

„Entwicklung eines Fragebogens
zur Diagnostik von Essstörungen
auf Basis von Daten etablierter diagnostischer Verfahren“

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Dr. med.
an der Medizinischen Fakultät
der Universität Leipzig

eingereicht von:

Klaus – Gregor Eichhorn

geboren am 16.12.1981 in Karl-Marx-Stadt (heute Chemnitz)

angefertigt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des
Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig

Betreuerin:

Frau Prof. Dr. med. habil. Christine Ettrich

Beschluss über die Verleihung des Doktorgrades vom: 15.12. 2015

Inhaltsverzeichnis / Gliederung

	Titelblatt	S. 1
	Inhaltsverzeichnis	S. 2
	Bibliographische Beschreibung	S. 5
	Abkürzungsverzeichnis	S. 6
1	Einleitung	S. 8
2	Fragestellung und grundsätzlicher Ablauf der Untersuchung	S. 10
3	Theoretische Grundlagen: Essstörungen - wichtige Entitäten, ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie Entwicklungsschritte der Krankheitstheorie	S. 11
	<i>3.1 Anorexia nervosa</i>	S. 12
	3.1.1 Definition	S. 12
	3.1.2 Epidemiologie	S. 12
	3.1.3 Ätiologie und Pathogenese	S. 14
	3.1.4 Klinik	S. 23
	3.1.5 Diagnostik	S. 27
	3.1.6 Therapie	S. 32
	3.1.7 Verlauf und Prognose	S. 40
	<i>3.2 Bulimia nervosa</i>	S. 43
	3.2.1 Definition	S. 43
	3.2.2 Epidemiologie	S. 44
	3.2.3 Ätiologie und Pathogenese	S. 45
	3.2.4 Klinik	S. 49
	3.2.5 Diagnostik	S. 52
	3.2.6 Therapie	S. 54
	3.2.7 Verlauf und Prognose	S. 56
	<i>3.3 Binge-Eating und andere Essstörungen</i>	S. 57
	<i>3.4 Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Zusammenhänge von A.n. und B.n.</i>	S. 59
	<i>3.5 Implikationen der theoretischen Vorüberlegungen und resultierende Zielstellungen</i>	S. 65

4	Patientenstichprobe und Verfahren	S. 67
	<i>4.1 Patientenstichprobe</i>	S. 67
	<i>4.2 Fragebogen</i>	S. 68
	4.2.1 ANIS	S. 68
	4.2.2 EAT – 26	S. 69
	4.2.3 FBeK	S. 69
	4.2.4 EDI – 2	S. 69
	4.2.5 EDES	S. 70
	<i>4.4 Umgang mit den Daten</i>	S. 70
	4.4.1 Fehlende Daten, Invertierungen, Skalen, Reduktion der Antwortstufen	S. 70
	4.4.2 Einteilung in Gruppen	S. 73
	4.4.3 Statistische Auswertung und Bewertung	S. 74
5	Ergebnisse	S. 77
	<i>5.1 Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items</i>	S. 77
	5.1.1 ANIS	S. 77
	5.1.1 a) globaler Test	S. 77
	5.1.1 b) Einzelvergleiche	S. 77
	5.1.1 c) Bewertung	S. 81
	5.1.2 EAT – 26	S. 82
	5.1.2 a) globaler Test	S. 82
	5.1.2 b) Einzelvergleiche	S. 82
	5.1.2 c) Bewertung	S. 86
	5.1.3 FBeK	S. 87
	5.1.3 a) globaler Test	S. 87
	5.1.3 b) Einzelvergleiche	S. 87
	5.1.3 c) Bewertung	S. 92
	5.1.4 EDI – 2	S. 93
	5.1.4 a) globaler Test	S. 93
	5.1.4 b) Einzelvergleiche	S. 93
	5.1.4 c) Bewertung	S. 104

5.1.5	EDES	S. 106
5.1.5 a)	globaler Test	S. 106
5.1.5 b)	Einzelvergleiche	S. 106
5.1.5 c)	Bewertung	S. 110
5.2	<i>Itemreduktion, Gruppierung, Reliabilitäts- und Validitätsanalyse</i>	S. 110
5.2.1	Ausgangsdatensätze nach der Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items	S. 110
5.2.2	Methodik und Verlauf der Faktorenanalyse	S. 114
5.2.3	Methodik und Verlauf der weiteren Itemreduktion / finale Matrix	S. 118
5.2.4	Reliabilitätsanalyse	S. 127
5.2.5	Validitätsanalyse	S. 136
6	Neuer Fragebogen und Diskussion	S. 139
7	Zusammenfassung	S. 148
8	Literaturverzeichnis	S. 151
9	Anlagen	S. 159
9.1	<i>Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items, globaler Test – detaillierte Übersicht</i>	S. 159
9.1.a	globaler Test ANIS	S. 159
9.1.b	globaler Test EAT – 26	S. 160
9.1.c	globaler Test FBeK	S. 161
9.1.d	globaler Test EDI – 2	S. 163
9.1.e	globaler Test EDES	S. 165
9.2	<i>BaFEK-45 – Vorlage für die klinische Praxis</i>	S. 167
10	Selbstständigkeitserklärung, Lebenslauf, Danksagung	S. 174

Bibliographische Beschreibung

Eichhorn, Klaus – Gregor

„Entwicklung eines Fragebogens zur Diagnostik von Essstörungen
auf Basis von Daten etablierter diagnostischer Verfahren“

Universität Leipzig, Dissertation

176 S., 85 Lit., 5 Abb., 49 Tab., 2 Anlagen

Referat:

Die vorliegende Arbeit entwickelt einen Vorschlag für einen neuen, kompakteren Fragebogen mit dem Akronym „BaFEK-45“ zur Diagnostik von Essstörungen, der auf einer statistischen Analyse von Daten aus fünf bereits etablierten Fragebogen (ANIS, EAT – 26, FBeK, EDI – 2, EDES) mit einer Gesamtzahl von 231 Items basiert. Dabei wurden die Antworten von Patientinnen aus den 1990er- und 2000er-Jahren der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig ausgewertet. Auf Grundlage zweier „Signalfragen“ zu Ess-Anfällen wurden die Fragebogen-Serien in drei Gruppen (anorektisch, bulimisch und grenzwertig) eingeteilt, daraufhin konnte eine Analyse zu den Unterschieden im Antwortverhalten zwischen eben diesen Gruppe vorgenommen werden. Nach einem auf dieser Analyse basierenden Auswahlverfahren wurden die verbliebenen Items einer mehrstufigen Faktorenanalyse und kritischen inhaltlichen Differenzierung unterzogen. An deren Ende steht der o.g. Vorschlag eines neuen Diagnostikinstrumentes, das sich aus 45 Fragen in fünf Skalen zusammensetzt.

Abkürzungsverzeichnis

A.n. / AN	- Anorexia nervosa
ANIS	- Anorexia-Nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung
BED	- Binge-Eating-Disorder
B.n. / BN	- Bulimia nervosa
BMI	- Body-Mass-Index
Bsp.	- Beispiel
bzgl.	- bezüglich
bzw.	- beziehungsweise
d.h.	- das heißt
DSM	- Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EAT-26	- Eating Attitudes Test
ebd.	- eben da
EDES	- Eating Disorder Evaluation Scale
EDI-2	- Eating Disorder Inventory
EDNOS	- Eating Disorder Not Otherwise Specified
ES	- Essstörung
et al.	- et alii
etc.	- et cetera
FBeK	- Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körper
ggf.	- gegebenenfalls
ICD	- International Classification of Diseases
i.d.R.	- in der Regel
Mb.	- Morbus
o.ä.	- oder ähnliche
o.g.	- oben genannten
S.	- Seite
s.o.	- siehe oben
sog.	- so genannte
s.u.	- siehe unten
u.a.	- unter anderem
usw.	- und so weiter
v.a.	- vor allem

vgl. - vergleiche
z.B. - zum Beispiel
z.T. - zum Teil

1 Einleitung

Wenn es etwas gibt, das man als eine nur dem Menschen und sonst keinem anderen Lebewesen zuzuordnende Eigenschaft bezeichnen könnte, dann ist das wahrscheinlich die Ambivalenz: Unsere Existenz wird geprägt durch innere wie äußere Konflikte, durch Spannung, teilweise sogar durch Polarität, die wir jeden Tag aufs Neue ins unser Leben integrieren und mit uns austragen müssen. In vielen Fällen ist Zerrissenheit ein Hindernis für unsere Entwicklung oder gar ein Anlass für andauerndes Unglück. Manchmal ist sie aber auch die Quelle von Inspiration und der Ausgangspunkt neuer Entdeckungen auf der Basis zweier ganz unterschiedlicher Blickwinkel - so verhält es sich in meinem Fall bei der vorliegenden Arbeit.

Im März 2006 schloss ich die Nachbearbeitung an meinem damaligen Kurzfilmprojekt „Hunger“ ab, der die Freundschaft zweier an Bulimie erkrankter Mädchen thematisiert. Ich hatte mich monatelang vom Standpunkt des Künstlers aus mit dem Thema auseinandergesetzt, hatte einiges an Fachliteratur gelesen, mich mit Psychologen und Psychiatern getroffen, war im Kontakt mit unzähligen Betroffenen, hatte deren Tagebücher und Gedichte gelesen, hörte Radiosendungen zum Thema, sah Filme und sprach bei jeder Gelegenheit mit allen möglichen Menschen über mein Drehbuch. Nun wurde der Film zum ersten Mal vor Publikum gezeigt und erntete ein äußerst geteiltes Echo - es gab begeisterte Stimmen, viel Verwirrung, aber auch Ablehnung und Enttäuschung. Ein Teil der Premierengäste war wohl mit der Erwartung ins Kino gekommen, nun eine „Antwort“ zu erhalten, eine Erklärung für das Phänomen „Essstörungen“.

Noch extremer waren die Reaktionen der Betroffenen, insbesondere derer, die von der Krankheit noch beherrscht wurden: Sowohl im persönlichen Gespräch als auch in verschiedenen Internetforen und auf öffentlichen Veranstaltungen zum Thema erlebte ich heftige Diskussionen: Die Spanne reichte hier von überschwänglichem Lob, ja faktisch Identifikation bis zu fast schon hasserfüllter Ablehnung. Einige Betroffene berichteten, dass sie sich bei manchen Szenen geradezu schaurig exakt wiederfanden, andere wiederum, dass der Film nichts, aber auch überhaupt gar nichts mit ihrem Lebensgefühl zu tun hätte.

Und ich war ratlos. Was hatte ich falsch gemacht, dass es solche gegensätzlichen Reaktionen gab? Oder war das möglicherweise sogar genau richtig so?

Sicher, das größte Problem war der eigene Anspruch. Was hatte ich mir denn auch eingebildet: Dass ich als filmender Medizinstudent quasi im Vorbeigehen dieses seit Jahrzehnten von unzähligen Wissenschaftlern bearbeitete Thema auflösen, erklären und entzaubern könnte? Dass eine künstlerische Arbeit, die mehr auf philosophischer Betrachtung als auf Fakten beruht, Ersatz für

eine mühsame und langwierige Erforschung der Essstörungen sein könnte?

Und so entschloss ich mich, das Thema nun noch von einer zweiten, der medizinisch-wissenschaftlichen Seite zu betrachten. Zu meinem Glück hatte sich die Betreuerin dieser Arbeit, Frau Prof. Dr. med. Ettrich, schon seit Jahren mit Essstörungen auseinandergesetzt und ermöglichte mir dadurch einen günstigen Ausgangspunkt für diese Promotionsarbeit mit einem reichhaltigen Schatz an bereits gewonnenen Informationen.

Zudem ist sie selbst erfahrene Wissenschaftlerin und Ärztin, aber gleichzeitig besitzt sie das Sensorium für kreative, ungewöhnliche Herangehens- und Denkweisen, was meinen Weg von der künstlerischen zur wissenschaftlichen Perspektive sehr vereinfachte. Sie war es z.B., die in einem unserer Gespräche die Vorstellung skizzierte, psychisch bzw. psychosomatisch gestörte Kinder und Jugendliche seien wie „Seismografen“, welche die ersten feinen Anzeichen ungesunder gesellschaftlicher Entwicklungen wahrnehmen und in pathologische Zustände umsetzen, bevor auch wir anderen davon betroffen würden.

Diese Überlegung fand ich im Verlauf meines Literaturstudiums bei Karl Jaspers wieder: „Eine Analyse der sozialen und historischen Verhältnisse, unter denen Menschen leben, zeigt die Wandelbarkeit der seelischen Erscheinungen mit dem Wandel dieser Verhältnisse. Eine Geschichte der Krankheiten ist als eine Geschichte im Rahmen der Sozial- und Geistesgeschichte denkbar. Sie lehrt, wie die Bilder der naturwissenschaftlich identischen Krankheiten wechseln, vor allem wie Neurosen ihren Zeitstil haben, in bestimmten Situationen aufblühen, in anderen fast unsichtbar werden“ (zitiert nach Vandereycken, Deth und Meermann, 1990, S.17).

Das Untersuchen psychischer Erkrankungen ist also immer auch in ein gesellschaftliches Umfeld eingebunden, dessen Beschreibung oder gar Erforschung allerdings weder Zielstellung dieser Arbeit sein soll noch sein kann. Nützlich ist es aber, um diesen Faktor zu wissen und ihn bei der Festlegung der Fragestellung zu berücksichtigen: Was kann, was darf ich von meiner Arbeit erwarten, wenn ich weiß, dass der untersuchte Sachverhalt von einer Vielzahl sozialer und gesellschaftlicher Faktoren außerhalb meines Untersuchungsbereiches abhängt ?

Aus der uneinheitlichen Resonanz auf meinen Film „Hunger“ und den o.g. Anregungen hatte sich für mich die Frage entwickelt, was denn nun kennzeichnend (wenn man so will: pathognomonisch) für eine Anorexie oder Bulimie sein könnte. Die von mir entwickelten künstlerischen Vorstellungen waren teilweise als sehr zutreffend, teilweise als absolut unstimmig bewertet worden, obwohl sie alle aus demselben Erfahrungsschatz und unter denselben Prämissen entstanden waren - würde die wissenschaftlicher Auseinandersetzung klarere, trennschärfere Antworten geben können ?

Die Basis für die Bearbeitung meiner Fragen stellen Daten aus einer Mitte der Neunziger Jahre

begonnenen Studie bei essgestörten Patientinnen in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig dar. Hatten bei meiner filmischen Arbeit noch Intuition und Gefühl die Lücken der Erkenntnis schließen können, so musste ich mich nun der medizinischen Statistik bedienen - denn was tut diese Wissenschaft anderes, als unvollständige Informationen als Grundlage für eine allgemeine Aussage zu benutzen, allerdings eben auf der Basis von lange erprobten und untersuchten Verfahren? Und bemüht sich die Statistik nicht gleichzeitig, komplizierte, schwer überschaubare Probleme letztendlich zu vereinfachen, in eine verständliche Form zu bringen - auch wenn es anfangs nicht so scheinen mag? Philosophisch könnte man formulieren: Die Statistik versucht die wissenschaftliche Entsprechung dessen zu sein, was wir als Menschen intuitiv jeden Tag tun müssen.

2 Fragestellung und grundsätzlicher Ablauf der Untersuchung

Wie unter Punkt 3 beschrieben, stellt die suffiziente und differenzierte Diagnostik von Essstörungen den Untersucher vor erhebliche Schwierigkeiten: Einerseits wird zwar sowohl in der älteren als auch in der jüngeren Literatur aufgrund der häufig mit Scham und Verheimlichung verknüpften Krankheitsbilder die Bedeutung der Fremdanamnese betont (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006), andererseits spielen auch somatische Erscheinungen und Komplikation und besonders intero- und exterozeptive Wahrnehmungen der Betroffenen eine entscheidende Rolle. Seit mehreren Jahrzehnten wird versucht, den letztgenannten Aspekt mit Hilfe von vielfältigen Fragebogen abzubilden und damit die Diagnosestellung und ggf. die Feststellung der spezifischen Ausprägung der Krankheitsbilder zu erleichtern. Dieses Verfahren hat sich (nicht nur bei Essstörungen) im klinischen Alltag weitestgehend durchgesetzt, jedoch verursacht die zunehmende Fülle an verschiedenen Untersuchungsmöglichkeiten, der Umfang der Messinstrumente und die nicht immer eindeutige Aussagekraft derselben neue Probleme für Patient und Untersucher.

Die fünf in dieser Arbeit untersuchten Fragebogen ANIS, EAT-26, EDES, FBK und EDI-2 umfassen die enorme Fülle von 231 Items und 25 Skalen (z.T. plus entsprechende Summenskalen). Mit Hilfe dieser und folgender Arbeiten soll ein Beitrag geleistet werden, diese große Anzahl zu verringern und die Diagnostik der Essstörungen zu vereinfachen.

In der vorliegenden Dissertation wurden daher folgende Fragen untersucht: Welche der Items aus den o.g. Fragebogen können zwischen drei festgelegten Patientinnen-Gruppen (s.u.) differenzieren? Wie genau sehen die entsprechenden Antwortmuster aus? Lassen sich die gefundenen symptom-spezifischen Fragen in ihrer Anzahl reduzieren, ohne ihre Aussagekraft zu verlieren? Ist es

möglich, einen neuen, kompakteren Fragebogens auf dieser Basis zu konstruieren?

Dabei versteht sich diese Arbeit aufgrund der o.g. großen Anzahl von Items ausdrücklich als explorative Untersuchung, bei welcher der im Zentrum vieler statistischer Analysen stehende p-Wert zur Identifikation von Auffälligkeiten genutzt werden soll und auf deren Grundlage sich weiterführende Untersuchungen anschließen müssen.

Basis der Untersuchung sind 106 Serien (jeweils bestehend aus den fünf o.g. Fragebogen) aus dem Krankenaktenarchiv der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig, wobei die möglichst vollständige Bearbeitung der Fragebogen das primäre Auswahlkriterium war (Details zur Stichprobe siehe 4.1).

Um einen symptomorientierten Bezugspunkt für die einzelnen Items bzgl. der Fragestellung zu schaffen, wurden die Patientinnen in eine anorektische, eine grenzwertige und eine bulimische Gruppe aufgeteilt. Da es sich bei dieser Arbeit um eine isolierte Betrachtung der Fragebogen handelt, entschieden wir uns, zwei Items aus den Bogen EDES und EAT-26, die beide nach dem Vorhandensein von Essattacken fragen, als Grundlage dafür zu nehmen (zur Bedeutung des Leitsymptoms „Essanfälle“ siehe 3.2.4, zu den Details der Gruppenbildung siehe 4.4.2).

Im Anschluss wurden die einzelnen Items darauf untersucht, ob sie zwischen den gebildeten Gruppen differenzieren können. Diejenigen, die sich hierfür als günstig erwiesen, wurden für den weiteren Fortgang der Untersuchung ausgewählt. Mit Hilfe einer mehrschrittigen Faktorenanalyse sowie der Elimination von inhaltlichen Doppelungen wurde ihre Zahl weiter reduziert, und der Vorschlag für einen neuen Fragebogen konnte entwickelt werden. Dieser wurde im Anschluss einer Reliabilitäts- und Validitätsanalyse unterzogen (Details zum Ablauf der einzelnen Arbeitsschritte sind in den jeweiligen Abschnitten ab Punkt 4 dargestellt).

3 Theoretische Grundlagen: Essstörungen - wichtige Entitäten, ihre Gemeinsamkeiten und Unterschiede sowie Entwicklungsschritte der Krankheitstheorie

Der folgende Theorieteil beschäftigt sich mit den beiden im Mittelpunkt meines Interesses stehenden Krankheitsbildern Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Dabei habe ich die gängigen Schilderungen der klinischen Erscheinungsbilder, diagnostischen Kriterien und therapeutischen Ansätze beider Entitäten zusammengefasst, wobei auch auf gewisse Widersprüche in den zitierten Veröffentlichungen eingegangen wird. Nicht von ungefähr hat in einem relativ aktuellen Erfahrungsbericht der von Anorexia nervosa betroffene Christian Frommert formuliert: „Geschafft hat es bisher keiner, diese von den Betroffenen verachtete und doch heiß geliebte Krankheit zu beschreiben“ (Frommert und Clasen, 2013, S.23).

Dem folgt ein gesonderter Abschnitt über die in der Literatur beschriebenen Gemeinsamkeiten und Unterschiede beider Erscheinungen. Hierbei werde ich auch einige Auffälligkeiten hervorheben, die im Bezug zu meiner statistischen Methodik stehen.

In den Abschnitten 3.1 und 3.2 zur Beschreibung der Anorexia- und der Bulimia nervosa habe ich schwerpunktmäßig die somatischen Komplikationen der Essstörungen herausgestellt, da sich der übrige Teil meiner Arbeit ja fast ausschließlich mit der psychologisch-psychiatrischen Betrachtung der Phänomene beschäftigt. Dies schien mir aufgrund der gerade bei der Bulimie und Anorexie so wichtigen körperlichen Komponente als Ausdruck seelischer Spannung gerechtfertigt. Oder, wie es der Amerikaner Edwin Ray Guthrie (ein Psychologe!) formuliert hat: „Modelle [des menschlichen Verhaltens], welche die Körperlichkeit des Menschen außer acht lassen, sind zwangsläufig ungeeignet für die Aufgabe, menschliches Verhalten verständlich zu machen“ (zitiert nach Gaddes, 1991, S.3). Der somatischen Fixierung der meisten Mediziner scheint von manchen Psychologen mit einer Überbewertung des Seelischen begegnet zu werden. Folge ist eine vermeintliche „Befreiung“ der Diagnostik und Therapie vom engen wissenschaftlichen Korsett der Körperlichkeit, um dann scheinbar uneingeschränkt über Krankheit philosophieren zu können. Weder dem einen noch dem anderen Trugschluss möchte ich aufsitzen und werde deshalb auch in dieser Hinsicht versuchen, meinem o.g. Credo der Zweiseitigkeit der Betrachtung (in diesem Fall sowohl somatisch als auch psychologisch) Folge leisten zu können.

3.1 Anorexia nervosa

3.1.1 Definition

Die Anorexia nervosa (im folgenden 'A.n.' abgekürzt) gehört zu den psychosomatischen Erkrankungen aus der Gruppe der Essstörungen. Sie ist gekennzeichnet durch die Weigerung, das eigene Körpergewicht über einem auf Alter und Größe bezogenen minimalen Normgewicht zu halten. Der Gewichtsverlust wird vom Patienten mittels verschiedener Methoden selbst herbeigeführt, z.B. durch Vermeidung hochkalorischer Speisen oder übertriebene körperliche Aktivität. Zudem zeigen die Erkrankten eine ausgeprägte Wahrnehmungsstörung im Bezug auf ihren eigenen Körper sowie eine übermäßige Furcht vor dem Dickwerden (siehe 3.1.5).

3.1.2 Epidemiologie

Die Inzidenz und Prävalenz der A.n. wird von verschiedenen Autoren unterschiedlich dargestellt,

insgesamt kann man aber von einer nach wie vor seltenen Störung mit allerdings wahrscheinlich zunehmender Häufigkeit sprechen.

Schmidt nennt 1993 eine Prävalenz von 0,5 – 0,7% bei Jugendlichen mit einer Geschlechterverteilung (weiblich zu männlich) von 20:1. Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort führen im Jahre 1997 eine Inzidenz von 0,2% - 1% bei Adoleszenten mit einem Verhältnis von 10:1 (weiblich zu männlich) an. Neuere Publikationen z.B. von Steinhausen (2006), Remschmidt, Mattejat und Warnke (2008) oder Herpertz et al. (2011) berichten von einer in den letzten 15-20 Jahren weitestgehend konstant gebliebenen Prävalenz bei 14-20jährigen Frauen von 0,13 bis 1,2%. Die Geschlechterverteilung wird auch aktuell weiterhin mit etwa 10:1 (weiblich zu männlich) angegeben (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Damit ist die A.n. die dritthäufigste chronische Krankheit der weiblichen Adoleszenz (Remschmidt, 2008). Laut Gerlinghoff und Backmund (2006) soll der Anteil männlicher Jugendlicher bei frühem Krankheitsbeginn vor der Pubertät höher sein.

Diese Daten beziehen sich auf die manifeste A.n. Eggers et al. berichten 1994 von vorübergehenden Symptomen bei jedem zehnten Mädchen aus einer höheren sozialen Schicht in den westlichen Industrienationen. In einer 2002 veröffentlichte Studie von Strauß, bei der mehrere Hundert deutsche Schülerinnen und Schüler sowie Studierende zu ihrem Essverhalten interviewt wurden, konnten insgesamt 29% der weiblichen und 13% der männlichen Befragten als anfällig für eine Essstörung identifiziert werden.

Ein Erkrankungszeitpunkt besteht im Alter von 14-19 Jahren, vor der Pubertät und ab der 4./5. Lebensdekade ist die A.n. selten (Steinhausen, 2006), obgleich bei einigen Autoren auch Krankheitsfälle bei achtjährigen Kindern beschrieben sind und die kindliche A.n. etwa 5% aller Fälle ausmacht (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz-Dahlmann, Resch und Schulte-Markwort, 2008).

Der neueren Literatur folgend ist die A.n. nicht, wie früher angenommen (Vandereycken, Deth und Meermann, 1990; Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999), an eine bestimmte gesellschaftliche Schicht oder überdurchschnittliche Intelligenz gebunden (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008), allerdings wird sie relativ einheitlich als ein Phänomen der westlichen Industrienationen und Japans beschrieben (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006). Doch selbst diese Annahme wird im Bezug auf die A.n. aktuell von einigen Autoren in Zweifel gezogen und eher mit der Bulimia nervosa in Verbindung gebracht (siehe dazu 3.1.3 und 3.2.2 und 3.2.3).

Auch bezüglich einer möglichen Inzidenzzunahme herrscht Uneinigkeit unter den Autoren: Bei Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort wird 1997 ein Anstieg um 30% alle fünf Jahre während

der letzten 40 Jahre beschrieben, ebenso berichten Eggers et al. 1994 sowie Ettrich und Pfeiffer 2001 von einem eindeutigen Anstieg der Neuerkrankungen (mit dem Hinweis, dass auch zunehmend mehr Jungen betroffen sind). Auch bei Herpertz-Dahlmann und Warnke wird 2006 von einer Inzidenzerhöhung seit den 50er-Jahren ausgegangen. Hingegen unterstreicht Steinhausen 2006, dass nur eine Zunahme der behandelten Fälle gesichert sei, nicht ein erhöhtes Vorkommen der A.n. in der Bevölkerung. Remschmidt, Mattejat und Warnke gehen 2008 generell von einer stabilen Inzidenz und Prävalenz aus.

3.1.3 Ätiologie und Pathogenese

Zu den Ursachen und den genauen Abläufen bei der Entstehung der A.n. gibt es eine Vielzahl von Theorien, die im Rahmen dieser Arbeit unmöglich erschöpfend dargestellt werden können. Insgesamt ist eine Veränderung bei der Betrachtung und Betonung sowohl der psychopathologischen als auch der somatischen Elemente der Krankheitsentstehung während der 1990er Jahre auffällig, wobei die körperlichen Anteile (z.B. die Rolle des Leptins) in neueren Abhandlungen stärker hervorgehoben werden (Gerlinghoff und Backmund, 2006; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Hebebrand et al., 2007).

Konsens besteht bei den meisten Autoren darüber, dass die A.n. eine mehrdimensional bzw. multifaktoriell bedingte Erkrankung ist, die durch individuelle, familiäre, biologische und soziokulturelle Risikofaktoren getriggert wird. Meermann und Vandereycken schreiben bereits 1987: „Jede einseitige Sichtweise führt unweigerlich in eine Sackgasse. Keine einzelne, alleinige Ursache der A.n. ist bekannt oder beweisbar, kein einzelner Faktor reicht allein aus, um diese Krankheit zu erklären. Nur eine multidimensionale Sichtweise, die sich aus somatischen wie auch psychologischen Faktoren und deren komplexen Zusammenspiel aufbaut, kann helfen, das anorektische Rätsel zu lösen“ (zitiert nach Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999, S.136). Diese Betrachtungsweise wird in derselben Publikation allerdings auch kritisch hinterfragt, nicht unbedingt in ihrer Anlage, aber in den daraus gezogenen oder eben nicht gezogenen Konsequenzen: „Multidimensional“ sei das neue Schlagwort mit dem Vorteil, nichts festlegen zu müssen. Die Betonung der Komplexität sei nicht neu, habe aber in der Diagnostik und vor allem Therapie der A.n. kaum etwas bewirkt (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999). Diese Kritik entspricht in etwa dem intendierten Geiste dieser Arbeit: Die Komplexität der Realität anerkennen, ohne vor ihr zu kapitulieren oder, umgekehrt formuliert: Möglichst nahe am Konkreten, Beweisbaren zu bleiben ohne unzulässig zu vereinfachen.

Als zentrale Elemente dieses „bio-psycho-sozialen“ Modells (Lucas, 1981) lassen sich in der

Literatur folgende ätiologische Faktoren finden:

a) Individuelle Risikofaktoren:

Insbesondere bei Mädchen besteht durch die Entwicklung des kindlichen Körpers zur Frau (insbesondere die Zunahme an Körperfett) eine große Herausforderung in der Neuordnung des Körperschemas. Vorpubertäre Übergewichtigkeit und damit verbundene soziale Ausgrenzungen sowie ein frühes Einsetzen der Pubertät gelten als mögliche Risikofaktoren (Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006).

Als prämorbid Persönlichkeitsstrukturen werden Anpassbarkeit, Abhängigkeit, ausgeprägte Harmoniebedürftigkeit, Introvertiertheit, ein niedriges Selbstwertgefühl, soziale Ängstlichkeit und Perfektionismus genannt (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Ettrich und Pfeiffer, 2001; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). Zudem heißt es bei Ettrich, Aßmann und Dähne, dass „sich die Vermutung über eine stabile Zwangssymptomatik als eine mögliche Voraussetzung und als zugleich aufrechterhaltendes Moment für A.n. zu bestätigen [scheint]“ (Ettrich, Aßmann und Dähne, 2000, S.159). Besonders die relativ kleine Gruppe der männlichen Erkrankten ist laut Eggers et al. (1994) vorher bereits mit deutlichen schizoiden und depressiven Zügen psychopathologisch auffällig gewesen. Allerdings widersprechen dieselben Autoren gleichzeitig der Vorstellung von einheitlichen prämorbid Charakterelementen.

Als weitere individuelle Risikofaktoren sind die Störung der Entwicklung von Autonomie und Identität (Steinhausen, 2006), die übermäßige Angst vor körperlicher und seelischer Reifung (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997) sowie eine bereits aufgetretene Essstörung in der Literatur zu finden (Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006). Sexueller Mißbrauch gilt als unspezifischer Mitauslöser (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2005; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

b) Familiäre Risikofaktoren:

Die Entstehung einer A.n. wird durch die Belastung der Patientenfamilie mit Depression, Alkoholismus, Essstörungen (insbesondere Adipositas) sowie Zwangsstörungen begünstigt (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Ettrich und Pfeiffer, 2001; Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006), wobei es noch ungeklärt ist, ob es sich in diesen Fällen nicht auch um genetische Transmissionen handeln kann (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006).

Bei den familiären Bindungs- und Beziehungsmustern werden mehrere mögliche Risikofaktoren diskutiert, wobei hier die Veränderung der psychopathologischen Vorstellungen im Laufe der letzten

Jahre auffällt: Bei Eggers et al. (1994) steht noch die Beziehung der meist weiblichen Patienten zu ihren Müttern im Mittelpunkt der Betrachtungen. Die vorgelebte Frauenrolle wird von dem Mädchen als unbefriedigend empfunden, sie wehrt sich gegen die eigene Feminisierung und Übernahme des zugewiesenen Geschlechterparts. Gleichzeitig besteht häufig eine symbiotische Mutter-Kind-Beziehung, die der Tochter die altersnotwendige Verselbstständigung erschwert. Die betroffenen Mädchen wachsen in einer familiären Atmosphäre „vermehrter Anspannung, Leistungsorientierung, Nötigung zur Selbstbehauptung und Ordentlichkeit, manchmal rechtschaffener Enge bei hintergründiger Unzufriedenheit mit dem eigenen Schicksal und ausgeprägter Existenzangst der Mütter“ (Eggers et al., 1994, S.247) auf. Vor dem dargestellten Hintergrund erscheint es plausibel, dass Magersüchtige ihre Sexualität nicht ungestört entwickeln können und sich mit der vorgelebten Frauenrolle der enttäuschten Mütter nicht identifizieren wollen oder können (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

Der oben beschriebene Widerspruch zwischen Ablehnung der Mutter bzw. der mütterlichen Rolle bei gleichzeitiger (wechselseitiger) Abhängigkeit von derselben wird scheinbar von der Patientin akzeptiert und äußert sich lediglich in der extremen Symptomatik der Verweigerung gegen die Nahrungsaufnahme. Die Beziehung zum Vater kann laut Eggers et al. (1994) auch gestört sein im Sinne eines unerfüllten Wunsches nach Anerkennung und einer als ambivalent empfundenen erotischen Beziehung.

Insofern betrachten die Autoren die A.n. als Ablehnung des eigenen Körpers als Repräsentant einer abgelehnten oder als ängstigend erlebten Welt der Erwachsenen, die Auseinandersetzung um Nahrungsaufnahme ist quasi ein „Stellvertreterkonflikt“ für die Ablösung aus einer pathologischen familiären Beziehung (Eggers et al., 1994).

Auch Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort schreiben 1997 noch von unbewussten Bemühungen der Eltern, das Kind zu binden. Die Abmagerung der Tochter verbinde diese mit Hoffnungen auf Verjüngung, Regredienz und Nähe zur Mutter.

In dem 1994 erschienenen Jugendroman „Geheimnisvolle Briefe“ wird in narrativer Ausgestaltung eine ähnliche Überzeugung von der familien- bzw. mutterkonzentrierten Psychopathologie vertreten, zu finden u.a. in einem Gespräch zwischen der Hauptfigur und ihrer Lehrerin über eine anorektische Klassenkameradin und ihre Mutter: „Sie ist eine Frau, die einen schrecklichen Haß auf alles Sexuelle empfindet. [...] Vielleicht hat sie schlimme Erlebnisse gehabt, die ihr Leben geprägt haben, oder sie wurde selbst zu prude erzogen, das weiß ich nicht. Jedenfalls wäre es ihr wohl am liebsten, wenn Clara immer ein Kind bliebe - zwanzig, dreißig, vierzig Jahre lang. [...] Die Leute sind völlig uneinsichtig, Lucy. Sie sind im Grunde genauso krank wie Clara. Diese ganze Familie ist krank“ (Büchner, 1994, S.128).

Im Großteil der neueren Literatur wird das Thema – eventuell auch aufgrund der jahrelangen recht einseitigen „Verurteilungen“ der Mütter – etwas zurückhaltender diskutiert: Familiäre Modelle, z.B. der Stellenwert externer Bewertungen, bestimmte Ideale, hohe Erwartungen an das Kind bzw. höhere Leistungsorientierung, Ablösungsprobleme sowie die gesamte Familieninteraktion mit Problemen bei der interpersonellen Abgrenzung und unsicher-vermeidendem Bindungsstil spielen zwar eine Rolle bei der Entstehung der A.n., aber eher im prädisponierenden als im kausalen Sinne (Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Mangelnde Autonomie, Perfektionismus, Harmoniebedürfnis und soziale Ängstlichkeit auf Seiten des Kindes fördern (im Sinne eines reziproken Prozesses) den behütenden und einengenden Erziehungsstil der Eltern und vice versa (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006): „Viele Essgestörte sind in totaler Abhängigkeit von ihren Eltern aufgewachsen. [...] Trennung ist für alle Beteiligten so bedrohlich, dass der Ausbruch der Magersucht davor schützen muss und die Bedingungen dafür schafft, weiterhin in gegenseitiger Abhängigkeit zu leben“ (Gerlinghoff und Backmund 2011, S.37).

Der Beweis für einen eindeutigen Zusammenhang zwischen Schwere der Essstörung und den familiären Interaktionsschwierigkeiten (die zudem sehr vielgestaltig sein können) ist nicht erbracht bzw. nur indirekt durch die Tatsache, dass insbesondere bei Adoleszenten familienbetonte Therapiemaßnahmen besonders effizient sind (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Die Annahme einer spezifischen Familienstruktur bei A.n.-Patienten wird nicht mehr als zeitgemäß betrachtet, die beschriebenen Dysfunktionen werden eher als unspezifischer Risikofaktor gewertet, sofern sie nicht sogar selbst erst Folge der Essstörung sind (Steinhausen, 2005). „Während man noch in den 70er Jahren familiäre Einflüsse als den wichtigsten Faktor in der Ätiologie der Essstörung ansah, ist man heute eher der Meinung, dass Störungen der familiären Interaktion eine Folge, aber nicht Ursache der Essstörung sind. Darüber hinaus werden die typischen Persönlichkeitsmerkmale anorektischer Patienten – ausgeprägtes Harmoniebedürfnis und Ängstlichkeit – Einfluss auf das familiäre Funktionsniveau nehmen und einen behütenden, möglicherweise auch einengenden Erziehungsstil provozieren“ (Remschmidt, 2008, S.276).

Mütter von A.n.-Patienten berichten von ausgeprägten Schlafstörungen der Kinder im Kleinkindalter, erheblicher Trennungsangst und signifikant späterem Alter beim ersten „Auswärtsschlafen“ (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Bei Gerlinghoff, Backmund und Mai wird 1999 die Kritik an der ätiologischen Fixierung auf die Familienverhältnisse insbesondere in Bezug auf die praktischen Konsequenzen dieses Konzeptes mit den folgenden Sätzen zusammengefasst: „Sind Krankheiten sehr eng mit der sozialen Umwelt verbunden, in der sie auftreten, liegt es nahe, nach den „Schuldigen“ zu fahnden. Bei Magersucht und Bulimie scheint diese Suche nicht sehr schwierig. Die Familie als ein pathogener Faktor ist zu

offensichtlich. [...] Schuld der Eltern wird zum fragwürdigen Konzept, je mehr man versteht, wie sehr auch deren Verhalten von ihren Eltern und letztlich von den Forderungen und Widersprüchen unserer Gesellschaft geprägt wird. Also muß sich die Gesellschaft ändern! Diese Forderung taucht in jeder Diskussion präventiver Ansätze auf. Kaum jemand beeilt sich mitzuteilen, wie das bewerkstelligt werden sollte, aber die Forderung ist aufgestellt und befreit von der Last, genauer darüber nachzudenken, was praktisch realisiert werden könnte" (ebd., S.251f).

c) Biologische Risikofaktoren:

Allgemein wird bei der Entstehung der A.n. ein höherer Einfluss genetischer Komponenten diskutiert als z.B. bei der Bulimia nervosa (Schmidt, 1993). Bei Familienmitgliedern anorektischer Patienten fällt eine 7-12fach erhöhte Prävalenz auf (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Das Wiederholungsrisiko für weibliche Angehörige ersten Grades beträgt 5-10% (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, Matthejat und Warnke, 2008).

In älteren Untersuchungen wurde noch eine 50-prozentige Konkordanzrate bei monozygoten Schwestern gegenüber 5% bei Dizygoten proklamiert (Knölker, Matthejat und Schulte-Markwort, 1997). Neuerdings wird dem widersprochen: Ein häufigeres gemeinsames Auftreten bei eineiigen Geschwistern ist nicht nachgewiesen, im Gegenteil besteht eventuell sogar eine höhere Konkordanz bei Dizygoten (Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006). Bei Herpertz-Dahlmann und Warnke (2006) sowie bei Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2008) werden die Ergebnisse von Zwillingsuntersuchungen als stark diskrepanz beschrieben. Zudem haben Verwandte von an A.n. Erkrankten auch ein höheres Risiko für die Manifestation einer Bulimia nervosa (und umgekehrt), sowie für Angst- und Zwangsstörungen sowie Depressionen (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, 2008). Insofern lassen sich zum Maß der Spezifität der genetischen Risikofaktoren, deren Abgrenzung gegenüber umweltbezogenen Faktoren (die ja zum Beispiel bei Zwillingen i.d.R. sehr ähnlich sind) und zur genauen Bestimmung der Heritabilität noch keine abschließenden Aussagen machen (Goodman, Scott und Rothenberger, 2007).

Bei den endokrinologischen Veränderungen während bzw. im Vorfeld einer A.n. sind im Laufe der letzten Jahre neue Erkenntnisse gewonnen worden. In der älteren Literatur (z.B. bei Eggers et al., 1994) wird der Zeitpunkt des Eintretens einer Amenorrhoe noch als zu früh gewertet, um Sekundärsymptom des Mangelzustands zu sein. Zudem wurde kein Ausbleiben der Menses bei bereits mit Kontrazeptiva behandelten Jugendlichen beobachtet: „Die Regulation des Hypophysenzwischenhirnbereiches wird offensichtlich direkt von der psychischen Befindlichkeit beeinflusst, wie man dies von endogenen Depressionen kennt" (Eggers et al., 1994, S.244). Jedoch

gilt es zu bedenken, dass sich der genau Zeitpunkt der gewollten Gewichtsabnahme häufig nicht eruieren lässt und sich daher auch Spekulationen über eine primäre hypothalamische Fehlsteuerung nicht auf diese Beobachtung stützen sollte (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

Offenbar tragen die durch Fehlernährung und Gewichtsabnahme verursachten Auswirkungen auf die hypothalamisch-hypophysäre Achse, den Neurotransmitterhaushalt, die Immunregulation und die endogenen Opiode der neueren Literatur folgend doch entscheidend zu den Zyklusunregelmäßigkeiten bei, sind eventuell sogar krankheitsfördernde und mit großer Sicherheit krankheitsunterhaltende Faktoren (s.u.) (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006). Die endokrinologischen Veränderungen bei A.n.-Patienten werden demnach grundsätzlich als Folge und nicht als Ursache der Erkrankung angesehen (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

Im Mittelpunkt steht dabei das erst 1994 entdeckte Leptin. Das in den Adipozyten gebildete Hormon beeinflusst durch negativen Feedback im Hypothalamus das Essverhalten, vermutlich durch Senkung des orexigenen Neuropeptids Y und Agouti-Related Protein (AgRP) und Erhöhung des anorexigenen Alpha-Melanozytenstimulierenden Hormon (MSH). Die Konzentration von Leptin im Serum hängt von der Fettgewebsmasse ab. Zudem ist das Hormon an der Regulation des Beginns der Pubertät beteiligt. Vermutlich signalisiert das Leptin die Menge an Fettgewebe und damit die körperliche Fähigkeit zur Reproduktion an den Hypothalamus – womit sich der generelle Einfluss von Essstörungen (sowohl bei A.n. als auch zum Teil bei der B.n.) auf den weiblichen Zyklus erklären lassen könnte (Hick und Hick, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Bei A.n. - Patienten gilt die Hypoleptinämie inzwischen als Kardinalsymptom. Neben der primären oder sekundären Amenorrhoe wird vermutet, dass diese Entgleisung ebenso Auswirkungen auf das Längenwachstum, die Knochenmineralisation und vor allem den Bewegungsdrang der Patienten hat (vgl. Klinik der A.n. 3.1.4) (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, Mattejat und Warnke, 2008). Bei A.n.-Patienten korreliert im Akutstadium der Erkrankung ein niedriger Serum-Leptinspiegel mit exzessiver körperlicher Unruhe. Im Tierexperiment ließ sich nachweisen, dass die Verabreichung rekombinanten Leptins zur vollständigen Unterdrückung der starvationsinduzierten Hyperaktivität führt (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Das Beispiel Leptin verdeutlicht somit auch die o.g. komplexen Zusammenhänge zwischen endokrinologischen Folgen der A.n., die gleichzeitig teilweise zu ihrer Unterhaltung beitragen (wohingegen die Rolle des Leptin-Gegenspielers Ghrelin in der Pathogenese und Unterhaltung der A.n. noch weniger aufgeklärt ist).

Eine weitere zentrale Rolle nimmt das biogene Amin Serotonin ein. Zwischen den neuroendokrinen Veränderungen und dem Verhalten in der Starvationsphase besteht eine Wechselwirkung: Fasten

führt zur Abnahme der Serotoninvorstufe Tryptophan (bei Frauen stärker als bei Männern), bei anorektischen Patienten im Akutzustand wird eine Verringerung des Serotoninabbauproduktes 5-Hydroxyindolessigsäure im Liquor gemessen, das sich nach Gewichtszunahme wieder normalisiert. Da Serotonin als Neurotransmitter eine gewichtige Rolle u.a in der Stimmungsregulation einnimmt, erklären oben genannte Beobachtungen eventuell das depressive, ängstliche und zwanghafte Verhalten vieler Anorektiker (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Zwei weitere biologische Risikofaktoren entstammen der Perinatalphase: Anorektische Patienten waren signifikant häufiger Frühgeburten und zeigten häufiger ein Kephalthämatom (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

d) Soziokulturelle Risikofaktoren

Wie in der Einleitung mit dem Zitat von Karl Jaspers schon vorweggenommen, spielen soziokulturelle Faktoren eine entscheidende Rolle bei der Entstehung von psychosomatischen Erkrankungen wie der A.n. Anders als bei den übrigen Risikofaktoren, herrscht bei diesem große Einigkeit in der Literatur über seinen Stellenwert und seinen Charakter. Laut Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999) sind Magersucht und Bulimie „Krankheiten, die ohne Gesellschaft nicht denkbar sind“ (ebd., S.20).

Die A.n. ist eine Erkrankung des ausgehenden Kindesalters und der Adoleszenz (Schmidt, 1993). Während dieser Zeit wird der/die Heranwachsende mit den entwicklungspsychologischen Zentralthemen dieser Lebensphase konfrontiert: Autonomie und Identität (die Bedeutsamkeit psychosexueller Faktoren wird von Steinhausen in Gegensatz zu früheren Autoren nicht als belegt angesehen) (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2006). Insbesondere diese Problematiken und deren jeweils als dominant und bestimmend wahrgenommenen Ausprägungen und Normen unterliegen dem Einfluss der entsprechenden kulturellen und sozialen Gemeinschaft, in der sie erlebt werden. Insofern greifen soziokulturelle Einflüsse direkt an den „Kernpunkten“ der Psychopathologie von Essstörungen an. Zu den für die Entstehung einer A.n. begünstigend wirkenden Faktoren zählt der westliche Lebensstil (siehe auch Epidemiologie 3.1.2), das Leistungsprinzip, das Schlankheitsideal sowie Selbstkontrolle und Selbstwert, die in Begriffen wie Erscheinungsbild und Gewicht bewertet werden (Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006). Durch die Hungerleistung ist der/dem Erkrankten zum Beispiel eine Aufwertung der eigenen Person möglich (Schmidt, 1993).

Allerdings ist der Einfluss soziokultureller Faktoren nach neueren Veröffentlichungen – wie unter 3.1.2 erwähnt – wohl bei der A.n. weitaus geringer ausgeprägt als bei der B.n. (Gerlinghoff und Backmund, 2006; Gerlinghoff und Backmund, 2011).

Einige Autoren, wie z.B. Susie Orbach, vertreten die Ansicht, dass die Magersucht „eine besonders

extreme, intensive und rebellische Antwort auf die verschiedenen Herausforderungen an die Frauen formuliert“ (Orbach, 1990, S.35) und sich daher auch das gehäufte Auftreten der Störung bei jungen Frauen erklären lässt. In der neueren Literatur wird auch diese Behauptung relativiert: Dass Magersucht pauschal als Ablehnung der weiblichen Rolle zu werten sei, wird nicht mehr als zeitgemäß angesehen (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

Für die vermutete Zunahme der Prävalenz der A.n. scheinen besonders die beschriebenen soziokulturellen Einflüsse bzw. deren steigender Einfluss verantwortlich (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Stellvertretend sei an dieser Stelle die auf der Karibikinsel Curaçao vorgenommene und 2005 publizierte Untersuchung genannt, bei der alle an A.n. erkrankten Mädchen und jungen Frauen der höheren Bildungsschicht angehörten und starke Berührungspunkte zur westlichen Kultur aufwiesen. Bei der restlichen (meist schwarzen) Bevölkerung der Insel lag die Inzidenz der A.n. nahe Null (Hoek et al., 2005).

Allerdings sind auch diese Vorstellungen in der modernen Literatur nicht unumstritten: So ist nach einer Studie von Keel und Klump (2003) die Prävalenz der A.n. im westlichen und nicht-westlichen Kulturkreis die gleiche, wenn man das Kriterium „Angst, dick zu werden“ ausschließt! Dieses entwickle sich zwar erst unter dem Einfluss des westlichen Körperideals, aber unabhängig davon gebe es auch andere Motive und Ursachen für die Entstehung einer A.n. oder anderer Essstörungen (Keel und Klump, 2003; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Die A.n. ist dementsprechend „nicht an den Schlankheitswunsch gebunden, wird aber durch diesen unterstützt und legitimiert. Sie kann auch durch modebewusste Diätversuche getriggert werden, löst sich jedoch im weiteren Verlauf von einer Orientierung an den gesellschaftlichen Idealen deutlich ab“ (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008, S.76). So führen in unseren Breiten ein bis zwei Drittel der Teenager eine Diät durch, davon erkranken aber nur ca. 1% an einer manifesten A.n. (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Unabhängig von der Herkunft wird aber ein Wechsel des kulturellen Kontextes als eigenständiger Risikofaktor für die Entstehung einer A.n angesehen (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

e) Auslösende Ereignisse:

Bei einigen Autoren werden die Erkrankung auslösende Ereignisse beschrieben, die aber zumeist unspezifisch sind. Dazu gehören Trennungs- und Verlusterfahrungen, schwere familiäre Belastungen, hohe Anforderungen, Bedrohung des Selbstwertgefühls und teilweise auch körperliche Erkrankungen (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Steinhausen, 2005).

f) Unterhaltende Faktoren:

Ist es zur Manifestation einer A.n. gekommen, werden krankheitsunterhaltende Faktoren wirksam, die nicht selten zur Chronifizierung führen. Die oben beschriebene veränderte neurobiologische Regulation (Leptin-, Serotoninhaushalt) führt nicht nur zur Intensivierung des problematischen Umgangs mit Essen, sondern auch zu einer Vielzahl psychopathologischer Sekundärsymptome wie Schlafstörungen, Depressionen, Interessenverlust, soziale Isolation etc., aber auch zu Hyperaktivität, die den anorektischen Zirkel aufrecht erhalten können (Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006).

Die Adaption an die Mangelsituation wird durch somatische Faktoren wie Hyperkortisolismus, Hypothyreose und Hypogonadotropie gestützt und eine Gewichtszunahme dadurch erschwert (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997). Sekundäre Krankheitsfolgen wie verändertes Sattheitsgefühl durch Motilitätsstörungen und Obstipation tragen ihr übriges dazu bei. Hinzu kommen kognitiv-emotionale Veränderungen wie eine positive Selbstverstärkung bei Gewichtsverlust und ein sekundärer Krankheitsgewinn sowie strukturelle Persönlichkeitsdefizite, Körperschemastörung sowie ungelöste prädisponierende familiäre oder biografische Konflikte. Hilde Bruch schreibt dazu bereits 1980: „Daß die Eltern nicht erkennen, welche übermäßige Kontrolle sie über das Kind ausgeübt haben, und ihre Unfähigkeit, davon abzulassen, gehören zu den weiter bestehenden und die Krankheit aufrechterhaltenden Interaktionsmustern“ (zitiert nach Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999, S.115). Aber auch ein, wenn man so will, „sekundärer Krankheitsgewinn“ der Betroffenen selbst fördert im Sinne der zu Grunde liegenden vermuteten Psychopathologie und der möglicherweise familiär geprägten Idealvorstellungen (Leistungsorientierung, Außenwirkung etc.) das weitere Bestehen der Krankheit: Aus der „Leistung“ abzunehmen, dem anfänglichen Neid und der Bewunderung der anderen „erwächst die Kraft, nicht schwach zu werden wie die anderen“ (Gerlinghoff und Backmund, 2006, S.26).

Hinzu kommen durch die körperliche Auszehrung verstärkt auftretende Besorgnis um Nahrungsaufnahme und konsekutives negatives Selbstkonzept und Befinden.

Nicht zu vergessen sind iatrogene Faktoren in Form unangemessener ärztlicher Maßnahmen wie einem Therapieprogramm mit überstürzter Gewichtszunahme, die dem Patienten keine Möglichkeit zur Selbstkontrolle lassen (Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006).

Unter dem Eindruck dieser mehrdimensionalen Genese der A.n. haben verschiedene Autoren den Versuch unternommen, ein integriertes Ätiologiemodell zu formulieren, deren Kernthesen ich hier noch einmal zusammenfassend darstellen möchte:

Strukturelle Persönlichkeitsdefizite, eine genetische Vulnerabilität insbesondere des serotonergen Systems sowie bestimmte Umwelteinflüsse lassen den Patienten beim Übergang von der Adoleszenz zum Erwachsenenalter angesichts der sich manifestierenden psychosexuellen Reifung scheitern.

Vor allem Mädchen mit niedrigem Selbstwertgefühl und rigidem Verhalten sind durch die Herausforderung der Reorganisation des Körper selbstbildes und der zunehmenden Anforderung an Autonomie und Selbstbehauptung überlastet. Ängstlich-passive, vermeidende Verhaltensweisen wurden durch die Erziehung unter Umständen verstärkt.

