

Alkoholismus, Magersucht und Bulimia nervosa - Parallelen bei der Krankheitsgenese und dem therapeutischen Vorgehen

Bachmann, Meinolf

Preprint / Preprint

Dissertation / phd thesis

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Bachmann, M. (1990). *Alkoholismus, Magersucht und Bulimia nervosa - Parallelen bei der Krankheitsgenese und dem therapeutischen Vorgehen*. Bielefeld. <https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:0168-ssoar-85324-2>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY-NC Lizenz (Namensnennung-Nicht-kommerziell) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY-NC Licence (Attribution-NonCommercial). For more information see: <https://creativecommons.org/licenses/by-nc/4.0>

Alkoholismus, Magersucht und Bulimia nervosa
- Parallelen bei der Krankheitsgenese und
dem therapeutischen Vorgehen

Meinolf Bachmann

Referenten der Arbeit:

1. Prof. Dr. Rainer Dollase
2. Prof. Dr. Diether Höger

Tag der mündlichen
Prüfung: 25. Juni 1991

Alkoholismus, Magersucht und Bulimia nervosa
- Parallelen bei der Krankheitsgenese und
dem therapeutischen Vorgehen

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Würde eines Doktors
der Philosophie
der Abteilung für Psychologie
und Sportwissenschaft
der Universität Bielefeld

vorgelegt von
Diplom-Psychologe Meinolf Bachmann
Bernhard-Salzmann-Klinik
Fachklinik für Suchtkranke

Gütersloh 1990

Vorwort

Herrn Prof. Dr. R. Dollase gilt mein besonderer Dank dafür, daß er die Betreuung der vorliegenden Arbeit übernommen und durch Beratung und Unterstützung begleitet hat.

Auch bei Herrn Prof. Dr. D. Höger bedanke ich mich dafür, daß er wichtige Anregungen zur Fertigstellung der Arbeit gab.

Ganz herzlichen Dank sagen möchte ich Herrn Diplom-Psychologen Volker Wrusch für die wertvolle Beratung in computertechnischen und statistischen Fragestellungen.

Weiterhin danke ich folgenden Damen und Herren für die Erlaubnis, Patienten in ihren jeweiligen Einrichtungen zu befragen:

Herrn Chefarzt Dr. med. G. E. Jacoby und Frau Böttcher (Pflegedienstleiterin), Klinik am Korso, Bad Oeynhausen, Herrn Priv. Doz. Dr. med. R. Meermann und Dr. Th. Paul, Psychosomatische Fachklinik, Bad Pyrmont sowie der Betriebsleitung der Bernhard-Salzmänn-Klinik, Gütersloh, Herrn Ltd. Arzt Dr. med. P. A. Haegelle, Frau Schade (Pflegedienstleiterin) und Herrn Drechsler (Verwaltungsleiter).

Dem vorherigen Leiter der Bernhard-Salzmänn-Klinik Herrn Ltd. Landesmedizinaldirektor a. D. Dr. med. H. G. Marx möchte ich besonders dafür danken, daß er von Beginn an großes Interesse und Verständnis für meine wissenschaftliche Arbeit gezeigt hat.

Mein Dank gebührt nicht zuletzt den Patientinnen und Patienten selbst, die sich für die Befragung zur Verfügung gestellt haben.

Inhaltsverzeichnis

1	Einleitung.....	3
2	Symptomatologie und Krankheitsbilder.....	8
2.1	Alkoholismus.....	8
2.1.1	Das Alkoholabhängigkeitssyndrom.....	10
2.2	Magersucht.....	13
2.3	Bulimia nervosa.....	15
2.4	Zusammenfassung.....	16
3	Ätiologische Gesichtspunkte und therapeutische Schlußfolgerungen.....	18
4	Untersuchungsvorhaben und Fragestellungen.....	24
5	Abhängigkeitssyndrom bei Magersucht und Bulimia- nervosa.....	32
5.1	Die Elemente des Abhängigkeitssyndroms Hungern.....	35
5.2	Methode - <u>Studie I</u>	40
5.2.1	Datenerhebung.....	42
5.2.2	Soziographische Daten.....	43
5.2.3	Ergebnisse - MA-SU (Magersucht).....	49
5.2.3.1	Item-Gesamt-Korrelation.....	52
5.2.3.2	Faktorenanalyse und Clusteranalyse.....	55
5.2.3.3	Elemente des Abhängigkeitssyndroms.....	56
5.2.3.4	Diskriminanzanalyse.....	66
5.3	Erörterung und Zusammenfassung der Studie I.....	68
6	Mißbrauch und Abhängigkeit.....	71
6.1	Mißbrauch: Hungern als Aufputzmittel.....	73
6.2	Methode - <u>Studie II</u>	76
6.2.3	Ergebnisse - FU-HU (Funktionalität des Hun- gerns).....	79
6.2.3.1	Drogenartige Wirkung des Hungerns.....	79
6.2.3.2	Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen.....	82
6.2.3.3	Kontra Weiblichkeit.....	84
6.2.3.4	Faktorenanalyse.....	86
6.2.3.5	Item-Gesamt-Korrelation.....	87
6.2.3.6	Offene Beantwortung.....	89
6.3	Erörterung und Zusammenfassung der Studie II.....	91

7	Die Gefahr des Austausches der "Suchtmittel" Alkohol, Anorexia/Bulimia nervosa.....	95
7.1	Methode zur Untersuchung von Eßstörungen bei Suchtkranken - <u>Studie III</u>	97
7.1.1	Ergebnisse - EAT (Eating Attitudes Test).....	101
7.1.2	Ergebnisse - EDI (Eating Disorder Inventory)...	109
7.1.3	Ergebnisse - BAT (Body Attitude Test).....	124
7.2	Erörterung und Zusammenfassung der Studie III.....	127
7.3	Alkohol- und Medikamentenproblematik bei eßgestörten Patienten.....	130
7.3.1	Methode - <u>Studie IV</u>	132
7.3.1.1	Ergebnisse - MALT (Münchener Alkoholismustest), Medikamentenprobleme selbst/Eltern.....	133
7.4	Erörterung und Zusammenfassung der Studie IV.....	136
8	Zusammenhänge zwischen den einzelnen Meßinstrumenten.....	139
9	Therapeutische Schlußfolgerungen.....	144
9.1	Motivation.....	145
9.2	Krankheitseinsicht und Abstinenz.....	147
9.3	Psychotherapie der Ursachen.....	148
9.4	Therapeutisches Vorgehen aus der Sicht der OA-Selbsthilfegruppen.....	148
9.5	Therapeutische Perspektiven.....	150
10	Theoretische Perspektiven - die These von der "mißglückten" Problemlösung.....	152
11	Zusammenfassung.....	155
	Literaturverzeichnis.....	166
	Verzeichnis der Abbildungen.....	174
	Verzeichnis der Tabellen.....	175
	Anhang	
	Anhangsverzeichnis.....	176

1 Einleitung

Die Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren (DHS) geht in ihrem Jahrbuch '90 von 1,5 - 1,8 Millionen Alkoholkranken , 450 - 800 Tausend Medikamentenabhängigen und 60 - 70 Tausend Drogenabhängigen aus. 1989 wurden ca. 25 000 stationäre Entwöhnungsbehandlungen durchgeführt.

Es gibt keine genauen Zahlen über die Verbreitung von schweren Eßstörungen in der Bundesrepublik. Grobe Schätzungen sprechen von 3 - 4 Millionen, wovon 80 - 90% Frauen sind. Nach PUDEL (nach GROSS,1989) kann davon ausgegangen werden, daß in der Bundesrepublik ca. 300 000 Bulimikerinnen (Eß-Brech-Sucht) leben und ca. 60 000 Magersüchtige. Werden dazu neuere Schätzungen über einige zig Tausend süchtige (Automaten-) Spielsüchtige addiert, ist ein Vergleich zwischen den unterschiedlichen Suchtformen und die Frage nach Übereinstimmungen bei dem therapeutischen Vorgehen, wie in dieser Arbeit geplant, in hohem Maße gerechtfertigt. Eine Überprüfung des gemeinsamen Auftretens unterschiedlicher Krankheitssymptome soll des weiteren Aufschlüsse über die Gefahr des "Umsteigens" von einem Suchtmittel zum anderen vermitteln.

Begrifflich soll zwischen "stofflichen" oder "toxischen" Suchtformen (Alkohol, Drogen u.a.m.) und "nicht stofflichen" Süchten (Magersucht, Bulimia nervosa u.a.m.) unterschieden werden.

Anfang der 80er Jahre wurden im (stationären) Suchtbereich verstärkt Patientinnen und auch Patienten beobachtet, die zusätzlich zur Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit unter zum Teil sehr extremen

Eßverhaltensweisen litten. Besonders auffällig war, daß die Betroffenen ihre Symptomatik, Eßattacken und Erbrechen sowie intensives Diäthalten, verheimlichten und ihre Eßpraktiken oft auch auf eine direkte Ansprache hin über lange Zeit leugneten.

Es wurden andere starke Ähnlichkeiten mit Verhaltensweisen von "stofflich" oder toxisch Abhängigkeitskranken festgestellt. Trotz der in einigen Fällen lang andauernden Täuschung über das wahre Eßverhalten, litten die Patientinnen offensichtlich psychisch und auch physisch stark unter ihren exzessiven bulimischen und anorektischen Verhaltensweisen, ohne jedoch eine ausreichende Motivation zu zeigen, sie aufzugeben. Kachexie, starke Stimmungsschwankungen und eine fehlende Aufmerksamkeit dem übrigen Therapiegeschehen gegenüber waren häufige Merkmale.

Im Gegensatz zu den in der Suchtklinik häufig zu beobachtenden Fällen, in denen neurotische Krankheits-symptome vorliegen, Hilfe oft aus eigenem Antrieb in Anspruch genommen wird und Beschwerden eher sehr deutlich dargestellt werden, bagatellisierten und verharmlosten die eßgestörten Patientinnen häufig ihre Symptomatik und lehnten es ab, sich näher damit zu beschäftigen.

Wie bei den "stofflichen" Suchterkrankungen, Alkohol-, Medikamenten- und Drogenabhängigkeit, muß zunächst die schwierige therapeutische Aufgabe bewältigt werden, eine Behandlungsmotivation zu entwickeln. Auch dann, wenn der Wunsch nach Veränderung geäußert wird, kann es parallel zu anderen Suchterkrankungen zu Rückfällen kommen, die in kürzester Zeit alle bisherigen Fortschritte zunichte machen. Weitere umfassende therapeutische Schritte sind notwendig, um eine dauerhafte Stabili-

sierung des Eßverhaltens und der gesamten Persönlichkeit zu erreichen.

Weder ein psychoanalytischer Therapieansatz, der zwar psychische Ursachen der Krankheitsentwicklung aufdeckt, aber die Eßsymptomatik vernachlässigt, noch ein verhaltenstherapeutischer Ansatz, der ausschließlich an den Symptomen, Gewicht und gestörtes Eßverhalten, kuriert, bieten in diesem Zusammenhang ein befriedigendes Erklärungskonzept und damit die Richtschnur für ein effektives therapeutisches Vorgehen.

Neuere erfolgversprechende Therapieansätze scheinen sich eher paradigmaübergreifend zu orientieren und beziehen sowohl das Symptomverhalten als auch tieferliegende psychische Ursachen in die Behandlung ein.

Die therapeutischen Überlegungen (Kap. 9), die sich an einem Suchtmodell orientieren, beziehen das Symptomverhalten, tiefergehende psychische Ursachen und Abstinenzüberlegungen für gestörtes Eßverhalten in die Behandlung ein.

In dieser Arbeit soll ein spekulatives Krankheits- und Therapiemodell vorgestellt werden, daß starke Parallelen zwischen stofflichen (toxischen) Süchten und den psychogenen Eßstörungen postuliert. Thesen zu "süchtigem" Hungerverhalten werden dargestellt, die sich stark an SMUKLER u. TANTAM (1984) anlehnen, und es werden daraus Fragestellungen abgeleitet, die eine erste empirische Überprüfung ermöglichen sollen. Es wird angenommen, daß die Krankheitsverläufe der Anorexia/Bulimia nervosa in starkem Maße von einer Abhängigkeit vom Hungern aufrechterhalten werden. Die von SMUKLER und TANTAM aufgestellten Thesen zur: "Anorexia nervosa: Starvation dependence", sind angelehnt an das von EDWARDS u. GROSS (1976; EDWARDS et al., 1977) beschriebene Abhängigkeitssyndrom für Alkoholismus (vgl. auch EDWARDS, 1986).

Außerdem werden Ursachen untersucht, die zu einem Einstieg in Diät- bzw. Hungerverhalten geführt haben, bevor es zu einer Abhängigkeit kam. Es werden konkrete Fragestellungen zur "drogenartigen" Wirkung des Hungerns in einer Vorstufe zur Abhängigkeit entwickelt. Starke Parallelen zwischen dem Krankheitsverlauf bei toxischen Abhängigkeiten und gestörten Eßverhaltensweisen führen möglicherweise zu einer Austauschbarkeit der "Suchtmittel" und damit zur Gefahr des "Umsteigens" von einem süchtigen Verhalten zum anderen. Dem zur Folge müßten Alkoholiker stärkere Eß- und Eßgestörte stärkere Alkoholprobleme aufweisen, als normale Kontrollpersonen.

Zur Zielsetzung der vorliegenden Arbeit kann zusammenfassend festgehalten werden: Zunächst erfolgt eine kurze Darstellung der Symptomatik und einiger ätiologischer Gesichtspunkte der in die Untersuchung einbezogenen Krankheitsklassifikationen Alkoholismus, Magersucht und Bulimia nervosa.

Die sich daran anschließenden vier Studien sollen die Thesen eines Abhängigkeits- bzw. Suchtmodells bei Anorexia/Bulimia nervosa überprüfen.

Es wird angenommen, daß Anorexia/Bulimia nervosa in beträchtlichem Maße durch eine Abhängigkeit vom Hungern aufrechterhalten wird, und die Entstehung dieser Eßstörungen durch eine "drogenartige" Wirkung verstärkten Hungerns verursacht sein kann.

In der ersten Studie werden die Thesen eines Abhängigkeitssyndroms vom Hungern dargestellt und ein Fragebogen zu deren Überprüfung konstruiert, der Stichproben von Anorexia/Bulimia Patientinnen und Kontrollpersonen zur Einschätzung vorgelegt wird.

Werden in der ersten Studie die Erwartungen bezüglich einer Abhängigkeit vom Hungern bestätigt, kann die

Fragestellung dahingehend erweitert werden, daß Faktoren einer Vorstufe zur Abhängigkeit untersucht werden, die sich in erster Linie auf eine drogenartige Wirkung des Hungerns beziehen und zu einem Einstieg in verstärktes Diät- bzw. Hungerverhalten geführt haben. Zur Überprüfung dieser Annahmen wird ebenfalls ein Fragebogen erstellt, der wiederum Eßgestörten und Kontrollpersonen zur Einschätzung vorgelegt wird. Die ersten beiden Studien bilden die Voraussetzung dafür, in der 3. und 4. Studie die These von der Austauschbarkeit der "Suchtmittel" (Alkohol/Hungern) zu überprüfen. Von diesen beiden Studien wird ebenfalls eine Unterstützung für das Suchtmodell bei Anorexia/Bulimia nervosa erwartet: Mittels standardisierter Fragebögen sollen Alkoholikerinnen (u.a.) auf Eßstörungen und Anorexia/Bulimia Patientinnen auf eine Alkoholgefährdung (und Medikamentenprobleme) hin untersucht werden. Eine starke Überschneidung der Krankheitssymptome (Eßstörungen bei Alkoholikerinnen und Alkoholgefährdung bei Anorexia/Bulimia nervosa) kann eine Bestätigung für das Vorhandensein einer gemeinsamen Abhängigkeitsstruktur sein.

Geben die vier Studien Anhaltspunkte für starke Parallelen zwischen Alkoholismus und Anorexia/Bulimia nervosa, ergeben sich daraus möglicherweise neue Perspektiven für das therapeutische Vorgehen bei Eßstörungen. Zum Ende der Arbeit wird darauf näher eingegangen.

Die Untersuchungsvorhaben und Fragestellungen werden im Kapitel 4 noch näher erläutert.

2 Symptomatologie und Krankheitsbilder

Bevor die anorektischen und bulimischen Eßstörungen nach ihren Parallelen zum Abhängigkeitssyndrom des Alkoholismus untersucht werden, folgt eine kurze und eher fragmentarische Darstellung der augenblicklichen diagnostischen Kriterien und Auffassungen zum Krankheitsbild des Alkoholismus und der zu vergleichenden Eßstörungen.

2.1 Alkoholismus

Nach FEUERLEIN (1979b, S. 6) gibt es eine Reihe von Definitionen, die erheblich differieren. Die Weltgesundheitsbehörde (zit. nach FEUERLEIN) beschreibt Alkoholiker als exzessive Trinker, deren Abhängigkeit einen solchen Grad erreicht hat, daß sie deutlich geistige Störungen oder Konflikte in ihrer körperlichen und geistigen Gesundheit, ihren mitmenschlichen Beziehungen, ihren sozialen und wirtschaftlichen Funktionen aufweisen oder Prodrome (beginnende Anzeichen) einer solchen Entwicklung zeigen. Nach JELLINEK (1972, S. 35) kann Alkoholismus wie folgt definiert werden: "any use of alcoholic beverages that causes any damage to the individual or society or both". Diese sehr breite Definition bezeichnet JELLINEK selbst als vage und nimmt deswegen eine weitere Differenzierung vor, indem er letztlich fünf Alkoholikertypen (Alpha- bis Epsilon-Alkoholismus) unterscheidet (vgl. FEUERLEIN, 1979b, S. 118). Dabei sind der Gamma- und Delta-Alkoholismus nach JELLINEK im eigentlichen Sinne als Krankheit aufzufassen. Der Gammaalkoholiker ist durch eine erhebliche psychische und physische Abhängigkeit sowie ausgepräg-

ten Kontrollverlust, in dessen Verlauf das Ausmaß des Trinkverhaltens nicht mehr vorherbestimmbar ist, gekennzeichnet. Im Vordergrund steht die psychische Abhängigkeit und die fortschreitende Toleranzentwicklung. Dagegen steht beim Deltaalkoholiker die physische Abhängigkeit im Vordergrund, die durch die Aufnahme großer Alkoholmengen über den Tag verteilt entstanden ist und eher auf soziokulturelle (z.B. Trinksitten in alkoholtoleranten Kulturen) und sozioökonomische (z.B. Alkoholberufe) Normen zurückgeführt werden kann, als auf psychische Abhängigkeiten. Es besteht die Unfähigkeit zur Abstinenz, während die Kontrolle über den Alkoholkonsum noch relativ lange aufrecht erhalten wird. Aus diesen beiden Trinkertypen ergeben sich zwei wesentliche Charakteristika des Alkoholismus, der Kontrollverlust und die Unfähigkeit zur Abstinenz.

Unter Alpha-Trinkern werden Erleichterungs- oder Konflikttrinker verstanden. Dieses Wirkungstrinken wird zum Abbau von psychischen Konflikten und psychosomatischen Stresssituationen eingesetzt. Es liegt eine psychische, jedoch keine physische Abhängigkeit vor. Als Beta-Trinker bezeichnet JELLINEK Gelegenheitstrinker, die häufig und viel trinken. Soziokulturelle Einflüsse spielen eine bedeutende Rolle. Es liegt keine psychische oder physische Abhängigkeit vor. Alpha- und Beta-Trinker können Vorstufen zur Alkoholabhängigkeit sein, müssen es aber nicht. Der Epsilon-Trinker trinkt in Episoden mit längeren Phasen sozial kontrollierten Trinkens bzw. der Abstinenz.

Wegen der genauen und ausführlichen phänomenologischen Beschreibung des Alkoholismus bezieht sich der folgende Vergleich zwischen Alkoholismus und den anorektischen und bulimischen Eßstörungen in erster Linie auf die im nächsten Abschnitt erläuterten Symptome des Abhängigkeitssyndroms nach EDWARDS u. GROSS (1976).

2.1.1 Das Alkoholabhängigkeitssyndrom

EDWARDS (1977, S. 137) versteht in diesem Zusammenhang den Begriff Syndrom als gleichzeitiges Auftreten bestimmter Phänomene. Die Krankheitszeichen und Symptome müssen jedoch nicht immer vollständig präsent sein und auch nicht immer in der gleichen Ausprägung, schränkt er jedoch ein. Abhängigkeit wird nicht als Alles oder Nichts verstanden, sondern es ist nach dieser Auffassung wichtig, in einer genauen Symptomabstufung festzustellen, in welchem Grad eine Abhängigkeit gegeben ist (vgl. EDWARDS, 1986, S. 30). Es wird postuliert, daß erst die Fähigkeit, den Grad der Abhängigkeit zu bestimmen, eine realistische Bestimmung des Behandlungszieles ermögliche. Bei einer sehr schwachen Ausprägung des Symptoms kann diese Zielsetzung nach EDWARDS durchaus die Rückkehr zum sozialen Trinken bedeuten.

Elemente des Abhängigkeitssyndroms nach EDWARDS (1986, S. 31):

1. Die Verengung des Trinkrepertoires

Das Trinken konzentriert sich bei zunehmender Abhängigkeit immer stärker auf die Erleichterung oder Vermeidung von (Alkohol-) Entzugserscheinungen. Oft folgt der Trinker einem strikten Zeitplan, um den Alkoholspiegel hoch zu halten. Auch die Art der Getränke variiert weniger.

2. Der Vorrang des Trinkens

Durch die Verfestigung der Trinkmuster räumt der Betroffene dem Alkoholkonsum allmählich den wichtigsten Platz in seinem Leben ein. Auch die Einkünfte werden in erster Linie für das Suchtmittel verwandt. Die Befriedigung nach Alkohol, auch bei erheblicher gesundheitlicher Schädigung, wird vordringlicher als das Überleben. Beruf, Familie sowie frühere Hobbys und Interessen werden zunehmend vernachlässigt.

3. Erhöhte Alkoholtoleranz

Alkohol ist eine Droge, an die sich das Zentralnervensystem mit der Zeit gewöhnt. Es entwickelt eine Toleranz gegenüber Alkohol. Es kann davon ausgegangen werden, daß immer größere Dosen erforderlich sind, um die erwünschte Wirkung zu erzielen (vgl. auch DAVISON u. NEALE, 1984, S. 246). Der Betroffene kann häufig trotz eines hohen Alkoholspiegels, unter dem andere Personen schon eine starke Behinderung zeigen würden, einer Beschäftigung nachgehen. Die physiologischen Mechanismen, die dafür verantwortlich sind, sind bisher nicht bekannt. In späteren Stadien der Abhängigkeit kann diese Toleranz wieder verlorengehen.

4. Wiederkehrende Entzugserscheinungen

Häufig treten die ersten Entzugserscheinungen morgendlich auf, manchmal jedoch schon in der Nacht. Der stark Abhängige kann zu jeder Tageszeit Entzugserscheinungen empfinden, wann immer der Alkoholspiegel sinkt. Dabei lassen sich eine Reihe psychischer und physischer Symptome unterscheiden: Zittern (Tremor), Übelkeit, Schwitzen, Geräuschempfindlichkeit, Jucken, Muskelkrämpfe, Verstimmungen, Halluzinationen bis hin zum Delirium.

5. Linderung oder Vermeidung von Entzugserscheinungen durch erneutes Trinken

Der stark Abhängigkeitskranke trinkt, um den Alkoholspiegel auf einem hohen Niveau zu halten, bei dem er möglichst nicht in Gefahr gerät, Entzugserscheinungen zu bekommen. Erleichterung der Entzugssymptome und eine Vorbeugung ihres Auftretens werden zu den wichtigsten Trinkanlässen.

6. Das subjektive Empfinden der Zwanghaftigkeit

EDWARDS betont in diesem Zusammenhang, daß es nicht ganz überzeugend sei, von Kontrollverlust zu sprechen. Die Fähigkeit zur Selbstkontrolle schwanke zwar oder setze teilweise aus, aber gehe nicht völlig verloren.

Vernachlässigt werden dürfe dabei nicht, daß eine Gier nach dem Suchtmittel besteht, die durch Vorstellungen des Berauschtseins, Entzugssymptome, die Stimmungslage sowie situationsbedingte Auslöser geprägt ist. Die Schlüsselerfahrung sei dabei am besten als "Trinkzwang" zu charakterisieren, auch wenn die klassischen psychiatrischen Kriterien für die Diagnose eines Zwangs nicht voll erfüllt seien.

7. Das Wiedereinsetzen der Abhängigkeit nach erreichter Abstinenz

Nachdem der Patient in der Klinik die Entzugsphase überstanden hat, fällt es ihm oft erstaunlich leicht, abstinent zu bleiben, weil die Trinkauslöser aus der Vergangenheit zum größten Teil fehlen. Rückfälligigkeit führt bei stark Abhängigkeitskranken dazu, daß in kürzester Zeit wieder heftige Entzugerscheinungen auftreten und um diese zu dämpfen, wieder das alte Trinkschema eingesetzt wird, mit dem Empfinden des subjektiven Zwangs, nicht mehr aufhören zu können. Es zeigt sich, daß ein Syndrom, daß sich z.T. erst über Jahre entwickelt hat, innerhalb von wenigen Tagen wieder voll hergestellt sein kann. Darin liegen für EDWARDS die unbegreiflichsten Merkmale dieser Krankheit.

Das von EDWARDS beschriebene Abhängigkeitssyndrom, das hier nur auszugsweise wiedergegeben werden kann, stellt eine detaillierte Betrachtung der im Klinikalltag festzustellenden Krankheitssymptome dar. Wegen der starken phänomenologischen, praxisbezogenen Herangehensweise sollte es sich gut für den Vergleich mit nicht stofflichen Abhängigkeitsformen eignen. Möglicherweise erweist es sich in späteren Arbeiten als sinnvoll, dabei auch von unterschiedlichen Abhängigkeitstypen auszugehen, wie dies JELLINEK tut. Zur Zeit fehlen dafür noch ausreichend durchdachte Hypothesen.

2.2 Magersucht

Es gibt keine Berichte aus stark unterentwickelten Ländern, in denen noch Hungersnöte herrschen, über das Auftreten von Magersucht bzw. Anorexia nervosa. Wie BRUCH (1980, S. 13) ausführt, ist eine Ablehnung von Essen, aus welchen Gründen auch immer, in einer Umgebung von Armut und Nahrungsmangel ein ineffektives Mittel. Als einer der ersten beschrieb GULL 1874 (vgl. BRUCH, 1980, S. 213) detaillierter eine Reihe von anorektischen (übersetzt: frei von Hunger oder frei von Begierde) Symptomen wie Abmagerung, Amenorrhoe, Verstopfung, Verlust des Appetits, langsamer Puls, die er nicht auf eine somatische Pathologie zurückführte. Er schlug für diese psychogene Erkrankung die Bezeichnung Anorexia nervosa vor, während etwa zur gleichen Zeit LASÈGUE (vgl. FICHTER, 1985, S. 6) den Begriff Anorexia hysterica verwandte und annahm, daß es sich bei dieser Krankheit um eine "Perversion des Zentralnervensystems" handelte. FICHTER (S. 7) weist auf terminologische Probleme hin und führt aus, daß es sich bei dem Begriff Anorexia nervosa um eine klare Fehlbezeichnung für das Krankheitsbild handelt. Magersüchtige sind typischerweise nicht frei von Hunger oder frei von Begierde, wie es die Übersetzung des Wortes Anorexie bedeutet. Der Begriff Magersucht ist treffender und weist auf den Suchtcharakter der Erkrankung hin: wie Verleugnung des Hungergefühls, Verleugnung der Schlankheit und Kachexie sowie Leugnung der Ermüdungserscheinungen (s. S. 8). Auch BRUCH (1980, S. 220) und SELVINI-PALAZZOLI (1974, S. 21) weisen auf den Umstand hin, daß es sich bei der Erkrankung nicht um den Verlust des Appetits handelt, im Gegenteil, der Wunsch zu essen und die gedankliche Beschäftigung mit Essen oft sehr massiv ausgeprägt ist. Nach BRUCH (1980, S. 224) ist die primäre Anorexia ner-

vosa durch ein unnachgiebiges Streben danach, dünn zu sein, gekennzeichnet. Wird Fasten aus anderen Motiven heraus praktiziert, bezeichnet sie dies als atypische Anorexia nervosa. Zur näheren Veranschaulichung der Krankheitssymptomatik sind in der Tabelle 1 die Diagnosekriterien der American Psychiatric Association, DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 1989) III (R), dargestellt, über die weitgehend Einigkeit besteht.

Tabelle 1: DSM - III (R), Kriterien für Anorexia nervosa

- A) Das Körpergewicht wird absichtlich nicht über dem der Körpergröße oder dem Alter entsprechenden Minimum gehalten, d.h. 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, d.h. 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.)

MEERMANN u. VANDEREYCKEN (vgl. 1987, S. 26) führen dazu aus, daß die Anorexia nervosa ihrer mutmaßlichen Ätiologie entsprechend als eine neurotische Störung zu beschreiben ist. Phänomenologisch betrachtet gehöre die Symptomatologie am ehesten zu den psychophysiologisch beschriebenen Störungen und von ihrem Verlauf her sei sie unverwechselbar dem einer Suchtkrankheit ähnlich.

2.3 Bulimia nervosa

Schon die Römer erbrachen willentlich, um bei ausgiebigen Eßgelagen den Magen wieder zu entleeren, damit sie weiteressen konnten (vgl. BRUCH, 1980, S. 17). Bis Anfang der achtziger Jahre das Thema Heißhunger und Erbrechen in der Fachliteratur kaum behandelt. Seitdem gibt es einen boomartigen Anstieg an wissenschaftlichen Veröffentlichungen, wobei fraglich sein dürfte, ob das derartig gestiegene Interesse (vgl. FICHTER, 1985, S. 9) mit einer ähnlichen Erhöhung der Auftretensrate dieses Eßverhaltens einhergeht. Auch in aktuellen Frauenjournalen und in den medizinischen Spalten von Wochenzeitschriften ist es im Zusammenhang mit Diät- und Schlankkeitsvorstellungen zu einem vielfältig behandelten Thema geworden. RUSSELL (1979) grenzte als erster ein Krankheitssyndrom ein, das er Bulimia nervosa nannte und folgendermaßen (vgl. FICHTER, 1985, S. 263) kennzeichnete:

1. ein unwiderstehlicher Drang zum Verschlingen grosser Mengen Nahrungsmittel, gefolgt von selbstinduziertem Erbrechen oder Laxantienabusus (Abführmittelmißbrauch),
2. eine krankhafte Furcht, dick zu werden.

Der wichtigste Faktor bei der Differenzierung gegenüber der Magersucht besteht darin, daß bei der Bulimia nervosa das Gewicht weitgehend im Normalbereich liegt. Die Bulimie wurde als selbständige Krankheit in das DSM III (R, 1989) aufgenommen und wird danach folgendermaßen definiert:

Tabelle 2: DSM - III (R), Kriterien der Bulimia nervosa

- 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 selbstinduziertem Erbrechen, dem Gebrauch von Laxantien 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.

2.4 Zusammenfassung

Eine gängige Definition des Alkoholismus (WHO) und eine kurze Beschreibung unterschiedlicher Alkoholikertypen (JELLINEK, 1972) wurden dargestellt.

Für den nachfolgenden Vergleich des Alkoholismus mit Magersucht und Bulimia nervosa werden in erster Linie die von EDWARDS (1986) formulierten Elemente des Alkoholabhängigkeitssyndroms herangezogen: Die Verengung des Trinkrepertoires - Der Vorrang des Trinkens - Erhöhte Alkoholtoleranz - Wiederkehrende Entzugserscheinungen - Linderung und Vermeidung von Entzugserscheinungen durch erneutes Trinken - Das subjektive Empfinden der Zwanghaftigkeit - Das Wiedereinsetzen der Abhängigkeit nach erreichter Abstinenz.

Schwierigkeiten mit der Bezeichnung Anorexia nervosa wurden erörtert und hervorgehoben, daß die Betroffenen, entgegen der wörtlichen Bedeutung des Begriffs, nicht frei von Hunger und Begierde sind. Obwohl die deutsche Bezeichnung Magersucht möglicherweise treffender ist, werden beide Begriffe wegen der starken Gebräuchlichkeit synonym verwandt.

Zur Veranschaulichung des Krankheitsbildes wurden die Diagnosekriterien des DSM III (R) dargestellt.

Seit Anfang der achtziger Jahre gibt es in der Fachliteratur, wie auch in den öffentlichen Medien, einen boomartigen Anstieg des Interesses an bulimischen Eßstörungen. RUSSELL (1979) prägte den Begriff Bulimia nervosa, die von starken Eßanfällen mit anschließendem Erbrechen bzw. Laxantiengebrauch oder strengen Diäten gekennzeichnet ist und als selbständige Krankheit in das DSM III (R) aufgenommen wurde.

Im Gegensatz zu den magersüchtigen Patientinnen haben die Bulimikerinnen oft ein annähernd normales Gewicht, das jedoch Schwankungen unterworfen sein kann.

3. Ätiologische Gesichtspunkte und therapeutische Schlußfolgerungen

Es würde an dieser Stelle erheblich zu weit führen, den vollständigen Stand der augenblicklichen Diskussion auf diesem Gebiet für Alkoholismus, Anorexia/Bulimia nervosa darstellen zu wollen. Die Frage nach den verursachenden Faktoren kann bei keinem der drei Krankheitsbilder befriedigend beantwortet werden. Zum Verständnis dieser Krankheiten scheint insgesamt wichtig zu sein, daß zwischen den Faktoren unterschieden wird, die zur Genese der Krankheiten beigetragen haben und denen, durch die sie möglicherweise zu einem späteren Zeitpunkt aufrecht erhalten werden. JELLINEK (s. Kap. 2) stellte den Kontrollverlust und die Abstinenzunfähigkeit als wichtige Krankheitskriterien dar. Bei EDWARDS (s. Kap. 2) ist die starke Abhängigkeit dadurch gekennzeichnet, daß getrunken wird, um Entzugerscheinungen zu dämpfen oder gar nicht erst auftreten zu lassen. Dabei geht JELLINEK davon aus, daß sowohl eine soziokulturelle als auch eine eher psychologische bzw. neurotische ätiologische Krankheitsgenese im Vordergrund stehen kann. EDWARDS (vgl. auch 1986, S. 28) unterscheidet sich davon nicht wesentlich und nimmt weiterhin an, daß Faktoren, die anfänglich zur Genese der Erkrankung wichtig waren, im weiteren Verlauf des Krankheitsprozesses überholt und unwirksam geworden sein können.

Ein von GARNER u. GARFINKEL (1980; MEERMANN u. VANDER-EYCKEN, 1987, S. 43) vorgeschlagenes Modell einer multifaktoriellen Verursachung (prädispositionierende, begünstigende, und aufrechterhaltende Faktoren) kann auch für die Veranschaulichung der Genese des Alkoholismus angewandt werden (s. Abb. 1).

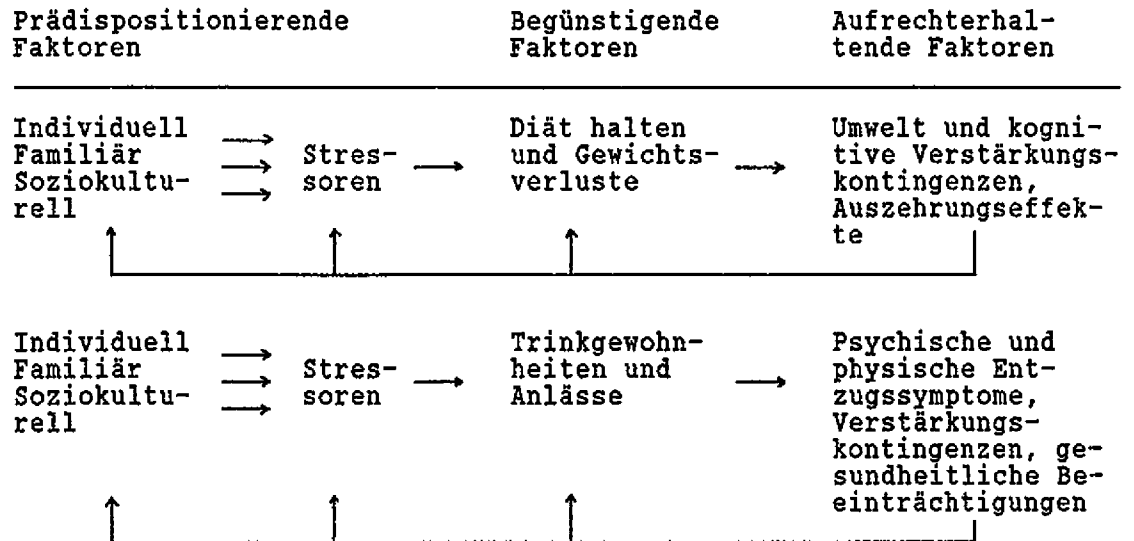


Abb. 1: Multifaktorielle Verursachung (vgl. MEERMANN u. VANDER-EYCKEN, 1987, S. 43)

Auf den Alkoholismus übertragen werden bei den "begünstigenden Faktoren" die Diät- und Gewichtsproblematik durch "Trinkgewohnheiten und Anlässe" ersetzt und die "Aufrechterhaltenden Faktoren" werden durch Entzugssymptome ergänzt. Wie aus der Darstellung deutlich wird, können sich die Faktoren auch wechselseitig (untere Pfeile) beeinflussen. Die Unterscheidung zwischen Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung wird im nachfolgenden Kapitel 6 unter den Begriffen Mißbrauch (Entstehung) und Abhängigkeit (Aufrechterhaltung) erneut aufgegriffen.

Eine Differenzierung der am Krankheitsprozeß beteiligten Faktoren macht erst eine genaue Planung der therapeutischen Vorgehensweise möglich. So dürfte es kaum sinnvoll sein, eine tiefergehende Psychotherapie

mit einem Alkoholiker zu betreiben, der noch unter starkem Alkoholeinfluß oder schweren Entzugssymptomen leidet.

Im Bereich der Eßstörungen betonen GARFINKEL u. GARNER (1982, S. 210), daß Psychotherapie schädlich sein kann, wenn nicht auf Eß- und Gewichtsprobleme eingegangen wird und weiterhin starke Auszehrungseffekte vorhanden sind. Therapie hat (s. Abb.1) in umgekehrter Richtung stattzufinden, das heißt, die zuletzt genannten Faktoren müssen als erstes geändert werden.

Auch BRUCH (1980) gesteht zu, daß ein gewisser Grad an Wiederherstellung des Gewichts notwendig ist, damit Psychotherapie effektiv ist. Dazu ein Zitat (BRUCH, 1982, S. 1535):

"Psychotherapists not uncommonly commit the error of not paying attention to a dangerously low weight in the unrealistic hope that the whole picture will correct itself once the underlying unconscious conflicts have been made conscious."

Sie sieht jedoch die größere Gefahr darin, sich zu sehr auf die Eß- und Gewichtsproblematik zu konzentrieren und die Aufarbeitung der eigentlichen Ursachen der Magersucht: Körperschemastörungen, Störungen der Wahrnehmung von Hunger- und Sättigungsgefühlen sowie anderer Gefühlszustände, ein durchdringendes Gefühl der eigenen Ineffektivität und Hilflosigkeit, zu vernachlässigen.

BRYANT u. BATES (1985), die eine Literaturübersicht zur Ätiologie der Anorexia nervosa geben, unterteilen die neueren ätiologischen Theorien in zwei Gruppen: a) Individuelle Ausrichtung und b) Familiäre- oder Soziokulturelle Herangehensweise. Unter a) werden Body image- und andere Wahrnehmungsstörungen, Hypo-

thalamusdysfunktionen, charakteristische Einstellungen und Verhaltensweisen, psychoanalytische Vorgehensweisen und mögliche genetische Ursachen eingeordnet. Unter b) werden familiäre, Verhaltens- und Kommunikationsstörungen, kulturelle und soziale Erwartungen zum Schlankheits- und Schönheitsideal, erörtert.

BRYANT u. BATES heben in diesem Zusammenhang Behandlungsmethoden hervor, die zunächst eine Wiederherstellung des Körpergewichts durch operantes Konditionieren, begleitet von unterstützender Psychotherapie, anstreben. Sind dabei ausreichend Fortschritte erzielt, können individuelle und soziale Ursachen der Krankheitsentstehung aufgeklärt und bearbeitet werden (vgl. auch MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987, S. 60).

Nach MILKMANN u. SUNDERWIRTH (1984) gibt es starke Parallelen zwischen Drogensucht und anderen nicht stofflichen süchtigen Verhaltensweisen, was die biochemischen Reaktionen des Gehirns angeht. Sie nehmen an, daß Gefühle durch eine selbst herbeigeführte Veränderung der Neurotransmission beeinflußt werden können. Eine Erhöhung der Neurotransmission kann zu einer Intensivierung von Gefühlen führen und es kommt zur Sucht, wenn die Kontrolle über die Verhaltensweisen verlorenght, die diesen Vorgang auslösen.

Auch PLOOG (nach IDRIS, 1984, S. 1651f) berichtet von möglichen physiologischen Veränderungen des ZNS, die eine Suchtthese stützen. Dabei führen Stoffwechseleränderungen dazu, daß bei einem Magersüchtigen Hungern als lustvoll empfunden werden kann und Essen Unbehagen bereitet. Durch Hungern wird eine Selbststimulation hervorgerufen, die euphorische Empfindungen vermitteln kann. Je länger das Fasten dauert, um so stärker fixiert sich dieser Zustand.

Hierzu führt GROSS (1989, S. 197/8) aus:

"Es gibt konkrete Hinweise darauf, daß der Körper durch Stimulation von außen, aber ohne Zuführung eines Stoffes ... in der Lage ist, sich biochemische Situationen zu schaffen, die ein ähnliches Erleben, also Sucht ohne Drogen, bewirken. ... Schon Anfang der 70er Jahre entdeckten nämlich Neuropharmakologen, daß menschliche Nervenzellen körperliche Substanzen produzieren können, die dem Morphinum sehr ähnlich sind."

Man nannte diese Substanzen innere Morphine oder Endomorphine.

GROSS dazu weiter:

"Diese 'hausgemachten' Drogen filtern Angst und Schmerz. ... Sie blockieren oder stimulieren an den Empfangsstationen im Gehirn, den Rezeptoren, die Nervenzellen und damit die Wahrnehmung, aber auch Gedanken und Gefühle."

Die nachfolgende Betrachtung der anorektischen und bulimischen Eßstörungen aus der Sicht eines Suchtmodells (Kap. 5) führt zu therapeutischen Schlußfolgerungen (Kap. 9), die auch Abstinenzüberlegungen einbeziehen. Eine Orientierung an einem Suchtmodell soll nicht als Gegensatz zu anderen aktuellen theoretischen Überlegungen gesehen werden, sondern eher eine ergänzende und integrierende Funktion, der sich zum Teil doch übergreifenden Auffassungen, einnehmen.

Zusammenfassend: Es wurde erläutert, daß es zum Verständnis und für das therapeutische Vorgehen des Alkoholismus wie der Anorexia/Bulimia nervosa wichtig sein kann, zwischen den Faktoren zu unterscheiden, die zur Genese der Krankheit beigetragen haben und denen, die das Krankheitsgeschehen zu einem späteren Zeitpunkt aufrechterhalten. So warnt auch BRUCH (1982) davor anzunehmen, daß sich das gestörte Eßverhalten quasi automatisch regelt, wenn tieferliegende psychische Konflikte aufgedeckt sind. Überlegungen aus der Alkoholismustherapie, daß zunächst das Suchtmittel

entzogen werden muß, bevor weitere Therapieziele erreicht werden können, sind möglicherweise auch auf die Behandlung der Eßstörungen zu übertragen. Auf diese Problematik wird in den nachfolgenden Kapiteln noch näher eingegangen. Ohne Anspruch auf Vollständigkeit erheben zu können, wurden psychische, soziale und letztlich biologische Faktoren genannt, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung des gestörten Eßverhaltens beitragen können.

4 Untersuchungsvorhaben und Fragestellungen

Die nachfolgend näher erläuterten Untersuchungsvorhaben sollen Parallelen bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung des Alkoholismus und Anorexia/Bulimia nervosa untersuchen und damit eine Grundlage für neue Perspektiven bei der Behandlung von Eßstörungen bilden. Neuere Literatur, auch aus dem deutschsprachigen Raum, gibt einen umfassenden Überblick über den augenblicklichen Stand der Forschung in Theorie und praktischem therapeutischen Vorgehen bei Anorexia/Bulimia nervosa (BEMIS, 1978; MESTER, 1981; GARFINKEL u. GARNER, 1982; GARNER u. GARFINKEL, 1985; FICHTER, 1985; MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987; FEIEREIS, 1989).

Weiterhin hochaktuell dürften frühere und neuere Arbeiten von BRUCH (1980, 1982, 1982-83, 1988, 1990), psychoanalytisch orientiert, und SELVINI-PALAZZOLI (1974, 1985), MINUCHIN u. FISHMAN (1983), familientherapeutisch oder systemisch ausgerichtet, zur Ätiologie und Behandlung gestörten Eßverhaltens sein.

MEERMANN u. VANDEREYCKEN (1985; VANDEREYCKEN, 1985; BRAND-JACOBI, 1984) geben Einblick in eine eher verhaltenstherapeutisch ausgerichtete Behandlungskonzeption, FRANKE (1980; HÖLZLE, 1986) stellt einen klientenzentrierten Therapieansatz dar, SCHMITT (1985) beschreibt eine kognitive Vorgehensweise, ORBACH (1988) betrachtet die unterschiedlichen Formen psychogener Eßstörungen von einem feministischen Standpunkt und zieht daraus Schlußfolgerungen für das therapeutische Vorgehen und BEMIS (1978) sowie BRYANT u. BATES (1985) geben Gesamtüberblicke zur Erklärung und Therapie anorektischen Verhaltens.

Auf dem Gebiet des Alkoholismus wurde auf JELLINEK (1972) und neuere Ansätze der Alkoholismusforschung von EDWARDS (1976, 1977, 1986) sowie auf FEUERLEIN

(1977a,b; 1979a,b) und ANTONS u. SCHULZ (1981) Bezug genommen.

Insgesamt sind vier Studien geplant, die Thesen eines Suchtmodells bei anorektischen und bulimischen Eßstörungen untersuchen: Abhängigkeitssyndrom vom Hungern (I.), Faktoren einer Vorstufe zur Sucht (II.), Eßstörungen bei stationär untergebrachten Alkoholikerinnen u.a. (III.) und die Alkoholgefährdung von stationär untergebrachten eßgestörten Patientinnen (IV.).

Studie I: Abhängigkeitssyndrom bei Magersucht und
Bulimia nervosa (s. S. 32)

Die Grundlage für den Vergleich zwischen Alkoholismus und anorektischen und bulimischen Eßstörungen bilden die Thesen von SMUKLER u. TANTAM (1984) zur "Anorexia nervosa: Starvation dependence". SMUKLER u. TANTAM beziehen sich dabei auf ein phänomenologisch detailliert beschriebenes Abhängigkeitssyndrom des Alkoholismus von EDWARDS (1976, 1977). In ihren Thesen gehen SMUKLER u. TANTAM davon aus, daß Anorexia nervosa Patientinnen (wahrscheinlich auch bei Bulimia nervosa) eine Abhängigkeit von den psychologischen und möglicherweise auch physiologischen Effekten des Hungerns entwickeln. Dabei muß die Dosis des Hungerns wie bei Drogen gesteigert werden, um die gewünschte Wirkung zu erzielen, und es entstehen Entzugserscheinungen, wenn gegessen wird. Schon früher, 1983 (a,b), wurde von BACHMANN u. RÖHR (vgl. auch SCOTT, 1983; SINNETT et al., 1983; BRAND-JACOBI, 1984a,b) ein sehr ähnliches Konzept über eine drogenartige Wirkung von Hungern und Parallelen zum Alkoholismus dargestellt. Erste therapeutische Schlussfolgerungen wurden daraus für die Therapie von Eßstörungen gezogen (vgl. auch BACHMANN, 1985). Die Frage, ob auch exzessives Viel-Essen ein Suchtmit-

tel sein kann, wird in dieser Arbeit weitestgehend vernachlässigt.

Schwerpunkt ist die Frage, ob Hungern als ein Suchtmittel aufgefaßt werden kann, das möglicherweise zur Aufrechterhaltung der Magersucht und auch Bulimia nervosa entscheidend beiträgt.

In der ersten Studie wird ein Fragebogen (MA-SU) konstruiert und Stichproben von Anorexia/Bulimia nervosa Patientinnen und Kontrollpersonen zur Beurteilung vorgelegt.

Es wird erwartet, daß Anorexia nervosa Patientinnen die höchsten Werte bei dem Fragebogen (MA-SU) zur Abhängigkeit vom Hungern erzielen. Auch Bulimia nervosa Patientinnen sollen bedeutend höhere Werte erreichen als die Kontrollgruppen (adipöse, Alkoholikerinnen, Studentinnen, Pflegeschülerinnen). Bei dem bulimischen Krankheitsbild dürften jedoch auch Eßattacken und Erbrechen in starkem Maße den Krankheitsverlauf bestimmen, so daß die Bedeutung des Hungerns möglicherweise nicht so ausgeprägt ist wie bei den anorektischen Patientinnen. Es sind aus der Literatur keine Versuche bekannt, die ein ähnliches Vorhaben verwirklichen.

Studie II: Mißbrauch und Abhängigkeit (s. S. 71)

Lassen sich die Annahmen aus der I. Studie bestätigen, ist die Voraussetzung dafür gegeben, nach Ursachen für den Einstieg in verstärktes Hunger- bzw. Diätverhalten zu fragen, bevor es zur Abhängigkeit kam.

Im Gegensatz zu EDWARDS (1977) wird nicht von einem graduell unterschiedlichen Abhängigkeitsbegriff ausgegangen, sondern eine Vorstufe zur Sucht postuliert, in der stoffliche wie auch nicht-stoffliche potentielle Suchtmittel zum Beispiel zur Leistungssteigerung, Linderung von Ängsten und Konflikten "mißbräuchlich" ein-

gesetzt werden, bevor eine Abhängigkeit entsteht, die anderen Gesetzmäßigkeiten folgt. Die Thesen einer drogenartigen Wirkung des Hungerns in einer Vorstufe zur Sucht gehen über die Konzeption von SMUKLER u. TANTAM (1984) hinaus, sollen die Genese eines süchtigen Verhaltens klären und zu differenzierten therapeutischen Zielsetzungen führen. Konkrete Fragestellungen zu einem mißbräuchlichen Einsatz des Hungerns werden aufgestellt und ebenfalls in einer Fragebogenstudie überprüft. Hinzu kommen Fragestellungen, die nicht unmittelbar zur Bestätigung des Suchtmodells dienen. Nach wie vor sind in der Theoriediskussion und therapeutischen Anwendung ätiologische Ansätze aus psychoanalytischer Sicht zur unterdrückten oder verdrängten Weiblichkeit (vgl. FEIEREIS, 1989, S. 92; JONAS, 1983) bei Anorexia/Bulimia nervosa aktuell.

GARNER u. GARFINKEL (1980; GARFINKEL u. GARNER, 1982, S. 112) betonen eine multidimensionale Sichtweise der Krankheitsverursachung und heben insbesondere den soziokulturellen Aspekt eines im Laufe der Jahre bedeutender gewordenen Schlankheits- und Schönheitsideals hervor, dem sich immer weniger Frauen entziehen können. Vielfältige Formen des Diätverhaltens und andere Mittel zur Gewichtsreduktion sind in diesem Zusammenhang angesprochen (vgl. MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987, S. 41 u. 63). Konkrete Fragestellungen zur unterdrückten oder verdrängten Weiblichkeit und der wachsenden Bedeutung eines Schönheitsideals sollen unter den Stichpunkten Kontra- bzw. Pro-Weiblichkeit und gutes Aussehen untersucht werden. Im Mittelpunkt der zweiten Studie steht jedoch der "mißbräuchliche" Einsatz des Hungerns als Droge, wobei deutlich gemacht werden muß, daß die zusätzlich erfaßten ätiologischen Bedingungen aus psychoanalytischer und soziokultureller Sicht nur sehr unvollständig berücksichtigt werden können.

Die unterschiedlichen Fragestellungen (drogenartige Wirkung des Hungerns, Pro-Weiblichkeit und gutes Aussehen, Kontra-Weiblichkeit) werden zu einem Fragebogen (FU-HU) zusammengefaßt und ebenfalls eßgestörten Patientinnen und Kontrollpersonen zur Beurteilung vorgelegt. Zum Fragenkomplex der "drogenartigen Wirkung des Hungerns" werden die gleichen Erwartungen gestellt wie in der ersten Studie: Die höchsten Werte sollen von den Anorexia nervosa Patientinnen erzielt werden, und auch die Bulimikerinnen sollen deutlich höhere Werte erreichen als die Kontrollpersonen (wie Studie I). Bezüglich der Fragebogekategorien "Pro-" und "Kontra-Weiblichkeit" werden keine spezifischen Erwartungen aufgestellt. Um zusätzliche Alternativen für den Einstieg in Hunger- und Diätverhalten nicht auszuschließen, ist diesem Fragebogen noch eine "Offene Beantwortung" angegliedert.

