen Gruppen am spätesten erkrankten. So lag das Erkrankungsalter der AN-BP bei 17,57 ($sd=4,58$). Dieses Ergebnis deckt sich mit denen von Vandereycken & Pierloot (1983) und Norman & Herzog (1983). Erwartungsgemäß hatten die AN-BP auch den höchsten BMI. Gefunden wurde dieses auch von Piran u. a. (1985; 1988) und Kleifield u. a. (1994b).

Bei der Betrachtung der beiden purgenden Gruppen (RAN-P versus AN-BP) kam heraus, dass Erbrechen die häufigste Purging-Methode bei beiden Gruppen darstellte. Mit 80% kam das selbstinduzierte Erbrechen bei den AN-BP etwas häufiger vor als bei den RAN-P (70%). Zu dem gleichen Ergebnis kamen auch Nagata u. a. (1997) und Garner u. a. (1993). Hinsichtlich des Laxantienkonsums lagen die RAN-P (66,7%) höher als die AN-BP (46,7%). Ein umgekehrtes Bild zeichnet sich jedoch für den Diuretikagebrauch ab. Hier sind es wiederum die AN-BP, die häufiger Diuretika benutzen. So gaben 10% der befragten AN-BP an, dieses zu nutzen, während es bei den RAN-P lediglich 3,3% waren. Generell zeigt sich anhand

dieser Ergebnisse, dass Diuretika im Vergleich recht selten zum Einsatz kommen.

Hinsichtlich der Hypothesentests zeigte sich, dass es einen signifikanten Unterschied beim BMI zwischen den AN-BP und den EDNOS gab. Auch stellte sich heraus, dass die RAN-P die höchsten Werte beim EAT-26 aufwiesen. Auch Nagata u. a. (1997) fanden heraus, dass die RAN-P eine etwas schwerere Essstörung zeigen. Die restlichen Hypothesen wiesen keine Signifikanz auf, zeigten aber tendenziell, dass die vermutete Richtung stimmte.

Weiterhin wurde eine Diskriminanzanalyse durchgeführt, um zu bestimmen, welche Subskalen zwischen den vorgegebenen Subgruppen diskriminieren können. Hier zeigte sich, dass der erste Diskriminanzfaktor hochsignifikant ($p \leq .000$) zwischen den Gruppen unterscheiden konnte. Inhaltlich stellte sich heraus, dass sich länger erkrankte AN-BP mit einem höheren Alter zu Beginn der Erkrankung von kürzer erkrankten AN-R und EDNOS, die bei Beginn der Erkrankung jünger waren, aber zum Zeitpunkt der Befragung älter, unterscheiden lassen. So wiesen die genannten AN-BP erwartungsgemäß ein bulimisches Verhalten auf und schienen sich aber gleichzeitig sehr mit ihrem Diätverhalten zu beschäftigen. Die AN-R und EDNOS hingegen verfügten eher über ein gutes Selbstkonzept, dafür aber litten sie, verglichen mit den AN-BP, unter Eigenschaftsangst und zeigten ein asketisches Verhalten. Der zweite Diskriminanzfaktor verfehlte mit $p \leq .060$ knapp die Signifikanz. Hier standen die AN-R gemeinsam mit den AN-BP den RAN-P gemeinsam mit den EDNOS gegenüber. Während länger erkrankte und zu Beginn der Erkrankung ältere AN-R und AN-BP durch soziale Unsicherheit, ihr Diätverhalten, soziale Externalität und Irritierbarkeit auffielen, zeigten kürzer erkrankte RAN-P und EDNOS, die bei Beginn der Erkrankung jünger waren, einen höheren BMI aufwiesen und zum Zeitpunkt der Befragung älter, Probleme in ihrer Impulsregulation, ein erhöhtes Schlankheitsstreben, höhere Depressionswerte und Abhängigkeitskognitionen. Auf eine Interpretation des dritten Faktors wird hier verzichtet, da bei einem $p \leq .235$ keine signifikante Differenzierung vorhanden war.

In einem zweiten Schritt wurden einerseits die AN-R + RAN-P den AN-BP mittels Diskriminanzanalyse gegenübergestellt und in einem weiteren Schritt die AN-R mit der Gruppe der RAN-P + AN-BP mit Hilfe der Diskriminanzanalyse verglichen.

Der erste Vergleich (AN-BP versus AN-R + RAN-P) zeigte, dass sich die AN-BP erwartungsgemäß durch ein bulimisches Verhalten auszeichnen. Dieses traf insbesondere auf aktuell ältere Probanden zu. Ebenso waren sie mit ihrem Diätverhalten beschäftigt und verfügten über eine gute Interozeption, was bedeutet, dass sie die inneren Reize ihres Körpers gut zu deuten wussten. Die Gruppe ohne Essanfälle (AN-R + RAN-P) zeigte, dass bei zunehmender Erkrankungsdauer die Zustandsangst wächst und ebenfalls auch zwischenmenschliches Misstrauen vorhanden ist. Ebenso neigte diese Gruppe zu Impulsivität.

Beim zweiten Vergleich (AN-R versus RAN-P + AN-BP) stellte sich heraus, dass eine längere Erkrankungsdauer der AN-R und ein höheres Alter zu Beginn der Erkrankung mit Irritierbarkeit, Zustandsangst, erhöhter Körperunzufriedenheit (Sunday u. a. 1992 fanden hingegen keinen Unterschied in der Körperunzufriedenheit zwischen AN-R und AN-BP), zwischenmenschlichem Misstrauen und Internalisierung von Misserfolg einhergeht, diese Gruppe aber andererseits auch über ein gutes Selbstkonzept eigener Fähigkeiten und orale Kontrolle verfügt. Die aktuell ältere purgierende Gruppe hingegen (RAN-P + AN-BP), welche kürzer erkrankt war und ein jüngeres Alter zu Beginn der Erkrankung aufwies, zeigte, dass eine erhöhte Brech- und Laxantienfrequenz scheinbar auch mit erhöhten Depressionswerten assoziiert ist. Des Weiteren zeichneten sich hier perfektionistische Tendenzen und Abhängigkeits-Kognitionen ab.

Zudem wurde eine Hauptkomponentenanalyse durchgeführt, bei der 8 Faktoren mit einem Eigenwert >1 extrahiert wurden. Insgesamt erklärten diese 71.26% der Gesamtvarianz. Dabei wurden die ersten drei Faktoren dargestellt, da diese hinreichend interpretiert werden konnten. Bei dem ersten Faktor standen Ängstlichkeit, depressive Züge, Ineffektivitätsgeföh-

le und Irritierbarkeit gegen positive Affekte, Internalität und Selbstkonzept eigener Fähigkeiten (selbstsicher, viele Handlungsalternativen sehend).

Der zweite Faktor zeigte, dass aktuell jüngere und kürzer erkrankte Probanden mit diätierendem Kontrollverhalten und Schlankheitsstreben den aktuell älteren Probanden mit längerer Erkrankungsdauer und sozialer Unsicherheit entgegenstehen. Hier könnte sich die Frage anknüpfen, ob die erwähnte soziale Unsicherheit schon im Voraus bestanden hat oder aber sich im Zuge der Erkrankung entwickelte bzw. verstärkte. In diesem Zusammenhang fanden Kleifield u. a. (1994b) heraus, dass die AN-R ordentlicher und emotional beherrschter waren, während sich die AN-BP schüchterner und distanzierter zeigten. Auch Wonderlich u. a. (1990) konnten in ihrer Untersuchung feststellen, dass sich die AN-BP sozial isolierter zeigten. Nagata u. a. (1997) fanden hingegen heraus, dass die RAN-P im Vergleich zu den zwei anderen Subgruppen der Anorexie in sozialen Beziehungen mehr Schwierigkeiten aufwiesen.

Der dritte Faktor stellte länger erkrankte Probanden mit höherem aktuellem Alter, niedrigerem BMI und niedrigerem Erkrankungsalter mit perfektionistischen Tendenzen den kürzer erkrankten Probanden mit hohem BMI, niedrigerem aktuellem Alter und höherem Erkrankungsalter mit bulimischen Tendenzen gegenüber. Der hier dargestellte Zusammenhang von hohem BMI und bulimischen Tendenzen ist erwartungsgemäß, da sich auch in der vorliegenden Untersuchung zeigte, dass die AN-BP verglichen mit den AN-R und RAN-P den höchsten BMI aufwiesen, welcher vermutlich auf die vorhandenen Essanfälle zurückzuführen ist.

Weiterhin wurden die Subgruppen mittels Varianzanalyse verglichen. Untersucht wurden dabei die einzelnen Subskalen der verwendeten Fragebögen. Zeigte sich ein signifikanter Unterschied, wurde anschließend der Duncan-Test durchgeführt.

Folgende Ergebnisse ließen sich dabei feststellen:

Die untersuchten Gruppen AN-R, RAN-P, AN-BP und EDNOS zeigten Unterschiede auf der EDI-Subskala „Schlankheitsstreben“. So unterschieden sich die AN-R signifikant von den drei übrigen Gruppen. Sie erhielten hier den niedrigsten Mittelwert. Ebenfalls ließ sich ein signifikanter Unterschied

auf der EDI-Subskala „Bulimie“ feststellen. Erwartungsgemäß erhielten hier die AN-BP den höchsten Punktwert und unterschieden sich signifikant von den restlichen Gruppen. Auch die EDI-Subskala „Impulsregulation“ brachte einen signifikanten Unterschied hervor. So erhielten die AN-R den niedrigsten Punktwert auf dieser Skala. Zu ähnlichen Ergebnissen kamen auch Favaro & Santonastaso (1997), Garfinkel u. a. (1995a), Kleifield u. a. (1994b), Toner u. a. (1987) oder Vandereycken & Pierloot (1983).

Wie erwartet, konnte auch die EAT-Subskala „Bulimie und ständige, gedankliche Beschäftigung mit Essen“ hochsignifikant zwischen den Gruppen unterscheiden. Hier erreichten die AN-BP den höchsten Mittelwert. Schließlich ergab sich noch ein signifikanter Unterschied bei der EAT-Subskala „Orale Kontrolle“. Während die AN-BP den niedrigsten Mittelwert erzielten, hatten die RAN-P den höchsten Punktwert.

Konkludierend kann festgehalten werden, dass neben obig genannten Unterschieden, keine signifikanten Differenzen hinsichtlich der Komorbiditäten bei den untersuchten Gruppen festgestellt werden konnten.

In der Untersuchung von Kleifield u. a. (1994b) stellte sich heraus, dass AN-BP depressiver als AN-R sind. Die vorliegende Untersuchung konnte hingegen keine signifikante Differenz zwischen den Subgruppen sowohl hinsichtlich der Depressionswerte als auch der Angstwerte festmachen. Das Beck-Depressions-Inventar sieht einen Punktwert ab 18 als klinisch relevant. Die Mittelwerte aller untersuchten Probandengruppen der vorliegenden Untersuchung lagen deutlich darüber (AN-R=29,47; RAN-P=35,77; AN-BP=32,47 und EDNOS=32,30), so dass daraus zu schlussfolgern ist, dass alle Gruppen, unabhängig von ihrem Essverhalten, unter Depressionen zu leiden hatten, wobei die RAN-P den höchsten Mittelwert erzielten. Hinsichtlich der Angst ergab sich ein ähnliches Bild in der vorliegenden Untersuchung. Nach dem State-Trait-Angstinventar entspricht ein Punktwert von 20 dem Nichtvorhandensein und ein Punktwert von 80 der maximalen Intensität dieses Gefühls. Alle Probanden der Untersuchung lagen in einem höheren Bereich: (State)= AN-R=56,77, RAN-P=61,37; AN-BP=58,07 und EDNOS=57,98; (Trait)= AN-R=59,13; RAN-P=59,63; AN-BP=60,07 und EDNOS=61,35.

Während bei der Zustandsangst die RAN-P im Mittel am höchsten punktet, waren es bei der Eigenschaftsangst die EDNOS. Allerdings ergab sich, wie bereits erwähnt, kein signifikanter Unterschied zwischen den Gruppen.

Die bedeutendsten Unterschiede ergaben sich erwartungsgemäß beim Essverhalten der untersuchten Probanden. Insgesamt betrachtet, scheinen sich aber die Gruppen bezüglich der untersuchten Merkmale, abgesehen vom Essverhalten, der Impulsregulation und dem Schlankheitsstreben, mehr zu ähneln als zu unterscheiden. Zu ähnlichen Ergebnissen gelangten auch Nagata u. a. (1997). Wiederum fanden andere Autoren (s. Tab. 1) bedeutsame Unterschiede. Daher wäre eine weitergehende Forschung auf diesem Gebiet sehr sinnvoll und ratsam.

8. Ausblick

Ziel der Arbeit war es, die drei Subgruppen der Anorexia nervosa (AN-R, RAN-P und AN-BP) näher zu beleuchten. Zum einen sollte geschaut werden, inwiefern sich diese Untergruppen hinsichtlich ihres Ess- und Purgungsverhaltens voneinander unterscheiden und ob sich in Bezug auf die demographischen Angaben Differenzen aufzeigen lassen. Zum anderen war von Interesse, ob die genannten Gruppen in puncto Komorbiditäten eher Gemeinsamkeiten oder aber Unterschiede aufweisen.

In diesem Zusammenhang wurden ebenfalls die wichtigsten aktuellen Ergebnisse der allgemeinen Forschung zur Anorexia nervosa, wie etwa Ätiologie, Epidemiologie oder auch die Symptomatik der Erkrankung mit in die Betrachtung einbezogen und zusammengetragen.

Von Relevanz war dabei auch die kritische Auseinandersetzung mit wissenschaftlichen Studien, die essanfallstypische Konditionen, wie etwa kognitive Prozesse vor, während oder nach einem Essanfall bzw. diesen Prozess begleitende Affekte beschrieben und die Bedeutsamkeit von Kontrollüberzeugungen und Stress bzw. Coping in diesem Zusammenhang untersucht hatten. Insbesondere der RAN-P-Typus war dabei von Interesse, da dieser bislang in der Forschung eher weniger Beachtung gefunden hat. Bisherige Untersuchungen zu den Subgruppen der Anorexia nervosa differenzieren meist nur zwischen den zwei Untergruppen AN-R und AN-BP.

Weiterhin wurde in der vorliegenden Arbeit die Gruppe der „Eating Disorder Not Otherwise Specified“ (EDNOS) näher fokussiert und mit in die Analyse einbezogen, um anhand der zusammengetragenen Daten auch diesen Personenkreis präziser analysieren zu können.

Es konnte gezeigt werden, dass es sowohl in der Demographie als auch beim Essverhalten Unterschiede zwischen den Subgruppen der Anorexia nervosa gibt. Hinsichtlich relevanter Komorbiditäten wie der Depression oder der Angststörung ließen sich jedoch hingegen keine bedeutsamen Differenzen erkennen.

Vielmehr stellte sich heraus, dass Depression und Angst bei allen untersuchten Subgruppen in erhöhtem Maße vorhanden sind. Demnach sind es

wesentliche Aspekte, die bei der Therapie der Anorexia nervosa berücksichtigt werden sollten.

Untersuchte Merkmale wie „irrationale Einstellungen“ oder „Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen“ ließen keine signifikanten Unterschiede zwischen den Subgruppen erkennen. Daher kann aus der vorliegenden Arbeit gefolgert werden, dass die untersuchten Gruppen, abgesehen von ihrem Essverhalten, der Demographie und der Impulsregulation, eher Gemeinsamkeiten als Unterschiede aufweisen.

Aufgrund der aber z. T. bestehenden Repugnanzen auf diesem Forschungsgebiet sei jedoch auf die Sinnhaftigkeit von Wiederholungsstudien verwiesen.

9. Bibliographie

- Abraham, S. F., Beumont, P. J. V., *How Patients Describe Bulimia or Binge Eating*, in: Psychological Medicine, 1982, S. 625-635.
- Abramson, L. Y., Alloy, L. B., Metalsky, G. I., *Hopelessness Depression: A Theory-Based Subtype of Depression*, in: Psychological Review, 1989, 96, S. 358-372.
- Agras, W. S., Telch, C. T., *The Effect of Caloric Deprivation and Negative Affect on Binge Eating in Obese Binge-Eating Disordered Women*, in: Behavior Therapy, 1998, 29, S. 491-503.
- Albert, U., Venturello, S., Maina, G., Ravizza, L., Bogetto, F., *Bulimia Nervosa with and without Obsessive-Compulsive Syndromes*, in: Comprehensive Psychiatry, 2001, S. 456-460.
- Allison, D. B., *Handbook of Assessment Methods for Eating Behaviors and Weight-Related Problems: Measures, Theory, and Research*, Thousand Oaks: Sage Publications 1995.
- Anderluh, M. B., Tchanturia, K., Rabe-Hesketh, S., *Childhood Obsessive-Compulsive Personality Traits in Adult Women With Eating Disorders: Defining a Broader Eating Disorder Phenotype*, in: The American Journal of Psychiatry, 2003, 160, S. 242-247.
- Anderson, I. M., Parry-Billings, M., Newsholme, E. A., Fairburn, C. G., Cowen, P. J., *Dieting Reduces Plasma Tryptophan and Alter Brain 5-HT Function in Women*, in: Psychological Medicine, 1990, 20, S. 785-791.
- Angenendt, J., *Weiterentwicklungen und -behandlungen 2 – 6 Jahre nach stationärer Psychotherapie bei Anorexia und/oder Bulimia nervosa*, „Diss.phil.“, Hamburg 1992.
- Arnold, J., *Klientenzentrierte Gesprächspsychotherapie und kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia nervosa: Therapieeffekte und Therapieverlauf in der ambulanten Behandlung*, „Diss.phil.“, Wuppertal 1992.
- Arnow, B., Kenardy, J., Agras, W. S., *Binge Eating Among the Obese: A Descriptive Study*, in: Journal of Behavioral Medicine, 1992, 15, S. 155-170.
- Bachmann, M., *Süchtiges Verhalten und Essstörungen*, in: Brakhoff, J., 1985, S. 41-61.

