

J.F. Kinzl
C. Traweger
E. Trefalt
W. Biebl

Eßstörungen bei Frauen: Eine Repräsentativerhebung

Eating disorders in females: A representative survey

Zusammenfassung Diese Arbeit berichtet über die Ergebnisse einer Umfrage zur Prävalenz des „Binge-Eating“-Verhaltens, der „Binge-Eating“-Störung (BED) und der

Bulimia nervosa in einer repräsentativen Zufallsstichprobe Tiroler Frauen. Die Daten wurden mit Hilfe telefonischer Interviews erhoben. Von den 1 000 Frauen erfüllten 3 (0,3 %) die diagnostischen Kriterien des DSM-IV für eine Anorexia nervosa, 15 (1,5 %) für eine Bulimia nervosa und 33 (3,3 %) für eine „Binge-Eating“-Störung. Während Bulimikerinnen vor allem den jüngeren Altersgruppen angehören und in allen Gewichtsgruppen etwa gleich häufig vorkommen, sind Frauen mit BED in allen Altersgruppen etwa gleichmäßig vertreten und haben meist ein Übergewicht oder eine Fettsucht. Die Ergebnisse zeigen, daß ein gezügeltes Eßverhalten, das Einhalten von Diäten und/oder eine übermäßige körperliche Aktivität das Risiko erhöhen, eine Eßstörung zu entwickeln.

Summary The authors examined the prevalence rates of binge-eating

behavior, binge-eating disorder (BED), and bulimia nervosa in a female representative random sample in Tyrol. The data were collected by telephone. Of the 1 000 women, 3 (0.3 %) met the DSM-IV diagnostic criteria for anorexia nervosa, 15 (1.5 %) for bulimia nervosa, and 33 (3.3 %) for binge-eating disorder. While bulimics were young and found in all weight groups, women with BED were mostly overweight or obese and found in all age groups. The findings show that restrained eating, dieting, and/or excessive exercise are risk factors for developing eating disorders.

Schlüsselwörter Eßstörungen – „Binge-Eating“ – Tiroler Frauen

Key words Eating disorders – “binge-eating” – Tyrolean women

Eingegangen: 31. Juli 1997
Akzeptiert: 3. Oktober 1997

Univ.-Doz. Dr. J. Kinzl (✉) · Mag. E. Trefalt
Prof. W. Biebl
Abteilung für Psychosomatische Medizin
Univ.-Klinik für Psychiatrie
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck

Dr. C. Traweger
Institut für Statistik
Universität Innsbruck
Innrain 52
A-6020 Innsbruck

Einleitung

Die hohen Anforderungen in der westlichen Gesellschaft an die Frauen, schlank zu sein, was mit Erfolg und Attraktivität gleichgesetzt wird, hat dazu geführt, daß Untergewicht idealisiert und Übergewicht abgelehnt wird. Diese Betonung der Schlankheit hat sicherlich zu einem Anstieg von Eßstörungen, vor allem der Anorexia nervosa und der Bulimia nervosa, aber auch der „Binge-Eating“-Störung beigetragen (16, 20).

Verschiedene Studien bezüglich der Bedeutung eines gezügelten Eßverhaltens und von Diäten für die Entwicklung von Eßstörungen, vor allem der Bulimia nervosa und der „Binge-Eating“-Störung (BED), erbrachten keine einheitlichen Ergebnisse. So fanden Wilson und Mitarbeiter (26) bei Übergewichtigen keine Unterschiede zwischen „Binge-Eatern“ und „Nicht-Binge-Eatern“ bezüglich gezügeltem Eßverhalten, Vermeidung spezieller Nahrungsmitteln und Einhalten spezifischer Diätregeln.

Zahlreiche andere Untersucher (11, 17, 18, 27) konnten dagegen zeigen, daß vor allem Frauen, die aus ästhe-

tischen Gründen ein gezügeltes Eßverhalten zeigen und häufige Diäten durchführen, ein erhöhtes Risiko haben, ein gestörtes Eßverhalten zu entwickeln und Eßanfälle zu bekommen, wenn die Betroffenen wieder Zugang zum Essen haben.