Die gefährdeten jungen Frauen reagieren mit noch mehr Anpassung, insbesondere an die gesellschaftliche Norm des Schlankheitsideals als Symbol für Selbstkontrolle, aber auch Kindhaftigkeit und Regressivität. Diät und Starvation führen zur Entgleisung endokrinologischer Regelsysteme, woraus sich weitere psychopathologische Störungen sowie seelische und körperliche krankheitsunterhaltende Faktoren entwickeln (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

3.1.4 Klinik

Klinisch kann die A.n. nach DSM-IV in zwei Typen unterschieden werden: Den restriktiven Typ mit ausschließlicher Begrenzung der Nahrungsaufnahme und den bulimischen (purging) Typ mit zusätzlichem Erbrechen bzw. Laxanzien- oder/und Diuretikaabusus (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006), wobei in Teilen der Literatur die Sinnhaftigkeit dieser Unterteilung angezweifelt wird bzw. es als ungeklärt gilt, ob es sich wirklich um zwei verschiedene Erscheinungsformen oder nur unterschiedliche Schweregrade handelt, die im Laufe der Zeit bei den Patienten alternieren können (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2005). Aus Sicht von Gerlinghoff und Backmund (2006) ist die Differenzierung aber schon allein aufgrund der unterschiedlichen Verlaufs angezeigt, da „Art und Ausmaß von medizinischen Begleiterscheinungen und Komplikationen durch die so genannten kompensatorischen Maßnahmen wesentlich bestimmt werden“ (ebd., S.14). Der bulimische Typ ist dabei häufiger mit prämorbidem Übergewichtsproblemen, somatischen Komplikationen, verschiedenen Arten impulsiven Verhaltens und bestimmten Persönlichkeitsstörungen sowie mit einer schlechteren Prognose assoziiert (Steinhausen, 2005).

Bisweilen kann es auch zu atypischen Verläufen ohne eine Vielzahl der unten beschriebenen typischen Erscheinungen kommen, jedoch nie ohne die selbst herbeigeführte Abmagerung (Schmidt, 1993; Steinhausen, 2006).

Die A.n. präsentiert sich sowohl durch seelische als auch körperliche Symptome. Psychopathologisch zentral auffällig sind die Einschränkung der Nahrungsaufnahme, ständige exzessive gedankliche Beschäftigung mit Nahrung, Essen und Dicksein und die Störung des Körperschemas: „Diese Wahrnehmungsverzerrung ist von der Qualität einer überwertigen Idee und geht mit einer Störung der interozeptiven Abläufe einher, so dass Hunger, Sättigkeit oder Affektzustände nicht mehr richtig identifiziert werden“ (Steinhausen, 2005, S.4). Weiterhin treten die Einnahme von Abführmitteln, Hyperaktivität, Erbrechen, zwanghafte, unreife, depressive Persönlichkeitsanteile, sozialer Rückzug, niedriges Selbstwertgefühl, Stimmungs labilität, Schlafstörungen und rigide Denkmuster (speziell auf Ernährung gerichtet) sowie Empathiestörungen mit autistischen Zügen auf (Cave: Differentialdiagnose, s.u.). Durchbruchartig kann es zu Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen kommen. Dabei besteht bei 20%-60% der Patienten die Möglichkeit des Überganges in eine Bulimia nervosa (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Auf der somatischen Seite zeigen die Patienten eine primäre oder sekundäre Amenorrhoe (laut Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999) betrifft diese ausnahmslos alle Patientinnen, ist allerdings auch unter Starvationsbedingungen anderer Genese anzutreffen, also nicht A.n.-spezifisch), Hypothermie, Ödeme, Bradykardie, Long-QT-Syndrom, Elektrolytentgleisung, Osteoporose, Lanugo-Behaarung, Leukopenie, Lymphozytose, niedrigen Nüchternblutzucker, erhöhtes Kortisol, Hypercholesterinämie sowie Hypothermie. Sowohl durch exzessives Fasten als auch durch zu forcierte Nahrungsaufnahme (Cave: Therapie!) kann es zu Leber- und Pankreasaffektionen kommen. Zum Verhalten des Wachstumshormons finden sich in der Literatur widersprüchliche Aussagen.

Die meisten dieser körperlichen Symptome normalisieren sich wieder bei Einstellung eines alters- und größenentsprechenden Gewichts, nur die Sekretion des luteinisierenden Hormons (LH) bleibt länger beeinträchtigt (Steinhausen, 2006). Ebenso langfristig bedrohlich sind die häufige Osteoporose und Wachstumsstörungen - 90% der Patienten haben eine verminderte Knochendichte oder Knochenmasse, da 50% der vom Organismus während des gesamten Lebens gebildeten Knochenmasse kurz vor oder während der Pubertät produziert werden. Die somatischen Komplikationen verlaufen umso schwerwiegender, je schneller und ausgeprägter die Gewichtsabnahme erfolgte und je jünger die Patienten sind (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Herpertz et al., 2011). Sie sind ausschließlich Konsequenz der Erkrankung und haben mit deren Genese nichts zu tun (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

In älteren Büchern werden im übrigen meist nur eine verminderte Gonadotropinausschüttung sowie

wenige Stoffwechsellentgleisungen als reine Folge der Nahrungskarenz genannt, dafür sind zusätzlich EEG-Veränderungen sowie eine reversible Gehirnvolumenminderung (eventuell mit Begünstigung der o.g. psychischen Krankheitserscheinungen) durch Dehydratation aufgeführt (Eggers et al., 1994). Auch konnten Abweichungen in der sensorischen Leistungsfähigkeit von A.n.-Patienten gefunden werden, z.B. bei der haptischen Exploration, die auch mit EEG-Veränderungen einhergehen (Grunwald, 1999).

In der Anamnese lassen sich prämorbid Essstörungen, sehr angepasste, leistungsorientierte und gewissenhafte Persönlichkeitselemente sowie elterliche Berichte von einer unproblematischen Erziehung erfassen. Hingegen ist die Familienanamnese bzgl. Essstörungen Depressionen, Suchterkrankungen und Zwangsstörungen häufig auffällig (siehe ätiologische Faktoren 3.1.3).

Bei den selteneren männlichen Patienten lässt sich neben den genannten psychischen Zeichen häufig eine Geschlechtsidentitätsstörung mit Verlust des sexuellen Interesses etc. und eine häufiger auftretende Zwangsstörung erfragen (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997, Steinhausen, 2005).

In der aktuellen Konzeptbildung zur Genese der A.n. wird allerdings ein entscheidender Aspekt betont, der bei der Bewertung der beschriebenen Klinik berücksichtigt werden muss: Nicht nur das somatische, sondern auch das psychopathologische Erscheinungsbild der Magersucht wird wesentlich durch das komplexe Hungersyndrom verursacht, ist also nicht krankheitsspezifisch. Wie bereits vor über 60 Jahren mit der berühmt gewordenen Minnesota-Studie (Keys et al., 1950) bekannt wurde, leiden völlig gesunde Probanden, die einer mehrere Monate andauernden Hungerdiät unterzogen worden, an vergleichbaren Symptomen wie Magersüchtige, inklusive bulimischer Episoden. Ähnliches gilt für die von Kornhuber (1961) beschriebenen Hungerzustände von Kriegsgefangenen. (Dazu Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999): „Den Kriegsgefangenen, die Kornhuber beschrieben hat, muß man nicht primär eine hypothalamische Funktionsstörung unterstellen, ihr Verhalten ist nachfühlbar, sie handeln unter von außen aufgezwungener Not. Magersüchtige handeln aus innerer Not“ (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999, S.197).

Komorbid treten bei A.n.-Patienten Depressionen (häufig als Ergebnis der körperlichen Auszehrung, beschrieben wird eine Lebenszeitprävalenz von 50-70% für Major Depression), Angst- und v.a. Zwangsstörungen sowie mit zunehmendem Alter der Erkrankten Persönlichkeitsstörungen auf (Schmidt, 1993; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2005; Gerlinghoff und Backmund, 2006; Steinhausen 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Diese gleichzeitig vorliegenden Erkrankungen verbessern sich meistens auch bei Gewichtszunahme, ihre vollständige Remission ist allein dadurch aber meist nicht zu erreichen (was die Vermutung unterstützt, dass sie Teil der Pathogenese der A.n. sind, siehe 3.1.3) (Pollice et al., 1997). Allerdings

werden sie schnell durch den Arzt oder Therapeuten verkannt, da die A.n. selbst so bedrohlich wirkt (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Zentral bleiben allerdings die Gewichtsphobie und Restriktion der Nahrungsaufnahme. Trotz eigener Ablehnung des Essens können Anorektiker die eigene Familie geradezu fürsorglich mit selbstgemachten Speisen versorgen, obgleich sie sich häufig weigern, mit anderen zusammen zu essen und wenn, dann erst nachdem die eigene – oft niedrigkalorische aber geschmacksintensive – Nahrung in kleine Teile zerlegt wurde. Eine vollkommene Appetitlosigkeit lässt sich meist erst im Stadium schwerer Abmagerung konstatieren (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006). Die Patienten beteuern anfänglich meist ihren „guten Willen“, mehr zu essen und sehen die Notwendigkeit dazu vermeintlich ein (Eggers et al., 1994).

Zusätzlich fällt von den o.g. Symptomen häufig die exzessive körperliche Bewegung der Erkrankten auf: „Diese ist mit hoher Wahrscheinlichkeit auch durch starvationsbedingte biologische Faktoren verursacht und unterliegt damit nicht immer der kognitiven Regulation“ (Herpertz-Dahlmann, 2006, S.269). In diesem Zusammenhang ist die signifikante inverse Korrelation zwischen dem Ausmaß der körperlichen Bewegung und dem Serum-Leptin-Spiegel zu sehen (Holtkamp et al., 2003).

Durch raffinierte Verschleierungstaktiken kommt es häufig zu einer verspäteten Diagnostik- und Therapieeinleitung (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997). (Cave: Die Kombination dieses Verhaltens sowie die körperlichen Begleiterscheinungen der A.n. können den sowieso auf somatische Erkrankungen fixierten Mediziner schnell zu einer Fehldiagnose verleiten). Die Patienten scheinen, zumindest nach Überlegungen von Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999), im Gegensatz zu anderen Erkrankungen die A.n. nicht primär negativ wahrzunehmen. Im Gegenteil: Die Magersucht gibt den Betroffenen Dinge, die sie wohl möglich im realen Leben vergebens gesucht haben, z.B. Sinn, Inhalt, Sicherheit, dass sich die Eltern um den/die Betroffene kümmern oder eine körperliche Ausdrucksform für Probleme, die sonst unerkannt geblieben wären: „In einer Welt voller Probleme, Schwierigkeiten, Unsicherheit und Ängste ist Magersucht eine Oase, sie ist ein Zaubertrick, durch den alle Widrigkeiten der Umwelt reduziert werden - auf das machbare Glück des Abnehmens. Krankheitsgefühle haben da logischerweise keinen Platz, Krankheit/Kranksein wird geleugnet“ (ebd., S.139). „Vielen gibt die Eßstörung Sicherheit und Halt. Daher ist es verständlich, daß Betroffene sich häufig dagegen wehren, von etwas kuriert zu werden, was sie keinesfalls als Krankheit empfinden“ (ebd., Seite 141). Eindringlich unterstrichen wird dieser These durch die Beschreibungen von Lena S. in ihrem Erlebensbericht „Auf Stelzen gehen“: „Dann ist tatsächlich ein Therapieplatz frei. Gruppentherapie. Ich weiß nicht, ob ich hingehen soll. [...] Tatsächlich habe ich Angst vor der Gruppe. [...] Angst auch, dass mir dort genommen wird,

was ich noch an meiner Krankheit habe. Sicherheit. Alle Rückfälle in mein krankhaftes Essverhalten haben doch nur diesen einen Grund: Sicherheit. Und Zugehörigkeit. Ich will nicht von dieser Krankheit lassen, weil sie mir gehört“ (Lena S., 2006, S.149f). Ähnlich pointiert formuliert es der Betroffene Christian Frommert: „Anorexia ist nicht die Bezeichnung für eine Krankheit, es ist der Name einer inniglich Geliebten“ (Frommert und Clasen, 2013, S.23f).

3.1.5 Diagnostik

In Deutschland bildet wie bei den meisten Krankheiten so auch bei der A.n. die ICD-10 die Grundlage des diagnostischen Verfahrens. Daran orientierend werden für die typische A.n. (Kodierung F50.0) folgende Diagnosekriterien genannt:

- Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI von 17,5 oder weniger
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
 - Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder
 - selbst induziertes Erbrechen
 - selbst induziertes Abführen
 - übertriebene körperliche Aktivitäten
 - Gebrauch von Appetitzüglern und Diuretika
- Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung;
die Angst, zu dick zu werden, besteht als tief verwurzelte, überwertige Idee
- Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse:
bei Frauen Amenorrhoe (über mindestens 3 aufeinanderfolgende Zyklen), bei Männern Libido- und Potenz-Verlust; erhöhte Wachstums[hormons]- und Kortisolspiegel, ggf. Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion
- Bei Beginn vor der Pubertät Verzögerung oder Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte (Gerlinghoff und Backmund, 2006; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; DGKJP, 2007)

Diese Punkte werden in der Literatur der letzten zwanzig Jahre weitestgehend kontinuierlich

genannt, obgleich es speziell bei der Definition des kritischen Körpergewichts als auch bei einigen zusätzlichen diagnostischen Hinweisen doch einige Unterschiede und Entwicklungen festzustellen gibt: Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort nennen bereits 1997 einen BMI von $\leq 17,5$ (verwendbar ab dem 16. Lebensjahr) bzw. ein Körpergewicht von 15% unterhalb des erwarteten als Grenzwert. Bei Steinhausen (2006) findet sich neun Jahre später allerdings die Aussage, dass ein BMI von kleiner 17,5 vor dem 18. Lebensjahr nicht zwangsläufig pathologisch sei. Schmidt weist bzgl. der Bewertung der Ernährungssituation schon 1993 darauf hin, dass insbesondere bei vorpubertärer A.n. das Längenwachstum derart stagnieren könne, dass die zur Diagnose herangezogenen Indices (Quetelets, BMI) nicht mehr zuträfen (Schmidt, 1993). Die Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) empfiehlt aktuell die 10. Altersperzentile als Schwellenwert. Erstens aufgrund der o.g. Unzuverlässigkeit des BMI insbesondere bei der präpubertären bzw. prämenarchalen Form der A.n. (bei 13-jährigen entspricht ein BMI von 17,5 z.B. noch dem 25. Perzentil) und zweitens da nicht selten bei A.n.-Patienten vor Ausbruch der Erkrankung Übergewicht besteht, so dass selbst nach starker Abmagerung auch die o.g. Grenze häufig nur knapp oder gar nicht unterschritten wird (Hebebrand et al., 2004; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; DGKJP, 2007; Remschmidt, Mattejat und Warnke, 2008). Diese Empfehlungen finden sich auch in der aktuellen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen (Herpertz et al., 2011).

Insofern ist es nicht verwunderlich, dass laut namhafter Autoren das Maß des Gewichtsverlustes eher eine Konvention als ein objektivierbares Kriterium darstellt und der BMI insbesondere bei Kindern und Jugendlichen zumindest immer ins Verhältnis zum Alter gesetzt werden muss (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Gerlinghoff und Backmund, 2011).

Einigkeit besteht bei den meisten Autoren bzgl. der Tatsache, dass der behandelnde Arzt/Therapeut zur Diagnosestellung in der Regel auf eine suffiziente Fremdanamnese angewiesen ist.

Neben der Ermittlung der in der ICD-10 aufgeführten Kriterien basiert die A.n.-Diagnostik selbstverständlich auch auf einer gründlichen Anamnese, bei der insbesondere pathogenetisch einflussreiche Faktoren wie Geburts-/Schwangerschaftskomplikationen, prämorbidie Essstörungen, Persönlichkeitsstruktur (angepasst, leistungsfähig, gewissenhaft) etc. sowie potentiell auslösende Ereignisse und die – auf den ersten Blick meist unauffällige – familiäre Situation eruiert werden müssen (Steinhausen, 2006). Ebenso lassen sich anamnestisch eventuell bestehende Komorbiditäten (Depression, Angst-/Zwangsstörungen, mit zunehmendem Alter Persönlichkeitsstörungen) ermitteln (Steinhausen, 2005).

Unterstützend können zum Beispiel die in dieser Arbeit untersuchten (aber auch andere) Fragebogen zum Erfassen von Bestehen, Schweregrad und Verlauf einer A.n herangezogen werden.

Die aktuelle S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen verweist insbesondere auf deren Bedeutung bei der Früherkennung der Erkrankung (DGPM, DKPM, 2010), zudem wird ihr Stellenwert im Großteil der herangezogenen Literatur unterstrichen (Ettrich, Aßmann und Dähne, 2000; Aßmann et al., 2003; Steinhausen, 2006), vor allem bezüglich der Beurteilung von Schwere und Verlauf der Essstörung sowie als Screeninginstrument (Jacobi, Paul und Thiel, 2004). Paraklinische Untersuchungen weisen insbesondere auf ausgeprägte somatische Komplikationen (Elektrolytentgleisungen, erniedrigtes Creatinin, erhöhte Amylase, erniedrigtes fT3 und fT4) hin (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, Matthejat und Warnke, 2008), können aber auch differenzialdiagnostisch nützlich sein (s.u.). Auch die Erhebung bereits geleisteter Therapiemaßnahmen sollte einer gründlichen Anamnese angehören. Bei der Beurteilung der Untersuchungsergebnisse ist zu beachten, dass besonders vorpubertäre und männliche Patienten mit manifester A.n. häufiger zu Komplikationen neigen (Steinhausen, 2006).

Durch die körperlichen und seelischen Folgeerscheinungen der A.n., die häufig mangelnde Kooperationsbereitschaft und Krankheitseinsicht der Patienten sowie die nicht seltenen Mischformen der Essstörungen ist eine Abgrenzung zu der großen Palette an somatischen und psychischen Differenzialdiagnosen häufig nicht einfach. Zu ersteren gehören an erster Stelle alle Pathologien, die mit einem ungewöhnlichen Gewichtsverlust einhergehen können: Infektionen (Tuberkulose), Malignome, primär endokrine Störungen (Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz, Morbus Addison, Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Hypothalamus-Tumore), erworbene Immunschwächekrankheiten, chronisch-entzündliche Darmerkrankungen (CED) sowie die unerwünschten Wirkungen einiger Pharmaka (z.B. Amphetamine), wobei in der Regel die charakteristischen psychologischen Merkmale der A.n. fehlen (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2005; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Dabei ist zu bedenken, dass junge Mädchen mit einer CED zusätzlich an Magersucht erkranken können. Dasselbe gilt für jugendliche Diabetiker, wobei möglicherweise eine Insulinpause als gewichtsreduzierende Maßnahme genutzt wird (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Die auch bei Anorektikern gelegentlich auftretenden Heißhungerattacken können Symptom verschiedener körperlicher Erkrankungen sowie der Adipositas und des Diabetes mellitus sein, die wiederum als Risikofaktor für Essstörungen wirken können (Steinhausen, 2005). Besonders bei atypischen Formen (z.B. kindliche Patienten, männliches Geschlecht, Fehlen einer Körperschemastörung) muss ggf. ein zerebrales Tumorleiden neuroradiologisch ausgeschlossen werden (Remschmidt, 2008).

Aufgrund dieser Vielzahl von Differenzialdiagnosen gilt es zu beachten, dass die A.n. nicht als

Ausschlussdiagnose gestellt, sondern frühzeitig im Gespräch mit Patienten und Angehörigen direkt erfragt werden sollte (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999). Als möglicher differenzialdiagnostisch wegweisender Labormarker wurde von Boland et al. (2001) das Beta-Carotin (Provitamin A) postuliert, das mit hoher Spezifität insbesondere bei der restriktiven, typischen A.n. erhöht sein soll. Zudem sind die im Abschnitt 3.1.3 genannten Neurotransmitter, insbesondere das Leptin, mögliche paraklinische Entscheidungshilfen.

Bei den psychischen Erkrankungen müssen depressive Störungen, Zwangs- und Somatisierungsstörungen sowie in seltenen Fällen auch schizophrene Wahnvorstellungen, die sich mit Essen befassen, differenzialdiagnostisch einbezogen werden. Dabei kann der typische Verlauf der A.n. bei der Abgrenzung hilfreich sein (Steinhausen, 2005; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). Die Abgrenzung zu einer endogenen Psychose gestaltet sich bisweilen schwierig, da bei starker Kachexie durchaus auch Halluzinationen und Prodromi einer Schizophrenie auftreten können (Eggers et al., 1994).

Auffälligkeiten bei männlichen Patienten sollten besonders gründlich abgeklärt und nicht voreilig der Essstörung zugewiesen werden, da bei Jungen nicht nur allgemein häufiger mit Komplikationen zu rechnen ist (s.o.), sondern häufig bei hochabnormen Persönlichkeitsentwicklungen anorektische Erscheinungen nur die initiale Symptomatik einer anderen psychiatrischen Erkrankung sein können, die nach Überwindung der A.n. bestehen bleibt (Eggers et al., 1994).

Besonders problematisch ist die Abgrenzung zur Bulimie nervosa, da die beiden Entitäten sowohl koexistieren als auch in verschiedenen Misch- und Übergangsformen auftreten können. Zur Differenzierung eignet sich zum einen das bulimische Leitsymptom „Fressanfälle“ (siehe 3.2.4), zudem ist es eventuell möglich, die anorexie-typische Abmagerung als Entscheidungskriterium anzuwenden, die sich bei Bulimikern häufig nicht finden lässt. Zudem sind depressive Begleiterscheinungen bei Anorektikern häufig milder als bei bulimischen Patienten (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2006).

Neben der ICD-10 lassen sich auch im amerikanischen DSM-IV Diagnoserichtlinien zur A.n. finden, die aber von Steinhausen (2005) als weniger geeignet angesehen werden. Die ICD-10 sei bei „operationaler Definition des selbst herbeigeführten Gewichtsverlustes präziser“ (Steinhausen, 2005, S.1), insbesondere da der BMI als Orientierung gewählt wird (v.a. bei jugendlichen Patienten ist der Bezug zu Perzentilenkurven von Bedeutung). Zudem wird die Vielfalt der endokrinen Entgleisungen (s.o.) nur in der ICD-10 beschrieben, das DSM-IV beschränkt sich dabei auf das Benennen der Amenorrhoe.

In diesem Abschnitt soll allerdings nicht unerwähnt bleiben, dass sich in der Literatur auch ernsthafte und relativ deutliche Kritik an den bestehenden diagnostischen Mitteln der A.n. finden

lässt. Insbesondere bei Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999) wird die Fixierung auf das Körpergewicht, die psychopathologische Exploration mittels vielfältiger (auch in dieser Arbeit verwendeter) Fragebogen sowie ganz grundsätzlich das Krankheitskonzept der Magersucht und die diagnostische Herangehensweise über festgelegte Kriterien angezweifelt: „So ist Magersucht, unserer Meinung nach, nur zu verstehen, wenn man sich mit dem Wesen der Krankheit, nämlich dem Magersüchtigsein auseinandersetzt. Natürlich gibt es auch bei dieser Krankheit typische Merkmale und typische Symptome, die bei diagnostischen Überlegungen zu beachten sind. Aber diese Symptome erklären nicht das Kranksein, schon deshalb nicht, weil Magersüchtige sich, zumeist über weite Strecken, nicht krank fühlen. Dort aber, wo Magersüchtige leiden, öffnet sich ein Bereich, in dem der Krankheitsbegriff unscharf wird“ (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999, S.78). „Versteht man Magersucht und Bulimie als Ausdrucksform eines jungen Menschen, der aus dem Zusammentreffen seiner Eigenschaften, seiner Lebenssituation und seines Milieus in existentielle Unsicherheit und Ängste gerät, erscheint es mehr als fragwürdig, all dies unter dem Konzept „Krankheit“ einzuordnen“ (ebd., S.142). Nach Ansicht der Autoren ist daher die Definition von Essstörungen als Krankheit mit spezifischen Diagnosekriterien und halbwegs abgesteckten Zuständigkeiten eher nachteilig für das Verständnis derselben: „Wie konnte in der Anorexieforschung das Körpergewicht zur Hauptvariablen werden, an der sogar der Wert von psychotherapeutischen Gesprächen während einer stationären Behandlung [...] gemessen wird?“ (ebd., S.136). „Ein Fragebogen macht Sichtweisen nicht objektiver. Unterstellen wir einen Moment, die Anorexie entstehe tatsächlich in Abhängigkeit von den komplexen Interaktionen innerhalb einer Familie. Welche Chance haben wir, einen solchen Wirkmechanismus aus der Messung noch so vieler Einzelvariablen zu rekonstruieren?“ (ebd., S.253). „Das Konzept „Krankheit“ mit allen zugehörigen Fragen nach Ursache, Verlauf, Prognose hat seine Chance in der Forschung gehabt. Die Ergebnisse sind nicht gerade überwältigend. Eine Rückbesinnung und Neuorientierung erscheint dringend geboten“ (ebd., S.143).

Auch bei Herpertz, de Zwaan und Zipfel finden sich bereits 2008 Zeichen für ein Umdenken bzgl. der diagnostischen Leitlinien einer A.n.: Das Kriterium „Amenorrhoe“ werde perspektivisch wohl als zu unspezifisch abgeschafft und in der kommenden Ausgabe der ICD-10 allein durch das „Vorhandensein von endokrinen Störungen“ (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008, S.89) ersetzt. Auch im DSM-V ist laut der zum Zeitpunkt der Recherche für diese Arbeit in Deutschland zugänglichen Informationen das Kriterium Amenorrhoe entfallen, da es nicht auf Männer, Frauen vor der Menarche sowie nach der Menopause und auf Patientinnen unter Kontrazeptiva angewendet werden kann. Zudem wurden diverse Fälle verzeichnet, bei denen trotz Erfüllung aller anderer Diagnosekriterien die Menstruation unbeeinträchtigt blieb (American Psychiatric Association,

2014). (Die Amenorrhoe scheint nach jetzigem Wissensstand eher eine reine Folge des Untergewichts zu sein, die allerdings auch ohne dieses auftreten oder nach Gewichtszunahme persistieren kann. Sie kann zwar auch noch vor Eintritt des Gewichtsverlustes auftreten, aber nur in 20% der Fälle einer sekundären Amenorrhoe). Zudem habe der große Anteil atypischer Essstörungen-Formen und häufige Übergänge zwischen den Diagnosen dazu geführt, dass die bestehenden Klassifikationsmodelle und diagnostischen Kategorien grundsätzlich hinterfragt werden müssten (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

3.1.6 Therapie

So vielgestaltig die Genese der A.n. ist, so verschieden sind auch die individuellen Ansprüche an eine suffiziente Therapie. Einigkeit besteht bei den meisten Autoren, dass die Behandlung zum frühestmöglichen Zeitpunkt beginnen sollte und auf mehreren Säulen ruhen muss (so wie auch die Entstehung der A.n. durch multiple Faktoren bedingt wird). In der Beschreibung des genauen Ablaufs und der einzelnen Prämissen gibt es aber teilweise erhebliche Differenzen in der Literatur. Ein einheitliches therapeutisches Regime hat sich bis heute nicht durchgesetzt und wird auch teilweise nicht befürwortet: „In der Psychotherapieforschung gilt [...] die Forderung nach Standardisierung häufig noch als Beleg für ein ausgeprägtes Methodenbewußtsein. Ausgangspunkt einer alternativen Therapie-Forschung sollte die Frage sein: Wie lernen wir möglichst rasch, unsere Therapie zu verbessern? Ein Ansatz ist die kontinuierliche Analyse von auftretenden Problemen im individuellen Fall“ (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999, S.257).

Zu Beginn muss die Frage gestellt werden, ob der Patient ambulant oder stationär behandelt werden muss. Dabei lassen sich bereits hier laut Steinhausen (2005) keine eindeutigen Kriterien für eine Krankenhauseinweisung festsetzen, die sich auf ausreichende Daten stützen könnten. Unabdingbar sei aber eine stationäre Behandlung bei schwerem Gewichtsverlust und somatischen Komplikation, Suizidalität und psychischer Komorbidität, ausgeprägter familiärer Belastung und großer Hilflosigkeit der Angehörigen. Zudem ließe ein Krankenhausaufenthalt eine effektivere Kontrolle von potentiellen Komplikationen, eine interdisziplinäre Teamarbeit sowie die einfachere Etablierung eines tragfähigen Behandlungsbündnisses zu. Eine ambulante Versorgung empfiehlt der Autor bei kurzen und unkomplizierten Verläufen, einer kooperativen Familie und therapiemotivierten Patienten, in einer anderen Veröffentlichung wird dieser Behandlungsmodus sogar als generell anzustreben bezeichnet (Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006). Auch Remschmidt, Mattejat und Warnke (2008) bieten als Entscheidungshilfen für die Indikationsstellung zur stationären Behandlung einige medizinische (z.B. kritisches Untergewicht, rapider

Gewichtsverlust, somatische Komplikationen) und psychosoziale (z.B. festgefahrene familiäre Interaktion, Scheitern ambulanter Therapieversuche) an. In einer relativ aktuellen, im Deutschen Ärzteblatt veröffentlichten Empfehlung von Herpertz et al. (2011) wird generell beim Vollbild der A.n. mit ausgeprägtem Untergewicht initial eine stationäre Therapie empfohlen, im Verlauf können ein stationäres, teil-stationäres oder ambulantes Setting indiziert sein. Ebenso befürworten Eggers et al. bereits 1994, den Indikationsbereich für eine nicht-stationäre Behandlung relativ eng zu wählen (adoleszenter Patient, Überprüfung des Standes der Persönlichkeitsentwicklung, geringe Abmagerung und kurze Erkrankungsdauer). Eine Krankenhauseinweisung bringe diesem Autor zu Folge zudem den Vorteil, dass familiäre Problematiken besser und häufiger thematisiert werden und komplexe pathogenetische Momente besser überblickt und in ein umfassendes therapeutisches Konzept überführt werden könnten (Eggers et al., 1994). Falls eine stationäre Behandlung ambulant weitergeführt werden soll, empfiehlt der Autor das Zurückgreifen auf denselben Therapeuten, im Gegensatz zu Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997), die einen Wechsel des Behandlers nach Entlassung empfehlen.

Nach Klärung des Behandlungsmodus stellt sich die Frage nach den Therapiezielen. Herpertz-Dahlmann und Warnke (2006) formulieren hiervon fünf, die sich so oder so ähnlich auch bei anderen Autoren finden: 1. Gewichtsrehabilitation und Behandlung somatischer Komplikationen; 2. Ernährungsberatung und -therapie; 3. Individuelle Psychotherapie; 4. Einbeziehung der Familie; 5. Behandlung komorbider Störungen. Die einzelnen Punkte und deren teilweise unterschiedliche Ausarbeitung seien im Folgenden jeweils noch etwas genauer dargestellt.

Zu Erstens: Die Wiederherstellung eines akzeptablen Gewichts ist ein zentraler, aber wohlgerne nicht der einzige und auch nicht der alleinig ausreichende Indikator für eine erfolgreiche Therapie. Der Zeitpunkt einer möglichen Entlassung sollte von der Bewältigung der inneren Konflikte des Patienten und nicht nur von der Gewichtszunahme abhängig gemacht werden (insbesondere sollte die tatsächliche Toleranz derselben durch den Erkrankten sowie die Einstellung des A.n.-Patienten zu seiner Körperlichkeit und den darauf projizierten Problemen überprüft werden) (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997). Dieser Position widerspricht allerdings Steinhausen: „Von der Gewichtsnormalisierung ist nicht nur die Normalisierung körperlicher Funktionen, sondern auch die Rückbildung der psychopathologischen Bilder abhängig“ (Steinhausen, 2006, S.227). Diese Überzeugung mag der Erkenntnis entspringen, dass viele der psychischen Auffälligkeiten der A.n. tatsächlich nicht krankheitsspezifisch, sondern reine Folge der Starvation (siehe Klinik 3.1.4) sind. Allerdings wird von den meisten Autoren ausdrücklich betont, dass eine alleinige „Auffütterung“, wie sie teilweise noch in den 80er Jahren propagiert wurde, keinesfalls ausreicht, um die Magersucht langfristig erfolgreich zu behandeln (Gerlinghoff,

Backmund und Mai, 1999).

Allgemein empfiehlt sich, außer bei akut vital bedrohlichen Zuständen, ein langsamer Gewichtsaufbau (ggf. mit Fertigpräparaten zusätzlich zur normalen Nahrung) mit flexiblen Schemata (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006) von z.B. 500-1000g pro Woche (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, Mattejat und Warnke, 2008) oder 100-200g pro Tag (Steinhausen, 2006). Bei anfänglich niedrigem BMI besteht bei schneller Zunahme nämlich die Gefahr eines raschen Leptinanstiegs (zu dessen Rolle in der Pathophysiologie der A.n. siehe 3.1.3), der anorexigen wirken und zudem den Energieverbrauch anregen kann (wahrscheinlich verschlechtert sich auch die Prognose einer A.n. bei hohem Entlassungsleptinspiegel) (Holtkamp et al., 2004; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Günstig ist es, mit dem Patienten anfänglich eine Vereinbarung zu treffen, wann welches Gewicht erreicht werden soll, um die häufige (und auch pathogenetisch relevante) Angst vor einem Kontrollverlust zu nehmen. Regelmäßige Überprüfungen dieser Werte zu unterschiedlichen Zeitpunkten an verschiedenen Wochentagen sollten ebenfalls in der Abmachung enthalten sein, im ambulanten Umfeld muss die Entwicklung zu Hause genau überprüft werden. Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2008) ergänzen, dass allerdings nicht sofort bei Therapiebeginn das letztendliche Zielgewicht (s.u.) angesprochen werden soll.

Während des Gewichtsaufbaus sollte dem Patienten eine begrenzte Autonomie hinsichtlich seines Essverhaltens gewährt werden, obgleich durch klare Grenzen wie z.B. gemeinsame Mahlzeiten auf der Station, limitiert (Eggers et al., 1994). Dabei ist es auch möglich, mit Verstärkerprogrammen zu arbeiten wie etwa einer „Gewichtstreppe“, bei der sich mit jedem Zugewinn an Körpermasse der Bewegungsradius oder die Aktionsmöglichkeiten des Patienten erhöhen. Auch andere verhaltenstherapeutische Ansätze, wie etwa das „Modellessen“ mit einem erfahrenen Betreuer oder ein Essensplan/Essenstagebuch werden empfohlen (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Eine Sondenernährung ist nur bei ausgeprägter Kachexie (Grenzwert darf nur wenig unterhalb des Aufnahmegewichts gewählt werden!) und vollständiger Nahrungsverweigerung indiziert (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). In diesem Fall sind zudem Bettruhe, freundliche aber konsequente Überwachung, die Regulierung des Flüssigkeits- und Elektrolythaushalts und eine tägliche Gewichtskontrolle angezeigt (Eggers et al., 1994). Grundsätzlich sind Zwangsbehandlungen bei der A.n. nur unter lebensbedrohlichen Umständen – dann aber ausdrücklich! – indiziert (z.B. ab einem BMI < 13 kg/m², unterhalb dem die Mortalität deutlich steigt). Dazu Herpertz, de Zwaan und

Zipfel: „Die Zwangsbehandlung ersetzt nicht die Psychotherapie, sie schließt sie allerdings auch nicht aus. Eine verantwortungsvolle Zwangsbehandlung ist der Beginn oder die Fortsetzung der Psychotherapie unter besonders schwierigen Rahmenbedingungen. Psychotherapie ist auch unter Zwang möglich. [...] Der unreflektierte, überzogene und zu wenig dosierte Einsatz von Zwangsmaßnahmen ist ein Kunstfehler, der die Patienten unnötig traumatisiert“ (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008, S.233). Und weiter: „Ziel der Zwangsbehandlung ist nicht ein definiertes Gewicht, sondern die Fortsetzung der Behandlung ohne Zwang“ (ebd., S.235).

Bei der Definition des Zielgewichtes gibt es unterschiedliche Angaben in der Literatur: Steinhausen (2006) nennt z.B. +/- 5 Pfund (bzw. 10%) des altersgemäßen Normalgewichts, wohingegen Herpertz-Dahlmann und Warnke (2006) den Cut-off beim Eintreten der Menses wählen oder, da diese längere Zeit auf sich warten lassen kann, besser noch das 25. altersspezifische BMI-Perzentil. Aufgrund des häufig verzögerten Wiederkehrens der Regelblutung sowie unter der Berücksichtigung der zunehmend sehr jungen, d.h. prämenarchalen Patientinnen, wird das Kriterium „wiederkehrende Menstruation“ von Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2008), Remschmidt, Mattejat und Warnke (2008) und in den Leitlinien der Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP, 2007) auch nur eingeschränkt empfohlen bzw. ausschließlich das o.g. BMI-Perzentil favorisiert.

Die Behandlung der somatischen Komplikationen der A.n. sollte grundsätzlich langsam und vorsichtig erfolgen, da sich die genannten pathologischen Konstellationen auch über einen langen Zeitraum entwickeln und häufig recht gut toleriert werden. Bei zu hastigen Korrekturversuchen besteht sogar die Gefahr von iatrogen verursachten schweren Komplikationen, wie zum Beispiel Magenperforationen oder der Aggravierung eines vorbestehenden Phosphatmangels durch Glucose/Insulin-Infusionen (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999). Dieses sogenannte „Realimentations-Syndrom“ (als schwer klassifiziert ab einem Serum-Phosphat Spiegel kleiner 0,3 mmol/l) ist nicht zu unterschätzen und kann teils dramatische Auswirkungen wie Herzrhythmusstörungen, Blutungen, Flüssigkeitsretention, Krampfanfälle und aufsteigende Polyneuropathien sowie Muskelschwäche bis hin zur Atemlähmung haben. Tückisch ist dabei die Tatsache, dass der Nüchtern-Phosphat Spiegel normal sein kann und erst nach Ernährungszufuhr abfällt (Crook, Hally und Panteli, 2001).

Therapieziel zwei hat primär einen aufklärerischen Hintergrund: Im Mittelpunkt steht die Information über die Folgen der krankheitsbedingten Starvation (Steinhausen, 2006), deren Vermittlung empfehlenermaßen in Gruppentreffen erfolgen sollte. Die Erkrankten sollten dabei aber nicht belehrt werden, sondern sich mit ihrer Problematik ernst genommen fühlen. Im Einzelgespräch lassen sich dann die individuellen Essgewohnheiten der Patienten erheben (Wo ?

Wann ? Wie viel ? Erbrechen ?), auf deren Basis ein persönlich zugeschnittener Essensplan (z.B. drei Haupt- und drei Zwischenmahlzeiten) erarbeitet wird. Unterstützend kann dabei ein Ernährungstagebuch geführt werden (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Zu Punkt drei, der individuellen Psychotherapie, lassen sich aus der Literatur wiederum ähnliche Ansätze zusammentragen. Empfohlen wird ein stützender, empathischer, den entwicklungs-spezifischen Problemen nachgehender, hingegen aber nicht ein analytisch-aufdeckender Behandlungscharakter (Steinhausen, 2006). In modernen Programmen wird die Fremdkontrolle minimiert, um dem Autonomiebedürfnis der Patienten zu genügen (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Der Internist Friedrich Bahner schrieb bereits 1955 dazu: „Man muss sich während der Behandlung stets vor Augen halten, dass alles darauf ankommt, dass die Kranken von selbst wieder anfangen zu essen, dass sie sich dazu entscheiden. Gelingt ihnen die eigene Entscheidung, so beginnt sich die Krankheit aufzulösen. Alle Entscheidungen der Kranken, die in ihrem Verhalten auf Erwachsenwerden hinweisen, sind für eine günstige Prognose zu verwerten. Man wird sie also in Situationen führen, in denen sie sich für das Erwachsen-sein-Wollen und gegen ihre Regression entscheiden können. Doch man muß ihnen insofern entgegenkommen, dass man keine zu großen Entscheidungen auf einmal verlangt. Die Kranken sind einem zu vergleichen, der es nicht fertigbringt, das erste Mal von einem Sprungbrett ins Wasser zu springen; hineingestoßen zu werden nimmt er übel“ (zitiert nach Gerlinghoff, Backmund und Mai 1999, S.188f).

Am Anfang sollte das Hauptaugenmerk auf dem Aufbau einer tragfähigen Beziehung zwischen Patient und Therapeut liegen (z.B. durch die Thematisierung alltäglicher Probleme), erst nach und nach kann dann der Fokus auf familiäre Beziehungs- und persönliche Entwicklungsprobleme gelenkt werden (Eggers et al., 1994). Zudem muss bedacht werden, dass ein psychotherapeutisches Eingreifen im Zustand ausgeprägter Kachexie von begrenztem Nutzen ist und eine zumindest basale Gewichtsnormalisierung vorangegangen sein sollte (s.o.).

Bei erwachsenen A.n.- Patienten (wahrscheinlich mit leichterem Erkrankungsverlauf) zeigte sich kein Unterschied zwischen einer therapeutenvermittelten und einer anhand von Selbsthilfemanualen durchgeführten kognitiv-behavioralen Therapie (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Zentrale Bestandteile dieser kombinierten Behandlung sollten die Auflistung der Für und Wider zur Aufrechterhaltung der A.n. sowie Analyse und Korrektur dysfunktionaler, die Krankheit unterhaltende Annahmen und Gedanken sein, inklusive der laut Herpertz-Dahlmann und Warnke (2006) entscheidenden Erkenntnis, dass die Probleme mit Gewicht und Figur stellvertretend für andere Konflikte zum Beispiel bzgl. der Selbstakzeptanz stehen.

Die zusätzliche Konfrontation mit hochkalorischen Speisen war bei einzelnen Patienten mit Angst vor Heißhungerattacken hilfreich (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Der Versuch, primär das

Befinden der Erkrankten zu verändern, in der Hoffnung, dass darauf automatisch eine Besserung der A.n. folgt, hat sich als untauglich erwiesen (Schmidt, 1993).

Es ist wichtig zu wissen, dass für die wenigsten therapeutischen Interventionsformen kontrollierte Untersuchungen vorliegen (Steinhausen, 2005) und wenn, dann beziehen sich diese Studien vornehmlich auf erwachsene Patienten (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Studien liegen unter anderem zur kognitiven Verhaltenstherapie (KVT), zur interpersonellen Psychotherapie (IPT), zur psychodynamischen Therapie (PT) und zur Familientherapie vor. Diese erlauben jedoch keine Aussage darüber, welche Therapiemethode zu bevorzugen ist. Eine störungsspezifische, auf die A.n. ausgerichtete Psychotherapie ist aber einem unspezifischen Vorgehen vorzuziehen (Herpertz et al., 2011).

Bei Herpertz, de Zwaan und Zipfel wird 2008 die „kognitive Verhaltenstherapie“ (Essprotokolle, kognitive Identifikation und Modifikation automatischer Gedanken und Kernüberzeugungen etc.) als Methode der Wahl zur Behandlung von Essstörungen (allerdings mit Betonung der B.n.) genannt. Sowohl gruppen- als auch einzeltherapeutische Settings seien effektiv. Daneben existieren natürlich noch viele weitere Therapieansätze (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Punkt vier, die Einbeziehung der Familie in das therapeutische Konzept, wird durch die häufige Minderjährigkeit der Patienten, die üblicherweise noch mit den Eltern unter einem Dach wohnen, sowie den pathogenetischen Anteil der Familiensituation an der Entstehung einer A.n. bedingt. Dabei kann es für den Therapeuten schwierig sein, in dem bisweilen komplizierten Netz aus Abhängigkeiten, Verleumdungen, Desinteresse oder Aggression eine hilfreiche, objektive und zugleich akzeptierte Rolle zu übernehmen. Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997) warnen ausdrücklich vor dem Widerstand eines (Zweck-)Bündnisses aus Patient und Familie gegen die Therapie, bei Eggers et al. (1994) wird angemahnt, sich als Behandelnder nicht in die Rolle desjenigen drängen zu lassen, der die scheinbare familiäre Harmonie stört (unter anderem deswegen hält der Autor eine ambulante Einzeltherapie auch für wenig erfolgversprechend, s.o.).

Grundsätzlich wird in der Literatur eine Familientherapie zur Auflösung potenzieller pathogener Interaktionsstrukturen, als Forum zur Entwicklung altersangemessener Lösungen für Reifungskonflikte, aber auch als stützendes und moderierendes Element in der Behandlung empfohlen (Friedemann, 1995; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Unter bestimmten Umständen (Adoleszente, Therapiebeginn vor 19. Lebensjahr, Anamnese kürzer als 3 Jahre) ist sie der Einzeltherapie sogar überlegen (s.u.) (Remschmidt, Mattejat und Warnke, 2008). Dabei haben sich familienberatende und -therapeutische Verfahren als gleich wirksam erwiesen (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Falls die Jugendlichen noch im Elternhaus wohnen sollten, werden regelmäßige gemeinsame Sitzungen

empfohlen. Im Falle einer stationären Therapie müssen Mutter und Vater auf das häufige Drängen ihres Kindes auf Entlassung vorbereitet werden, verknüpft mit den Hinweisen auf die teils dramatischen Folgen (insbesondere die Chronifizierungsgefahr) bei einer insuffizienten, vorzeitig abgebrochenen Behandlung. Insgesamt sollten bei Krankenhausaufenthalt die Kontakte zur Familie geregelt werden. Die Gefahr von psychosomatischen und depressiven Symptomen bei den Eltern bzw. Veränderungen der gesamten häuslichen Verhältnisse als Folge der belastenden Situation gilt es zu beachten (Eggers et al., 1994). Nach Abschluss der stationären Phase wird eine ambulante Folgetherapie (Elternberatung, Familientherapie) empfohlen (Steinhausen, 2006).

Insbesondere die Prognose von jungen, noch nicht chronisch kranken Anorektikern wird durch diese Maßnahmen signifikant verbessert (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Bei der adoleszenten A.n. ist die Familientherapie die einzige Psychotherapie, zu der kontrollierte Studien vorliegen, die zudem einen Vorteil gegenüber der Individualtherapie dokumentieren (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Unabhängig von der das erkrankte Kind einbeziehenden Familientherapie werden zudem Gruppenpsychoedukationen für Eltern empfohlen, bei der u.a. die häufigen Schuldgefühle von Mutter und/oder Vater, Konfliktsituationen beim Essen, Vernachlässigung von Geschwistern sowie die häufigen, sich prognostisch negativ auswirkenden kritischen Kommentare von Familienmitgliedern thematisiert werden können (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Therapiesäule fünf beschäftigt sich mit der Behandlung der komorbiden Störungen, insbesondere Angsterkrankungen (z.B. soziale Phobie) und Zwangsstörungen (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Primär gilt es dabei zu klären, ob es sich um nosologisch eigenständige Erkrankungen oder Folgen der Starvation handelt. Die A.n. begleitenden depressiven und etwas weniger die zwanghaften Symptome bilden sich nach Gewichtszunahme wieder zurück, jedoch nicht in jedem Falle und auch nicht vollständig. Katamnesestudien zeigen, dass besonders die sozialen Phobien im späteren Leben von Essstörungspatienten persistieren und das eine frühe therapeutische Verbesserung derselben und der Aufbau des Selbstwertgefühls einen wichtigen Rezidivschutz darstellen.

Längere Bettruhe ist bezüglich der Therapie der komorbiden Störungen (z.B. Depression, spätere Osteoporose) kontraindiziert (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Ergänzend seien noch einige therapeutische Grundregeln erwähnt, die sich nicht in das oben beschriebene 5-Säulen-Schema integrieren lassen und sich vor allem auf die pharmakologische Therapie beziehen. Dieser wurde mit dem Wandel der ätiologischen Konzepte, in denen die Magersucht teilweise (und wahrscheinlich fälschlicherweise) als affektive Störung betrachtet wird,

eine größere Rolle zugeschrieben (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

Die Wirksamkeit einer medikamentösen Beeinflussung der A.n. ist allerdings nach wie vor schlecht belegt (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Laut einer Studie bei Erwachsenen senken SSRI die Rückfallrate (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006), nach anderen Quellen haben sie aber überhaupt keinen Effekt auf die Grunderkrankung und ebenso keinen oder höchstens minimalen auf die Komorbiditäten (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Herpertz et al., 2011). Wenn, sollten sie bei anhaltender depressiver Verstimmung und nach ausreichender Gewichtszunahme eingesetzt werden (DGKJP, 2007). Die Behandlung mit dem trizyklischen Antidepressivum Clomipramin ist bei ausgeprägter Zwangssymptomatik vielversprechend. Atypische Neuroleptika wie Olanzapin und Risperidon haben offenbar positive Effekte auf das Symptom der Körperschemastörung, ständiges Gedankenkreisen um Essen und Gewicht sowie ausgeprägte Hyperaktivität und führen als Nebeneffekt zu einer mittelmäßigen bis starken Gewichtszunahme (Nissen, Fritze und Trott, 2004; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Herpertz et al., 2011). Hierbei scheint es allerdings fraglich, ob das im Sinne der Vermeidung eines subjektiven Kontrollverlustes bei den Patienten eine positive Folge darstellt.

Diese pharmakologischen Maßnahmen haben nur supportiven Charakter ohne kurative Potenz: „Auch dort, wo eine vorübergehende Medikation hilfreich sein mag, kann sie, ebenso wie erzwungene Nahrungszufuhr, eine Psychotherapie niemals ersetzen“ (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999, S.200).

Eine Östrogensubstitution zur Behandlung der Amenorrhoe bzw. zur Förderung der körperlichen pubertären Reifung sollte nicht vor Abschluss des Wachstums aufgrund der Gefahr eines verfrühten Epiphysenfugenschlusses erfolgen. Zusätzlich gilt es zu beachten, dass eine exogene hormoninduzierte Menstruation als Signal einer (Pseudo-)Normalisierung gewertet werden könnte und damit die psychotherapeutische Aufarbeitung eher erschwert (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). In aller Regel normalisieren sich bei normalem Essverhalten und Normgewicht die Zyklusunregelmäßigkeiten von selbst (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Der Einsatz von Insulin, Schilddrüsenmedikamenten etc. ist kontraindiziert (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Die Substitution von Vitamin D und Kalzium zur Prävention bzw. Therapie der oft folgenschweren Osteoporose (s.o.) ist hingegen sinnvoll (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Zusammenfassend lässt sich konstatieren, dass die Behandlung der A.n. insbesondere aufgrund der hohen Chronifizierungsgefahr intensiv, interdisziplinär und nicht einseitig theoriegebunden erfolgen

muss (Steinhausen, 2005; Steinhausen, 2006). Körperliche Komplikationen und bisher noch nicht vollständig geklärte somatische krankheitsunterhaltende bzw. -auslösende Faktoren erfordern eine fachübergreifende Zusammenarbeit mit Internisten, Pädiatern etc. Aufgrund des großen Spektrums vor allem der stationären Methoden und der vielgestaltigen Genese der Magersucht muss die Therapie immer an die individuellen Erfordernisse des Patienten adaptiert werden (Eggers et al., 1994). Diese Arbeitsweise erschwert allerdings die Evaluation besonders der psychotherapeutischen Konzepte (Steinhausen, 2005). Aus der Literatur heraus lassen sich aber inzwischen auch einige Behandlungsstrategien ermitteln, die eindeutig prognoseverbessernd für die A.n. wirken. Eine ambulante Nachsorge mit regelmäßigen Gewichtskontrollen, Psychotherapie, Elternberatung sowie Familientherapie ist in den meisten Fällen indiziert (Steinhausen, 2006). Ziel für den Patienten sollte das Gewinnen von Autonomie und Selbstvertrauen im Umgang mit sich und den eigenen Bedürfnissen sein (Eggers et al., 1994) sowie die Identifikation der inneren und äußeren Konflikte, die in der A.n. ihre pathologische Auflösung finden. Wiederum kritisieren insbesondere Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999), dass die Verhaftung in dem gewohnten System der Therapie in einer Praxis oder Klinik mit anschließender Entlassung in ein nach wie vor für die Patienten nicht zu bewältigendes pathogenes Familienumfeld oder Alleinleben überdacht werden muss. Statt dessen ist nach Ansicht der Autoren eine soziale Umgebung notwendig, in der die Erkrankten ihr Leben zeitweise erproben können, bis keine Unterstützung mehr notwendig ist und der eventuell krankmachende Familienstil nicht fortgesetzt wird. Statt Isolation oder symbiotischem Zusammensein sollte der erdrückende Einfluss der Eltern zurückgedrängt und die Individualität des Erkrankten gefördert, der Kontakt mit vielen, insbesondere „erfahreneren“ Patienten (bzw. deren Eltern untereinander) ermöglicht werden: „Hilfestellung für andere ist nicht nur Übernahme von therapeutischen Aufgaben, sondern wird selbst zum therapeutischen Hilfsmittel. Helfen wird zum praktischen Einüben neuer Umgangsformen, in denen Verständnis und Rücksichtnahme wichtiger sind als Leistung und Ansehen“ (Gerlinghoff, Backmund und Mai 1999, S.259).

Als zwar nicht ohne weiteres in unsere Gesellschaft verpflanzbares, aber dennoch hilfreiches Modell wird das Kibbuz genannt, in dem nach einer Untersuchung von Kaffman (1989) bis zur Ausbreitung „normaler“ Familienstrukturen keine A.n. aufgetreten war.

