

1. EINLEITUNG.....	3
1.1 Historisches	4
1.1.1 Historisches zur Anorexia nervosa (AN).....	4
1.1.2 Historisches zur Bulimia nervosa (BN).....	8
1.2 Definitionen der untersuchten Eßstörungen	11
1.2.1 Anorexia nervosa.....	12
1.2.2 Bulimia nervosa.....	13
1.3 Ausgangssituation	13
1.3.1 Epidemiologie.....	13
1.3.2 Die Indikation zur stationären Psychotherapie.....	15
1.3.3 Methodische Schwierigkeiten bei Outcome- bzw. Verlaufsuntersuchungen.....	17
1.3.4 Stand der Forschung.....	20
1.3.4.1 Outcome bei Anorexia nervosa.....	20
1.3.4.2 Outcome bei Bulimia nervosa.....	21
2. FRAGESTELLUNGEN.....	24
3. MATERIAL UND METHODE.....	24
3.1 Design	24
3.1.1 Berlin-Oeynhausen-Studie (BOS).....	25
3.1.2 Die Multizentrische Eßstörungsstudie (MZS).....	26
3.2 Definition des Behandlungserfolges	28
3.3 Patientinnen-Kollektive und Teilnahme an der Untersuchung	30
3.3.1 Patientinnen der BOS und ihre Partizipation an der Katamnese.....	30
3.3.2 Patientinnen der MZS und ihre Partizipation an der Katamnese.....	32
3.4 Statistische Methoden	34
3.5 Konfigurierung der regressionsanalytischen Modelle	36
3.5.1 Konfigurierung der regressionsanalytischen Modelle in der BOS.....	36
3.5.2 Logistische Regression, Variablendefinierung und deskriptive Methode bei der Beschreibung der Psychopathologie in den Subgruppen der MZS.....	43
3.5.2.1 Logistische Regression in der MZS.....	43
3.5.2.2 Definierung der zu überprüfenden BOS-Prädiktor-Variablen in der MZS.....	44
3.6 Verfahren zur Beschreibung der Psychopathologie in den Subgruppen der MZS	44
4. ERGEBNISSE.....	51
4.1 Ergebnisse der Berlin-Oeynhausen-Studie (BOS)	51
4.1.1 Soziodemografische Befunde.....	51
4.1.2 Gewichtsentwicklung (BOS).....	54
4.1.3 Häufigkeiten der Variablen, die dem Regressionsmodell in der BOS angeboten wurden.....	54
4.1.4 BOS-Ergebnisse der logistischen Regression.....	59
4.1.4.1 BOS-Ergebnisse der logistischen Regression (Anorexia nervosa).....	59
4.1.4.2 BOS-Ergebnisse der logistischen Regression (Bulimia nervosa).....	61

4.2 Zentrale Hypothesen und Operationalisierung der zu überprüfenden MZS-Variablen	63
4.2.1 Formulierung der zentralen Hypothesen.....	63
4.2.2 Operationalisierung der zu überprüfenden MZS-Variablen.....	64
4.3 Ergebnisse der Multizentrischen Eßstörungsstudie (MZS)	70
4.3.1 Soziodemografische Daten.....	70
4.3.2 Gewichtsentwicklung.....	74
4.3.3 Häufigkeiten der dem Regressionsmodell angebotenen MZS-Variablen.....	75
4.3.4 MZS-Ergebnisse der logistischen Regression.....	78
4.3.4.1 Anorexia nervosa.....	78
4.3.4.2 Bulimia nervosa.....	81
4.3.5 Ergebnis der Hypothesenüberprüfung.....	84
4.3.6 Beschreibung der Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg hinsichtlich Depressivität (SCL90-R) und Selbsterleben (Narzißmusinventar) bei Therapieende.....	86
4.3.6.1 Depressivität (SCL90-R).....	86
4.3.6.2 „Ohnmächtiges Selbst“, „Affekt- und Impuls-Kontrollverlust“ und „Negatives Körper selbst“ (Narzißmusinventar).....	90
5. DISKUSSION.....	94
5.1 Diskussion der Methodik	94
5.2 Diskussion der Ergebnisse	100
5.2.1 Therapieerfolg.....	100
5.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Prädiktorenanalyse (logistische Regression).....	105
5.2.2.1 Anorexia nervosa.....	105
5.2.2.2 Bulimia nervosa.....	114
5.2.3 Depressivität und Selbsterleben bei Therapieanfang und Therapieende in der MZS.....	127
5.2.3.1 Anorexia nervosa.....	127
5.2.3.2 Bulimia nervosa.....	131
6. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK.....	137
7. LITERATURVERZEICHNIS.....	141
8. ABKÜRZUNGEN.....	157
9. DANKSAGUNG.....	158
ANHANG.....	160

1. EINLEITUNG

Auf die Frage des Aufsehers, warum er denn hungern müsse, ließ Kafka (1922, S. 200), der wahrscheinlich selber an einer Anorexie litt¹, seinen Hungerkünstler antworten: „Weil ich nicht die Speise finden konnte, die mir schmeckt. Hätte ich sie gefunden, glaube mir, ich hätte kein Aufsehen gemacht und mich vollgegessen wie du und alle.“

Scheinbar freiwilliges Fasten oder Hungern haben lange, bevor abweichendes Eßverhalten Eingang in die medizinische Diagnostik fand, Laien und Ärzte fasziniert. Das Kafka-Zitat verweist aber auch auf die große innere Not vieler Leidenden, die wir Ärztinnen und Ärzte als „eßgestört“ bezeichnen. Die Situation in den Therapien (vor allem mit anorektisch Kranken) wird bisweilen regelrecht „kafkaesk“: Die Therapeutin oder der Therapeut spürt die Lebensbedrohlichkeit der Situation stärker als die Patientin. Diese sucht mit einem Teil ihres Ichs zu kooperieren, während der andere, psychotherapeutisch unsichtbare Ich-Anteil sich nur anhand der schweren körperlichen Folgen bemerkbar macht. Das o.g. Kafka-Zitat beschreibt daher eine Latenz der Patientinnen, die nicht selten ihr Gegenstück in einem überkompensierenden narzißtischen Grandiositätserleben der Betroffenen hat.

Nicht zuletzt, weil diese große innere Not schließlich auch zu einer vitalen körperlichen Bedrohung werden kann, fühlen sich viele psychosomatische Forscherinnen und Forscher herausgefordert, mehr von den psychogenen Eßstörungen zu verstehen. Damit verbindet sich auch die Hoffnung darauf, wirksamere Therapiestrategien zu finden, die gegen die oft lebensgefährlichen Eßstörungen angewandt werden können.

¹ s. Vandereycken et al. 1992

1.1 Historisches

Im folgenden werden vor allem diejenigen Paradigmen-Wechsel bzw. -Erweiterungen bei der Betrachtung der Eßstörungen dargestellt, die zu einem tieferen Verständnis und zu einer veränderten therapeutischen Praxis beigetragen haben. Allgemeine historische Betrachtungen zur Geschichte von Anorexie und Bulimie finden sich bei Habermas (1990 u. 1994), Schulte u. Böhme-Bloem (1990) Vandereycken et al. (1992) sowie Ziolko (1995).

1.1.1 Historisches zur Anorexia nervosa (AN)

Lange vor dem 19. Jahrhundert gab es (sogar mittelalterliche) Beschreibungen anorektiformen Verhaltens (s.a. Schadewaldt 1965, Habermas 1990, Vandereycken et al. 1992). Bei den Eß- und Fastenpraktiken handelte es sich damals sehr oft um religiös motivierte Rituale. Daher weisen Vandereycken et al. (1992) darauf hin, daß eine retrospektive Psychiatrisierung der damaligen Verhaltensweisen dubios und wissenschaftlich unseriös ist. Als nosologische Kategorie in der medizinischen Literatur wurde die Anorexie erstmals von dem Internisten Gull (1868) und dem Neurologen Lasègue (1873) beschrieben. Beide Autoren gingen von einer zentralnervösen bzw. psychischen Verursachung des Krankheitsbildes aus.

Bis 1914 bestand unter Ärzten Einigkeit darüber, daß es sich bei der Anorexie um ein psychiatrisches Krankheitsbild handele. Das änderte sich schlagartig, als Simmonds 1914 seine Arbeit über „Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang“ veröffentlichte. Von nun an wurde bis in die 30er Jahre des 20. Jahrhunderts die Anorexie als Endokrinopathie verstanden und der Inneren Medizin zugeordnet. Es dauerte Jahrzehnte bis diese „Fehleinschätzung“ (v. Bergmann 1934) korrigiert wurde. 1937 konnte Sheehan zeigen, daß die primäre Hypophysenvorderlappen-Insuffizienz keine Bedingung der anorektischen Kachexie, sondern ein Spezialfall ist, der im Gefolge einer hämorrhagischen Nekrose - meist postpartal - auftritt.

Bis in die 60er Jahre blieb dann der Einfluß der *Psychoanalyse* für das Verständnis der Anorexia nervosa maßgeblich: Freud hatte bereits 1895 die Anorexie als traumatisch bedingtes, hysterisches Phänomen beschrieben. Abraham (1916) stellte dann in seiner grundlegenden Arbeit „Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido“ einen Zusammenhang zwischen oraler Fixierung und Melancholie her. Die Nahrungsverweigerung sah er unter dem Aspekt der Verdrängung bzw. der Regression. Der triebpsychologische Ansatz für das Verständnis der Anorexia nervosa ist dann mit den Weiterentwicklungen der Psychoanalyse (zu unrecht) in Mißkredit geraten und spielt heute - vor allem in den USA - praktisch nur noch eine untergeordnete Rolle. Stattdessen haben sich vor allem selbstpsychologische Konstrukte - man muß wohl sagen: in Gegnerschaft zu triebpsychologischen Konzepten - durchgesetzt², die im übrigen auch im Rahmen nicht psychoanalytischer Therapieansätze angewandt werden (s.a. Köpp 1996). Diese „Wende“ wurde vor allem von der aus Deutschland emigrierten *Hilde Bruch* (1986) kurz vor ihrem Tod zusammengefaßt.

Der selbstpsychologische Ansatz, der vor allem mit dem aus Österreich stammenden und in die USA emigrierten Psychoanalytiker *Heinz Kohut*³ verbunden ist, ermöglichte auch die Integration des gestörten Körperbildes in therapeutische Konzeptionen (s.a. Hornyak u. Baker 1989). Der Selbstaussdruck in der Körpersprache ergänzte verbal akzentuierte Therapiemethoden nicht nur; vielmehr stellten körperorientierte Behandlungsverfahren ein wichtiges Bindeglied zwischen (noch) nicht verbalisierbarem - also präverbalem - Erleben und verbalisierbaren Phantasien dar. Hierbei ergaben sich im Prinzip drei Möglichkeiten, das Körpererleben der Patienten in den therapeutischen Fokus zu rücken: 1. Die direkte Arbeit mit dem Körper wie es z.B. in der *Konzentrativen Bewegungstherapie* (Becker 1989, Carl u. T. Herzog⁴ 1996) oder in der *Tanztherapie* (Stark et al. 1989) der Fall ist. 2. *Gestaltungs- oder kunst-therapeutische*

² Dabei wird die psychoanalytische Begriffswelt oft mißverstanden. So machten z.B. Epling u. Pierce (1991) in ihrem Buch mit dem anspruchsvollen Titel „Solving the anorexia puzzle“ einfach eine begriffliche Gleichsetzung von Überich und Bewußtsein.

³ Kohut, dessen selbstpsychologisches Konzept lange Zeit heftiger Kritik ausgesetzt war, machte eine wichtige Klarstellung: „Ich bin in viel stärkerem Maße triebpsychologisch orientiert als manche Kritiker der Selbstpsychologie. Die Selbstpsychologie ersetzt die Triebpsychologie genauso wenig wie die Quantenphysik die Physik Newtons ersetzt hat. Tatsächlich geht es um verschiedene Ausgangspunkte, die Verschiebung der Betrachtungsebenen und die Komplementarität unterschiedlicher Perspektiven.“ (Kohut 1983, S. 397, Übersetzung W.K.)

⁴ Wegen der Namensgleichheit dreier maßgeblicher Autoren in der Eßstörungsliteratur wird im folgenden Text bei Literaturhinweisen auf den Namen „Herzog“ immer die Abkürzung des jeweiligen Vornamens miterwähnt.

Ansätze, die als eine Art „bildgebendes Verfahren“ zur Visualisierung und Bearbeitung des (inneren) Körperbildes verstanden werden können (Feiereis 1989, Schmeer 1992, Köpp 1993, Köpp 1995, Feiereis u. Sudau 1996). 3. Imaginative Techniken wie *das Katathyme Bilderleben* (Leuner et al. 1993, Wilke 1996).

Seit den 70er Jahren dieses Jahrhunderts fand unter Klinikern und Forschern der familiäre Kontext eßgestörter Patientinnen stärkere Beachtung. Dabei wurde nicht nur die tiefenpsychologische Dimension (wie in der Psychoanalyse) untersucht, sondern auch die aktuelle Interaktion unter systemischen Gesichtspunkten in den Fokus der Betrachtung gerückt. Mittlerweile hat sich aus diesem Ansatz eine weitere Therapierichtung entwickelt, die aus der psychotherapeutischen Versorgung weder im ambulanten, noch im stationären Bereich wegzudenken ist: Die *Familientherapie*. Insbesondere Stierlin (1970), Petzold (1979), Minuchin et al. (1981), Selvini-Palazzoli (1982) sowie Vandereycken u. Meermann (1984) hatten in ersten Untersuchungen zeigen bzw. bestätigen können, daß es spezielle familiäre Interaktionsmuster gibt (Verstrickung, Überfürsorglichkeit, Konfliktvermeidung und Rigidität), die sowohl für die Krankheitsentstehung als auch für die Aufrechterhaltung von Eßstörungen eine Rolle spielen. Petzold et al. (1991) haben die Entwicklung der Familientherapie seit 1970 übersichtlich zusammengefaßt.

Mittlerweile gibt es effektive psychometrische Verfahren zur Beurteilung familiärer Interaktionen (Cierpka 1985, Schneewind 1986, Kröger et al. 1989, Kröger et al. 1996), die auch eine differenzierte Indikationsstellung für familientherapeutische Interventionen zulassen. Die kreative Potenz dieser Behandlungsmethode zeigt sich u.a. darin, daß die Familientherapie die eigene interaktionsanalytische Herangehensweise mit aus der körperorientierten Psychotherapie stammenden Interventionen verbinden konnte: Bereits 1973 stellten Duhl et al. ihre Therapie mit Hilfe der sog. Familienskulptur dar.

Seit den 60er Jahren dieses Jahrhunderts begann zusätzlich der behaviorale Ansatz für das Verständnis der Eßstörungen wichtig zu werden. Dies wurde allerdings erst nach der „Kognitiven Wende“ in der *Verhaltenstherapie* möglich (s.a. Steiner 1984 und De

Silva 1995), nachdem die klassische Reflexpsychologie Pawlows, behaviouristische und lerntheoretische Ansätze aus der ersten Hälfte des Jahrhunderts um soziale Lerntheorien und kognitive Ansätze erweitert wurden. Erst sie machten es möglich, individueller auf Affekte und Befindlichkeit einzugehen (s.a. Beck 1979 sowie Ellis u. Grieger 1979)⁵.

In ihrem Überblick über Befunde kontrollierter Therapiestudien kamen de Zwaan et al. (1996) zu der Einschätzung, daß für die kognitive Verhaltenstherapie bei Eßstörungen Kurz- und Langzeiterfolge gut abgesichert seien, und daß lediglich die sog. *Interpersonale Therapie* (Fairburn et al. 1991, 1995) eine wirkliche Alternative dazu darstelle. Diese Behandlungsmethode betrachtet – in Anlehnung an Hilde Bruch (1973) – anders als die kognitive Verhaltenstherapie Eßstörungen als Ausdruck von intra- und inter-individuellen Schwierigkeiten. Insofern geht es bei dieser Therapieform mehr um die Arbeit an einem tragfähigen Selbstkonzept und nicht in erster Linie um eine Arbeit am Symptom.

Zunehmend hat sich unter den Forschern auf dem Gebiet der Eßstörungen die Vorstellung durchgesetzt, daß ein integriertes, multimodales Verstehens- und damit auch Behandlungskonzept größere Erfolgchancen bietet, als die Anwendung einer einzigen Therapiemethode. So kommen psychoanalytisch orientierte Forscher zu dem Ergebnis, daß bei der Anorexiebehandlung die Vorenthaltung symptomorientierter Therapieelemente „nicht mehr vertretbar“ ist (T. Herzog et al. 1996). Oder sie stellen - ohne genuin psychoanalytische Arbeitshypothesen aufzugeben - die Wechselwirkung biologischer (z.B. auch genetischer⁶) und psychodynamischer Aspekte ins Zentrum des Verständnisses und des therapeutischen Procedere (z.B. Ceaser 1990). Strukturierende Maßnahmen (wie Ernährungsberatung, Ernährungsverordnungen, Eßprotokolle, Gewichtskontrollen etc.) sind heute Bestandteil der meisten stationären und teilstationären Therapiekonzepte. Sie entsprechen im übrigen den Therapieempfehlungen der US-amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA, 1993). Sofern es sich um therapeutische Phasenmodelle handelt, sind auch strukturierte Behandlungskonzepte

⁵ Jaeggi et al. (1990) stehen auf dem Standpunkt, daß die „kognitive Wende“ in der Verhaltenstherapie (VT) nicht aus der VT selber erklärbar ist, sondern in stärkerem inhaltlichen Zusammenhang mit der Ich-Psychologie der Psychoanalyse gesehen werden muß. Sie führen ins Feld, daß die einflußreichen Autoren Ellis und Beck früher selber Psychoanalytiker gewesen seien. Groeger (1982) sieht das ähnlich, wenn er eine Phase der Übersetzung psychoanalytischer Termini in lerntheoretische Begriffe in den 40er Jahren beschreibt.

⁶ Insbesondere Schepank (1991 u. 1992) hat über diese Frage intensiv geforscht. Eine Literaturübersicht zu dem Thema findet sich außerdem bei Treasure u. Holland (1995).

verhaltenstherapeutischer Provenienz im Hinblick auf die Phasen flexibel geworden und haben außerdem vor allem Körper- und Gestaltungs- therapeutischen Aspekten große Aufmerksamkeit gewidmet (Vandereycken u. Meermann 1984, Gerlinghoff u. Backmund 1995). So plausibel die Anwendung integrierter bzw. multimodaler Behandlungsansätze ist, so sehr werden die Forscher damit aber auch vor neue methodische Probleme gestellt: Über die relative Wirksamkeit einzelner Therapiekomponenten ist noch wenig bekannt. Daher wurde auch mit Unterstützung des Bundesministeriums für Forschung und Technologie die bislang weltweit größte Therapiestudie über psychodynamische Therapie von Eßstörungen durchgeführt. Mit der Publikation der ersten Ergebnisse zu dieser speziellen Frage kann in Kürze gerechnet werden (s.a. Abschnitt 3.1.2).

Bei einem Krankheitsbild mit so mannigfaltigen seelischen und biologischen Störungen wie der Anorexia, stellt sich auch die Frage nach Medikamenten Behandlungsmöglichkeiten. Bis jetzt hat sich allerdings keine pharmakologische Substanz finden lassen, für die die Anorexia nervosa eine Indikation darstellt. Walsh (1995, S. 315) kommt daher in seiner Übersichtsarbeit zu folgendem Schluß: „So muß man zur Zeit davon ausgehen, daß nicht die Anorexia nervosa an sich, sondern andere klinische Begleitumstände und die Einschätzung des zuständigen Arztes eine Indikation für eine medikamentöse Therapie darstellen“ (Übersetzung W.K.).

1.1.2 Historisches zur Bulimia nervosa (BN)

Lange Zeit befaßte sich die Eßstörungsforschung praktisch ausschließlich mit der Anorexia nervosa. Schulte u. Böhme-Bloem (1990, S. 25) weisen aber darauf hin, daß es bereits in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts immer wieder Fallberichte über das Krankheitsbild der Bulimie (auch unter dem Begriff Bulimie mit Erbrechen) gegeben habe, daß aber dieses Wissen während des Zweiten Weltkriegs unterging „... und dreißig Jahre später als ein weitgehend unbekanntes Krankheitsbild wieder auftaucht(e).“ Auch Stunkard (1997) macht auf diesen Umstand aufmerksam und erwähnt eine psychoanalytische Arbeit von Wulff (1932), in der vier Kasuistiken von Frauen dargestellt wurden, deren Krankheitsbild Stunkard als Vorläufer der modernen Bulimia nervosa ansieht. Daß diese Arbeit so wenig von den Psychiatern beachtet wurde, führt

Stunkard darauf zurück, daß sie sich mehr an vermuteten psychischen Kräften als an objektiven Kriterien orientiert habe.

Während in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts die Bulimie als Phänomen der Hysterie bzw. der Melancholie oder in der Nähe der narkotischen Süchte aufgefaßt wurde, kristallisierte sich seit den sechziger Jahren immer mehr die Idee eines eigenständigen Krankheitsbildes heraus (siehe z.B. Ziolko 1966 sowie Russel 1979).

Senf (1989) recherchierte sehr gründlich die Geschichte des Bulimiebegriffs und der zugehörigen Konzepte. Wie andere Forscher kommt auch er – fast resignierend – zu folgendem Schluß (S.102): „Zunächst ist offensichtlich geworden, daß sich die Bulimie nicht eindeutig erklären, verstehen, einordnen läßt. ... Dennoch lassen sich aus psychoanalytischer Perspektive folgende prinzipielle Gesichtspunkte zur Bulimie festhalten. Zum einen handelt es sich mehr um eine sog. frühe ich-strukturelle Störung denn um eine ‚klassische Psychoneurose ...‘ Aus seiner Sicht sind bei der Bulimie basale Ich-Funktionen eingeschränkt, die mit Störungen der frühen Objektbeziehungen im Rahmen der Separation und Individuation (Mahler 1972) einhergehen.

Bis in die siebziger Jahre wurde die Bulimie als Sonderform der Anorexie verstanden. Der Umstand, daß anorektisches Verhalten nicht nur restriktiv sein mußte, sondern auch mit Eßattacken und selbstinduziertem Erbrechen einhergehen konnte, war klar erkannt worden. Immer häufiger wurden dann jedoch Patientinnen gesehen, deren Körpergewicht normal war und somit die Diagnose einer Anorexie eigentlich nicht mehr möglich war, obwohl ein eindeutig pathologisches Eßverhalten vorlag. In seiner richtungsweisenden Arbeit „*Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa*“ beschrieb Russel (1979, S. 429) dann jene Kriterien, die zunächst die Diskussionsgrundlage für die Aufnahme der Diagnose „Bulimia nervosa“ in die diagnostischen Manuale wurde: "Genauso wie die echten Anorektikerinnen wollen diese Patientinnen ihr Körpergewicht unter eine Schwelle bringen, die sie sich selber auferlegt haben. ... Im Gegensatz zu den echten Anorektikerinnen haben diese Patientinnen aber ein höheres Körpergewicht, sind sexuell aktiver, und weisen oft bei regelmäßiger Menstruation eine erhaltene Fertilität auf“ (Übersetzung W.K.).

Obwohl die empirische Datenbasis dazu noch recht dünn ist, gibt es erste Hinweise dafür, daß ein Teil der Bulimikerinnen – ca. 30-50% - vor ihrer bulimischen Eßstörung eine Anorexie hatten (Feiereis 1989, Liedtke et al. 1990, Eckert et al. 1995), während der Übergang einer Bulimie in eine Anorexie die extreme Ausnahme zu sein scheint (Russel 1979).

Therapeutische Konzepte konzentrierten sich mit dem verstärkten Auftreten des Krankheitsbildes vor allem auf den unabweisbaren Impulsdurchbruch bei der Bulimie. Im angloamerikanischen Raum wurden zunächst vor allem verhaltenstherapeutische Konzepte favorisiert (s. a. Zusammenfassungen im „Handbook of Psychotherapy for Anorexia nervosa and Bulimia“ von Garner u. Garfinkel 1985). Aber ähnlich wie bei der Anorexia nervosa (s.o.) ist man auch bei der Bulimia nervosa zu einer Integration verschiedener Behandlungsansätze gekommen (s. a. „Eating Disorders and Obesity – A Comprehensive Handbook“ von Brownell u. Fairburn 1995). Von Seiten der Psychoanalyse hat vor allem der selbstpsychologische Ansatz zu einer Erweiterung des Verständnisses gestörten Körpererlebens bei Bulimikerinnen geführt, was in dem mehr als 500 Seiten umfassenden Mehrautoren-Buch „Bulimia: Psychoanalytic Treatment and Theory“ (Schwartz 1990) eindrucksvoll klar wird.

Die Erkenntnis, daß die Bulimia nervosa häufig mit einer depressiven Störung einhergeht, führte dazu, daß mittlerweile die meisten antidepressiven Substanzgruppen für die Behandlung der Bulimia nervosa untersucht sind. Im Gegensatz zur Anorexia nervosa gibt es demnach bei der Bulimia nervosa klare Hinweise dafür, daß eine pharmakologische Behandlung wirksam sein kann. Umfangreiche Literaturübersichten dazu finden sich bei Thiel (1997) sowie Jacobi et al. (1997).

Vor allem das Fluoxetin scheint sowohl für die Kurzzeit- als auch die Langzeit-Behandlung der Placebo-Behandlung deutlich überlegen zu sein (Goldbloom et al. 1997 bzw. Goldstein et al. 1995). Walsh (1995) weist aber darauf hin, daß die Bulimia nervosa durch eine antidepressiv wirksame tägliche Dosis von üblicherweise 20 mg nicht wesentlich beeinflusst wird, sondern erst bei einer Tagesdosis von 60 mg mit einer

Abnahme der Eßattacken zu rechnen ist. In der Auswertung seiner eigenen randomisierten, plazebokontrollierten Studie kommt derselbe Autor (1997) allerdings zu dem Schluß, daß Fluoxetin zwar antibulimisch wirkt, daß aber bei gleichzeitiger kognitiver Verhaltenstherapie der zusätzliche Nutzen einer medikamentösen Intervention mit Fluoxetin nur gering ausfällt. Die Vorenthaltung von Psychotherapie zugunsten einer alleinigen pharmakologischen Behandlung ist nach dem heutigen Wissensstand obsolet.

1.2 Definitionen der untersuchten Eßstörungen

Für die Diagnostik psychischer und psychogen verursachter Krankheiten und Störungen haben sich einerseits die Richtlinien der Weltgesundheitsorganisation (WHO) als „Internationale Klassifikation psychischer Störungen“ durchgesetzt (letzte Fassung: ICD 10, 1992). Andererseits sind auch die Kriterien der US-amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (APA) als „Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders“ (DSM) gebräuchlich geworden (letzte Fassung DSM-IV, 1994). Die beiden Manuale entsprechen sich in den Kernpunkten. Hilfreich scheint beim ICD-10 die Angabe eines Minimalgewichts für die AN (body mass index von $17,5\text{kg/m}^2$), weil dadurch noch genauer die Gewichtsgrenze festgelegt ist als im DSM (s.u.). Andererseits ist nicht ganz klar, auf welcher empirischen Grundlage dieser „Grenzwert“ basiert.

In dieser Arbeit wurden die Kriterien des DSM-III-R (APA, 1987) zugrunde gelegt, weil dieses Manual in der Eßstörungsforschung z. Zt. des Untersuchungsbeginns auch in Europa gebräuchlicher war und damals die neue, gültige ICD10-Fassung (WHO 1992) noch nicht vorlag.

1.2.1 Anorexia nervosa⁷

Folgende vier Kriterien müssen nach dem DSM-III-R (307.10) gleichzeitig erfüllt sein:

a) Das Körpergewicht wird absichtlich nicht über dem der Körpergröße oder dem Alter entsprechenden Minimum gehalten, z.B. Gewichtsverlust auf ein Gewicht von 15% oder mehr unter dem zu erwartenden Gewicht bzw. während der Wachstumsperiode Ausbleiben der zu erwartenden Gewichtszunahme mit der Folge eines Gewichts von 15% oder mehr unter dem erwarteten Gewicht.

b) Starke Angst vor Gewichtszunahme oder Angst vor dem Dickwerden, obgleich Untergewicht besteht.

c) Störung der eigenen Körperwahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe, oder Form, z.B. die Person berichtet sogar im kachektischen Zustand, sich 'zu dick zu fühlen', oder ist überzeugt, ein Teil des Körpers sei zu dick, obgleich ein offensichtliches Untergewicht besteht.

d) Bei Frauen Aussetzen von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen, deren Auftreten sonst zu erwarten gewesen wäre (primäre oder sekundäre Amenorrhoe). (Bei Frauen liegt eine Amenorrhoe vor, wenn die Menstruation nur bei Gabe von Hormonen, z.B. Östrogenen, eintritt.)

⁷ Von der Möglichkeit, beide Diagnosen (AN und BN) gleichzeitig zu stellen wenn bei einer Anorektikerin Eßanfälle und/oder purging als zusätzliche Maßnahme der Gewichtsreduktion vorkam, wurde in dieser Studie nicht Gebrauch gemacht, weil in beiden Kliniken schon damals stattdessen von der bulimischen Form einer AN ausgegangen wurde, so wie es in den späteren Manualen (ICD10 und DSM IV) dann formuliert wurde. Stattdessen wurden restriktive bzw. bulimische Form der AN als Covariate eingeführt und auf diese Weise statistisch berücksichtigt.

1.2.2 Bulimia nervosa

Folgende fünf Kriterien müssen nach dem DSM-III-R (307.51) gleichzeitig erfüllt sein:

- a) *Wiederholte Episoden von Freßanfällen (schnelle Aufnahme einer großen Nahrungsmenge innerhalb einer bestimmten Zeitspanne).*
- b) *Das Gefühl, das Eßverhalten während der Freßanfälle nicht unter Kontrolle halten zu können.*
- c) *Um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, greift der Betroffene regelmäßig zu Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme, wie selbst induziertem Erbrechen, dem Gebrauch von Laxanzien oder Diuretika, strengen Diäten oder Fastenkuren oder übermäßiger körperlicher Betätigung.*
- d) *Durchschnittlich mindestens zwei Freßanfälle pro Woche über einen Mindestzeitraum von drei Monaten.*
- e) *Andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Figur und Gewicht.*

1.3 Ausgangssituation

1.3.1 Epidemiologie

Anorexia und Bulimia nervosa werden als kulturgebundene Syndrome der technisch hoch entwickelten Länder angesehen. Das Schönheitsideal dieser Länder soll für Frauen zu einem soziokulturellen Druck führen, der als ätiopathogenetischer Faktor bei der Entstehung psychogener Eßstörungen betrachtet wird (Garner 1993). Dieser Jahrzehnte lang akzeptierten Vorstellung wurde allerdings kürzlich von Hoek et al. (1998) widersprochen: Die Autoren führten eine Inzidenzstudie auf der niederländisch

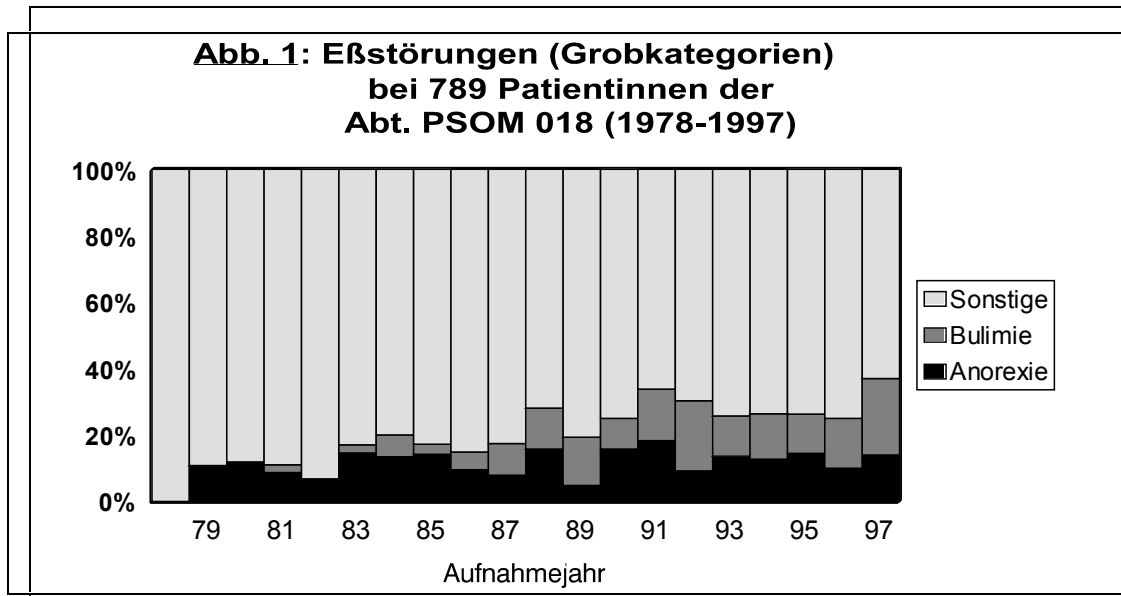
verwalteten Karibikinsel Curaçao durch, wo Übergewicht sozial akzeptiert wird. Sie fanden – im Vergleich mit anderen technisch entwickelten Ländern – völlig identische jährliche Inzidenzraten für Anorexia nervosa (2,5/100.000 Frauen).

In einer früher durchgeführten, repräsentativen Inzidenzstudie in den Niederlanden hatten Hoek et al. (1995) herausgefunden, daß die Urbanisierung ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Bulimia nervosa -nicht für Anorexia nervosa! - ist.

Nach Slade (1995) leiden 1% - 2% der Frauen in den hoch entwickelten Ländern unter AN oder BN. Gemäß einer Repräsentativerhebung in Deutschland (Schepank 1987) liegt bei 3% der Stadtbevölkerung eine klinisch klassifizierbare Eßstörung (nach ICD 9) vor; die Hälfte der Betroffenen soll behandlungsbedürftig sein. Zu mehr als 95% sind Frauen betroffen. Die Anorexie-Prävalenz unter 15-35 jährigen Frauen beträgt unter einem Prozent (Krüger et al. 1997) und soll nach Crisp et al. (1991) in den letzten Jahren unverändert geblieben sein, wohingegen die Bulimie-Prävalenz zugenommen haben soll (Lacey 1992). Die Prävalenz für Bulimia nervosa wird mit 1% – 4% der weiblichen Bevölkerung angegeben (s.a. Literaturzusammenfassungen bei Schulte u. Böhme-Bloem 1990 sowie bei Krüger 1997). In der psychosomatischen Ambulanz der Universität Essen beträgt der jährliche Anteil eßgestörter Männer und Frauen ca. 12% der ambulant beratenen bzw. behandelten Patienten (Herpertz et al. 1997), in der psychosomatischen Ambulanz des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der FU Berlin sind ca. 15% der Ambulanz-Patientinnen und Patienten eßgestört (eigene unveröffentl. Daten). Diese Tendenz spiegelt sich auch bei einem selektierten Klientel wieder: Seit den 80er Jahren hat der Anteil der eßgestörten Patientinnen (um die Gruppe der Bulimikerinnen) unter den stationär behandelten Frauen in der Abt. für Psychosomatik und Psychotherapie im Klinikum Benjamin Franklin zugenommen (s. a. Abb. 1).

Im Alltag der ambulanten und stationären Krankenversorgung stellen Patientinnen mit Eßstörungen ein großes Problem dar: Medizinische und ökotrophologische Beratung sind zwar notwendig, aber selten ausreichend für die adäquate Behandlung der in erster Linie seelisch verursachten Verhaltensstörung. Dieses gestörte Eßverhalten kann sich

allerdings perpetuieren und bei chronifiziertem Verlauf (> 5 Jahre) selber aufrecht erhalten. Das Ausmaß der Komplikationen und der sonstigen körperlichen und seelischen Komorbidität entscheidet darüber, ob die Indikation für eine stationäre Behandlung gestellt werden muß (s. a. Köpp 1998).



1.3.2 Die Indikation zur stationären Psychotherapie

Die Frage, unter welchen Bedingungen Eßstörungen stationär behandelt werden sollten, ist brisant, weil in Deutschland in den letzten Jahren die Bereitschaft der Kostenträger zur Finanzierung solcher Krankenhausaufenthalte schwindet. Das hängt zum einen mit der teilweise fehlenden indikatorischen Transparenz auf Seiten der Kliniker zusammen, zum anderen ist es bisweilen Ausdruck einseitiger Betonung ökonomischer Aspekte auf Seiten der Kostenträger. Der gegenwärtige Kenntnisstand zu diesem Thema ist in den Tabellen 2 und 3 zusammengefaßt. Er ergibt sich in erster Linie aus der klinischen Erfahrung und plausiblen medizinischen Gesichtspunkten zur vitalen körperlichen oder seelischen Gefährdung.

Tab. 1: Medizinische Indikationen für stationäre Behandlung.

- Schwere Elektrolytentgleisungen (mit u. ohne klin. Begleitsymptome, z.B. Kalium <2,5 mmol/l)
- Herzrhythmusstörungen
- Kreislaufstörungen
- Synkopen
- BMI < 13 kg/m²
- Rasche Gewichtsreduktion (z.B. 30% in drei Mon.)
- Jegliche Eßstörungsunabhängige Komorbidität (Asthma, Diabetes u.a.)

Tab. 2: Psychosoziale Indikationen für stationäre Psychotherapie.

- Suizidalität
- Persönlichkeitsstörungen (z.B. Borderline)
- Unmöglichkeit einer Selbstregulation durch Eßstörungssymptomatik (z.B. ununterbrechbares Eß-Brech-Verhalten; nicht mehr relativierbare, den Tag beherrschende Zwangsgedanken)
- Festgefahrene Situation in Familie oder Partnerschaft
- Schwerwiegende Verlusterlebnisse oder Trennungen (Gefahr der Suizidalität bei Labilisierung)
- Krankheitsdependente Kriminalität (z.B. Diebstahlsdelikte) oder Verschuldung
- Soziale Isolierung
- Krisenhafte Entwicklung einer ambulanten Psychotherapie

Die in Tabelle 1 genannten medizinischen Befunde bzw. eßstörungsbedingten Komplikationen werden häufig aufgeführt (Übersichten dazu: Brotman et al. 1985; Treasure et al. 1995; Fichter 1995; Goldbloom u. Kennedy 1995; Köpp et al. 1995; T. Herzog u. Zeeck 1997). Seltener erwähnt werden dagegen Skelettkomplikationen (z.B. Frakturen), gastrointestinale Störungen (z.B. Ulzera, Magenrupturen, Magenparesen), Stoffwechselstörungen (z.B. Hypoglykämie), hämatologische Komplikationen (z.B. Leukopenie oder Thrombopenie mit Hämorrhagieneigung), renale Komplikationen (z.B. Niereninsuffizienz) oder neurologische Störungen (Hirnatrophie, Myopathie). Ob die seltener genannten Komplikationen wirklich seltener vorkommen, wissen wir nicht! Zukünftige Forschungsprojekte müssen das klären. In weiteren Studien sollten auch die in den Tabellen 1 und 2 genannten Variablen - soweit ethisch vertretbar- überprüft und alternative Behandlungsformen (wie Therapie in Tageskliniken, ambulanten Einrichtungen bzw. Diensten sowie in Wohngruppen-Projekten) untersucht werden.

Für die in dieser Arbeit untersuchten Patientinnen wurden die o.g. Kriterien (s.a. Tab. 1 u. 2) für die Indikation zur stationären Therapie angewandt.

1.3.3 Methodische Schwierigkeiten bei Outcome- bzw. Verlaufsuntersuchungen

In einer für die Erforschung von Eßstörungenverläufen sehr wichtigen und grundsätzlichen Arbeit sichtet Vandereycken u. Meermann (1992) die Publikationen der letzten Jahrzehnte über Verlaufsuntersuchungen (Beobachtungszeitraum mindestens ein Jahr) von Anorexia nervosa in der Weltliteratur. Demnach sind zu diesem Thema zwischen 1930 und 1980 insgesamt 70 Arbeiten erschienen und in den folgenden neun Jahren 65 Studien veröffentlicht worden. Zwar kommen die Autoren zu dem Ergebnis, daß die Untersuchungen der letzten Jahre methodisch besser waren, doch nennen sie einige Aspekte, die weiterhin eine Schwierigkeit für Beurteilung und Vergleichbarkeit von Verlaufsstudien sind.

Wie bereits vor ihnen Szmukler u. Russel (1986) bemängeln die Autoren die diagnostischen Kriterien, die häufig von jenen der international anerkannten Manuale abweichen. Die Vergleichbarkeit sei auch durch Selektionseffekte (z.B. unterschiedliche Aufnahmekriterien) in den untersuchenden Zentren eingeschränkt. Als konfundierende Variable sehen die Autoren auch den Therapieabbruch, der nur in wenigen Studien kommentiert werde. Die Wahl der Meßzeitpunkte und die outcome-Kriterien werden als weitere wunde Punkte genannt.

W. Herzog (1993, S. 8), der an über 100 Anorektikerinnen eine Verlaufsbeobachtung mehr als 10 Jahre mit mehreren Meßzeitpunkten durchgeführt hat, skizzierte (unter Bezugnahme auf Szmukler u. Russel 1986, S. 284) drei Varianten von Grundannahmen, die methodologisch maßgeblich für die Durchführung einer Verlaufsstudie sein können:

„a) Wenn die Anorexia nervosa⁸ als ein Bündel von Symptomen, z.B. entsprechend der DSM III-R Kriterien (APA 1987) verstanden wird, sind ein normales Gewicht, das Wiedereintreten der Menstruation sowie eine Veränderung der gestörten Eßgewohnheiten und eine Modifikation der Körperwahrnehmung Kriterien der Heilung. Eine solche Sichtweise führt im Rahmen der Verlaufsforschung dazu, daß auf das Konstrukt prädisponierender Persönlichkeitsfaktoren und die Untersuchung von Persönlichkeitsaspekten verzichtet werden kann.

b) Wenn Anorexia nervosa als Ausdruck einer tieferen psychologischen Störung verstanden wird, wäre eine ‚wirkliche‘ Besserung der ätiologisch zugrundeliegenden Persönlichkeitsstörung ein unverzichtbarer Aspekt der Verlaufsbeurteilung. Eine allgemeine Besserung der Gewichts-, Menstruations-, Eßsymptomatik bei fortbestehender oder veränderter psychodynamischer Störung oder Psychopathologie könnte als Syndromshift verstanden werden und wäre entsprechend zu beurteilen.

c) Unabhängig von ätiologischen Grundannahmen könnte es sinnvoll sein, parallel zum Verlauf der Kernsymptomatik (Gewichtsverlust, Amenorrhoe, pathologisches Eßverhalten) Psychodynamik, Psychopathologie und familiäre sowie soziale Aspekte möglichst umfassend zu untersuchen. Mit diesem dritten Ansatz würde zwar auf ein spezifisches Krankheits- und Ätiologie-Modell (Variante b) verzichtet, andererseits würden jedoch über die reine Symptomebene der Eßstörung hinaus Daten zu wichtigen Aspekten der Persönlichkeit, der Familie und der sozialen Integration erhoben.“

W. Herzog (1993) favorisierte für seine Untersuchung die Variante c und argumentierte, daß dies ein tragfähiger Kompromiß sei, da ein allgemein akzeptiertes Ätiologie-Modell noch ausstände. Er sieht seinen Standpunkt unterstützt von anderen Autoren, die wie er eine Mehrebenenuntersuchung biologischer, familiärer und sozialer Dimensionen angeregt hatten (Mash u. Terdal 1980, Deter 1981, Kordy u. Senf 1985, Hahn 1988, Rudolf 1990, Kächele 1992, Vandereycken u. Meermann 1992).

⁸ Die zitierten Überlegungen wurden zwar für die Anorexia nervosa angestellt, lassen sich aber unschwer auf die Bulimia nervosa oder andere Krankheitsbilder der Psychosomatik anwenden (W.K.).

Orlinsky et al. (1994) erläuterten verschiedene Deskriptionsebenen sowohl für den psychotherapeutischen Verlauf als auch für das outcome. Momentane Veränderungen (z.B. Einsichten, die einer Deutung unmittelbar folgen) stellen sie solchen gegenüber, die in der Konsequenz eines längeren (z.B. Monate dauernden) Prozesses zu grundsätzlichen Veränderungen hinsichtlich dysfunktionaler Haltungen und Standpunkte führen oder die beispielsweise die Adaptation an die eigene Lebenswirklichkeit ermöglichen. Die Autoren weisen aber auch auf ein Dilemma hin, dem kein Forscher entkommt (S. 275): „Zwar findet Psychotherapie immer ‚im Hier und Jetzt‘ statt; aber die Zeitanalyse des therapeutischen Prozesses erfordert ein kostenintensives, longitudinales Studiendesign. Typischerweise fällt dann eine riesige Datenmenge an, für deren Aufarbeitung ungeheuere Anstrengungen notwendig werden“ (Übersetzung W.K.).

Idealerweise sollten Outcome- bzw. Verlaufsstudien prospektiv angelegt sein. Sie sollten mehrere Untersuchungsebenen (s.o.) berücksichtigen, Patienten- und Therapeuten-Variablen erfassen sowie die spezifische Technik der Therapiemethode berücksichtigen. Ausgewertet werden sollten Einschätzungen der Patienten und der Therapeuten. Die Beobachtung der Patienten sollte über mehrere Jahre mit mehreren Meßzeitpunkten durchgeführt werden. Die Beteiligungsquote in dieser Zeit soll möglichst zwischen 90% und 100% liegen. Weil dafür multivariate statistische Verfahren unerlässlich sind, muß die Patientenzahl um ein Mehrfaches größer als die Zahl der zu prüfenden Variablen sein ...

Eine solche Optimierung des Studiendesigns läßt sich allerdings im Alltag klinischer und wissenschaftlicher Arbeit nicht leicht verwirklichen. Weniger anspruchsvolle Ansätze sind aber deswegen nicht unbedingt wertlos, denn sie vermögen Hypothesen zu generieren, die im Rahmen einer anspruchsvolleren Replikationsstudie überprüft werden können.

1.3.4 Stand der Forschung

1.3.4.1 Outcome bei Anorexia nervosa

Eine der wichtigsten Zusammenfassungen von Verlaufsstudien zur Anorexia nervosa bis 1992 stammt von W. Herzog et al. (1992) sowie von Deter u. W. Herzog (1995). Aus der Zusammenschau dieser Studien kann man folgendes Fazit ziehen:

1. Der Krankheitsverlauf geht in der Regel über mehrere Jahre und Remissionen sind bei den meisten Patientinnen frühestens nach einem 5 jährigen Beobachtungszeitraum zu erwarten. Strober et al. (1997) gaben anhand ihrer prospektiven Studie (über 10 - 15 Jahre) einen Zeitraum zwischen 57 und 79 Monaten an.
2. Mit steigendem Beobachtungszeitraum (über 10 Jahre) steigt die Zahl guter Verlaufsergebnisse, aber auch die Mortalität.