Relativ wenig ist aber tatsächlich bekannt über die Häufigkeit, die Menge und die Art der Nahrung, die im Rahmen eines Eßanfalls verschlungen wird, die Faktoren, die einem Eßanfall vorausgehen und ihn begrenzen, und das tatsächliche Ausmaß an Nahrung, das als Eßanfall bezeichnet werden kann (9).

Obwohl Stunkard (25) das „Syndrom der Freßorgien“ als ein häufiges Essensmuster bei einigen Fettsüchtigen beschrieb, fand dieses Phänomen bis vor wenigen Jahren wenig Aufmerksamkeit. Die „Binge-Eating“-Störung ist neben den wiederholten Episoden von „Freßanfällen“, die mindestens an 2 Tagen pro Woche für 6 Monate bestehen müssen, gekennzeichnet durch ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während einer Episode, durch begleitende Verhaltensweisen wie schnelles Essen oder alleine essen, Ekel und Schuldgefühle nach dem Essen (1). Unter „großer Essensmenge“ wird eine Essensmenge verstanden, die eindeutig größer ist als die, die die meisten Menschen in einer ähnlichen Zeit unter ähnlichen Umständen essen würden (5). Im Gegensatz zur Bulimia nervosa gehen die Freßanfälle nicht mit dem regelmäßigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen wie Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln, Fasten usw., einher. Bei der Bulimia nervosa werden 2 Typen unterschieden (1):

Beim „Purging“-Typus setzt die betroffene Person regelmäßig Erbrechen und Abführmittel oder andere Medikamente ein, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, beim „Nicht-Purging“-Typus dagegen Fasten und/oder übermäßige körperliche Betätigung.

Es wird angenommen, daß BED ein ziemlich weitverbreitetes Problem darstellt und häufiger in der Allgemeinbevölkerung vorkommt als die bekannteren Eßstörungen Magersucht und Freß-Brech-Sucht (24). In den letzten Jahren durchgeführte Untersuchungen bezüglich der Prävalenzraten des BED in der weiblichen Allgemeinbevölkerung ergab Häufigkeitsraten von 1,8 % bis 4,6 % (2, 18). Die relative Häufigkeit von BED im Vergleich zu anderen Eßstörungen ist jedoch noch unklar. Die Daten einer norwegischen Studie (n = 1 846) (10) weisen daraufhin, daß BED bei Frauen doppelt so häufig wie die Bulimie und 5x so häufig wie die Anorexie auftritt. Die Prävalenzraten von BED, die bei Übergewichtigen bzw. Adipösen gefunden wurden, lagen zwischen 18 und 40 % (12, 24). Dabei wurde meist eine größere Häufigkeit des BED bei Frauen als bei Männern erhoben. Bei den nichtklinischen Populationen zeigten vor allem Frauen von Ende 20 bis Mitte 30 ein BED (24, 27), wobei der Beginn der Störung meist zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr lag.

Die meisten Häufigkeitsschätzungen von bulimischen Verhalten und Bulimia nervosa beruhen auf Zahlen, die mittels Selbsteinschätzungsfragebögen erhoben wurden, und reichen von 3 bis 19 %; dagegen liegen die Prävalenzraten, die mittels Interview erhoben wurden, mit 1 bis 3 % deutlich niedriger (7).

Ziel dieser Studie war erstens die Erhebung der Häufigkeit von „Binge-Eating“-Verhalten, der „Binge-Eating“-Störung und der Bulimia nervosa, und zweitens die Erfassung der Bedeutung gezügelten Eßverhaltens und von Diäten für „Freßanfälle“ bei einer großen repräsentativen weiblichen Zufallsstichprobe.