3.1.7 Verlauf und Prognose

Auch die Beurteilung von Verlauf und Prognose ist in der Literatur erwartungsgemäß divergent dargestellt. Grundsätzliche Einigkeit besteht darüber, dass die A.n. ohne therapeutische Intervention nur selten remittiert und sehr individuell verlaufen kann. In den letzten 25 Jahren vor der

Jahrtausendwende hatte es in der Therapie der A.n. keinen Durchbruch gegeben (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999). Sie bleibt die psychiatrische Erkrankung mit der höchsten Mortalität (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, Mattejat und Warnke, 2008).

Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort sprechen 1997 von einem Behandlungserfolg, wenn das Patientengewicht innerhalb eines 15-Prozent-Rahmens unter dem altersspezifischen Idealgewicht liegt und die Menstruation regelmäßig erfolgt. (Allerdings wäre es ein Fehler zu denken, dass mit dem (Wieder-)Einsetzen der Menses die Krankheit überwunden sei (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999)). Dieses Ziel erreichen 60%, eine definitive Heilung aber nur 30-50%. Bei 30% kann eine geringfügige Besserung verzeichnet werden, 20% chronifizieren, die Mortalität wird mit 5-10% angegeben (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997).

Steinhausen (2005; 2006) differenziert seine prognostischen Werte zwischen einer jugendlichen Kohorte und der Gesamtheit der Erkrankten und gibt seine Zahlen zudem auf zwei Ebenen an: Auf der Symptomebene erreichen auch laut seinen Ergebnissen 60% aller Betroffenen eine Gewichtsnormalisierung und 57% eine regelmäßige Menstruation, bei 46% stellt sich ein „normales“ Essverhalten ein (diese Zahlen sind allerdings Mittelwerte aus Studien mit beträchtlichen Variationsbreiten). Auf Basis von 31 Verlaufsstudien kommt es bei den untersuchten Kindern und Jugendlichen bei 68% zur Gewichtsnormalisierung, bei 65% zu einer normalen Regelblutung und bei immerhin 52% auch zu einem regelgerechten Essverhalten.

Auf der kategorialen Ebene von Heilung/Besserung/Chronifizierung gibt der Autor 45% als langfristig geheilt (Kinder und Jugendliche: 52%), 33% als gebessert (Kinder und Jugendliche: 29%) und 20% als chronifiziert (Kinder und Jugendliche: 19%) an. Die Mortalität wird hier etwas niedriger mit 5,5 % (Kinder und Jugendliche: 2,2%) beziffert (Steinhausen, 2005; Steinhausen 2006).

Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999) nennen ebenso eine Mortalität von etwa 5%, die häufiger durch Elektrolytverschiebungen als durch Folgen der Auszehrung (Nierenversagen, Pneumonie etc.) verursacht wird, wobei häufig die genaue Todesursache unerkant bleibt. In einer späteren Publikation führen Gerlinghoff und Backmund (2006) tachy-arrhythmische Episoden als Hauptursache für den plötzlichen Tod Magersüchtiger an, die vor allem bei raschem Gewichtsverlust und niedrigem BMI auftreten können. Schwere kardiovaskuläre Komplikationen werden aber auch im Zusammenhang mit zu schneller „Auffütterung“ beschrieben (Casiero und Frishman, 2006). Die Mortalität steigt mit zunehmender Katamnesedauer (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Einige Untersuchungen zeigen, dass bei je 25% der Patienten eine Chronifizierung oder die Entwicklung anderer psychiatrischer Erkrankungen beobachtet werden kann (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999). Die Verlaufsforschung ist allerdings aufgrund Unsicherheiten bei der

Diagnose, zu kurzer Zeitintervalle bis zur Katamnese sowie angreifbarer oder nicht vergleichbarer Methoden der Datenerhebung eher als problematisch zu bewerten. Zukünftige Untersuchungen müssten sich besonders auf den Vergleich ambulanter und stationärer Behandlungsformen, die Möglichkeiten zur Verhinderung von Rückfällen sowie die Auswirkungen spezifischer Komponenten der Therapie konzentrieren. Frühere Analysen hatten sich hauptsächlich mit der Gewichtswiederherstellung und psychotherapeutischer Hilfe unter stationären Bedingungen beschäftigt, die bei 80% der Patienten unter bestimmten Bedingungen wie Vertrauen zum therapeutischen Team etc. erfolgreich verlaufen kann (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

In der etwas älteren Literatur wird noch von einer Chronifizierung bei etwa einem Drittel der Patienten und einer Sterberate von 10-15% (3-5% davon Suizide) gesprochen (Eggers et al., 1994).

Bereits aus den o.g. Zahlen von Steinhausen (2005; 2006), aber auch aus vielen weiteren Veröffentlichungen lässt sich ablesen, dass vor allem für jüngere Patienten (trotz häufigerer stationärer Wiederaufnahmen) gegenüber Erwachsenen eine günstigere Prognose besteht (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2005; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008), Herpertz-Dahlmann und Warnke (2006) berichten von guten Heilungserfolgen bei 70-80% der Adoleszenten, allerdings muss darauf hingewiesen werden, dass bei präpubertären Kindern wiederum die Heilungs- und Besserungsaussichten, insbesondere bezüglich Größenwachstum und Sexualentwicklung, wesentlich schlechter sind (Steinhausen, 2005).

Neben dem Alter spielen noch andere Prognosefaktoren eine signifikante Rolle für den Verlauf der Krankheit. Als günstig gelten ein längerer Beobachtungszeitraum der Patienten, eher hysterische Persönlichkeitsanteile, eine konfliktarme Eltern-Kind-Beziehung, wenige stationäre Behandlungen von kurzer Dauer, kurzes Intervall zwischen Krankheits- und Behandlungsbeginn sowie ein höherer Bildungs- und Sozialstatus, wobei Steinhausen (2005) darauf hinweist, dass nicht alle Studien diese Ergebnisse bestätigen.

Als ungünstig für den Verlauf einer A.n. gelten Erbrechen bzw. bulimische Episoden, eine anankastische Persönlichkeitsstruktur, hoher Gewichtsverlust (BMI < 13 bei jugendlichen Patienten), Chronizität, prämorbid psychische Auffälligkeiten, lange Krankheitsdauer vor Therapiebeginn sowie das männliche Geschlecht (in der älteren Literatur, z.B. bei Eggers et al. (1994), werden längere Krankheitsdauer, Erbrechen und zudem Laxanzienmissbrauch zwar schon als wahrscheinliche, aber noch nicht gesicherte negative Prädiktoren bezeichnet). Bei den negativen Prognosefaktoren ist die Studienlage insgesamt eindeutiger (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2005; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; DGKJP, 2007). Nicht unerwähnt bleiben soll auch an dieser Stelle die Rolle des bereits besprochenen Leptins: Eine Hyperleptinämie

während des Gewichtsaufbaus wird als Risikofaktor für einen Rückfall angesehen (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, Mattejat und Warnke, 2008).

Bei den etwa 20% chronifizierten Fällen stehen vor allem die depressiven und psychosexuellen Störungen im Vordergrund und können auch trotz Abnahme der Gewichtsproblematik persistieren. Bei diesen Patienten wird auch noch einmal gesondert eine psychiatrische Komorbidität als prognostisch ungünstig betont (Eggers et al., 1994 ; Steinhausen, 2006).

Anorektiker leiden zudem in späteren Lebensphasen häufiger an Angst- und Zwangserkrankungen sowie affektiven Störungen (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Die Wahrscheinlichkeit eines Übergangs von einer anorektischen in eine bulimische Phase wird unterschiedlich bewertet: Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997) bezeichnen sie als gering, laut Eggers et al. (1994) werden derartige Übergänge häufig nach einer vorangegangenen Besserung der A.n. gefunden.

In der Literatur werden auch einige häufige Fehlerquellen auf Seiten des Therapeuten genannt, wie z.B. eine einseitige kausale Betrachtung, eine ungenaue Fixierung von Zieldaten oder eine Überschätzung der Patienten-Compliance (Schmidt, 1993; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997). Die Drohung mit einer schlechten Prognose bei Behandlungsverweigerung o.ä. gilt gemeinhin als nicht zielführend, hingegen werden eine konsequente Einbettung in eine entsprechende Versorgungskette, die Begrenzung auf vorläufige Therapieziele sowie gemeinsame Überlegungen, zu einem späteren Zeitpunkt eine weitergehende oder andere Psychotherapie aufzunehmen (zur Vermeidung von „Machtkämpfen“ bzw. iatrogener Chronifizierung) als hilfreich bewertet (Eggers et al., 1994; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Allgemeingültige Kriterien für eine spezielle Interventionsstrategie in Abhängigkeit von spezifischen „Krankheitsstadien“ existieren nicht. Das Recht auf Zwangseinweisung sollte allerdings nie gänzlich aus den Augen verloren werden. Primär darf man in jedem Fall nicht vergessen, dass es auch bei langwierigen Verläufen immer wieder zu positiven Wendungen kommen kann. Bereits William Gull wusste 1873: „None of these cases, however exhausted, are really hopeless as long as life exists“ (zitiert nach Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008, S.242).

3.2 *Bulimia nervosa*

3.2.1 Definition

Auch die *Bulimia nervosa* (im folgenden 'B.n.' abgekürzt) wird den psychosomatischen Erkrankungen aus der Gruppe der Essstörungen zugeordnet. Kennzeichnend sind dabei regelmäßig auftretende heftige Heißhungerattacken, bei denen die Patienten im Zustand eines subjektiv

empfundene Kontrollverlustes große Mengen an Nahrungsmitteln verschlingen. Dieses abnorme Essverhalten verursacht bei den Betroffenen Angst- und Schuldgefühle und mündet in intensive Bemühungen, durch verschiedene Verhaltensweisen wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen die vermeintlich negativen Folgen der übermäßigen Nahrungsaufnahme zu kompensieren.

Obgleich sich auch Bulimiepatienten scharf definierte Gewichtsgrenzen setzen und häufig ihren eigenen Körperumfang problematischer bewerten als angemessen, besteht bei den Betroffenen häufig Normalgewicht. (siehe 3.2.5)

3.2.2 Epidemiologie

Bei der Abschätzung der Prävalenz der B.n. muss von einer höheren Dunkelziffer als bei der A.n. ausgegangen werden, da aufgrund des häufig unauffälligen Körpergewichts und der als beschämend empfundenen Symptomatik viele Erkrankte weder in der Öffentlichkeit auffällig werden noch einen Arzt oder Therapeuten aufsuchen (Eggers et al., 1994; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). Goodman, Scott und Rothenberger (2007) dazu: „Auch wenn epidemiologische Studien darauf verweisen, dass Bulimie in der allgemeinen Bevölkerung weiter verbreitet ist als Anorexie, ist sie in klinischen Untersuchungsgruppen unterrepräsentiert“ (ebd., S.244). Das mag mit der Tatsache in Verbindung stehen, dass die B.n. erst 1979 umfassend beschrieben und 1980 als „Krankheit“ offiziell anerkannt wurde (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Dem entsprechend divergent sind die Zahlen in den verschiedenen Quellen: Schmidt (1993) nennt eine Prävalenz von 2% unter Spätadoleszenten, bei Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997) werden 1% (Risikogruppen wie Tänzer und Models bis 20%) und bei Eggers et al. (1994) sowie Ettrich und Pfeiffer (2001) sogar bis zu 5% angegeben. Neuere Veröffentlichungen gehen aktuell von 1-3% aus (Steinhausen, 2006; Herpertz-Dahlmann, Resch und Schulte-Markwort, 2008; Herpertz et al., 2011). Mildere Verläufe mit nur teilweiser Symptomausprägung zeigen bis 8% der heranwachsenden Mädchen (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2006). Bulimische Phasen im Kontext einer A.n. werden von 16-50% der Patienten entwickelt (Steinhausen, 2006).

Weitgehende Einigkeit besteht darüber, dass es eine noch deutlichere Präferenz zum weiblichen Geschlecht gibt als bei der A.n. und der Erkrankungsgipfel mit 16-25 Jahren später in der Übergangsphase vom Jugendlichen zum Erwachsenen liegt. Erkrankungen vor dem 12. Lebensjahr sind äußerst selten (Schmidt, 1993; Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Gerlinghoff und Backmund, 2006; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). Hingegen wird die Frage, ob die Prävalenz der B.n. sowie der Anteil männlicher Patienten im Begriff ist zu steigen, kontrovers diskutiert, wobei sich die Stimmen mehren, dass die B.n.-

Neuerkrankungen durch den steigenden Einfluss soziokultureller Faktoren zunehmen (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Gerlinghoff und Backmund, 2006; Herpertz-Dahlmann, Resch und Schulte-Markwort, 2008).

3.2.3 Ätiologie und Pathogenese

Obwohl die B.n. (Synonym: Hyperorexia nervosa) weithin als eigenständiges Krankheitsbild angesehen wird, ähneln die pathogenetischen Vorstellungen der meisten Autoren sehr denen bei der A.n. und werden häufig in einem gemeinsamen Kapitel beschrieben. Ebenso erschweren die auch bei anorektischen sowie adipösen Patienten gelegentlich vorkommenden Heißhungerattacken mit anschließendem Erbrechen die trennscharfe Beschreibung der B.n. und der ihr zugrunde liegenden Mechanismen (auf bulimische Attacken im Rahmen einer A.n. oder einer gewaltsamen Abmagerungskur bei Adipösen soll hier nur am Rande eingegangen werden). Dem Rechnung tragend, werden an dieser Stelle daher nur die in der Literatur genannten bulimiespezifischen Besonderheiten bei der Krankheitsentstehung beschrieben.

Auch die ätiologischen bzw. pathogenetischen Konzepte der B.n. folgen einem multifaktoriellen Modell, bei dem die Kombination individueller, familiärer, biologischer und soziokultureller Risikofaktoren krankheitsauslösend wirken kann (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). Auffällig ist jedoch, dass es in den verschiedenen Quellen eine deutliche Verschiebung der Erklärungsansätze zugunsten des psychologischen und soziokulturellen Momentes gibt.

a) Individuelle Risikofaktoren:

Patienten, die bereits an einer A.n. erkrankt waren, haben ein signifikant höheres Risiko, eine Bulimie zu entwickeln, die häufig den als erfolglos erlebten Diätversuchen folgt (Schmidt, 1993; Steinhausen, 2006). Bulimiker scheinen zudem durch eine primär depressive und unter fehlender Zuneigung leidende Persönlichkeitsstruktur gekennzeichnet (Schmidt, 1993). Im Unterschied zu Anorektikern sind sie häufig nur mit einem geringen Selbstwertgefühl ausgestattet (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997), weniger ausdauernd und kontrolliert, frustrationsintoleranter, sexuell aktiver und extrovertierter (Eggers et al., 1994; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Neben individuellen Risikofaktoren, die für eine A.n. kennzeichnend sind (siehe 3.1.3), benennt Steinhausen (2006) Reifungs- und Identitätskrisen sowie einige externe Stressoren und auslösende Ereignisse wie familiäre Belastungssituationen als Mitverursacher für eine B.n.

Das sexuelle Verhalten ist in der Regel nicht betroffen, im Beziehungsgebaren der Erkrankten sind

manchmal Züge mangelnder Befriedigung durch Bindung erkennbar (Eggers et al., 1994). Sexueller Missbrauch wiederum gilt als unspezifischer Risikofaktor, der vor allem die Prognose der Erkrankten verschlechtert (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Laut Eggers et al. (1994) „zeigen die Patientinnen oft eine tiefgreifende Problematik der Selbstakzeptanz, erwarten offenbar wenig Befriedigung von Möglichkeiten einer aktiven Lebensbewältigung und bekämpfen gleichzeitig ausgeprägte Bedürfnisse nach passivem Umsorgtsein“ (ebd., S.252), womit sie Anhaltspunkte für eine ursächlich „frühe Störung“ (ebd.) gäben. Die Autoren werfen zudem die Frage auf, „ob nicht grundsätzliche Probleme des Selbstverständnisses und der Selbstverwirklichung in einer weitgehend traditionsentbundenen Wohlstandsgesellschaft bedeutsam sind, wie dies ja auch bei den Suchtproblemen zu diskutieren ist“ (ebd.) und rückt die B.n. damit näher an andere Suchterkrankungen. Diese Vermutung wird durch das Vorliegen von Alkoholismus als individueller Risikofaktor gestützt (Schmidt, 1993).

Unter den herangezogenen Autoren widersprechen nur Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997) eindeutig der Überlegung einer einheitlichen psychostrukturellen Genese und ordnen die B.n. als reines Symptom verschiedener Störungen ein.

b) Familiäre Risikofaktoren:

Bei der Beschreibung der familiären Risikofaktoren werden in der Literatur weitestgehend dieselben Mechanismen wie bei der A.n. genannt. Allerdings gibt es Abweichungen in den Überlegungen zur Rolle der Mutter, obgleich dieser auch bei der Entstehung der B.n. bei jungen Frauen eine gewichtige Rolle zugewiesen wird. Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997) sprechen von einer Beziehungsstörung zum frühen mütterlichen Objekt und einem ungestillten „Objekthunger“ des später bulimischen Mädchens. „Das frühe Kommunikationsmedium Essen wird zum Träger dieser ambivalenten Gefühle und steht fortan sowohl für die Hoffnung auf Sättigung als auch für die Angst vor Überschwemmung mit „vergifteten“ Abwehrwünschen der Mutter“ (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997, S.394). In der Postadoleszenz, dem für die Bulimie typischen Entstehungszeitpunkt (siehe 3.2.2), kann dieser Konflikt nun exazerbieren: „In der nun folgenden Partnerwahl offenbaren sich erstmals Ahnungen auf das Ausmaß und die Endgültigkeit der frühen Frustration“ (ebd.).

Insgesamt werden den familiären Belastungsmomenten eine höhere Bedeutung beigemessen als bei A.n.-Patienten (Steinhausen, 2006), die häuslichen Verhältnisse bei Bulimikern sind öfter durch psychische Erkrankungen und Zerwürfnisse geprägt (Eggers et al., 1994). Darunter finden sich sowohl häufigere offene Konflikte und heftiger Affektausdruck, als auch Mangel an Fürsorge, körperliche Misshandlung, Störung der elterlichen Ehe und Substanzmissbrauch. Wie bei der A.n.

scheinen die Herkunftsfamilien häufig von starker Leistungsorientierung geprägt zu sein (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

c) Biologische Risikofaktoren:

Anhand von Zwillingsuntersuchungen werden auch bei der B.n. genetische Einflüsse diskutiert (Steinhausen, 2006), obgleich deren Bedeutung uneinheitlich und als wahrscheinlich weniger wirksam als bei der A.n. bewertet wird (Schmidt, 1993; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Da es bei B.n. - Patienten in der Regel nicht zu einer ausgeprägten Starvationsphase kommt, sind die bei der A.n. beschriebenen endokrinologischen Wechselwirkungen nicht zu übernehmen.

Die Abnahme des Serotoninstoffwechselproduktes 5-Hydroxyindolessigsäure im Liquor ist bei Bulimikern nicht zu finden, allerdings eine Erhöhung nach normalisiertem Essverhalten.

Noch nicht endgültig geklärt ist, inwiefern das signifikant häufigere Auftreten einer B.n. bei jungen Diabetes-Patienten (vornehmlich Typ I) Folge der Zuckerstoffwechselerkrankung ist (Steinhausen, 2006). Perinatale Risikofaktoren sind bei B.n. - Patienten nicht bekannt (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

d) Soziale Risikofaktoren:

Auch bei der B.n. wird den soziokulturellen Einflüssen eine entscheidende Bedeutung zugeschrieben, insbesondere was die jeweiligen gesellschaftlichen Ideale bezüglich Selbstwert, Selbstkontrolle, Schönheit, Weiblichkeit und Leistungsfähigkeit betrifft (siehe A.n., 3.1.3). Die von einigen Autoren postulierte Zunahme der Prävalenz von Essstörungen wird, wie bereits beschrieben, diesem Risikofaktor angelastet (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Dabei formulieren Gerlinghoff und Backmund (2006) auf Basis einer Studie von Keel und Klump (2003) sogar die These, dass – aufgrund des weitaus stärkeren Zusammenhangs mit soziokulturellen Faktoren – nur die Neuerkrankungen der B.n. und nicht der A.n. zunehmen würden.

Noch einmal soll an dieser Stelle betont werden, dass nicht unbedingt die Zugehörigkeit zu einer bestimmten gesellschaftlichen Schicht (Steinhausen, 2006), wohl aber der westliche Lebensstil als wesentlich bei der Entstehung der B.n. (und auch der A.n.) angesehen wird. Bei Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2008) findet sich sogar die Aussage: „Die kausale Verknüpfung zwischen der Rezeption überschlanke Models und der Ausbildung bulimischer Symptomatik kann als gesichert angenommen werden“ (ebd., S.77). Und weiter (und im Unterschied zur A.n.): „Während die selbstintendierten Gewichtsabnahmen in verschiedenen Kulturkreisen auftreten können, scheint die Entwicklung der bulimischen Symptomatik an die Verfügbarkeit von Lebensmitteln und an die

Konfrontation mit einem Körperbild im Kontext des westlichen Schlankheitsideals gebunden. [...] Der Kontext eines westlichen Körperideals und die Selbstwahrnehmung von Gewichtsproblemen werden zur Voraussetzung für die Entwicklung einer B.n.“ (ebd., S.12).

Dabei beziehen sich die Autoren auch auf eine Untersuchung auf den Fidschi-Inseln, bei der nach Einführung des Fernsehens ein markanter Anstieg von Diätversuchen, selbstinduziertem Erbrechen sowie höhere Scores des auch in dieser Arbeit untersuchten Fragebogens Eating Attitudes Test (EAT-26) zu verzeichnen waren. (Gleichzeitig wird aber auch betont, dass Medien zum Teil auch nur bestehende Schönheitsideale aufgreifen, die genauso intensiv in „Peer-Groups“ wie der Familie oder unter Gleichaltrigen vermittelt und verschärft werden) (Becker et al., 2002; Halliwell und Harvey, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

In unseren Breiten führen etwa ein bis zwei Drittel der Teenager aus o.g. Gründen (Selbstwert und -kontrolle, Schönheitsideal, Leistungsfähigkeit) eine Diät durch, von denen 10% an einer partiellen oder bulimischen Essstörung erkranken (sowie 1% an einer A.n.). In der 2. Generation von Migranten in westliche Industrieländer steigt die Prävalenz dieser Erscheinungen im Vergleich zu den Heimatländern signifikant an (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

e) Krankheitsunterhaltende Faktoren:

Auch in diesem Punkt bezieht sich die Literatur bei der B.n. vorzugsweise auf psychologische Mechanismen: Insbesondere der Kreislauf aus Hungerattacken, Erbrechen, Schuldgefühlen, erneuter Diät mit sich anschließenden erneuten Heißhungeranfällen dokumentiert sich gegenseitig verstärkende und bedingende Reaktionen (Steinhausen, 2006).

Da es, wie bereits beschrieben, bei Bulimikern häufig nicht zu einer ausgeprägten Starvation kommt, können die Folgen einer neurobiologischen Dysregulation auf Stimmung, Essverhalten etc. nur im geringen Maße wirksam werden.

Das bei der A.n. dargestellte integrierte Modell der Krankheitsentstehung wird in der Literatur mit den hier genannten Besonderheiten auch auf die B.n. angewendet. Obgleich die Bulimie als eigenständige Entität betrachtet wird, zeigen die herangezogenen Quellen doch deutliche Unschärfen besonders in der ätiologischen Abtrennung von der A.n. Dabei entsteht der Eindruck, dass die B.n. doch nach wie vor eher in einem Kontinuum mit der A.n. gesehen wird, wobei sich bei den Überlegungen zu den pathogenetischen und vor allem krankheitsunterhaltenden Faktoren die Gewichtung im Vergleich zur A.n. vom Biologisch-Endokrinologischen zum Psychologischen zu verschieben scheint. Besonders familiäre Belastungen und bestimmte (prämorbid) Persönlichkeitsstrukturen wirken dabei eher in Richtung einer B.n.

3.2.4 Klinik

Das Leitsymptom der B.n. sind die regelmäßig auftretenden Essanfälle. Diese treten im Durchschnitt drei bis fünf mal wöchentlich auf und dauern im Mittel 2 Stunden, wobei eine Bandbreite von 15 Minuten bis zu mehrere Tagen beschrieben ist. Die Erkrankten nehmen dabei 1000 bis 55 000 Kilokalorien zu sich, meistens in Form von süßen, weichen, hochkalorischen Speisen (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006). Obwohl in der Literatur eben von einem „Anfall“ gesprochen wird, sind die Episoden häufig durch einen rituellen Charakter geprägt, wobei die Betroffenen mit großer Heimlichkeit vorgehen. Dieser Umstand sowie das häufig unauffällige Äußere der Patienten (s.u.) und das in Gegenwart anderer meist normale Essverhalten ermöglicht bzw. erzwingt bei Bulimikern nicht selten eine Art Doppelleben zwischen dem „Geheimnis“ der Erkrankung und der Außenwelt.

Während der genannten Attacken nehmen die Betroffenen nur eingeschränkt wahr, was und wie viel sie verzehren, entwickeln kaum ein Sättigungsempfinden und erleben ein ausgeprägtes Gefühl von Kontrollverlust. Die Exterozeption ist insgesamt deutlich eingeschränkt (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006).

Den Anfällen schließen sich Gefühle von Scham und eigenem Versagen, Selbstvorwürfe, körperliche Schwäche, Zuwendungs- bis Verschmelzungswünsche, Depressionen und Suizidgedanken an, aber in der Regel keine Wut oder Ärger (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006). Die Betroffenen wissen, dass ihr Essverhalten abnorm ist und fürchten, nicht aus eigenem Antrieb damit aufhören zu können. Diesen Gefühlen und der Angst, dick zu werden, begegnen sie mit selbstinduziertem Erbrechen (in der Häufigkeit von alle zwei Wochen bis 15 mal täglich!) und episodenisem Fasten, seltener mit extremem Sport oder auch dem Einsatz von Diuretika und Laxanzien (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2006).

Die Bulimie stellt damit eine Lösung des intrapsychischen Konfliktes „fressen, aber nicht zunehmen wollen“ dar. Den Patienten sind dabei ein eingebildetes oder tatsächliches Zu-dick-sein, aber auch Probleme mit der Betonung der weiblichen Körperkonturen bewusst, aber nicht die „Funktion“ der Bulimie (Eggers et al., 1994).

An dieser Stelle beginnt auch bei der Beschreibung der Klinik der B.n. die latente Unschärfe in der Abgrenzung zu anderen Essstörungen hervorzutreten: Im Vorwort der aktuellen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen wird dezidiert erwähnt, dass das klinische Erscheinungsbild der B.n. in mancher Hinsicht dem der A.n. ähnelt. Als zentrale Symptome werden wiederkehrende Essanfälle, gefolgt von Maßnahmen zur Gewichtsreduktion genannt (DGPM, DKPM, 2010). Laut Steinhausen (2006) übergeben sich nicht alle bulimischen Patienten, wohl aber

ist Erbrechen fast immer ein Hinweis auf das Vorliegen einer Bulimie. Auch diesem Autor folgend ist die Verknüpfung der Essattacken mit diätetischen Versuchen typisch. Die Verbindung von Nahrungskarenz und Heißhungeranfällen tritt allerdings auch, wenngleich in umgekehrter Reihenfolge, bei der A.n. auf. Ein Übergang in eine Bulimie bzw. bulimische Phase ist dann bei 20%-60% der Patienten möglich (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006), bei der aber offenbar die anderen typischen, vor allem eben psychodynamischen Symptome der B.n. fehlen. Sofern tatsächlich das Erbrechen nicht als zwingendes Symptom einer Bulimie zu werten ist, muss auch die Frage nach der Abgrenzung zum reinen „binge eating“ gestellt werden (am ehesten wohl durch die Tendenz zum Übergewicht bei Letztgenanntem), das an dieser Stelle aber nicht näher verfolgt werden kann.

Die oben beschriebenen Essattacken können durch verschiedene emotionale Zustände wie innere Spannung, Leere und Langeweile, Unzufriedenheit, Einsamkeit, Angst oder depressive Episoden ausgelöst werden, bei denen der Anfall kurzzeitige Entlastung bringt. Der sich dabei entwickelnde Suchtcharakter wird von den Patienten verzweifelt und vergeblich bekämpft (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2006).

Körperliches Unwohlsein, Erschöpfung, Mangel an weiteren Nahrungsmitteln, Erbrechen, Schlaf, Aktivitäten oder das Hinzukommen von Dritten beenden meistens die Episoden, bis es durch die beschriebenen Triggermechanismen zu einer neuen Attacke kommt. Diese sich wiederholenden Zyklen können zu depressiven Verstimmungen bis hin zu Suizidgedanken führen (Steinhausen, 2006).

Das Körpergewicht der B.n.-Patienten ist in der Regel normal oder schwankt (Eggers et al., 1994; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). In der älteren Literatur wird dem noch widersprochen und empfohlen, bei einer normgewichtigen Bulimikerin von einer atypischen Verlaufsform auszugehen und die Diagnose zu überprüfen (Schmidt, 1993) (Möglicherweise wird bei dieser Einschätzung wiederum eher von einer bulimischen Episode im Rahmen einer A.n. ausgegangen).

Die Gedanken von Bulimikern sind ähnlich denen von Anorektikern psychopathologisch zentriert auf Nahrung, Gewicht und Figur. Die Patienten zeigen eine ausgeprägte Sorge, zuzunehmen und lenken ein Gespräch schnell auf dieses Thema. Das Ausmaß der Körperschemastörung ist allerdings geringer ausgeprägt als bei Magersüchtigen (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2006).

Insbesondere im Vorfeld einer Attacke beschäftigen sich die Betroffenen andauernd mit Nahrung und dem Wann, Wie und Wo eines möglichen Essanfalls. Dabei kommt es nicht selten dazu, dass sich die Patienten verschulden müssen, um die riesigen Mengen von Lebensmitteln zu beschaffen oder zum Beispiel im Elternhaus den kompletten familiären Kühlschrank leeren (Knölker, Matzejat

und Schulte-Markwort, 1997).

Neben den genannten nahrungsbezogenen Symptomen zeigen Bulimiker im Rahmen von komorbiden Störungen häufig depressive Züge (40-60% der Patienten) - laut Steinhausen (2006) mehrheitlich als Folge der Krankheit, wobei die Depression auch als individueller Risikofaktor genannt wird (siehe 3.2.3). Zudem treten mangelnde emotionale Stabilität, Ängstlichkeit bis hin zur Angststörung, Impulsivität, Orientierung an äußerer Kontrolle sowie Tendenzen zur Zwanghaftigkeit auf. Hinzu kommen nicht selten Drogenmissbrauch - Alkohol, Barbiturate und Amphetamine (die durch Labilisierung der emotionalen Kontrolle die bulimische Symptomatik weiter verschlimmern können) - sowie Diebstahl (Gerlinghoff und Backmund, 2006; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Im Gegensatz zu Anorektikern sind bulimische Patienten sexuellem Kontakt gegenüber eher aufgeschlossen (Eggers et al., 1994).

Obwohl die Patienten wie oben beschrieben nur in seltenen Fällen untergewichtig oder mangelernährt sind, können sich insbesondere durch das häufige Erbrechen sowie durch Laxanzien- und Diuretikamissbrauch somatische Komplikationen ergeben. Dazu zählen Elektrolytentgleisungen bis hin zum Pseudo-Schwarz-Bartter-Syndrom (hypokaliämische hypochlorämische Alkalose) mit konsekutiven Nierenfunktions- und Herzrhythmusstörungen sowie Tetanie, Muskelschwäche und -krämpfen. Des Weiteren können Myotonien in Folge von Ipecacuanha-Abusus, Parotishypertrophien, Karies, Ösophagitiden, Pharyngitiden, Gastritiden, Pankreatitiden, Osteoprose sowie Polyneuropathien auftreten. Selten kann es zu zerebralen Krampfanfällen und Magenerweiterungen bis -rupturen kommen. Äußerlich können die Patienten durch eine gewisse Voralterung aufgrund Veränderungen des Hautcolorits auffallen (Eggers et al., 1994; Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Steinhausen, 2006). Zudem kann es bei bis zu 50% der Patientinnen zu Zyklusunregelmäßigkeiten und bei ca. 5% zur Amenorrhoe kommen. Diese Symptome sind nach heutiger Kenntnis nicht zwingend von massivem Gewichtsverlust abhängig, aber eben doch eher Folge als Ursache der Fehl- bzw. Mangelernährung (vgl. 3.1.3 und 3.1.5) (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Da eine B.n. auch verstärkt im Rahmen eines Diabetes mellitus (insbesondere Typ I) auftreten kann (siehe 3.2.3), ist in diesem Fall mit entsprechenden Komplikationen einer häufig auftretenden Verweigerung gegen die Therapie mit dem anabolen Insulin zu rechnen (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006). Die gefährliche Gemengelage aus „Stigma“ der Grunderkrankung Diabetes, versuchter Gewichtskontrolle durch Auslassen der Insulintherapie („Insulin-Purging“), häufigen Stoffwechsellentgleisungen, damit einhergehenden seelischen Belastungen zusätzlich zur bereits bestehenden bulimischen Psychopathologie und die sich in dieser

Konstellation teilweise gegenseitig verstärkenden Probleme müssen zwingend in die diagnostische und therapeutische Betrachtung beider Krankheiten einbezogen werden.

3.2.5 Diagnostik

In Anlehnung an die ICD-10 (Kodierung F50.2) werden zur Diagnose einer typischen B.n. die folgenden Kriterien beschrieben:

- andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln
- Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden
- Versuch, dem dick machenden Effekt von Nahrungsmitteln durch verschiedene kompensatorische Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika; bei Diabetikern kann es zur Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen
- Krankhafte Furcht, dick zu werden
- häufige Vorgeschichte einer A.n. bzw. A.n. - Episode (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Das DSM-IV (307.51) definiert den Begriff „Essattacke“ und deren zur Diagnose B.n. notwendige Häufigkeit noch etwas näher (drei Monate lang mindestens zwei mal pro Woche – laut aktueller Informationen im DSM V auf einmal pro Woche gesenkt) und führt das gestörte Selbstwertgefühl als weiteres Kriterium ein. Zwar wird auch ein Bezug zur A.n. hergestellt, allerdings in dem Sinne, dass die B.n. nicht ausschließlich während Episoden von ebendieser auftritt. Zudem werden hier zwei Subtypen unterschieden: Der Purging-Typus mit während der bulimischen Episode regelmäßig induziertem Erbrechen (oder Einsatz von Diuretika, Laxanzien oder Klistiere) und der Nicht-Purging-Typus mit anderen unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (z.B. Hyperaktivität) (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Gerlinghoff und Backmund, 2006; American Psychiatric Association, 2014).

Die dargestellten Kriterien zeigen, dass es bei der Diagnostik der B.n. (im Gegensatz zur A.n.) vor allem auf die Angaben der Betroffenen selbst ankommt, insbesondere aufgrund des unter 3.2.4 beschriebenen „Doppellebens“ und den nur sehr selten auffälligen Äußerlichkeiten. Dafür werden zum Beispiel Essprotokolle oder Fragebogen (zu deren Bedeutung bei Essstörungen im

Allgemeinen siehe 3.1.5) verwendet. Erst wenn es zu somatischen Komplikationen (siehe 3.2.4) oder zu Auffälligkeiten für das Patientenumfeld und damit zu einer suffizienten Fremdanamnese kommt, wird die Diagnostik eventuell objektiver, verläuft dann aber häufig auch protrahiert (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006). Die neueren paraklinischen Parameter scheinen im Gegensatz zur A.n. weniger aussagekräftig: Im Akutstadium ist der Leptinspiegel i.d.R. unauffällig, bei normgewichtigen B.n. - Patienten konnten nur z.T. erniedrigte Werte gefunden werden. Beim Ghrelin könnte ein fehlender postprandialer Abfall (und damit eine möglicherweise persistierende orexigene Wirkung) Hinweise auf einen Zusammenhang zur B.n. - Symptomatik geben (Gerlinghoff und Backmund, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Ein erhöhter Quotient von Urin-Natrium zu Urin-Chlorid kann nach einer Studie von Crow et al. (2001) ein Hinweis auf bulimisches Verhalten sein. Insgesamt wird die B.n. häufiger übersehen als die A.n. (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Im Rahmen des Anamnesegespräches sollten Laxanzien- und Diuretikamissbrauch sowie anderweitiger Medikamenten- und Drogenabusus erfragt werden, ebenso die unter 3.2.4 genannten körperlichen Begleiterscheinungen wie Halsentzündungen, Parotitiden etc. (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997).

Aus den genannten Komplikationen sowie dem Charakter der Essattacken selbst leitet sich ein großes Spektrum an Differenzialdiagnosen ab: Dazu gehören der Diabetes mellitus und die Adipositas (die wiederum selbst Risikofaktor für eine B.n. sein können!), das Insulinom, die Hyperthyreose, zerebrale Neoplasmen, Schädel-Hirn-Traumen, postiktale Bulimieattacken nach Temporallappenanfällen, Erkrankungen des oberen GI-Traktes (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2005; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006) sowie besonders bei Elektrolytentgleisungen seltene nephrologische Erkrankungen.

Auch muss an andere psychiatrische Erkrankungen gedacht werden, allen voran natürlich die A.n., wobei die Beschreibung der Symptomatik (Essanfälle) sowie die Normgewichtigkeit der Patienten wegweisend sein kann (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). Eine bulimische Symptomatik kann ebenso Symptom einer Borderline-Persönlichkeit sein (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997).

Besonders in einem stationären Rahmen sollte bedacht werden, dass die B.n. „ansteckend“ sein kann, d.h. dass Patienten das bulimische Verhalten von anderen (z.B. Zimmergenossen) erlernen und übernehmen können (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997).

3.2.6 Therapie

Die Therapieansätze bei der B.n. ähneln denen der A.n. (siehe 3.1.6) und basieren auf den fünf Säulen: 1.Gewichtsrehabilitation und Behandlung somatischer Komplikationen; 2.Ernährungsberatung und –therapie; 3.Individuelle Psychotherapie; 4.Einbeziehung der Familie; 5.Behandlung komorbider Störungen (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Daher sollen in diesem Absatz nur noch einmal die bulimiespezifischen Besonderheiten beschrieben werden.

Die Mehrzahl vor allem der erwachsenen Patienten wird ambulant behandelt, wobei der Zeitraum bis zum Beginn einer Therapie häufig länger ist als bei der A.n. (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006). Gründe für eine stationäre Aufnahme sind chronifizierte oder insbesondere durch somatische Komplikationen erschwerte Verläufe sowie, vor allem bei Jugendlichen, Non-Compliance (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006). Remschmidt, Matejat und Warnke (2008) unterbreiten auch für die B.n. ähnlich der A.n. Vorschläge, wann eine Krankenhauseinweisung angezeigt ist (neben o.g. somatischen Komplikationen z.B. auch selbstverletzendes Verhalten, Drogenmissbrauch oder Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung). Dabei werden Kliniken mit speziellen Programmen für essgestörte Patienten empfohlen, bei Nicht-Ausreichen einer ambulanten Therapie kann auch zunächst die Möglichkeit einer tagesklinischen Betreuung in Betracht gezogen werden (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Im stationären Umfeld sollte auf delinquentes Verhalten (z.B. Diebstahl von Nahrungsmitteln) geachtet werden (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997).

Im klinischen Alltag haben sich inzwischen pragmatisch orientierte Kombinationen verschiedener therapeutischer Elemente durchgesetzt (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). Im Rahmen einer individuellen Psychotherapie wird die Bulimie einer Funktionsanalyse unterworfen (Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2006). Dabei sollen die jeweilige Genese und die Situationen, bei denen es zum Impulsdurchbruch kommt, verstanden werden, wobei die ausgeprägte Scham der Betroffenen berücksichtigt werden muss (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997). Häufig erfüllt die Essstörung z.B. eine Funktion innerhalb einer bestimmten Beziehungskonstellation, was im Rahmen einer Paar- bzw. Familientherapie herausgearbeitet werden kann: Für welchen Konflikt stellt die Bulimie einen „Lösungsversuch“ dar? Welche dysfunktionalen Interaktionen unterhalten sie und können ggf. minimiert werden? Wie beeinträchtigt wiederum die Erkrankung die Beziehung ? (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008)

Die verhaltenstherapeutischen Ansätze konzentrieren sich indes auf die Kontrolle des Essverhaltens

und die Vorsorge, dass, zum Beispiel durch das Einbeziehen von Freunden oder Verwandten, möglichst keine Gelegenheit zum Vomitus besteht, um den bulimischen Circulus vitiosus zu durchbrechen. Die Vorgabe eines strukturierten Essensplans (z.T. inklusive kleiner Zwischenmahlzeiten zur Vermeidung von Heißhungerattacken) sowie die Befriedigung des Kontrollbedürfnisses durch regelmäßiges Wiegen können hilfreich sein. Zudem können für den Fall zunehmender Anspannung alternative Verhaltensweisen vereinbart werden (Eggers et al., 1994; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Die kognitiven Therapieansätze sollen ebenfalls den Teufelskreis der B.n. auflösen, indem die abnorme Einstellung gegenüber Nahrung, Gewicht und Essen verändert, soziale und Problemlösungsfertigkeiten verbessert und unangemessene Gedanken und Gefühle kontrolliert werden.

Bei Erwachsenen sind diese kognitiv-behavioralen Behandlungsstrategien in ihrer Wirksamkeit belegt (Evidenzstärke Ia, Empfehlungsgrad B, durch Metaanalysen im Vergleich zu Placebo und Wartelistenbedingungen) und gelten sowohl im Einzel- als auch im Gruppensetting und möglicherweise auch als (reine oder angeleitete) Selbsthilfegruppe als effektivster psychotherapeutischer Ansatz. Bis dato ist allerdings unklar, ob sich die Überlegenheit des Konzeptes auch im Langzeitverlauf zeigt und inwieweit es für Jugendliche modifiziert werden muss (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, Mattejat und Warnke, 2008; Herpertz et al., 2011). Bisher gibt es nur bei der Familientherapie kontrollierte Studien zur Effizienz bei Adoleszenten, die aber noch nicht vollständig geklärt ist. Alternativ können z.B. im Versagensfall der o.g. auch andere Therapieformen wie etwa die psychodynamische Therapie angewendet werden (Le Grange et al. 2007, Herpertz et al., 2011).

Supportiv kann bei einer B.n. die pharmakologische Kurzzeittherapie mit SSRI (meist off-label use!) sinnvoll sein. Diese senken über einen noch nicht verstandenen Wirkmechanismus die Frequenz bulimischer Attacken (insbesondere Fluvoxamin und Fluoxetin). Ebenfalls eignen sie sich zur Therapie komorbider Störungen. Bei starker Zwangssymptomatik wird – wie bei der A.n. - auch das trizyklische Antidepressivum Clomipramin empfohlen. Allerdings ist die Pharmakotherapie mit einer hohen Rückfallquote belastet (was einen häufigen Substanzwechsel notwendig macht) und noch nicht ausreichend durch Studien in ihrer Wirksamkeit belegt (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Kotler et al., 2003; Nissen, Fritze und Trott, 2004; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, Mattejat und Warnke, 2008). In Deutschland ist nur der Wirkstoff Fluoxetin in Kombination mit einer Psychotherapie und nur für Erwachsene zugelassen (Herpertz et al., 2011). Teilweise wird unter der Vorstellung der „Unbezwingbarkeit“ der Essanfälle auch der Einsatz von

Antikonvulsiva propagiert (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

Knölker, Matzejat und Schulte-Markwort (1997) räumen zudem der psychomotorischen und der musiktherapeutischen Behandlung einen besonderen Stellenwert in der Bulimiebehandlung ein. Eine Diätberatung ist zwar weniger wirksam als kognitiv-behaviorale Therapie, reduziert aber bei weniger schwer Erkrankten die Heißhungerattacken und das sich anschließende Erbrechen (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006).

Die Notwendigkeit einer (Gruppen-)Psychoedukation für die Eltern der Patienten soll auch bei der B.n. gesondert erwähnt werden, da es ähnlich wie bei der A.n. in häufigen Fällen zu schweren Verwerfungen in den Familien kommt (Schuldgefühle insbesondere bei den Müttern, Konfliktsituationen beim Essen, Vernachlässigung von Geschwistern etc.) (Knölker, Matzejat und Schulte-Markwort, 1997; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Unter den Komorbiditäten gelten insbesondere Angst- und Zwangsstörungen als (mit)behandlungsbedürftig (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Bei der Therapie der B.n. sollte ebenso auf potentielle Fehlerquellen geachtet werden (vgl. A.n.), z.B. die Bagatellisierung der somatischen Komplikationen und die übermäßige Kontrolle des Essverhaltens bei - ähnlich A.n.-Patienten - üblicherweise hohem Autonomiebedürfnis (Knölker, Matzejat und Schulte-Markwort, 1997; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2008) weisen dezidiert darauf hin, dass es keine spezifische Intervention abhängig von einem spezifischen Krankheitsstadium gibt. Hingegen sollten bestimmte allgemeingültige Grundsätze beachtet werden, so z.B. das sorgfältige Auswählen des richtigen Therapiezeitpunktes (behandlungsmotiviert ist nicht gleich veränderungsmotiviert), das gemeinsame Definieren von Therapiezielen sowie das Zulassen von Alternativen zum eigenen Behandlungsvorschlag.

3.2.7 Verlauf und Prognose

Die B.n. ist in ihrem Verlauf schlechter untersucht als die A.n. (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006). Die vorliegenden Daten lassen allerdings Rückschlüsse auf eine deutlich höhere Chronifizierungstendenz zu (Knölker, Matzejat und Schulte-Markwort, 1997): Steinhausen (2006) geht von 26% aus, Herpertz-Dahlmann und Warnke (2006) von einem Drittel der Patienten. Einige Beobachtungen verweisen auf chronisch-intermittierende Verläufe über viele Jahre (extreme Essphasen alternieren mit Fasten, Diät und normalem Essen) (Steinhausen, 2006). Dem scheinbar entgegen steht eine, zumindest bei Schmidt (1993) angeführte, höhere Neigung zur Spontanremission bei der B.n. im Vergleich zur A.n.

Die weiteren prognostischen Werte sind in der Literatur nicht mehr so differenziert aufgeschlüsselt

wie bei der A.n.: Insgesamt wird die Heilungsrate mit 47,5% und die Besserungsrate mit 26% angegeben (Steinhausen, 2006; Herpertz et al., 2011). Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997) führen bei der Letztgenannten noch eine Spanne von 30 – 90% in Abhängigkeit von den verwendeten Nachuntersuchungskriterien an, bei Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2008) werden sogar langfristige Remissionsraten von 70-90% genannt, die allerdings mit einer langen und intensiven Therapie verbunden sind. Die Angaben zur Mortalität reichen von 0,5 – 5,8%. (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Längere, vor allem chronifizierte Verläufe sind stark von psychiatrischen Komorbiditäten geprägt, dabei treten depressive Symptome bei 25%, Substanzmissbrauch bei 15% und Angststörungen bei 13% auf, hinzu kommen Störungen der Impulskontrolle sowie die Entwicklung von Borderlinepersönlichkeiten (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Steinhausen, 2006).

Die Prognosefaktoren ähneln denen der A.n. (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997), negativ beeinflusst wird der Verlauf der B.n. insbesondere durch Behandlungswiderstand, körperliche Komplikationen, Alkoholmissbrauch, Depression und Suizidalität sowie ein hohes Maß von kritischen Kommentaren durch Familienmitglieder (Steinhausen, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Positiver Prädiktor ist eine Verhaltensänderung in der Initialphase (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

3.3 Binge-Eating und andere Essstörungen

Seit ca. 15 Jahren wird der sog. Binge-Eating-Disorder (im folgenden „BED“) eine zunehmende Bedeutung beigemessen. In der ICD-10 ist sie noch nicht aufgeführt und wäre dort am ehesten der atypischen B.n. zuzuordnen. Im DSM-IV wird sie unter Punkt 307.5 (atypische Essstörung, Binge-Eating-Disorder) genannt, allerdings ohne konkrete diagnostische Richtlinien, sondern nur mit definierten Forschungskriterien. Unter anderem werden postuliert: das wiederholte Auftreten von zeitlich begrenzten Essanfällen (im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen pro Woche während mindestens 6 Monaten); eine dabei aufgenommene Nahrungsmenge die größer ist, als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden; zudem das Gefühl des Kontrollverlustes; schnelleres Essen als normal; deutlicher Leidensdruck aufgrund dieser Anfälle, die aber nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einhergehen und nicht ausschließlich im Verlauf einer A.n. oder B.n. auftreten (Gerlinghoff und Backmund, 2006).

Die BED findet sich vornehmlich bei adipösen Patienten (bzw. ist sie die Ursache der Adipositas) und im Verhältnis zur A.n. und B.n. öfter bei Männern (Verhältnis weiblich zu männlich nur 3 zu 2)

(Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, 2008; Herpertz et al., 2011). Allerdings ist nicht das Übergewicht entscheidend, sondern die mit dem gestörten Essverhalten einhergehende psychische Symptomatik (Gerlinghoff und Backmund, 2011). Obwohl es eben hierbei Ähnlichkeiten zur B.n. gibt (weswegen die BED in der ICD-10 nicht als eigenständige Erkrankung definiert wurde), ist laut Gerlinghoff und Backmund (2006) „im klinischen Betrieb [ist] eine Differenzierung in Bulimia nervosa und BED sehr sinnvoll. Ungefähr 30% der übergewichtigen Patientinnen und Patienten, die wegen einer angestrebten Gewichtsreduktion medizinische Hilfe suchen, leiden an einer Binge-Eating-Störung. Aus medizinischer Sicht sind in erster Linie die Folgen des Übergewichts zu beachten“ (ebd., S.16).

Epidemiologisch gibt es noch keine gesicherten Daten zur BED (Gerlinghoff und Backmund, 2006), abgesehen von der Tatsache, dass sie gehäuft im Erwachsenenalter auftritt (Gerlinghoff und Backmund, 2006; Gerlinghoff und Backmund, 2011). Sie ist häufig mit psychiatrischen Komorbiditäten wie Depressionen und Angsterkrankungen vergesellschaftet, dagegen seltener mit Zwangsstörungen (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Remschmidt, 2008). Der Krankheitsverlauf wird als eher günstig bewertet, Remissionsraten von 50-80% unter ambulanter Psychotherapie (insbesondere kognitive Verhaltenstherapie, zunehmend auch interpersonelle Therapie) werden in der Literatur genannt (Gerlinghoff und Backmund, 2006; Herpertz et al., 2011).

Obgleich es im Falle der BED also Ansätze gibt, sie als klarer definierbares Krankheitsbild abzugrenzen, verschafft auch sie nur wenigen sog. „atypischen Essstörungen“ einen Platz im nosologischen System (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). In der ICD-10 werden sie neben der atypischen A.n. (F50.1) oder B.n. (F50.3) als nicht näher bezeichnete Essstörung (F50.9) zusammengefasst, im DSM-IV werden sie „Eating Disorder not otherwise specified“ (EDNOS) genannt. Darunter fallen Erkrankungen, bei denen jeweils nicht alle Kriterien einer A.n. oder B.n. erfüllt sind, z.B. wenn bei einer anorektischen Patientin keine Amenorrhoe zu verzeichnen ist oder die Heißhungerattacken bei einer bulimischen Patientin seltener als zwei mal pro Woche auftreten (Gerlinghoff und Backmund, 2006). Als weiteres Beispiel sei hier die sog. „purging-disorder“ genannt, bei der die Patienten nur subjektiv zu große Nahrungsmengen anfallsartig und mit dem Gefühl von Kontrollverlust zu sich nehmen und zu kompensatorischen Maßnahmen greifen (In den meisten anderen Aspekten wie Verlauf, Komorbiditäten etc. ähnelt dieses Phänomen sehr der B.n.) (Keel, Haedt und Edler, 2005). Auch die „Atypischen“ treten im Verhältnis zur A.n. bzw. B.n. häufiger bei männlichen Patienten auf (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Bis zur Hälfte aller als klinisch relevant eingeschätzten Essstörungen kann nur unter dem Label EDNOS zusammengefasst werden (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Besonderes Augenmerk

sollte hierbei auf mögliche Differenzialdiagnosen gelegt werden, um andere (somatische) Erkrankungen auszuschließen (Gerlinghoff und Backmund, 2006).

3.4 Gemeinsamkeiten, Unterschiede und Zusammenhänge von A.n. und B.n.

Im Kontext dieser Arbeit, bei der unter anderem die Einteilung der vorliegenden Daten in eine anorektische, bulimische und grenzwertige Gruppe erfolgt (siehe 2 sowie 4.4.2), scheint eine Betrachtung der Gemeinsamkeiten bzw. der Unterschiede zwischen der A.n. und B.n. von Nöten zu sein. Als erstes soll die Frage geklärt werden, ob eine Trennung der beiden Krankheitsbilder überhaupt sinnvoll und erforderlich ist. Nicht nur der Begriff „nervosa“ weist auf ätiologische, symptomatische und entwicklungsspezifische Zusammenhänge hin (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006), häufig werden in Lehrbüchern, Artikeln etc. die B.n. und A.n. in gemeinsamen Abschnitten besprochen, einige Autoren sprechen von einer möglichen Koexistenz (Steinhausen, 2006), in einigen Publikationen wird die scharfe Trennung der beiden sogar dezidiert abgelehnt (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999). Dabei sollte allerdings nicht vergessen werden, dass die genannte Vermengung in den verschiedenen Abhandlungen eben gerade Ergebnis der mangelnden Trennungsmerkmale und somit keine bewusste wissenschaftliche Entscheidung, sondern schlichtweg Resultat fehlender Forschungsdaten zu sein scheint (s. u.).