Lassen sich die Thesen eines Suchtmodells (Studie I und II) bei Anorexia/Bulimia nervosa bestätigen, ist die Voraussetzung dafür geschaffen, die Frage nach einer Austauschbarkeit der "Suchtmittel" zu stellen.

Studie III: Die Gefahr des Austausches der "Suchtmittel" Alkohol, Anorexia/Bulimia nervosa
- Untersuchung von Eßstörungen bei Suchtkranken (s. S. 95)

Zu einer weiteren Bestätigung der Suchtthese, wenn auch im Vergleich zu den ersten beiden Studien eher in indirekter Weise, sollen die Studien III und IV beitragen. Wird von starken Parallelen bei der Genese und dem Verlauf von Alkoholismus und Anorexia/Bulimia nervosa ausgegangen, so sind möglicherweise Alkoholikerinnen und andere Suchtkranke stärker gefährdet, Eßstörungen zu entwickeln, als normale Kontrollpersonen. Dies wird

in der IV. Studie umgekehrt für Anorexia/Bulimia nervosa Patienten postuliert, indem angenommen wird, daß diese eßgestörten Gruppen in verstärktem Maße gefährdet sind, Alkoholprobleme (und Medikamentenprobleme) zu entwickeln. In der therapeutischen Praxis zeigt sich immer wieder, daß auch im Zusammenhang mit Eßstörungen eine Gefahr des "Umsteigens" von einem Suchtmittel zum anderen besteht.

In der Studie III sollen mittels standardisierter Selbsteinschätzungsskalen stationär untergebrachte Alkoholikerinnen u.a. und als Vergleichsgruppe Normalpersonen auf Eßstörungen hin untersucht werden. In den Fragebogenstudien (EAT, EDI, BAT) werden Faktoren der gestörten Nahrungsaufnahme, Figur- und Gewichtsproblematik, psychologische Korrelate des gestörten Eßverhaltens (GARNER u. GARFINKEL, 1979; GARNER, OLMSTEAD, POLIOY, 1983) sowie unterschiedliche Faktoren der Körperwahrnehmungsstörung (PROBST, VAN COPPENOLLE, VANDEREYCKEN, MEERMANN, 1990) untersucht. JONES et al. (1985) berichten von einzelnen Alkoholikern, die Eßstörungen entwickelten, als sie abstinent von Alkohol wurden.

Es wird erwartet, daß Suchtkranke bei den Fragebogenstudien höhere Werte gestörten Eßverhaltens aufweisen als Vergleichsgruppen von Normalpersonen (Studenten, Pflegeschülerinnen) und auch als Normalstichproben aus der Literatur.

Studie IV: Alkohol- und Medikamentenprobleme bei eßgestörten Patienten (s. S. 130)

In dieser Studie soll nun umgekehrt stationär untergebrachten anorektischen, bulimischen und zum Vergleich auch adipösen Patientinnen ein standardisierter Alko-

lismusfragebogen (MALT-S, FEUERLEIN et al., 1979a) vorgelegt werden.

Wegen der vermuteten Gemeinsamkeiten zwischen den Krankheitsbildern wird ein höherer Anteil von Alkoholgefährdeten unter den anorektischen und bulimischen Patientinnen erwartet als in normalen Vergleichsgruppen.

JONES et al. (1985) berichten in diesem Zusammenhang von 27 Fällen, bei denen Alkoholismus auf bulimische und anorektische Eßstörungen folgte. Auch FICHTER (1985, S. 200) berichtet von einer hohen Alkoholismusrate bei Magersüchtigen und deren Verwandten. Er beschreibt ebenfalls (S. 197) bulimische Patientinnen, die Erfahrungen mit Alkohol hatten. Demnach bestand der Alkoholismus meist aus Konfliktrinken oder episodischem Alkoholismus. Eßgestörte Patientinnen hatten, FICHTER zur Folge, Alkohol bzw. Drogen oder Medikamente als weitere Möglichkeit entdeckt, um sich kurzfristig die gewünschte Erleichterung zu verschaffen.

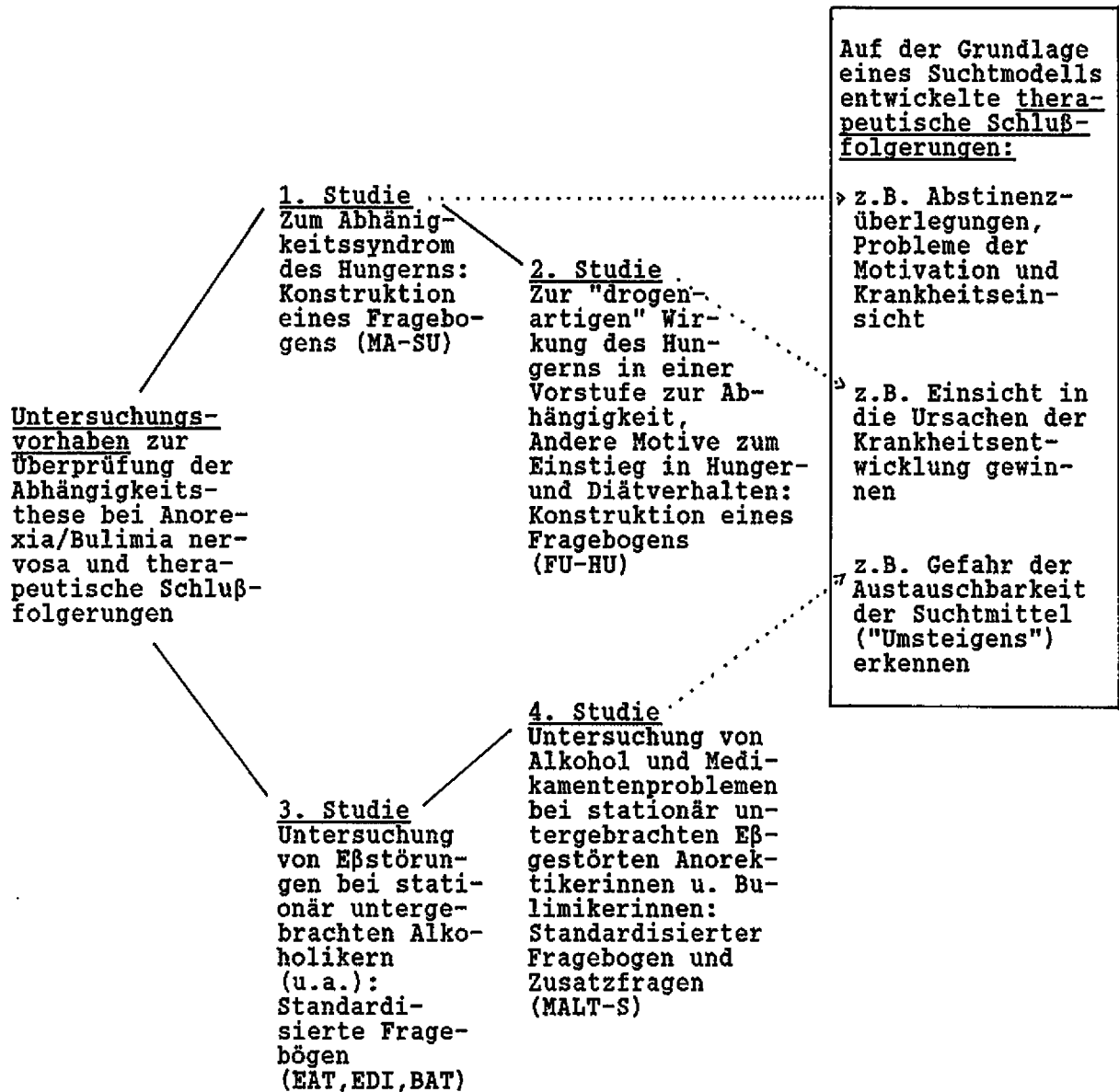
Der Untersuchung über eine Alkoholgefährdung von eßgestörten Patientinnen ist eine kurze Fragestellung nach (eigenen) Medikamentenproblemen und Alkohol- bzw. Medikamentenproblemen der Eltern angeschlossen.

Daran anschließend (Kap. 8) werden Zusammenhänge zwischen den einzelnen Meßinstrumenten untersucht.

Nach diesen empirischen Untersuchungen schließen sich, unter Berücksichtigung des Suchtmodells, Spekulationen über ein therapeutisches Vorgehen bei Anorexia/Bulimia nervosa Patientinnen an (s. S. 144), die Abstinenzüberlegungen einbeziehen.

Weitere theoretische Perspektiven werden im Anschluß daran erörtert (s. S. 152).

In der folgenden Darstellung sind die Untersuchungsvorhaben und Stichworte für therapeutische Implikationen grob zusammengefaßt:



5 Abhängigkeitssyndrom bei Magersucht und Bulimia nervosa

Nur sehr wenige Autoren (BACHMANN u. RÖHR, 1983a,b, 1985; SZMUKLER u. TANTAM, 1984) haben bisher theoretische Zusammenhänge zwischen Anorexia nervosa und Alkoholismus hergestellt, obwohl phänomenologisch von vielen Autoren Vergleiche zu toxischen Abhängigkeiten herangezogen werden, um stark gestörtes Eß- und Hungerverhalten zu beschreiben (vgl. SCOTT, 1983).

Nachfolgend soll untersucht werden, ob Hungern als ein Suchtmittel betrachtet werden kann, und eine Abhängigkeit vom Hungern zur Aufrechterhaltung der Anorexia, und möglicherweise auch Bulimia nervosa, beiträgt.

Erfahrungen mit intensivem Diäthalten und längerfristigen Hungerphasen werden auch bei Bulimia nervosa als Anlässe für Eßattacken und Erbrechen beobachtet. Unter der These "Anorexia nervosa: Starvation dependence" (Abhängigkeit vom Hungern) postulieren SMUKLER u. TANTAM in diesem Zusammenhang, daß nicht nur die Magersucht, sondern auch die Bulimia nervosa in erster Linie durch eine Abhängigkeit vom Hungern aufrechterhalten wird.

In Anlehnung an die von EDWARDS beschriebenen Elemente eines Abhängigkeitssyndroms (s.S.9) werden Thesen süchtigen Hungerverhaltens nach SMUKLER u. TANTAM erläutert und daraus Fragestellungen entwickelt, die einer Stichprobe zufällig ausgewählter eßgestörter Patientinnen zur Einschätzung vorgelegt werden. Nach SMUKLER u. TANTAM können zwischen Alkoholismus und Anorexia nervosa folgende fundamentale Gemeinsamkeiten beobachtet werden, die die Annahme unterstützen, daß die hier behandelten Eßstörungen mehr Ähnlichkeiten mit Abhängigkeitserkrankungen haben, als mit Neurosen oder Psychosen:

a) In beiden Fällen (Trinken und Diäthalten) übt der

- Patient ein Verhalten aus, das normalerweise unter bewußter Kontrolle und in der Normalpopulation mit "Maßen" ausgeübt wird.
- b) Beide Verhaltensweisen (Intoxikation, Hungern) verändern den psychologischen und physiologischen Zustand des Subjekts.
 - c) Beide Verhaltensweisen werden zunächst als unangenehm wahrgenommen und werden erst nach längerer Ausübung lustvoll oder angenehm.
 - d) Die psychologischen Veränderungen sind vom Subjekt erwünscht:
 - Alkohol kann Ängste, vor allem soziale Ängste, beseitigen, was durchaus auch als reguläres Trinkmotiv angegeben wird,
 - Anorexia nervosa Patienten beschreiben die frühen Phasen der Unterernährung als beruhigend, weil sie sich unter Kontrolle haben und teilweise zu enormen Leistungssteigerungen fähig sind.
 - e) Mit der Etablierung der Abhängigkeit verschlechtert sich in beiden Fällen die Kontrolle, und das Verhalten wird offensichtlich selbstzerstörerisch. Dennoch wird es nicht eingestellt, und es wird in frühen und auch noch in späten Stadien der Krankheit geleugnet, daß überhaupt ein Problem existiert. Weder Alkoholiker noch Anorexia nervosa Patienten berücksichtigen zunächst, daß sie soziale Schwierigkeiten verursachen.
 - f) Hilfsangebote werden zurückgewiesen, das gestörte Verhalten wird geleugnet und bagatellisiert, um die Gewohnheiten beibehalten zu können. Dies ist ein starker Kontrast zu den meisten neurotischen Störungen, wo Patienten eher dazu neigen, die Abnormalität der Symptome zu übertreiben, ihre Hilflosigkeit den Symptomen gegenüber betonen und ihre Behandlungsbedürftigkeit unterstreichen.

SMUKLER u. TANTAM 's (1984) theoretische Vorüberlegungen leiten über zu der zentralen Ausgangsthese dieser Arbeit, daß Anorexia nervosa und in beträchtlichem Maße auch Bulimia nervosa durch süchtiges Hungerverhalten aufrechterhalten werden, und daß dieser Abhängigkeitsphase (Studie I) möglicherweise eine Phase des Mißbrauchs der drogenartigen Wirkung des Hungerns (Studie II) vorausgeht.

In der Studie I erhält diese Ausgangsthese eine weitere Konkretisierung dadurch, daß von der Annahme eines am Alkoholismus orientierten "Abhängigkeitssyndroms vom Hungern" ausgegangen wird.

5.1 Die Elemente des Abhängigkeitssyndroms Hungern

Die Hauptkriterien für eine Diagnose des Alkoholismus (s. oben): die Verengung des Trinkrepertoires, der Vorrang des Trinkens, Erhöhte Alkoholtoleranz, Wiederkehrende Entzugserscheinungen, Linderung oder Vermeidung von Entzugserscheinungen durch erneutes Trinken, das subjektive Empfinden der Zwanghaftigkeit und das Wiedereinsetzen der Abhängigkeit nach erreichter Abstinenz, werden im Folgenden auf die Anorexia/Bulimia nervosa Symptomatik angewandt (vgl. SZMUKLER u. TANTAM, 1984).

1. Die Verengung des Eßrepertoires

Eßgestörte Patientinnen haben oft bizarre, ja, ritualisierte Eßgewohnheiten. Die Ernährung ist sehr einseitig, so daß eine Magersüchtige zum Beispiel nur wenige Bonbons am Tag ißt und auch Bulimia nervosa Patientinnen, trotz eines annähernd normalen Gewichts, weisen eine Mangelernährung auf. Dabei gibt es durchaus starke individuelle Unterschiede bei den Speisen, die bevorzugt werden, so daß die Fragestellungen nicht auf spezielle Nahrungsmittel ausgerichtet sind, sondern auf die Einengung im Allgemeinen:

- (1) Beim Essen habe ich mich auf immer weniger Nahrungsmittel beschränkt
- (2) Früher habe ich vielfältiger gegessen
- (3) Ort und Zeit des Essens habe ich genau festgelegt
- (4) Die Nahrungsmittel habe ich in ganz spezieller Weise zubereitet und Variationen vermieden

2. Der Vorrang des Essens

Die gesamte Ernährungs- und Gewichtsproblematik nimmt gedanklich und emotional einen immer stärkeren Raum ein. In einem Therapiegespräch äußerte eine Patientin,

daß sie sich gerade Gedanken darüber mache, wieviel Kalorien wohl der Klebstoff in der Tube auf dem Tisch des Therapeuten habe. Frühere Aktivitäten und Interessen werden von der Eßstörung immer stärker absorbiert, und Eß- und Gewichtsprobleme erhalten einen primären Stellenwert im Leben. Sollen die Patientinnen an den Eßpraktiken gehindert werden, werden sie zunehmend heimlich ausgeübt und geleugnet. Sowohl Anorexia- als auch Bulimia nervosa Patientinnen fällt es in späteren Stadien der Erkrankung extrem schwer, offen über ihre gestörten Verhaltensweisen zu sprechen. Die Fragestellungen zu diesem Abhängigkeitselement lauten:

- (5) Ich beschäftige mich gedanklich fast ausschließlich mit Essen, Nahrungsmitteln und Körpergewicht
- (6) Bedingt durch mein Eßverhalten, haben andere Interessen, Hobbys und Beschäftigungen nachgelassen
- (7) Es macht mir große Freude, für andere das Essen zuzubereiten
- (8) Ohne sie essen zu wollen, betrachte und fasse ich auch fette Nahrungsmittel gerne an
- (9) Ich habe andere über mein wahres Eßverhalten getäuscht
- (10) Um nicht ständig zum Essen aufgefordert zu werden, habe ich vorgegeben, schon gegessen zu haben
- (11) Wegen der Unwahrheiten über mein Eßverhalten habe ich Gewissensbisse und Schuldgefühle empfunden.

3. Subjektive Wahrnehmung des Zwangs zu hungern

Bei anorektischen Patientinnen wird in späteren Krankheitsstadien häufig der Wunsch geäußert, mehr Essen zu wollen und auf das Erbrechen zu verzichten. Ständige Fehlschläge entmutigen aber und es wird geäußert, daß man trotz intensiver Bemühungen, die guten Vorsätze nicht verwirklichen könne. Auch bulimische Patientin-

nen beteuern immer wieder ihre guten Absichten, können dann aber dem starken Verlangen zu erbrechen, und damit möglicherweise wiederum in eine Hungerphase zu geraten, nicht widerstehen:

- (12) Ich habe den Wunsch, mehr zu essen, kann es aber nicht
- (13) Ich fürchte mich vor dem Unwohlsein nach dem Essen
- (14) Ich habe die Kontrolle darüber verloren, wieviel und was ich essen kann

4. Erhöhte Hungertoleranz

Um den gewünschten spannungsreduzierenden und luststeigernden Effekt aufrecht zu erhalten, wird ein anfängliches Ausmaß des Diäthaltens nicht mehr als befriedigend wahrgenommen und die "Dosis" des Hungerns weiter erhöht. Patientinnen beschrieben den Hungerzustand als im "Tran" sein und sie riskierten einen ansteigenden Grad an Unterernährung, um dieses Gefühl zu erreichen. Diese Verhaltensweisen waren auch bei bulimischen Patientinnen zu beobachten:

- (15) Um mich wohl zu fühlen, habe ich die Menge des Essens immer weiter reduziert
- (16) Um das gewünschte Hungergefühl zu erzeugen, habe ich meinem Körper immer weniger Nährstoffe zugeführt und/oder belassen
- (17) Ich mußte die "Dosis des Hungerns" fortschreitend erhöhen, um das gewünschte Wohlbefinden zu erreichen
- (18) Ich hatte schon den Gedanken, völlig auf das Essen zu verzichten

5. Entzugserscheinungen durch Essen

Es ist verständlich, daß ein Hungerzustand schon durch eine geringfügige Erhöhung der Nahrungszufuhr gestört wird. Von physischen Beschwerden wie Brechreiz, starken Blähungen, Völlegefühl und großem psychischen Unwohlsein wie Ängste, Schuldgefühle und massive depressive Verstimmungen wird berichtet, wenn eine größere Menge Nahrungsmittel aufgenommen werden soll. Bei beiden Krankheitsbildern besteht oft eine erhebliche Diskrepanz zwischen den Nahrungsmitteln die gegessen und denen, die tatsächlich verdaut, das heißt, weder erbrochen noch abgeführt werden.

- (19) Ich empfinde großes Unwohlsein, wenn mehr als die wohnte Menge Nahrungsmittel im Körper sind
- (20) Es entstehen eine starke Unzufriedenheit, innere Spannungen, eine sehr schlechte Stimmung, wenn ich die Nahrungsaufnahme steigere
- (21) Schon vor dem Essen habe ich Spannungen, weil ich an das schlechte Gefühl danach denken muß
- (22) Mein Wohlbefinden ist von einem hohen Grad des Hungerns abhängig

6. Der Status des Hungerns wird aufrechterhalten, um Entzugserscheinungen zu lindern oder gar nicht erst auftreten zu lassen, die durch Essen entstehen würden

Dieser Vorgang erklärt die Aufrechterhaltung des Hungerzustandes, auch wenn die Patientinnen keine Befriedigung mehr durch ihn erfahren. Obwohl sie statt dessen immer stärker unter Auszehrungseffekten und negativen psychischen und sozialen Begleiterscheinungen ihres Eßverhaltens leiden, wird der Drang zu Hungern eher größer. Ein wichtiger dafür Grund kann sein, daß andere spannungsreduzierende Verhaltensweisen im Krankheits-

verlauf weitestgehend verlorengegangen sind und somit ein circulus vitiosus entstanden ist.

- (23) Mit der Zeit habe ich schon deshalb gehungert, um dem Unwohlsein nach dem Essen zu entgehen
- (24) Obwohl mich das Hungern immer weniger zufrieden machte, konnte ich nicht mehr damit aufhören
- (25) Schon bei einer kleinen Steigerung der Nahrungsaufnahme ist der Drang sehr groß, die Nahrung wieder aus dem Körper heraus zu bekommen oder nun besonders lange zu fasten
- (26) Zunächst hat das Hungern Vorteile gebracht, es ist aber zu einem inneren Zwang geworden, unter dem ich immer stärker leide

7. Rückfälligkeit - das Wiedereinsetzen der Magersucht nach erfolgreicher Gewichtszunahme

Nach erfolgreichen Gewichtsnormalisierungen fällt es den Patientinnen häufig zunächst leicht, normal zu essen. Auch bulimische Patientinnen können oft, ist der Prozeß der Eßattacken/Erbrechen (bzw. Abführen) erst einmal unterbrochen, schon nach recht kurzer Zeit einen regelmäßigen Eßplan einhalten. Vielleicht ist das Gewicht aber etwas hoch und man könnte es mit Diät "vorsichtig" reduzieren. In Folge einer anfangs mäßigen Nahrungseinschränkung wird die Patientin rückfällig mit dem erneuten Auftreten des gesamten Abhängigkeitssyndroms. Der Beginn eines Rückfalls kann auch durch tatsächlich übermäßiges Essen gekennzeichnet sein, das dann durch Diäthalten kompensiert wird. Der Einstieg in das Hungerverhalten ist dann eine Reaktion auf die realistische Furcht, Übergewicht zu bekommen. Es wurde schon im Kapitel zuvor erörtert, daß Magersucht ja nicht den Verlust des Appetits (oder der Begierde) bedeutet. Ein Rückfall kann zu einer raschen Wiederherstellung des

alten Krankheitszustandes führen, zu dessen Ausbildung es zuvor Jahre gebraucht haben kann:

- (27) Ich muß zukünftig immer vorsichtig sein, damit ich nicht in altes Hungerverhalten zurückfalle
- (28) Schon geringfügiges Fasten oder Diäthalten kann wieder den Zwang zu hungern auslösen
- (29) Es ist wichtig, daß ich mich an eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung halte, auch wenn sich das Gewicht normalisiert hat
- (30) Ich darf nicht mehr mit Diäten experimentieren, um mein Gewicht zu reduzieren
- (31) Nachdem ich in der Vergangenheit schon erfolgreich an Gewicht zugenommen hatte, habe ich einen oder mehrere Rückfälle erlitten, weil schon geringfügiges Fasten oder Diäthalten das alte Hungerverhalten auslöste

5.2 Methode - Studie I

An allen nachfolgenden Untersuchungen nahmen insgesamt 338 Personen teil. Davon waren 217 Frauen und 121 Männer. In der Abbildung 2 (s. nächste Seite) sind die Größen der einzelnen Untersuchungsgruppen festgehalten, wobei der explodierte linke Teil des Kuchens den männlichen Anteil darstellt.

Alle eßgestörten, "stofflich" suchtkranken und spielsüchtigen Patienten befanden sich in einer stationären Behandlung. Die Pflegerinnen besuchten eine mehrjährige Fortbildung zur Suchtkrankentherapie, und es nahmen Lehrfach-Studentinnen und -Studenten an der Untersuchung teil, die ein Seminar über Alkoholismus besuchten. ¹

1

In wieweit durch die Seminarwahl (über Alkoholismus) der Lehrfach - Studentinnen/nen besondere selektive Prozesse zu berücksichtigen sind, ist sehr schwer zu beurteilen, da z.B. eine "eigene Betroffenheit" durchaus die Konsequenz haben könnte, gerade dieses Seminar zu meiden, um nicht entdeckt zu werden oder aber es gerade aus diesem Grund aufzusuchen, um Informationen über Alkoholismus und Hilfsmaßnahmen zu erfahren.

Untersuchungsgruppen

Anzahl der Probanden

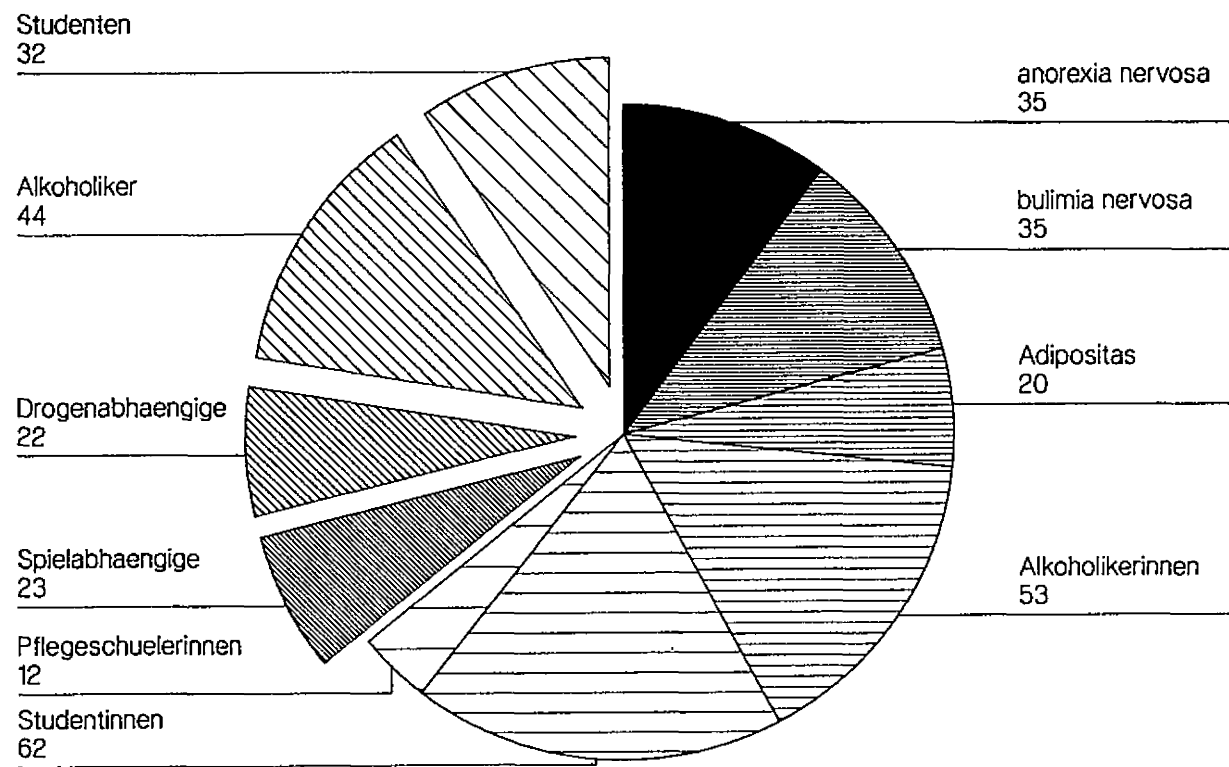


Abbildung 2

5.2.1 Datenerhebung

An den Begriff Magersucht angelehnt, die im Mittelpunkt der durchgeführten Fragebogenstudie stehen soll, wird der zuvor erläuterte Fragenkatalog (1 - 31) zu den Elementen des Abhängigkeitssyndroms mit der Abkürzung MA-SU gekennzeichnet. Die insgesamt 31 Items (s. Anhang Nr. 2) werden in der bereits aufgeführten Reihenfolge auf einer 7-stufigen Skala von 0 = "überhaupt nicht" bis 6 = "sehr stark" eingeschätzt. Auf einem Deckblatt (s. Anhang Nr. 1) wurden die Diagnose, das Alter, das Gewicht, die Größe, das Geschlecht, der Beruf des Vaters, der eigene Beruf (bzw. Schulbildung) und die Frage nach einer bereits stattgefundenen Vorbehandlung wegen Eßstörungen erhoben.

An dieser ersten Studie nahmen ausschließlich die 217 weiblichen Versuchspersonen teil. Die Versuchsgruppen bestehen dann aus 35 Anorexia nervosa und 35 Bulimia nervosa Patientinnen. Kontrollpersonen waren 20 adipöse Patientinnen, 53 Alkoholikerinnen, 62 Studentinnen und 12 Pflegeschülerinnen. Bei den eßgestörten Untersuchungsteilnehmern wurden außerdem das Alter erhoben, in dem die Eßstörungen begannen, die augenblickliche (stationäre) Behandlungsdauer und, ob ein Elternteil erhebliches Übergewicht hat.

Erwartungen: Daß Hungern ein Suchtmittel sein kann, sollte sich am deutlichsten bei Anorexia nervosa Patientinnen zeigen. Da angenommen wird, daß auch die Bulimia nervosa primär durch die Funktion des Hungerns als Suchtmittel aufrechterhalten wird, sollten sich auch hier Unterschiede zu den Kontrollgruppen ergeben.

5.2.2 Soziographische Daten

In der Tabelle 3 "Soziographische Daten I", sind die Mittelwerte und Standardabweichung für das Alter, das Gewicht, die Größe und die prozentuale Abweichung vom Normal- und Idealgewicht der untersuchten Gruppen zusammengefaßt (s. nächste Seite).

Es wird deutlich, daß die Anorexia nervosa Patientinnen mit einer durchschnittlichen Abweichung von minus 31,8% vom Normalgewicht (nach Broca: Körpergröße in Zentimeter minus 100) und minus 19,8% vom Idealgewicht (Frauen: Normalgewicht minus 15%, Männer: Normalgewicht minus 10%) den Diagnosekriterien des DSM III (R) voll entsprechen. Bulimia nervosa Patientinnen befinden sich, den Erwartungen entsprechend, vom Idealgewicht ausgehend im normalen Bereich und unterscheiden sich dabei kaum von den auch altersmäßig übereinstimmenden Studentinnen. Adipöse Patientinnen befinden sich mit 51,5% über dem Normalgewicht und befinden sich damit sehr stark im pathologischen Bereich, wenn davon ausgegangen wird, daß 20% Übergewicht gesundheitsschädlich sein kann (vgl. PUDEL, 1989). Die Alkoholikerinnen und Pflegeschülerinnen liegen geringfügig unter dem Normalgewicht, erreichen damit aber nicht die Norm des Idealgewichts. In den Abbildungen 3 "Prozentuale Abweichungen vom Normalgewicht" und 4 "Prozentuale Abweichung vom Idealgewicht" (s. folgende Seiten) wird ein graphischer Überblick über die Gewichtsabweichungen wiedergegeben. Zum Vergleich werden auch die männlichen Versuchsteilnehmer herangezogen.

Es kann konstatiert werden, daß die zu erwartenden Abweichungen eingetreten sind und sich das Gewicht bei den Kontrollpersonen im normalen Rahmen befindet, so daß von daher keine Verzerrungen für die statistischen

Tabelle 3: Soziographische Daten I

soziographische Daten I.	anorexia nervosa (n=35)		bulimia nervosa (n=35)		adiposi- tas (n=20)	
	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)
Alter	25.9	6.1	25.1	5.3	31.3	10.5
Gewicht	45.1	6.4	58	8.1	103.8	26.4
Größe	166.7	8.1	167.5	5.8	168.3	5.9
Prozentuale Abweichung vom Normalgewicht:	-31.8	11.2	-13.4	12.5	51.5	37.9
Idealgewicht:	-19,8	13.1	1.9	14.7	78.2	44.6

Alkoholikerinnen (n=53)		Studentinnen (n=62)		Pflegeschülerinnen (n=12)	
\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)
39.6	8.9	25	6.7	31.6	7.2
62.4	10.4	59.6	7.6	61.8	8
164.9	6.1	168.1	5.8	167.1	4.4
-3.9	12.9	-12.4	9.4	-6.7	11.5
13.1	15.2	3.1	11.0	3.7	12.8

Prozentuale Abweichung vom Normalgewicht

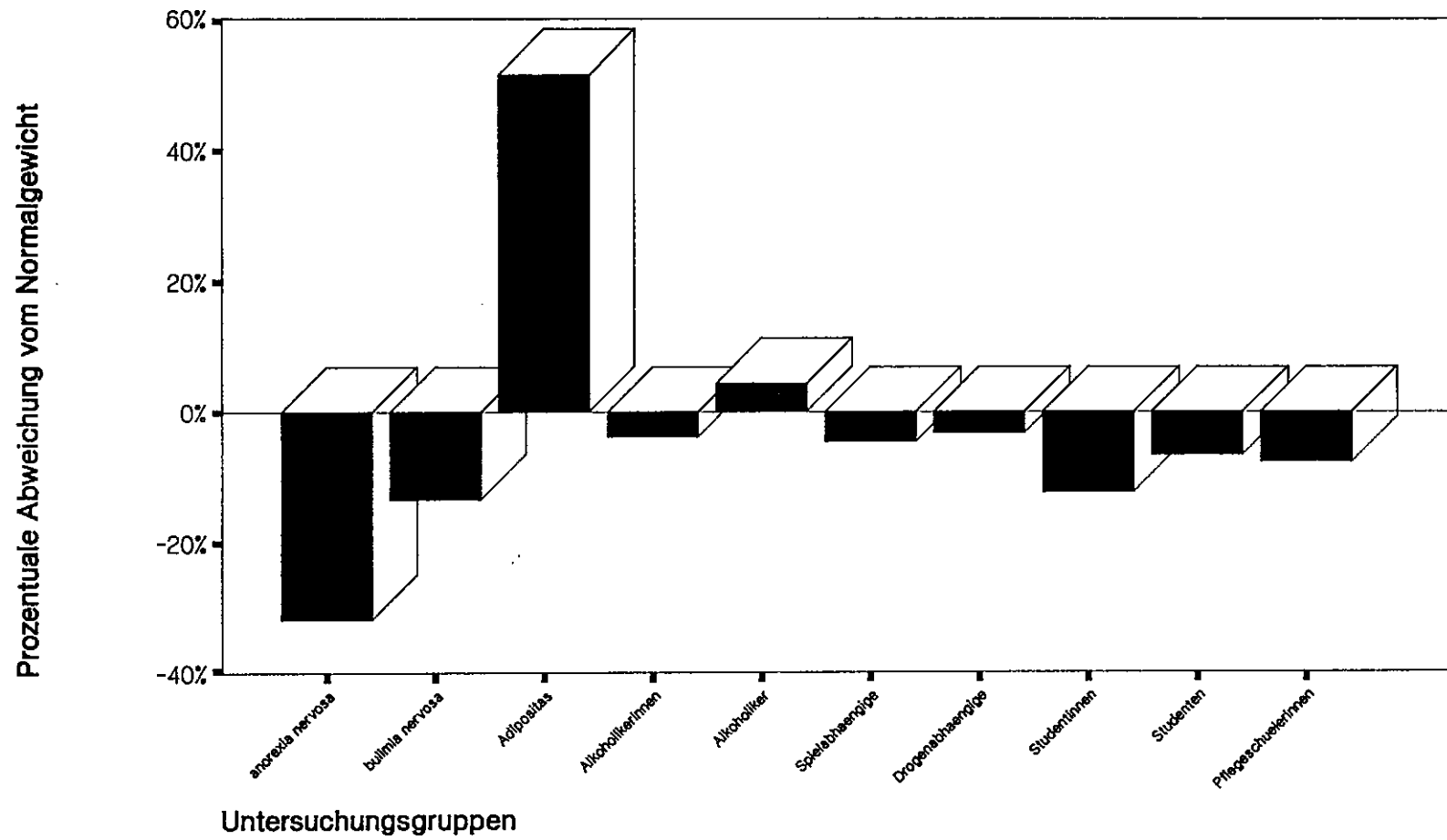


Abbildung 3

Prozentuale Abweichung vom Idealgewicht

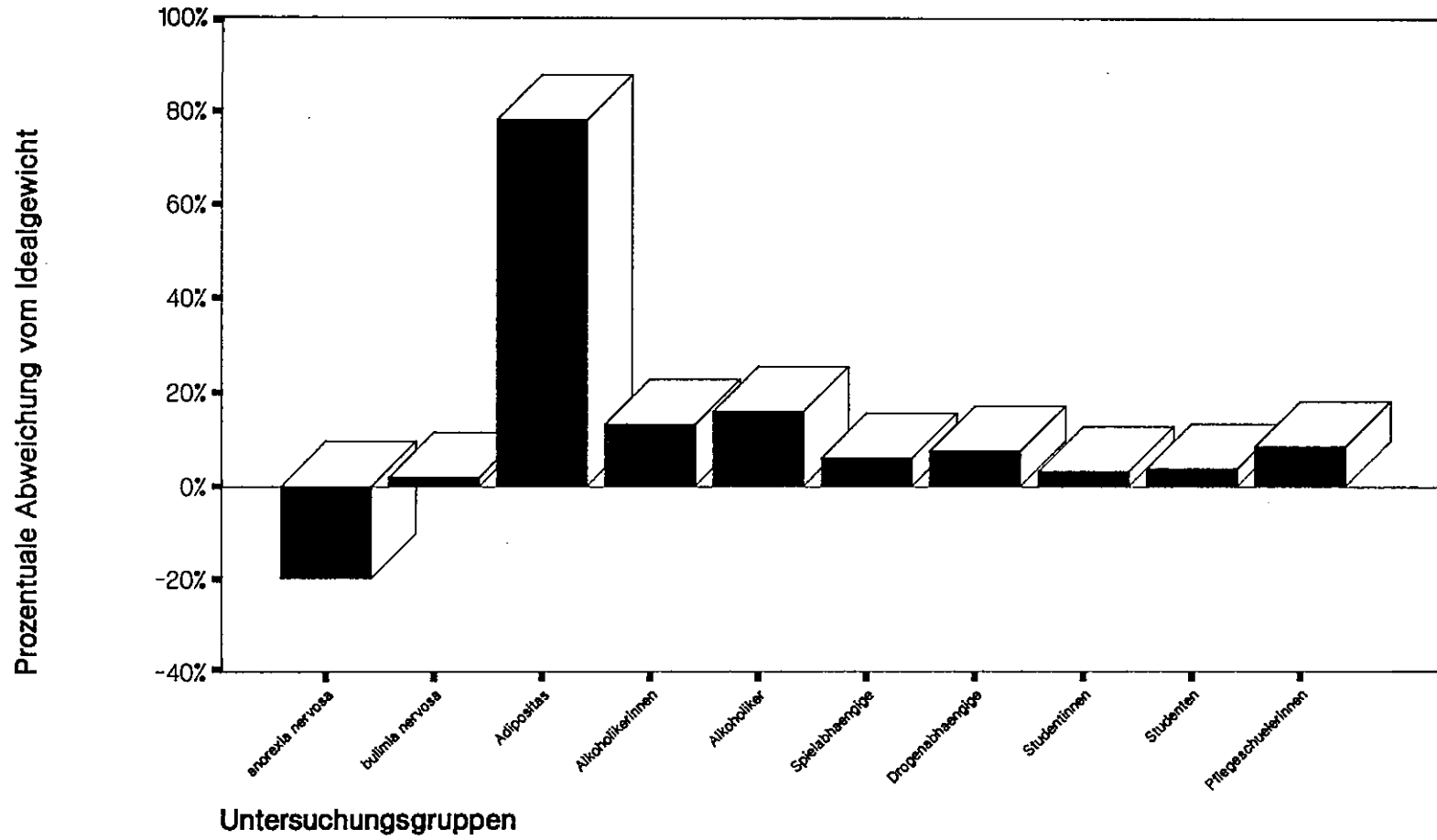


Abbildung 4

Untersuchungsergebnisse zu erwarten sind. Im Vergleich beider Abbildungen ist festzustellen, daß adipöse Patientinnen sowie männliche Alkoholiker über dem Normalgewicht liegen. Außer der Anorexia nervosa Gruppe erreicht oder unterschreitet keine andere Versuchsgruppe die Linie des Idealgewichts.

Bei Betrachtung des Alters (s. Tabelle 3) weichen die Alkoholikerinnen am stärksten vom gesamten Altersdurchschnitt von ca. 30 Jahren ab, während die Studentinnen auf gleicher Höhe mit den anorektischen und bulimischen Patientinnen liegen. Die adipösen Patientinnen sind dagegen durchschnittlich 5 Jahre älter und befinden sich auf gleichem Niveau mit den Pflegeschülerinnen.

In der Tabelle 4 sind die weiterhin erhobenen soziographischen Daten (II) zusammengefaßt (s. nächste Seite). Die eßgestörten Patientinnen gaben in allen drei Diagnosegruppen durchschnittlich das 17. Lebensjahr an, in dem die Eßstörungen begannen. Den gleichen Wert errechneten GARFINKEL u. GARNER (1982) für Anorexia nervosa Patientinnen für die Jahre 1970 - 75, wobei sie zu beobachten glauben, daß der Altersdurchschnitt in den letzten Jahren gestiegen sei.

Bei der Fragestellung, ob in der Familie Gewichtsprobleme vorhanden waren, berichteten 60% der adipösen, 34% der Bulimie und nur 17% der Anorexie Patientinnen von einem übergewichtigen Elternteil. Laut PUDEL (1989) haben etwa 7% der Deutschen erhebliches Übergewicht (20% über dem Normalgewicht).

Für 54% der Anorexia nervosa, 34% der Bulimia und auch für 20% der adipösen Patienten handelte es sich bei dieser Behandlung zumindest schon um den zweiten stationären Therapieversuch wegen ihrer Eß- und Gewichtsprobleme. Weder Alkoholikerinnen, Studentinnen noch Pflegeschülerinnen sind stationär wegen Eßstörungen behandelt worden.

Schon BRUCH (1980, S. 81) berichtete, daß die primär anorektischen Patienten zum größten Teil aus der gehobenen Mittelschicht kamen. Die in der Tabelle 4 unter 5. und 6. aufgeführte Einteilung in blue und white collar Berufe stellt nur eine sehr grobe Schätzung, der in offener Beantwortung erhobenen Informationen dar. Die Daten bestätigen frühere Erfahrungen (vgl. auch MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987, S. 65; FEIEREIS, 1989, S. 89) und es wird deutlich, daß insbesondere Anorexia nervosa Patienten im Gruppenvergleich in starkem Maße aus familiären Verhältnissen mit white collar Berufen kamen. Bei allen drei Eßgruppen macht sich die soziale

Tabelle 4: Soziographische Daten II

soziographische Daten II.	anorexia nervosa (n=35)	bulimia nervosa (n=35)	adipositas (n=20)	Alkoholikerinnen (n=53)	Studentinnen (n=62)	Pflegeschülerinnen (n=12)
1. Alter in dem die Eßstörungen begannen: Jahre im Durchschnitt	17	17	17	--	--	--
2. Bisherige durchschn. Behandlungsdauer in Wochen	5	5	5	--	--	--
3. Übergewichtige Eltern in Prozent	17	34	60	--	--	--
4. Stat. Vorbehandlungen wg Eßstörungen in Prozent	54	34	20	00	00	00
5. Beruf des Vaters in Prozent: blue collar	22	34	38	52	30	56
white collar	78	66	62	48	70	44
6. Eigener Beruf in Prozent: blue collar	9	9	10	37	--	--
white collar	58	51	80	63	--	--
Schule bzw. Studium	33	40	10	0	--	--

Herkunft auch in der eigenen Berufswahl bemerkbar und es sind starke Unterschiede zur Gruppe der Alkoholikerinnen bei der Zugehörigkeit zu blue collar Berufen festzustellen. Daß sich keine Alkoholikerin mehr in Ausbildung befindet, erklärt sich auch durch vorhandene Altersunterschiede.

5.2.3 Ergebnisse - MA-SU

In der nachfolgenden Tabelle 5 (s. nächste Seite) sind die mittleren Werte und Standardabweichungen des MA-SU insgesamt, der Unterskalen und der einzelnen Items nach Untersuchungsgruppen geordnet dargestellt. Mittels Varianzanalyse (Duncan's multiplen Range-Test) auf dem 0.05 Niveau (Irrtumswahrscheinlichkeit) wurden die Mittelwertunterschiede überprüft. Wegen der zahlreichen signifikanten Mittelwertunterschiede wurden die Gesamtergebnisse der Varianzanalyse in den Anhang (Nr. 3 und 4) übernommen.

Zunächst die MA-SU Gesamtmittelwerte betrachtend, siehe auch Abbildung 5 (S. 51), ist erwartungsgemäß ein deutlicher signifikanter Unterschied zwischen dem höheren Wert der Anorexia nervosa Untersuchungsgruppe und allen anderen Untersuchungsgruppen festzustellen. Der Mittelwert des MA-SU (gesamt) bei Bulimia nervosa Patientinnen ist signifikant geringer als bei der magersüchtigen Patientengruppe. Er ist jedoch den Erwartungen entsprechend signifikant höher als bei allen Kontrollgruppen. Außer zwischen Alkoholikerinnen und Studentinnen sowie Studentinnen und Pflegeschülerinnen sind alle anderen Gruppenunterschiede signifikant.

Tabelle 5: Mittelwerte und Standardabweichungen des MA-SU gesamt, der Unterkategorien und der Items, getrennt nach Untersuchungsgruppen

MA-SU Selbsteinschätzungsskalen	anorexia nervosa (n=35) X̄ (S.D.)	bulimia nervosa (n=35) X̄ (S.D.)	adipositas (n=20) X̄ (S.D.)	Alkoholikerinnen (n=53) X̄ (S.D.)	Studentinnen (n=62) X̄ (S.D.)	Pflegeschülerinnen (n=12) X̄ (S.D.)
MA-SU gesamt	136.2 (32.6)	101.7 (30.9)	57.4 (12.3)	30.6 (27.6)	22.5 (24.6)	10.0 (6.4)
Unterskalen:						
1. Die Verengung des Essrepertoires	17.3 (5.5)	13.4 (5.6)	7.6 (4.2)	5.5 (4.7)	3.9 (4.7)	2.3 (2.7)
Item: 1	5.5 (0.9)	4.0 (1.9)	1.4 (1.5)	1.5 (1.7)	1.1 (1.5)	0.8 (1.3)
2	4.0 (2.1)	4.4 (1.5)	2.7 (1.9)	1.7 (1.8)	1.5 (2.0)	0.8 (1.2)
3	4.2 (2.2)	2.6 (2.4)	1.8 (2.2)	1.5 (1.9)	0.6 (1.4)	0.5 (0.8)
4	3.7 (2.3)	2.3 (2.4)	1.8 (2.3)	0.9 (1.6)	0.7 (1.4)	0.2 (0.4)
2. Vorrang des Essens	31.5 (7.8)	29.3 (6.4)	24.5 (6.4)	8.9 (6.3)	6.9 (6.6)	4.4 (1.9)
Item: 5	4.9 (1.6)	5.5 (0.8)	4.8 (1.5)	1.1 (1.6)	0.8 (1.2)	0.3 (0.5)
6	5.2 (1.2)	5.4 (1.3)	4.1 (2.0)	0.6 (1.3)	0.3 (0.9)	0.0 (0.0)
7	4.8 (1.9)	3.2 (2.4)	4.4 (1.9)	4.0 (1.9)	3.1 (2.0)	3.3 (1.8)
8	2.3 (2.3)	1.2 (1.9)	1.0 (2.0)	1.4 (1.7)	0.5 (1.0)	0.4 (1.2)
9	5.0 (1.4)	5.4 (1.3)	4.6 (2.2)	0.5 (1.1)	0.7 (1.5)	0.0 (0.0)
10	5.1 (1.2)	4.1 (1.9)	2.2 (2.2)	1.0 (1.4)	0.9 (1.5)	0.4 (1.4)
11	4.1 (2.4)	4.5 (2.1)	3.8 (2.3)	0.4 (1.0)	0.6 (1.5)	0.0 (0.0)
3. Subj. Wahrn. des Zwangs zu hungern	12.8 (4.1)	10.4 (3.2)	7.1 (4.4)	1.8 (3.0)	1.7 (2.7)	0.0 (0.0)
Item: 12	3.8 (2.1)	1.0 (1.6)	1.2 (2.2)	0.6 (1.3)	0.3 (1.0)	0.0 (0.0)
13	4.7 (1.7)	4.4 (1.8)	2.2 (2.6)	0.7 (1.3)	0.9 (1.5)	0.0 (0.0)
14	4.4 (1.7)	5.0 (1.5)	4.2 (1.8)	0.5 (1.1)	0.6 (1.2)	0.0 (0.0)
4. Erhöhte Hungertoleranz	14.3 (6.9)	9.8 (7.0)	2.7 (4.0)	2.3 (4.6)	1.2 (2.9)	0.5 (1.7)
Item: 15	4.9 (1.6)	2.8 (2.1)	0.8 (1.3)	0.9 (1.5)	0.4 (1.0)	0.3 (0.9)
16	3.2 (2.5)	2.6 (2.3)	0.4 (1.2)	0.4 (1.0)	0.2 (0.7)	0.0 (0.0)
17	3.1 (2.3)	1.4 (1.8)	0.1 (0.5)	0.4 (1.2)	0.2 (0.8)	0.0 (0.0)
18	3.1 (2.4)	3.1 (2.4)	1.3 (2.0)	0.6 (1.5)	0.4 (1.3)	0.3 (0.9)
5. Entzugserscheinungen durch Essen	17.9 (6.2)	15.5 (5.3)	9.3 (6.1)	4.6 (5.8)	3.3 (4.5)	0.7 (1.2)
Item: 19	4.9 (1.5)	5.0 (1.5)	3.0 (2.3)	1.6 (2.0)	1.5 (1.9)	0.7 (1.2)
20	4.8 (1.6)	4.7 (1.6)	3.4 (2.2)	1.5 (2.1)	0.9 (1.6)	0.0 (0.0)
21	4.4 (2.0)	3.6 (1.9)	2.1 (2.4)	0.8 (1.5)	0.4 (0.9)	0.0 (0.0)
22	3.8 (1.8)	2.1 (2.0)	1.2 (1.6)	0.7 (1.2)	0.5 (1.1)	0.0 (0.0)
6. Hungern, um den Entzugserscheinungen zu entgehen	18.3 (5.4)	9.6 (6.7)	2.4 (4.4)	2.0 (4.3)	1.1 (2.6)	0.1 (0.3)
Item: 23	3.9 (2.0)	2.1 (2.0)	0.2 (0.5)	0.6 (1.4)	0.3 (0.9)	0.1 (0.3)
24	4.6 (1.7)	1.4 (1.9)	0.4 (1.2)	0.5 (1.1)	0.1 (0.5)	0.0 (0.0)
25	4.5 (1.9)	4.0 (2.1)	1.1 (2.0)	0.5 (1.4)	0.3 (1.0)	0.0 (0.0)
26	5.3 (1.4)	2.2 (2.5)	1.1 (2.2)	0.5 (1.3)	0.3 (0.9)	0.0 (0.0)
7. Wiedereinsetzen der Magersucht nach erfolgreicher Gewichtszunahme	24.2 (5.1)	15.6 (8.0)	12.9 (4.9)	5.7 (5.4)	3.7 (4.9)	2.0 (2.3)
Item: 27	5.0 (1.4)	2.5 (2.5)	1.2 (2.2)	0.4 (1.1)	0.3 (1.0)	0.0 (0.0)
28	4.3 (1.9)	2.2 (2.4)	0.5 (1.4)	0.5 (1.1)	0.4 (1.0)	0.0 (0.0)
29	5.6 (0.6)	5.0 (1.7)	5.7 (0.7)	2.9 (2.3)	2.1 (2.3)	1.7 (2.3)
30	5.1 (1.5)	4.5 (1.9)	5.6 (0.8)	1.4 (2.0)	0.9 (1.9)	0.3 (1.2)
31	4.0 (2.2)	1.5 (2.1)	0.6 (1.6)	0.7 (1.3)	0.1 (0.4)	0.0 (0.0)

MA-SU

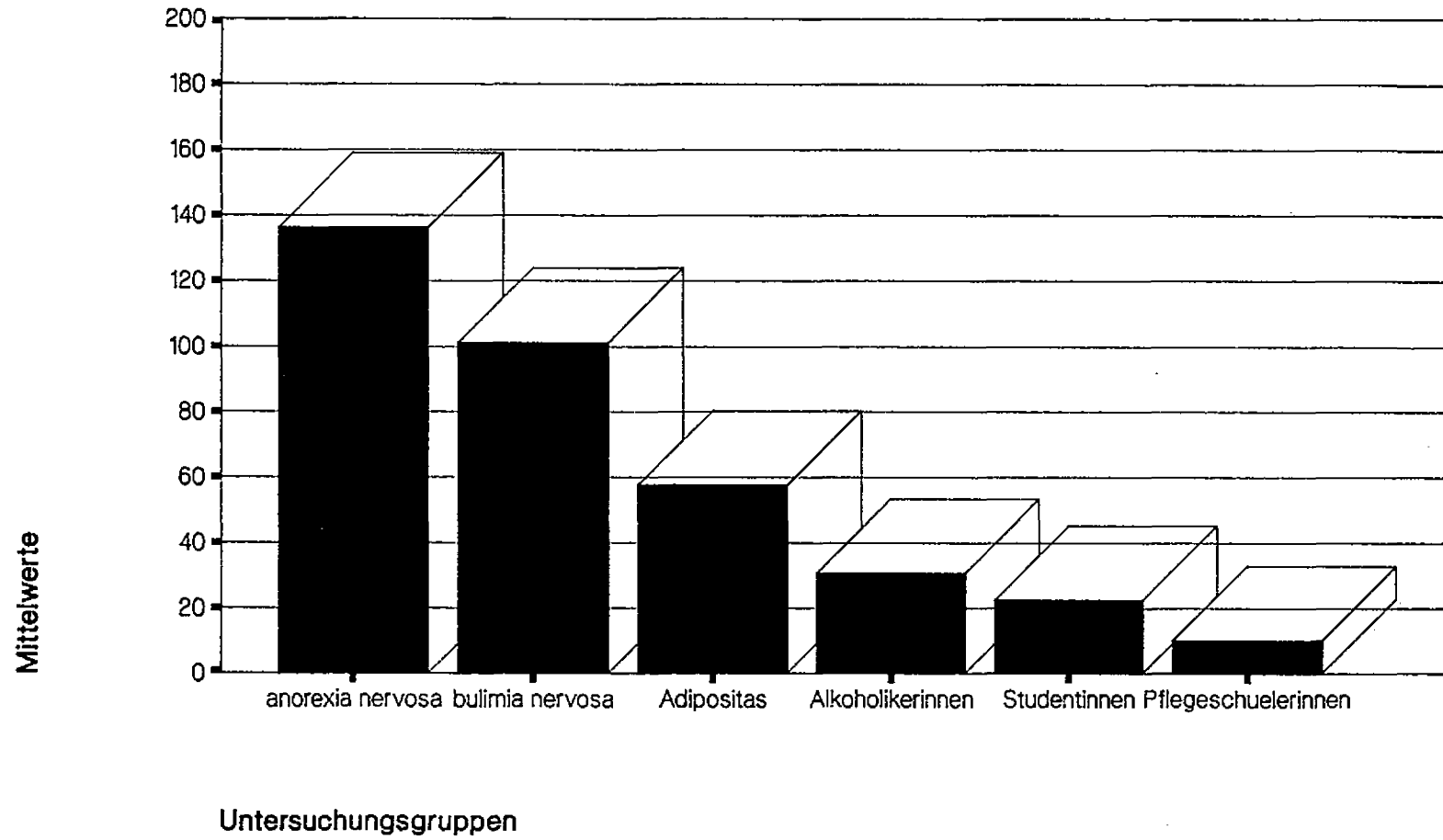


Abbildung 5

5.2.3.1 Item-Gesamt-Korrelation

Mit einem Reliabilitätskoeffizienten von $\text{Alpha} = .98$ weist der MA-SU insgesamt eine sehr hohe innere Konsistenz auf, ohne daß ein Item ausgeschlossen wäre. Aus der Tabelle 6 (s. S. 53) wird sichtbar, daß die Items 7 und 8 mit .18 und .38 die geringste Trennschärfe aufweisen.