Solche Studien lieferten wichtige Einsichten zur Dynamik des Krankheitsbildes. Sie sind aber nicht immer miteinander vergleichbar, weil doch recht unterschiedliche diagnostische Kriterien verwendet wurden und – besonders in den Studien vor 1980 – bulimische Patientinnen unter dem Krankheitsbegriff der Anorexia nervosa subsumiert wurden. Verständlicherweise haben diese ersten Untersuchungen besondere Aufmerksamkeit auf die sog. Kernsymptomatik verwendet, womit vor allem Kernvariablen wie Körpergewicht, Menstruationsstatus, Diät- und Purging-Verhalten gemeint sind. Zunehmend haben mittlerweile psychologische Aspekte der Befindlichkeit, des Selbstwertgefühls und der Körperwahrnehmung Beachtung gefunden. Bei der psychiatrischen Komorbidität der Anorexia nervosa stehen Zwangsstörungen und depressive Syndrome ganz im Vordergrund (Steinhausen 1991).

W. Herzog (1993) und Deter u. W. Herzog (1995) haben selber eine der differenziertesten Langzeituntersuchungen zur Anorexia nervosa publiziert. Als Prädiktoren konnten die folgenden, in der Literatur bereits beschriebenen Variablen bestätigt werden: Erkrankungsdauer, familiäre Störung, Laxanzienabusus und

Erbrechen. Zusätzlich fanden die Autoren aber, daß Laborparameter, die in engem Zusammenhang mit dem anorektischen Verhalten und dem Untergewicht stehen, wichtige Verlaufsindikatoren sind. So wurde ein chronisch anorektischer Verlauf am besten durch das erhöhte Serum-Kreatinin prädiziert. Ein letaler Verlauf konnte am besten durch ein erniedrigtes Serum-Albumin ($< 37 \text{ g/l}$) vorausgesagt werden. Die allgemeine Verlaufsanalyse des 12 jährigen Beobachtungszeitraumes – und sie ist in ihrer Tendenz vergleichbar den Ergebnissen der wichtigsten anderen Studien⁹ - ergab bei 53,6% einen guten, bei 25% einen mittelmäßigen Verlauf und bei 10,7% eine Chronifizierung. 10,6% der Patientinnen verstarben im Untersuchungszeitraum. Die differenzierte Zeitanalyse ergab, daß AN-Patientinnen vom bulimischen Typ nur eine geringere Heilungschance innerhalb von sechs Jahren nach der ersten stationären Behandlung als restriktive AN-Patientinnen haben, wohingegen für letztere – wenn ein normales Kreatinin vorliegt - eine frühzeitige Heilungschance nach der stationären Behandlung besteht (W. Herzog et al. 1997).

Eckert et al. (1995) konnten zeigen, daß von ihren 76 stationär behandelten AN-Patientinnen knapp $\frac{1}{4}$ nach 10 Jahren geheilt waren, daß aber auch über 40% eine Bulimia nervosa aufwiesen. Dieser Syndromshift scheint leider eine sehr häufige outcome-Variante zu sein und kann – nach meiner Ansicht – für manche Patientinnen als eine Art „Defektheilung“ der AN verstanden werden. Van der Ham et al. (1994) schlußfolgerten sogar, daß Anorexia nervosa und Bulimia nervosa als unterschiedliche Symptome ein und der selben basalen Eßstörung angesehen werden könnten. Rastam et al. (1995) kamen zu vergleichbaren Befunden und beobachteten zusätzlich die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen, die sich – nach Ansicht der Autoren - erst nach Überwindung der Eßstörung entwickelt haben sollen.

1.3.4.2 Outcome bei Bulimia nervosa

Obwohl die Outcome-Forschung bei der BN erst relativ kurz betrieben wird, zeichnet sich ab, daß der Verlauf insgesamt günstiger als bei der AN angesehen werden kann (D.B. Herzog et al. 1993, Collings u. King 1994, Fichter u. Quadflieg 1997). Allerdings

⁹ Theander (1983), Remschmidt et al. (1988), Ratnasuriya et al. (1991), Eckert et al. (1995), Strober et al. (1997);

wird auch deutlich, daß in den 80er Jahren berichtete Heilungsraten von mehr als 2/3 innerhalb von 12 Monaten unrealistisch sind und wegen der seinerzeit sehr kleinen Stichproben ($N < 20$) ein zu positives Bild gezeichnet haben (z.B. Lacey 1983, Fairburn et al. 1986). So berichten Olmstedt et al. (1996), daß mehr als 40% der von ihnen stationär behandelten 166 Bulimikerinnen nach zwei Jahren geheilt waren; aber sie fanden auch heraus, daß 10% der behandelten Bulimikerinnen nicht auf die Behandlung angesprochen hatten und daß es praktisch keine Variablen gab, die dieses ungünstige outcome hätten voraussagen können.

Fichter et al. (1992) berichten nach 2 jährigem follow-up im Gefolge einer stationären Psychotherapie von 247 Patientinnen, die zu 59% bei der Nachuntersuchung keine klinische Eßstörung (n. DSM III-R) mehr hatten. Wie andere Autoren beschrieben Fichter et al., daß jene Patientinnen eine schlechtere Prognose hatten, die neben ihrer Eßstörung eine relevante psychiatrische Komorbidität aufwiesen.

In einer Katamnesestudie über 6 Jahre zeigten Fichter und Quadflieg (1997), daß bei der Bulimie während der (stationären) Therapie Besserungen des Krankheitsbildes zu erwarten sind, daß es aber danach bei vielen Patientinnen zu einer zwischenzeitlichen Verschlechterung kommen kann. Mit anhaltenden Remissionen ist nach diesen Ergebnissen frühestens nach zwei Jahren zu rechnen. Nach 6 Jahren hatten 21,4 % seiner Patientinnen weiterhin eine Bulimia nervosa, 1,1 % litten unter binge-eating disorder, 3,7 % unter einer Anorexia nervosa, 1,6 % wurden als nicht klassifizierbare Eßstörung eingeschätzt, 2 Patientinnen (1,1 %) waren verstorben und 71,1 % waren ohne klinische Eßstörung.

Keel u. Mitchell (1997) sichteten insgesamt 88 Outcome-Studien über BN (mit insgesamt 2194 Patientinnen). Wenn nur die Studien in Betracht gezogen wurden, bei denen der Beobachtungszeitraum zwischen fünf und zehn Jahren lag, waren ca. 50% der Patientinnen bei der Nachuntersuchung geheilt, 20% unverändert bulimisch, 30% subklinisch eßgestört mit Rückfällen in bulimisches Verhalten. Nach Ablauf von vier Jahren scheint sich die Rückfallneigung deutlich zu vermindern. Insgesamt gab es nur wenige Variablen, die einen schlechten Verlauf zu präzisieren vermochten: es handelte

sich vor allem um Persönlichkeitspathologie wie etwa gesteigerte Impulsivität. Interessanterweise erwähnen die Autoren auch, daß die Teilnahme von BN-Patientinnen an einer outcome-Studie (bis zu einer follow-up-Periode von 5 Jahren) prognostisch günstig ist.

Interessant ist auch die Frage nach dem Spontanverlauf der Krankheit. Paul (1991) hat dazu eine Arbeit publiziert, in der er u.a. versuchte, Veränderungen zwischen behandelten und unbehandelten Bulimikerinnen 3 Jahre nach Diagnosestellung zu vergleichen. Sein eindrucksvoller Überblick über die Symptomatik ergibt klar eine höhere Morbidität der behandelten Gruppe sowohl bei der ersten Befragung als auch bei der Nachuntersuchung. Er kommt aber zu dem Schluß, daß ein Vergleich beider Gruppen nicht zulässig sei, weil beide Gruppen sich bereits in ihren Ausgangsdaten so deutlich voneinander unterscheiden, daß von zwei unterschiedlichen Grundgesamtheiten ausgegangen werden muß.

Dieser Befund macht deutlich, daß besonders im Hinblick auf die BN eine differenzierte Subgruppenbildung notwendig ist, um therapeutische Strategien vernünftig begründen zu können.

2. FRAGESTELLUNGEN

1. Welche anamnestischen Variablen und Parameter des Krankheitsverlaufes (bzw. des Genesungsprozesses) eignen sich a) bei der Anorexia nervosa und b) bei der Bulimia nervosa als Prädiktoren des Therapieerfolges innerhalb der ersten zwei Jahre nach einer stationären Psychotherapie?
2. Wie wichtig sind diese Parameter bzw. wie stark ist ihr Erklärungswert?
3. Lassen sich die gefundenen Ergebnisse an einem anderen Patientinnen-Kollektiv replizieren?

3. MATERIAL UND METHODE

3.1 Design

Die vorliegende Untersuchung besteht aus zwei Teilen. Die erste Studie (Berlin-Oeynhausen-Studie; BOS) wurde *retrospektiv* durchgeführt. Die zweite Studie wurde an jenen Patientinnen durchgeführt, die an einer *prospektiven* multizentrischen Eßstörungsstudie (MZS) teilnahmen. In beiden Studien wurde (nach abgeschlossener stationärer Psychotherapie¹⁰) ein Fragebogen zugesandt – in der ersten (retrospektiven) Studie 2 Jahre nach Therapiebeginn, in der 2. Studie bereits 1 Jahr nach Therapiebeginn. Mit Hilfe der Ergebnisse der ersten Studie (BOS) werden Hypothesen formuliert, die dann mit der zweiten Studie (MZS) überprüft wurden.

¹⁰ Eine genaue Darstellung der stationären psychodynamischen Therapie von Eßstörungen findet sich bei Senf et al. (1996).

3.1.1 Berlin-Oeynhausen-Studie (BOS)

Die BOS ist eine retrospektive Befragung von Patientinnen, die sich zuvor einer stationären Psychotherapie unterzogen hatten. Die Patientinnen befanden sich im Zeitraum von 1986 bis 1989 in stationärer Behandlung der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Benjamin Franklin der FU Berlin (N=39) oder im Zentrum für gestörtes Eßverhalten „Klinik am Korso“ in Bad Oeynhausen (N=670).

Die *Therapie* bestand in beiden Kliniken aus psychodynamischer Einzeltherapie, psychoanalytisch fundierter bzw. interaktioneller Gruppentherapie, Gestaltungstherapie (in der Gruppe), Konzentrativer Bewegungstherapie (in der Gruppe), Familiengesprächen (wenn möglich), Ernährungsberatung und bei Bedarf internistischer Behandlung.

Die *Diagnose* wurde gemäß den unter 1.2 dargestellten Kriterien des DSM III-R gestellt und ebenso wie Körpergröße und Körpergewicht (bei Aufnahme und Entlassung) im Fragebogen vor Aussendung vom jeweiligen Behandlungszentrum eingetragen. Die Feststellung der Diagnose erfolgte vor der stationären Aufnahme im Rahmen der ambulant durchgeführten biografischen, tiefenpsychologisch erweiterten Anamnese. Patientinnen vor Vollendung des 18. Lebensjahres wurden nur ausnahmsweise aufgenommen (3 AN und 3 BN).

Der *Fragebogen zur Nachuntersuchung* (Jacoby u. Köpp 1990, s. Anhang) beinhaltet insgesamt 55 Fragen, die überwiegend durch Ankreuzen beantwortet werden können. 10 Fragen konnten zusätzlich durch einen Fließtext beantwortet werden, der allerdings in dieser Studie allenfalls für die Plausibilitätskontrolle berücksichtigt wurde, wenn die Patientinnen von dieser Möglichkeit Gebrauch machten.

3.1.2 Die Multizentrische Eßstörungsstudie (MZS)¹¹

Bei dieser Studie handelt es sich um eine prospektive, katamnestiche, multizentrische Prognose- bzw. Phase-IV-Studie zur Evaluation von psychodynamischer stationärer Behandlung. Das Projekt wurde durch das Bundesministerium für Forschung und Technologie unterstützt (Kennziffer PSF 53). Die Patientinnen und Patienten begannen zwischen Oktober 1993 und Oktober 1995 eine stationäre Psychotherapie in einer der insgesamt 45 teilnehmenden Kliniken in Deutschland. Die Patientenzahlen, die von den einzelnen Kliniken in die Studie eingebracht wurden, waren sehr unterschiedlich (s. a. Tab. I im Anhang).

Die *Therapie* war in allen 45 Kliniken psychodynamisch bzw. tiefenpsychologisch orientiert, in den Setting-Komponenten jedoch verschieden. Detaillierte Settingbeschreibungen der 45 teilnehmenden Kliniken finden sich bei W. Herzog et al. (1996).

Die *Diagnose* wurde vor Einschluß in die Studie gemäß den unter 1.2 dargestellten Kriterien des DSM-III-R gestellt. Einschlußkriterium war zusätzlich die Vollendung des 18. Lebensjahres spätestens während der laufenden stationären Therapie.

Die *Datenerhebung* erfolgte zu vier Meßzeitpunkten: Therapiebeginn (T1), Therapieende (T2), Zwischenkatamnese (T3) ein Jahr nach Therapiebeginn und Hauptkatamnese (T4) 2 ½ Jahre nach Therapiebeginn. Nur die Zwischenkatamnese erfolgte schriftlich, die übrigen Untersuchungen als life-Interview. Die Einschätzung zu den Meßzeitpunkten erfolgte Patienten- und therapeutenseitig.

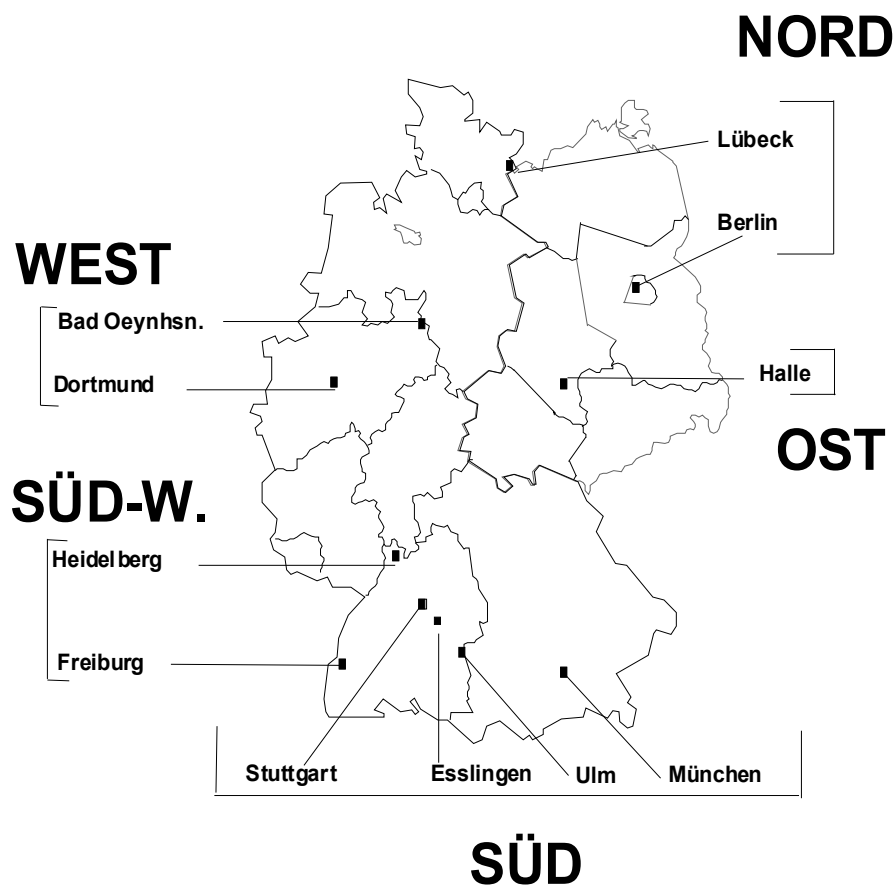
Im Verlauf der gesamten Studie wurden die teilnehmenden Kliniken von sog. Moderatoren betreut, die besonders geschult waren und die bei Schwierigkeiten den Kliniken vor Ort Hilfestellung leisten konnten (s. a. Abbildung 2). Die Moderatoren veranlaßten auch die schriftliche Zwischenkatamnese (T3) und führten - nach mehreren Training-workshops - die Katamnesegespräche (T4) selbständig durch. In Analogie zur

¹¹ zur ausführlichen Darstellung der Studie s. a. Kächele (1991), Kächele et al. 1992, Köpp & MZS (1997), Jäger, Köpp & MZS(1998);

BOS (s. 3.1.1) wurde die schriftliche Befragung bei der Zwischenkatamnese (T3) herangezogen und auf die Ergebnisse der Katamnese (T4) verzichtet. Letztere wird erst Ende 1998 abgeschlossen sein.

Abbildung 2 zeigt die regionale Aufteilung der Studienorganisation. In jeder genannten Stadt war ein Moderator oder eine Moderatorin tätig. Sie mußten entweder über ein abgeschlossenes Psychologie- oder Medizinstudium verfügen und hatten die Möglichkeit, eigenständig wissenschaftliche Teilprojekte im Rahmen der Studie durchzuführen.

Abb. 2: MZS-Regionen mit Moderatoren



Die Zusammenstellung der verschiedenen psychometrischen Instrumente bzw. Fragebögen in der MZS (s. Tabelle 3) wurde auf zahlreichen Planungsforen der MZS von Vertretern der teilnehmenden Kliniken erarbeitet. Diese Zusammenkünfte begannen vier Jahre vor dem offiziellen Start des Projektes und fanden 3 bis 4 mal pro Jahr statt. In einer Pilotstudie bis Mitte 1993 wurde der Einsatz dieser Instrumente dann erprobt und punktuell auch verändert.

Tab. 3: Fragebögen, die in der MZS verwendet wurden. T1: Behandlungsanfang; T2: Behandlungsende; T3: Nachuntersuchung.

	Autoren	Meßzeitpunkt
Fragen zur Person (Pers)	Hettinger et al. 1991	T1, T2, T3,
Symptom-Fragen (FSE)	Hettinger, Jäger 1991	T1, T2, T3,
EDI-Münster	Meermann et al. 1987	T1, T2
EAT-26-Münster	Vandereycken, Meermann 1984 (nur Skala ‚oral control‘)	T1, T2, T3
ANIS	Fichter u. Keeser 1980 (nur Skala ‚Anankasmus‘)	T1, T2
FPI-R	Fahrenberg et al. 1989	T1, T2
Narzißmusinventar	Deneke et al. 1989 (außer Skalen: „Archaischer Rückzug“, „Sehnsucht n. idealem Selbstobjekt“, „Gier n. Lob u. Bestätigung“, „Autarkie-Ideal“, „Werte-Ideal“)	T1, T2
SCL-90R	Derogatis 1977	T1, T2
Fam.-Klima-Skalen (FKS)	Schneewind 1986	T1, T2
SYMLOG	Bales, Cohen 1982	T1, T2

3.2 Definition des Behandlungserfolges

Erfahrungsgemäß ist auch nach einer mehrwöchigen stationären Psychotherapie nicht mit einer Heilung eßgestörter Patientinnen zu rechnen (s.a. Kap. 1.3). Selbst dann, wenn eine Symptomreduktion erreicht wird, persistieren Teile des gestörten Eßverhaltens oder bestimmte Aspekte der Befindlichkeit im Zusammenhang mit dem Essen häufig über Jahre hinweg. Deswegen wird den eßgestörten Patientinnen in der Regel nach

Abschluß einer stationären Psychotherapie eine weiterführende ambulante Behandlung empfohlen.

Vom „Behandlungserfolg“ einer stationären Psychotherapie darf also nicht die „Heilung“ des Krankheitsbildes erwartet werden, sondern lediglich eine *klinisch relevante Symptomverminderung*, die ein wichtiger Zwischenschritt auf dem meist langwierigen Weg des Genesungsprozesses ist. Die Symptomverminderung ist in der Regel die Voraussetzung für die Therapiefähigkeit unter ambulanten Bedingungen.

In der ersten Studie (BOS) erfolgte die Operationalisierung des Behandlungserfolges mittels der globalen Selbsteinschätzung der Patientinnen: Wenn die Patientinnen auf die Frage nach der aktuell vorliegenden Eßstörung schriftlich mitteilten, daß aktuell keine Eßstörung vorliegt, wurde von einem klinisch relevanten Behandlungserfolg ausgegangen (s. a. Frage 7 im Katamnesefragebogen von Jacoby u. Köpp im Anhang).

In der zweiten Studie (MZS) wurde der Behandlungserfolg mit Hilfe von fünf Variablen operationalisiert, die alle gleichzeitig erfüllt sein mußten: Wenn bei der Nachuntersuchung a) der BMI über 17,5 kg/m² lag und b) Erbrechen, c) diätetische Maßnahmen, d) Laxanzien- und Diuretika-einnahme e) Eßanfälle weniger als 1x/Woche praktiziert wurden, wurde davon ausgegangen, daß das klinische Vollbild einer Eßstörung nicht mehr bestand und somit ein Therapieerfolg vorlag. Während bei den anderen Variablen missings prinzipiell „0“ gesetzt wurden, um die Bedingung einer Variable als „nicht vorhanden“ zu kennzeichnen, wurde im Falle des Therapieerfolges anders verfahren: Ausnahmslos kamen hier die missings (7AN, 12 BN) durch die fehlende Mitteilung des Körpergewichtes zustande. Da von mehreren Patientinnen erfahrbar war, daß sie sich nicht mehr wiegen, d. h. nicht mehr auf ihr Gewicht achten, wurden in diesem Fall die missings belassen, da die Gewichtssituation nicht einschätzbar war, definitionsgemäß aber ein Erfolgskriterium darstellt.

3.3 Patientinnen-Kollektive und Teilnahme an der Untersuchung

3.3.1 Patientinnen der BOS und ihre Partizipation an der Katamnese

In den beiden Kliniken (Universitätsklinikum Benjamin Franklin der FU Berlin, Klinik am Korso Bad Oeynhausen, s. a. Abschnitt 3.1.1) wurden von Oktober 1986 bis September 1989 insgesamt 887 Patientinnen und Patienten (100 %) erfaßt, die an einer Anorexie- oder Bulimie-verdächtigen Eßstörung litten bzw. an einer hyperphagiebedingten Adipositas. Bei 291 (32,8 %) lag eine AN, bei 436 (49,2 %) eine BN vor; bei 160 (18,0 %) bestand eine hyperphage Eßstörung mit Adipositas. Insgesamt 27 (3,0 %) waren Männer.

Tab. 4: Gründe für Teilnahme bzw. Nichtteilnahme an der Nachuntersuchung der retrospektiven Berlin-Oeynhausen-Studie (Unterschied im Chi-Quadrat-Test nicht signifikant).

Diagnose insgesamt		keine Antwort	unbekannt verzogen	Antwort	verstorben
AN 39,9%	100	21 35,3%	159 7,4%	3 56,2%	283 1,1%
BN	132 31,0%	45 10,6%	248 58,2%	1 0,2%	426 60,1%
insgesamt	232 32,7%	66 9,3%	407 57,4%	4 0,6%	709 100,0%

Nach Ausschluß der Männer sowie der Hyperphagie-Patientinnen mit Adipositas, bekamen 709 Patientinnen (100%) mit Anorexia nervosa (AN, N=283 entsprechend 39,9%) oder Bulimia nervosa (BN, N=426 entsprechend 60,1%) den o.g. Fragebogen (Jacoby u. Köpp 1990, s. Anhang) zugesandt. Wie aus Tabelle 4 hervorgeht, schickten 407 Patientinnen (57,4%) den Fragebogen ausgefüllt zurück. Im Hinblick auf Diagnoseverteilung und Altersstruktur unterschieden sich diese Patientinnen nur unwesentlich (und statistisch nicht signifikant) von jenen, von denen kein Katamnesefragebogen ausgewertet werden konnte. Höger und Bøddecker (1990) haben -Testunterlagen (Gießen-

test und Freiburger Persönlichkeitsinventar) vom Behandlungsbeginn und vom Behandlungsende sämtlicher BOS-Patientinnen ausgewertet: Sie fanden keine wesentlichen Unterschiede zwischen denjenigen, die an der Studie teilnahmen und jenen, die nicht teilnahmen.

Sämtliche folgende Berechnungen im Rahmen der Berlin-Oeynhaus-Studie wurden an diesen 407 Patientinnen durchgeführt¹². Von diesen 407 Patientinnen litten 159 (39,1 %) an AN, 248 (60,1 %) an BN. 59 AN-Patientinnen (37,1%) litten an der restriktiven, 100 (62,9 %) an der bulimischen Form der Anorexie (s.a. diagnostische Kriterien im Kapitel 1.2). Für keine der im folgenden angeführten Variablen ergab sich ein statistisch signifikanter Unterschied zwischen den Patientinnen, die den Fragebogen ausgefüllt zurücksandten, und denjenigen, die das nicht taten.

Das *Durchschnittsalter* (\pm Standardabweichung) betrug bei der AN 25,4 (\pm 5,9) Jahre, bei der BN 25,1 (\pm 5,1) Jahre. Die durchschnittliche *Krankheitsdauer* lag für die AN bei 7,1 (\pm 5,9) Jahren, für die BN bei 7,0 (\pm 4,9) Jahren. Das durchschnittliche *Alter bei Krankheitsbeginn* wurde für die AN mit 18,2 (\pm 4,7) Jahren berechnet, für die BN mit 18,0 (\pm 5,0) Jahren.

Der durchschnittliche *Body Mass Index* (BMI)¹³ bei Aufnahme errechnete sich für die AN mit 15,4 (\pm 2,0) kg/m², für die BN mit 21,1 (\pm 3,3) kg/m².

Weder der zeitliche *Abstand zwischen Therapiebeginn und Nachuntersuchung* - im Mittel 2,2 Jahre (\pm 0,5) - noch die *stationäre Behandlungszeit* - im Mittel 90,4 Tage (\pm 30,2) - unterschieden sich signifikant in beiden Diagnosegruppen (t-Test).

Innerhalb der AN-Diagnosegruppe gab es keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Durchschnittsalter, Krankheitsdauer, Alter bei Krankheitsbeginn, BMI, Katamnesezeitraum und stationärer Behandlungszeit im t-Test. Dasselbe gilt für den Vergleich zwi

¹² Darunter waren 14 Frauen (6AN, 8 BN) deren Behandlung vor Ablauf von 14 Tagen abgebrochen wurde.

¹³ Quotient aus Körpergewicht (kg) und dem Quadrat der Körpergröße (m²)

schen AN- und BN-Patientinnen mit Ausnahme des BMI, bei dem die AN-Patientinnen erwartungsgemäß signifikant niedriger lagen (deskriptives $p=0,000$).

3.3.2 Patientinnen der MZS und ihre Partizipation an der Katamnese

Von den 45 teilnehmenden Kliniken wurden von Oktober 1995 bis September 1997 insgesamt 1247 dokumentierte Behandlungsverläufe – darunter die von 34 Männern (2,7 %) - an die Studienzentrale in Stuttgart weitergegeben. Die dort durchgeführte Überprüfung der Feinkategorien ergab, daß 1183 Behandlungsverläufe verwertbar waren.

Wie bereits in der ersten Untersuchung (BOS) wurden auch in dieser Studie die männlichen Patienten der MZS nicht berücksichtigt. So verblieben 1152 Patientinnen (100 %), 519 AN (45,1%) und 633 BN (54,9 %). Diese wurden ein Jahr nach dem Beginn ihrer stationären Psychotherapie angeschrieben und gebeten, den beigefügten Fragebogen („ZWIKAT“) in einem beigefügten frankierten Umschlag ausgefüllt zurückzusenden.

Den Fragebogen zur Zwischenkatamnese schickten 825 Patientinnen (71,6 %) zurück. Wie auch in der BOS unterschieden sich diese Patientinnen im Hinblick auf Diagnoseverteilung und Altersstruktur nur unwesentlich (und statistisch nicht signifikant) von jenen, von denen kein Katamnesefragebogen ausgewertet werden konnte. Vergleicht man die Mittelwerte der eingesetzten Depressionsskala des SCL-90-R zwischen denjenigen Patientinnen, die an der Nachuntersuchung teilnahmen und denjenigen, die nicht teilnahmen, so findet sich kein signifikanter Unterschied zwischen beiden Gruppen (weder bei Behandlungsbeginn, noch bei Behandlungsende).

Sämtliche folgenden Berechnungen zur Replikation der BOS-Ergebnisse wurden an diesen 825 Patientinnen durchgeführt. Von ihnen litten 376 (45,6 %) an einer AN, 449 (54,4 %) an einer BN. Unter den AN-Patientinnen hatten 130 Frauen – (ähnlich wie in der BOS) mehr als ein Drittel – eine bulimische AN. Die Basisdaten jener MZS-Patientinnen, die zur Überprüfung der Ergebnisse der BOS-Studie zur Verfügung

standen, sind in Tabelle 5 aufgelistet. Von zwei AN-Patientinnen und einer BN-Patientin konnten das Alter bei Krankheitsbeginn und damit auch die Krankheitsdauer nicht eruiert werden. Insgesamt sind Alter, Krankheitsdauer und Alter bei Krankheitsbeginn im Durchschnitt ähnlich wie im ersten Patientinnenkollektiv (BOS-Studie); lediglich der mittlere BMI ist bei den BN-Patientinnen dieses (zweiten) Patientinnenkollektivs um fast 2 kg/m² höher als in der BOS.

Tab. 5: Charakterisierung des Patientinnen-Kollektivs der MZS

Diagnose		Alter/J.	Krankheits-dauer/J.	Kh.beginn (Alter/J.)	BMI (kg/m ²)
AN	MW	25,1	6,8	18,2	15,9
	N	376	374	374	376
	SD	5,8	6,1	5,2	2,4
BN	MW	25,9	8,2	17,7	23,0
	N	449	448	448	449
	SD	6,1	6,1	5,0	5,9

Abkürzungen: MW Mittelwert; SD Standardabweichung;

Der mittlere Zeitabstand zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchung lag für beide Diagnosegruppen gleichermaßen bei genau 1,0 Jahren ($\pm 0,2$) und war damit halb so lange wie der Katamnesezeitraum des ersten Patientinnenkollektivs der BOS. Die mittlere Behandlungszeit lag – ähnlich wie beim ersten Patientinnenkollektiv der BOS – bei 86,0 Tagen ($\pm 51,7$).

Wie bereits in der BOS gab es auch in der MZS innerhalb der AN-Diagnosegruppe keine signifikanten Unterschiede hinsichtlich Durchschnittsalter, Krankheitsdauer, Alter bei Krankheitsbeginn, BMI, Katamnesezeitraum und stationärer Behandlungszeit im t-Test. Dasselbe gilt für den Vergleich zwischen AN- und BN-Patientinnen mit Ausnahme des BMI, bei dem die AN-Patientinnen erwartungsgemäß signifikant niedriger lagen (deskriptives $p=0,000$).

3.4 Statistische Methoden

Die Möglichkeit, das Eintreffen eines Ereignisses mit einer gewissen Wahrscheinlichkeit vorauszusagen, ist in der Wissenschaft ebenso wie im Alltagsleben sehr nützlich. Statistisch können zu diesem Zweck regressionsanalytische Modelle genutzt werden. Sie beschreiben Zusammenhänge zwischen Variablen, die über korrelative Aussagen hinausgehen können.

Mit der multiplen Regressionsanalyse kann es gelingen, aus einer Gruppe von potentiellen Prädiktorvariablen eine Subgruppe von (unabhängigen) Variablen herauszufinden, die eine möglichst weitgehende Varianzaufklärung der (abhängigen) Zielvariable gestattet. Vorzugsweise werden potentielle Prädiktorvariablen schrittweise in das Modell eingeführt (Cohen u. Cohen 1983). Das ist nur dann möglich, wenn diese Variablen zum schon vorhandenen Modell einen signifikanten Informationszuwachs liefern können.

Die lineare Standardregression setzt eine Intervallskalierung der abhängigen Variable voraus. Die logistische Regression ist aber in dieser Hinsicht anspruchsloser: bei unterschiedlichem Skalenniveau der unabhängigen Variablen muß die (abhängige) Zielvariable dichotom sein (vgl. Hosmer u. Lemeshow 1989 sowie Norusis 1993). Backhaus et al. (1990) weisen aber darauf hin, daß statistisch signifikante Zusammenhänge bei diesem Verfahren vom Untersucher nur dann akzeptiert werden sollten, wenn sie auch sachlogisch plausibel sind. Andererseits darf bei fehlender statistischer Signifikanz eines Zusammenhangs zwischen einer unabhängigen und der Zielvariable nicht gefolgert werden, daß kein Zusammenhang besteht. Sie könnte nämlich von anderen (ausgewählten) Variablen „maskiert“ worden sein und so nicht in das Modell eingehen. Werden allerdings unter den gemachten Voraussetzungen Variablen als erklärend für die abhängige Variable in einem regressionanalytischen Modell ausgewählt, so ist es auch möglich, die Stärke dieser Aussage quantitativ auszudrücken.

Da es in dieser Studie um den Versuch ging, den Behandlungserfolg zu erklären, wurde die logistische Regression als statistisches Verfahren mit Hilfe der Software „SPSS for

Windows 6.1“ eingesetzt. Zur Einbringung der Variablen in das Modell wurde nur in der ersten Studie (BOS) die schrittweise vorgehende Methode („FORWARD LR“) gewählt. Die Güte der Anpassung des Modells wird hierbei mit der Likelihood-Funktion beurteilt. Sie wird als negativer doppelter Wert des Logarithmus benutzt (sog. Deviance). Die Abnahme der Deviance gegenüber dem Ausgangswert ist Ausdruck der Modellverbesserung durch die Einführung der jeweiligen Variable in das Modell. Die Signifikanz der Deviance-Abnahme ergibt sich aus dem Vergleich des Modells vor und nach Einführung der neuen Variable. Nacheinander werden so die Variablen mit dem höchsten Likelihood-Quotienten in die Gleichung aufgenommen.

In der zweiten Studie (MZS) wurden ausschließlich jene Variablen mit Hilfe der logistische Regression überprüft, die in der ersten Studie (BOS) als erfolgserklärend ausgewählt wurden. Zu diesem Zwecke wurde dann jedoch die Methode „Enter“ gewählt, bei der alle angebotenen Covariaten in einem einzigen Schritt in das Modell „gezwungen“ werden. Dies schien deswegen sinnvoll, weil es dadurch möglich wird, die Exponenten von Beta¹⁴ aus der ersten Studie (BOS) mit dem Konfidenzbereich der zweiten Studie (MZS) zu vergleichen.

Insofern im Rahmen beschreibender Statistik Gruppenhäufigkeiten berechnet wurden, kam der Chi-Quadrat-Test bzw. - bei geringer Besetzung der Zellen - der exakte Fisher-Test zur Anwendung. Für die deskriptive Untersuchung von Mittelwerten wurde der t-Test eingesetzt, wobei unterschiedliche Varianzen unterstellt werden.

Neben den o.g. Untersuchungsgängen, die der Untersuchung der Hauptfragestellung galten, sollten die Patientinnen der Validisierungsstudie (s. u.) mit und ohne Therapieerfolg zusätzlich im Hinblick auf Depressivität und Aspekte der Selbstpathologie beschrieben werden (Beschreibung der psychometrischen Instrumente s. a. Abschnitt 3.5.2.3). Auch hier wurde zum Vergleich der Skalenmittelwerte der t-Test eingesetzt, wobei unterschiedliche Varianzen unterstellt wurden.

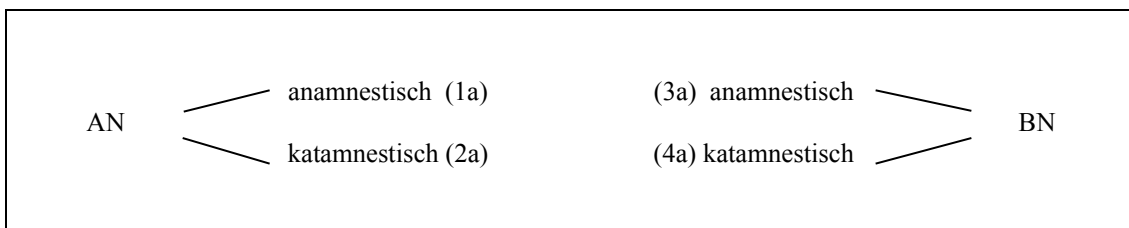
¹⁴ Der Begriff Beta-Koeffizient wird im weiteren Text als Synonym für Regressionskoeffizient verwendet.

Daneben sollte untersucht werden, ob die Bedingung jener Variablen, die sich später als erklärend für den Therapieerfolg herausstellten, bereits zum Ende der stationären Therapie erfüllt waren. Die Ergebnisse wurden als Mehrfeldertest dargestellt und dazu der Spearman-Korrelationskoeffizient angegeben.

3.5 Konfigurierung der regressionsanalytischen Modelle

3.5.1 Konfigurierung der regressionsanalytischen Modelle in der BOS

Abb. 3: Die vier Variablen-Modelle für die logistische Regression für Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) in der Berlin-Oeynhausen-Studie.



Insgesamt wurden für die BOS vier verschiedene Modelle berechnet (s.a. Abb. 3). Die Auswahl der für die Berechnung verwendeten Variablen orientierte sich am Diskussionstand in der Fachliteratur. Entsprechend Fußnote 7 wurde das purging bei der AN – abweichend vom DSM III-R, aber in Übereinstimmung mit dem ICD10 (WHO 1992) und dem DSM IV (APA 1994) - als eigene Variable aufgeführt statt eine dritte Doppeldiagnosegruppe neben der AN und BN zu schaffen.

Die in die Modellberechnungen eingeführten Variablen wurden nach Variablengruppen geordnet, die in Abbildung 4 grafisch dargestellt sind. Auch in der Auflistung aller verwendeten Variablen in den Tabellen 6 und 7 wurden diese Variablengruppen berücksichtigt. In den Tabellen II und III im Anhang sind zusätzlich die Abkürzungen der Variablen aufgelistet, die dann auch einige in den Ergebnisausdrücken der Berechnungsprozeduren auftauchen (s.a. output 1a bis 4a im Anhang).

Bei der Zusammenstellung der Variablen, die in die Rechengänge zur Konfiguration der den Behandlungserfolg erklärenden Modelle eingebracht wurden, fällt in der Abbildung 4 die unterschiedliche Variablenzahl zwischen anamnestischen und katamnestischen Variablen hinsichtlich der sozialen Situation und der Symptomatik auf. Die Ursachen für diese Unterschiede in den einzelnen Variablen-Subgruppen (vgl. Abb. 3) sollen im folgenden kurz dargestellt werden (in Klammern die Abkürzungen für die Variablengruppen in Abbildung 4):

1. Berufliches (SOAR): Für die Katamnese wurde zusätzlich überprüft, ob unmittelbar nach der stationären Behandlung ein Arbeitsplatz zur Verfügung stand, weil die allgemeine Frage nach „Berufstätigkeit im letzten ½ Jahr“ diesen Aspekt nicht abdeckte.
2. Familie / Partnerschaft (SOF): Für die Katamnese wurde zusätzlich überprüft, ob es nach der stationären Behandlung zum Beginn einer neuen Partnerschaft gekommen ist, wofür es bei den anamnestischen Variablen kein Äquivalent gab.
3. Symptomatik allgemein / unspezifisch (SYA): Die Eruiierung eines möglichen sexuellen Mißbrauchs in der Kindheit wurde dieser Subgruppe aus Gründen, die an anderer Stelle erläutert wurden (s. a. Köpp u. Jacoby 1996, sowie Köpp 1998), zugeschlagen ebenso wie die Chronizität des Krankheitsverlaufs. Dadurch sind anamnestisch zwei Variablen mehr in dieser Subgruppe.
4. Essens- und gewichtsbezogene Symptomvariablen (SYEG): Zum einen wurden für die Berechnungen der katamnestischen Modelle Veränderungen des BMI zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende, Behandlungsende und Nachuntersuchung und zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchung einbezogen. Zum anderen wurden die Variablen „Weniger Angst vor dem Essen“ und „Weniger Denken ans Essen“ als reine Veränderungsvariablen katamnestisch berücksichtigt, ohne daß hierfür ein Äquivalent bei den anamnestischen Variablen existiert.
5. Körperbezogene Symptomvariablen (SYK): Der Unterschied kommt ausschließlich durch die Veränderungsvariablen in Bezug auf die einzelnen Körperregionen zustande, die für die Zeit vor der 2 Jahre zurückliegenden Behandlung nicht berücksichtigt wurden. Bei der Erstellung des Fragebogens wurde davon

ausgegangen, daß es den Befragten leichter fällt, einen Unterschied zur Zeit vor der stationären Behandlung zu markieren als ein abstraktes, halb metrisches Maß für die positive bzw. negative Einstellung zu den verschiedenen Körperteilen für zwei Zeitpunkte anzugeben, von denen der erste 2 Jahre zurückliegt.

Für die Modellberechnungen wurden die Patientinnen-Antworten aus dem BOS-Fragebogen (Jacoby u. Köpp 1990, s. Anhang) - mit Ausnahme der Religionszugehörigkeit und des Familienstandes - in dichotomisierte Variablen verwandelt. Die Dichotomisierung der Antworten stellt eine Modellvereinfachung dar, weil dann die gefundenen Regressionskoeffizienten (Exponenten von Beta) als „odds ratio“ angeben, um wieviel wahrscheinlicher der Behandlungserfolg eintritt, wenn die (unabhängige) Variable als Einflußgröße vorhanden ist. Nimmt dieser Koeffizient (odds ratio) für eine Variable den Wert 1 an, so hat diese Variable im Regressionsmodell keinen Erklärungswert.

Für fehlende Werte in den dichotomisierten Covariaten wurde nach Plausibilitätsprüfung „0“ (als „nicht vorhanden“) eingesetzt, weil die positive Bestätigung für eine Bejahung des erfragten Sachverhalts fehlte.

Bei der Dichotomisierung von Antworten (z.B. Frage 43), bei denen eine mehrteilige (ordinalskalierte) Abstufung der Befindlichkeitsqualität existierte, wurde die Differenz (vorher / nachher) als Verbesserungsmaß (Verbesserung: ja / nein) gebildet. Dabei wurde auch eine unverändert positive Befindlichkeit als Verbesserung bzw. gleichbleibend gute, eine unverändert negative Befindlichkeit als Nicht-Verbesserung gewertet. Persistierende mittelmäßige Befindlichkeit wurde als Nicht-Verbesserung kodiert.

Bei einigen Fragen (z.B. Frage 38) wurde lediglich die Möglichkeit angeboten, die eventuell Verbesserung von Befindlichkeit im Vergleich zur Zeit vor der stationären Therapie als „viel besser“ (1), „etwas besser“ (2), „unverändert“ (3), „etwas schlechter“ (4), „viel schlechter“ (5) anzukreuzen. Hierbei wurden die Antworten so dichotomisiert, daß (1) oder (2) als Verbesserung, die restlichen Möglichkeiten als Nicht-Verbesserung bzw. Verschlechterung kodiert wurden.

Die Berechnungen für beide Diagnosegruppen wurden getrennt durchgeführt. Die in den Rechengang eingeführten anamnestischen Variablen für AN und BN waren praktisch identisch: Lediglich bei den essens- und gewichtsbezogenen Variablen trat für die BN anstelle der Unterscheidung „restriktive AN / bulimische AN“ die Unterscheidung „anamnestisch Untergewicht ja / nein“. Ähnliches gilt für das katamnestiche Modell in beiden Diagnosegruppen: Bei sonst identischen Variablen fiel hier für die BN die Unterscheidung „restriktive AN / bulimische AN“ ersatzlos weg. Zusätzlich wurden jene Variablen aus dem anamnestischen Modell in den Rechengang für das katamnestiche Modell eingebracht, die sich zuvor als erklärend für den Behandlungserfolg erwiesen hatten.

Abb. 4a: Diagramm der 31 anamnestischen Variablen nach Variablengruppen. Die Abkürzungen in Klammern sind identisch mit den Abkürzungen der Variablengruppen in Tab. 3a und 3b und beziehen sich darauf.

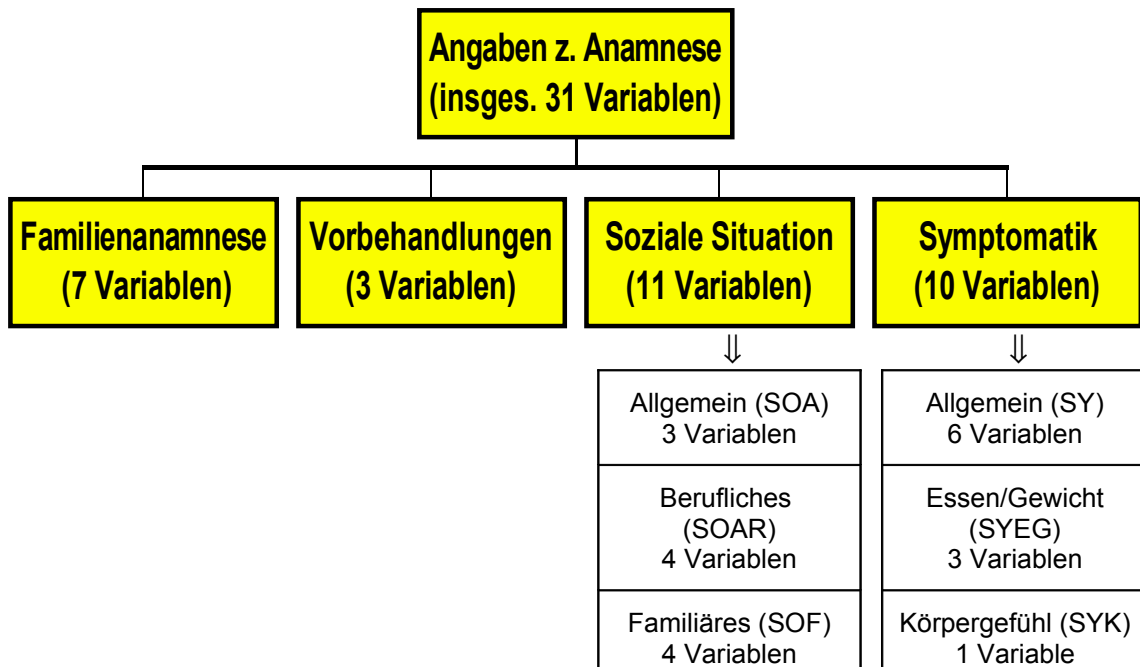
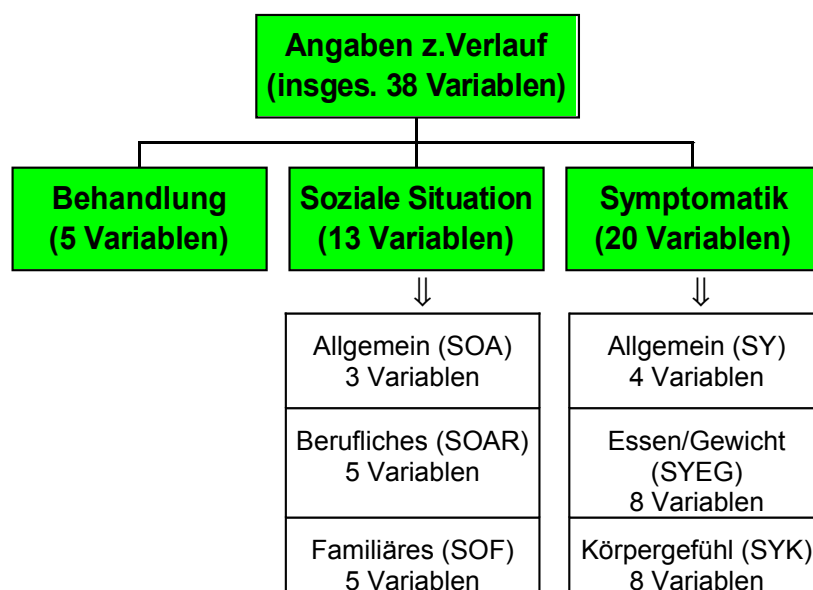


Abb. 4b: Diagramm der 38 katamnesticen Variablen nach Variablengruppen. Die Abkürzungen in Klammern sind identisch mit den Abkürzungen der Variablengruppen in Tab. 3a und 3b und beziehen sich darauf.