- Bachner-Melman, R., *Anorexia Nervosa From a Family Perspective – Why Did Nobody Notice?*, in: The American Journal of Family Therapy, 2003, 31, S. 39-50.
- Backhaus, K., *Multivariate Analysemethoden – eine anwendungsorientierte Einführung*, Berlin (u. a.): Springer 2003.
- Baucom, D. H., Aiken, P. A., *Effect of Depressed Mood on Eating Among Obese and Nonobese Dieting and Nondietering Persons*, in: Journal of Personality and Social Psychology, 1981, 41, S. 577-585.
- Bauer, B., *Gesprächsverhalten von Frauen und Männern in gleich- und gegengeschlechtlichen Interaktionen*, Habil.-Schrift, Universität Dortmund 1985.
- Bauer, B. G., Anderson, W. P., *Bulimic Beliefs: Food for Thought*, in: Journal of Counseling & Development, 1989, S. 416-419.
- Beattie, H. J., *Eating Disorders and the Mother-Daughter Relationship*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1988, 7, S. 453-460.
- Becht, W., *Behandlungskonzepte im stationären Bereich bei jugendlichen anorektischen Patienten*, in: Brakhoff, J., 1985, S. 77-91.
- Beck, A. T., Freeman, A. u. a., *Kognitive Therapie der Persönlichkeitsstörungen*, Weinheim: Psychologie-Verlags-Union, 1993.
- Beck, A. T., u. a., *Kognitive Therapie der Depression*, München u. a.: Urban und Schwarzenberg, 1981.
- Beebe, D. W., *Bulimia Nervosa and Depression: A Theoretical and Clinical Appraisal in Light of the Binge-Purge Cycle*, in: British Journal of Clinical Psychology, 1994, 33, S. 259-276.
- Beisel, S., Leibl, C., *Stationäre Verhaltenstherapie bei Essstörungen*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001, S. 111-127.
- Bekker, M. H. J., van de Meerendonk, C., Mollerus, J., *Effects of Negative Mood Induction and Impulsivity on Self-Perceived Emotional Eating*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2004, 36, S. 461-469.
- Bekker, M. H. J., Boselie, K. A. H. M., *Gender and Stress: Is Gender Role Stress? A Re-Examination of the Relationship Between Feminine Gender Role Stress and Eating Disorders*, in: Stress and Health, 2002, 18, S. 141-149.

- Bennett, D. A., Cooper, C. L., *Eating Disturbance as a Manifestation of the Stress Process: A Review of the Literature*, in: Stress Medicine, 1999, S. 167-182.
- Benninghoven, D., Liebeck, H., *Ambulante kognitive Verhaltenstherapie der Essstörungen*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001, S. 94-110.
- Berger, U., Strauß, B., *Ess-Störungen – Ursachen, Therapie, Vorbeugung. Komplexes Wechselspiel physischer, psychischer und sozialer Faktoren*, in: Moderne Ernährung heute, 2004, 4, S. 1-5.
- Bers, S. A., Quinlan, D. M., *Perceived-Competence Deficit in Anorexia Nervosa*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1992, S. 423-431.
- Beumont, P. J. V., George, G., Smart, D.: *Dieters and Vomitors and Purgers in Anorexia Nervosa*, in: Psychological Medicine, 1976, S. 617-622.
- Beumont, P. J. V., Kopec-Schrader, E., Touyz, S. W., *Defining Subgroups of Dieting Disorder Patients by Means of the Eating Disorders Examination (EDE)*, in: The British Journal of Psychiatry, 1995, S. 472- 474.
- Bhanji, S. Mattingly, D., *Anorexia Nervosa: Some Observations on "Dieters" and "Vomitors", Cholesterol and Carotene*, in: British Journal of Psychiatry, 1981, 139, S. 238-241.
- Biebl, W., *Anorexia nervosa: Beitrag zur Pathogenese, Konsequenzen für die Therapie*, Stuttgart: Enke 1986, S. 108-231.
- Blanck, B., *Magersucht in der Literatur: Zur Problematik weiblicher Identitätsfindung*, Frankfurt (Main): R. G: Fischer 1984.
- Blank, S., Latzer, Y., *The Boundary-Control Model of Adolescent Anorexia Nervosa: An Integrative Approach to Etiology and Treatment?*, in: The American Journal of Family Therapy, 2004, 32, S. 43-54.
- Böhme-Bloem, C., *Diagnostische Kriterien und psychodynamische Charakteristika*, in: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., 1996, S. 7-19.
- Bollen, E., Wojciechowski, F. L., *Anorexia Nervosa Subtypes and the Big Five Personality Factors*, in: European Eating Disorders Review, 2004, 12, S. 117-121.
- Botta, R. A., Dumlao, R., *How do Conflict and Communication Patterns Between Fathers and Daughters Contribute to or Offset Eating Disorders?*, in: Health Communication, 2002, S. 199-219.

- Brakhoff, J., *Eßstörungen: Ambulante und stationäre Behandlung*, Freiburg im Breisgau: Lambertus-Verlag 1985.
- Brandão Lemos Morais, M., Horizonte, B., *Eating Disorders : A Bond Between Medicine, Culture and Psychoanalysis*, in: International Forum of Psychoanalysis, 2002, 11, S. 135-140.
- Braun, D. L., Sunday, S. R., Halmi, K. A., *Psychiatric Comorbidity in Patients with Eating Disorders*, in: Psychological Medicine, 1994, 24, S. 859-867.
- Brownell, K. D., *Dieting and the Search for the Perfect Body : Where Physiology and Culture Collide*, in: Behavior Therapy, 1991, 22, S. 1-12.
- Bruch, H., *Eßstörungen: Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht*, Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag 2004.
- Bruch, H., *Der goldene Käfig – Das Rätsel der Magersucht*, Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag 2002.
- Bruch, H., *Das verhungerte Selbst – Gespräche mit Magersüchtigen*, Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag 1998.
- Bruch, H., *Anorexia Nervosa: Therapy and Theory*, in: The American Journal of Psychiatry, 1982, S.1531-1538.
- Bruch, H., *Perils of Behavior Modification in Treatment of Anorexia Nervosa*, in: The Journal of the American Medical Association, 1974, S. 1419-1422.
- Bruch, H., *Family Transactions in Eating Disorders*, in: Comprehensive Psychiatry, 1971, 12, S. 238-248.
- Brumberg, J. J., *Todeshunger: Die Geschichte der Anorexia nervosa vom Mittelalter bis heute*, Frankfurt: Campus-Verlag 1994.
- Buchholz, H., *Die verzehrte Frau: Anorexie und Bulimie im Spiegel weiblicher Subjektivität*, Opladen: Leske und Budrich 2001.
- Bühl, A., Zöfel, P., *SPSS 12 – Einführung in die moderne Datenanalyse unter Windows*, München: Pearson Studium 2005.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Wade, T. D., Kendler, K. S., *Twin Studies of Eating Disorders: A Review*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2000, 27, S. 1-20.

- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J. L., Joyce, P. R., *Eating Disorders and Antecedent Anxiety Disorders: A Controlled Study*, in: Acta Psychiatrica Scandinavica, 1997, 96, S. 101-107.
- Cachelin, F. M., Maher, B. A., *Restrictors Who Purge: Implications of Purging Behavior for Psychopathology and Classification of Anorexia Nervosa*, in: Eating Disorders, 1998, S. 51-63.
- Caffary, R. A., *Anorexia and Bulimia – The Maladjusting Coping Strategies of the 80S*, in: Psychology in the Schools, 1987, 24, S. 45-48.
- Carlat, D. J., Camargo, C. A., Herzog, D. B., *Eating Disorders in Males: A Report on 135 Patients*, in: American Journal of Psychiatry, 1997, 154, S. 154-158.
- Casper, R. C., Troiani, M., *Family Functioning in Anorexia Nervosa Differs by Subtype*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2001, 30, S. 338-342.
- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C.: *The Incidence and Clinical Significance of Bulimia in Patients with Anorexia Nervosa*, in: Archives of General Psychiatry, 1980, S. 1030-1035.
- Cattanach, L., Malley, R., Rodin, J., *Psychologic and Physiologic Reactivity to Stressors in Eating Disordered Individuals*, in: Psychosomatic Medicine, 1988, S. 591-599.
- Cattanach, L., Rodin, J., *Psychosocial Components of the Stress Process in Bulimia*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1988, S. 75-88.
- Christian, S., *Auf hauchdünnem Eis: Geschichte einer Magersucht*, Wuppertal: Brockhaus 1988.
- Cierpka, M., Reich, G., *Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001, S. 128-155.
- Claes, L., Vandereycken, W., Vertommen, H., *Impulsive and Compulsive Traits in Eating Disordered Patients Compared with Controls*, in: Personality and Individual Differences, 2002, S. 707-714.
- Cools, J. Schotte, D. E., McNally, R. J., *Emotional Arousal and Overeating in Restrained Eaters*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1992, S. 348-351.
- Cooper, M., Galbraith, M., Drinkwater, J., *Assumptions and Beliefs in Adolescents With Anorexia Nervosa and Their Mothers*, in: Eating Disorders, 2001, 9, S. 217-223.

- Cooper, J. L., Morrison, T. L., Bigman, O. L., Abramowitz, S., Levin, S., Krener, P., *Mood Changes and Affective Disorder in the Bulimic Binge-Purge Cycle*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1988, S. 469-474.
- Cooper, M. J., *Bias in Interpretation of Ambiguous Scenarios in Eating Disorders*, in: Behavior Research and Therapy, 1997, S. 619-626.
- Cooper, M. J., Clark, D. M., Fairburn, C. G., *An Experimental Study of the Relationship Between Thoughts and Eating Behaviour in Bulimia Nervosa*, in: Behavior Research and Therapy, 1993, S. 749-757.
- Cooper, M. J., Anastasiades, P., Fairburn, C. G., *Selective Processing of Eating-, Shape-, and Weight-Related Words in Persons With Bulimia Nervosa*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1992a, S. 352-355.
- Cooper, M. J., Fairburn, C. G., *Thoughts about Eating, Weight and Shape in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, in: Behavior Research and Therapy, 1992b, S. 501-511.
- Cooper, T., *Anorexie und Bulimie im Vergleich*, in: Lawrence, M., 1994, S. 141-165.
- Crisp, A. H., Burns, T., Bhat, A. V., *Primary Anorexia Nervosa in the Male and Female: A Comparison of Clinical Features and Prognosis*, in: British Journal of Medical Psychology, 1986, S. 123-132.
- Crisp, A. H., *Anorexia Nervosa*, in: Hospital Medicine, 1967, S. 713- 718.
- Crowther, J. H., Sanftner, J. L., Bonifazi, D. Z., Shepherd, K. L., *The Role of Daily Hassles in Binge Eating*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2001, S. 449-454.
- Crowther, J. H., Lingswiler, V. M., Stephens, M. A., *The Topography of Binge Eating*, in: Addictive Behaviors, 1984, S. 299-303.
- DaCosta, M., Halmi, K. A., *Classification of Anorexia Nervosa: Question of Subtypes*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1992, S. 305-313.
- Dally, P., *Anorexia Nervosa*, London: Grune & Stratton 1969.
- Dana, M., *Das Spiegelbild und die Grenzen des Selbst*, in: Lawrence, M., 1994, S. 63-82.
- Davis, C., Shuster, B., Blackmore, E., Fox, J., *Looking good – Family Focus on Appearance and the Risk for Eating Disorders*, in: International Journal of Eating Disorders, 2004, 35, S. 136-144.

- Davis, C., Kaptein, S., Kaplan, A. S., Olmsted, M. P., Woodside, D. B., *Obsessionality in Anorexia Nervosa: The Moderating Influence of Exercise*, in: Psychosomatic Medicine, 1998, 60, S. 192-197.
- Davis, C., *Normal and Neurotic Perfectionism in Eating Disorders: An Interactive Model*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1997, 22, S. 421-426.
- Davis, C., Katzman, D. K., Kaptein, S., Kirsh, C., Brewer, H., Kalmbach, K., Olmsted, M. P., Woodside, D. B., Kaplan, A. S., *The Prevalence of High-Level Exercise in the Eating Disorders: Etiological Implications*, in: Comprehensive Psychiatry, 1997, 38, S. 321-326.
- Davis, R., Freeman, R. J., Garner, D. M., *A Naturalistic Investigation of Eating Behavior in Bulimia Nervosa*, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1988, 52, S. 273-279.
- Davis, R., Freeman, R. J., Solyom, L., *Mood and Food: An Analysis of Bulimic Episodes*, in: Journal of Psychiatric Research, 1985, 19, S. 331- 335.
- Deep, A. L., Nagy, L. M., Weltzin, T. E., Rao, R., Kaye, W. H., *Premorbid Onset of Psychopathology in Long-Term Recovered Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1995, 17, S. 291-298.
- Delesen, P., *Anorexia nervosa: Möglichkeiten und Probleme der Diagnostik, Ätiologie und Intervention; eine Analyse deutschsprachiger pädagogischer, psychologischer und soziologischer Literatur*, Pfaffenweiler: Centaurus-Verlag 1997.
- Deter, H. C., Herzog, W., *Anorexia Nervosa in a Long-Term Perspective: Results of the Heidelberg-Mannheim Study*, in: Psychosomatic Medicine, 1994, 56, S. 20-27.
- Deutscher Forschungsdienst, *Diätwahn führt zum Dauerstreß*, in: Gesundheit im Beruf, 1989, S. 274-275.
- Díaz-Marsá, M., Carrasco, J. L., Sáiz, J., *A Study of Temperament and Personalità in Anorexia Nervosa*, in: Journal of Personalità Disorders, 2000, 14, S. 352-359.
- Dobson, K. S., Khatri, N., *Cognitive Therapy: Looking Backward, Looking Forward*, in: Journal of Clinical Psychology, 2000, 56, S. 907-923.
- Dowd, E. T., *Cognition and the Cognitive Revolution in Psychotherapy: Promises and Advances*, in: Journal of Clinical Psychology, 2004, 60, S. 415-428.

- Dowson, J. H., *Associations Between Self-Induced Vomiting and Personality Disorder in Patients with a History of Anorexia Nervosa*, in: Acta psychiatrica Scandinavica, 1992, S. 399-404.
- Dritschel, B. H., Williams, K., Cooper, P. J., *Cognitive Distortions Amongst Women Experiencing Bulimic Episodes*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1991, S. 547-555.
- Eckert, E. D., Goldberg, S. C., Halmi, K. A., Casper, R. C., Davis, J. M., *Depression in Anorexia Nervosa*, in: Psychological Medicine, 1982, 12, S. 115-122.
- Eddy, K.T., Keel, P. K., Dorer, D. J., Delinsky, S. S., Franko, D. L., Herzog, D. B., *Longitudinal Comparison of Anorexia Nervosa Subtypes*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2002, S. 191-201.
- Edwards, F. E., Nagelberg, D. B., *Personality Characteristics of Restrained/Binge Eaters Versus Unrestrained/Nonbinge Eaters*, in: Addictive Behaviors, 1986, 11, S. 207-211.
- Edwards, G., *Magersucht und Familie*, in: Lawrence, M., 1994, S. 83-98.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F. M., Szmulker, G., Grange, D. le, Dodge, E., *Family and Individual Therapy in Anorexia Nervosa*, in: Archives of General Psychiatry, 1997, S. 1025-1030.
- Ekeröth, K., Broberg, A. G., Nevenon, L., *Eating Disorders and General Psychopathology: A Comparison Between Young Adult Patients and Normal Controls With and Without Self-Reported Eating Problems*, in: European Eating Disorder Review, 2004, 12, S. 208-216.
- Eldredge, K., Wilson, G. T., Whaley, A., *Failure, Self-evaluation, and Feeling Fat in Women*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1990, S. 37-50.
- Ellis, A., *Die rational-emotive Therapie: das innere Selbstgespräch bei seelischen Problemen und seine Veränderungen*, München: Pfeiffer, 1993.
- Elmore, D. K., de Castro, J. M., *Self-rated Moods and Hunger in Relation to Spontaneous Eating Behavior in Bulimics, Recovered Bulimics, and Normals*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1990, S. 179-190.
- Epstein, B., *Die Wut von Frauen und der Zwang zu essen*, in: Lawrence, M., 1994, S. 39-62.

- Esplen, M. J., Garfinkel, P., Gallop, R., *Relationship Between Self-Soothing, Aloneness, and Evocative Memory in Bulimia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2000, 27, S. 96-100.
- Fahy, T. A., Osacar, A., Marks, I., *History of Eating Disorders in Female Patients with Obsessive-Compulsive Disorder*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1993, 14, S. 439-443.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., Welch, S. L., *Risk Factors for Anorexia Nervosa*, in: Archives of General Psychiatry, 1999a, 56, S. 468-476.
- Fairburn, C. G., Cowen, P. J., Harrison, P. J., *Twin Studies and the Etiology of Eating Disorders*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1999b, 26, S. 349-358.
- Fairburn, C. G., Wilson, G. T., *Binge Eating: nature, assessment, and treatment*, NY: Guilford Press, 1993.
- Fairburn, C. G., Wilson, G. T. Wilson, *Binge Eating: Definition and Classification*, in: Fairburn, C. G., Wilson, G. T., 1993, S. 3-14.
- Fairburn, C. G., Cooper, P. J., Cooper, M. J., McKenna, F. P., Anastasiades, P., *Selective Information Processing in Bulimia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1991, S. 415-422.
- Fassino, S., Daga, G., A., Pierò, A., Leombruni, P., Rovera, G. G., *Anger and Personality in Eating Disorders*, in: Journal of Psychosomatic Research, 2001, 51, S. 757-764.
- Favaro, A., Santonastaso, P., *Self-Injurious Behaviour in Anorexia Nervosa*, in: The Journal of Nervous and Mental Disease, 2000, S. 537-542.
- Favaro, A., Santonastaso, P., *Suicidality in Eating Disorders: Clinical and Psychological Correlates*, in: Acta Psychiatrica Scandinavica, 1997, S. 508-514.
- Favaro, A., Santonastaso, P., *Purging Behaviors, Suicide Attempts, and Psychiatric Symptoms in 398 Eating Disordered Subjects*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1996, 20, S. 99-103.
- Feighner, P., Robins, E., Guze, S., Woodruff, A., Winiokur, G., Munoz, R., *Diagnostic criteria for use in psychiatric research*, in: Archives of General Psychiatry, 1972, 26, S. 57-63.