Schaut man auf die Seite der Argumente gegen eine eindeutige Trennung, finden sich in der herangezogenen Literatur tatsächlich zahlreiche Verbindungen und Überschneidungen der beiden Entitäten: In der ICD-10 ist zum Beispiel die A.n.-Variante mit aktiver Gewichtsabnahme beschrieben (F50.01) (Renschmidt, Schmidt und Poustka, 2006). Dabei bedienen sich die Patienten u.a. bulimischer Strategien, häufig nachdem längere Essensrestriktionen nicht mehr durchgehalten werden (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997). Insofern wird die B.n. auch als „Kontrollverlust“ bei einer vorbestehenden A.n. gedeutet, der sich bei ca. 20%-60% der Magersüchtigen Bahn bricht (siehe 3.1.4 und 3.2.4) (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006). Gerlinghoff und Backmund (2006) dazu: „Etwa die Hälfte der ursprünglich restriktiv Magersüchtigen kann im Verlauf der Krankheit die strikte Nahrungsreduktion nicht durchhalten. Es kommt zunächst sporadisch, schließlich immer häufiger und dann regelmäßig zu Heißhungeranfällen, in denen all das verschlungen wird, was lange entbehrt wurde, d.h., es entwickelt sich ein bulimisches Verhalten. Aus einem restriktiven Typ einer Magersucht wird ein Binge-purging Typ. Steigt der BMI über 17,5, so muss die Essstörung als Bulimia nervosa bezeichnet werden. Umgekehrt kann eine Kranke mit einer Binge-Eating-Störung und Adipositas eines Tages kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtsreduktion einsetzen, also

bulimisches Verhalten praktizieren; bei erfolgreicher Gewichtsreduktion und unverändertem Krankheitsverhalten kann schließlich eine Magersucht vom binge-purging Typ auftreten. Die Diagnose einer bestimmten Essstörungsform zu einem bestimmten Zeitpunkt ist also als Querschnittsdiagnose zu verstehen“ (ebd., Seite 17). Insgesamt beschreiben mehrere Autoren häufige Übergänge von der Magersucht in die Bulimie oder in eine bulimische Phase (Schmidt, 1993; Eggers et al., 1994; Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006).

Ähnlichkeiten gibt es auch bei der Symptomatik der beiden Erkrankungen, vor allem in der Anfangsphase: Sowohl bei Anorektikern als auch bei Bulimikern beginnt die Krankheit schleichend, z.B. mit Fasten und ausgeprägter Beschäftigung mit dem eigenen Gewicht. Das Essverhalten ist oft ritualisiert und wählerisch, was bei beiden Patientengruppen zu familiären Konflikten führen kann. Bereits vor Ausbruch der Essstörung ist bei den zwei Entitäten gleichermaßen die Manifestation von ähnlichen psychischen Komorbiditäten wie ausgeprägten Depressionen, Angststörungen etc. zu beobachten. Allerdings wird die A.n. dabei zusätzlich noch vermehrt von Zwangssymptomen begleitet, bei der B.n. kommen dagegen häufiger Angststörungen sowie Substanzmissbrauch dazu (Godart et al., 2000; Gerlinghoff und Backmund, 2006). Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2008) schreiben dazu: „Die Diskussion, ob es sich bei der Trias Essstörungen, Depression und Angststörungen wirklich um unterschiedliche Störungsbilder handelt oder ob sie vielmehr Ausdruck einer gemeinsamen, zugrunde liegenden Störung sind, sollte weiter geführt werden“ (ebd., S.115).

Ähnlichkeiten gibt es bei beiden Entitäten bzgl. der sog. kognitiven Bias – Patienten mit manifester Essstörungen haben generell eine reduzierte Fähigkeit, selektiv und flexibel auf angstausslösende Reize zu reagieren (Shafran et al., 2007).

Ebenso lassen sich bei den somatischen Komplikationen Parallelen identifizieren, so treten u.a. auch bei Bulimikerinnen in 50% Zyklusstörungen, in 5% sogar eine Amenorrhoe auf (die wahrscheinlich sowohl bei der A.n. als auch der B.n. eine Folge der Fehl- bzw. Mangelernährung ist, siehe 3.1.3, 3.1.5, 3.2.4) (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Überschneidungen finden sich auch bei der Epidemiologie: In der Regel sind bestimmte Risikogruppen wie Models oder Tänzer gleichermaßen stärker von beiden Essstörungen betroffen als andere. Für die (wahrscheinlich) steigende Inzidenz der A.n. und insbesondere der B.n. werden von einigen Autoren dieselben soziokulturellen Faktoren verantwortlich gemacht (dem wird allerdings in neueren Arbeiten widersprochen, s.u.) und beide Erscheinungen treten nach wie vor überwiegend bei Frauen auf. Zudem tragen Verwandte anorektischer Patienten auch ein höheres Risiko, an Bulimie zu erkranken und vice versa (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006; Remschmidt, 2008).

Wie in den Abschnitten zur Ätiologie und Pathogenese der A.n. und B.n. beschrieben, sind die Konzepte zur Entstehung der beiden Erkrankungen ähnlich bzw. werden nicht getrennt von einander behandelt. Im Mittelpunkt steht das bio-psycho-soziale Modell, dass genetische Vulnerabilität, psychologische (insbesondere familiäre) Konstellationen und soziale Einflüsse durch Schönheitsideale etc. sowohl bei der A.n. als auch der B.n. zu integrieren versucht (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Warnke und Lehmkuhl, 2003).

In diesem Zusammenhang ist u.a. die 2007 publizierte „Jugendgesundheitsstudie“ zu nennen, bei der mehrere Tausend Jugendliche aus Heidelberg bzw. dem Rhein-Neckar-Kreis im Alter von 14-16 Jahren zu ihrem Körper-Selbstbild und assoziierten Themen befragt wurden. Dabei bezeichneten sich 45,2% aller Mädchen und 16,7% aller Jungen als zu dick, obwohl sie vom BMI her normalgewichtig waren, ebenso zeigte die Studie einen Zusammenhang zwischen negativem Körper(selbst)bild und psychosozialen Faktoren wie z.B. Selbstwert und Akzeptanz durch Gleichaltrige. Auch andere Untersuchungen liefern Hinweise auf frühzeitige, teilweise vorpubertäre Internalisierung soziokultureller Ideale bzgl. Aussehen, Figur und Gewicht (Halliwell und Harvey, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Fairburn und Harrison beschreiben 2003 zudem eine ganze Reihe von gemeinsamen Risikofaktoren, die sowohl Einfluss auf die Entstehung der A.n. als auch der B.n. zu haben scheinen, mit vereinzelt Gewichtung in Richtung des einen oder des andern Krankheitsbildes. In vielen aktuellen Forschungen dazu wird dementsprechend auch nicht zwischen beiden Krankheitsbildern differenziert, zudem werden beide Erscheinungen gleichermaßen verstärkt unter somatischen Gesichtspunkten beleuchtet. In der Veröffentlichung „Digestive und prädigestive Funktionen bei Patienten mit Essstörungen“ wird zum Beispiel publiziert, dass es „eine Reihe von Belegen [gibt], dass auch prädigestive Funktionen (Geruch, Geschmack, cephalische Phase der Nahrungsaufnahme) und die hormonelle Regulation der Digestion verändert sind. Dies verweist auf die Möglichkeit, dass bei einer Teilpopulation der Patientinnen mit AN und BN die gestörten digestiven und prädigestiven Funktionen auch mitverantwortlich für das Entstehen oder die Aufrechterhaltung einer Essstörung (ES) sein könnten“ (Rapps et al., 2007, S.273). Ähnlich vereinheitlichend (und auf somatische Aspekte konzentriert) formulieren verschiedene, in ihren Aussagen teils widersprüchliche Publikationen, die sich mit dem Einfluss des Diabetes mellitus generell auf Essstörungen befassen (Herpertz, 1998; Grylli et al., 2003). (Wobei zu ergänzen ist, dass sowohl die hier genannten als auch andere Publikationen (z.B. Herpertz et al., 2006) zum Teil natürlich auch differenziert zu den Formen der Essstörung und des Diabetes mellitus berichten.)

Nicht nur zur Pathogenese, auch zur Diagnostik der beiden Störungen gibt es Hinweise, die eine Trennung zwischen A.n. und B.n. als nicht sinnvoll erscheinen lassen. Für die Untersuchung „Ess-

störungsspezifische Psychodiagnostik bei AN und BN” wurden 129 stationäre Patientinnen in die drei Gruppen AN-restriktiver Typus, AN-Binge-eating/purging Typus und BN eingeteilt (ähnlich wie für diese Arbeit). Daraufhin wurden die Persönlichkeitsstrukturen der Probanden mit Hilfe von Fragebogen (u.a. auch ANIS, EAT-26, EDES, EDI-2) untersucht. Im Ergebnis „zeigen die nahezu parallelen Mittelwertverläufe, dass sich zwischen den Diagnosegruppen keine systematischen Unterschiede aufzeigen lassen” (Aßmann et al., 2003, S.190).

Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999) schreiben zur Schwierigkeit der Trennung beider Entitäten: „Eine wissenschaftliche Auseinandersetzung wäre erst möglich, wenn untersuchbare, unterschiedliche Entstehungsbedingungen für Anorexie und Bulimie behauptet, wenn Theorien über den pathogenen Prozeß vorgelegt würden. Davon ist die Diskussion der ES weit entfernt“ (ebd., S.156). Und weiter: „Wir ziehen eine gemeinsame Betrachtung von Anorexie und Bulimie vor, nicht zuletzt weil uns andere ungelöste Probleme der unter Eß-Störungen leidenden Patienten viel bedeutsamer erscheinen als kategorielle Differenzierungen. Unsere Erfahrungen mit Patienten, die anorektische und bulimische Phasen durchlaufen, lassen ein statisches Diagnoseschema wenig geeignet erscheinen” (ebd., S.158). Auch an anderer Stelle betonen die Autoren, dass es zu viele Ähnlichkeiten in der postulierten Psychopathologie sowie nicht genügend aussagekräftige Studien geben würde, die eine separate Betrachtung rechtfertigen könnten (obgleich sie auch auf Unterschiede bei Art und Ausmaß der Komplikationen hinweisen, s.u.). Das bestätigt indirekt die o.g. These, dass es bisher noch an untersuchten bzw. untersuchbaren Fakten oder zumindest gänzlich überzeugenden Ideen mangelt, um eindeutig definieren zu können, ob und wie genau A.n. und B.n. getrennt oder eben gemeinsam betrachtet werden müssen.

Diese Überlegung soll die Brücke zu den Argumenten bilden, die für eine separate Betrachtung beider Essstörungen sprechen. Im Jahre 1980 hatte die American Psychiatric Association im DSM III die B.n. als eigene Entität eingeführt. Das Körpergewicht wurde als wichtigstes klinisches Unterscheidungsmerkmal zur A.n. eingeführt (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999). Von diesem wesentlichen Unterschied der beiden Erscheinungen leiten verschiedene Autoren ihre ätiologisch-pathogenetischen Theorien her: Steinhausen (2006) kann die Frage, warum in dem einen Fall eine Bulimie und in dem anderen eine Anorexie entsteht, zwar auch nicht eindeutig beantworten, aber er verfolgt den Ansatz, dass Bulimiker (durch die für Außenstehende meist nicht sichtbaren Symptome) eher die Konfrontation mit anderen vermeiden. Setzt man diese Theorie mit den Überlegungen von Gerlinghoff und Backmund (2011) sowie Gerlinghoff, Backmund und Mai (1999) in Beziehung (die – s.o. – allerdings eher gegen eine Trennung der beiden Entitäten argumentierten), dass das Essverhalten auch über die bekannten Störungen hinaus z.B. bei Kindern und Alten ein Stilmittel zwischenmenschlicher Kommunikation darstellt, kann man schnell zu der

Auffassung gelangen, dass B.n.-Erkrankte eine andere Ausdrucksform als A.n.-Patienten wählen und daher grundsätzlich andere Bedürfnisse oder pathogenetische Abläufe hinter beiden Erkrankungen verborgen liegen. Dies wird u.a. von vergleichenden Untersuchungen zwischen Anorektikern mit und ohne bulimische Phasen gestützt. Die erste Gruppe leidet demnach verstärkt unter ausgeprägten prämorbidem Störungen (Steinhausen, 2006), wie Depressionen, Alkoholmissbrauch und niedrigem Selbstwertgefühl (Schmidt, 1993; Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997) sowie unter deutlicheren familiären Belastungsmomenten (Steinhausen, 2006). Dabei steht z.B. für Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort (1997) die Beziehungsstörung zum frühen mütterlichen Objekt in Mittelpunkt (siehe 3.2.3) - interessanterweise sprechen die Autoren auch vom „frühe[n] Kommunikationsmedium Essen“ (ebd., S. 394). Häufig mussten Bulimiker auch mit weniger emotionaler Zuwendung zurechtkommen (Schmidt, 1993). Ettrich und Pfeiffer (2001) unterscheiden zwischen Beeinträchtigung der Autonomieentwicklung bei A.n.- und Beeinträchtigung des Bindungsverhalten bei B.n.- Patienten im Sinne familiärer Risikofaktoren.

Beate Herpertz-Dahlmann geht in einer Publikation von Remschmidt (2008) sogar so weit, die A.n. aufgrund ihrer Symptomatik grundsätzlich eher ins Spektrum der Zwangsstörungen einzusortieren, während die B.n. eher als eine Störung der Impulskontrolle angesehen wird, da sie nicht selten mit Drogenmissbrauch, Selbstverletzung bis hin zur Borderline-Symptomatik assoziiert ist.

Interessant sind in diesem Zusammenhang die von Gerlinghoff und Backmund im Jahre 2011 angeführten Argumente, welche den unterschiedlichen Einfluss genetischer und soziokultureller Faktoren auf die A.n. und B.n. und neuere epidemiologische Aspekte hervorheben und daraus eher die Sinnhaftigkeit einer getrennten Betrachtung der beiden Krankheitsbilder ableiten (nachdem beide Autoren in den Jahren zuvor eher dagegen argumentiert hatten, s.o.): „[...] die Häufigkeit, mit der Anorexia nervosa als Krankheit auftritt, [wird] kaum von soziokulturellen Trends beeinflusst, sehr wohl aber die der Bulimia nervosa, die während der letzten Jahrzehnte in den Industrieländern deutlich zugenommen hat – und auch in den nach westlichem Muster lebenden Metropolen der Dritten Welt“ (Gerlinghoff und Backmund, 2011, S.33). Zu Zeiten der modernen Erstbeschreibung der Magersucht im 19. Jahrhundert habe es noch keine Models, keine Werbung und keine Jeans zum „Reinhungern“ gegeben. Daher ziehen die Autoren in der Unterscheidung der Krankheitsbilder den Schluss: „Ohne genetische Disposition kann sich nach unserer Überzeugung keine Magersucht entwickeln. Hingegen ist für junge Mädchen und Frauen, die nicht nur ihren Selbstwert, sondern auch ihre berufliche Karriere mit einer schlanken Figur in Verbindung bringen, bulimisches Verhalten zumindest eine Zeit lang ein Weg, den selbstgesetzten oder von außen erwarteten Körpermaßen zu entsprechen. Die Bulimie gilt daher als eine kulturgebundene Erkrankung, die im

Gegensatz zur Magersucht in Ländern der Dritten Welt kaum vorkommt“ (ebd., S.34). Auch Herpertz, de Zwaan und Zipfel (2008) unterstreichen mehrfach diesen Unterschied zwischen den beiden Krankheitsbildern: „Während für das Auftreten der BN der Einfluss der soziokulturellen Faktoren sehr bedeutsam ist, erscheint das Auftreten der AN vom restriktiven Typus nur sehr eingeschränkt kulturabhängig“ (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008, S.12). In nicht-westlichen Ländern zeigt sich demnach eine höhere Prävalenz der A.n. als der B.n., letztere nimmt vor allem dort zu, wo es zur Konfrontation mit dem westlichen Körperideal (z.B. große Städte, Aufenthalt im Ausland) kommt und gleichzeitig ein hoher sozio-ökonomischer Status vorzufinden ist (Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008).

Die meisten Autoren, die für eine Trennung von B.n. und A.n. plädieren, sehen natürlich aufgrund der ätiologischen und psychopathologischen Gemeinsamkeiten dennoch gewisse Überschneidungen (Eggers et al., 1994; Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Steinhausen, 2006) – was allerdings auch in anderen Disziplinen kein Grund für die Vermengung von Krankheitsbildern ist, betrachtet man etwa die seronegativen Spondylarthritiden in der Rheumatologie: Niemand würde heutzutage z.B. die ankylosierende Spondylitis (Mb. Bechterew) und die Psoriasis-Arthritis undifferenziert diagnostizieren oder gar behandeln, obwohl sie sich in der genetischen Assoziation (Humanes Leukozyten-Antigen (HLA) - B27) als auch der postulierten autoimmunen Pathogenese sehr ähneln.

Für Eggers et al. (1994) steht die Bulimie z.B. in einem Spektrum zwischen Anorexie und Hyperorexie (Adipositas), da Heißhungeranfälle nach Fasten auch bei gewaltsamen Abmagerungskuren von Adipösen vorkommen kann. Ob es in diesem Spektrum gleitende Übergänge gibt, war laut den Autoren damals noch nicht geklärt, sie tendieren aber auch zu der o.g. Vorstellung, dass es syndromatische Zusammenhänge zwischen Persönlichkeitsproblem und Symptomatik gibt, d.h. die psychopathologische Grundlage der Essstörung entscheidet über deren Ausdrucksform – B.n. oder A.n. oder eine andere.

Neben klinischen Diskrepanzen wie z.B. dem unterschiedlichen Körpergewicht sowie den divergenten Vorstellungen zur Krankheitsentstehung sprechen noch einige andere Fakten aus Epidemiologie und Verlauf für eine getrennte Betrachtungsweise der Essstörungen: Zu denen gehören u.a. das auffällig unterschiedliche Eintrittsalter für beide Erkrankungen (Schmidt, 1993; Eggers et al., 1994; Steinhausen, 2006; Herpertz et al., 2011), die laut einigen Autoren zunehmende Häufigkeit der B.n. bei gleichbleibender Prävalenz der A.n. (Gerlinghoff und Backmund, 2006; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008; Gerlinghoff und Backmund, 2011) sowie die Tatsache, dass es nur selten Übergänge von der B.n. zur A.n. gibt (Knölker, Mattejat und Schulte-Markwort, 1997; Herpertz, de Zwaan und Zipfel, 2008). Letzterem wird in der herangezogenen Literatur nur von

Schmidt (1993) widersprochen. Andersherum sind Entwicklungen zwar häufiger, allerdings lassen sich diese durchaus schlüssig mit hypoglykämischen Zuständen bei Magersüchtigen erklären (Herpertz-Dahlmann und Warnke, 2006), stellen also eher eine „natürliche“ Reaktion auf den Starvationszustand dar (siehe Ergebnis der „Minnesota-Studie“ unter 3.1.4). In diesem Zusammenhang betrachtet, sind die o.g. fließenden Übergänge der Essstörungen zwar weiterhin nicht wegzudiskutieren, lassen aber zumindest keine eindeutige Aussage zu, ob diese unterm Strich tatsächlich gegen eine grundsätzliche Trennung der Krankheitsbilder sprechen.

Keinesfalls vergessen werden darf die sehr unterschiedliche Prognose der beiden Erkrankungen: Laut der aktuellen S3–Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen fällt die Mortalitätsrate der A.n. deutlich höher aus als die der B.n. (Herpertz et al., 2011).

Gleichfalls ist als auffälliger Unterschied zu werten, dass die Bulimie im Verlauf wesentlich häufiger remittiert als die Anorexie, sowie dass Art und Ausmaß organischer Komplikation stark davon beeinflusst werden, ob eine reine A.n., eine A.n. mit bulimischen Phasen oder ausschließlich eine B.n. vorliegt (Schmidt, 1993; Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999; Gerlinghoff und Backmund, 2006). Auch die grundsätzliche Bewertung der Essstörung durch die Erkrankten selber unterscheidet sich, obgleich sich die Konsequenzen ähneln: „Magersüchtige gehen nicht zum Arzt, weil sie sich nicht krank fühlen. Bei bulimisch Kranken ist es oft die Scham, ihr als pervers empfundenes Verhalten offen zu legen. Bei beiden Essstörungen ist es die allmählich zunehmende, zwingende Macht der Symptome, der die Betroffenen ausgeliefert sind und die einen wünschenswerten, möglichst frühen Behandlungsbeginn immer weiter hinauszögert“ (Gerlinghoff und Backmund, 2006, S.27).

Selbst wenn man also die Argumente für eine Trennung beider Entitäten aufgrund der Datenlage zu Ätiologie und Pathogenese als (noch) nicht ausreichend empfindet, so erscheint eine Unterscheidung schon allein aufgrund des unterschiedlichen Verlaufs und somit auch der therapeutischen Begleitung sinnvoll.

3.5 Implikationen der theoretischen Vorüberlegungen und resultierende Zielstellungen

Die Fülle der verfügbaren Informationen allein zu den Krankheitsbildern A.n. und B.n., die natürlich auch in dieser Arbeit bei weitem noch nicht vollständig dargestellt sind, lassen Rückschlüsse über die Schwierigkeiten bei der Erstellung eines diagnostischen Mittels für essgestörten Patientinnen und Patienten zu. Zum Beispiel finden sich bereits in den Vorstellungen zur Ätiologie und Pathogenese der Krankheitsbilder im Rahmen des o.g. „bio-psycho-sozialen Modells“ diametral entgegengesetzte Vorstellungen in der Literatur, etwa zum fraglichen

Vorhandensein von einheitlichen prämorbidem Persönlichkeitsmerkmalen (vgl. 3.1.3 und 3.2.3). Gerade auf diese wird allerdings verstärkt in den für diese Arbeit herangezogenen Fragebogen zu Diagnostik und Verlauf eingegangen (siehe 4.2), was in diesem Umfang demnach kritisch hinterfragt und untersucht werden muss.

Gleichzeitig wird auffällig, dass über die Jahrzehnte der Forschung bestimmte Vorstellungen zu Entstehung, Diagnostik und Therapie der Essstörungen auftauchen, wieder verschwinden, um dann später eine Art Renaissance zu erleben. Es scheint daher folgerichtig, dass sich dieses Phänomen auch in den diagnostischen Mitteln wiederfindet, z.B. in den vorliegenden Fragebogen. Da diese z.T. in unterschiedlichen Jahrzehnten entwickelt wurden, sind einige Themen ubiquitär vertreten, andere nur in einem einzigen Bogen, wieder andere tauchen in einem Älteren und dann wieder in einem Neueren auf. Auch dieser Aspekt der theoretischen Erkenntnisse legt eine gemeinsame Untersuchung der Fragebogen mit reduzierendem Ansatz nahe.

Die hohe Bewertung und dementsprechend intensive klinische Implementierung des diagnostischen Mittels „Fragebogen“ kann zudem aus verschiedenen Gründen prinzipiell kritisch hinterfragt werden, zumindest in ihrem aktuellen Ausmaß: Viele neuere Erkenntnisse sind noch nicht in die etablierten Instrumente integriert worden (bestes Beispiel ist das im aktuellen DSM-V bereits entfernte diagnostische Kriterium „Amenorrhoe“), zudem könnten in Zukunft paraklinische Indikatoren (z.B. Leptin) an Bedeutung gewinnen, was eine weniger umfangreiche Fragebogen-Diagnostik sinnvoll erscheinen ließe. Des Weiteren betonen die meisten Autoren zunehmend die Bedeutung der Fremdanamnese bei der Diagnostizierung der Essstörungen, nicht zuletzt, weil diese sich zum Teil der „klassischen“ Vorstellung von „Krankheit“ entziehen und die Betroffenen ihre Symptome nicht selten verheimlichen oder schlichtweg nicht als krankhaft empfinden. Ebenso wird vielerorts die unkritische Übertragung statistischer Verfahren aus anderen Forschungsbereichen, das Zählen und Messen scheinbar objektivierbarer Aspekte wie „Gewicht“ oder „Amenorrhoe“ und die daraus konstruierten Kausalitäten bzgl. Subtyp, Schwere und Verlauf der Erkrankung etc. hinterfragt. Viele Autoren bemängeln zudem die Überpräsenz methodischer Konventionen zu Ungunsten inhaltlicher Relevanz (vgl. insbesondere Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999).

Auch aus diesen Überlegungen ergibt sich die Notwendigkeit eines kürzeren, praktischen, einfach und schnell zu handhabenden sowie symptomorientierten Diagnostikinstrumentes.

Nicht zuletzt weisen die in 3.4 zusammengetragenen Informationen zur Unterscheidung der klinischen Hauptentitäten A.n. und B.n. auf die Sinnhaftigkeit einer inhaltlichen Differenzierung bereits zum Zeitpunkt der (Erst-)Diagnostik hin. Die für diese Arbeit herangezogenen Fragebogen sind diesbezüglich nur schwach aussagekräftig, d.h. sie beziehen sich z.B. schon im Titel dezidiert nur auf eine Essstörung („ANIS - Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung“) oder

differenzieren nur mit Hilfe einzelner, z.T. schwach besetzter Skalen. Die Vertreter mit komplexerer Erfassung dieses Aspektes wie z.B. „EDI – 2“ stellen sich wiederum als extrem umfangreich und dementsprechend aufwendig zu bearbeiten dar, obwohl selbst bei diesem Instrument nur ca. 25% der Fragen auf die Primärsymptomatik von Essstörungen abzielen (Herpertz et al., 2011).

Die Zusammenschau dieser Aspekte aus den theoretischen Vorüberlegungen lassen für eine methodenkritische Untersuchung der verfügbaren diagnostischen Mittel folgende Zielstellungen zu:

- 1) Zur einfachen und schnellen (Erst-)Untersuchung sowie zur repetitiven Anwendung im Sinne einer Verlaufsdiagnostik ist die Entwicklung eines kurzen und einheitlich dimensionierten Fragebogens angezeigt.
- 2) Dieser reduzierende Ansatz soll nicht auf Kosten einer ausreichend guten Validität und Reliabilität umgesetzt werden.
- 3) In einem neuen Fragebogen sollten die bedeutsamsten Aspekte der verschiedenen etablierten Instrumente aus den verschiedenen Entstehungsjahren integriert werden.
- 4) Die aufgenommenen Items sollten wenn möglich eine Aussagekraft bezüglich der beiden Hauptentitäten A.n. und B.n. beinhalten.

Die unter 2. („Fragestellung und grundsätzlicher Ablauf der Untersuchung“) beschriebenen und im folgenden näher erläuterten Methoden zur symptomorientierten Gruppeneinteilung und Itemreduktion, die sich anschließende Reliabilitäts- und Validitätsanalyse sowie die Verwendung von Daten aus fünf etablierten Fragebogen (siehe 4.2) folgen den hier formulierten Zielstellungen.

4 Patientenstichprobe und Verfahren

4.1 Patienten-Stichprobe

Für die Untersuchung wurden Daten von Patientinnen aus den Jahren 1998 bis 2006 verwendet, die an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig aufgrund der Diagnosen A.n. oder B.n. behandelt wurden. Dabei wurden in einer Vorauswahl diejenigen Patientinnen identifiziert, die möglichst vollständig die ihnen vorgelegten Fragebogen ausgefüllt hatten. Aus jedem Jahrgang wurden annähernd gleich viele Patientinnen ausgewählt. Die weitere Auswahl erfolgte nach dem Zufallsprinzip. Insgesamt konnten auf diese Weise 106 verwertbare Datensätze (bestehend aus jeweils einer Serie der unter 4.2 beschriebenen Fragebogen) gewonnen werden.

Dabei sind folgende Informationen zu dieser Gruppe erwähnenswert:

- Es handelt sich nur um Mädchen oder junge Frauen (weswegen unter den Punkten 1 und 2 dieser Arbeit sowie im Folgenden ausschließlich von Patientinnen gesprochen wird)
- Das Durchschnittsalter der Patientinnen lag bei 19,2 Jahren, die Jüngste war bei Erhebung der Daten 12, die Älteste 27 Jahre alt.
- Keine Patientin wies eine Binge-Symptomatik auf.
- Der niedrigste ermittelte BMI lag in dem genannten Zeitraum bei 13 kg / m^2 , der höchste bei 24 kg / m^2 , der Mittelwert lag bei $18,4 \text{ kg / m}^2$ mit einer Standardabweichung von $2,1 \text{ kg / m}^2$.

Die Erhebung der Daten erfolgte immer im persönlichen Kontakt der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Klinik mit den Patientinnen, die für die vorliegende Arbeit in anonymisierter Form erfasst wurden.

4.2 Fragebogen

Die Gesamtheit der im folgenden kurz vorgestellten fünf symptomorientierten Fragebogen (im folgenden i.d.R. „Original-Fragebogen“ genannt) ergab jeweils einen Datensatz, der von den Patientinnen bearbeitet wurde.

4.2.1 ANIS - Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung

Das ANIS ist ein im deutschsprachigen Raum weit verbreitetes Instrument zur Erfassung von anorektischen Symptomen und wurde 1980 von Fichter und Keeser entwickelt. Bereits von 1986 an wurde es an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig eingesetzt. Es besteht aus 32 Items, aus denen sechs Skalen gebildet werden: Figurbewusstsein, Überforderung, Anankasmus, Negative Auswirkung des Essens, Sexuelle Ängste sowie Bulimie. Bei der Beantwortung der Fragen haben die Probanden die Möglichkeit zwischen "0 - trifft gar nicht zu" und "5 - trifft sehr stark zu" auszuwählen. Damit ermöglicht der ANIS zwar auf der einen Seite eine sehr differenzierte Beantwortung der teilweise äußerst persönlichen Fragen, die Auswertung der gewonnen Daten wurde dadurch für diese Untersuchung allerdings erschwert, weil die Zellenbesetzung zu gering war (siehe 4.4.1).

4.2.2 EAT - 26 - Eating Attitudes Test

Der ursprüngliche EAT-26 mit damals noch 40 Items wurde 1979 von Garner und Garfinkel entwickelt und von Garner et al. 1982 nach einer faktorenanalytischen Überprüfung auf 26 Fragen reduziert. Die Kurzform korreliert hoch mit der ursprünglichen Form und ist vor allem im englischsprachigen Raum weit verbreitet. Aus den 26 Items lassen sich drei Skalen ermitteln: Diätverhalten, Bulimie/gedankliche Beschäftigung mit Essen sowie Orale Kontrolle.

Auch der EAT-26 bietet sechs verschiedene Antwortmöglichkeiten (zwischen "immer" und "nie") und verursachte damit bei der Datenauswertung ähnliche Probleme wie das ANIS.

4.2.3 FBeK - Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers

Der FBeK ist der jüngste unter den verwendeten Fragebogen und wurde 1996 von Strauß und Richter-Appelt entwickelt. Er umfasst 52 Fragen, aus denen in der vorliegenden Version vier Skalen gebildet werden: Attraktivität/Selbstvertrauen, Akzentuierung des körperlichen Erscheinungsbildes, Unsicherheit/Besorgnis und körperlich-sexuelles Missempfinden.

Wie der Name des Fragebogens bereits verrät, soll durch ihn vor allem die Einstellung zum eigenen Körper und die damit einhergehenden Probleme erfasst werden. Bei Jacobi, Paul und Thiel (2004) wird er daher als Instrument zur Ermittlung nicht-essstörungsspezifischer Psychopathologie bezeichnet. Der FBeK operiert im Gegensatz zu den anderen Bogen mit einer einfachen "Ja/Nein"-Auswahl bei der Beantwortung.

4.2.4 EDI - 2 - Eating Disorder Inventory

Dieser Bogen wurde 1983 von Garner, Olmsted und Polivy entwickelt und von Meermann und Vandereycken bereits 1987 als das "beste Messinstrument, das zur Zeit für den Bereich der Essstörungen verfügbar ist" (zitiert nach Ettrich, 2002, S.121) bezeichnet. Daher findet auch das EDI-2 international breite Anwendung. Die vorliegende Version EDI-2 (Garner, 1991) mit ihren 91 Fragen, aus denen elf Skalen (Drang zum Dünnsein, Bulimie, Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper, Ineffektivität, Perfektionismus, zwischenmenschliches Misstrauen, interozeptive Wahrnehmung, Angst vor dem Erwachsenwerden) plus ein Gesamtwert gebildet werden können, stellt einen sehr umfangreichen Test dar, erfasst dafür aber auch Aspekte der (vermuteten) psychopathologischen Genese der Essstörung und häufiger Komorbiditäten. Auch das EDI-2 erlaubt dem Probanden bei der Beantwortung sechs Abstufungen zwischen "immer" und "nie" mit vergleichbaren Folgen für die Auswertung wie beim ANIS und beim EAT-26.

4.2.5 EDES - Eating Disorder Evaluation Scale

Die EDES wurde 1987 von Meermann und Vandereycken erstmals auf Deutsch und 1993 in seiner (für diese Arbeit verwendeten) modifizierten Form von Vandereycken publiziert. Mit den 30 Einzelfragen und den vier daraus zu bildenden Skalen (gedankliche Beschäftigung mit dem Essen, Bulimie, Sexualität und psychosoziale Anpassung) sollen insbesondere psychosoziale Aspekte der Essstörung und spezifische Symptome erfasst werden. Zudem soll sie gut zur wiederholten Nutzung geeignet sein und damit eine praktikable Verlaufsbewertung ermöglichen.

Die Beantwortung der gestellten Fragen erfolgte bei der EDES allerdings nicht mit Hilfe einer einheitlichen Auswahlmöglichkeit (Ja/Nein, nicht/mäßig/stark o.ä.), sondern teilweise von Frage zu Frage unterschiedlich. Auch das bereitete gewisse Schwierigkeiten bei der Auswertung. (In der vorliegenden Arbeit weicht die Nummerierung der Items leicht von der im Original ab, da in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig eine aus Übersichtsgründen leicht modifizierte Version verwendet wurde. Durch die eindeutige Zuweisung der Iteminhalte bzw. ihrer Kurzform in dieser Arbeit ist diese Abweichung aber als unerheblich einzustufen).

4.4 Umgang mit den Daten

4.4.1 Fehlende Daten, Invertierungen, Skalen, Reduktion der Antwortstufen

Obwohl bei der Vorauswahl der Patientinnen auf eine möglichst vollständige Bearbeitung der Fragebogen geachtet wurde, war diese nicht in allen Fällen gegeben, was bei einer Gesamtanzahl von 231 Items nicht sehr verwundert. In einem Datensatz fehlte ein kompletter EAT-26, in einem anderen ein vollständiger FBcK. Zudem hatten einige Probanden eine Reihe von einzelnen Fragen der Original-Fragebogen nicht beantwortet, meistens die, welche mit Informationen zum gegenwärtigen Gewicht o.ä. zu tun hatten. Da es sich um Einzelfälle handelt, haben wir uns entschlossen, die übrigen Daten der entsprechenden Serie in der Berechnungsmatrix zu belassen.

In den verwendeten Original-Fragebogen ist es für die Addition der einzelnen Items zu den entsprechenden Skalen teilweise notwendig, die gegebenen Antworten zu invertieren. Beim EDI-2 wird zum Beispiel bei Frage 1 ("Ich esse Süßigkeiten und Kohlehydrate ohne nervös zu werden") die Antwort "immer" mit einem Punkt bewertet, bei Frage 2 ("Ich empfinde meinen Bauch als zu dick") bedeutete die Antwort "immer" allerdings sechs Punkte. Diese Invertierungen werden in den Tabellen mit dargestellt, da in dieser Arbeit allerdings nur die Items und nicht die Skalen untersucht wurden, hat dies im Prinzip nur formale Bedeutung.

Wie oben bereits beschrieben, bieten die Bogen ANIS, EAT-26 und EDI-2 dem Probanden jeweils sechs Möglichkeiten, die entsprechende Frage zu beantworten. Dadurch ergab sich im Verlauf der Arbeit das Problem, dass einige Fragen zwar unterschiedlich von den einzelnen Gruppen beantwortet wurden, der Unterschied aber teilweise "nur" eine Abstufung bei den Antwortmöglichkeiten ausmachte, z.B. zwischen "trifft stark zu" und "trifft sehr stark zu". Bei umfangreichen Bogen mag dies bei der Addition aller Items, die zu einer Skala zusammengefasst werden, durchaus sinnvoll sein, bei der vorliegenden Betrachtung der einzelnen Fragen und ihrem Potential zwischen Patientengruppen (siehe 4.4.2) zu differenzieren, schien ein so geringer Unterschied allerdings nicht relevant genug (auch die klinische Relevanz solcher nur geringfügig unterschiedlichen Antwortmöglichkeiten darf bezweifelt werden). Hinzu kam die Problematik, dass die einzelnen Antwortmöglichkeiten für eine sinnvolle Untersuchung deutlich zu schwach besetzt waren. Abbildung 1 soll dies am Beispiel der ersten ANIS-Frage illustrieren.

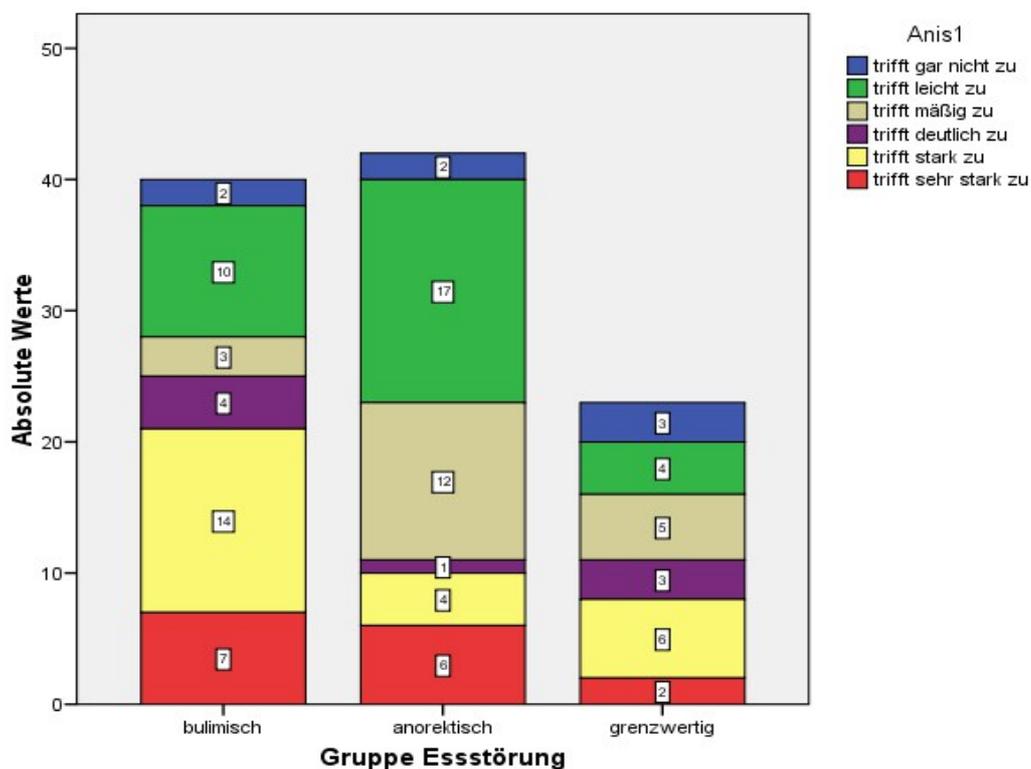


Abbildung 1 – gruppendifferenzierte Verteilung der Antworten von ANIS 1 („Langeweile ist mir unerträglich“)

Um diesen Problem zu begegnen, entschlossen wir uns, die jeweils 6 Antwortmöglichkeiten bei ANIS, EDI-2 und EAT-26 in drei Gruppen zusammenzufassen, d.h. zwei "nebeneinanderliegende" Antworten wurden zu einer Gruppe gebündelt, um die Anzahl der Antwortstufen zu reduzieren (Details siehe Tabelle 2).

Tabelle 2 – Reduktion der Antwortstufen

ANIS-Antwortmöglichkeiten	EDI-Antwortmöglichkeiten*	EAT-Antwortmöglichkeiten
0 - trifft gar nicht zu	1 - immer	1 - nie
1 - trifft leicht zu	2 - meistens	2 - selten
<i>gruppiert zu: 1</i>	<i>gruppiert zu: 1</i>	<i>gruppiert zu: 1</i>
2 - trifft mäßig zu	3 - oft	3 - manchmal
3 - trifft deutlich zu	4 - manchmal	4 - oft
<i>gruppiert zu: 2</i>	<i>gruppiert zu: 2</i>	<i>gruppiert zu: 2</i>
4 - trifft stark zu	5 - selten	5 - sehr oft
5 - trifft sehr stark zu	6 - nie	6 - immer
<i>gruppiert zu: 3</i>	<i>gruppiert zu: 3</i>	<i>gruppiert zu: 3</i>

*- Invertierung einzelner Fragen zur Skalenbildung (s.o.) wurde bei ihrer Darstellung beachtet

Die daraus resultierende Einteilung war sowohl aussagekräftiger als auch übersichtlicher, wie Abbildung 2 illustrieren soll.

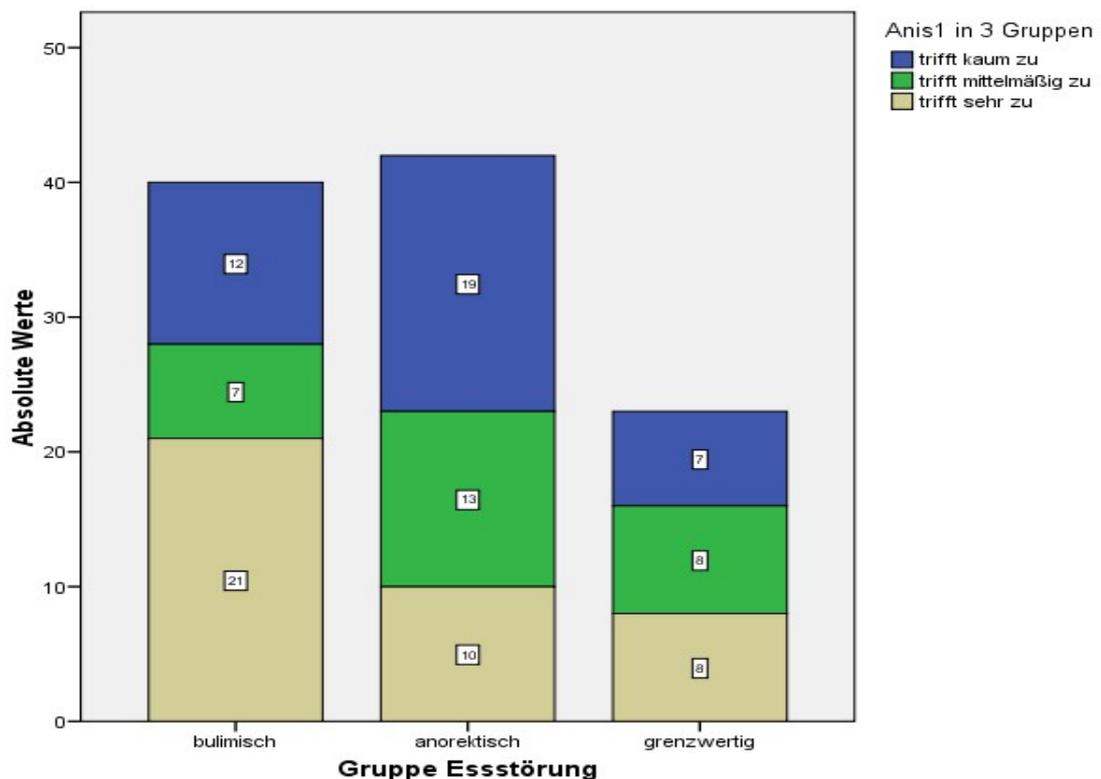


Abbildung 2 – gruppendifferenzierte Verteilung der Antworten von ANIS 1 („Langeweile ist mir unerträglich“) nach Reduktion der Antwortstufen

4.4.2 Einteilung in Gruppen

Wie in Abbildung 1 und 2 ersichtlich und in der Aufgabenstellung (siehe 2.) bereits grundsätzlich beschrieben, wurden die ausgewerteten Fragebogen drei Gruppen zugeordnet: der bulimischen, der anorektischen, sowie der grenzwertigen. Diese Einteilung basiert auf zwei „Signalfragen“: der EDES-Frage nach Überfressen bzw. wüsten Essanfällen sowie EAT 4, bei der auch nach Fressanfällen mit Kontrollverlust gefragt wird. Als „Ja“ galt dabei im Falle der EDES-Frage jede Antwort ungleich der Möglichkeit „niemals“ (also „einige Male“, „wöchentlich“, „täglich“), bei EAT 4 jede Antwort ungleich „nie“ (also „selten“, „manchmal“, „oft“, „sehr oft“, „immer“). Wurden beiden Fragen bejaht, wurde der betreffende Datensatz in die Gruppe „bulimisch“ eingeordnet (vgl. dazu 3.2.4 zur Bedeutung des Leitsymptoms „Essanfälle“ bei B.n., insbesondere in der aktuellen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen (Herpertz et al., 2011)), bei doppelter Verneinung in die „anorektische“ Gruppe. Wurde eine der beiden Signalfragen verneint, die andere aber bejaht, hatte das die Einordnung in die „grenzwertige“ Gruppe zur Folge, was nicht im Sinne einer Diagnose zu verstehen ist, sondern nur bedeutet, dass die Patientinnen zwei Fragen nach derselben Symptomatik verschieden beantwortet hatten und die Daten dieser Gruppe daher eher kritisch zu bewerten sind (An dieser Stelle sei auch noch einmal gesondert darauf hingewiesen, dass die Einteilung in diese drei Gruppen generell nicht der klinischen Diagnose entspricht - diese wird von einem Arzt oder einer Ärztin anhand verschiedener klinischer und paraklinischer Hilfsmittel gestellt und basiert nicht nur auf den Ergebnissen von Fragebogen - sondern dass die vorliegenden Daten anhand eines Kriteriums in Gruppen differenziert wurden, um die Patientinnen mit bulimischem und nicht-bulimischem Verhalten zu unterscheiden. Ob daraus eine A.n., eine B.n. oder eine atypische Essstörung abzuleiten ist, vermag diese Einteilung nicht vorherzusagen. Zudem muss der unter 3.3 aufgeführte Fakt bedacht werden, dass bis zu 50% aller klinisch relevanten Essstörungen nicht eindeutig kategorisierbar sind).

Bei der Bewertung der Zuverlässigkeit dieser Einteilung ist es natürlich notwendig zu wissen, dass für diese Untersuchung keine Personen zufällig aus der Bevölkerung ausgewählt wurden, sondern dass es sich um eine Stichprobe von sich bereits in psychiatrischer Behandlung befindlicher Patientinnen handelt. Zwar wird in der Literatur häufig auf die exponierte Stellung der Fremdanamnese bei Essgestörten hingewiesen, dies bezieht sich aber eben auf das unselektierte Patientengut außerhalb einer Klinik, bei dem ein weit höheres Maß an Verweigerung sowohl gegenüber der Notwendigkeit als auch der konsequenten Durchführung einer Behandlung besteht.

Von den 106 Datensätzen ließen sich 40 der bulimischen, 42 der anorektischen und 23 der grenzwertigen Gruppe zuordnen. Bei einem Datensatz fehlte die Signalfrage aus dem EAT-26 (da

der komplette Fragebogen fehlte, s.o.), dieser fiel also aus der Gruppeneinteilung und somit aus der gesamten Untersuchung heraus. Damit reduzierte sich die Anzahl der Datensätze auf 105.

4.4.3 Statistische Auswertung und Bewertung

Der Fragestellung dieser Arbeit folgend, hatte die statistische Auswertung zunächst das Ziel, aus der großen Fülle der Items diejenigen zu identifizieren, die zwischen den drei oben genannten Gruppen differenzieren. Dieser ersten Bewertung (Gibt es ein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten zwischen den Gruppen?) wurde eine weitere inhaltliche Beurteilung (Wie beantworten die einzelnen Gruppe die identifizierten Fragen?) angefügt.

Der χ^2 -Test nach Pearson wurde zum Vergleich der Antworthäufigkeiten als geeignetes Verfahren zur Untersuchung der Items ausgewählt (nach der in 4.4.2 beschriebenen Zusammenfassung der Antwortstufen).

Dabei wurden zwei Analysen (beim χ^2 -Test als Kreuztabelle) hintereinander geschaltet: Ein erster „globaler Test“, der die Antworten aller drei Gruppen gegeneinander verglich und dessen Nullhypothese lautete: Die jeweiligen Fragen werden von der bulimischen, der anorektischen und der grenzwertigen Gruppe nicht signifikant unterschiedlich beantwortet. Wie üblich, wurde diese bei einem p-Wert, der oberhalb des Signifikanzniveau $\alpha_{\text{Global}}=0,05$ lag, abgelehnt (Die detaillierten Ergebnisse dieses „globalen Tests“ sind jeweils in den Anlagen zu finden).

Dieser erste Test beantwortete aber noch nicht die Frage, von welchen Gruppen genau die jeweilige Frage unterschiedlich beantwortet wurde. Daher schlossen sich an den globalen Test drei weitere Einzelvergleiche an, bei der jeweils die anorektische mit der bulimischen, die anorektische mit der grenzwertigen sowie die grenzwertige mit der bulimischen Gruppe verglichen wurde. Dabei wurden nur die im globalen Test signifikant unterschiedlich beantworteten Items einbezogen. Für die jeweilige Nullhypothese, dass die entsprechende Frage von den beiden ausgewählten Gruppen (z.B. bulimisch und anorektisch) nicht unterschiedlich beantwortet werden, wurde allerdings ein Signifikanzniveau von $\alpha \leq 0,017$ gewählt. Grundlage war die p-Wert-Anpassung nach Bonferroni. Danach ist die statistische Signifikanz in dem Fall, dass n unabhängige Hypothesen an einem Datensatz getestet werden, $1 / n$ der Signifikanz beim Test nur einer Hypothese. Da es sich im Fall dieser Arbeit um drei Hypothesen handelt und das Signifikanzniveau für den „globalen Test“ mit $\alpha_{\text{Global}}=0,05$ gewählt wurde, ergab sich für jeden der Einzelvergleiche ein Signifikanzniveau von $\alpha_{\text{Einzel}}= 0,05 / 3 \approx 0,017$. Anhand der drei jeweils durchgeführten Tests konnten somit nicht nur die Fragen identifiziert werden, die zwischen zwei Gruppen differenzieren

(z.B. zwischen bulimischer und anorektischer), sondern auch spezifische Fragen für eine ausgewählte Gruppe, die also sowohl im Vergleich zur zweiten als auch zur dritten Gruppe signifikant unterschiedlich beantwortet wurden. Zudem ließen sich einige wenige Items finden, die in allen drei Gruppen ein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten boten, also spezifisch für alle drei sind. Dabei darf der Begriff „spezifisch“ aber nicht fehlinterpretiert werden: Bei der EDES ist unter 5.1.5 in Tabelle 20 z.B. das Item „Erbrechen“ als „anorexie-spezifisch“ aufgeführt – was keinesfalls bedeutet, dass „Erbrechen“ typisch für die anorektische Gruppe ist. Vielmehr ist das Antwortverhalten – in dem Fall nämlich höhere Verneinung bzw. Ablehnung von „Erbrechen“ - in dieser Gruppe eben signifikant anders als in den anderen beiden und in diesem Sinne also spezifisch.

Nachdem mit diesen Schritten die Fragestellung nach einem unterschiedlichen Antwortverhalten der drei Gruppen beantwortet werden konnte, schloss sich wie oben beschrieben die weitere Beurteilung der identifizierten Items an, also: Wie genau wurden die in den Einzelvergleichen ermittelten Fragen unterschiedlich beantwortet ?

Dazu wurden bei den Items die Häufigkeiten der jeweiligen Antwortmöglichkeiten ermittelt und miteinander verglichen. Abbildung 3 soll das beschriebene Verfahren anhand des Items ANIS 7 („Nach dem Essen ist mir übel“) illustrieren.

Um dem in der Fragestellung formulierten Ziel einer Reduktion der Item-Anzahl näher zu kommen, wurde im Anschluss eine Faktorenanalyse sowie eine auf deren Ergebnissen aufbauende Reliabilitäts – und Validitätsanalyse (letztere mittels U-Test und Kruskal-Wallis-Test) durchgeführt. Deren Methodik ist aus Übersichtsgründen unter Punkt 5.2ff dargestellt. Damit sollten die (wenigen) Fragen identifiziert werden, welche den größten Teil des gefundenen Korrelationsmusters erklären.

Um inhaltliche Doppelungen zu vermeiden, wurden zudem Fragen verschiedener Original-Fragebogen, die denselben oder sehr ähnlichen Inhalt aufwiesen (Bsp.: EAT 1, EDI 16 und ANIS 3 fragen gleichermaßen nach der Angst vor Gewichtszunahme) zu Gunsten des Items mit der höchsten Signifikanz in der Faktorenanalyse reduziert (Details dazu auch unter 5.2ff). Endpunkt ist ein auf den Ergebnissen dieser Schritte aufbauender Vorschlag für einen neuen Fragebogen.