Tab. 6: Variablen, die in den Rechengang für das anamnestische Modell der BOS eingebracht wurden (die in der Spalte „Variablen-Gruppe“ dem Buchstaben folgende Zahl bezeichnet die fortlaufende Nr. der zugehörigen Variable); F: Familienanamnestische Variable, B: anamnestische Behandlungsvariable, SOA: soziale Variable (allgemein), SOF: soziale Variable (Familie/Partnerschaft), SOAR: soziale Variable (arbeitsbezogen), SYA: Symptomvariable (allgemein), SYEG: Symptomvariable (essens- od. gewichtsbezogen), SYK: Symptomvariable (körperbezogen). Die Nummern in der Spalte „Frage“ beziehen sich auf den Fragebogen im Anhang.

Variablen-Gruppe	Frage	Variablenbezeichnung (Anamnese)
F1.	18, 19	anamnestisch keine Adipositas in der Familie
F2.	18, 19	anamnest. kein familiärer Mißbrauch v. Alkohol / Medikamenten
F3.	16	aufgewachsen bei Vater und Mutter
F4.	18, 19	anamnestisch keine Depression in der Familie
F5.	18, 19	anamnestisch keine AN / BU in der Familie
F6.	17	keine Geschwister
F7.	18, 19	anamnestisch keine körperlichen Krankheiten in der Familie.
B1.	02, 03	bei Behandlungsbeginn nicht älter als 25 Jahre
B2.	42	Psychotherapie vor der stationären Behandlung
B3.	42	Selbsthilfegruppe vor der stationären Behandlung
SOA1.	43	gutes Kontaktverhalten vor der stationären Behandlung
SOA2.	12	Wohnform vor der stationären Behandlung: nicht allein
SOA3.	54	Religion (0 keine, 1 katholisch, 2 evangelisch, 3 andere)
SOAR1.	09	Berufstätigkeit im ½ Jahr vor der stationären Behandlung
SOAR2.	43	Erfolg in Ausbildung / Beruf im ½ Jahr vor der stationären Behandlung
SOAR3.	13	Unterhalt im ½ Jahr vor der stat. Behandlung: selbst verdient
SOAR4.	43	zufrieden in Ausbildung / Beruf im ½ Jahr vor der stat. Behandlung
SOF1.	14	Familienstand vor der stat. Behandlung (ledig, verheiratet, getrennt)
SOF2.	14, 43	gutes Verhältnis z. Partner im ½ Jahr vor der stat. Behandlung
SOF3.	43	gute sex. Beziehung im ½ Jahr vor der stat. Behandlung
SOF4.	43	gutes Verhältnis zu den Eltern im ½ Jahr vor der stat. Behandlung
SYA1.	03, 06	Erkrankung nicht chronisch (nicht mehr als 5 Jahre)
SYA2.	06	Krankheitsbeginn nicht nach dem 18. Lebensjahr
SYA3.	43	gutes Selbstwertgefühl im ½ Jahr vor der stat. Behandlung
SYA4.	05	Krankschreibung unter 4 Wochen im ½ Jahr vor der stat. Bhdl.
SYA5.	41	kein sexueller Mißbrauch vor der Erkrankung
SYA6.	36	kein Selbstmordversuch vor der stat. Behandlung
SYEG1.	39	Menarche nicht nach dem 15. Lebensjahr
SYEG2a	07, 33	Anorexieform: Restrictor / Purger (<i>nur bei Anorexie</i>)
SYEG2b	08	anamnestisch kein Untergewicht (<i>nur bei Bulimie</i>)
SYEG3.	33	Purging vorh.: Laxanzien / Appetitzügler / Diuretika
SYK1.	43	gutes Körpergefühl im ½ Jahr vor der stat. Behandlung

Tab. 7: Variablen, die in den Rechengang für das katamnestiche Modell der BOS eingebracht wurden (die in der Spalte „Variablen-Gruppe“ dem Buchstaben folgende Zahl bezeichnet die fortlaufende Nr. der zugehörigen Variable); B: katamnestiche Behandlungs-Variable, SOA: soziale Variable(allgemein), SOF: soziale Variable (Familie/Partnerschaft), SOAR: soziale Variable (Arbeits-bezogen), SYA: Symptomvariable (allgemein), SYEG: Symptomvariable (essens- od. gewichtsbezogen), SYK: Symptomvariable (körperbezogen). Die Nummern in der Spalte „Frage“ beziehen sich auf den Fragebogen im Anhang.

Variablen-Gruppe	Frage	Variablenbezeichnung (Katamnese)
B1.	55	Behandlungszentrum (1 Berlin, 2 Bad Oeynhausen)
B2.	42	keine Psychotherapie nach der stationären Behandlung
B3.	42	keine Selbsthilfegruppe nach der stationären Behandlung
B4.	18, 19	Einbeziehung von Angehörigen in die stationäre Therapie: ja
B5.	18, 19	stationäre Behandlungsdauer mindestens 42 Tage
SOA1.	43	gute Kontakte im vergangenen ½ Jahr (vor Befragung)
SOA2.	43	Kontaktverbesserung im vergangenen ½ Jahr (vor Befragung)
SOA3.	12	Wohnform vor der stationären Behandlung: nicht allein
SOAR1.	10	Arbeitsplatz nach der stat. Behandlung: ja
SOAR2.	09	Berufstätigkeit im vergangenen ½ Jahr (vor Befragung)
SOAR3.	43	Erfolg in Ausbildung/Beruf im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)
SOAR4.	13	Unterhalt im vergangenen ½ Jahr (vor Befragung): selbst verdient
SOAR5.	43	zufrieden in Ausbild./Beruf im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)
SOF1.	14	Familienstand zur Zeit (Befragungszeitpunkt)
SOF2.	14	neue Partnerschaft nach der stat. Behandlung
SOF3.	14, 43	gutes Verhältnis z. Partner im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)
SOF4.	43	gute sex. Beziehung im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)
SOF5.	43	gutes Verhältnis zu den Eltern im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)
SYA1.	43	gutes Selbstwertgefühl im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)
SYA2.	05	Krankschreibung <4 Wo im vergang. ½ Jahr (vor Befragung).
SYA3.	23, 33	kein Medik.-Mißbrauch im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)
SYA4.	36	kein Selbstmordversuch nach der stat. Behandlung
SYEG1.	08	BMI-Zuwachs zw. Behandlungsbeginn u. Behandlungsende
SYEG2.	08	BMI-Zuwachs zw. Behandlungsbeginn u. Befragungszeitpunkt
SYEG3.	08	BMI-Zuwachs zw. Behandlungsende u. Befragungszeitpunkt
SYEG4.	27, 33	keine Gewichtsregulation durch Diät nach der stat. Behandlung
SYEG5.	25	weniger Angst vor dem Essen
SYEG6.	26	weniger Denken ans Essen
SYEG7.	32	regelmäßigere Einnahme von Mahlzeiten
SYEG8.	07, 33	Anorexiegruppe (restrictor oder purger) *nur bei Anorexie
Syk1.	38	nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zum Bauch
Syk2.	38	nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zu den Beinen
SYK3.	38	nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zur Brust
SYK4.	38	nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zum Gesäß
SYK5.	38	nach der stat. Behandl. verbesserte Einstellung zum Geschlechtsteil
SYK6.	38	nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zur Hüfte
SYK7.	38, 43	im letzt. ½ Jahr besseres Körpergefühl (Vergleich: vor der Bhdl.)
SYK8.	43	gutes Körpergefühl im letzten ½ Jahr

3.5.2 Logistische Regression, Variablendefinierung und deskriptive Methode bei der Beschreibung der Psychopathologie in den Subgruppen der MZS

3.5.2.1 Logistische Regression in der MZS

Im Abschnitt 3.4 wurde die statistische Methode bereits vorgestellt, die sowohl für die Patientinnen der ersten Studie (BOS), als auch für jene der zweiten Untersuchung (MZS) angewandt wurde. Die Überprüfung mittels der logistische Regression konnte sich in der Untersuchung des MZS-Kollektivs allerdings darauf beschränken, die in der BOS gefundenen, hinsichtlich des Behandlungserfolges erklärenden Variablen in den Rechengang einzuführen bzw. dem Modell anzubieten. Analog der ersten Untersuchung (s.a. Abb. 3) werden für die Hauptfragestellung also vier Untersuchungsgänge durchgeführt, die in der zweiten Spalte von Tabelle 8 dargestellt und mit dem Buchstaben „b“ gekennzeichnet sind (s. a. output 1b bis 4b im Anhang).

Tab. 8: Bezeichnung der MZS-Modelle, in denen die BOS-Ergebnisse überprüft wurden;

BOS-Modelle	MZS-Modelle
AN anamnestisch (1a)	AN anamnestisch (1b)
AN katamnestisch (2a)	AN katamnestisch (2b)
BN anamnestisch (3a)	BN anamnestisch (3b)
BN katamnestisch (4a)	BN katamnestisch (4b)

Jene Variablen der MZS, die sich in den Modellen 1b bis 4b (s. a. Abschnitt 4.3.4) bei der Nachuntersuchung als erklärend herausgestellt haben, sollten dann in einem weiteren Untersuchungsschritt dahingehend überprüft werden, ob die bei der Nachuntersuchung erfüllte Bedingung der jeweiligen Variable bei den selben Patientinnen schon bei Behandlungsende erfüllt war. Zu diesem Zweck wurden Mehrfeldertafeln angefertigt und korrelative Zusammenhänge mit dem Spearman-Korrelationskoeffizienten dargestellt.

3.5.2.2 Definierung der zu überprüfenden BOS-Prädiktor-Variablen in der MZS

Soziodemografische Daten (z.B. Berufstätigkeit) oder Zeitangaben (z.B. Krankheitsdauer), die in der BOS als erklärend für den Therapieerfolg gefunden wurden, wurden identisch auch in der MZS erhoben. Wo es sich um Variablen zur Befindlichkeit (z.B. Angst vor dem Essen) handelt, waren in der MZS zwar im Kern inhaltsidentische Fragen gestellt worden, die aber im Vergleich zur BOS zum Teil nicht immer identisch formuliert waren. Die Gegenüberstellung der Fragen, die die jeweiligen Variablen in der BOS bzw. in der MZS konstruierten, sind im Abschnitt nach der Hypothesenformulierung dargestellt (s.a. Abschnitt 4.2).

3.6 Verfahren zur Beschreibung der Psychopathologie in den Subgruppen der MZS

Die Operationalisierung des Therapieerfolges basiert in der BOS lediglich auf der globalen Selbsteinschätzung der Patientinnen. Bei der MZS ergibt sich der Therapieerfolg aus der differenzierten Mitteilung der Patientinnen über Veränderungen des gestörten Eßverhaltens im engeren Sinn (s. a. Kap. 3.2). Um nicht Gefahr zu laufen, psychologische Aspekte außer acht zu lassen, war es erforderlich, AN- und BN-Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg im Hinblick auf wichtige psychologische Aspekte zu beschreiben. Dies war nur in der MZS möglich, weil hier – im Gegensatz zur BOS – verschiedene, überwiegend erprobte psychometrische Instrumente zu den verschiedenen Meßzeitpunkten eingesetzt wurden (s. a. Tabelle 3).

Genauer dargestellt werden im folgenden nur Skalen, die zur Charakterisierung der Subgruppen (mit und ohne Therapieerfolg) herangezogen wurden. Die den genannten Skalen zugehörigen Fragen finden sich im Anhang.

Für die Beschreibung psychopathologischer Aspekte der Subgruppen mit und ohne Therapieerfolg bei beiden Krankheitsbildern wurden folgende Skalen benutzt (in Klammern der Name des Meßinstrumentes):

1. Depressivität (SCL-90-R)
2. Ohnmächtiges Selbst (Narzißmusinventar)
3. Verlust von Affekt- und Impulskontrolle (Narzißmusinventar)
4. Negatives Körper selbst (Narzißmusinventar)

Die SCL-90-R, die Symptom-Check-Liste von Derogatis (Franke 1995):

Der Test dient zur Selbstbeurteilung von PatientInnen hinsichtlich verschiedener belastender Symptome. Insgesamt 90 Items werden 9 Symptomfaktoren zugeordnet: 1. Somatisierung, 2. Zwanghaftigkeit, 3. Unsicherheit im Sozialkontakt, 4. Depressivität, 5. Ängstlichkeit, 6. Aggressivität und Feindseligkeit, 7. Phobische Angst, 8. Paranoides Denken, 9. Psychotizismus. Die den verschiedenen Skalen zuzuordnenden Fragen werden im Hinblick auf ihren Stärkegrad auf einer 5-stufigen Skala eingeschätzt: überhaupt nicht (0) – ein wenig (1) – ziemlich (2) – stark (3) – sehr stark (4). Die Summenscores sämtlicher Fragen werden dann durch die Anzahl der Fragen dividiert, um den Score der Skala zu erhalten, der dann ebenfalls von 0 bis 4 reichen kann.

Die interne Konsistenz der verschiedenen Skalen wurde an 5 verschiedenen Stichproben untersucht und kann als durchweg gut bezeichnet werden (s. a. Franke 1995).

Für diese Untersuchung wurde nur die Skala Depressivität benutzt. Für die interne Konsistenz dieser Skala wird von Franke (1995) anhand von 5 klinischen und nicht klinischen Stichproben ein Cronbachs Alpha zwischen 0,83 und 0,90 angegeben. Beim Vergleich ihrer Depressivitätsskala mit jener von von Zerssen (1976) zeigte sich eine hohe Korrelation ($r=0,81$), so daß man von der Validität dieser Skala ausgehen kann.

Die qualitative Dimension der Depressivitätsskala wird von Franke (1995, S. 22) folgendermaßen beschrieben:

„Dreizehn Items umfassen Traurigkeit bis hin zur schweren Depression. Bei Skala 4 (Depressivität, W.K.) geht es um die Bandbreite der Manifestation klinischer Depression: Symptome dysphorischer Stimmung und Gefühle zeigen gesunkenes

Interesse am allgemeinen Leben, verringerte Motivation und den Verlust vitaler Energien. Zusätzlich finden sich Gefühle der Hoffnungslosigkeit, Suizidgedanken und andere kognitive und somatische Korrelate der Depression.

Personen mit hohen Werten leiden unter einer Verminderung ihres Interesses an Sexualität, unter Energielosigkeit oder Verlangsamung in den Bewegungen oder im Denken, unter dem Gedanken, sich das Leben zu nehmen, unter der Neigung zum Weinen, unter der Befürchtung ertappt oder erwischt zu werden, unter Selbstvorwürfen über bestimmte Dinge, unter Einsamkeitsgefühlen, Schwermut, unter dem Gefühl, sich zu viele Sorgen machen zu müssen, unter dem Gefühl, sich für nichts zu interessieren, unter einem Gefühl der Hoffnungslosigkeit angesichts der Zukunft, unter einem Gefühl, daß alles sehr anstrengend ist und unter dem Gefühl, wertlos zu sein.“

Für die Darstellung der durchschnittlichen Veränderung der Depressivität in den Subgruppen zwischen Behandlungsanfang und Behandlungsende wurden die Rohwerte benutzt. Für die Einordnung der Patientinnen nach durchschnittlicher, deutlicher oder starker depressiver Belastung wurde jedoch – gemäß der Anleitung im Testmanual - die T-Transformation anhand der Mittelwerte der Standardisierungsstichprobe (N=1006) durchgeführt (Franke 1995).

Der Grund, warum gerade die Depressionsskala aus den 9 SCL-Skalen ausgewählt wurde, ist darin zu sehen, daß die Depressivität als Komorbidität in der Eßstörungsforschung seit der Arbeit von Morgan und Russel (1975) immer stärkere Beachtung gefunden hat. Eine Zusammenstellung der wichtigsten Arbeiten zu diesem Thema seit 1950 von Halmi (1995) zeigt, daß bei weit mehr als 1/3 der AN- und BN-Patientinnen mit depressiven Störungen gerechnet werden muß. Sunday et al. (1993) behaupten, daß sowohl aktuelle als auch früher erlebte depressive Störungen einen großen Einfluß auf die Ausprägung der Eßstörungssymptomatik haben. Halmi (1995) fordert daher die Berücksichtigung möglicher Depressivität in der Outcome-Forschung.

Das Narzißmusinventar (Deneke et al. 1989):

Dieser Test erfaßt systematisch verschiedene relevante Aspekte der Regulation des Selbst. Die insgesamt 163 Fragen werden von den PatientInnen auf einer 5-teiligen Skala beantwortet: Aussage stimmt nicht (1) – Aussage stimmt eine wenig (2) – teils ja, teils nein (3) – Aussage stimmt überwiegend (4) – Aussage stimmt völlig (5). Der Score einer Skala läßt sich mit Hilfe des Scores der mittleren Itemantwort multipliziert mit 10 bilden. Auf diese Weise können sämtliche Skalen Werte von 10 bis 50 annehmen.

Durch Faktorenanalyse wurden 4 Dimensionen gebildet: 1. Das bedrohte Selbst, 2. Das „klassisch“ narzißtische Selbst, 3. Das idealistische Selbst, 4. Das hypochondrische Selbst. Diese 4 Dimensionen wurden in 18 Unterskalen unterteilt. In dieser Studie wurden nur drei Skalen aus der Dimension „das bedrohte Selbst“ verwendet. Für die interne Konsistenz der drei Skalen ergaben sich folgende Werte (Cronbachs Alpha): 1. Ohnmächtiges Selbst (0,94) 2. Affekt- und Impuls-Kontrollverlust (0,78) 3. Negatives Körper selbst (0,93).

Für die drei in dieser Studie benutzten Unterskalen aus der Dimension „das bedrohte Selbst“ werden im folgenden die qualitativen Beschreibungen von Deneke et al. (1989, S. 28-30) wiedergegeben. Die Hervorhebungen stammen von den Autoren.

Ohnmächtiges Selbst:

„Die Gefährdung des Selbstsystems, die sich in diesem Merkmalskomplex darstellt, setzt sich aus verschiedenen Facetten zusammen. Sie findet zunächst im Erleben der *Fragilität* des Selbst ihren unmittelbaren, subjektiv wahrnehmbaren Ausdruck (I027: Ich fühle mich häufig wie ein Kartenhaus, das jederzeit in sich zusammenfallen kann). Zugleich wird das Selbst von massiven *Ängsten* überflutet, die nicht abgewehrt werden können (I081: Mitunter bin ich so von Angst und Unruhe getrieben, daß ich weder ein noch aus weiß). Diese Ängste haben den Charakter einer fundamentalen Existenzangst – einer ‚nicht genau definierten, doch intensiven und durchdringenden Angst‘, wie Kohut (1979, S. 98) das affektive Erleben der Fragmentation des Selbst beschreibt. Im Zusammenhang dieses Geschehens kann sich das Selbst intensiver *depressiver Gefühle* mit dem Erleben von Sinnlosigkeit, Mutlosigkeit, Leere, Verlust der

Zukunftsperspektive, nicht mehr erwehren (I056: Ich finde oft kein Ziel, für das es sich lohnen würde zu leben; I042: Ich fühle mich oft in einem schlecht zu beschreibenden Zustand von innerer Leere wie gelähmt). Das Selbst fühlt sich bis zur Selbstvernichtung entwertet (I041: Mitunter fühle ich mich wie ein ‚Nichts‘). In diesem Kontext verstärken sich zugleich *destruktive Impulse* mit Wendung gegen die eigene Person in bedrohlicher Weise (I101: Manchmal finde ich alles so aussichtslos, daß ich mich umbringen möchte; I034: Manchmal ist es schon erschreckend wie heftig ich gegen mich wüten kann). Wir finden hier eine Entsprechung zu der Position von Kohut (1979, S. 104 ff), der die destruktive Aggression als ‚Zerfallsprodukt‘ des fragmentierten Selbst versteht und sie von einer nicht-destruktiven Aggression unterscheidet ... Die Selbstorganisation bzw. –regulation ist also deutlich defizitär. Das tief mutlose, gelähmte Selbst kann das Destabilisierungsgeschehen kaum beeinflussen und erlebt sich insofern ohnmächtig.“

Affekt- / Impuls-Kontrollverlust:

„Dieser Aspekt eines in seiner Regulation stark gestörten Selbstsystems ist charakterisiert durch Aussagen wie (I118): ‚Meine Stimmungen können sehr plötzlich von einem Extrem ins andere umschlagen‘ oder (I130): ‚Ich bin sehr sprunghaft in meinen Gedanken und Gefühlen‘. Die Affekte und im weiteren die Vorstellungs- und Gedankeninhalte wechseln rasch und kennzeichnen somit die diskontinuierliche Sprunghaftigkeit in der Regulation des Selbstsystems, das in der raschen Folge sich verändernder Organisationsformen eine stabilisierende Balance sucht und nicht findet. Es sind dabei wiederum destruktive Impulse, die durchzubrechen drohen, wenn das Selbstsystem so labilisiert ist, daß es ihm nicht mehr gelingt, Affekte und Impulse angemessen regulieren bzw. kontrollieren zu können (I105: ‚In manchen Zeiten bin ich so maßlos gereizt, daß ich fürchten muß, jede Kontrolle über mich zu verlieren‘). Die antizipierte Möglichkeit der Entgleisung steigert die Angst vor dem Kontrollverlust. Brechen diese Impulse nämlich durch, so beschleunigen sie den Destabilisierungsprozeß, weil Restfunktionen, die dem Selbstschutz dienen könnten, außer Kraft gesetzt und noch intakte Objektbeziehungen zusätzlich belastet und möglicherweise überfordert werden – ein sich selbst verstärkender Rückkoppelungsprozeß.“

Negatives Körperselbst:

„ ‚Ich bringe es einfach nicht fertig meinen Körper zu mögen‘ (I017); ‚Wenn ich mich selbst schon nicht gern anfasse, wie mag ich dann erst auf andere abstoßend wirken‘ (I072); ‚Häufig habe ich eine richtige Abscheu dagegen, mich im Spiegel zu betrachten‘ (I075) – diese Itembeispiele spiegeln eine Selbstorganisation, die den eigenen Körper negativ konnotiert. Er wird als häßlich und abstoßend, weder für das eigene Selbst, noch für andere als liebens- und begehrenswert erlebt. Dieser Modus der Selbstregulation entspricht dem Versuch, der totalen Selbstentleerung und –entwertung dadurch zu entgehen, daß das Unwerterleben, das die ganze Person bedroht, auf ihre körperlichen Repräsentanzen eingeeengt wird. Dies stellt zugleich einen archaischen Versuch dar, sich von negativen Selbstanteilen zu distanzieren. Wir können vermuten, daß damit unbewußte Phantasien einhergehen, das Selbst könnte zumindest partiell gerettet werden, wenn das körperliche Selbst abgestoßen oder zumindest versteckt wird.“

Da für das Narzißmusinventar noch keine ausreichend große Normstichprobe vorliegt, wurde in dieser Studie für die Subgruppen (Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg) lediglich ein Vergleich der Mittelwerte vom Behandlungsanfang und vom Behandlungsende mit Hilfe des t-Testes durchgeführt.

Die Bedeutung des Selbstkonzeptes für das Verständnis und die Therapie von Eßstörungen wurde im Kapitel 1 bereits dargestellt. Der theoretische Bezugsrahmen des Narzißmusinventars ist in erster Linie psychodynamisch bzw. psychoanalytisch fundiert. Im folgenden soll kurz begründet werden, warum die drei genannten Narzißmus-Skalen ausgewählt wurden.

Die klinische Arbeit mit eßgestörten Frauen zeigt immer wieder, wie ohnmächtig und orientierungslos sich die Betroffenen gegenüber eigenen Triebimpulsen und gegenüber Erwartungen der äußeren Realität fühlen. Die tiefe Mutlosigkeit verbunden mit Destabilisierung scheint in der Skala *Ohnmächtiges Selbst* gut operationalisiert und einem ständig beobachtbaren klinischen Phänomen bei Eßstörungen Rechnung zu tragen.

Die beiden anderen Skalen (*Affekt- / Impuls-Kontrollverlust* sowie *Negatives Körper-selbst*) können als psychodynamische Parallelisierung eines Teils der Definitionskriterien beider Eßstörungen (s. a. Abschnitt 1.2) verstanden werden.

4. ERGEBNISSE

4.1 Ergebnisse der Berlin-Oeynhausen-Studie (BOS)

Zunächst sollen die wesentlichen soziodemografischen Befunde (4.1.1) und der Gewichtsverlauf (4.1.2) dargestellt werden. Danach folgen in tabellarischer Form die Häufigkeiten der in Tab. 3a und 3b genannten Variablen, die dem Modell der logistischen Regression angeboten wurden (4.1.3). Schließlich werden die ausgewählten erklärenden Variablen vorgestellt (4.1.4). Wenn nicht besonders gekennzeichnet, gab es in den folgenden Unterabschnitten keine signifikanten Unterschiede zwischen AN-Patientinnen vom restriktiven bzw. bulimischen Typ.

4.1.1 Soziodemografische Befunde

Das *Durchschnittsalter* (\pm Standardabweichung) zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme betrug bei der AN 25,4 (\pm 5,9) Jahre, bei der BN 25,1 (\pm 5,1) Jahre. Die Werte bewegten sich bei der AN zwischen 17 und 50 Jahren, bei der BN zwischen 17 und 53 Jahren.

Der Familienstand wird in Tab. 9 dokumentiert. Es wird deutlich, daß bei der Nachuntersuchung in beiden Diagnosegruppen die Anzahl der Ledigen um gut 10% zurückgegangen ist und die Anzahl jener Patientinnen, die in einer ehelichen oder eheähnlichen Beziehung leben, entsprechend zugenommen hat.

Tab. 9: Familienstand vor der Behandlung und bei der Nachuntersuchung (BOS).

	Anorexia nervosa				Bulimia nervosa			
	vor der Behandlung		bei der Nachuntersuchung		vor der Behandlung		bei der Nachuntersuchung	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ledig	125	78,6	109	68,6	199	80,2	172	69,4
Ehe/ eheähnl. Beziehung	22	13,8	36	22,6	35	14,1	57	23,0
verheiratet, aber getrennt lebend	0	,0	2	1,3	6	2,4	7	2,8
geschieden	7	4,4	7	4,4	8	3,2	11	4,4
verwitwet	1	,6	1	,6	0	,0	1	,4
keine Angabe	4	2,5	4	2,5	0	,0	0	,0
Summe	159	100,0	159	100,0	248	100,0	248	100,0

Tab. 10 zeigt die berufliche Situation vor und ca. 2 Jahre nach der stationären Behandlung. In beiden Diagnosegruppen nimmt die Zahl der Berufstätigen (ganztags und teilzeit) leicht zu, die der Arbeitslosen ab. 3 AN-Patientinnen (1,9 %), die vor der stationären Behandlung noch nicht berentet waren, geben ca. zwei Jahre später an, Rentnerin zu sein.

Tab. 10: Berufliche Situation vor der Behandlung und bei der Nachuntersuchung (BOS).

	Anorexia nervosa				Bulimia nervosa			
	vor der Behandlung		bei der Nachuntersuchung		vor der Behandlung		bei der Nachuntersuchung	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ganztags berufstätig	62	39,0	66	41,5	111	44,8	95	38,3
teilzeitbeschäftigt	7	4,4	13	8,2	15	6,0	25	10,1
arbeitslos	19	11,9	13	8,2	26	10,5	14	5,6
Schülerin / Studentin	36	22,6	33	20,8	65	26,2	64	25,8
Auszubildende	18	11,3	13	8,2	15	6,0	27	10,9
Hausfrau	10	6,3	12	7,5	11	4,4	19	7,7
Rentnerin	3	1,9	6	3,8	2	,8	2	,8
keine Angabe	4	2,5	3	1,9	3	1,2	2	,8
Summe	159	100,0	159	100,0	248	100,0	248	100,0

Frage 15 im Fragebogen der BOS ermöglicht eine ungefähre Aussage darüber, welcher Schicht die Herkunftsfamilien der Patientinnen angehören. Aus den Informationen über

die Berufstätigkeit von Vater und Mutter wurde die jeweils höhere Berufsposition als die des Hauptverdieners unterstellt (s. a. Tabelle 11). Die Unterschiede zwischen beiden Diagnosen waren nicht signifikant. Gemäß dieser groben Einschätzung könnten etwa 30 % der Oberschicht, ca. 40 % der Mittelschicht und 25 % der Unterschicht zugerechnet werden¹⁵.

Tab. 11: Hauptverdiener der Herkunftsfamilie

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa	
	N	%	N	%
leitende Position	42	26,4	75	30,2
mittl. Angestellter, Facharbeiter	68	42,8	91	36,7
Hilfsarbeiter, Sozialhilfe-Empf.	41	25,8	67	27,0
Eltern unbekannt	5	3,1	13	5,2
keine Angabe	3	1,9	2	,8
Total	159	100,0	248	100,0

Die Antworten auf die Frage, wer den Lebensunterhalt für die Patientinnen vor und nach der stationären Behandlung aufbrachte (Frage 13 im Fragebogen, s. Anhang), sind quantitativ in Tab. 12 zusammengefaßt. Um mehr als 10 % nimmt in beiden Diagnosegruppen die Selbstversorgung nach der stationären Behandlung zu und entsprechend die Versorgung durch die Eltern ab.

Tab. 12: Person, die für den Lebensunterhalt der Patientin vor bzw. nach der Behandlung aufkam

	Anorexia nervosa				Bulimia nervosa			
	vorher		nachher		vorher		nachher	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patientin selbst	86	54,1	102	64,2	133	53,6	166	66,9
Partner(in)	14	8,8	14	8,8	22	8,9	27	10,9
Vater und / oder Mutter	44	27,7	26	16,4	76	30,6	39	15,7
andere	15	9,4	17	10,7	17	6,9	16	6,5
Summe	159	100,0	159	100,0	248	100,0	248	100,0

¹⁵ In der Mannheimer Kohortenstudie (Schepank 1987) ergaben sich ähnliche Schichtzugehörigkeiten: Unterschicht (gesamt) 33,2 %, Mittelschicht 41,5 %, obere Mittelschicht und Oberschicht 25,3 %.

4.1.2 Gewichtsentwicklung (BOS)

Bei der *Anorexia nervosa* war ein signifikanter Gewichts- bzw. BMI-Zuwachs sowohl zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende als auch zwischen Behandlungsende und Nachuntersuchung feststellbar ($p: 0,000$). Die mittlere Körpergröße betrug 167 cm ($\pm 5,94$). Das mittlere Körpergewicht (\pm Standardabweichung) betrug bei Behandlungsbeginn 43,2 kg ($\pm 5,3$), bei Behandlungsende 46,1 kg ($\pm 5,9$) und zum Untersuchungszeitpunkt 50,1 kg ($\pm 8,1$). Die entsprechenden BMI-Werte waren: 15,4 kg/m² ($\pm 2,0$), 16,4 kg/m² ($\pm 2,2$) bzw. 17,8 ($\pm 3,0$). Zwar ist der mittlere BMI, der sich aus dem angegebenen Wunschgewicht bei der Nachuntersuchung errechnet mit 19,2 kg/m² ($\pm 12,9$) über dem mittleren BMI-Wert, der sich aus dem mitgeteilten Aktualgewicht errechnet; allerdings liegt dieser „Wunsch-BMI“ nur bei insgesamt 16 Patientinnen (10,1 %) in dem von der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung (1995) angegebenen Normalbereich (20-24,9 kg/m²).

Bei der *Bulimia nervosa* war ein zwar statistisch signifikanter, aber insgesamt unerheblicher Gewichts- bzw. BMI-Zuwachs nur zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende nachzuweisen ($p: 0,026$). Die mittlere Körpergröße betrug 166 cm ($\pm 5,94$) und unterschied sich nicht signifikant von der mittleren Körpergröße der AN-Patientinnen. Das mittlere Körpergewicht betrug bei Behandlungsbeginn 58,7 ($\pm 9,8$) kg, bei Behandlungsende 59,3 kg ($\pm 8,5$) und zum Untersuchungszeitpunkt 60,2 kg ($\pm 9,5$). Die entsprechenden BMI-Werte waren: 21,1 kg/m² ($\pm 3,3$), 21,3 kg/m² ($\pm 2,8$), 21,6 kg/m² ($\pm 3,2$). Der mittlere BMI, der sich aus dem angegebenen Wunschgewicht errechnet, liegt bei 20,4 kg/m² ($\pm 2,0$) und somit unter dem BMI-Wert, der sich aus dem mitgeteilten Aktualgewicht errechnet; gleichzeitig ist der „Wunsch-BMI“ bei insgesamt 117 Patientinnen (47,2 %) in dem von der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung (1995) angegebenen Normalbereich (20-24,9 kg/m²) angesiedelt.

4.1.3 Häufigkeiten der Variablen, die dem Regressionsmodell in der BOS angeboten wurden

Bei 54 AN-Patientinnen (34,0 %) lag gemäß der Selbsteinschätzung ein Therapieerfolg vor. 10 von ihnen (18,5 %) gaben allerdings an, mindestens noch gelegentlich ihr Gewicht durch Diät zu regulieren; zum Vergleich: von jenen 105 AN-Patientinnen, die sich als weiterhin eßgestört bezeichneten, praktizierten 44 (41,9 %) dieses Verhalten. Erwähnenswert ist auch die Angabe über die medikamentöse Gewichtsregulierung nach der stationären Behandlung: 2 (3,7 %) von den 54 AN-Patientinnen, die sich bei der Nachuntersuchung für eßstörungsfrei hielten, nahmen zur Gewichtsregulation Diuretika ein; 25 (23,8 %) der 105 AN-Patientinnen mit persistierender Eßstörung räumten den Gebrauch von Laxanzien (N=24 / 22,9 %), Appetitzüglern (N=2 / 1,9 %) und/oder Diuretika (N=7 / 6,7 %) ein (deskriptives p: 0,001). Von den insgesamt 27 Frauen, die nach der Behandlung ihr Gewicht medikamentös zu regulieren versuchten, taten dies 20 (74 %) auch schon vorher, wohingegen 7 (26 %) damit erst nach der Behandlung anfangen.

Zwischen AN-Patientinnen vom restriktiven (ANr) bzw. bulimischen Typ (ANp) gab es weder im Hinblick auf den Therapieerfolg, noch hinsichtlich der meisten anamnestischen Variablen signifikante Unterschiede. Lediglich für die folgenden 4 Variablen ergab sich ein signifikantes, deskriptives p: „Adipositas in der Herkunftsfamilie“ 5 ANr (8,5%) vs. 23 ANp (23,0%; p: 0,030), „chronischer Krankheitsverlauf (> 5 Jahre)“ 21 ANr (35,6%) vs. 61 ANp (61,0%; p: 0,003), „anamnestisch Einnahme von Laxanzien, Appetitzüglern oder Diuretika“ 1 ANr (1,7%) vs. 68 ANp (68,0%; p: 0,000).

Bei keiner katamnestischen Variable gab es einen signifikanten Unterschied zwischen AN-Patientinnen vom restriktiven bzw. bulimischen Typ.

Bei 112 BN-Patientinnen (45,2 %) lag gemäß der Selbsteinschätzung ein Therapieerfolg vor (nominelles p für den Unterschied zwischen AN und BN: 0,030). 21 von ihnen (18,8 %) gaben allerdings an, mindestens noch gelegentlich ihr Gewicht durch Diät zu regulieren; zum Vergleich: von jenen 136 BN-Patientinnen, die sich als weiterhin eßgestört bezeichneten, praktizierten 38 (27,9 %) dieses Verhalten. Ärztlich nicht verordnete Medikamente, die gewichtsreduzierende Substanzen einschließen, wurden

im letzten ½ Jahr von 21 BN-Patientinnen (18,8 %), die sich für geheilt erklärten, eingenommen. Bei den sich weiterhin als eßgestört bezeichnenden BN-Patientinnen waren es 40 Frauen (29,4 %).

In Tabelle 13 sind für beide Krankheitsgruppen die Häufigkeiten und deskriptive p-Werte für den Unterschied zwischen beiden Diagnosegruppen im Hinblick auf jene Variablen dargestellt, die dem Regressionsmodell „Anamnese“ angeboten wurden. Analoges gilt für das Regressionsmodell „Katamnese“ (s. Tabelle 14). Die Reihenfolge der Variablen entspricht jener in den Tabellen 6 und 7; es wurden lediglich irritierende negative Formulierungen - wie etwa „keine Adipositas in der Familie“ – in gewohnte positive Formulierungen („Adipositas in der Familie“) umgewandelt.

Tab. 13: Häufigkeiten der Variablen, die dem anamnestischen Modell in der logistischen Regression für AN und BN angeboten wurden. Die Reihenfolge der Variablen ist identisch mit jener in Tab. 6. Schattierte Zeilen kennzeichnen die kategoriale Zugehörigkeit zur selben Variable. Das deskriptive p bezeichnet den Unterschied zwischen AN und BN.

Variablen	AN		BN		p
	N	%	N	%	
Adipositas in der Herkunftsfamilie	28	17,6	64	25,8	0,068
familiärer Mißbrauch v. Alkohol / Medikamenten	37	23,3	80	32,3	0,057
aufgewachsen bei Vater und Mutter	139	87,4	212	85,5	0,659
Depression in der Familie	44	27,7	92	37,1	0,053
AN / BU in der Familie	18	11,3	29	11,7	1,000
Geschwister vorhanden	136	88,9	211	85,1	1,000
körperliche Krankheiten in der Familie.	45	28,6	68	27,4	0,910
bei Behandlungsbeginn nicht älter als 25 Jahre	94	59,1	156	62,9	0,466
Psychotherapie vor der stationären Behandlung	107	67,3	155	62,5	0,341
Selbsthilfegruppe vor der stationären Behandlung	45	28,3	66	26,6	0,733
gutes Kontaktverhalten vor der stationären Behandlung	18	11,3	48	19,4	0,038
Wohnform vor der stationären Behandlung ¹⁶ : allein	39	24,5	78	31,5	0,145
Wohnform vor der stationären Behandlung: mit Partner	35	22,0	57	23,0	
Wohnform vor der stationären Behandlung: bei Eltern	62	39,0	73	29,4	
Wohnform vor der stationären Behandlung: Wohngemeinschaft	16	10,1	27	10,9	
Wohnform vor der stationären Behandlung: sonstige	7	4,4	13	5,2	
Religion ¹⁷ : keine	16	10,1	40	16,1	0,065
Religion: katholisch	56	35,2	101	40,7	
Religion: evangelisch	83	52,2	98	39,5	
Religion: sonstige	4	2,5	9	3,6	
Berufstätigkeit im ½ Jahr vor der stationären Behandlung ¹⁸	123	77,4	206	83,1	0,158
Erfolg in Ausbildung/Beruf im ½ Jahr vor der stat. Behandlung	59	37,1	71	28,6	0,082
Unterhalt im ½ Jahr vor der stat. Behandlung: selbst verdient	86	54,1	122	53,6	1,000
zufrieden in Ausbildung / Beruf im ½ Jahr vor der stat. Behandlung	22	13,8	30	12,1	0,649
Familienstand vor der stat. Behandlung: ledig	129	81,1	199	80,2	0,960
Familienstand vor d. stat. Behandlung: geschieden / getrennt lebend	8	5,0	14	5,6	
Familienstand vor d. stat. Behandlung: Ehe / eheähn. Gemeinschaft	22	13,8	35	14,1	
befriedigende Partnerschaft im ½ Jahr vor der stat. Behandlung	22	13,8	33	13,3	0,883
gute sex. Beziehung im ½ Jahr vor der stat. Behandlung	7	4,4	32	12,9	0,005
gutes Verhältnis zu der Eltern im ½ Jahr vor der stat. Behandlung	36	22,6	36	14,5	0,045
Erkrankung chronisch (Krankheitsdauer > 5 Jahre)	82	51,6	133	53,6	0,760
Krankheitsbeginn nach dem 18. Lebensjahr	58	36,5	92	37,1	0,917
gutes Selbstwertgefühl im ½ Jahr vor der stat. Behandlung	4	2,5	10	4,0	0,579
Krankschreibung > 4 Wochen im ½ Jahr vor der stat. Bhdl.	81	50,9	87	35,1	0,002
sexueller Mißbrauch vor der Erkrankung	37	23,3	46	18,5	0,259
Selbstmordversuch vor der stat. Behandlung	38	23,9	71	28,6	0,304
Menarche nach dem 15. Lebensjahr	16	10,1	23	9,3	0,863
Anorexieform: Restrictor (nur bei Anorexie)	59	37,1	-	-	-
Anorexieform: Purger (nur bei Anorexie)	100	62,9	-	-	-
anamnestisch Untergewicht (nur bei Bulimie)	-	-	124	50,0	-
Anamnestisch Anwendung von: Laxanzien/ Appetitzügler/ Diuretika	69	43,4	127	51,2	0,129
gutes Körpergefühl im ½ Jahr vor der stat. Behandlung	4	2,5	8	3,2	0,772

¹⁶ Die dichotome Gliederung dieser Variable in der logistischen Regression ist: (0) allein, (1) nicht allein;

¹⁷ Die nicht dichotome, kategoriale Gliederung dieser Variable in der logistischen Regression ist: (0)keine, (1) katholisch, (2) evangelisch, (3) sonstige;

¹⁸ Ausbildungssituationen als Schülerin, Azubi oder Studentin wurden als berufsvorbereitende Maßnahmen im Sinne von Berufstätigkeit und nicht als Arbeitslosigkeit gewertet.

Tab. 14: Häufigkeiten der Variablen, die dem katamnestic Modell in der logistischen Regression für AN und BN angeboten wurden. Die Reihenfolge ist identisch mit der in Tab. 7. Schattierte Zeilen kennzeichnen die kategoriale Zugehörigkeit zur selben Variable.

Variablen	AN		BN		p
	N	%	N	%	
Behandlungszentrum Bad Oeynhausen	153	38,9	240	61,1	0,786
Behandlungszentrum Berlin	6	42,9	8	57,1	
Psychotherapie nach der stationären Behandlung	99	62,3	155	62,5	1,000
Selbsthilfegruppe nach der stationären Behandlung	47	29,6	80	32,3	0,585
Einbeziehung von Angehörigen in die stationäre Therapie: ja	139	87,4	219	88,3	0,876
stationäre Behandlungsdauer mindestens 42 Tage	147	92,5	236	95,2	0,285
gute Kontakte im vergangenen ½ Jahr (vor Befragung)	79	49,7	145	58,5	0,084
Kontaktverbesserung im vergangenen ½ Jahr (vor Befragung)	112	71,8	196	80,3	0,058
Wohnform vor der stationären Behandlung ¹⁹ : allein	56	35,2	91	36,7	0,833
Wohnform vor der stationären Behandlung: mit Partner	51	32,1	83	33,5	
Wohnform vor der stationären Behandlung: bei Eltern	24	15,1	17	6,9	
Wohnform vor der stationären Behandlung: in Wohngemeinschaft	20	12,6	33	13,3	
Wohnform vor der stationären Behandlung: Sonstige	8	5,0	24	9,7	
Arbeitsplatz nach der stat. Behandlung: ja	143	89,9	232	93,5	0,192
Berufstätigkeit im vergangenen ½ Jahr (vor Befragung)	125	78,6	211	85,1	0,108
Erfolg in Ausbildung/Beruf im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)	92	57,9	134	54,0	0,475
Unterhalt im vergangenen ½ Jahr (vor Befragung): selbst verdient	102	64,2	166	66,9	0,593
zufrieden in Ausbild./Beruf im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)	71	44,7	112	45,2	1,000
Familienstand zum Befragungszeitpunkt: ledig	113	71,1	172	69,4	0,860
Familienstand z. Befragungszeitpunkt: geschieden / getrennt lebend	10	6,3	19	7,7	
Familienstand b. d. Nachuntersuchung: verheiratet / eheähnlich	36	22,6	57	23,8	
neue Partnerschaft nach der stat. Behandlung	49	30,8	116	46,8	0,001
befriedigende Partnerschaft im vergang. ½ Jahr (vor Befragung) ²⁰	56	35,2	120	48,8	0,010
gute sex. Beziehung im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)	42	23,6	129	52,0	0,000
gutes Verhältnis zu den Eltern im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)	71	44,7	112	45,2	1,000
gutes Selbstwertgefühl im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)	114	71,7	183	73,8	0,649
Krankschreibung > 4 Wo im vergang. ½ Jahr (vor Befragung).	27	17,0	17	6,9	0,002
Medik.-Mißbrauch im vergang. ½ Jahr (vor Befragung)	41	25,8	61	24,6	0,815
Selbstmordversuch nach der stat. Behandlung	16	10,1	19	7,7	0,469
BMI-Zuwachs zw. Behandlungsbeginn u. Behandlungsende	114	71,7	130	52,4	0,000
BMI-Zuwachs zw. Behandlungsbeginn u. Befragungszeitpunkt	133	83,6	131	52,8	0,000
BMI-Zuwachs zw. Behandlungsende u. Befragungszeitpunkt	113	71,1	142	57,3	0,006
Gewichtsregulation durch Diät nach der stat. Behandlung	54	34,0	59	23,8	0,031
weniger Angst vor dem Essen	11	69,8	202	81,5	0,008
weniger Denken ans Essen	110	69,2	199	80,2	0,010
regelmäßigere Einnahme von Mahlzeiten	99	62,3	185	74,6	0,011
Anorexiegruppe „restrictor“ (nur bei Anorexie)	59	37,1	-	-	-
Anorexiegruppe „purger“ (nur bei Anorexie)	100	62,9	-	-	-
nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zum Bauch	72	45,3	130	52,4	0,187
nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zu den Beinen	76	47,8	114	46,0	0,760
nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zur Brust	89	56,0	124	50,0	0,264
nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zum Gesäß	67	42,1	113	45,6	0,540
nach d. stat. Behandl. verbesserte Einstellung zum Geschlechtsteil	71	44,7	125	50,4	0,265
nach der stat. Behandlung verbesserte Einstellung zur Hüfte	63	39,6	107	43,3	0,537
im letzt. ½ Jahr besseres Körpergefühl (Vergleich: vor der Bhd.)	103	64,8	184	74,2	0,045
gutes Körpergefühl im letzten ½ Jahr	51	32,1	115	46,4	0,005

¹⁹ Die dichotome Gliederung dieser Variable in der logistischen Regression ist: (0) allein, (1) nicht allein;

²⁰ Von den 56 AN-Patientinnen (100%) mit zufriedenstellender Partnerschaft bei der Nachuntersuchung gaben 27 Frauen (48,2%) an, daß die Beziehung schon bei Behandlungsbeginn bestanden habe. Von den 120 BN-Patientinnen (100%) mit zufriedenstellender Partnerschaft bei der Nachuntersuchung machten 71 (59,2%) diese Angabe.