In die Itemstatistik konnten ausschließlich vollständig ausgefüllte Fragebögen eingehen, so daß von den 217 abgegebenen Bögen 186 blieben. Auffällig viele adipöse Patientinnen hatten Fragen ausgelassen oder auch die Fragestellung auf ihre eigene Problematik hin umgestaltet. Es wurde zum Teil schriftlich dagegen protestiert, daß auf ihre Problematik nicht ausreichend eingegangen würde (s. Anhang Nr. 13), was mit dieser Studie ja auch nicht beabsichtigt war. Von den 20 adipösen Teilnehmerinnen konnten in diesem Zusammenhang nur 9 in die Itemstatistik eingehen.

In der anschließend dargestellten Item-Gesamt-Korrelation für Untersuchungsgruppen bleiben die adipösen Patienten und die Pflegeschülerinnen wegen der zu geringen Stichprobe unberücksichtigt. Am unteren Rand der nachfolgenden Tabelle 7 (S. 54) sind die Gruppen-Kennzeichnungen mit den Stichprobengrößen aufgeführt. Der MA-SU verzeichnet bei allen Untersuchungsgruppen eine hohe innere Konsistenz und durch Itemausschluß sind nur recht geringe Erhöhungen von Cronbachs Alpha zu erreichen (s. Unterstreichungen). In der anorektischen Gruppe hat das Item 11 die niedrigste Trennschärfe, während es bei den Bulimikerinnen die Items 6, 7 und 14 sind. In der unter 5.2.3.3 folgenden näheren Betrachtung der einzelnen Elemente des Abhängigkeitssyndroms vom Hungern, soll auch auf einzelne Items näher eingegangen werden.

Tabelle 6: MA-SU - Itemstatistiken - Gesamtwerte

Cronbachs Alpha	Item Nr.	Trenn- schärfe	Cronbachs Alpha nach Itemausschluß
0.98	1	.81	.98
	2	.65	.98
	3	.67	.98
	4	.68	.98
	5	.82	.97
	6	.84	.97
	7	.18	.98
	8	.38	.98
	9	.83	.97
	10	.85	.97
	11	.73	.98
	12	.66	.98
	13	.85	.97
	14	.78	.98
	15	.86	.97
	16	.77	.98
	17	.76	.98
	18	.68	.98
	19	.77	.98
	20	.82	.97
	21	.86	.97
	22	.80	.98
	23	.84	.97
	24	.78	.98
	25	.85	.97
	26	.84	.97
	27	.83	.97
	28	.82	.98
	29	.64	.98
	30	.71	.98
	31	.74	.98

alle Untersuchungsgruppen n=186

Tabelle 7: MA-SU - Itemstatistiken - Gesamtwerte
der Untersuchungsgruppen

Cronbachs Alpha				Item Nr.	Trennschärfe				Cronbachs Alpha nach Itemausschluß			
an	bu	Al	St		an	bu	Al	St	an	bu	Al	St
.93	.90	.94	.94	1	.42	.57	.52	.61	.93	.90	.94	.93
				2	.45	.37	.40	.54	.93	.90	.94	.93
				3	.45	.41	.28	.44	.93	.90	.94	.93
				4	.58	.48	.37	.63	.93	.90	.94	.93
				5	.69	.16	.53	.65	.93	.90	.94	.93
				6	.59	.02	.62	.58	.93	.91	.93	.93
				7	.69	.16	.05	.22	.93	.91	.94	.94
				8	.45	.25	.42	.20	.93	.90	.94	.94
				9	.55	.31	.65	.79	.93	.90	.93	.93
				10	.59	.47	.62	.84	.93	.90	.93	.93
				11	.05	.41	.80	.76	.94	.90	.93	.93
				12	.39	.41	.59	.30	.93	.90	.94	.93
				13	.67	.41	.82	.65	.93	.90	.93	.93
				14	.37	.07	.81	.50	.93	.91	.93	.93
				15	.68	.61	.77	.77	.93	.90	.93	.93
				16	.53	.67	.84	.66	.93	.90	.93	.93
				17	.69	.69	.81	.52	.93	.90	.93	.93
				18	.48	.43	.73	.32	.93	.90	.93	.94
				19	.72	.55	.55	.55	.93	.90	.94	.93
				20	.68	.54	.66	.63	.93	.90	.93	.93
				21	.69	.63	.82	.62	.93	.90	.93	.93
				22	.85	.46	.79	.50	.92	.90	.93	.93
				23	.86	.82	.71	.61	.92	.89	.93	.93
				24	.47	.50	.74	.47	.92	.90	.93	.93
				25	.68	.74	.57	.65	.92	.89	.94	.93
				26	.67	.72	.61	.79	.93	.89	.93	.93
				27	.31	.62	.83	.64	.93	.90	.93	.93
				28	.65	.64	.85	.61	.93	.90	.93	.93
				29	.43	.17	.29	.65	.93	.90	.94	.93
				30	.41	.28	.16	.63	.93	.90	.94	.93
				31	.36	.76	.57	.48	.93	.89	.93	.93

an = anorexia nervosa (n=34), bu = bulimia nervosa (n=30)
Al = Alkoholikerinnen (n=48), St = Studentinnen (n=53)

5.2.3.2 Faktorenanalyse und Clusteranalyse

Im Gegensatz zu der inhaltlichen Strukturierung von sieben Untergruppen extrahieren sich durch eine Faktorenanalyse (s. Tabelle 8) nur zwei Faktoren, wobei dem zweiten Faktor lediglich die Items 7 und 8 zugeordnet werden und somit statistisch eher von einer einfaktoriellen Struktur auszugehen ist.

Tabelle 8: MA-SU - Faktorenanalyse

Item Nr.	Faktor 1 Ladung	Item Nr.	Faktor 1 Ladung
21	.88	24	.80
15	.88	16	.79
25	.87	14	.79
23	.87	17	.79
13	.86	19	.79
10	.86	31	.77
26	.86	11	.75
27	.85	30	.72
6	.85	18	.71
28	.85	4	.70
9	.83	3	.69
20	.83	12	.68
5	.83	2	.66
1	.83	29	.65
22	.81		

Item Nr.	Faktor 2 Ladung
7	.75
8	.59

Die Sonderrolle der Items 7 und 8 zeigt sich auch in einer Clusteranalyse, in der sie als letzte mit den anderen fusionieren, d.h. die geringste Gemeinsamkeit mit allen anderen Items aufweisen.

Es läßt sich bisher folgendes Zwischenfazit ziehen: Die zu Beginn der Studie geäußerten Erwartungen konnten

voll bestätigt werden. Die signifikant höchsten MA-SU Gesamtwerte (Hunger als Suchtmittel) hatten die Anorexia nervosa, gefolgt von den Bulimia nervosa, Patientinnen. Der MA-SU weist eine hohe innere Konsistenz auf, und es ist statistisch von einer annähernd einfaktoriellen Struktur auszugehen.

5.2.3.3 Elemente des Abhängigkeitssyndroms

Nachfolgend sollen nun die Ergebnisse der sieben Unterkategorien näher betrachtet werden. In der vorherigen Tabelle 5 (s. S. 50) sind unter 1. "Die Verengung des Eßrepertoires" (Items 1-4) die mittleren Werte und Standardabweichungen für das erste Element dargestellt. Die dazu erstellte graphische Abbildung 6 (s. S. 57) zeigt, verglichen mit der vorangegangenen Abbildung 5 der Gesamtwerte des MA-SU, ein fast deckungsgleiches Bild. Es sind signifikante (0.05 Niveau, s. auch Anhang Nr. 3) Mittelwertunterschiede zwischen der Anorexia nervosa und allen anderen Gruppen sowie auch wiederum zwischen der Bulimia nervosa Gruppe und den nachfolgenden Kontrollgruppen vorhanden. Keine signifikanten Unterschiede sind mehr zwischen adipösen Patientinnen und Alkoholikerinnen festzustellen. Dennoch zeigen adipöse Patientinnen gegenüber den nicht als krank diagnostizierten Studentinnen und Pflegeschülerinnen (signifikant) höhere Werte eines verengten Eßrepertoires. Auf Itemebene (s. Tabelle 5 u. Anhang Nr.4) betrachtet, stellen die bulimischen Patientinnen den höchsten Mittelwert bei 2. "Früher habe ich vielfältiger gegessen", wenn auch der Unterschied zu den anorektischen Patientinnen nicht signifikant ist.

2. Vorrang des Essens: Die Mittelwerte dieser Untergruppe (Tab. 5, S. 50 u. Abb. 7, S. 58) sind ähnlich verteilt wie bei den vorangegangenen Abbildungen. Aller-

MA-SU

Die Verengung des Essrepertoires

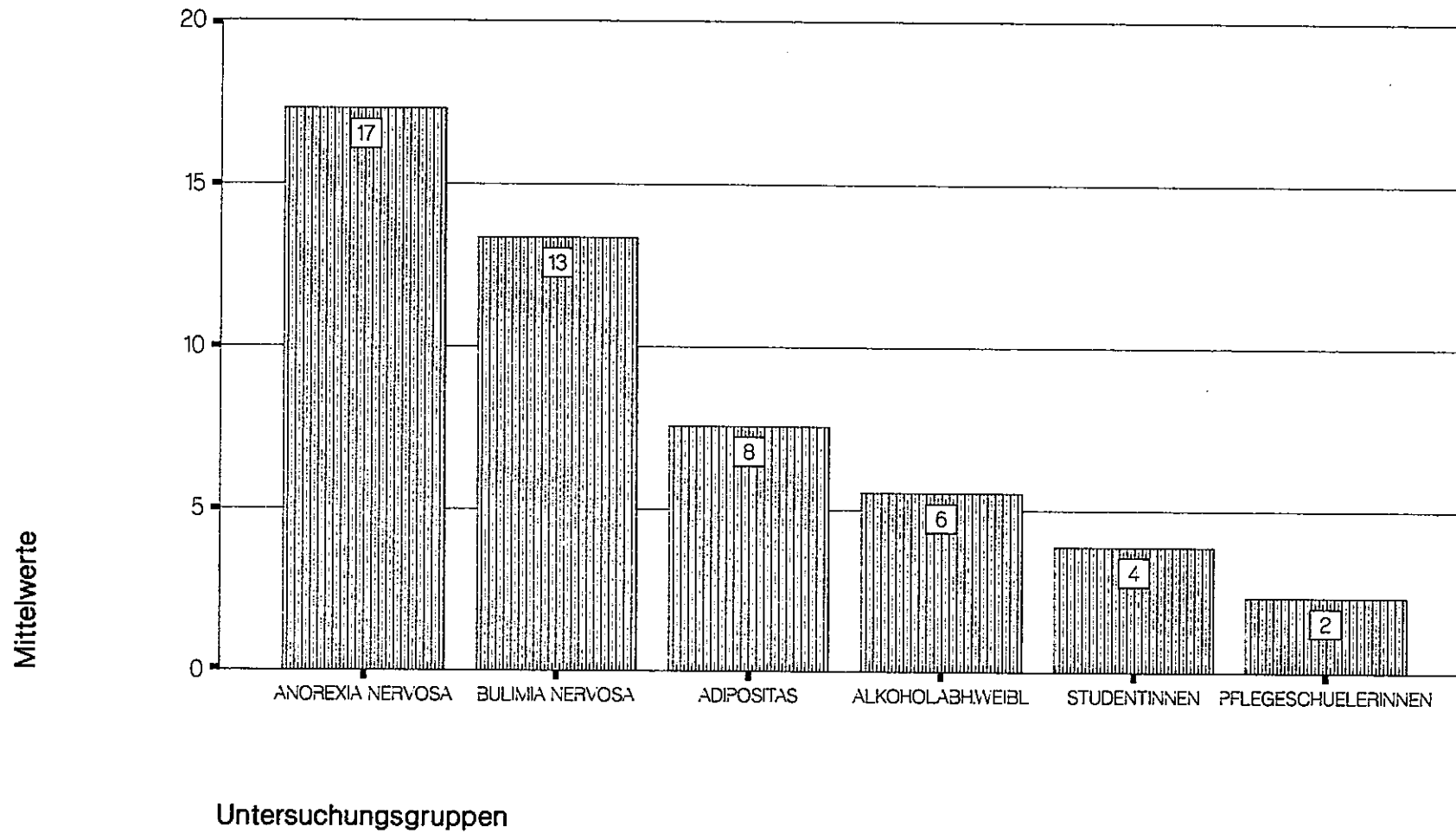


Abbildung 6

MA-SU

Vorrang des Essens

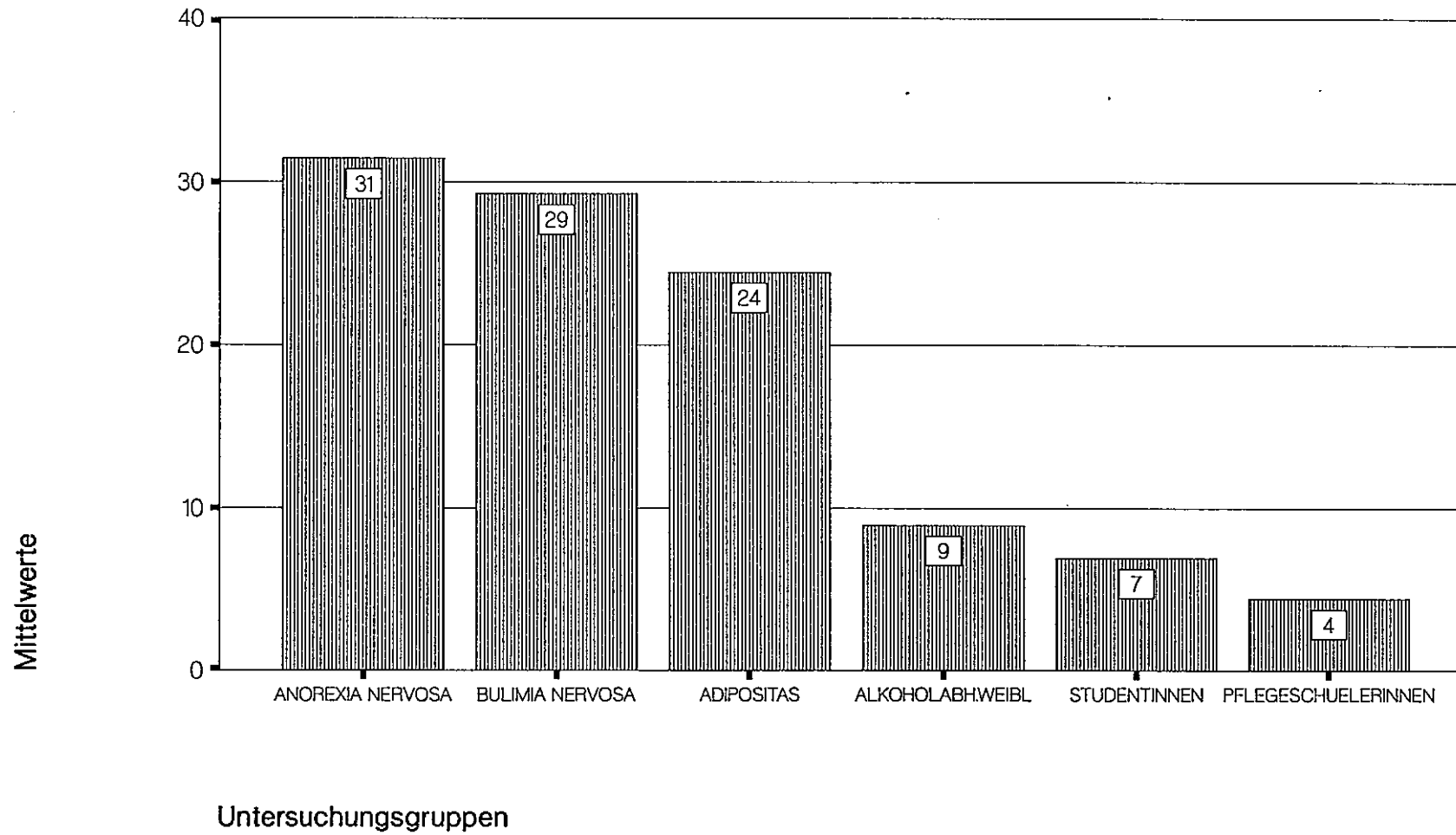


Abbildung 7

dings ist kein signifikanter Unterschied mehr zwischen anorektischen und bulimischen Patientinnen festzustellen. Die stark untergewichtigen Anorexia nervosa und die annähernd normalgewichtigen Bulimia nervosa Patientinnen haben ein signifikant größeres Interesse am Essen als die stark übergewichtigen adipösen Patientinnen. Dabei unterscheiden sich die drei Gruppen der eßgestörten Patientinnen signifikant von den Mittelwerten der anderen Versuchsteilnehmer. Bei dem Item 7 "Es macht mir große Freude, für andere das Essen zuzubereiten" unterscheiden sich anorektische nicht signifikant von adipösen Patientinnen und ebenfalls nicht von den Alkoholikerinnen (s. Tab. 5, S. 50). Item 8 weicht ebenfalls vom bisherigen Verlauf der Mittelwerte ab, indem bulimische Patientinnen niedrigere Werte als Alkoholikerinnen aufweisen. Bei dieser Frage "Ohne sie essen zu wollen, betrachte und fasse ich auch fette Nahrungsmittel gerne an", haben die anorektischen Patientinnen die signifikant höchsten Werte zu verzeichnen.

Weiterhin ist auffällig, daß auch adipöse Patientinnen andere in starkem Maße über ihr wahres Eßverhalten getäuscht haben (s. Item 9).

3. Subjektive Wahrnehmung des Zwangs zu hungern:

Abbildung 8 (s. S. 60) zeigt wiederum ein sehr paralleles Bild zu den vorangegangenen Graphiken. Die Gruppenunterschiede, außer zwischen Alkoholikerinnen und Studentinnen, sind signifikant. Wenn auch nicht signifikant, so ist bei den bulimischen Patientinnen der Mittelwert bei Frage 14 "Ich habe die Kontrolle darüber verloren, wieviel und was ich essen kann" am höchsten, wobei in dieser Fragestellung möglicherweise der Aspekt des Hungerns zu wenig hervorgehoben ist. Es wird nicht deutlich, ob sich der Kontrollverlust auf zu wenig oder auf zu viel essen bezieht. In der Item-

MA-SU

Subjektive Wahrnehmung des Zwangs zu hungern

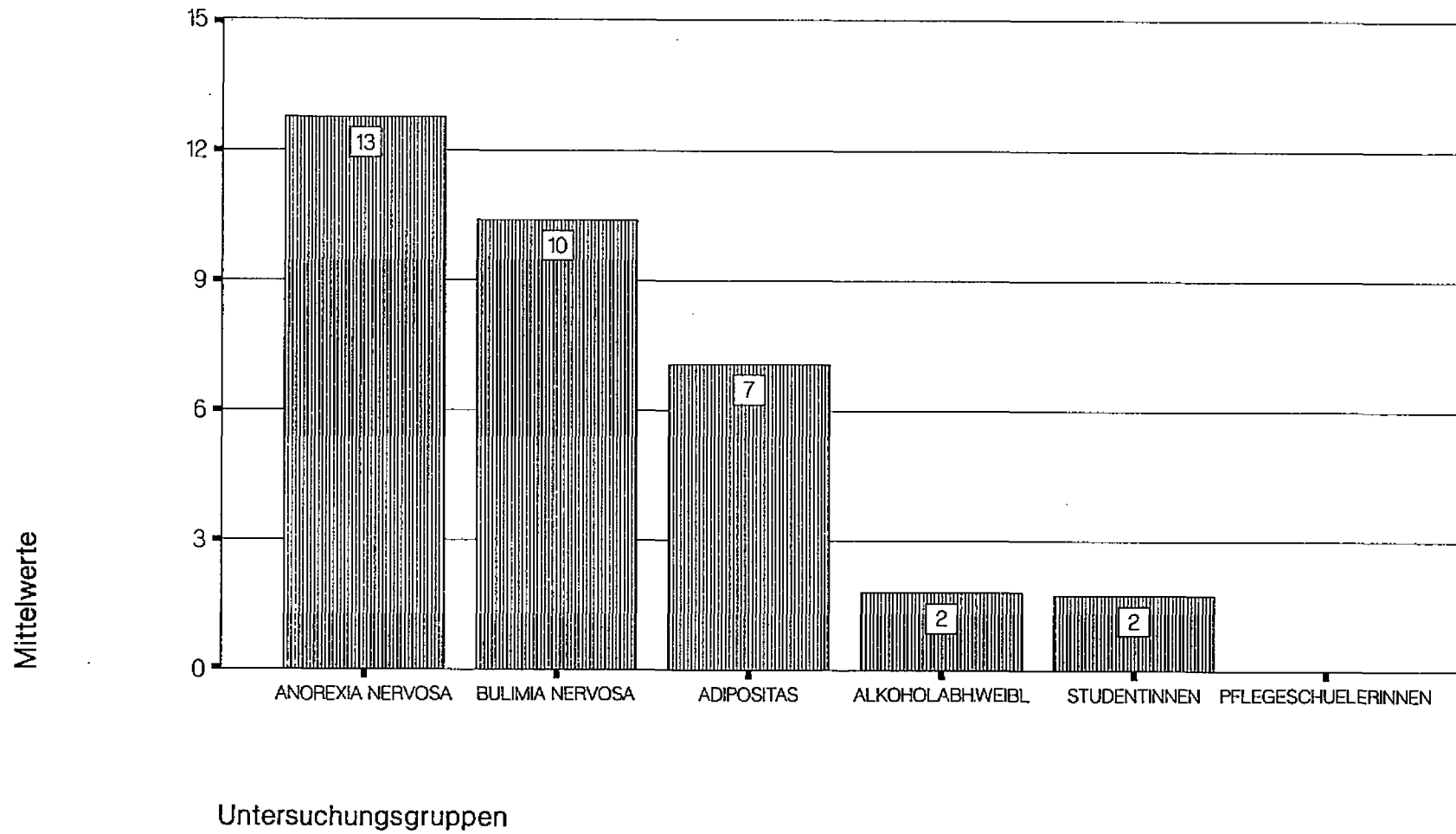


Abbildung 8

Gesamt-Korrelation für Untersuchungsgruppen hatte diese Frage in der anorektischen Gruppe die geringste Trennschärfe.

4. Bei dem Element der "erhöhten Hungertoleranz" (s. Abbildung 9, S. 62) ist der Begriff des Hungerns stärker betont und die adipösen Patientinnen bleiben deutlich hinter den anorektischen bzw. bulimischen Patientinnen zurück und befinden sich etwa mit den Alkoholikerinnen auf einer Höhe. Anorektische und bulimische Patientinnen unterscheiden sich signifikant voneinander, und auch beide Versuchsgruppen gegenüber den Kontrollgruppen.

5. Entzugserscheinungen durch Essen (s. Abbildung 10, S. 63): Bei diesem Abhängigkeitselement ist kein bedeutender Unterschied zwischen anorektischen und bulimischen Patientinnen gegeben. Allerdings erreichen beide Untersuchungsgruppen wiederum signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppen.

6. Hungern, um den Entzugserscheinungen zu entgehen: Die nächste Graphik (Abbildung 11, S. 64) zeigt eine deutlichere Differenz zwischen anorektischen und bulimischen Patientinnen einerseits und zwischen diesen beiden Untersuchungsgruppen, die wesentlich höhere Werte erreichen, und den Kontrollgruppen andererseits.

7. Rückfälligkeit - Wiedereinsetzen der Magersucht nach erfolgreicher Gewichtszunahme: Die Gesamtwerte dieser Unterskala (s. Abbildung 12, S. 65) zeigen, daß sich anorektische Patientinnen (ihre Werte liegen höher) signifikant von allen anderen Gruppen unterscheiden, während es zwischen bulimischen und adipösen Patientinnen keine bedeutenden Unterschiede gibt. Die Differenz zwischen den beiden letztgenannten Gruppen und den nicht eßgestörten Versuchsteilnehmern (ihre Werte liegen niedriger) ist jedoch signifikant.

MA-SU

Erhoehete Hungertoleranz

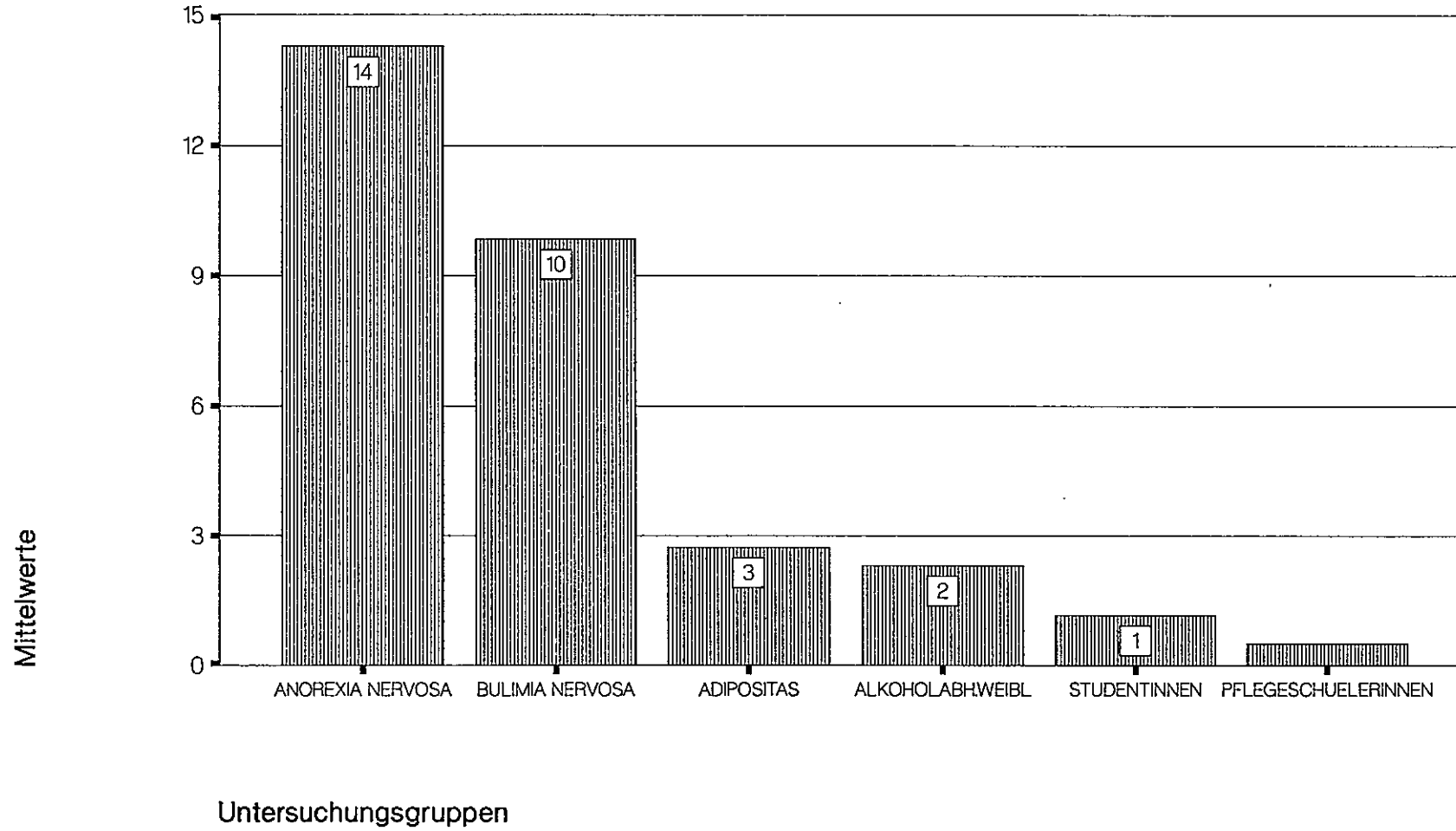


Abbildung 9

MA-SU

Entzugserscheinungen durch Essen

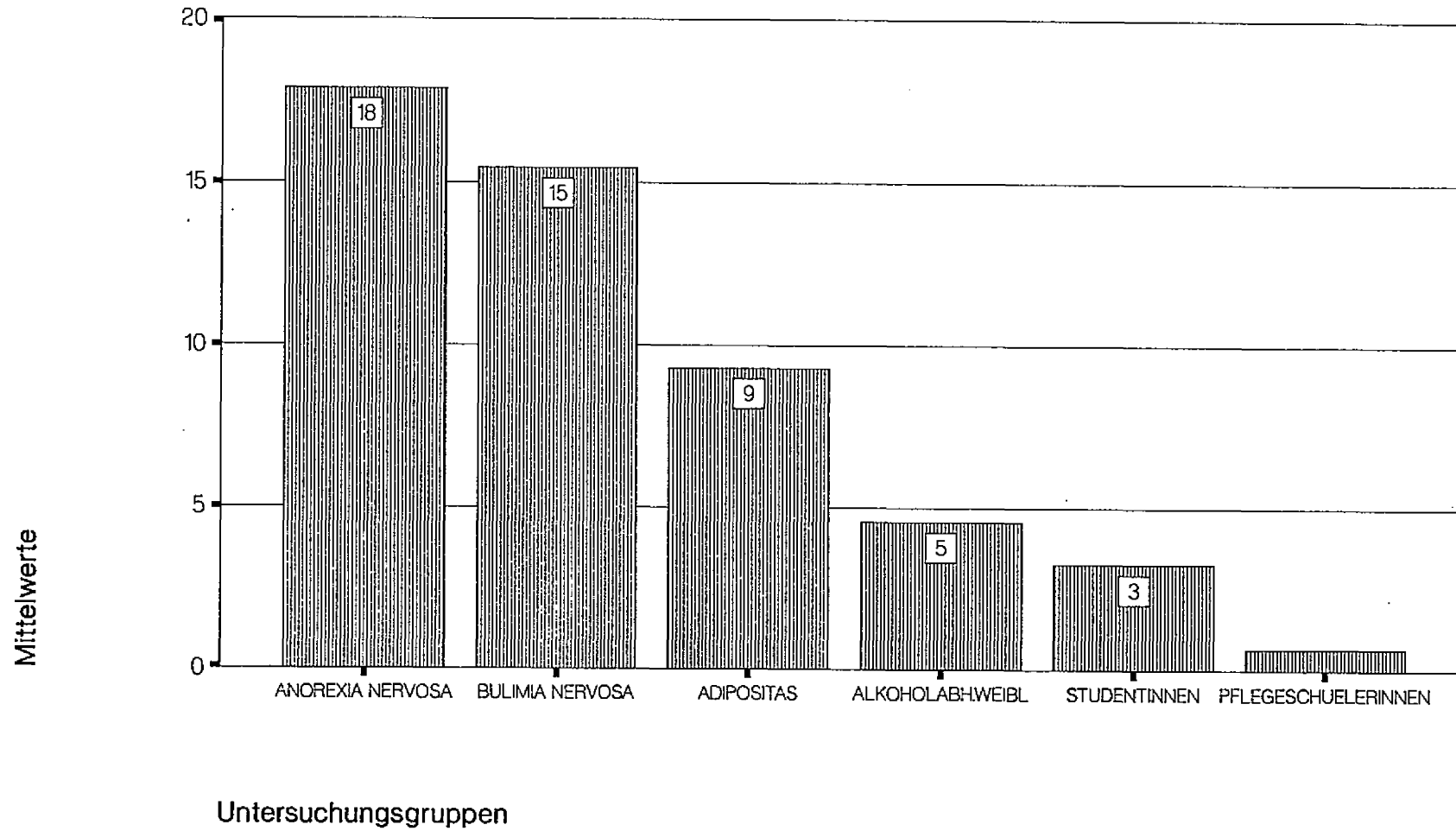


Abbildung 10

MA-SU

Hungern, um den Entzugserscheinungen zu entgehen

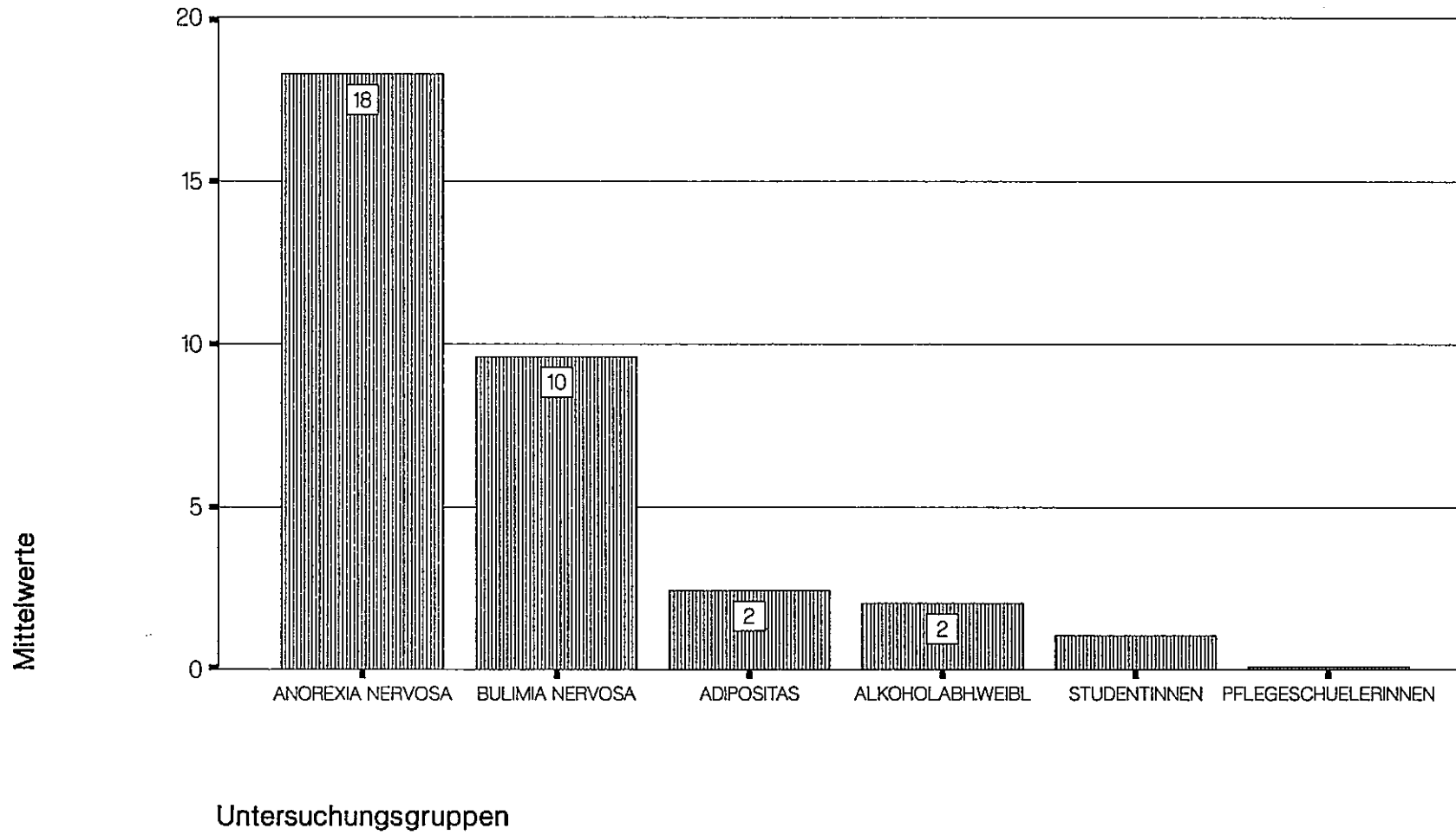


Abbildung 11

MA-SU

Rueckfaelligkeit

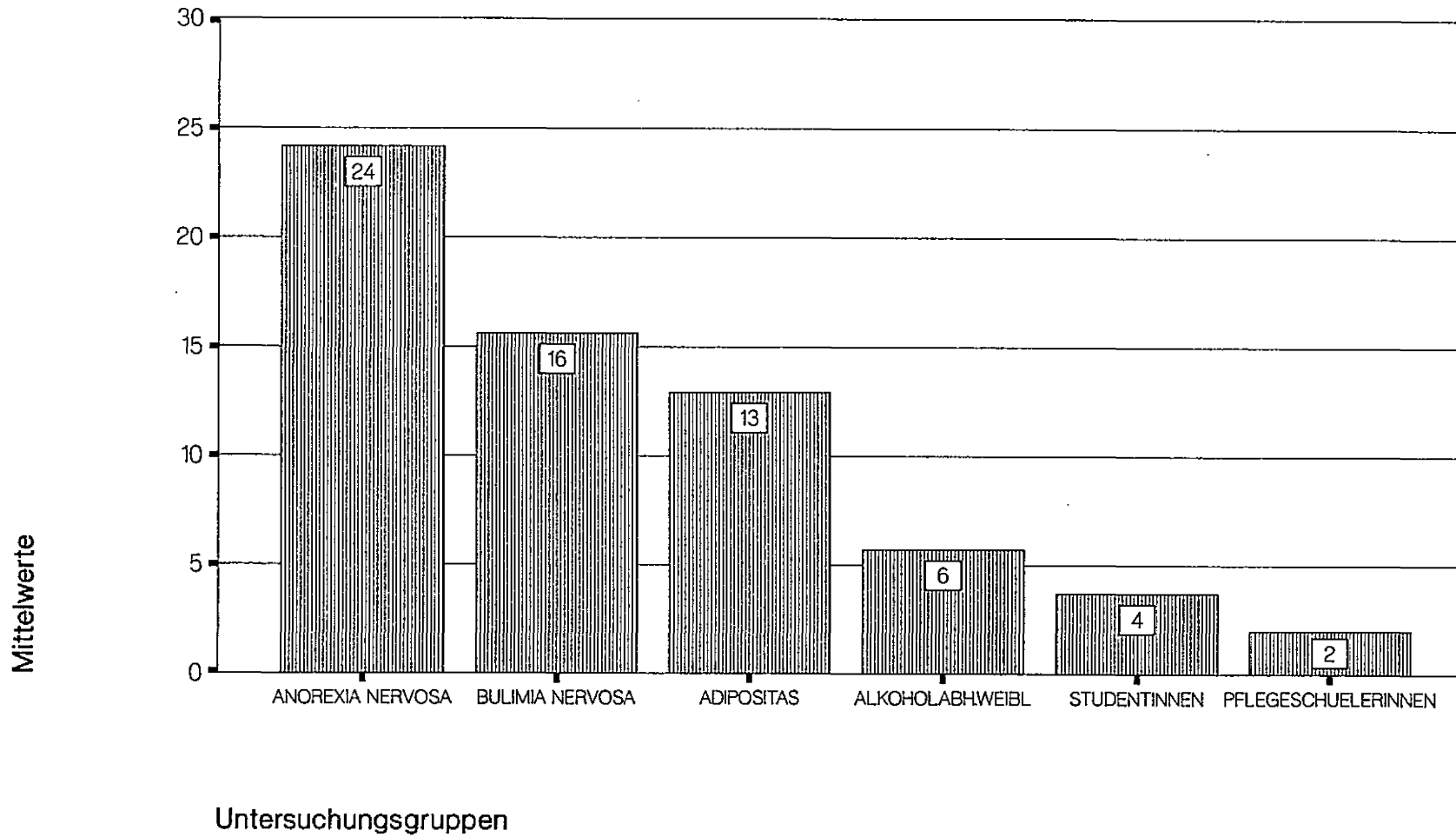


Abbildung 12

Aus der Tabelle 5 (s. S. 50) wird sichtbar, daß die Items 29 und 30 nicht ausreichend zwischen anorektischen und adipösen Patientinnen differenzieren, da Rückfälligkeit in "altes" Eßverhalten thematisiert wird, ohne den Aspekt des Hungerns hervorzuheben.

5.2.3.4 Diskriminanzanalyse

Es soll die Trennfähigkeit des MA-SU hinsichtlich fünf verschiedener Untersuchungsgruppen geprüft werden: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Adipöse, Alkoholikerinnen und normale Kontrollpersonen (Studentinnen und Pflegeschülerinnen).

Tabelle 9: WILKS' LAMBDA für die MA-SU Unterskalen

Variablen	WILKS' LAMBDA	F	Signifikanz
MA-SU - 1	0.42721	60.67	0.0000
MA-SU - 2	0.27073	121.9	0.0000
MA-SU - 3	0.30966	100.9	0.0000
MA-SU - 4	0.47476	50.06	0.0000
MA-SU - 5	0.43007	59.96	0.0000
MA-SU - 6	0.31738	97.32	0.0000
MA-SU - 7	0.32646	93.36	0.0000

Tabelle 9 zeigt, daß alle MA-SU Unterskalen jeweils isoliert hoch signifikant, mit einer Irrtumswahrscheinlichkeit < 0.01 , zwischen den vorhandenen Gruppen diskriminieren. Nach WILKS' LAMBDA hat die Unterskala MA-SU - 2, Vorrang des Essens, die größte und MA-SU - 4, Erhöhte Hungertoleranz, die geringste Trennfähigkeit. In der folgenden Tabelle 10 ist die Klassifikationsmatrix dargestellt.

Insgesamt werden 67,2% der Teilnehmer richtig eingeordnet. Bei einer Anzahl von fünf Gruppen liegt dies weit über einer zufälligen Trefferquote (von ca. 20%).

Tabelle 10: Klassifikationsresultate der Diskriminanz-
analyse

Unter- suchungs- gruppen	An- zahl	vorausgesagte Gruppenzugehörigkeit				
		0	1	2	3	4
Gruppe 0 Normale Kontroll- personen	65	54 83.1%	0 0.0%	4 6.2%	0 0.0%	7 10.8%
Gruppe 1 Anorexia nervosa	34	1 2.9%	30 88.2%	2 5.9%	1 2.9%	0 0.0%
Gruppe 2 Bulimia nervosa	30	0 0.0%	9 30.0%	17 56.7%	4 13.3%	0 0.0%
Gruppe 3 Adipositas	9	0 0.0%	0 0.0%	1 11.1%	7 77.8%	1 11.1%
Gruppe 4 Alkoholi- kerinnen	48	29 60.4%	1 2.1%	0 0.0%	1 2.1%	17 35.4%

Von den Anorexia nervosa Patientinnen werden ca. 88% richtig eingeordnet und mit 83% Treffern liegen auch die normalen (gesunden) Kontrollpersonen hoch in der korrekten Klassifikation. Die Bulimia nervosa Gruppe wird nur noch zu 56.7% richtig klassifiziert, wobei 30% der Anorexia Gruppe und 13% der adipösen Gruppe zugeordnet sind. Bei den bulimischen Patientinnen gibt es die stärksten Überschneidungen zu den anderen Eßstörungen. Dies stützt möglicherweise Beobachtungen, daß es in der Pathogenese Übergänge von der Anorexia nervosa in die Bulimia nervosa und von dort auch in die Adipositas gibt. Bei den Anorektikerinnen wird nur eine Patientin und bei den bulimischen Patientinnen niemand

der gesunden Kontrollgruppe zugeordnet. Die adipöse Patientengruppe ist durch fehlende Werte wiederum erheblich reduziert, was die Aussagefähigkeit der Klassifikation stark einschränkt. Durchaus im Rahmen der Erwartungen liegt weiterhin, daß der MA-SU nicht verläßlich zwischen Alkoholikerinnen und normalen (gesunden) Kontrollpersonen trennt. Von den Alkoholikerinnen werden 60% den Normalpersonen und 35% der Alkoholikergruppe zugeordnet, was den Prozentsatz der insgesamt richtig klassifizierten Personen erheblich gesenkt hat. Ohne die Hereinnahme der Stichprobe der Alkoholikerinnen in die Analyse lag der Gesamtwert bei 83%. Bei einer Zusammenfassung von Alkoholikerinnen, Studentinnen und Pflegeschülerinnen zu einer Kontrollgruppe lag der Wert bei 86%.

Zusammenfassend ist festzustellen, daß der MA-SU zwischen eßgestörten Gruppen (1 - 3) einerseits und den nicht eßgestörten Gruppen (0 und 4) andererseits hochgradig trennt. Innerhalb der eßgestörten Gruppen gibt es bei der bulimischen Patientengruppe eine stärkere Überschneidung mit den anorektischen und geringfügigere auch mit adipösen Patientinnen.

Innerhalb der nicht eßgestörten Gruppen gibt es eine stärkere Überschneidung bei den Alkoholikerinnen mit normalen Kontrollpersonen.

5.3 Erörterung und Zusammenfassung der Studie I

Im Kapitel 5 wurden die Elemente des Alkoholabhängigkeitssyndroms auf Magersucht und Bulimia nervosa übertragen. Dies fand in Anlehnung an SMUKLER u. TANTAM 's (1984) Thesen zu süchtigem Hungern statt : "Anorexia nervosa: Starvation dependence." Es wurden Gemeinsamkeiten zwischen Alkoholismus und Anorexia nervosa dar-

gestellt, die die Annahme unterstützen, daß die hier behandelten Eßstörungen mehr Übereinstimmungen mit Abhängigkeitserkrankungen haben, als mit Neurosen oder Psychosen. Auf der Grundlage dieser theoretischen Vorüberlegungen wurde dann die Ausgangsthese für die erste empirische Untersuchung dahingehend konkretisiert, daß angelehnt an den Alkoholismus ein Abhängigkeitssyndrom vom Hungern postuliert wurde.

Die nachfolgenden sieben Elemente des Abhängigkeitssyndroms vom Hungern, das sowohl zur Aufrechterhaltung der Magersucht als auch der Bulimia nervosa entscheidend beitragen soll, wurden dargestellt und dazu konkrete Fragestellungen entworfen: - Die Verengung des Eßrepertoires (1) - Der Vorrang des Essens (2) - Subjektive Wahrnehmung des Zwangs zu hungern (3) - Erhöhte Hungertoleranz (4) - Entzugserscheinungen durch Essen (5) - Der Status des Hungerns wird aufrechterhalten, um Entzugserscheinungen zu lindern oder gar nicht erst aufkommen zu lassen (6) - Rückfälligkeit, das Wiedereinsetzen der Eßstörungen nach erfolgreicher Gewichtszunahme (7).

Unter der Bezeichnung MA-SU (Magersucht) wurde ein 31 Item umfassender Selbsteinschätzungsfragebogen insgesamt 217 weiblichen Eßgestörten und Kontrollpersonen zur Beurteilung vorgelegt.

Die Erwartungen, daß Anorexia nervosa Patientinnen und in geringerem Maße auch Bulimikerinnen im Vergleich zu den Kontrollgruppen höhere MA-SU Werte aufweisen, konnten voll bestätigt werden. Ohne einen Itemausschluß vorzunehmen, hat der MA-SU insgesamt eine sehr hohe innere Konsistenz (Cronbachs Alpha =.98), die sich auch bei einer Unterteilung in Untersuchungsgruppen auf hohem Niveau hält. Dieses Ergebnis wird durch eine annähernd

einfaktorielle Struktur des MA-SU bestätigt. Es ist anzumerken, daß die guten Fragebogenstatistiken durch die Heterogenität der Gesamtstichprobe mit beeinflusst sein können.

Bei der Betrachtung der sieben Elemente des Abhängigkeitssyndroms vom Hungern, hat die Anorexia nervosa Untersuchungsgruppe bei allen sieben Unterkategorien signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppen. Festzuhalten ist weiterhin, daß anorektische Patientinnen sich bei Item 7: "Es macht mir große Freude, für andere das Essen zuzubereiten", nicht signifikant von Kontrollpersonen (adipösen u. Alkoholikerinnen) unterscheiden. Möglicherweise sind frühere Beobachtungen, daß Magersüchtige dies verstärkt tun würden, auf ihr paradoxes Verhalten zurückzuführen, durchaus andere im normalen Rahmen mit Nahrungsmitteln zu versorgen, während sie selbst (öffentlich) kaum etwas zu sich nehmen.

Obwohl der MA-SU nicht zur Diagnose von Eßstörungen, sondern zur Überprüfung der Abhängigkeitshypothese vom Hungern konstruiert wurde, unterscheidet er hochgradig zwischen den eßgestörten Untersuchungsgruppen einerseits und den nicht eßgestörten Gruppen andererseits. Durch geringfügige Itemveränderungen könnten hier noch Verbesserungen erzielt werden.

Aus den Ergebnissen dieser 1. Studie läßt sich insgesamt eine erhebliche Evidenz dafür ableiten, daß eine Abhängigkeit vom Hungern zur Aufrechterhaltung der Magersucht und auch der Bulimia nervosa in beträchtlichem Maße beiträgt.

6. Mißbrauch und Abhängigkeit

Im 6. Kapitel wird zwischen Abhängigkeit und Mißbrauch (einer Substanz oder eines Hungerverhaltens) differenziert. Damit wird die Unterscheidung zwischen den Faktoren der Entstehung (Mißbrauch) und Aufrechterhaltung (Abhängigkeit) des gestörten Eßverhaltens (Kap. 3) wieder aufgegriffen und für die Suchtthese klarer gefaßt. Während im vorangegangenen Kapitel süchtiges Hungerverhalten (Frage der Aufrechterhaltung) untersucht wurde, werden in diesem Kapitel Fragen der Entstehung der Abhängigkeit untersucht und für diese Phase der Krankheitsentwicklung der Begriff Mißbrauch eingeführt.