- Fernández-Aranda, F. E., *Körperwahrnehmung und -zufriedenheit bei Bulimia und Anorexia nervosa: Eine empirische Vergleichsstudie vor und nach stationärer Psychotherapie*, „Diss.phil.“, Hamburg 1996.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., *The Structured Interview for Anorexic and Bulimic Disorders for DSM-IV and ICD-10 (SIAB-EX): Reliability and Validity*, in: European Psychiatry, 2001, S. 38-48.
- Fichter, M. M., *Das eßgestörte Mädchen*, in: Münchener medizinische Wochenschrift, 1988, S. 468-471.
- Fichter, M. M., *Zur Verhaltenstherapie und Prognose der Pubertätsmagersucht*, in: Meermann, R., 1982, S. 238-253.
- Finzer, P., Haffner, J., Müller-Küppers, M., *Zu Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa: Katamnese von 41 Patienten*, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1998, 47, S. 302-313.
- Fombonne, E., *Anorexia Nervosa: No Evidence for an Increase*, in: British Journal of Psychiatry, 1995, 166, S. 462-471.
- Fornari, V., Kaplan, M., Sandberg, D. E., Matthews, M., Skolnick, N., Katz, J. L., *Depressive and Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1992, 12, S. 21-29.
- Franke, A., *Ess-Störungen*, in: Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS), Suchtmedizinische Reihe Bd. 3, Hamm: 2004.
- Franke, A., *Wege aus dem goldenen Käfig: Anorexie verstehen und behandeln*, Weinheim, Basel, Berlin: Beltz 2003.
- Franke, A., *Klinische Psychologie der Frau – Ein Lehrbuch*, Göttingen (u .a.): Hogrefe, 2001.
- Franke, A., *Psychosomatische Störungen: Theorien und Versorgung*, Stuttgart, Berlin, Köln, Mainz: Kohlhammer 1981.
- Frost, R. O., Goolkasian, G. A., Ely, R. J., Blanchard, F. A., *Depression, Restrained and Eating Behavior*, in: Behaviour Research and Therapy, 1982, 20, S. 113-121.
- Fursland, A., *Eva wird verleumdet: Essen, Sexualität und die weibliche Scham*, in: Lawrence, M., 1994, S. 23-38.
- Gard, M. C. E., Freeman, C. P., *The Dismantling of a Myth: A Review of Eating Disorders and Socioeconomic Status*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1996, 20, S. 1-12.

- Garfinkel, P. E., Kennedy, S. H., Kaplan, a. S., *Views on Classification and Diagnosis of Eating Disorder*, in: Canadian Journal of Psychiatry, 1995a, S. 445-456.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A. S., Woodside, D. B., *Purging and Nonpurging Forms of Bulimia Nervosa in a Community Sample*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1995b, 20, S. 231-238.
- Garfinkel, P. E., Goldbloom, D., Davis, R., Olmstad, M. P., Garner, D. M., Halmi, K. A., *Body Dissatisfaction in Bulimia Nervosa: Relationship to Weight and Shape Concerns and Psychological Functioning*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1992, S. 151-161.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., Rose, J., Darby, P. L., Brandes, J. S., O'Hanlon, J., Walsh, N., *A Comparison of Characteristics in the Families of Patients with Anorexia Nervosa and Normal Controls*, in: Psychological Medicine, 1983, 13, S. 821-828.
- Garfinkel, P. E., Garner, D. M., *Anorexia Nervosa: A Multidimensional Perspective*, New York: Brunner/Mazel 1982.
- Garfinkel, P. E., Moldofsky, H., Garner, D. M.: *The Heterogeneity of Anorexia Nervosa: Bulimia as a Distinct Subgroup*, in: Archives of General Psychiatry, 1980, S. 1036-1040.
- Garner, D. M., *Binge Eating in Anorexia Nervosa*, in: Fairburn, C. G., Wilson, G. T., 1993, S. 50- 76.
- Garner, D. M., Garner, M. V., Rosen, L. W., *Anorexia Nervosa "Restricters" Who Purge: Implications for Subtyping Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1993, S. 171-185.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., O`Shaughnessy, M., *The Validity of the Distinction Between Bulimia with and without Anorexia Nervosa*, in: American Journal of Psychiatry, 1985, S. 581-587.
- Garner, D. M., Olmsted, M. P., Polivy, J., *Development and Validation of a Multidimensional Eating Disorder Inventory for Anorexia Nervosa and Bulimia*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1983, S. 15-34.
- Garner, D. M., Bemis, K. M., *A Cognitive-Behavioral Approach to Anorexia Nervosa*, in: Cognitive Therapy and Research, 1982, S. 123-150.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., *The Eating Attitudes Test*, in: Psychological Medicine, 1979, S. 273-279.

- Geist, R., Davis, R., Heinmaa, M., *Binge/Purge Symptoms and Comorbidity in Adolescents With Eating Disorders*, in: Canadian Journal of Psychiatry, 1998, S. 507-512.
- Geller, J., Cockell, S. J., Goldner, E. M., *Inhibited Expression of Negative Emotions and Interpersonal Orientation in Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2000, 28, S. 8-19.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H., *Magersucht: Anstöße zur Krankheitsbewältigung*, München: Dt. Taschenbuch-Verlag 1999.
- Gerlinghoff, M., Backmund, H., *Therapie der Magersucht und Bulimie: Anleitung zu eigenverantwortlichem Handeln*, Weinheim: Beltz, Psychologie-Verl.Union 1995, S. 1-37.
- Gershon, E. S., Schreiber, J. L., Hamovit, J. R., Dibble, E. D., Kaye, W., Nurnberger J. I., Andersen, A. E., Ebert, M., *Clinical Findings in Patients with Anorexia Nervosa and Affective Illness in Their Relatives*, in: American Journal of Psychiatry, 1984, S. 1419-1422.
- Ghaderi, A., Scott, B., *Prevalence, Incidence and Prospective Risk Factors for Eating Disorders*, in: Acta Psychiatrica Scandinavica, 2001, 104, S. 122-130.
- Ghaderi, A., Scott, B., *Coping in Dieting and Eating Disorders*, in: The Journal of Nervous and Mental Disease, 2000, 188, S. 273-279.
- Glass, D. C., *Stress, Behavior Patterns, and Coronary Disease*, in: American Scientist, 1977, 65, S. 177-187.
- Glomp, I., *Nur noch Haut und Knochen*, in: Psychologie heute, 2001, S. 44-49.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., Jeammet, P., *Anxiety Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa : Co-Morbidity and Chronology of Appearance*, in: European Psychiatry, 2000, S. 38-45.
- Goebel, S., Spalthoff, G., Schulze, C., Florin, I., *Dysfunctional Cognitions, Attributional Style, and Depression in Bulimia*, in: Journal of Psychosomatic Research, 1989, S. 747-752.
- Goldberger, L. Breznitz, S., *Handbook of Stress: Theoretical and Clinical Aspects*, NY (u. a.): The Free Press 1993.
- González-Pinto, A., Immaculada, F., Cristina, R., de Corres Blanca, F., Sonsoles, E., Fernando, R., Purificación, L., *Purging Behaviors and Comorbidity as Predictive Factors of Quality of Life in Anorexia*

- Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2004, 36, S. 445-450.
- Goodwin, R. D., Fitzgibbon, M. L., *Social Anxiety as a Barrier to Treatment for Eating Disorders*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2002, 32, S. 103-106.
- Green, M. W., Elliman, N. A., Warelign, A., Rogers, P. J., *Cognitive Functioning, Weight Change and Therapy in Anorexia Nervosa*, in: Journal of Psychiatric Research, 1996, S. 401-410.
- Greeno, C. G., Wing, R. R., *Stress-Induced Eating*, in: Psychological Bulletin, 1994, 115, S. 444-464.
- Griffiths, R. A., Mallia-Blanco, R., Boesenberg, E., Ellis, C., Fischer, K., Taylor, M., Wyndham, J., *Restrained Eating and Sociocultural Attitudes to Appearance and General Dissatisfaction*, in: European Eating Disorder Review, 2000, 8, S. 394-402.
- Griffith, R. A., Beumont, P. J., V., Russell, J., Schotte, D., Thornton, C., Touyz, S., Varano, P., *Sociocultural Attitudes Towards Appearance in Dieting Disordered and Nondietering Disordered Subjects*, in: European Eating Disorder Review, 1999, 7, S. 193-203.
- Grilo, C. M., Shiffman, S., Carter-Campbell, J. T., *Binge Eating Antecedents in Normal-Weight Nonpurging Females: Is There Consistency?*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1994, 16, S. 239-249.
- Grimm, K. H., *Klientenzentrierte, stationäre Psychotherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa*, in: GwG-Zeitschrift, 1998, S. 426-430.
- Groth-Marnat, G., Schumaker, J. F., *Locus of Control and Attitude toward Eating in a Female College Population*, in: Social Behavior and Personality, 1988, 16, S. 19-23.
- Groth-Marnat, G., Schumaker, J. F., *Locus of Control as a Predictor of Severity of Weight-Control Strategies in Bulimics*, in: Psychology and Human Development, 1987, 2, S. 61-66.
- Habermas, T., *Heißhunger: Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*, Frankfurt am Main: Fischer-Taschenbuch-Verlag 1990, S. 22-72.
- Haller, E., *Eating Disorders: A Review and Update*, in: The Western Journal of Medicine, 1992, 157, S. 658-662.
- Halmi, K. A., Eckert, E., Marchi, P., Sampugnaro, V., Apple, R., Cohen, J., *Comorbidity of Psychiatric Diagnoses in Anorexia Nervosa*, in: Archives of General Psychiatry, 1991a, 48, S. 712-718.

- Halmi, K. A., Sunday, S. R., *Temporal Patterns of Hunger and Fullness Ratings and Related Cognitions in Anorexia and Bulimia*, in: Appetite, 1991b, S. 219-237.
- Hansel, S. L., Wittrock, D. A., *Appraisal and Coping Strategies in Stressful Situations: A Comparison of Individuals who Binge Eat and Controls*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1997, S. 89-93.
- Harding, T. P., Lachenmeyer, J. R., *Family Interaction Patterns and Locus of Control as Predictors of the Presence and Severity of Anorexia Nervosa*, in: Journal of Clinical Psychology, 1986, 42, S. 440-448.
- Hautzinger, M., Bailer, M., Worall, H., Keller, F., *Beck-Depressions-Inventar (BDI)*, Testhandbuch, 1994.
- Hautzinger, M., Luka, U., Trautmann, R. D., *Skala dysfunktionaler Einstellungen – Eine deutsche Version der Dysfunctional Attitude Scale*, in: Diagnostica, 1985, S. 312-323.
- Hautzinger, M., *Anorexia Nervosa: A Behavior-Analytic Model*, in: Behavioural Analyses and Modification, 1980, 4, S. 210-223.
- Hänsel, D., *Eßstörungen. Die Bedeutung des Problems, Übersicht zu den Erscheinungsbildern*, in: Brakhoff, J., 1985, S. 11-40.
- Head, S. B., Williamson, D. A., *Association of Family Environment and Personality Disturbances in Bulimia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1990, 9, S. 667-674.
- Heatherton, T. F., Striepe, M., Wittenberg, L., *Emotional Distress and Disinhibited Eating: The Role of Self*, in: Personality and Social Psychological Bulletin, 1998, S. 301-312.
- Heatherton, T. F., *Body Dissatisfaction, Self-Focus, and Dieting Status Among Women*, in: Psychology of Addictive Behaviors, 1993, 7, S. 225-231.
- Heatherton, T. F., Polivy, J., Herman, C. P., Baumeister, R. F., *Self-Awareness, Task Failure, and Disinhibition: How Attentional Focus Affects Eating*, in: Journal of Personality, 1993, S. 49-61.
- Heatherton, T. F., Herman, C. P., Polivy, J., *Effects of Distress on Eating: The Importance of Ego-Involvement*, in: Journal of Personality and Social Psychology, 1992, S. 801-803.
- Heatherton, T. F., Baumeister, R. F., *Binge Eating as Escape from Self-Awareness*, in: Psychological Bulletin, 1991, S. 86-108.

- Heatherton, T. F., Herman, C. P., Polivy, J., *Effects of Physical Threat and Ego Threat on Eating Behavior*, in: Journal of Personality and Social Psychology, 1991, S. 138-143.
- Hellhammer, D., *Verhaltensmedizin: Ergebnisse und Anwendungen*, Bern u. a.: Huber 1991.
- Hellhammer, D., *Psychobiologische Ansätze bei der Anorexia nervosa*, in: Meermann, R., 1982, S. 43-55.
- Hellhammer, D., Leusbrock, H., Meyer, B., Müller, T., *Überlegungen zur Relevanz symptomzentrierter Verhaltensmodifikation bei Anorexia nervosa*, in: Deutsche Gesellschaft zur Verhaltenstherapie, 1980, S. 344-351.
- Hentze, M., *Prognosefaktoren des langfristigen Behandlungserfolges von Anorexia nervosa aufgrund einer katamnestischen Studie*, „Diss. phil.“, Hamburg 1989.
- Herpertz-Dahlmann, B. M., Wewetzer, C., Schulz, E., Remschmidt, H., *Course and Outcome in Adolescent Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1996, 19, S. 335-345.
- Herpertz-Dahlmann, B., Remschmidt, H., *Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter*, in: Deutsches Ärzteblatt, 1994, 17, S. 781-786.
- Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., *Essstörungen: Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*, Stuttgart (u. a.): Schattauer 2004.
- Herzog, W., Schweitzer, J., *Anorexia nervosa – Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie*, in: Familiendynamik, 1994, 19, S. 182-187.
- Herzog, W., Kröger, F., Petzold, E., *Elterngruppen in der systemischen Therapie von Anorexia-nervosa-Patientinnen*, in: Der Kassenarzt, 1990, 24, S. 46-49.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Lavori, P. W., Kenny, G. M., Sacks, N. R., *The Prevalence of Personality Disorders in 210 Women With Eating Disorders*, in: The Journal of Clinical Psychiatry, 1992a, 53, S. 147-152.
- Herzog, D. B., Keller, M. B., Sacks, N. R., Yeh, C. J., Lavori, P. W., *Psychiatric Comorbidity in Treatment-Seeking Anorexics and Bulimics*, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1992b, 31, S. 810-818.

- Herzog, D. B., *Are Anorexic and Bulimic Patients Depressed?*, in: American Journal of Psychiatry, 1984, 141, S. 1594-1597.
- Herzog, T., Zeeck, A., *Stationäre psychodynamisch orientierte Therapie bei Anorexie und Bulimie*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001, S. 79-93.
- Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., *Analytische Psychotherapie bei Essstörungen – Therapieführer mit 20 Abbildungen und 20 Tabellen*, Stuttgart: Schattauer 1996.
- Herzog, W., Munz, D., Deter, H.-Ch., *Langzeitverlauf und Prognose*, in: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., 1996, S. 229-336.
- Hobfoll, S. E., Vaux, A., *Social Support : Social Resources and Social Context*, in : Goldberger, L.& Breznitz, S., 1993, S. 685-705.
- Hoek, H. W., van Hoeken, D., *Review of the Prevalence and Incidence of Eating Disorders*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2003, 34, S. 383-396.
- Holland, A. J., Sicotte, N., Treasure, J., *Anorexia Nervosa: Evidence for a Genetic Basis*, in: Journal of Psychosomatic Research, 1988, 32, S. 561-571.
- Hood, J., Moore, T. E., Garner, D. M., *Locus of Control as a Measure of Ineffectiveness in Anorexia Nervosa*, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1982, 50, S. 3-13.
- Horesh, N., Apter, A., Lepkifker, E., Ratzoni, G., Weizmann, R., Tyano, S., *Life Events and Severe Anorexia Nervosa in Adolescence*, in: Acta Psychiatrica Scandinavica, 1995, 91, S. 5-9.
- Howard, C. E., Krug-Porzelius, L., *The Role of Dieting in Binge Eating Disorder: Etiology and Treatment Implications*, in: Clinical Psychology Review, 1999, 19, S. 25-44.
- Hsu, L. K., Crisp, A. H., Callender, J. S., *Psychiatric Diagnoses in Recovered and Unrecovered Anorectics 22 Years After Onset of Illness: A Pilot Study*, in: Comprehensive Psychiatry, 1992, 33, S. 123-127.
- Hsu, L. K., *Experimental Aspects of Bulimia Nervosa*, in: Behavior Modification, 1990, 14, S. 50-65.
- Hsu, L. K., *The Outcome of Anorexia Nervosa: A Reappraisal*, in: Psychological Medicine, 1988, S. 807-812.

- Hudson, J. I., Pope, H. G., *Affective Spectrum Disorder: Does Antidepressant Response Identify a Family of Disorder With a Common Pathophysiology?*, in: American Journal of Psychiatry, 1990, 147, S. 552-564.
- Hudson, J. I., Pope, H. G., Jonas, J. M., Yurgelun-Todd, D., *Phenomenologic Relationship of Eating Disorders to Major Affective Disorder*, in: Psychiatry Research, 1983, 9, S. 345-354.
- Hürter, A., *Familiäre Bewältigung chronischer Erkrankungen*, in: Kontext, 1994, 25, S. 56-73.
- Humphrey, L. L., *Relationships Within Subtypes of Anorexic, Bulimic, and Normal Families*, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1988, 27, S. 544-551.
- Humphrey, L. L., *Comparison of Bulimic-Anorexic and Nondistressed Families Using Structural Analysis of Social Behavior*, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1987, 26, S. 248-255.
- Humphrey, L. L., *Family Relations in Bulimic-Anorexic and Nondistressed Families*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1986, 5, S. 223-232.
- Jacobi, C., *Beeinträchtigungen des Selbstkonzepts bei Eßstörungen*, in: Zeitschrift für klinische Psychologie und Psychotherapie, 2000, S. 75-96.
- Jacobi, C., Paul, T., Thiel, A., *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa*, Weinheim: Beltz, Psychologie-Verlags-Union 1996.
- Jansen, A., Huygens, K., Tenney, N., *No Evidence for a Selective Processing of Subliminally Presented Body Words in Restrained Eaters*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1998a, S. 435-438.
- Jansen, A., Louwerson, E., Leemans, N., Schouten, E., *Self-Esteem as a better Predictor of Eaters' Food Intake than Attributional Style and disinhibition Tendency*, in: European Journal of Personality, 1998b, S. 3-56.
- Jansen, A., Merckelbach, H., Oosterlaan, J., Tuiten, A., van den Hout, M., *Cognitions and Self-Talk During Food Intake of Restrained and Unrestrained Eaters*, in: Behaviour Research and Therapy, 1988, S. 393-398.