Methodik

Im April 1997 führten wir eine Erhebung des Eßverhaltens bei Tirolerinnen durch. Bei der vorliegenden Stichprobe handelt es sich um eine zweistufige reine Zufallsstichprobe unter 1 000 Tiroler Frauen. Im ersten Schritt wurden 40 Gemeinden nach einem Zufallsprinzip so ermittelt, daß jeder Bezirk seiner Einwohnerstärke nach in der Stichprobe entsprechend vertreten war. Im zweiten Schritt, auf Gemeindeebene, wurden dann jeweils 25 Frauen kontaktiert, wobei z.B. bei einer Gemeinde mit 750 Telefonanschlüssen jeder 30igste Anschluß ausgewählt wurde. Gab es in diesem Haushalt keine Frau, so wurde der nächste Anschluß herangezogen. War eine Frau im Moment nicht erreichbar, so wurde mit dieser zu einem späteren Zeitpunkt Kontakt aufgenommen. Die Verweigerungsrate lag bei 7 %.

Die Rate der nicht angetroffenen Interviewpartnerinnen lag bei etwa 10 %, für diese wurden jedoch Ersatzpersonen ausgewählt.

Die Erhebung wurde anhand telefonischer Interviews (Dauer pro Interview etwa 10 Minuten) durch Diätassistentinnen in Ausbildung durchgeführt, die in diese Erhebung vorher eingeschult wurden. Mit Hilfe einer Pilotstudie an 20 Tirolerinnen wurde der Fragebogen bezüglich seiner Akzeptanz und Verwertbarkeit überprüft.

Das Alter der 1 000 untersuchten Frauen lag zwischen dem 15.–85. Lebensjahr (Mittelwert 39,6 Jahre). Aus vielfältigen Gründen unterteilten wir die Probandinnen in 6 Altersgruppen: 15–24 Jahre (n = 146), 25–34 Jahre (n = 205), 35–44 Jahre (n = 173), 45–54 Jahre (n = 160), 55–64 Jahre (n = 128) und 65 und älter (n = 188).

Zur Erfassung des „Binge-Eating“-Verhaltens verwendeten wir die von Spitzer und Kollegen (23) vorgeschlagenen diagnostischen Kriterien:

Ein „Binge-Eating“ (BE) liegt dann vor, wenn die Eßanfälle verbunden sind mit dem Gefühl, wenig oder keine Kontrolle über das Eßverhalten zu haben. Von einem „Binge-Eating“-Syndrom (BES) wird dann gesprochen, wenn zusätzlich Probleme bestehen, mit dem Essen aufzuhören, sehr schnell zu essen, zu essen ohne Hunger oder vor allem alleine zu essen, verbunden mit dem

Gefühl des Unwohlseins oder der Scham nach dem Essen, und einem gelegentlichen Fasten nach den Eß-Episoden. Eine „Binge-Eating“-Störung (BED) liegt dann vor, wenn diese Episoden des Überessens etwa 2x pro Woche über einen Zeitraum von 6 Monaten bestehen.

Zur Diagnostizierung des BE, BES und BED verwendeten wir die von Bruce und Wilfley (3) vorgeschlagenen Screeningfragen:

- Gibt es Tageszeiten, bei denen Sie Probleme haben, mit dem Essen aufzuhören, auch wenn Sie dies wollten?
- Essen Sie gelegentlich ungewöhnlich große Essensmengen innerhalb einer kurzen Zeit?
- Fühlen Sie sich danach extrem unwohl oder depressiv?
- Fühlen Sie sich genötigt, nach einem Eßanfall Diät zu halten oder gesünder zu essen?

Weitere Fragen bezogen sich unter anderem auf Rahmenbedingungen der Eßanfälle (z.B. alleine essen, bevorzugte Tageszeiten von Eßanfällen, Auslöser).