Im Gegensatz zu EDWARDS (1977) wird hier die Auffassung vertreten, daß erst bei einem erheblichen Ausmaß eines gestörten Trinkverhaltens von einer Abhängigkeitserkrankung gesprochen werden sollte. Für das theoretische wie auch das praktische Vorgehen in Diagnose und Therapie erscheint es äußerst ungünstig, von einer graduell stärker oder schwächer ausgeprägten Abhängigkeit auszugehen. Es würde damit auch entfallen, sich im Zusammenhang mit diesem Krankheitsbegriff Vorstellungen über eine Rückkehr zum normalen, kontrollierten Trinken zu machen, zumal Alkoholkonsum auch in geringen Mengen als gesundheitsschädlich angesehen werden kann. Das therapeutische Vorgehen dürfte wenig überzeugend sein, wenn von einer schwer klassifizierbaren graduell unterschiedlichen Abhängigkeit ausgegangen wird und auf dieser Diagnose aufbauend, sowohl Abstinenz als auch kontrolliertes Trinken zum Behandlungsziel gemacht wird.

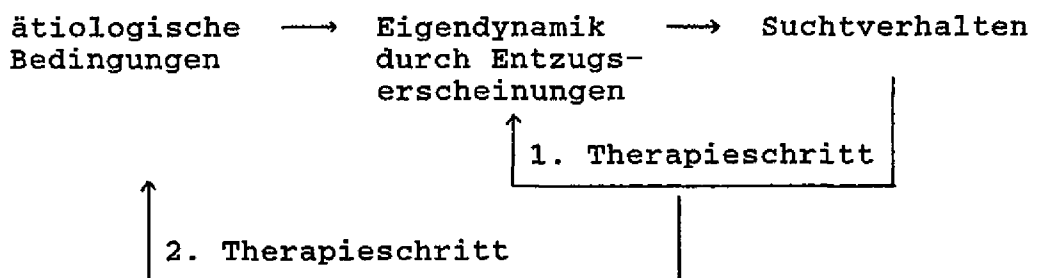
Sowohl theoretisch klarer als auch therapeutisch praktikabler dürfte sein, zunächst von einer Vorstufe zur Abhängigkeit, einer Phase des Mißbrauchs auszugehen und erst dann von Abhängigkeit zu sprechen, wenn

Kontrollverlust und/oder Abstinenzunfähigkeit eingetreten sind, das Suchtverhalten somit eine erhebliche Eigendynamik bekommen hat.

Die daraus resultierende therapeutische Zielsetzung lautet: Bei Diagnose einer Abhängigkeitserkrankung muß zunächst Abstinenz erreicht und langfristig angestrebt werden. Erst wenn die Eigendynamik des Suchtverhaltens, die durch psychische und physische Entzugserscheinungen aufrechterhalten wird, unterbrochen ist, können die Ursachen der Krankheitsentwicklung erfolgreich aufgearbeitet und der Abstinenzwunsch langfristig stabilisiert werden.

Wird Mißbrauch einer Substanz oder eines Verhaltens diagnostiziert, stehen von Beginn der Behandlung an soziale und psychische Beweggründe im Vordergrund der therapeutischen Bemühungen, wobei Abstinenzüberlegungen nicht ausgeschlossen werden sollten, wenn es möglicherweise leichter ist, ganz auf die (Trink-) Verhaltensweisen zu verzichten als sie einzuschränken bzw. zu kontrollieren.

Es wird von der Annahme ausgegangen, daß die Krankheitssymptomatik in der Phase der Abhängigkeit von psychischen und physischen Entzugserscheinungen aufrechterhalten wird und nicht mehr durch die am Beginn der Krankheitsentwicklung stehenden ätiologischen Bedingungen:



Zwischen den ätiologischen Bedingungen und dem Suchtverhalten besteht kein kausaler Zusammenhang mehr. Um therapeutisch Fortschritte zu erzielen, muß deshalb zunächst die Eigendynamik des süchtigen Verhaltens gestoppt werden, um dann Ursachen der Krankheitsentwicklung erfolgreich aufzuarbeiten und den Krankheitsprozeß insgesamt zu stoppen.

6.1 Mißbrauch: Hungern als Aufputzmittel

Auf die These einer Abhängigkeit vom Hungern übertragen, bedeuten die vorangegangenen Überlegungen, daß Hungern zunächst mißbräuchlich eingesetzt wird, den emotionalen Zustand zu verbessern, und erst später eine Eigendynamik und ein Kontrollverlust eintritt, der durch (psychische und physische) Entzugerscheinungen aufrechterhalten wird und letztlich den psychischen und sozialen Status entscheidend negativ beeinträchtigen kann.

Während der MA-SU im vorangegangenen Kapitel die Symptome süchtigen Hungerverhaltens erfaßte, sollen nachfolgend Faktoren des Einstiegs oder der Vorstufe zur Sucht empirisch untersucht werden. Es sollen psychische und soziale ätiologische Bedingungen erfaßt werden, die zu einer Veränderung des Gebrauchs oder der Funktion des Hungerns geführt haben. Auch BRUCH (1980, S. 44/45) spricht in diesem Zusammenhang von einem Mißbrauch der Ernährungsfunktion zur Pseudo-Lösung von Persönlichkeitsstörungen, der nichts mit der normalen Deprivation von Nahrungsmitteln zu tun hat. Häufig ist es eine strenge Diät, die zu den ersten intensiven Erfahrungen mit Hungerzuständen führt. Von den potentiell Mager-süchtigen (vgl. BACHMANN u. RÖHR, 1983a) wird das Hungern nicht ständig als unangenehm wahrgenommen. Sie fühlen vielmehr Kräfte in sich frei werden und glauben,

alle Probleme besser lösen zu können. Durch eine "drogenartige Wirkung" des Hungerns geraten sie in eine starke Überaktivität und erleben enorme Leistungssteigerungen. Patientinnen berichteten, daß sie von einem Hungerrausch erfaßt wurden, der mit Omnipotenzgefühlen verbunden war. Hunger kann die Funktion eines Aufputzmittels bekommen, und es sind ähnliche Symptome wie bei der Einnahme von Amphetaminen (vgl. BARRY u. KLOWANS, 1976) festzustellen. Es findet allmählich eine Toleranzveränderung dem Hungern gegenüber statt. Die "Dosis Hunger" muß erhöht werden, um die gewünschte berauschende Wirkung zu erzielen. In diesem Stadium kann von einer psychischen Abhängigkeit gesprochen werden, die bedeutet, daß in Belastungs- und Konfliktsituationen verstärkt gehungert wird, um sich der Situation gewachsen zu fühlen.

Dieses Hungern kann mehr oder weniger schnell in ein chronisches Stadium führen, aus dem die Kranke allein nicht mehr herausfindet. In der Phase der Abhängigkeit treten physiologische Abhängigkeitssymptome hinzu, eine erhebliche Verschlechterung des gesamten Befindens tritt ein, und der Zusammenhang zu den psychischen und sozialen Auslösern des Verhaltens aus der Phase des Mißbrauchs geht zum größten Teil verloren. Das Hungerverhalten erhält eine Eigendynamik, die durch Entzugserscheinungen aufrechterhalten wird.

Eine Patientin äußerte (zit. nach BRUCH, 1988, S. 33) über ihre exzessiven Erfahrungen mit Hungern: "Es ist so, als würde man langsam vergiftet, etwa so, als stände man unter dem chronischen Einfluß irgendeines Mittels wie Alkohol oder Rauschgift".

Eine andere Patientin beschrieb (s.o., S. 94) dies so: "Wenn es zum Vergnügen wird weiterzumachen, geschieht etwas Neues. Man fühlt sich berauscht, buchstäblich so, wie ich glaube, daß Alkohol wirkt". Eigene Patientinnen

haben sich in vielfältiger Weise ähnlich geäußert. Eine normalgewichtige polytoxikomane Patientin (Alkohol, Medikamente) betonte, daß Hungern die stärkste Wirkung auf sie ausgeübt habe und daß sie sich am meisten davor fürchtete, wieder in magersüchtiges Verhalten zurückzufallen, weil sie am schwierigsten davon wieder loskäme. In der Abbildung 13 sind die bisherigen theoretischen Überlegungen kurz zusammengefaßt.

ESSVERHALTEN	MERKMALE	GEWICHT	THERAPIE
1. Phase des Mißbrauchs	Hungern wird als Aufputzmittel mißbraucht zur Lösung psychischer und sozialer Konflikte; vorwiegend psychische Abhängigkeit; Vorstufe zur Sucht	extremes Schlanksein; beginnendes Untergewicht	Aufarbeitung psychischer und sozialer Konflikte; Ernährungsberatung
2. Phase der Sucht bzw. Abhängigkeit	Hungerexzesse; Kontrollverlust; Toleranzveränderung - Erhöhung der Hungerdosis; Physiologische Veränderungen u. Körperliche Abhängigkeit im Sinne einer Sucht; Subjektive Wahrnehmung des Zwangs zu Hungern; typisch süchtige Abwehrmechanismen; schwere psychische u. physiologische Störungen; soziale Isolation	extremes Untergewicht	Entzug des Suchtmittels - Eigendynamik wird unterbrochen; Aufarbeitung der psychischen und sozialen Konflikte

Abbildung 13: Mißbrauch und Abhängigkeit vom Hungern

Nachfolgend sollen Faktoren des Mißbrauchs von Hungerzuständen näher untersucht werden, während auf

die kurz skizzierten therapeutischen Implikationen erst an späterer Stelle (Kapitel 9) eingegangen wird.

6.2 Methode - Studie II

Es wird angenommen, daß multiple psychische und soziale Konflikte Auslöser für den Mißbrauch von Hungern sein können. Eine Eingrenzung bestimmter Fragestellungen ist deshalb äußerst schwierig. Aus diesem Grund wurde zusätzlich zu vorgegebenen Fragen eine "offene Beantwortung" durchgeführt, damit keine Antwortalternativen von vorneherein ausgeschlossen wurden.

An die vorhandene Literatur angelehnt und auf persönliche Erfahrungen zurückgreifend, wurden folgende drei Themenbereiche für die vorstrukturierte Beantwortung eingegrenzt:

- I. Drogenartige Wirkung des Hungerns
- II. Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen
- III. Kontra Weiblichkeit

Im Vergleich zur psychoanalytischen Auffassung, die nach wie vor Faktoren einer "verdrängten Weiblichkeit" (vgl. FEIEREIS, 1989, S. 92) als ätiologische Bedingung der Magersucht betrachtet, wird von anderer Seite (vgl. GARNER u. GARFINKEL, 1980) der Einstieg in gestörtes Eßverhalten verstärkt unter soziokulturellen Aspekten eines veränderten Schlankheits- und Schönheitsideals untersucht. Sowohl Faktoren des attraktiv und fraulich aussehen Wollens (II.) als auch Gesichtspunkte einer abgelehnten Weiblichkeit (III.) sollen in diese Fragebogenstudie einbezogen werden, ohne daß der Anspruch erhoben werden soll, diese beiden Problembereiche vollständig zu erfassen.

Im Mittelpunkt stehen jedoch die Fragen nach der erleichternden und aufputschenden drogenhaften Wirkung des Hungerns.

Die Beantwortung der vorgegebenen Fragestellungen erfolgt wiederum auf einer 7-Punkte-Skala von 0 = "überhaupt nicht" bis 6 = "sehr stark".

Unter der Kategorie I., drogenartige Wirkung des Hungerns, sind 9 Items einzuschätzen:

- (1) Hungern hat mich anfangs leistungsfähiger gemacht
- (2) Durch Hungern fühlte ich mich aufgeputscht
- (3) Im Hungerzustand habe ich mich wie berauscht gefühlt
- (4) Im Zustand der Unterernährung habe ich die Realität nicht mehr voll wahrgenommen
- (5) Unangenehme Dinge waren durch Hungern besser zu ertragen
- (6) Fasten und Diäthalten kann gefährlich sein, weil man davon abhängig werden kann
- (7) Vor Konflikten habe ich mich in Fasten und Diäthalten geflüchtet
- (8) Durch Hungern wollte ich der Realität entfliehen
- (9) So lange ich zurückdenken kann, schwankt mein Essverhalten zwischen zu viel und zu wenig essen

Die nachfolgenden fünf Items sollen Bemühungen und Wünsche erfragen, die mit einem Bedürfnis verbunden sind, weiblicher und attraktiver zu sein:

- (10) Ich hatte erhebliches Übergewicht und habe darunter gelitten, zu dick zu sein
- (11) Diät halten und Fasten dienten dazu, schlanker zu werden und besser auszusehen
- (12) Mit der Nahrungseinschränkung wollte ich erreichen, daß ich weiblicher, von der Figur her attraktiver aussehe

(13) Durch schlank sein sollten meine weiblichen Körperformen deutlicher sichtbar sein und stärker hervortreten

(14) Ich wollte durch schlank sein verhindern, daß meine weiblichen Formen im (Körper-) Fett verschwinden

Zwei Items wurden zur Erfassung einer ablehnenden Haltung gegenüber der eigenen Weiblichkeit entworfen:

(15) Diät halten und Fasten sollten verhindern, daß ich eine Frau werde

(16) Durch Magerheit wollte ich die Bildung weiblicher Körperformen verhindern

Um dieser Fragestellung insgesamt einen "offiziellen" Charakter zu geben, wurden (s. Anhang Nr. 5) die Items unter der Bezeichnung FU-HU (Funktionalität des Hungerns) zusammengefaßt. Der Abschlußteil des FU-HU bestand aus der offenen Beantwortung der Frage:

Wichtige Gründe, die noch nicht genannt wurden, für mein Hungern und Diät halten sind:

(offene Beantwortung).

Auf sieben vorgegebenen und numerierten Zeilen sollte die Beantwortung vorgenommen werden.

An dieser Fragebogenstudie nahmen alle 217 weiblichen Personen teil, die auch an der vorherigen Untersuchung mit dem MA-SU beteiligt waren.

Es wird erwartet, daß bezüglich der drogenartigen Wirkung des Hungerns Anorexia nervosa Patientinnen die höchsten Werte erreichen, wobei sich den bisherigen Überlegungen entsprechend, auch die Bulimia nervosa Patientinnen deutlich von den Kontrollgruppen (adipöse Patientinnen, Alkoholikerinnen, Studentinnen, Pflege-

schülerinnen) unterscheiden sollten.

6.2.3 Ergebnisse - FU-HU (Funktionalität des Hungerns)

Die Gesamtmittelwerte der drei Unterkategorien des FU-HU und die Itemmittelwerte mit den Standardabweichungen sind nach Untersuchungsgruppen geordnet in der nachfolgenden Tabelle 11 (s. S. 80) dargestellt.

6.2.3.1 Drogenartige Wirkung des Hungerns

Wie aus der Tabelle 11 unter 1. und der entsprechenden graphischen Darstellung (Abbildung 14: Wirkung des Hungerns, S. 81) zu entnehmen ist, weisen die Anorexia nervosa Patientinnen den signifikant höchsten Mittelwert im Vergleich zu allen anderen Gruppen auf. Auch der Mittelwertunterschied zwischen anorektischen und bulimischen Patientinnen ist nach einer varianzanalytischen Überprüfung (0.05 Niveau, Duncan's multiplen Range-Test) signifikant. Die Bulimia nervosa Patientinnen unterscheiden sich ebenfalls signifikant durch einen höheren Mittelwert von den nachfolgenden Kontrollgruppen, innerhalb derer keine bedeutenden Unterschiede mehr festzustellen sind. Dies stellt eine hohe Übereinstimmung mit den schon im 5. Kapitel festgestellten Ergebnissen (MA-SU Gesamtwerte) dar und entspricht voll den Erwartungen, daß Anorexia nervosa Patientinnen die höchsten Werte bei der "drogenartigen Wirkung des Hungerns" haben und auch Bulimia nervosa Patientinnen höhere Werte aufweisen als die Kontrollpersonen.

Tabelle 11: Mittelwerte und Standardabweichungen der FU-HU Kategorien und Items, getrennt nach Untersuchungsgruppen

FU-HU Selbsteinschätzungsskalen u. Items	anorexia nervosa (n=35)		bulimia nervosa (n=35)		adipositas (n=20)		Alkoholikerinnen (n=53)		Studentinnen (n=62)		Pflegeschülerinnen (n=12)	
	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)
1. Drogenartige Wirkung des Hungerns	35.2	(10.8)	27.0	(11.8)	11.5	(11.4)	8.7	(8.4)	8.5	(6.9)	4.5	(3.1)
Item: 1	4.3	(1.7)	3.9	(1.9)	1.8	(2.5)	0.8	(1.4)	0.8	(1.5)	0.1	(0.3)
2	3.9	(2.0)	3.5	(2.2)	2.0	(2.5)	0.7	(1.4)	0.9	(1.6)	0.1	(0.3)
3	3.3	(2.2)	2.6	(2.2)	1.3	(2.0)	0.5	(1.3)	0.5	(1.0)	0.1	(0.3)
4	3.9	(2.2)	1.9	(2.1)	0.1	(0.3)	0.7	(1.4)	0.6	(1.3)	0.0	(0.0)
5	3.9	(1.9)	2.0	(2.3)	0.6	(1.5)	0.4	(1.1)	0.3	(0.9)	0.0	(0.0)
6	4.7	(2.0)	4.6	(1.9)	2.9	(2.6)	2.9	(2.5)	3.6	(2.4)	3.5	(2.5)
7	4.5	(1.7)	2.6	(2.3)	0.4	(1.0)	0.7	(1.5)	0.7	(1.4)	0.0	(0.0)
8	3.7	(2.0)	2.3	(2.3)	0.0	(0.0)	0.3	(0.9)	0.5	(1.4)	0.0	(0.0)
9	2.9	(2.3)	4.2	(2.1)	3.1	(2.5)	1.5	(1.9)	1.4	(1.9)	0.8	(1.5)
2. Pro Weiblichkeit u. gutes Aussehen	13.0	(7.8)	17.2	(7.7)	17.1	(8.1)	11.8	(9.8)	9.0	(7.9)	6.2	(6.9)
Item: 10	1.3	(2.0)	2.7	(2.4)	5.2	(1.9)	2.0	(2.2)	1.1	(1.8)	0.9	(1.8)
11	4.7	(1.9)	5.2	(1.4)	4.7	(2.1)	2.7	(2.4)	2.8	(2.2)	2.3	(1.9)
12	3.4	(2.6)	4.3	(2.4)	4.1	(2.5)	2.7	(2.4)	2.1	(2.2)	1.3	(1.7)
13	1.9	(2.5)	2.4	(2.3)	2.8	(2.5)	2.3	(2.2)	1.7	(1.9)	0.8	(1.4)
14	1.7	(2.2)	2.6	(2.4)	1.2	(2.0)	2.3	(2.3)	1.5	(1.8)	1.0	(1.7)
4. Kontra Weiblichkeit	5.6	(4.7)	3.7	(4.5)	0.6	(2.4)	0.7	(1.8)	0.3	(1.2)	0.0	(0.0)
Item: 15	2.8	(2.4)	2.0	(2.3)	0.3	(1.2)	0.4	(1.2)	0.2	(0.7)	0.0	(0.0)
16	2.8	(2.4)	1.8	(2.3)	0.3	(1.2)	0.3	(1.0)	0.1	(0.5)	0.0	(0.0)

FU-HU (Wirkung des Hungerns)

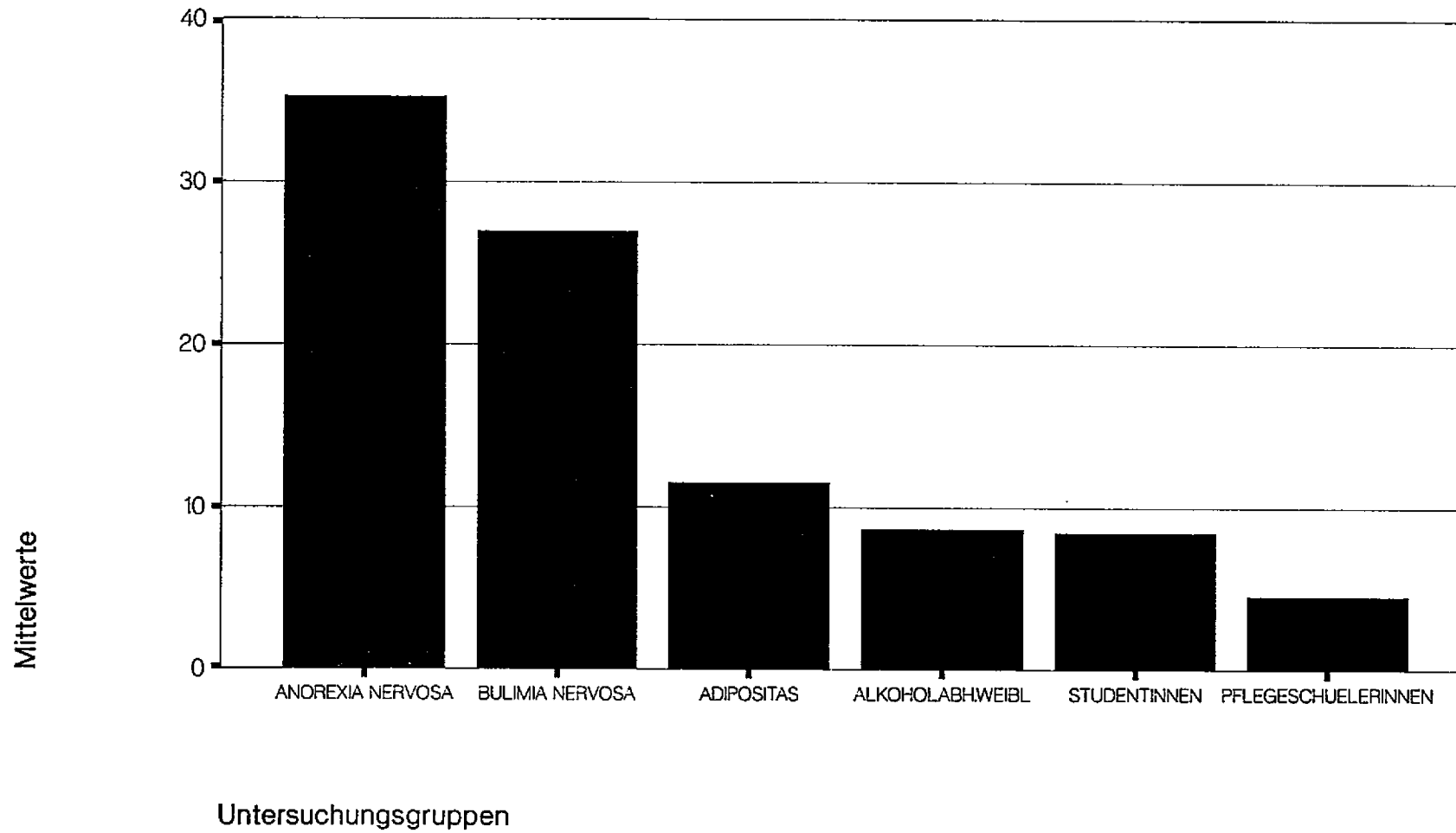


Abbildung 14

Bei Betrachtung der Items weichen die Fragen 6 und 9 (s. Tabelle 11, S. 80) von der in Abbildung 14 (S. 81) erkennbaren Verteilung der Mittelwerte ab. Die Frage 6: "Fasten und Diät halten kann gefährlich sein, weil man davon abhängig werden kann" spricht dabei weniger die persönliche Betroffenheit, als vielmehr das allgemeine Verständnis an. Anorektische und bulimische Patientinnen liegen dabei auf etwa gleicher Höhe und unterscheiden sich nicht mehr signifikant von den Pflegeschülerinnen. In der Frage 9: "So lange ich zurück denken kann, schwankt mein Eßverhalten zwischen zu viel und zu wenig essen" wird weniger auf die spezielle Wirkung des Hungerns eingegangen, und bulimische Patientinnen haben hier den höchsten Mittelwert zu verzeichnen.

Die Ergebnisse der Varianzanalyse, Gruppenpaare, die sich auf dem 0.05 Niveau unterscheiden, sind, für die 3 Unterkategorien des FU-HU und den Itemvergleich, im Anhang (Nr. 6 u. 7) vollständig dargestellt.

6.2.3.2 Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen

In dieser Antwortkategorie ergibt sich ein anderes Bild (Tab. 11, S. 80 u. Abb. 15, S. 83) der Mittelwertverteilung, als bei der vorangegangenen. Dabei unterscheiden sich die Bulimikerinnen durch einen höheren Mittelwert signifikant von der anorektischen Untersuchungsgruppe und den Kontrollgruppen aus Alkoholikerinnen, Studentinnen und Pflegeschülerinnen. Die mit den Bulimikerinnen etwa auf gleicher Höhe liegende Kontrollgruppe der adipösen Patientinnen unterscheidet sich ebenfalls signifikant von den drei nachfolgenden Kontrollgruppen. Hervorzuheben ist, daß Anorektikerinnen einen signifikant höheren Mittelwert bei dieser Kategorie "Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen" haben, als die gesunden Kontrollpersonen, Studentinnen

FU-HU (Gutes Aussehen und Proweiblichkeit)

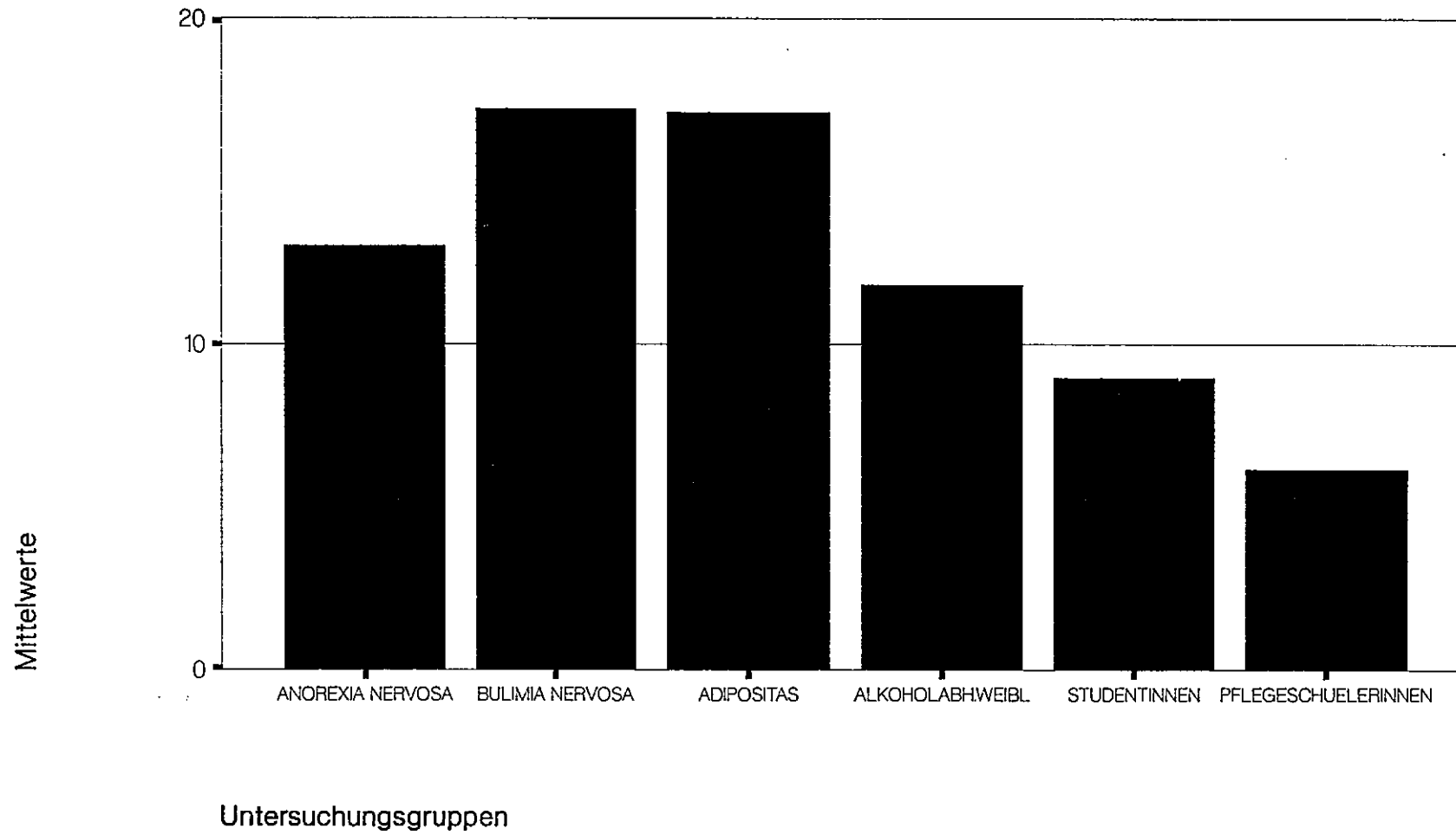


Abbildung 15

und Pflegeschülerinnen.

Bei einem Vergleich der Mittelwerte des 10. Items ist festzustellen, daß anorektische Patientinnen, im Gegensatz zu adipösen und bulimischen Patientinnen, früher nur relativ wenig unter einem (erheblichen) Übergewicht gelitten haben.

Insgesamt wird deutlich, daß die Items (10-14) dieser Kategorie nicht ausreichend zwischen den Untersuchungsgruppen (Anorexia/Bulimia nervosa) und den Kontrollgruppen (adipöse, Alkoholikerinnen, Studentinnen, Pflegeschülerinnen) differenzieren.

6.2.3.3 Kontra Weiblichkeit

Abbildung 16 (S. 85, s. auch Tab. 11, S. 80) zeigt hingegen ein bisher häufiges Bild. Anorektische und bulimische Patientinnen haben signifikant höhere Mittelwerte als alle anderen Untersuchungsgruppen und auch der Unterschied zwischen diesen beiden Untersuchungsgruppen ist signifikant, wobei die anorektischen Patientinnen höher liegen als die bulimischen.

Im Vergleich mit der vorherigen Antwortkategorie ist festzustellen, daß anorektische und bulimische Patientinnen, im Gegensatz zu den Kontrollgruppen, hohe Pro (Weiblichkeit u. gutes Aussehen) und hohe Kontra (Weiblichkeit) Werte haben. Bei diesen beiden Untersuchungsgruppen scheint es keine eindeutige Zustimmung oder Ablehnung von Weiblichkeit und gutem Aussehen zu geben, sondern eher einen Konflikt, eine ambivalente Einstellung.

FU-HU (Kontraweiblichkeit)

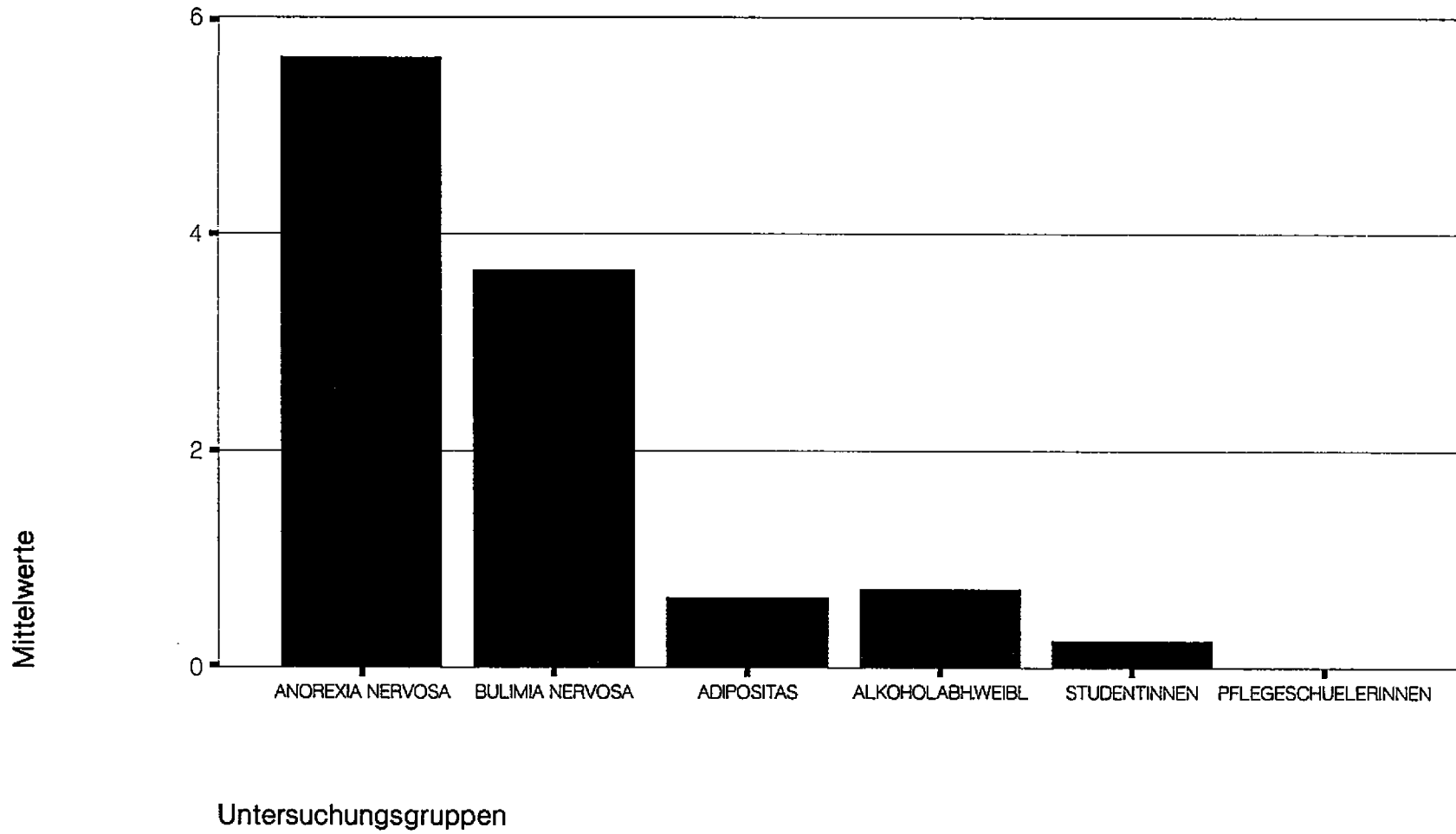


Abbildung 16

6.2.3.4 Faktorenanalyse

Durch eine Faktorenanalyse werden 3 Faktoren extrahiert (s. Tabelle 12).

Tabelle 12: FU-HU - Faktorenanalyse

Item Nr.	Faktor 1 Ladung	Item Nr.	Faktor 2 Ladung	Item Nr.	Faktor 3 Ladung
1	.83	12	.77	6	.72
2	.83	13	.73		
3	.81	10	.65		
8	.81	14	.51		
7	.79				
5	.79				
4	.70				
16	.69				
15	.69				
9	.61				
11	.58				

Wobei dem letzten Faktor nur eine Variable zugeordnet wird, was wiederum die Sonderrolle des 6. Items deutlich macht. Dem ersten Faktor werden sämtliche Items aus der Kategorie "drogenartige Wirkung des Hungerns" (1-9) und die gesamte Kategorie "Kontra Weiblichkeit" (15-16) zugerechnet. Den zweiten Faktor bilden ausschließlich Items aus der Kategorie "Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen", wobei Item 11 aus dieser Kategorie dem 1. Faktor zugeordnet wird. Im wesentlichen sind mittels Faktorenanalyse zwei Faktoren zu unterscheiden, die inhaltlich wie folgt zu beschreiben sind: 1. eine drogenartige Wirkung des Hungerns und eine ablehnende Haltung gegenüber der Weiblichkeit, 2. eine positive Einstellung gegenüber der Weiblichkeit und einem guten Aussehen.

6.2.3.5 Item-Gesamt-Korrelation

Mit einem Reliabilitätskoeffizienten von .89 (Cronbachs Alpha, s. Tabelle 13) hat der FU-HU insgesamt eine hohe innere Konsistenz.

Tabelle 13: FU-HU - Itemstatistiken - Gesamtwerte

Cronbachs Alpha	Item Nr.	Trennschärfe	Cronbachs Alpha nach Itemausschluß
.89	1	.76	.88
	2	.76	.88
	3	.70	.88
	4	.57	.89
	5	.66	.88
	6	.30	<u>.90</u>
	7	.68	.88
	8	.69	.88
	9	.59	.89
	10	.27	<u>.90</u>
	11	.61	.89
	12	.52	.89
	13	.43	.89
	14	.37	<u>.89</u>
	15	.54	.89
	16	.55	.89

alle Untersuchungsgruppen n=187

Durch Ausschluß der Items mit der niedrigsten Trennschärfe 6. (s.o.), 10. (unter Übergewicht gelitten) und 14. (schlank sein sollte verhindern, daß die weiblichen Formen im Körperfett verschwinden) könnte dieser Wert auf über .90 erhöht werden.

Itemanalyse unterteilt nach Untersuchungsgruppen (s. Tabelle 14): Es ist weiterhin eine hohe innere Konsistenz in den einzelnen Versuchsgruppen (s. Aufschlüsselung am unteren Rand der Tabelle) festzustellen, die

Tabelle 14: FU-HU - Itemstatistiken - Gesamtwerte
der Untersuchungsgruppen

Cronbachs Alpha					Item Nr.	Trennschärfe					Cronbachs Alpha nach Itemausschluß				
an	bu	ad	Al	St		an	bu	ad	Al	St	an	bu	ad	Al	St
.75	.73	.88	.85	.83	1	.47	.41	.82	.59	.48	.72	.71	.85	.84	.82
					2	.56	.46	.82	.55	.58	.71	.71	.85	.84	.81
					3	.46	.65	.72	.50	.31	.72	.68	.86	.85	.83
					4	.40	.62	.59	.07	.29	.73	.69	.88	.86	.83
					5	.40	.42	.46	.50	.31	.73	.71	.87	.85	.83
					6	.39	.08	.46	.20	.04	.73	.74	.87	.87	.86
					7	.47	.36	.40	.49	.49	.73	.72	.88	.85	.82
					8	.49	.63	.00	.49	.42	.72	.68	.88	.85	.82
					9	.17	.45	.59	.56	.69	.75	.71	.87	.84	.80
					10	.32	.14	.42	.51	.52	.74	.77	.87	.84	.81
					11	.38	.09	.48	.70	.63	.73	.75	.87	.83	.80
					12	.14	.01	.60	.74	.71	.76	.75	.86	.83	.80
					13	.23	.44	.58	.72	.71	.75	.71	.87	.83	.80
					14	.18	.51	.52	.52	.59	.75	.70	.87	.84	.81
					15	.30	.15	.53	.41	.15	.74	.74	.87	.85	.83
					16	.26	.27	.55	.73	.12	.74	.72	.87	.85	.83

an = anorexia nervosa(n=33), bu = bulimia nervosa(n=30),
ad = adipositas(n=15), Al = Alkoholikerinnen(n=45),
St = Studentinnen(n=53)

durch einzelnen Itemausschluß noch erhöht werden kann (s. Unterstreichungen).

Items aus der Kategorie "Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen" erhalten für die anorektische und bulimische Versuchsgruppe die niedrigsten Trennschärfewerte. Es wurde schon beim Vergleich der Mittelwerte (s. Abbildung 15, S. 83) festgestellt, daß zum einen keine signifikanten Unterschiede der Versuchsgruppen (an, bu) zur Kontrollgruppe der adipösen Patientinnen und zum anderen keine signifikanten Unterschiede zwischen Anorektikerinnen und Alkoholikerinnen festzustellen waren.

Eine Clusteranalyse bestätigt die Sonderrolle des 6. Items, daß die geringste Ähnlichkeit mit allen anderen Items aufweist.

6.2.3.6 Offene Beantwortung

Für die zum FU-HU (Funktionalität des Hungerns) gehörende offene Beantwortung, weitere Gründe für einen Einstieg in Hungerverhalten zu erfahren, wurden neun Antwortkategorien gebildet (s. Tabelle 15, S. 90). Diese Auswertung ist nur als eine sehr grobe Einschätzung zu bewerten, da in einigen Untersuchungsgruppen nur eine geringe Beteiligung vorhanden war, und die Antworten zum Teil recht schwer zu interpretieren waren. Eine Untersuchungsteilnehmerin konnte mehrere Antworten abgeben, wobei dies auch über die vorgegebenen sieben Punkte hinausging. Zu Anfang der offenen Beantwortung wurde ausdrücklich nach zusätzlichen Gründen (über den FU-HU hinaus) gefragt, so daß von vornherein keine vollständige Beteiligung erwartet wurde. Wahrgenommen wurde diese Antwortmöglichkeit von 57% (n = 20) der Anorektikerinnen, 69% (n = 24) der Bulimikerinnen, wobei die Zahlen bei den verbleibenden Unter-

Tabelle 15: Offene Beantwortung

<u>offene Beantwortungen</u> (Anzahl und prozentualer Anteil)	<u>anorexia nervosa</u> (n=35)		<u>bulimia nervosa</u> (n=35)		<u>adipositas</u> (n=20)		<u>Alkoholikerinnen</u> (n=53)		<u>Studentinnen</u> (n=62)		<u>Pflegeschülerinnen</u> (n=12)	
wahrgenommen von:	n=20		n=24		n=7		n=10		n=10		n=1	
in Prozent:	57		69		35		19		16		8	
Beantwortungen:	Anz. %		Anz. %		Anz. %		Anz. %		Anz. %		Anz. %	
<u>KATEGORIEN:</u>												
<u>1. Soziales Wohlbefinden steigern:</u> Aufmerksamkeit u. Anerkennung finden, besser akzeptiert werden, für andere attraktiv sein, besser sein, Überlegenheit	20	27	15	19	7	35	5	26	5	28	1	-
<u>2. Soziale Konflikte lindern:</u> Mitleid erregen, als Kranker Rücksicht erfahren	16	22	15	19	4	20	-	-	1	6	-	-
<u>3. Psychische Konflikte und Ängste lindern:</u> Furcht v. Erwachsenwerden, Flucht v. Verantwortung u. Entscheidungen, Streß bewältigen	12	16	15	19	1	5	2	10	-	-	-	-
<u>4. Psychisches Wohlbefinden steigern:</u> Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen steigern, Idealvorstellungen verwirklichen, Konzentration erhöhen	4	6	11	14	3	15	3	16	4	22	1	-
<u>5. Angst vor Kontrollverlust:</u> Macht und Stärke beweisen	5	7	4	5	-	-	3	16	-	-	-	-
<u>6. Sexualität unterdrücken:</u> Sexuell unattraktiv sein wollen	6	8	3	4	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>7. Ablehnung des Körperlichen:</u> Vergeistigung, Selbstzerstörung	5	7	7	9	-	-	-	-	-	-	-	-
<u>8. Im Körper wohler fühlen:</u> Gesundheit, Sport, Beweglichkeit steigern	3	4	5	7	4	20	3	16	-	-	2	-
<u>9. Sonstiges</u>	2	3	3	4	1	5	3	16	-	-	-	-

suchungsgruppen dann drastisch abfallen (s. Tabelle 15, S. 90). Die Anzahl und prozentuale Häufigkeit der Antworten zeigen, daß von den Kategorien 1. bis 4. (1. Soziales Wohlbefinden steigern, 2. Soziale Konflikte lindern, 3. Psychische Konflikte und Ängste lindern, 4. Psychisches Wohlbefinden steigern) die meisten Antworten erfaßt werden. Aus den Zahlen lassen sich Hinweise ableiten, daß bei den "nicht eßgestörten" Gruppen (Alkoholikerinnen, Studentinnen, Pflegeschülerinnen) Hungern möglicherweise eher dazu eingesetzt wird, (Schönheits-) Ideale zu verwirklichen, während bei anorektischen und bulimischen Patientinnen Hungern und Diäthalten stärker als ein Mittel zur Bewältigung psychischer und sozialer Konflikte dient, bzw. "mißbraucht" wird. Den zuvor beschriebenen Suchtthesen entsprechend, kann dies als eine Vorstufe zur Sucht betrachtet werden. Weniger häufig wurden Antworten zur Selbstkontrolle (5.), zum Bereich der (unterdrückten) Sexualität (6.) und zur Ablehnung des Körperlichen insgesamt (7.) gegeben. Diäthalten um beweglicher, sportlicher zu werden (8.) wurde wiederum öfter genannt. Wegen der geringen Beteiligung von insbesondere nicht eßgestörten Untersuchungsteilnehmern an der offenen Beantwortung, ist eine Vergleichbarkeit der Daten stark eingeschränkt und Interpretationen sind höchst spekulativ. Wegen dieser ohnehin vorhandenen Einschränkungen wurde auf eine ansonsten notwendige Messung zur Beurteilerübereinstimmung bei der Kategorisierung verzichtet.

6.3 Erörterung und Zusammenfassung der Studie II

Im 6. Kapitel wurde zwischen Mißbrauch und Abhängigkeit differenziert und Fragestellungen zur Vorstufe zur Sucht bzw. Phase des Mißbrauchs untersucht. An diese

Untersuchung angeknüpft wurden unterschiedliche Ansätze therapeutischen Vorgehens, die im Kapitel 9 weiter vertieft werden.

Es wurden Äußerungen von Patientinnen wiedergegeben, die von einer "drogenartigen Wirkung" des Hungerns berichteten, bevor die Krankheitsentwicklung in ein chronisches Stadium geriet.

Es wird davon ausgegangen, daß in der Phase der Abhängigkeit, in der das Suchtverhalten von Entzugserscheinungen aufrechterhalten wird, vorwiegend negative psychische und physische Konsequenzen des Suchtverhaltens erlebt werden, während in der hier behandelten Vorstufe zur Abhängigkeit Hungern dazu eingesetzt wird, Leistungssteigerungen zu erfahren, Konflikte besser zu bewältigen und sich berauscht zu fühlen.

Auf das Suchtmodell bezogen und in Anlehnung an vorhandene Literatur wurden Fragestellungen zum Einstieg in Hungern bzw. Diäthalten in drei Bereiche unterteilt: Drogenartige Wirkung des Hungerns (1), Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen (2) und Kontra Weiblichkeit (3). Unter 2. wurden Fragen gestellt, die sich an neuere soziokulturelle Erklärungsansätze anlehnen, während unter 3. Fragen einer Ablehnung gegenüber der eigenen Weiblichkeit untersucht wurden, wie dies in psychoanalytischen Auffassungen zum Ausdruck kommt. Da insbesondere in den Punkten 2 und 3 keine umfassende Behandlung dieser Problembereiche möglich war, sollte zusätzlich die Gelegenheit zu einer offenen Beantwortung gegeben werden.

Die insgesamt 16 Items wurden unter der Bezeichnung FU-HU (Funktionalität des Hungerns) zusammengefaßt. Die Ergebnisse der im Mittelpunkt dieses Kapitels stehenden Untersuchung der "drogenartigen Wirkung" des Hungerns sind annähernd deckungsgleich mit denen des

MA-SU (gesamt). Anorexia nervosa Patientinnen haben signifikant höhere Mittelwerte als alle anderen Untersuchungsgruppen, wobei auch die Bulimia nervosa Patientinnen signifikant höhere Werte verzeichneten als alle Kontrollgruppen.

Im Bereich "Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen" hatten die Bulimikerinnen die höchsten Werte, lagen aber fast gleich auf mit den adipösen Kontrollpersonen. Es ist besonders hervorzuheben, daß anorektische Patientinnen (signifikant) höhere Werte in diesem Bereich aufzuweisen haben als die gesunden Kontrollpersonen.

Die Ergebnisse zu "Kontra Weiblichkeit" brachten die Überraschung, daß anorektische und bulimische eßgestörte Patientinnen sowohl hohe Kontra- als auch hohe Pro-Weiblichkeitswerte zu verzeichnen haben. Bei diesen beiden Untersuchungsgruppen scheint es keine eindeutige Zustimmung oder Ablehnung zur eigenen Weiblichkeit zu geben, sondern eher einen Konflikt, eine ambivalente Einstellung. Diese Schlußfolgerung beruht jedoch auf Gruppenvergleichen und kann nicht ungeprüft auf Einzelfälle übertragen werden.

Faktorenanalytisch wurden aus dem FU-HU im wesentlichen zwei Kategorien extrahiert, die inhaltlich wie folgt zu interpretieren sind:

1. Eine drogenartige Wirkung des Hungerns und eine ablehnende Haltung gegenüber der eigenen Weiblichkeit.
2. Eine positive Einstellung gegenüber der Weiblichkeit und einem guten Aussehen.

Obwohl der FU-HU nicht als ein Gesamt-Test zum Einstieg in Hungerverhalten konstruiert war, sondern unterschiedliche Hypothesen prüfen sollte, hat er insgesamt eine hohe innere Konsistenz von .89 (Cronbachs Alpha). Wie beim MA-SU, kann auch beim FU-HU die Heterogenität der Gesamtstichprobe zu diesem Ergebnis mit beigetragen haben.

Aus der "offenen Beantwortung" ließen sich Hinweise dafür ableiten, daß bei Gesunden Hungern und Diäthalten eher dazu dienen, (Schönheits-) Ideale zu verwirklichen und vorhandenes Wohlbefinden zu steigern, während Hungerverhalten bei anorektischen und bulimischen Patientinnen eher dazu eingesetzt wird, psychische und soziale Konflikte zu lindern. Dies unterstützt die These des "Mißbrauchs", der innerhalb des Suchtmodells die Vorstufe zur Sucht darstellt.

Die II. Studie konnte die bisherigen Annahmen über eine drogenartige Wirkung des Hungerns erheblich stützen, zusätzliche Evidenz für ein Suchtmodell schaffen und wichtige Hinweise für eine eher ambivalente Einstellung gegenüber der eigenen Weiblichkeit bei Anorexia und Bulimia nervosa Patientinnen erbringen.

7 Die Gefahr des Austausches der "Suchtmittel" Alkohol, Anorexia/Bulimia nervosa

Erste Beweggründe dafür, sich in einem Fachkrankenhaus für Suchtkranke mit gestörtem Eßverhalten zu beschäftigen, waren verstärkt auftretende anorektische und bulimische Krankheitssymptome bei weiblichen und männlichen Patienten, die wegen Alkoholismus, Drogen- oder Medikamentenabhängigkeit und auch Spielsucht eine stationäre Langzeitbehandlung aufgesucht hatten (vgl. BACHMANN, 1985). Besonders kennzeichnend für diese Patienten war, daß sie ihre Eßpraktiken zunächst häufig verheimlichten, und nachdem sie durch Horten von Nahrungsmitteln, Eßattacken, Erbrechen, Untergewicht oder starke Gewichtsschwankungen auffällig geworden waren, in den meisten Fällen keineswegs die Motivation zeigten, diese Verhaltensweisen zu verändern und Hilfsangebote zu akzeptieren. Durch die teilweise sehr extremen Eßpraktiken waren Patienten in ihrer Belastbarkeit so beeinträchtigt, daß sie dem normalen Therapieablauf in der Suchtklinik nicht folgen konnten und die Behandlung auch vorzeitig abbrachen. Therapeutische Gespräche brachten erste Hinweise über Zusammenhänge zwischen den stofflichen Abhängigkeiten (Alkohol, Medikamente, Drogen) und den gestörten Eßverhaltensweisen. Patienten berichteten, daß zunächst eine anorektische oder bulimische Eßstörung vorlag, bevor sich, zur Linderung damit verbundener psychischer und physischer Krankheitssymptome, z.B. Alkohol- und/oder Medikamentenabusus einstellte. Umgekehrt berichteten Patienten, daß zunächst eine Abhängigkeit oder ein Mißbrauch von Alkohol, Medikamenten oder auch Drogen bestanden habe und sich z.B. in einer Entzugs- oder Abstinenzphase das gestörte Eßverhalten entwickelte.

Es wurde festgestellt, daß es die Möglichkeit des Austausches und des "Umsteigens" gibt, daß sich Krankheitssymptome überschneiden:

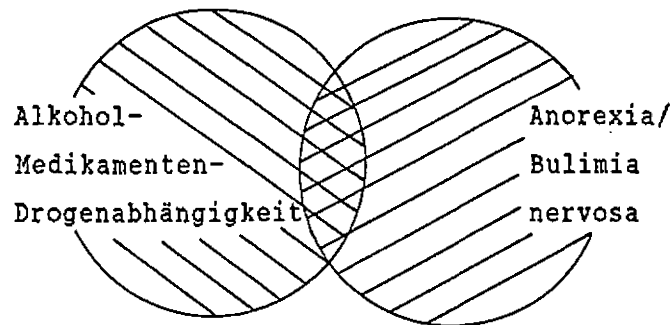


Abbildung 17: Überschneidung der Krankheitssymptome

Aus diesen Vorüberlegungen heraus lag die Frage nahe, ob es sich empirisch nachweisen läßt, daß z.B. Alkoholabhängige und andere Abhängigkeitskranke tatsächlich stärker gefährdet sind als normale Kontrollpersonen, Eßstörungen zu entwickeln.