4.1.4 BOS-Ergebnisse der logistischen Regression

4.1.4.1 BOS-Ergebnisse der logistischen Regression (Anorexia nervosa)

Anamnestisches Modell für AN (BOS):

Von den 31 in den Rechengang eingebrachten Variablen wurden drei ausgewählt, die erklärenden Charakter für den Therapieerfolg haben. In der Tabelle 15 sind die wichtigsten Kennwerte des Modells dargestellt. Die ausführlichen Ergebnisausdrucke finden sich im Anhang (s. a. output 1a im Anhang).

Tab. 15: In der logistischen Regression für AN ausgewählte Variablen in der Reihenfolge ihrer Selektion (anamnestisches Modell); Deviance-Abnahme: Abnahme von -2 Log LR; p: Signifikanz der Deviance-Abnahme; die Beta-Exponenten (incl. Konfidenzbereich) beziehen sich auf das finale Modell, die Deviance-Abnahme (incl. p) beziehen sich auf den jeweiligen Schritt der logistischen Regression.

Variable	Exponent (B)	Konfidenz-Bereich (95%)	Deviance-Abnahme	p
1. Keine Geschwister	2,96	(1,17 – 7,52)	5,79	0,016
2. Keine Chronizität (max. 5 J. K.h.dauer)	2,19	(1,09 – 4,38)	5,15	0,018
3. Keine Depression in der Herkunftsfamilie	2,45	(1,05 – 5,73)	4,67	0,031

Katamnestisches Modell für AN (BOS):

Außer den 38 katamnestischen Variablen wurden die drei ausgewählten anamnestischen Variablen (s. Tabelle 15) in den Rechengang eingebracht. Die anamnestischen Variablen konnten sich im katamnestischen Modell nicht mehr durchsetzen. Es wurden drei katamnestische Variablen ausgewählt, die erklärenden Charakter für den Therapieerfolg haben. In der Tabelle 16 sind die wichtigsten Kennwerte des katamnestischen Modells dargestellt. Die ausführlichen Ergebnisausdrucke finden sich im Anhang (s. a. output 2a im Anhang).

Die Exponenten von Beta (odds ratio) bringen – als relative Erfolgswahrscheinlichkeit - zum Ausdruck, um wieviel mal wahrscheinlicher der Therapieerfolg als der Mißerfolg ist, wenn die Variable vorhanden ist.

Tab. 16: In der logistischen Regression für AN ausgewählte Variablen in der Reihenfolge ihrer Selektion (katamnestisches Modell); Deviance-Abnahme: Abnahme von -2 Log LR; p: Signifikanz der Deviance-Abnahme; die Beta-Exponenten (incl. Konfidenzbereich) beziehen sich auf das finale Modell, die Deviance-Abnahme (incl. p) beziehen sich auf den jeweiligen Schritt der logistischen Regression.

Variable	Exponent (B)	Konfidenzbereich (95%)	Deviance-Abnahme	p
1. Gutes Körpergefühl im letzten ½ Jahr	4,41	(2,03 – 9,61)	23,60	0,000
2. Weniger Angst vor dem Essen	4,71	(1,65 – 13,42)	11,22	0,001
3. Wohnform: nicht allein	2,83	(1,21 – 6,58)	6,23	0,013

Zusammenfassung der Ergebnisse der zwei logistischen Regressionsmodelle für AN-Patientinnen der BOS:

1. Von allen untersuchten anamnestischen Variablen erklären ein kürzerer Krankheitsverlauf (unter 5 Jahren), das Fehlen depressiver Störungen in der Herkunftsfamilie sowie das Fehlen von Geschwistern am besten den Behandlungserfolg.
2. Von allen untersuchten katamnestischen Variablen (für die Zeit nach der stationären Behandlung) erklären die reduzierte Angst vor dem Essen, ein gutes Körpergefühl sowie eine Wohnsituation zusammen mit anderen Menschen am besten den Behandlungserfolg. Die drei für das anamnestische Modell ausgewählten Variablen wurden zwar auch in den Rechengang für das katamnestische Modell eingebracht, konnten sich dort aber nicht mehr gegen die katamnestischen Variablen durchsetzen.

4.1.4.2 BOS-Ergebnisse der logistischen Regression (Bulimia nervosa)

Anamnestisches Modell für BN (BOS):

Von den 31 in den Rechengang eingebrachten Variablen wurden zwei ausgewählt, die erklärenden Charakter für den Therapieerfolg haben. In der Tabelle 17 sind die wichtigsten Kennwerte des Modells dargestellt. Die ausführlichen Ergebnisausdrucke finden sich im Anhang (s. a. output 3a im Anhang).

Tab. 17: In der logistischen Regression für BN ausgewählte Variablen in der Reihenfolge ihrer Selektion (anamnestisches Modell); Deviance-Abnahme: Abnahme von -2 Log LR; p: Signifikanz der Deviance-Abnahme; die Beta-Exponenten (incl. Konfidenzbereich) beziehen sich auf das finale Modell, die Deviance-Abnahme (incl. p) beziehen sich auf den jeweiligen Schritt der logistischen Regression.

Variable	Exponent (B)	Konfidenz-Bereich (95%)	Deviance-Abnahme	p
1. Berufl. Tätigkeit im ½ Jahr vor Behandl.	2,69	(1,28 – 5,68)	7,67	0,006
2. Gutes Kontaktverhalten vor Behandl.	1,92	(1,00 – 3,67)	3,93	0,047

Katamnestisches Modell für BN (BOS):

Außer den 38 katamnestischen Variablen wurden die zwei ausgewählten anamnestischen Variablen (s. Tabelle 17) in den Rechengang eingebracht. Die anamnestische Variable „Berufliche Tätigkeit im ½ Jahr vor Behandlung“ konnte sich auch im katamnestischen Modell durchsetzen. Zusätzlich wurden 5 katamnestische Variablen ausgewählt, die erklärenden Charakter für den Therapieerfolg haben. In der Tabelle 18 sind die wichtigsten Kennwerte des katamnestischen Modells dargestellt. Die ausführlichen Ergebnisausdrucke finden sich im Anhang (s. a. output 4a im Anhang).

Die Exponenten von Beta (odds ratio) bringen – als relative Erfolgswahrscheinlichkeit - zum Ausdruck, um wieviel mal wahrscheinlicher der Therapieerfolg als der Mißerfolg ist, wenn die Variable vorhanden ist.

Tab. 18: In der logistischen Regression für AN ausgewählte Variablen in der Reihenfolge ihrer Selektion (katamnestisches Modell); Deviance-Abnahme: Abnahme von -2 Log LR; p: Signifikanz der Deviance-Abnahme; die Beta-Exponenten (incl. Konfidenzbereich) beziehen sich auf das finale Modell, die Deviance-Abnahme (incl. p) beziehen sich auf den jeweiligen Schritt der logistischen Regression.

Variable	Exponent (B)	Konfidenz-Bereich (95%)	Deviance-Abnahme	p
1. Weniger Angst vor dem Essen	21,26	(4,48 – 100,90)	46,60	0,000
2. Gutes Körpergefühl im letzten ½ Jahr	3,84	(2,01 – 7,34)	20,18	0,000
3. Keine ambulante Psychoth. poststationär	3,31	(1,70 – 6,43)	14,27	0,002
4. Berufl. Tätigkeit im ½ Jahr vor Behandlung	3,88	(1,62 - 9,27)	8,87	0,003
5. Keine Selbsthilfegruppe poststationär	2,26	(1,15 - 4,44)	6,00	0,014
6. Zufrieden in der Partnerschaft	2,01	(1,07 – 3,78)	4,79	0,029

Zusammenfassung der Ergebnisse der zwei logistischen Regressionsmodelle für BN-Patientinnen der BOS:

1. Von allen untersuchten anamnestischen Variablen erklären Berufstätigkeit und ein gutes Kontaktverhalten vor Behandlungsbeginn am besten den Therapieerfolg.
2. Von allen untersuchten katamnestischen Variablen (für die Zeit nach der stationären Behandlung) erklären die reduzierte Angst vor dem Essen, ein gutes Körpergefühl, fehlende Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie, fehlende Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe sowie die Zufriedenheit in einer bestehenden Partnerschaft am besten den Therapieerfolg. Die beiden für das anamnestische Modell ausgewählten anamnestischen Variablen wurden zwar auch in den Rechengang für das katamnestische Modell eingebracht; lediglich die Variable „Berufstätigkeit im ½ Jahr vor der stationären Behandlung“ konnte sich auch im katamnestischen Modell durchsetzen.

4.2 Zentrale Hypothesen und Operationalisierung der zu überprüfenden MZS-Variablen

4.2.1 Formulierung der zentralen Hypothesen

Auf der Grundlage der BOS-Ergebnisse werden die folgenden zentralen Hypothesen formuliert:

Hypothesen zu anamnestischen Variablen der Anorexia nervosa:

1. *Fehlende Chronizität (ein Krankheitsverlauf von höchstens 5 Jahren)* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa.
2. *Die Abwesenheit von Depression in der Herkunftsfamilie* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa.
3. *Das Nichtvorhandensein von Geschwistern* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa.

Hypothesen zu katamnestischen Variablen bei Anorexia nervosa:

1. *Die Verminderung der Angst vor dem Essen zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa.
2. *Ein gutes Körpergefühl bei der Nachuntersuchung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa.
3. *Nach der stationären Behandlung nicht alleine zu wohnen*, leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa.

Hypothesen zu anamnestische Variablen bei Bulimia nervosa:

1. *Berufstätigkeit im letzten ½ Jahr vor der stationären Behandlung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa.

2. *Ein gutes Kontaktverhalten vor der stationären Behandlung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa.

Hypothesen zu katamnesticen Variablen bei Bulimia nervosa:

1. *Die Verminderung der Angst vor dem Essen zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa.
2. *Ein gutes Körpergefühl bei der Nachuntersuchung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa.
3. *Die Nichtinanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie nach der stationären Behandlung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa.
4. *Die Nichtinanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe nach der stationären Behandlung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa.
5. *Das Vorhandensein einer zufriedenstellenden Partnerschaft* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa.

4.2.2 Operationalisierung der zu überprüfenden MZS-Variablen

Im folgenden werden die Antworten auf jene Fragen der BOS und der MZS miteinander verglichen, die Inhalt der zu überprüfenden Variablen sind. Da für die Fragen aus der BOS der gesamte Fragebogen im Anhang zu finden ist, werden die BOS-Fragen nur zitiert, nicht aber der BOS-Antwortteil. Dagegen werden die möglichen Antworten auf die MZS-Fragen wörtlich wiedergegeben, weil die zugehörigen Fragebögen wegen des großen Umfangs nicht im Anhang enthalten sind.

Chronizität:

BOS-Frage 6: „Wie alt waren Sie bei Ausbruch Ihrer Krankheit in Jahren?“

MZS-Frage bei Behandlungsbeginn: „Wie alt waren Sie bei Beginn der Eßstörung, wegen der Sie jetzt hier sind?“

Aus dem aktuellen Alter und dem Alter bei Krankheitsbeginn wurde in beiden Studien die Differenz als Krankheitsdauer gebildet.

Depression in der Herkunftsfamilie:

BOS-Frage 18: „Bestanden bei Ihren Eltern eine oder mehrere der folgenden Störungen?“

BOS-Frage 19: „Bestanden bei mindestens einem Ihrer Geschwister eine oder mehrere der folgenden Störungen?“

Die Codierung erfolgte für Vater, Mutter und Geschwister getrennt; unter den 7 Antwortmöglichkeiten lautete die 5. Kodiermöglichkeit: „Depressionen (z.B. medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung wegen seelischer Verstimmungen)“.

MZS-Frage bei Behandlungsbeginn: „Gibt es oder gab es bei Ihren Eltern und Geschwistern belastende körperliche oder seelische Erkrankungen (z.B. Herzkrankheit, Behinderung, Depression, Selbstmord, Alkoholabhängigkeit, Suchtkrankheiten, Eßstörungen)?“

Wenn die Frage bejaht wurde, konnte als Fließtext die Art der Störung bzw. Erkrankung eingegeben werden. Die Fließtextangaben wurden dann nachträglich kodiert und Depression nur dann angenommen, wenn sie im Fließtext formuliert war.

Geschwister:

BOS-Frage 17: „Wieviele Geschwister haben Sie?“

MZS-Frage bei Behandlungsbeginn: „Haben Sie Geschwister?“

Weniger Angst vor dem Essen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung:

BOS-Frage 25: „Wie steht es mit Ihrer Angst vor dem Essen im Vergleich zu vorher?“

Im Anschreiben war erläutert worden, daß mit „vorher“ die Zeit vor der stationären Behandlung gemeint ist. Kodierungsmöglichkeiten: viel weniger (1) – etwas weniger (2) – unverändert (3) - etwas mehr (4) - viel mehr (5).

MZS: Diese Frage existierte weder als einzelne Frage noch als Skala eines psychometrischen Instrumentes in der MZS. Daher mußte sie als Surrogat-Variable erst aus den Antworten auf folgende beide Fragen geschaffen werden:

1. „Fürchten Sie sich davor, dick zu werden?“ Antwortmöglichkeiten: „Ich habe keine Angst davor, dick zu werden.“ (1) – „Ich fürchte mich gelegentlich davor, dick zu werden.“ (2) – „Ich bin in ständiger Sorge, dick zu werden.“ (3) – „Der Gedanke daran, dick zu werden, löst bei mir Panik aus.“ (4) – „Ich möchte eher sterben als dick sein.“ (5)

2. „Haben Sie Angst, die Selbstkontrolle in bezug auf das Essen zu verlieren?“ Antwortmöglichkeiten: „immer“ (1) – „oft“ (2) – „gelegentlich“ (3) – „selten“ (4) – „nie“ (5).

Die beiden Fragen mit dem 5-teilig ordinal-skalierten Antwortteil wurden identisch bei Behandlungsbeginn, bei Behandlungsende und bei der Nachuntersuchung gestellt. Um einen Summenscore aus den Antworten beider Fragen zu erstellen, wurde zunächst die zweite Frage umkodiert, damit sinngemäß die analoge Ordinalskalierung wie in der ersten Frage besteht. Der Summenscore aus beiden Antworten kann dann zusammen maximal 10 betragen. Aus der Differenz zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende bzw. zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchung wurde die Qualität der Variable „Abnahme der Angst vor dem Essen“ als „vorhanden (1)“ oder „nicht vorhanden (0)“ hergestellt. Wenn das so beurteilbare Niveau der Angst vor dem

Essen als unverändert niedrig (Gesamtscore < 5) bzw. unverändert hoch (Gesamtscore > 4) angegeben wurde, so ist im ersten Fall gleichwohl eine Angstverminderung kodiert worden, da bei günstiger Ausgangslage keine relevante Angstminderung mehr möglich war; im zweiten Fall wurde dagegen von einem gleichbleibend hohen Niveau der Angst vor dem Essen ausgegangen oder von einer Verschlechterung. Eine externe Validierung dieser neu geschaffenen Variable war nicht möglich.

Ein gutes Körpergefühl zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung:

BOS-Frage 43: „Bitte vergleichen Sie die Ausprägung folgender Merkmale im letzten ½ Jahr vor der Klinikaufnahme bei uns mit den vergangenen 6 Monaten.“

Es sind dann insgesamt 12 Merkmale aufgelistet (an dritter Stelle „körperliches Befinden“), die sowohl für die Zeit vor der Therapie als auch für die letzten 6 Monate in einer 5-teiligen Ordinalskala angekreuzt werden können: sehr gut (1) – gut (2) – mittelmäßig (3) – nicht so gut (4) – schlecht (5).

MZS-Frage : „Wie finden Sie Ihren Körper?“

Sowohl beim Entlassungszeitpunkt als auch bei der Nachuntersuchung wurde diese Frage gestellt. Es folgen vier Antwort-Skalen, von denen jede fünfteilig ordinal-skaliert ist: A) anziehend (1) – abstoßend (5), B) wohlproportioniert (1) – unproportioniert (5), C) muskulös (1) – schlaff (5), D) weiblich (1) – unweiblich (5). Nur wenn die Addition der Punktscores aller vier Teilfragen nicht höher als 8 war (bei insgesamt 20 möglichen Punkten), wurde ein gutes Körpergefühl angenommen.

Wohnform nach der stationären Behandlung nicht allein:

BOS-Frage 12: „Im folgenden interessiert uns Ihre Wohnform vor der Behandlung bei uns und jetzt.“

Für die Zeit vorher und nachher können jeweils 6 verschiedene Wohnformen angekreuzt werden; die erste davon ist die Wohnform „alleine“.

MZS-Frage bei der Nachuntersuchung: „Ich wohne ...“

Es folgen 8 verschiedene Wohnformen, die für den Zeitpunkt der Nachuntersuchung angekreuzt werden können. Die erstgenannte Wohnform ist „alleine“, die weiteren: „mit

(Ehe-)Partner/in“, „mit Kind oder Kindern“, „mit einem oder beiden Elternteilen“, „mit Schwiegereltern“, „mit sonstigen Verwandten“, „mit Bekannten oder Freunden“, „im Wohnheim / in einer Wohngruppe“, „mit anderen“.

Berufstätigkeit vor der stationären Behandlung:

BOS-Frage 9: „Bitte machen Sie uns einige Angaben zu ihrer beruflichen Situation im letzten ½ Jahr vor der Klinikaufnahme bzw. im vergangenen ½ Jahr.“

Als Antwortmöglichkeit folgen jeweils für beide genannten Zeiträume 7 verschiedene Möglichkeiten, von denen die erste „vollschichtig berufstätig“ und die zweite „teilzeitbeschäftigt“ ist.

MZS-Frage bei der Nachuntersuchung: „Beschäftigungssituation: Ich bin ganztags beschäftigt (1). Ich bin halbtags beschäftigt (2). Ich arbeite gelegentlich (3). Ich bin ohne Arbeit (4). Ich bin Hausfrau (5). Ich bin in Ausbildung (6)“. Von den insgesamt 6 Antwortmöglichkeiten bezogen sich die ersten beiden (genannten) auf vorhandene Berufstätigkeit.

Kontaktverhalten vor der stationären Behandlung:

BOS-Frage 43: „Bitte vergleichen Sie die Ausprägung folgender Merkmale im letzten ½ Jahr vor der Klinikaufnahme bei uns mit den vergangenen 6 Monaten.“

Es sind dann insgesamt 12 Merkmale aufgelistet (an 10. Stelle „Kontaktverhalten gegenüber anderen Menschen“), die sowohl für die Zeit vor der Therapie als auch für die letzten 6 Monate in einer 5-teiligen Ordinalskala angekreuzt werden können: sehr gut (1) – gut (2) – mittelmäßig (3) – nicht so gut (4) – schlecht (5).

MZS-Frage bei Behandlungsbeginn (Frage 62 im Narzißmusinventar): „Es fällt mir schwer, zu anderen Kontakt aufzunehmen.“

Es bestehen 5 Antwortmöglichkeiten hinsichtlich der Korrektheit dieser Aussage: „stimmt nicht“ (1) – „stimmt ein wenig“ (2) – „teils ja, teils nein“ (3) – „stimmt überwiegend“ (4) – „stimmt völlig“ (5).

Inanspruchnahme ambulanter Psychotherapie nach der stationären Behandlung:

BOS-Frage 42: „Welche therapeutische oder psychotherapeutische Erfahrung haben Sie vor bzw. nach der stationären Behandlung bei uns gemacht?“

Es folgen für jeweils beide Zeiträume insgesamt 8 allgemein formulierte Antwortmöglichkeiten, von denen 3 Möglichkeiten verschiedene Formen ambulanter Psychotherapie betreffen.

MZS-Frage bei der Nachuntersuchung: „Haben Sie nach Abschluß Ihrer damaligen Therapie eine neue Behandlung begonnen?“

Im Falle der Bejahung konnte dann „ambulant“ oder „stationär“ kodiert werden.

Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe nach der stationären Behandlung:

BOS-Frage 42: „Welche therapeutische oder psychotherapeutische Erfahrung haben Sie vor bzw. nach der stationären Behandlung bei uns gemacht?“

Es folgen für jeweils beide Zeiträume insgesamt 8 allgemein formulierte Antwortmöglichkeiten, von denen die fünfte die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe betrifft.

MZS-Frage bei der Nachuntersuchung: „Welche Orientierung hat Ihre derzeitige Behandlung? (mehrere Antworten sind möglich)“

Von den insgesamt 11 Antwortmöglichkeiten (Tiefenpsychologie, Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, Transaktionsanalyse, Gestalttherapie, Familientherapie, *Selbsthilfegruppe* speziell für Eßstörungen, Gesprächstherapie, Yoga oder Autogenes Training oder Bioenergetik oder Hypnosetherapie, Homöopathie oder Heilpraktiker, Sonstige) betrifft die siebte die Inanspruchnahme einer Eßstörungs-spezifischen Selbsthilfegruppe.

Zufriedenstellende Partnerschaft zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung:

BOS-Frage 43: „Bitte vergleichen Sie die Ausprägung folgender Merkmale im letzten ½ Jahr vor der Klinikaufnahme bei uns mit den vergangenen 6 Monaten.“

Es sind dann insgesamt 12 Merkmale aufgelistet (an 5. Stelle „Verhältnis zum Partner“), die sowohl für die Zeit vor der Therapie als auch für die letzten 6 Monate in einer 5-teiligen Ordinalskala angekreuzt werden können: sehr gut (1) – gut (2) – mittelmäßig (3) – nicht so gut (4) – schlecht (5).

MZS-Frage bei der Nachuntersuchung: „Meine Beziehung zu meinem/r Partner/in ist ...“ Es folgen 4 Kodierungsmöglichkeiten: „überhaupt nicht zufriedenstellend“ (1) – „nicht zufriedenstellend“ (2) – „neutral“ (3) – „zufriedenstellend“ (4). Die Auswertung der Antworten auf diese Frage erfolgte nur, wenn zuvor das Bestehen einer Partnerschaft kodiert worden war (Frage 30).

4.3 Ergebnisse der Multizentrischen Eßstörungsstudie (MZS)

Zunächst sollen die wesentlichen soziodemografischen Befunde (4.3.1) und der Gewichtsverlauf (4.3.2) dargestellt werden. Danach folgen in tabellarischer Form die Häufigkeiten der Variablen, die dem Modell der logistischen Regression angeboten wurden (4.3.3). Dann werden die Ergebnisse der logistischen Regression vorgestellt (4.3.4). Schließlich werden psychopathologische Befunde – bzw. deren Veränderung während der Therapie – von Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg dargestellt. Zusätzlich wird geprüft, ob die Variablen, die bei der Nachuntersuchung erklärenden Charakter für den Behandlungserfolg haben, bereits zum Ende der stationären Therapie mit dem späteren Behandlungserfolg korrelieren. Wenn nicht besonders gekennzeichnet, gab es in keinem der folgenden Unterabschnitte signifikante Unterschiede zwischen restriktiven und bulimischen AN-Patientinnen.

4.3.1 Soziodemografische Daten

Das Durchschnittsalter (\pm Standardabweichung) zum Zeitpunkt der stationären Aufnahme betrug bei der AN 25,1 (\pm 5,8) Jahre, bei der BN 25,9 (\pm 6,1) Jahre. Die

Werte bewegten sich bei der AN zwischen 17 und 52 Jahren, bei der BN zwischen 18 und 57 Jahren.

In Tab. 19 ist der Familienstand vor und ein Jahr nach der stationären Behandlung dargestellt. Insgesamt finden sich hier keine so auffälligen Verschiebungen wie in der BOS, bei der die Nachuntersuchung allerdings ein Jahr später stattfand.

Tab. 19: Familienstand vor Behandlung und bei der Nachuntersuchung

	Anorexia nervosa				Bulimia nervosa			
	Familienstand: Behandlungsbeginn		Familienstand: Nachuntersuchung		Familienstand: Behandlungsbeginn		Familienstand: Nachuntersuchung	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ledig	297	79,0	294	78,2	347	77,3	341	75,9
Ehe / eheähnl. Beziehung	62	16,5	59	15,7	67	14,9	72	16,0
verheiratet, aber getrennt lebend	5	1,3	8	2,1	12	2,7	8	1,8
geschieden	11	2,9	13	3,5	23	5,1	23	5,1
verwitwet	1	,3	1	,3	0	,0	2	,4
keine Angaben	0	,0	1	,3	0	,0	3	,7
Summe	376	100,0	376	100,0	449	100,0	449	100,0

In der Tabelle 20 ist die berufliche Situation vor der Behandlung und bei der Nachuntersuchung dargestellt. Es fällt auf, daß im Vergleich zur BOS unter den AN-Patientinnen vor der Therapie weniger berufstätig (BOS: 77,4 %) und mehr arbeitslos (BOS: 11,9 %) waren. Bei den BN-Patientinnen sind die Unterschiede vergleichsweise gering. Die Häufigkeiten der übrigen Kategorien sind ähnlich verteilt wie in der BOS.

Tab. 20: Berufliche Situation vor der Behandlung und bei der Nachuntersuchung

	Anorexia nervosa				Bulimia nervosa			
	vor Behandlung (T1)		nach Behandlung (T3)		vor Behandlung (T1)		nach Behandlung (T3)	
	N	%	N	%	N	%	N	%
ganztags berufstätig	111	29,5	104	27,7	195	43,4	181	40,3
teilzeitbeschäftigt	24	6,4	47	12,5	17	3,8	55	12,2
arbeitslos	69	18,4	42	11,2	56	12,5	41	9,1
Schülerin / Studentin	98	26,1	143	38,0	115	25,6	132	29,4
Auszubildende	40	10,6	- *	- *	29	6,5	- *	- *
Hausfrau	13	3,5	18	4,8	14	3,1	15	3,3
Rentnerin / lfd. Rentenverfahren	7	1,9	13	3,5	4	,9	13	2,9
keine Angabe	14	3,7	9	2,4	19	4,2	12	2,7
Summe	376	100,0	376	100,0	449	100,0	449	100,0

* Bei der Nachuntersuchung (T3) wurden in der MZS Schülerinnen, Studentinnen und Auszubildende zu einer einzigen Variable zusammengefaßt.

Fehlende Berufstätigkeit ist in diesem Zusammenhang nicht gleichbedeutend mit Arbeitslosigkeit. Definitiv arbeitslos bei Behandlungsbeginn waren in der BOS ca. 12% der AN- und 11% der BN-Patientinnen (s.a. Tabelle 10), in der MZS ca. 18% der AN- und 13% der BN-Patientinnen (s.a. Tabelle 20). Es ist an dieser Stelle interessant, die Zahlen aus den Tabellen 10 und 20 in die Arbeitslosenquote²¹ der jeweiligen Patientinnen-Gruppe umzurechnen. Es ergeben sich nämlich sowohl für die BOS als auch für die MZS deutlich höhere Arbeitslosenquoten als im Durchschnitt der gesamten weiblichen Bevölkerung. Immerhin verminderte sich im zweijährigen Katamnesezeitraum die Arbeitslosenquote der AN-Patientinnen der BOS von 21,5% auf 14,1% und für die BN-Patientinnen der BOS von 17,1% auf 10,5%. In der MZS verminderte sich im einjährigen Katamnesezeitraum die Arbeitslosenquote der AN-Patientinnen von 33,8% auf 21,8% und für die BN-Patientinnen von 20,9% auf 14,8%.

Ebenso wie in der BOS war auch in der MZS eine orientierende Aussage darüber möglich, welcher Schicht die Herkunftsfamilien der Patientinnen angehören. Aus der Berufstätigkeit der Eltern wurde die jeweils höhere Berufsposition als die des

²¹ Die Arbeitslosenquote errechnet sich aus dem Arbeitslosenanteil am Gesamt der dem Markt zur Verfügung stehenden Erwerbspersonen. Für die Frauen betrug die offizielle Arbeitslosenquote 1994 (mit erheblichen regionalen Schwankungen vor allem in den neuen Bundesländern) im Durchschnitt 10,3%.

Hauptverdieners unterstellt (s. a. Tabelle 21). Die Unterschiede zwischen beiden Diagnosegruppen waren nicht signifikant ($p: 0,07$). Demnach können zwischen 20% und 30% der Oberschicht (BOS: 26,4 %), um die 60% der Mittelschicht (BOS: 42,8 %) und nur ca. 10% der Unterschicht (BOS: 25,8 %) zugerechnet werden. Zugunsten der Mittelschicht-Patientinnen liegt damit der prozentuale Anteil der Unterschicht-Patientinnen um mehr als 15% unter jenem der BOS (s. a. Tabelle 11).

Tab. 21: Hauptverdiener der Herkunftsfamilie

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa	
	N	%	N	%
leitende Position	110	29,3	100	22,3
mittl. Angestellter, Facharbeiter	212	56,4	277	61,7
Hilfsarbeiter, Sozialhilfe-Empf.	34	9,0	53	11,8
unklare Angabe	20	5,3	19	4,2
Summe	376	100,0	449	100,0

Die Antworten auf die Frage, wer den Lebensunterhalt für die Patientinnen vor bzw. nach der Behandlung bestreitet, sind in Tab. 22 zusammengefaßt. In beiden Diagnosegruppen nimmt zwischen Beginn der stationären Behandlung und Nachuntersuchung der Anteil jener Frauen zu, die ihren Lebensunterhalt selber bestreiten.

Tab. 22: Person, die für den Lebensunterhalt der Patientin vor bzw. nach der Behandlung aufkam

	Anorexia nervosa				Bulimia nervosa			
	Behandlungsbeginn		Nachuntersuchung		Behandlungsbeginn		Nachuntersuchung	
	N	%	N	%	N	%	N	%
Patientin selbst	109	29,0	130	34,6	187	41,6	206	45,9
Partner(in)	45	12,0	42	11,2	54	12,0	45	10,0
Vater und / oder Mutter	173	46,0	145	38,6	156	34,7	130	29,0
andere	49	13,0	59	15,7	52	11,6	68	15,1
Summe	376	100,0	376	100	449	100,0	449	100

Gleichzeitig werden prozentual weniger Patientinnen zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung von ihren Eltern unterstützt. Der Unterschied zwischen AN- und BN-Patientinnen bei Behandlungsbeginn ist im Chi-Quadrat-Test signifikant (deskriptives $p=0,001$). Außerdem fällt auf, daß im Vergleich zur BOS (s. a. Tabelle 12) – vor allem bei den Anorektikerinnen – der Anteil der Selbstversorgerinnen sowohl bei Behandlungsbeginn (BOS: 54,1 %) als auch bei der Nachuntersuchung (BOS: 64,2 %) um 20% bis 30% niedriger liegt. Ähnliches gilt in abgeschwächter Form auch für die BN-Patientinnen der BOS: Bei Behandlungsbeginn verdienen 53,3 % ihren Lebensunterhalt selber, bei der Nachuntersuchung 66,9 %. Die Vergleichbarkeit der Häufigkeiten bei der Nachuntersuchung ist allerdings durch den Umstand eingeschränkt, daß bei der BOS der Katamnesezeitraum 2 Jahre, bei der MZS nur ein Jahr betrug.

4.3.2 Gewichtsentwicklung

Bei der *Anorexia nervosa* war ein signifikanter Gewichts- bzw. BMI-Zuwachs sowohl zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende als auch zwischen Behandlungsende und Nachuntersuchung feststellbar (deskriptives $p=0,000$). Das mittlere Körpergewicht (\pm Standardabweichung) betrug bei Behandlungsbeginn 44,2 kg (\pm 7,4), bei Behandlungsende 46,9 kg (\pm 6,9) und zum Untersuchungszeitpunkt 48,2 kg (\pm 9,1). Die entsprechenden BMI-Werte waren: 15,8 kg/m² (\pm 2,4), 16,8 kg/m² (\pm 2,2) bzw. 17,3 (\pm 3,0). Zwar ist der mittlere BMI, der sich aus dem angegebenen Wunschgewicht bei der Nachuntersuchung errechnet mit 18,0 kg/m² (\pm 1,8) über dem mittleren BMI-Wert, der sich aus dem mitgeteilten Actualgewicht errechnet; allerdings liegt dieser „Wunsch-BMI“ nur bei insgesamt 29 Patientinnen (7,7 %) in dem von der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung (1995) angegebenen Normalbereich (20-24,9 kg/m²).

Bei der *Bulimia nervosa* war ein zwar statistisch signifikanter, aber insgesamt unerheblicher Gewichts- bzw. BMI-Zuwachs zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende und zwischen Behandlungsende und Nachuntersuchung feststellbar ($p: 0,000$). Das mittlere Körpergewicht betrug bei Behandlungsbeginn 64,7 (\pm 16,5) kg,

bei Behandlungsende 63,5 kg ($\pm 15,1$) und zum Nachuntersuchungszeitpunkt 64,1 kg ($\pm 15,0$). Die entsprechenden BMI-Werte waren: 23,0 kg/m² ($\pm 5,9$), 22,5 kg/m² ($\pm 5,3$), 22,8 kg/m² ($\pm 5,4$). Der mittlere BMI, der sich aus dem angegebenen Wunschgewicht errechnet, liegt bei 20,4 kg/m² ($\pm 2,5$) und somit unter dem BMI-Wert, der sich aus dem mitgeteilten Aktualgewicht errechnet; gleichzeitig ist der „Wunsch-BMI“ bei insgesamt 178 Patientinnen (39,6 %) in dem von der Deutschen Gesellschaft für Adipositasforschung (1995) angegebenen Normalbereich (20-24,9 kg/m²) angesiedelt. Mehr als ¼ der Bulimikerinnen (117 Patientinnen, 26,1 %) gaben bei der Nachuntersuchung einen Wunsch-BMI von weniger als 19 kg/m² an und beschreiben ihr Wunschgewicht somit deutlich im untergewichtigen Bereich.

4.3.3 Häufigkeiten der dem Regressionsmodell angebotenen MZS-Variablen

Der Therapieerfolg (Definition s. Abschnitt 3.2) war die zu erklärende Variable (Zielvariable) bei den Berechnungen für die Hauptfragestellung. Ein Therapieerfolg ein Jahr nach Therapiebeginn lag bei 41 AN-Patientinnen (10,9 %; BOS: 34 % nach 2 Jahren) und bei 81 BN-Patientinnen (18,0 %; BOS: 45,2% nach 2 Jahren) vor. Bei 7 (1,9 %) der 376 AN-Patientinnen und bei 12 (2,7 %) der 449 BN-Patientinnen wurde anlässlich der schriftlichen 1-Jahres-Katamnese kein Gewicht mitgeteilt, so daß hier die Erfolgseinschätzung offen bleiben mußte, zumal aus nicht systematisch erfaßten Mitteilungen einiger dieser Frauen hervorgeht, daß sie den Verzicht auf das Wiegen als Fortschritt und als Ausdruck von Genesung empfänden.

Die Häufigkeiten der überprüften Variablen in der BOS und der MZS für die anorektischen Patientinnen sind in der Tabelle 23 dargestellt. In beiden Studien wird von den AN-Patientinnen ohne Therapieerfolg deutlich häufiger Depression in der Herkunftsfamilie und ein längerer Krankheitsverlauf angegeben als von AN-Patientinnen mit Therapieerfolg. Dagegen gibt es in der MZS – im Gegensatz zur BOS – keinen Häufigkeits-Unterschied zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen AN-Patientinnen hinsichtlich des Vorhandenseins von Geschwistern (s. Tabelle 23): es zeigt sich, daß bei den erfolgreichen fast genauso häufig Geschwister vorhanden waren wie bei den nicht erfolgreichen AN-Patientinnen.

Von den katamnestischen Variablen sind „Verminderung der Angst vor dem Essen“ und „ein gutes Körpergefühl nach der Therapie“ bei den erfolgreichen AN-Patientinnen beider Studien häufiger vertreten als bei den nicht erfolgreichen. Dagegen wohnen – anders als in der BOS – erfolgreiche nicht häufiger als AN-Patientinnen der MZS ohne Therapieerfolg nach der Therapie allein.

Innerhalb der Gruppe der AN-Patientinnen der MZS gab es im Hinblick auf die überprüften Variablen zwischen restriktiven und bulimischen AN-Patientinnen nur beim Item „Chronizität (Krankheitsverlauf länger als 5 Jahre)“ einen signifikanten Unterschied: 109 Patientinnen (44,5%) mit restriktiver AN und 73 Patientinnen mit bulimischer AN (56,6%; deskriptives p: 0,030) hatten einen chronischen Verlauf ihrer Eßstörung. Auch die Zielvariable „Therapieerfolg“ war zwischen restriktiven und bulimischen AN-Patientinnen unterschiedlich verteilt: 35 (14,5 %) der restriktiven AN-Patientinnen, jedoch nur 6 (4,7 %) der bulimischen AN-Patientinnen wiesen einen Therapieerfolg auf (deskriptives p: 0,003).

Tab. 23: Häufigkeiten jener Variablen in der MZS, die in der BOS für AN-Patientinnen den Behandlungserfolg erklärten. Zum Vergleich dann die Häufigkeiten dieser Variablen in der BOS. Signifikante Unterschiede als deskriptives p bezeichnet.

Variable	MZS			BOS		
	AN mit Therapieerfolg N=41 (100%)	AN ohne Therapieerfolg N=335 (100%)	p	AN mit Therapieerfolg N=54 (100%)	AN ohne Therapieerfolg N=105 (100%)	p
<i>Anamnestisch:</i>						
Geschwister vorhanden	36 (87,8 %)	290 (88,4 %)	0,801	41 (75,9 %)	95 (90,5 %)	0,018
Depression in der Familie	3 (7,3 %)	52 (15,9 %)	0,170	9 (16,7 %)	35 (33,3 %)	0,039
Krankh.verlauf > 5 Jahre	15 (36,6 %)	165 (50,6 %)	0,099	21 (38,9 %)	61 (58,1 %)	0,029
<i>Katamnestisch</i> :						
Weniger Angst vor d. Essen	36 (87,8 %)	195 (59,6 %)	0,000	49 (90,7 %)	62 (59,0 %)	0,000
Gutes Körpergefühl	13 (31,7 %)	38 (11,6 %)	0,001	31 (57,4 %)	20 (19,0 %)	0,000
Alleine Wohnen	13 (31,7 %)	131 (39,9 %)	0,396	11 (20,4 %)	45 (42,9 %)	0,005

In Tabelle 24 sind die Häufigkeiten für jene Variablen dargestellt, die sich in der BOS als erklärend für den Behandlungserfolg bei BN herausgestellt hatten und deren erklärende Validität an den Daten der MZS überprüft werden sollte.

Tab. 24: Häufigkeiten jener Variablen in der MZS, die in der BOS für BN-Patientinnen den Behandlungserfolg erklärten. Zum Vergleich dann die Häufigkeiten dieser Variablen in der BOS. Signifikante Unterschiede sind mit deskriptivem p gekennzeichnet.

Variable	MZS			BOS		
	BN mit Therapieerfolg N=81 (100 %)	BN ohne Therapieerfolg N=356 (100 %)	p	BN mit Therapieerfolg N=112 (100 %)	BN ohne Therapieerfolg N=136 (100 %)	p
<i>Anamnestisch:</i>						
Berufstätigkeit vor Bhdl.	46 (56,8 %)	196 (55,1 %)	0,805	101 (90,2 %)	105 (77,2 %)	0,007
Gutes Kontaktverhalten vor Bhdl.	38 (46,9 %)	174 (48,9 %)	0,806	28 (25,0 %)	20 (14,7 %)	0,052
<i>Katamnestisch:</i>						
Weniger Angst vor d. Essen	78 (96,3 %)	212 (59,6 %)	0,000	110 (98,2 %)	92 (67,6 %)	0,000
Gutes Körpergefühl nach der Bhdl.	21 (25,9 %)	43 (12,1 %)	0,003	101 (90,2 %)	83 (61,0 %)	0,000
Weitere Psychotherapie nach Bhdl.	50 (61,7 %)	264 (74,2 %)	0,029	56 (50,0 %)	99 (72,8 %)	0,000
Selbsthilfegruppe nach Bhdl.	9 (11,1 %)	29 (8,1 %)	0,386	29 (25,9 %)	51 (37,5 %)	0,057
Zufriedenstell. Partnerschaft n. Bhdl.	40 (49,4 %)	105 (29,5 %)	0,001	70 (62,5 %)	50 (36,8 %)	0,000

Die in der BOS bei BN-Patientinnen unterschiedlich verteilten Häufigkeiten der anamnestischen Variablen „Berufstätigkeit vor Behandlung“ und „Gutes Kontaktverhalten vor Behandlung“ sind in der MZS annähernd gleich häufig bei BN-Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg zu finden. Dasselbe gilt für die katamnestische Variable „Inanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe nach der Behandlung“. Dagegen sind – in Übereinstimmung mit den BOS-Befunden – die katamnestischen MZS-Variablen „Weniger Angst vor dem Essen“, „Gutes Körpergefühl nach Behandlung“, „Inanspruchnahme

ambulanter Psychotherapie nach stationärer Behandlung“ sowie „Bestehen einer zufriedenstellenden Partnerschaft“ bei den BN-Patientinnen der MZS mit und ohne Therapieerfolg signifikant unterschiedlich verteilt (s. a. Tabelle 24).

4.3.4 MZS-Ergebnisse der logistischen Regression

4.3.4.1 Anorexia nervosa

In Tab. 25 sind Exponenten von Beta mit ihrem Konfidenzbereich für jene anamnestischen MZS-Variablen dargestellt, die sich zuvor in der BOS als erklärend für den Behandlungserfolg bei AN herausgestellt hatten und deren erklärende Validität an den Daten der MZS überprüft werden sollte. Zum Vergleich sind auch die Beta-Exponenten für diese Variablen aus der BOS aufgeführt. Man sieht, daß für alle drei Variablen der Konfidenzbereich des Beta-Exponenten den Wert 1 einschließt. Dieser Wert würde aber bedeuten, daß die jeweilige Variable keinen eigenständigen Einfluß auf den Therapieerfolg ausübt. Es kommt auch nicht zu einer nennenswerten Deviance-Reduktion (s. a. output 1b im Anhang), so daß die anamnestischen BOS-Variablen für AN in der MZS nicht bestätigt werden.

Tab. 25: In der BOS im anamnestischen Modell für AN ausgewählte und jetzt in der MZS überprüfte Variablen (Methode „ENTER“).

Variable	Exponent (B) BOS	Exponent (B) MZS	Konfidenzbereich (95%)
Keine Geschwister	2,96	2,31	(0,37 – 2,73)
Keine Chronizität (max. 5 J. Krankheitsdauer)	2,19	1,72	(0,88 – 3,39)
Keine Depression in der Herkunftsfamilie	2,45	2,21	(0,65 – 7,47)

In Tab. 26 sind die Beta-Exponenten mit dem zugehörigen Konfidenzbereich für jene katamnestischen MZS-Variablen dargestellt, die sich zuvor in der BOS als erklärend für den Behandlungserfolg bei AN herausgestellt hatten und deren erklärende Validität an den Daten der MZS überprüft werden sollte. Zum Vergleich sind auch die Beta-

Exponenten für diese Variablen aus der BOS aufgeführt. Nur für die Beta-Exponenten der Variablen „Weniger Angst vor dem Essen“ und „Gutes Körpergefühl nach der Therapie“ liegt der Konfidenzbereich deutlich über dem Wert 1. Insgesamt kommt es auch zu einer relevanten Deviance-Reduktion (s. a. output 2b im Anhang). Die beiden genannten Variablen leisten also einen signifikanten Informationszuwachs zum schon vorhandenen Modell. Dagegen beinhaltet der Konfidenzbereich der Variable „alleine Wohnen“ auch den Wert 1, so daß diese Variable in der MZS nicht als den Therapieerfolg erklärend bestätigt werden kann.

Tab. 26: In der BOS im katamnestischen Modell für AN ausgewählte und jetzt in der MZS überprüfte Variablen (Methode „ENTER“).

Variable	Exponent (B) BOS	Exponent (B) MZS	Konfidenzbereich (95%)
Weniger Angst vor d. Essen	4,71	17,21	(5,32 – 55,71)
Gutes Körpergefühl	4,41	2,31	(1,23 – 4,33)
Alleine Wohnen	2,83	1,30	(0,76 – 2,21)

Die Variablen „Weniger Angst vor dem Essen“ und ein „Gutes Körpergefühl“ wurden auch am Ende der stationären Behandlung erfaßt. Daher konnte überprüft werden, ob jene AN-Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung angaben, weniger Angst vor dem Essen und ein gutes Körpergefühl zu haben, diese Angaben auch schon bei Behandlungsende machten. Das Ergebnis ist in der Tabelle 27 dargestellt. Es wird deutlich, daß 82,6 % jener AN-Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung eine Verminderung ihrer Angst vor dem Essen angaben, dies auch am Ende der stationären Behandlung taten, während die restlichen Patientinnen erst nach ihrer Entlassung aus der Therapie eine Verminderung ihrer Angst vor dem Essen erlebten (Spearman correlation 0,312).

Anders verhält es sich mit der Angabe über ein gutes Körpergefühl zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung bzw. beim Behandlungsende. Aus Tab. 28 geht hervor, daß die Mehrheit jener AN-Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung ein gutes Körpergefühl

angaben, dies bei Behandlungsende noch nicht taten. Entsprechend ist die Korrelation nur gering (Spearman Korrelation 0,145)

Tab. 27: Verminderung der Angst vor dem Essen bei AN-Patientinnen der MZS zwischen T1 und T2 sowie zwischen T1 und T3

			Essangstverminderung zw. T1 und T3		Summe
			nein	ja	
Eßangstverminderung zw. T1 und T2	nein	N	65	41	106
		% T1/T2	61,3	38,7	100,0
		% T1/T3	46,4	17,4	28,2
	ja	N	75	195	270
		% T1/T2	27,8	72,2	100,0
		% T1/T3	53,6	82,6	71,8
Summe	N	140	236	376	
	% T1/T2	37,2	62,8	100,0	
	% T1/T3	100,0	100,0	100,0	

T1: Behandlungsbeginn; T2: Behandlungsende; T3: Nachuntersuchung;

Tab. 28: Gutes Körpergefühl bei AN-Patientinnen der MZS zum Behandlungsende (T2) und bei der Nachuntersuchung (T3)

			Gutes Körpergefühl bei T3		Summe
			nein	ja	
Gutes Körpergefühl bei T2	nein	N	296	43	339
		% T2	87,3	12,7	100,0
		% T3	91,9	79,6	90,2
	ja	N	26	11	37
		% T2	70,3	29,7	100,0
		% T3	8,1	20,4	9,8
Summe	N	322	54	376	
	% T2	85,6	14,4	100,0	
	% T3	100,0	100,0	100,0	

4.3.4.2 Bulimia nervosa

In Tab. 29 sind Beta-Exponenten mit ihrem Konfidenzbereich für jene anamnestischen MZS-Variablen dargestellt, die sich zuvor in der BOS als erklärend für den Behandlungserfolg bei BN herausgestellt hatten und deren erklärende Validität an den Daten der MZS überprüft werden sollte. Zum Vergleich sind auch die Beta-Exponenten für diese Variablen aus der BOS aufgeführt. Man sieht, daß für alle beiden Variablen der Beta-Exponent in der MZS den Wert 1 innerhalb des Konfidenzbereiches annehmen kann. Dieser Wert würde aber – wie auch beim anamnestischen Modell für AN-Patientinnen der MZS - bedeuten, daß die jeweilige Variable keinen eigenständigen Einfluß auf den Therapieerfolg ausübt. Es kommt auch nicht zu einer nennenswerten Deviance-Reduktion (s. a. output 3b im Anhang), so daß die anamnestischen BOS-Variablen für BN in der MZS nicht bestätigt werden.