Bezüglich der Abschätzung des Begriffs „große Essensmenge“ wurden die Betroffenen darauf hingewiesen, daß damit eine Essensmenge gemeint ist, die auf jeden Fall größer ist als die, welche die meisten Menschen in einer ähnlichen Zeitdauer unter ähnlichen Umständen essen würden (1). Zahlreiche Forscher auf dem Gebiet der Eßstörungen haben auf das Definitionsproblem eines „Eßanfalls“ hingewiesen und erkannt, daß dieser nicht immer objektiv die Kriterien einer großen Essensmenge erfüllt, aber in irgend einer Art und Weise als Freßattacke erlebt wird (19).

Bei Angabe eines Eßanfalls wurde mit Hilfe einer offenen Frage nach möglichen Auslösern gefragt und die Angaben nachträglich verschiedenen Kategorien zugeordnet.

Für diese Untersuchung des kontrollierten Eßverhaltens verwendeten wir Fragen der „Restrained Eating Scale“ des „Eating Habits Questionnaire“ (15), aus unten erwähnten Gründen aber nicht alle Fragen, so daß wir auch nicht in der Lage sind, die Punktwerte auszurechnen und sie den einzelnen Gewichts-, Alters- und BE-Gruppen zuzuordnen (z.B. Häufigkeit des Diäthalten, Ausmaß der Gewichtsschwankungen, Höchstgewicht, niedrigstes Gewicht, Wunschgewicht, Schuldgefühle nach dem Essen).

Zur Diagnostizierung der Eßstörungen der Anorexia nervosa und Bulimia nervosa verwendeten wir Fragen, die die Diagnosekriterien des DSM-IV für Eßstörungen

(1) abdecken. Dazu gehörten neben dem Körpergewicht und dem Eßverhalten noch Fragen bezüglich körperlicher Aktivität, Selbsteinschätzung bezüglich des Körpergewichts, der Verwendung von Appetitzüglern oder Laxantien und Erbrechen.

Statistik

Im Rahmen dieser Studie wurden ordinal skalierte Variablen bei der Untersuchung von 2 Stichproben mit Hilfe des Mann Whitney U-Tests analysiert. Bei mehr als 2 Stichproben wurde der Kruskal-Wallis-Test verwendet. Die nominalskalierten Variablen wurden mit dem Chi-Quadrat-Test analysiert, bei 2 x 2 Tabellen unter Berücksichtigung der Continuity Correction. Als Signifikanzniveau wurde $p < 0,05$ gewählt.

Resultate

Unter Verwendung der BMI-Kriterien für die Gewichteinteilung fanden sich folgende Häufigkeitsraten (11 fehlende Angaben):

- 115 (11,6 %) Untergewicht (BMI < 19)
- 510 (51,6 %) Normalgewicht (BMI 19–24)
- 317 (32,1 %) Übergewicht (BMI 25–30)
- 47 (4,8 %) Adipositas (BMI > 30).

Für die Anorexia nervosa fanden wir eine Punktprävalenz (= Häufigkeitsrate zum Zeitpunkt der Untersuchung) von 0,3 % und eine Lebensprävalenz (= Auftreten zu irgendeinem Zeitpunkt im Leben) von 1,5 %. 122 Frauen erfüllten die diagnostischen Kriterien des BE, 84 des BES und 33 des BED. Die vollen DSM-IV Kriterien einer Bulimia nervosa ließen sich bei 15 (1,5 %) der Frauen nachweisen, wobei 12 (1,2 %) dem „Nicht-Purging“-Typus und 3 (0,3 %) dem „Purging“-Typus entsprachen.

Die Altersverteilung der beiden speziellen Formen des Überessens, nämlich der „Binge-Eating“-Störung und der Bulimia nervosa, ist in Tabelle 1 dargestellt. Die Daten zeigen, daß mit einer Ausnahme keine bulimische Störung nach dem 45. Lebensjahr nachzuweisen ist, während das Syndrom des Überessens ohne wesentliche kompensatorische Verhaltensweisen relativ gleichmäßig über alle Altersgruppen verteilt ist.