- Johnson, C. Larson, R., *Bulimia: An Analysis of Moods and Behavior*, in: Psychosomatic Medicine, 1982, 44, S. 341- 352.
- Johnson, W. G., Boutelle, K. N., Torgrud, L., Davig, J. P., Turner, S., *What is a Binge ? The Influence of Amount, Duration, and Loss of Control Criteria on Judgement of Binge Eating*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2000, 27, S. 471-479.
- Jones, R., Edelman, R. J., *Self-Control Deficits and Eating Problems: A Reexamination*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1989, 8, S. 695-699.
- Jordan, J., Joyce, P. R., Carter, F. A., Horn, J., McIntosh, V. V., W., Luty, S. E., McKenzie, J. M., Mulder, R. T., Bulik, C. M., *Anxiety and Psychoactive Use Disorder Comorbidity an Anorexia Nervosa or Depression*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2003, 34, S. 211-219.
- Kächele, H., Munz, D., Herzog, W., *Stationäre analytische Behandlungsprogramme bei Essstörungen*, in: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., 1996, S. 1-6.
- Karren, U., *Die Psychologie der Magersucht: Erklärung und Behandlung von Anorexia nervosa*, Bern: Huber 1990.
- Kashubeck-West, S., Mintz, L. B., Saunders, K. J., *Assessment of Eating Disorders in Woman*, in: The Counseling Psychologist, 2001, S. 662-694.
- Katz, J. L., *Some Reflections on the Nature of the Eating Disorders: On the Need for Humility*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1985, 4, S. 617-626.
- Katzman, M. A., Lee, S., *Beyond Body Image: The Integration of Feminist and Transcultural Theories in the Understanding of Self Starvation*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1997, 22, S. 385-394.
- Kaye, W. H., Weltzin, T. E., Hsu, L. K. G., Bulik, C., McConaha, C., Sobkiewiecz, T., *Patients with Anorexia Nervosa Have Elevated Scores on the Yale-Brown Obsessive-Compulsive Scale*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1992, 12, S. 57-62.
- Kaye, W. H., Gwirtsman, H. E., George, D. T., Weiss, S. R., Jimerson, D. C., *Relationship of Mood Alterations to Bingeing Behavior in Bulimia*, in: British Journal of Psychiatry, 1986, S. 479-485.
- Kendler, K. S., Walters, E. E., Neale, M. C., Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J., *The Structure of the Genetic and Environmental Risk*

- Factors for Six Major Psychiatric Disorders in Women*, in: Archives of General Psychiatry, 1995, 52, S. 374-383.
- Kendler, K. S., McLean, C., Neale, M. C. Kessler, R. C., Heath, A. C., Eaves, L. J., *The Genetic Epidemiology of Bulimia Nervosa*, in: The American Journal of Psychiatry, 1991, 148, S. 1627-1637.
- Kerr, J. K., Skok, R. L., McLaughlin, T. F., *Characteristics Common to Females Who Exhibit Anorexic or Bulimic Behavior: A Review of Current Literature*, in: Journal of Clinical Psychology, 1991, 47, S. 846-853.
- Kerzhnerman, I., Lowe, M. R., *Correlates of Subjective and Objective Binge Eating in Binge-Purge Syndromes*, in: The International Journal of eating Disorders, 2002, S. 220-228.
- Klages, U., *Fragebogen irrationaler Einstellungen (FIE): Handanweisung*, Göttingen (u. a.): Hogrefe 1989.
- Kleifield, E. I., Sunday, S., Hurt, S., Halmi, A., *The Effects of Depression and Treatment on the Tridimensional Personality Questionnaire*, in: Biological Psychiatry, 1994a, S. 68-70.
- Kleifield, E. I., Sunday, S., Hurt, S., Halmi, A., *The Tridimensional Personality Questionnaire: An Exploration of Personality Traits in Eating Disorders*, in: Journal of Psychiatric Research, 1994b, S. 413-423.
- Klein, D. A., Walsh, B. T., *Eating Disorders*, in: International Review of Psychiatry, 2003, 15, S. 205-216.
- Klessmann, E., *Restlos geheilt – das kann man nicht immer sagen (Interview mit E. Klessmann)*, in: Medizin heute, 1990, S. 24-27.
- Klessmann, E., Klessmann, H. A., *Anorexia nervosa – eine therapeutische Beziehungsfalle? Ein Fazit nach 13 Jahren ambulanter Therapie*, in: Praxis der Kinderpsychologie, 1983, 32, S. 257-261.
- Klump, K. L., Wonderlich, S., Lehoux, P., Lilienfeld, L. R., Bulik, C. M., *Does Environment Matter? A Review of Nonshared Environment and Eating Disorders*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2002, 31, S. 118-135.
- Klump, K. L., Miller, K. B., Keel, P. K., McGue, M., Iacono, W. G., *Genetic and Environmental Influences on Anorexia Nervosa Syndromes in a Population-Based Twin Sample*, in: Psychological Medicine, 2001, 31, S. 737-740.

- Klump, K. L., McGue, M., Iacono, *Age Differences in Genetic and Environmental Influences on Eating Attitudes and Behaviors in Preadolescent and Adolescent Female Twins*, in: Journal of Abnormal Psychology, 109, S. 239-251.
- Klußmann, R., *Psychosomatische Medizin: Ein Kompendium für alle medizinischen Teilbereiche*, Berlin: Springer, 1996.
- Köhle, K. Simons, C., Jung, K., *Anorexia nervosa*, in: von Uexküll, T., 1997, S. 599-615.
- Köpp, W., Grabhorn, R., Herzog, W., Deter, H. C., Wietersheim, v. J., Kröger, F., *Gibt es charakterliche Unterschiede zwischen männlichen und weiblichen Eßgestörten*, in: Sexuologie, 1999, 6, S. 158-166.
- Köpp, W., Herzog, W., *Medizinische Probleme bei der Indikation und Behandlung*, in: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., 1996, S. 43-57.
- Köpp, W., Jacoby, E., *Der frühe Psychotherapieabbruch eßgestörter Männer und Frauen in der stationären Behandlung*, in: Psychologie in der Medizin, 1994a, 5, S. 24-29.
- Köpp, W., Herzog, W., Deter, H. C., *Anorexia nervosa. Möglichst früh stationär intervenieren!*, in: Therapiewoche / TW-Neurologie, - Psychiatrie, 1994b, 8, S. 405-412.
- Koff, E., Sangani, P., *Effects of Coping Style and Negative Body Image on Eating Disturbance*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1997, S. 51-56.
- Kog, E. Vandereycken, W., *Family Characteristics of Anorexia Nervosa and Bulimia: A Review of the Research Literature*, in: Clinical Psychology Review, 1985, 5, S. 159-180.
- Kotthaus, B., Laessle, R., Tuschl, R. J., Pirke, K. M., *Psychobiologische Korrelate gezügelten Eßverhaltens; Ergebnisse einer empirischen Untersuchung an jungen Frauen*, in: Laireiter, A., Mackinger, H., 1989, S. 149-159.
- Kovacs, D., Palmer, R. L., *The Association Between Laxative Abuse and Other Symptoms Among Adults with Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2004, 36, S. 224-228.
- Krampen, Günter: *Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen (FKK)*. Handanweisung und Verbrauchsmaterial. Göttingen (u. a.): Hogrefe 1991.
- Krebs, B., *Psychodrama in der Behandlung von Eßsüchtigen*, in: Brakhoff, J., 1985, S. 111-117.

- Kröger, F., Bergmann, G., Herzog, W., Petzold, E., *Familientherapie*, in: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., 1996, S. 76-196.
- Kröger, F., Drinkmann, A., Herzog, W., Petzold, E., *Family Diagnostics: Object Representation in Families With Eating Disorders*, in: Small Group Research, 1991, 22, S. 99-114.
- Krohne, H. W., Egloff, B., Kohlmann, C. W., Tausch, A., *Untersuchungen mit einer deutschen Version der „Positive and Negative Affect Schedule“ (PANAS)*, in: Diagnostica, 1996, 42, S. 139-156.
- Krüger, C., Reich, G., Buchheim, P., Cierpka, M., *Essstörungen und Adipositas: Epidemiologie – Diagnostik – Verläufe*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001, S. 24-42.
- Krüger, C., *Binge Eating und Binge-Eating-Störung*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001, S. 43-50.
- Laberg, J. C., Wilson, G. T., Eldredge, K., Nordby, H., *Effects of Mood on Heart Rate Reactivity in Bulimia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1991, 10, S. 169-178.
- Laessle, R. G., Wittchen, H. U., Fichter, M. M., Pirke, K. M., *The Significance of Subgroups of Bulimia and Anorexia Nervosa: Lifetime Frequency of Psychiatric Disorders*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1989, S. 569-574.
- Laessle, R. G., Kittl, S., Fichter, M. M., Wittchen, H.-U., Pirke, K. M., *Major Affective Disorder in Anorexia Nervosa and Bulimia: A Descriptive Diagnostic Study*, in: British Journal of Psychiatry, 1987, S. 785-789.
- Lafay, L., Thomas, F., Mennen, L., Charles, M. A., Eschwege, E., Borys, J. M., Basdevant, A., *Gender Differences in the Relation Between Food Cravings and Mood in the Adult Community: Results from the Fleur baix Laventie Ville Santé Study*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2001, 29, S. 195-204.
- Laireiter, A., Mackinger, H., *Verhaltensmedizin – Gesundheitspsychologie*, Bergheim: Mackinger, 1989.
- Lakatos, A., *Zwangsstörungen*, in: Franke, A., 2001, S. 229-254.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., Spielberger, C. D., *Das Stait-Trait-Angstinventar (STAI) Theoretische Grundlagen und Handlungsanweisungen*, Weinheim: Beltz 1981.
- Lawrence, M., *Satt aber hungrig. Frauen und EBstörungen*. Reinbek: Rowohlt 1994.

- Lawrence, M., *Koedukation und Identität: Die gesellschaftlichen Ursprünge von Magersucht*, in: Lawrence, M., 1994, S. 185-207.
- Lazarus, R. S., *Coping Theory and Research: Past, Present, and Future*, in: Psychosomatic Medicine, 1993, 55, S. 234-247.
- Lazarus, R. S., Folkman, S., *Stress, Appraisal and Coping*, New York: Springer 1984.
- Lazarus, R. S., Launier, R., *Streßbezogene Transaktion zwischen Person und Umwelt*, in: Nitsch, J. R., 1981, S. 213-259.
- Lefevre, E. R., West, M. L., *Assertiveness: Correlations With Self-Esteem, Locus of Control, Interpersonal Anxiety, Fear of Disapproval, and Depression*, in: Psychiatric Journal of the University of Ottawa, 1981, 6, S. 247-251.
- Legenbauer, T., *Was löst einen Essanfall aus?*, Frankfurt a. M. (u. a.): Peter Lang 2003.
- Lehmann, G., *Statistik – Mengenlehre, Kombinatorik, Wahrscheinlichkeitstheorie, Deskriptive Statistik, Inferenzstatistik, Multivariate Verfahren, Prozeßtheorien, Probabilistische Modellbildung*, Regensburg: Roderer 2000.
- Leighton, K. M., Millar, H. R., *Anorexia Nervosa in Glasgow*, in: Journal of Psychiatric Research, 1985, 19, S. 167-170.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., Early-Zald, M. B., *Prospective Analysis of Personality and Behavioral Vulnerabilities and Gender Influences in the Later Development of Disordered Eating*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1995, 104, S. 140-149.
- Levy, A. B., Dixon, K. N., Stern, S. L., *How are depression and Bulimia related?*, in: American Journal of Psychiatry, 1989, 146, S. 162-169.
- Lindberg, L., Hjern, A., *Risk Factors for Anorexia Nervosa: A National Cohort Study*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2003, 34, S. 397-408.
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H., Stephens, M. A. P., *Affective and Cognitive Antecedents to Eating Episodes an Bulimia and Binge Eating*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1989, S. 533-539.
- Lingswiler, V. M., Crowther, J. H., Stephens, M. A. P., *Emotional Reactivity and Binge Eating and Obesity*, in: Journal of Behavioral Medicine, 1987, 10, S. 287-298.

- Löwe, B., Quenter, A., Wilke, S., Nikendei, C., *Diagnosekriterien und Psychodynamik*, in: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., 2004, S. 16-30.
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L., Herzog, W., *Long-Term Outcome of Anorexia Nervosa in a Prospective 21-year Follow-up Study*, in: Psychological Medicine, 2001, S. 881-890.
- Löwe, B., Herzog, W., *Eßstörungen aus internistisch-psychosomatischer Sicht*, in: Kliniker, 1998, 27, S.295-299.
- Loos, G. K., *Anorexie – eine Frauenkrankheit – eine Zeiterscheinung*, in: Musiktherapeutische Umschau, 1989, 10, S. 105-131.
- Lowe, M. R., Kleifield, E. I., *Cognitive Restrained, Weight Suppression, and the Regulation of Eating*, in: Appetite, 1988, S. 159-168.
- Mader, P., *Gestörtes Eßverhalten: Adipositas – Bulimia nervosa – Anorexia nervosa – latente Adipositas; [Fettsucht – Eß-, Brechsucht – Magersucht – latente Fettsucht]*, Geesthacht: Neuland 1993.
- Mann, T., Ward, A., *Forbidden Fruit: Does Thinking About a Prohibited Food Lead to Its Consumption?*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2001, S. 319-327.
- Marañon, I., Echeburúa, E., Grijalvo, J., *Prevalence of Personality Disorders in Patients With Eating Disorders: A Pilot Study Using the IPDE*, in: European Eating Disorder Review, 2004, 12, S. 217-222.
- Matsunagata, H., Kaye, W. H., McConaha, C., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., *Personality Disorders Among Subjects Recovered from Eating Disorders*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2000, 27, S. 353-357.
- Mayhew, R., Edelman, R. J., *Self-Esteem, Irrational Beliefs and Coping Strategies in Relation to Eating Problems in a Non-Clinical Population*, in: Personality and Individual Differences, 1989, 10, S. 581-584.
- McCarthy, M., *The Thin Ideal, Depression and Eating Disorders in Women*, in: Behavior Research Therapy, 1990, 28, S. 205-215.
- McClelland, L., Crisp, A., *Anorexia Nervosa and Social Class*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2001, 29, S. 150-156.
- McEwan, B. S., Mendelsohn, S., *Effects of Stress on the Neurochemistry and Morphology of the Brain: Counter-regulation versus Damage*, in: Goldberger, L. & Breznitz, S., 1993, S. 101-126.

- McLaughlin, E. F., Karp, S. A., Herzog, D. B., *Sense of Ineffectiveness in Women with Eating Disorders: A Clinical Study of Anorexia Nervosa and Bulimia*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1985, 4, S. 511-523.
- McManus, F. Waller, G., *A Functional Analysis of Binge-Eating*, in: Clinical Psychology Review, 1995, 8, S. 845-863.
- Meermann, R., Vandereycken, W., *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa: Ein klinischer Leitfaden für den Praktiker*, Berlin: de Gruyter 1987.
- Meermann, R., *Anorexia nervosa: Ursachen und Behandlung*, Stuttgart: Enke 1982.
- Meermann, R., Vandereycken, W., *Verhaltenstherapie bei Pubertätsmagersucht*, in: Meermann, R., 1982, S. 87-107.
- Metz-Göckel, H., Hannover, B., Leffelsend, S., *Selbst, Motivation und Emotion: Dokumentation des 4. Dortmunder Symposiums für Pädagogische Psychologie*, Berlin: Logos-Verlag 2000.
- Metz-Göckel, H., *Selbst, Motivation und Volition*, in: Metz-Göckel u. a., 2000, S. 7-22.
- Michaud, C., Kahn, J. P., Musse, N., Burlet, C., Nicolas, J. P., Mejean, L., *Relationship Between a Critical Life Event and Eating Behaviour in High-School Students*, in: Stress Medicine, 1990, S. 57-64.
- Mickalide, A. D., Andersen, A. E.: *Subgroups of Anorexia Nervosa and Bulimia: Validity and Utility*, in: Journal of Psychiatric Research, 1985, S. 121-128.
- Minuchin, P., Colapinto, J., Minuchin, S., *Verstrickt im sozialen Netz. Neue Lösungswege für Multiproblem-Familien*, Heidelberg: Carl-Auer-Systeme, Verl. und Verl.-Buchh. 2000.
- Minuchin, S., *Familie und Familientherapie. Theorie und Praxis struktureller Familientherapie*, Freiburg im Breisgau: Lambertus 1997.
- Mitchell, J. E., Hatsukamy, D., Eckert, E. D., Pyle, R. D., *Characteristics of 275 Patients with Bulimia*, in: American Journal of Psychiatry, 1985, S. 482-485.
- Mizes, J. S., *Personality Characteristics of Bulimic and Non-eating-disordered Female Controls: A Cognitive Behavioral Perspective*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1988, S. 541-550.