Tab. 29: In der BOS im anamnestischen Modell für BN ausgewählte und jetzt in der MZS überprüfte Variablen (Methode „ENTER“).

Variable	Exponent (B) BOS	Exponent (B) MZS	Konfidenz- Bereich (95%)
Berufliche Tätigkeit vor der stationären Behandlung	2,69	1,07	(0,66 – 1,74)
Gutes Kontaktverhalten vor der stationären Behandlung	1,92	0,93	(0,57 – 1,50)

In Tabelle 30 sind Beta-Exponenten mit ihrem Konfidenzbereich für jene katamnestic MZS-Variablen dargestellt, die sich zuvor in der BOS als erklärend für den Behandlungserfolg bei BN herausgestellt hatten und deren erklärende Validität an den Daten der MZS überprüft werden sollte. Zum Vergleich sind auch die Beta-Exponenten für diese Variablen aus der BOS aufgeführt. Man sieht, daß die Beta-Exponenten für „Berufliche Tätigkeit im ½ Jahr vor stationärer Aufnahme“ sowie für die Variable „Keine Selbsthilfegruppe nach der stationären Behandlung“ unter dem Wert 1 liegen, was im Kontext der Vorbefunde aus der BOS keine sinnvolle Aussage über den erklärenden Wert dieser beiden Variablen erlaubt (s. a. output 4b im Anhang). Für diese beiden Variablen kann man sagen, daß sie in der MZS nicht nur nicht bestätigt wurden,

sondern daß ihr erklärender Wert in der BOS zufällig zustande gekommen oder vom Sample abhängig ist. Für die Variable „keine ambulante Psychotherapie nach der stationären Behandlung“ liegt zwar der Beta-Exponent über dem Wert 1, aber der Vertrauensbereich schließt den Wert 1 ein, so daß diese Variable in der MZS ebenfalls nicht bestätigt wird. Die Variable *Gutes Körpergefühl* weist zwar einen ausreichend hohen Beta-Exponenten auf, jedoch schließt der Vertrauensbereich den Wert 1 ein, so daß hier eine Bestätigung des BOS-Befundes bei einer unteren Konfidenzgrenze von 0,98 knapp verfehlt wurde. Dagegen haben sich die Variablen „Weniger Angst vor dem Essen“ sowie „Zufriedenstellende Partnerschaft nach der Behandlung“ bestätigen lassen, denn der Beta-Exponent liegt deutlich über dem Wert 1 und der Konfidenzbereich schließt den Wert 1 nicht ein.

Tab. 30: In der BOS im katamnesticen Modell für BN ausgewählte und jetzt in der MZS überprüfte Variablen (Methode „ENTER“).

Variable	Exponent (B) BOS	Exponent (B) MZS	Konfidenz-Bereich (95%)
Weniger Angst vor dem Essen	21,6	16,63	(5,11 – 54,08)
Gutes Körpergefühl bei d. Nachuntersuchung	3,84	1,89	(0,98 – 3,66)
Keine ambulante Psychotherapie poststationär	3,31	1,46	(0,84 – 2,55)
Berufliche Tätigkeit vor d. stationären Behandlung	3,88	0,91	(0,53 – 1,56)
Keine Selbsthilfegruppe poststationär	2,26	0,54	(0,22 – 1,29)
Zufrieden in der Partnerschaft.	2,01	2,05	(1,18 – 3,56)

Die Variablen „Weniger Angst vor dem Essen“ und ein „Gutes Körpergefühl“ wurden auch am Ende der stationären Behandlung erfaßt. Daher konnte überprüft werden, ob jene BN-Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung angaben, weniger Angst vor dem Essen und ein gutes Körpergefühl zu haben, diese Angaben auch schon bei Behandlungsende machten. Das Ergebnis ist in der Tabelle 31 dargestellt. Es wird deutlich, daß – vergleichbar dem Ergebnis bei der AN - 83,3 % jener BN-Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung eine Verminderung ihrer Angst vor dem Essen angaben,

dies auch am Ende der stationären Behandlung taten, während die restlichen Patientinnen erst nach ihrer Entlassung aus der Therapie eine Verminderung ihrer Angst vor dem Essen erlebten (Spearman correlation 0,278).

Tab. 31: Verminderung der Angst vor dem Essen bei BN-Patientinnen der MZS zwischen T1 und T2 sowie zwischen T1 und T3

			Essangstverminderung zw. T1 und T3		Summe
			nein	ja	
Eßangst- verminderung zw. T1 und T2	nein	N	63	50	113
		% T1/T2	55,8	44,2	100,0
		% T1/T3	42,3	16,7	25,2
	ja	N	86	250	336
		% T1/T2	25,6	74,4	100,0
		% T1/T3	57,7	83,3	74,8
Summe	N	149	300	449	
	% T1/T2	33,2	66,8	100,0	
	% T1/T3	100,0	100,0	100,0	

T1: Behandlungsbeginn; T2: Behandlungsende; T3: Nachuntersuchung;

Anders verhält es sich mit dem Vorhandensein einer befriedigenden Partnerschaft bei Behandlungsende und bei der Nachuntersuchung (s. Tabelle 32). Bei nur 58,2 % der BN-Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung über eine befriedigende Partnerschaft verfügten, war das auch schon beim Ende der stationären Behandlung der Fall. Für die restlichen 41,2 % der BN-Patientinnen ist es offenbar erst nach der stationären Behandlung dazu gekommen. Andererseits fällt aber auch auf, daß 48 % der BN-Patientinnen, die beim Behandlungsende eine befriedigende Partnerschaft hatten, zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nicht mehr darüber verfügten.

Tab. 32: Zufriedenstellende Partnerschaft bei BN-Patientinnen der MZS bei Behandlungsende (T2) und bei der Nachuntersuchung (T3)

			Zufriedenstellende Partnerschaft T3		Summe
			nein	ja	
Zufriedenstellende Partnerschaft bei T2	nein	N	214	64	278
		% T2	77,0	23,0	100,0
		% T3	72,3	41,8	61,9
	ja	N	82	89	171
		% T2	48,0	52,0	100,0
		% T3	27,7	58,2	38,1
Total	N	296	153	449	
	% T2	65,9	34,1	100,0	
	% T3	100,0	100,0	100,0	

Nun ist weiterhin die Frage interessant, ob bei den 153 BN-Patientinnen mit zufriedenstellender Partnerschaft bei der Nachuntersuchung diese Partnerschaft bereits bei Behandlungsbeginn bestand. Bei 83 BN-Patientinnen (54,2%) handelte es sich um dieselbe Beziehung wie nach der Therapie, die restlichen 70 BN-Patientinnen (45,7%) hatten eine neue Beziehung begonnen.

4.3.5 Ergebnis der Hypothesenüberprüfung

Im folgenden werden die zentralen Hypothesen wiederholt und eine Anmerkung hinzugefügt, die Auskunft darüber gibt, ob die oben dargestellten statistischen Prüfungen eine Bestätigung der anhand der BOS-Ergebnisse formulierten Hypothesen erbracht haben oder nicht.

Hypothesen zu anamnestischen Variablen bei Anorexia nervosa:

1. *Fehlende Chronizität (ein Krankheitsverlauf von höchstens 5 Jahren)* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa: **Nicht bestätigt!**
2. *Die Abwesenheit von Depression in der Herkunftsfamilie* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa: **Nicht bestätigt!**

3. Das *Nichtvorhandensein von Geschwistern* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa: **Nicht bestätigt!**

Hypothesen zu katamnesticen Variablen bei Anorexia nervosa:

1. *Die Verminderung der Angst vor dem Essen zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa: **Bestätigt!**
2. *Ein gutes Körpergefühl bei der Nachuntersuchung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa: **Bestätigt!**
3. *Nach der stationären Behandlung nicht alleine zu wohnen*, leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Anorexia nervosa: **Nicht bestätigt!**

Hypothesen zu den anamnestischen Variablen bei Bulimia nervosa:

1. *Berufstätigkeit im letzten 1/2 Jahr vor der stationären Behandlung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa: **Nicht bestätigt!**
2. *Ein gutes Kontaktverhalten vor der stationären Behandlung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa: **Nicht bestätigt!**

Hypothesen zu katamnesticen Variablen bei Bulimia nervosa:

1. *Die Verminderung der Angst vor dem Essen zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa: **Bestätigt!**
2. *Ein gutes Körpergefühl bei der Nachuntersuchung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa: **Nicht bestätigt!**

3. *Die Nichtinanspruchnahme von ambulanter Psychotherapie nach der stationären Behandlung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa: **Nicht bestätigt!**
4. *Die Nichtinanspruchnahme einer Selbsthilfegruppe nach der stationären Behandlung* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa: **Nicht bestätigt!**
5. *Das Vorhandensein einer zufriedenstellenden Partnerschaft* leistet einen Beitrag zur Erklärung des Therapieerfolges bei Bulimia nervosa: **Bestätigt!**

4.3.6 Beschreibung der Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg hinsichtlich Depressivität (SCL90-R) und Selbsterleben (Narzißmusinventar) bei Therapieende

4.3.6.1 Depressivität (SCL90-R)

Theoretisch könnten die Skalenmittelwerte im SCL-90-R die Werte 0 bis 4 betragen (s. a. Abschnitt 3.6), wobei die Belastung mit steigenden Werten größer wird.

Vorausgeschickt sei an dieser Stelle, daß ein Mittelwertvergleich der eingesetzten Depressionsskala des SCL-90-R zwischen denjenigen Patientinnen, die an der Nachuntersuchung teilnahmen und denjenigen, die nicht teilnahmen, keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen - weder bei Behandlungsbeginn, noch bei Behandlungsende - ergab. Diese Feststellung ist für AN- und BN-Patientinnen gleichermaßen zutreffend.

Anorexia nervosa:

In Tabelle 33 sind die Depressivitäts-Mittelwerte für AN-Patientinnen mit und ohne späteren Therapieerfolg bei Beginn und Ende der stationären Behandlung dargestellt.

Es fällt auf, daß die Gruppe der AN-Patientinnen mit einem Therapieerfolg bei der Nachuntersuchung sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei Behandlungsende

niedrigere Mittelwerte auf der Depressionsskala aufwies als die Gruppe der AN-Patientinnen ohne späteren Therapieerfolg. Zwischen AN-Patientinnen vom restriktiven bzw. bulimischen Typ gab es keine signifikanten Mittelwertunterschiede.

Die Depressivitäts-Mittelwerte (\pm Standardabweichung) bei Behandlungsbeginn von jenen AN-Patientinnen, die Depressionen in der Herkunftsfamilie angaben ($2,12 \pm 0,87$), liegen etwas höher als bei jenen Frauen, die keine Depressionen in der Herkunftsfamilie angaben ($1,98 \pm 0,92$). Der Unterschied ist aber statistisch nicht signifikant.

Tab. 33: Depressionsskala-Mittelwerte bei Behandlungsbeginn (MW1) und Behandlungsende (MW2) von AN-Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg (bei der Nachuntersuchung); MW: Mittelwert (\pm Standardabweichung); evtl. signifikante Unterschiede sind als deskriptives p angegeben; * bei Behandlungsende füllten nur 318 Patientinnen den SCL90-R aus.

	AN-Pat. mit Therapieerfolg N=41	AN-Pat. ohne Therapieerfolg N=328*	p
MW1 (Bhdl.-Beginn)	1,74 (\pm 1,00)	2,04 (\pm 0,90)	0,074
MW2 (Bhdl.-Ende)	1,07 (\pm 0,87)	1,53 (\pm 0,88)	0,002

Die Einteilung der AN-Patientinnen nach durchschnittlicher, deutlicher bzw. hochgradiger depressiver Belastung bei Beginn und Ende der stationären Behandlung konnte mit Hilfe der T-Transformation durchgeführt werden (s. a. Abschnitt 3.6). Die Ergebnisse sind in den Tabellen 34 und 35 dargestellt. Die Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen AN-Patientinnen sind sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei Behandlungsende statistisch signifikant (deskriptives $p < 0,05$ bzw. $p < 0,01$).

Tab. 34: Depressive Belastung (SCL-90-R) bei AN zu Beginn der Behandlung

		Therapieerfolg		Summe
		nein	ja	
durchschnittlich	N	35	10	45
	%	10,7	24,4	12,2
deutlich	N	91	9	100
	%	27,7	22,0	27,1
hochgradig	N	202	22	224
	%	61,6	53,7	60,7
Summe	N	328	41	369
	%	100,0	100,0	100,0

Tab. 35: Depressive Belastung (SCL-90-R) bei AN zu Beginn der Behandlung

		Therapieerfolg		Summe
		nein	ja	
durchschnittlich	N	86	20	106
	%	27,0	48,8	29,5
deutlich	N	111	14	125
	%	34,9	34,1	34,8
hochgradig	N	121	7	128
	%	38,1	17,1	35,7
Summe*	N	318	41	359
	%	100,0	100,0	100,0

* 10 der insgesamt 328 Patientinnen ohne Therapieerfolg füllten bei Behandlungsende den Test nicht aus, was die Fallzahl im Vergleich zu Tab. 34 verminderte.

Bulimia nervosa:

In Tabelle 36 sind die Depressivitäts-Mittelwerte für BN-Patientinnen mit und ohne späteren Therapieerfolg bei Beginn und Ende der stationären Behandlung dargestellt.

Wie bei den AN-Patientinnen fällt auch hier auf, daß die Gruppe der BN-Patientinnen mit einem Therapieerfolg bei der Nachuntersuchung sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei Behandlungsende niedrigere Mittelwerte auf der Depressionsskala aufwies als die Gruppe der AN-Patientinnen ohne späteren Therapieerfolg.

Tab. 36: Depressionsskala-Mittelwerte bei Behandlungsbeginn (MW1) und Behandlungsende (MW2) von BN-Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg (bei der Nachuntersuchung); MW: Mittelwert (\pm Standardabweichung); evtl. signifikante Unterschiede sind als deskriptives p angegeben; * bei Behandlungsende füllten nur 424 Patientinnen den SCL90-R aus.

	BN-Pat. mit Therapieerfolg N=81	BN-Pat. ohne Therapieerfolg N=356*	p
MW1 (Bhdl.-Beginn)	1,71 (\pm 0,87)	1,94 (\pm 0,87)	0,030
MW2 (Bhdl.-Ende)	1,04 (\pm 0,83)	1,37 (\pm 0,87)	0,002

Auch bei den BN-Patientinnen konnte die Einteilung nach durchschnittlicher, deutlicher bzw. hochgradiger depressiver Belastung bei Beginn und Ende der stationären Behandlung mit Hilfe der T-Transformation durchgeführt werden (s. a. Abschnitt 3.6). Die Ergebnisse sind in den Tabellen 37 und 38 dargestellt. Die Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen AN-Patientinnen sind sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei Behandlungsende statistisch signifikant (deskriptives $p < 0,05$ bzw. $p < 0,01$).

Tab. 37: Depressive Belastung (SCL-90-R) bei BN zu Beginn der Behandlung

		Therapieerfolg		Summe
		nein	ja	
durchschnittlich	N	49	16	65
	%	13,8	19,8	14,9
deutlich	N	98	27	125
	%	27,5	33,3	28,6
hochgradig	N	209	38	247
	%	58,7	46,9	56,5
Summe	N	356	81	437
	%	100,0	100,0	100,0

Tab. 38: Depressive Belastung (SCL-90-R) bei BN am Ende der Behandlung

		Therapieerfolg		Summe
		nein	ja	
durchschnittlich	N	123	43	166
	%	35,7	54,4	39,2
deutlich	N	119	25	144
	%	34,5	31,6	34,0
hochgradig	N	103	11	114
	%	29,9	13,9	26,9
Summe *	N	345	79	424
	%	100,0	100,0	100,0

* 13 der insgesamt 437 Pat. füllten bei Behandlungsende den Test nicht aus, was die Fallzahl im Vergleich zu Tab. 37 verminderte.

4.3.6.2 „Ohnmächtiges Selbst“, „Affekt- und Impuls-Kontrollverlust“ und „Negatives Körper selbst“ (Narzißmusinventar)

Im folgenden werden die drei ausgewerteten Skalen des Narzißmusinventars bei Behandlungsbeginn und Behandlungsende für beide Diagnosegruppen mit und ohne späteren Therapieerfolg dargestellt. Theoretisch können die Skalen Werte von 10 bis 50 annehmen (s. a. Abschnitt 3.6), wobei die Belastung mit steigenden Werten größer wird. Einschränkend muß in Erinnerung gebracht werden, daß noch keine Referenzwerte einer gesunden Kontrollgruppe vorliegen. Insofern können vorläufig nur die Bewegung und die Bewegungsrichtung der Subgruppen zu verschiedenen Meßzeitpunkten festgehalten werden. Grenzwerte hinsichtlich der Selbstregulation, die sich an einer gesunden Normstichprobe (wie etwa im SCL-90-R, s. o.) orientieren, und die Auskunft über die Zugehörigkeit zu einer Gruppe mit durchschnittlicher oder eindeutig pathologischer Selbstregulation geben, stehen z. Zt. noch nicht zur Verfügung.

Wie schon beim SCL-90-R fällt auch bei den berechneten Skalen des Narzißmusinventars auf, daß sowohl bei den AN- als auch BN-Patientinnen, die später als „erfolgreich“ eingeschätzt wurden, die Meßwerte sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei Behandlungsende im Durchschnitt niedriger lagen als bei jenen Frauen, die bei der Nachuntersuchung ein Jahr später nicht als „erfolgreich“ eingeschätzt wurden.

Anorexia nervosa:

In der Tabelle 39 sind die mittleren Rohwerte der drei verwendeten Narzißmusinventar-Skalen bei Behandlungsbeginn und bei Behandlungsende für AN-Patientinnen dargestellt. Bei allen drei Skalen gab es nicht nur hinsichtlich der mittleren Skalenwerte beider Meßzeitpunkte deutliche Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patientinnen, sondern auch hinsichtlich der Höhe der Differenz dieser Skalenwerte zwischen den beiden Meßzeitpunkten. Erfolgreiche Patientinnen hatten also durchschnittlich niedrigere Ausgangswerte und auch niedrigere Werte beim Behandlungsende als die Subgruppe der nicht erfolgreichen Patientinnen.

Auch die Score-Differenz zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende fällt auf allen drei Skalen bei den Patientinnen mit Therapieerfolg stärker aus als bei jenen ohne Therapieerfolg (s.a. Tabelle 39): Die Verminderungen der mittleren Skalenwerte liegen für die erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen AN-Patientinnen auf der Skala

Tab. 39: Mittelwerte der drei genannten Narzißmus-Skalen bei Behandlungsbeginn (MW1) und Behandlungsende (MW2) für AN-Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg (bei der Nachuntersuchung); signifikante Unterschiede sind als deskriptives p angegeben; MW: Mittelwert (\pm Standardabweichung); * bei Behandlungsende füllten nur 320 Pat. dieser Subgruppe den Test aus.

	AN mit Therapieerfolg N=41	AN ohne Therapieerfolg N=328*	p
„Ohnmächtiges Selbst“			
MW1	30,41 (\pm 9,95)	34,06 (\pm 9,25)	0,030
MW2	23,62 (\pm 8,95)	28,84 (\pm 10,06)	0,001
„Affekt-/Impuls-Kontroll-Verlust“			
MW1	30,44 (\pm 8,77)	32,24 (\pm 8,48)	0,219
MW2	27,07 (\pm 8,98)	29,97 (\pm 9,17)	0,058
„Negatives Körperselbst“			
MW1	26,56 (\pm 11,24)	31,23 (\pm 11,19)	0,015
MW2	18,60 (\pm 7,08)	26,72 (\pm 11,19)	0,000

„Ohnmächtiges Selbst“ bei 6,8 (\pm 8,8) bzw. 5,1 (\pm 8,4), auf der Skala „Affekt- / Impuls-Kontrollverlust“ bei 3,4 (\pm 7,8) bzw. 2,3 (\pm 7,1) und auf der Skala „Negatives Körperselbst“ bei 8,0 (\pm 9,1) bzw. 4,4 (\pm 8,6). Zwischen restriktiven und bulimischen AN-Patientinnen gab es keine signifikanten Mittelwert-Unterschiede.

Bulimia nervosa:

In der Tabelle 40 sind die mittleren Werte der drei verwendeten Narzißmusinventar-Skalen bei Behandlungsbeginn und bei Behandlungsende für BN-Patientinnen dargestellt. Bei allen drei Skalen gab es nicht nur hinsichtlich der mittleren Skalenwerte beider Meßzeitpunkte deutliche Unterschiede zwischen erfolgreichen und nicht erfolgreichen Patientinnen, sondern auch hinsichtlich deren Differenz zwischen diesen beiden Meßzeitpunkten: So wie bei der AN bedeutet das, daß die erfolgreichen Patientinnen durchschnittlich niedrigere Ausgangswerte und auch niedrigere Werte beim Behandlungsende aufwiesen als die Subgruppe der nicht erfolgreichen Patientinnen.

Tab. 40: Mittelwerte der drei genannten Narzißmus-Skalen bei Behandlungsbeginn (MW1) und Behandlungsende (MW2) für BN-Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg (bei der Nachuntersuchung); signifikante Unterschiede sind als deskriptives p angegeben; MW: Mittelwert (\pm Standardabweichung); * bei Behandlungsende füllten nur 80 erfolgreiche u. 352 nicht erfolgreiche Patienten Test aus;

	BN-Pat. mit Therapieerfolg N=81*	BN-Pat. ohne Therapieerfolg N=356*	p
„Ohnmächtiges Selbst“			
MW1	30,21 (\pm 8,63)	32,78 (\pm 9,47)	0,019
MW2	22,79 (\pm 8,68)	27,96 (\pm 10,18)	0,000
„Affekt-/Impuls-Kontroll-Verlust“			
MW1	31,67 (\pm 8,51)	33,22 (\pm 8,88)	0,147
MW2	27,96 (\pm 7,68)	30,41 (\pm 8,88)	0,014
„Negatives Körperselbst“			
MW1	28,87 (\pm 11,72)	30,54 (\pm 11,36)	0,247
MW2	20,38 (\pm 10,12)	25,34 (\pm 11,48)	0,000

Auch die Score-Differenz zwischen Behandlungsbeginn und Behandlungsende fällt auf allen drei Skalen bei den Patientinnen mit Therapieerfolg stärker aus als bei jenen ohne Therapieerfolg (s.a. Tabelle 40): Die Verminderung der mittleren Skalenwerte liegt für die erfolgreichen bzw. nicht erfolgreichen BN-Patientinnen auf der Skala „Ohnmächtiges Selbst“ bei 7,6 (\pm 7,9) bzw. 4,7 (\pm 8,1), auf der Skala „Affekt- / Impuls-Kontrollverlust“ bei 3,9 (\pm 8,2) bzw. 2,8 (\pm 7,9) und auf der Skala „Negatives Körperselbst“ bei 8,7 (\pm 10,0) bzw. 5,1 (\pm 9,1).

5. DISKUSSION

In der vorliegenden Arbeit wurden zunächst im Rahmen einer bizenrischen, retrospektiven Untersuchung (Berlin-Oeynhausen-Studie / „BOS“) an 1986 bis 1989 stationär behandelten AN- und BN-Patientinnen Ergebnisse gewonnen, mit deren Hilfe Hypothesen im Hinblick auf einen möglichen Therapieerfolg generiert wurden. Diese Hypothesen wurden dann an einer zweiten Patientinnengruppe, im Rahmen einer prospektiven, multizentrischen Studie (Multizentrische Eßstörungsstudie / „MZS“) überprüft. Die Patientinnen dieser Studie wurden von 1993 bis 1996 in insgesamt 45 verschiedenen deutschen Kliniken stationär behandelt. Ergänzend wurde in der MZS auch eruiert, ob die Bedingungen jener Variablen, die sich später als erklärend für den Therapieerfolg herausstellten, schon bei der Entlassung aus der stationären Therapie erfüllt waren. Zusätzlich wurden bei der MZS-Patientinnengruppe Veränderungen im Hinblick auf Depressivität und Selbstregulation im Behandlungszeitraum beschrieben, da bei dieser Studie Daten von zwei Meßzeitpunkten ausgewertet werden konnten (Behandlungsanfang T1, Behandlungsende T2).

Ziel der Arbeit war es, anamnestische Parameter und solche des Krankheitsverlaufes zu beschreiben, die erklärenden Charakter für den Therapieerfolg - innerhalb eines für Eßstörungen relativ kurzen Beobachtungszeitraumes von einem Jahr - haben.

5.1 Diskussion der Methodik

In die Studie wurden alle Patientinnen eingeschlossen, die sich während der o.g. Zeiträume in den jeweiligen einbezogenen Kliniken zur stationären Psychotherapie befanden und die den diagnostischen Kriterien des DSM III-R (American Psychiatric Association 1987) entsprachen. Die Anwendung des Manuals wurde lediglich dahingehend modifiziert, daß keine Doppeldiagnosen von AN und BN gestellt wurden, sondern - im Vorgriff auf erst später in Kraft getretene Manual-Veränderungen - dann von der bulimischen Form einer Anorexie ausgegangen wurde (American Psychiatric

Association 1994). Dies war auch deswegen sinnvoll, damit bei der Konfigurierung der regressionsanalytischen Modelle anorektisches Verhalten vom restriktiven Typ und jenes vom bulimischen Typ als eigenständige Variablen desselben Krankheitsbildes berücksichtigt werden konnten, und somit die Ergebnisse mit denen anderer Studien verglichen werden konnten.

Wie in anderen Untersuchungen an stationären Eßstörungen-Patientinnen, so muß auch bei dieser Arbeit von einem *Selektionseffekt* ausgegangen werden, der eine Verallgemeinerung der Ergebnisse auf ambulant behandelte Patientinnen nur unter Vorbehalt zuläßt, weil stationär zu behandelnde eher schwerer krank sind als ambulant behandelbare Eßgestörte (s.a. Abschnitt 1.3.2). Anders dagegen ist die Situation in geografischer Hinsicht: Sowohl bei der BOS²², als auch bei der MZS wurden Patientinnen untersucht, die aus verschiedenen Regionen Deutschlands zur Behandlung überwiesen wurden. Die relativ große Patientinnenzahl und die maximale regionale Streuung der untersuchten Patientinnen mindert den Selektionseffekt in geografischer Hinsicht.

Die *Nichteinbeziehung männlicher Patienten* beruht auf der noch unbeantworteten Frage, inwieweit männliche den weiblichen Eßgestörten überhaupt vergleichbar sind. Es wird immer wieder vertreten, daß Männer mit Eßstörungen, die in unserer Kultur eigentlich Frauenkrankheiten sind, eine schwerere Psychopathologie als eßgestörte Frauen aufweisen. Träfe das zu, so würde sich dieser Umstand bei einer wissenschaftlichen Untersuchung, die nicht den geschlechtsspezifischen Unterschied bei Eßstörungen zum Inhalt hat, verzerrend auf die Ergebnisse auswirken können – eine Befürchtung, die auch Herpertz et al. (1997) aufgrund eigener vergleichender Untersuchungen äußerten. Es bestünde auch die Gefahr, daß aufgrund der geringeren Fallzahl der männlichen Patienten zu weitgehende Aussagen über Eßstörungen bei Männern gemacht würden, weil durch die große Zahl der untersuchten Frauen typische Charakteristika männlicher Patienten maskiert werden könnten.

²² Die Korso-Klinik in Bad Oeynhausen behandelt Patienten, die aus verschiedenen deutschen Regionen überwiesen werden.

Was die vermutete schwerere Psychopathologie eßgestörter Männer betrifft, so werden insbesondere Störungen der Geschlechtsidentität sowohl von psychoanalytischer Seite (s.a. Tabin u. Tabin 1988) als auch von verhaltenstherapeutischer Seite (s.a. Fichter u. Daser 1987) erwähnt. Eigene Untersuchungen und die persönliche klinische Erfahrung unterstützen diese Ansicht (s.a. Köpp u. Jacoby 1994). Auch die Untersuchung von Powers u. Spratt (1994) an 15 eßgestörten Männern und 15 gematchten eßgestörten Frauen bietet keine Grundlage für eine völlig andere Einschätzung: Diese Studie ergab in vieler Hinsicht ähnliche Befunde bei beiden Geschlechtern; allerdings gaben mehr Männer als Frauen eine bisexuelle Orientierung und einen Medikamentenmißbrauch an – Befunde, die von Carlat et al. (1997) an 135 eßgestörten Männern bestätigt wurden. Weiterhin gibt es Hinweise dafür, daß die Körperbildstörungen bei eßgestörten Männern stärker ausfallen und länger anhalten als bei eßgestörten Frauen (s.a. Deter et al. 1997).

Zur Kritik des gewählten statistischen Verfahrens wurde bereits bei der Darstellung der logistischen Regression auf die Möglichkeit hingewiesen, daß eigentlich relevante Variablen der BOS nur deswegen nicht als Prädiktor-Variablen ausgewählt (und dann in der MZS überprüft) wurden, weil sie von anderen, die als erklärend in das Modell eingingen, maskiert wurden. So könnte beispielsweise die Variable „Alter bei Krankheitsbeginn nach dem 18. Lebensjahr“ von der Variable „keine Chronizität“ maskiert worden sein, was auch von Strober et al. (1997) in ihrer Studie diskutiert wird. Die Variable „Erfolg in Ausbildung und Beruf“ könnte von der Variable „vorhandene Berufstätigkeit im ½ Jahr vor Behandlungsbeginn“ maskiert worden sein. Es muß also eingeräumt werden, daß durch die Wahl der logistischen Regression als statistisches Verfahren eine Unterschätzung der möglichen Bedeutsamkeit nicht ausgewählter Variablen in Kauf genommen wurde. Andererseits ist durch das Design („Hypothesenbildung mittels BOS, Replikation mittels MZS“) das Risiko der Überschätzung von in der zweiten Studie bestätigten Variablen minimiert!

Ähnlich verhält es sich mit einer Reihe von Items, bei denen nicht ganz klar ist, ob es sich um sog. trait- oder state-Variablen²³ handelt. Allerdings wird diese Gefahr

²³ Gemeint sind Variablen, die relativ stabil bzw. jene, die zeitabhängig situativ schwankend sind.

minimiert, wenn man bedenkt, daß solche Variablen sich dann auch bei einer Kontrollstudie – wie hier durchgeführt – nur dann durchsetzen können, wenn sie relativ beständig wirksam sind.

Die Auswertung der *Skalen verschiedener psychometrischer Instrumente* (SCL-90-R und Narzißmusinventar) geschah nur beschreibend im Hinblick auf die Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg. Es wäre sicher wünschenswert gewesen, diese Skalen in die Rechengänge der logistischen Regression einzuführen. Das konnte aber deswegen nicht geschehen, weil diese Testinstrumente bei der Planung der Vorstudie (BOS) nicht berücksichtigt wurden und in der aktuellen Form auch noch gar nicht vorlagen.

Nicht ganz unproblematisch bei dem Design ist der Umstand, daß der *Katamnesezeitraum* in der BOS zwei Jahre, in der MZS aber nur ein Jahr betrug. Immerhin könnte es sein, daß jene Variablen, die in der MZS nicht bestätigt werden konnten, nur deswegen nicht ausgewählt wurden, weil die mögliche Wirkzeit der jeweiligen Variable nur halb so lange war wie in der Vorstudie. Andererseits ist schwer vorstellbar, daß Variablen, die in der ersten Studie (BOS) nach einem Beobachtungszeitraum von zwei Jahren als Prädiktorvariablen ausgewählt und in der zweiten Studie (MZS) nach nur einem Jahr bestätigt wurden, in der zweiten Studie nach einem weiteren Jahr bedeutungslos geworden wären. Insgesamt liegt also die Gefahr des verwendeten Designs nicht darin, daß zu viele Variablen als Prädiktorvariablen ausgewählt wurden, sondern zu wenige. Das bedeutet aber auch, daß die in der ersten Studie ausgewählten und in der zweiten Studie bestätigten Variablen als in hohem Maß bedeutsam für den Therapieerfolg angesehen werden dürfen.

Erklärungsbedürftig ist auch die unterschiedliche Operationalisierung der Variable *Therapieerfolg*. Die Durchführung der ersten Studie (BOS) war zunächst als bizenrische Katamneseuntersuchung gedacht und erfolgte noch ohne Kenntnis der erst später projektierten und dann durchgeführten MZS. In der BOS wurde die globale Selbsteinschätzung zur Grundlage der Bewertung des Therapieerfolges gemacht, weil bei der Auswertung der BOS der Subjektivität eine größere Priorität eingeräumt wurde. Wie relativ die Selbsteinschätzung der Patientinnen ist, wurde bereits im Ergebnisteil

dargestellt (s.a. Kapitel 4.1.3): So räumten in der BOS knapp 19% der sich als „eßstörungsfrei“ bezeichnenden AN- und BN-Patientinnen ein, (mindestens noch gelegentlich) noch Diätverhalten zu praktizieren; von mehr als $\frac{1}{4}$ der sich als „eßstörungsfrei“ bezeichnenden AN-Patientinnen wurde sogar die (mindestens gelegentliche) Einnahme von Medikamenten zur Gewichtsregulation bestätigt (BN-Patientinnen: 18,8%). Das bedeutet, daß die Selbsteinschätzung der Patientinnen nicht immer völlig mit strengeren klinischen Erfolgskriterien übereinstimmen muß, sondern vor allem Ausdruck eines subjektiven Gefühls von *Besserung* (nicht Heilung!) ist. Auf dieser Grundlage war für die retrospektive BOS das Verständnis von Therapieerfolg entstanden.

Die Definitionen für die Variable *Therapieerfolg* konnten wegen der unterschiedlichen Frageformulierungen nicht identisch sein: In der BOS wurde die Frage nach Einnahme von gewichtsregulierenden Medikamenten und das Praktizieren von Erbrechen dichotom skaliert (Frage 33, Anhang S. XV; Antwortmöglichkeiten: ja / nein), während im Fragebogen der MZS eine ordinalskalierte Häufigkeitsangabe angekreuzt werden konnte (Antwortmöglichkeiten: gar nicht / weniger als 1x pro Woche / 1x pro Woche / 2-3x pro Woche / täglich / mehrmals täglich). Hätte man aber die strengeren dichotomen Variablen der BOS zur Grundlage der Beurteilung von Therapieerfolg gemacht, so hätte man damit ein völliges Sistieren eines Teils der Kernsymptomatik gefordert²⁴. Damit wäre aber die Variable *Therapieerfolg* fast schon identisch mit jenen Anforderungen, die an eine Heilung des Krankheitsbildes gestellt werden können.

²⁴ Wären die BOS-Berechnungen gemäß dieser „strengen“ Definition durchgeführt worden, so könnte nur noch bei 20,8% (statt 34%) der AN- und bei 34,3% (statt 45,2%) der BN-Patientinnen ein Behandlungserfolg festgestellt werden. Als zu überprüfende Prädiktorvariablen bei der AN hätten sich dann anamnestisch „Zufriedenheit mit der beruflichen Situation“ und ein „**Krankheitsverlauf bis maximal 5 Jahre**“ ergeben, als Verlaufsparemeter wären ein „**gutes Körpergefühl**“, „Familienstand (Partnerschaft oder Ehe)“, „verbesserte Einstellung zum Bauch“, „Gewichtszuwachs zwischen Entlassung und Nachuntersuchung“ sowie die fehlende „purging-Komponente“ ausgewählt worden. Für die BN hätten anamnestisch „**Berufstätigkeit vor Behandlungsbeginn**“ (auch als Verlaufsparemeter) und „Krankheitsbeginn nach dem 18. Lebensjahr“ in der MZS überprüft werden müssen; die an der Hypthesenbildung beteiligten Verlaufsparemeter wären für die BN folgende gewesen: „keine weiterführende Psychotherapie nach Behandlung“, „verbesserte Einstellung zur Körperpartie Hüfte“, „**Verminderung der Angst vor dem Essen**“, „Verbesserung des Kontaktverhaltens“. Wie man sieht, sind bei der „strengeren“ Definition für den Therapieerfolg in der BOS einige Variablen identisch (fettgedruckt). Abgesehen vom Wegfall der Eßangstverminderung bei der AN kommen die restlichen Variablen qualitativ durchaus den aktuell in der BOS ausgewählten und überprüften nahe.

Ganz maßgeblich für die methodologische Diskussion an dieser Stelle ist folgende Überlegung:

Das Ziel der beiden Studien war nicht in erster Linie, prozentuale Häufigkeiten bestimmter Variablen zu vergleichen, sondern Hypothesen zu erzeugen und diese in einem zweiten Schritt zu prüfen!

Statt eine Vorstudie (BOS) durchzuführen, hätte man die Hypothesengenerierung auch ganz anders bewerkstelligen können. Alternativen wären beispielsweise Ergebnisse von Expertengesprächen gewesen oder die direkte Überprüfung jener Prädiktorvariablen in der MZS, die in der Literatur beschrieben wurden. Dieses Procedere wäre zwar statistisch möglich, aber sicher nicht besser gewesen; denn die Variablen aus der Literatur wurden ja in der vorliegenden Untersuchung bereits in der BOS überprüft und erst dieses Resultat dann einer weiteren Überprüfung unterzogen. Die direkte Überprüfung der Variablen aus der Literatur in der MZS – unter Weglassung der BOS – wäre also insgesamt ein „ärmeres“ Design gewesen.

Schließlich muß auf die *Teilnahme an der Nachuntersuchung* eingegangen werden: Von 42 % der BOS- und von 28 % der MZS-Patientinnen konnte keine Rücksendung der Unterlagen für die Nachuntersuchung erreicht werden. Zwar unterschieden sich diejenigen Patientinnen, die an der BOS bzw. der MZS teilnahmen im Hinblick auf Altersstruktur und Diagnoseverteilung nicht von jenen Frauen, die nicht teilnahmen; dennoch ist denkbar, daß es sich um besonders ungünstige Verläufe handeln könnte. Die gegenteilige Schlußfolgerung wird zwar selten in Betracht gezogen, ist allerdings auch nicht ganz abwegig: Möglicherweise handelt es sich um besonders gesunde Frauen, die keine Mühe auf das Ausfüllen der Fragebögen verwenden wollten, weil sie für sich keinen eigenen Vorteil in der Rücksendung der Studienunterlagen sehen. Höger und Bøddekker (1990) haben die psychometrischen Auswertungen der Gießen-Teste und der Freiburger Persönlichkeitsinventare vom Beginn und Ende der Behandlung für sämtliche BOS-Patientinnen ausgewertet: Sie fanden keine wesentlichen Unterschiede zwischen denen, die an der Studie teilnahmen und denjenigen, die nicht teilnahmen.

Für die MZS ergab ein Mittelwertvergleich der eingesetzten Depressionsskala des SCL-90-R zwischen denjenigen Patientinnen, die an der Nachuntersuchung teilnahmen und jenen, die nicht teilnahmen, keinen signifikanten Unterschied zwischen beiden Gruppen (weder bei Behandlungsbeginn, noch bei Behandlungsende). Das spricht eher dafür, daß es sich bei den „drop-outs“ der Nachuntersuchung nicht unbedingt um besonders negative Verläufe handelt. Da - wie oben bereits erwähnt - keine Mehrpunktmessung für Depressivität in der BOS erfolgte, konnte dieser Vergleich zwischen Nachuntersuchungsteilnehmerinnen und Nichtteilnehmerinnen nur in der MZS erfolgen.

Franz et al. (1992) stellten fest, daß die Teilnahmekooperation im Rahmen einer von ihnen durchgeführten epidemiologischen Langzeitstudie mit sinkender Sozialschicht gefallen war. Dieser Umstand könnte sich auch bei der jetzt durchgeführten Untersuchung ausgewirkt haben: An der BOS, deren Patientinnen zu mehr als ¼ der Unterschicht entstammten, nahmen nur 58 % der angeschriebenen Patientinnen teil; an der MZS, deren Patientinnen nur zu ca. 10 % der Unterschicht entstammten, nahmen dagegen 71 % der angeschriebenen Frauen teil (s.a. Tabellen 11 und 21). Da von den BOS-Patientinnen, die nicht an der Nachuntersuchung teilnahmen, keine systematischen bzw. zuverlässigen Angaben über die Schichtzugehörigkeit vorlagen, konnte dieser Vergleich zwischen Nachuntersuchungsteilnehmern und Nichtteilnehmern nur in der MZS erfolgen.

5.2 Diskussion der Ergebnisse

5.2.1 Therapieerfolg

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß weder nach 2 Jahren (Katamnesezeitraum der BOS) und erst recht nicht nach einem Jahr (Katamnesezeitraum der MZS) eine Heilung erwartet werden kann. Ein Therapieerfolg ist demnach auch dann schon festzustellen, wenn eine klinisch signifikante Verbesserung, aber noch keine Heilung vorliegt. Die Beschreibung solcher Verlaufsabschnitte erübrigt sich keineswegs, will man verstehen,

welche Faktoren im Dienste der Genesung und welche im Dienste der Chronifizierung stehen. Daher wurde auch bei dieser Untersuchung eine klinisch signifikante Besserung der Kernsymptomatik (s.a. Abschnitt 3.2) zur Grundlage des Therapieerfolges gemacht. W. Herzog (1993) fand bei seiner Verlaufsuntersuchung über mehr als 10 Jahre, daß nur 5% seiner AN-Patientinnen nach 2 Jahren genesen waren, nach 4 Jahren 23%, nach 6 Jahren 37%, nach 9 Jahren 43% und nach 11 Jahren 52%. Strober et al. (1997) beschrieben ganz ähnliche Verläufe und Erfolgsraten. Sie unterstrichen außerdem, daß sich innerhalb der ersten 12 Monate nach der stationären Behandlung die meisten Rückfälle nach initialer Besserung ereignet haben.

34% der AN-Patientinnen und 45 % der BN-Patientinnen der BOS bezeichneten sich bei der Nachuntersuchung als eßstörungsfrei. Wie relativ diese Angabe ist, kann man daran ablesen, daß bei knapp 19% in beiden Diagnosegruppen gelegentlich immer noch die eßstörungsspezifischen Maßnahmen zur Gewichtsregulation durchgeführt werden. Daß in der MZS nur bei 11% der AN- und bei 18% der BN-Patientinnen ein Therapieerfolg verzeichnet werden konnte, dürfte zum einen mit der kürzeren Katamnesezeit und zum anderen mit den strengeren Erfolgskriterien zusammenhängen.

Lambert und Hill (1994) kritisierten, daß in vielen Outcome-Studien jene Begriffe ungenügend präzisiert sind, die eine therapiebedingte Veränderung beschreiben sollen (z.B. „improved“ oder „meaningful change“). Sie wiesen nachdrücklich darauf hin, wie wichtig eine exakte Erfolgsdefinition ist und legten Wert auf die Feststellung, daß es nicht nur auf statistische, sondern auch auf klinische Signifikanz ankäme. Diesem Desiderat ist bei der zweiten Studie (MZS) Rechnung getragen worden: Bei der hier verwendeten Definition von Therapieerfolg wird davon ausgegangen, daß zwar ein gestörtes Eßverhalten persistieren kann, daß dieses gestörte Eßverhalten aber deutlich „subklinisch“ ist, das heißt die Kriterien der zuvor gestellten Diagnose nicht mehr erfüllt werden. Weiterhin ist die hier verwendete Definition von Therapieerfolg in der MZS sehr streng, weil Gewichtskriterium, Diät-Verhalten und Purgings-Verhalten *gleichzeitig* unterhalb der Schwelle der DSM-Definition für Anorexia und Bulimia nervosa liegen müssen, obwohl bereits das Fehlen eines einzigen Kriteriums ausreichen

würde, um die persistierenden anderen Kriterien als „subklinisch“ oder „subsyndromal“ zu bezeichnen.

Erklärungsbedürftig ist die Tatsache, daß im Falle der AN das Wiedereinsetzen der Menstruation als Erfolgskriterium der Therapie unberücksichtigt blieb. Zwei Gründe spielten dabei eine Rolle: 1. Eine Amenorrhoe kann auch bei Frauen auftreten, die normal ernährt, aber psychosozial belastet sind. Ein Ausbleiben der Regel wäre demnach kein zwingender Beleg gegen einen progredienten Genesungsprozeß, zumal bekannt ist, daß die Menstruation bei der AN verzögert wiedereintreten kann - meistens jedoch nicht, bevor ein BMI deutlich nahe 19 kg/m^2 erreicht ist (Abraham u. Llewellyn-Jones 1995). 2. Häufig werden bei AN-Patientinnen Kontrazeptiva zur Osteoporoseprophylaxe²⁵ verordnet. Dieser Umstand macht die Einschätzung der Remenorrhoe unmöglich.

Es wäre sicher voreilig davon auszugehen, daß alle jene 10% AN- und 18% BN-Patientinnen, die in der MZS als erfolgreich eingestuft wurden, sich auch weiterhin kontinuierlich verbessern bis hin zur völligen Heilung.

Strober et al. (1997) beschrieben in der mehr als 10 jährigen Verlaufsbeobachtung ihrer 95 AN-Patientinnen, daß immerhin knapp 10% der Betroffenen innerhalb eines Jahres nach erfolgter Besserung („partial recovery“) einen Rückfall in das volle Krankheitsbild erlitten. Selbst nach voller Genesung sind noch bei 7% Rückfälle beobachtet worden, die aber in keinem einzigen Fall mehr das Vollbild der überwundenen Anorexia nervosa erreichten. Interessant ist der Umstand, daß innerhalb der ersten 12 Monate nach Entlassung aus der stationären Behandlung die Rückfallgefahr am größten war. Die Prozeßfigur der Genesung, die hier entsteht, ist die eines für die Mehrheit der AN-Patientinnen ansteigenden Kurvenverlaufes, der die Besserung signalisiert, der aber mit erheblichen Schwankungen – wenngleich auf immer höherem Niveau – einhergeht. Trotzdem wissen wir auch, daß mit steigendem Beobachtungszeitraum nicht nur die Heilungen, sondern auch die Mortalitätsraten bei Anorexia nervosa zunehmen

²⁵ Allerdings gibt es empirisch noch keinerlei Belege dafür, daß dieses Ziel bei AN-Patientinnen dadurch erreicht werden kann (s.a. Scholte u. van de Ast 1995). Im Gegensatz dazu ist die Wirksamkeit für die Postmenopause durch kontrollierte Studien belegt.

(Theander 1983, Remschmidt et al. 1988, Ratnasuriya et al. 1991, W. Herzog 1993, Deter u. W. Herzog 1994, Eckert et al. 1995). So können wir zwar (theoretisch begründet) davon ausgehen, daß die Mehrzahl der hier mit dem Etikett „Therapieerfolg“ ausgestatteten Patientinnen sich in einem wirklich progredienten Besserungsprozeß befinden; die Daten erlauben streng genommen aber keine sichere Aussage darüber, welche dieser jetzt gebesserten AN-Patientinnen mittel- oder langfristig mit einer Heilung rechnen können. Wahrscheinlich gelingt das besser, wenn man – wie W. Herzog (1993) und Deter u. W. Herzog (1994) – Laborparameter (vor allem Hypalbuminämie und Hyperkreatinämie) in Prädiktionsmodelle einbezieht.