Parallel dazu entstand die Fragestellung, ob Eßgestörte eine stärkere Alkoholgefährdung aufweisen, als dies in der Normalbevölkerung der Fall ist.

Es liegen bisher nur wenige Untersuchungen zu dieser Problematik vor. JONES et al. (1985) stellen 27 Fälle dar, bei denen Alkoholismus auf Anorexia/Bulimia nervosa folgte bzw. wo der Alkoholabhängigkeit zumindest Episoden bulimischen und anorektischen Verhaltens vorausgingen (Eßstörungen ---> Alkoholismus). Von fünf weiteren Alkoholikern wird berichtet, die erst dann Eßstörungen entwickelten, als sie abstinent von Alkohol wurden (Alkoholismus ---> Eßstörungen).

Die Autoren schlußfolgern, daß zwischen diesen Krankheiten stärkere Zusammenhänge vorliegen, als bisher angenommen wurde.

HENZEL (1984) spekuliert bei ähnlichen Befunden, daß bei Anorexia nervosa ein Abhängigkeitsprozeß zu Grunde liegen kann, der mit anderen Süchten vergleichbar ist, einschließlich mit Alkoholismus. Er untersuchte 15 Anorexia nervosa Patientinnen mit einem Alkoholismusfragebogen. In der Anorexia nervosa Stichprobe hatten 33% erhebliche Probleme mit Alkohol trinken, 27% waren sich unsicher, während in der Normalpopulation mit ca. 8% Problemtrinkern, einschließlich Alkoholikern, zu rechnen ist.

Nachfolgend werden die zwei folgenden Untersuchungs-
vorhaben durchgeführt:

1. Mittels standardisierter Selbsteinschätzungsfragebögen werden Suchtkranke und Kontrollpersonen auf ihre Gefährdung hin untersucht, Eßstörungen zu entwickeln.
2. Eßgestörte Patienten werden mit einem standardisierten Alkoholismusfragebogen hinsichtlich ihrer Alkoholgefährdung untersucht.

7.1 Methode zur Untersuchung von Eßstörungen bei Suchtkranken - Studie III

Der Eating Attitudes Test oder EAT ist der am häufigsten angewandte und am besten dokumentierte Test zur Erfassung von Eßstörungen. Aus dem ursprünglichen 40-Item-Test (GARNER u. GARFINKEL, 1979) wurde eine verkürzte Form entwickelt, EAT-26, die hoch ($r=.97$) mit der ursprünglichen Skala korreliert (GARFINKEL u. GARNER, 1982, S. 38). Bei einem Vergleich der Mittelwerte von Anorexia nervosa Patientinnen mit einer weib-

lichen Kontrollgruppe erweist sich der EAT-26 gesamt, sowie auch alle drei Subskalen, als differentiell valide (GARNER et al., 1982, MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987, S. 31). In dieser Studie wurde die deutsche Fassung EAT-26-MÜNSTER (MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987, S. 29) angewandt (s. Anhang Nr. 8).

Durch Faktorenanalyse sind drei Faktoren analysiert worden: Diäthalten (1), Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit Nahrung (2), sowie orale Kontrolle (3). Zu antworten war auf einer 6-Punkte-Skala: immer - sehr oft - oft - manchmal - selten - nie. Der EAT kann als reliables und valides Instrument zur Diagnose des symptomatischen Verhaltens bei Anorexia nervosa bezeichnet werden (vgl. MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987, S. 24).

Ein neuerer Selbstbeurteilungsfragebogen ist der Eating Disorder Inventory oder EDI, der als weiteres Meßinstrument eingesetzt wird. Der Test erfaßt psychologische Eigenschaften und Verhaltensweisen, die Anorexia und Bulimia nervosa Patienten gemeinsam haben (s.o., S. 25). Der 64-Item-Test (GARNER, OLMSTEAD u. POLIVY, 1983) besteht aus acht Unterskalen: Drang zum Dünnsein (1), Bulimie (2), Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper (3), Ineffektivität (4), Perfektionismus (5), zwischenmenschliches Mißtrauen (6), interoceptive Wahrnehmung (7) und Angst vor dem Erwachsenwerden (8). Die Subskalen erfassen zwei Arten von Störungen: 1. Einstellungen und Verhaltensweisen zum Essen und Körperschemastörungen (Subskalen 1-3), 2. Eigenschaften, die nach GARNER et al. (1983) von klinischen Theoretikern als fundamentale Aspekte der Psychopathologie der Anorexia nervosa identifiziert wurden (Subskalen 4-8). Der EDI ist nach GARNER et al. eine Neu-Konstruktion, weil andere Tests die kognitiven Merkmale und Verhaltens-

eigenschaften der Anorexia nervosa nicht adäquat erfassen. Die Skala wurde nicht faktorenanalytisch (vgl. FICHTER, 1985, S. 12), sondern nach theoretischen inhaltlichen Gesichtspunkten untergliedert, und die Subskalen zeigen erhebliche Interkorrelationen. Der EDI hat sich als ausreichend reliabel und valide erwiesen zwischen den eßgestörten Patienten (Anorexia/Bulimia) und Kontrollpersonen zu unterscheiden (s.o. GARNER et al., 1983). Die Subskalen wiesen für die Anorexia nervosa Stichprobe eine innere Konsistenz (Skalenreliabilität) von über .80 (Cronbachs Alpha) auf. Es wurde eine durchschnittliche Item-Gesamt-Korrelation von .63 errechnet. Bei allen Subskalen erreichte die Anorexia nervosa Gruppe signifikant höhere Werte ($p < .001$) als gesunde Kontrollstichproben aus Studentinnen und Studenten.

Es wurde die deutsche Fassung von MEERMANN und VANDEREYCKEN (1987, S. 32), EDI-MÜNSTER, eingesetzt, und die Fragen waren wiederum auf einer 6-Punkte-Skala zu beurteilen: immer - gewöhnlich - oft - manchmal - selten - nie (s. Anhang Nr. 9).

Viel Aufmerksamkeit erregen seit Jahren Untersuchungen, die sich mit verzerrten Körperwahrnehmungen beschäftigen. Ergebnisse vieler Studien zeigen, daß Anorexia nervosa Patientinnen Körperdimensionen überschätzen, und Patientinnen mit ausgeprägten Störungen auf diesem Gebiet häufiger Therapiemißerfolge hatten (vgl. MEERMANN u. VANDEREYCKEN, 1987, S. 25 u. 54; 1985). Stark untergewichtige Patientinnen nehmen das Ausmaß ihrer Unterernährung oft nicht wahr oder aber leugnen es. Als Fragebogen zur Beurteilung des eigenen Körpers wurde der Body-Attitude-Test, BAT, entwickelt (VAN COPPENOLLE et al., 1984), für den erste unveröffentlichte Vergleichswerte für Anorexie/Bulimie und normale Kontrollpersonen vorliegen (PROBST et al., 1990). Nach

PROBST et al. u. VAN COPPENOLLE et al. diskriminiert der Fragebogen ausreichend zwischen den Anorexia/Bulimia nervosa Patientinnen und nicht eßgestörten Kontrollgruppen, indem die Eßgestörten signifikant höhere Werte erzielen.

Es war von Interesse, wie suchtkranke Frauen in dieser speziellen Frage im Vergleich zu anderen normalen weiblichen Kontrollpersonen und eßgestörten Personen antworten. Der Fragebogen besteht aus 26 Items (s. Anhang Nr. 11) und ist in vier Subskalen unterteilt, die faktorenanalytisch ermittelt wurden: Achten auf den Körperbau (1), Vertrautheit mit dem eigenen Körper (2), Vergleich des körperlichen Aussehens mit anderen (3) und ein unbenannter Restfaktor (4). Die Antworten erfolgten auf einer 6-Punkte-Skala: immer - meistens - häufig - manchmal - selten - nie (s. Anhang Nr. 10).

Untersuchungsteilnehmer: Im Gegensatz zu den vorangegangenen Untersuchungen nehmen an den ersten beiden Fragebogenstudien mit dem EAT und dem EDI auch männliche Abhängigkeitskranke und Kontrollpersonen teil. Zu den schon im Zusammenhang mit der MA-SU Studie (s. S. 40 f) beschriebenen weiblichen Stichproben: Alkoholikerinnen (n = 53), Studentinnen (n = 62), Pflegeschülerinnen (n = 12) kommen folgende männliche Untersuchungsgruppen hinzu: Alkoholiker (n = 44), Drogenabhängige (n = 22), Spielsüchtige (n = 23) und Studenten (n = 32). In der Tabelle 16 (s. S. 101) sind die erhobenen soziographischen Daten der hinzugekommenen männlichen Versuchspersonen dargestellt.

Tabelle 16: Soziographische Daten der männlichen Untersuchungsteilnehmer

soziographische Daten	Alkoholiker (n=44)		Spielabhän- gige (n=23)		Drogenab- hängige (n=22)		Studenten (n=32)	
	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)
Alter	41.8	9	28.3	8.1	30.7	3.9	25.4	6.9
Gewicht	78.7	11.6	75.6	13	26.3	10.1	74.8	10.1
Größe	175.8	6.7	179	6.1	178.8	7.9	180.3	5.4
Prozentuale Abweichung vom Normalgewicht	4.3	15.9	-4.6	11.8	-3.3	8.9	-6,7	11.5

Die Alkoholiker sind danach durchschnittlich 10 Jahre älter als die Studenten, auch sind sie durchschnittlich etwas schwerer als die anderen Versuchsteilnehmer. An der BAT-Studie nehmen wegen spezieller Fragen zur Weiblichkeit nur die hier genannten drei weiblichen Stichproben teil.

7.1.1 Ergebnisse - EAT (Eating Attitudes Test)

Die Skalenpunkte "nie - selten - manchmal" werden den amerikanischen Vergleichswerten entsprechend in der Auswertung mit 0, die Punkte "oft" mit 1, "sehr oft" mit 2 und der höchste Wert "immer" mit 3 bewertet (Itemrating 0 - 3). Es sollen Vergleiche zwischen den Untersuchungsgruppen, aber auch Vergleiche der Untersuchungsgruppen mit Normwerten aus der Literatur stattfinden.

In der nachfolgenden Tabelle 17 (s. S. 103) sind die mittleren Werte und Standardabweichungen des EAT-Gesamt und der Unterskalen getrennt nach Sucht-Klinik-Patienten und den Kontrollgruppen dargestellt.

Bei Betrachtung der EAT - Gesamtwerte (s. Abbildung 18, S. 104) kann festgestellt werden, daß Alkoholikerinnen, gefolgt von männlichen Alkoholikern und Drogenabhängigen, die höchsten Mittelwerte aufweisen. Studentinnen liegen höher als Spieler, Studenten und Pflegeschülerinnen. Nach einer varianzanalytischen Überprüfung der Mittelwertunterschiede (Duncan's multiplen Range Test) ergibt sich jedoch nur ein signifikanter Unterschied (0.05 Niveau) zwischen Alkoholikerinnen und männlichen Studenten.

1. Unterskala - Diätverhalten (Abbildung 19, S. 105): Die Alkoholikerinnen erhalten wiederum den höchsten Mittelwert und unterscheiden sich signifikant (0.05 Niveau) von den männlichen Alkoholikern und männlichen Studenten. Alle anderen Gruppenunterschiede sind nicht signifikant.

2. Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit Nahrungsmitteln (s. Abbildung 20, S. 106) zeigt ein völlig anderes Bild, da nun (männliche) Drogenabhängige und Alkoholiker, gefolgt von Studentinnen und Spielern, die Gruppen anführen, während Alkoholikerinnen und Pflegeschülerinnen die geringsten Werte erhielten. Keiner dieser Mittelwertunterschiede ist jedoch signifikant.

3. Orale Kontrolle (s. Abbildung 21, S. 107): Hier sind signifikante Unterschiede zwischen den (männlichen) Alkoholikern und den Studentinnen, Studenten, aber auch den Spielsüchtigen festzustellen.

Die Erwartung, daß Suchtkranke höhere Werte bei Symptomen anorektischer Eßstörungen aufweisen als die in dieser Untersuchung zum Vergleich herangezogenen Kon-

Tabelle 17: Mittelwerte und Standardabweichungen des EAT gesamt und der Unterskalen, getrennt nach Untersuchungsgruppen

EAT-Selbsteinschätzungsskalen	SUCHT-KLINIK-PATIENTEN:				KONTROLLGRUPPEN:			
	Alkoholikerinnen (n=53)	Alkoholiker (n=44)	Spieler (n=23)	Drogenabhängige (n=22)	Studentinnen (n=62)	Studenten (n=32)	Pflegeschülerinnen (n=12)	
	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)	\bar{X} (S.D.)
EAT gesamt	5.4 (5.6)	4.6 (4.6)	3.5 (4.9)	4.8 (9.3)	4.0 (5.7)	2.4 (2.4)	2.1 (2.3)	
Unterskalen:								
1. Diätverhalten	4.3 (4.4)	2.1 (3.2)	2.1 (4.5)	3.2 (5.7)	3.0 (4.5)	1.5 (1.9)	1.4 (2.2)	
2. Bulimie und ständ. gedankl. Beschäftigung mit Nahrung	0.2 (0.5)	0.4 (1.1)	0.3 (1.1)	0.5 (1.8)	0.4 (1.4)	0.3 (0.6)	0.0 (0.0)	
3. Orale Kontrolle	1.9 (2.2)	2.6 (3.1)	1.0 (1.3)	1.6 (2.6)	1.2 (1.8)	1.1 (1.6)	1.1 (1.7)	

EAT

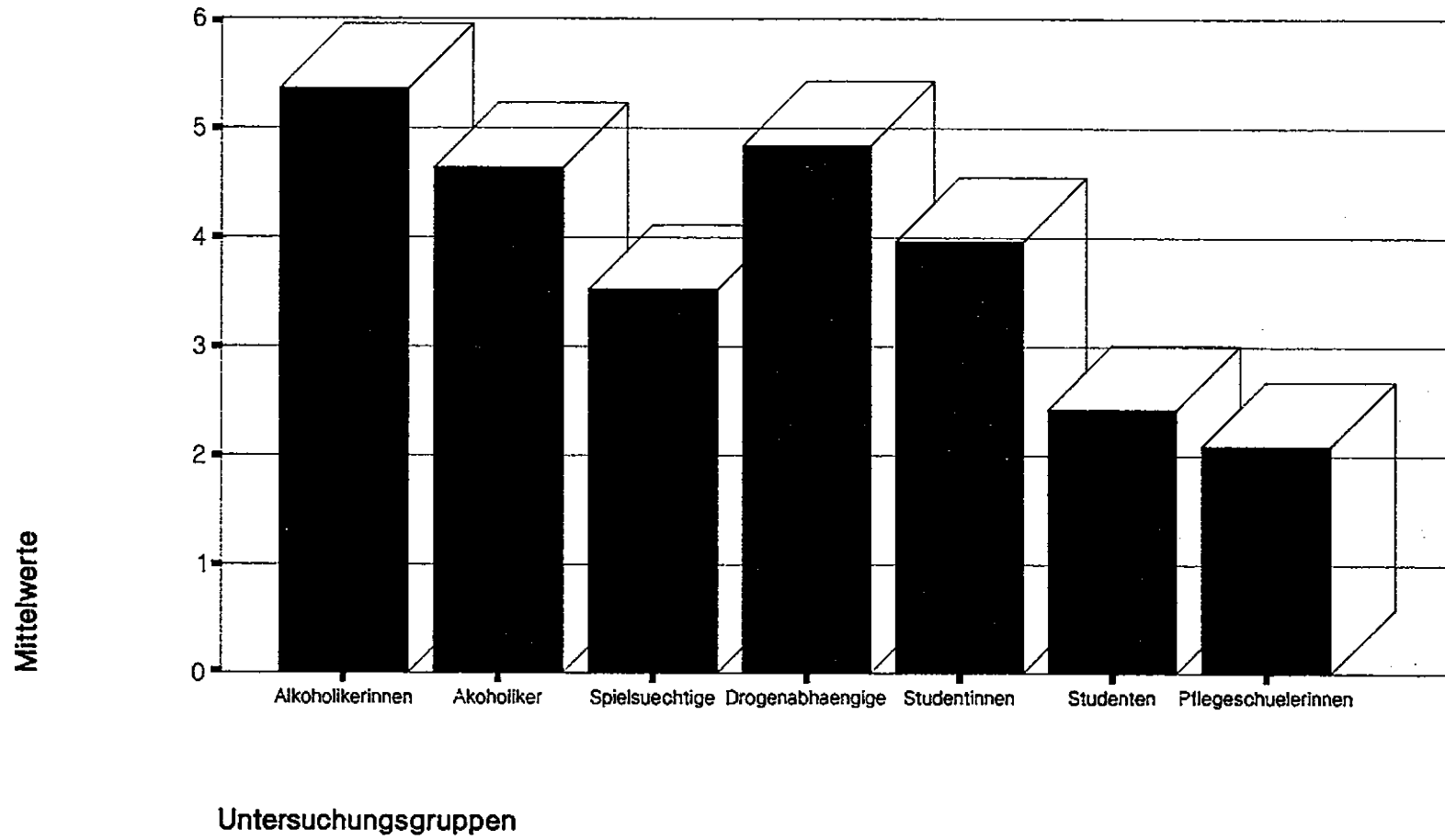


Abbildung 18

EAT

Diaetverhalten

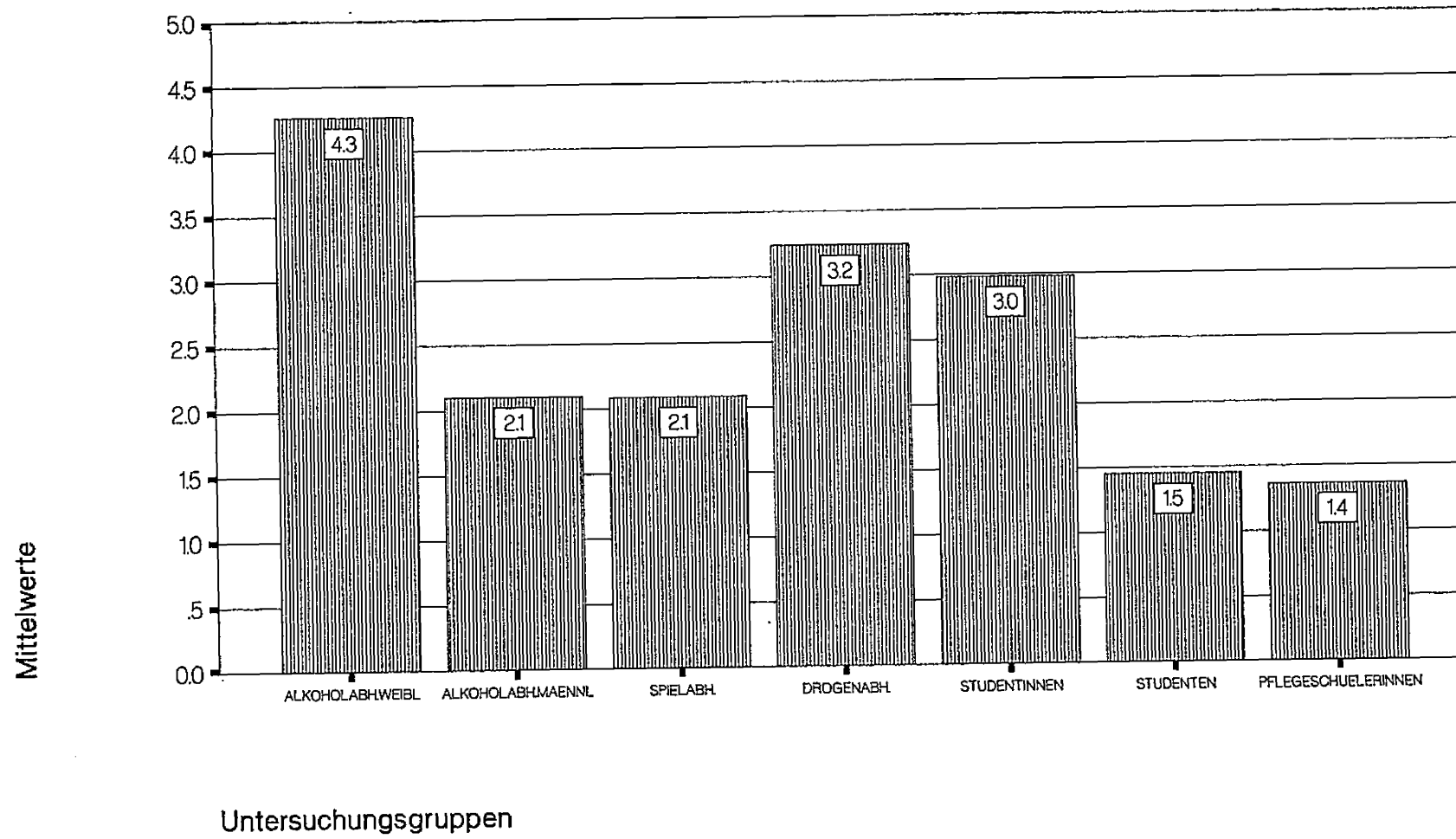


Abbildung 19

EAT

Bulimie und staendiges Denken an Essen

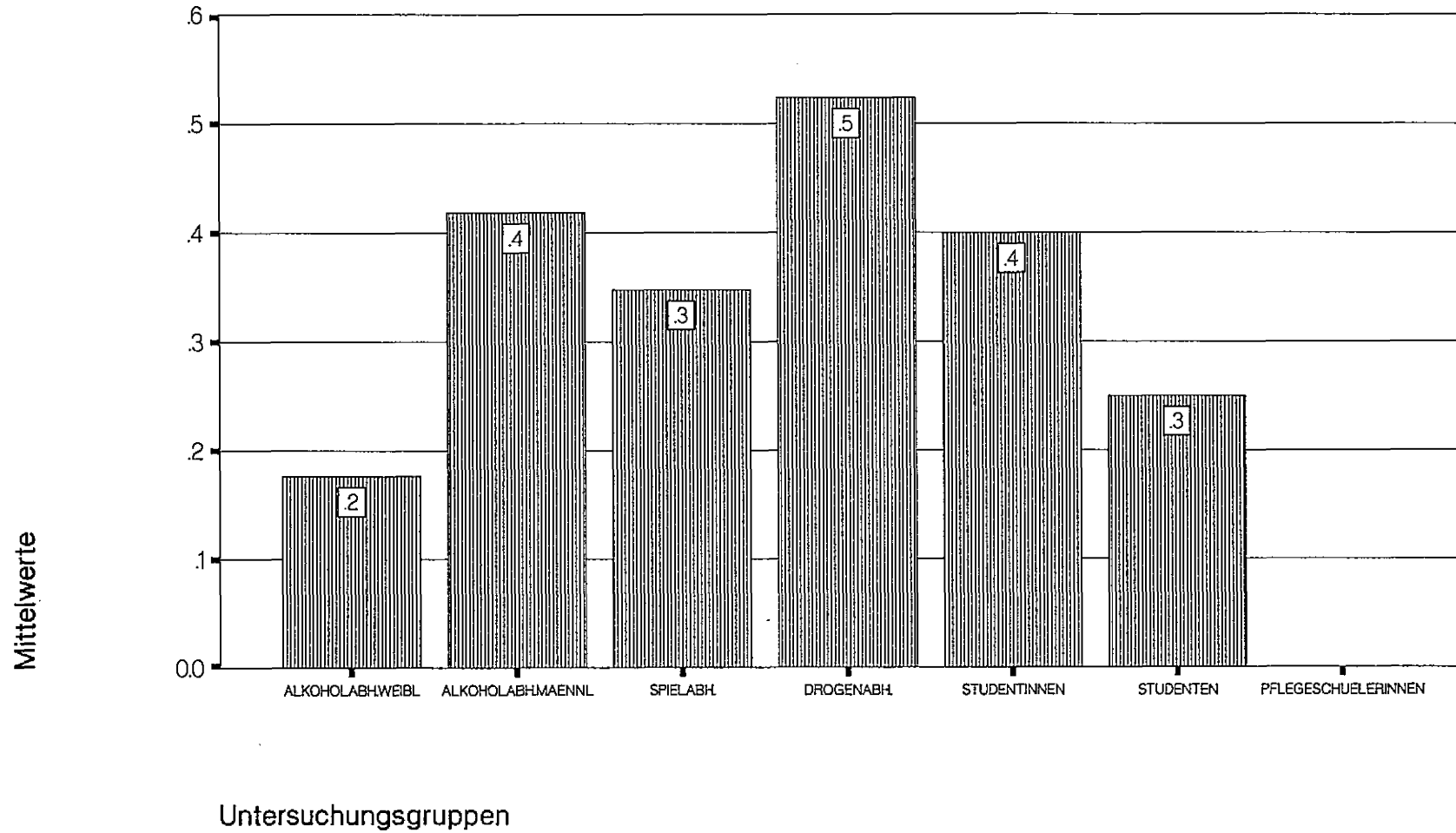


Abbildung 20

EAT

Orale Kontrolle

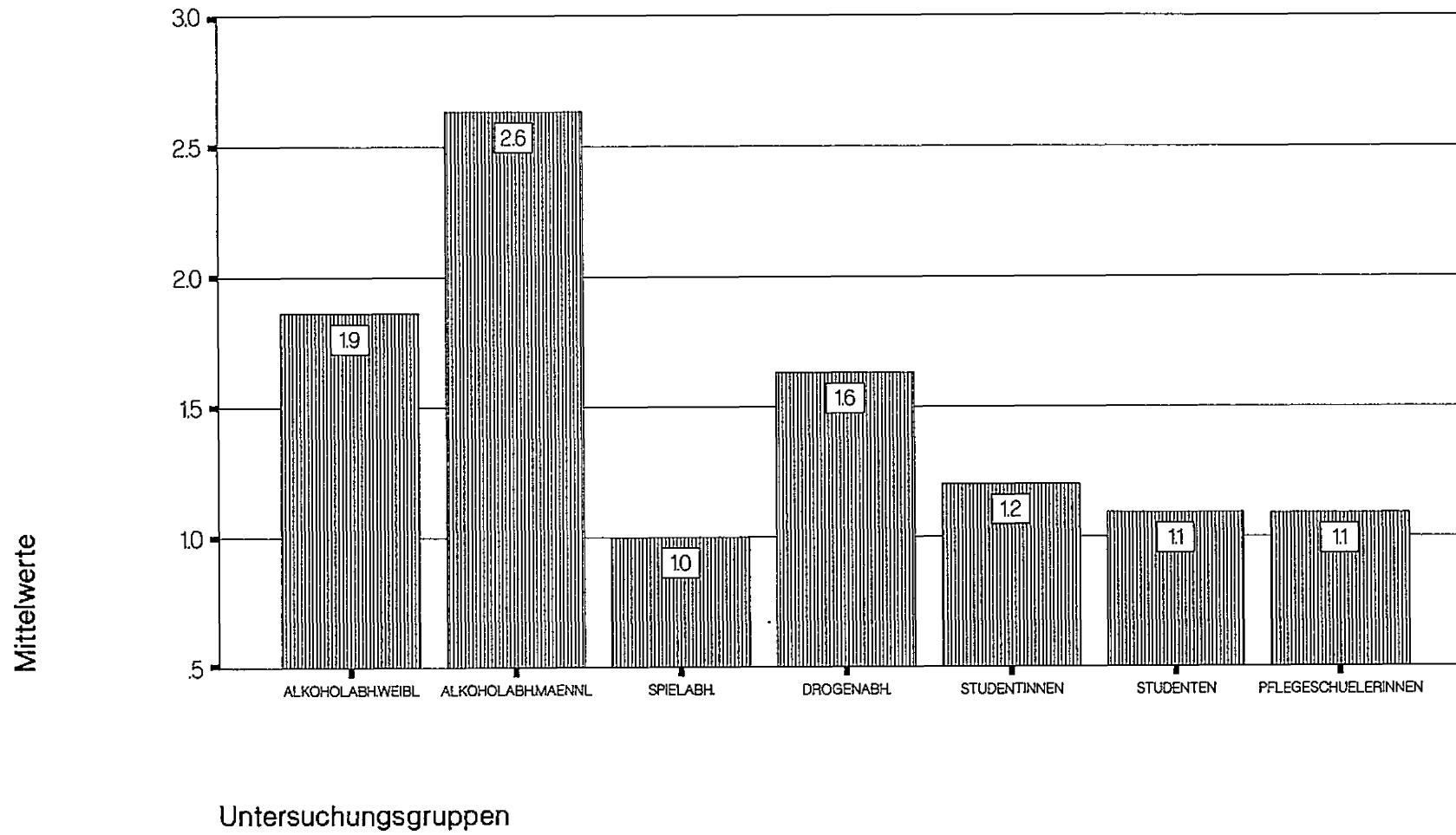


Abbildung 21

trollgruppen, kann generell nicht bestätigt werden. In den Bereichen Diätverhalten und Orale Kontrolle ist in dieser Richtung lediglich ein nicht signifikanter Trend festzustellen.

Vergleich der Untersuchungsdaten mit Normdaten: Die Untersuchungsdaten wurden mit Normdaten aus der englischsprachigen Literatur (vgl. MEERMANN u. VANDER-EYCKEN, 1987, S. 31) verglichen. Es wurden zunächst Konfidenzintervalle für die Daten der weiblichen normalen Kontrollpersonen (n = 140) berechnet. Grundlage der Konfidenzintervalle sind die t-Werte - 99% aller erwarteten Werte sollten sich innerhalb der beschriebenen Grenzen der Konfidenzintervalle befinden, sonst liegen signifikante Unterschiede der betreffenden Gruppen vor. Mit drei Ausnahmen, die sich im Bereich "Orale Kontrolle" befinden, liegen die Mittelwerte der Untersuchungsgruppen signifikant (0.01 Fehlerwahrscheinlichkeit) unter denen der englischsprachigen Normalstichprobe. Nur in einem Fall überschreiten die Mittelwerte, männliche Alkoholiker, bei der Unterskala orale Kontrolle, signifikant die Mittelwerte der Normalstichprobe, ohne jedoch die Werte der Anorexia nervosa Normgruppe zu erreichen. Die zwei anderen Ausnahmen sind Alkoholikerinnen und männliche Drogenabhängige, die sich in der 3. Unterskala nicht signifikant von der Stichprobe der Normalpersonen unterscheiden. Diese Ergebnisse sind möglicherweise mit darauf zurückzuführen, daß angelsächsische Untersuchungen generell, bei Eßgestörten und normalen Kontrollpersonen, höhere Werte erbringen als deutsche. STEINHAUSEN (1984), der mit einer älteren Version des EAT (40 Items) einen transkulturellen Vergleich vorgenommen hat, stellte ebenfalls fest, daß in den deutschen anorektischen und normalen Untersuchungsgruppen die Mittelwerte erheblich niedriger lagen, als

in den angelsächsischen Studien. Vergleiche zwischen deutsch- und englischsprachigen Testergebnissen des nachfolgend eingesetzten EDI (vgl. THIEL u. PAUL, 1988) weisen ebenfalls in diese Richtung.

7.1.2 Ergebnisse - EDI (Eating Disorder Inventory)

Die Tabelle 18 (s. S. 110) zeigt die erhobenen Mittelwerte und Standardabweichungen des EDI (gesamt) und der acht Unterskalen für die Sucht-Klinik-Patienten und die normalen Kontrollgruppen. Es kann festgestellt werden (s. auch Abbildung 22, S. 111), daß bei einem Vergleich der EDI - Gesamtwerte alle Suchtkrankengruppen höhere Mittelwerte haben als die Kontrollgruppen. Eine varianzanalytische Überprüfung (s. Anhang Nr. 11 - Duncan's multiplen Range-Test) ergab, daß Alkoholikerinnen gegenüber allen Kontrollgruppen und auch im Vergleich zu den Drogenabhängigen signifikante Unterschiede (0.05 Niveau) aufweisen. Spielsüchtige Patienten haben ebenfalls signifikant höhere Mittelwerte als die Kontrollgruppen. Männliche Alkoholiker haben lediglich signifikant höhere Werte als die geschlechts-gleiche Kontrollgruppe der Studenten, nicht aber den Studentinnen und Pflegeschülerinnen gegenüber. Nur die (männlichen) Drogenabhängigen zeigen keine signifikanten Unterschiede zu den Kontrollgruppen.

Die daraufhin folgende genauere Betrachtung der Mittelwertdifferenzen auf Subskalenebene (s. Anhang Nr. 11) zeigte jedoch, daß sich die positiven Befunde in erster Linie auf Subskalen beziehen, die psychopathologische Eigenschaften der Anorexia nervosa erfassen (Subskalen 4-8) und nicht auf diejenigen, die sich auf Eß- und Körperschemastörungen (Subskalen 1-3) beziehen. Wie im Anhang Nr. 11 deutlich wird, sind bei den Subskalen 1-3

Tabelle 18: Mittelwerte und Standardabweichungen des EDI gesamt und der Unterskalen, getrennt nach Untersuchungsgruppen

EDI-Selbsteinschätzungsskalen	SUCHT-KLINIK-PATIENTEN:						KONTROLLGRUPPEN:							
	Alkoholikerinnen (n=53)		Alkoholiker Spieler (n=44)		Drogenabhängige (n=22)		Studentinnen (n=62)		Studenten (n=32)		Pflegeschülerinnen (n=12)			
	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)	\bar{X}	(S.D.)		
EDI gesamt	31,9	(19.7)	26.3	(13.2)	32.4	(18.3)	21.7	(19.8)	18.7	(12.8)	15.8	(11.2)	15.4	(10.6)
Unterskalen:														
1. Drang dünn zu sein	2.5	(2.9)	2.7	(2.2)	1.5	(1.7)	2.2	(3.2)	1.9	(3.3)	0.8	(1.5)	0.6	(1.0)
2. Bulimie	0.9	(1.2)	0.3	(0.9)	0.2	(0.5)	0.6	(2.5)	0.6	(2.0)	0.0	(0.2)	0.0	(0.0)
3. Körperl. Unzufriedenheit	7.1	(6.8)	4.1	(4.8)	3.7	(5.7)	2.7	(4.5)	5.9	(6.2)	2.2	(2.5)	3.8	(6.5)
4. Ineffektivität	3.7	(4.6)	3.9	(4.1)	6.3	(3.8)	3.6	(4.4)	1.6	(2.0)	1.8	(3.5)	1.3	(1.6)
5. Perfektionismus	4.0	(3.9)	3.8	(3.4)	4.2	(3.5)	4.0	(4.2)	2.8	(3.0)	2.7	(2.5)	3.3	(3.8)
6. Zwischenmenschl. Mißtrauen	5.8	(3.8)	5.6	(3.2)	5.6	(2.8)	5.1	(3.9)	1.7	(2.2)	2.5	(2.9)	1.3	(2.2)
7. Interoceptive Wahrnehmung	2.5	(2.7)	2.1	(2.7)	4.6	(3.3)	4.0	(5.8)	0.9	(1.5)	1.0	(1.7)	1.2	(2.3)
8. Angst v. Erwachsenen werden	3.7	(2.9)	4.8	(3.3)	3.8	(2.1)	3.5	(3.4)	3.3	(3.3)	3.8	(2.1)	2.7	(2.1)

EDI

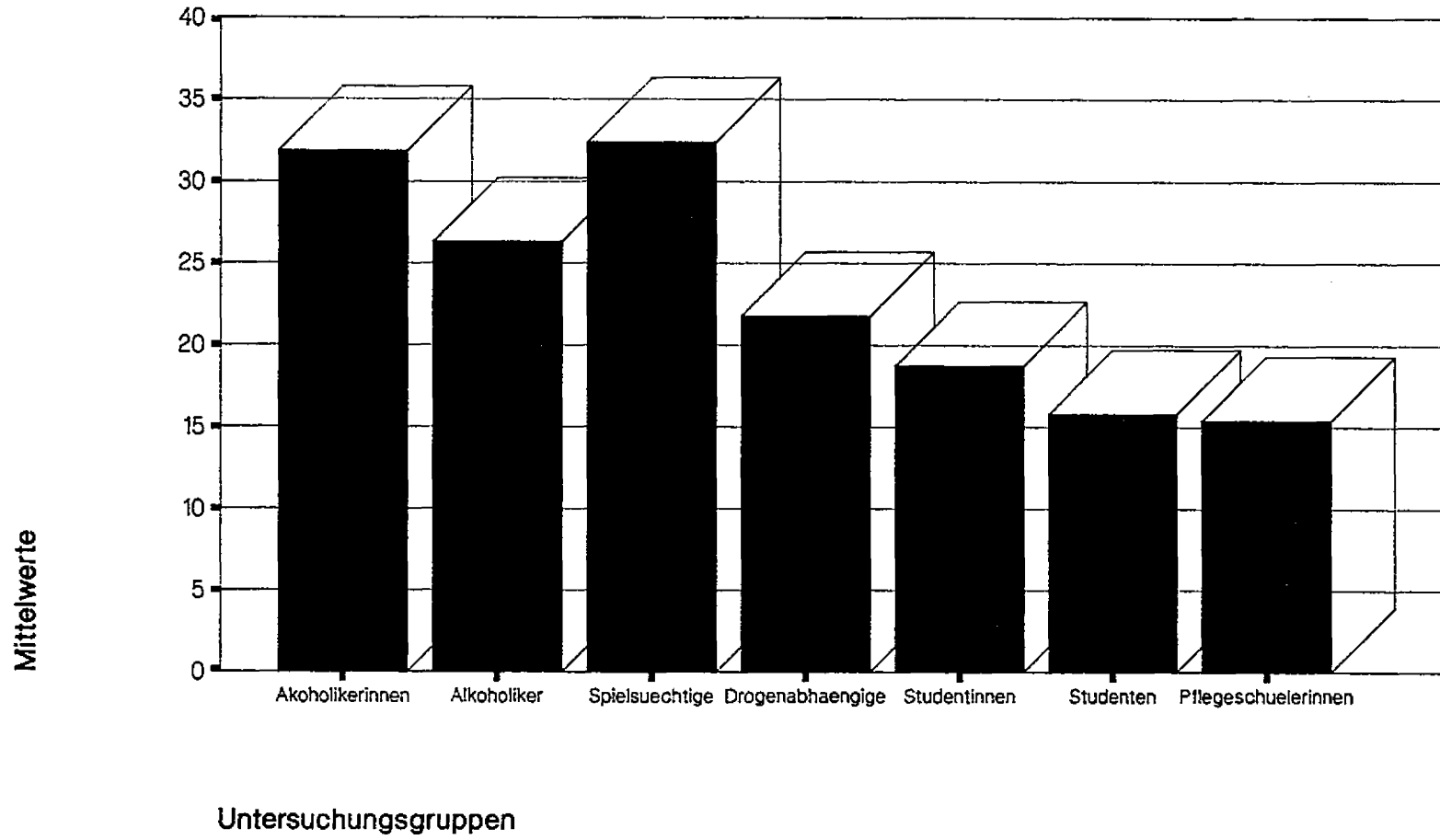


Abbildung 22

z.B. keine signifikanten Unterschiede zwischen den Untersuchungsteilnehmerinnen festzustellen, während bei drei der Skalen, die psychopathologische Faktoren messen, Alkoholikerinnen signifikant höhere Werte erzielen als Studentinnen.

Im einzelnen sind bei den Subskalen folgende Ergebnisse festzustellen:

1. Unterskala - Drang dünn zu sein: Hier fallen die hohen Mittelwerte (s. auch Abbildung 23, S. 113) der Studentinnen auf. Alkoholikerinnen und Studentinnen unterscheiden sich nicht mehr signifikant. Allerdings sind die Mittelwertunterschiede von beiden Alkoholikergruppen (w/m) zu den männlichen Studenten signifikant.
2. Bulimie: Höchste Bulimie - Werte haben die Alkoholikerinnen (s. Abbildung 24, S. 114), gefolgt von Drogenabhängigen und Studentinnen. Allerdings ist nur der Mittelwertunterschied zwischen Alkoholikerinnen und männlichen Studenten signifikant.
3. Körperliche Unzufriedenheit: Hier haben Alkoholikerinnen signifikant höhere Werte als alle anderen männlichen Untersuchungsgruppen (Abbildg. 25, S. 115). Sie unterscheiden sich nicht bedeutend von den anderen weiblichen Untersuchungsteilnehmerinnen. Studentinnen haben signifikant höhere Werte als ihre männlichen Kommilitonen.
4. Ineffektivität (s. Abbildung 26, S. 116): Spieler unterscheiden sich mit den höchsten Werten signifikant von allen anderen Untersuchungsgruppen. Beide Alkoholikergruppen haben signifikant höhere Mittelwerte als die beiden Studentengruppen (w/m). Kein signifikanter Unterschied ist zwischen Drogenabhängigen und männlichen Studenten festzustellen, wohl aber zu den Studentinnen.
5. Perfektionismus (s. Abbildung 27, S. 117): Alle Suchtkrankengruppen liegen höher als die normalen Kon-

EDI

Drang duenn zu sein

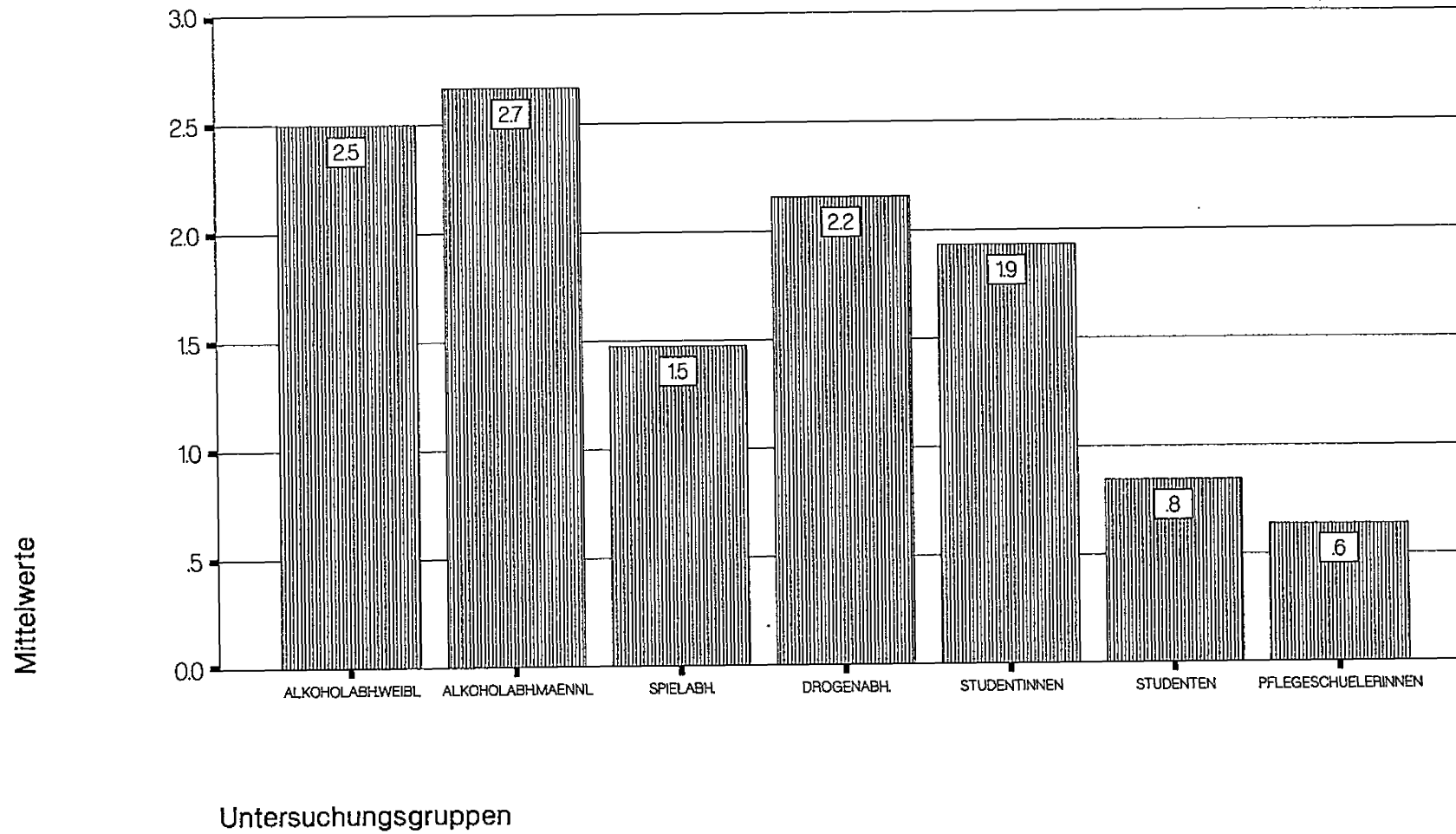


Abbildung 23

EDI

Bulimie

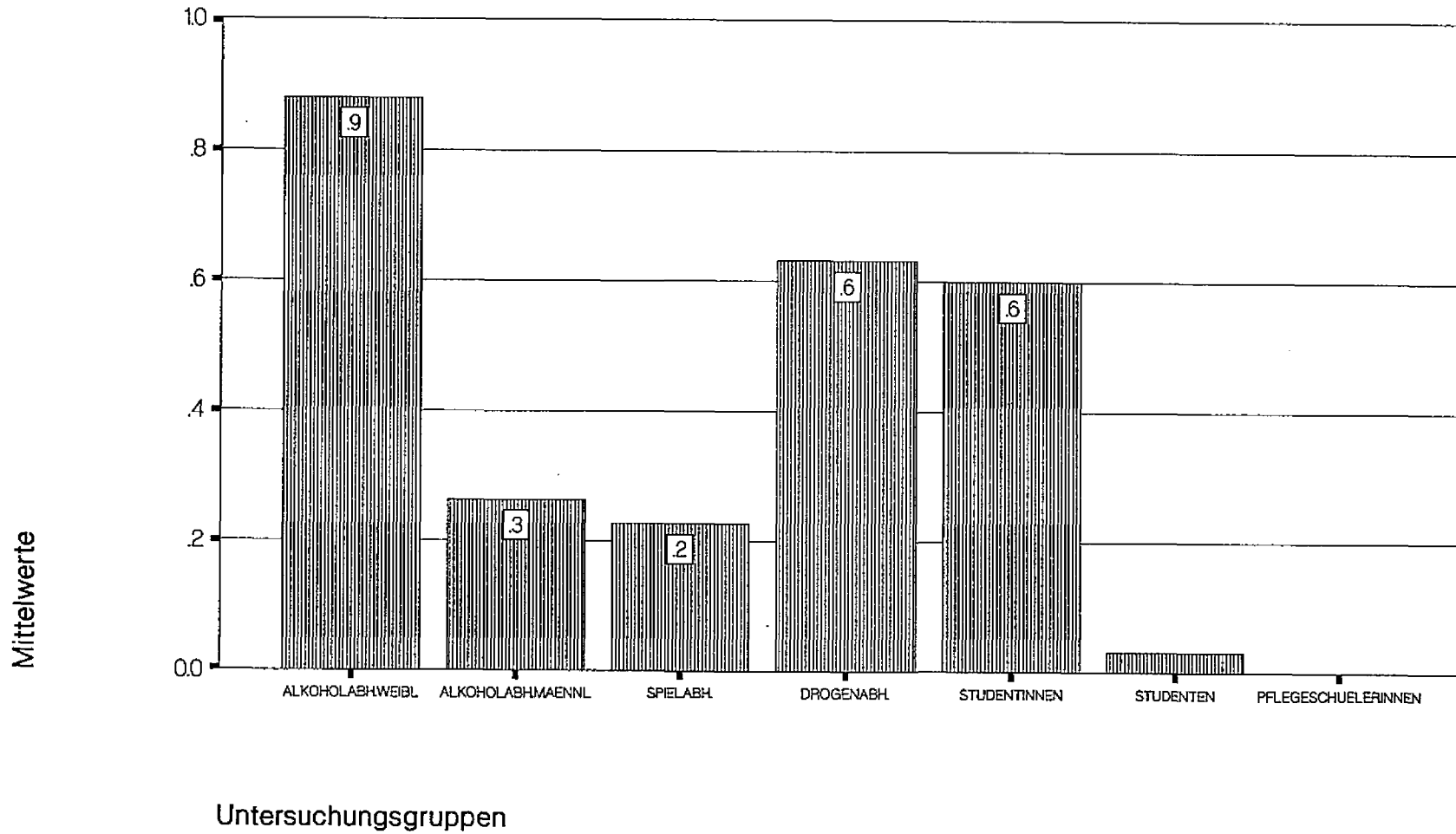


Abbildung 24

EDI

Koerperliche Unzufriedenheit

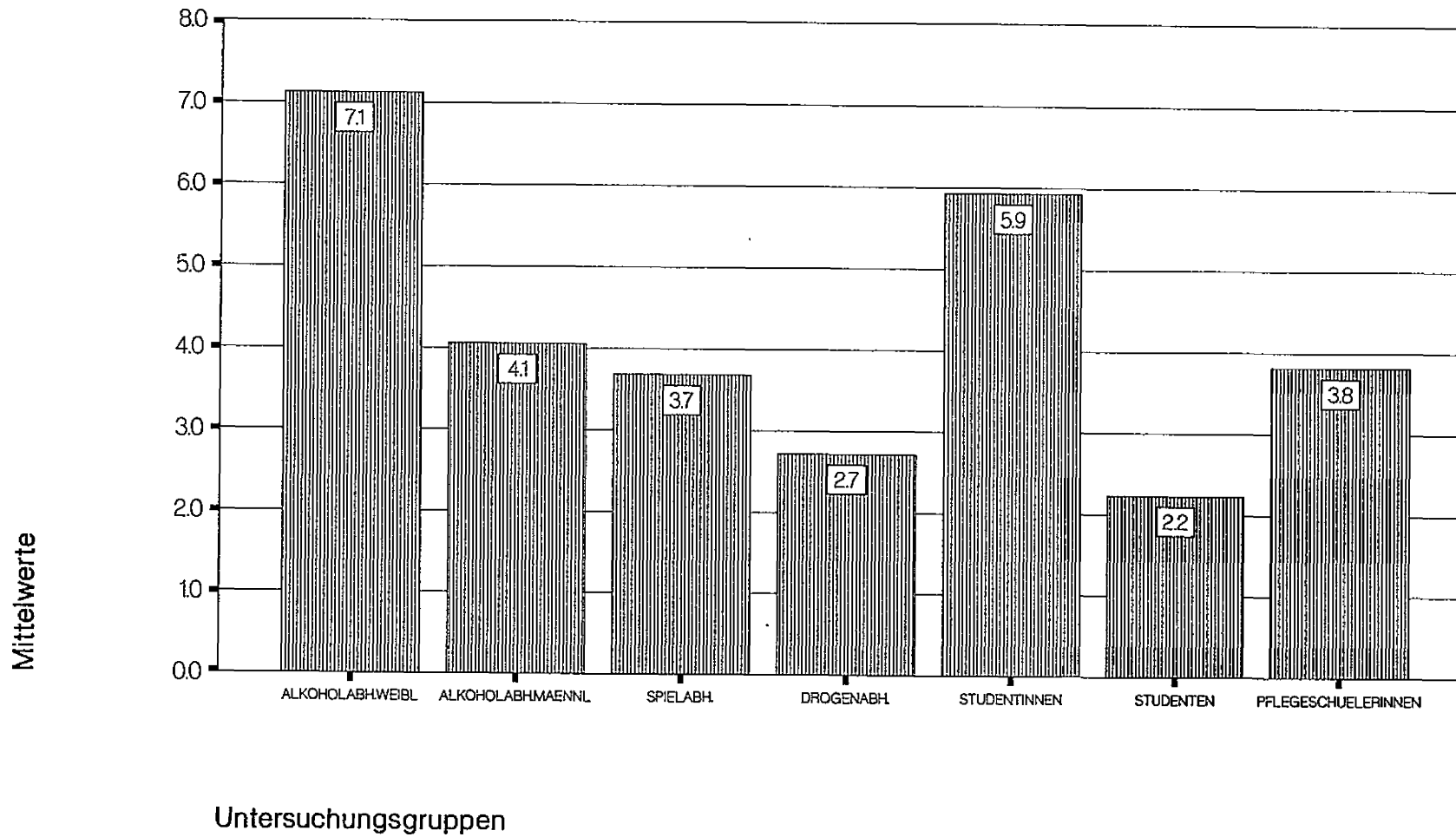


Abbildung 25

EDI

Ineffektivitaet

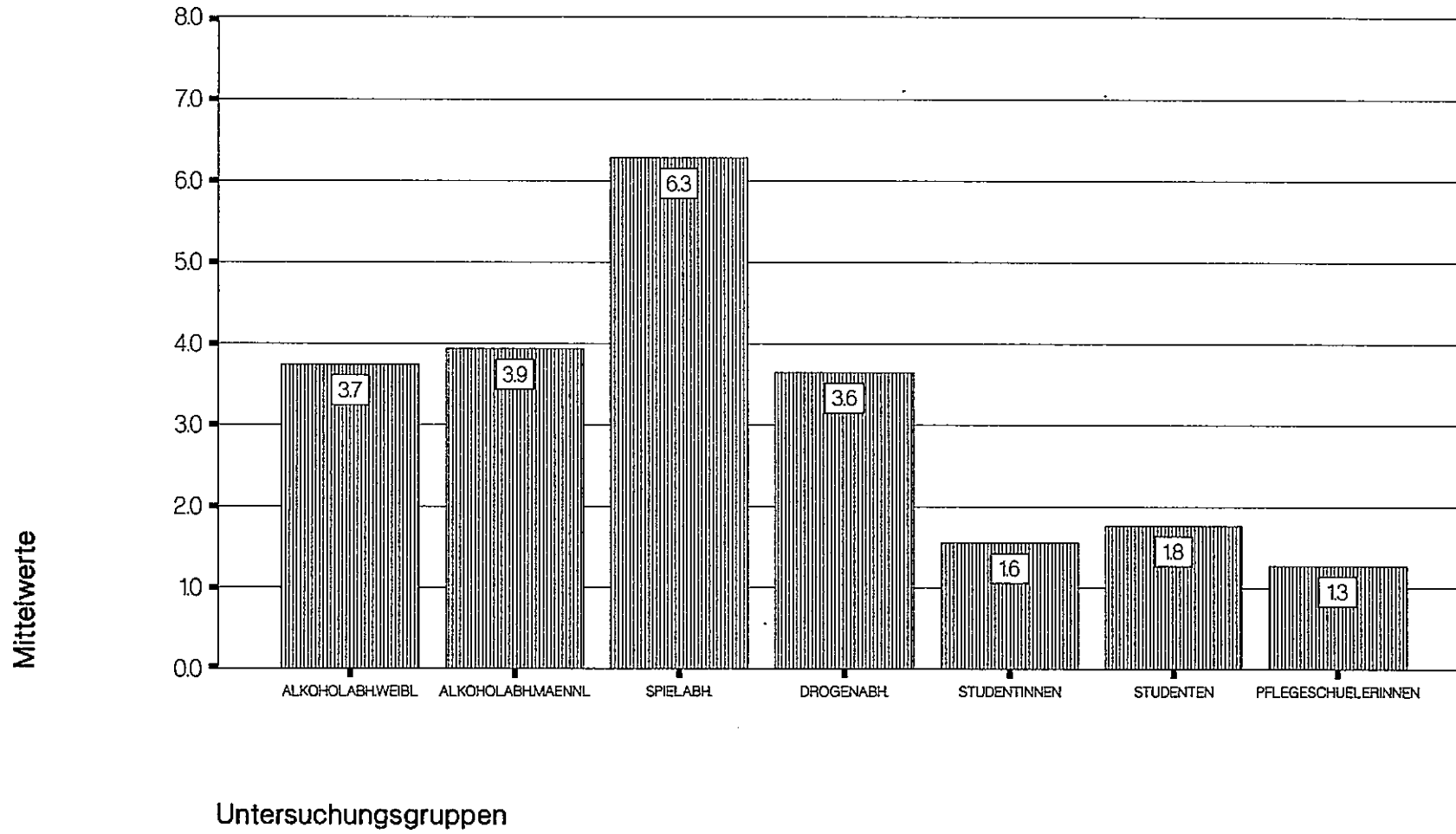


Abbildung 26

EDI

Perfektionismus

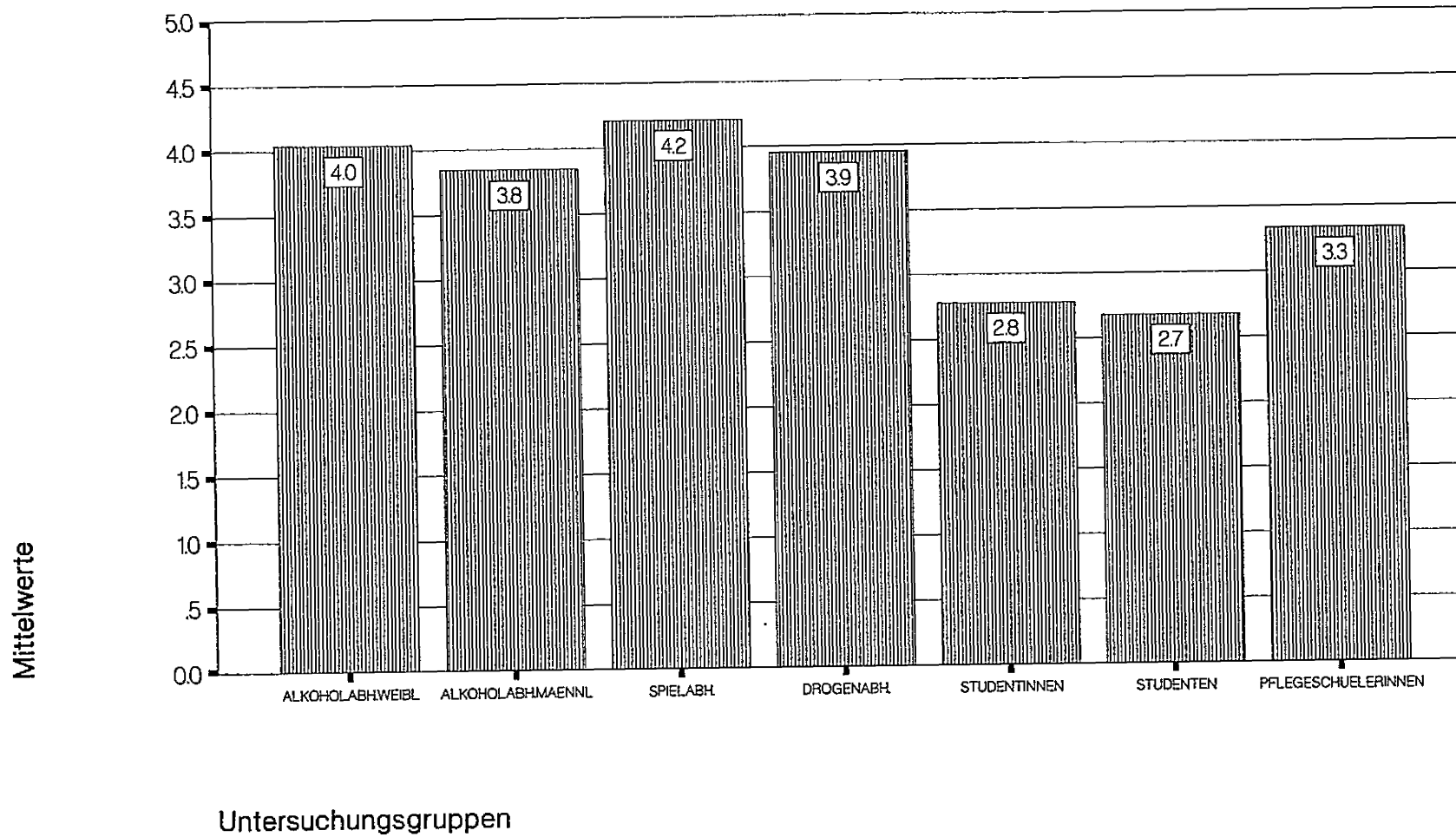


Abbildung 27

trollpersonen. Die Unterschiede sind allerdings nicht signifikant.