- Müller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Neudörfl, A., Wewetzer, C., Remschmidt, H., Herpertz-Dahlmann, B., *Persönlichkeitsstörungen und psychiatrische Morbidität im Verlauf der adoleszenten Anorexia nervosa: Ergebnisse einer prospektiven 10-Jahres-Katamnese*, in: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2000, 28, S. 81-91.
- Munz, D., Catina, A., *Sind es wirklich nur Frauen?* in: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., 1996, S. 58-61.
- Murray, S. H., Touyz, S. W., Beumont, P. J.V., *Awareness and Perceived Influence of Body Ideals in the Media: A Comparison of Eating Disorder Patients and the General Community*, in: Eating Disorders, 1996, 4, S. 33-47.
- Murray, S. H., Touyz, S. W., Beumont, P. J.V., *The Influence of Personal Relationship on Women's Eating Behavior and Body Satisfaction*, in: Eating Disorders, 1995, 3, S. 243-252.
- Muuss, R. E., *Adolescent Eating Disorder: Anorexia Nervosa*, in: Adolescence, 1985, 20, S. 525-536.
- Nagata, T., McConaha, C., Rao, R., Sokol, M. S., Kaye, W. H., *A Comparison of Subgroups of Inpatients with Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1997, S. 309-314.
- Neckowitz, P., Morrison, T. L., *Interactional Coping Strategies of Normal-Weight Bulimic Women in Intimate and Nonintimate Stressful Situations*, in: Psychological Reports, 1991, 69, S. 1167-1175.
- Neuberger, S. K., Rao, R., Weltzin, T. E., Greeno, C., Kaye, W. H., *Differences in Weight Gain Between Restrictor and Bulimic Anorectics*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1995, S. 331-335.
- Nisbett, R. E., *Hunger, Obesity, and the Ventromedial Hypothalamus*, in: Psychological Review, 1972, S. 433-453.
- Nitsch, J. R., *Streß: Theorien, Untersuchungen, Maßnahmen*, Bern u. a.: Huber 1981.
- Norman, D., Blais, M. A., Herzog, D., *Personality Characteristics of Eating-Disordered Patients as Identified by the Millon Clinical Multiaxial Inventory*, in: Journal of Personality Disorders, 1993, 7, S. 1-9.
- Norman, D. K., Herzog, D. B., *Bulimia, Anorexia Nervosa, and Anorexia Nervosa with Bulimia: A Comparative Analysis of MMPI Profiles*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1983, S. 43-52.

- Norring, C., Sohlberg, S., Rosmark, B., Humble, K., Holmgren, S., Nordquist, C., *Ego Functioning in Eating Disorders: Description and Relation to Diagnostic Classification*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1989, S. 607-621.
- North, C., Gowers, S., Byram, V., *Family Functioning in Adolescent Anorexia Nervosa*, in: British Journal of Psychiatry, 1995, 167, S. 673-678.
- Ogden, J., Wardle, J., *Cognitive and Emotional Responses to Food*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1991, S. 297-311.
- Ogden, J., Wardle, J., *Control of Eating and Attributional Style*, in: The British Journal of Clinical Psychology, 1990, S. 445-446.
- O'Kearney, R., Gertler, R., Conti, J., Duff, M., *A Comparison of Purging and Nonpurging Eating-Disordered Outpatients: Mediating Effects of Weight and General Psychopathology*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1998, 23, S. 261-266.
- Oliosi, M., Dalle Grave, R., *A Comparison of Clinical and Psychological Features in Subgroups of Patients with Anorexia Nervosa*, in: European Eating Disorders Review, 2003, 11, S. 306-314.
- Oliver, K. G., Huon, G. F., *Eating-Related Thought Suppression in High and Low Disinhibitors*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2001, S. 329-337.
- Orbach, S., *Hungerstreik: Ursachen der Magersucht - Neue Wege zur Heilung*, Düsseldorf: Econ-Verlag 1987.
- Osman, A., Chiros, C. E., Gutierrez, P. M., Kopper, B. A., Barrios, F. X., *Factor Structure and Psychometric Properties of the Brief Mizes Anorectic Cognitions Questionnaire*, in: Journal of Clinical Psychology, 2001, S. 785-799.
- Paxton, S. J., Diggins, J., *Avoidance Coping, Binge Eating, and Depression: An Examination of the Escape Theory of Binge Eating*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1997, S. 83-87.
- Peñas-Lledó, E., Leal, F. J.V., Waller, G., *Excessive Exercise in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa: Relation to Eating Characteristics and General Psychopathology*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2002, 31, S. 370-375.
- Petzold, E., Kröger, F., Deter, H. C., Herzog, W., *20 Jahre Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa*, in: System Familie, 1992, 4, S. 158-167.

- Pike, K. M., Loeb, K., Walsh, B. T., *Binge Eating and Purging*, in: Allison, D. B., 1995, S. 303-326.
- Pike, K. M., Rodin, J., *Mothers, Daughters, and Disordered Eating*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1991, 100, S. 198-204.
- Piran, N., Lerner, P., Garfinkel, P. E., Kennedy, M. D., Brouillette, C., *Personality Disorders in Anorexic Patients*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1988, S. 589-599.
- Piran, N., Kennedy, S., Garfinkel, P. E., Owens, M., *Affective Disturbance in Eating Disorders*, in: The Journal of Nervous and Mental Disease, 1986, S. 396-400.
- Pirke, K. M., *Anorexia nervosa und Bulimia nervosa*, in: Hellhammer, D., 1991, S. 67-73.
- Pirke, K. M., *Endokrinologische Aspekte der Anorexia nervosa*, in: Meermann, R., 1982, S. 32- 42.
- Pla, C., Toro, J., *Anorexia Nervosa in a Spanish Adolescent Sample: An 8-Year Longitudinal Study*, in: Acta Psychiatrica Scandinavica, 1999, 100, S. 441-446.
- Polivy, J., Herman, C. P., *Etiology of Binge Eating: Psychological Mechanism*, in: Fairburn, C. G., Wilson, G. T., 1993, S. 173-205.
- Polivy, J., Heatherton, T. F., Herman, C. P., *Self-Esteem, Restrained, and Eating Behavior*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1988, S. 354-356.
- Polivy, J., Herman, C. P., *Dieting and Binging: A Causal Analysis*, in: American Psychologist, 1985, S.193-201.
- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Weltzin, T. E., *Relationship of Depression, Anxiety, and Obsessionality to State of Illness in Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1997, 21, S. 367-376.
- Pope, H. G., Hudson, J. I., Yurgelun-Todd, D., *Depressive Symptoms in Bulimic, Depressed, and Non-Psychiatric Control Subjects*, in: Journal of Affective Disorders, 1989, 16, S. 93-99.
- Potreck-Rose, F., *Anorexia nervosa und Bulimia: Therapieerfolg und Therapieprozeß bei stationärer verhaltenstherapeutischer Behandlung*, Weinheim: Deutscher Studien-Verlag 1987.

- Pryor, T., Wiederman, M. W., McGilley, B., *Clinical Correlates of Anorexia Nervosa Subtypes*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1996a, 19, S. 371-379.
- Pryor, T., Wiederman, M. W., McGilley, B., *Laxative Abuse Among Women With Eating Disorders: An Indication of Psychopathology?*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1996b, 20, S. 13-18.
- Pudel, V., *Ernährung - Gewicht - Diät. Die Mythen und die Fakten*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001, S. 1- 23.
- Ranson, K. M. v., Iacono, W. G., McGue, M., *Disordered Eating and Substance Use in an Epidemiological Sample: I. Associations within Individuals*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2002, S. 389-403.
- Råstam, M., *Anorexia Nervosa in 51 Swedish Adolescents: Premorbid Problems and Comorbidity*, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1992, 31, S. 819-829.
- Rathner, G., Messner, K., *Detection of Eating Disorders in a Small Rural Town: An Epidemiological Study*, in: Psychological Medicine, 1993, 23, S. 175-184.
- Raymond, N. C., Faris, P. L., Thuras, P. D., Eiken, B., Howard, L. A., Hofbauer, R. D., Eckert, E. D., *Elevated Pain Treshold in Anorexia Nervosa Subjects*, in: Biological Psychiatry, 1999, S. 1389-1392.
- Rebert, W. M., Stanton, A. L., Schwarz, R. M., *Influence of Personality Attributes and Daily Moods on Bulimic Eating Patterns*, in: Addictive Behaviors, 1991, 16, S. 497-505.
- Reich, G., Cierpka, M., *Psychotherapie der Essstörungen: Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*, Stuttgart: Thieme 2001a.
- Reich, G., *Psychodynamische Aspekte der Bulimie und Anorexie*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001b, S. 51-67.
- Reich, G., *Ambulante psychodynamische Therapie bei Bulimie und Anorexie*, in: Reich, G., Cierpka, M., 2001c, S. 68-78.
- Reiss, D., Hetherington, M., Plomin, R., Howe, G. W., Simmens, S. J., Henderson, S. H., O'Connor, T. J., Bussell, D. A., Anderson, E. R., Law, T., *Genetic Questions for Environmental Studies: Differential Parenting and Psychopathologie in Adolescence*, in: Archives of General Psychiatry, 1995, 52, S. 925-936.

- Robbins, T. W., Fray, P. J., *Stress-induced Eating: Fact, Fiction or Misunderstanding?*, in: Appetite, 1980, 1, S. 103-133.
- Rode, C., *Zur Phänomenologie der Magersucht – Eine tiefenpsychologische Fallstudie zur Psychosomatik*, in: Psychosomatische Medizin, 1979, S. 229-238.
- Rosen, J. C., Tacy, B., Howell, D., *Life Stress, Psychological Symptoms and Weight Reducing Behavior in Adolescent Girls: A Prospective Analysis*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1990, S. 17-26.
- Rosen, J. C., Leitenberg, H. L., Fisher, C., Khazam, C., *Binge-eating Episodes in Bulimia Nervosa: The Amount of Food Consumed*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1986, S. 255-267.
- Rosenvinge, J. H., Martinussen, M., Østensen, E., *The Comorbidity of Eating Disorders and Personality Disorders: A Meta-Analytic Review of Studies Published Between 1983 and 1998*, in: Eating and Weight Disorders, 2000, 5, S. 51-62.
- Rosenvinge, J. H., Borgen, J. S., Børresen, R., *The Prevalence and Psychological Correlates of Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa and Binge Eating Among 15-Year-Old Students: A Controlled Epidemiological Study*, in: European Eating Disorder Review, 1999, 7, S. 382-391.
- Rossiter, E. M., Agras, W. S., Telch, C. F., Bruce, B., *The Eating Patterns of Non-Purging Bulimic Subjects*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1992, S. 111-120.
- Rothschild, B. S., Fagan, P. J., Woodall, C., Andersen, A. E., *Sexual Function of Female Eating-Disordered Patients*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1991, S. 389-394.
- Rotter, J. B., *Generalized Expectancies for Internal Versus External Control of Reinforcement*, in: Psychological Monographs, 1966, 80, S. 1-28.
- Ruderman, A. J., Besbeas, M., *Psychological Characteristics of Dieters and Bulimics*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1992, S. 383-390.
- Ruderman, A. J., Grace, P. S., *Bulimics and Restrained Eaters: A Personality Comparison*, in: Addictive Behaviors, 1988, S. 359-368.
- Ruderman, A. J., Grace, P. S., *Restrained, Bulimia, and Psychopathology*, in: Addictive Behaviors, 1987, S. 249-255.

- Ruderman, A. J., *Dietary Restrained: A Theoretical and Empirical Review*, in: Psychological Bulletin, 1986, S. 247-262.
- Ruderman, A. J., *Restrained and Irrational Cognitions*, in: Behaviour Research and Therapy, 1985, S. 557-561.
- Ruderman, A. J., Belzer, L. J., Halperin, A., *Restraint, Anticipated Consumption, and Overeating*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1985, S. 547-555.
- Rutherford, J., McGuffin, P., Katz, R. J., Murray, R. M., *Genetic Influences on Eating Attitudes in a Normal Female Twin Population*, in: Psychological Medicine, 1993, 23, S. 425-436.
- Sanftner, J. L., Crowther, J. H., *Variability in Self-Esteem, Moods, Shame, and Guilt in Women Who Binge*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1998, 23, S. 391-397.
- Santonastaso, P., Zambenedetti, M., Favaro, A., Favaron, C., Pavan, T., *Family Psychiatric Morbidity in Eating Disorders*, in: European Eating Disorders Review, 1997, S. 3-10.
- Saß, H., *Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-IV-TR*, Göttingen: Hogrefe, Verlag für Psychologie 2003, S. 645-658.
- Schepank, H., *Erbdeterminanten bei der Anorexia nervosa: Ergebnisse von Zwillingsuntersuchungen*, in: Zeitschrift für psychosomatische Medizin, 1991, 37, S. 265-281.
- Schimpf, M., *Mütter rotieren verzweifelt – Väter verharren gequält...Eßstörungen von Mädchen als Versuch, die destruktive Bindung beider Eltern an einige Werte ihrer Herkunftsfamilien aufzulösen und sich selbst davon zu befreien*, in: System Familie, 1998, 11, S. 10-22.
- Schlesier-Carter, B., Hamilton, S. A., O'Neil, P. M., Lydiard, R. B., Malcolm, R., *Depression and Bulimia: The Link Between Depression and Bulimic Cognitions*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1989, 98, S. 322-325.
- Schlundt, D. G., Johnson, W. G., Jarrell, M. P., *A Naturalistic Functional Analysis of Eating Behavior in Bulimia and Obesity*, in: Advances in Behavior Research and Therapy, 1985, 7, S. 149-162.
- Schmidt, U., *Verhaltenstherapeutische, kognitiv-verhaltenstherapeutische und kognitiv-analytische Methoden der Anorexiebehandlung*, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 1997, S. 316-321.

- Schmidt, G., *Familientherapie bei Patienten mit EBstörungen, insbesondere bei Anorexia nervosa*, in: Brakhoff, J., 1985, S. 119-129.
- Schork, E. J., Eckert, E. D., Halmi, K. A., *The Relationship Between Psychopathology, Eating Disorder Diagnosis, and Clinical Outcome at 10-Year Follow-up in Anorexia Nervosa*, in: Comprehensive Psychiatry, 1994, 35, S. 113-123.
- Schotte, D. E., *On the Special Status of „Ego Threats“: Comment on Heatherton, Herman, and Polivy (1991)*, in: Journal of Personality and Social Psychology, 1992, S. 798-800.
- Schotte, D. E., Cools, J. McNally, R. J., *Film-Induced Negative Effect Triggers Overeating in Restrained Eaters*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1990, S. 317-320.
- Schwalberg, M. D., Barlow, D. H., Alger, S. A., Howard, L. J., *Comparison of Bulimics, Obese Binge Eaters, Social Phobics, and Individuals With Panic Disorder on Comorbidity Across DSM-III-R Anxiety Disorders*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1992, 101, S. 675-681.
- Scott, D. W., *Anorexia Nervosa: A Review of Possible Genetic Factors*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1986, 5, S. 1-20.
- Sebastian, S. B., Williamson, D. A., Blouin, D. C., *Memory Bias for Fatness Stimuli in the Eating Disorders*, in: Cognitive Therapy and Research, 1996, S. 275-286.
- Selvini Palazzoli, M., *Magersucht – Von der Behandlung einzelner zur Familientherapie*, Stuttgart: Klett-Cotta 2003.
- Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M., Sorrentino, A. M., *Die psychotischen Spiele in der Familie*, Stuttgart: Klett-Cotta 1996.
- Selye, H., *Geschichte und Grundzüge des Stresskonzepts*, in: Nitsch, J. R., 1981, S. 163-187.
- Senf, W., Herpertz, S., Johann, B., *Stationäre psychodynamische Therapie*, in: Herzog, W., Munz, D., Kächele, H., 1996, S. 20-42.
- Serpell, L., Treasure, J., Teasdale, J., Sullivan, V., *Anorexia Nervosa: Friend or Foe?*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1999, 25, S. 177-186.
- Sharp, C. W., Clark, S. A., Dunan, J. R., Blackwood, D. H. R., Shapiro, C. M., *Clinical Presentation of Anorexia Nervosa in Males: 24 New Cases*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1994, 15, S. 125-134.

- Shisslak, C. M., Pazda, S. L., Crago, M., *Body Weight and Bulimia as Discriminators of Psychological Characteristics Among Anorexic, Bulimic, and Obese Women*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1990, 99, 380-384.
- Shugar, G., Krueger, S., *Aggressive Family Communication, Weight Gain, and Improved Eating Attitudes During Systematic Family Therapy for Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1995, 17, S. 23-31.
- Siever, M.D., *Sexual Orientation and Gender as Factors in Socioculturally Acquired Vulnerability to Body Dissatisfaction and Eating Disorders*, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1994, 62, S. 252-260.
- Simmons, J. R., Smith, G. T., Hill, K. K., *Validation of Eating and Dieting Expectancy Measures in two Adolescent Samples*, in: 2002, S. 461-473.
- Smart, D. E., Beumont, P. J. V., George, G. C.W., *Some Personality Characteristics of Patients With Anorexia Nervosa*, in: The British Journal of Psychiatry, 1976, 128, S. 57-60.
- Smith, C., Feldman, S. S., Nasserbakht, A., Steiner, H., *Psychological Characteristics and DSM-III-R Diagnoses at 6-Year Follow-up of Adolescent Anorexia Nervosa*, in: Journal of American Academy of Child and Adolescence, 1993, 32, S. 1237-1245.
- Smith, D. E., Marcus, M. D., Eldredge, K. L., *Binge Eating Syndromes: A Review of Assessment and Treatment With an Emphasis on Clinical Application*, in: Behavior Therapy, 1994, 25, S. 635-658.
- Smolak, L., Murnen, S. K., *A Meta-Analytic Examination of the Relationship between Child Sexual Abuse and Eating Disorders*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2002, S. 136-150.
- Solyom, L., Freeman, R. J., Miles, J. E., *A Comparative Psychometric Study of Anorexia Nervosa and Obsessive Neurosis*, in: Canadian Journal of Psychiatry, 1982, 27, S. 282-286.
- Soukup, V. M., Beiler, M. E., Terell, F. , *Stress, Coping Style, And Problem Solving Ability Among Eating-Disordered Inpatients*, in: Journal of Clinical Psychology, 1990, 46, S. 593-599.
- Speranza, M., Corcos, M., Godart, N., Jeammet, P., Flament, M., *Current and Lifetime Prevalence of Obsessive Compulsive Disorders in Eating Disorders*, in: L'Encéphale, 2001, 27, S. 541-550.