Die ersten Studien an ambulant behandelten BN-Patientinnen zeigen, daß ganz offenbar mehr Patientinnen in kürzerer Zeit als bei der Anorexia nervosa geheilt werden können. Hsu (1995) stellte insgesamt 11 retrospektive Katamnese-Studien mit überwiegend ambulant behandelten BN-Patientinnen vor, die nach 2 bis 6 Jahren (bei einer Studie nach 10 Jahren) nachuntersucht wurden. Die durchschnittliche Heilungsrate betrug 62%. Die wenigen Outcome-Studien mit stationär behandelten BN-Patientinnen zeigen, daß diese bei Behandlungsbeginn unter einer schwereren Ausprägung der Symptomatik leiden als ambulant behandelbare Frauen, daß sie aber bessere Ergebnisse als AN-Patientinnen im vergleichbaren Zeitraum erzielen (Fallon et al. 1991; Williamson et al. 1989; Gleaves et al. 1993). Nur Swift et al. (1987) fanden bei 26 von 30 nachuntersuchten Patientinnen nach einem 2-5 jährigen, poststationären Verlauf die Persistenz des Vollbildes einer BN.

Keel u. Mitchell (1997) führten eine Metaanalyse von 88 follow-up-Studien zur BN mit mindestens 6 Monaten Katamnesezeit durch. Wurden nur die Studien berücksichtigt, deren Katamnesezeit zwischen 5 und 10 Jahren betrug, so waren 50% der Betroffenen geheilt, 30% waren nach zunächst erfolgter Besserung rückfällig geworden und 20% hatten das Vollbild einer BN. Die Mortalität der Gesamtgruppe betrug 7 von insgesamt 2194 Patienten, entsprechend 0,3%. Die Einschätzung der Mortalität dürfte allerdings wegen der teilweise zu kurzen Katamnesezeit unterschätzt sein.

Die bislang größte und methodisch exakteste Verlaufsstudie an stationär behandelten BN-Patientinnen stammt von Fichter u. Quadflieg (1997). Sie diagnostizierten im Gefolge einer stationären Behandlung nach zwei Jahren bei 55% und nach sechs Jahren bei 71% ihrer BN-Patientinnen eine völlige Heilung (Mortalität: 1,1%). Sie beschrieben, daß es relativ kontinuierlich zu einer Besserung des Krankheitsbildes kam. Während es im Behandlungszeitraum und vom 2. bis 6. poststationären Jahr zu einer deutlichen Besserung gekommen sei, berichten die Autoren, daß es in den beiden ersten Jahren nach der Entlassung zu einer diskreten, meistens aber nicht signifikanten Verschlechterung bei einigen Patientinnen kam.

Die jetzt in der eigenen Untersuchung vorgestellten Ergebnisse unterstreichen die aus den verschiedenen o.g. Studien resultierende generelle Einschätzung, daß die BN – auch bei stationär behandelten Patientinnen - einen günstigeren Verlauf und ein günstigeres outcome als die AN aufweist: Sowohl in der BOS (deskriptives p : 0,03), als auch in der MZS (deskriptives p : 0,004) erreichen mehr BN- als AN-Patientinnen einen Therapieerfolg innerhalb des jeweiligen Zeitraumes.

In diesem Zusammenhang ist interessant, daß scheinbar eine relevante Subgruppe von AN-Patientinnen eine Bulimia nervosa entwickelt bzw. ein Teil der BN-Patientinnen früher unter einer Anorexia nervosa litt (s.a. Feiereis 1989, Liedtke et al. 1990, Eckert et al. 1995). Das wirft die Frage auf, ob es sich bei der BN-Erkrankung dieser Frauen um eine Art „Defektheilung“ der Anorexia nervosa oder um ein Durchgangsstadium auf dem Wege zur völligen Genesung handelt. Die Vorstellung eines Kontinuums der Eßstörungen (eventuell sogar unter Einbeziehung bestimmter Adipositas-Formen) könnte hier eventuell weiterhelfen, wird aber auch nicht immer zutreffend sein. So dürfte es bei manchen BN-Patientinnen schwierig sein, retrospektiv eine Jahre zurückliegende Anorexie zu eruieren, wenn nicht konkrete medizinische Unterlagen darüber vorliegen. Auch bei Bulimikerinnen können rezidivierend durchgeführte Diäten bzw. Fastenkuren das Krankheitsbild charakterisieren und es wird nicht immer leicht sein, solches Fasten anamnestisch eindeutig als subklinische Form gestörten Eßverhaltens, als BN oder als AN zu rekonstruieren. Diese Schwierigkeit wird einem

jedoch immer begegnen, wenn retrospektiv relativ „weiche“ Daten erhoben werden, die dann im Sinne von “lifetime occurrence“ eines Phänomens ausgewertet werden sollen.

5.2.2 Diskussion der Ergebnisse der Prädiktorenanalyse (logistische Regression)

5.2.2.1 Anorexia nervosa

In der Anorexia nervosa-Literatur wurden verschiedene Variablen für einen ungünstigen Verlauf beschrieben:

1. *Lange Krankheitsdauer* (Seidensticker u. Tzagournis 1968, Dally 1969; Morgan u. Russel 1975; Hsu et al. 1979; Basoe u. Eskeland 1982; Morgan et al. 1983; Burns u. Crisp 1984; Hall et al. 1984; Hawley 1985; Rousenvinge u. Moulard 1990; Steinhausen et al. 1991; Deter u. W. Herzog 1994; Eckert et al. 1995).
2. *Höheres Alter bei Krankheitsbeginn* (Frazier 1965; Seidensticker u. Tzagournis 1968; Dally 1969; Theander 1970; Halmi et al. 1973; Morgan u. Russel 1975; Willi u. Hagemann 1976; Goetz et al. 1977; Sturzenberger et al. 1977; Hsu et al. 1979; Hall et al. 1984; Hawley 1985; Deter et al. 1989).
3. *Niedriges Aufnahmegewicht* (Seidensticker u. Tzagournis 1968; Morgan u. Russel 1975; Hsu et al. 1979; Steinhausen u. Glanville 1983b; Burns u. Crisp 1984; Fichter 1985). Wichtig ist in diesem Zusammenhang die 1997 von Hebebrand et al. veröffentlichte Metaanalyse, die zeigt, daß ein Aufnahmegewicht, das einem BMI von unter 13 kg/m² entspricht, in hohem Maße spätere Mortalität zu prädictieren vermag.
4. *Purging* (Theander 1970; Halmi et al. 1973; Beaumont et al. 1976; Garfinkel et al. 1977; Hus et al. 1979; Hall et al. 1984; Touyz u. Beaumont 1984; Fichter 1985; Nussbaum et al. 1985; Deter u. W. Herzog 1994)
5. *Familiäre Störungen* (Deter u. W. Herzog 1994; Steinhausen 1995; Strober et al. 1997)

Diese Variablen tauchen auch in der Prädiktoren-Zusammenstellung von Steinhausen (1995) auf, der 68 Outcome-Studien, die z.T. allerdings erhebliche methodologische

Mängel aufwies, von 1953 bis 1989 hinsichtlich der gefundenen Ergebnisse zusammengefaßt hat. Als günstig für das outcome werden außer den o.g. Parametern der frühe Krankheitsbeginn und eine konfliktfreie Eltern-Kind-Beziehung genannt.

Alle diese genannten Variablen wurden auch in der jetzt durchgeführten Studie berücksichtigt. Hinsichtlich des *Körpergewichtes* wurde aber ein anderes Verfahren gewählt: Es wurde überprüft, ob der Gewichtsanstieg während der Behandlung, nach der Behandlung oder zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchung eine Rolle spielt (drei verschiedene Variablen). Das schien deswegen sinnvoll, weil die Diskussion um die Bedeutung des Ausgangsgewichtes kontrovers ist (Zusammenfassung der Diskussion bei W. Herzog 1993). Aus eigener Erfahrung (s.a. Köpp u. W. Herzog 1996) sowie in Übereinstimmung mit Remschmidt u. Müller (1987) scheint es mehr auf die Dynamik des Gewichtsverlaufes anzukommen. Patton (1988) fand, daß ein sehr niedriges Körpergewicht bei Behandlungsbeginn (von über 35 kg unter der Norm) mit erhöhter Mortalität einhergeht. Aber Strober et al. (1997) wiesen vor allem auf die Gewichtsdyamik hin und stellten dar, daß Patientinnen mit erneutem Gewichtsverlust nach Entlassung aus der stationären Behandlung häufiger auch chronifizierte Fälle waren. Andererseits hatten Remschmidt und Müller (1987) zuvor beschrieben, daß ein zu rascher Gewichtsanstieg eher ein Prädiktor für ein negatives outcome war. In der jetzt durchgeführten Untersuchung haben sich die o.g. Gewichtsvariablen jedenfalls nicht als Prädiktoren für einen Therapieerfolg bei AN durchgesetzt.

Dasselbe gilt für die Variablen *purging* und höheres *Alter bei Krankheitsbeginn*. Während das Alter bei Krankheitsbeginn u.U. als Funktion eines chronischen Verlaufes gesehen werden kann, ist das Ergebnis im Hinblick auf das purging überraschend: Bislang galt es für den klinischen Alltag als gut belegt, daß AN-Patientinnen, die Erbrechen oder die Einnahme von Laxanzien, Diuretika und Appetithemmern praktizieren, schwerer krank sind und einen komplizierteren Krankheitsverlauf aufweisen als restriktive AN-Patientinnen. Andererseits gelang es auch Strober et al. (1997) nicht, einen entsprechenden Zusammenhang zwischen purging und outcome zu belegen. Eventuell greift die rein dichotomisierte Form der Purging-Qualität („vorhanden / nicht vorhanden“) doch zu kurz; denn wenn – wie bereits oben diskutiert

– das purging im einen Fall ein Durchgangsstadium auf dem Wege der Genesung wäre, im anderen Fall aber Ausdruck von aggravierter Pathologie, dann müßte eine Fokussierung bzw. Differenzierung der Fragestellung in dieser Hinsicht stattfinden. Um Qualität dabei „meßbar“ zu machen, böte sich an, Häufigkeit der Medikamenteneinnahme und den täglichen Zeitaufwand für purging zu erfassen. Die würde dann aber auch eine Art Zeitreihenmessung erfordern, die über eine ausreichend lange Zeitspanne zuverlässig erfolgen müßte. Die gleichzeitige, engmaschige Erhebung somatischer und Laborbefunde könnte dann zu validen, differenzierten Ergebnissen führen.

Die *kurze Krankheitsdauer* (operationalisiert als *Abwesenheit von Chronizität*) wurde in der Vorstudie (BOS) zunächst als relevant für einen Therapieerfolg ermittelt, dann aber in der zweiten Studie (MZS) nicht bestätigt. Chronizität wurde in dieser Studie – in Anlehnung an Meyer et al. (1991) – als ein Krankheitsverlauf von über 5 Jahren definiert. Diese Operationalisierung weist erhebliche Schwächen auf, die allerdings nicht der Methodik der Studie angelastet werden können. Es gibt bislang keine verbindliche Definition von „Chronizität“ (s.a. Potreck-Rose u. Koch 1994). Die verbreitete Operationalisierung des Begriffes als „langsamer, schleichender Krankheitsverlauf“ ist eine starke Vereinfachung und schließt – besonders in der Psychosomatik – dynamische Aspekte der Erkrankung selber überhaupt nicht ein (im Gegensatz dazu: die **Primär chronische Polyarthrit**is in der Inneren Medizin).

Sowohl in der BOS als auch in der MZS weisen mehr als ein Drittel der AN-Patientinnen mit und mehr als 50% ohne Therapieerfolg einen Krankheitsverlauf von über 5 Jahren auf. Die Betrachtung der zeitlichen Dimension eröffnet jedoch keinen Einblick in die eventuell relevanten Lebensereignisse, die seit langem in der Hierarchie ihrer Bedeutung für Auslösung und Verlauf von Krankheiten bekannt sind (Holmes u. Rahe 1967). Die zeitliche Dimension alleine sagt auch nichts darüber aus, auf welchem Niveau und mit welchen Schwankungen die Krankheit in dieser Zeit aktiv war. So gesehen bietet der Begriff „Chronizität“ nur eine grobe Orientierung auf der Zeitachse. Es wird aber dabei im Extremfall nicht einmal die Prozeßrichtung (Verschlechterung bzw. Besserung innerhalb der betrachteten Zeitspanne) erkennbar, sondern lediglich die

Persistenz einer diagnostischen Einschätzung mit möglicherweise unterschiedlichem Aktivitätsniveau.

In der BOS wurde die *Abwesenheit von Geschwistern* (also Einzelkindsituation) in der Herkunftsfamilie als günstig für den Therapieerfolg der AN-Patientinnen eruiert, in der MZS aber nicht bestätigt. Sehr häufig ist die Familiengröße eine Funktion der sozialen Klasse²⁶ (s.a. Ernst u. Angst 1983 sowie Dunn 1994), wobei mit zunehmender Kinderzahl das einzelne Kind u.U. mehr unter Vernachlässigung leiden kann. Dies ist gesichert für jugendliche Delinquenz und antisoziales Verhalten (Zusammenfassung bei Dunn 1994). Auch für die Entwicklung von Ängstlichkeit in der Kindheit und Jugendzeit ist dieser Effekt belegt (Schellhas 1993). Da die Einzelkindsituation als anamnestic bedeutsame Variable für den späteren Therapieerfolg bei Eßstörungen in der MZS nicht bestätigt wird, muß der Vorbefund aus der BOS eher als Zufallsergebnis angesehen werden²⁷.

Depression in der Herkunftsfamilie wurde in der BOS von 17% der AN-Patientinnen mit Therapieerfolg und von 33% der AN-Patientinnen ohne Therapieerfolg angegeben; in der MZS waren es nur halb so viele Frauen (7% bzw. 16%). In verschiedenen Familienstudien konnte zunächst kein Unterschied im Hinblick auf depressive Störungen unter Verwandten 1. Grades zwischen AN und ihren Kontrollgruppen gefunden werden. Unterteilte man die AN-Patientinnen aber in solche mit bzw. ohne affektive Störungen, so zeigte sich, daß unter den Verwandten 1. Grades von AN-Patientinnen mit affektiven Störungen gehäuft psychiatrische Diagnosen gestellt wurden (Strober et al. 1990; Halmi et al. 1993). In der jetzt durchgeführten Untersuchung wurde das Vorkommen depressiver Störungen in der Herkunftsfamilie nur grob erfaßt. Daß der Prozentsatz in der BOS doppelt so hoch wie in der MZS ist, könnte auch mit daran liegen, daß in der BOS für Vater, Mutter und Geschwister eine getrennte Kodierungsmöglichkeit (Ankreuzen) bestand und darüber hinaus sehr ausdrücklich nach

²⁶ Kinderreichtum (mindestens drei Kinder) fand sich in beiden Studien bei ca. 10% bis 15% der Oberschicht- und Mittelschicht- und bei ca. 40% der Unterschicht-Herkunftsfamilien. Eine Einzelkindsituation bestand in beiden Studien generell bei knapp 10% der Patientinnen, wobei abweichend davon in der BOS 17% der Patientinnen aus Unterschicht-Herkunftsfamilien Einzelkinder waren (Ergebnisse nicht im Ergebnisteil dargestellt).

²⁷ In drei früheren Eßstörungen-Studien (allerdings mit BN-Patientinnen), die familiäre Faktoren untersuchten, konnte kein Zusammenhang zwischen Geschwisteranzahl und outcome gefunden werden (Dolan et al. 1989 u. 1990; Boumann u. Yates 1993).

„Depressionen (z.B. medikamentöse oder psychotherapeutische Behandlung wegen seelischer Verstimmungen)“ gefragt wurde. In der MZS dagegen wurde zur Eingabe eines Fließtextes aufgefordert mit der Frage: „Gibt oder gab es bei Ihren Eltern und Geschwistern belastende körperliche oder seelische Erkrankungen (z.B. Herzkrankheit, Behinderung, Depression, Selbstmord, Alkoholabhängigkeit, Suchtkrankheiten, Eßstörungen)?“

Da nur in der BOS „Depression in der Herkunftsfamilie“ – ohne Bestätigung in der MZS - als Prädiktor für späteren Therapieerfolg eruiert wurde, wäre es interessant gewesen, hier einen möglichen Zusammenhang zwischen eigener Depressivität und dem Vorkommen depressiver Störungen in der Herkunftsfamilie zu überprüfen. Leider kam aber eine Depressivitätsskala nur in der MZS zum Einsatz, wo sich ein solcher Zusammenhang nicht zeigen läßt (s.a. Abschnitt 4.3.6.1).

Die *Abnahme der Angst vor dem Essen* leistete in beiden Studien im Modell der logistischen Regression einen Beitrag zur Erklärung des Behandlungserfolges bei AN-Patientinnen. Sowohl in der BOS als auch in der MZS wiesen ca. 90% der AN-Patientinnen mit Therapieerfolg und knapp 60% der AN-Patientinnen ohne Therapieerfolg eine Reduktion ihrer Angst vor dem Essen auf. In der BOS wurde die Frage nach der auf das Essen bezogenen Angstreduktion direkt gestellt, in der MZS wurde diese Variable als Surrogat-Variable durch die Operationalisierung aus der Bejahung der beiden Variablen „Reduktion der Angst vor Kontrollverlust beim Essen“ und „Reduktion der Angst vor dem Dickwerden“ geschaffen.

Nun könnte man einwenden, daß es sich hierbei um ein diagnostisches Kriterium der Anorexie („Starke Angst vor Gewichtszunahme oder Angst vor dem Dickwerden, obgleich Untergewicht besteht“) handelt (s.a. Abschnitt 1.2.1) und daß eigentlich bei einem Therapieerfolg mit Verbesserungen der diagnostischen Kriterien zu rechnen ist.

Dem muß man entgegenhalten, daß die Kriterien der klinisch signifikanten Besserung sich auf die Kernsymptomatik bezogen und nicht auf Einstellungen und Haltungen. Letztere sind bekanntlich auch subsyndromal unter Frauen der technisch hoch

entwickelten Länder weit verbreitet (s.a. Nylander 1971, Polivy u. Herman 1987, Dawson 1990, Dolan 1996). Vom Verlauf der Eßstörungen wissen wir, daß ein gestörtes Verhältnis zum Essen die eigentliche Eßstörung um Jahre überdauern kann und daher die auf das Essen bezogenen Fehlhaltungen und Stimmungen unbedingt erfaßt werden sollten (s.a. Windauer et al. 1993). So kamen kürzlich Strober et al. (1997) unter Benutzung u.a. der logistische Regression (mit einem ähnlich prädiktiven Design wie diese Studie) zu dem Ergebnis, daß ein zwanghafter Bewegungsdrang²⁸ zum Zeitpunkt der Entlassung aus der stationären Behandlung ein Prädiktor für Chronifizierung war. Auch diese Variable wäre im Sinne des ersten diagnostischen Anorexie-Kriteriums (s.a. Abschnitt 1.2.1) sehr „Diagnose-nahe“ und seine Überprüfung trotzdem oder gerade deswegen sehr sinnvoll.

Bislang war nicht bekannt, wie die einzelnen diagnostischen Kriterien miteinander im Verlauf interagieren. Diese Untersuchung zeigt, daß eine Reduktion der Angst vor dem Essen die Chancen für eine klinisch signifikanten Besserung der Kernsymptomatik deutlich erhöht!

Garner u. Bemis (1982, 1985) sowie Garfinkel u. Garner (1982) stehen auf dem Standpunkt, daß sämtliche kausalen Faktoren bei der AN sich in der Überzeugung der Patientinnen verdichten, daß es absolut notwendig sei, dünn zu sein. Hsu (1990) meint dazu, daß diese Haltung im Grunde der Vermeidung von Angst vor dem Dickwerden und seinen Folgen dient. Diese Angstvermeidung führt zu einer Einengung des Denkens und der Selbstwahrnehmung und im weiteren zu einer tiefen Befriedigung, wenn die weitgehende Unterdrückung des Eßbedürfnisses gelingt. Auf diese Weise verstärken sich die Mechanismen der Angstvermeidung selber.

Eine AN-Patientin, deren Mitteilungen in dieser Untersuchung auch ausgewertet wurden, sagte einmal in einer einzeltherapeutischen Sitzung: „Ich habe panische Angst vor dem Essen, weil ich dann zunehme. Das Dünnsein ist meine Stärke! Was bin ich denn noch, wenn ich diese Stärke verliere?“ Diese Äußerung beinhaltet so viel von der

²⁸ Diese Variable wurde in der vorliegenden Studie nicht überprüft.

paradoxen (narzißtischen) Dynamik der AN-Patientinnen, daß es eines Kommentars nicht bedarf.

Cooper (1995, S. 163) steht auf dem Standpunkt, daß die auf das Essen bezogenen Ängste immer Folge der Eßstörung sind und keinen davon unabhängigen Krankheitswert haben. Zur Bedeutung dieser Ängste meint er dann aber: „Obwohl Ängste im Zusammenhang mit Eßstörungen noch nicht so detailliert wie depressive Symptome erforscht sind, gibt es keinerlei Hinweise dafür, daß Angstsymptome und Angststörungen ätiologisch oder prognostisch wichtig wären“ (Übersetzung W.K.). Im Hinblick auf die Prognose widersprechen die Ergebnisse dieser Studie seiner Einschätzung. Auch sind aus psychodynamischer Sicht Vorbehalte gegen die Vorstellung anzumelden, daß die erwähnten Ängste prinzipiell *Folge* der Eßstörung sein sollen. Man könnte sich auch umgekehrt vorstellen, daß bestimmte (verschobene) Ängste als Ausdruck einer neurotischen oder Persönlichkeitsstörung die AN mitverursachen können.

Daß die Angst vor dem Essen noch ganz andere, über das Essen hinausgehende Aspekte hat, wird in den Schriften von Hilde Bruch immer wieder deutlich. Ihre Patientin Mara beispielsweise hatte Angst sich hassen zu müssen, wenn sie ihr (objektiv zu niedriges) Gewicht nicht halten könnte; also mußte sie Angst vor dem Essen haben, das indirekt ihre starren Lebensregeln – bzw. ihr sehr brüchiges Selbst – bedrohte (s.a. Bruch 1978 / dt. Ausgabe 1982).

Mehr als 80% der AN-Patientinnen, die bei der 1-Jahres-Katamnese der MZS eine Reduktion ihrer Angst vor dem Essen angaben, teilten dies auch schon bei der Entlassung aus der stationären Behandlung mit (s.a. Tab. 27). Das könnte ein Hinweis darauf sein, daß der Prozeß der auf das Essen bezogenen Angstreduzierung innerhalb der Therapie beginnt und sich poststationär stabilisiert bzw. fortsetzt. Für die konkrete therapeutische Arbeit könnte sich damit ein wichtiger Therapiefokus herauskristallisieren. Für die Forschung ergibt sich die Frage, welche – therapeutisch herstellbaren - Bedingungen die Reduktion der Angst vor dem Essen begünstigen können.

Ein gutes Körpergefühl nach der stationären Behandlung wurde in der BOS als Prädiktor für einen Therapieerfolg gefunden und in der MZS bestätigt. In der BOS gaben 57% mit und 19% ohne Therapieerfolg ein gutes Körpergefühl nach der Behandlung an, in der MZS waren es 32% bzw. 12%. Anders als bei der *Angst vor dem Essen* ist bei der Mehrzahl der Patientinnen mit gutem Körpergefühl bei der Nachuntersuchung zum Zeitpunkt der Entlassung das Körpergefühl noch nicht als gut angegeben worden: *Nur 20% der AN-Patientinnen der MZS, die bei der Nachuntersuchung ihr Körpergefühl als gut bezeichneten, taten dies schon bei der Entlassung.* Das heißt, daß sich das Körpergefühl für die große Mehrheit der AN-Patientinnen erst nach der Behandlung verbessert. Die kürzere Katamnesedauer in der MZS könnte ein Grund dafür sein, daß ein gutes Körpergefühl in der MZS nur fast halb so oft wie in der BOS angegeben wird. Zusätzlich spielt die strengere Operationalisierung dieser Variable (mit der Berücksichtigung von insgesamt vier Fragen zum Körpererleben) eine Rolle.

Diese Befunde weisen darauf hin, daß das Körpergefühl sich nur sehr langsam verbessert. Die Ergebnisse von Herpertz-Dahlmann (1993), Deter u. W. Herzog (1994) sowie Deter et al. (1997) werden damit bestätigt: Sie fanden, daß die Körperbildstörung auch noch nach mehreren Jahren bei schon gesunden AN-Patientinnen nachweisbar bleibt.

Die Wahrnehmung des eigenen Körpers (als „zu dick“) spielt bei den diagnostischen AN-Kriterien eine wichtige Rolle und ist erfahrungsgemäß ein bedeutsames differentialdiagnostisches Moment zur Abgrenzung von Kachexiezuständen anderer Genese. Man wird nicht fehl gehen in der Annahme, daß ein gutes Körpergefühl bzw. die Zufriedenheit mit dem eigenen Körper in hohem Maße mit dem eigenen Körperbild zusammenhängt – ein Umstand, den Hilde Bruch immer wieder in ihren Schriften hervorgehoben hat.

Schon Freud (1923) betonte, daß das Ich vor allem auch als Körper-Ich verstanden werden müsse. Schilder (1950) führte dann den Begriff des Körperbildes ("body

image") ein. Er stellte den Begriff des Körperbildes dem Terminus "Körperschema" gegenüber, der in der ersten Hälfte dieses Jahrhunderts im Rahmen der physiologischen Forschung entstanden war (z.B. Head und Holmes 1911). Das Körperschema²⁹ ermöglicht die Orientierung am eigenen Körper (z.B. Erkennen und Zuordnen eigener Körperteile und ihre räumliche Beziehung zueinander), wohingegen das Körperbild Wahrnehmung, Erfahrung und Repräsentation des eigenen Körpers (inkl. der Erfahrungen mit ihm) aus der Persönlichkeitsperspektive meint³⁰.

Zahlreiche Studien haben sich mit der Körperbildstörung von AN-Patientinnen befaßt. Ein Teil dieser Studien beschränkt sich allerdings darauf, die Überschätzung der eigenen Körpermaße zu erfassen und die Differenz zwischen überschätztem und tatsächlichem Körpermaß als metrischen Ausdruck für die Körperbildstörung darzustellen.

1991 haben Hsu u. Sobkiewicz eine kritische Auswertung von insgesamt 19 Studien über Körperbildstörungen bei Anorexie und Bulimie der letzten 10 Jahre publiziert. Darin stellen sie klar, daß die veränderte Einschätzung der eigenen Körpermaße nicht einfach mit Körperbild-Störung gleichgesetzt werden darf. Sie fordern stattdessen, daß Einstellungen und Gefühle zum eigenen Körper untersucht werden müßten.

Es gibt mittlerweile effektive Instrumente, die Körperzufriedenheit zu messen. Offenbar kann durch die Gabe eines perzeptiven Stimulus eine bessere Differenzierung zwischen AN-Patientinnen und gesunden Kontrollen erreicht werden (Deter et al. 1997). Erwähnt sei an dieser Stelle auch der "Color-A-Person-Test" von Wooley und Roll (1991), bei dem Frontal- und Seitenansicht eines Körperumrisses mit unterschiedlichen Farben - je nach dem Grad der Zufriedenheit - auszumalen sind³¹.

²⁹ Eindrucksvolle Darstellungen von Körperschemastörungen sind von dem bekannten Neurologen Sacks (1987, 1989) auch populärwissenschaftlich publiziert worden.

³⁰ Bielefeld (1991) hat die Diskussion um die Begrifflichkeit der Körpererfahrung zusammengefaßt und verschiedene Aspekte gemäß der Zugehörigkeit zum Körperschema bzw. zum Körperbild plausibel differenziert und strukturiert.

³¹ Dieser Test ist kürzlich von Juchmann (1993) in der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie im Klinikum Benjamin Franklin der FU Berlin erfolgreich verbessert worden: sie fertigte von den Probandinnen fotografisch Frontal- und Seitensilhouetten an, so daß diese ihre eigenen Körperformen und nicht eine neutrale Figur bewerten konnten.

Bei Nachuntersuchungen an einer größeren Anzahl von Patientinnen können - zumal bei schriftlichen Befragungen - allerdings nicht immer ideale Designs verwirklicht werden. Bei der jetzt durchgeführten Untersuchung wäre die Anwendung eines nonverbalen Testinstrumentes zweifellos allein wegen der notwendigen Instruktionen zu aufwendig gewesen. Die hier gestellten Fragen sollten an die lebensnahe Alltagsrealität und die damit verbundene Vorstellungswelt anknüpfen und verbal beantwortbar sein, da andernfalls u.U. nicht die jetzt erreichte Rücklaufquote erreicht worden wäre.

Alleine zu wohnen nach der stationären Behandlung wurde zwar in der BOS als ein Prädiktor für den Therapieerfolg gefunden, in der MZS dann aber nicht bestätigt. Einerseits kann man sich vorstellen, daß alleine zu wohnen Ausdruck eines erfolgreichen Ablösungsprozesses von der Herkunftsfamilie ist. Andererseits ist auch vorstellbar, daß Patientinnen sich für diese Wohnform entscheiden, weil sie isoliert sind und weil ein Peer group-orientiertes soziales Netz nicht zur Verfügung steht. Für die Therapie- und Beratungspraxis könnte das bedeuten, daß inhaltlich die Bedeutung dieser sozialen Variable (alleine Wohnen) abgeklärt und mit der Patientin problematisiert wird. Engel u. Jacoby (1996) haben darauf hingewiesen, daß die Art des Wohnens im Rahmen stationärer Behandlungen oft vernachlässigt wird. Die Autoren unterstreichen, daß es in diesem Zusammenhang nicht nur auf Problematisierung im Rahmen therapeutischer Arbeit ankäme, sondern auch auf aktive sozialtherapeutische Interventionen und sozialpädagogische Hilfen (Vermittlung von Wohngemeinschaften bzw. therapeutischen Wohnmöglichkeiten, Wohngeld-Beratung etc.). Daß den sozialen Variablen bei AN-Patientinnen eine große Bedeutung für den Behandlungserfolg zukommt, hatte Engel schon 1990 gezeigt.

5.2.2.2 Bulimia nervosa

Während für die AN in zahlreichen Studien Prädiktoren für den Therapieerfolg gefunden bzw. bestätigt werden konnten (s.o.), ist der Kenntnisstand für die BN in dieser Hinsicht noch gering und teilweise sogar verwirrend. Als prognostisch ungünstig wurden *Suizidversuche in der Anamnese* genannt (Abraham et al. 1983) sowie *Depressivität* (Swift et al. 1987; Bossert et al. 1992).

Extrem widersprüchlich sind die Befunde zur Bedeutung der *Krankheitsdauer* bei der BN: So fanden Fahy u. Russel (1993), daß eine längere Krankheitsdauer mit schlechterem outcome assoziiert war, während andere Autoren zuvor keine signifikanten Zusammenhänge diesbezüglich eruieren konnten (Pope et al. 1985; Mitchell et al. 1986; Baell u. Wertheim 1992). Köpp u. Jacoby (1994) sowie Turnbull et al. (1997) beschrieben sogar einen signifikanten Zusammenhang zwischen längerer Krankheitsdauer und gutem outcome; diese Autoren interpretierten ihre Befunde mit einer möglicherweise zunehmenden Motivation, die in früheren Krankheitsstadien noch fehle.

Schon fast unlogisch ist das Ergebnis einer 10 Jahres-Katamnese von Collings u. Kings (1994): Sie fanden bei ihren 50 Patientinnen (49 Frauen, 1 Mann), daß u.a. Alkoholabusus in der Herkunftsfamilie ein günstiges outcome prädizierten. Hsu (1995, S. 243) kommentierte dieses Ergebnis in seinem Handbuchartikel (ohne die Arbeit ausdrücklich zu nennen) sehr wohlwollend mit der Bemerkung, daß „eine solche Erfahrung die Betroffenen möglicherweise motiviert, sich noch mehr anzustrengen, um die Eßstörung zu überwinden“ (Übersetzung W.K.).

Die o.g. Variablen wurden auch in dieser Untersuchung überprüft. Im Falle der Depressivität geschah das allerdings nur deskriptiv (s.u.), weil in der ersten Studie keine entsprechende Depressionsskala eingesetzt wurde.

Von den anamnestischen Variablen wurde in der BOS *Berufstätigkeit vor Behandlungsbeginn* als prognostisch günstig für den Therapieerfolg gefunden, jedoch in der MZS nicht bestätigt. Es wäre vorstellbar, daß sich hier ein Selektionseffekt der Klinik am Korso für die BOS-Ergebnisse auswirkt: Dort wurden im Untersuchungszeitraum 30% bis 40% der Patientinnen von den Rentenversicherungsträgern zugewiesen, was für die Studie leider nicht systematisch erfaßt wurde. In der MZS waren dagegen bei nur 12% der Patientinnen Rentenversicherungen die Leistungsträger.

Wenngleich die Patientinnengruppe ohne Berufstätigkeit nicht nur aus Arbeitslosen besteht, so enthält sie doch diese Subgruppe. Es ist bemerkenswert, daß sich die Arbeitslosenquote, die für Eßstörungspatientinnen (mit durchschnittlich über 20%) viel höher als im Bundesdurchschnitt lag, zwischen Behandlungsbeginn und Nachuntersuchungszeitpunkt in beiden Studien um durchschnittlich 8% deutlich senken ließ (s.a. Abschnitt 4.3.1) – ein Befund, der auch volkswirtschaftlich interessant sein dürfte und eventuell auch hinsichtlich protektiver Wirkungen im Bezug auf mögliche Rückfälle eine Rolle spielt.

Fehlende Berufstätigkeit kann sich auch erheblich auf das Selbstwernerleben auswirken – insbesondere dann, wenn sie den Menschen unfreiwillig in Form der Arbeitslosigkeit widerfährt. Fromm (1941/1989, S. 288) verbindet mehr als andere psychoanalytische Autoren die Frage nach dem Selbstwertgefühl mit einer gesellschaftlichen bzw. ökonomischen Dimension, wenn er schreibt: „Wie bei anderen Waren (gemeint ist die Ware ‚menschliche Arbeitskraft‘, W.K.) ist es auch hier der Markt, der über den Wert dieser menschlichen Eigenschaften, ja sogar über deren Existenz entscheidet. Wenn für die Eigenschaften, die ein Mensch zu bieten hat, kein Bedarf besteht, dann *hat* er sie auch nicht, genau wie eine unverkäufliche Ware wertlos ist, wenn sie auch ihren Gebrauchswert haben mag. Demnach ist auch das Selbstvertrauen, das ‚Selbstgefühl‘ nur ein Hinweis darauf, was die anderen über einen denken. Es ist nicht ‚er‘, der von seinem Wert ohne Rücksicht auf seine Beliebtheit und seinem Erfolg auf dem Markt überzeugt ist. Wenn Nachfrage nach jemandem besteht, dann ist er ‚wer‘; wenn er nicht beliebt ist, dann ist er schlichtweg niemand. Diese Abhängigkeit vom Erfolg der Persönlichkeit des Betreffenden verleiht der Popularität ihre ungeheure Bedeutung für den modernen Menschen. Von ihr hängt es nicht nur ab, ob man im praktischen Leben vorankommt, sondern auch, ob man seine Selbstachtung behaupten kann, oder in einen Abgrund von Minderwertigkeitsgefühlen versinkt.“

Die Bedeutung der Arbeitslosigkeit für Entstehung und Verlauf verschiedener Krankheiten und Störungen ist mittlerweile vielfach belegt und hat in jüngerer Zeit durch wirtschaftliche Umbrüche im Weltmaßstab zusätzliche aktuelle Brisanz erfahren (Beautrais et al. 1998; Janlert 1997; Helmert et al. 1997; Rodriguez et al. 1997; Power

u. Matthews 1997). Andererseits können Krankheiten wie z.B. psychogene Eßstörungen sich nachteilig auf das Erwerbsleben auswirken und im weiteren die von Fromm (1941) beschriebenen Folgen für das Selbstwerterleben und eine soziale Desintegration nach sich ziehen.

Das *Kontaktverhalten vor Behandlungsbeginn* läßt z.T. Rückschlüsse auf die soziale Integration bzw. Isolation zu und kann die vorhandene oder eingeschränkte Fähigkeit zum Ausdruck bringen, Objektbeziehungen aufzubauen bzw. aufrecht zu erhalten. In der BOS stellte sich ein gutes Kontaktverhalten vor Beginn der stationären Behandlung als prognostisch günstig dar, konnte aber in der MZS in seiner prädiktiven Bedeutung statistisch nicht bestätigt werden. Bei genauerer Betrachtung der BOS-Ergebnisse sieht man aber folgendes (s.a. Tab. 17): Zwar war diese anamnestische Variable ausgewählt worden; jedoch lag der untere Wert des 95%-Konfidenzbereiches des Beta-Exponenten genau bei dem Wert 1. Würde der Beta-Exponent diesen Wert annehmen, so hätte die Variable keinerlei prädiktive Kraft mehr hinsichtlich des Therapieerfolgs. Das bedeutet, daß schon in der BOS die „Ladung“ dieser Variable nicht sehr stark war und so muß die ausbleibende Bestätigung in der MZS (statistisch betrachtet) nicht verwundern.

Inhaltlich ist es andererseits leicht vorstellbar, daß Kommunikationsfähigkeit bzw. gutes Kontaktverhalten größere Therapiechancen bzw. geringere Krankheitsintensität anzeigt. So wie ein „gesundes Selbstwertgefühl“ (Fairburn 1988) oder eine positive Körpereinschätzung (Wertheim 1988; Vandereycken 1990) Prädiktoren für einen Behandlungserfolg darstellen, so könnte es auch mit dem Kontaktverhalten sein. Für die Bewertung der Variable in dieser Untersuchung darf allerdings nicht vergessen werden, daß es sich um eine Selbsteinschätzung ohne Vergleich mit einer therapeutenseitigen Fremdeinschätzung handelt. Aus Therapien mit BN-Patientinnen kennt man das häufig wahllose Kontaktverhalten, das von den Betroffenen subjektiv als gut geschildert wird, in Wirklichkeit aber nicht selten Ausdruck der Unfähigkeit ist, tiefere Beziehungen einzugehen. Manche BN-Patientinnen schildern sich eher im Sinne sozialer Erwünschtheit und suchen dabei ängstlich nach der Akzeptanz durch die Umgebung. Oft gelingt es ihnen nicht, Nähe und Distanz angemessen zu regulieren (Jeammet 1997). So betrachtet könnte sich die ausschließlich subjektive (patientinnenseitige) Beurteilung

des eigenen Kontaktverhaltens als Problem erweisen, weil höchst unterschiedliche Sachverhalte in der Mitteilung eines *guten Kontaktverhaltens vor der stationären Behandlung* enthalten sein können, und eine durch Verleugnung bedingte Fehleinschätzung nicht ganz ausgeschlossen ist. Wegen des begrenzten Wertes der Selbstbeurteilung schlagen Steinhausen und Seidel (1993) für Outcome-Studien auch gleichzeitige Beurteilung durch Experten vor. Die Gefahr einer voreiligen Verallgemeinerung ist – wie man am negativen Prüfergebnis hinsichtlich der Variable „gutes Kontaktverhalten“ sieht – in dieser Untersuchung aber gering, weil sämtliche Ergebnisse der ersten Studie (BOS) in der zweiten Studie (MZS) unmittelbar überprüft wurden, was kein selbstverständliches Design für Outcome-Studien ist.

Wie schon bei der AN, so ließ sich auch für die BN die in der BOS gefundene „Abnahme der Angst vor dem Essen“ als starker Prädiktor des Therapieerfolges in der MZS bestätigen. Die methodischen Aspekte der Operationalisierung dieser Variable wurden bereits im Abschnitt 5.2.2.1 diskutiert. Sowohl in der BOS als auch in der MZS gaben über 95% der BN-Patientinnen mit Therapieerfolg eine Reduktion der Angst vor dem Essen an, während es bei denjenigen ohne Therapieerfolg in der BOS ca. 59% und in der MZS ca. 68% waren. Für die MZS kann weiter gesagt werden, daß bei der großen Mehrheit (über 80%) jener BN-Patientinnen, für die sich zwischen Behandlungsanfang und Nachuntersuchungszeitpunkt eine Reduktion der Angst vor dem Essen eruieren ließ, diese Angstreduktion – ähnlich wie bei den AN-Patientinnen – bereits zum Zeitpunkt der Entlassung stattgefunden bzw. begonnen hat.

Trotz dieser Gemeinsamkeit zwischen AN und BN gibt es erfahrungsgemäß gewisse inhaltliche Unterschiede im Angsterleben zwischen AN- und BN-Patientinnen: Während die AN-Patientinnen Angst haben, nicht dünn genug zu sein, fürchten die BN-Patientinnen zu dick zu werden, was in der Regel die Akzeptanz eines Wunschgewichtes im Normalbereich zuläßt (s.a. Abschnitte 4.1.2 und 4.2.2).

Zur Bedeutung der Angst vor dem Essen würde man sich besonders von psychoanalytischer Seite tiefenhermeneutische Erörterungen des Angsterlebens und die Darstellung spezifischer Abwehrvorgänge (z.B. Verschiebung) wünschen. Leider bleibt

man aber all zu oft trotz der weitreichenden theoretischen Überlegungen ratlos zurück, weil eine empirische Basis für aufgestellte Behauptungen fehlt oder die Darstellungen auf wenigen Einzelfällen³² beruhen, die unzulässig verallgemeinert werden. So beschreibt z.B. Binswanger (1996) zwei Behandlungsverläufe und kommt zu dem Schluß, „daß eine *relative* Spezifität der Psychogenese *vermutet* werden kann“ (S. 664, Kursivdruck im Original). Ratlosigkeit entsteht auch deswegen, weil (z.B. auch bei Jeammet 1997) selbst- und objektpsychologische Gedanken ausgeführt werden, von denen man eher annehmen möchte, daß sie weniger der BN als einer begleitenden Persönlichkeitsstörung zuzuordnen sind. Ob aber Persönlichkeitsstörungen in jedem Fall mit einer BN assoziiert sind, bleibt undiskutiert³³.

In Wirklichkeit ist die Möglichkeit, eine Spezifität z.B. der BN hinsichtlich einer gemeinsamen Metapsychologie zu beschreiben, doch ziemlich beschränkt – maximal lassen sich bislang Subgruppen darstellen, die größere Gemeinsamkeiten aufweisen. Im übrigen ist es erstaunlich, daß in den psychoanalytischen Publikationen viel über die präödpalen und ödipalen Konfliktkonstellationen zu lesen ist, aber wenig über die „typischen und normativen Konflikte der mittleren und späten Adoleszenz“ (Habermas 1990, S. 107). Immerhin ist bereits 1967 von Blos die Adoleszenz aus psychoanalytischer Perspektive zwar nicht losgelöst von den frühkindlichen Phasen, aber doch als ein eigenständiger, in Unterabschnitte einteilbarer Lebensabschnitt beschrieben worden, in dem Reifungsschritte zur Konsolidierung des Selbst in Gang kommen oder auch behindert werden können. Er beschrieb die Adoleszenz als Summe der Anpassungsversuche während der Pubertät an die neue innere und äußere Situation (Blos 1981). Hier könnte ein Schlüssel zum tieferen Verständnis der Angst vor dem Essen liegen.

³² Es soll hier keinesfalls gegen Einzelfalldarstellungen oder qualitative Einzelfallforschung polemisiert werden. Wie wichtig Einzelfalldarstellungen sind, kann man auch daran erkennen, daß die klassische und sehr konkrete Behandlungsbeschreibung von Thomä (1981) nach wie vor einer der am häufigsten zitierten Buchartikel über psychoanalytische Anorexie-Behandlung ist.

³³ Im Gegensatz dazu haben Steinberg u. Shaw (1997) eine Untersuchung an 117 Frauen vorgelegt, die einen Zusammenhang zwischen Bulimie und Narzißmus darstellt. Sie zeigen darin empirisch, daß bei vielen BN-Patientinnen die Eßstörung Ausdruck einer versuchten Selbstequilibrierung und einer Selbstbesänftigung gegenüber sonst nicht beherrschbaren Ängsten ist.

Habermas (1990, S. 107) wies auf einen weiteren, wichtigen Umstand hin: „Im Unterschied zu den meist sehr wenig von ihrer Herkunftsfamilie abgelösten Magersüchtigen ist bei normalgewichtigen Bulimikerinnen eher ein anderes Muster anzutreffen: Sie berichten, sich relativ früh in der Adoleszenz selbständig gemacht zu haben, z.B. selbst über die Uhrzeit des abendlichen Nachhausekommens bestimmt zu haben. Sie beschreiben ihre Familien eher wenig haltgebend und durch ein hohes Ausmaß an offenen Konflikten belastet.“ So gesehen befinden sich viele AN-Patientinnen noch immer in einer realen regressiven Situation in ihrer Herkunftsfamilie, während die BN-Patientinnen genau diese regressiven Bedürfnisse durch eine Verkehrung ins Gegenteil abwehren und sich besonders pseudo-autonom bzw. erwachsen verhalten. Dies ist aber nur eine deskriptive Psychodynamik bzw. Konfliktverarbeitungsmodalität, die sich im Gefolge höchst unterschiedlicher ätiopathogenetischer Verursachung entwickeln kann. Diese Betrachtung kann aber helfen, den Prozeß der Verschiebung der Angst auf das Essen wenigstens arbeitshypothetisch zu verstehen. Die Angst, um die es bei der BN in solcher Situation geht, ist ein befürchteter Kontrollverlust, Angst vor Orientierungs- und Strukturlosigkeit. Insgesamt ist es für die BN-Patientinnen schwieriger, die aufkommende Angst ich-gerecht und steuernd zu binden, was zu verschiedenen Formen entlastenden Agierens führen kann (Essen, wahllose sexuelle Aktivität etc.). Manchmal verdeutlichen Patientinnenzitate den hier angesprochenen Sachverhalt besser als theoretische Erörterungen, weswegen - wie schon bei der AN - auch eine BN-Patientin selber zu Wort kommen soll. Auch diese Patientin nahm an der Untersuchung teil. Ihre Mitteilung machte sie in einer Einzeltherapie-Sitzung während ihrer stationären Behandlung: „Manchmal spüre ich Unruhe, manchmal Angst. Manchmal ist es die Angst vor dem Essen, dann wieder weiß ich nicht wovor ich eigentlich Angst habe. Ich fühle dann eine große power in mir, fühle mich wie ein Boot mit einem ganz starken Motor, aber ohne Steuerrad.“ Es ist nicht immer leicht, heftige spät- oder verspätet pubertäre Affektschwankungen und Zustände von frei flottierenden Ängsten von jenen bei narzißtischen und Borderline-Störungen zu unterscheiden. Daher sollte die Diagnose von Persönlichkeitsstörungen bei bulimischen Patientinnen in der späten Pubertät mit Vorsicht gestellt werden.