ANIS 7 im globalen Test

Anis7GR * Gruppe Essstörung

Kreuztabelle

Anzahl		Gruppe Essstörung			Gesamt
		bulimisch	anorektisch	grenzwertig	
Anis7GR	trifft gar nicht zu	18	41	20	79
	trifft mittelmäßig zu	9	1	2	12
	trifft sehr zu	13	0	1	14
Gesamt		40	42	23	105

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	33,539 ^a	4	,000
Likelihood-Quotient	37,527	4	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	19,677	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	105		



ANIS 7 in den Einzelvergleichen



Anis7GR * Gruppe Essstörung

Kreuztabelle

		Gruppe Essstörung		Gesamt
		bulimisch	grenzwertig	
Anis7GR	trifft kaum zu	Anzahl: 18 % von Gruppe Essstörung: 45,0%	Anzahl: 20 % von Gruppe Essstörung: 87,0%	38 60,3%
	trifft mittelmäßig zu	Anzahl: 9 % von Gruppe Essstörung: 22,5%	Anzahl: 2 % von Gruppe Essstörung: 8,7%	11 17,5%
	trifft sehr zu	Anzahl: 13 % von Gruppe Essstörung: 32,5%	Anzahl: 1 % von Gruppe Essstörung: 4,3%	14 22,2%
Gesamt		Anzahl: 40 % von Gruppe Essstörung: 100,0%	Anzahl: 23 % von Gruppe Essstörung: 100,0%	63 100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	11,064 ^a	2	,004
Likelihood-Quotient	12,482	2	,002
Zusammenhang linear-mit-linear	10,384	1	,001
Anzahl der gültigen Fälle	63		



Anis7GR * Gruppe Essstörung

Kreuztabelle

		Gruppe Essstörung		Gesamt
		anorektisch	grenzwertig	
Anis7GR	trifft kaum zu	Anzahl: 41 % von Gruppe Essstörung: 97,6%	Anzahl: 20 % von Gruppe Essstörung: 87,0%	61 93,8%
	trifft mittelmäßig zu	Anzahl: 1 % von Gruppe Essstörung: 2,4%	Anzahl: 2 % von Gruppe Essstörung: 8,7%	3 4,6%
	trifft sehr zu	Anzahl: 0 % von Gruppe Essstörung: ,0%	Anzahl: 1 % von Gruppe Essstörung: 4,3%	1 1,5%
Gesamt		Anzahl: 42 % von Gruppe Essstörung: 100,0%	Anzahl: 23 % von Gruppe Essstörung: 100,0%	65 100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	3,290 ^a	2	,193
Likelihood-Quotient	3,470	2	,176
Zusammenhang linear-mit-linear	3,239	1	,072
Anzahl der gültigen Fälle	65		



Anis7GR * Gruppe Essstörung

Kreuztabelle

		Gruppe Essstörung		Gesamt
		bulimisch	anorektisch	
Anis7GR	trifft kaum zu	Anzahl: 18 % von Gruppe Essstörung: 45,0%	Anzahl: 41 % von Gruppe Essstörung: 97,6%	59 72,0%
	trifft mittelmäßig zu	Anzahl: 9 % von Gruppe Essstörung: 22,5%	Anzahl: 1 % von Gruppe Essstörung: 2,4%	10 12,2%
	trifft sehr zu	Anzahl: 13 % von Gruppe Essstörung: 32,5%	Anzahl: 0 % von Gruppe Essstörung: ,0%	13 15,9%
Gesamt		Anzahl: 40 % von Gruppe Essstörung: 100,0%	Anzahl: 42 % von Gruppe Essstörung: 100,0%	82 100,0%

Chi-Quadrat-Tests

	Wert	df	Asymptotische Signifikanz (2-seitig)
Chi-Quadrat nach Pearson	28,334 ^a	2	,000
Likelihood-Quotient	34,543	2	,000
Zusammenhang linear-mit-linear	26,028	1	,000
Anzahl der gültigen Fälle	82		



ANIS 7 differenziert zwischen bulimischer und grenzwertiger sowie zwischen bulimischer und anorektischer, nicht jedoch zwischen anorektischer und grenzwertiger Gruppe.



Verteilung der Antworthäufigkeiten in den einzelnen Gruppen

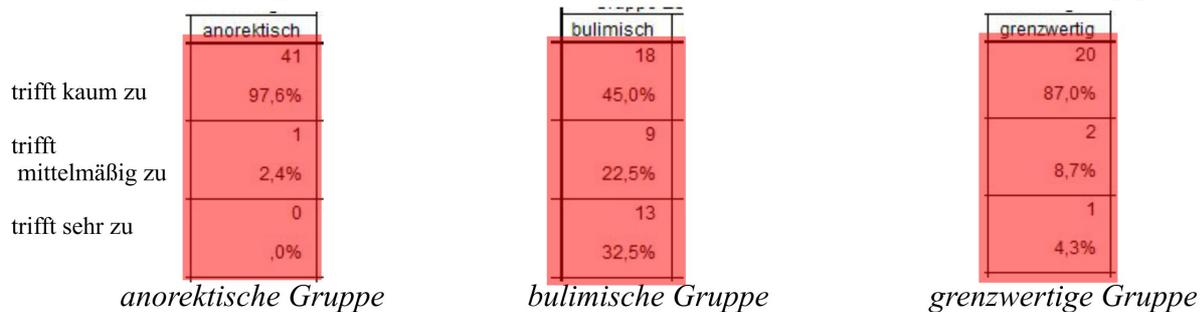


Abbildung 3 – Analyse zur Gruppendifferenzierung am Beispiel Anis 7 („Nach dem Essen ist mir übel“)

5 Ergebnisse

5.1 Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items

Im folgenden Abschnitt werden die Ergebnisse der oben beschriebenen Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items nach Fragebogen sortiert dargestellt, wobei die jeweiligen detaillierten Ergebnisse des globalen Tests in den Anlagen zu finden sind. Die Einzelvergleiche wiederum sind hier im Hauptteil aufgeführt, wobei aus Übersichtsgründen für diese Tabellen die Darstellung im Querformat gewählt wurde.

Zusätzlich sind bereits an dieser Stelle die Items rot markiert, die in die anschließende Faktorenanalyse eingehen – das Auswahlprinzip hierfür ist ebenfalls aus Gründen der Übersichtlichkeit ausführlich unter 5.2.1 beschrieben. Prinzipiell handelt es sich um die Items, die in der folgenden Analyse zwischen der bulimischen und der anorektischen Gruppe sowie mindestens in einem weiteren Test (bulimisch und grenzwertig, anorektisch und grenzwertig) differenzieren.

5.1.1 ANIS

5.1.1 a) globaler Test

Der nach obigem Muster durchgeführte globale ANIS-Test ergab 25 Items, die ein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten zwischen den drei Gruppen aufweisen. Dementsprechend erreichten sieben Items das gewählte Signifikanzniveau nicht und wurden für die Einzelvergleiche nicht weiter verwendet. Die exakte Auflistung inklusive p-Werten findet sich in den Anlagen. Untersucht wurden die für diese Arbeit in ihren Antwortstufen reduzierten Items, daher ergaben sich nur Werte zwischen eins und drei (vgl. 4.4.1)

5.1.1 b) Einzelvergleiche

Die 25 im globalen Test ermittelten Items wurden erneut untersucht, dieses mal wurden allerdings wie oben beschrieben nur Fälle aus jeweils zwei Gruppen miteinander verglichen (vgl. 4.4.3). Die Tabelle 3 zeigt die Ergebnisse mit den jeweiligen p-Werten für die Einzelvergleiche mit signifikantem Ergebnis sowie die zu den entsprechenden Gruppen gehörende Häufigkeitsverteilung sowie die Kurzform des Iteminhaltes.

Tabelle 3 – Einzelvergleiche ANIS mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
ANIS 3	Angst, dick zu werden	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,011 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 22,5 mittelmäßig (2): 20,0 sehr (3): 57,5	kaum (1): 57,1 mittelmäßig (2): 28,6 sehr (3): 14,3	kaum (1): 26,1 mittelmäßig (2): 52,2 sehr (3): 21,7
ANIS 4	Gefühl von Minderwertigkeit	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,010 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 38,5 mittelmäßig (2): 35,9 sehr (3): 25,6	kaum (1): 95,2 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 0,0	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 13,0 sehr (3): 8,7
ANIS 5	Beziehungängste	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,008 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 62,5 mittelmäßig (2): 27,5 sehr (3): 10,0	kaum (1): 90,5 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 4,8	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 13 sehr (3): 8,7
ANIS 6	Beenden von Essen vor Sätttheit	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,016	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 47,5 sehr (3): 17,5	kaum (1): 83,3 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 0,0	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 13,0
ANIS 7	Übelkeit nach Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,004 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 45,0 mittelmäßig (2): 22,5 sehr (3): 32,5	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 0,0	kaum (1): 87,0 mittelmäßig (2): 8,7 sehr (3): 4,3
ANIS 8	Essensrituale und -zwänge	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 40,0 mittelmäßig (2): 32,5 sehr (3): 27,5	kaum (1): 88,1 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 7,1	kaum (1): 73,9 mittelmäßig (2): 8,7 sehr (3): 17,4
ANIS 9	Unterdrücken Hungergefühl	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,001	kaum (1): 40,0 mittelmäßig (2): 37,5 sehr (3): 22,5	kaum (1): 95,2 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 0,0	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 8,7
ANIS 10	Impuls, sich vollzuschlagen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,015 anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,001	kaum (1): 32,5 mittelmäßig (2): 37,5 sehr (3): 30,0	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 0,0	kaum (1): 65,2 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 4,3

Tabelle 3, Fortsetzung 1 – Einzelvergleiche ANIS mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
ANIS 11	Gewissenhaftigkeit in allem, was man tut	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,003 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 7,5 mittelmäßig (2): 42,5 sehr (3): 50,0	kaum (1): 33,3 mittelmäßig (2): 45,2 sehr (3): 21,4	kaum (1): 8,7 mittelmäßig (2): 52,2 sehr (3): 39,1
ANIS 12	Wertlegen auf Figur und Kontrolle Aussehen im Spiegel	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,004 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 17,5 mittelmäßig (2): 42,5 sehr (3): 40,0	kaum (1): 35,7 mittelmäßig (2): 54,8 sehr (3): 9,5	kaum (1): 30,4 mittelmäßig (2): 56,5 sehr (3): 13,0
ANIS 13	Nichts-tun fällt schwer	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,004 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 17,5 mittelmäßig (2): 42,5 sehr (3): 40,0	kaum (1): 52,4 mittelmäßig (2): 28,6 sehr (3): 19,0	kaum (1): 39,1 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 30,4
ANIS 15	Einhalten Diät	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 40,0 mittelmäßig (2): 35,0 sehr (3): 25,0	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 2,4	kaum (1): 65,2 mittelmäßig (2): 26,1 sehr (3): 8,7
ANIS 16	stumpfes und leeres Gefühl	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,007	kaum (1): 57,5 mittelmäßig (2): 20,0 sehr (3): 22,5	kaum (1): 100 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 8,7 sehr (3): 13,0
ANIS 17	Völlegefühl nach Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,003	kaum (1): 27,5 mittelmäßig (2): 35,0 sehr (3): 37,5	kaum (1): 78,6 mittelmäßig (2): 19,0 sehr (3): 2,4	kaum (1): 39,1 mittelmäßig (2): 39,1 sehr (3): 21,7
ANIS 19	Unaufrichtigkeit über Essverhalten	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,014	kaum (1): 42,5 mittelmäßig (2): 35,0 sehr (3): 22,5	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 2,4	kaum (1): 69,6 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 0,0
ANIS 21	Stolz auf Fasten	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,003 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 32,5 mittelmäßig (2): 30,0 sehr (3): 37,5	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 7,1 sehr (3): 0,0	kaum (1): 73,9 mittelmäßig (2): 21,7 sehr (3): 4,3

Tabelle 3. Fortsetzung 2 – Einzelvergleiche ANIS mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
ANIS 22	Unwohlsein nach dem Essen im Vergleich zu davor	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,001	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 30,0 sehr (3): 35,0	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 7,1 sehr (3): 0,0	kaum (1): 56,6 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 13,0
ANIS 23	Verhandeln über Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: < 0,001	kaum (1): 60,0 mittelmäßig (2): 30,0 sehr (3): 10,0	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 0,0	kaum (1): 60,9 mittelmäßig (2): 39,1 sehr (3): 0,0
ANIS 24	Unbeherrschtheit beim Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,005 anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,01	kaum (1): 37,5 mittelmäßig (2): 47,5 sehr (3): 15,0	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 0,0	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 21,7 sehr (3): 0,0
ANIS 27	Herausögern Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,005 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 57,5 mittelmäßig (2): 22,5 sehr (3): 20,0	kaum (1): 83,3 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 0,0	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 21,7 sehr (3): 0,0
ANIS 28	Bedürfnis zu erbrechen nach dem Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,012 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 55,0 mittelmäßig (2): 17,5 sehr (3): 27,5	kaum (1): 100 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 91,3 mittelmäßig (2): 4,3 sehr (3): 4,3
ANIS 29	Nach dem Essen Sorge, zu dick zu werden	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 40,0 mittelmäßig (2): 22,5 sehr (3): 37,5	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 2,4	kaum (1): 65,2 mittelmäßig (2): 26,1 sehr (3): 8,7
ANIS 30	Bedürfnis nach Perfektionismus bei eigenem Tun	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,004 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 15,0 mittelmäßig (2): 32,5 sehr (3): 52,5	kaum (1): 38,1 mittelmäßig (2): 42,9 sehr (3): 19,0	kaum (1): 13,0 mittelmäßig (2): 47,8 sehr (3): 39,1

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, grenzw./gw. Gr. = grenzwertige Gruppe,

anorekt. Gr. = anorektische Gruppe; rot markiert: Items, die für die Faktorenanalyse ausgewählt wurden)

5.1.1 c) Bewertung

Im globalen Test fallen sehr viele Fragen auf, die ein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten zwischen den drei Gruppen zeigen, von denen einige in den Einzelvergleichen nicht mehr das neue Signifikanzniveau erreichen.

Die meisten signifikanten Unterschiede lassen sich zwischen der anorektischen und der bulimischen Gruppe finden, weitaus weniger sind in der Abgrenzung zwischen bulimischer und grenzwertiger sowie anorektischer und grenzwertiger Gruppe zu ermitteln. Nach dem in 4.4.3 beschriebenen Verfahren lassen sich aus dieser Konstellation diejenigen Fragen identifizieren, die spezifisch für die jeweilige Gruppe sind (Tabellen 4, 5 und 6).

Tabelle 4 – bulimie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Item	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
ANIS 3	Angst, dick zu werden	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
ANIS 4	Gefühl von Minderwertigkeit	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
ANIS 7	Übelkeit nach Essen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
ANIS 10	Impuls, sich vollzuschlagen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
ANIS 21	Stolz auf Fasten	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
ANIS 24	Unbeherrschtheit beim Essen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
ANIS 28	Bedürfnis zu erbrechen nach dem Essen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Tabelle 5 – anorexie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
ANIS 6	Beenden von Essen vor Sättigkeit	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
ANIS 9	Unterdrückung Hungergefühl	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
ANIS 10	Impuls, sich vollzuschlagen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
ANIS 16	stumpfes und leeres Gefühl	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
ANIS 17	Völlegefühl nach Essen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
ANIS 19	Unaufrichtigkeit über Essverhalten	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
ANIS 22	Unwohlsein nach dem Essen im Vgl. zu davor	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
ANIS 23	Verhandeln über Essen	anorekt. Gr. < gw. Gr. ≤ bulim. Gr.
ANIS 24	Unbeherrschtheit beim Essen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Tabelle 6 – spezifische Fragen für grenzwertige Gruppe plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
ANIS 10	Impuls, sich vollzuschlagen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
ANIS 24	Unbeherrschtheit beim Essen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Die in Tabelle 4 aufgeführten Fragen, die zwischen der bulimischen Gruppe und den beiden anderen differenzieren, sind inhaltlich größtenteils unmittelbar mit bulimischer Symptomatik assoziiert und werden von der bulimischen Gruppe häufiger bejaht als von den anderen beiden. Hier sowie in den Tabellen 5 und 6 zeigt sich somit auch, dass die Einteilung anhand der beiden Signalfragen (siehe 4.4.2) grundsätzlich korrekt ist und sich im Verlauf dieser Analyse mehrfach bestätigt. Tabelle 5 zeigt die spezifischen Fragen für die anorektische Gruppe. Dabei fallen niedrige Werte (also eher Verneinung) bei „typischen“ Anorexie-Themen wie Verhandeln über Essen (ANIS 23) oder Unterdrückung des Hungergefühls (ANIS 9) etc. auf. Die Bulimiesymptomatik wird anhand Items wie z.B. Unbeherrschtheit beim Essen (ANIS 24) und Impuls, sich vollzuschlagen (ANIS 10) „korrekt“ verneint.

Die in Tabelle 6 aufgeführten Fragen, die für die grenzwertige Gruppe spezifisch sind, thematisieren auch eher bulimische Symptomatik. Die Häufigkeitsverteilung der Antworten liegt zwischen denen der beiden anderen Gruppen und bestätigt damit auch die beiden zur Einteilung benutzten Signalfragen, da die so definierten „Grenzwertigen“ auch im Antwortmuster bei vielen anderen Fragen zwischen den beiden Polen bulimisch und anorektisch liegen.

Eben diese Fragen aus Tabelle 6 sind es auch, die von allen drei Gruppen signifikant unterschiedlich im Vergleich zu den jeweils beiden anderen beantwortet werden.

5.1.2 EAT - 26

5.1.2 a) globaler Test

Im globalen Test des EAT-26 konnten 22 Items mit signifikant unterschiedlichem Antwortverhalten zwischen den drei Gruppen identifiziert werden. Diese sowie die vier nicht-auffälligen Items finden sich im Detail in den Anlagen. Auch beim EAT-26 wurden die Items nach Reduktion der Antwortstufen untersucht (vgl. 4.4.1).

5.1.2 b) Einzelvergleiche

Die 22 im globalen Test ermittelten Items wurden wie in 4.4.3 beschrieben den drei Einzelvergleichen unterzogen. Tabelle 7 zeigt die entsprechenden Ergebnisse, die Darstellung entspricht der unter 5.1 beschriebenen.

Tabelle 7 – Einzelvergleiche EAT-26 mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EAT 1	Furcht vor Übergewicht	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: <0,001	kaum (1): 15,0 mittelmäßig (2): 27,5 sehr (3): 57,5	kaum (1): 59,5 mittelmäßig (2): 31,0 sehr (3): 9,5	kaum (1): 17,4 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 47,8
EAT 2	Essensvermeidung trotz Hunger	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,003	kaum (1): 42,5 mittelmäßig (2): 40,0 sehr (3): 17,5	kaum (1): 90,5 mittelmäßig (2): 9,5 sehr (3): 0,0	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 13,0
EAT 3	von Essen ganz in Anspruch genommen	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,016 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 37,5 mittelmäßig (2): 42,5 sehr (3): 20,0	kaum (1): 78,6 mittelmäßig (2): 19,0 sehr (3): 2,4	kaum (1): 69,6 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 0,0
EAT 4	Fressanfälle	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: <0,001 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 32,5 mittelmäßig (2): 55,0 sehr (3): 12,5	kaum (1): 100,0 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 91,3 mittelmäßig (2): 8,7 sehr (3): 0,0
EAT 6	Wissen um Kalorien	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,003	kaum (1): 17,5 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 37,5	kaum (1): 50,0 mittelmäßig (2): 45,2 sehr (3): 4,8	kaum (1): 17,4 mittelmäßig (2): 52,2 sehr (3): 30,4
EAT 7	Vermeidung von Kohlehydraten	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,006 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 60,0 mittelmäßig (2): 32,5 sehr (3): 7,5	kaum (1): 90,5 mittelmäßig (2): 7,1 sehr (3): 2,4	kaum (1): 69,6 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 0,0
EAT 9	Erbrechen nach Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 67,5 mittelmäßig (2): 10,0 sehr (3): 22,5	kaum (1): 100,0 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 91,3 mittelmäßig (2): 4,3 sehr (3): 4,3
EAT 10	Schuldgefühle nach Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,005 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 25,0 sehr (3): 45,0	kaum (1): 95,2 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 0,0	kaum (1): 77,3 mittelmäßig (2): 13,6 sehr (3): 9,1

Tabelle 7, Fortsetzung 1 – Einzelvergleiche EAT-26 mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EAT 11	Wunsch, dünner zu sein	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,006	kaum (1): 30,0 mittelmäßig (2): 27,5 sehr (3): 42,5	kaum (1): 88,1 mittelmäßig (2): 7,1 sehr (3): 4,8	kaum (1): 52,2 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 17,4
EAT 12	Denken an Kalorienverbrauch bei Bewegung	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 45,0 mittelmäßig (2): 27,5 sehr (3): 27,5	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 7,1 sehr (3): 0,0	kaum (1): 69,6 mittelmäßig (2): 26,1 sehr (3): 4,3
EAT 14	Denken an Körperfett	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,014	kaum (1): 40,0 mittelmäßig (2): 17,5 sehr (3): 42,5	kaum (1): 88,1 mittelmäßig (2): 7,1 sehr (3): 4,8	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 13,0
EAT 16	Vermeiden von Zucker	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,010 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 47,5 mittelmäßig (2): 25,0 sehr (3): 27,5	kaum (1): 78,6 mittelmäßig (2): 14,3 sehr (3): 7,1	kaum (1): 65,2 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 4,3
EAT 17	Diäthalten	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,011	kaum (1): 45,0 mittelmäßig (2): 35,0 sehr (3): 20,0	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 0,0	kaum (1): 73,9 mittelmäßig (2): 17,4 sehr (3): 8,7
EAT 18	Gefühl, von Essen beherrscht zu sein	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,015 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 27,5 mittelmäßig (2): 40,0 sehr (3): 32,5	kaum (1): 76,2 mittelmäßig (2): 19,0 sehr (3): 4,8	kaum (1): 63,6 mittelmäßig (2): 27,3 sehr (3): 9,1
EAT 19	Kontrolle Essverhalten	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,013	kaum (1): 10,0 mittelmäßig (2): 52,5 sehr (3): 37,5	kaum (1): 64,3 mittelmäßig (2): 26,2 sehr (3): 9,5	kaum (1): 26,1 mittelmäßig (2): 52,2 sehr (3): 13,8
EAT 20	Gefühl, von anderen zum Essen gedrängt zu werden	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,005 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,015 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 42,5 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 12,5	kaum (1): 78,0 mittelmäßig (2): 17,1 sehr (3): 4,9	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 21,7 sehr (3): 0,0

Tabelle 7, Fortsetzung 2 – Einzelvergleiche EAT-26 mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EAT 21	zu viel Zeit und Gedanken mit Essen verwendet	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,006 anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,003	kaum (1): 30,0 mittelmäßig (2): 35,0 sehr (3): 35,0	kaum (1): 78,6 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 4,8	kaum (1): 43,5 mittelmäßig (2): 56,5 sehr (3): 0,0
EAT 22	Unwohlsein beim Verzehr von Süßigkeiten	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 27,5 mittelmäßig (2): 40,0 sehr (3): 32,5	kaum (1): 78,6 mittelmäßig (2): 19,0 sehr (3): 2,4	kaum (1): 52,2 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 13,0
EAT 23	beschäftigt mit Essverhalten	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,004 anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,015	kaum (1): 12,5 mittelmäßig (2): 47,5 sehr (3): 40,0	kaum (1): 68,3 mittelmäßig (2): 24,4 sehr (3): 7,3	kaum (1): 34,8 mittelmäßig (2): 60,9 sehr (3): 4,3
EAT 24	gutes Gefühl, wenn Magen leer ist	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,003	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 20,0 sehr (3): 45,0	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 7,1 sehr (3): 0,0	kaum (1): 59,1 mittelmäßig (2): 27,3 sehr (3): 13,6
EAT 25	Ausprobieren neues, reichhaltiges Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,014 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 52,5 mittelmäßig (2): 42,5 sehr (3): 5,0	kaum (1): 21,4 mittelmäßig (2): 69,0 sehr (3): 9,5	kaum (1): 26,1 mittelmäßig (2): 73,9 sehr (3): 0,0
EAT 26	Drang zu Erbrechen nach dem Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 55,0 mittelmäßig (2): 17,5 sehr (3): 27,5	kaum (1): 100,0 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 87,0 mittelmäßig (2): 8,7 sehr (3): 4,3

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, grenzw./gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe; rot markiert: Items, die für die Faktorenanalyse ausgewählt wurden)

5.1.2 c) Bewertung

Auch im EAT-26 zeigt die übergroße Mehrzahl der Items im globalen Test ein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten zwischen den drei Gruppen, von denen alle im Einzelvergleich zwischen anorektischer und bulimischer Gruppe signifikant unterschiedlich beantwortet werden. Erneut ist die Abgrenzung zur grenzwertigen Gruppe durch weniger Items möglich. Die Tabellen 8, 9 und 10 zeigen die jeweils gruppenspezifischen Fragen und deren Inhalt sowie das dazugehörige Antwortmuster im Vergleich.

Table 8 – bulimie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
EAT 3	von Essen ganz in Anspruch genommen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EAT 4	Fressanfälle	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EAT 10	Schuldgefühle nach Essen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EAT 18	Gefühl, von Essen beherrscht zu sein	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EAT 20	Gefühl, von anderen zum Essen gedrängt zu werden	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EAT 21	zu viel Zeit und Gedanken mit Essen verwendet	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EAT 23	beschäftigt mit Essverhalten	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Table 9 – anorexie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
EAT 1	Furcht vor Übergewicht	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 2	Essensvermeidung trotz Hunger	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 6	Wissen um Kalorien	anorekt. Gr. < gw. Gr. ≤ bulim. Gr.
EAT 11	Wunsch, dünner zu sein	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 14	Denken an Körperfett	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 17	Diäthalten	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 19	Kontrolle Essverhalten	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 21	zu viel Zeit und Gedanken mit Essen verwendet	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 23	beschäftigt mit Essverhalten	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 24	gutes Gefühl, wenn Magen leer ist	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Tabelle 10 – spezifische Fragen für grenzwertige Gruppe plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
EAT 21	zu viel Zeit und Gedanken mit Essen verwendet	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EAT 23	beschäftigt mit Essverhalten	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Die in Tabelle 8 aufgeführten bulimie-spezifischen Fragen beinhalten den zur Gruppeneinteilung genutzten Item EAT 4 sowie weitere, die auch mit typischer Bulimiesymptomatik assoziiert sind und von dieser Gruppe signifikant häufiger bejaht werden als von den beiden anderen Gruppen.

Tabelle 9 zeigt die anorexie-spezifischer Fragen. Hier fällt erneut (ähnlich den ANIS-Ergebnissen, siehe 5.1.1 c)) weniger Zustimmung bei „typischen“ Anorexie-Themen wie der Furcht vor Übergewicht (EAT 1) oder dem Wunsch, dünner zu sein (EAT 11) auf. Auch die Fragen nach eher bulimischer Symptomatik werden wie im ANIS von der anorektischen Gruppe relativ konsequent verneint. Damit bestätigt sich erneut die für diese Arbeit vorgenommene Gruppeneinteilung.

Bei den in Tabelle 10 aufgeführten Items, die für die grenzwertige Gruppe spezifisch sind, handelt es sich gleichzeitig um die, die von allen drei Gruppen signifikant unterschiedlich im Vergleich zu den jeweils zwei anderen beantwortet wurden.

5.1.3 FBeK

5.1.3 a) globaler Test

Beim FBeK waren 30 Items im globalen Test auffällig. Erneut sind diese, gemeinsam mit den nicht für die Einzelvergleiche ausgewählten 22 Items, in den Anlagen dargestellt. Da es in diesem Fragebogen nur zwei Antwortmöglichkeiten (ja/nein) gibt, war eine Reduktion derselben wie z.B. beim ANIS oder EAT-26 nicht notwendig.

5.1.3 b) Einzelvergleiche

Die 30 im globalen Test ermittelten Items wurden wie bei den vorangegangenen Fragebogen erneut in den Einzelvergleichen untersucht. Die Tabelle 11 zeigt die entsprechenden Ergebnisse (auch hier folgt die Darstellungsweise der unter 5.1 beschriebenen).

Tabelle 11 – Einzelvergleiche FBeK mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
FBeK 1	Unangenehmes Gefühl wenn andere erkennen, was in einem vorgeht	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 51,3 stimmt nicht (2): 48,7	stimmt (1): 14,3 stimmt nicht (2): 85,7	stimmt (1): 26,1 stimmt nicht (2): 73,9
FBeK 3	Verlässlichkeit eigener Körper	bulim. / anorekt. Gruppe: nicht signifikant bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 56,4 stimmt nicht (2): 43,6	stimmt (1): 81,0 stimmt (2): 19,0	stimmt (1): 78,3 stimmt nicht (2): 21,7
FBeK 4	Zufriedenheit mit Geschlechtsmerkmalen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,004	stimmt (1): 61,5 stimmt nicht (2): 38,5	stimmt (1): 92,9 stimmt nicht (2): 7,1	stimmt (1): 65,2 stimmt nicht (2): 34,8
FBeK 10	Neigung, Körper zu verbergen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,004	stimmt (1): 53,8 stimmt nicht (2): 46,2	stimmt (1): 7,1 stimmt nicht (2): 92,9	stimmt (1): 34,8 stimmt nicht (2): 65,2
FBeK 12	Unbehagen bei Vorstellung, nackt gesehen zu werden	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,011 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,001	stimmt (1): 56,4 stimmt nicht (2): 43,6	stimmt (1): 28,6 stimmt nicht (2): 71,4	stimmt (1): 69,6 stimmt nicht (2): 30,4
FBeK 14	Stimmung an Haltung und Gang ablesbar	bulim. / anorekt. Gruppe: nicht signifikant bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,02	stimmt (1): 69,2 stimmt nicht (2): 30,8	stimmt (1): 42,9 stimmt nicht (2): 57,1	stimmt (1): 82,6 stimmt nicht (2): 17,4
FBeK 17	Zufriedenheit mit Größe und Gewicht	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 25,6 stimmt nicht (2): 74,4	stimmt (1): 64,3 stimmt nicht (2): 35,7	stimmt (1): 43,5 stimmt nicht (2): 56,5
FBeK 18	eigenes Äußeres hat Kontaktaufnahme mit anderen behindert	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,013 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 38,5 stimmt nicht (2): 61,5	stimmt (1): 14,3 stimmt nicht (2): 85,7	stimmt (1): 13,0 stimmt nicht (2): 87,0

Tabelle 11, Fortsetzung 1 – Einzelvergleiche FBeK mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
FBeK 20	Wunsch nach einem anderen Körper	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 51,3 stimmt nicht (2): 48,7	stimmt (1): 7,1 stimmt nicht (2): 92,9	stimmt (1): 26,1 stimmt nicht (2): 73,9
FBeK 21	Freude an Selbstbetrachtung	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 41,0 stimmt nicht (2): 59,0	stimmt (1): 78,6 stimmt nicht (2): 21,4	stimmt (1): 63,6 stimmt nicht (2): 36,4
FBeK 22	Zufriedenheit mit eigenem Aussehen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 38,5 stimmt nicht (2): 61,5	stimmt (1): 78,6 stimmt nicht (2): 21,4	stimmt (1): 65,2 stimmt nicht (2): 34,8
FBeK 24	Freude an Berührung durch andere	bulim. / anorekt. Gruppe: nicht signifikant bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 46,2 stimmt nicht (2): 53,8	stimmt (1): 21,4 stimmt nicht (2): 78,6	stimmt (1): 17,4 stimmt nicht (2): 82,6
FBeK 25	verunsichert, wenn Äußeres abweichend von Wunsch	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,016	stimmt (1): 82,1 stimmt nicht (2): 17,9	stimmt (1): 42,9 stimmt nicht (2): 57,1	stimmt (1): 73,9 stimmt nicht (2): 26,1
FBeK 27	Zufriedenheit mit eigener Figur	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 35,9 stimmt nicht (2): 64,1	stimmt (1): 71,4 stimmt nicht (2): 28,6	stimmt (1): 47,8 stimmt nicht (2): 52,2
FBeK 29	Blockiertheit bei eigener Sexualität	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,003 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 41,0 stimmt nicht (2): 59,0	stimmt (1): 12,2 stimmt nicht (2): 87,8	stimmt (1): 26,1 stimmt nicht (2): 73,9
FBeK 30	Unwohlsein bei schlechtem Aussehen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,009 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 82,1 stimmt nicht (2): 17,9	stimmt (1): 54,8 stimmt nicht (2): 45,2	stimmt (1): 82,6 stimmt nicht (2): 17,4

Tabelle 11, Fortsetzung 2 – Einzelvergleiche FBeK mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
FBeK 31	Bejahung der eigenen Attraktivität	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,014 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 52,6 stimmt nicht (2): 47,4	stimmt (1): 78,6 stimmt nicht (2): 21,4	stimmt (1): 73,9 stimmt nicht (2): 26,1
FBeK 32	Nicht-Wissen, wohin mit den eigenen Händen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 51,3 stimmt nicht (2): 48,7	stimmt (1): 16,7 stimmt nicht (2): 83,3	stimmt (1): 39,1 stimmt nicht (2): 60,9
FBeK 35	Wut auf eigenen Körper	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,001 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 74,4 stimmt nicht (2): 25,6	stimmt (1): 33,3 stimmt nicht (2): 66,7	stimmt (1): 30,4 stimmt nicht (2): 69,6
FBeK 38	häufiges Denken an Selbstverletzung	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,008 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 25,6 stimmt nicht (2): 74,4	stimmt (1): 4,8 stimmt nicht (2): 95,2	stimmt (1): 13,0 stimmt nicht (2): 87,0
FBeK 40	häufiger Wunsch, mehr zu empfinden	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,008 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 43,6 stimmt nicht (2): 56,4	stimmt (1): 16,7 stimmt nicht (2): 83,3	stimmt (1): 27,3 stimmt nicht (2): 72,7
FBeK 41	Zufriedenheit mit eigenem Körper	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,006 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 41,0 stimmt nicht (2): 59,0	stimmt (1): 71,4 stimmt nicht (2): 28,6	stimmt (1): 60,9 stimmt nicht (2): 39,1
FBeK 43	Ekel sich selbst gegenüber	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 51,3 stimmt nicht (2): 48,7	stimmt (1): 14,3 stimmt nicht (2): 85,7	stimmt (1): 30,4 stimmt nicht (2): 69,6
FBeK 44	Wissen, dass andere einen gern betrachten	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,011 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 28,9 stimmt nicht (2): 71,1	stimmt (1): 57,1 stimmt nicht (2): 42,9	stimmt (1): 43,5 stimmt nicht (2): 56,5

Tabelle II, Fortsetzung 3 – Einzelvergleiche FBeK mit *signifikanten* p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
FBeK 45	Körper manchmal wie abgestorben	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,012	stimmt (1): 51,4 stimmt nicht (2): 48,6	stimmt (1): 12,2 stimmt nicht (2): 87,8	stimmt (1): 39,1 stimmt nicht (2): 60,9
FBeK 46	Gefühl, in Körper zu Hause zu sein	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,004 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,006 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 47,4 stimmt nicht (2): 52,6	stimmt (1): 78,6 stimmt nicht (2): 21,4	stimmt (1): 82,6 stimmt nicht (2): 17,4
FBeK 47	starke Betroffenheit bei negativer Bewertung des eigenen Aussehens	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,012 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 84,6 stimmt nicht (2): 15,4	stimmt (1): 59,5 stimmt nicht (2): 40,5	stimmt (1): 78,3 stimmt nicht (2): 21,7
FBeK 48	Stolz auf eigenen Körper	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,003 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 35,9 stimmt nicht (2): 64,1	stimmt (1): 69,0 stimmt nicht (2): 31,0	stimmt (1): 46,5 stimmt nicht (2): 53,5
FBeK 51	Achtsamkeit, dass eigener Körper bekommt, was er braucht	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,005 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 46,2 stimmt nicht (2): 53,8	stimmt (1): 76,2 stimmt nicht (2): 23,8	stimmt (1): 69,6 stimmt nicht (2): 30,4
FBeK 52	Zufriedenheit mit sexuellen Empfindungen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,008 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	stimmt (1): 59,0 stimmt nicht (2): 41,0	stimmt (1): 85,4 stimmt nicht (2): 14,6	stimmt (1): 82,6 stimmt nicht (2): 17,4

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, grenzw./gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe; rot markiert: Items, die für die Faktorenanalyse ausgewählt wurden)

5.1.3 c) Bewertung

Im FBeK zeigen zwar immer noch sehr viele, aber im Vergleich zum ANIS und EAT - 26 deutlich weniger Fragen im globalen Test ein zwischen den Gruppen signifikant unterschiedliches Antwortverhalten. Von diesen differenzieren wiederum die meisten zwischen anorektischer und bulimischer Gruppe, nur sehr wenige zwischen der grenzwertigen und den beiden anderen.

Daher lassen sich beim FBeK auch nur spezifische Fragen für die bulimische und die anorektische Gruppe ermitteln, die in den Tabellen 12 und 13 dargestellt sind.

Die Items FBeK 3, 14 und 24, obwohl im globalen Test auffällig, erreichen in den Einzelvergleichen nicht mehr das neue Signifikanzniveau.

Tabelle 12 – bulimie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
FBeK 35	Wut auf eigenen Körper	bulim. Gr. > anorekt. Gr. > gw. Gr.
FBeK 46	Gefühl, in Körper zuhause zu sein	gw. Gr. > anorekt. Gr. > bulim. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Tabelle 13 – anorexie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
FBeK 4	Zufriedenheit mit Geschlechtsmerkmalen	anorekt. Gr. > bulim. Gr. > gw. Gr.
FBeK 10	Neigung, Körper zu verbergen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
FBeK 12	Unbehagen bei Vorstellung, nackt gesehen zu werden	anorekt. Gr. < bulim. Gr. < gw. Gr.
FBeK 25	verunsichert, wenn Äußeres abweichend von Wunsch	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
FBeK 45	Körper manchmal wie abgestorben	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Insgesamt bleibt also von der sowieso schon relativ kleinen Menge im globalen Test nur eine geringe Anzahl von Items übrig, die in ihren Antwortmustern spezifisch für eine der Gruppen sind. Einfache ja/nein-Antworten wie beim FBeK erschweren also eher eine derartige Einteilung.

In Tabelle 13 fällt erneut auf, dass, wie schon in den vorangegangenen Untersuchungen, die anorektische Gruppe Fragen nach anorexie-typischen Erscheinungen und Körperempfindungen eher verneint. Die beiden bulimie-spezifischen Fragen dagegen bestätigen ein negatives Verhältnis dieser Gruppe zum eigenen Körper.

5.1.4 EDI – 2

5.1.4 a) globaler Test

Beim EDI-2 wurden im globalen Test 79 Items mit signifikant unterschiedlichem Antwortverhalten identifiziert. Die detaillierte Zusammenstellung dieser Ergebnisse ist wiederum in den Anlagen dargestellt, ebenso die 9 unauffälligen Items. Ähnlich dem ANIS und dem EAT-26 wurden die sechs Antwortmöglichkeiten des EDI-2 im Vorfeld reduziert (siehe 4.4.1).

5.1.4 b) Einzelvergleiche

Auch hier wurde die große Menge der im globalen Test auffälligen Items wie bei den vorangegangenen Fragebogen mittels der Einzelvergleiche untersucht. Die jeweiligen Ergebnisse finden sich in Tabellen 14, dargestellt wie unter 5.1 beschrieben.

Wie unter 4.4.1 erwähnt, unterscheidet sich beim EDI-2 bisweilen die Polung der Antworten zwischen den einzelnen Items, wobei z.B. die Kodierung (1) bei einigen Fragen für 'kaum', bei anderen für 'sehr' steht.

Tabelle 14 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 1	Verzehr Kohlehydrate ohne Nervosität	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 27,5 mittelmäßig (2): 27,5 kaum (3): 45,0	sehr (1): 66,7 mittelmäßig (2): 26,2 kaum (3): 7,1	sehr (1): 34,8 mittelmäßig (2): 47,8 kaum (3): 17,4
EDI 2	Bauch zu dick	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,008	kaum (1): 22,5 mittelmäßig (2): 32,5 sehr (3): 45,0	kaum (1): 73,8 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 9,5	kaum (1): 34,8 mittelmäßig (2): 47,8 sehr (3): 17,4
EDI 3	Wunsch nach Rückkehr in Kindheit	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,009 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 57,5 mittelmäßig (2): 32,5 sehr (3): 10,0	kaum (1): 85,7 mittelmäßig (2): 14,3 sehr (3): 0,0	kaum (1): 82,6 mittelmäßig (2): 17,4 sehr (3): 0,0
EDI 4	Essen, wenn durcheinander	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,001	kaum (1): 45,0 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 10,0	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 2,4	kaum (1): 69,6 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 0,0
EDI 5	Vollstopfen mit Speisen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: < 0,001 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 37,5 mittelmäßig (2): 62,5 sehr (3): 0,0	kaum (1): 100,0 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 87,0 mittelmäßig (2): 13,0 sehr (3): 0,0
EDI 7	Nachdenken über Diäten	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,001	kaum (1): 27,5 mittelmäßig (2): 57,5 sehr (3): 15,0	kaum (1): 95,2 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 0,0	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 39,1 sehr (3): 4,3
EDI 9	eigene Oberschenkel zu dick	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 32,5 mittelmäßig (2): 17,5 sehr (3): 50,0	kaum (1): 73,8 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 9,5	kaum (1): 47,8 mittelmäßig (2): 26,1 sehr (3): 26,1
EDI 10	Gefühl, als Mensch unfähig zu sein	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 55,0 mittelmäßig (2): 25,0 sehr (3): 20,0	kaum (1): 90,5 mittelmäßig (2): 9,5 sehr (3): 0,0	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 8,7 sehr (3): 13,0

Tabelle 14, Fortsetzung 1 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 11	Schuldgefühl bei Überfressen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,003 anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,014	kaum (1): 20,0 mittelmäßig (2): 22,5 sehr (3): 57,5	kaum (1): 78,6 mittelmäßig (2): 14,3 sehr (3): 7,1	kaum (1): 43,5 mittelmäßig (2): 43,5 sehr (3): 13,0
EDI 12	eigener Bauch hat die richtige Größe	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 30,0 mittelmäßig (2): 22,5 kaum (3): 47,5	sehr (1): 61,9 mittelmäßig (2): 28,6 kaum (3): 9,5	sehr (1): 30,4 mittelmäßig (2): 39,1 kaum (3): 30,4
EDI 15	offenes Zeigen von Gefühlen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,002 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,003	sehr (1): 37,5 mittelmäßig (2): 37,5 kaum (3): 25,0	sehr (1): 76,2 mittelmäßig (2): 16,7 kaum (3): 7,1	kaum (1): 34,8 mittelmäßig (2): 56,5 sehr (3): 8,7
EDI 16	Angst vor Gewichtszunahme	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,003	kaum (1): 10,0 mittelmäßig (2): 40,0 sehr (3): 50,0	kaum (1): 47,6 mittelmäßig (2): 42,9 sehr (3): 9,5	kaum (1): 8,7 mittelmäßig (2): 60,9 sehr (3): 30,4
EDI 17	Vertrauen zu anderen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,004	sehr (1): 15,0 mittelmäßig (2): 60,0 kaum (3): 25,0	sehr (1): 57,1 mittelmäßig (2): 42,9 kaum (3): 0,0	kaum (1): 26,1 mittelmäßig (2): 56,5 sehr (3): 17,4
EDI 18	Gefühl von Allein-sein in der Welt	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,002 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 32,5 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 22,5	kaum (1): 69,0 mittelmäßig (2): 26,2 sehr (3): 4,8	kaum (1): 65,2 mittelmäßig (2): 21,7 sehr (3): 13,0
EDI 19	Zufriedenheit mit Gestalt des eigenen Körpers	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 22,5 mittelmäßig (2): 30,0 kaum (3): 47,5	sehr (1): 64,3 mittelmäßig (2): 23,8 kaum (3): 11,9	sehr (1): 30,4 mittelmäßig (2): 43,5 kaum (3): 26,1
EDI 20	eigenes Leben ist unter Kontrolle	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 32,5 mittelmäßig (2): 50,0 kaum (3): 17,5	sehr (1): 85,7 mittelmäßig (2): 9,5 kaum (3): 4,8	sehr (1): 65,2 mittelmäßig (2): 26,1 kaum (3): 8,7

Tabelle 14, Fortsetzung 2 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 21	Verwirrung über eigene Gefühle	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,002 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 50,0 mittelmäßig (2): 40,0 sehr (3): 10,0	kaum (1): 85,7 mittelmäßig (2): 11,9 sehr (3): 2,4	kaum (1): 60,9 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 4,3
EDI 23	unproblematischer Umgang mit anderen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 45,0 mittelmäßig (2): 25,0 kaum (3): 30,0	sehr (1): 81,0 mittelmäßig (2): 14,3 kaum (3): 4,8	sehr (1): 56,5 mittelmäßig (2): 30,4 kaum (3): 13,0
EDI 24	Wunsch, jemand anderes zu sein	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,003 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 20,0	kaum (1): 85,7 mittelmäßig (2): 14,3 sehr (3): 0,0	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 8,7 sehr (3): 13,0
EDI 25	Übertreibung der Bedeutung des Gewichts	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,004	kaum (1): 22,5 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 32,5	kaum (1): 76,2 mittelmäßig (2): 23,8 sehr (3): 0,0	kaum (1): 43,5 mittelmäßig (2): 39,1 sehr (3): 17,4
EDI 26	klare Unterscheidbarkeit der eigenen Gefühle	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 27,5 mittelmäßig (2): 52,5 kaum (3): 20,0	sehr (1): 69,0 mittelmäßig (2): 31,0 kaum (3): 0,0	sehr (1): 56,5 mittelmäßig (2): 30,4 kaum (3): 13,0
EDI 27	Gefühl von Unzulänglichkeit	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,003 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 52,5 mittelmäßig (2): 40,0 sehr (3): 7,5	kaum (1): 85,7 mittelmäßig (2): 14,3 sehr (3): 0,0	kaum (1): 73,9 mittelmäßig (2): 21,7 sehr (3): 4,3
EDI 28	Fressanfälle	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,003 anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,004	kaum (1): 30,0 mittelmäßig (2): 60,0 sehr (3): 10,0	kaum (1): 100,0 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 73,9 mittelmäßig (2): 26,1 sehr (3): 0,0
EDI 31	Form des eigenen Gesäßes schön	bulim. / anorekt. Gruppe: <0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,008	sehr (1): 12,5 mittelmäßig (2): 32,5 kaum (3): 55,0	sehr (1): 57,1 mittelmäßig (2): 33,3 kaum (3): 9,5	kaum (1): 21,7 mittelmäßig (2): 43,5 sehr (3): 34,8

Tabelle 14, Fortsetzung 3 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 32	beschäftigt mit Wunsch, dünner zu sein	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,005	kaum (1): 32,5 mittelmäßig (2): 30,0 sehr (3): 37,5	kaum (1): 88,1 mittelmäßig (2): 9,5 sehr (3): 2,4	kaum (1): 52,2 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 13,0
EDI 33	Unklarheit, was in einem vorgeht	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,002 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 37,5 mittelmäßig (2): 50,0 sehr (3): 12,5	kaum (1): 76,2 mittelmäßig (2): 19,0 sehr (3): 4,8	kaum (1): 69,6 mittelmäßig (2): 21,7 sehr (3): 8,7
EDI 34	Schwierigkeiten, anderen eigene Gefühle zu zeigen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 30,0 mittelmäßig (2): 55,0 sehr (3): 15,0	kaum (1): 73,8 mittelmäßig (2): 19,0 sehr (3): 7,1	kaum (1): 60,9 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 4,3
EDI 35	Anforderungen der Erwachsenenwelt sind zu hoch	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,006 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 40,0 mittelmäßig (2): 47,5 sehr (3): 12,5	kaum (1): 73,8 mittelmäßig (2): 23,8 sehr (3): 2,4	kaum (1): 52,2 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 13,0
EDI 36	es hassen, wenn man nicht der/die Beste ist	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 12,5 mittelmäßig (2): 65,0 sehr (3): 22,5	kaum (1): 59,5 mittelmäßig (2): 31,0 sehr (3): 9,5	kaum (1): 30,4 mittelmäßig (2): 52,2 sehr (3): 17,4
EDI 37.	Gefühl von Selbstbewußtsein	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 30,0 mittelmäßig (2): 30,0 kaum (3): 40,0	sehr (1): 69,0 mittelmäßig (2): 23,8 kaum (3): 7,1	sehr (1): 52,2 mittelmäßig (2): 34,8 kaum (3): 13,0
EDI 38	Beschäftigung mit Essanfällen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,004 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 45,0 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 10,0	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 0,0	kaum (1): 87,0 mittelmäßig (2): 13,0 sehr (3): 0,0
EDI 40	häufig Unklarheit, ob man hungrig ist oder nicht	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 30,0 mittelmäßig (2): 50,0 sehr (3): 20,0	kaum (1): 78,6 mittelmäßig (2): 19,0 sehr (3): 2,4	kaum (1): 60,9 mittelmäßig (2): 26,1 sehr (3): 13,0

Tabelle 14. Fortsetzung 4 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 41	keine gute Meinung von sich selbst	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,002 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 32,5 mittelmäßig (2): 30,0 sehr (3): 37,5	kaum (1): 81,0 mittelmäßig (2): 14,3 sehr (3): 4,8	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 13,0 sehr (3): 8,7
EDI 42	Glauben an Erreichbarkeit der eigenen Ziele	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,014 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 47,5 mittelmäßig (2): 32,5 kaum (3): 20,0	sehr (1): 78,6 mittelmäßig (2): 14,3 kaum (3): 7,1	sehr (1): 73,9 mittelmäßig (2): 17,4 kaum (3): 8,7
EDI 43	hohe Erwartungshaltung der Eltern	bulim. / anorekt. Gruppe: nicht signifikant bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,011	kaum (1): 25,0 mittelmäßig (2): 30,0 sehr (3): 45,0	kaum (1): 45,2 mittelmäßig (2): 31,0 sehr (3): 23,8	kaum (1): 8,7 mittelmäßig (2): 52,2 sehr (3): 39,1
EDI 44	Angst vor Kontrollverlust über Gefühle	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 45,0 mittelmäßig (2): 37,5 sehr (3): 17,5	kaum (1): 85,7 mittelmäßig (2): 14,3 sehr (3): 0,0	kaum (1): 60,9 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 8,7
EDI 45	Hüften zu breit	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,001	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 25,0 sehr (3): 40,0	kaum (1): 85,7 mittelmäßig (2): 11,9 sehr (3): 2,4	kaum (1): 39,1 mittelmäßig (2): 47,8 sehr (3): 13,0
EDI 46	wenig Essen vor anderen; viel, wenn man allein ist	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 50,0 mittelmäßig (2): 25,0 sehr (3): 25,0	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 0,0	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 17,4 sehr (3): 4,3
EDI 47	aufgequollenes Gefühl schon nach kleiner Mahlzeit	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,014 anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,005	kaum (1): 37,5 mittelmäßig (2): 32,5 sehr (3): 30,0	kaum (1): 87,8 mittelmäßig (2): 12,2 sehr (3): 0,0	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 43,5 sehr (3): 0,0
EDI 48	glücklichste Zeit ist Kindheit	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 25,0 mittelmäßig (2): 60,0 sehr (3): 15,0	kaum (1): 64,3 mittelmäßig (2): 33,3 sehr (3): 2,4	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 8,7

Tabelle 14, Fortsetzung 5 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Item inhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 49	Angst vor weiterer Gewichtszunahme	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: < 0,001	kaum (1): 30,0 mittelmäßig (2): 20,0 sehr (3): 50,0	kaum (1): 81,0 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 2,4	kaum (1): 26,1 mittelmäßig (2): 47,8 sehr (3): 26,1
EDI 50	Glaube an eigenen Wert als Mensch	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 27,5 mittelmäßig (2): 37,5 kaum (3): 35,0	sehr (1): 61,9 mittelmäßig (2): 35,7 kaum (3): 2,4	sehr (1): 60,9 mittelmäßig (2): 26,1 kaum (3): 13,0
EDI 51	Unklarheit, ob traurig, ängstlich oder wütend	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,003 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,015	kaum (1): 40,0 mittelmäßig (2): 50,0 sehr (3): 10,0	kaum (1): 73,8 mittelmäßig (2): 26,2 sehr (3): 0,0	kaum (1): 39,1 mittelmäßig (2): 56,5 sehr (3): 4,3
EDI 52	Bedürfnis, Dinge perfekt oder gar nicht zu erledigen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,003	kaum (1): 15,4 mittelmäßig (2): 43,6 sehr (3): 41,0	kaum (1): 69,0 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 14,3	kaum (1): 26,1 mittelmäßig (2): 47,8 sehr (3): 26,1
EDI 53	Denken an Erbrechen für Gewichtsverlust	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,015 anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,005	kaum (1): 52,5 mittelmäßig (2): 20,0 sehr (3): 27,5	kaum (1): 100,0 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 82,6 mittelmäßig (2): 17,4 sehr (3): 0,0
EDI 54	Distanzhalten zu Menschen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,004 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 52,5 mittelmäßig (2): 25,0 sehr (3): 22,5	kaum (1): 85,7 mittelmäßig (2): 9,5 sehr (3): 4,8	kaum (1): 60,9 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 8,7
EDI 55	eigene Oberschenkel habe richtige Form	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 17,5 mittelmäßig (2): 30,0 kaum (3): 52,5	sehr (1): 57,1 mittelmäßig (2): 26,2 kaum (3): 16,7	sehr (1): 21,7 mittelmäßig (2): 47,8 kaum (3): 30,4
EDI 56	innere Leere	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,011 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 50,0 sehr (3): 15,0	kaum (1): 88,1 mittelmäßig (2): 9,5 sehr (3): 2,4	kaum (1): 73,9 mittelmäßig (2): 17,4 sehr (3): 8,7