- Spitzer, R. L., Yanovski, S. Z., Marcus, M. D., *The Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Revised (QEWP-R)*, Pittsburgh PA: Behavioral Measurement Database Services (Producer). McLean, VA: BRS Search Service (Vendor) 1993. Used by permission.
- Stahr, I., Barb-Priebe, I., Schulz, E., *EBstörungen und die Suche nach Identität: Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*, Weinheim und München: Juventa Verlag 1995.
- Steere, J., Butler, G., Cooper, P. J., *The Anxiety Symptoms of Bulimia Nervosa: A Comparative Study*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1990, 9, S. 293-301.
- Steiger, H., Jabalpurwala, S., Gauvin, L., Séguin, J. R., *Hypersensitivity to Social Interactions in Bulimic Syndromes: Relationship to Binge Eating*, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1999, 67, S. 765-775.
- Steiger, H., Liquornik, K., Chapman, J., Hussain, N., *Personality and Family Disturbances in Eating-Disorder Patients: Comparison of „Restrictors“ and „Bingers“ to Normal Controls*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1991, 10, S. 501-512.
- Steinberg, S., Tobin, D., Johnson, C., *The Role of Bulimic Behaviors in Affect Regulation: Different Functions for Different Patients Subgroups?*, in: The International Journal of Eating Disorders, 9, 1990, S. 51-55.
- Steinhausen, H. C., *The Outcome of Anorexia Nervosa in the 20th Century*, in: The American Journal of Psychiatry, 2002, 159, S. 1284-1293.
- Stern, S. L., Dixon, K. N., Jones, D., Lake, M., Nemzer, E., Sansone, R., *Family Environment in Anorexia Nervosa and Bulimia*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1989, 8, S. 25-31.
- Steyer, R., Schwenkmezger, P., Notz, P., Eid, M., *Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen (MDBF)*, Göttingen: Hogrefe 1997.
- Stice, E., Akutagawa, D., Gaggar, A., Agras, W. S., *Negative Affect Moderates the Relation Between Dieting and Binge Eating*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2000a, 27, S. 218-229.
- Stice, E., Telch, C. F., Rizvi, S. L., *Development and Validation of the Eating Disorder Diagnostic Scale: A Brief Self-Report Measure of Anorexia, Bulimia and Binge-Eating Disorder*, in: Psychological Assessment, 2000b, S. 123-131.

- Stice, E., Agras, W. S., *Subtyping Bulimic Women Along Dietary Restraint and Negative Affect Dimensions*, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1999, 67, S. 460-469.
- Stice, E., *Relations of Restraint and Negative Affect to Bulimic Pathology: A Longitudinal Test of Three Competing Models*, 1998, 23, S. 243-260.
- Stice, E., Agras, W. S., *Predicting Onset and Cessation of Bulimic Behaviors During Adolescence: A Longitudinal Grouping Analysis*, in: Behavior Therapy, 1998, 29, S. 257-276.
- Stice, E., *Review of the Evidence for a Sociocultural Model of Bulimia Nervosa and an Exploration of the Mechanism of Action*, in: Clinical Psychology Review, 1994, 14, S. 633-661.
- Stice, E., Schupak-Neuberg, E., Shaw, H. E., Stein, R. I., *Relation of Media Exposure to Eating Disorder Symptomatology: An Examination of Mediating Mechanism*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1994, 103, S. 863-840.
- Stickney, M. I., Miltenberger, R. G., Wolff, G., *A Descriptive Analysis of Factors Contributing to Binge Eating*, in: Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry, 1999, 30, S. 177-189.
- Strauss, J., Ryan, R. M., *Cognitive Dysfunction in Eating Disorders*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1988, S. 19-27.
- Strauss, J., Ryan, R. M., *Autonomy Disturbances in Subtypes of Anorexia Nervosa*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1987, 96, S. 254-258.
- Streeck-Fischer, A., *Zwangsstörungen im Kindes- und Jugendalter – neuere psychoanalytische Sichtweisen und Behandlungsansätze*, in: Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, 1998, 47, S. 81-95.
- Striegel-Moore, R. H., *Etiology of Binge Eating: A Developmental Perspective*, in: Fairburn, C. G., Wilson, G. T., 1993a, S. 144-172.
- Striegel-Moore, R. H., *The Social Self in Bulimia Nervosa. Public Self-Consciousness, Social Anxiety, and Perceived Fraudulence*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1993b, 102, S. 297-303.
- Strober, M., *Pathologic Fear Conditioning and Anorexia Nervosa: On the Research for Novel Paradigms*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2004, 35, S. 504-508.
- Strober, M., *Family-Genetic Studies of Eating Disorders*, in: The Journal of Clinical Psychiatry, 1991, 52, S. 9-12.

- Strober, M., *Do Eating Disorders and Affective Disorders Share a Common Etiology? A Dissenting Opinion*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1987, 6, S. 171-180.
- Strober, M., Humphrey, L. L., *Familial Contributions to the Etiology and Course of Anorexia Nervosa and Bulimia*, in: Journal of Consulting and Clinical Psychology, 1987, 55, S. 654-659.
- Strober, M., *Stressful Life Events Associated with Bulimia in Anorexia Nervosa – Empirical Findings and Theoretical Speculations*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1984, S. 3-16.
- Strober, M., *Locus of Control, Psychopathology, and Weight Gain in Juvenile Anorexia Nervosa*, in: Journal of Abnormal Child Psychology, 1982, 10, S. 97-106.
- Strober, M., Salkin, B., Burroughs, J., Morrell, W., *Validity of the Bulimia-Restrictor Distinction in Anorexia Nervosa: Parental Personality Characteristics and Family Psychiatric Morbidity*, in: The Journal of Nervous and Mental Disease, 1982, 345-351.
- Strober, M., *The Significance of Bulimia in Juvenile Anorexia Nervosa: an Exploration of Possible Etiologic Factors*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1981, 1, S. 28-43.
- Stuart, G. W., Laraia, M. T., Ballenger, J. C., Lydiard, R. B., *Early Family Experiences of Women With Bulimia and Depression*, in: Archives of Psychiatric Nursing, 1990, IV(1), S. 43-52.
- Sunday, S. R., Halmi, K. A., Werdann, L., Levey, C., *Comparison of Body Size Estimation and Eating Disorder Inventory Scores in Anorexia and Bulimia Patients with Obese, and Restrained and Unrestrained Controls*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1992, S. 133-149.
- Swift, W. J., Andrews, D., Barklage, N. E., *The Relationship Between Affective Disorder and Eating Disorders: A Review of the Literature*, in: American Journal of Psychiatry, 1986, 143, S. 290-299.
- Tachi, T., Murakami, K., Murotsu, K., Washizuka, T., *Affective States Associated with Bingeing and Purging Behaviours in Japanese Patients with Bulimia Nervosa*, in: British Journal of Medical Psychology, 2001, S. 487-496.
- Tanofsky, M. B., Wilfley, D. E., Borman Spurrell, E., Welch, R., Brownell, K. D., *Comparison of Men and Women With Binge Eating Disorder*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1997, 21, S. 49-54.

- Telch, C. F., Agras, W. S., *Do Emotional States Influence Binge Eating in the Obese?*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1996, S. 271-279.
- Theander, S., *Outcome and Prognosis in Anorexia Nervosa and Bulimia: Some Results of Previous Investigations, Compared With Those of a Swedish Long-Term Study*, in: Journal of Psychiatric Research, 1985, 19, S. 493-508.
- The McKnight Investigators, *Risk factors for the Onset of Eating Disorders in Adolescent Girls: Results of the McKnight Longitudinal Risk Factor Study*, in: The American Journal of Psychiatry, 2003, 160, S. 248-254.
- The Price Foundation Collaborative Group, *Deriving Behavioural Phenotypes in an International, Multi-Centre Study of Eating Disorders*, in: Psychological Medicine, 2001, 31, S. 635-645.
- Thiel, A., Jacobi, C., Horstmann, S., Paul, T., Nutzinger, D. O., Schüßler, G., *Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI-2*, in: Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie, 1997, S. 365-376.
- Thienemann, M., Steiner, H., *Family Environment of Eating Disordered and Depressed Adolescent*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1993, 14, S. 43-48.
- Thomä, H., *Anorexia Nervosa: Geschichte, Klinik und Theorien der Pubertätsmagersucht*, Bern: Huber 1961.
- Thompson, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., *The Neglected Link Between Eating Disturbances and Aggressive Behavior in Girls*, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 1999, 38, S. 1277-1284.
- Tiggemann, M., Pickering, A. S., *Role of Television in Adolescent Women's Body Dissatisfaction and Drive for Thinness*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1996, 20, S. 199-203.
- Tomarken, J. A., Kirschenbaum, D. S., *Effects of Plans for Future Meals on Counterregulatory Eating by Restrained and Unrestrained Eaters*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1984, S. 458-472.
- Toner, B. B., Garfinkel, P. E., Garner, D. M., *Affective and Anxiety Disorders in the Long-Term Follow-Up of Anorexia Nervosa*, in: The International Journal of Psychiatry in Medicine, 1988, 18, S. 357-364.

- Toner, B. B., Garfinkel, P. E., Garner, D. M., *Cognitive Style of Patients with Bulimic and Diet-Restricting Anorexia Nervosa*, in: American Journal of Psychiatry, 1987, S. 510-512.
- Toro, J., Salamero, M., Martinez, E., *Assessment of Sociocultural Influences on the Aesthetic Body Shape Model in Anorexia Nervosa*, in: Acta Psychiatrica Scandinavica, 1994, 89, S. 147-151.
- Troop, N. A., Holbrey, A., Trowlwe, R., Treasure, J. L., *Ways of Coping in Woman with Eating Disorders*, in: The Journal of Nervous and Mental Disease, 1994, 182, S. 535-540.
- Turkheimer, E., Waldron, M., *Nonshared Environment: A Theoretical, Methodological, and Quantitative Review*, in: Psychological Bulletin, 2000, 126, S. 78-108.
- Turner, J., Batik, M., Palmer, L. J., Forbes, D., McDermott, B. M., *Detection and Importance of Laxative Use in Adolescents With Anorexia Nervosa*, in: Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry, 2000, 39, S. 378-385.
- Tuschen, B., Vögele, C., Kuhnhardt, K., Cleve-Prinz, W., *Steigern psychische Belastungen das Eßbedürfnis? Eine experimentelle Studie an Bulimikerinnen*, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1995, S. 344-351.
- Tuschen, B., Florin, I., Baucke, R., *Beeinflußt die Stimmung den Appetit?* in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1993, Band XXII, Heft 3, S. 315-321.
- Tuschl, R. J., *From Dietary Restraint to Binge Eating: Some Theoretical Considerations*, in: Appetite, 1990, S. 105-109.
- Tyrka, A. R., Waldron, I., Graber, J. A., Brooks-Gunn, J., *Prospective Predictors of the Onset of Anorexic and Bulimic Syndromes*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2002, 32, S. 282-290.
- Uexküll, T. von, *Psychosomatische Medizin*, München (u. a.): Urban & Schwarzenberg, 1997.
- Unnewehr, S., Basler, H. D., *Kontrollüberzeugungen und Kontrollambitionen bei Patientinnen mit Anorexia und Bulimia Nervosa*, in: Zeitschrift für Klinische Psychologie, 1989, Band XVIII, 4, S. 303-318.
- Urban, P., *Hunger und Hass – Von der verlorenen Liebe zum eigenen Körper*, in: Kom'ma, 1987, S. 11.

- Urwin, R. E., Bennetts, B., Wilcken, B., Lampropoulos, B., Beumont, P., Clarke, S. Russell, J., Tanner, S. Nunn, K. P., *Anorexia Nervosa (Restrictive Subtype) is Associated with a Polymorphism in the Novel Norepinephrine Transporter Gene Promoter Polymorphic Region*, in: Molecular Psychiatry, 2002, 7, S. 652-657.
- Vandereycken, W., Meermann, R., *Magersucht und Bulimie: Ein Ratgeber für Betroffene und ihre Angehörigen*, Bern: Huber 2003.
- Vandereycken, W., Van Deth, R., Meermann, R., *Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht: Eine Kulturgeschichte der Essstörungen*, Zülpich: Biermann 1990.
- Vandereycken, W., Pierloot, R., *The Significance of Subclassification in Anorexia Nervosa: A Comparative Study of Clinical Features in 141 Patients*, in: Psychological Medicine, 1983, S. 543-549.
- Vanderheyden, D. A., Boland, F. J., *A Comparison of Normals, Mild, Moderate, and Severe Binge Eaters, and Binge Vomitters Using Discriminant Function Analysis*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1987, S. 331-337.
- Viesselmann, J. O., Roig, M., *Depression and Suicidality in Eating Disorders*, in: The Journal of Clinical Psychiatry, 1985, 46, S. 118-124.
- Vitousek, K., Manke, F., *Personality Variables and Disorders in Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa*, in: Journal of Abnormal Psychology, 1994, 103, S. 137-147.
- Wade, T., Martin, N. G., Tiggemann, M., *Genetic and Environmental Risk Factors for the Weight and Shape Concerns Characteristic of Bulimia Nervosa*, in: Psychological Medicine, 1998, 28, S. 761-771.
- Wahl, R., Hautzinger, M., *Verhaltensmedizin. Konzepte, Anwendungsgebiete, Perspektiven*, Köln: Dt. Ärzte-Verlag 1989.
- Waller, G., *Perceived Control in Eating Disorders: Relationship with Reported Sexual Abuse*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1998, 23, S. 213-216.
- Wallin, U., Kronvall, P., *Anorexia Nervosa in Teenagers: Change in Family Function after Family Therapy, at 2-year Follow-up*, in: Nordic Journal of Psychiatry, 2002, 56, S. 363-369.
- Wallin, U., Hansson, K., *Anorexia Nervosa in Teenagers: Patterns of Family Functioning*, in: Nordic Journal of Psychiatry, 1999, 53, S. 29-35.

- Walsh, B. T., *Binge Eating in Bulimia Nervosa*, in: Fairburn, C. G., Wilson, G. T., 1993, S. 37-49.
- Walsh, B. T., Roose, S. P., Glassman, A. H., Gladis, M., Sadik, C., *Bulimia and Depression*, in: Psychosomatic Medicine, 1985, 42, S. 123-133.
- Wegner, D. M., *Ironic Processes of Mental Control*, in: Psychological Review, 1994, S. 34-52.
- Weiss, S. R., Ebert, M. H., *Psychological and Behavioral Characteristics of Normal-Weight Bulimics and Normal-Weight Controls*, in: Psychosomatic Medicine, 1983, 45, S. 293-302.
- Welch, G., Hall, A., Renner, R., *Patient Subgrouping in Anorexia Nervosa Using Psychologically-Based Classification*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1990, S. 311-322.
- Weltzin, T. E., Fernstrom, M. H., Hansen, D., McConaha, C., Kaye, W. H., *Abnormal Caloric Requirements for Weight Maintenance in Patients with Anorexia and Bulimia Nervosa*, in: American Journal of Psychiatry, 1991, S. 1675-1682.
- Wentz, E., Gillberg, C., Gillberg, I. C., Rastam, M., *Ten-Year Follow-up of Adolescent-Onset Anorexia Nervosa: Psychiatric Disorders and Overall Functioning Scales*, in: Journal of Child Psychology and Psychiatry and Allied Disciplines, 2001, 42, S. 613-622.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Schutz, H. K., Muir, S. L., *Why do Adolescent Girls Watch Their Weight? An Interview Study Examining Sociocultural Pressures to be Thin*, in: Journal of Psychosomatic Research, 1997, 42, S. 345-355.
- Westen, D., Harnden-Fischer, J., *Personality Profiles in Eating Disorders: Rethinking the Distinction Between Axis I and Axis II*, in: American Journal of Psychiatry, 2001, 158, S. 547-562.
- Westenhöfer, J., *Prevalence of Eating Disorders and Weight Control Practices in Germany in 1990 and 1997*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2001, 29, S. 477-481.
- Westenhöfer, J., Pudiel, V., *Verhaltensmedizinische Überlegungen zur Entstehung und Behandlung von Essstörungen*, in: Wahl, R., Hautzinger, M., 1989, S. 149-162.
- Wichstrøm, L., *Social, Psychological and Physical Correlates of Eating Problems. A Study of the General Adolescent Population in Norway*, in: Psychological Medicine, 1995, 25, S. 567-579.

- Wiechern, A., Grede C., *Die Behandlung von Ess-Störungen*, in: Das blaue Kreuz, 1985, S. 4-5.
- Wiemann, K., *Kontrollüberzeugungen bei Patientinnen mit Bulimia nervosa*, zugl. Dissertation, Hamburg: Verlag Dr. Kovac, 2003.
- Willenberg, H., Bassler, M., Krauthauser, H., *Familiendynamische Konstellationen als ätiologischer Faktor bei der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa*, in: System Familie, 1998, 11, S. 3-9.
- Williams, A., Spencer, C. P., Edelman, R. J., *Restraint Theory, Locus of Control and the Situational Analysis of Binge Eating*, in: Personality and Individual Differences, 1987, 8, S. 67-74.
- Williams, G. J., Power, K. G., Millar, H. R., Freeman, C. P., Yellowlees, A., Dowds, T., Walker, M., Campsie, L., MacPherson, F., Jackson, M. A., *Comparison of Eating Disorders and Other Dietary/Weight Groups: An Measures of Perceived Control, Assertiveness, Self-Esteem, and Self-Directed Hostility*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1993, 14, S. 27-32.
- Williams, G. J., Chamove, A. S., Millar, H. R., *Eating Disorders. Perceived Control, Assertiveness and Hostility*, in: British Journal of Clinical Psychology, 1990, 29, S. 327-335.
- Williamson, D. A., Womble, L. G., Smeets, M. A. M., Netemeyer, R. G., Thaw, J. M., Kutlesic, V., Gleaves, D. H., *Latent Structure of Eating Disorder Symptoms: A Factor Analytic and Taxometric Investigation*, in: The American Journal of Psychiatry, 2002, S. 412-418.
- Willmuth, M. E., Leitenberg, H., Rosen, J. C., Cado, S., *A Comparison of Purging and Nonpurging Normal Weight Bulimics*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1988, S. 825-835.
- Wilson, G. T., *Binge Eating and Addictive Disorders*, in: Fairburn, C. G., Wilson, G. T., 1993, S. 97-117.
- Wilson, G. T., *Relation of Dieting and Voluntary Weight Loss to Psychological Functioning and Binge Eating*, in: Annals of Internal Medicine, 1993, S. 727-730.
- Wolf, D., *EB- und Magersucht. Kampfplatz Körper*, in: Medizin heute, 1990, S. 18-23.
- Wolfe, B. E., Metzger, E. D., Jimerson, D. C., *Research Update on Serotonin Function in Bulimia Nervosa and Anorexia Nervosa*, in: Psychopharmacological Bulletin, 1997, 33, S. 345-354.