Ein gutes Körpergefühl in der BOS gaben ca. 90% der BN-Patientinnen mit und 61% der BN-Patientinnen ohne Therapieerfolg an; in der MZS waren es knapp 26% bzw. 12%. Es fällt auf, daß die BN-Patientinnen der BOS insgesamt sehr viel häufiger ein gutes Körpergefühl angegeben haben als die BN-Patientinnen der MZS (s.a. Tab. 23 u. 24). Wie schon bei der AN, so dürfte sich auch für die BN-Patientinnen der MZS die kürzere Katamnesedauer sowie die strengere Operationalisierung dieser Variable ausgewirkt haben. Zusätzlich wäre es möglich, daß sich bei den BN-Patientinnen das Körpererleben schneller normalisiert als bei den AN-Patientinnen. Da BN-Patientinnen aufgeschlossener für Partnerschaft und Sexualität als AN-Patientinnen sind, wäre auch vorstellbar, daß das Körpergefühl bei der Krankheitsentstehung eine wichtigere Rolle als für den weiteren Krankheitsverlauf spielt³⁴. Als Prädiktorvariable konnte ein gutes Körpergefühl für die BN – trotz Vorauswahl in der BOS - in der MZS jedenfalls nicht bestätigt werden. Wenn man davon ausgeht, daß das Körpergefühl ein Aspekt des Körperbildes ist, so stimmen die Befunde von Freeman et al. (1985) mit den eigenen Ergebnissen dieser Untersuchung nicht überein: Diese Autoren fanden, daß eine Körperbildstörung bei der BN nicht nur für die Entwicklung und die Aufrechterhaltung dieser Eßstörung eine Rolle spielt, sondern auch einen wichtigen prognostischen Faktor für die Behandlung darstellt.

Das bedeutet jedoch nicht, daß diese Variable (Körpergefühl) nun „plötzlich“ gegen jede Erwartung für die BN bedeutungslos wäre, sondern nur, daß sie sich gegenüber anderen, statistisch gewichtigeren Variablen nicht als Prädiktorvariable für den *Therapieerfolg* durchgesetzt hat, was nichts über die Bedeutung für die *Krankheitsentstehung* besagt. In drei prospektiven Studien konnte nachgewiesen werden, daß die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper ein sehr starker Prädiktor für die *Entwicklung* einer Eßstörung ist (Garner et al. 1987, Striegel-Moore et al. 1989, Leon et al. 1993). Santonastoso et al. (1995) warfen daraufhin drei wichtige Fragen auf:

1. Um welche Aspekte der Körperbildstörung geht es eigentlich?
2. Sind diese Körperbildstörungen bei allen Eßgestörten vorhanden?

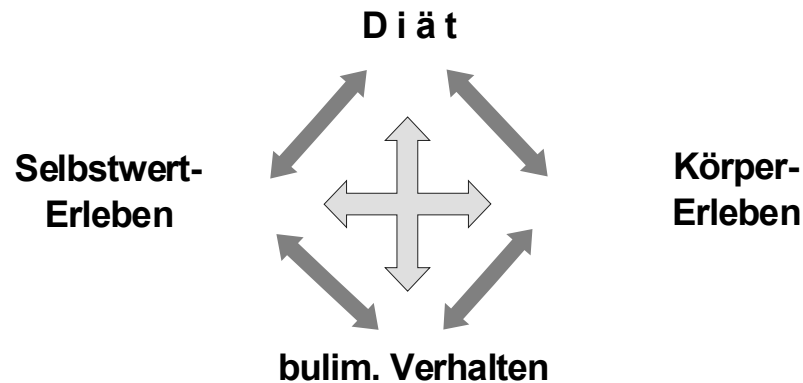
³⁴ Dazu würden die Befunde von Fairburn et al. (1993) passen, die nur zwei für das outcome prädiktive Variablen sichern konnten: Die Einstellung zu Figur und Gewicht sowie das Selbstwertgefühl.

3. In wie weit finden sich diese Körperbildstörungen auch bei normalen erwachsenen Frauen?

Santonastoso et al. (1995) konnten in ihrer Untersuchung zeigen, daß es unter den 394 untersuchten Frauen für jene mit Körperbildstörungen kein größeres Risiko für die Entwicklung einer Eßstörung gab als für jene ohne Körperbildstörung. Tatsächlich sind figur- und gewichtsbezogene Ängste in der gesamten weiblichen Bevölkerung der entwickelten Länder weit verbreitet (Striegel-Moore et al. 1986, Bordo 1993, Dolan 1996); solche Ängste finden sich bei Frauen praktisch aller Altersgruppen (Hetherington 1994, Cash u. Henry 1995) und sollen schon bei 8-jährigen Mädchen nachweisbar sein (Wood et al. 1996).

Du Bois (1990) kritisierte, daß viele Frageschemata zum Thema „körperliche Zufriedenheit“ keine befriedigenden Erklärungen bzw. Vertiefungen über bekannte klinische und alltäglich beobachtbare Phänomene des Körpererlebens liefern würden. Wie unerwartet komplex die Zusammenhänge beim Körpererleben sein können, wird auch in der Arbeit von Ricciardelli et al. (1997) deutlich: Die Autoren erwarteten, daß bei ihrer Untersuchung an 172 Frauen (mittels linearer multipler Regression) das Diätverhalten als Bindeglied zwischen Körperunzufriedenheit und bulimischen Verhaltensweisen gefunden würde. Überraschenderweise zeigten die Ergebnisse aber, daß die Körperunzufriedenheit als Bindeglied zwischen Diät- und bulimischem Verhalten auftrat. Die Denkfigur, die hier entsteht, ist die eines mehr zirkulären Bedingungsgefüges mit wechselseitigen Interaktionen. Bezieht man dann noch mit ein, daß Körperbild bzw. Körperzufriedenheit in einem Zusammenhang mit dem Selbstwertgefüge stehen, so könnte man dieses Wechselwirkungsgeflecht so wie in Abbildung 5 visualisieren. U.U. könnte es in Zukunft gelingen, die in der Abbildung durch Pfeile gezeigten Wechselwirkungen sogar zu quantifizieren; denn während die restriktiven AN-Patientinnen ihr Selbstwertgefühl oft durch Fasten steigern können, erleben die BN-Patientinnen eine Minderung ihres Selbstwertgefühles, weil sie dieses gesteckte Ziel nicht erreichen und dem Triebimpuls, zu essen, erliegen.

Abb. 5:
Theoretisches Bedingungsgefüge für Bulimia nervosa



„Ambulante Psychotherapie nach der stationären Behandlung“ wurde in beiden Studien von weit mehr als 70% der Patientinnen ohne Therapieerfolg in Anspruch genommen, während das unter den BN-Patientinnen mit Therapieerfolg bei nur ca. 50%-60% der Fall war (s.a. Tabelle 24).

„Selbsthilfegruppen nach der stationären Behandlung“ wurden in der BOS von 26% der erfolgreichen und 38% der BN-Patientinnen ohne Therapieerfolg besucht (s.a. Tabelle 24). In der MZS lag der Besuch von Selbsthilfegruppen nach der stationären Behandlung bei BN-Patientinnen mit und ohne Therapieerfolg um die 10% (s.a. Tabelle 24). Beide Variablen - sowohl die Nichtinanspruchnahme von Psychotherapie als auch die Nichtinanspruchnahme von Selbsthilfegruppen nach der stationären Behandlung – wurden in der BOS zunächst als Prädiktorvariablen ausgewählt, dann aber in der MZS nicht bestätigt.

Howard et al. (1986) hatten die Frage aufgeworfen, inwieweit das Dosis-Wirkungs-Paradigma der Medizin auf die Psychotherapie übertragbar sei. Diese Frage läßt sich allerdings mit den jetzt vorgestellten Befunden nicht beantworten. Es könnte sein, daß

die trotz (und nicht wegen!) zusätzlicher Therapie bislang noch erfolglosen BN-Patientinnen lediglich mehr Therapie benötigen – z.B. weil sie kränker sind.

Andererseits hatten Jäger et al. (1994, S. 333) Befunde an BN-Patientinnen erhoben, die sie zu der Schlußfolgerung veranlaßten: „Es erscheint mit aller Vorsicht gerechtfertigt anzunehmen, daß selbst mit einer Folgebehandlung die Patientengruppe, die zunächst weniger profitierte, nicht das gleiche (gute) Niveau erreicht wie die initial erfolgreichen Patientinnen. Es scheint sich ein relativ hohes Risiko für eine Chronifizierung bulimisch eßgestörten Verhaltens abzuzeichnen. Erstaunlicherweise waren auch die vorbehandelten Patientinnen im weiteren zeitlichen Verlauf über die Katamnesezeitpunkte prognostisch weniger günstig ... Unter der Annahme eines quasi experimentellen Designs widersprechen unsere Ergebnisse der Dosis-Wirkungs-Hypothese der Psychotherapieforschung.“

In einem etwas anderen Zusammenhang hatte Paul (1991) ein ähnliches Phänomen beschrieben als er behandelte und unbehandelte BN-Patientinnen hinsichtlich des Verlaufes bzw. des Sponatanverlaufes vergleichen wollte. Die Morbidität in der behandelten Gruppe war höher als in der unbehandelten, weil sie unterschiedliche Ausgangsdaten aufwiesen. Somit war auch keine Vergleichbarkeit gegeben.

Zufriedenheit in der Partnerschaft wurde in der BOS als Prädiktorvariable für den Therapieerfolg gefunden und anschließend in der MZS bestätigt. In der BOS gaben ca. 63% der BN-Patientinnen mit und ca. 37% jener ohne Therapieerfolg an, über eine zufriedenstellende Partnerschaft zu verfügen. In der MZS machten diese Angabe knapp 50% der erfolgreichen und ca. 30% der nicht erfolgreichen BN-Patientinnen. Interessant ist weiterhin folgender Umstand: Von jenen BN-Patientinnen der MZS, die bei der Nachuntersuchung eine zufriedenstellende Partnerschaft angaben, verneinten dies 42% am Ende der stationären Behandlung (s.a. Tabelle 32). Das bedeutet, daß es für diese 42% der BN-Patientinnen (mit zufriedenstellender Partnerschaft bei der Nachuntersuchung) erst in den Monaten nach der stationären Behandlung zu einer für sie befriedigenden Partnerschaft gekommen ist.

Die Fähigkeit, eine Partnerschaft zu beginnen bzw. zu gestalten, kann als ein Aspekt von sozialer Integration gesehen werden. In Zeiten besonderer Belastungen stellt sie dann eine Ressource für die erfolgreiche Bewältigung von auftretenden Schwierigkeiten oder gar Krankheiten dar. Willi (1992) hat differenziert die Chancen partnerschaftlicher Anteilnahme für eine Abwehrreduktion, aber auch die Möglichkeit heftiger Labilisierung bzw. Abwehrverstärkung durch Infragestellung seitens des Partners beschrieben. Riehl (1986) kam auf der Grundlage einer sehr sorgfältigen eigenen katamnestischen Untersuchung an stationär psychosomatisch behandelten Patienten (37 Frauen, 33 Männer) zu der Empfehlung, vor Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung sowohl die partnerschaftlichen Copingressourcen als auch die Bedeutung der Symptomatik für die Paardynamik zu analysieren, falls eine Partnerschaft besteht. Sie schlußfolgerte: „Lebt der Patient in einer Partnerschaft, die in dem Sinne funktionsfähig ist, daß klare intra- und extradyadische Grenzen vorhanden und die Positionen ausbalanciert sind, ist mit hoher Wahrscheinlichkeit davon auszugehen, daß in dieser Beziehung Copingressourcen vorhanden sind, die sowohl die Krankheitsbewältigung erleichtern als auch dazu beitragen, die Auswirkungen einer individuumszentrierten Psychotherapie für das Paar produktiv zu verarbeiten“. Im Falle einer nicht funktionstüchtigen Partnerschaft empfiehlt die Autorin eine intensive Einbeziehung des Partners bzw. eine Paartherapie. Die Ansicht, daß die Partnerschaft nicht nur Schauplatz und Ursprung neurotischer Störungen, sondern auch eine Ressource zur Krankheitsbewältigung sein kann, hat sich mittlerweile in der Psychosomatik weitgehend durchgesetzt. Während aber beispielsweise in der onkologisch-psychosomatischen Literatur (s. z.B. Faller et al. 1995) und in gynäkologisch-psychosomatischen Arbeiten (s. z.B. Beutel et al. 1992) die Partnerschaft als Ressource sozialer Unterstützung dargestellt wird, gibt es vergleichbare Arbeiten für Eßstörungen (gemäß eigenen Recherchen) nicht. Ein Grund dafür ist sicher, daß die Bulimia nervosa als eigenständiges Krankheitsbild erst relativ kurze Zeit durch eine eigene Diagnose definiert ist. Zum anderen ist die Population bulimischer Patientinnen hinsichtlich des Partnerschaftsverhaltens auch nicht ohne weiteres anderen – oft älteren – Patientinnengruppen vergleichbar.

Wenn nun das Vorhandensein einer zufriedenstellenden Partnerschaft in beiden hier durchgeführten Studien als prognostisch günstig für den Therapieerfolg bei BN-Patientinnen gefunden wurde, so bleibt zunächst die Frage offen, ob die protektive Wirkung einer bestehenden Beziehung das Eintreten des Therapieerfolges begünstigt oder der Therapieerfolg die Voraussetzung für eine zufriedenstellende Partnerschaft hergestellt hat. Die deskriptiven Untersuchungen können hier zu differenzierenden Annahmen verhelfen: Da sowohl in der BOS als auch in der MZS ca. 40% der BN-Patientinnen mit einer befriedigenden Partnerschaft zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung diese Beziehung erst nach der Therapie begonnen haben, so kann man vorsichtig vermuten, daß diese neue Partnerschaft eher durch die Therapie ermöglicht wurde, weil sie zuvor noch nicht bestand. Da bei den restlichen 60% (mit zufriedenstellender Beziehung bei der Nachuntersuchung) die Partnerschaft bereits zu Therapiebeginn bestand, wird man für diese Subgruppe annehmen dürfen, daß möglicherweise der supportive Aspekt der Beziehung sich günstig auf den Therapieerfolg ausgewirkt hat.

Insgesamt muß man einräumen, daß hier noch ein großer Forschungsbedarf besteht, der nicht nur wichtig für die Organisation von Therapiekonzepten ist, sondern auch für noch ausstehende präventive Konzepte Bedeutung erlangen könnte. Zukünftige Forschungsdesigns könnten auch die Gefahr idealisierender Partnerschaftsbeschreibungen minimieren, indem die Einschätzung des jeweiligen Partners und eventuell jene des Therapeuten einbezogen werden.

5.2.3 Depressivität und Selbsterleben bei Therapieanfang und Therapieende in der MZS

5.2.3.1 Anorexia nervosa

Depressivität bei AN

Zur Beschreibung der Depressivität wurde in der MZS die Depressionsskala des SCL-90-R benutzt. Ca. 54% der AN-Patientinnen mit Therapieerfolg bei der Nachuntersuchung waren bei Behandlungsbeginn hochgradig depressiv. Diese Zahl verminderte sich auf 17% bei der Entlassung. Bei den AN-Patientinnen ohne Therapieerfolg bei der Nachuntersuchung verminderte sich die Zahl der hochgradig depressiv belasteten Frauen während ihrer stationären Behandlung von initial ca. 62% auf 38% bei Behandlungsende (s.a. Tabellen 30 u.31).

Leung u. Steiger (1991) skizzierten, an welchen Hypothesen die bisherige Diskussion über mögliche Zusammenhänge zwischen depressiver Symptomatik und Eßstörungen entlang lief:

1. Die depressive Symptomatik verursacht die Eßstörung.
2. Das pathologische Eßverhalten führt zur depressiven Störung.
3. Depressive - und Eßstörungssymptomatik hängen korrelativ zusammen und haben eine oder mehrere weitere Ursache(n) gemeinsam.

In den letzten 15 Jahren wurde die Depression als Komorbidität der AN häufig beschrieben³⁵. Morgan u. Russel (1975) publizierten eine der ersten Studien in diesem Zusammenhang: Sie zeigten, daß die Mehrzahl (55%) ihrer 41 AN-Patientinnen innerhalb von 4-10 Jahren hinsichtlich der Eßstörung geheilt waren, daß aber die Häufigkeit von Depressionen mit über 40% praktisch unverändert blieb. Zu ähnlichen Ergebnisse kamen Cantwell et al. (1977), Toner et al. (1988) sowie Halmi et al. (1991).

³⁵ Manchmal ist es allerdings schwer, die verschiedenen Studien miteinander zu vergleichen, weil einige Publikationen die DSM-Diagnose „major depression“ zum Untersuchungszeitpunkt beschreiben, andere Arbeiten aber die „life time occurrence“ von „major depression“ zum Ausgangspunkt der Untersuchung machen. Wieder andere Veröffentlichungen stellen „depressive Symptome“ bzw. „depressive Störungen“ im Zusammenhang mit Eßstörungen dar.

In allen diesen Studien gab es keine Korrelation zwischen Depression und outcome hinsichtlich der Eßstörung.

Herpertz-Dahlmann et al. (1995) konnten zeigen, daß die Schwere depressiver Symptomatik *bei Behandlungsbeginn* kein prognostischer Indikator für den Verlauf der Eßstörung ist, daß aber *bei der Nachuntersuchung 7 Jahre später* zwischen Depression und Eßstörungssymptomatik ein statistisch signifikanter, korrelativer Zusammenhang nachweisbar war. Das ist nicht ganz leicht zu verstehen, entspricht aber auch den Befunden von Leung u. Steiger (1991). Diese Autoren gehen davon aus, daß der korrelative Zusammenhang dadurch zu erklären ist, daß eine gemeinsame dritte – persistierend wirksame - Variable das Weiterbestehen beider, voneinander kausal unabhängiger Störungsbilder verursacht.

Halmi et al. 1991 beschreiben einen statistischen Trend mit der Häufung depressiver Symptomatik bei AN-Patientinnen vom bulimischen Typ. Dieser Befund konnte in der jetzt durchgeführten Untersuchung nicht erhoben werden. Auch D.B. Herzog (1984) und Piran et al. (1985) hatten keinen Beleg für das gehäufte Auftreten depressiver Symptome bei AN-Patientinnen vom bulimischen Typ gegenüber solchen vom restriktiven Typ finden können.

Generell finden sich in der MZS bei den AN-Patientinnen mit Therapieerfolg sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei Behandlungsende niedrigere Depressionswerte als bei AN-Patientinnen ohne Therapieerfolg (s.a. Tabelle 33). Obwohl das eventuelle Vorliegen einer „Major Depression“ in der MZS nicht überprüft wurde, könnte das ein Hinweis dafür sein, daß die Patientinnen mit Therapieerfolg nach einem Jahr eine geringere Psychopathologie aufweisen und deswegen leichter bzw. schneller klinisch signifikante Besserungen der Depressivität erreichen. Unterstellt man – wie Leung u. Steiger (1991) – einen lediglich korrelativen Zusammenhang zwischen Depressivität und Eßstörung, so müßte man davon ausgehen, daß sich die Therapie sowohl auf die Eßstörung als auch auf die Depressivität bei den erfolgreichen AN-Patientinnen ausgewirkt hat.

Selbstregulation bei AN:

Zur Beschreibung der Selbstregulation wurden aus dem Narzißmusinventar (s.a. Abschnitt 3.6) die Skalen „*Ohnmächtiges Selbst*“, „*Affekt-/Impulskontrollverlust*“ und „*Negatives Körper selbst*“ benutzt. Wie schon im Abschnitt Depressivität bei AN beschrieben, so fällt auch bei der Selbstregulation auf, daß die AN-Patientinnen mit späterem Therapieerfolg auf allen drei Skalen sowohl bei Behandlungsanfang als auch bei Behandlungsende niedrigere Scores aufwiesen als jene AN-Patientinnen ohne Therapieerfolg bei der Nachuntersuchung. Auch die Verminderung der Ausgangswerte aller drei Skalen fällt bei den erfolgreichen AN-Patientinnen größer aus als bei den nicht erfolgreichen. Dies stützt die bereits oben im Zusammenhang mit der Depressivität geäußerte Ansicht, daß die AN-Patientinnen mit Therapieerfolg insgesamt eine geringere Psychopathologie aufweisen.

Steiger et al. (1997) fanden, daß AN- und BN-Patientinnen höhere Narzißmuswerte aufwiesen als eine gesunde Kontrollgruppe. Bereits 1973 hob Bruch drei Aspekte der gestörten Selbstregulation bei AN-Patientinnen hervor: 1. das gestörte Körperbild, 2. Fehldeutung innerer Reize (insbesondere des Hungererlebens) und 3. Ohnmachterleben bzw. Insuffizienzgefühle. Besonders von dem letzten Befund war Bruch überrascht, weil die AN-Patientinnen im Kontakt doch eher als stark und tatkräftig, manchmal sogar halsstarrig wirken. Auch sind sie in der Lage, so viel (destruktive) Macht in der Beziehungsdynamik zu entfalten, daß ganze Teams paralysiert werden können (s.a. Becker u. Senf 1988).

Das Erleben von *Ohnmacht* als Dimension des Selbst und des Selbstwertgefühles steht inhaltlich auch mit dem Erleben von Depressivität in Zusammenhang³⁶. Das Ohnmachtserleben verweist aber in stärkerem Maße auf Strukturdefizite.

Bruch (1993) führte aus, daß es aus Angst vor dem Durchbruch von Affekten bzw. aus Angst vor der Unbeherrschbarkeit des eigenen Körpers zu einer enormen, zwanghaften Selbstkontrolle kommt. Aber selbst wenn diese Kontrolle auf der Handlungsebene (anders als bei den BN-Patientinnen) weitgehend gelingt, so sagt das doch wenig über

³⁶ Dementsprechend korrelieren Depressionsskala und die Skala „Ohnmachtserleben“ deutlich. Der im Ergebnisteil nicht aufgeführte (hoch signifikante) Koeffizient für die Pearson-Korrelation zwischen beiden Skalen beträgt 0,74.

die sprunghaft wechselnden, unabweisbaren Affekte, Gedanken- und Vorstellungsinhalte aus. Erst so wird verständlich, warum es trotz des äußeren Aspektes scheinbar perfekter Kontrolle zu hohen Werten auf der Skala *Affekt-/Impulskontrollverlust* kommen kann: Die innere Vorstellungs- und Impulswelt kann offenbar nicht in gleicher Weise wie der potentiell daraus resultierende Handlungsvollzug kontrolliert werden. Dieser innere Kampf ist in so hohem Maße destabilisierend und raumfordernd, daß Ruhe und Balance nicht mehr zustande kommen können.

Die Skala *Negatives Körper selbst* ist diejenige, die von allen drei überprüften Narzißmuskalen bei den AN-Patientinnen mit Therapieerfolg die größte Mittelwertveränderung zwischen Therapieanfang und Therapieende verzeichnet (s.a. Tabelle 39). Nachdem die Variable *gutes Körpergefühl* in der BOS als Prädiktorvariable für den Therapieerfolg bei AN ausgewählt und in der MZS bestätigt wurde, verwundert das nicht. Die gestörte Körperwahrnehmung ist darüber hinaus eines der vier Definitionskriterien des Krankheitsbildes (s.a. Abschnitt 1.2). In den körperorientierten Therapieverfahren (s.a. Kapitel 1), aber auch in den verbalen Therapien spielt die Wahrnehmung des Körpers unter dem Aspekt des Selbstwelterlebens eine wichtige Rolle.

In ihrem Buch „Das verhungerte Selbst“ (1990, S. 131) referiert Bruch ein sehr anschauliches Beispiel aus der Therapie mit ihrer Patientin Annette. Deren Körper selbst war von ihr so negativ besetzt, daß die Patientin den dringenden Wunsch verspürte „keine Person zu sein“, also quasi körperlos. Das Aufregende in dieser berichteten Therapie ist, daß die Patientin – noch nach ihrer Gesundung! – feststellte, daß es noch immer eine Einstellung in ihr gäbe, die sich gegen die körperliche Normalität richte. Dieser Fallbericht ist eine sehr erlebnisnahe Veranschaulichung der Befunde aus der Literatur bzw. der eigenen Ergebnisse (s.a. Abschnitt 5.2.2.1): Sie zeigen, daß die Einstellung zum eigenen Körper sich bei der AN oft nur sehr langsam verändert und sogar noch Jahre nach der Genesung persistieren kann. Interessant wäre es in diesem

Zusammenhang zu untersuchen, ob eine intensivere Körpertherapie u.U. größere und schnellere Erfolge bei Anorektikerinnen hervorbringt³⁷.

5.2.3.2 Bulimia nervosa

Depressivität bei BN

Ca. 47% der BN-Patientinnen in der MZS, die einen Therapieerfolg bei der Nachuntersuchung zeigten, waren bei Behandlungsbeginn hochgradig depressiv. Diese Zahl verminderte sich auf 14% bei der Entlassung. Bei den BN-Patientinnen ohne Therapieerfolg bei der Nachuntersuchung verminderte sich die Zahl der hochgradig depressiv belasteten Frauen während ihrer stationären Behandlung von initial ca. 58% auf 30% bei Behandlungsende (s.a. Tabellen 37 u.38).

Generell finden sich in der MZS bei den BN-Patientinnen mit Therapieerfolg niedrigere Depressionswerte sowohl bei Behandlungsbeginn als auch bei Behandlungsende (s.a. Tabelle 36). Das könnte – wie bereits für die AN diskutiert - ein Hinweis dafür sein, daß die Patientinnen mit Therapieerfolg global betrachtet eine geringere Psychopathologie aufweisen und deswegen leichter bzw. schneller klinisch signifikante Besserungen der Depressivität erreichen. Allerdings gibt es – abweichend vom Erleben der Anorektikerinnen – eine zusätzliche Dynamik: Auch wenn ein Teil der AN-Patientinnen gelegentlich Erbrechen praktiziert, so werden in der Regel bei den Magersüchtigen selten bulimische Dimensionen bei den Eßanfällen³⁸ erreicht. Dagegen wird der rauschhafte Zustand des Kontrollverlustes beim Eßanfall der BN-Patientinnen von einer depressiven Verstimmung abgelöst, die oft eine wesentliche Rolle für das selbst induzierte Erbrechen spielt (psychodynamisch: Selbstreinigung, Rückgängig-Machen der Schuld, Buße tun). Dieses Verhalten steht psychodynamisch betrachtet im Dienste eines strengen Über-Ich und verstärkt die nie fehlende Selbstwertproblematik.

³⁷ Dieser Themenkomplex betrifft die Hauptfragestellung der MZS, die z.Zt. mit Hilfe der 2 ½ Jahres-Katamnese überprüft wird.

³⁸ In der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie des Klinikums Benjamin Franklin wurden im Rahmen von Eßprotokollen aufgezeichnete Eßsituationen mit 15 AN-Patientinnen besprochen. Drei von ihnen bezeichneten bestimmte Eßsituationen selber als „Eßanfälle“. Bei der Besprechung dieser aufgezeichneten Situationen stellte sich aber heraus, daß in keinem Fall ein Kontrollverlust vorlag und die Kalorienmenge immer unter 500 Kcal lag.

Für die BN wurde zeitweise diskutiert, ob sie nicht eine Sonderform der Depression sei. In ihren Literaturübersichten stellten Levy et al. (1989) sowie D.B. Herzog et al. (1996) aber klar, daß es für diese Behauptung keine konsistente Befundlage gibt. Dieselben Autoren fassen die Ergebnisse zur Bedeutung der Depressivität für das outcome bei BN dahingehend zusammen, daß beide Störungsbilder einen voneinander unabhängigen Verlauf aufweisen bzw. voneinander unterscheidbare Entitäten darstellen. Das steht nur scheinbar im Widerspruch zu den oben erörterten psychodynamischen Überlegungen: Die von den Patientinnen erlebte depressive Befindlichkeit kann sehr bedeutsam innerhalb der bulimischen Symptomatik sein, ohne jedoch das outcome mittel- oder langfristig zu tangieren. Dies bestätigen auch die Befunde von Swift et al. (1985): Sie fanden eine Korrelation zwischen dem Ausmaß der depressiven und dem Ausmaß der Eßstörungssymptomatik bei der Nachuntersuchung, nicht jedoch im Verlauf und zu Behandlungsbeginn. Diese Befunde entsprechen im Prinzip jenen, die Herpertz-Dahlmann (1995, s.o.) für die AN beschrieben hat. In dieser Studie wurde (genau wie bei Fichter und Quadflieg 1997 für die BN) nicht das Vorliegen einer „major depression“ eruiert, sondern nur erhöhte Depressivität festgehalten.

Bei ca. 40% der BN-Patientinnen mit depressiver Symptomatik geht diese dem Beginn der Eßstörung voraus (Hudson et al. 1983, Lee et al. 1985, Walsh et al. 1985). Dieser Frage wurde in der jetzt durchgeführten Untersuchung nicht nachgegangen. Es ist zum gegenwärtigen Zeitpunkt nicht klar, ob dieser Befund relevant für das outcome sein könnte. Strober u. Katz (1988) kamen zu der Einschätzung, daß das Vorkommen oder Nichtvorkommen depressiver Phasen im Leben von Eßgestörten u.U. Subgruppen hinsichtlich verschiedener prädisponierender Faktoren konstellierte, die gegenüber affektiven oder Eßstörungen unterschiedlich empfänglich sind.

Auf einen weiteren Gesichtspunkt für das Zusammentreffen von BN und Depressivität hatte Lacey (1983) hingewiesen: Er fand, daß mit abnehmender Eßstörungssymptomatik die Depressivität seiner Patientinnen zunahm. Man könnte an dieser Stelle überlegen, ob die bulimische Symptomatik Abwehrcharakter gegenüber der Depressivität hatte oder ob es sich hierbei um eine Art Symptomverschiebung gehandelt hat.

Die vorliegende Studie hat den Nachteil, daß bei der MZS zwar zu Behandlungsbeginn und zu Behandlungsende die Depressivität im SCL-90-R gemessen wurde, nicht aber bei der Nachuntersuchung. Es könnte sein, daß nach der Entlassung die Scores für Depressivität wieder angestiegen sind. Fichter u. Quadflieg (1997) hatten in ihrer 6-Jahres-Katamnese von BN-Patientinnen bei einer Zwischenuntersuchung nach zwei Jahren einen solchen – wenngleich geringen – Wiederanstieg des Depressionsscores nach der Entlassung beschrieben, nachdem es zuvor zu einer deutlichen Absenkung während der Behandlung gekommen war. Im übrigen sind die gefundenen Mittelwerte für Depressivität zu Behandlungsanfang und Behandlungsende von Fichter u. Quadflieg denjenigen dieser Studie weitgehend vergleichbar. Allerdings fällt auf, daß der Ausgangs-Mittelwert (\pm Standardabweichung) für später erfolgreiche BN-Patientinnen in der jetzt durchgeführten eigenen Studie mit 1,71 (\pm 0,87) niedriger als bei den BN-Patientinnen von Fichter u. Quadflieg lagen ($1,90 \pm 0,9$).

Selbstregulation bei BN

Zur Beschreibung der Selbstregulation wurden - wie bei der AN - aus dem Narzißmusinventar (s.a. Abschnitt 3.6) die Skalen „*Ohnmächtiges Selbst*“, „*Affekt-/Impulskontrollverlust*“ und „*Negatives Körper selbst*“ benutzt. Wie schon im Abschnitt Depressivität bei BN beschrieben, so fällt auch bei der Selbstregulation auf, daß die BN-Patientinnen mit späterem Therapieerfolg auf allen drei Skalen sowohl bei Behandlungsanfang als auch bei Behandlungsende niedrigere Scores aufwiesen als jene BN-Patientinnen ohne Therapieerfolg bei der Nachuntersuchung. Auch die Verminderung der Ausgangswerte aller drei Skalen fällt bei den erfolgreichen BN-Patientinnen größer aus als bei den nicht erfolgreichen. Dies stützt die bereits oben im Zusammenhang mit der Depressivität geäußerte Ansicht, daß die BN-Patientinnen mit Therapieerfolg insgesamt eine geringere Psychopathologie aufweisen. Die qualitative Befundlage hinsichtlich der drei Narzißmus-Skalen entspricht im übrigen derjenigen der AN-Patientinnen (s.o.).

Steiger et al. (1997) fanden bestimmte Subgruppen bei Eßstörungen, die Charakteristika hinsichtlich ihres Temperamentes und ihrer adaptativen Stile aufwiesen. BN-

Patientinnen (mit praktiziertem purging) waren demnach in hohem Maße in ihrer narzißtischen Selbstregulation („trait narcissism“) dadurch gekennzeichnet, daß sie beständig nach exogenen Stimuli suchten. Der klinische Umgang mit BN-Patientinnen zeigt, daß häufig eigene Fähigkeiten oder Unfähigkeiten äußeren Umständen oder Gegenständen zugeschrieben werden. Insbesondere das Essen hat im Erleben der Betroffenen eine Art unabweisbare Verführungsmacht, die zum Eßanfall mit Kontrollverlust führt. Die dabei erlebte *Ohnmacht* wird (in magischer Weise) als Ausgeliefertsein an das Essen erlebt. Je ich-syntoner dieses Ausgeliefertsein erlebt wird, desto stärker entspricht es auch dem Abwehrmechanismus der Projektion. Die AN-Patientinnen erreichen wenigstens teilweise eine (vorübergehende) narzißtische Stabilität über den Triumph ihrer asketischen Haltung. Diese Gratifikation bleibt den BN-Patientinnen dadurch vorenthalten, daß sie sich der Überwältigung durch ihren eigenen Trieb unterwerfen (müssen) und somit nicht einmal teilweise den perfektionistischen Ansprüchen ihres Überichs gerecht werden können. Das, was hier Trieb oder Triebkraft genannt wird, erleben die betroffenen BN-Patientinnen allerdings häufig als die Macht, die vom Essen ausgeht und entsprechend ohnmächtig fühlen sie sich selber. Während die AN-Patientinnen ein gewisses Machterleben durch die konsequente Übersteuerung der Selbstkontrolle erleben können, bleibt es für die BN-Patientinnen bei ihren Ohnmachts- und Insuffizienzgefühlen.

Die Impulsivität bzw. der *Verlust von Impuls-Kontrolle* war eines der hervorstechendsten Merkmale, die schon frühzeitig als charakteristisch für die BN erkannt wurden. Swift u. Wonderlich (1988) referierten eine ganze Reihe von Studien, die konsistent ein niedriges Selbstwertgefühl und Impuls-Kontrollverlust als „trait“ beschrieben. Lacey u. Evans (1986) waren so weit gegangen, von „multi-impulsive personality disorder“ zu sprechen – eine Bezeichnung, die eindrucksvoll deskriptiv erscheint, wahrscheinlich aber inhaltlich weitgehend von dem Begriff der Borderline-Persönlichkeitsstörung abgedeckt ist und sich im übrigen auch nicht durchgesetzt hat. In einer Metaanalyse von 88 follow-up-Studien zur BN stellten Keel u. Mitchell (1997) fest, daß es nur sehr wenige konsistente Outcome-Prädiktoren für die BN gäbe. Ausgeprägte Impulsivität ist demnach mit einem schlechten outcome verbunden. Die eigenen Befunde sind mit dieser Bewertung vereinbar: BN-Patientinnen mit Therapieerfolg wiesen bei

Therapiebeginn und bei Therapieende niedrigere Werte für Impuls-Kontrollverlust auf als BN-Patientinnen ohne Therapieerfolg. Dennoch bleibt eine wichtige Frage unbeantwortet: Wenn Impulsivität und niedriges Selbstwertgefühl tatsächlich einen Einfluß auf das outcome haben sollten, sind diese „traits“ dann – wie Johnson u. Maddi (1986) spekulierten – prädisponierend für die Eßstörung, sind sie eine Folge von ihr oder sind sie nur korrelativ und somit gänzlich unabhängig von ihr³⁹?

Hohe Scores auf der Narzißmuskala *Negatives Körper selbst* können als Ausdruck einer Selbstwertstörung angesehen werden, die die Repräsentanz des eigenen Körpers einbezieht. Vor allem Kernberg (1995) schilderte eindrucksvoll die analytische Therapie mit einer Borderline-gestörten BN-Patientin. In diesem Zusammenhang wies er darauf hin, daß das Verhältnis eßgestörter Patientinnen zu sich selbst bzw. zu ihrem Körper ein Abbild der Bindung an bedeutsame Beziehungspersonen widerspiegelt, so wie es sich in der inneren Repräsentanzenwelt der Betroffenen darstellt. Interessanterweise hat diese Einschätzung eine empirische Basis bekommen, was für so komplexe psychoanalytische Konstrukte nicht oft der Fall ist: Tucker u. McNamara (1995) konnten an 123 College-Studentinnen statistisch (regressionsanalytisch) zeigen, daß Störungen der Mutter-Tochter-Beziehung nicht nur mehr Unsicherheit in den Beziehungen zu anderen hervorbringen, sondern auch vermehrt bulimische Verhaltensweisen nach sich ziehen.

In der jetzt durchgeführten eigenen Studie wurden sowohl bei der AN als auch bei der BN die Mittelwerte der Skala *Negatives Körper selbst* von den drei verwendeten Narzißmuskalen am stärksten im Behandlungsverlauf reduziert. Da in dieser Studie sämtliche Patientinnen schwerpunktmäßig psychodynamisch behandelt wurden, wären zwei Fragen für zukünftige Forschung klärungswürdig: 1. Welche Therapien bzw. Therapiekomponenten bewirken eine Besserung des „Negativen Körper selbst“ am stärksten? 2. Sind diese Verbesserungen anhaltend oder spiegeln sie nur eine situative Entlastung durch die stationäre Psychotherapie wider?

³⁹ Die Literatur zum Verhältnis von Eß- und Persönlichkeitsstörungen, in der die Selbstregulation eine große Rolle spielt, wurde hier nicht dargestellt. Dieser Themenkomplex war nicht Gegenstand der Untersuchung. (Übersichten dazu bei: Swift u. Wonderlich 1988; D.B. Herzog 1996; zur Behandlungstechnik bei BN s.a. Kernberg 1995).

Ein Mangel dieser Studie ist es, daß das Narzißmusinventar bei der Nachuntersuchung (wegen des großen Umfangs) nicht eingesetzt wurde, so daß die verwendeten Skalen nur für den Behandlungsbeginn und das Behandlungsende beurteilt werden können.

6. ZUSAMMENFASSUNG UND AUSBLICK

Moderne Outcome-Forschung im Bereich der Eßstörungen ist über die Beschreibung von korrelativen Zusammenhängen der „Symptomoberflächen“ (Sachse 1995) hinausgegangen. Das Interagieren verschiedener Variablen und seine protektive oder krankheitsbegünstigende Bedeutung hinsichtlich Entstehung und Verlauf von Eßstörungen ist zunehmend in den Vordergrund gerückt und wird mit komplexen statistischen Verfahren erforscht. Diese Arbeit hatte das Ziel, mittels der logistische Regression erklärende Modelle für den Behandlungserfolg bei AN und BN zu finden. Untersucht wurden anamnestische Variablen und solche des Krankheitsverlaufes im Hinblick auf ihre mögliche erklärende Bedeutung für den Behandlungserfolg. Es verband sich damit auch die Hoffnung, daß mit Hilfe der gefundenen Ergebnisse u.U. neue, praxisrelevante Fokussierungen in der therapeutischen Arbeit mit Eßgestörten möglich werden.

Im einzelnen wurden die drei folgenden *Fragen* untersucht:

1. Welche anamnestischen Variablen und Parameter des Krankheitsverlaufes (bzw. des Genesungsprozesses) eignen sich a) bei der Anorexia nervosa und b) bei der Bulimia nervosa als Prädiktoren des Therapieerfolges innerhalb der ersten zwei Jahre nach einer stationären Psychotherapie?
2. Wie wichtig sind diese Parameter bzw. wie stark ist ihr Erklärungswert?
3. Lassen sich die gefundenen Ergebnisse an einem anderen Patientinnenkollektiv replizieren?

Die vorliegende Untersuchung bestand aus zwei Teilen. Die erste Studie (Berlin-Oeynhausen-Studie; BOS) wurde *retrospektiv* an 159 AN-Patientinnen und 248 BN-Patientinnen durchgeführt, die sich zwischen 1986 und 1989 in stationärer Psychotherapie befanden. Die zweite Studie wurde an jenen Patientinnen (376 AN, 449 BN) durchgeführt, die an einer *prospektiven* multizentrischen Eßstörungsstudie (MZS)

teilnahmen, und die sich zwischen 1993 und 1995 wegen ihrer Eßstörung in stationärer Psychotherapie befanden. In beiden Studien wurde (nach abgeschlossener stationärer Psychotherapie) ein Fragebogen zugesandt – in der ersten (retrospektiven) Studie 2 Jahre nach Therapiebeginn, in der zweiten (prospektiven) Studie bereits 1 Jahr nach Therapiebeginn. Mit Hilfe der Ergebnisse der ersten Studie (BOS) wurden Hypothesen formuliert, die dann mit der zweiten Studie (MZS) überprüft werden konnten.

So wurde zunächst nach prädiktiven Variablen für den Therapieerfolg gesucht. In einem weiteren Schritt wurde in der MZS überprüft, ob die Bedingung der bei der Nachuntersuchung gefundenen Variablen bereits bei Ende der stationären Behandlung erfüllt war (deskriptiv). Außerdem wurden in der Validierungsstudie (MZS) zusätzlich für die Subgruppen mit und ohne Therapieerfolg Depressivität (SCL-90-R) und Aspekte der Selbstregulation (Narzißmusinventar) dargestellt und erörtert (deskriptiv).

Ergebnisse:

1. Therapieerfolg und logistische Regression

In der BOS haben sich 34% der AN- und 45% der BN-Patientinnen zwei Jahre nach Therapiebeginn als symptomfrei bezeichnet. In der MZS - bei strengeren Kriterien für den Therapieerfolg – konnten 10% der AN- und 18% der BN-Patientinnen ein Jahr nach Therapiebeginn als erfolgreich im Sinne der klinisch signifikanten Besserung bezeichnet werden.

Interessanterweise konnte sich keine einzige, in der BOS gefundene anamnestische Variable in der MZS bestätigen lassen. Von den in der BOS gefundenen VerlaufsvARIABLEN, die den Therapieerfolg erklärten, konnten in der MZS die „Verminderung der Angst vor dem Essen“ für beide Diagnosegruppen bestätigt werden. Für die AN stellte sich zusätzlich die Variable „Gutes Körpergefühl nach der Therapie“

als bedeutungsvoll für den Therapieerfolg heraus, für die BN eine „Zufriedenstellende Partnerschaft nach der Therapie“.

2. Häufigkeiten der bestätigten Prädiktorvariablen in der MZS bei Therapieende

Von den Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung eine Verminderung ihrer Angst vor dem Essen mitteilten, wurde die selbe Angabe von den meisten bereits bei Therapieende gemacht: Ca. 83% der AN- und BN-Patientinnen beschrieben eine Minderung der Angst bereits bei Entlassung aus der stationären Therapie.

Ein bei der Nachuntersuchung angegebenes „Gutes Körpergefühl nach der Therapie“ – bestätigte Prädiktorvariable für AN – lag bei ca. 80% der AN-Patientinnen dagegen bei Ende der stationären Behandlung noch nicht vor und entwickelte sich bei diesen Frauen offenbar erst in den Monaten nach der Entlassung.

Von den BN-Patientinnen, die bei der Nachuntersuchung eine „Zufriedenstellende Partnerschaft nach der Therapie“ – bestätigte Prädiktorvariable für BN – angaben, teilten fast die Hälfte (46%) mit, daß diese Partnerschaft nach der Behandlung neu entstanden war während bei den restlichen 54% diese Partnerschaft bereits zu Behandlungsbeginn existierte.

3. Depressivität und Selbstregulation in der MZS in den Subgruppen mit und ohne Therapieerfolg zu Behandlungsanfang und Behandlungsende

Bei AN- und BN-Patientinnen kam es im Durchschnitt zwischen Behandlungsanfang und Behandlungsende zu einer deutlichen Reduktion der Mittelwerte für Depressivität, Ohnmachtsgefühle, Affekt- und Impuls-Kontrollverlust sowie Negatives Körper selbst. Sowohl die Scores bei Therapieanfang als auch jene bei Therapieende waren für beide Diagnosegruppen bei den später Therapie-erfolgreichen Frauen weniger pathologisch als bei den Frauen ohne Therapieerfolg. Außerdem fiel die Reduktion der genannten

Mittelwerte bei Therapie-erfolgreichen Patientinnen beider Diagnosegruppen größer aus. Unter Umständen bildet dieser Befund eine geringere Morbidität der Therapie-erfolgreichen Patientinnen ab.

Die vorliegende Arbeit konnte klinisch relevante Variablen bestätigen, die das Eintreten des Therapieerfolgs begünstigen. Das bietet die Möglichkeit, bei Behandlungen eßgestörter Frauen auf die gefundenen Variablen besonders einzugehen bzw. sie zu fokussieren. Für die Forschung können auf der Grundlage der Ergebnisse die Bedingungen und Wechselwirkungen weiter untersucht werden, die mit den für den Behandlungserfolg relevanten Variablen zusammenhängen.