6. Zwischenmenschliches Mißtrauen (Abb. 28, S. 119): Hier haben alle Suchtkrankengruppen signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppen.

7. Interoceptive Wahrnehmung (Abbildung 29, S. 120): Spieler und Drogenabhängige haben in diesem Bereich signifikant höhere Werte als die Kontrollgruppen. Der Unterschied zwischen den Alkoholikerinnen und den beiden Studentengruppen (w/m) ist ebenfalls signifikant.

8. Angst vor dem Erwachsenwerden (s. Abbildung 30, S. 121): Hier ist lediglich ein signifikanter Unterschied zwischen männlichen Alkoholikern und Studentinnen festzustellen. Dieses Ergebnis überrascht eher, da hier möglicherweise geringere Werte bei den normalen Kontrollpersonen zu erwarten gewesen wären. Um so interessanter erscheint nun der Vergleich der Untersuchungsdaten mit den Normdaten von Eßgestörten und Kontrollpersonen aus der Literatur.

Vergleich der EDI - Untersuchungsergebnisse mit deutschen Normwerten (THIEL u. PAUL, 1988): Die Normwerte basieren auf einer Stichprobe von weiblichen (n = 183) und männlichen (n = 104) Normalpersonen (NP) und Bulimia nervosa Patientinnen (BUP, n = 205). Die von THIEL und PAUL angewandte deutschsprachige EDI-Übersetzung weist nur sehr geringfügige sprachliche Unterschiede zu der hier eingesetzten Version "MÜNSTER" auf. In der Tabelle 19 (s. S. 122) sind die Ergebnisse des Vergleichs (0 = kein Unterschied, + = signifikant höher, - = signifikant niedriger) festgehalten. Alkoholikerinnen unterscheiden sich bei den Faktoren 1, 3, 8 nicht signifikant (0) von den weiblichen Normal-

EDI

Zwischenmenschliches Misstrauen

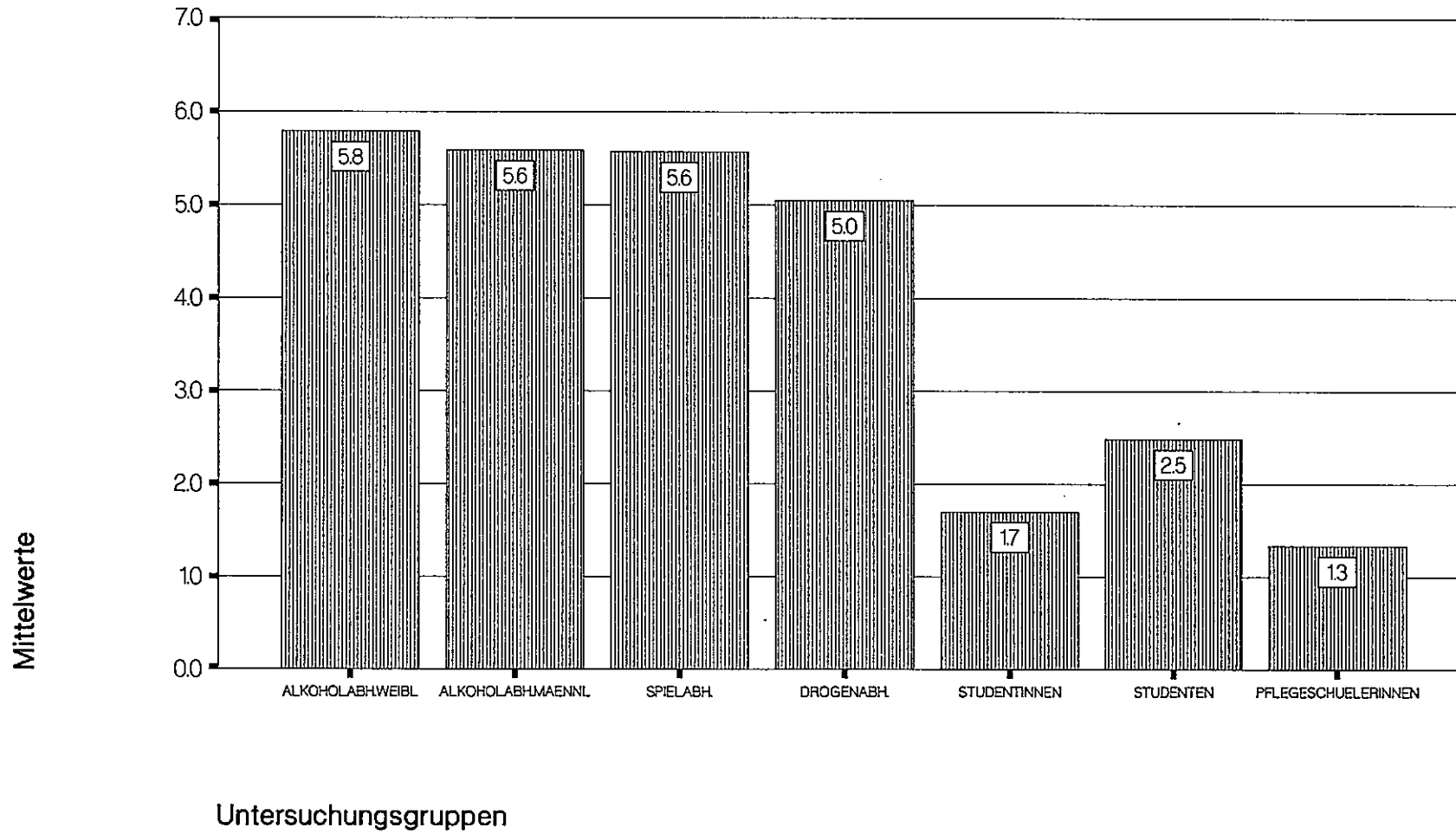


Abbildung 28

EDI

Interoceptive Wahrnehmung

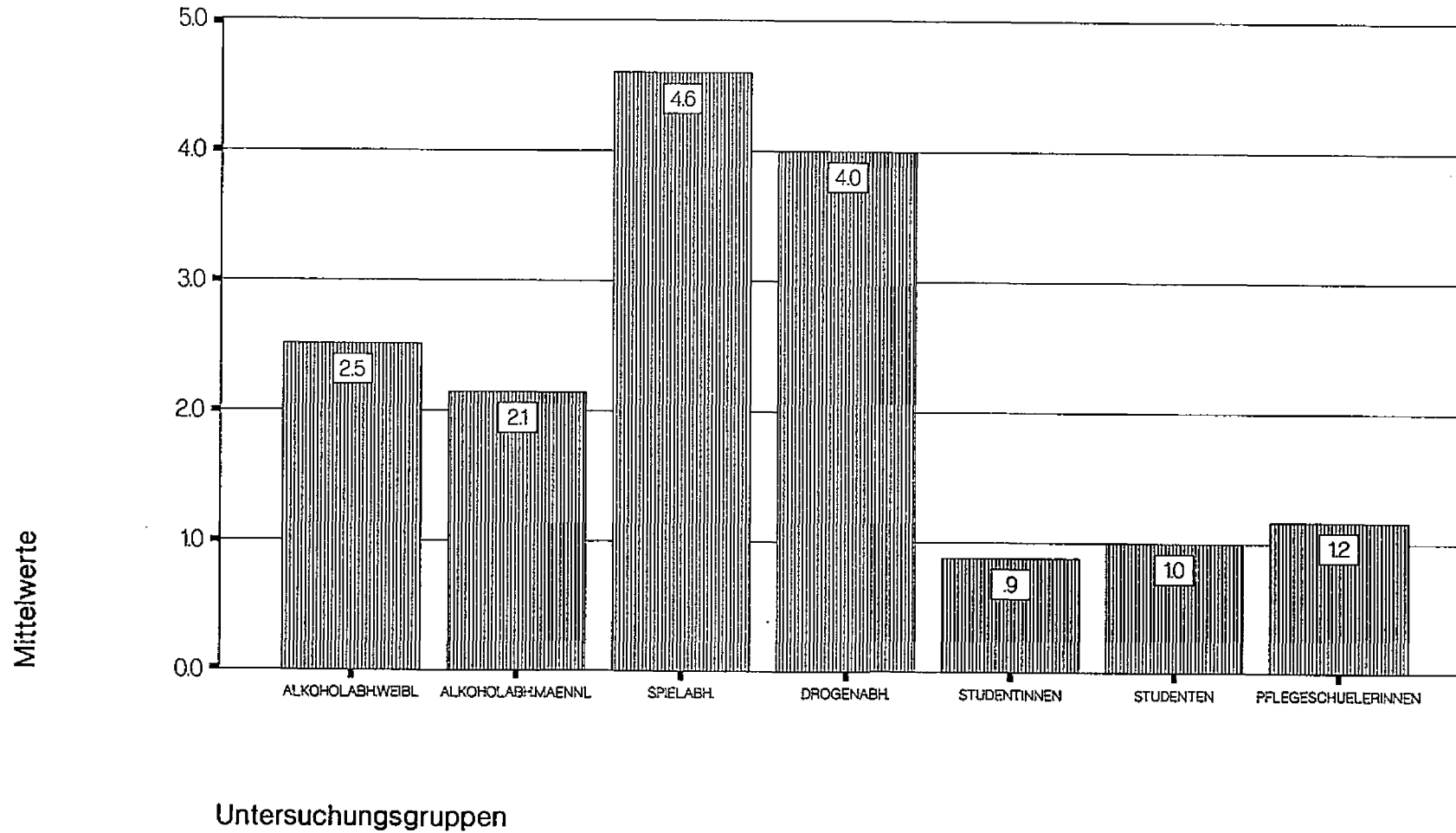


Abbildung 29

EDI

Angst vor dem Erwachsenwerden

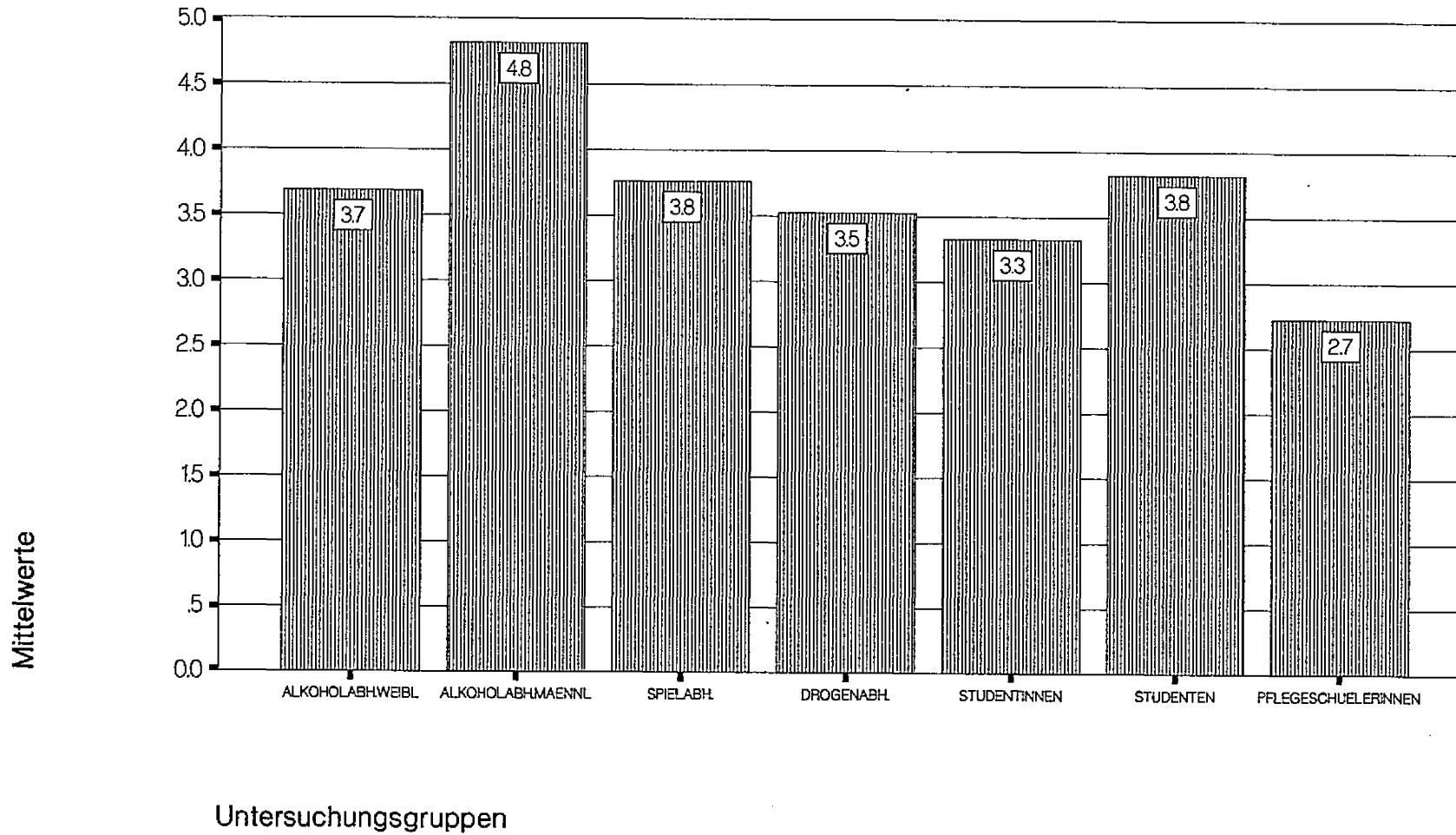


Abbildung 30

Tabelle 19: Vergleich der ermittelten EDI Werte mit Normwerten aus der Literatur

Vergleich der ermittelten EDI-Werte mit Normwerten: Normalpersonen (NP) Bulimiepatientinnen (BuP)	Alkoh. weibl.		Alkoh. männl.		Spiel. männl.		Drogen. männl.		Studentinnen		Studenten		Pfleg. weibl.	
	NP	BuP	NP	BuP	NP	BuP	NP	BuP	NP	BuP	NP	BuP	NP	BuP
	1. Drang dünn zu sein	0	-	+	-	0	-	+	-	0	-	-	-	-
2. Bulimie	+	-	0	-	0	-	+	-	0	-	-	-	-	-
3. Körperliche Unzufrieden	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	-	-	-	-
4. Ineffektivität	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	0	-	-	-
5. Perfektionismus	+	-	0	-	0	-	0	-	0	-	-	-	+	-
6. Zwischenmenschliches Mißtrauen	+	0	+	0	+	0	+	0	-	-	-	-	-	-
7. Interoceptive Wahrnehmung	+	-	+	-	+	-	+	-	-	-	0	-	-	-
8. Angst vor dem Erwachsenwerden	0	-	+	0	+	-	0	-	0	-	+	0	-	-

Dabei bedeutet: "+" ein signifikant höherer Wert als die Vergleichspopul.
 "0" kein signifikanter Unterschied zur Vergleichspopul.
 "-" ein signifikant niedrigerer Wert als die Vergleichspopulation

personen (NP). Signifikante Unterschiede (0.01 Niveau) zwischen diesen beiden Gruppen ergaben sich jedoch bei allen anderen Faktoren des EDI und in diesem Falle auch bei einer Subskala, Bulimie (2), die gestörtes Eßverhalten erfaßt. Im Vergleich der Alkoholikerinnen mit den Bulimiepatientinnen (BUP) ergibt sich, außer bei Faktor 6, ein signifikant geringerer (-) Wert für die alkoholkranken Patientinnen. Bei diesem ersten Vergleich wird deutlich, daß die Alkoholikerinnen bei den meisten Faktoren zwischen den Normalpersonen und Bulimikerinnen liegen und bei einem Faktor, 6 "Zwischenmenschliches Mißtrauen", die Werte der Bulimikerinnen erreichen.

Ähnlich ist das Ergebnis bei den männlichen Alkoholikern (s. Tabelle 19): Im Vergleich zu den männlichen Normalpersonen ergeben sich bei fünf Faktoren (1, 4, 6, 7, 8) signifikant höhere Werte für die Alkoholiker, wobei sich darunter ebenfalls eine Subskala, Drang dünn zu sein (1), befindet, die Eß- bzw. Körperschemastörungen erfaßt. Auch in der vorausgegangenen Auswertung hatten die Alkoholiker hier signifikant höhere Werte als die Studenten.

Bei dem Faktor 6 "Zwischenmenschliches Mißtrauen" unterscheiden sich auch die Alkoholiker nicht signifikant von den Bulimikerinnen.

Spieler und drogenabhängige Suchtkranke unterscheiden sich ebenfalls in 4 bzw. 5 Faktoren signifikant von den männlichen Normalpersonen (+). Drogenabhängige weisen dabei signifikant höhere Werte bei den Eß- und Körperspezifischen Subskalen, Drang dünn zu sein (1) und Bulimie (2), auf.

Bei allen untersuchten Suchtkranken ergeben sich keine signifikanten Unterschiede bei 6. (Mißtrauen) zur Gruppe der Bulimikerinnen (BUP).

Die Erwartung, daß Suchtkranke höhere Werte bei den EDI-Subskalen aufweisen, als Normalpersonen aus der Literatur, konnten partiell Bestätigung erfahren. Lediglich (s. Tabelle 19) bei der 3. Subskala, Körperliche Unzufriedenheit, erreichte keine der Suchtkrankengruppen signifikant höhere Werte als normale Kontrollpersonen.

Bei dem Vergleich der untersuchten Studentinnen, Studenten und Pflegeschülerinnen mit der Normalpopulation und Bulimikergruppe (Tabelle 19) zeigt sich, daß, im Gegensatz zu den Suchtkranken, die Werte dieser Untersuchungsgruppen zum größten Teil signifikant unter den Werten der Normalkontrollgruppe oder aber auf gleicher Höhe liegen. Männliche Studenten haben allerdings hohe Werte bei 8. "Angst vor dem Erwachsenwerden" und zeigen dabei keine signifikanten Unterschiede zu den Bulimikerinnen.

7.1.3 Ergebnisse - BAT (Body Attitude Test)

In der Tabelle 20 (s. S. 125) sind die Mittelwerte und Standardabweichungen des BAT (-gesamt) und der Unterskalen zusammengefaßt. Wegen spezieller Fragen zur Weiblichkeit in diesem Test wie zum Beispiel 16.: "Mein Bauch sieht so aus als ob ich schwanger bin", wurde

diese Untersuchung auf die weiblichen Suchtkranken und Kontrollpersonen beschränkt.

Tabelle 20: Mittelwerte und Standardabweichungen des BAT gesamt und der Unterskalen, getrennt nach Untersuchungsgruppen

BAT - Body Attitude Test	Alkoholikerinnen (n=53) \bar{X} (S.D.)	Studentinnen (n=62) \bar{X} (S.D.)	Pflegeschülerinnen (n=12) \bar{X} (S.D.)
BAT - gesamt	31.7 (17.8)	29.5 (15.6)	18.1 (10.5)
Unterskalen:			
1. Achten auf den Körperbau	8.7 (7.6)	7.5 (5.7)	3.9 (4.6)
2. Vertrautheit mit dem eigenen Körper	8.3 (5.3)	7.2 (4.7)	4.3 (2.3)
3. Vergleich des körperl. Aussehens mit anderen	6.4 (5.3)	7.3 (4.2)	4.6 (3.7)
4. Unbenannter Restfaktor	8.3 (3.1)	7.3 (2.7)	5.9 (2.6)

Bei den BAT - Gesamtwerten unterscheiden sich nach varianzanalytischer Überprüfung (Duncan's multiplen Range-Test) die Alkoholikerinnen signifikant (0.05 Niveau) von den Pflegeschülerinnen. Auch bei den Unterskalen 1, 2 und 4 ist der Unterschied zwischen diesen beiden Gruppen signifikant. Eine starke Übereinstimmung ist zwischen den Mittelwerten der Alkoholikerinnen und Studentinnen vorhanden.

Erst ganz kürzlich konnten PROBST et al. (1990) Normwerte von Bulimie/Anorexie Patientinnen (n = 94) und normalen Kontrollpersonen (n = 121) vorlegen. Die Ergebnisse des Vergleichs zwischen den hier ermittelten Untersuchungsergebnissen und den Normwerten sind in der Tabelle 21 (s. S. 126) dargestellt. Ein sehr bemerkenswertes Ergebnis ist, daß Alkoholikerinnen sowohl bei

den BAT - Gesamtwerten als auch in drei von vier Unterskalen , 1. "Achten auf den Körperbau" und (mangelnde) 2. "Vertrautheit mit dem eigenen Körper" sowie bei dem unbenannten Restfaktor, signifikant (0.01 Niveau) höhere Werte aufweisen als die Normalpersonen. Bei Faktor 4, unbenannter Restfaktor, liegen die Alkoholikerinnen sogar gleichauf mit der Normgruppe der eßgestörten Bulimie/Anorexie Patientinnen. Bei allen anderen Werten liegen sie jedoch signifikant unter den Werten dieser eßgestörten Normgruppe. Studentinnen haben im BAT (gesamt) ebenfalls signifikant höhere Werte als die Normalpersonen, und dies gilt auch für zwei der vier Unterskalen. Bei Faktor 4 ergibt sich ebenfalls kein signifikanter Unterschied mehr zur Normgruppe der Eßgestörten. Sonst liegen auch die Studentinnen signifikant unter den Werten dieser (eßgestörten) Normgruppe.

Tabelle 21: Vergleich der ermittelten BAT Werte mit Normwerten aus der Literatur

Vergleich der ermittelten BAT-Werte mit Normwerten: Normalpersonen (NP), Bulimie/Anorexie (Bu/An) Patienten	Alkoholikerinnen		Studentinnen		Pflegeschülerinnen	
	NP	Bu/An	NP	BU/An	NP	Bu/An
BAT - gesamt	+	-	+	-	-	-
Unterskalen:						
1. Achten auf den Körperbau	+	-	0	-	-	-
2. Vertrautheit mit dem eigenen Körper	+	-	+	-	-	-
3. Vergl. des körperl. Aussehens mit anderen	0	-	0	-	-	-
4. Unbenannter Restfaktor	+	0	+	0	0	-

Dabei bedeutet: "+" ein signifikant höherer Wert als die Vergleichsgruppe
 "0" kein signifikanter Unterschied zur Vergleichsgruppe
 "-" ein signifikant niedrigerer Wert als die Vergleichsgruppe

Die Pflegeschülerinnen liegen mit einer Ausnahme signifikant unter den Werten der Normalpersonen.

Den Erwartungen entsprechend sind Suchtkrankpatientinnen mit ihren Werten überwiegend zwischen normalen Kontrollpersonen und den Normwerten der Eßgestörten angesiedelt.

7.2 Erörterung und Zusammenfassung der Studie III

In der Studie III ging es zunächst darum, Überschneidungen der Krankheitsbilder Alkoholismus und Anorexia/Bulimia nervosa dahingehend festzustellen, daß stationär untergebrachte Alkoholiker und andere Suchtkranke auf Eßstörungen und Körperwahrnehmungsstörungen hin untersucht wurden. Die Studie III (und auch die nächste Studie IV) sollte die Gefahr des Austausch der Suchtmittel untersuchen und eine zusätzliche, wenn auch eher indirekte, Unterstützung für die Suchththese erbringen.

Die Ergebnisse des EAT (Eating Attitudes Test) entsprachen nicht den Erwartungen, daß nämlich Alkoholiker höhere Werte gestörten Eßverhaltens aufweisen sollten als gesunde Kontrollpersonen (Studenten, Pflegeschülerinnen). Bei einem Vergleich der Untersuchungsdaten mit Normdaten aus der angelsächsischen Literatur zeigte sich, daß die erhobenen Daten mit wenigen Ausnahmen unter denen der angelsächsischen Normalstichprobe lagen. Nur männliche Alkoholiker lagen bei der Unterskala "Orale Kontrolle" signifikant über der Normalstichprobe. STEINHAUSEN (1984) hatte bei einem transkulturellen Vergleich mit einer größeren Version des EAT (40 Items) ebenfalls festgestellt, daß deutsche Untersuchungsergebnisse sowohl bei Normalpersonen als auch bei Anorexia nervosa Patientinnen deutlich unter denen der angelsächsischen Länder lagen. Die dann folgende Untersu-

chung mit dem EDI (Eating Disorder Inventory) bestätigte nur teilweise die Erwartungen, daß Abhängigkeitskranke höhere Werte gestörten Eßverhaltens aufweisen als gesunde Kontrollpersonen. Es zeigte sich zunächst, daß die erwarteten signifikanten Unterschiede bei dem EDI - gesamt in erster Linie auf die Subskalen 4-8 zurückzuführen waren, die psychopathologische Faktoren des gestörten Eßverhaltens erfassen.

Hier bildeten die männlichen Alkoholiker bei der Subskala 1 eine Ausnahme, bei der sie höhere Werte erzielten als männliche Studenten.

In diesem Zusammenhang bezweifeln COOPER et al. (1985), ob es sich bei den Subskalen 4-8 tatsächlich um eine spezifische Psychopathologie anorektischer bzw. bulimischer Eßstörungen handelt oder ob diese Faktoren auch bei anderen psychischen Störungen auftreten.

COOPER et al. verglichen EDI-Werte von einer Stichprobe ambulanter Psychiatriepatientinnen mit denen von GARNER et al. 's (1983) gesunden Kontrollpersonen und stellten fest, daß die Psychiatriepatientinnen bei den Skalen 4, 6, 7 und 8 signifikant höhere Werte erzielten. Bei den Psychiatriepatientinnen, die auffällige GHQ-Werte (General Health Questionnaire) hatten, zeigten sich bei den Skalen 4 und 6 keine signifikanten Differenzen mehr zu GARNER 's Gruppe der Anorexia nervosa Patientinnen. Bei den ebenfalls erfaßten EAT-Werten konnten diese Zusammenhänge nicht festgestellt werden.

COOPER et al. leiten aus ihren Untersuchungsergebnissen beträchtliche Zweifel hinsichtlich der Annahme GARNER et al. 's ab, es handele sich bei den EDI-Skalen 4-8 um eine spezielle Psychopathologie von Eßgestörten.

Bei einem zusätzlichen Vergleich der erhobenen Daten mit deutschen Normwerten aus der Literatur (THIEL u. PAUL, 1988) zeigte sich, daß die Suchtkranken bei dem größten Teil der EDI-Unterskalen zwischen den Werten

der (geschlechtsgleichen) Normalpersonen und denen der Normgruppe der Bulimikerinnen lagen. Partiiell waren hiervon auch die Subskalen 1-2 betroffen, die Eß- und Körperschemastörungen erfassen. Die Alkoholikerinnen hatten signifikant höhere Werte bei der Subskala "Bulimie" (2), die männlichen Alkoholiker signifikant höhere Werte bei "Drang dünn zu sein" (1), und Drogenabhängige wiesen bei diesen beiden Subskalen signifikant höhere Werte auf als gesunde (geschlechtsgleiche) Kontrollpersonen. Bei den im Rahmen dieser Arbeit erfaßten Daten der Studentinnen, Studenten und Pflegeschülerinnen ergaben sich in diesem Bereich (Subskalen 1-3) keine signifikant höheren, sondern größtenteils signifikant niedrigere Werte, im Vergleich zu den Normalpersonen aus der Literatur.

Bei der Untersuchung mit dem BAT (Body Attitudes Test), an der nur weibliche Suchtkranke teilnahmen, unterschieden sich die Alkoholikerinnen signifikant von der Kontrollgruppe der Pflegeschülerinnen, aber nicht von den Studentinnen.

Ein Vergleich mit erst kürzlich erschienenen belgischen Normwerten (PROBST et al., 1990) zeigte, daß Alkoholikerinnen signifikant höhere BAT - Gesamtwerte erzielen als Normalpersonen aus der Literatur, und dies gilt auch für drei von vier Unterskalen. Auch hier liegen die Alkoholikerinnen zwischen den Normalpersonen und der Eßgestörten-Normgruppe.

Studentinnen hatten im BAT ebenfalls signifikant höhere Werte als die Normalpersonen. Die Studentinnen stammen insgesamt gesehen aus Familien mit höherem sozialen Status (vgl. Tabelle 4, S. 48) als die stationär untergebrachten Suchtkranken. Schon BRUCH (1980, S. 81) und andere Autoren (MEERMANN u. VANDEREYCHKEN, 1987, S. 65; GARFINKEL u. GARNER, 1982, S. 167) weisen darauf hin, daß in Familien mit höherem sozialen Status in

stärkerem Maße anorektische Eßstörungen auftreten als in der Normalpopulation.

Die Ergebnisse dieser Studie III wären möglicherweise deutlicher ausgefallen, wenn die Kontrollgruppen (in ausreichender Größe) den stationär untergebrachten Suchtkranken vom sozialen Status her stärker angeglichen gewesen wären.

Insgesamt kann festgehalten werden, daß weibliche und männliche Alkoholiker sowie Drogenabhängige in Teilbereichen der eingesetzten Testverfahren höhere Werte gestörten Eßverhaltens - und Alkoholikerinnen höhere Werte einer gestörten Körperwahrnehmung - aufweisen als normale Vergleichsgruppen, wodurch die Gefahr des Umsteigens oder Austausches der Suchtmittel (Alkohol - Anorexia/Bulimia nervosa) in Betracht zu ziehen ist.

7.3 Alkohol- und Medikamentenproblematik bei eßgestörten Patientinnen

Nachdem suchtkranke Alkoholiker, Drogenabhängige und Spieler auf Eßstörungen hin untersucht wurden, sollen nun in einer 2. Fragestellung, zum Thema der "Überschneidung von Krankheitssymptomen und der Gefahr des Umsteigens", umgekehrt eßgestörten Patientinnen ein standardisierter Fragebogen zur Alkoholproblematik vorgelegt werden. FICHTER (1985, S. 200) berichtet in diesem Zusammenhang von 7 - 8% Alkoholismus bei Mager-süchtigen und einer erhöhten Alkoholismusrate bei nahen Verwandten von Eßgestörten. FEUERLEIN (1979a) geht von einem Anteil an Alkoholikern an der Gesamtbevölkerung von 2 - 3% aus. Nach weiteren Schätzungen der Deutschen Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, DHS, (vgl. TRUBE-BECKER, 1987) sind davon ca. 35% Frauen.

Dem Alkoholismusfragebogen ist eine Fragestellung nach dem Verhalten der Eltern bezüglich Alkohol und Medikamenten hinzugefügt. Die Versuchsteilnehmerinnen wurden zusätzlich gefragt, ob sie Probleme mit der Einnahme von Medikamenten haben oder hatten. Der anschließende Versuch gliedert sich in drei Bereiche:

1. Alkoholismusfragebogen
2. Medikamentenprobleme der Untersuchungsteilnehmer
3. Alkohol- oder Medikamentenprobleme bei den Eltern.

7.3.1 Methode - Studie IV

In dieser Untersuchung wurde der 24 Items umfassende Selbstbeurteilungsbogen des Münchner Alkoholismustests (MALT) angewandt, der von FEUERLEIN, KÜFNER, RINGER und ANTONS (1979) entwickelt wurde.

Der Fremdbeurteilungsteil (MALT - F) über medizinische Daten, Alkoholkonsum und andere ärztliche Beobachtungen konnte aus organisatorischen Gründen nicht zum Einsatz kommen. Vom Selbstbeurteilungsfragebogen (MALT - S, s. Anhang Nr. 12) werden folgende diagnostisch relevante Bereiche erfaßt:

Trinkverhalten bzw. Einstellung zum Trinken:

Item 3, 5, 6, 8, 12, 14 - 19

Alkoholbedingte psychische und soziale Beeinträchtigung:

Item 4, 7, 10, 11, 13, 20, 21, 23 und 24

Somatische Störungen:

Item 1, 2 und 9

Die Antworten werden mit "trifft zu" oder "trifft nicht zu" vom Patienten angekreuzt.

Auswertung: In dieser Untersuchung können von einer Patientin maximal 24 Punkte erreicht werden (52 wären es unter Einschluß von MALT - F), wobei drei Diagnosekategorien vorhanden sind:

0 - 5 Punkte: unauffällig, im Normbereich

6 - 10 Punkte: Verdacht auf Alkoholismus bzw.
Alkoholgefährdung

11 und mehr Punkte: Alkoholismus

Die zusätzliche Frage nach Medikamentenproblemen der Untersuchungsteilnehmer (s. ANHANG Nr. 12 unten)

lautete:

Haben oder hatten Sie Probleme mit der Einnahme von
Medikamenten

Die Fragestellung bezüglich Alkohol- oder Medikamentenproblemen der Eltern schließt sich direkt an:

Hat (te) ein Elternteil von Ihnen Probleme mit Alkoholtrinken oder der Einnahme von Medikamenten
Zu antworten war bei beiden Zusatzfragen mit einem Kreuz bei "ja" oder "nein". Untersuchungsteilnehmer waren die zuvor beschriebenen 35 Anorexia nervosa, 35 Bulimia nervosa und 20 adipösen Patientinnen (S. 40 f).

7.3.1.1 Ergebnisse - MALT (Münchener Alkoholismustest)

Tabelle 22: Ergebnisse des MALT-S und der Fragen nach eigenen Medikamentenproblemen und Medikamenten- bzw. Alkoholproblemen der Eltern

MALT-S DIAGNOSE- KRITERIEN u. MEDIKA- MENTE	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa		Adiposi- tas	
	n	%	n	%	n	%
1. "Nicht erreicht" (≤ 5)	27	77	29	83	17	94
2. "Alkoholgefährdet" (6-10)	4	11	5	14	1	6
3. "Alkoholismus" (≥ 11)	4	11	1	3	0	
2. und 3.	8	22	6	17	1	6
4. Probleme mit Medi- kamenten	14*	41	10	29	4	20
Patienten insge- samt, die der 2., 3. oder 4. Katego- rie angehören	18	51	13	37	4	20
Hat ein Eltern- teil Probleme mit Alkohol oder Medi- kamenten	8	22	13	37	2	10

* Kann ein nicht zu klärender Anteil Abführmittel enthalten sein, da 10 dieser Pat. auch angaben, abzuführen.

In der Tabelle 22 sind unter 1., 2. und 3. die Anzahl und Prozentanteile der Patientinnen aus den jeweiligen Eßgestörtengruppen, entsprechend den Summenwerten des MALT - S, den zuvor beschriebenen Diagnosekriterien zugeordnet.

Danach können 77% der Anorexia, 83% der Bulimia und 94% der adipösen Patientinnen dem Bereich "Nicht erreicht" ($< = 5$) zugeordnet werden.

In die Kategorie Verdacht auf Alkoholismus bzw. "Alkoholgefährdet" (6 - 10) fallen 11% der anorektischen und sogar 14% der bulimischen Patientinnen, aber nur eine adipöse Patientin. Die Diagnose Alkoholismus ($> = 11$) ist bei 11% der Anorexia und einer Bulimia nervosa Patientin (3%) zu treffen.

Addiert man die Zahlen von 2. und 3. (Tab. 22, S. 133), so ergeben sich extrem hohe Zahlen, die für eine beträchtliche Alkoholgefährdung der anorektischen (22%) und bulimischen (17%) Patientengruppe sprechen.

In einer repräsentativen Umfrage (vgl. DHS, 1989, S. 84) wurde für eine entsprechende weibliche Altersgruppe von 12 - 29 Jahren für die Gesamtpopulation eine Alkoholgefährdung von 2 - 4% errechnet.

In der Tabelle 23 (s. S. 135) sind die Häufigkeiten der positiven Antworten für die einzelnen Items in Prozent und Differenzen der drei Eßgestörtengruppen zu den Kontrollpatienten (+, -, 0) aus dem MALT-Test-Manual sowie die Normwerte von Alkoholikern festgehalten.

Anorexia Patientinnen haben bei 92% der Items positive Differenzwerte zu den Kontrollpatienten aus der FEUERLEIN - Studie, Bulimia nervosa Patientinnen bei 71% und adipöse bei 33%. Die beiden ersten Items, die dem somatischen Bereich zuzuordnen sind, haben bei den drei Eßgestörtengruppen dagegen negative Differenzen aufzuweisen. Die Frage 9 aus dem somatischen Bereich, die als einzige Appetit (-mangel) oder Essen thema-

Tabelle 23: Häufigkeiten der positiven Antworten in Prozent und Differenzen der eßgestörten Pat. zu den Kontrollpatienten (+/-/0)

<u>MALT - S</u>	Alkoholiker (n=201) %	Kontrollpat. (n=474) %	Anorexia nerv. (n=35) %	Bulimia nerv. (n=35) %	Adipositas (n=19) %
1. Zittern der Hände	58	28	6 (-22)	23 (-5)	5 (-23)
2. Morgendliche Übelkeit	55	18	9 (-9)	9 (-9)	5 (-13)
3. Trinken gegen Entzugssymptome	43	2	6 (+4)	6 (+4)	0 (-2)
4. Verbitterung wegen Schwierigkeiten	62	41	46 (+5)	69 (+28)	32 (-9)
5. Morgendliches Trinken	53	5	11 (+6)	3 (-2)	0 (-5)
6. Kontrollverlust	41	3	11 (+8)	9 (+6)	5 (+2)
7. Häufige Alkoholgedanken	33	2	14 (+12)	11 (+9)	5 (+3)
8. Trinken trotz ärztlichem Verbot	50	3	14 (+11)	0 (-3)	5 (+2)
9. Appetitmangel bei starkem Trinken	65	8	29 (+21)	37 (+29)	11 (+3)
10. Arbeitsprobleme wegen Alkohol	31	3	6 (+3)	0 (-3)	0 (-3)
11. Bevorzugtes Alleintrinken	31	4	6 (+2)	9 (+5)	0 (-4)
12. Verminderte Leistung wegen Trinken	32	2	9 (+7)	9 (+7)	0 (-2)
13. Schuldgefühle wegen Trinken	63	8	37 (+29)	26 (+18)	11 (+3)
14. Versuch eines Trinksystems	37	3	20 (+17)	3 (0)	6 (+3)
15. Einschränkung des Trinkens	80	7	23 (+16)	11 (+4)	6 (-1)
16. Weniger Probleme ohne Alkohol	46	2	14 (+12)	9 (+7)	6 (+4)
17. Trinken zur Beruhigung	54	8	17 (+9)	23 (+15)	6 (-2)
18. Alkohol zerstört Leber	49	5	17 (+12)	11 (+6)	6 (+1)
19. Ambivalenz geg. Trinken	63	3	11 (+8)	11 (+8)	0 (-3)
20. Andere verständnislos gegenüber Trinken	51	3	9 (+6)	9 (+6)	0 (-3)
21. Partnerprobleme wegen Trinken	49	3	6 (+3)	9 (+6)	0 (-3)
22. Abstinenzversuche	81	15	29 (+14)	31 (+16)	11 (-4)
23. Zufriedenheit ohne Alkohol	62	4	9 (+5)	11 (+7)	6 (+2)
24. Auffallen durch Alkoholfahne	41	3	6 (+3)	3 (0)	0 (-3)

tisiert, zeigt mit die höchsten positiven Differenzen bei Anorektiker- und Bulimikerinnen zu den Kontrollpatienten. Dies spricht bei diesen beiden Eßpatientengruppen möglicherweise für den Einsatz des Alkohols als Appetitzügler.

Probleme mit Medikamenten: Insgesamt gaben bei 4.

(Tabelle 22, S. 133) 41% der anorektischen, 29% der bulimischen und 20% der adipösen Patientinnen an, Probleme mit der Einnahme von Medikamenten zu haben.

Eine Zusammenfassung der Kategorien 2., 3. und 4.

(Tabelle 22) ergibt extrem hohe Zahlen von anorektischen (51%), bulimischen (37%) und adipösen Patientinnen (20%), die entweder Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben bzw. hatten.

Alkohol- oder Medikamentenproblematik bei den Eltern:

Im untersten Teil der Tabelle 22 sind die Anzahlen und Prozentanteile der Patientinnen dargestellt, die angaben, daß ihre Eltern Schwierigkeiten mit Alkohol oder Medikamenten hatten. Mit 22% bei den Anorektikerinnen, 37% bei den Bulimikerinnen und 10% bei den adipösen Patientinnen dürften auch diese Werte erheblich über denen der Normalpopulation liegen. Über das Ausmaß der Medikamentenabhängigkeit in der Gesamtbevölkerung liegen bisher keine verlässlichen Zahlen vor, Schätzungen schwanken von 200.000 - 800.000 (DHS, 1989, S. 175).

7.4 Erörterung und Zusammenfassung der Studie IV

In der letzten Studie wurde den eßgestörten anorektischen, bulimischen und adipösen Patientinnen ein Alkoholismusfragebogen (MALT -S, FEUERLEIN et al., 1979a) zur Selbsteinschätzung vorgelegt und zusätzlich nach eigenen Medikamentenproblemen sowie nach Alkohol- und Medikamentenproblemen der Eltern gefragt.

Die Ergebnisse des Alkoholismusfragebogens (s. Tabellen 22 und 23, S. 133 u. 135) brachten extrem hohe Zahlen einer Alkoholgefährdung von Anorexia und Bulimia nervosa Patientinnen von 22% bzw. 17%, wobei in der Normalpopulation für eine Vergleichsgruppe lediglich 2 - 4% Alkoholgefährdete errechnet wurden.

Von den Anorektikerinnen waren 11% und von den Bulimikerinnen eine Patientin (3%) unter der Diagnosekategorie Alkoholismus zu klassifizieren.

Die große Anzahl der positiven Antworten bei Item 9: "In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen", lassen möglicherweise Rückschlüsse auf den Einsatz des Alkohols als Appetitzügler zu. Es gibt bei den Eßgestörten zum Teil erheblich paradox erscheinende Verhaltensweisen. Die Patientinnen waren im nachhinein oft selbst darüber erstaunt, daß sie geringste Mengen Nahrungsmittel erbrachen oder abführten, aber durchaus größere Mengen (stark kalorienhaltige) alkoholische Getränke zu sich nahmen. Dafür kann die psychisch aktive drogenartige Wirkung des Alkohols verantwortlich sein, die wahrscheinlich auch Appetitgefühle beeinflussen kann. Genauere Untersuchungen dazu wären notwendig.

Noch größer als die Alkoholgefährdung war der Anteil der Patientinnen, die Schwierigkeiten mit Medikamenten angaben: Anorektikerinnen 41%, Bulimikerinnen 29%. Bei den Anorektikerinnen haben 51% Alkohol- und/oder Medikamentenprobleme, bei den Bulimikerinnen 37%, wobei jedoch ein nicht genau zu bestimmender Anteil an Abführmitteln enthalten sein kann.

Auch der Anteil der Eltern, der Alkohol- oder Medikamentenprobleme haben soll, liegt weit über den Werten, die in der Normalbevölkerung vorhanden sein dürften.

Die letzte Studie unterstützt die Ausgangshypothese, daß eßgestörte anorektische und bulimische Patienten stärker gefährdet sind als gesunde Kontrollpersonen, Alkohol- und Medikamentenprobleme zu entwickeln, und somit die Gefahr besteht, daß sie auf "stoffliche" Suchtmittel "umsteigen".

Studie III und IV bedeuten auch eine, wenn auch eher indirekte, Unterstützung für die Annahme gemeinsamer Bedingungen der Entstehung und Aufrechterhaltung des gestörten anorektischen und bulimischen Eßverhaltens und des Alkoholismus, wie dies unter den Begriffen des Mißbrauchs (Kapitel 6) und der Abhängigkeit (Kapitel 5) formuliert wurde.

8. Zusammenhänge zwischen den einzelnen Meßinstrumenten

In der Tabelle 24 sind die Korrelationskoeffizienten (Pearson Correlation) der Meßinstrumente unter Einbeziehung des Alters und Gewichts, über alle Untersuchungsgruppen hinweg, dargestellt.

Der MA-SU (Magersucht) und FU-HU (Funktionalität des Hungerns) korrelieren signifikant negativ mit dem Alter und Gewicht, im Gegensatz zu den standardisierten Einschätzungsskalen EDI (Eating Disorder Inventory), EAT (Eating Attitudes Test) und BAT (Body Attitude Test), die positiv mit diesen beiden Faktoren korrelieren.

Tabelle 24: Korrelationen der gesamten Meßinstrumente unter Einbeziehung des Alters und Gewichts

	Alter	Gewicht	FUHU	MALT	MASU	BAT	EAT
Alter							
Gewicht	.2227 (333) p=.000						
FUHU	-.2128 (187) p=.002	-.2335 (183) p=.001					
MALT	-.0467 (85) p=.336	-.1482 (82) p=.092	.2900 (75) p=.006				
MASU	-.2339 (186) p=.001	-.3069 (182) p=.000	.8587 (169) p=.000	.3298 (71) p=.002			
BAT	.0667 (107) p=.247	.4487 (107) p=.000	.7047 (93) p=.000		.6372 (96) p=.000		
EAT	.2036 (226) p=.001	.1632 (224) p=.007	.4740 (101) p=.000		.4804 (104) p=.000	.6587 (97) p=.000	
EDI	.2704 (155) p=.000	.1756 (153) p=.015	.5964 (72) p=.000		.4820 (73) p=.000	.8005 (71) p=.000	.5687 (149) p=.000

Da der MA-SU Hungern als Suchtmittel und der FU-HU Hungern als Aufputzmittel und in seiner Funktion zur Weiblichkeit (Pro/Kontra) in der Vorstufe zur Sucht untersucht, läßt sich aus diesen Korrelations-
ergebnissen möglicherweise schlußfolgern, daß mit zunehmendem Alter und Gewicht, Hungern als Stimulanz-
bzw. Suchtmittel eher in den Hintergrund rückt und Probleme übermäßigen Essens zunehmen. Dies würde unsystematische Beobachtungen aus der praktischen therapeutischen Arbeit bestätigen.