- Wolff, G. E., Crosby, R. D., Roberts, J. A., Wittrock, D. A., *Differences in Daily Stress, Mood, Coping, and Eating Behavior in Binge Eating and Nonbinge Eating College Women*, in: Addictive Behaviors, 2000, S. 205-216.
- Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Thompson, K. M., Redlin, J., Demuth, G., Smyth, J., Haseltine, B., *Eating Disturbance and Sexual Trauma in Childhood and Adulthood*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2001, S. 401-412.
- Wonderlich, S. A., Swift, W. J., Slotnick, H. B., Goodman, S., *DSM-III-R Personality Disorders in Eating-Disorder Subtypes*, in: The International Journal of Eating Disorders, 1990, S. 607-616.
- Woodside, D. B., Bulik, C. M., Halmi, K. A., Fichter, M. M., Kaplan, A., Berrettini, W. H., Strober, M., Treasure, J., Lilienfeld, L., Klump, K., Kaye, W. H., *Personality, Perfectionism, and Attitudes Toward Eating in Parents of Individuals with Eating Disorder*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2002, 31, S. 290-299.
- Woodside, D. B., Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Kaplan, A. S., Goldbloom, D. S., Kennedy, S. H., *Comparisons of Men With Full or Partial Eating Disorders, Men Without Eating Disorders, and Women With Eating Disorders in the Community*, in: American Journal of Psychiatry, 2001, 158, S. 570-574.
- Woznica, J., *Delay of Gratification in Bulimic and Restricting Anorexia Nervosa Patients*, in: Journal of Clinical Psychologie, 1990, S. 706-713.
- Yager, J., Rorty, M., Rossotto, E., *Coping Styles Differ Between Recovered and Nonrecovered Women with Bulimia Nervosa, But Not Between Recovered Women and Non-Eating-Disordered Control Subjects*, in: The Journal of Nervous and Mental Disease, 1995, 183, S. 86-94.
- Yellowlees, A. J., *Anorexia and Bulimia in Anorexia Nervosa: A Study of Psychosocial Functioning and Associated Psychiatric Symptomatology*, in: British Journal of Psychiatry, 1985, 146, S. 648-652.
- Zaider, T. I., Johnson, J. G., Cockell, S. J., *Psychiatric Comorbidity Associated With Eating Disorder Symptomatology Among Adolescent in the Community*, in: The International Journal of Eating Disorders, 2000, 28, S. 58-67.
- Zaitsoff, S. L., Geller, J., Srikameswaran, S., *Silencing the Self and Suppressed Anger: Realtionship to Eating Disorder Symptoms in Adolescent Females*, in: European Eating Disorder Review, 2002, 10, S. 51-60.

- Zaudig, M., Wittchen, H. U., Saß, H., *DSM-IV und ICD-10-Fallbuch: Fallübungen und Differentialdiagnose nach DSM-IV und ICD-10*, Göttingen (u. a.): Hogrefe 2000.
- Zerbe, K. J., Marsh, S. R., Coyne, L., *Comorbidity in an Inpatient Eating Disordered Population: Clinical Characteristics and Treatment Implications*, in: Psychiatric Hospital, 1993, 24, S. 3-8.
- Zipfel, S., Herzog, W., *Von der Sucht, mager zu sein*, in: Psychosomatische Medizin, 2000, 3, S.25-32.
- Zipfel, S., Reas, D., Herzog, W., *Eßstörungen – eine Krankheit der Mädchen und Frauen?*, in: ZNS-Journal, 1999, 19, S.17-25.
- Zipfel, S., Herzog, W., *Diagnose, therapie und Verlauf der Anorexia nervosa*, in: Der Kassenarzt, 1996, 36, S. 36-39.
- Zonneville-Bender, M. J., S., van Goozen, S. H. M., Cohen-Kettenis, P. T., van Elburg, A., De Wildt, M., Stevelmans, E., van Engeland, H., *Emotional Functioning in Anorexia Nervosa Patients: Adolescent Compared to Adults*, in: Depression and Anxiety, 2004, 19, S. 35-42.
- Zotter, D. L., Crowther, J. H., *The Role of Cognitions in Bulimia Nervosa*, in: Cognitive Therapy and Research, 1991, 413-426.

Anhang

Eingangsfragebogen

Nickname:

Alter:

Größe:

Gewicht:

Geschlecht:

- weiblich
 männlich

Nehmen Sie die Pille?

- ja
 nein

Wenn ja, geben Sie bitte den Namen der Pille an:

Ist Ihre Menstruation 3 Monate oder länger ausgeblieben?

- ja
 nein

1. Haben Sie während der letzten **sechs** Monate häufig innerhalb eines Zeitraums von zwei Stunden eine Menge gegessen, die die Meisten als ungewöhnlich große Essensmenge ansehen würden?

Wenn nein: Gehen Sie bitte über zu Frage 6

- ja
 nein

2. Bei den Malen, als das vorkam, hatten Sie oft den Eindruck, dass Sie nicht stoppen oder kontrollieren konnten, was oder wie viel Sie aßen?

Wenn nein: Gehen Sie bitte über zu Frage 6

- ja
 nein

3. Wie oft, **im Durchschnitt**, gab während der letzten **sechs** Monate Zeiten, in denen das vorkam – also der Verzehr großer Essensmengen *plus* das Gefühl, dass Ihr Essen außer Kontrolle war? (Es gab eventuell einige Wochen, wo dies nicht der Fall war – geben Sie es einfach durchschnittlich an).

- weniger als einen Tag pro Woche
 einen Tag pro Woche
 zwei oder drei Tage pro Woche
 vier oder fünf Tage pro Woche
 nahezu jeden Tag

4. Machten Sie **regelmäßig** eine der folgenden Erfahrungen während dieser Anlässe? Sie können auch mehrere auswählen.

- Viel schnelleres Essen als gewöhnlich
 Essen, bis man sich unangenehm/unbehaglich voll fühlte
 Das Essen großer Mengen, obwohl man sich nicht körperlich hungrig fühlte
 Alleine essen, weil man sich schämte, wie viel man aß
 Sich ekeln vor sich selbst, depressiv sein, oder das Gefühl von Schuld nach dem Überessen

5. Denken Sie an einen typischen Fall, bei dem Sie auf diese Weise aßen – gemeint ist, eine große Nahrungsmenge *plus* das Gefühl, dass das Essen außer Kontrolle geriet.

a) Zu welcher Tageszeit begann dieser Zeitraum meistens? (mehrere Nennungen möglich)

- Morgens (8-12 Uhr)
- Früher Nachmittag (12-16 Uhr)
- Später Nachmittag (16-19 Uhr)
- Abends (19-22 Uhr)
- Nachts (nach 22 Uhr)

b) Wie lange dauerte diese Episode *ungefähr* an, vom Beginn des Essens bis zur Beendigung des Essens und ohne dabei für wenigstens zwei Stunden nicht wieder zu essen?

Stunden:

Minuten:

c) Bitte listen Sie, so gut Sie sich erinnern können, alles auf, was Sie während dieser Episode gegessen oder getrunken haben. Wenn Sie mehr als zwei Stunden gegessen haben, beschreiben Sie das Essen, das Sie am meisten aßen und die Flüssigkeiten, die Sie am meisten tranken – und zwar während der zwei Stunden, wo Sie das meiste gegessen haben. Seien Sie **präzise** – nennen Sie, wenn möglich, Markennamen und Mengenangaben, so gut Sie sie abschätzen können. (z. B. 1 Becher Langnese Eiscreme; 1,5 Käse-Schinken-Toasts mit Senf; 8 Gläser Cola; 6 Kartoffeln mit einer Packung Sahnequark; halbe Packung Chips; eine Tafel Vollmilchschokolade; etc.)

6. Wie bestürzt waren Sie **im Allgemeinen** während der letzten **sechs** Monate über das Überessen (also mehr gegessen zu haben, als Sie denken, dass es gut für Sie war)?

- überhaupt nicht
- geringfügig
- mäßig
- außerordentlich
- extrem

7. Wie bestürzt waren Sie **im Allgemeinen** während der letzten **sechs** Monate über das Gefühl, das Essen nicht stoppen oder nicht kontrollieren zu können, was oder wie viel Sie gegessen haben?

- überhaupt nicht
- geringfügig
- mäßig
- außerordentlich
- extrem

8. Während der letzten **sechs** Monate, wie wichtig war Ihnen Ihr Gewicht oder Ihre Körperform bei Ihrer Beurteilung über sich selbst als Person – im Vergleich zu anderen Aspekten Ihres Lebens, z. B. wie Sie auf der Arbeit zurecht kommen oder wie Sie mit anderen Personen auskommen?

- Gewicht und Körperform waren nicht sehr wichtig
- Gewicht und Körperform spielten eine Rolle bei der Selbstbeurteilung
- Gewicht und Körperform waren unter den Hauptaspekten, die die Beurteilung über sich selbst betrafen
- Gewicht und Körperform waren die wichtigsten Aspekte, die die Beurteilung über sich selbst betrafen

9. Haben Sie jemals während der letzten **drei** Monate Erbrechen provoziert, mit der Absicht, eine Gewichtszunahme zu vermeiden?

- ja
- nein

Wenn ja: Wie oft, im Durchschnitt, kam das vor?

- Weniger als einmal die Woche
- Einmal die Woche
- Zwei oder dreimal die Woche
- Vier oder fünfmal die Woche
- Mehr als fünfmal die Woche

10. Haben Sie jemals während der letzten **drei** Monate mehr als doppelt so viel von der empfohlenen Dosis an Abführmitteln genommen, mit der Absicht, eine Gewichtszunahme zu verhindern?

- ja
- nein

Wenn ja: Wie oft, im Durchschnitt, kam das vor?

- Weniger als einmal die Woche
- Einmal die Woche
- Zwei oder dreimal die Woche
- Vier oder fünfmal die Woche
- Mehr als fünfmal die Woche

11. Haben Sie jemals während der letzten **drei** Monate mehr als doppelt so viel von der empfohlenen Dosis an harntreibenden Mitteln genommen, mit der Absicht, eine Gewichtszunahme zu verhindern?

- ja
- nein

Wenn ja: Wie oft, im Durchschnitt, kam das vor?

- Weniger als einmal die Woche
- Einmal die Woche
- Zwei oder dreimal die Woche
- Vier oder fünfmal die Woche
- Mehr als fünfmal die Woche

12. Haben Sie, während der letzten **drei** Monate gefastet – also für bis zu 24 Stunden gar nichts gegessen – mit der Absicht, eine Gewichtszunahme zu verhindern?

- ja
- nein

Wenn ja: Wie oft, im Durchschnitt, kam das vor?

- Weniger als einmal die Woche
- Einmal die Woche
- Zwei oder dreimal die Woche
- Vier oder fünfmal die Woche
- Mehr als fünfmal die Woche

13. Haben Sie während der letzten **drei** Monate mehr als eine Stunde Sport getrieben, mit der Absicht eine Gewichtszunahme zu verhindern?

- ja
 nein

Wenn ja: Wie oft, im Durchschnitt, kam das vor?

- Weniger als einmal die Woche
 Einmal die Woche
 Zwei oder dreimal die Woche
 Vier oder fünfmal die Woche
 Mehr als fünfmal die Woche

14. Haben Sie jemals, während der letzten **drei** Monate, mehr als doppelt so viel von der empfohlenen Dosis an Diätpillen genommen, mit der Absicht, eine Gewichtszunahme zu verhindern?

- ja
 nein

Wenn ja: Wie oft, im Durchschnitt, kam das vor?

- Weniger als einmal die Woche
 Einmal die Woche
 Zwei oder dreimal die Woche
 Vier oder fünfmal die Woche
 Mehr als fünfmal die Woche

15. Wie lange sind Sie schon magersüchtig:

Wochen:

Monate:

Jahre:

16. Haben Sie aufgrund Ihrer Magersucht schon einmal professionelle Hilfe in Anspruch genommen?

- ja
 nein

Wenn ja, kreuzen Sie bitte links die Art der Behandlung an (Mehrfachantworten möglich) und geben Sie bitte zusätzlich rechts an, wie lang die Behandlung zurückliegt

	in Be- handlung	halbes Jahr	ein Jahr	zwei Jahre	länger als zwei Jahre
<input type="checkbox"/> Arzt					
<input type="checkbox"/> Psychologe					
<input type="checkbox"/> Psychotherapeut					
<input type="checkbox"/> Klinikaufenthalt					
<input type="checkbox"/> Sonstiges:					

Eating Attitudes Test - 26

Bitte bearbeiten Sie **alle** Aussagen der Reihe nach, ohne eine auszulassen. Markieren Sie bitte jeweils das Antwortkästchen, das Ihrer persönlichen Meinung am besten entspricht. Einige Aussagen haben einen ähnlichen Wortlaut oder Sinn. Bitte nehmen Sie auch zu diesen Aussagen Stellung. Es geht bei allen Aussagen um ihre ganz persönliche Sichtweise.

	immer	sehr oft	oft	manchmal	selten	nie
1. Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben						
2. Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin						
3. Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen						
4. Ich habe mich Fressanfällen hingegeben, wobei ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen						
5. Ich zerteile mein Essen in kleine Stücke						
6. Ich weiß, wieviel Kalorien die Nahrungsmittel haben, die ich esse						
7. Ich meide besonders die Nahrungsmittel, die viele Kohlehydrate haben						
8. Ich spüre, dass andere es gerne sähen, wenn ich mehr äße						
9. Ich erbreche nach dem Essen						
10. Nachdem ich gegessen habe fühle ich mich deswegen sehr schuldig						
11. Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein						
12. Wenn ich in Bewegung bin denke ich daran, wieviel Kalorien ich dabei verbrauche						
13. Andere Menschen sind der Meinung, dass ich zu dünn bin						
14. Mich beherrscht der Gedanke, dass ich Fett an meinem Körper habe						
15. Ich brauche mehr Zeit als andere, um meine Mahlzeiten aufzuessen						
16. Ich vermeide Speisen, die Zucker enthalten						

17. Ich halte Diät						
18. Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht						
19. Ich kontrolliere mein Essverhalten						
20. Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen, zu essen						
21. Ich verwende zuviel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen						
22. Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten gegessen habe						
23. Mein Essverhalten beschäftigt mich						
24. Ich habe es gern, wenn mein Magen leer ist						
25. Ich probiere gerne neues, reichhaltiges Essen						
26. Nach den Mahlzeiten verspüre ich den Drang, zu erbrechen						

Eating Disorders Inventory - 2

Die folgenden Aussagen sollen Ihre Gefühle, Einstellungen und Ihr Verhalten erfragen. Einige beziehen sich auf Essen, andere Fragen nach Ihrer Selbsteinschätzung. Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, wie oft sie bei Ihnen zutrifft.

	immer	normaler- weise	oft	manch- mal	selten	nie
1. Ich esse Süßigkeiten und Kohlehydraten, ohne nervös zu werden						
2. Ich glaube, mein Bauch ist zu dick						
3. Ich wünschte, ich könnte mich in die Geborgenheit der Kindheit zurückbegeben						
4. Ich esse, wenn ich beunruhigt bin						
5. Ich stoppe mich mit Essen voll						
6. Ich wünschte, ich wäre jünger						
7. Ich denke über Diäten nach						
8. Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden						
9. Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick						
10. Ich fühle mich als Mensch unfähig						
11. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zuviel gegessen habe						
12. Ich denke, dass mein Bauch genau richtig ist						
13. Nur Bestleistungen sind in meiner Familie gut genug						
14. Die Kindheit ist die glücklichste Zeit im Leben						
15. Ich lasse meine Gefühle zu						
16. Ich habe fürchterliche Angst, an Gewicht zuzunehmen						
17. Ich vertraue anderen Menschen						
18. Ich fühle mich allein auf dieser Welt						
19. Ich bin mit meiner Figur zufrieden						

20. Im Großen und Ganzen glaube ich, Kontrolle über die Dinge in meinem Leben zu haben						
21. Ich bin verwirrt, welche Gefühle ich habe						
22. Ich wäre lieber ein Erwachsener als ein Kind						
23. Ich kann mich mit anderen leicht verständigen						
24. Ich wünschte, ich wäre jemand anders						
25. Ich messe dem Körpergewicht zu viel Bedeutung bei						
26. Ich nehme meine Gefühle genau wahr						
27. Ich fühle mich unzulänglich						
28. Ich kenne Fressanfälle bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mehr aufhören zu können						
29. Als Kind habe ich mich sehr bemüht, meine Eltern und meine Lehrer nicht zu enttäuschen						
30. Ich habe enge Beziehungen zu anderen Menschen						
31. Ich mag die Form von meinem Po						
32. Ich hab ständig den Wunsch, dünner zu sein						
33. Ich weiß nicht, was in mir vorgeht						
34. Es fällt mir schwer, meine Gefühle anderen gegenüber auszudrücken						
35. Die Anforderungen des Erwachsenenendaseins sind zu groß						
36. Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein						
37. Ich bin mir meiner sicher						
38. Ich denke über Fressanfälle nach						
39. Ich bin froh, kein Kind mehr zu sein						
40. Ich weiß nicht genau, ob ich hungrig bin oder nicht						
41. Ich halte nicht viel von mir						
42. Ich denke, ich kann meine gesteckten Ziele erreichen						

43. Meine Eltern haben Hervorragendes von mir erwartet						
44. Ich befürchte, meine Gefühle könnten außer Kontrolle geraten						
45. Ich denke, meine Hüften sind zu breit						
46. Ich esse gezügelt in Gegenwart anderer und stopfe mich voll, wenn sie weg sind						
47. Ich fühle mich aufgebläht, wenn ich eine ganz normale Mahlzeit gegessen habe						
48. Ich denke, dass die Menschen als Kinder am glücklichsten sind						
49. Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst, dass es so weitergeht						
50. Ich denke, ich bin eine beachtenswerte Person						
51. Wenn ich durcheinander bin, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder ärgerlich bin						
52. Entweder sollte ich Dinge perfekt machen oder ganz sein lassen						
53. Ich denke daran, Erbrechen auszuprobieren, um Gewicht zu verlieren						
54. Ich brauche zu anderen Menschen eine gewisse Distanz und fühle mich unwohl, wenn jemand versucht, mir zu nahe zu kommen						
55. Ich denke, meine Oberschenkel sind genau richtig						
56. Ich fühle mich innerlich gefühlsmäßig leer						
57. Ich kann über persönliche Gedanken oder Gefühle sprechen						
58. Die besten Jahre des Lebens sind die, in denen man erwachsen wird						
59. Ich glaube, mein Po ist zu groß						
60. Ich habe Gefühle, die ich kaum einordnen kann						
61. Ich esse oder trinke heimlich						
62. Ich glaube, meine Hüften sind genau richtig						