7. Literaturverzeichnis

- Abraham K (1916): Untersuchungen über die früheste prägenitale Entwicklungsstufe der Libido. Ges. Schriften, Bd. II, Fischer, Frankfurt/M. 1982
- Abraham SF, Mira M, Llewellyn-Jones D (1983): Bulimia: A study of outcome. *Int J Eat Disord* 2, 175-180
- Abraham SF, Llewellyn-Jones D: Sexual and reproductive function in eating disorders and obesity. In: Brownell KD, Fairburn CG (Hg): *Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook*. Guilford, New York, 1995
- APA, American Psychiatric Association (1987): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 3rd ed revised. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- APA, American Psychiatric Association (1993): Practice guideline for eating disorders. *Am J Psychiatry* 150, 207-228
- APA, American Psychiatric Association (1994): *Diagnostic and statistical manual of mental disorders*. 4th ed. American Psychiatric Association, Washington D.C.
- Backhaus K, Erichson B, Plinke W, Weiber R: *Multivariate Analysemethoden*. 6. überarb. Aufl., Springer, Berlin 1990
- Baell WK, Wertheim EH (1992): Predictors of outcome in the treatment of bulimia nervosa. *Brit J Clin Psychol* 31, 330-332
- Bales R, Cohen S (1982): SYMLOG – Ein System für die mehrstufige Beobachtung von Gruppen. Klett-Cotta, Stuttgart
- Beautrais AL, Joyce PR, Mulder RT (1998): Unemployment and serious suicide attempts. *Psychol Med* 28, 209-218
- Beck AT: *Wahrnehmung und Wirklichkeit der Neurose*. Pfeiffer, München 1979
- Becker H, Senf W: *Praxis der stationären Psychotherapie*. Thieme, Stuttgart 1988
- Becker H: *Konzentrierte Bewegungstherapie - Integrationsversuch von Körperlichkeit und Handeln in den psychoanalytischen Prozeß*. 2. Aufl., Thieme, Stuttgart 1989
- Bergmann G v (1934): Magerkeit und Magersucht. *Münch Med Wochenschr* 1, 37-38
- Beutel M, Deckardt R, Schaudig K, Franke S, Zauner R (1992): Trauer, Depressivität und Angst nach einem Spontanabort – Eine Studie über systemische Erfassung und Einflußfaktoren. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 42, 158-166
- Biedermann J, Habelow W, Rivinus T, Harmatz J, Wise J (1996): MMPI profiles in anorexia nervosa patients with and without major depression. *Psychosom Res* 19, 147-154

- Bielefeld J: Zur Begrifflichkeit und strukturierung der Auseinandersetzung mit dem eigenen Körper. In Bielefeld J (Hg): Körpererfahrung – Grundlagen menschlichen Bewegungsverhaltens. 2. Aufl., Hogrefe, Göttingen 1991
- Binswanger R (1996): Kindliche Masturbation – ein genetischer Gesichtspunkt, insbesondere bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psyche* 50, 644-670
- Blos P (1967): The second individuation process of adolescence. *Psychoanal Study Child* 22, 162-186
- Blos P: Adoleszenz – Eine psychoanalytische Interpretation. 3. Aufl., Klett-Cotta, Stuttgart 1981
- Bordo S: Unbearable weight: feminism, western culture, and the body. University of California Press, Berkeley 1993 (zit. nach Ricciardelli et al. 1997)
- Bossert S, Schmolz U, Wiegand M, Junker M, Krieg JC (1992): Predictors of short-term treatment outcome in bulimia nervosa inpatients. *Behav Res Ther* 30, 193-199
- Boumann CE, Yates WR (1993): Family risk factors for bulimia nervosa: negative outcome for three variables. *Eating Disorders* 1, 62-64
- Brotman, A.W., Rigotti, N.A., Herzog, D.B. (1985): Medical complications of eating disorders: outpatient evaluation and management. *Compreh Psychiatry* 26: 258-278
- Bruch H: Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within. Basic Books, New York 1973
- Bruch H: The golden cage: The enigma of Anorexia nervosa. Harvard University Press, Cambridge/Mass. 1978 (Dt.: Der goldene Käfig. Fischer, Frankfurt/M. 1982)
- Bruch H: Anorexia Nervosa: The Therapeutic Task. In: Brownell KD, Foreyt JP (Hg): Handbook of Eating Disorders. Basic Books, New York, S. 328-332 (1986)
- Cantwell DP, Sturzenberger S, Burroughs J, Salkin B, Green JK (1977): Anorexia nervosa – an affective disorder? *Arch Gen Psychiatry* 34, 1087-1093
- Carl A, Herzog T: Konzentrative Bewegungstherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hg.): Analytische Therapie bei Eßstörungen - Therapieführer. Schattauer, Stuttgart (1996)
- Carlat J, Camargo CA, Herzog DB (1997): Eating disorders in males: A report on 135 patients. *Am J Psychiatry* 154, 1127-1132
- Cash TF, Henry PE (1995): Women's body images: The results of a national survey in the U.S.A. *Sex Roles* 33, 19-28
- Ceasar MA: Anorexia nervosa and bulimia nervosa: An integrated approach to understanding and treatment. In: Schwartz HJ (Hg.): Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory. International University Press 1990, 2. Aufl.
- Cierpka M: Familiendiagnostik. Springer, Berlin 1985
- Cohen J, Cohen P: Applied multiple regression and correlation analysis for the behavioral sciences. Erlbaum, Hillsdale 1983
- Collings S, King M (1994): Ten-year follow-up of 50 patients with bulimia nervosa. *Brit J Psychiatry*

- Cooper PJ: Eating disorders and their relationship to mood and anxiety disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG (Hg.): Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook. Guilford, New York, 1995
- Dawson J: How do I look ? Virago Press, London 1990
- De Silva P: Cognitive behavioural models of eating disorders. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (Hg.): Handbook of eating disorders - theory, treatment and research. Wiley & Sons, Chichester 1995
- De Zwaan M, Karawautz A, Strnad A (1996): Therapie von Eßstörungen: Überblick über Befunde kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien. *Psychotherapeut* 41, 275-287
- Deneke FW, Hilgenstock B, unter Mitarb. von Müller R: Das Narzißmusinventar. Huber, Bern 1989
- Derogatis LR: SCL-90-R, administration, scoring & procedures manual-I for the R(evised) version. Johns Hopkins University School of Medicine, Eigendruck 1977. Deutsch: Franke G (Hg.): SCL-90-R. Die Symptomcheckliste von Derogatis – Deutsche Version – Manual. Beltz, Göttingen 1995
- Deter HC (1981): Zur Methodik von katamnestischen Untersuchungen bei psychosomatischen Patienten am Beispiel einer Gruppe von 31 Anorexie-Patientinnen. *Psychother Psychosom med Psychol* 31, 48-52
- Deter HC, Herzog W (1994): Anorexia nervosa in a long-term perspective: results of the Heidelberg-Mannheim study. *Psychosom Med* 56, 20-27
- Deter HC, Herzog W: Langzeitver-lauf der Anorexia nervosa. Eine 12-Jahres-Katamnese. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1995
- Deter HC, Manz R, Herzog W, Müller S (1997): Körperbildstörungen von Anorexia nervosa-Patienten 12 Jahre nach der klinischen Vorstellung. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 47, 1-11
- Deutsche Gesellschaft für Adipositasforschung (1995): Richtlinien zur Therapie der Adipositas. *Adipositas*, 5 (9), 7-10
- Dolan B, Evans C, Lacey H (1989): Family composition an social class in bulimia: a catchment area study of a clinical and comparison group. *J Nerv Ment Dis* 177, 267-272
- Dolan B, Lieberman S, Evans C, Lacey H (1990) Familiy features associated with normal weight bulimia. *Int J Eat Disord* 7, 101-106
- Dolan B: Die Bedeutung soziokultureller Faktoren für die Entwicklung von Eßstörungen. In: Köpp W, Jacoby GE (Hg.): Beschädigte Weiblichkeit - Eßstörungen, Sexualität und sexueller Mißbrauch. Asanger, Stuttgart, 1996
- Du Bois R: Körpererleben und psychische Entwicklung. Hogrefe, Göttingen 1990
- Duhl F, Duhl B, Kantor D: Learning, space and action in family therapy: a primer of sculpture. In: Bloch D (Hg.): *Technics of family therapy*. Grune & Stratton, New York 1973

- Dunn J: Family influences. In: Rutter M, Hay DF (Hg): Development through life – a handbook for clinicians. Blackwell, Oxford 1994
- Eckert ED, Halmi KA, Marchi P, Grove W, Crosby R (1995): Ten-year follow-up of anorexia nervosa: clinical course and outcome. *Psychol Med* 25: 143-56
- Ellis A, Grieger R: Praxis der rational-erotiven Therapie. Urban & Schwarzenberg, München 1979
- Engel K (1990): Ein Leitkriterium zur Abschätzung des Therapieerfolges von Anorexiebehandlungen. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 40, 474-479
- Engel K, Jacoby GE: Therapeutischer Umgang mit der sozialen Realität – Sozialtherapeutische Ansätze in der stationären Behandlung. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hg): Analytische Therapie bei Eßstörungen - Therapieführer. Schattauer, Stuttgart (1996)
- Epling WF, Pierce WD: Solving the anorexia puzzle: a scientific approach. Hogrefe & Huber, Toronto 1991
- Ernst C, Angst J: Birth order: Its influence on personality. Springer, Berlin 1983
- Fahrenberg J, Hampel R, Selg H (1989): Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI. Revidierte Fassung FPI-R. 5. Aufl., Hogrefe, Göttingen
- Fahy TA, Russel GF (1993): Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 14, 135-145
- Fairburn CG, Kirk J, O'Conner M, cooper PJ (1986): A comparison of two psychological treatments for bulimia nervosa. *Behav Res Ther* 24: 629-643
- Fairburn CG, Jones R, Peveler RC, Carr SJ, Solomon RA, O'Connor ME, Burton J, Hope RA (1991): Three psychological treatments for bulimia nervosa. A comparative trial. *Arch Gen Psychiatry* 48, 463-469
- Fairburn CG, Peveler RC, Jones R, Hope RA, Doll HA (1993): Predictors of 12-month outcome in bulimia nervosa and the influence of attitudes to shape and weight. *J Consult Clin Psychol* 61, 696-698
- Fairburn CG, Norman PA, Welch SL, O'Connor ME, Doll HA, Peveler RC, (1995): A prospective study of outcome in bulimia nervosa and the long-term effects of three psychological treatments. *Arch Gen Psychiatry* 52, 304-312
- Faller H, Schilling S, Otteni M, Lang H (1995): Soziale Unterstützung und soziale Belastung bei tumorkranken und ihren Partnern. *Z Psychosom Med* 41, 147-157
- Fallon BA, Walsh BT, Sadik C, Saoud JB, Lukasik V (1991): Outcome and clinical course in inpatient bulimic women: A 2- to 9-year follow-up study. *J Clin Psychiatry* 52, 272-278
- Feiereis H: Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. Marseille Verl., München 1989
- Feiereis H, Sudau V: Gestaltungstherapeutische Verfahren - Assoziative Mal- und Tontherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hg.): Analytische Therapie bei Eßstörungen - Therapieführer. Schattauer, Stuttgart 1996

- Fichter MM, Keeser W (1980): Das Anorexia Nervosa Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). Arch Psychiat Nervenkr 228, 67-89
- Fichter, M.M., Daser, C. (1987): Symptomatology, psychosexual development, and gender identity in 42 anorectic males. Psychological Medicine 17, 409-418
- Fichter MM, Quadflieg N, Rief W: The German longitudinal bulimia nervosa study I. In: Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (Hg): The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa. Springer, Berlin 1992
- Fichter MM: Inpatient treatment of anorexia nervosa In: Brownell KD, Fairburn CG (Hg): Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook. Guilford, New York, 1995
- Fichter MM, Quadflieg N (1997): Six-year course of bulimia nervosa. Int J Eat Disord 22, 361-384
- Franke G: SCL-90-R, die Symptom-Checkliste von Derogatis – Deutsche Version. Beltz, Göttingen, 1995
- Freeman RJ, Beach B, Davis R, Solyom L (1985): The prediction of relapse in bulimia nervosa. J Psychiatric Res 19, 349-353
- Freud S (1895): Studien über Hysterie. GW, Bd. 1, Fischer, Frankfurt/M., 5. Aufl. 1977, S. 75-312
- Freud S (1923): Das Ich und das Es. G.W., Bd.13, Fischer, Frankfurt/M., 9. Aufl.1987, S. 236-290
- Fromm E (1941): Die Furcht vor der Freiheit. Gesamtausgabe Bd.1, Deutscher Taschenbuch Verlag, München 1989, S. 217-394
- Garner DM (1993): Pathogenesis of anorexia nervosa. Lancet 341, 1631-1635
- Garner DM, Bemis KM (1982): A cognitive behavior approach to anorexia nervosa. Cognitive Ther Res 6, 1-27
- Garner DM, Garfinkel PE: Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. Guilford, New York 1985
- Garner DM, Bemis: Cognitive therapy for anorexia nervosa. In: Garner DM, Garfinkel PE: Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. Guilford, New York 1985
- Garner DM, Garfinkel PE, Rockert W, Olmstedt MT (1987): A prospective study of eating disturbances in the ballet. Psychother Psychosom 48, 170-175
- Gerlinghoff M, Backmund H: Therapie der Magersucht und Bulimie - Anleitung zu eigenverantwortlichem Handeln. Beltz, Weinheim, 1995
- Gleaves HG, Gail KP, Eberenz KP, Davis WN (1993): A report of 497 women hospitalized for treatment of bulimia nervosa. Eat Disord 1, 134-146
- Goldbloom, D.S., Kennedy, S.H.: Medical complication of anorexia nervosa. In: Brownell, K.D., Fairburn, C.G. (Hg): Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook. Guilford Press, New York, 1995

- Goldbloom DS, Olmstedt M, Davis R, Clewes J, Heinmaa M, Rockert W, Shaw B (1997): A randomized controlled trial of fluoxetine and cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa: short term outcome. *Behav Res Ther* 35, 803-811
- Goldstein DJ, Wilson MG, Thompson VL, Potvin JH, Rampey AH (1995): Long-term fluoxetine treatment of bulimia nervosa. Fluoxetine Bulimia nervosa research group. *Brit J Psychiatry* 166, 660-666
- Groeger WM: Verhaltenstherapie. In: Bastine R, Fiedler PA, Grawe K, Schmidtchen S, Sommer G (Hg): *Grundbegriffe der Psychotherapie*. Edition Psychologie, Weinheim 1982
- Gull WW (1868): The adress in medicine. *Lancet* 2, 171-176
- Habermas T, Müller M (1986): Das Bulimie-Syndrom. Krankheitsbild, Dynamik, Therapie. *Nervenarzt* 57, 322-331
- Habermas T: *Heißhunger - Historische Bedingungen der Bulimia nervosa*. Fischer, Frankfurt/M. 1990
- Habermas T: *Zur Geschichte der Magersucht – Eine medizinhistorische Rekonstruktion*. Fischer, Frankfurt/M. 1994
- Hahn P: *Ärztliche Propädeutik*. Springer, Berlin 1988
- Halmi KA (1995): Current Concepts and definitions. In: Szukler GI, Dare C, Treasure J (Hg): *Handbook of eating disorders - theory, treatment and research*. Wiley, Chichester (1995)
- Halmi KA, Eckert E, Marchi P, Sampugnaro V, Apple R, Cohen J (1991): Comorbidity of psychiatric diagnoses in anorexia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 48, 712-718
- Head H, Holmes G (1911): Sensory disturbances from cerebral lesions. *Brain* 34, 102-245
- Hebebrand J, Himmelman GW, Herzog W, Herpertz-Dahlmann BM, Steinhausen HC, Amstein M, Seidel R, Deter HC, Remschmidt H, Schafer H (1997): Prediction of low body weight at long-term follow-up in acute anorexia nervosa by low body weight at referral. *Am J Psychiatry* 154, 566-569
- Helmert U, Mielck A, Shea S (1997): Poverty and health in West Germany. *Soz Präventivmed* 42, 276-285
- Herpertz S, Kocnar M, Senf W (1997): Bulimia nervosa beim männlichen Geschlecht. *Z Psychosom Med* 43, 39-56
- Herpertz-Dahlmann BM: *Eßstörung und Depression in der Adoleszenz*. Hogrefe, Göttingen 1993
- Herpertz-Dahlmann BM, Remschmidt H (1993): Depression in anorexia nervosa at follow up. *Int J Eat Disord* 14, 163-169
- Herpertz-Dahlmann BM, Wewetzer C, Remschmidt H (1995): The predicitive value of depression in anorexia nervosa. Results of a seven-year follow-up study. *Acta Psychiatr Scand* 91, 114-119
- Herzog DB (1984): Are anorexic and bulimic patients depressed?. *Am J Psychiatry* 141, 1594-1597

- Herzog DB, Sacks NR, Keller MB, Lavori PW, von Ranson KB, Gray HM (1993): Patterns and predictors of recovery in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 32: 835-42
- Herzog DB, Nussbaum KM, Marmor AK (1996): Comorbidity and outcome in eating disorders. *Psychiatry Clin North America* 19, 843-859
- Herzog T, Zeeck A : Die stationäre psychodynamisch orientierte Therapie bei Anorexie und Bulimie. In: Reich, G., Cierpka, M. (Hg): *Psychotherapie der Eßstörungen*. Thieme, Stuttgart 1997
- Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (Hg): *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Springer, Berlin 1992
- Herzog W, Munz D, Kächele H: *Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen – ein Therapieführer*. Schattauer, Stuttgart, 1996
- Herzog W, Schellberg D, Deter HC (1997): First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: a discrete-time survival analysis. *J Consult Clin Psychol* 65: 169-77
- Herzog W: *Anorexia nervosa – ihre Verlaufsgestalt in der Langzeitperspektive*. Habilitationsschrift, Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg 1993
- Hetherington MM (1994): Aging and the pursuit of slimness: Dieting and body satisfaction through life. *Appetite* 23, 198
- Hettinger R, Jäger B (1991): Fragebogen zur Symptomdiagnose von Eßstörungen (FSE). In: Kächele & MZS (Hg): *Multizentrische Studie – Psychodynamische Therapie von Eßstörungen*. Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart
- Hettinger R, Munz D, Jäger B (1991): Symptomausprägung und Symptomgeneralisierung zur Prognose und Beurteilung des Therapieerfolgs. In: Kächele & MZS (Hg): *Multizentrische Studie – Psychodynamische Therapie von Eßstörungen*. Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart
- Hoek HW, Bartelds AI, Bosveld JJ, van der Graaf Y, Limpens VE, Maiwald M, Spaaij CJ (1995): Impact of urbanisation on detection rates of eating disorders. *Am J Psychiatry* 152, 1272-1278
- Hoek HW, van Harten PN, van Hoeken D, Susser E (1998): Lack of relation between culture and anorexia nervosa – results of an incidence study on Curacao. *Lancet* 338, 1231-1232
- Höger D, Böddeker M (1990): *Anorektikerinnen und Bulimikerinnen vor und nach stationärer Behandlung im Spiegel des FPI-R und des Gießen-Tests*. Unveröffentlichter Forschungsbericht (Universität Bielefeld):
- Holmes H, Rahe RH (1967): The social readjustment rating scale. *J Psychosom Res* 11, 213-218
- Hornyak LM, Baker EK (Hg.): *Experiential therapies for eating disorders*. Guilford Press, New York, 1989
- Hosmer DW, Lemeshow S: *Applied logistic regression*. John Wiley and Sons, New York 1989

- Howard KI, Kopta SM, Krause MS, Orlinsky DE (1986): The dose-effect relationship in psychotherapy. *Amer Psychol* 41, 159-164.
- Hsu LKG: Eating disorders. Guilford, New York 1990 (S. 97)
- Hsu LKG, Sobkiewicz TA (1991): Body image disturbance: Time to abandon the concept for eating disorders? *Int J Eat Disord* 10, 15-30
- Hsu LKG: Outcome of bulimia nervosa. In: Brownell KD, Fairburn CG (Hg): Eating disorders and obesity – a comprehensive Handbook. Guilford, New York 1995
- Hudson JI, Pope HG, Jonas JM, Yurgelun-Todd D (1983): Phenomenologic relationship of eating disorder to major affective disorder. *Psychiatric Res* 9, 345-354
- Jacobi C, Dahme B, Rustenbach S (1997): Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei Bulimia und Anorexia nervosa. *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 47, 346-364
- Jäger B, Kersting A, Künsebeck HW, Lempa W, Liedtke R: Der Verlauf der behandelten Bulimia nervosa über 14-, 26-, und 38-Monats-Katamnesen: Der Einfluß ergänzender Behandlungen. In: Lamprecht F, Johnen R (Hg): Salutogenese: Ein neues Konzept in der Psychosomatik? Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/M. 1994
- Jäger B, Köpp W (1998): Die multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Eßstörungen. *Psychotherapeutenforum – Praxis und Wissenschaft* 5, 4-6
- Jaeggi E, Rohner R, Wiedemann PM: Gibt es auch Wahnsinn, hat es doch Methoden ... Eine Einführung in die Klinische Psychologie aus sozialwissenschaftlicher Sicht. Piper, München 1990
- Janlert U (1997): Unemployment as a disease and diseases of the unemployed. *Scan J Wor Environ Health* 23 (Suppl), 79-83
- Jeammett P (1997): Narzißtische und objektbezogene Fehlregulierungen in der Bulimie. *Psyche* 51, 1-32
- Johnson C, Maddi KL: The etiology of bulimia: A biopsychosocial perspective. In: Feinstein S, Esman A, Looney J, Schwarzberg A, Sorosky A, Sugar M (Hg): *Adolescent Psychiatry Vol 13*, University Press, Chicago 1986, S. 253-273
- Juchmann U: Aspekte des Körpererlebens bei bulimischen und bei nicht bulimischen Frauen. Diplomarbeit am Psychologischen Institut der Technischen Universität Berlin, 1993
- Kächele H (1991): Multizentrische Studie „Psychodynamische Therapie von Eßstörungen“. Antrag an das BMFT. Forschungsstelle für Psychotherapie, Stuttgart
- Kächele H, Hettinger R, Munz D, Jäger B, Kröger F, Catina A, Peter R, Weber R, Bergmann G, Herzog W, Probst B, Köpp W, Gaus E, Ehlers W, Gitzinger I, Herzog T, Bernatz M, Engel K, Czogalik D (1992): Planungsforum „Psychodynamische Therapie von Eßstörungen“. *Psychother Psychosom med Psychol* 42, 33-36

- Kächele H: Von der klinischen zur systematischen Forschung. In: Tress W (Hg): Psychosomatische Medizin und Psychotherapie in Deutschland. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1992
- Kafka F (1922): Der Hungerkünstler. In: Brod M (Hg): Franz Kafka - Erzählungen. Fischer, Frankfurt/M. 1994
- Keel PK, Mitchell JE (1997): Outcome in bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 154: 313-321
- Kennedy SH, Kaplan AS, Garfinkel PE, Rockert W, Toner B, Abbey SE (1994): Depression in anorexia nervosa and bulimia nervosa: discriminating depressive symptoms and episodes. *J Psychosom Res* 38, 773-782
- Kernberg OF (1995): Technical approach to eating disorders in patients with borderline personality organisation. *Annual Psychoanalysis* 23, 33-48
- Kohut H: Die Heilung des Selbst. Suhrkamo, Frankfurt/M. (1979)
- Kohut H: Problems of selfpsychological theory. In: Lichtenberg JD, Kaplan S (Hg): Reflections of self psychology. Lawrence Erlbaum Ass., Hilsdale/London, 1983
- Köpp W (1993): Gestaltungstherapie bei Anorexia nervosa - ein Fallbericht. *Musik-, Tanz- und Kunsttherapie* 4, 25-28
- Köpp W (1995): Zur Bedeutung der Symbolisierung in der Psychotherapie. *Psychother Psychosom med Psychol* 45, 336-341
- Köpp W: Wieviele Konzepte benötigt man für die psychoanalytisch orientierte Einzeltherapie bei psychogenen Eßstörungen. In: Herzog W, Bergmann G, Munz D, Vandereycken W: Anorexia und Bulimia nervosa - Ergebnisse und Perspektiven in Forschung und Therapie. VAS - Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/M., S. 14-22 (1996)
- Köpp W: Diagnose und Komorbidität bei Eßstörungen. In: Gastpar M, Senf W (Hg): Forschungsstrategien bei Eßstörungen. Verlag Wissenschaft und Praxis, Sternenfels (1998 im Druck)
- Köpp W & MZ-Ess: Multizenterstudie Eßstörungen - Entstehung, Ziele und Design. In: Willenberg H, Hoffmann SO (Hg): Handeln – Ausdrucksform psychosomatischer Krankheit und Faktor der Therapie. VAS – Verlag für Akademische Schriften, Frankfurt/M., S. 67-72 (1997)
- Köpp W, Jacoby GE (1994): Der frühe Psychotherapieabbruch eßgestörter Patienten in der stationären Behandlung. *Psychologie in der Medizin*, 5, 24-29
- Köpp, W., Herzog, W., Deter, H.C. (1995): Anorexia nervosa - möglichst früh intervenieren. *Therapiewoche* 28: 1669-1678
- Köpp W, Herzog W: Medizinische Probleme bei der Indikation und Behandlung. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hg): Analytische Therapie bei Eßstörungen – Therapieführer. Schattauer, Stuttgart 1996
- Köpp W, Jacoby GE (1996): Auswirkungen sexueller Mißbrauchs-erlebnisse auf das Therapieergebnis: Untersuchung eßgestörter Patientinnen 2 Jahre nach einer stationären Psychotherapie. *Psychother Psychosom med Psychol* 46, 131-139

- Kordy H, Senf W (1985): Überlegungen zur Evaluation psychotherapeutischer Behandlungen. *Psychother Psychosom med Psychol* 35, 207-212
- Kröger F, Drinkmann A, Schmidt-Rinke M, Schneider J, Petzold E (1989): Familiendiagnostik. Standardisierte Methoden und systematische Therapie? SYMLOG als Versuch eines Brückenschlages. *Gruppenpsychother Gruppenn* 25, 110-126
- Kröger F, Bergmann G, Herzog W, Petzold E: Familientherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hg.): *Analytische Therapie bei Eßstörungen - Therapieführer*. Schattauer, Stuttgart (1996)
- Krüger C, Reich G, Buchheim P, Cierpka M: Eßstörungen: diagnostik – Epidemiologie – Verläufe. In: Reich G, Cierpka M (Hg): *Psychotherapie der Eßstörungen. Krankheitsmodelle und Therapiepraxis – störungsspezifisch und schulenübergreifend*. Thieme, Stuttgart 1997
- Lacey JH (1983): Bulimia nervosa, binge eating, and psychogenic vomiting: a controlled treatment study and long term outcome. *Brit Med J* 286: 1609-1630
- Lacey JH, Evans CDH (1986): The impusivist: A multi-impulsive personality disorder. *Brit J Addiction* 81, 641-649
- Lacey JH (1992): The treatment demand for bulimia: A catchment area report of referral rates and demography. *Psychiatric Bulletin of the Brit J Psychiat* 16, 203-205
- Lambert MJ, Hill CE: Assessing psychotherapy outcomes and processes. In: Bergin AE, Garfield SL (Hg): *Handbook of psychotherapy and behavior change*. 4. Aufl., Wiley, New York 1994
- Lasègue EC (1873): De l'anorexie hystérique. *Archive général de la medicine* 21, 385-403
- Lee NE, Rush AJ, Mitchell JE (1985): Depression and bulimia. *J Affective Disord* 9, 231-238
- Leon GR, Fulkerson JA, Perry CL, Cudeck R (1993): Personality and behavioral vulnerabilities associated with risk status for eating disorders in adolescent girls. *J Abnormal Psychol* 102, 438-444
- Leuner H, Hennig J, Fikentscher E (Hg.): *Katathymes Bilderelben in der therapeutischen Praxis*. Schattauer, Stuttgart 1993
- Leung F, Steiger H (1991): Lack of causal relationship between depressive symptoms and eating abnormalities in a nonclinical population: Findings from a six-month follow-up study. *Int J Eat Disord* 10, 513-519
- Levy AB, Dixon KN, Stern SL (1989): How are dpression and bulimia related? *Am J Psychiatry* 146, 162-169
- Liedtke R, Jäger B, Künsebeck HW, Buhl R, Kersting A (1990): Bulimien mit und ohne Vorgeschichte einer Anorexie – Varianten oder Entitäten? *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 40, 271-277
- Mahler MS: *Symbiose und Individuation*. Klett, Stuttgart 1972

- Mash EJ, Terdal LG: Follow-up assessments in behavior therapy. In: Karoly P, Steffen JJ (Hg): Improving the long-term efforts of psychotherapy. Gardener, New York, 1980, 99-147
- Mathers CD, Schofield DJ (1998): The health consequences of unemployment: the evidence. *Med J Aust* 168, 178-182
- Meermann R, Napierski C, Schulenkorf E (1987): EDI-Münster – Selbstbeurteilungsfragebogen für Eßstörungen. In: Meermann R, Vandereycken W (Hg): Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. Ein Klinischer Leitfaden für den Praktiker. De Gruyter, Berlin
- Meyer AE, Richter R, Grawe K, v.d. Schulenburg JM, Schulte B unt. Mitarb. v. Schwedler HJ: Forschungsgutachten zu Fragen eines Psychotherapiegutachtens im Auftrag des Bundesministeriums für Jugend, Familie, Frauen und Gesundheit. Universitätskrankenhaus Hamburg-Eppendorf 1991
- Minuchin S, Roosman B, Baker L: Psychosomatische Krankheiten in der Familie. Klett Cotta, Stuttgart 1981
- Mitchell JE, Davis L, Goff G, Pyle R (1986): A follow-up study of patients with bulimia.
- Morgan HG, Russel G (1975): The value of family background in clinical features as predictors of longterm outcome in anorexia nervosa: four year follow-up of 41 patients. *Psychol Med* 5, 355-371
- Norusis MJ: SPSS for Windows: Advanced statistics, release 6.0. SPSS, Chicago 1993
- Nylander I (1971): The feeling of being fat and dieting in a school population. *Acta Socio-Medica Scandanavica* 1, 17-26
- Olmsted MP, Kaplan AS, Rockert W, Jacobsen M (1996): Rapid responders to intensive treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 19: 279-85
- Orlinsky DE, Grawe K, Parks BK: Process and outcome in psychotherapy – noch einmal. In: Bergin AE, Garfield SL (Hg): Handbook of psychotherapy and behavior change. Wiley, New York 1994
- Patton G (1988): Mortality in eating disorders. *Psychol Med* 18, 947-951
- Paul T: Der langfristige Verlauf der Bulimia nervosa. In: Jacobi C, Paul T (Hg): Bulimia und Anorexia nervosa – Ursachen und Therapie. Springer, Heidelberg 1991
- Petzold E, Kröger F, Deter HC, Herzog W (1991): 20 Jahre Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa. *System Familie* 4, 158-167
- Petzold E: Familienkonfrontationstherapie bei Anorexia nervosa. Vandenhoeck & Ruprecht, Göttingen 1979
- Piran N, Kennedy S, Garfinkel PE, Owens M (1985): Affective disturbance in eating disorders. *J Nerv Ment Disease* 173, 395-400
- Polivy J, Herman P (1987): The diagnosis and treatment of normal eating. *J Consult Clin Psychology* 55, 635-644

- Pope HG, Hudson Ji, Jonas JM, Yurgelun-Todd D (1985): Anti-depressant treatment of bulimia: A two-year follow-up study. *J Clin Psychopharmacol* 5, 320-327
- Potreck-Rose F, Koch U: Chronifizierungsprozesse bei psychosomatischen Patienten. Schattauer, Stuttgart, 1994
- Power C, Matthews S (1997): Origins of health inequalities in a national population sample. *Lancet* 350, 1584-1589
- Powers PS, Spratt EG (1994): Males and females with eating disorders. *Eat Disord* 2, 197-214
- Rastam M, Gillberg IC, Gillberg C (1995): Anorexia nervosa 6 years after onset: Part II. Comorbid psychiatric problems. *Curr Probl Pediatr* 25: 67-89
- Ratnasuriya RH, Eisler I, Szmukler GI, Russel GF (1991): Anorexia nervosa: outcome and prognostic features. *Brit J Psychiat* 158, 495-502
- Remschmidt H, Wienand F, Wewetzer C (1988): Der Langzeitverlauf der Anorexia nervosa. *Monatsschr Kinderheilk* 136, 726-731
- Ricciardelli LA, Tate D, Williams RJ (1997): Body dissatisfaction as a mediator of the relationship between dietary restraint and bulimic eating patterns. *Appetite* 29, 43-54
- Riehl A: Therapieerfolg und Partnerschaft. Profil, München 1986
- Rodriguez E, Lasch K, Mead JP (1997): The potential role of unemployment benefits in shaping the mental health impact of unemployment. *Int J Health Serv* 27, 601-623
- Rudolf G (1990): Wissenschaftliche Evaluation. *Z Psychosom Med* 36, 174-177
- Russel G (1979): Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychol Med* 9, 429-448
- Sachse R: Der psychosomatische Patient in der Praxis – Grundlagen einer effektiven Therapie mit „schwierigen“ Klienten. Kohlhammer, Stuttgart 1995
- Sacks O: Der Mann, der seine Frau mit einem Hut verwechselte. Rowohlt, Frankfurt/M. 1987
- Sacks O: Der Tag, an dem mein Bein fortging. Rowohlt, Frankfurt/M. 1989
- Santonastaso P, Favaro A, Ferrara S, Sala A, Zanetti T (1995): Prevalence of body disturbance in a female adolescent sample: a longitudinal study. *Eat Disorders* 3, 342-349
- Schadewaldt H (1965): Medizingeschichtliche Betrachtungen zum Anorexie-Problem. In: Meyer JE, Feldmann H (Hg.): *Anorexia nervosa*. Thieme, Stuttgart
- Schellhas B: Die Entwicklung der Ängstlichkeit in Kindheit und Jugend. Studien und Berichte / Max-Planck-Institut für Bildungsforschung 55, Edition Sigma, Berlin 1993
- Schepank H: Psychogene Erkrankungen in der Stadtbevölkerung. Eine epidemiologisch-tiefenpsychologische Feldstudie in Mannheim. Springer, Berlin 1987

- Schepank H (1991): Erbdeterminanten bei der Anorexia nervosa. Ergebnisse von Zwillingsuntersuchungen. *Z Psychosom Med Psychoanal* 37, 265-281
- Schepank H: Genetic determinants of anorexia: results of studies in twins. In: Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (Hg): *The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa*. Springer, Berlin 1992
- Schilder P: *The image and appearance of the human body: Studies in the constructive energies of the psyche*. International Universities Press, New York, 1950
- Schneewindt KA (1986): *Die Familienklimaskalen*. Forschungsbericht aus dem Institut für Psychologie der Universität München, zit. n. Kröger F, Catina A, Peter R, Bergmann G, Weber R (1991): *Familiäre Dimension der Eßstörungen und soziale Anpassung (im Antrag der 'Multizentrischen Studie Eßstörungen' an das Bundesministerium für Forschung und Technologie)*
- Scholte R, van de Aast MMG (1995): Estrogen substitution in osteoporotic anorexia nervosa patients. *Eat Disorders* 3, 237-242
- Schulte MJ, Böhme-Bloem C: *Bulimie – Entwicklungsgeschichte und Therapie aus psychoanalytischer Sicht*. Thieme, Stuttgart 1990
- Schwartz HJ: *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory*. 2. Aufl., International University Press, Madison/Connecticut 1990
- Selvini-Palzzoli M: *Magersucht*. Klett-Cotta, Stuttgart 1982
- Senf W: Psychoanalytische Betrachtungen zur Bulimie. In: Kämmerer A u. Klingenspor B (Hg): *Bulimie – Zum Verständnis einer geschlechtsspezifischen Eßstörung*. Kohlhammer, Stuttgart 1989, S. 88-103
- Senf W, Herpertz S, Johann B: Stationäre psychodynamische Therapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hg): *Analytische Therapie bei Eßstörungen – Therapieführer*. Schattauer, Stuttgart 1996
- Sheehan HL (1937): Postpartum necrosis of anterior pituitary. *J Path Bact* 45, 189-214.
- Simmonds M (1914): Über Hypophysisschwund mit tödlichem Ausgang. *Dtsch Med Wochenschr* 40, 322-
- Slade P: Prospects of prevention. In: Szmukler GI, Dare C, Treasure J (Hg): *Handbook of eating disorders - theory, treatment and research*. Wiley, Chichester (1995)
- Smith C, Steiner H (1992): Psychopathology in anorexia nervosa and depression. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 31, 841-843
- Stark A, Aronow S, McGeehan T: Dance/movement therapy with bulimic patients. In: Hornyak LM, Baker EK (Hg.): *Experiential therapies for eating disorders*. Guilford Press, New York 1989
- Steiger H, Jabalpurwala S, Champagne J, Stotland S (1997): A controlled study of trait narcissism and bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 22, 173-178
- Steinberg BE, Shaw RJ (1997): Bulimia as a disturbance of narcissism: self-esteem and the capacity to self-soothe. *Addict Behav* 22, 699-710

- Steiner G: Wahrnehmen und Vorstellen in Kognitiver Sicht: Die „Kognitive Wende“. In: Steiner G (Hg.): Kindlers Psychologie des 20. Jahrhunderts, Entwicklungspsychologie, Bd. 2, Beltz, Weinheim 1984
- Steinhausen HC: Ergebnisse zur Verlaufsforschung der Anorexia nervosa. In: Jacobi C, Paul T (Hg): Bulimia und Anorexia nervosa – Ursachen und Therapie. Springer, Heidelberg 1991
- Stierlin H: Familientherapie mit Adoleszenten im Lichte des Trennungsprozesses. Klett-Cotta, Stuttgart 1970
- Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Rodin J (1986): Towards an understanding of risk factors for bulimia. *Am Psychologist* 41, 246-263
- Striegel-Moore RH, Silberstein LR, Frensch P, Rodin J (1989): A prospective study of disordered eating among college students. *Int J Eat Disord* 8, 499-509
- Strober M, Freeman R, Morrell W (1997): The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: Survival analysis of recovery, relapse and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 22, 339-360
- Stunkard A (1997): Eating Disorders: The Last 25 Years. *Appetite*, 29, 181–190
- Sunday SR, Levey CM, Halmi KA (1993): Effect of depression and borderline personality traits on psychological states and eating disorder symptomatology. *Compreh Psychiatry* 34, 70-74
- Swift WJ, Kalin NH, Wamboldt FS, Kaslow N, Ritholz M (1985): Depression in bulimia at 2- to 5-year follow-up. *Psychiatry Res* 16, 111-122
- Swift WJ, Ritholz M, Kalin NH, Kaslow N (1987): A follow-up study of thirty hospitalized bulimics. *Psychosom Med* 49, 45-55
- Swift WJ, Wonderlich SA: Personality factors and diagnosis in eating disorders: Traits, disorders and structures. In: Garner DM, Garfinkel PE (Hg): *Diagnostic issues in anorexia nervosa and bulimia nervosa*. Brunner / Mazel, New York 1988
- Szmukler GI, Russel G: Outcome and prognosis of anorexia nervosa. In: Brownell KD, Foreyt JP (Hg): *Handbook of eating disorders*. Basic Books, New York 1986
- Tabin CJ, Tabin JK (1990): Bulimia and Anorexia: Understanding their gender specificity and their complex of symptoms. In: Schwartz HJ (Hg): *Bulimia: Psychoanalytic treatment and theory*. International University Press, Madison, 173-226
- Theander S (1983): Research on outcome and prognosis of anorexia nervosa and some results from a Swedish long-term study. *Int J Eat Disord* 2, 167-174
- Thiel A (1997): Sind Psychopharmaka für die Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa notwendig? *PPmP Psychother Psychosom med Psychol* 47, 332-345
- Thomä H: Über die psychoanalytische Behandlung eines magersüchtigen Mädchens. In: Mitscherlich A (Hg): *Literatur der Psychoanalyse*. Helmut Thomä - Schriften zur Praxis der Psychoanalyse: Vom spiegelnden zum aktiven Psychoanalytiker. Suhrkamp, Frankfurt/M. 1981
- Toner BB, Garfinkel P, Garner D (1988): Affective and anxiety disorders in the long-term follow-up of anorexia nervosa. *Int J Psychiatr Med* 18, 357-364

- Treasure J, Holland A: Genetic factors in Eating disorders. In: Szmukler GI, Dare C, Treasure J (Hg): Handbook of eating disorders - theory, treatment and research. Wiley, Chichester (1995)
- Treasure J, Todd G, Szmukler GI: The inpatient treatment of anorexia nervosa. In: Szmukler GI, Dare C, Treasure J (Hg): Handbook of eating disorders - theory, treatment and research. Wiley, Chichester (1995)
- Tucker TW, McNamara K (1995): Assessing the relationship between parents' object relations and their daughters' eating disturbances. *Eating Disorders* 3, 311-323
- Turnbull SJ, Schmidt U, Troop NA, Tiller J, Todd G, Treasure J (1997): Predictors of outcome for two treatments for bulimia nervosa: short and long-term. *Int J Eat Disord* 21, 17-22
- van der Ham T, van Strien DC, van Engeland H (1994): A four-year prospective follow-up study of 49 eating-disordered adolescents: differences in course of illness. *Acta Psychiatr Scand* 90: 229-35
- Vandereycken W, Meermann R: Anorexia nervosa. A clinician's guide to treatment. de Gruyter, Berlin 1984
- Vandereycken W, Deth R v, Meermann R: Hungerkünstler. Fastenwunder, Magersucht. Deutscher Taschenbuch Verlag, München 1992
- Vandereycken W, Meermann R: The significance of follow-up investigations. In: Herzog W, Deter HC, Vandereycken W (Hg): The course of eating disorders. Long-term follow-up studies of anorexia and bulimia nervosa. Springer, Berlin 1992
- Walsh BT: Pharmacotherapy of eating disorders. In: Brownell KD, Fairburn CG (Hg): Eating disorders and obesity - a comprehensive handbook. Guilford, New York, 1995
- Walsh BT, Roose SP, Glassman AH, Gladis MA, Sadik C (1985): Depression and bulimia. *Psychosom Med* 47, 123-131
- Walsh BT, Wilson GT, Loeb KL, Devlin MJ, Pike KM, Roose SP, Fleiss J, Wateraux C (1997): Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 154, 523-531
- WHO: International Classification of Diseases. WHO, New York 1992
- Wilke E: Psychodynamische Therapie mit dem Kathymen Bilderleben - Kathym-imaginative Psychotherapie. In: Herzog W, Munz D, Kächele H (Hg.): Analytische Therapie bei Eßstörungen - Therapieführer. Schattauer, Stuttgart 1996
- Willi J (1992): Psychoökologische Aspekte der Abwehr. *Z Psychosom Med* 38, 281-293
- Williamson DA, Prather RC, Bennet SM, Davis CJ, Watkins PC, Grenier C (1989): An uncontrolled evaluation of inpatient and outpatient cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa. *Behav Modification* 13, 340-360

- Windauer U, Lennerts W, Talbot P, Touyz SW, Beumont PJ (1993): How well are 'cured' anorexia nervosa patients? An investigation of 16 weight-recovered anorexic patients. *Br J Psychiatry* 163,195-200
- Wood KC, Becker JA, Thompson JK (1996): Body image dissatisfaction in preadolescent children. *J Appl Developmental Psychol* 17, 85-100
- Wooley OW, Roll S (1991): The Color-A-Person Body Dissatisfaction Test: stability, internal consistency, validity, and factor structure. *J Personality Assessment* 56, 395-413
- Wulff M (1932): Über einen interessanten oralen Symptomenkomplex und seine Beziehung zur Sucht. *Int Z Psychoanal*, 18, 281–302.
- Zerssen D v.: Klinische Selbstbeurteilungsskalen aus em Münchner Psychiatrischen Informationssystem. Beltz, Weinheim (1976)
- Ziolko HU (1966): Hyperphagie und Anorexia. *Nervenarzt* 37, 400-406
- Ziolko HU (1995): Bulimia: A historical outline. *Int J Eat Disord* 20, 345-358

8. ABKÜRZUNGEN

AN	Anorexia nervosa
ANp	Anorexia nervosa vom Purging-Typ
ANr	Anorexia nervosa vom restriktiven Typ
APA	American Psychiatric Association
B	Variablengruppe: Psychotherapeutische Behandlungen
BMI	Body Mass Index
BN	Bulimia nervosa
BOS	Berlin-Oeynhaus-Studie
DSM-III-R	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 3 rd Revised Version
DSM-IV	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders 4 th Version
F	Variablengruppe: Familienanamnese
ICD 10	International Classification of Diagnoses 10 th Version (WHO 1992)
MW	Mittelwert
MZS	Multizentrische Eßstörungsstudie
SCL-90-R	Symptom-Check-Liste von Derogatis
SO	Variablengruppe: Soziale Situation
SOA	Variablengruppe: Soziales allgemein
SOAR	Variablengruppe: Soziales beruflich
SOF	Variablengruppe: Soziales familiär
SY	Variablengruppe: Symptomatik
SYA	Variablengruppe: Symptomatik allgemein/unspezifisch
SYEG	Variablengruppe: Essen/Gewicht
SYK	Variablengruppe: Symptomatik körpergefühlsbezogen
T1	Meßzeitpunkt bei Behandlungsbeginn
T2	Meßzeitpunkt bei Behandlungsende
T3	Meßzeitpunkt bei der Nachuntersuchung
Var	Variable
WHO	World Health Organisation

9. DANKSAGUNG

Zuerst möchte ich mich bei den Patientinnen bedanken, die viel Mühe auf das Ausfüllen der Fragebögen verwandten und auf diese Weise die vorliegende Untersuchung überhaupt ermöglichten.

Mein besonderer Dank gilt Herrn Prof. Dr. Studt. In einzigartiger Weise hat er mir einerseits großzügig Spielraum für die beiden Untersuchungen dieser Studie gegeben und mir andererseits stets mit seinem Rat zur Seite gestanden.

Herr Prof. Dr. Deter half mir mit seiner großen Kenntnis auf dem Gebiet der Anorexie-Forschung durch viele Diskussionen.

Ohne Herrn Prof. Dr. Wegscheider hätte diese Arbeit nicht entstehen können: Geduldig hat er mich bei der Erstellung des Designs und der Anwendung der statistischen Verfahren beraten. Durch ihn wurde die Erstellung der Arbeit für mich ein kontinuierlicher Lernprozeß im Hinblick auf die statistischen Probleme.

Bedanken muß ich mich auch bei meinen Kolleginnen und Kollegen der Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie. Sie haben mich – trotz der schwierigen Umstellung vom stationären auf den ausschließlich poliklinischen Betrieb unserer Abteilung im Gefolge der Schließung unserer Bettenstation - von vielen Routinetätigkeiten entlastet.

Die Bearbeitung einer so großen Zahl von Patientinnen-Unterlagen ist nur mit Hilfe vieler zusammenarbeitender Einrichtungen möglich. Außer bei den mitarbeitenden Kliniken der Multizentrischen Eßstörungsstudie möchte mich besonders bei Herrn Dr. G.E. Jacoby (Chefarzt der Klinik am Corso in Bad Oeynhausen) bedanken, der mit mir in freundschaftlicher Verbundenheit bei der Berlin-Oeynhausen-Studie kooperierte. Bei den Mitgliedern des Geschäftsführenden Ausschusses und des Mitgliederrates der Multizentrischen Eßstörungsstudie bedanke ich mich ganz herzlich für die stets bereitwillig gegebenen Hilfen in Detailfragen. In diesem Zusammenhang möchte ich die rasche und effektive Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle für Psychotherapie in

Stuttgart besonders erwähnen und mich bei der Leitung dieser Einrichtung - Herrn Prof. Dr. Kächele und seinem Vertreter Herrn Dr. Kordy – bedanken.

Frau Dr. Krefft gilt mein Dank für ihre freundliche Geduld beim Korrekturlesen des Manuskriptes und ihre vielen Anregungen.

Abschließend möchte ich mich bei den Steuerzahlern unseres Landes und dem Ministerium für Forschung und Technologie bedanken. Die finanzielle Unterstützung der Multizentrischen Eßstörungsstudie war eine unabdingbare Voraussetzung für die Erstellung dieser Arbeit.

Anhang

Inhaltsverzeichnis:	Seite:
BOS-Katamnesebogen (Jacoby u. Köpp 1990)	I
Tabelle I	XXIII
Tabelle II	XXIV
Tabelle III	XXV
Tabelle IV	XXVI
Output 1a: Anamnestisches Modell für Anorexia nervosa (BOS)	XXVII
Output 2a: Katamnestisches Modell für Anorexia nervosa (BOS)	XXXIV
Output 3a: Anamnestisches Modell für Bulimia nervosa (BOS)	XLI
Output 4a: Katamnestisches Modell für Bulimia nervosa (BOS)	XLVI
Output 1b: Anamnestisches Modell für Anorexia nervosa (BOS)	LVII
Output 2b: Katamnestisches Modell für Anorexia nervosa (BOS)	LIX
Output 3b: Anamnestisches Modell für Bulimia nervosa (BOS)	LXI
Output 4b: Katamnestisches Modell für Bulimia nervosa (BOS)	LXIII
Die 13 Fragen der Skala „Depressivität“ der Symptomcheckliste (SCL-90-R) von Derogatis (Franke 1995)	LXV
Die 15 Fragen der Skala „Ohnmächtiges Selbst“ des Narzißmusinventars (Deneke u. Hilgenstock 1989)	LXVI
Die 5 Fragen der Skala „Affekt-/Impulskontrollverlust“ des Narzißmusinventars (Deneke u. Hilgenstock 1989)	LXVII
Die 10 Fragen der Skala „Negatives Körperselbst“ des Narzißmusinventars (Deneke u. Hilgenstock 1989)	LXVIII