Die stärkste signifikant positive Korrelation .86 ist zwischen den hier entwickelten Meßinstrumenten MA-SU und FU-HU festzustellen. Da der FU-HU Faktoren des Mißbrauchs des Hungerns in einer Vorstufe zur Sucht und der MA-SU süchtiges Hungerverhalten mißt, entspricht eine hohe Korrelation den Erwartungen. Stark korrelieren MA-SU (.64) und FU-HU (.70) mit dem Body Attitude Test (BAT) und etwas schwächer positiv, aber hoch signifikant, mit dem EDI und EAT.

Mit zunehmendem Alter nimmt das Gewicht eher zu, dies zeigt ein signifikant schwacher Zusammenhang bei insgesamt 333 Versuchsteilnehmern (.22).

In der Tabelle 25 (s. S. 141 und S. 142) sind Korrelationen der Unterskalen der Meßinstrumente mit dem Alter und Gewicht dargestellt.

Bei Betrachtung der EAT und EDI Korrelationen mit dem Faktor Alter, fällt auf, daß die Werte der EAT Unterskalen "Orale Kontrolle" (.23) und "Drang dünn zu sein" (.21) mit dem Alter bedeutsam zunehmen. Eine recht hohe positive Korrelation (.36) ergibt sich zwischen Alter und "Zwischenmenschliches Mißtrauen" (EDI, 6.).

Tabelle 25: Korrelationen der Unterskalen der Meßinstrumente mit dem Alter und Gewicht

	ALTER	GEWICHT
EAT 1. Diätverhalten	.1791 (235) p=.003	.1844 (233) p=.002
2. Bulimie ...	-.0132 (241) p=.419	.1763 (239) p=.003
3. Orale Kontrolle	.2252 (236) p=.000	-.0036 (234) p=.478
EDI 1. Drang dünn zu sein	.2081 (229) p=.001	.1848 (227) p=.003
2. Bulimie	.0430 (233) p=.257	.0611 (231) p=.178
3. Körperl. Unzufr.	.1358 (219) p=.022	.0847 (217) p=.107
4. Ineffektivität	.1560 (209) p=.012	.1376 (207) p=.024
5. Perfektionismus	.1755 (225) p=.004	.1303 (223) p=.026
6. Zwischenm. Mißtrauen	.3602 (231) p=.000	.2211 (229) p=.000
7. Interoc. Wahrnehmung	.1028 (220) p=.064	.1432 (218) p=.017
8. Angst vor Erwachsenw.	.1374 (223) p=.020	.1287 (221) p=.028
BAT 1. Achten auf Körperbau	.1276 (118) p=.084	.5145 (118) p=.000
2. Vertrauth. Körper	.0557 (119) p=.274	.1102 (118) .117
3. Vergl. des Aussehens	-.0269 (121) p=.385	.4118 (120) p=.000

	Alter	Gewicht
MASU 1. Vereng. d. Eßrep.	-.1804 (207) p=.005	-.2264 (203) p=.001
2. Vorrang d. Essens	-.1930 (208) p=.003	-.0650 (204) p=.178
3. Zwang zu Hungern	-.2648 (206) p=.000	-.2266 (202) p=.001
4. Erhöhte Hungertoler.	-.1804 (204) p=.005	-.3031 (200) p=.000
5. Entzugserscheinungen	-.2118 (209) p=.001	-.2096 (205) p=.001
6. Hungern wg. Entzug	-.2262 (207) p=.001	-.3886 (203) p=.000
7. Rückfälligkeit	-.2089 (197) p=.002	-.2783 (193) p=.000
FUHU 1. Wirkung Hungern	-.2750 (192) p=.000	-.3483 (188) p=.000
2. Pro Weiblichkeit	-.0169 (207) p=.404	-.1255 (203) p=.037
3. Kontra Weiblichkeit	-.1110 (208) p=.055	-.3292 (204) p=.000

Bei den EAT und EDI Zusammenhängen mit dem Gewicht liegen drei Korrelationskoeffizienten über .20. Inhaltlich nicht sinnvoll interpretierbar dürfte dabei der positive Zusammenhang (.22) zwischen Gewicht und Mißtrauen (EDI, 6.) sein. Recht starke Korrelationen sind zwischen dem Gewicht und den BAT Unterskalen "Achten auf den Körperbau" (.51) und "Vergleich des eigenen Aussehens mit dem anderer" (.41) festzustellen. In der Tendenz, wenn auch nicht immer signifikant, korrelieren alle MA-SU und FU-HU Unterskalen negativ mit dem Alter und Gewicht.

Ein zunehmendes Gewicht hat möglicherweise einen beträchtlichen negativen Einfluß auf den Einsatz des Hungerns als Suchtmittel. Hier befindet sich nur der Korrelationskoeffizient "Vorrang des Essens" (MA-SU, 2.) nicht im Signifikanzbereich. Die (drogenartige) "Wirkung des Hungerns" (- .34, FU-HU 1.) nimmt mit Anstieg des Gewichts bedeutsam ab und auch "Kontra" Einstellungen zur Weiblichkeit (- .33, FU-HU 3.).

9 Therapeutische Schlußfolgerungen

Unter Einbeziehung der Untersuchungsergebnisse und Überlegungen zum Suchtmodell, werden die zwei folgenden Therapieansätze bei bulimischen und anorektischen Eßstörungen als besonders ungünstig bewertet:

1. Es werden ausschließlich tieferliegende psychische Ursachen der Eßstörungen behandelt, ohne daß die Patientinnen mit konkreter Hilfe die exzessiven Eßverhaltensweisen aufgeben und sich überhaupt auf eine intensive Psychotherapie konzentrieren können.
2. Das Therapiegeschehen konzentriert sich ausschließlich auf die Behandlung der Symptome gestörten Eßverhaltens, das heißt, das Suchtverhalten wird entzogen, ohne daß Ursachen für einen Mißbrauch einer Substanz oder eines Verhaltens erkannt und aufgearbeitet werden.

Unter der ersten Bedingung kommt der Prozeß der Selbstzerstörung oft nicht zum Stillstand und psychische Veränderungen bleiben oberflächlich. Der zweite Therapieansatz kann sehr leicht dazu führen, daß durch unveränderte soziale und psychologische Bedingungen eine hohe Rückfallgefährdung vorhanden, somit der Therapieerfolg nur kurzfristig ist.

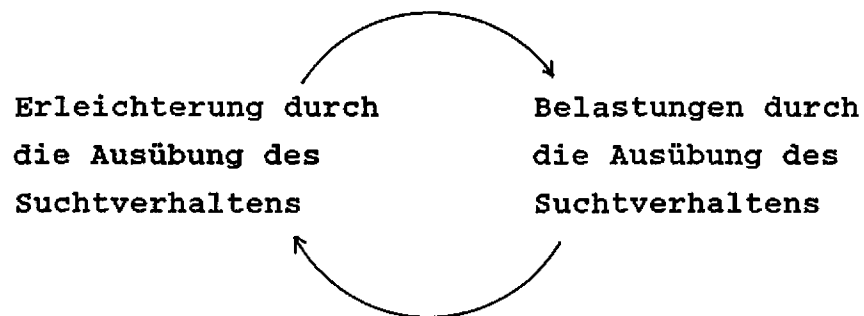
Um dem Verlauf der Suchtkrankheit gerecht zu werden, ist eher ein Brückenschlag zwischen diesen beiden zum Teil an psychoanalytischen und verhaltenstherapeutisch orientierten Therapieansätzen erforderlich.

Neben der umfassenden Auseinandersetzung mit motivationalen Problemen, benötigt auch die eßgestörte Patientin eine intensive Unterstützung dabei, ihr Eßverhalten grundsätzlich zu regulieren. Daran anschließend sind bestimmte Eßregeln einzuhalten, um keinen Rückfall zu provozieren. Dies kann auch mit dem Begriff einer Abstinenz umschrieben werden. Als

nächstes müssen die Ursachen der Krankheitsentwicklung aufgearbeitet werden. Diese einzelnen Schritte des therapeutischen Vorgehens sollen nachfolgend näher besprochen werden. Wie schon im Kapitel 3 erläutert, soll die Therapie in umgekehrter Richtung zum Krankheitsverlauf erfolgen.

9.1 Motivation

Im Gegensatz zu den meisten neurotischen Patienten lehnen Suchtkranke Hilfe zunächst oft ab, obwohl immer stärker werdende psychische, physische und soziale Belastungen einen erheblichen Leidensdruck hervorrufen. Die Fähigkeiten, sich anders als durch die Ausübung des Suchtverhaltens überhaupt Erleichterung von diesem Leidensdruck zu verschaffen, haben sich jedoch immer stärker reduziert.



Ein circulus vitiosus ist entstanden, in dem es für den Suchtkranken immer schwieriger wird, sich einen Ausweg aus seiner ständig bedrohlicher werdenden Situation vorzustellen.

Es wird angenommen, daß keine wesentlichen Unterschiede bei den Schwierigkeiten bestehen, bei einer stofflichen Abhängigkeit oder einem süchtigen Hunger- bzw. Eßverhalten zu einer umfassenden Behandlung zu motivieren. In den ersten Gesprächen muß deutlich werden, daß der Behandelnde die häufig stark ambivalente Motivation des Patienten versteht und anfängliche

Rückschläge nicht zu leicht entmutigen. Der Wunsch der Patienten, das süchtige Verhalten einzustellen, und ein starkes Verlangen, es in bestimmten Situationen doch wieder auszuüben, sind wichtiger Gesprächsstoff für die erste Behandlungszeit. Um ihre Umwelt und sich selbst nicht zu enttäuschen, verleugnen Eßgestörte Rückfälle zunächst oft und geraten sehr schnell in das alte Suchtverhalten zurück, mit dem Einsetzen der gesamten Symptomatik des Abhängigkeitssyndroms. Die Erwartung eines schnellen und störungsfreien Therapieerfolgs kann ein Scheitern schon vorbestimmen. Nicht der unbedingte Behandlungswille ist deshalb primäre Voraussetzung für eine therapeutische Zusammenarbeit, sondern Ehrlichkeit und Vertrauen. Um ein praktisches therapeutisches Vorgehen auf dieser Grundlage zu verdeutlichen, einige Rahmenbedingungen für den Entzug des exzessiven Hunger- bzw. Eßverhaltens und der Behandlung im stationären Bereich:

- Das Essen ist auf 3 - 5 Mahlzeiten beschränkt. Der Patient soll sich auf eine bestimmte Anzahl festlegen.
- Das Mittagessen soll aus einer "normalen" Portion des üblichen Essens bestehen. Bei Bedarf sollen Portionsteller eingesetzt werden.
- Alle übrigen Mahlzeiten, Frühstück, Teepause, Kaffeetrinken, Abendbrot sollen im wesentlichen aus ca. 2 Scheiben Brot, möglichst Vollkornbrot, und Obst bestehen. Wichtig: Der Patient soll sich nach einer Zeit der Eingewöhnung auf eine ganz bestimmte Menge festlegen und die Vereinbarung soll schriftlich festgehalten werden.
- Zu Beginn der Behandlung finden täglich (möglichst bald nach dem Mittagessen) kurze Gespräche statt, in denen der Patient darüber berichtet, ob es Schwierigkeiten bei der Einhaltung seines Eßplans gab.
- Es wird darauf geachtet, daß die Patienten nach der Mahlzeit nicht erbrechen. Die Patienten sollen direkt nach dem Essen möglichst nicht die Toilette aufsuchen.
- Der Patient soll zwischen den Mahlzeiten lediglich Mineralwasser (auf keinen Fall süßen Sprudel) oder Tee (allerdings nur mäßig schwarzen Tee) und etwas

- Kaffee zu sich nehmen.
- Die Patienten sollen nach Möglichkeit die Küche meiden.
 - Die Patienten sollen keine Lebensmittelvorräte anlegen, und es sollen häufiger Kontrollen in den Zimmern stattfinden, damit keine Essensvorräte angelegt werden.
 - Die Patienten dürfen innerhalb und außerhalb des Klinikgeländes keine zusätzlichen Nahrungsmittel einkaufen oder zu sich nehmen.
 - Die Ausgangsmöglichkeiten müssen mit dem Therapeutenteam gesondert festgelegt werden.

9.2 Krankheitseinsicht und Abstinenz

Um Rückfällen auch dann vorzubeugen, wenn kein Leidensdruck mehr besteht und Krankheitssymptome kaum noch feststellbar sind, ist es wie bei stofflichen Abhängigkeiten notwendig, eine dauerhafte Krankheitseinsicht zu entwickeln und auf Formen des Diäthaltens, Eßexzesse und bestimmte Nahrungsmittel möglicherweise ganz zu verzichten. Zur Kennzeichnung dieses Verzichts kann es auch bei gestörtem Eßverhalten sinnvoll sein, von Abstinenz zu sprechen. Abstinenz bei süchtigem Eßverhalten wurde von BACHMANN und RÖHR (1983a) folgendermaßen operationalisiert: Essen wird reduziert auf die Ernährung des Körpers; der Mager- oder Eßsüchtige gibt jede weitere Manipulation mit dem Essen auf.

Dennoch wird das Hungern/Essen auch weiterhin positive psychische Konsequenzen haben. Erfahrungen sprechen jedoch dafür, daß es bei der Eßproblematik - anders als bei Drogen - eine individuelle Toleranzgrenze bei der Nahrungsmenge gibt, innerhalb derer nicht die Gefahr des Rückfalls besteht. Abstinenz bedeutet den Verzicht, die Toleranzgrenzen zu überschreiten. Individuelle Unterschiede sind dabei zu berücksichtigen, welche Einschränkungen notwendig sind. Es sei in diesem Zusammenhang ausdrücklich betont, daß ohne Eigenmotivation des Patienten und seine Einsicht in die Notwendigkeit be-

stimmter Maßnahmen kein dauerhafter Therapieerfolg möglich ist.

9.3 Psychotherapie der Ursachen

Nachdem ausreichend Fortschritte dabei erzielt wurden zur umfassenden Behandlung zu motivieren, den Entzug des Suchtmittels einzuleiten, Krankheitseinsicht zu entwickeln und eine gewisse Abstinenz einzuhalten, können auf individueller Basis tieferliegende Ursachen der Krankheitsentwicklung aufgearbeitet werden. Ebenso wie bei stofflichen Süchten, wird auch bei süchtigem Eßverhalten von einer multifaktoriellen Verursachung ausgegangen.

In der Abbildung 31 (BACHMANN, 1985, S. 60) sind die Therapiestufen Motivation/Entzug des Suchtmittels, Krankheitseinsicht und Psychotherapie der Ursachen mit den jeweiligen Zwischenschritten (1 - 6) grob zusammengefaßt (s. S. 149).

Insbesondere die dazu weiter aufgeführten Unterpunkte beanspruchen keine Vollständigkeit, sondern sollen das praktische Vorgehen näher verdeutlichen, wobei die unteren Linien bedeuten, daß die Therapieschritte immer wieder überprüft und vertieft werden müssen.

9.4 Therapeutisches Vorgehen aus der Sicht der OA - Selbsthilfegruppen

HÖLZLE (1986) beschreibt aus "klientenzentrierter" Sicht ein Therapiekonzept der OA - Selbsthilfegruppen (Overeaters Anonymous) für die Behandlung von bulimisch gestörten Eßpatienten. Dabei wird ebenfalls von einer 3-Phasen-Therapie ausgegangen.

1. Aufbau eines Vertrauensverhältnisses und Selbstexploration:



Abb. 31: Therapieschritte und Fragestellungen

In dieser Phase soll das Eßverhalten und Erbrechen thematisiert werden, um Tabuisierung und Heimlichkeit abzubauen. Der Therapeut soll deutlich machen, daß er mit dem Thema vertraut ist und erleichtert die Aussprache durch Hinweise darauf, welche Ausmaße Eßattacken und Erbrechen bei Eßgestörten "üblicherweise" haben können. Ursachen der Krankheitsentwicklung können in dieser Phase erkannt und aufgearbeitet werden.

2. Aufbau der Abstinenz:

Es besteht die Schwierigkeit, die Droge Essen nicht verbannen zu können. "Jedoch wissen die meisten Bulimiker(innen) sehr genau Bescheid über ihre sog. 'Suchtbissen': Das sind bestimmte Nahrungsmittel (wie Schokolade, Chips o.ä.) oder das Übergehen einer bestimmten limitierten Nahrungsmenge, was dann eine unkontrollierte Eßgier auslöst" (HÖLZLE, 1986, S. 460).

3. Konsolidierungsphase:

Erfahrungen können gemacht werden, daß durch die Abstinenz die Lebensqualität erheblich steigen kann. Einsichten in die Hintergründe des Suchtverhaltens werden vertieft und Fähigkeiten ausgebaut, schwierige Lebenssituationen ohne Eßexzesse zu bewältigen. Da Rückfälle in anorektisches Verhalten ebenfalls oft durch übermäßiges Essen und eine darauf folgende Korrektur durch eine strenge Diät, Erbrechen oder Abführmittelmißbrauch erfolgen, dürften diese Regeln ohne Einschränkung auch auf magersüchtige Patientinnen anwendbar sein.

9.5 Therapeutische Perspektiven

Bei stofflichen Abhängigkeiten ist Abstinenz durch den völligen Verzicht auf den Gebrauch eines Mittels recht gut zu definieren. Der Verzicht auf ein bestimmtes Hunger- oder Eßverhalten dagegen ist schwieriger zu

bestimmen und die alltägliche Konfrontation mit Nahrungsmitteln kann so massiv sein, daß gute Vorsätze, das gestörte Eßverhalten zu modifizieren, immer wieder daran scheitern. Bei stofflichen Süchten ist es vor allem in der Entzugsphase selbstverständlich, insbesondere im stationären Bereich, daß nähere Berührungen mit dem Suchtmittel vermieden werden.

Parallel zu stofflichen Abhängigkeiten könnte es möglicherweise auch bei süchtigem Eß- bzw. Hungerverhalten sinnvoll sein, daß für eine zeitlich begrenzte Entzugsphase, außer zu genau vereinbarten Mahlzeiten, ein "nahrungsmittelfreier Raum" geschaffen wird, in dem ohne ständige Konfrontation mit Lebensmitteln der Entzug des exzessiven Hunger- bzw. Eßverhaltens erheblich erleichtert werden könnte. Erst dann wird in eine längerfristige Entwöhnungsphase übergeleitet, in der die Einschränkungen gelockert werden und eine tiefergehende Aufarbeitung der ätiologischen Bedingungen der Krankheitsentwicklung stattfindet, die zu einer dauerhaften Stabilisierung beitragen kann. Wie bei den stofflichen Abhängigkeiten sind die therapeutischen Maßnahmen nur dann wirksam, wenn der Patient die Behandlung ausdrücklich akzeptiert und als sinnvoll erachtet.

10 Theoretische Perspektiven - die These von der
"mißglückten" Problemlösung

Von Interesse ist weiterhin, wie süchtiges Verhalten entsteht. Grundsätzliche Überlegungen dazu sind für stoffliche als auch nicht stoffliche Süchte in der Abbildung 32 dargestellt.

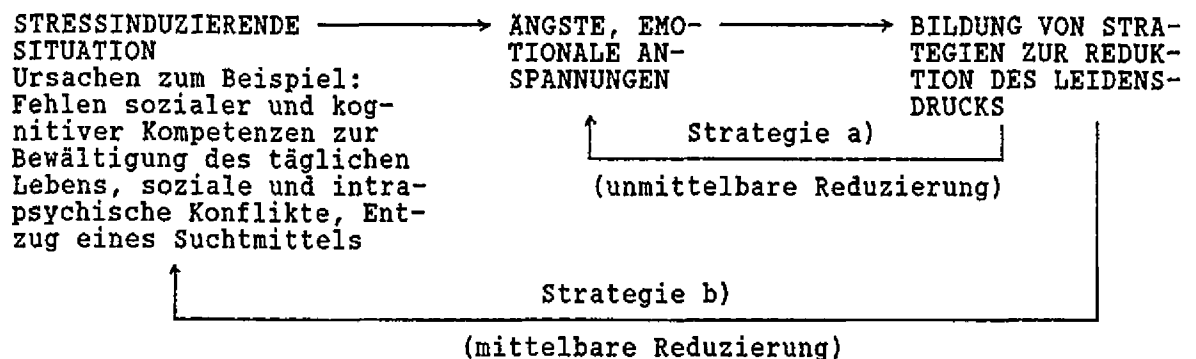


Abb. 32: Problemlösungsstrategien

Dabei wird zunächst von einer latent streßinduzierenden Situation ausgegangen, die zum Beispiel durch ein Fehlen sozialer und kognitiver Kompetenzen zur Bewältigung des täglichen Lebens, aber auch durch familiäre oder intrapsychische Konflikte entstanden sein kann. Diese Ursachen können zu emotionalen Anspannungen führen, die mit einem erheblichen Leidensdruck verbunden sind. Um diesen Leidensdruck zu reduzieren, können zwei Problemlösungsstrategien angewandt werden. Eine dieser Strategien a), kann unmittelbar an der Beseitigung der emotionalen Anspannungen ansetzen und diese reduzieren. Da dieses Spannungen oder Angst reduzierende Verhalten jedoch nicht auf die Ursachen dieser Streßsituation einwirkt, ist die Linderung des

Leidensdrucks immer nur kurzfristig. Handelt es sich bei diesem (mißglückten) Problemlösungsversuch um den Einsatz von Alkohol, Drogen oder anderer stark angst-reduzierender (nicht stofflicher) Verhaltensweisen, kann es zu einer Toleranzveränderung kommen, die zu einer Dosissteigerung führt, um wiederum den gewünschten erleichternden Effekt zu erzielen.

Wegen des allmählich immer stärker von der Norm abweichenden Verhaltens können erste soziale negative Sanktionen, körperliche Beschwerden und wachsende Schuldgefühle neue Ursachen für emotionale Belastungen und Ängste bilden und die vorhandenen streßinduzierenden Bedingungen verstärken.

Werden andere Problemlösungsstrategien unter diesen Voraussetzungen immer mehr vernachlässigt, können in Problemsituationen erste Entzugserscheinungen entstehen und das angstreduzierende Verhalten entwickelt allmählich eine Eigendynamik, die nicht mehr von den anfänglichen ätiologischen Bedingungen aufrechterhalten wird.

In diesem Zusammenhang ist auch denkbar, daß süchtiges Verhalten auf der Grundlage neurotischen Verhaltens entstanden sein kann (Streß induzierende Situation), unter der Berücksichtigung, daß das Hauptmerkmal einer Neurose (DSM III (R), vgl. DAVISON u. NEALE, 1984, S. 135) Angst ist. Verhaltensweisen oder Stoffe, die durch ihre besondere Eigenschaft, Angst oder Spannungszustände zu reduzieren, gekennzeichnet sind, besitzen möglicherweise ein starkes Suchtpotential.

Wird dagegen von Beginn an eher die Strategie b) eingeschlagen (z.B. Erwerb fehlender psychischer und sozialer Kompetenzen), dürfte eine umfassendere und dauerhaftere Bewältigung der Problemsituation möglich sein, wobei die Reduzierung der emotionalen Anspannungen und Ängste erst mittelbar erfolgt. Es wird

angenommen, daß es bei dieser Problemlösungsstrategie weniger wahrscheinlich ist, daß sich süchtiges Verhalten entwickelt.

Weitere umfangreiche empirische Untersuchungen dürften notwendig sein, um die These von der "mißglückten" Problemlösung als eine Bedingung für die Entstehung süchtigen Verhaltens zu überprüfen.

Zielsetzung der Arbeit war, Parallelen bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Alkoholismus und Anorexia/Bulimia nervosa aufzuzeigen, und daraus Schlußfolgerungen für die Behandlung dieser Eßstörungen zu ziehen. Der an einem Suchtmodell orientierte Therapieansatz bei Anorexia/Bulimia nervosa führte u.a. auch zu Abstinenzüberlegungen.

Zu Beginn der Arbeit wurden einige grobe Schätzungen zur Epidemiologie der daraufhin näher besprochenen Erkrankungen angeführt. Anfang der 80er Jahre wurden im Fachkrankenhaus für Suchtkranke verstärkt Patienten beobachtet, die zusätzlich zur stofflichen (toxischen) Suchterkrankung unter zum Teil sehr extremen anorektischen und bulimischen Eßverhaltensweisen litten. Bei diesen von intensivem Hungern und Diäthalten geprägten Eßstörungen wurden wesentliche Parallelen zur Alkoholabhängigkeit beobachtet.

Es wurde angenommen, daß nicht nur magersüchtiges, sondern auch bulimisches Verhalten in beträchtlichem Maße durch süchtiges Hungerverhalten aufrechterhalten wird. Folgende fundamentale Gemeinsamkeiten zwischen süchtigem Hungern und Alkoholismus (vgl. SMUKLER u. TANTAM, 1984) wurden als theoretische Vorüberlegungen dargestellt:

Alkoholtrinken und Diäthalten bzw. Hungern wird normalerweise unter bewußter Kontrolle und in Maßen ausgeübt. - Beide Verhaltensweisen (Intoxikation, Hungern) verändern den psychologischen und physiologischen Zustand. - Beide Verhaltensweisen werden zunächst als unangenehm und erst nach längerer Ausübung als angenehm wahrgenommen. - Die mit dem (Sucht-) Verhalten einhergehenden psychologischen Veränderungen, Reduzierung von Ängsten, Beruhigung, werden vom Subjekt erwünscht. -

Nach Etablierung der Abhängigkeit wird immer mehr die Kontrolle über die Ausübung des Trink- bzw. Hungerverhaltens verloren. Das Verhalten wirkt selbstzerstörerisch. Dennoch wird es nicht eingestellt, sondern bagatellisiert und geleugnet. - Zunehmende soziale Schwierigkeiten werden ignoriert. - Hilfsangebote werden zurückgewiesen, und es wird in Frage gestellt, daß überhaupt ein Problem existiert. Dieses Verhalten steht in starkem Kontrast zu den meisten neurotischen Störungen.

Nach diesen theoretischen Vorüberlegungen wurde die Ausgangsthese dieser Arbeit dahingehend präzisiert, daß von der Annahme eines am Alkoholismus orientierten "Abhängigkeitssyndroms vom Hungern" ausgegangen und zusätzlich postuliert wurde, daß dieser Abhängigkeitsphase eine Phase des Mißbrauchs der "drogenartigen Wirkung des Hungerns" vorausgeht. Die Untersuchung von Überschneidungen bei der Krankheitssymptomatik Alkoholismus/Eßstörungen in den letzten beiden Studien sollte Aufschlüsse über eine "Gefahr des Umsteigens" oder Austausches der Suchtmittel erbringen. Im Vergleich zu den beiden ersten Studien war hiervon eher eine indirekte Unterstützung für die Abhängigkeitsthese zu erwarten.

Es wurden vier Fragebogenstudien durchgeführt, die die Thesen eines Suchtmodells bei anorektischen und bulimischen Eßstörungen untersuchen sollten.

An EDWARDS (1986) und SMUKLER u. TANTAM (1984) angelehnt wurde in der I. Studie die These von dem süchtigen Hungerverhalten dahingehend konkretisiert, daß sieben Elemente eines Abhängigkeitssyndroms vom Hungern herausgearbeitet wurden, und auf dieser Grundlage aufbauend ein 31 Items umfassender Fragebogen (MA-SU) zur Selbsteinschätzung süchtigen Hungerverhaltens konstruiert wurde.

Die sieben Elemente lauteten:

1. Verengung des Eßrepertoires, 2. Der Vorrang des Essens, 3. Subjektive Wahrnehmung des Zwangs zu hungern, 4. Erhöhte Hungertoleranz, 5. Entzugserscheinungen durch Essen, 6. Der Status des Hungerns wird aufrechterhalten, um Entzugserscheinungen zu lindern oder gar nicht erst aufkommen zu lassen, 7. Rückfälligkeit. Die Untersuchungsergebnisse der ersten Studie entsprachen nicht nur voll den Erwartungen, daß Anorexia/Bulimia nervosa Patientinnen bedeutend höhere Werte als die Kontrollgruppen erzielten, und Anorektikerinnen außerdem signifikant höhere Werte im MA-SU (gesamt) erreichten als Bulimikerinnen, es zeigte sich außerdem, daß der MA-SU insgesamt über eine sehr hohe innere Konsistenz und Homogenität verfügte (Cronbachs Alpha = .98). Die Fragebogenstatistiken beim MA-SU, sowie auch beim nachfolgenden FU-HU, können durch die Heterogenität der Gesamtstichprobe mit beeinflußt sein.

Faktorenanalytisch wurde eine annähernd einfaktorielle Struktur ermittelt. Eine Diskriminanzanalyse zeigte, daß der MA-SU hochgradig zwischen eßgestörten und nicht eßgestörten Untersuchungsteilnehmern unterschied.

Die Annahme eines Abhängigkeitssyndroms vom Hungern konnte durch diese erste Studie eine erhebliche Unterstützung erfahren, so daß die Voraussetzung dazu gegeben war, in der II. Studie Faktoren des Einstiegs in süchtiges Verhalten zu erforschen.

Von der Fragestellung des süchtigen Hungerverhaltens abgetrennt wurde in der II. Studie die Problematik des Einstiegs in Hunger- und Diätverhalten. Es wurde angenommen, daß der Abhängigkeit eine Phase des Mißbrauchs vorausgeht, in der die drogenartige Wirkung des Hungerns zur Bewältigung psychischer und sozialer Konflikte und Belastungen eingesetzt wird.

Die Unterteilung in Erkrankungsphasen (Phase des Mißbrauchs, Phase der Abhängigkeit) führte zu jeweils unterschiedlichen therapeutischen Schlußfolgerungen. Im Mittelpunkt der II. Studie stand den Vorüberlegungen entsprechend die Untersuchung der drogenartigen Wirkung des Hungerns in der Phase des Mißbrauchs, wobei andere Motive für den Einstieg in Hunger- und Diätverhalten nicht ausgeschlossen werden sollten.

Es wurde ein 16 Items umfassender Selbsteinschätzungsfragebogen (FU-HU) zu insgesamt drei Themenbereichen konstruiert: 1. Drogenartige Wirkung des Hungerns, 2. Pro Weiblichkeit und gutes Aussehen, 3. Kontra Weiblichkeit. Damit andere Antwortalternativen nicht von vorneherein ausgeschlossen waren, wurde zusätzlich die Gelegenheit zur offenen Beantwortung gegeben.

Auch die Ergebnisse der II. Studie erfüllten voll die Erwartungen. Anorexia und Bulimia nervosa Patientinnen erzielten in der Kategorie "drogenartige Wirkung des Hungerns" bedeutend höhere Werte als die Kontrollgruppen. Dabei lagen die anorektischen Patientinnen sowohl beim vorangegangenen MA-SU (gesamt) als auch bei dieser 1. FU-HU Kategorie noch signifikant über den Bulimikerinnen, was darauf zurückgeführt werden kann, daß bei den Bulimikerinnen neben Hungerzuständen die Eßanfälle einen immer stärkeren Raum einnehmen und ebenfalls zur Aufrechterhaltung des gestörten Verhaltens beitragen. Auch der FU-HU (gesamt) wies eine hohe innere Konsistenz (Cronbachs Alpha = .89) auf, und es ließen sich faktorenanalytisch zwei inhaltlich wie folgt zu beschreibende Kategorien extrahieren: Drogenartige Wirkung des Hungerns und eine ablehnende Haltung gegenüber der eigenen Weiblichkeit (1) und eine positive Einstellung gegenüber der Weiblichkeit und einem guten Aussehen (2).

Die Ergebnisse zu den Antwortkategorien 2 und 3 des FU-HU "Pro-" und "Kontra-Weiblichkeit", bei denen anorektische und bulimische Patientinnen überraschend in beiden Kategorien höhere Werte aufwiesen als gesunde Kontrollpersonen, führten zu der Schlußfolgerung, daß es bei Anorexia/Bulimia nervosa Patientinnen, im Gegensatz zu den Kontrollgruppen, keine eindeutige Zustimmung oder Ablehnung gegenüber der eigenen Weiblichkeit und einem guten Aussehen gibt, sondern eher einen Konflikt zwischen vorhandenen Pro und Kontra Einstellungen. Da diese Schlußfolgerung auf Gruppenvergleichen begründet ist, kann sie nicht ungeprüft auf Einzelfälle übertragen werden.

Nur recht wenige Untersuchungsteilnehmer machten von der Möglichkeit Gebrauch, weitere Gründe für den Einstieg in Hunger- und Diätverhalten in einer offenen Beantwortung darzulegen. Die Interpretationsmöglichkeiten dieser Daten waren deshalb stark eingeschränkt. Dennoch ließen sich Hinweise dafür finden, daß Anorexia/Bulimia nervosa Patientinnen Hungern und Diätverhalten stärker zur Bewältigung psychischer und sozialer Konflikte einsetzten, während die Kontrollpersonen eher Schönheitsideale zu verwirklichen und Wohlbefinden zu steigern suchten. Die Ergebnisse der Anorexia/Bulimia nervosa Patientinnen in der offenen Beantwortung stützen damit die These vom mißbräuchlichen Umgang mit dem Diät- und Hungerverhalten.

Insgesamt konnten die beiden ersten Studien eine erhebliche Bestätigung für die These vom süchtigen Hungerverhalten und der drogenartigen Wirkung des Hungerns bei Anorexia/Bulimia nervosa Patientinnen erbringen.

Wenn es starke Parallelen bei der Entstehung (Phase des Mißbrauchs) und Aufrechterhaltung (Phase der Abhängig-

keit) zwischen Alkoholismus und Anorexia/Bulimia nervosa gibt, so sollte dies möglicherweise auch dadurch zum Ausdruck kommen, daß verstärkt Überschneidungen bei den Krankheitssymptomen auftreten.

Dies bedeutet, daß sich 1. bei den Alkoholikern (und anderen Suchtkranken) häufiger als in der Normalpopulation Eßstörungen und damit zusammenhängende Körperwahrnehmungsstörungen nachweisen lassen, und umgekehrt sich 2. bei eßgestörten Patientinnen eine höhere Alkoholgefährdung (oder Medikamentenproblematik) zeigt als bei normalen Kontrollpersonen.

Es wurde in diesem Zusammenhang von einer häufig zu beobachtenden Gefahr des Austausches der Suchtmittel, des "Umsteigens", berichtet (Alkoholismus --> Eßstörungen und Eßstörungen --> Alkoholismus).

In der III. Studie wurden mittels standardisierter Fragebögen zu gestörtem Eßverhalten (EAT, EDI) und zu Körperwahrnehmungsstörungen (BAT) stationär zur Behandlung aufgenommene Alkoholiker und andere Suchtkranke sowie gesunde Kontrollpersonen (Studenten und Pflegeschülerinnen) untersucht. Partiiell konnten sich die zuvor gestellten Erwartungen bestätigen. Beim BAT hatten Alkoholikerinnen und Studentinnen höhere Werte als zum Vergleich herangezogene Normalpersonen aus der Literatur. Die Alkoholikerinnen und Studentinnen befanden sich mit ihren Werten überwiegend zwischen den Normalpersonen und den Eßgestörten-Normwerten aus der Literatur. Für die Ergebnisse der Studentinnen ist möglicherweise der höhere soziale Status der Studentenfamilien, im Vergleich zur Normalpopulation, verantwortlich, der von vielen Autoren als ein Anzeichen für verstärktes Auftreten von Eßstörungen angesehen wird. Alkoholikerinnen unterscheiden sich beim BAT jedoch signifikant von der Kontrollgruppe der Pflegeschülerinnen.

Beim EDI gesamt ergaben sich zunächst auch signifikant höhere Werte der Alkoholikergruppen gegenüber den Kontrollgruppen der Studenten.

Eine genauere Betrachtung der Mittelwertunterschiede bei den EDI Subskalen 1-8 führte jedoch zu der Schlußfolgerung, daß die signifikanten Unterschiede des EDI gesamt in erster Linie auf die Subskalen 4-8 zurückzuführen sind, die psychopathologische Eigenschaften der Eßstörungen erfassen und nicht Eß- bzw. Körperschemastörungen (Subskalen 1-3). Eine Ausnahme machten die männlichen Alkoholiker, die bei der 1. Skala signifikant höhere Werte erzielten als männliche Studenten. In diesem Zusammenhang wiesen COOPER et al. (1985) nach, daß Psychiatriepatientinnen mit anderen psychischen Störungen bei den Subskalen 4, 6, 7 und 8 ebenfalls signifikant höhere Werte erzielten als gesunde Kontrollpersonen. Es ließen sich aus dieser Untersuchung beträchtliche Zweifel an der Annahme GARNER et al.'s (1983) ableiten, es handle sich bei den Skalen 4-8 um eine spezifische Psychopathologie bei Eßgestörten.

Bei einem Vergleich der EDI Untersuchungsergebnisse aus der Studie III mit gesunden (deutschsprachigen) Kontrollpersonen aus der Literatur ergaben sich jedoch auch signifikant höhere Werte für Suchtkranke bei den Subskalen 1-2, die Eß- bzw. Körperschemastörungen erfassen:

Die Alkoholikerinnen hatten signifikant höhere Werte bei der Subskala "Bulimie" (2), die männlichen Alkoholiker höhere Werte bei "Drang dünn zu sein" (1) und Drogenabhängige erzielten bei diesen beiden Subskalen höhere Werte.

Ein Vergleich der EAT Werte von Suchtkranken und gesunden Kontrollpersonen (Studenten, Pflegeschülerinnen) brachte nicht die erwarteten Unterschiede.

Vergleiche der Untersuchungsdaten des EAT mit EAT-Normwerten aus angelsächsischen Ländern bestätigen frühere Ergebnisse von STEINHAUSEN (1984), daß es möglicherweise kulturelle Unterschiede gibt, die zur Folge haben, daß deutsche Normalpersonen, und in diesem Falle auch Suchtkranke, mit ihren Werten unter denen von angelsächsischen Normalpersonen liegen. Ähnliche Ergebnisse fand er auch für deutsche Anorexia nervosa Patientinnen.

Die Ergebnisse dieser III. Studie wären möglicherweise deutlicher ausgefallen, wenn die (ausreichend großen) Kontrollgruppen den stationär untergebrachten Suchtkranken vom sozialen Status her stärker angeglichen gewesen wären.

Die Ergebnisse der IV. Studie, in der eßgestörten Patientinnen ein Alkoholismusfragebogen (MALT-S) vorgelegt wurde, brachten dann sehr hohe Werte einer Alkoholgefährdung von anorektischen (22%) und bulimischen (17%) Patientinnen. Wurden dann Patientinnen mit Medikamentenproblemen hinzugezogen, so hatten 51% der Anorexia nervosa und 37% der Bulimia nervosa Patientinnen Alkohol- und/oder Medikamentenprobleme.

Insgesamt konnten durch die Studie III partielle und durch die Studie IV beträchtliche Überschneidungen der Krankheitssymptome von Alkoholabhängigkeit bzw. Alkoholgefährdung und Anorexia/Bulimia nervosa nachgewiesen werden. Dies unterstützt bisherige Beobachtungen, daß die Gefahr des Austausches der Suchtmittel besteht. Die Ergebnisse der Studien III und IV stellen im Vergleich zu den ersten beiden Studien eher eine indirekte Unterstützung für die Annahme einer gemeinsamen Abhängigkeitsstruktur (Phase des Mißbrauchs, der Abhängigkeit) bei Alkoholismus und Anorexia/Bulimia nervosa dar.

Im Anschluß an die vorangegangenen Studien wurden durch Korrelationsstudien Zusammenhänge zwischen den unterschiedlichen Meßinstrumenten und den zusätzlich erfaßten Daten über das Alter und Gewicht untersucht. MA-SU und FU-HU korrelierten (signifikant) negativ mit dem Alter und Gewicht, während die standardisierten Testverfahren EAT, EDI und BAT positiv mit beiden Faktoren korrelierten. Möglicherweise geht mit zunehmendem Alter, und auch Gewicht, der Einsatz von Hungern als Droge zurück, während Probleme im Zusammenhang mit übermäßigem Essen zunehmen. Ein hoher positiver Zusammenhang (.86) ist zwischen MA-SU und FU-HU festzustellen, während die Zusammenhänge zwischen BAT, EDI und EAT mit diesen Meßinstrumenten ebenfalls signifikant positiv, aber schwächer, sind.

Die Überlegungen zum Abhängigkeitsmodell (Phase des Mißbrauchs und der Abhängigkeit) bei anorektischen und bulimischen Eßstörungen zu Grunde legend, wurden bei den dann folgenden therapeutischen Schlußfolgerungen insbesondere Faktoren der Motivation und Rückfälligkeit betont. Bei der Behandlung der Eßstörungen ist, parallel zu "stofflichen" Abhängigkeiten, eine bestimmte Reihenfolge der Therapieziele einzuhalten:

Entzug des Suchtmittels und Motivation zu einer umfassenden Behandlung (1), Schaffung einer dauerhaften Krankheitseinsicht und Abstinenz (2), um Rückfälle in altes Hungerverhalten zu vermeiden. Rückfälligkeit kann durch erneutes "Experimentieren" mit Diäten oder durch übermäßiges Essen und Eßanfälle in Gang gesetzt werden, und es kann dabei in kürzester Zeit wieder die gesamte Symptomatik des Abhängigkeitssyndroms wirksam werden. Erst wenn in diesen Bereichen ausreichend Fortschritte erzielt worden sind, können tieferliegende Ursachen der

Krankheitsentwicklung erfolgreich aufgearbeitet werden (3), wodurch eine dauerhafte Stabilisierung des Suchtkranken, Regulierung des Eßverhaltens und Gewichts, erreicht werden kann.

Im letzten Kapitel wurde unter dem Begriff der "mißglückten Problemlösung" darüber spekuliert, ob es eine besondere (Problem-) Bewältigungsstrategie gibt, die den Einstieg in süchtiges Verhalten fördern kann. Eine "direkte Reduktion" von latent vorhandenen Ängsten und anderen emotionalen Belastungen, die durch besonders dafür "geeignete" Stoffe (z.B. Alkohol-, Drogen) oder Verhaltensweisen (z.B. Hungern) geschieht, ohne die dafür verantwortlichen Ursachen (zum Beispiel fehlende Kompetenzen zur Bewältigung des alltäglichen Lebens) aufzuarbeiten, wird als besonders gefährdend angenommen.

Zur weiteren Überprüfung der in dieser Arbeit vertretenen Thesen zu den Gemeinsamkeiten bei der Genese und dem therapeutischen Vorgehen bei Alkoholismus und Anorexia/Bulimia nervosa wäre es notwendig, Untersuchungen mit dem MA-SU und FU-HU zu replizieren.

In diesem Zusammenhang ist abschließend zu erwähnen, daß in den ersten beiden Studien mit dem MA-SU und FU-HU (s. Anhang Nr. 3 und 6) keine signifikant höheren Werte bei den Alkoholikerinnen gegenüber der Kontrollgruppe der Studentinnen gemessen wurden, wohl aber, beim MA-SU (gesamt), gegenüber den Pflegeschülerinnen. Möglicherweise ist für die (vergleichsweise älteren) Alkoholikerinnen die Gefahr, "Hungern als Droge" einzusetzen, geringer als, Probleme mit übermäßigem Essen zu entwickeln. Um über das Eßverhalten der Alkoholiker/innen deutlichere Ergebnisse zu erhalten, sollten unter Hinzuziehung weiterer Testverfahren Untersuchungen stattfinden, die unterschiedliche Altersstichproben berücksichtigen und den sozialen Status einbeziehen.

Die empirische Überprüfung der Effektivität des unter dem Suchtaspekt entwickelten therapeutischen Vorgehens wäre ein weiterer notwendiger Schritt.

Literaturverzeichnis

- AGRAS, W.St. u. KRAEMER, H.C. The Treatment of Anorexia: Do Different Treatments Have Different Outcomes? *Psychiatric Annals* 13:12/Dec. 1983, 928-935
- ANTONS, K. u. SCHULZ, W. Normales Trinken und Suchtentwicklung. Bd. 1. Göttingen:Hogrefe,1981 (2. Aufl.)
Bd. 2. Göttingen:Hogrefe,1977
- BACHMANN, M. u. RÖHR, H.-P. Alkoholismus-Eßsucht-Magersucht. Ein Vergleich. *Psychother. med. Psychol.* 33,1983,111-116 (a)
- BACHMANN, M. u. RÖHR, H.-P. A speculative illness model of over-eating and anorexia nervosa. *Psychological Reports* 53,1983, 831-838 (b)
- BACHMANN, M. Süchtiges Verhalten und Eßstörungen. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Ambulante und stationäre Behandlung. Freiburg:Lambertus,1985,41-61
- BACHMANN, M. Spielsucht: Krankheitsmodell, Therapiekonzept und stationäre Behandlungsergebnisse. *Suchtgefahren* 35,1989,56-63
- BACKHAUS, K., ERICHSON, B., PLINKE, W., SCHUCHARD-FICHER, Chr., WEIBER, R. Multivariate Analysemethoden. Berlin:Springer,1989
- BARLOW, D.H., HAYES, S.C., NELSON, R.O. *The Scientist Practitioner*. New York:Pergamon Press,1984
- BARRETT, J. Case Identification for Category Validation: The Challenge of Disorder-Specific Assessment. *Comprehensive Psychiatry* 27,2,1986,81-100
- BARRY, V. u. KLAWANS, H. On the role of dopamine in the pathophysiology of anorexia nervosa. *Journal of Neurological Transmission* 38,1976,107-122
- BAUER, F. Datenanalyse mit SPSS. Berlin:Springer,1986
- BECHT, W. Behandlungskonzepte im stationären Bereich bei jugendlichen anorektischen Patienten. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985
- BEMIS, K.M. Current Approaches to the Etiology and Treatment of Anorexia nervosa. *Psychological Bulletin* 85,3,1978,593-617
- BIEBL, W. u. KINZL, J. Beziehungsstörung, Neurose und Körper behandeln. *Sexualmedizin* 11,1989,508-514
- BOCHNIK, H.J., GÄRTNER-HUTH, C. u. RICHTBERG, W. *Psychiatrie lernen*. Erlangen:perimed,1986
- BRAND-JACOBI, J. Bulimia nervosa: Ein Syndrom süchtigen Eßverhaltens. *Psychother. med. Psychol.* 34,1984,151-160 (a)
- BRAND-JACOBI, J. Die Klassifikation von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa als Syndrome gestörten Eßverhaltens. *Akt. Ernährungsmedizin* 9,1984,20-24 (b)
- BRUCH, H. Anorexia Nervosa. *International Encyclopedia of Psychiatry, Psychology, Psychoanalysis and Neurology* 2,1977,47-50
- BRUCH, H. *Eating Disorders*. London:Routledge & Kegan Paul,1980, (2. Aufl., amerikan. Erstausgabe 1973)
- BRUCH, H. Anorexia Nervosa: Therapy and Theory. *Am. J. Psychiatry* 139,1982,1531-1538
- BRUCH, H. Treatment in Anorexia Nervosa. *International Journal of Psychoanalytic Psychotherapy* 9,1982-83,303-312

- BRUCH, H. Der goldene Käfig: Das Rätsel der Magersucht. Frankfurt a. M.:Fischer,1988 (Neuaufll., dt. Ausgabe 1980, amerik. Originalausg. 1978)
- BRUCH, H. Das verhungerte Selbst: Gespräche mit Magersüchtigen. Frankfurt a. M.:Fischer,1990
- BRUMBERG, J.J. "Fasting Girls": Reflections on writing the history of anorexia nervosa. Monographs of the Society for Research in Child Development 50,1986,93-104
- BRYANT, R. u. BATES, B. Anorexia nervosa: aetiological theories and treatment methods. Journal of Adolescence 8,1985,93-103
- CAFFARY, A.R. Anorexia and Bulimia - The maladjusting coping strategies of the 80s. Psychology in the Schools 24,1987,45-48
- CARTER, P.I. u. MOSS, R.A. Screening for Anorexia and Bulimia nervosa in a College Population: Problems and Limitations. Addictive Behaviors 9,1984,417-419
- COCHE, J. Diagnose und Behandlung adipöser Patienten. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,63-72
- COOPER, Z., COOPER, P.J. u. FAIRBURN, C.G. The specificity of the Eating Disorder Inventory. British Journal of Clinical Psychology 24,1985,129-130
- CRISP, A.H., PALMER, R.L. u. KALUCY, R.S. How common is Anorexia nervosa? A Prevalence Study. Brit. Journal of Psychiatry 128, 1976,549-554
- CRISP, A.H. Psychological aspects of some disorders of weight. In HILL, O.W. (Hg.) Modern Trends in Psychosomatic Medicine 2. London,1970,124-146
- CSEF, H. Anorexia nervosa mit Erstmanifestation im Erwachsenenalter - Unterschiede zur Pubertätsmagersucht und therapeutische Konsequenzen. Psychother. med. Psychol. 37,1987,301-311
- DAVISON, G.C. u. NEALE, J.M. Klinische Psychologie. München:Urban & Schwarzenberg,1984
- DHS, Deutsche Hauptstelle gegen die Suchtgefahren, Jahrbuch 1990 zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg:Neuland,1989
- Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, DSM-III (R), Revision: Deutsche Bearbeitg. u. Einführg.: WITTCHEN, H.-U., SASS, H., ZAUDING, M., KOEHLER, K., Weinheim: Beltz,1989
- DÖRNER, K. u. PLOG, U. Irren ist menschlich: Oder Lehrbuch der Psychiatrie/Psychotherapie. Wunstorf:Psychiatrie Vlg.,1978
- DONOHUE, Th.P. Stress-induced Anorexia: Implications for Anorexia nervosa. Life Sciences 34,1984,203-218
- EDWARDS, G. u. GROSS, M.M. Alcohol dependence: provisional description of a clinical syndrome. Brit. Medical Journal 1, 1976,1058-1061
- EDWARDS, G. u. GRANT, M. Alcoholism. London:Croom Helm,1977
- EDWARDS, G. Arbeit mit Alkoholkranken. Weinheim:Beltz,1986
- EHLE, G. u. OTT, J. Anorexia nervosa - Ein klinischer Beitrag zum psychosomatischen Problem. In HESS, H. et al. (Hg.) Psychotherapie - Integration und Spezialisierung. Leipzig: Thieme, 1980,72-81
- EISLER, I. u. SZMUKLER, G.I. Social class as a confounding variable in the Eating Attitudes Test. J. psychiat. Res. 19,1985 171-176

- FEIEREIS, H. Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München:Marseille Vlg.,1989
- FEUERLEIN,W., KÜFNER,H., RINGER,Ch. u. ANTONS,K. Kurzfragebogen für Alkoholgefährdete (KFA). Arch. Psychiat. Nervenkr. 222, 1976,139-152
- FEUERLEIN, W. u. KÜFNER, H. Alkoholkonsum, Alkoholmißbrauch und subjektives Befinden: Eine Repräsentativerhebung in der Bundesrepublik Deutschland. Arch. Psychiat. Nervenkr. 224,1977, 98-106 (a)
- FEUERLEIN,W., RINGER,Ch., KÜFNER,H., ANTONS,K. Diagnose des Alkoholismus. Der Münchner Alkoholismustest (MALT). Münch. med. Wschr. 119,1977,1275-1282 (b)
- FEUERLEIN,W., KÜFNER,H., RINGER,Ch., ANTONS,K. MALT - Münchner Alkoholismustest. Weinheim:Beltz,1979 (a)
- FEUERLEIN, W. Alkoholismus - Mißbrauch und Abhängigkeit. Stuttgart:Thieme,1979 (b)
- FICHTER, M.M. Klinische Verlaufsuntersuchungen zur Verhaltenstherapie der Pubertätsmagersucht. In Klinische Psychologie und Psychotherapie (3), Kongreßbericht dgvt, GwG. Berlin,1980, 267-276
- FICHTER, M.M. u. KEESER, W. Das Anorexia-nervosa-Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS). Arch. Psychiat. Nervenkr. 228,1980, 67-89
- FICHTER, M.M. Magersucht und Bulimia. Berlin:Springer,1985
- FICHTER, M.M., PIRKE, K.-M. u. HOLSBOER, F. Weight loss causes neuroendocrine disturbances: experimental study in healthy starving subjects. Psychiatry Research 17,1986,61-72
- FRANKE, A. Klientenzentrierte Psychotherapie bei Anorexia nervosa. In Klinische Psychologie und Psychotherapie (3), Kongreßbericht dgvt, GwG. Berlin,1980,227-285
- GABRIEL, E. u. KRATZMANN,E. Die Süchtigkeit. Hamburg:Neuland,1979 (Neuaufll., 1. Aufl. Berlin 1936)
- GARFINKEL, P.E. u. GARNER, D.M. Anorexia nervosa. New York:Bruner/Mazel,1982
- GARNER, D.M. u. GARFINKEL, P.E. The Eating Attitudes Test: an index of symptoms of anorexia nervosa. Psychological Medicine 9,1979,273-279
- GARNER, D.M. u. GARFINKEL, P.E. Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychological Medicine 10, 1980,647-656
- GARNER, D.M., OLMSTEAD, M.P., BOHR, Y. u. GARFINKEL, P.: The Eating Attitudes Test: Psychometric features and clinical correlates. Psychological Medicine 12,1982,871-878
- GARNER, D.M., OLMSTEAD, M.P., POLVY, J. Development und validation of a multidimensional Eating Disorder Inventory for anorexia nervosa and bulimia. Internat. Journal of Eating Disorders 2, 1983,15-34
- GARNER,D.M., OLMSTEAD,M.P., POLIVY,J. u. GARFINKEL,P.E. Comparison between weight-preoccupied women and anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine 46,1984,255-266
- GARNER,D.M., GARFINKEL,P.E. u. O'SHAUGHNESSY,M. The validity of the distinction between bulimia with and without anorexia nervosa. Am. J. Psychiatry 142,1985,581-587