63. Ich habe sehr hochgesteckte Ziele						
64. Wenn ich beunruhigt bin, habe ich Angst, dass ich mit Essen anfangen						
65. Wenn ich Menschen wirklich mag, enttäuschen sie mich letztendlich immer						
66. Ich schäme mich meiner menschlichen Schwäche						
67. Andere Menschen würden mich als emotional instabil bezeichnen						
68. Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle						
69. Ich fühle mich in den meisten Gruppensituationen entspannt						
70. Ich sage spontan Dinge, die ich dann bereue						
71. Ich setze alles daran, Genuss zu erleben						
72. Ich muss auf meine Neigung zum Medikamenten – oder Drogenmissbrauch achten						
73. Ich bin den meisten Menschen gegenüber kontaktfreudig						
74. Ich fühle mich in Beziehungen wie gefangen						
75. Selbstverleugnung macht mich geistig stärker						
76. Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme						
77. Ich habe seltsame Gedanken, die ich nicht loswerden kann.						
78. Essen aus Genuss ist ein Zeichen moralischer Schwäche						
79. Ich neige zu Zorn- und Wutausbrüchen						
80. Ich habe das Gefühl, von Menschen die Anerkennung zu bekommen, die ich verdiene						
81. Ich muss auf meinen Hang zum Alkoholmissbrauch achten						
82. Ich glaube, dass Entspannung einfach Zeitverschwendung ist						
83. Andere Menschen würden mich als leicht reizbar bezeichnen						
84. Ich habe das Gefühl, dass ich überall schlecht wegkomme						

85. Ich erlebe erhebliche Stimmungsschwankungen						
86. Meine körperlichen Bedürfnisse sind mir peinlich						
87. Ich bin lieber allein als mit anderen zusammen						
88. Durch Leiden wird man ein besserer Mensch						
89. Ich weiß, dass andere Menschen mich lieben						
90. Ich verspüre den Drang, mir selbst oder anderen Menschen weh zu tun						
91. Ich habe das Gefühl, dass ich wirklich weiß, wer ich bin						

Fragebogen zu Kompetenz- und Kontrollüberzeugungen

Im Folgenden werden Sie gebeten, zu einigen Aussagen Stellung zu nehmen. Sie haben dabei die Möglichkeit, jeder Aussage stark, mittel oder schwach zuzustimmen oder sie schwach, mittel oder stark abzulehnen.

	sehr falsch	falsch	eher falsch	eher richtig	richtig	Sehr richtig
1. Es hängt hauptsächlich von mir ab, ob sich andere Menschen nach meinen Wünschen richten oder nicht						
2. Zufällige Geschehnisse bestimmen einen großen Teil meines Lebens und Alltags						
3. Ich habe das Gefühl, dass vieles von dem, was in meinem Leben passiert, von anderen Menschen abhängt						
4. Ich komme mir manchmal taten- und ideenlos vor						
5. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt alleine von mir und meinem Verhalten ab						
6. Wenn ich Pläne schmiede, bin ich mir ganz sicher, dass das Geplante auch Wirklichkeit wird						
7. Ich habe oft einfach keine Möglichkeiten, mich vor Pech zu schützen						
8. Mehrdeutige Situationen mag ich nicht, da ich nicht weiß, wie ich mich verhalten soll						
9. Wenn ich bekomme, was ich will, so spielt Glück meistens eine Rolle						
10. Andere Menschen verhindern oft die Verwirklichung meiner Pläne						
11. Ich kann mich am besten selbst durch mein Verhalten vor Krankheiten schützen						

12. Ich weiß oft nicht, wie ich meine Wünsche verwirklichen soll						
13. Vieles von dem, was in meinem Leben passiert, hängt vom Zufall ab						
14. Mein Leben und Alltag werden in vielen Bereichen von anderen Menschen bestimmt						
15. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, ist vor allem Glückssache						
16. Ich kenne viele Möglichkeiten, mich vor Erkrankungen zu schützen						
17. Ich habe nur geringe Möglichkeiten, meine Interessen gegen andere Leute durchzusetzen						
18. Es ist für mich nicht gut, weit im Voraus zu planen, da häufig das Schicksal dazwischenkommt						
19. Um das zu bekommen, was ich will, muss ich zu anderen Menschen freundlich und zuvorkommend sein						
20. In unklaren oder gefährlichen Situationen weiß ich immer, was ich tun kann						
21. Es ist reiner Zufall, wenn sich andere Menschen einmal nach meinen Wünschen richten						
22. Mein Wohlbefinden hängt in starkem Maße vom Verhalten anderer Menschen ab						
23. Ich kann sehr viel von dem, was in meinem Leben passiert, selbst bestimmen						
24. Manchmal weiß ich überhaupt nicht, was ich in einer Situation machen soll						
25. Gewöhnlich kann ich meine Interessen selbst vertreten und erreiche dabei das, was ich will						

26. Ob ich einen Unfall habe oder nicht, hängt in starkem Maße von dem Verhalten anderer ab						
27. Wenn ich bekomme, was ich will, so ist das immer eine Folge meiner Anstrengungen und meines persönlichen Einsatzes						
28. Auch in schwierigen Situationen fallen mir immer viele Handlungsalternativen ein						
29. Damit meine Pläne eine Chance haben, richte ich mich beim Planen nach den Wünschen anderer Leute						
30. Mein Lebenslauf und mein Alltag werden alleine durch mein Verhalten und meine Wünsche bestimmt						
31. Es hängt vom Schicksal ab, ob ich krank werde oder nicht						
32. Für die Lösung von Problemen fallen mir immer viele Möglichkeiten ein						

State-Trait-Angstinventar

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **jetzt**, d. h. **in diesem Moment**, fühlen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die Ihren **augenblicklichen** Gefühlszustand am besten beschreibt.

	überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	Sehr
1. Ich bin ruhig				
2. Ich fühle mich geborgen				
3. Ich fühle mich angespannt				
4. Ich bin bekümmert				
5. Ich bin gelöst				
6. Ich bin aufgeregt				
7. Ich bin besorgt, dass etwas schief gehen könnte				
8. Ich fühle mich ausgeruht				
9. Ich bin beunruhigt				
10. Ich fühle mich wohl				
11. Ich fühle mich selbstsicher				
12. Ich bin nervös				
13. Ich bin zappelig				
14. Ich bin verkrampft				
15. Ich bin entspannt				
16. Ich bin zufrieden				
17. Ich bin besorgt				
18. Ich bin überreizt				
19. Ich bin froh				
20. Ich bin vergnügt				

Im folgenden Fragebogen finden Sie eine Reihe von Feststellungen, mit denen man sich selbst beschreiben kann. Bitte lesen Sie jede Feststellung durch und wählen Sie aus den vier Antworten diejenige aus, die angibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen.

Es gibt keine richtigen oder falschen Antworten. Überlegen Sie bitte nicht lange und denken Sie daran, diejenige Antwort auszuwählen, die am besten beschreibt, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen.

	fast nie	manchmal	oft	fast immer
21. Ich bin vergnügt				
22. Ich werde schnell müde				
23. Mir ist zum Weinen zumute				
24. Ich glaube mir geht es schlechter als anderen Leuten				
25. Ich verpasse günstige Gelegenheiten, weil ich mich nicht schnell genug entscheiden kann				
26. Ich fühle mich ausgeruht				
27. Ich bin ruhig und gelassen				
28. Ich glaube, dass mir meine Schwierigkeiten über den Kopf wachsen				
29. Ich mache mir zu viele Gedanken über unwichtige Dinge				
30. Ich bin glücklich				
31. Ich neige dazu, alles schwer zu nehmen				
32. Mir fehlt es an Selbstvertrauen				
33. Ich fühle mich geborgen				
34. Ich mache mir Sorgen über mögliches Missgeschick				
35. Ich fühle mich niedergeschlagen				
36. Ich bin zufrieden				
37. Unwichtige Gedanken gehen mir durch den Kopf und bedrücken mich				
38. Enttäuschungen nehme ich so schwer, dass ich sie nicht vergessen kann				
39. Ich bin ausgeglichen				
40. Ich werde nervös und unruhig, wenn ich an meine derzeitigen Angelegenheiten denke				

Der Mehrdimensionale Befindlichkeitsfragebogen

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich **im Moment** fühlen.

Im Moment fühle ich mich	überhaupt nicht				sehr
1. schläfrig					
2. wohl					
3. ausgeglichen					
4. unglücklich					
5. wach					
6. unzufrieden					
7. angespannt					
8. frisch					
9. glücklich					
10. nervös					
11. ermattet					
12. ruhig					

Positive und negative Affekt Schedule

Bitte kreuzen Sie an, wie Sie sich **im Allgemeinen** fühlen.

	gar nicht	ein bisschen	einiger- maßen	erheb- lich	äußerst
aktiv					
interessiert					
freudig erregt					
stark					
angeregt					
stolz					
begeistert					
wach					
entschlossen					
aufmerksam					
bekümmert					
verärgert					
schuldig					
erschrocken					
feindselig					
gereizt					
beschämt					
nervös					
durcheinander					
ängstlich					

Fragebogen irrationaler Einstellungen

Im Folgenden finden Sie 30 Aussagen zum persönlichen Selbstbild. Bitte kreuzen Sie an, wie gut die aufgeführten Gedanken, Verhaltensweisen oder Gefühle auf Sie zutreffen. Sie können alle Zahlen wählen zwischen:

0 = stimmt gar nicht - und

5 = stimmt vollkommen

Dabei arbeiten Sie bitte möglichst zügig, ohne lange zu überlegen. Denn der erste Einfall gibt am besten die Meinung wider. Achten Sie darauf, dass Sie keine Frage auslassen.

	0	1	2	3	4	5
1. Ich beklage mich oft über unangenehme Aufgaben, die getan werden müssen						
2. Es ist mir sehr wichtig, dass die Leute billigen, was ich tue						
3. Ich fühle mich sehr unwohl, wenn die Dinge nicht an ihrem Platz sind						
4. Ich brauche es, dass die Leute mich mögen						
5. Es gibt viele persönliche Dinge, die mir peinlich wären, wenn andere sie erführen						
6. Mir ist es peinlich, wenn ich in Gegenwart anderer einen Fehler mache						
7. Ich vermeide es lieber, Dinge auszuprobieren, wenn ich mir über das Ergebnis nicht ziemlich sicher bin						
8. Ich denke oft über die Fehler nach, die ich früher gemacht habe						
9. Wenn mich jemand warten lässt, werde ich schnell beleidigt						
10. Ich habe oft Mitleid mit mir						
11. Ich kann es nicht ertragen, andere Leute um einen Gefallen zu bitten						
12. Mir ist es unangenehm, wenn ich unpassend gekleidet bin						
13. Meine Gefühle sind leicht verletzt						
14. Wenn ich meine Probleme nicht lösen kann, fühle ich mich als Versager						
15. Es ist mir sehr wichtig, dass mich jedermann mag						
16. Ich glaube, es ist mir unmöglich, meine Persönlichkeit zu ändern						
17. Es ist für mich sehr wichtig, dass andere Leute mögen, was ich tue						
18. Ich glaube, ich habe mein Leben nicht richtig im Griff						
19. Ich denke oft, ich bin ein Versager						
20. Ich tue gewöhnlich keine Dinge, die anderen dumm erscheinen könnten						
21. Ich werde verwirrt, wenn ich mir über die Beziehung zu anderen nicht klar bin						
22. Ich fühle mich manchmal wertlos						

23. Ich gebe mir gewöhnlich selbst die Schuld, wenn sich die Dinge nicht gut entwickeln						
24. Ich kann es nicht ertragen, wenn andere mich beobachten						
25. Manchmal kann ich mich nicht ausstehen						
26. Wenn ich etwas nicht erreiche, gebe ich mir selbst die Schuld						
27. Kleine Schwierigkeiten machen mich oft ärgerlich						
28. Mich deprimiert es, wenn ich daran denke, wieviel Ungerechtigkeiten es auf der Welt gibt						
29. Ich habe sehr wenig Willenskraft						
30. Nur wenn ich eine Menge vollbracht habe, erlebe ich mich als wertvoll						

Beck-Depressions-Inventar

Dieser Fragebogen enthält 21 Gruppen von Aussagen. Bitte lesen Sie jede Gruppe sorgfältig durch. Suchen Sie dann die eine Aussage in jeder Gruppe heraus, die am besten beschreibt, wie Sie sich in dieser Woche einschließlich heute gefühlt haben und kreuzen Sie das dazugehörige Kästchen an. Falls mehrere Aussagen einer Gruppe gleichermaßen zutreffen, können Sie auch mehrere Kästchen markieren. Lesen Sie auf jeden Fall alle Aussagen in jeder Gruppe, bevor Sie Ihre Wahl treffen.

A.

- Ich bin nicht traurig
- Ich bin traurig
- Ich bin die ganze Zeit traurig und komme nicht davon los
- Ich bin so traurig oder unglücklich, daß ich es kaum noch ertrage

B.

- Ich sehe nicht besonders mutlos in die Zukunft
- Ich sehe mutlos in die Zukunft
- Ich habe nichts, worauf ich mich freuen kann
- Ich habe das Gefühl, daß die Zukunft hoffnungslos ist, und daß die Situation nicht besser werden kann

C.

- Ich fühle mich nicht als Versager
- Ich habe das Gefühl, öfter versagt zu haben als der Durchschnitt
- Wenn ich auf mein Leben zurückblicke, sehe ich bloß eine Menge Fehlschläge
- Ich habe das Gefühl, als Mensch ein völliger Versager zu sein

D.

- Ich kann die Dinge genauso genießen wie früher
- Ich kann die Dinge nicht mehr so genießen wie früher
- Ich kann aus nichts mehr eine echte Befriedigung ziehen
- Ich bin mit allem unzufrieden oder gelangweilt

E.

- Ich habe keine Schuldgefühle
- Ich habe häufig Schuldgefühle
- Ich habe fast immer Schuldgefühle
- Ich habe immer Schuldgefühle

F.

- Ich habe nicht das Gefühl, gestraft zu sein
- Ich habe das Gefühl, vielleicht bestraft zu werden
- Ich erwarte, bestraft zu werden
- Ich habe das Gefühl, bestraft zu sein

G.

- Ich bin nicht von mir enttäuscht
- Ich bin von mir enttäuscht
- Ich finde mich fürchterlich
- Ich hasse mich

H.

- Ich habe nicht das Gefühl, schlechter zu sein als alle anderen
- Ich kritisiere mich wegen meiner Fehler und Schwächen
- Ich mache mir die ganze Zeit Vorwürfe wegen meiner Mängel
- Ich gebe mir für alles die Schuld, was schiefgeht

I.

- Ich denke nicht daran, mir etwas anzutun
- Ich denke manchmal an Selbstmord, aber ich würde es nicht tun
- Ich möchte mich am liebsten umbringen
- Ich würde mich umbringen, wenn ich die Gelegenheit hätte

J.

- Ich weine nicht öfter als früher
- Ich weine jetzt mehr als früher
- Ich weine jetzt die ganze Zeit
- Früher konnte ich weinen, aber jetzt kann ich es nicht mehr, obwohl ich es möchte

K.

- Ich bin nicht reizbarer als sonst
- Ich bin jetzt leichter verärgert oder gereizt als früher
- Ich fühle mich dauernd gereizt
- Die Dinge, die mich früher geärgert haben, berühren mich nicht mehr

L.

- Ich habe nicht das Interesse an Menschen verloren
- Ich interessiere mich jetzt weniger für Menschen als früher
- Ich habe mein Interesse an anderen Menschen zum größten Teil verloren
- Ich habe mein ganzes Interesse an anderen Menschen verloren

M.

- Ich bin so entschlußfreudig wie immer
- Ich schiebe Entscheidungen jetzt öfter als früher auf
- Es fällt mir jetzt schwerer als früher, Entscheidungen zu treffen
- Ich kann überhaupt keine Entscheidungen mehr treffen

N.

- Ich habe nicht das Gefühl, schlechter auszusehen als früher
- Ich mache mir Sorgen, daß ich alt oder unattraktiv aussehe
- Ich habe das Gefühl, daß Veränderungen in meinem Aussehen eintreten, die mich hässlich machen
- Ich finde mich hässlich

O.

- Ich kann so gut arbeiten wie früher
- Ich muss mir einen Ruck geben, bevor ich eine Tätigkeit in Angriff nehme
- Ich muss mich zu jeder Tätigkeit zwingen
- Ich bin unfähig zu arbeiten

P.

- Ich schlafe so gut wie sonst
- Ich schlafe nicht mehr so gut wie früher
- Ich wache 1 bis 2 Stunden früher auf als sonst, und es fällt mir schwer, wieder einzuschlafen
- Ich wache mehrere Stunden früher auf als sonst und kann nicht mehr einschlafen

Q.

- Ich ermüde nicht stärker als sonst
- Ich ermüde schneller als früher
- Fast alles ermüdet mich
- Ich bin zu müde, um etwas zu tun

R.

- Mein Appetit ist nicht schlechter als sonst
- Mein Appetit ist nicht mehr so gut wie früher
- Mein Appetit hat sehr stark nachgelassen
- Ich habe überhaupt keinen Appetit mehr

S.

- Ich habe in letzter Zeit kaum abgenommen
- Ich habe mehr als 2 Kilo abgenommen
- Ich habe mehr als 5 Kilo abgenommen
- Ich habe mehr als 8 Kilo abgenommen

T.

- Ich mache mir keine größeren Sorgen um meine Gesundheit als sonst
- Ich mache mir Sorgen über körperliche Probleme, wie Schmerzen, Magenbeschwerden oder Verstopfung
- Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß es mir schwerfällt, an etwas anderes zu denken
- Ich mache mir so große Sorgen über gesundheitliche Probleme, daß ich an nichts anderes mehr denken kann

U.

- Ich habe in letzter Zeit keine Veränderung meines Interesses an Sex bemerkt
- Ich interessiere mich weniger für Sex als früher
- Ich interessiere mich jetzt viel weniger für Sex
- Ich habe das Interesse an Sex völlig verloren

Versicherung

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen (einschließlich des Internets) direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt.

Ort, Datum

Unterschrift