Tabelle 14, Fortsetzung 6 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 57	eigenen Gedanken und Gefühle können artikuliert werden	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,004 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 50,0 mittelmäßig (2): 32,5 kaum (3): 17,5	sehr (1): 78,6 mittelmäßig (2): 21,4 kaum (3): 0,0	sehr (1): 69,6 mittelmäßig (2): 30,4 kaum (3): 0,0
EDI 58	Pubertät ist beste Zeit im Leben	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 5,0 mittelmäßig (2): 70,0 kaum (3): 25,0	sehr (1): 40,5 mittelmäßig (2): 54,8 kaum (3): 4,8	sehr (1): 30,4 mittelmäßig (2): 56,5 kaum (3): 13,0
EDI 59	Gesäß zu breit	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,015	kaum (1): 37,5 mittelmäßig (2): 25,0 sehr (3): 37,5	kaum (1): 78,6 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 4,8	kaum (1): 43,5 mittelmäßig (2): 39,1 sehr (3): 17,4
EDI 60	nicht einzuordnende Gefühle	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 27,5 mittelmäßig (2): 65,0 sehr (3): 7,5	kaum (1): 85,7 mittelmäßig (2): 11,9 sehr (3): 2,4	kaum (1): 60,9 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 4,3
EDI 61	heimliches Essen oder Trinken	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,007 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 47,5 mittelmäßig (2): 42,5 sehr (3): 10,0	kaum (1): 97,6 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 0,0	kaum (1): 87,0 mittelmäßig (2): 8,7 sehr (3): 4,3
EDI 62	Zufriedenheit mit Hüftform	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,005	sehr (1): 27,5 mittelmäßig (2): 27,5 kaum (3): 45,0	sehr (1): 64,3 mittelmäßig (2): 26,2 kaum (3): 9,5	kaum (1): 21,7 mittelmäßig (2): 56,5 sehr (3): 21,7
EDI 63	hohe Maßstäbe	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,009 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 2,5 mittelmäßig (2): 37,5 sehr (3): 60,0	kaum (1): 26,2 mittelmäßig (2): 33,3 sehr (3): 40,5	kaum (1): 4,3 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 65,2
EDI 64	Angst vor Fressanfällen bei Verwirrung	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,004	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 47,5 sehr (3): 17,5	kaum (1): 95,2 mittelmäßig (2): 2,4 sehr (3): 2,4	kaum (1): 65,2 mittelmäßig (2): 30,4 sehr (3): 4,4

Tabelle 14. Fortsetzung 7 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 66	Scham für eigenen menschliche Schwäche	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 35,0 mittelmäßig (2): 50,0 sehr (3): 15,0	kaum (1): 81,0 mittelmäßig (2): 14,3 sehr (3): 4,8	kaum (1): 69,6 mittelmäßig (2): 26,1 sehr (3): 4,3
EDI 67	andere würden einen als emotional instabil bezeichnen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 32,5 mittelmäßig (2): 52,5 sehr (3): 15,0	kaum (1): 76,2 mittelmäßig (2): 21,4 sehr (3): 2,4	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 34,8 sehr (3): 8,7
EDI 68	Bedürfnis, Körperliches unter Kontrolle zu haben	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: < 0,001 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 15,0 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 40,0	kaum (1): 61,9 mittelmäßig (2): 26,2 sehr (3): 11,9	kaum (1): 56,5 mittelmäßig (2): 39,1 sehr (3): 4,3
EDI 69	Entspanntheit in Gruppensituation	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 27,5 mittelmäßig (2): 35,0 kaum (3): 37,5	sehr (1): 66,7 mittelmäßig (2): 23,8 kaum (3): 9,5	sehr (1): 52,2 mittelmäßig (2): 34,8 kaum (3): 13,0
EDI 70	Reue für spontan gesagte Dinge	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,002 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 27,5 mittelmäßig (2): 70,0 sehr (3): 2,5	kaum (1): 66,7 mittelmäßig (2): 31,0 sehr (3): 2,4	kaum (1): 52,2 mittelmäßig (2): 47,8 sehr (3): 0,0
EDI 71	alles daran setzen, Genuss zu erleben	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,004 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 20,0 mittelmäßig (2): 50,0 kaum (3): 30,0	sehr (1): 42,9 mittelmäßig (2): 52,4 kaum (3): 4,8	sehr (1): 21,7 mittelmäßig (2): 65,2 kaum (3): 13,0
EDI 72	Neigung zu Drogen-/Medikamentenmissbrauch	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 67,5 mittelmäßig (2): 27,5 sehr (3): 5,0	kaum (1): 100,0 mittelmäßig (2): 0,0 sehr (3): 0,0	kaum (1): 87,0 mittelmäßig (2): 13,0 sehr (3): 0,0
EDI 73	Kontaktfreudigkeit	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 40,0 mittelmäßig (2): 27,5 kaum (3): 32,5	sehr (1): 83,3 mittelmäßig (2): 14,3 kaum (3): 2,4	sehr (1): 56,5 mittelmäßig (2): 30,4 kaum (3): 13,0

Tabelle 14, Fortsetzung 8 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 75	Selbstverleugnung stärkt einen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 55,0 mittelmäßig (2): 32,5 sehr (3): 12,5	kaum (1): 95,2 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 0,0	kaum (1): 82,6 mittelmäßig (2): 13,0 sehr (3): 4,3
EDI 76	eigene Probleme werden von anderen Menschen verstanden	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,006 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,011	sehr (1): 12,5 mittelmäßig (2): 40,0 kaum (3): 47,5	sehr (1): 40,5 mittelmäßig (2): 38,1 kaum (3): 21,4	kaum (1): 8,7 mittelmäßig (2): 73,9 sehr (3): 17,4
EDI 78	Genuss-Essen ist Zeichen moralischer Schwäche	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 55,0 mittelmäßig (2): 35,0 sehr (3): 10,0	kaum (1): 95,2 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 0,0	kaum (1): 87,0 mittelmäßig (2): 13,0 sehr (3): 0,0
EDI 80	Gefühl, ausreichend anerkannt zu sein	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 12,5 mittelmäßig (2): 77,5 kaum (3): 10,0	sehr (1): 50,0 mittelmäßig (2): 42,9 kaum (3): 7,1	sehr (1): 43,5 mittelmäßig (2): 52,2 kaum (3): 4,3
EDI 83	Einschätzung durch andere, man sei leicht reizbar	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,012 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 27,5 mittelmäßig (2): 65,0 sehr (3): 7,5	kaum (1): 59,5 mittelmäßig (2): 38,1 sehr (3): 2,4	kaum (1): 30,4 mittelmäßig (2): 69,6 sehr (3): 0,0
EDI 84	Gefühl, überall schlecht wegzukommen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,01 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 52,5 mittelmäßig (2): 45,0 sehr (3): 2,5	kaum (1): 83,3 mittelmäßig (2): 16,7 sehr (3): 0,0	kaum (1): 78,3 mittelmäßig (2): 21,7 sehr (3): 0,0
EDI 85	erhebliche Stimmungsschwankungen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 20,0 mittelmäßig (2): 55,0 sehr (3): 25,0	kaum (1): 64,3 mittelmäßig (2): 31,0 sehr (3): 4,8	kaum (1): 39,1 mittelmäßig (2): 47,8 sehr (3): 13,0
EDI 86	eigenen körperliche Bedürfnisse sind peinlich	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,002 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 60,0 mittelmäßig (2): 30,0 sehr (3): 10,0	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 2,4	kaum (1): 69,6 mittelmäßig (2): 26,1 sehr (3): 4,3

Tabelle 14, Fortsetzung 9 – Einzelvergleiche EDI mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDI 89	Wissen um Liebe durch andere Menschen	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,003 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 47,5 mittelmäßig (2): 32,5 kaum (3): 20,0	sehr (1): 81,0 mittelmäßig (2): 16,7 kaum (3): 2,4	sehr (1): 73,9 mittelmäßig (2): 17,4 kaum (3): 8,7
EDI 90	Drang, sich selbst oder anderen weh zu tun	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,01 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	kaum (1): 67,5 mittelmäßig (2): 30,0 sehr (3): 2,5	kaum (1): 92,9 mittelmäßig (2): 4,8 sehr (3): 2,4	kaum (1): 82,6 mittelmäßig (2): 17,4 sehr (3): 0,0
EDI 91	Gefühl, zu wissen, wer man wirklich ist	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr (1): 30,0 mittelmäßig (2): 32,5 kaum (3): 37,5	sehr (1): 69,0 mittelmäßig (2): 23,8 kaum (3): 7,1	sehr (1): 60,9 mittelmäßig (2): 26,1 kaum (3): 13,0

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, grenzw./gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe; rot markiert: Items, die für die Faktorenanalyse ausgewählt wurden)

5.1.4 c) Bewertung

Ähnlich der Konstellation beim ANIS und EAT-26 fallen auch beim EDI-2 im globalen Test sehr viele Items auf, die zwischen den Gruppen signifikant unterschiedlich beantwortet werden. Erneut differenzieren die meisten zwischen der anorektischen und der bulimischen Gruppe, aber auch verhältnismäßig viele zur grenzwertigen Gruppe. Dementsprechend viele spezifische Fragen lassen sich identifizieren (siehe die Tabellen 15, 16 und 17). Auch in dieser Untersuchung erreichen einige Items, obwohl im globalen Test auffällig, nicht mehr das neue Signifikanzniveau in den Einzelvergleichen. Dazu zählen EDI 13, 14, 79, 82.

Table 15 – bulimie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
EDI 5	Vollstopfen mit Speisen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 11	Schuldgefühl beim Überfressen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 24	Wunsch, jemand anderes zu sein	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 28	Fressanfälle	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 38	Beschäftigung mit Essanfällen	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 41	keine gute Meinung von sich selbst	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 47	aufgequollenes Gefühl schon nach kleiner Mahlzeit	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 53	Denken an Erbrechen für Gewichtsverlust	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 56	innere Leere	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 61	heimliches Essen oder Trinken	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDI 68	Bedürfnis, Körperliches unter Kontrolle zu haben	bulim. Gr. > anorekt. Gr. > gw. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Table 16 – anorexie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
EDI 2	Bauch zu dick	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 4	Essen wenn durcheinander	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 7	Nachdenken über Diäten	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 11	Schuldgefühl bei Überfressen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 15	offenes Zeigen von Gefühlen	anorekt. Gr. > gw. Gr. > bulim. Gr.
EDI 16	Angst vor Gewichtszunahme	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 17	Vertrauen zu anderen	anorekt. Gr. > gw. Gr. > bulim. Gr.
EDI 25	Übertreiben der Bedeutung des Gewichts	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.

Tabelle 16, Fortsetzung 1

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
EDI 28	Fressanfälle	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 31	Form des eigenen Gesäßes schön	anorekt. Gr. > gw. Gr. > bulim. Gr.
EDI 32	beschäftigt mit Wunsch, dünner zu sein	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 45	Hüften zu breit	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 47	aufgequollenes Gefühl schon nach kleiner Mahlzeit	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 49	Angst vor weiterer Gewichtszunahme	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 51	Unklarheit, ob traurig, ängstlich oder wütend	anorekt. Gr. < bulim. Gr. ≤ gw. Gr.
EDI 53	Denken an Erbrechen für Gewichtsverlust	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 59	Gesäß zu breit	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 62	Zufriedenheit mit Hüftform	anorekt. Gr. > gw. Gr. > bulim. Gr.
EDI 64	Angst vor Fressanfällen bei Verwirrung	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 76	eigene Probleme werden von anderen Menschen verstanden	anorekt. Gr. > gw. Gr. > bulim. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Tabelle 17 – spezifische Fragen für grenzwertige Gruppe plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Zustimmung im Gruppenvergleich
EDI 11	Schuldgefühl bei Überfressen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 28	Fressanfälle	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 47	aufgequollenes Gefühl schon nach kleiner Mahlzeit	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDI 53	Denken an Erbrechen für Gewichtsverlust	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Auch im EDI-2 lassen sich die meisten spezifischen Fragen bei der anorektische Gruppe finden. Erneut werden hier A.n. - typische Symptome und Erscheinungen signifikant häufiger abgelehnt als in den anderen beiden Gruppen (z.B. EDI 2 – Bauch zu dick oder EDI 16 – Angst vor Zunehmen). Themen, die eher im bulimischen Bereich angesiedelt sind (wie z.B. EDI 64 – Angst vor Fressanfällen) werden „korrekt“ verneint und bestätigen damit erneut die Richtigkeit der vorgenommenen Gruppenbildung. Gestützt wird sie zudem durch die ermittelten bulimie-spezifischen Fragen, die auch hier erwartungsgemäß B.n.-typische Symptome abbilden, die signifikant häufiger bejaht werden als in den anderen Gruppen (z.B. EDI 28 – Essanfälle oder EDI

53 – Gedanken an Erbrechen).

Die spezifischen Fragen für die grenzwertige Gruppe sind, wie schon in den vorangegangenen Untersuchungen, eher mit B.n.-Themen assoziiert und liegen im Antwortverhalten erneut zwischen den beiden Polen A.n. und B.n. Eben diese sind es auch, die von allen drei Gruppen signifikant unterschiedlich zu den jeweils anderen beantwortet werden.

5.1.5 EDES

5.1.5 a) globaler Test

Auch für die EDES wurden zunächst die Items mit und die ohne signifikant unterschiedliches Antwortverhalten zwischen den Gruppen im globalen Test ermittelt und sind in den Anlagen dargestellt. Dabei wurden einige Items nicht mit dem χ^2 -Test, sondern mittels Kruskal-Wallis-Test untersucht, da bei ihnen nicht Häufigkeiten verglichen werden konnten, sondern es sich um nicht-normalverteilte Daten mit vielen Antwortstufen handelt (z.B. EDES 4 – Frage nach gegenwärtigem Gewicht).

Die Items EDES 30 und EDES 31, welche nach der Anzahl stationärer bzw. ambulanter psychotherapeutischer Sitzungen fragen, wurden aufgrund der Tatsache, dass damit ein reiner Zahlenwert an extrem unterschiedlichen Zeitpunkten im Behandlungsverlauf ohne direkten Zusammenhang zum Krankheitsbild erfragt wird sowie aufgrund der extrem großen Streuung der Antworten nicht eingeschlossen.

5.1.5 b) Einzelvergleiche

Wie bei den vorangegangenen Fragebogen wurden die im globalen Test auffälligen Items in den Einzelvergleichen untersucht (Ergebnisse siehe Tabelle 18, Darstellung wie unter 5.1 beschrieben).

Tabelle 18 – Einzelvergleiche EDES mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDES 2	aktuelle Beschäftigung	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	Schule/Studieren: 84,6 Arbeiten: 7,7 Arbeitssuche: 2,6 Krank: 5,1	Schule/Studieren: 50,0 Arbeiten: 33,3 Arbeitssuche: 16,7 Krank: 0,0	Schule/Studieren: 86,4 Arbeiten: 9,1 Arbeitssuche: 4,5 Krank: 0,0
EDES 7	Gewichtsschwankung in letzten 6 Monaten	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	mehr als 5kg: 47,2 2-5kg: 41,7 1-2kg: 11,1 weniger als 1kg: 0,0	mehr als 5kg: 8,3 2-5kg: 36,1 1-2kg: 44,4 weniger als 1kg: 11,1	mehr als 5kg: 30,0 2-5kg: 35,0 1-2kg: 25,0 weniger als 1kg: 10,0
EDES 8	Diät	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: 0,002 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	täglich: 17,9 wöchentlich: 10,3 einige Male: 64,1 niemals: 7,7	täglich: 2,4 wöchentlich: 2,4 einige Male: 21,4 niemals: 73,8	täglich: 8,7 wöchentlich: 8,7 einige Male: 30,4 niemals: 52,2
EDES 9	Erbrechen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,002	täglich: 12,5 wöchentlich: 17,5 einige Male: 20,0 niemals: 50,0	täglich: 0,0 wöchentlich: 0,0 einige Male: 0,0 niemals: 100,0	täglich: 4,3 wöchentlich: 4,3 einige Male: 21,7 niemals: 69,6
EDES 10	Fressanfälle	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: < 0,001 anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	täglich: 5,0 wöchentlich: 27,5 einige Male: 67,5 niemals: 0,0	täglich: 0,0 wöchentlich: 0,0 einige Male: 0,0 niemals: 100,0	täglich: 0,0 wöchentlich: 0,0 einige Male: 4,3 niemals: 95,7
EDES 11	Abführmittel	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,015 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	täglich: 2,5 wöchentlich: 7,5 einige Male: 17,5 niemals: 72,5	täglich: 0,0 wöchentlich: 0,0 einige Male: 2,4 niemals: 97,6	täglich: 4,4 wöchentlich: 0,0 einige Male: 8,6 niemals: 87,0

Tabelle 18, Fortsetzung 1 – Einzelvergleiche EDES mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDES 12	gedankliche Beherrschtheit von Essen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr stark: 20,0 stark: 32,5 gering: 47,5 gar nicht: 0,0	sehr stark: 5,0 stark: 25,0 gering: 32,5 gar nicht: 37,5	sehr stark: 0,0 stark: 34,8 gering: 56,5 gar nicht: 8,7
EDES 13	gedankliche Beherrschtheit von Gewicht, Figur, Aussehen	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	sehr stark: 40,0 stark: 32,5 gering: 27,5 gar nicht: 0,0	sehr stark: 2,5 stark: 30,0 gering: 55,0 gar nicht: 12,5	sehr stark: 9,1 stark: 45,4 gering: 36,4 gar nicht: 9,1
EDES 18	Verhältnis zu Familie	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,011 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	schlecht: 5,0 unbefriedigend: 15,0 vernünftig: 27,5 positiv: 52,5	schlecht: 0,0 unbefriedigend: 7,3 vernünftig: 7,3 positiv: 85,4	schlecht: 4,4 unbefriedigend: 8,7 vernünftig: 8,7 positiv: 78,2
EDES 21	Nervosität	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,005 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: 0,005	ja: 82,1 nein: 17,9	ja: 52,4 nein: 47,6	ja: 87,0 nein: 13,0
EDES 22	Schlaflosigkeit	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,006 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	ja: 38,5 nein: 61,5	ja: 11,9 nein: 88,1	ja: 30,4 nein: 69,6
EDES 23	Angstzustände	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,013 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	ja: 38,5 nein: 61,5	ja: 14,3 nein: 85,7	ja: 26,1 nein: 73,9

Tabelle 18. Fortsetzung 2 – Einzelvergleiche EDES mit signifikanten p-Werten aus χ^2 -Test

Item	Iteminhalt	p aus χ^2 -Test	Verteilung bulim. Gr. in %	Verteilung anorekt. Gr. in %	Verteilung gw. Gr. in %
EDES 24	Depression	bulim. / anorekt. Gruppe: < 0,001 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	ja: 45,9 nein: 54,1	ja: 2,4 nein: 97,6	ja: 17,4 nein: 82,6
EDES 25	Suizidalität/Selbstverletzung	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,004 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	ja: 18,4 nein: 81,6	ja: 0,0 nein: 100,0	ja: 4,4 nein: 95,6
EDES 27	Substanzmissbrauch	bulim. / anorekt. Gruppe: 0,007 bulim. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant anorekt. / grenzw. Gruppe: nicht signifikant	ja: 15,8 nein: 84,2	ja: 0,0 nein: 100,0	ja: 13,0 nein: 87,0

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, grenzw./gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe; rot markiert: Items, die für die Faktorenanalyse ausgewählt wurden)

5.1.5 c) Bewertung

Insgesamt gibt es bei der EDES deutlich weniger Items, die zwischen den Gruppen differenzieren als z.B. beim EDI-2 oder ANIS. Ähnlich wie bei den anderen Fragebogen werden aber auch hier alle im globalen Test auffälligen von der anorektischen und der bulimischen Gruppe signifikant unterschiedlich beantwortet, deutlich weniger differenzieren zur grenzwertigen. Dementsprechend wenige gruppenspezifische Items lassen sich identifizieren, für die grenzwertige Gruppe ließen sich wie beim FBek sogar überhaupt keine finden (siehe die Tabellen 19 und 20).

Tabelle 19 – bulimie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Häufigkeit im Gruppenvergleich
EDES 8	Diät	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.
EDES 10	Fressanfälle	bulim. Gr. > gw. Gr. > anorekt. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe)

Tabelle 20 – anorexie-spezifische Fragen plus Vergleich der Ergebnisse mit anderen Gruppen

Frage	Inhalt	Häufigkeit / Zustimmung im Gruppenvergleich
EDES 9	Erbrechen	anorekt. Gr. < gw. Gr. < bulim. Gr.
EDES 21	Nervosität	anorekt. Gr. < bulim. Gr. < gw. Gr.

(Legende: bulim. Gr. = bulimische Gruppe, gw. Gr. = grenzwertige Gruppe, anorekt. Gr. = anorektische Gruppe; MW = Mittelwert)

Nur zwei Fragen sind spezifisch für die bulimische Gruppe, darunter die (neben EAT 4) zur Gruppenbildung genutzte Frage nach Fressanfällen EDES 10. Bei den A.n.- spezifischen Fragen wird wiederum mit EDES 9 eine Frage nach bulimischer Symptomatik „korrekt“ stärker verneint als in den anderen beiden Gruppen. Damit bestätigt sich erneut die für diese Untersuchung genutzte Gruppeneinteilung.

5.2 Itemreduktion, Gruppierung, Reliabilitäts- und Validitätsanalyse

5.2.1 Ausgangsdatensätze nach der Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items

Nach der unter Punkt 5.1 ausführlich dargestellten Analyse der vorliegenden Items wurde eine neue Ausgangsmatrix zusammengestellt, die als Basis für die folgende Faktorenanalyse zur weiteren Reduktion und Strukturierung des Datensatzes genommen wurde. Dabei wurden die Items

ausgewählt, die zwischen der anorektischen und der bulimischen Gruppe differenzieren und zusätzlich entweder zwischen anorektisch und grenzwertig oder zwischen bulimisch und grenzwertig oder zwischen allen drei Gruppen. Der auf diesem Weg ermittelte neue Datensatz, bestehend aus 68 Items, ist in Tabelle 21 inklusive der Kurzform der Frageninhalte sowie der jeweiligen p-Werte in der vorangegangenen Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items dargestellt.

Tabelle 21 – Ausgangsmatrix für die Faktorenanalyse mit Kurzform der Frageninhalte sowie den p-Werten aus der vorangegangenen Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items

Item	Kurzform Inhalt	p-Wert anorekt./bulim.	p-Wert anorekt./grenzw.	p-Wert bulim./grenzw.
ANIS 3	Angst, dick zu werden	< 0,001	X	0,011
ANIS 4	Gefühl von Minderwertigkeit	< 0,001	X	0,010
ANIS 6	Beenden von Essen vor Sätttheit	< 0,001	0,016	X
ANIS 7	Übelkeit nach Essen	< 0,001	X	0,004
ANIS 9	Unterdrücken Hungergefühl	< 0,001	0,001	X
ANIS 10	Impuls, sich vollzuschlagen	< 0,001	0,001	0,015
ANIS 16	stumpfes und leeres Gefühl	< 0,001	0,007	X
ANIS 17	Völlegefühl nach Essen	< 0,001	0,003	X
ANIS 19	Unaufrichtigkeit über Essverhalten	< 0,001	0,014	X
ANIS 21	Stolz auf Fasten	< 0,001	X	0,003
ANIS 22	Unwohlsein nach dem Essen im Vgl. zu davor	< 0,001	0,001	X
ANIS 23	Verhandeln über Essen	< 0,001	< 0,001	X
ANIS 24	Unbeherrschtheit beim Essen	< 0,001	0,01	0,005
ANIS 28	Bedürfnis zu erbrechen nach dem Essen	< 0,001	X	0,012
EAT 1	Furcht vor Übergewicht	< 0,001	< 0,001	X
EAT 2	Essensvermeidung trotz Hunger	< 0,001	0,003	X
EAT 3	von Essen ganz in Anspruch genommen	< 0,001	X	0,016
EAT 4	Fressanfälle	< 0,001	X	< 0,001
EAT 6	Wissen um Kalorien	< 0,001	0,003	X
EAT 10	Schuldgefühle nach Essen	< 0,001	X	0,005
EAT 11	Wunsch, dünner zu sein	< 0,001	0,006	X
EAT 14	Denken an Körperfett	< 0,001	0,014	X
EAT 17	Diäthalten	< 0,001	0,011	X

Tabelle 21 – Fortsetzung 1

Item	Kurzform Inhalt	p-Wert anorekt./bulim.	p-Wert anorekt./grenzw.	p-Wert bulim./grenzw.
EAT 18	Gefühl, von Essen beherrscht zu sein	< 0,001	X	0,015
EAT 19	Kontrolle Essverhalten	< 0,001	0,013	X
EAT 20	Gefühl, von anderen zum Essen gedrängt zu werden	0,005	X	0,015
EAT 21	zu viel Zeit und Gedanken mit Essen verwendet	< 0,001	0,003	0,006
EAT 23	beschäftigt mit Essverhalten	< 0,001	0,015	0,004
EAT 24	gutes Gefühl, wenn Magen leer ist	< 0,001	0,003	X
FBeK 4	Zufriedenheit mit Geschlechtsmerkmalen	0,001	0,004	X
FBeK 10	Neigung, Körper zu verbergen	< 0,001	0,004	X
FBeK 12	Unbehagen bei Vorstellung, nackt gesehen zu werden	0,011	0,001	X
FBeK 25	verunsichert, wenn Äußeres abweichend von Wunsch	< 0,001	0,016	X
FBeK 35	Wut auf eigenen Körper	< 0,001	X	0,001
FBeK 45	Körper manchmal wie abgestorben	< 0,001	0,012	X
FBeK 46	Gefühl, in Körper zuhause zu sein	0,004	X	0,006
EDI 2	Bauch zu dick	< 0,001	0,008	X
EDI 4	Essen, wenn durcheinander	< 0,001	0,001	X
EDI 5	Vollstopfen mit Speisen	< 0,001	X	< 0,001
EDI 7	Nachdenken über Diäten	< 0,001	0,001	X
EDI 11	Schuldgefühl bei Überfressen	< 0,001	0,014	0,003
EDI 15	offenes Zeigen von Gefühlen	0,002	0,003	X
EDI 16	Angst vor Gewichtszunahme	< 0,001	0,003	X
EDI 17	Vertrauen zu anderen	< 0,001	0,004	X
EDI 24	Wunsch, jemand anderes zu sein	< 0,001	X	0,003
EDI 25	Übertreibung der Bedeutung des Gewichts	< 0,001	0,004	X
EDI 28	Fressanfälle	< 0,001	0,001	0,003
EDI 31	Form des Gesäßes schön	< 0,001	0,008	X

Tabelle 21, Fortsetzung 2

Item	Kurzform Inhalt	p-Wert anorekt./bulim.	p-Wert anorekt./grenzw.	p-Wert bulim./grenzw.
EDI 32	beschäftigt mit Wunsch, dünner zu sein	< 0,001	0,005	X
EDI 38	Beschäftigung mit Essanfällen	< 0,001	X	0,004
EDI 41	keine gute Meinung von sich selbst	< 0,001	X	0,002
EDI 45	Hüften zu breit	< 0,001	0,001	X
EDI 47	aufgequollenes Gefühl schon nach kleiner Mahlzeit	< 0,001	0,005	0,014
EDI 49	Angst vor weiterer Gewichtszunahme	< 0,001	< 0,001	X
EDI 51	Unklarheit, ob traurig, ängstlich oder wütend	0,003	0,015	X
EDI 52	Bedürfnis, Dinge perfekt od. gar nicht zu erledigen	< 0,001	0,003	X
EDI 53	Denken an Erbrechen für Gewichtsverlust	< 0,001	0,005	0,015
EDI 56	innere Leere	< 0,001	X	0,011
EDI 59	Gesäß zu breit	< 0,001	0,015	X
EDI 61	heimliches Essen oder Trinken	< 0,001	X	0,007
EDI 62	Zufriedenheit mit Hüftform	< 0,001	0,005	X
EDI 64	Angst vor Fressanfällen bei Verwirrung	< 0,001	0,004	X
EDI 68	Bedürfnis, Körperliches unter Kontrolle zu haben	< 0,001	X	< 0,001
EDI 76	eigene Probleme werden von anderen Menschen verstanden	0,006	0,011	X
EDES 8	Diät	< 0,001	X	0,002
EDES 9	Erbrechen	< 0,001	0,002	X
EDES 10	Fressanfälle	< 0,001	X	< 0,001
EDES 21	Nervosität	0,005	0,005	X

(Legende: X – Item in dieser Zeile differenziert nicht zwischen den Gruppen in dieser Spalte;
anorekt. = anorektische Gruppe; bulim. = bulimische Gruppe;
grenzw. = grenzwertige Gruppe)

5.2.2 Methodik und Verlauf der Faktorenanalyse

Die in Tabelle 21 dargestellten Items wurden nun zur weiteren Reduktion und Strukturierung mit Hilfe der SPSS-Software schrittweise mehreren Faktorenanalysen unterzogen (wobei im Fall von vereinzelt auftretenden fehlenden Werten diese durch den jeweiligen Mittelwert ersetzt wurden).

Dabei wurde zuerst die unrotierte Komponentenmatrix auf substantiell negative Ladungen untersucht. Die entsprechenden Items finden sich in Tabelle 22 und wurden für den weiteren Verlauf invertiert.

Tabelle 22 – nach der ersten Faktorenanalyse invertierte Items

Item	Kurzform Inhalt	Ladung im ersten Faktor der unrotierten Komponentenmatrix
FBeK 10	Neigung, Körper zu verbergen	-0,696
FBeK 12	Unbehagen bei Vorstellung, nackt gesehen zu werden	-0,608
FBeK 35	Wut auf eigenen Körper	-0,589
FBeK 45	Körper manchmal wie abgestorben	-0,550
EDES 8	Diät	-0,586
EDES 9	Erbrechen	-0,614
EDES 10	Fressanfälle	-0,672

Der Grenzwert von $\geq 0,5$ wurde wie allgemein üblich definiert, um die Ladung eines Items in einer Komponente als substantiell einzustufen. Damit konnten bereits nach dem ersten Schritt der Faktorenanalyse drei Items identifiziert werden, die keine substantielle Ladung aufwiesen und somit aus der Matrix entfernt wurden (siehe Tabelle 23).

Im weiteren Verlauf wurde der so geänderte Datensatz mehreren Faktorenanalysen mit Varimax-Rotation unterzogen, wobei nun die Komponentenmatrix durchgängig mit positiven Ladungen besetzt war. Die Items, die keine substantielle Ladung $\geq 0,5$ in der rotierten Matrix aufwiesen, wurden entfernt. Ebenso reduziert wurden Items, die einer Komponente angehörten, welche insgesamt mit genau oder weniger als 3 Items zu schwach besetzt war. Im Anschluss wurde die Berechnung mit der entsprechend kleineren Matrix wiederholt. Die Ergebnisse dieses Ausschlussverfahrens sind ebenfalls in Tabelle 23 dargestellt.

Table 23 – je Faktorenanalyse reduzierte Items

nach 1. Analyse:

Item	Kurzform Inhalt
FBeK 25	verunsichert, wenn Äußeres abweichend von Wunsch
EDI 4	Essen, wenn durcheinander
EDES 21	Nervosität

nach 2. Analyse:

Item	Kurzform Inhalt
FBeK 4	Zufriedenheit mit Geschlechtsmerkmalen
ANIS 16	stumpfes und leeres Gefühl
ANIS 19	Unaufrichtigkeit über Essverhalten
EAT 6	Wissen um Kalorien
EAT 17	Diäthalten
EDI 7	Nachdenken über Diäten
FBeK 10	Neigung, Körper zu verbergen
FBeK 12	Unbehagen bei Vorstellung, nackt gesehen zu werden
FBeK 45	Körper manchmal wie abgestorben
EDI 15	offenes Zeigen von Gefühlen
EDI 17	Vertrauen zu anderen
EDI 51	Unklarheit, ob traurig, ängstlich oder wütend

nach 3. Analyse:

Item	Kurzform Inhalt
ANIS 22	Unwohlsein nach im Vgl. zu vor dem Essen
EAT 24	gutes Gefühl, wenn Magen leer ist

nach 4. Analyse: *keine weiteren*

Am Ende dieser Analysereihe ließ sich eine Matrix erstellen, die aus 51 Items mit ausschließlich substantieller Ladung bestand, die sich nach Varimax-Rotation auf fünf Komponenten mit einer aufgeklärten Varianz von ≥ 5 Prozent verteilten. Alle fünf Komponenten erklären kumulativ 71,666 % der Gesamtvarianz. Sie sind in Tabelle 24 ausführlich dargestellt. Dabei wurden mehrere Aspekte integriert: In der Überschrift wurde der jeweilige Anteil der Komponente an der erklärten Gesamtvarianz in der Varimax-Rotation angegeben. Zudem wurde die Originalfassung der Iteminhalte notwendig, um eventuelle inhaltliche Doppelung (sowohl gleichsinnige als auch diametral entgegengesetzte) detektieren zu können, die aufgrund der Tatsache entstanden, dass die

einzelnen Items ja fünf verschiedenen Original-Fragebogen entnommen wurden. Dahinter ist in Klammern die Ladung des entsprechenden Items dargestellt. War diese bei einem Item in mehr als einer Komponente $\geq 0,5$, so wurde das betreffende in die Komponente eingeordnet, innerhalb der es die höhere Ladung aufwies und ein Vermerk in der ersten Spalte der Tabelle gemacht.

(Es gilt zu beachten, dass in dieser Darstellung noch die Rechtschreibung und Kommasetzung der Original-Fragebogen verwendet wurde, die mitunter von den aktuellen Regelungen etwas abweichen.)

Table 24 – Varimax-Komponenten mit Anteil an der erklärten Gesamtvarianz und ihre Items

1. Komponente – Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 17,9%

Item	Inhalt (Ladung)
EAT 21	Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen (0,705)
EAT 20	Ich habe das Gefühl, daß die anderen mich drängen, zu essen (0,681)
ANIS 6	Ich beende meine Mahlzeit weniger, wenn ich satt bin als vielmehr wenn ich die für meine Figur oder Gesundheit gesetzte Grenze erreicht habe (0,656)
EAT 3	Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen (0,655)
EAT 2	Ich vermeide zu essen, wenn ich hungrig bin (0,652)
EAT 19	Ich kontrolliere mein Essverhalten (0,649)
EDI 52	Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht (0,627)
ANIS 17	Nach dem Essen habe ich ein Völlegefühl (0,619)
EDES 8	Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -wenig essen, strikte Diät (0,612)
EAT 10	Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig (0,604)
EAT 18	Ich habe das Gefühl, daß das Essen mein Leben beherrscht (0,594)
EAT 23	Mein Essverhalten beschäftigt mich (0,588)
ANIS 9	Ich fühle mich oft hungrig, doch versuche ich mein Hungergefühl zu bezwingen (0,571)
ANIS 23	Gelegentlich verhandle ich über mein Essen (z.B. ich esse dies, wenn ich jenes nicht zu essen brauche) (0,540)
ANIS 21	Wenn es mir gelungen ist für längere Zeit zu fasten, bin ich stolz auf diese Leistung (0,535)

Tabelle 24, Fortsetzung 1

2.Komponente – Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 17,849%

Item	Inhalt (Ladung)
EDI 59	Ich empfinde mein Gesäß als zu breit (0,773)
EAT 11	Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein (0,747)
EAT 1	Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben (0,731)
EDI 45	Ich empfinde meine Hüften als zu breit (0,715)
EDI 32	Ich beschäftige mich hauptsächlich mit dem Wunsch, dünner zu sein (0,709)
EAT 14	Mich beherrscht der Gedanke, daß ich Fett an meinem Körper habe (0,700)
EDI 16	Ich habe Angst davor zuzunehmen (0,662)
EDI 2	Ich empfinde meinen Bauch als zu dick (0,660)
EDI 62	Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften (0,660)
EDI 31	Ich mag die Form meines Gesäßes (0,637)
ANIS 3	Ich habe große Angst zu dick zu werden (0,633)
EDI 49	Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, dass ich immer mehr zunehmen werde (0,617)
EDI 11	Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich überfressen habe (0,555)
EDI 25 (auch in Komponente 1 mit 0,510)	Ich übertreibe die Bedeutung meines Gewichts (0,530)

3.Komponente – Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 13,843%

Item	Inhalt (Ladung)
EDI 5	Ich stopfe mich mit Speisen voll (0,798)
EDI 28	Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können (0,780)
ANIS 24	Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann (0,760)
EDES 10	Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? - Überfressen, wüste Eßanfälle (0,749)
ANIS 10	Wenn ich anfangen zu essen, kann es vorkommen, dass ich einen kaum mehr zu beherrschenden Impuls verspüre, mich vollzuschlagen (0,740)
EAT 4	Ich habe mich Freßanfällen hingegeben, wobei ich merkte, daß ich nicht mehr aufhören konnte zu essen (0,720)
EDI 61	Ich esse oder trinke heimlich (0,688)
EDI 64	Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, daß ich anfangen könnte, zu essen (0,565)

Tabelle 24, Fortsetzung 2

4. Komponente – Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 11,901%

Item	Inhalt (Ladung)
FBeK 46	Ich fühle mich in meinem Körper zuhause (0,761)
EDI 41	Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst (0,656)
EDI 76	Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme (0,636)
ANIS 4	Im tiefsten Inneren fühle ich mich minderwertig und hilflos (0,635)
EDI 24	Ich wünschte, ich wäre jemand anderes (0,632)
EDI 56	Ich fühle mich innerlich leer (0,602)
FBeK 35	Manchmal habe ich Wut auf meinen Körper (0,583)
EDI 68	Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle (0,557)

5. Komponente – Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 10,173%

Item	Inhalt (Ladung)
EDES 9	Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf? -erbrechen oder ausspucken (0,824)
EDI 53	Ich denke daran, zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren (0,743)
ANIS 28	Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde (0,701)
ANIS 7	Nach dem Essen ist mir übel (0,580)
EDI 47	Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen (0,580)
EDI 38	Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen (0,540)

*(Legende: Spalte 1 in Klammern: Hinweis, in welcher weiteren Komponente sich das entsprechende Item mit niedrigerer Ladung auffinden ließ;
Spalte 2 in Klammern: Ladung des betreffenden Items innerhalb der Komponente)*

5.2.3 Methodik und Verlauf der weiteren Itemreduktion / finale Matrix

Wie oben bereits beschrieben, ergaben sich u.a. durch die Herkunft der einzelnen Items aus verschiedenen Fragebogen in einigen Komponenten inhaltliche Doppelungen, die in Tabelle 25 dargestellt sind. Dabei wurden sowohl gleichsinnige (z.B. EDI 32 und EAT 11 in Komponente 2) als auch diametral entgegengesetzte Zusammenhänge (EDI 59 und EDI 31 in Komponente 2) berücksichtigt. Einschränkend muss hier erwähnt werden, dass durch die unterschiedliche sprachliche Ausgestaltung der Fragen (und die damit auch verschiedenen inhaltlichen Interpretationsmöglichkeiten) eventuell auch andere Doppelungen hätten ausgewählt werden können. Wir haben uns in dieser Arbeit ausschließlich für die inhaltlich eindeutigsten Ähnlichkeiten entschieden (siehe Tabelle 25).

Zur weiteren Reduktion wurde bei den identifizierten Paaren bzw. Gruppen das Item mit der

höchsten Ladung innerhalb der Komponente belassen. Da in Komponente 3 mit insgesamt fünf inhaltlich sehr ähnlichen Items dieses Verfahren nicht mehr ausreichend erschien, wurde hier eine Interkorrelationsanalyse nach Pearson vorangestellt. Das Item-Paar ANIS 10 und ANIS 24 lag als einziges mit einer Korrelation von 0,85 oberhalb des allgemein üblichen Grenzwertes von 0,8. Demnach wurde in Komponente 3 nur ANIS 10 (geringere Ladung in dieser Komponente als ANIS 24) entfernt. Tabelle 26 zeigt die nach diesem Prinzip aus der Matrix entfernten Items.

Tabelle 25 – Items mit inhaltlichen Doppelungen

Komponente	Inhaltlich ähnliche Items (Ladung innerhalb der Komponente)
2	EDI 59 - „Ich empfinde mein Gesäß als zu breit“ (0,773) und EDI 31 - „Ich mag die Form meines Gesäßes“ (0,637)
2	EAT 11 - „Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein“ (0,747) und EDI 32 - „Ich beschäftige mich hauptsächlich mit dem Wunsch, dünner zu sein“ (0,709)
2	EAT 1 - „Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben“ (0,731) und EDI 16 - „Ich habe Angst davor zuzunehmen“ (0,662) und ANIS 3 - „Ich habe große Angst zu dick zu werden“ (0,633)
3	EDI 28 - „Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können“ (0,780) und ANIS 24 - „Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann (0,760)“ und EDES 10 - „Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? - Überfressen, wüste Eßanfälle“ (0,749) und ANIS 10 - „Wenn ich anfangen zu essen, kann es vorkommen, dass ich einen kaum mehr zu beherrschenden Impuls verspüre, mich vollzuschlagen“ (0,740) und EAT 4 - „Ich habe mich Freßanfällen hingegeben, wobei ich merkte, daß ich nicht mehr aufhören konnte zu essen“ (0,720)
4	FBeK 46 - „Ich fühle mich in meinem Körper zuhause“ (0,761) und FBeK 35 - „Manchmal habe ich Wut auf meinen Körper“ (0,583)

Tabelle 26 – Items, die nach Analyse der inhaltlichen Doppelungen aus der Matrix entfernt wurden

Komponente	Item (Ladung innerhalb der Komponente)
2	EDI 31 - „Ich mag die Form meines Gesäßes“ (0,637)
2	EDI 32 - „Ich beschäftige mich hauptsächlich mit dem Wunsch, dünner zu sein“ (0,709)
2	EDI 16 - „Ich habe Angst davor zuzunehmen“ (0,662)
2	ANIS 3 - „Ich habe große Angst zu dick zu werden“ (0,633)
3	ANIS 10 - „Wenn ich anfangen zu essen, kann es vorkommen, dass ich einen kaum mehr zu beherrschenden Impuls verspüre, mich vollzuschlagen“ (0,740)
4	FBeK 35 - „Manchmal habe ich Wut auf meinen Körper“ (0,583)

Mit diesem um sechs weitere und damit auf 45 Items reduzierten Datensatz wurde eine erneute Faktorenanalyse notwendig, die keine weiteren substantiell ausschließlich negativ oder unter dem Grenzwert von 0,5 geladenen Items enthielt. Lag ein Item in mehr als einer Komponente auf bzw. über dem besagten Cutt-off, wurde es auch hier in die einsortiert, innerhalb derer es die höchste Ladung aufwies.

Diese endgültige Matrix nach Abschluss aller zu ihrer Reduktion eingesetzten Verfahren ist in Tabelle 30 abgebildet. Sie bildet die Grundlage für die in 7.4 durchgeführte Reliabilitäts- und Validitätsanalyse. Dabei wurden die einzelnen Komponenten nun mit einer Überschrift versehen, welche die Thematik der in ihr aufgeführten Fragen zusammenfassen soll. Zudem wurde erneut der jeweilige Anteil an der erklärten Gesamtvarianz in der Varimax-Rotation angegeben. Ebenso finden sich in der Tabelle die – nach der letzten Faktorenanalyse im Vergleich zur vorangegangenen etwas abweichenden – Ladungen der einzelnen Items. Ließen sich einige von ihnen in mehreren Komponenten finden, so ist dies auch hier gesondert in Spalte 1 ausgewiesen, wobei das Item immer der höheren Ladung entsprechend zugeordnet wurde.

Da es sich hierbei nun um den abschließenden Datensatz handelt, sind zusätzlich die originalen SPSS-Ausgaben der erklärten Gesamtvarianz sowie der unrotierten und der rotierten Komponentenmatrix (jeweils mit den ermittelten Kommunalitäten) vorangestellt (Tabellen 27 – 29).

Bereits in der unrotierten Matrix (Tabelle 28) zeigt sich, dass alle Items im ersten unrotierten Faktor laden und sich dementsprechend mit demselben Sachverhalt beschäftigen, wobei die Höhe der Ladung für die Güte der Item-Trennschärfe des neuen Gesamtfragebogens spricht.

Die in Tabelle 29 dargestellte Varimax-Rotation der Fünf-Komponenten-Lösung weißt für jedes Item eine Ladung von $\geq 0,5$ in einer der Komponenten auf, wobei nur EDI 47 in mehr als einer Komponente diesen Grenzwert überschreitet und nach dem o.g. Verfahren zugeordnet wurde.

Tabelle 27 - SPSS-Originalausgabe der erklärten Gesamtvarianz (bis Komponente 5)

Komponente	Summen von quadrierten Faktorladungen für Extraktion			Rotierte Summe der quadrierten Ladungen		
	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %	Gesamt	% der Varianz	Kumulierte %
1	24,387	54,193	54,193	9,224	20,498	20,498
2	2,620	5,821	60,014	6,733	14,962	35,460
3	2,229	4,953	64,967	6,130	13,622	49,082
4	1,755	3,900	68,868	5,308	11,795	60,877
5	1,534	3,409	72,277	5,130	11,400	72,277

**Tabelle 28 - SPSS-Originalausgabe der unrotierten Komponentenmatrix plus Kommunalitäten
(Komponentenladung $\geq 0,5$ fett markiert)**

Item	Komponente					Kommunalitäten (Extraktion)
	1	2	3	4	5	
FBeK 46 - Ich fühle mich in meinem Körper zuhause	,656	,175	-,414	-,041	,335	,747
ANIS 4 - Im tiefsten Inneren fühle ich mich minderwertig und hilflos	,808	,142	-,278	,064	,213	,800
ANIS 6 - Ich beende meine Mahlzeit weniger, wenn ich satt bin als vielmehr wenn ich die für meine Figur oder Gesundheit gesetzte Grenze erreicht habe	,792	-,237	-,167	,162	,003	,737
ANIS 7 - Nach dem Essen ist mir übel	,797	,234	-,219	,117	-,102	,761
ANIS 9 - Ich fühle mich oft hungrig, doch versuche ich mein Hungergefühl zu bezwingen	,810	-,034	,037	,190	-,124	,710
ANIS 17 - Nach dem Essen habe ich eine Völlegefühl	,753	-,105	-,035	,230	-,180	,664
ANIS 21 - Wenn es mir gelungen ist für längere Zeit zu fasten, bin ich stolz auf diese Leistung	,848	-,121	,067	,006	-,085	,746
ANIS 23 - Gelegentlich verhandle ich über mein Essen (z.B. ich esse dies, wenn ich jenes nicht zu essen brauche)	,681	-,148	-,319	,122	-,189	,638
ANIS 24 - Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann	,715	,267	,362	,218	,033	,763
ANIS 28 - Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde	,803	,337	-,273	-,026	-,188	,868
EAT 1 - Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben	,679	-,336	,182	-,316	-,120	,722
EAT 2 - Ich vermeide zu essen, wenn ich hungrig bin	,865	-,272	-,079	,048	-,086	,838
EAT 3 - Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen	,756	-,225	,116	,178	-,074	,672
EAT 4 - Ich habe mich Freißanfällen hingegeben, wobei ich merkte, daß ich nicht mehr aufhören konnte zu essen	,704	,199	,439	,061	-,149	,754
EAT 10 - Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig	,879	-,146	,009	,072	-,094	,809
EAT 11 - Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein	,783	-,111	,168	-,373	-,120	,808
EAT 14 - Mich beherrscht der Gedanke, daß ich Fett an meinem Körper habe	,826	-,205	,055	-,243	-,188	,821
EAT 18 - Ich habe das Gefühl, daß das Essen mein Leben beherrscht	,823	-,128	,140	,166	,180	,773
EAT 19 - Ich kontrolliere mein Essverhalten	,676	-,205	,155	,280	,056	,604
EAT 20 - Ich habe das Gefühl, daß die anderen mich drängen, zu essen (0,681)	,673	-,264	-,164	,312	,140	,666
EAT 21 - Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen	,803	-,287	,170	,208	,163	,825
EAT 23 - Mein Essverhalten beschäftigt mich	,687	-,291	,191	,114	,211	,651
EDI 2 - Ich empfinde meinen Bauch als zu dick	,748	-,179	,096	-,306	,004	,694
EDI 5 - Ich stopfe mich mit Speisen voll	,557	,371	,502	,092	,008	,709

Tabelle 28, Fortsetzung 1

Item	Komponente					Kommunalitäten (Extraktion)
	1	2	3	4	5	
EDI 11 - Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich überfressen habe	,892	-,103	,057	-,106	,079	,828
EDI 24 - Ich wünschte, ich wäre jemand anderes	,738	,305	-,246	-,061	,263	,771
EDI 25 - Ich übertreibe die Bedeutung meines Gewichts	,698	-,288	,230	-,035	,019	,625
EDI 28 - Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können	,660	,417	,371	,028	,162	,774
EDI 38 - Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen	,703	,233	,011	,092	-,288	,640
EDI 41 - Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst	,738	,075	-,168	-,118	,327	,699
EDI 45 - Ich empfinde meine Hüften als zu breit	,789	,013	-,017	-,429	-,099	,817
EDI 47 - Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen	,775	,005	-,244	,110	-,259	,740
EDI 49 - Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, dass ich immer mehr zunehmen werde	,810	-,180	-,045	-,185	-,130	,742
EDI 52 - Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht	,627	-,160	-,080	,310	-,195	,559
EDI 53 - Ich denke daran, zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren	,756	,404	-,287	-,122	-,218	,878
EDI 56 - Ich fühle mich innerlich leer	,681	,249	-,303	,082	,240	,682
EDI 59 - Ich empfinde mein Gesäß als zu breit	,708	-,056	,045	-,516	-,017	,773
EDI 61 - Ich esse oder trinke heimlich	,640	,413	,292	-,020	,132	,683
EDI 62 - Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften	,693	-,140	-,062	-,396	,119	,675
EDI 64 - Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, daß ich anfangen könnte, zu essen	,697	,273	,173	-,030	,120	,606
EDI 68 - Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle	,676	-,001	-,123	-,090	,312	,578
EDI 76 - Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme	,595	-,114	-,179	,006	,418	,573
EDES 8 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -wenig essen, strikte Diät	,656	-,270	-,056	,177	-,073	,543
EDES 9 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -erbrechen oder ausspucken	,608	,440	-,322	,023	-,391	,821
EDES 10 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -überfressen, wüste Essanfälle	,680	0,39	,341	,054	,007	,737

Tabelle 29 - SPSS-Originalausgabe der VARIMAX-rotierten Komponentenmatrix plus Kommunalitäten (Komponentenladung $\geq 0,5$ fett markiert)

Item	Komponente					Kommunalitäten (Extraktion)
	1	2	3	4	5	
FBek 46 - Ich fühle mich in meinem Körper zuhause	,202	,172	,110	,748	,323	,747
ANIS 4 - Im tiefsten Inneren fühle ich mich minderwertig und hilflos	,382	,207	,251	,637	,378	,800
ANIS 6 - Ich beende meine Mahlzeit weniger, wenn ich satt bin als vielmehr wenn ich die für meine Figur oder Gesundheit gesetzte Grenze erreicht habe	,671	,287	,099	,340	,281	,737
ANIS 7 - Nach dem Essen ist mir übel	,377	,183	,316	,379	,585	,761
ANIS 9 - Ich fühle mich oft hungrig, doch versuche ich mein Hungergefühl zu bezwingen	,596	,258	,355	,190	,356	,710
ANIS 17 - Nach dem Essen habe ich ein Völlegefühl	,629	,218	,242	,143	,377	,664
ANIS 21 - Wenn es mir gelungen ist für längere Zeit zu fasten, bin ich stolz auf diese Leistung	,561	,450	,321	,216	,282	,746
ANIS 23 - Gelegentlich verhandle ich über mein Essen (z.B. ich esse dies, wenn ich jenes nicht zu essen brauche)	,541	,242	-,025	,243	,476	,638
ANIS 24 - Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann	,384	,124	,731	,170	,192	,763
ANIS 28 - Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde	,242	,272	,312	,371	,708	,868
EAT 1 - Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben	,413	,719	,163	,049	,069	,722
EAT 2 - Ich vermeide zu essen, wenn ich hungrig bin	,677	,449	,147	,261	,299	,838
EAT 3 - Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen	,670	,308	,282	,133	,178	,672
EAT 4 - Ich habe mich Freißanfällen hingegeben, wobei ich merkte, daß ich nicht mehr aufhören konnte zu essen	,343	,303	,703	-,012	,224	,754
EAT 10 - Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig	,630	,411	,288	,240	,321	,809
EAT 11 - Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein	,306	,740	,317	,143	,213	,808
EAT 14 - Mich beherrscht der Gedanke, daß ich Fett an meinem Körper habe	,461	,677	,213	,136	,294	,821
EAT 18 - Ich habe das Gefühl, daß das Essen mein Leben beherrscht	,627	,286	,405	,359	,074	,773
EAT 19 - Ich kontrolliere mein Essverhalten	,664	,171	,314	,178	,060	,604
EAT 20 - Ich habe das Gefühl, daß die anderen mich drängen, zu essen	,697	,101	,070	,380	,145	,666
EAT 21 - Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen	,735	,300	,331	,291	-,007	,825
EAT 23 - Mein Essverhalten beschäftigt mich	,616	,319	,288	,277	-,098	,651
EDI 2 - Ich empfinde meinen Bauch als zu dick	,353	,663	,234	,240	,132	,694

Tabelle 29, Fortsetzung 1

Item	Komponente					Kommunalitäten (Extraktion)
	1	2	3	4	5	
EDI 5 - Ich stopfe mich mit Speisen voll	,169	,144	,802	,049	,117	,709
EDI 11 - Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich überfressen habe	,498	,530	,344	,373	,203	,828
EDI 24 - Ich wünschte, ich wäre jemand anderes	,173	,221	,324	,670	,371	,771
EDI 25 - Ich übertreibe die Bedeutung meines Gewichts	,550	,476	,282	,128	0,00	,625
EDI 28 - Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können	,147	,188	,786	,282	,144	,774
EDI 38 - Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen	,333	,221	,415	,093	,547	,640
EDI 41 - Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst	,274	,342	,246	,642	,184	,699
EDI 45 - Ich empfinde meine Hüften als zu breit	,195	,718	,255	,277	,350	,817
EDI 47 - Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen	,506	,269	,144	,221	,585	,740
EDI 49 - Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, dass ich immer mehr zunehmen werde	,463	,592	,164	,222	,317	,742
EDI 52 - Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht	,636	,108	,136	,088	,341	,559
EDI 53 - Ich denke daran, zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren	,122	,308	,305	,355	,741	,878
EDI 56 - Ich fühle mich innerlich leer	,255	,092	,246	,638	,375	,682
EDI 59 - Ich empfinde mein Gesäß als zu breit	,136	,769	,222	,270	,201	,773
EDI 61 - Ich esse oder trinke heimlich	,109	,209	,711	,292	,191	,683
EDI 62 - Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften	,233	,658	,123	,395	,133	,675
EDI 64 - Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, daß ich anfangen könnte, zu essen	,214	,272	,571	,337	,218	,606
EDI 68 - Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle	,302	,325	,212	,568	,115	,578
EDI 76 - Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme	,369	,222	,098	,615	,001	,573
EDES 8 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -wenig essen, strikte Diät	,633	,249	,096	,168	,207	,543
EDES 9 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -erbrechen oder ausspucken	,113	,130	,243	,181	,836	,821
EDES 10 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -überfressen, wüste Essanfälle	,197	0,2	,749	,181	,255	,737

Extraktionsmethode: Hauptkomponentenanalyse.