Tab. 1 Altersverteilung der BED und der Bulimia nervosa

	< 25 a (n = 146)	25–34 a (n = 205)	35–44 a (n = 173)	45–54 a (n = 160)	55–64 a (n = 128)	> 65 a (n = 188)
Bulimia nervosa (n = 15) ¹⁾	9 (6,2 %)	3 (1,5 %)	2 (1,2 %)	0	1 (0,8 %)	0
BED (n = 33) ²⁾	6 (4,1 %)	6 (2,9 %)	5 (2,9 %)	8 (5 %)	6 (4,7 %)	2 (1,1 %)

¹⁾ Chi-Quadrat Test: $\lambda^2 = 27,386$; DF = 5; sig ≤ 0,001

²⁾ Chi-Quadrat Test: $\lambda^2 = 6,892$; DF = 5; sig ≤ 0,075

Tab. 2 = Eßstörungen und Gewicht

	Untergewicht (n = 115)	Normalgewicht (n = 510)	Übergewicht (n = 317)	Fettsucht (n = 47)
Bulimia nervosa (n = 15) ¹⁾	3 (2,6 %)	7 (1,4 %)	4 (1,3 %)	1 (2,5 %)
BED (n = 33) ²⁾	1 (0,9 %)	15 (2,9 %)	13 (4,1 %)	4 (8,5 %)

¹⁾ Chi-Quadrat Test: $\lambda^2 = 1,244$; DF = 3; sig $\leq 0,742$ ²⁾ Chi-Quadrat Test: $\lambda^2 = 6,892$; DF = 3; sig $\leq 0,075$

Die Zusammenhänge zwischen den Eßstörungen Bulimia nervosa bzw. BED und dem Körpergewicht sind in Tabelle 2 dargestellt. Während die Bulimie in allen Gewichtgruppen etwa gleich häufig vorkommt, zeigt sich bei der „Binge-Eating“-Störung ein deutlicher Trend zu Übergewicht und Adipositas.

Als Auslöser für Eßanfälle wurden genannt:

- „Heißhunger“, „Süßhunger“ (21,4 %)
- Menstruationszyklus, vor allem prämenstruell (17,5 %)
- Ärger (17 %)
- Langeweile (13,4 %)
- Streß (11,1 %)
- Einsamkeit (4,5 %)
- Bevorzugte Speisen bei Freßanfällen sind:
- Süßigkeiten (32,7 %)
- „Alles, was gerade verfügbar ist“ (25,2 %)
- Schokolade (21,7 %)
- Wurst oder ähnliches (11,4 %)
- Teigwaren (z.B. Brot) (8,9 %)

Die Frauen, die die Kriterien des BE, BES oder BED erfüllten, führten im letzten Jahr signifikant häufiger eine oder mehrere Diäten durch als Frauen ohne diese Eßstörungen. Frauen mit einem BED wählten im Vergleich zu den Frauen ohne BED die Nahrungsmittel weniger nach Geschmack und Lust, sondern häufiger nach Kriterien der Gesundheit und Fettgehalt aus.

Die Frauen, die angaben, mit ihrem Eßverhalten im allgemeinen eher unzufrieden zu sein, gaben signifikant häufiger an, im letzten Jahr eine oder mehrere kalorienreduzierte Diäten durchgeführt zu haben als Frauen, die mit ihrem Eßverhalten eher zufrieden waren (Tab. 3). Oder anders ausgedrückt: Frauen, die gelegentlich oder häufiger Diät halten, sind mit ihrem Eßverhalten unzufriedener.

Diskussion

In dieser Studie wurde das gestörte Eßverhalten bei einer großen repräsentativen Gruppe Tiroler Frauen zwischen dem 15. bis 85. Lebensjahr erhoben. Die Erhebung der Prävalenzraten von Eßstörungen im Rahmen epidemiologischer Untersuchungen ist eine notwendige Vorausset-

zung dafür, daß eine adäquate Versorgung der Betroffenen geplant und sichergestellt werden kann, und entsprechende präventive Maßnahmen entwickelt werden können. Bisher liegen weder für Tirol noch für Österreich repräsentative Erhebungen zur Erfassung der wahren Prävalenz von Eßstörungen, besonders der „Binge-Eating“-Störung, vor.