- GARNER, D.M. u. GARFINKEL, P.E. (Hg.) Handbook of Psychotherapy for Anorexia Nervosa and Bulimia. New York:Guilford,1985
- GARNER, D.M. Cognitive-behavioral therapy for eating disorders. The Clinical Psychologist, Spring 1986, 36-39
- GEIER, R. Stationäre Behandlung von Patientinnen mit Eß-Störungen und gleichzeitiger Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,153-155
- GERLINGHOFF, M. u. PLOOG, D. Anorexia nervosa und Bulimie - Eine mehrdimensionale stationäre Psychotherapie. Psychother. med. Psychol. 37,1987,312-316
- GERLINGHOFF, M., ANGENENDT, J. u. STEIDLE, B. Stationäre Kurztherapie Anorexia und Bulimia nervosa. Psycho 14,1988,506-514
- GOLD, M.S. u. STERNBACH, H.A. Endorphins in obesity and in the regulation of appetite and weight. Integrative Psychiatry, Nov. 1984,203-207
- GORENC, K.-D., FEUERLEIN, W., NADELSTICHER, A., PACURUCU, S. u. KÜFNER, H. Die Alkoholdiagnose mit dem Münchner Alkoholismustest (MALT) in Ecuador: Vergleich mit den Ergebnissen der deutschen Studie. Suchtgefahren 31,1985,155-165
- GROSS, W. Stoffungebundene Suchtformen. In DHS (Hg.) Jahrbuch 1990 zur Frage der Suchtgefahren. Hamburg:Neuland,1989,195-222
- HABERMAS, T., NEUREITHER, U., MÜLLER, M. u. HORCH, U. Ist die Bulimie eine Sucht? Zur Verlaufsdynamik der symptomzentrierten Bulimiebehandlung. Prax. Psychother. Psychosom. 32,1987,137-146
- HALMI, K.A. Advances in Anorexia nervosa. Advances in Developmental and Behavioral Pediatrics 4,1983,1-23
- HÄNSEL, D. Eß-Störungen. Die Bedeutung des Problems, Übersicht zu den Erscheinungsbildern. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,11-40
- HELLHAMMER, D. Psychobiologische Ansätze bei der Anorexia nervosa. In MEERMANN, R. (Hg.) Anorexia nervosa. Stuttgart:Enke,1981,43-55
- HENZEL, H.A. Diagnosing Alcoholism in Patients with Anorexia Nervosa. Am. J. Drug Alcohol Abuse 10 (3),1984,461-466
- HÖLZLE, Chr. Bulimie - und klientenzentrierte Psychotherapie? Zeitschr. für personenzentrierte Psychol. u. Psychother. 5, 1986,457-463
- IDRIS, E. Bulimie und Anorexie - Formen der Sucht. Selecta,19, 1984,1644-1655
- INBODY, D.R. u. JONES ELLIS, J. Group Therapy with Anorexic and Bulimic Patients: Implications for Therapeutic Intervention. Am. J. Psychotherapy 34,3,1985,411-420
- JAMPALA, V.Ch. Anorexia nervosa: a variant form of affective disorder? Psychiatric Annals 15:12,1985,698-704
- JELLINEK, E.M. The Disease Concept of Alcoholism. New Haven:College and University Press,1972 (5. Aufl., 1. Aufl. 1960)
- JONAS, A.D. Aus dem Rahmen üblicher Erklärungen fallende Syndrome der Anorexie. Prax. Psychother. Psychosom. 28,1983,67-71
- JONES, D.A., CHESHIRE, N. u. MOORHOUSE, H. Anorexia nervosa, bulimia and alcoholism - association of eating disorder and alcohol. J. psychiatr. Res. 19,1985,377-380
- KAYE, W.H. Eating disorders: too little or too much. Biol. Psychiatry 20,1985,233-234

- KIESELBACH, D. Bulimarexie als zusätzliche Sucht bei alkohol- und/oder medikamentenabhängigen Frauen. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,93-110
- KLESSMANN, E. u. H.-A. Anorexia nervosa - eine therapeutische Beziehungsfalle? Praxis der Kinderpsychologie 32,1983,257-261
- KOG, E. und VANDEREYCKEN, W. Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: a review of the research literature. Clinical Psychology Review 5,1985,159-180
- KREBS, B. Psychodrama in der Behandlung von Eß-Süchtigen. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,111-117
- LANGLOTZ-WEIS, M. Die Behandlung bulimarektischer und anorektischer Patienten im stationären Bereich. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,73-76
- LANGSDORFF, M. Die heimliche Sucht, unheimlich zu essen. Frankfurt a. M.:Fischer,1985
- LAROCCA, F.E.F. An Inpatient Model for the Treatment of Eating Disorders. Psychiatric Clinics of North America 7,1984,287-298
- LAURITZEN, Ch. Die Anorexia mentalis. gynäkol. prax. 9,1985,319-326
- LAZARUS, A.A. The Practice of Multimodal Therapy. New York:Mc Graw-Hill,1981
- LERNER, H.D. Current developments in the psychoanalytic psychotherapy of anorexia and bulimia nervosa. The Clinical Psychologist, Spring 1986,39-43
- MAC DONALD, L., ALTROWS, I.F. u. Mc HUGH, H.A. Multimodal Residential Treatment for a Multiproblem Adolescent. Child Care Quarterly 14, Fall 1985,190-197
- MEERMANN, R. (Hg.) Anorexia nervosa. Ursachen und Behandlung. Stuttgart:Enke,1981
- MEERMANN, R. u. FICHTER, M.M. Störungen des Körperschemas (Body Image) bei psychischen Krankheiten - Methodik und experimentelle Ergebnisse bei Anorexia nervosa. Psychother. med. Psychol. 32,1982,162-169
- MEERMANN, R. u. VANDEREYCKEN, W. Some Considerations on the Behavioral Treatment of Chronic Weight Disorders. Scandinavian Journal of Behaviour Therapy 14,1985,73-80
- MEERMANN, R., VANDEREYCKEN, W. u. NAPIERSKI, C. Methodological problems of body image research in anorexia nervosa patients. Acta psychiat. belg. 86,1986,42-51
- MEERMANN, R. u. VANDEREYCKEN, W. Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. Berlin:de Gruyter,1987
- MENNELL, S. Über die Zivilisierung der Eßlust. Zeitschr. f. Soziologie 15,1986,406-421
- MESTER, H. Die Anorexia nervosa. Berlin:Springer,1981
- MILKMAN, H. u. SUNDERWIRTH, S. Addictive Processes. Journal of Psychoactive Drugs 14,1982,177-192
- MILKMAN, H., WEINER, S.E. u. SUNDERWIRTH, S. Addiction Relapse. The Addictive Behaviors,1984,119-134
- MILKMAN, H. u. SUNDERWIRTH, S. Warum werden wir süchtig? Psychologie heute, Feb. 1984,34-40
- MINUCHIN, S. u. FISHMAN, H.C. Praxis der strukturellen Familientherapie. Freiburg:Lambertus,1983

- MORGAN, H.G. Invited Review. Functional Vomiting. Journal of Psychosomatic Research 29,1985,341-352
- O'KEEFE, E.J. u. CASTALDO, C. Multimodal Therapy for Anorexia Nervosa: An Holistic Approach to Treatment. Psychotherapy in Private Practice 3, Summer 1985,19-29
- ORBACH, S. Hungerstreik. Düsseldorf:Econ,1987
- ORBACH, S. Anti-Diätbuch. München:Frauenoffensive,1988 (14. Aufl., 1. Aufl. 1979)
- ORBACH, S. Antidiätbuch II. München:Frauenoffensive,1989 (7. Aufl., 1. Aufl. 1984)
- OWEN, W.P., HALMI, K.A., GIBBS, J. u. SMITH, G.P. Satiety Responses in Eating Disorders. J. psychiat. Res. 19,1985,279-284
- PAUL, Th. Zur Heterogenität des Krankheitsbildes der Bulimia Nervosa. Zeitschr. f. Klinische Psychologie 16,1987,99-114
- PAUL, Th., BRAND-JACOBI, J., PUDEL, V. Bulimia nervosa. Münch. med. Wschr. 126,1984,614-618
- PIAZZA, E., ROLLINS, N. u. LEWIS, F.S. Measuring severity and change in anorexia nervosa. Adolescence 18,Summer1983,293-305
- PIRKE, K.M. Diät und Störungen des Menstruationszyklus. Münch. med. Wschr. 129,1987,913-914
- PORR, Th.W. Alkoholkrankheit und Mutterschaft. In MAJEWSKI, F. (Hg.) Die Alkohol-Embryopathie. Frankfurt a.M.:Umwelt & Medizin,1987,166-172
- PRICE, W.A., GIANNI, A.J. u. COLELLA, J. Anorexia Nervosa in the Elderly. Journal of the American Geriatrics Society 33,3,1985, 213-215
- PRICE, W.A., BABAI, M.R. u. TOREM, M.S. Anorexia Nervosa in Later Life. Hillside Journal of Clinical Psychiatry 8, Fall/Winter 1986,144-151
- PROBST, M. et al. Toelichting bij de Lichaams-Attitude-Vragenlijst (L.A.V.). Unveröffentlichtes Manuskript, U.P.C. Kortenberg,1990
- PROBST, M., VAN COPPENOLLE, H., VANDEREYCKEN, W., MEERMANN, R. Zur Evaluation der Körperbild-Wahrnehmung bei Patienten mit Anorexia nervosa. Psychiatr. Prax. 17,1990,115-120
- PUDEL, V. u. BECKER, K. Denkfehler im Schlaraffenland. Psychologie heute, Dez. 1989,29-33
- RAMPLING, D. Ascetic Ideals And Anorexia Nervosa. J. psychiat. Res. 19,2,1985,89-94
- RITZMAN, Th.A. Anorexia Nervosa: A Diagnosis and a Cure. Medical Hypnoanalysis, Oct. 1983,145-159
- RUBEL, J.A. The Function of Self-Help Groups in Recovery from Anorexia Nervosa and Bulimia. Psychiatric Clinics of North America 7,2,1984,381-394
- RUSSELL, G. Bulimia Nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine 9,1979,429-448
- SCHMIDT, G. Familientherapie bei Patienten mit Eßstörungen, insbesondere bei Anorexia nervosa. In BRAKHOF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,119-129
- SCHMITT, G.M. Psychotherapie der Pubertätsmagersucht aus der Sicht kognitiver Theorien. Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat. 34,1985,176-182
- SCHWERING, R. u. WÄLDER, L. Eß-Sucht und ihre Behandlung. In BRAKHOF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,145-151

- SCOTT, D.W. Alcohol and Food Abuse: Some Comparisons. Brit. Journal of Addiction 78,1983,339-349
- SEIFERT, Th. u. LOOS, G. Matriarchaler Raum und Lebensrealität. Prax. Psychother. Psychosom. 32,1987,154-162
- SELVINI PALAZZOLI, M. Self-Starvation. London:Chaucer,1974 (Ital. Erstausgabe 1963)
- SELVINI PALAZZOLI, M. Anorexia nervosa: A syndrome of the affluent society. Journal of Strategic and Systemic Therapies 4, 1985,12-16
- SINNETT, E.R., JUDD, B. u. OLSON, M.A. Food, Drugs and Alcohol - A common temporal pattern of use. Perceptual and Motor Skills 57, 1983,375-379
- SPANG-FITZEK, M. u. SCHWENKMEZGER, P. Bulimie bei Männern - eine kontrollierte Fallstudie. Psychother. med. Psychol. 38,1988, 318-323
- STEINHAUSEN, H.-Ch. Transcultural Comparison of Eating Attitudes in Young Females and Anorectic Patients. Eur. Arch. Psychiatr. Neurol. Sci. 234,1984,198-201
- STEINHAUSEN, H.-Ch. u. GLANVILLE, K. Der langfristige Verlauf der Anorexia nervosa. Nervenarzt 55,1984,236-248
- SZMUKLER, G.I. u. TANTAM, D. Anorexia nervosa: Starvation dependence. Brit. Journal of Medical Psychology 57,1984,303-310
- SZMUKLER, G.I., EISLER, I., GILLIES, C. u. HAYWARD, M.E. The implications of anorexia nervosa in a ballet school. J. psychiat. Res. 19,1985,177-181
- SZMUKLER, G.I., Mc CANCE, C., Mc CRONE, L. u. HUNTER, D. Anorexia nervosa: a psychiatric case register study from Aberdeen. Psychological Medicine 16,1986,49-58
- THARANG, A. Gruppentherapie mit Bulimarektikerinnen. In BRAKHOFF, J. (Hg.) Eßstörungen. Freiburg:Lambertus,1985,135-144
- THIEL, A. u. PAUL, Th. Entwicklung einer deutschsprachigen Version des Eating-Disorder-Inventory (EDI). Zeitschrift für Differentielle u. Diagnost. Psychologie 9,1988,267-278
- THOMAS, J.P. u. SZMUKLER, G.I. Anorexia Nervosa in Patients of Afro-Caribbean Extraction. Brit. Journal of Psychiatry 146, 1985,653-656
- TRUBE-BECKER, E. Epidemiologie der Alkoholkrankheit, speziell bei Frauen in der Bundesrepublik Deutschland. In MAJEWSKI, F. (Hg.) Die Alkohol-Embryopathie. Frankfurt a.M.:Umwelt & Medizin, 1987,23-31
- VAN COPPENOLLE, H., VANDEREYCKEN, W., PIERLOOT, R. u. DEPREITERE, L. Constructie van een vragenlijst over lichaamsbeleving bij anorexia nervosa patienten. Beweging & Hulpverlening,1,1984, 42-60
- VAN DEN BROUCKE, S. u. VANDEREYCKEN, W. Risk factors for the development of eating disorders in adolescent exchange students: an exploratory survey. Journal of Adolescence 9,1986,145-150
- VANDEREYCKEN, W. u. VANDERLINDEN, J. Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. Int'l Journal of Eating Disorders 2, Summer 1983,101-107
- VANDEREYCKEN, W. u. MEERMANN, R. Anorexia nervosa: is prevention possible? Int'l J. Psychiatry in Medicine 14,1984,191-205

- VANDEREYCKEN, W. Inpatient treatment of anorexia nervosa: some research-guided changes. J. psychiat. Res. 19,1985,413-422
- VANDEREYCKEN, W. Anorexia Nervosa and Visual Impairment. Comprehensive Psychiatry 27,6,1986,545-548
- VANDERLINDEN, J. u. VANDEREYCKEN, W. Directive Family Therapy in Adult Patients with Severe or Chronic Anorexia Nervosa. Int'l Journal of Family Psychiatr. 5,1984,267-280
- VOGT, I. Ätiologie der Alkoholkrankheit bei Frauen: Sozialpsychologische Aspekte. In MAJEWSKI, F. (Hg.) Die Alkohol-Embryopathie. Frankfurt a.M.:Umwelt & Medizin,1987,32-39

Verzeichnis der Abbildungen

1: Multifaktorielle Verursachung.....	19
2: Untersuchungsgruppen.....	41
3: Prozentuale Abweichung vom Normalgewicht.....	45
4: Prozentuale Abweichung vom Idealgewicht.....	46
5: MA-SU Gesamt-Mittelwerte.....	51
6: MA-SU Unterskala: Die Verengung des Eßrepertoires.....	57
7: MA-SU Unterskala: Vorrang des Essens.....	58
8: MA-SU Unterskala: Subjektive Wahrnehmung des Zwangs zu hungern.....	60
9: MA-SU Unterskala: Erhöhte Hungertoleranz.....	62
10: MA-SU Unterskala: Entzugerscheinungen durch Essen.....	63
11: MA-SU Unterskala: Hungern, um den Entzugerscheinungen zu entgehen.....	64
12: MA-SU Unterskala: Rückfälligkeit.....	65
13: Mißbrauch und Abhängigkeit vom Hungern.....	75
14: FU-HU (Wirkung des Hungerns).....	81
15: FU-HU (Gutes Aussehen und Proweiblichkeit).....	83
16: FU-HU (Kontraweiblichkeit).....	85
17: Überschneidung der Krankheitssymptome.....	96
18: EAT Gesamt-Mittelwerte.....	104
19: EAT Unterskala: Diätverhalten.....	105
20: EAT Unterskala: Bulimie und ständiges Denken an Essen.....	106
21: EAT Unterskala: Orale Kontrolle.....	107
22: EDI Gesamt-Mittelwerte.....	111
23: EDI Unterskala: Drang dünn zu sein.....	113
24: EDI Unterskala: Bulimie.....	114
25: EDI Unterskala: Körperliche Unzufriedenheit.....	115
26: EDI Unterskala: Ineffektivität.....	116
27: EDI Unterskala: Perfektionismus.....	117
28: EDI Unterskala: Zwischenmenschliches Mißtrauen.....	119
29: EDI Unterskala: Interoceptive Wahrnehmung.....	120
30: EDI Unterskala: Angst vor dem Erwachsenwerden.....	121
31: Therapieschritte und Fragestellungen.....	149
32: Problemlösungsstrategien.....	152

Verzeichnis der Tabellen

1: DSM - III (R), Kriterien für Anorexia nervosa.....	14
2: DSM - III (R), Kriterien für Bulimia nervosa.....	16
3: Soziographische Daten I.....	44
4: Soziographische Daten II.....	48
5: Mittelwerte und Standardabweichungen des MA-SU gesamt, der Unterkategorien und der Items, getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	50
6: MA-SU - Itemstatistiken - Gesamtwerte.....	53
7: MA-SU - Itemstatistiken - Gesamtwerte der Unter- suchungsgruppen.....	54
8: MA-SU - Faktorenanalyse.....	55
9: WILKS' LAMBDA für die MA-SU Unterskalen.....	66
10: Klassifikationsresultate der Diskriminanzanalyse.....	67
11: Mittelwerte und Standardabweichungen der FU-HU Kate- gorien und Items, getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	80
12: FU-HU - Faktorenanalyse.....	86
13: FU-HU - Itemstatistiken - Gesamtwerte.....	87
14: FU-HU - Itemstatistiken - Gesamtwerte der Unter- suchungsgruppen.....	88
15: Offene Beantwortung.....	90
16: Soziographische Daten der männlichen Untersuchungs- teilnehmer.....	101
17: Mittelwerte und Standardabweichungen des EAT gesamt und der Unterskalen, getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	103
18: Mittelwerte und Standardabweichungen des EDI gesamt und der Unterskalen, getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	110
19: Vergleich der ermittelten EDI Werte mit Normwerten aus der Literatur.....	122
20: Mittelwerte und Standardabweichungen des BAT gesamt und der Unterskalen, getrennt nach Untersuchungsgruppen.....	125
21: Vergleich der ermittelten BAT Werte mit Normwerten aus der Literatur.....	126
22: Ergebnisse des MALT-S und der Fragen nach eigenen Medi- kamentenproblemen und Medikamenten- bzw. Alkoholpro- blemen der Eltern.....	133
23: Prozentuale Häufigkeiten der positiven Antworten zu den einzelnen Items des MALT-S und Differenzen der eßgestör- ten Patienten zu den Kontrollpatienten.....	135
24: Korrelationen der gesamten Meßinstrumente unter Einbe- ziehung des Alters und Gewichts.....	139
25: Korrelationen der Unterskalen der Meßinstrumente mit dem Alter und Gewicht	141 u. 142

Anhangsverzeichnis

- Nr. 1: Deckblatt der Fragebögen
- Nr. 2: MA-SU
- Nr. 3: Ergebnisse der Varianzanalyse des MA-SU gesamt und der 7 Untergruppen: Gruppenpaare, die sich auf dem 0.05 Niveau unterscheiden
- Nr. 4: Ergebnisse der Varianzanalyse des MA-SU auf Itemebene
- Nr. 5: FU-HU
- Nr. 6: Ergebnisse der Varianzanalyse des FU-HU gesamt und der 3 Untergruppen: Gruppenpaare, die sich auf dem 0.05 Niveau unterscheiden
- Nr. 7: Ergebnisse der Varianzanalyse des FU-HU auf Itemebene
- Nr. 8: EAT
- Nr. 9: EDI
- Nr. 10: BAT
- Nr. 11: Ergebnisse der Varianzanalyse des EDI
- Nr. 12: MALT-S
- Nr. 13: Umgestalteter Fragebogen einer adipösen Patientin

DIAGNOSE

(Mit Unterstützung des Therapeuten auszufüllen)

Bitte Zutreffendes ankreuzen: (X)

1. Anorexia nervosa () mit: Diät halten... ()
Erbrechen..... ()
Abführen..... ()

2. Bulimia nervosa ()

3. Adipositas ()

Dieser Fragebogen erfaßt unterschiedliche Gedanken, Gefühle und Verhaltensweisen zu Eßgewohnheiten und Aussagen über Beschwerden und Probleme, die im Zusammenhang mit Alkoholtrinken auftreten können. Da es keine richtigen und falschen Antworten gibt, bemühen Sie sich bitte um äußerste Ehrlichkeit. Ihre Antworten werden anonym und streng vertraulich behandelt.

Datum:.....

Alter:.....

Gewicht:.....(kg/ca. augenblickliches)

Größe:.....

Geschlecht:.....(w/m)

Beruf des Vaters:.....

Eigener Beruf (bzw. Schulbildung):.....

.....

Alter in dem Ihre Eßstörungen begannen:.....

Wie lange befinden Sie sich jetzt in dieser Behandlung:.....Wochen

Stationäre Vorbehandlungen wegen Eßstörungen:

ja () nein ()

Hat(te) ein Elternteil erhebliches Übergewicht:

ja () nein ()

	Über- haupt nicht	sehr stark
1. Beim Essen habe ich mich auf immer weniger Nahrungsmittel beschränkt	0-1-2-3-4-5-6	
2. Früher habe ich vielfältiger gegessen	0-1-2-3-4-5-6	
3. Ort und Zeit des Essens habe ich genau festgelegt	0-1-2-3-4-5-6	
4. Die Nahrungsmittel habe ich in ganz spezieller Weise zubereitet und Variationen vermieden	0-1-2-3-4-5-6	
5. Ich beschäftige mich gedanklich fast ausschließlich mit Essen, Nahrungsmitteln und Körpergewicht	0-1-2-3-4-5-6	
6. Bedingt durch mein Eßverhalten, haben andere Interessen, Hobbys und Beschäftigungen nachgelassen	0-1-2-3-4-5-6	
7. Es macht mir große Freude, für andere das Essen zuzubereiten	0-1-2-3-4-5-6	
8. Ohne sie essen zu wollen, betrachte und fasse ich auch fette Nahrungsmittel gerne an	0-1-2-3-4-5-6	
9. Ich habe andere über mein wahres Eßverhalten getäuscht	0-1-2-3-4-5-6	
10. Um nicht ständig zum Essen aufgefordert zu werden, habe ich vorgegeben, schon gegessen zu haben	0-1-2-3-4-5-6	
11. Wegen der Unwahrheiten über mein Eßverhalten habe ich Gewissensbisse und Schuldgefühle empfunden	0-1-2-3-4-5-6	
12. Ich habe den Wunsch, mehr zu essen, kann es aber nicht	0-1-2-3-4-5-6	
13. Ich fürchte mich vor dem Unwohlsein nach dem Essen	0-1-2-3-4-5-6	
14. Ich habe die Kontrolle darüber verloren, wieviel und was ich essen kann	0-1-2-3-4-5-6	
15. Um mich wohl zu fühlen, habe ich die Menge des Essens immer weiter reduziert	0-1-2-3-4-5-6	
16. Um das gewünschte Hungergefühl zu erzeugen, habe ich meinem Körper immer weniger Nährstoffe zugeführt und/oder belassen	0-1-2-3-4-5-6	

Anhang Nr. 2

	Über- haupt nicht	sehr stark
17. Ich mußte die "Dosis des Hungerns" fortschreitend erhöhen, um das gewünschte Wohlbefinden zu erreichen	0-1-2-3-4-5-6	
18. Ich hatte schon den Gedanken, völlig auf Essen zu verzichten	0-1-2-3-4-5-6	
19. Ich empfinde großes Unwohlsein, wenn mehr als die gewohnte Menge Nahrungsmittel im Körper sind	0-1-2-3-4-5-6	
20. Es entstehen eine starke Unzufriedenheit, innere Spannungen, eine sehr schlechte Stimmung, wenn ich die Nahrungsaufnahme steigere	0-1-2-3-4-5-6	
21. Schon vor dem Essen habe ich Spannungen, weil ich an das schlechte Gefühl danach denken muß	0-1-2-3-4-5-6	
22. Mein Wohlbefinden ist von einem hohen Grad des Hungerns abhängig	0-1-2-3-4-5-6	
23. Mit der Zeit habe ich schon deshalb gehungert, um dem Unwohlsein nach dem Essen zu entgehen	0-1-2-3-4-5-6	
24. Obwohl mich das Hungern immer weniger zufrieden machte, konnte ich nicht mehr damit aufhören	0-1-2-3-4-5-6	
25. Schon bei einer kleinen Steigerung der Nahrungsaufnahme ist der Drang sehr groß, die Nahrung wieder aus dem Körper heraus zu bekommen oder nun besonders lange zu fasten	0-1-2-3-4-5-6	
26. Zunächst hat das Hungern Vorteile gebracht, es ist aber zu einem inneren Zwang geworden, unter dem ich immer stärker leide	0-1-2-3-4-5-6	
27. Ich muß zukünftig immer vorsichtig sein, damit ich nicht in altes Hungerverhalten zurückfalle	0-1-2-3-4-5-6	
28. Schon geringfügiges Fasten oder Diät halten kann wieder den Zwang zu hungern auslösen	0-1-2-3-4-5-6	
29. Es ist wichtig, daß ich mich an eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung halte, auch wenn sich das Gewicht normalisiert hat	0-1-2-3-4-5-6	
30. Ich darf nicht mehr mit Diäten experimentieren, um mein Gewicht zu reduzieren	0-1-2-3-4-5-6	
31. Nachdem ich in der Vergangenheit schon erfolgreich an Gewicht zugenommen hatte, habe ich einen oder mehrere Rückfälle erlitten, weil schon eine geringfügiges Fasten oder Diät halten das alte Hungerverhalten auslöste	0-1-2-3-4-5-6	

Anhang Nr. 3

MA-SU Gruppenpaare - auf dem 0,05 Niveau signifikant unterschiedlich:

MA-SU GESAMT	Anorexie/Bulimie
	" Adipositas
	" Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Bulimie/Adipositas
	" Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Adipositas/Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Alkoholikerinnen/Pflegeschülerinnen
1. MA-SU Verengung des Eßrepertoires (1-4)	Anorexie/Bulimie
	" Adipositas
	" Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Bulimie/Adipositas
	" Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Adipositas/Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
2. MA-SU Vorrang des Essens (5-11)	Anorexie/Adipositas
	" Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Bulimie/Adipositas
	" Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Adipositas/Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Alkoholikerinnen/Pflegeschülerinnen
3. MA-SU Zwang zu hungern (12-14)	Anorexie/Bulimie
	" Adipositas
	" Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Bulimie/Adipositas
	" Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen
	Adipositas/Alkoholikerinnen
	" Studentinnen
	" Pflegeschülerinnen

Anhang Nr. 4

MA-SU Gruppenpaare - auf dem 0,05 Niveau signifikant unterschiedlich:

(AN=anorexia nervosa, BU=bulimia nervosa, AD=adipositas,
AL=Alkoholikerinnen, ST=Studentinnen, PF=Pflegeschülerinnen)

Items: 1	AN / BU AL AD ST PF BU / AL AD ST PF
2	BU / AD AL ST PF AN / AD AL ST PF AD / AL ST PF
3	AN / BU AD AL ST PF BU / AL ST PF AD / ST AL / ST
4	AN / BU AD AL ST PF BU / AL ST PF AD / ST PF
5	BU / AL ST PF AN / AL ST PF AD / AL ST PF
6	BU / AD AL ST PF AN / AD AL ST PF AD / AL ST PF
7	AN / PF BU ST AD / ST AL / ST
8	AN / AL BU AD ST PF AL / ST
9	BU / ST AL PF AN / ST AL PF AD / ST AL PF
10	AN / BU AD AL ST PF BU / AD AL ST PF AD / AL ST PF
11	BU / ST AL PF AN / ST AL PF AD / ST AL PF
12	AN / AD BU AL ST PF AD / ST PF BU / ST
13	AN / AD ST AL PF BU / AD ST AL PF AD / ST AL PF
14	BU / ST AL PF AN / ST AL PF AD / ST AL PF

Anhang Nr. 4

15	AN / BU AL AD ST PF BU / AL AD ST PF
16	AN / AD AL ST PF BU / AD AL ST PF
17	AN / BU AL ST AD PF BU / AL ST AD PF
18	AN / AD AL ST PF BU / AD AL ST PF
19	BU / AD AL ST PF AN / AD AL ST PF AD / AL ST PF
20	AN / AD AL ST PF BU / AD AL ST PF AD / AL ST PF AL / PF
21	AN / AD AL ST PF BU / AD AL ST PF AD / AL ST PF
22	AN / BU AD AL ST PF BU / AD AL ST PF AD / PF
23	AN / BU AL ST AD PF BU / AL ST AD PF
24	AN / BU AL AD ST PF BU / AL AD ST PF
25	AN / AD AL ST PF BU / AD AL ST PF
26	AN / BU AD AL ST PF BU / AD AL ST PF
27	AN / BU AD AL ST PF BU / AD AL ST PF
28	AN / BU AL AD ST PF BU / AL AD ST PF
29	AD / AL ST PF AN / AL ST PF BU / AL ST PF AL / ST
30	AD / BU AL ST PF AN / AL ST PF BU / AL ST PF
31	AN / BU AL AD ST PF BU / AL ST PF

FU-HU/Ba.-GT

Lesen Sie bitte jede Frage aufmerksam durch und machen Sie ein Kreuz auf der Ziffer, die Ihnen am zutreffendsten erscheint. Prüfen Sie, ob auch alle Fragen beantwortet sind.

	Über- haupt nicht	sehr stark
1. Hungern hat mich anfangs leistungsfähiger gemacht	0-1-2-3-4-5-6	
2. Durch Hungern fühlte ich mich aufgeputzt	0-1-2-3-4-5-6	
3. Im Hungerzustand habe ich mich wie berauscht gefühlt	0-1-2-3-4-5-6	
4. Im Zustand der Unterernährung habe ich die Realität nicht mehr voll wahrgenommen	0-1-2-3-4-5-6	
5. Unangenehme Dinge waren durch Hungern besser zu ertragen	0-1-2-3-4-5-6	
6. Fasten und Diät halten kann gefährlich sein, weil man davon abhängig werden kann	0-1-2-3-4-5-6	
7. Vor Konflikten habe ich mich in Fasten und Diät halten geflüchtet	0-1-2-3-4-5-6	
8. Durch Hungern wollte ich der Realität entfliehen	0-1-2-3-4-5-6	
9. So lange ich zurück denken kann, schwankt mein Eßverhalten zwischen zu viel und zu wenig essen	0-1-2-3-4-5-6	
10. Ich hatte erhebliches Übergewicht und habe darunter gelitten, zu dick zu sein	0-1-2-3-4-5-6	
11. Diät halten und Fasten dienten dazu, schlanker zu werden und besser auszusehen	0-1-2-3-4-5-6	
12. Mit der Nahrungseinschränkung wollte ich erreichen, daß ich weiblicher, von der Figur her attraktiver aussehe	0-1-2-3-4-5-6	
13. Durch schlank sein sollten meine weiblichen Körperformen deutlicher sichtbar sein und stärker hervortreten	0-1-2-3-4-5-6	
14. Ich wollte durch schlank sein verhindern, daß meine weiblichen Formen im (Körper-) Fett verschwinden	0-1-2-3-4-5-6	
15. Diät halten und Fasten sollten verhindern, daß ich eine Frau werde	0-1-2-3-4-5-6	
16. Durch Magerkeit wollte ich die Bildung weiblicher Körperformen verhindern	0-1-2-3-4-5-6	

Anhang Nr. 6

FU-HU Gruppenpaare - auf dem 0,05 Niveau signifikant unterschiedlich:

(AN=anorexia nervosa, BU=bulimia nervosa, AD=adipositas,
AL=Alkoholikerinnen, ST=Studentinnen, PF=Pflegeschülerinnen)

- | | |
|--|--|
| 1. Drogenartige Wirkung
des Hungerns | AN / BU AD AL ST PF
BU / AD AL ST PF |
| 2. Pro Weiblichkeit u.
gutes Aussehen | BU / AN AL ST PF
AD / AL ST PF
AN / ST PF
AL / PF |
| 3. Kontra Weiblichkeit | AN / BU AL AD ST PF
BU / AL AD ST PF |

Anhang Nr. 7

FU-HU Gruppenpaare - auf dem 0,05 Niveau signifikant unterschiedlich:

(AN=anorexia nervosa, BU=bulimia nervosa, AD=adipositas,
AL=Alkoholikerinnen, ST=Studentinnen, PF=Pflegeschülerinnen)

Items: 1	AN / AD AL ST PF
	BU / AD AL ST PF
	AD / AL ST PF
2	AN / AD ST AL PF
	BU / AD ST AL PF
	AD / ST AL PF
3	AN / AD AL ST PF
	BU / AD AL ST PF
4	AN / BU AL ST AD PF
	BU / AL ST AD PF
5	AN / BU AD AL ST PF
	BU / AD AL ST PF
6	AN / ST AD AL
	BU / ST AD AL
7	AN / BU AL ST AD PF
	BU / AL ST AD PF
8	AN / BU ST AL PF AD
	BU / ST AL PF AD
9	BU / AN AL ST PF
	AD / AL ST PF
	AN / AL ST PF
10	AD / BU AL AN ST PF
	BU / AN ST PF
	AL / ST
11	BU / ST AL PF
	AN / ST AL PF
	AD / ST AL PF
12	BU / AL ST PF
	AD / AL ST PF
	AN / ST PF
13	AD / PF
	BU / PF
	AL / PF
14	BU / ST AD PF
15	AN / BU AL AD ST PF
	BU / AL AD ST PF
16	AN / BU AL AD ST PF
	BU / AL AD ST PF

Anhang Nr. 8

EAT-26 MÜNSTER: Nach dieser Kopfzeile beginnt der Fragebogen mit der Anweisung: Bitte lesen Sie jede Frage sorgfältig durch und beantworten Sie sie jeweils mit einem Kreuz: (x)
Items nach Skalen geordnet: (die Items sind numeriert, was gleichzeitig ihre Reihenfolge im Fragebogen wiedergibt)

1. Diätverhalten

1. Ich fürchte mich davor, Übergewicht zu haben.
6. Ich weiß, wieviel Kalorien die Nahrungsmittel haben, die ich esse.
7. Ich meide besonders die Nahrungsmittel, die viele Kohlehydrate haben.
10. Nachdem ich gegessen habe fühle ich mich deswegen sehr schuldig.
11. Mich beschäftigt der Wunsch, dünner zu sein.
12. Wenn ich in Bewegung bin denke ich daran, wieviele Kalorien ich dabei verbrauche.
14. Mich beherrscht der Gedanke, daß ich Fett an meinem Körper habe.
16. Ich vermeide Speisen, die Zucker enthalten.
17. Ich halte Diät.
22. Ich fühle mich unwohl, wenn ich Süßigkeiten gegessen habe.
23. Mein Eßverhalten beschäftigt mich.
24. Ich habe es gern, wenn mein Magen leer ist.
25. Ich probiere gerne neues, reichhaltiges Essen.

2. Bulimie und ständige gedankliche Beschäftigung mit Nahrung

3. Ich werde vom Essen ganz in Anspruch genommen.
4. Ich habe mich Freßanfällen hingegeben, wobei ich merkte, daß ich nicht mehr aufhören konnte zu essen.
9. Ich erbreche nach dem Essen.
18. Ich habe das Gefühl, daß das Essen mein Leben beherrscht.
21. Ich verwende zuviel Zeit und zuviele Gedanken an das Essen.
26. Nach den Mahlzeiten verspüre ich den Drang, zu erbrechen.

3. Orale Kontrolle

2. Ich vermeide es zu essen, wenn ich hungrig bin.
5. Ich zerteile mein Essen in kleine Stücke.
8. Ich spüre, daß andere es gerne sähen, wenn ich mehr äße.
13. Andere Menschen sind der Meinung, daß ich zu dünn bin.
15. Ich brauche mehr Zeit als andere, um meine Mahlzeiten aufzuessen.
19. Ich kontrolliere mein Eßverhalten.
20. Ich habe das Gefühl, daß die anderen mich drängen, zu essen.

EDI-MÜNSTER (Kopfzeile - der EDI folgte dem EAT, so daß es keine neue Anweisung gab)

Items nach Skalen geordnet: (die Items sind numeriert, was gleichzeitig ihre Reihenfolge im Fragebogen wiedergibt - * negativ gepolte Items)

1. Drang dünn zu sein

1. Ich esse Süßigkeiten und Kohlehydrate, ohne dabei nervös zu sein.*
7. Ich denke über Diäten nach.
11. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich mich überessen habe.
16. Ich habe Angst davor, zuzunehmen.
25. Ich übertreibe die Bedeutung von Körpergewicht.
32. Der Wunsch dünner zu sein, nimmt mich geistig voll in Anspruch.
49. Wenn ich ein Pfund zunehme, habe ich Angst davor, daß ich immer mehr zunehmen werde.

2. Bulimie

4. Ich esse, wenn ich mich durcheinander fühle.
5. Ich stopfe mich mit Speisen voll.
28. Ich hatte schon Eßanfälle, bei denen ich das Gefühl hatte, nicht mit dem Essen aufhören zu können.
38. Ich beschäftige mich gedanklich mit Eßanfällen.
46. Vor anderen esse ich gemäßigt und stopfe mich erst dann voll, wenn ich wieder allein bin.
53. Ich denke daran zu erbrechen, um Gewicht zu verlieren.
61. Ich esse oder trinke heimlich.

3. Körperliche Unzufriedenheit

2. Ich empfinde meinen Bauch als zu dick.
9. Ich empfinde meine Oberschenkel als zu dick.
12. Ich glaube, daß mein Bauch gerade die richtige Größe hat.*
19. Ich bin mit der Gestalt meines Körpers zufrieden.*
31. Ich mag die Form meines Gesäßes.*
45. Ich empfinde meine Hüften als zu breit.
55. Ich glaube, daß meine Oberschenkel gerade die richtige Form haben.*
59. Ich empfinde mein Gesäß als zu breit.
62. Ich bin zufrieden mit der Form meiner Hüften.*

4. Ineffektivität

10. Ich fühle mich unfähig als Mensch.
18. Ich fühle mich allein in der Welt.
20. Im allgemeinen habe ich das Gefühl, mein Leben unter Kontrolle zu haben.*
24. Ich wünschte, ich wäre jemand anderer.
27. Ich fühle mich unzulänglich.
37. Ich fühle mich in mir geborgen/bin mir meiner selbst bewußt.*
41. Ich habe keine besonders gute Meinung von mir selbst.
42. Ich glaube, daß ich meine Ziele erreichen kann.*
50. Ich glaube, daß ich ein wertvoller Mensch bin.*
56. Ich fühle mich innerlich leer.

5. Perfektionismus

- 13. In meiner Familie zählen nur hervorragende Leistungen.
- 29. Als Kind habe ich es immer angestrengt versucht zu vermeiden, meine Eltern und Lehrer zu enttäuschen.
- 36. Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein.
- 43. Meine Eltern haben hervorragende Leistungen von mir erwartet.
- 52. Ich habe das Gefühl, ich erledige Dinge entweder perfekt oder besser gar nicht.
- 63. Ich habe sehr hohe Maßstäbe.

6. Zwischenmenschliches Mißtrauen

- 15. Ich zeige offen meine Gefühle.*
- 17. Ich vertraue anderen.*
- 23. Es ist leicht für mich, mit anderen zu verkehren/reden.*
- 30. Ich habe enge zwischenmenschliche Beziehungen.*
- 34. Ich habe Schwierigkeiten, anderen meine Gefühle zu zeigen.
- 54. Ich muß andere Menschen immer in einer gewissen Distanz halten/fühle mich unwohl, wenn jemand versucht, mir zu nahe zu kommen.
- 57. Ich kann über persönliche Gedanken und Gefühle sprechen.*

7. Interoceptive Wahrnehmung

- 8. Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden.
- 21. Ich bin oft verwirrt über meine wahren Gefühle.
- 26. Ich kann meine Gefühle klar voneinander unterscheiden.*
- 33. Ich weiß nicht, was in mir selbst vorgeht.
- 40. Ich weiß oft nicht, ob ich hungrig bin oder nicht.
- 44. Ich habe Angst, daß meine Gefühle außer Kontrolle geraten.
- 47. Ich fühle mich schon nach einer kleinen Mahlzeit aufgequollen.
- 51. Wenn ich mich durcheinander fühle, weiß ich nicht, ob ich traurig, ängstlich oder wütend bin.
- 60. Ich habe Gefühle, die ich nicht richtig einordnen kann.
- 64. Wenn ich mich durcheinander fühle, habe ich Angst davor, daß ich anfangen könnte zu essen.

8. Angst vor dem Erwachsenwerden

- 3. Ich wünschte, ich könnte zurückkehren in die Sicherheit meiner Kindheit.
- 6. Ich wünschte, ich wäre jünger.
- 14. Die glücklichste Zeit im Leben ist die Kindheit.
- 22. Ich wäre lieber ein Erwachsener als ein Kind.*
- 35. Die Anforderungen der Erwachsenenwelt sind zu hoch.
- 39. Ich bin froh, daß ich kein Kind mehr bin.*
- 48. Ich glaube, daß Menschen am glücklichsten sind, wenn sie Kinder sind.
- 58. Die besten Jahre im Leben sind die, wenn man erwachsen wird.*

BAT (Kopfzeile)

Items nach Skalen geordnet: (die Items sind numeriert, was gleichzeitig ihre Reihenfolge im Fragebogen wiedergibt - * negativ gepolte Items)

1. Achten auf den Körperbau

- 3. Meine Hüften erscheinen mir als zu breit.
- 5. Ich wünsche mir sehr stark, schlanker zu sein.
- 6. Ich finde meinen Brustumfang zu groß.
- 10. Ich finde mich selbst zu dick.
- 11. Ich empfinde meinen Körper als eine Last, die ich mit mir herumtragen muß.
- 16. Mein Bauch sieht so aus als ob ich schwanger bin.

2. Vertrautheit mit dem eigenen Körper

- 2. Mein Körper erscheint mir wie ein gefühlloser Gegenstand.
- 4. Ich fühle mich in meinem Körper zuhause.*
- 9. Ich kann mich körperlich sehr leicht entspannen.*
- 12. Mein Körper scheint nicht zu mir zu gehören.
- 14. Mein Körper stellt für mich eine Bedrohung dar.
- 17. Ich fühle eine Unruhe in meinem Körper.
- 19. In meinem Körper spielen sich Vorgänge ab, die mich ängstigen.

3. Vergleich des körperlichen Aussehens mit anderen

- 1. Wenn ich mich mit Gleichaltrigen vergleiche, fühle ich mich über meinen Körper unzufrieden.
- 7. Ich neige dazu, meinen Körper zu verstecken (z.B. durch weite Kleidung).
- 8. Wenn ich mich im Spiegel betrachte, fühle ich mich über meinen Körper unzufrieden.
- 18. Ich beneide andere um ihre Figur.

4. Unbenannter Restfaktor

- 13. Bestimmte Teile meines Körpers erscheinen mir aufgequollen.
- 15. Mein Äußeres ist mir sehr wichtig.
- 20. Ich überwache mein Äußeres im Spiegel.

EDI Gruppenpaare - auf dem 0,05 Niveau signifikant unterschiedlich:

EDI GESAMT	Spieler/Studentinnen " Studenten (m) " Pflegeschülerinnen Alkoholikerinnen/Drogenabhängige (m) " Studentinnen " Studenten (m) " Pflegeschülerinnen Alkoholiker/Studenten (m)
1. EDI Drang dünn zu sein	Alkoholiker (m)/Studenten (m) Alkoholikerinnen/Studenten (m)
2. EDI Bulimie	Alkoholikerinnen/Studenten (m)
3. EDI Körperl. Unzufriedenheit	Alkoholikerinnen/Alkoholiker (m) " Spieler (m) " Drogenabhängige (m) " Studenten (m) Studentinnen/Studenten (m)
4. EDI Ineffektivität	Spieler/Alkoholiker (m) " Alkoholikerinnen " Drogenabhängige " Studenten (m) " Studentinnen " Pflegeschülerinnen Alkoholiker (m)/Studenten (m) " Studentinnen Alkoholikerinnen/Studenten (m) " Studentinnen Drogenabhängige (m)/Studentinnen
5. EDI Perfektion	keine
6. EDI Mißtrauen	Alkoholikerinnen/Studenten (m) " Studentinnen " Pflegeschülerinnen Alkoholiker (m)/Studenten (m) " Studentinnen " Pflegeschülerinnen Spieler/Studenten (m) " Studentinnen " Pflegeschülerinnen Drogenabhängige (m)/Studenten (m) Studentinnen Pflegeschülerinnen

7. EDI Interoceptive Wahrnehmung

	Spieler/Alkoholikerinnen
	" Alkoholiker (m)
	" Pflegeschülerinnen
	" Studenten (m)
	" Studentinnen
Drogenabhängige (m)/Alkoholiker (m)	" Pflegeschülerinnen
	" Studenten (m)
	" Studentinnen
Alkoholikerinnen/Studenten (m)	" Studentinnen

8. EDI Angst v. Erwachsenen werden

Alkoholiker (m)/Studentinnen

Nachfolgend finden Sie eine Reihe von Aussagen über Beschwerden und Probleme, die im Zusammenhang mit Alkoholtrinken auftreten können. Bitte machen Sie für jede dieser einzelnen Feststellungen entweder in der Spalte "trifft zu" oder "trifft nicht zu" ein Kreuz.

Vielleicht werden Sie manchmal den Eindruck haben, daß eine Feststellung nicht richtig paßt. Kreuzen Sie aber trotzdem immer eine der beiden Antworten an, und zwar die, welche am ehesten auf Sie zutrifft.

	trifft zu	trifft nicht zu
1. In der letzten Zeit leide ich häufiger an Zittern der Hände.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Ich habe zeitweilig, besonders morgens, ein Würgegefühl oder Brechreiz.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Ich habe schon einmal versucht, Zittern oder morgendlichen Brechreiz mit Alkohol zu kurieren.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Zur Zeit fühle ich mich verbittert wegen meiner Probleme und Schwierigkeiten...	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Es kommt nicht selten vor, daß ich vor dem Mittagessen bzw. zweiten Frühstück Alkohol trinke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Nach den ersten Gläsern Alkohol habe ich ein unwiderstehliches Verlangen, weiterzutrinken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Ich denke häufig an Alkohol	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8. Ich habe manchmal auch dann Alkohol getrunken, wenn es mir vom Arzt verboten wurde.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9. In Zeiten erhöhten Alkoholkonsums habe ich weniger gegessen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10. An der Arbeitsstelle hat man mir schon einmal Vorhaltungen wegen meines Alkoholtrinkens gemacht.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11. Ich trinke Alkohol lieber, wenn ich allein bin.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
12. Seitdem ich mehr Alkohol trinke, bin ich weniger tüchtig.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
13. Ich habe nach dem Trinken von Alkohol schon öfters Gewissensbisse (Schuldgefühle) gehabt.....	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
14. Ich habe ein Trinksystem versucht (z.B. nicht vor bestimmten Zeiten zu trinken)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
15. Ich glaube, ich sollte mein Trinken einschränken	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
16. Ohne Alkohol hätte ich nicht so viele Probleme	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
17. Wenn ich aufgeregt bin, trinke ich Alkohol, um mich zu beruhigen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
18. Ich glaube, der Alkohol zerstört mein Leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
19. Einmal möchte ich mit dem Trinken aufhören, dann wieder nicht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
20. Andere Leute können nicht verstehen, warum ich trinke	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
21. Wenn ich nicht trinken würde, käme ich mit meinem Partner besser zurecht	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
22. Ich habe schon versucht, zeitweilig ohne Alkohol zu leben	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
23. Wenn ich nicht trinken würde, wäre ich mit mir zufrieden	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
24. Man hat mich schon wiederholt auf meine "Alkoholfahne" angesprochen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Haben oder hatten Sie Probleme mit der Einnahme von Medikamenten ja nein
 Hat (te) ein Elternteil von Ihnen Probleme mit Alkoholtrinken oder der Einnahme von Medikamenten ja nein

Bitte überprüfen Sie noch einmal kurz, ob alle Fragen beantwortet sind. Vielen Dank!

Anhang Nr. 13

- | | <i>ESSEN</i> | Über-
haupt
nicht | sehr
stark |
|---|--------------|----------------------------|---------------|
| 17. Ich mußte die "Dosis des Hungerns" fortschreitend erhöhen, um das gewünschte Wohlbefinden zu erreichen | | 0-1-2-3-4- 5 -6 | |
| 18. Ich hatte schon den Gedanken, völlig auf Essen zu verzichten <i>nur noch zu Essen.</i> | | 0-1-2-3-4-5- 6 | |
| 19. Ich empfinde großes Unwohlsein, wenn mehr <i>weniger</i> als die gewohnte Menge Nahrungsmittel im Körper sind | | 0-1-2-3- 4 -5-6 | |
| 20. Es entstehen eine starke Zufriedenheit <i>innere</i> Spannungen, eine sehr schlechte <i>gute</i> Stimmung, wenn ich die Nahrungsaufnahme steigere | | 0-1-2-3-4- 5 -6 | |
| 21. Schon vor dem Essen habe ich Spannungen , weil ich an das schlechte Gefühl, dennoch denken muß <i>ein gutes bin.</i> bin. <i>weil ich danach zufriedener bin.</i> | | 0-1-2-3-4- 5 -6 | |
| 22. Mein Wohlbefinden ist von einem hohen Grad des Hungerns abhängig | <i>Essen</i> | 0-1-2-3-4-5- 6 | |
| 23. Mit der Zeit habe ich schon deshalb gelernt , um des <i>gegenüber</i> Unwohlsein nach dem Essen zu entgehen <i>genießen.</i> | <i>Essen</i> | 0-1-2-3- 4 -5-6 | |
| 24. Obwohl mich das Hungern immer weniger zufrieden machte, konnte ich nicht mehr damit aufhören | | 0-1-2-3-4-5- 6 | |
| 25. Schon bei einer kleinen Steigerung der Nahrungsaufnahme ist der Drang sehr groß, die Nahrung wieder aus dem Körper heraus zu bekommen oder nun besonders lange zu fasten | | 0 -1-2-3-4-5-6 | |
| 26. Zunächst hat das Hungern <i>Essen</i> Vorteile gebracht, es ist aber zu einem inneren Zwang geworden, unter dem ich immer stärker leide | | 0-1-2-3-4-5- 6 | |
| 27. Ich muß zukünftig immer vorsichtig sein, damit ich nicht in altes Hunger <i>Ess</i> verhalten zurückfalle | | 0-1-2-3-4-5- 6 | |
| 28. Schon geringfügiges Fasten oder Diät halten kann wieder den Zwang zu hungern <i>essen</i> auslösen | | 0-1-2-3-4-5- 6 | |
| 29. Es ist wichtig, daß ich mich an eine regelmäßige und ausgewogene Ernährung halte, auch wenn sich das Gewicht normalisiert hat | | 0-1-2-3-4-5- 6 | |
| 30. Ich darf nicht <i>gläubige ich muß</i> mehr mit Diäten experimentieren, um mein Gewicht zu reduzieren | | 0-1-2-3-4- 5 -6 | |
| 31. Nachdem ich in der Vergangenheit schon erfolgreich an Gewicht ab <i>ab</i> genommen hatte, habe ich einen oder mehrere Rückfälle erlitten, weil schon eine geringfügiges Essen <i>Essen</i> oder Diät halten das alte Hunger <i>Ess</i> verhalten auslöste | | 0-1-2-3-4-5- 6 | |