Rotationsmethode: Varimax mit Kaiser-Normalisierung.

Die Rotation ist in 8 Iterationen konvergiert.

Table 30 - finale Matrix der Varimax-Komponenten mit Anteil an der Gesamtvarianz und ihre Items

1. Komponente – „Essverhalten und Perfektionismus“ (16 Items)
Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 29,498 %

Item	Inhalt (Ladung)
EAT 21	Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen (0,735)
EAT 20	Ich habe das Gefühl, daß die anderen mich drängen, zu essen (0,697)
EAT 2	Ich vermeide zu essen, wenn ich hungrig bin (0,677)
ANIS 6	Ich beende meine Mahlzeit weniger, wenn ich satt bin als vielmehr wenn ich die für meine Figur oder Gesundheit gesetzte Grenze erreicht habe (0,671)
EAT 3	Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen (0,670)
EAT 19	Ich kontrolliere mein Essverhalten (0,664)
EDI 52	Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht (0,636)
EDES 8	Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf? -wenig essen, strikte Diät (0,633)
EAT 10	Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig (0,630)
ANIS 17	Nach dem Essen habe ich ein Völlegefühl (0,629)
EAT 18	Ich habe das Gefühl, daß das Essen mein Leben beherrscht (0,627)
EAT 23	Mein Essverhalten beschäftigt mich (0,616)
ANIS 9	Ich fühle mich oft hungrig, doch versuche ich mein Hungergefühl zu bezwingen (0,596)
ANIS 21	Wenn es mir gelungen ist für längere Zeit zu fasten, bin ich stolz auf diese Leistung (0,561)
EDI 25	Ich übertreibe die Bedeutung meines Gewichts (0,550)
ANIS 23	Gelegentlich verhandle ich über mein Essen (z.B. ich esse dies, wenn ich jenes nicht zu essen brauche) (0,541)

2. Komponente – „Auseinandersetzung mit Figur und Körpergewicht“ (9 Items)
Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 14,962%

Item	Inhalt (Ladung)
EDI 59	Ich empfinde mein Gesäß als zu breit (0,769)
EAT 11	Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein (0,740)
EAT 1	Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben (0,719)
EDI 45	Ich empfinde meine Hüften als zu breit (0,718)
EAT 14	Mich beherrscht der Gedanke, daß ich Fett an meinem Körper habe (0,677)
EDI 2	Ich empfinde meinen Bauch als zu dick (0,663)
EDI 62	Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften (0,658)

Tabelle 30, Fortsetzung 1

Item	Inhalt (Ladung)
EDI 49	Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, dass ich immer mehr zunehmen werde (0,592)
EDI 11	Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich überfressen habe (0,530)

3.Komponente – „Fressanfälle“ (7 Items)

Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 13,622%

Item	Inhalt (Ladung)
EDI 5	Ich stopfe mich mit Speisen voll (0,802)
EDI 28	Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können (0,786)
EDES 10	Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? - Überfressen, wüste Eßanfälle (0,749)
ANIS 24	Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann (0,731)
EDI 61	Ich esse oder trinke heimlich (0,711)
EAT 4	Ich habe mich Freßanfällen hingegeben, wobei ich merkte, daß ich nicht mehr aufhören konnte zu essen (0,703)
EDI 64	Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, daß ich anfangen könnte, zu essen (0,571)

4.Komponente – „Körper- und Selbstwertgefühl“ (7 Items)

Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 11,795%

Item	Inhalt (Ladung)
FBeK 46	Ich fühle mich in meinem Körper zuhause (0,748)
EDI 24	Ich wünschte, ich wäre jemand anderes (0,670)
EDI 41	Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst (0,642)
EDI 56	Ich fühle mich innerlich leer (0,638)
ANIS 4	Im tiefsten Inneren fühle ich mich minderwertig und hilflos (0,637)
EDI 76	Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme (0,615)
EDI 68	Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle (0,568)

5.Komponente – „Purging-Verhalten und assoziierte Psychodynamik“ (6 Items)

Anteil an erklärter Gesamtvarianz: 11,4%

Item	Inhalt (Ladung)
EDES 9	Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -erbrechen oder ausspucken (0,836)
EDI 53	Ich denke daran, zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren (0,741)
ANIS 28	Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde (0,708)

Tabelle 30, Fortsetzung 2

Item	Inhalt (Ladung)
ANIS 7	Nach dem Essen ist mir übel (0,585)
EDI 47 (auch in Komponente 1 mit 0,506)	Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen (0,585)
EDI 38	Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen (0,547)

*(Legende: Spalte 1 in Klammern: Hinweis, in welcher weiteren Komponente sich der entsprechende Item mit niedrigerer Ladung auffinden ließ;
Spalte 2 in Klammern: Ladung des betreffenden Items innerhalb der Komponente)*

5.2.4 Reliabilitätsanalyse

Nach Abschluss der Faktorenanalyse, Gruppierung und weiteren Itemreduktion war nun noch die Bestimmung der Messgenauigkeit der fünf gefundenen Komponenten (im Folgenden „Skalen“ genannt) notwendig. Dazu wurde eine Reliabilitätsanalyse nach dem Modell „Cronbachs Alpha“ durchgeführt, das die interne Konsistenz der einzelnen Skalen untersucht, wobei jedes Item vereinfacht ausgedrückt als Paralleltest (welcher, ebenso wie ein Re-Test, bei dieser Untersuchung nicht zur Verfügung stand) behandelt wird. Nach den gängigen Interpretationshilfen kann den Skalen 1, 2 und 4 eine exzellente, den Skalen 3 und 5 eine gute Reliabilität attestiert werden. Die relevanten Ergebnisse sind z.T. als originale SPSS-Ausgaben in den Tabellen 31 bis 35 dargestellt und umfassen a) die Reliabilitätsstatistik (mit dem jeweiligen Cronbachs Alpha – Wert für die entsprechende Skala), b) die Skalastatistiken, c) die Itemstatistiken sowie d) die Item-Skala-Statistiken.

Tabelle 31 - Reliabilitätsanalyse Skala 1 - „Essverhalten und Perfektionismus“ (16 Items)

a) Reliabilitätsstatistiken Skala 1

Cronbachs Alpha: **0,947**
Cronbachs Alpha für standardisierte Items: **0,960**

b) Skalastatistiken Skala 1

Mittelwert: **29,82**
Varianz: **106,97**
Standard-Abweichung: **10,34**

Tabelle 31, Fortsetzung 1

c) Itemstatistiken Skala 1

	Mittelwert	Std.-Abweichung	Anzahl
EAT 21 - Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen	2,0099	,78096	101
EAT 20 - Ich habe das Gefühl, daß die anderen mich drängen, zu essen	1,8020	,67852	101
EAT 2 - Ich vermeide zu essen, wenn ich hungrig bin	1,8020	,72138	101
ANIS 6 - Ich beende meine Mahlzeit weniger, wenn ich satt bin als vielmehr wenn ich die für meine Figur oder Gesundheit gesetzte Grenze erreicht habe	1,8515	,77957	101
EAT 3 - Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen	1,9010	,71421	101
EAT 19 - Ich kontrolliere mein Essverhalten	2,2475	,68419	101
EDI 52 - Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht	1,8614	,81277	101
EDES 8 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -wenig essen, strikte Diät	1,6238	1,89130	101
EAT 10 - Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig	1,8218	,75361	101
ANIS 17 - Nach dem Essen habe ich ein Völlegefühl	2,0297	,76753	101
EAT 18 - Ich habe das Gefühl, daß das Essen mein Leben beherrscht	1,9208	,74409	101
EAT 23 - Mein Essverhalten beschäftigt mich	2,2376	,70920	101
ANIS 9 - Ich fühle mich oft hungrig, doch versuche ich mein Hungergefühl zu bezwingen	1,7426	,74369	101
ANIS 21 - Wenn es mir gelungen ist für längere Zeit zu fasten, bin ich stolz auf diese Leistung	1,7723	,84713	101
EDI 25 - Ich übertreibe die Bedeutung meines Gewichts	1,6535	,74075	101
ANIS 23 - Gelegentlich verhandle ich über mein Essen (z.B. ich esse dies, wenn ich jenes nicht zu essen brauche)	1,5446	,71449	101

Tabelle 31, Fortsetzung 2

d) Item-Skala-Statistiken Skala 1

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
EAT 21 - Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen	27,8119	,848	,941
EAT 20 - Ich habe das Gefühl, daß die anderen mich drängen, zu essen	28,0198	,715	,944
EAT 2 - Ich vermeide zu essen, wenn ich hungrig bin	28,0198	,875	,941
ANIS 6 - Ich beende meine Mahlzeit weniger, wenn ich satt bin als vielmehr wenn ich die für meine Figur oder Gesundheit gesetzte Grenze erreicht habe	27,9703	,800	,942
EAT 3 - Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen	27,9208	,793	,943
EAT 19 - Ich kontrolliere mein Essverhalten	27,5743	,707	,944
EDI 52 - Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht	27,9604	,643	,945
EDES 8 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -wenig essen, strikte Diät	28,1980	,698	,959
EAT 10 - Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig	28,0000	,863	,941
ANIS 17 - Nach dem Essen habe ich eine Völlegefühl	27,7921	,740	,944
EAT 18 - Ich habe das Gefühl, daß das Essen mein Leben beherrscht	27,9010	,824	,942
EAT 23 - Mein Essverhalten beschäftigt mich	27,5842	,692	,945

Tabelle 31, Fortsetzung 3

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
ANIS 9 - Ich fühle mich oft hungrig, doch versuche ich mein Hungergefühl zu bezwingen	28,0792	,781	,943
ANIS 21 - Wenn es mir gelungen ist für längere Zeit zu fasten, bin ich stolz auf diese Leistung	28,0495	,804	,942
EDI 25 - Ich übertreibe die Bedeutung meines Gewichts	28,1683	,680	,945
ANIS 23 - Gelegentlich verhandle ich über mein Essen (z.B. ich esse dies, wenn ich jenes nicht zu essen brauche)	28,2772	,655	,945

Tabelle 32 - Reliabilitätsanalyse Skala 2 - „Auseinandersetzung mit Figur und Körpergewicht“ (9 Items)

a) Reliabilitätsstatistiken Skala 2

Cronbachs Alpha: **0,952**
 Cronbachs Alpha für standardisierte Items: **0,952**

b) Skalastatistiken Skala 2

Mittelwert: **16,60**
 Varianz: **38,17**
 Standard-Abweichung: **6,18**

c) Itemstatistiken Skala 2

	Mittelwert	Std.-Abweichung	Anzahl
EDI 59 - Ich empfinde mein Gesäß als zu breit	1,6476	,79640	105
EAT 11 - Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein	1,9238	,80498	105
EAT 1 - Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben	2,2667	,78773	105
EDI 45 - Ich empfinde meine Hüften als zu breit	1,6286	,78761	105

Tabelle 32, Fortsetzung 1

	Mittelwert	Std.-Abweichung	Anzahl
EAT 14 - Mich beherrscht der Gedanke, daß ich Fett an meinem Körper habe	1,9429	,76997	105
EDI 2 - Ich empfinde meinen Bauch als zu dick	1,7905	,81683	105
EDI 62 - Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften	1,8476	,80600	105
EDI 49 - Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, dass ich immer mehr zunehmen werde	1,7619	,83808	105
EDI 11 - Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich überfressen habe	1,7905	,85142	105

d) Item-Skala-Statistiken Skala 2

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
EDI 59 - Ich empfinde mein Gesäß als zu breit	14,9524	,806	,947
EAT 11 - Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein	14,6762	,844	,945
EAT 1 - Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben	14,3333	,757	,949
EDI 45 - Ich empfinde meine Hüften als zu breit	14,9714	,848	,945
EAT 14 - Mich beherrscht der Gedanke, daß ich Fett an meinem Körper habe	14,6571	,860	,944
EDI 2 - Ich empfinde meinen Bauch als zu dick	14,8095	,794	,947
EDI 62 - Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften	14,7524	,745	,950
EDI 49 - Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, dass ich immer mehr zunehmen werde	14,8381	,796	,947
EDI 11 - Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich überfressen habe	14,8095	,825	,946

Table 33 - Reliability analysis of Scale 3 - „Binge episodes“ (7 Items)

a) Reliability statistics Scale 3

Cronbachs Alpha: **0,885**
 Cronbachs Alpha für standardisierte Items: **0,927**

b) Scale statistics Scale 3

Mittelwert: **9,90**
 Varianz: **19,13**
 Standard-Abweichung: **4,37**

c) Item statistics Scale 3

	Mittelwert	Std.-Abweichung	Anzahl
EDI 5 - Ich stoppe mich mit Speisen voll	1,2667	,44434	105
EDI 28 - Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können	1,3619	,55684	105
EDES 10 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -überfressen, wüste Essanfälle	1,0667	1,52080	105
ANIS 24 - Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann	1,7429	,75992	105
EDI 61 - Ich esse oder trinke heimlich	1,2857	,54973	105
EAT 4 - Ich habe mich Freßanfällen hingegeben, wobei ich merkte, daß ich nicht mehr aufhören konnte zu essen	1,7429	,70750	105
EDI 64 - Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, daß ich anfangen könnte, zu essen	1,4286	,64833	105

Tabelle 33, Fortsetzung 1

d) Item-Skala-Statistiken Skala 3

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
EDI 5 - Ich stopfe mich mit Speisen voll	8,6286	,742	,874
EDI 28 - Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können	8,5333	,816	,861
EDES 10 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -überfressen, wüste Essanfälle	8,8286	,794	,906
ANIS 24 - Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann	8,1524	,794	,854
EDI 61 - Ich esse oder trinke heimlich	8,6095	,723	,870
EAT 4 - Ich habe mich Freßanfällen hingegeben, wobei ich merkte, daß ich nicht mehr aufhören konnte zu essen	8,1524	,797	,856
EDI 64 - Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, daß ich anfangen könnte, zu essen	8,4667	,684	,869

Tabelle 34 - Reliabilitätsanalyse Skala 4 - „Körper- und Selbstwertgefühl“ (7 Items)

a) Reliabilitätsstatistiken Skala 4

Cronbachs Alpha: **0,912**
 Cronbachs Alpha für standardisierte Items: **0,918**

b) Skalastatistiken Skala 4

Mittelwert: **11,36**
 Varianz: **15,76**
 Standard-Abweichung: **3,97**

Tabelle 34, Fortsetzung 1

c) Itemstatistiken Skala 4

	Mittelwert	Std.-Abweichung	Anzahl
FBeK 46 - Ich fühle mich in meinem Körper zuhause	1,3137	,46630	102
EDI 24 - Ich wünschte, ich wäre jemand anderes	1,4510	,68401	102
EDI 41 - Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst	1,5588	,79071	102
EDI 56 - Ich fühle mich innerlich leer	1,4510	,65442	102
ANIS 4 - Im tiefsten Inneren fühle ich mich minderwertig und hilflos	1,7157	,74962	102
EDI 76 - Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme	2,0882	,73259	102
EDI 68 - Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle	1,7843	,77877	102

d) Item-Skala-Statistiken Skala 4

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
FBeK 46 - Ich fühle mich in meinem Körper zuhause	10,0490	,763	,902
EDI 24 - Ich wünschte, ich wäre jemand anderes	9,9118	,805	,891
EDI 41 - Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst	9,8039	,768	,895
EDI 56 - Ich fühle mich innerlich leer	9,9118	,754	,896
ANIS 4 - Im tiefsten Inneren fühle ich mich minderwertig und hilflos	9,6471	,834	,887
EDI 76 - Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme	9,2745	,616	,911
EDI 68 - Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle	9,5784	,675	,906

**Tabelle 35 - Reliabilitätsanalyse Skala 5 - „Purging-Verhalten und assoziierte Psychodynamik“
(6 Items)**

a) Reliabilitätsstatistiken Skala 5

Cronbachs Alpha: **0,882**
 Cronbachs Alpha für standardisierte Items: **0,925**

b) Skalastatistiken Skala 5

Mittelwert: **8,11**
 Varianz: **20,31**
 Standard-Abweichung: **4,51**

c) Itemstatistiken Skala 5

	Mittelwert	Std.-Abweichung	Anzahl
EDES 9 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -erbrechen oder ausspucken	,9126	1,74394	103
EDI 53 - Ich denke daran, zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren	1,3301	,66256	103
ANIS 28 - Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde	1,4369	,72315	103
ANIS 7 - Nach dem Essen ist mir übel	1,6311	,77952	103
EDI 47 - Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen	1,5049	,69837	103
EDI 38 - Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen	1,2913	,53562	103

d) Item-Skala-Statistiken Skala 5

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
EDES 9 - Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf ? -erbrechen oder ausspucken	7,1942	,801	,922
EDI 53 - Ich denke daran, zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren	6,7767	,897	,844
ANIS 28 - Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde	6,6699	,911	,837

Tabelle 35, Fortsetzung 1

	Skalenmittelwert, wenn Item weggelassen	Korrigierte Item-Skala-Korrelation	Cronbachs Alpha, wenn Item weggelassen
ANIS 7 - Nach dem Essen ist mir übel	6,4757	,791	,850
EDI 47 - Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen	6,6019	,719	,863
EDI 38 - Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen	6,8155	,691	,875

5.2.5 Validitätsanalyse

Mit den vorliegenden Daten konnte neben der Reliabilitäts- auch eine erste Validitätsanalyse auf Basis der neu gebildeten Skalen vorgenommen werden. Bezugspunkt waren dabei die unter 4.4.2 eingeteilten Gruppen bulimisch, anorektisch und grenzwertig. Wie in Abbildung 4 am Beispiel von Skala 1 dargestellt, folgten die Ergebnisse der neuen Skalen (ebenso wie die der ursprünglichen) keinem gängigen Verteilungsmuster, weshalb für die Analyse der Daten erneut parameterfreie statistische Tests (U-Test, Kruskal-Wallis-Test) herangezogen wurden (die sich untereinander in ihren Ergebnissen nicht unterscheiden).

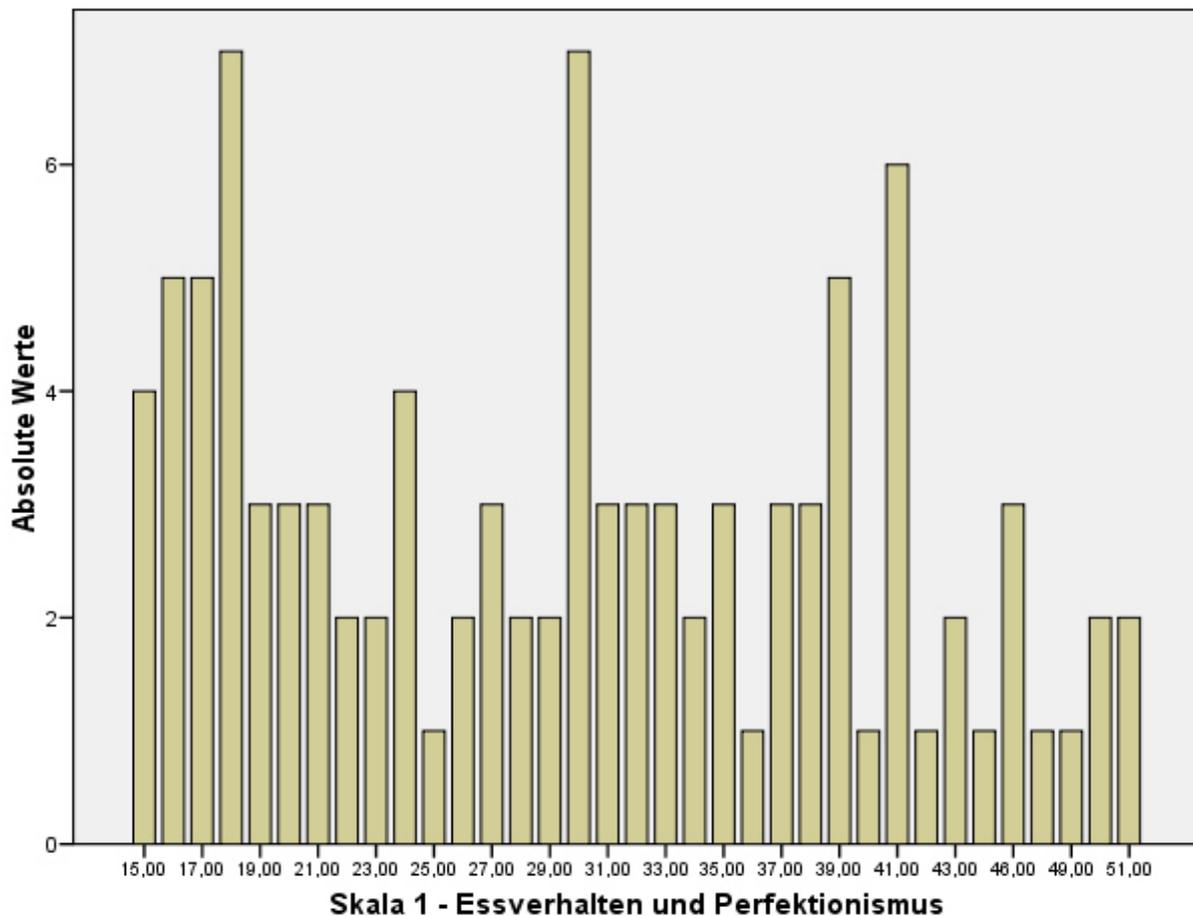


Abbildung 4 – Verteilung der Ergebnisse am Beispiel neu gebildeten Skala 1

Die Nullhypothese lautete demnach, dass mit Hilfe der Skalen nicht zwischen jeweils zwei der drei Gruppen bulimisch, anorektisch und grenzwertig differenziert werden kann. Wie in den Tabellen 36 – 38 dargestellt, kann diese in fast jedem Fall auf Basis des Signifikanzniveau $\alpha_{\text{Val}} = 0,05$ abgelehnt werden (einzige Ausnahmen bilden die Differenzierung zwischen der grenzwertigen und bulimischen Gruppe durch Skala 2 sowie zwischen der grenzwertigen und der anorektischen Gruppe durch Skala 4).

Tabelle 36 – Validitätsanalyse zwischen anorektischer und bulimischer Gruppe

Skala	anorektische Gruppe		bulimische Gruppe		p-Wert	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Kruskal-Wallis	U-Test
1 – Essverhalten und Perfektionismus	22,5	7,6	37,1	8,3	< 0,001	< 0,001
2 – Auseinandersetzung mit Figur und Körpergewicht	13,4	3,4	20	4,6	< 0,001	< 0,001
3 – Fressanfälle	6,3	0,5	14,4	3,7	< 0,001	< 0,001
4 – Körper- und Selbstwertgefühl	9,7	1,7	13,4	3,2	< 0,001	< 0,001
5 – Purging-Verhalten und assoziierte Psychodynamik	5,3	0,6	11,3	5,4	< 0,001	< 0,001

Tabelle 37 – Validitätsanalyse zwischen grenzwertiger und bulimischer Gruppe

Skala	grenzwertige Gruppe		bulimische Gruppe		p-Wert	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Kruskal-Wallis	U-Test
1 – Essverhalten und Perfektionismus	31	8,9	37,1	8,3	0,014	0,014
2 – Auseinandersetzung mit Figur und Körpergewicht	17,8	3,9	20	4,6	0,057	0,057
3 – Fressanfälle	8,7	1,6	14,4	3,7	< 0,001	< 0,001
4 – Körper- und Selbstwertgefühl	10,3	2,9	13,4	3,2	< 0,001	< 0,001
5 – Purging-Verhalten und assoziierte Psychodynamik	7,4	3	11,3	5,4	0,004	0,004

Tabelle 38 – Validitätsanalyse zwischen anorektischer und grenzwertiger Gruppe

Skala	anorektische Gruppe		grenzwertige Gruppe		p-Wert	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Kruskal-Wallis	U-Test
1 – Essverhalten und Perfektionismus	22,5	7,6	31	8,9	< 0,001	< 0,001
2 – Auseinandersetzung mit Figur und Körpergewicht	13,4	3,4	17,8	3,9	< 0,001	< 0,001

Tabelle 38, Fortsetzung 1

Skala	anorektische Gruppe		grenzwertige Gruppe		p-Wert	
	Mittelwert	Standardabweichung	Mittelwert	Standardabweichung	Kruskal-Wallis	U-Test
3 – Fressanfälle	6,3	0,5	8,7	1,6	< 0,001	< 0,001
4 – Körper- und Selbstwertgefühl	9,7	1,7	10,3	2,9	0,915	0,915
5 – Purging-Verhalten und assoziierte Psychodynamik	5,3	0,6	7,4	3	< 0,001	< 0,001

6 Neuer Fragebogen und Diskussion

Aus der 45 Items umfassenden Matrix und den ermittelten 5 Skalen konnte nun ein Vorschlag für einen neuen Fragebogen (Tabelle 39 sowie in den Anlagen) erarbeitet werden (inklusive behutsamer Anpassung in der Rechtschreibung und Kommasetzung der Originalfragen).

Die Benennung der neuen Skalen richtete sich im wesentlichen nach dem inhaltlichen Zusammenhang bzw. dem verbindenden Thema sowie nach den Original-Skalen in den für diese Untersuchung herangezogenen Fragebogen. Zudem wurde versucht, Erkenntnisse aus den theoretischen Grundlagen in die Skalenbenennung einfließen zu lassen.

Skala 2 - „Auseinandersetzung mit Figur und Körpergewicht“ - enthält z.B. die Items EAT 1 , EAT 11 und EAT 14, die im Original-Fragebogen Teil der Skala „Diät“ waren, deren Überschrift offensichtlich sehr nah an der für die neue Skala gewählten liegt. Ähnliches gilt für EDI 59 (Skala im Original-Fragebogen: „Körperliche Unzufriedenheit“) und EDI 49 (Skala im Original-Fragebogen: „Schlankheitsdrang“).

Als weiteres Beispiel sei die Skala 5 - „Purging-Verhalten und assoziierte Psychodynamik“ - genannt. In den Original-Fragebogen sind einige Items reinen „Bulimie-Skalen“ zugeordnet, so z.B. EDI 38 und EDI 53. Die Items ANIS 7 und ANIS 28 wiederum waren im Original-Fragebogen Teil der Skala „Negative Essensauswirkung“. In der Zusammenschau trägt die neue Skala also dem aktuellen Erkenntnisstand Rechnung, dass das darin enthaltene Thema eben nicht nur im Zusammenhang mit einer „klassischen“ B.n. besteht, sondern durchaus auch mit Verläufen der A.n. assoziiert und dabei prognosebestimmend sein kann (siehe 3.1.4). Der Aspekt des Purging-Verhaltens und die damit einhergehende Psychodynamik werden also mit dieser Skala gesondert abgebildet und nicht allein an eine Entität gebunden betrachtet.

Tabelle 39 - „BaFEK-45 – Basisfragebogen Essverhalten und Körpergefühl“

Nr.	Originalfrage	Inhalt	Skala
1	EAT 20	Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen zu essen	1
2	EDI 38	Ich beschäftige mich gedanklich mit Essanfällen	5
3	EDI 68	Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle	4
4	EDI 59	Ich empfinde mein Gesäß als zu breit	2
5	ANIS 6	Ich beende meine Mahlzeit weniger, wenn ich satt bin als vielmehr, wenn ich die für meine Figur oder Gesundheit gesetzte Grenze erreicht habe	1
6	EDES 10	In den letzten 6 Monaten traten bei mir Überfressen und Essanfälle auf	3
7	FBeK 46	Ich fühle mich in meinem Körper zuhause	4 I
8	ANIS 17	Nach dem Essen habe ich ein Völlegefühl	1
9	EAT 1	Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben	2
10	ANIS 9	Ich fühle mich oft hungrig, doch versuche ich, mein Hungergefühl zu bezwingen	1
11	EDI 41	Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst	4
12	EAT 4	Ich habe mich Fressanfällen hingegeben, wobei ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen	3
13	EDI 49	Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, dass ich immer mehr zunehmen werde	2
14	EDI 52	Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht	1
15	ANIS 28	Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde	5
16	EDI 64	Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, dass ich anfangen könnte zu essen	3
17	EAT 23	Mein Essverhalten beschäftigt mich	1
18	EDI 2	Ich empfinde meinen Bauch als zu dick	2
19	EAT 2	Ich vermeide zu essen, wenn ich hungrig bin	1
20	EDES 9	In den letzten 6 Monaten traten bei mir Erbrechen oder Ausspucken auf	5
21	ANIS 4	Im tiefsten Inneren fühle ich mich minderwertig und hilflos	4
22	EDI 25	Ich übertreibe die Bedeutung meines Gewichts	1
23	ANIS 21	Wenn es mir gelungen ist, für längere Zeit zu fasten, bin ich stolz auf diese Leistung	1
24	EAT 11	Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein	2
25	EAT 10	Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig	1
26	EDI 24	Ich wünschte, ich wäre jemand anderes	4
27	EDI 45	Ich empfinde meine Hüften als zu breit	2
28	EAT 19	Ich kontrolliere mein Essverhalten	1
29	EDES 8	In den letzten 6 Monaten traten bei mir wenig Essen und strikte Diät auf	1
30	EAT 18	Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht	1
31	EDI 53	Ich denke daran zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren	5

Tabelle 39, Fortsetzung 1

32	ANIS 24	Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann	3
33	EDI 56	Ich fühle mich innerlich leer	4
34	ANIS 23	Gelegentlich verhandle ich über mein Essen (z.B. ich esse dies, wenn ich jenes nicht zu essen brauche)	1
35	EDI 11	Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich überfressen habe	2
36	EDI 61	Ich esse oder trinke heimlich	3
37	EAT 14	Mich beherrscht der Gedanke, dass ich Fett an meinem Körper habe	2
38	EDI 47	Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen	5
39	EDI 5	Ich stopfe mich mit Speisen voll	3
40	EDI 76	Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme	4 I
41	EDI 62	Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften	2 I
42	EAT 21	Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen	1
43	ANIS 7	Nach dem Essen ist mir übel	5
44	EAT 3	Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen	1
45	EDI 28	Ich hatte schon Essanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können	3

(Legende: I = Items, bei denen die numerische Entsprechung der Antworten zur Skalenberechnung invertiert werden muss)

Als Antwortmodell sei die dreistufige Form vorgeschlagen, die bereits für die Reduktion der Antwortstufen von ANIS, EDI-2 und EAT-26 (siehe 4.4.1) verwendet wurde: 1 – trifft kaum oder gar nicht zu; 2 – trifft mittelmäßig zu; 3 – trifft sehr zu. Damit würde bei der überwiegenden Mehrzahl der Fragen (die aus den drei genannten Bogen stammen) eben das Modell verwendet werden, mit dem sie in dieser Arbeit auch untersucht wurden. Das eine verbleibende Item aus dem FBek (im Original zweistufig: ja/nein) und die drei aus der EDES (im Original vierstufig: täglich/wöchentlich/einige Male/niemals) bildeten die absolute Minderzahl und sollten daher im Sinne eines einheitlichen Antwortmodells den übrigen 41 Fragen aus ANIS, EDI-2 und EAT-26 angepasst werden. Dieses Vorgehen machte im Fall der drei EDES-Items eine geringfügige Modifikation des Wortlautes nötig, um sie bzgl. der Häufigkeit der erfragten Ereignisse für das neue Antwortmodell passend zu formulieren:

EDES 8

alt: Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf? -wenig essen, strikte Diät

neu: In den letzten 6 Monaten traten bei mir wenig Essen und strikte Diät auf

EDES 9

alt: Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf? -erbrechen oder ausspucken

neu: In den letzten 6 Monaten traten bei mir Erbrechen oder Ausspucken auf

EDES 10

alt: Wie oft traten folgende Ereignisse in den letzten 6 Monaten auf? -überfressen, wüste Eßanfälle

neu: In den letzten 6 Monaten traten bei mir Überfressen und Essanfälle auf

Da sowohl das Originalmodell (Häufigkeit) als auch das für den neuen Fragebogen gewählte Modell (Intensität der Zustimmung) einer Ordinalskala entspricht, scheint diese Anpassung zulässig.

Für die Errechnung der jeweiligen Summen der fünf neuen Skalen ist es notwendig, die numerischen Entsprechungen der Antworten einzelner Items zu invertieren, was sich logisch aus der Konstruktion der betreffenden Fragen ergibt (In Tabelle 39 sind die entsprechenden Fragen mit einem „I“ markiert).

Der neue Fragebogen wurde mit dem Titel „Basisfragebogen Essverhalten und Körpergefühl“ und dem Akronym „BaFEK-45“ (aufgrund der 45 Items) versehen, was nach gründlichem Abwägen verschiedener Möglichkeiten am ehesten den Charakter und Inhalt des neuen Instrumentes abbildet. Im Vergleich zu den fünf Original-Fragebogen und beziehungsweise zu den vier unter 3.5 formulierten Zielstellungen lassen sich folgende Vorteile des neuen Modells identifizieren:

- Die gewaltige Gesamtanzahl von Items, nämlich insgesamt 231, ließ sich auf nur 45 reduzieren (siehe dazu Abbildung 5). Neben der Praktikabilität dieser Vereinfachung für den klinischen Alltag soll auch deren ökonomischer Aspekt nicht unerwähnt bleiben. Auffällig ist, dass sich nach dem in dieser Arbeit gewählten Modell der symptom-spezifischen Gruppendifferenzierung sowie Itemreduktion nur sehr wenige Fragen aus Bogen wiederfinden, die ein inkonsistentes (EDES) oder nur mit zwei Auswahlmöglichkeiten versehenes (FBek) Antwortmodell anbieten.
- Die eingeflossenen Items können infolge des zugrunde liegenden Datensatzes und der vorangegangenen Gruppenanalyse bezogen auf die Diagnose „Essstörung“ als sehr spezifisch, sehr sensitiv und perspektivisch auch wegweisend hinsichtlich der genaueren Diagnose (unterschiedliche Ladungsmuster von bulimischen und nicht-bulimischen Verhalten) angesehen werden.
- Die fünf ermittelten Skalen bilden wesentliche Aspekte der den Essstörungen zugrunde liegenden Denk- und Verhaltensmuster ab, zudem ermöglichen sie eine einfachere Detektion von möglichen atypischen Verläufen (z.B. Trennung purging-Verhalten und Fressanfälle). Vergleicht man die „neuen“ Skalen mit den „alten“ aus den Original-Fragebogen, fällt auf, dass die im „BaFEK-45“ vorkommenden im wesentlichen denen sehr nahe kommen, die sich bereits gleich oder ähnlich in mehreren oder allen alten

Bogen finden ließen (z.B. Skalen, die Figurbewusstsein abbilden sollen). Aspekte von Skalen, die sich hingegen nur in einem oder zwei der untersuchten Original-Fragebogen finden ließen, waren nach dem gewählten Differenzierungsmodell nicht aussagekräftig genug, um im „BaFEK-45“ erneut abgebildet zu werden. Mehrdimensionalere Ansätze wie z.B. im EDI-2 treten also etwas in den Hintergrund zugunsten einer genaueren und differenzierteren Betrachtung der „Kernthemen“. Das relativ allgemeine und für viele Erkrankungen auch jenseits der Essstörungen relevante Thema des FBeK - „Körperwahrnehmung“ - führte (neben dem o.g. zweistufigen Antwortmodell) z.B. dazu, dass nur ein Item dieses Bogens im „BaFEK-45“ repräsentiert ist. Das entspricht auch der bereits unter 4.2 zitierten Literatur, dass der FBeK eben eher zur Erfassung nicht-essstörungsspezifischer Psychopathologie geeignet ist (Jacobi, Paul und Thiel, 2004). (Störungen in der Körperwahrnehmung bzw. in den Gefühlen zum eigenen Körper treten bei mehreren Entitäten auf, daher eignen sie sich weniger gut zur Differenzierung der Krankheitsbilder (vgl. 3.4)).

- Alle Skalen enthalten mindestens 6 Items und scheinen somit zuverlässiger als einige der Skalen der Original-Fragebogen (z.B. enthält die ANIS-Skala „Bulimie“ nur 2 Items)
- Die Reliabilität der Skalen ist in den meisten Fällen höher oder genauso hoch wie die der Original-Fragebogen (Fichter und Keeser, 1980; Vandereycken, 1993; Rainer und Rathner, 1997; Thiel et al., 1997; Dähne et al., 2004)
- Inhaltlich bilden die ermittelten Items einige Tendenzen der aktuellen Essstörungsforschung ab bzw. bestätigen diese: Nicht nur in Sachen schärferer Abgrenzung atypischer Verläufe (s.o.), sondern z.B. auch bzgl. aktuell als obsolet diskutierter Diagnostikparameter wie „Amenorrhoe“ (vgl. 3.1.5), der - obgleich in den Original-Fragebogen mehrfach vorhanden - im neuen Bogen nicht mehr vorkommt. Anders verhält es sich mit Items zum Thema gestörter Selbst- bzw. Körperwahrnehmung (insbesondere abgebildet in den neuen Skalen 1 und 5), die auch in der aktuellen wissenschaftlichen Diskussion als wichtige Hinweisfaktoren für Essstörungen, auch in Abgrenzung zu anderen psychiatrischen Erkrankungen, gelten (Clausen et al., 2011).
- Vergleicht man den „BaFEK-45“ mit aktuellen Publikationen, ergeben sich auch dabei auffällige Übereinstimmungen. So werden z.B. in der aktuellen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen sieben „Screeningfragen“ empfohlen, die eine große Schnittmenge mit Items und Skalen des hier vorgeschlagenen Fragebogens aufweisen (Herpertz et al., 2011).

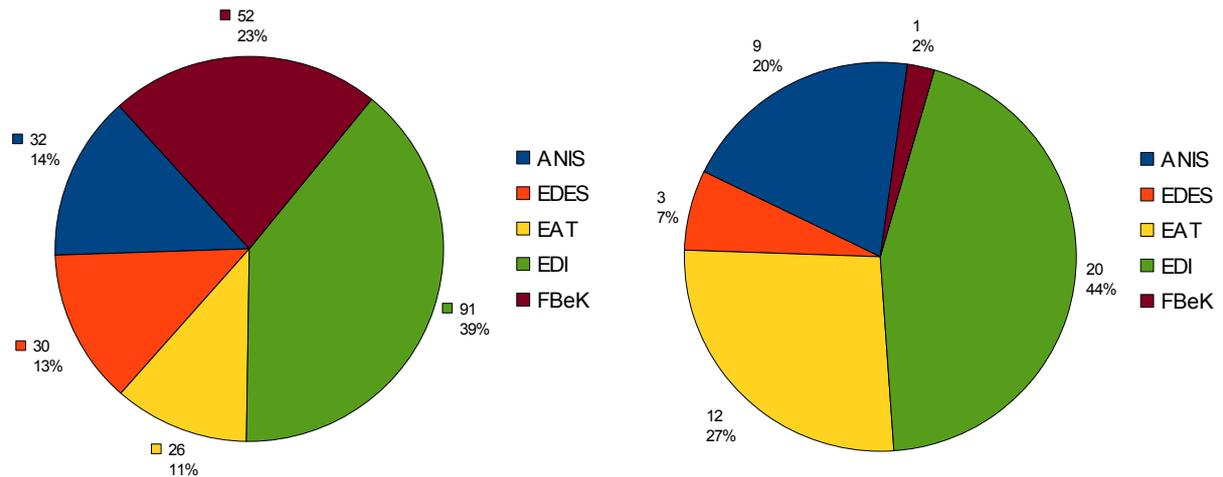


Abbildung 5 - Anzahl und Herkunft der Items vor (links) und nach (rechts) der Reduktion

Daneben sind einige Aspekte des neuen Bogens selbstverständlich auch kritisch zu sehen bzw. konnten in dieser Arbeit nicht ausreichend berücksichtigt werden und sollen hier auch in Form eines kleinen Ausblicks erwähnt werden:

- Diese Untersuchung basiert auf einer ausschließlich aus Frauen bestehenden Stichprobe.
- In der Statistik ist es üblich, ungefähr drei- bis viermal so viele Probanden in eine Untersuchung aufzunehmen, wie es zu untersuchende Fragen gibt. Das hätte bei den weit über 200 Items der Original-Fragebogen mehr als 600 Datensätzen vorausgesetzt, was den Rahmen dieser Arbeit bei weitem gesprengt hätte. Zudem ist es selbst im universitären Umfeld mehr als schwierig, über 600 Serien von Patientinnen und Patienten mit den besagten Diagnosen ausfindig zu machen, die dann auch noch kontinuierlich und zuverlässig eine derartige Menge von Fragen bearbeitet haben müssten. Vor einer ähnlichen Problematik – der Unvereinbarkeit strenger methodischer Kriterien mit der klinischen Realität – stehen viele Untersuchungen zum Thema Essstörungen, dezidiert erwähnt ist z.B. ein ganz ähnliches, aus o.g. Gründen akzeptiertes (Miss-)Verhältnis zwischen untersuchten Personen und Variablen beim auch in dieser Arbeit genutzten Anorexia-nervosa-Inventar zu Selbstbeurteilung „ANIS“ (Fichter und Keeser, 1980). Konsequenz daraus ist, dass der „BaFEK-45“, wie bereits mehrfach erwähnt, in einem nächsten Schritt einer großen, prospektiven Untersuchung unterzogen werden muss.
- Die Einteilung der Gruppen anhand des Leitsymptoms „Essanfälle“ folgt zwar den

gängigen empirischen Erkenntnissen (vgl. 3.2.4), allerdings unterliegt auch diese Erscheinung der für Essstörungen so bezeichnenden „Unschärfe“, gespiegelt in der Tatsache, dass z.B. auch im Rahmen einer A.n. durchbruchsartig Essattacken auftreten können (vgl. 3.4)

- Auch diesem Fragebogen fehlt – wie denjenigen, aus denen er hervorgegangen ist – eine probate „Lügenskala“, welche Anhaltspunkte dazu liefern könnte, wie wahrheitsgemäß die Fragen beantwortet wurden. Zwar existiert z.B. im ANIS eine Frage nach der Ehrlichkeit bei der Beantwortung desselben, an deren Aussagekraft aber gezweifelt werden darf und die auch im der Faktorenanalyse vorausgegangenen „globalen Test“ nicht das definierte Signifikanzniveau erreichen konnte. Angesichts der in der Literatur immer wieder betonten Bedeutung der Fremdanamnese sowie den ebenso herausgestellten Tendenzen zur Verleumdung und / oder Verschleierung der eigenen Erkrankung durch die Patientinnen und Patienten, scheint dieser Aspekt ein generelles Problem aller auf Selbstbeobachtung und -einschätzung basierenden Fragebogen zu sein. In der für diese Arbeit genutzten Veröffentlichung zur EDES wird z.B. gesondert darauf hingewiesen, „that the self-reporting of the actual body weight was quite inaccurate in some anorexia nervosa patients [...]. Therefore, if used as a screening instrument, the EDES questionnaire should be supplemented by some information from important others such as parents or partner“ (Vanderycken, 1993. S.117). (Die für diese Untersuchung erhobenen Daten können allerdings als zuverlässiger angesehen werden, da sich die Probanden bereits länger in Therapie befanden, eine gewisse „Krankheitseinsicht“ also vorausgesetzt werden kann.) Demzufolge (und auch als Resultat der anderen in dieser Arbeit genannten Einschränkungen, z.B. zur genutzten Gruppeneinteilung) wäre auch der „BaFEK-45“ kein Instrument, auf dessen Basis allein sich eine genaue Diagnose stellen lassen könnte – das gilt allerdings für quasi alle Fragebogen dieser Art und wird z.B. bei der EDES, aber auch bei aktuellen Arbeiten zum EDI-3, dezidiert erwähnt (Vanderycken, 1993; Cumella, 2006).
- Ausgehend von den unter Punkt 3 („Theoretische Grundlagen“) zusammengetragenen Erkenntnissen über die beschriebenen Krankheitsbilder, hätte man bei einigen Items, die bei der Analyse zur Gruppendifferenzierung kein signifikant unterschiedliches Antwortverhalten gezeigt haben, annehmen können, dass sie möglicherweise doch der einen oder anderen Gruppe zuzuordnen wären. Anführen könnte man z.B. EDI 6 (Wunsch, jünger zu sein) oder EAT 8 (Wunsch der anderen, man solle mehr essen) für die anorektische Gruppe. Allerdings stehen diesen wenigen Ausnahmen sehr viele Items

gegenüber, die, basierend auf den o.g. theoretischen Grundlagen, ziemlich exakt die Gruppeneinteilung bestätigen. Zudem ist etwa im Falle von EDI 6 überhaupt nicht klar und auch in der Literatur in Diskussion, ob der Wunsch, wieder jünger zu sein bzw. ein Kind zu bleiben, tatsächlich charakteristisch für die A.n. ist.

- Einige aktuelle und sich erst in der Diskussion befindliche Aspekte der Forschung zu den Essstörungen können im „BaFEK-45“ kaum oder gar nicht berücksichtigt werden, da sie schlichtweg in den Original-Fragebogen noch nicht vertreten waren. Der postulierte Wegfall des diagnostischen Kriteriums „Amenorrhoe“ wird zwar z.B. im neuen Fragebogen abgebildet (s.o.), das wohl an dessen Stelle rückende „Vorhandensein endokriner Störungen“ aber nicht (da in den Original-Fragebogen eben noch nicht vorhanden) – allerdings ist auch sehr fraglich, ob derartig spezifische und im Prinzip ohne medizinisches Hintergrundwissen kaum einzuordnende Symptome für eine Selbsteinschätzung notwendig sind. Auch der zunehmend als zu unspezifisch angesehene „Wunsch, dünner zu sein“ (vgl. 3.1.3 sowie Clausen et al., 2011) ist im neuen Bogen noch präsent (was sicher zum Teil auf dessen Überpräsenz in den alten Bogen zurückzuführen ist). Ein weiteres Beispiel sind modernere Ansätze in der Betrachtung der zu Grunde liegenden Psychodynamik, der Sicht der Patientinnen und Patienten auf ihre eigene Erkrankung etc. - sehr treffend formuliert bereits 1999 von Gerlinghoff, Backmund und Mai: „Positive Aspekte einer Erkrankung passen nicht zu unserem intuitiven Krankheitsverständnis. Nach positiven Aspekten wird folgerichtig auch in diesem Zusammenhang kaum gefragt. Sieht man die gängigen Fragebögen durch [...], sucht man nach positiven Aussagen zu der Erkrankung vergebens. Können wir also sicher sein, daß der unklare Begriff Krankheit nicht doch unser Nachdenken und Forschen über Anorexie einseitig beeinflusst?“ (Gerlinghoff, Backmund und Mai, 1999, S.139) [...] „Selbstbeobachtungen dürfen bezweifelt werden; das ist bekannt. Aber Zweifel an den Fragen, die gestellt werden, kommen nicht auf. Fragen wir vielleicht zu wenig oder fragen wir das Falsche, wenn wir einer Magersüchtigen oder Eßsüchtigen keine Gelegenheit einräumen, auch über die positiven Seiten ihrer Erkrankung zu sprechen?“ (ebd., S.140) Die Wechselwirkungen zwischen Krankheit und Gesellschaft, die Umdeutungen von „normalen“ Erscheinungen zu Symptomen und umgekehrt, die Dynamik, mit der gesellschaftliche Dysfunktionalitäten bei denen, die scheinbar oder tatsächlich gezwungen sind, an ihr teilzunehmen, plötzlich etwas erstrebenswert erscheinen lassen, was unter anderen Bedingungen als pathologisch zu werten wäre – das kann ein Fragebogen allein, egal wie gut er strukturiert und untersucht ist, nicht

abbilden. Das Geheimnis der Essstörungen bleibt ihre Mischung aus Sehnsucht und Schrecken, ihr Potential, das verborgen Krankhafte einer Gesellschaft sichtbar werden zu lassen: „Sich der Erdschwere entgegenstemmen, leicht und rein und zart werden – dieser stille Triumph über die eigenen Bedürfnisse kann süchtig machen und Halt versprechen in dieser ungewissen Zeit. Letzten Endes geht es um Kontrolle. Jede dürre Frau ist eine kleine Skulptur der Überlegenheit – Vorwurf und Vorbild in einem“ (von Schirach, 2014, S.19).

Weiterführende Untersuchungen zur Praxistauglichkeit des neuen Fragebogens und die Beantwortung der Frage, ob die genannten geringfügigen Änderungen Einfluss insbesondere auf die Validität und Reliabilität des Tests haben könnten, müssen zukünftigen Arbeiten vorbehalten bleiben.

7 Zusammenfassung

Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades

Dr. med.

„Entwicklung eines Fragebogens zur Diagnostik von Essstörungen
auf Basis von Daten etablierter diagnostischer Verfahren“

eingereicht von:

Klaus – Gregor Eichhorn

angefertigt an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des
Kindes- und Jugendalters, Universitätsklinikum Leipzig

betreut von:

Frau Prof. Dr. med. Christine Ettrich

Juni 2015

Die Diagnostik der Essstörungen, insbesondere der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa, stellt auch nach Jahrzehnten intensiver Forschung eine große Herausforderung für Ärzte und Psychologen in der klinischen Praxis dar. Zum Teil werden Fragebogen hierfür eingesetzt, die nach bestimmten, den Essstörungen zugeordneten Symptomen und Begleiterscheinungen fragen. Diese Bogen erfassen unterschiedliche Aspekte der Erkrankungen, sind teilweise Jahre bis Jahrzehnte alt, operieren mit einer enormen Vielzahl von Items und wurden verschieden stark validiert. In der vorliegenden Arbeit wird versucht, durch einen methodenkritischen Ansatz aus fünf etablierten Vertretern einen neuen Fragebogen zu entwickeln.

Aus einem Zeitraum Ende der 1990er- bis Anfang der 2000er-Jahre wurden insgesamt 106 Fälle von essgestörten Patientinnen im Alter von 12 bis 27 Jahren der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters der Universität Leipzig zusammengetragen, wobei jede dieser Patientinnen aufgefordert war, fünf verschiedene Fragebogen möglichst vollständig auszufüllen. Dabei handelte es sich um das „Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS)“, den „Eating Attitudes Test (EAT-26)“, den „Fragebogen zur

Beurteilung des eigenen Körpers (FBek)“, das „Eating Disorder Inventory (EDI-2)“ sowie die „Eating Disorder Evaluation Scale (EDES)“ - insgesamt 231 Fragen. Sowohl für die Patientinnen als auch die Untersucher bedeutete allein diese große Anzahl einen hohen Arbeitsaufwand, hinzu kamen zum Teil inhaltliche Doppelungen zwischen den Fragebogen sowie Schwierigkeiten wie etwa die Unterschiedlichkeit der Antwortstufen (von einfachen „ja/nein“ - Antworten beim FBek bis hin zu sechs Auswahlmöglichkeiten z.B. beim EDI-2). Gleichzeitig wurden durch jeden der Fragebogen einzelne inhaltliche Aspekte der Essstörungen erfasst, die in den anderen Instrumenten nicht abgebildet waren, sodass das Entfernen eines kompletten Bogens unter Umständen zu diagnostischen Lücken im Sinne geringerer Sensitivität und Spezifität führen könnte. An dieser Stelle setzt die vorliegende Arbeit an. Die grundsätzliche Überlegung lautete, dass die große Menge der symptom-spezifischen Items aus den fünf Fragebogen reduziert werden musste, um ein praktikableres Instrument für die Diagnostik der Essstörungen zu entwickeln. Gleichzeitig sollte diese Reduktion nicht mit einem Verlust an Validität und Reliabilität einhergehen, zudem würde es möglich sein, verschiedene inhaltliche Aspekte aus den unterschiedlichen Bogen zu integrieren bzw. bestehende Doppelungen zu vermeiden. Ebenso ließe sich eine Vereinheitlichung des Antwortmodells herstellen.

In einem ersten Schritt wurde demnach die Patientinnen-Stichprobe anhand zweier „Signalfragen“ in drei Gruppen – anorektisch, bulimisch und grenzwertig - eingeteilt. Bei diesen Fragen handelt es sich um je ein Item aus dem EDES sowie dem EAT-26, die beide das Vorhandensein von Essanfällen bei den Patientinnen eruieren. Die im Theorieteil der vorliegenden Arbeit zusammengetragene Literatur ließ dieses Leitsymptom als charakteristischsten Unterschied zwischen den beiden Entitäten Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erscheinen und wurde aus diesem Grund ausgewählt.

Im zweiten Schritt wurden alle Items mit Hilfe zweier hintereinander geschalteter χ^2 -Tests darauf untersucht, ob zwischen den drei Gruppen signifikante Unterschiede in den Antwortmustern zu finden waren. Dem ging eine Reduktion der Antwortstufen von sechs auf drei beim ANIS, EAT-26 und EDI-2 voraus, einerseits zur Verbesserung der Zellenbesetzung in den einzelnen χ^2 -Tests, andererseits damit nur Items mit robusten Unterschieden im Antwortverhalten durch das Verfahren ermittelt wurden. Als Folge dieser Untersuchung konnten für die einzelnen Bogen nicht nur die Fragen dargestellt werden, die von den drei definierten Gruppen unterschiedlich beantwortet wurden, sondern auch die gruppenspezifischen Antwortmuster, z.B. wird Frage X von der bulimischen Gruppe eher verneint, von der anorektischen dagegen eher bejaht, die grenzwertige Gruppe ist in ihrer Zustimmung dazwischen einzuordnen etc.

Für den Fortgang der Untersuchung wurde aus diesen symptom-spezifischen Items eine Auswahl

getroffen, die dann in einem dritten Schritt einer Faktorenanalyse unterzogen werden sollten. Dabei handelte es sich um die Fragen, die im Vergleich der anorektischen und der bulimischen und mindestens noch in einem weiteren Vergleich (anorektisch gegen grenzwertig, bulimisch gegen grenzwertig) als signifikant unterschiedlich beantwortet aufgefallen waren. Diese Auswahl ergab eine Ausgangsmatrix bestehend aus 68 Items, welche die Basis für die sich nun anschließende Faktorenanalyse darstellte. Während dieser wurde in mehreren Schritten die Ausgangsmatrix unter Verwendung der Varimax-Rotation solange reduziert, bis 51 Items mit substantieller Ladung in insgesamt fünf Komponenten verblieben, die kumuliert knapp 72% der Gesamtvarianz aufklärten.

Da unter diesen Fragen u.a. aufgrund ihrer Herkunft aus verschiedenen Original-Fragebogen noch einige mit extremer inhaltlicher Ähnlichkeit zu finden waren, wurde eben diese einer Korrelationsanalyse unterzogen, die eine weitere Reduktion der Matrix auf nun 45 Items zuließ. Im Vergleich zu den 231 Fragen zu Beginn der Untersuchung wurde hier also eine deutliche Verkleinerung des Fragenpools erreicht.

Aus den ermittelten 45 Items setzt sich der neue Fragebogen zusammen, welcher mit dem Akronym „BaFEK-45“ („Basisfragebogen Essverhalten und Körpergefühl“) überschrieben wurde. Für die Beantwortung wurde einheitlich ein dreistufiges Modell gewählt. Den fünf Komponenten der Faktorenanalyse folgend, können aus den Fragen fünf Skalen gebildet werden, die unterschiedliche Aspekte der Essstörungen abbilden und von denen keine mit weniger als 6 Items besetzt ist.

In einem letzten Schritt wurde der neue Fragebogen nun noch einer Reliabilitäts- und einer Validitätsanalyse unterzogen. Erstere wurde nach dem Modell „Cronbachs Alpha“ durchgeführt und ergab ein gutes bis exzellentes Ergebnis für die fünf Skalen.

Für die Validitätsanalyse wurden die initial anhand der „Signalfragen“ gebildeten Gruppen anorektisch, bulimisch und grenzwertig als Bezugspunkt gewählt und geprüft, ob die fünf „BaFEK-45“-Skalen zwischen den besagten Gruppen differenzieren können. In 13 der 15 Tests (fünf Skalen mit jeweils drei Gruppenvergleichen) wurde ein signifikanter Unterschied in den Skalenergebnissen gefunden, was ebenfalls ein sehr positives Ergebnis darstellt.

Abschließend kann nun mit Hilfe der vorliegenden Arbeit der Vorschlag für eines neuen Fragebogens unterbreitet werden, der eine überschaubare Anzahl an Items und Skalen mit einem dreistufigen Antwortmodell beinhaltet, die inhaltlichen Aspekte fünf verschiedener Original-Fragebogen unter Inklusion der jeweils symptom-spezifischen Fragen integriert und ein hohes Maß an Reliabilität und Validität vorweisen kann.

Zukünftige Untersuchungen bleibt die Erprobung und Validierung dieses Instruments in der Praxis vorbehalten sowie die mögliche Einarbeitung kommender Forschungsergebnisse in Form gänzlich neuer Überlegungen hinsichtlich der Frageninhalte bzw. -formulierungen.

- American Psychiatric Association, 2014. Feeding and Eating Disorders.
<http://www.dsm5.org/documents/eating%20disorders%20fact%20sheet.pdf>
(abgerufen am 15.4. 2014)
- Aßmann, B, Dähne, A, Hinz, Andreas, Ettrich, C, 2003. Essstörungsspezifische Psychodiagnostik bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Suchtmedizin in Forschung und Praxis Ausgabe 3/2003, S.185-191. Landsberg: Ecomed Medizin.
- Becker, AE., Burwell, RA., Herzog, DB, Hamburg, P, Gilman, SE, 2002. Eating behaviours and attitudes following prolonged exposure to television among ethnic Fijian adolescent girls. *British Journal of Psychiatry*, Volume 180/Issue 6, S.509-514. London: The Royal College of Psychiatrists.
- Boland, B, Beguin, C, Zech, F, Desager, JP, Lambert, M, 2001. Serum beta-carotene in anorexia nervosa patients: A case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, Volume 30/Issue 3, S.299-305. New York: Wiley Periodicals.
- Borzt, J, Lienert, GA, 2003. *Kurzgefasste Statistik für die klinische Forschung*. Berlin, Heidelberg u.a.: Springer.
- Büchner, B, 1994. *Geheimnisvolle Briefe*. Wien: Jugend und Volk.
- Casiero, D, Frishman, WH, 2006. Cardiovascular complications of eating disorders. *Cardiology in Review*, Volume 14/Issue 5, S.227-231. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Clausen, L, Rosenvinge, JH, Friberg, O, Rokkedal, K, 2011. Validating the Eating Disorder Inventory-3 (EDI-3): A Comparison Between 561 Female Eating Disorders Patients and 878 Females from the General Population. *Journal of Psychopathology and Behavioral Assessment*, Volume 33/Issue 1, S.101-110. New York: Springer.
- Clauß, G, Finze FR, Partzsch, L, 2004. *Statistik für Soziologen, Pädagogen, Psychologen und Mediziner – Grundlagen*. Frankfurt am Main: Verlag Harri Deutsch.
- Crook, MA, Hally, V, Panteli, JV, 2001. The importance of the Refeeding syndrome. *Nutrition*, Volume 17/Number 7-8, S.632-637. Amsterdam: Elsevier.
- Crow, SJ, Rosenberg, ME, Mitchell, JE, Thuras, P, 2001. Urine electrolytes as markers of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, Volume 30/Issue 3, S.279-287. New York: Wiley Periodicals.

- Cumella, EJ, 2006. Review of the Eating Disorder Inventory – 3. Journal of Personality Assessment, Volume 87/Issue 1, S.116-117. New York: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Dähne, A, Aßmann, B, Ettrich, C, Hinz, A, 2004. Normwerte für den Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBeK) für Kinder und Jugendliche. Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie, Band 53/Heft 7, S.483-496. Göttingen: Vandenhoeck & Ruprecht.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP), Berufsarbeitsgemeinschaft Leitender Klinikärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie, Berufsverband der Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (Hrsg.), 2007. Leitlinien zu Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin (DGPM), Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM), 2010. Diagnostik und Therapie der Essstörungen (AWMF-Register Nr. 051/026). Düsseldorf: Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF)
- Diehl, JM, Staufenbiel, T, 2007. Statistik mit SPSS für Windows Version 15. Eschbor: Verlag Dietmar Klotz.
- Eggers, C, Lempp, R, Nissen, G, Strunk, P, 1994. Kinder- und Jugendpsychiatrie. Berlin, Heidelberg u.a.: Springer.
- Ettrich, C (Hrsg.), 2002. Bewahren und Verändern – 75 Jahre Kinder- und Jugendpsychiatrie an der Universität Leipzig. Leipzig: Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychotherapie und Psychosomatik des Kindes- und Jugendalters.
- Ettrich, C, Aßmann, B, Dähne, A, 2000. Ausgewählte Ergebnisse aus einer prospektiven Längsschnittstudie über Patienten mit Anorexia nervosa. Suchtmedizin in Forschung und Praxis Ausgabe 3/2000, S.153-160. Landsberg: Ecomed Medizin.
- Ettrich, C, Pfeiffer, U, 2001. Anorexie und Bulimie: Zwischen Todes-Sehnsucht und Lebens-Hunger. München/Jena: Urban & Fischer.
- Fairburn CG., Harrison, PJ, 2003. Eating disorders. The Lancet, Volume 361/No. 9355, S.407-416. Amsterdam: Elsevier.
- Fichter, MM, Keeser, W, 1980. Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). Archiv für Psychiatrie und Nervenkrankheiten, Ausgabe 228, S.67-89. Berlin/New York: Springer.

- Friedemann, M, 1995. Zur Arbeit mit einer Elterngruppe eßgestörter Jugendlicher – Pilotstudie. Universität Leipzig: DA.
- Frommert, C, Clasen J, 2013. Dann iss halt was! - Meine Magersucht – wie ich gekämpft habe – wie ich überlebe. München: E-Books der Verlagsgruppe Random House
- Gaddes, WH, 1991. Lernstörungen und Hirnfunktion – Eine neuropsychologische Betrachtung. Berlin/Heidelberg: Springer.
- Garner, DM, 1991. Eating Disorder Inventory-2 – Professional Manual. Odessa/FL: Psychological Assessment Resources Inc.
- Garner, DM, Garfinkel, PE, 1979. The Eating Attitudes Test: An index of the symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine, Volume 9/Issue 2, S.273-279. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garner, DM, Olmsted, MP, Bohr, Y, Garfinkel, PE, 1982. The Eating Attitudes Test: psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine, Volume 12/Issue 4, S.871-878. Cambridge: Cambridge University Press.
- Garner, DM, Olmsted, MP, Polivy, J, 1983. Development and validation of a multidimensional eating disorder inventory for anorexia nervosa and bulimia. International Journal of Eating Disorders, Volume 2/Issue 2, S.15-34. New York: Wiley Periodicals.
- Gerlinghoff, M, Backmund, H, 2006. Ess-Störungen: Fachwissen – Krankheitserleben – Ess-Programme. Weinheim/Basel: Beltz.
- Gerlinghoff, M, Backmund, H, 2011. ‘Is(s) was?!‘ Ess-Störungen – Wann sollten sich Eltern Sorgen machen ? Wie Eltern und Fachleute helfen können. Weinheim: Beltz.
- Gerlinghoff, M, Backmund, H, Mai, N, 1999. Magersucht und Bulimie. Verstehen und bewältigen. Weinheim/Basel: Beltz.
- Godart, NT, Flament, MF, Lecrubier, Y, Jeammet, P, 2000. Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. European Psychiatry, Volume 15/Issue 1, S.38-45. Issy les Moulineaux cedex France: Elsevier Masson SAS .
- Goodman, R, Scott, S, Rothenberger, A, 2007. Kinderpsychiatrie kompakt. Darmstadt: Steinkopff Verlag.

- Grunwald, M, Ettrich, C, Aßmann, B, Dähne, A, Krause, W, Beyer, L, Rost, R, Gertz, HJ, 1999. Haptische Wahrnehmung und EEG-Veränderungen bei Anorexia nervosa. Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Volume 27/Number 4. Bern: Verlag Hans Huber.
- Grylli, V, Karwautz, A, Hafferl-Gattermayer, A, Schober, E, 2003. Eating disorders and type 1 diabetes mellitus in adolescence. Eating and Weight Disorders, Volume 8/Issue 2, S.88-94. Casorezzo: Editrice Kurtis.
- Haffner, J, Steen, R, Roos, J, Klett, M, Resch, F, 2007. Jugendliche und ihr Körperempfinden. FORUM Sexualaufklärung und Familienplanung Nr.3/2007. Köln: Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung.
- Halliwell, E, Harvey, M, 2006. Examination of a sociocultural model of disordered eating among male and female adolescents. British Journal of Health Psychology, Volume 11/Issue 2, S. 235-248. Leicester: The British Psychological Society.
- Hebebrand J, Mueller TD, Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, 2007. The role of leptin in anorexia nervosa: clinical implications. Molecular Psychiatry, Volume 12/ Issue 1, S. 23-35. New York: Nature Publishing Group.
- Hebebrand, J, Casper, R, Treasure, J, Schweiger, U, 2004. The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. Journal of Neural Transmission, Volume 111/Issue 7, S.827-840. Cham: Springer.
- Herpertz, S, 1998. Komorbidität von Diabetes mellitus und Eßstörungen. Universität und Gesamthochschule Essen: Habilitationsschrift.
- Herpertz, S, de Zwaan, M, Zipfel, S (Hrsg.), 2008. Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer.
- Herpertz, S, Hagenah, U, Vocks, S, von Wietersheim, J, Cuntz, U, Zeeck, A, 2011. S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Deutsches Ärzteblatt Ausgabe 40/2011, S.678-685. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag.
- Herpertz, S, Petrak, F, Kruse, J, Kulzer, B, Lange, K, Albus, C, 2006. Ess-Störungen und Diabetes mellitus. Therapeutische Umschau, Band 63/Heft 8, S.515-519. Bern: Verlag Hans Huber.
- Herpertz-Dahlmann, B, Resch, F, Schulte-Markwort, M (Hrsg.), 2008. Entwicklungspsychiatrie. Stuttgart/New York: Schattauer.

- Herpertz-Dahlmann, B, Warnke, A (Hrsg.), 2006. Psychosomatisches Kompendium der Pädiatrie: Leitfaden für den Kinder- und Jugendarzt. München: Hans Marseille Verlag.
- Hick, A, Hick, C (Hrsg.), 2006. Intensivkurs Physiologie. München/Jena: Elsevier Urban & Fischer.
- Hoek, HW, van Harten, PN, Hermans, KME, Katzman, MA, Matroos, GE, Susser, ES, 2005. The Incidence of Anorexia Nervosa on Curaçao. The American Journal of Psychiatry, Volume 162/Number 4, S.748-752. Arlington/VA: American Psychiatric Publishing.
- Holtkamp K, Herpertz-Dahlmann B, Mika C, Heer M, Heussen N, Fichter M, Herpertz S, Senf W, Blum WF, Schweiger U, Warnke A, Ballauff A, Remschmidt H, Hebebrand J, 2003. Elevated physical activity and low leptin levels co-occur in patients with anorexia nervosa. The Journal of Clinical Endocrinology & Metabolism, Volume 88/Number 11, S.5169-5174. Chevy Chase: The Endocrine Society.
- Holtkamp, K, Hebebrand, J, Mika, C, Heer, M, Heussen, N, Herpertz-Dahlmann, B, 2004. High serum leptin levels subsequent to weight gain predict renewed weight loss in patients with anorexia nervosa. Psychoneuroendocrinology, Volume 29/Issue 6, S.791-797. Amsterdam: Elsevier.
- Jacobi, C, Paul, T, Thiel, A, 2004. Essstörungen. Göttingen, Bern u.a.: Hogrefe
- Kaffman, M, Sadeh, T, 1989. Anorexia nervosa in the Kibbutz: Factors influencing the development of monoideistic fixation. International Journal of Eating Disorders, Volume 8/Issue 1, S.33-53. New York: Wiley Periodicals.
- Kafka, F, 2006. Ein Hungerkünstler. Vier Geschichten. München: Wilhelm Goldmann Verlag.
- Keel, PK, Haedt, A, Edler, C, 2005. Purging disorder: an ominous variant of bulimia nervosa? International Journal of Eating Disorders, Volume 38/Issue 3, S.191-199. New York: Wiley Periodicals.
- Keel, PK., Klump, KL, 2003. Are eating disorders culture-bound syndromes ? Implications for conceptualizing their etiology. Psychological Bulletin, Volume 129/Issue 5, S.747-769. Washington, D.C.: American Psychological Association.
- Keys, A, Brožek, J, Henschel, A, Mickelsen, O, Taylor, HL, 1950. The Biology of Human Starvation. Minneapolis: The University of Minnesota Press.

- Knölker, U, Matzejat, F, Schulte-Markwort, M, 1997. Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie systematisch. Bremen/Lorch: UNI-Med.
- Kornhuber, HH, 1961. Psychologie und Psychiatrie der Kriegsgefangenschaft. Psychiatrie der Gegenwart Bd. 3. Berlin, Göttingen, Heidelberg: Springer.
- Kotler, LA, Devlin, MJ, Davies, M, Walsh, BT, 2003. An Open Trial of Fluoxetine for Adolescents with Bulimia Nervosa. Journal of Child and Adolescent Psychopharmacology, Volume 13/Issue 3, S.329-335. New Rochelle: Mary Ann Liebert, Inc.
- Le Grange, D, Crosby, RD, Rathouz, PJ, Leventhal, BL, 2007. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. Archives of General Psychiatry, Volume 64/Number 9, S.1049-1056. Chicago: AMA Publishing Group.
- Lena S., 2006. Auf Stelzen gehen – Geschichte einer Magersucht. Köln: Psychiatrie Verlag.
- Lienert, GA, 1969. Testaufbau und Testanalyse. Weinheim/Berlin/Basel: Verlag Julius Beltz.
- Lienert, GA, Raatz, U, 1994. Testaufbau und Testanalyse. Weinheim: Beltz / Psychologie Verlags Union.
- Löffler, M (Hrsg.), 2004. Methodensammlung zur Auswertung klinischer und epidemiologischer Daten – Skriptenheft für Medizinstudenten / IMISE-Report 6/2004. Leipzig: Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie.
- Lucas AR, 1981. Toward the understanding of anorexia nervosa as a disease entity. Mayo Clinic Proceedings, Volume 56/No. 4, S.254-264. Amsterdam: Elsevier.
- Nissen, G, Fritze, J, Trott GE, 2004. Psychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. München/Jena: Elsevier Urban & Fischer.
- Orbach, S, 1990. Hungerstreik. Ursachen der Magersucht. Neue Wege zur Heilung. Düsseldorf: Econ Verlag.
- Pollice, C, Kaye WH, Greeno, CG, Weltzin, TE, 1997. Relationship of depression, anxiety, and obsessiveness to state of illness in anorexia nervosa. International Journal of Eating Disorders, Volume 21/Issue 4, S.367-376. New York: Wiley Periodicals.
- Rainer, B, Rathner, G, 1997. EAT – Normen für deutschsprachige weibliche Jugendliche: Eine populationsgestützte Studie. Zeitschrift für klinische Psychologie, Psychiatrie und Psychotherapie, Ausgabe 45, S. 16-35. Paderborn: Schöningh.

- Rapps, N, Enck, P, Martens, U, Sammet, I, Teufel, M, Otto, B, Zipfel, S, 2007. Digestive und prädigestive Funktionen bei Patienten mit Essstörungen. Zeitschrift für Gastroenterologie Ausgabe 45, S.273-280. Stuttgart/New York: Thieme.
- Remschmidt, H (Hrsg.), 2008. Kinder- und Jugendpsychiatrie: Eine praktische Einführung. Stuttgart/New York: Thieme.
- Remschmidt, H, Mattejat, F, Warnke, A (Hrsg.), 2008. Therapie psychischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Ein integratives Lehrbuch für die Praxis. Stuttgart: Thieme.
- Remschmidt, H, Schmidt, M, Poustka, F (Hrsg.), 2006. Multitaxiales Klassifikationsschema für psychische Störungen des Kinder- und Jugendalters nach ICD-10 der WHO. Bern: Verlag Hans Huber.
- von Schirach, A, 2014. Du sollst nicht funktionieren - Für eine neue Lebenskunst. Stuttgart: Tropen.
- Schmidt, MH, 1993. Kinder- und Jugendpsychiatrie: Kompendium für Ärzte, Psychologen, Sozial- und Heilpädagogen. Köln: Deutscher Ärzteverlag.
- Shafran, R, Lee, M, Cooper, Z, Palmer, RL., Fairburn, CG, 2007. Attentional bias in eating disorders. International Journal of Eating Disorders, Volume 40/Issue 4, S.369-380. New York: Wiley Periodicals.
- Steinhausen, HC, 2005. Anorexia nervosa – Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen, Bern u.a.: Hogrefe Verlag.
- Steinhausen, HC, 2006. Psychische Störungen bei Kindern und Jugendlichen: Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie. München/Jena: Elsevier Urban & Fischer.
- Strauß, B, 2002. Jede dritte Schülerin leidet an Essproblemen. Konturen, Heft 3/2002, S.24-25. Weyarn: Deutscher Orden Ordenswerke.
- Strauß, B, Richter-Appelt, H, 1996. Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers (FBek). Göttingen, Bern u.a.: Hogrefe Verlag.
- Thiel, A, Jacobi, C, Horstmann, S, Paul, T, Nutzinger, DO, Schüßler, G, 1997. Eine deutschsprachige Version des Eating Disorder Inventory EDI-2. Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychotherapie, Volume 47/Ausgabe 9/10, S.365-376. Stuttgart/New York: Thieme.
- Vandereycken, W, van Deth, R, Meermann, R, 1990. Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht: eine Kulturgeschichte der Eßstörungen. Züllich: Biermann Verlag.

- Vandereycken, W, 1993. The Eating Disorder Evaluation Scale (EDES). Eating Disorders – The Journal of Treatment & Prevention, Volume 1/Issue 2, S.115-122. London: Routledge, Taylor & Francis Group.
- Warnke, A, Lehmkuhl, G (Redaktion), Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in der Bundesrepublik Deutschland: Die Versorgung von psychisch kranken Kindern, Jugendlichen und ihrer Familien. Stuttgart/New York: Schattauer.
- Wirzt, M, Nachtigall, C, 2006. Deskriptive Statistik – Statistische Methoden für Psychologen Teil 1. Weinheim/München: Juventa Verlag.

9 Anlagen

9.1 Analyse zur Gruppendifferenzierung der Items, globaler Test – detaillierte Übersicht

9.1.a Globaler Test ANIS

Tabelle 40 – Items mit signifikant unterschiedlichem Antwortverhalten im ANIS-Globaltest

Item – Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
ANIS 3 – Angst, dick zu werden	105	< 0,001
ANIS 4 – Gefühl von Minderwertigkeit	104	< 0,001
ANIS 5 – Beziehungsängste	105	0,042
ANIS 6 – Beenden von Essen vor Sätttheit	105	< 0,001
ANIS 7 – Übelkeit nach Essen	105	< 0,001
ANIS 8 – zwanghafte Essensrituale	105	< 0,001
ANIS 9 – Unterdrücken Hungergefühl	105	< 0,001
ANIS 10 – Impuls, sich vollzuschlagen	105	< 0,001
ANIS 11 – Gewissenhaftigkeit	105	0,007
ANIS 12 – großes Figurbewusstsein	105	0,011
ANIS 13 – Nichtstun fällt schwer	105	0,023
ANIS 15 – Diät	105	< 0,001
ANIS 16 – stumpfes, leeres Gefühl	105	< 0,001
ANIS 17 – Völlegefühl nach Essen	105	< 0,001
ANIS 19 – Unaufrichtigkeit über Essverhalten	105	< 0,001
ANIS 20 – Anstrengungen werden als sinnlos empfunden	105	0,035
ANIS 21 – Stolz auf Fasten	105	< 0,001
ANIS 22 – Unwohlsein nach dem Essen im Vergleich zu davor	105	< 0,001
ANIS 23 – Verhandeln über Essen	105	< 0,001
ANIS 24 – Unbeherrschtheit beim Essen	105	< 0,001
ANIS 25 – zu hohe Erwartungen von außen	105	0,048
ANIS 27 – Essensbeginn wird herausgezögert	105	0,004
ANIS 28 – Bedürfnis zu Erbrechen nach dem Essen	105	< 0,001
ANIS 29 – nach Essen Sorge, zu dick zu werden	105	< 0,001
ANIS 30 – Bedürfnis nach Perfektionismus	105	0,009

Tabelle 41 – Items ohne signifikant unterschiedliches Antwortverhalten im ANIS-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
ANIS 1 – Langeweile unerträglich	105	0,082
ANIS 2 – Anforderungen nur schwer zu erfüllen	104	0,315
ANIS 14 – Erwartungen anderer engen ein	105	0,136
ANIS 18 – sexuelle Erregung anderer unangenehm	105	0,340
ANIS 26 – Angst vorm Küssen	105	0,623
ANIS 31 – Anspannung und Unruhe	105	0,154
ANIS 32 – jede Frage wahrheitsgetreu beantwortet	105	0,156

9.1.b Globaler Test EAT-2

Tabelle 42 – Items mit signifikant unterschiedlichem Antwortverhalten im EAT-26-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EAT 1 – Furcht vor Übergewicht	105	< 0,001
EAT 2 – Essensvermeidung trotz Hunger	105	< 0,001
EAT 3 – von Essen ganz in Anspruch genommen	105	0,001
EAT 4 – Fressanfälle	105	< 0,001
EAT 6 – Wissen um Kalorien	105	0,001
EAT 7 – Vermeidung kohlehydratreicher Nahrungsmittel	105	0,016
EAT 9 – Erbrechen nach Essen	102	0,001
EAT 10 – Schuldgefühle nach Essen	104	< 0,001
EAT 11 – Wunsch, dünner zu sein	105	< 0,001
EAT 12 – Denken an Kalorienverbrauch bei Bewegung	105	0,001
EAT 14 – Denken an Körperfett	105	< 0,001
EAT 16 – Vermeidung von Speisen mit Zucker	105	0,011
EAT 17 – Diäthalten	105	< 0,001
EAT 18 – Gefühl, von Essen beherrscht zu sein	104	< 0,001
EAT 19 – Kontrolle Essverhalten	105	< 0,001
EAT 20 – Gefühl, von anderen zum Essen gedrängt zu werden	104	0,006
EAT 21 – zu viel Zeit und Gedanken mit Essen verwendet	105	< 0,001
EAT 22 – Unwohlsein nach Verzehr von Süßigkeiten	105	< 0,001
EAT 23 – Beschäftigung mit Essverhalten	104	< 0,001
EAT 24 – gutes Gefühl, wenn Magen leer ist	104	< 0,001
EAT 25 – Probieren von neuem, reichhaltigem Essen	105	0,016
EAT 26 – nach Mahlzeit Drang zu Erbrechen	105	< 0,001

Table 43 – Items ohne signifikant unterschiedliches Antwortverhalten im EAT-26-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EAT 5 – Zerteilen des Essens in kleine Stücke	105	0,254
EAT 8 – Wunsch der anderen, man solle mehr essen	105	0,057
EAT 13 – Meinung der anderen, man sei zu dünn	105	0,764
EAT 15 – mehr Zeit zum Essen als andere	105	0,228

9.1.c Globaler Test FBeK

Table 44 – Items mit signifikant unterschiedlichem Antwortverhalten im FBeK-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
FBeK 1 – Empathie von anderen unangenehm	104	0,001
FBeK 3 – Verlässlichkeit eigener Körper	104	0,036
FBeK 4 – Zufriedenheit mit Geschlechtsmerkmalen	104	0,002
FBeK 10 – Neigung, Körper zu verbergen	104	< 0,001
FBeK 12 – Unbehagen bei Vorstellung, nackt gesehen zu werden	104	0,003
FBeK 14 – Stimmung an Haltung und Gang ablesbar	104	0,003
FBeK 17 – Zufriedenheit mit Größe und Gewicht	104	0,002
FBeK 18 – Äußeres hindert an Kontaktaufnahme	104	0,016
FBeK 20 – anderer Körper gewünscht	104	< 0,001
FBeK 21 – Selbstbetrachten wird gemocht	103	0,002
FBeK 22 – Zufriedenheit mit eigenem Aussehen	104	0,001
FBeK 24 – Berührung angenehm	104	0,018
FBeK 25 – verunsichert, wenn Äußeres abweichend von Wunsch	104	0,001
FBeK 27 – Zufriedenheit mit eigener Figur	104	0,005
FBeK 29 – Blockiertheit bei eigener Sexualität	103	0,014
FBeK 30 – Unwohlsein, wenn Aussehen nicht gut ist	104	0,010
FBeK 31 – Bejahung der eigenen Attraktivität	103	0,036
FBeK 32 – Nicht-Wissen, wohin mit den eigenen Händen	104	0,004
FBeK 35 – Wut auf eigenen Körper	104	< 0,001
FBeK 38 – Denken an Selbstverletzung	104	0,027
FBeK 40 – Wunsch, mehr zu empfinden	103	0,028
FBeK 41 – Zufriedenheit mit eigenem Körper	104	0,020
FBeK 43 – Ekel sich selbst gegenüber	104	0,002
FBeK 44 – Andere betrachten einen gern	103	0,040
FBeK 45 – Körper manchmal wie abgestorben	101	0,001
FBeK 46 – Gefühl, im Körper zuhause zu sein	103	0,003

Tabelle 44 – Fortsetzung 1

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
FBeK 47 – starke Betroffenheit bei negativer Bewertung des eigenen Aussehens	104	0,032
FBeK 48 – Stolz auf eigenen Körper	104	0,011
FBeK 51 – Achten auf Bedürfnisse des Körpers	104	0,015
FBeK 52 – Zufriedenheit mit sexuellen Empfindungen	103	0,015

Tabelle 45 – Items ohne signifikant unterschiedliches Antwortverhalten im FBeK-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
FBeK 2 – Ausreichend Zeit für Körperpflege	104	0,336
FBeK 5 – Angst durch ungewöhnliche Körperreaktionen	104	0,954
FBeK 6 – Beunruhigung greift stark auf Körper über	104	0,245
FBeK 7 – typische Gesten Bekannter sind bekannt	104	0,538
FBeK 8 – Verlassen auf Körpersignale	104	0,272
FBeK 9 – viele machen zu viel Aufhebens um Körper	104	0,065
FBeK 11 – äußere Erscheinung sagt viel über Menschen	104	0,696
FBeK 13 – häufiges Stoßen an Dingen	103	0,179
FBeK 15 – sexuelle Erlebnisse entsprechen oft Bedürfnissen	103	0,104
FBeK 16 – häufiges Schauen in den Spiegel	104	0,102
FBeK 19 – starkes Reagieren auf Ausstrahlung anderer	104	0,720
FBeK 23 – gutes Verkräften körperlicher Belastung	104	0,965
FBeK 26 – häufige Selbstberuhigung	104	0,282
FBeK 28 – Interesse an Vorgängen im eigenen Körper	104	0,833
FBeK 33 – eigener Körper macht oft, was er will	104	0,342
FBeK 34 – eigene Anziehungskraft schwer vorstellbar	104	0,103
FBeK 36 – liebevolle Selbstberührung	103	0,567
FBeK 37 – Sorge um eigene Gesundheit	104	0,747
FBeK 39 – Baden/Duschen mehr als nur Reinigung	104	0,445
FBeK 42 – sensibel für Körpergeruch	104	0,412
FBeK 49 – eigenes Aussehen wichtig	104	0,807
FBeK 50 – Tolpatschigkeit	104	0,112

9.1.d Globaler Test EDI-2

Tabelle 46 – Items mit signifikant unterschiedlichem Antwortverhalten im EDI-2-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EDI 1 – Süßigkeitenverzehr ohne Nervosität	105	< 0,001
EDI 2 – Bauch zu dick	105	< 0,001
EDI 3 – Wunsch nach Rückkehr in kindliche Sicherheit	105	0,015
EDI 4 – Essen, wenn durcheinander	105	< 0,001
EDI 5 – Vollstopfen mit Speisen	105	< 0,001
EDI 7 – Nachdenken über Diäten	105	< 0,001
EDI 9 – Oberschenkel zu dick	105	0,001
EDI 10 – Gefühl von Unfähigkeit als Mensch	105	0,004
EDI 11 – Schuldgefühl bei Überfressen	105	< 0,001
EDI 12 – eigener Bauch hat richtige Größe	105	0,001
EDI 13 – Leistungsdruck durch Familie	105	0,008
EDI 14 – glücklichste Zeit im Leben ist Kindheit	105	0,041
EDI 15 – offenes Zeigen von Gefühlen	105	< 0,001
EDI 16 – Angst vor Gewichtszunahme	105	< 0,001
EDI 17 – Vertrauen zu anderen	105	< 0,001
EDI 18 – Gefühl, allein in der Welt zu sein	105	0,008
EDI 19 – Zufriedenheit mit Gestalt des Körpers	105	< 0,001
EDI 20 – Gefühl, Leben unter Kontrolle zu haben	105	< 0,001
EDI 21 – Verwirrung über eigene, wahre Gefühle	105	0,013
EDI 23 – problemloser Kontakt mit anderen	105	0,005
EDI 24 – Wunsch, jemand anderes zu sein	105	< 0,001
EDI 25 – Übertreibung der Bedeutung des Gewichts	105	< 0,001
EDI 26 – Fähigkeit, eigenen Gefühle zu unterscheiden	105	0,001
EDI 27 – Gefühl von Unzulänglichkeit	105	0,019
EDI 28 – Fressanfälle	105	< 0,001
EDI 31 – Form des Gesäßes schön	105	< 0,001
EDI 32 – beschäftigt mit Wunsch, dünner zu sein	105	< 0,001
EDI 33 – Verwirrung über innere Vorgänge	105	0,007
EDI 34 – Schwierigkeiten, anderen Gefühle zu zeigen	105	0,002
EDI 35 – Anforderungen der Erwachsenenwelt zu hoch	105	0,031
EDI 36 – Es hassen, nicht der Beste zu sein	105	< 0,001
EDI 37 – Gefühl von Geborgenheit / Selbstbewusstsein	105	0,001
EDI 38 – Beschäftigung mit Essanfällen	104	< 0,001
EDI 40 – Unsicherheit, ob hungrig oder nichts	105	< 0,001

Tabelle 46 – Fortsetzung 1

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EDI 41 – keine gute Meinung von sich selbst	105	< 0,001
EDI 42 – Glaube daran, eigene Ziele zu erreichen	105	0,045
EDI 43 – Leistungsdruck von Eltern	105	0,015
EDI 44 – Angst, Kontrolle über Gefühle zu verlieren	105	0,002
EDI 45 – Hüften zu breit	105	< 0,001
EDI 46 – Vollstopfen erst allein, vorher maßvolles Essen	105	< 0,001
EDI 47 – aufgequollenes Gefühl schon nach kleiner Mahlzeit	104	< 0,001
EDI 48 – Menschen als Kinder am glücklichsten	105	0,005
EDI 49 – Angst vor weiterer Gewichtszunahme	105	< 0,001
EDI 50 – Gefühl, ein wertvoller Mensch zu sein	105	0,001
EDI 51 – Unklarheit, ob traurig, ängstlich oder wütend	105	0,007
EDI 52 – Bedürfnis, Dinge perfekt od. gar nicht zu erledigen	104	< 0,001
EDI 53 – Denken an Erbrechen für Gewichtsverlust	105	< 0,001
EDI 54 – Bedürfnis, zu anderen Distanz halten zu müssen	105	0,011
EDI 55 – Eigene Oberschenkel haben richtige Form	105	< 0,001
EDI 56 – innere Leere	105	< 0,001
EDI 57 – Fähigkeit, über Gefühle/Gedanken zu sprechen	105	0,005
EDI 58 – Adoleszenz ist die beste Zeit im Leben	105	0,001
EDI 59 – Gesäß ist zu breit	105	< 0,001
EDI 60 – einige eigene Gefühle nicht richtig einzuordnen	105	< 0,001
EDI 61 – heimliches Essen oder Trinken	105	< 0,001
EDI 62 – Zufriedenheit mit Hüftform	105	< 0,001
EDI 63 – eigene Maßstäbe sehr hoch	105	0,010
EDI 64 – Angst vor Fressanfällen bei Verwirrung	105	< 0,001
EDI 66 – Scham für eigene menschliche Schwächen	105	0,001
EDI 67 – Einschätzung anderer, emotional instabil zu sein	105	0,003
EDI 68 – Bedürfnis, Körperliches unter Kontrolle zu haben	105	< 0,001
EDI 69 – entspannt in meisten Gruppensituationen	105	0,003
EDI 70 – spontan gesagte Dinge werden bereut	105	0,009
EDI 71 – unbedingter Wunsch nach Genuss	105	0,011
EDI 72 – Gefahr des Medikamenten-/Drogenmissbrauchs	105	0,002
EDI 73 – Kontaktfreudigkeit	105	< 0,001
EDI 75 – Selbstverleugnung macht einen geistig stärker	105	0,001

Tabelle 46 – Fortsetzung 2

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EDI 76 – eigene Probleme werden von anderen Menschen verstanden	105	< 0,001
EDI 78 – Essen aus Genuss ist Zeichen der Schwäche	105	< 0,001
EDI 79 – Neigung zu Zorn- und Wutausbrüchen	105	0,025
EDI 80 – Gefühl, ausreichend Anerkennung zu erhalten	105	0,007
EDI 82 – Entspannung ist Zeitverschwendung	105	0,047
EDI 83 – Einschätzung durch andere, leicht reizbar zu sein	105	0,016
EDI 84 – Gefühl, überall schlecht wegzukommen	105	0,028
EDI 85 – erhebliche Stimmungsschwankungen	105	0,001
EDI 86 – körperliche Bedürfnisse als peinlich empfunden	105	0,012
EDI 89 – Wissen, von anderen geliebt zu werden	105	0,014
EDI 90 – Drang, sich oder anderen weh zu tun	105	0,044
EDI 91 – Gefühl, wirklich zu wissen, wer man ist	105	0,002

Tabelle 47 – Items ohne signifikant unterschiedliches Antwortverhalten im EDI-2-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EDI 6 – Wunsch, jünger zu sein	105	0,109
EDI 8 – Angst, wenn Gefühle zu stark werden	105	0,152
EDI 22 – Wunsch, lieber Erwachsener als Kind zu sein	105	0,152
EDI 29 – als Kind Versuche, Eltern/Lehrer nicht zu enttäuschen	104	0,094
EDI 30 – enge zwischenmenschliche Beziehungen bestehen	105	0,448
EDI 39 – Freude, kein Kinder mehr zu sein	105	0,160
EDI 65 – gemochte Menschen enttäuschen letztendlich immer	105	0,075
EDI 74 – Gefühl, in Beziehungen zu sein	105	0,120
EDI 77 – seltsame Gedanken, die nicht loszukriegen sind	105	0,081
EDI 81 – Gefahr des Alkoholmissbrauchs	105	0,707
EDI 87 – Alleinsein wird vorgezogen	105	0,054
EDI 88 – Durch Leiden wird man ein besserer Mensch	105	0,085

9.1.e – Globaler Test EDES

Tabelle 48 – Items mit signifikant unterschiedlichem Antwortverhalten im EDES-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EDES 2 – aktuelle Beschäftigung	103	0,002
EDES 7 – Gewichtsschwankung in letzten 6 Monaten	92	0,002
EDES 8 – Diät	105	< 0,001

Tabelle 48 – Fortsetzung 1

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EDES 9 – Erbrechen	105	< 0,001
EDES 10 – Fressanfälle	105	< 0,001
EDES 11 – Abführmittel	105	0,044
EDES 12 – gedankliche Beherrschtheit von Essen	103	< 0,001
EDES 13 – gedankliche Beherrschtheit von Gewicht, Figur, Aussehen	103	< 0,001
EDES 18 – Verhältnis zu Familie	104	0,048
EDES 21 – Nervosität	104	0,002
EDES 22 – Schlaflosigkeit	104	0,021
EDES 23 – Angstzustände	104	0,046
EDES 24 – Depression	102	< 0,001
EDES 25 – Suizidalität/Selbstverletzung	103	0,007
EDES 27 – Substanzmissbrauch	103	0,031

Tabelle 49 – Items ohne signifikant unterschiedliches Antwortverhalten im EDES-Globaltest

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus χ^2-Test
EDES 1 - Wohnsituation	105	0,340
EDES 3 – aktuelle Einstufung Gewicht im Vgl. zu Normalgewicht	98	0,365
EDES 14 – Menstruation	104	0,181
EDES 15 – orales Kontrazeptivum	104	0,458
EDES 16 – Denken über Sexualität	104	0,071
EDES 17 – Beurteilung eigene sexuelle Aktivität	103	0,204
EDES 19 – Kontaktfreudigkeit außerhalb Familie	105	0,062
EDES 20 – Einstellung zur aktuellen Beschäftigung	105	0,312
EDES 26 – Verwirrtheitszustände	103	0,060
EDES 29 – psychologische/psychiatrische Behandlung	103	0,127

Item - Kurzform Inhalt	n	p aus Kruskal-Wallis-Test
EDES 4 – gegenwärtige Körpergröße	103	0,368
EDES 5 – höchstes Gewicht in letzten 6 Monaten	90	0,574
EDES 6 – niedrigstes Gewicht in letzten 6 Monaten	90	0,713

**Basisfragebogen Essverhalten und Körpergefühl
(BaFEK-45)**

Bitte kreuzen Sie jeweils eine Antwort (1,2 oder 3) bei den folgenden Fragen an

- 1.) Ich habe das Gefühl, dass die anderen mich drängen zu essen
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 2.) Ich beschäftige mich gedanklich mit Essanfällen
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 3.) Ich wünschte, ich hätte meine körperlichen Bedürfnisse völlig unter Kontrolle
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 4.) Ich empfinde mein Gesäß als zu breit
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 5.) Ich beende meine Mahlzeit weniger, wenn ich satt bin, als vielmehr, wenn ich die für meine Figur oder Gesundheit gesetzte Grenze erreicht habe
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 6.) In den letzten 6 Monaten traten bei mir Überfressen und Essanfälle auf
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 7.) Ich fühle mich in meinem Körper zuhause
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 8.) Nach dem Essen habe ich ein Völlegefühl
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 9.) Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 10.) Ich fühle mich oft hungrig, doch versuche ich, mein Hungergefühl zu bezwingen
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 11.) Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 12.) Ich habe mich Fressanfällen hingegeben, wobei ich merkte, dass ich nicht mehr aufhören konnte zu essen
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 13.) Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, dass ich immer mehr zunehmen werde
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 14.) Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 15.) Nach dem Essen ist mir so unwohl, dass ich am liebsten erbrechen würde
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 16.) Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, dass ich anfangen könnte zu essen
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 17.) Mein Essverhalten beschäftigt mich
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 18.) Ich empfinde meinen Bauch als zu dick
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 19.) Ich vermeide zu essen, wenn ich hungrig bin
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 20.) In den letzten 6 Monaten traten bei mir Erbrechen oder Ausspucken auf
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 21.) Im tiefsten Inneren fühle ich mich minderwertig und hilflos
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 22.) Ich übertreibe die Bedeutung meines Gewichts
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 23.) Wenn es mir gelungen ist, für längere Zeit zu fasten, bin ich stolz auf diese Leistung
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 24.) Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 25.) Nachdem ich gegessen habe, fühle ich mich deswegen sehr schuldig
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 26.) Ich wünschte, ich wäre jemand anderes
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 27.) Ich empfinde meine Hüften als zu breit
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 28.) Ich kontrolliere mein Essverhalten
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 29.) In den letzten 6 Monaten traten bei mir wenig Essen und strikte Diät auf
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 30.) Ich habe das Gefühl, dass das Essen mein Leben beherrscht
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 31.) Ich denke daran zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 32.) Es gibt beim Essen einen Punkt, an dem ich meinen Appetit kaum mehr beherrschen kann
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 33.) Ich fühle mich innerlich leer
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 34.) Gelegentlich verhandle ich über mein Essen (z.B. ich esse dies, wenn ich jenes nicht zu essen brauche)
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 35.) Ich fühle mich schuldig, wenn ich mich überfressen habe
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 36.) Ich esse oder trinke heimlich
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 37.) Mich beherrscht der Gedanke, dass ich Fett an meinem Körper habe
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 38.) Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 39.) Ich stopfe mich mit Speisen voll
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 40.) Die Menschen verstehen meine wirklichen Probleme
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 41.) Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 42.) Ich verwende zu viel Zeit und zu viele Gedanken an das Essen
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

- 43.) Nach dem Essen ist mir übel
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 44.) Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu
- 45.) Ich hatte schon Essanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können
(1) trifft kaum oder gar nicht zu (2) trifft mittelmäßig zu (3) trifft sehr zu

Vielen Dank für Ihre Mitarbeit !

Basisfragebogen Essverhalten und Körpergefühl (BaFEK-45) – Skalen

Zum Bilden der Skalen bitte die entsprechenden numerischen Antworten (1 - trifft kaum oder gar nicht zu, 2- trifft mittelmäßig zu oder 3 - trifft sehr zu) der einzelnen Items eintragen, ggf. invertieren (1 → 3, 2 = 2, 3 → 1) und anschließend addieren.

Skala 1: „Essverhalten und Perfektionismus“

Frage 1: ____

Frage 5: ____

Frage 8: ____

Frage 10: ____

Frage 14: ____

Frage 17: ____

Frage 19: ____

Frage 22: ____

Frage 23: ____

Frage 25: ____

Frage 28: ____

Frage 29: ____

Frage 30: ____

Frage 34: ____

Frage 42: ____

Frage 44: ____

Summe Skala 1: _____

Skala 2: „Auseinandersetzung mit Figur und Körpergewicht“

Frage 4: ____

Frage 9: ____

Frage 13: ____

Frage 18: ____

Frage 24: ____

Frage 27: ____

Frage 35: ____

Frage 37: _____

Frage 41: _____ → *Invertierung zu:* _____

Summe Skala 2: _____

Skala 3: „Fressanfälle“

Frage 6: _____

Frage 12: _____

Frage 16: _____

Frage 32: _____

Frage 36: _____

Frage 39: _____

Frage 45: _____

Summe Skala 3: _____

Skala 4: „Körper- und Selbstwertgefühl“

Frage 3: _____

Frage 7: _____ → *Invertierung zu:* _____

Frage 11: _____

Frage 21: _____

Frage 26: _____

Frage 33: _____

Frage 40: _____ → *Invertierung zu:* _____

Summe Skala 4: _____

Skala 5: „Purging-Verhalten und assoziierte Psychodynamik“

Frage 2: _____

Frage 15: _____

Frage 20: _____

Frage 31: _____

Frage 38: _____

Frage 43: _____

Summe Skala 5: _____

10 Selbstständigkeitserklärung, Lebenslauf, Danksagung

Erklärung über die eigenständige Abfassung der Arbeit

Hiermit erkläre ich, dass ich die vorliegende Arbeit selbständig und ohne unzulässige Hilfe oder Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe. Ich versichere, dass Dritte von mir weder unmittelbar noch mittelbar geldwerte Leistungen für Arbeiten erhalten haben, die im Zusammenhang mit dem Inhalt der vorgelegten Dissertation stehen, und dass die vorgelegte Arbeit weder im Inland noch im Ausland in gleicher oder ähnlicher Form einer anderen Prüfungsbehörde zum Zweck einer Promotion oder eines anderen Prüfungsverfahrens vorgelegt wurde. Alles aus anderen Quellen und von anderen Personen übernommene Material, das in der Arbeit verwendet wurde oder auf das direkt Bezug genommen wird, wurde als solches kenntlich gemacht. Insbesondere wurden alle Personen genannt, die direkt an der Entstehung der vorliegenden Arbeit beteiligt waren.

.....

Datum

.....

Unterschrift

Lebenslauf: Klaus – Gregor Eichhorn

geboren am 16.12. 1981 in Karl-Marx-Stadt (heute Chemnitz)

- 1988-2000 Grundschule und Gymnasium in Karl-Marx-Stadt/Chemnitz
- 2000 Abitur am Leibniz-Gymnasium Chemnitz
- 2000-2001 Freiwilliges Soziales Jahr
- 2001 Praktikum im Deutschen Bundestag
- 2001-2002 Regieassistent an den Städtischen Theatern Chemnitz
- 2002-2003 Studium der szenischen Regie, Filmakademie Baden-Württemberg
(Abbruch auf eigenen Wunsch)
- 2004-2010 Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig
(Abschluss mit Staatsexamen, Note „gut“ im Dezember 2010);
Famulaturen am Klinikum Chemnitz, Asklepios Kliniken
Schildautal Seesen, Praxis Dres. Vibrans Chemnitz sowie Paracelsus
Kliniken Reichenbach/Vogtland;
Praktisches Jahr am St. Elisabeth Krankenhaus Leipzig, Klinikum
Chemnitz sowie Kantonsspital Winterthur(CH)
- 2011-2013 Arzt in Weiterbildung am Klinikum Chemnitz (Anästhesie)
- seit 2013 Arzt in Weiterbildung an den Kliniken Leipziger Land (Anästhesie)

Danksagung

Eine Danksagung ist eine nicht zu unterschätzende Angelegenheit. Ähnlich einem Ballett kann schon der kleinste Fehltritt ungeahnte Folgen für die gesamte Aufführung und die Stimmung des Publikums haben, jedoch verliert auch der am besten choreografierte Tanz seine Schönheit, wenn er gar zu aufgesetzt und unlebendig imponiert. Daher sei vorangestellt, dass ich in diesem speziellen Fall nicht zu ausführlich über die Etikette sinnieren, sondern eher meiner ehrlich empfundenen, spontanen Dankbarkeit Ausdruck verleihen wollte.

Zuallererst sei daher meiner Betreuerin, Frau Prof. Dr. med. habil. Christine Ettrich, aufs Herzlichste gedankt. Es ist ein seltenes Glück, sich sowohl fachlich als auch menschlich in diesem Maße gut aufgehoben zu fühlen – mir ist es zuteil geworden. Frau Professor Ettrich hat mit großer Geduld und mit ausgeprägtem Einfühlungsvermögen für meine persönlichen „Besonderheiten“ diese Arbeit betreut und unterstützt. Ich hoffe, dass das Ergebnis auch ihre großen Mühen rechtfertigen kann.

Direkt angeschlossen sei mein nicht minder herzlicher Dank für Herrn Prof. Dr. phil. habil. Klaus Udo Ettrich, der mir unschätzbare Hilfestellungen insbesondere im Bereich der Statistik geleistet hat und mich zudem mit seinem exakten und kritischen Geist vor manchem Fehler bewahrt hat.

Die Zusammenarbeit mit dem charmanten und besonderen Professoren-Paar Ettrich war insgesamt für mich eine große Bereicherung.

An dieser Stelle sei außerdem Frau Bettina Hentschel vom Institut für Medizinische Informatik, Statistik und Epidemiologie der Universität Leipzig sowie Frau Dipl.-Psych. Jacqueline Pape ein besonderer Dank für das kritische Lesen und Kommentieren dieser Arbeit ausgesprochen. Die Außenperspektive, zudem wenn sie so freundlich und kompetent vorgetragen wird, ist nach einer gewissen Zeit der Auseinandersetzung mit einer Thematik unabdingbar für das Gelingen jedes Unterfangens, so auch bei diesem.

Keinesfalls vergessen werden sollen auch die vielen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, auf deren Schultern insbesondere der theoretische Teil dieser Arbeit ruht und die mit ihren vielfältigen Vorarbeiten, Überlegungen und Zweifeln die Basis derselben bildeten. Gleiches gilt für all die Patientinnen, die mit der Bereitschaft zur offenen Auseinandersetzung mit ihrer Erkrankung eine wissenschaftliche Aufarbeitung derselben und somit auch ein besseres Verständnis der Essstörungen ermöglichten, welches – so hoffen wir – letztendlich in verbesserte Therapiemöglichkeiten mündet.

Mein innigster Dank geht aber, bei aller Verbundenheit zu allen anderen genannten, an meine Familie Dr. med. Eichhorn sowie an Familie Prof. Steinmetz mit jeweils all ihren tragenden und stützenden Verzweigungen sowie an meine Freundin Dr. med. Marie Steinmetz – an das im besten Sinne des Wortes Alltägliche und Reale und dadurch so Traumhafte unseres gemeinsamen Lebens.