Unsere Daten zeigen, daß sich in allen Gewichtgruppen Frauen mit einem „gezügelter Eßverhalten“ finden lassen, d.h. Frauen, die fortgesetzt bewußt ihr Eßverhalten zügeln und weniger spontan nach ihren Bedürfnissen essen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern. Andere Untersucher (17) konnten zeigen, daß diese Verhaltensstrategien zur Begrenzung der Nahrungsaufnahme bei einigen (vielen?) Personen das Risiko erhöhen, Heißhungerattacken und Eßanfälle zu entwickeln, und auch eine Eßstörung, wenn zusätzliche Belastungen (z.B. psychosoziale Probleme, Depression, konstitutionelle Neigung zu Übergewicht) hinzukommen (11). Im Einklang damit steht auch das Ergebnis, daß einerseits die Eßanfälle in fast einem Viertel der Fälle aus einem Gefühl des Heiß- oder Süßhungers heraus auftreten, und daß andererseits Frauen, die im letzten Jahr eine oder mehrere Diäten durchgeführt haben, am häufigsten über Unzufriedenheit mit dem Eßverhalten und über Gewichtsprobleme berichten. Auch Patton und Kollegen (14) fanden in ihrer Studie, daß Personen, die Diät halten, ein 8fach höheres Risiko haben, eine Eßstörung zu entwickeln als Personen, die keine Diäten einhalten, besonders dann, wenn andere Risikofaktoren wie ein höheres Gewicht, eine familiäre Fettsucht und soziale Belastungen dazukommen.

Die Prävalenzraten von Frauen mit BED (n = 33; 3,3 %) liegt in unserer Studie etwa doppelt so hoch wie die der Bulimia nervosa (1,5 %) und 10x höher als die der Anorexia nervosa (0,3 %). Unsere Resultate bezüglich der Häufigkeitsraten von Bulimia nervosa sind niedriger

Tab. 3 Diät halten und Zufriedenheit mit dem Eßverhalten

Eßverhalten	eher zufrieden n = 763 (77,2 %)	eher unzufrieden n = 225 (22,8 %)
Diät ja	95 (12,5 %)	62 (27,6 %)
Diät nein	668 (87,5 %)	163 (72,4 %)

¹⁾ Chi-Quadrat Test: $\lambda^2 = 29,661$; DF = 1; sig $\leq 0,001$

als die vieler anderer Studien, sind aber in Übereinstimmung mit den Daten einer neuseeländischen Untersuchung (4), die eine Punktprävalenz von 0,5 % und eine Lebenszeitprävalenz von 1,6 % fanden. Auch diese Autoren fanden eine starke Altersabhängigkeit dieses Störungsbildes.

Personen mit einer BED zeigen wiederholte Eßanfälle, erfüllen aber nicht die diagnostischen Kriterien der Bulimia nervosa, weil sie im Gegensatz zu dieser keine regelmäßigen kompensatorischen Verhaltensweisen wie Erbrechen, Abführmittelkonsum, Fasten oder übermäßige körperliche Aktivität zeigen (26). Dabei müssen wir uns aber klar sein, daß es auf Grund fehlender klarer Definitionskriterien für „Fasten“ oder für „übermäßige körperliche Aktivität“ – auch in dieser Untersuchung – zu Überschneidungen der beiden Eßstörungen BED und Bulimia nervosa kommen kann. Es ist anzunehmen, daß jede Person, die gehäuft Eßanfälle ohne gegenregulatorische Verhaltensmaßnahmen hat, ein Übergewicht oder eine Adipositas entwickeln kann.

Das Vorkommen von Freßattacken bei Normalgewichtigen könnte auch dadurch bedingt sein, daß bei diesen Frauen nicht nur ein gehäuftes Diäthalten und kontrolliertes Eßverhalten zwischendurch besteht, sondern daß diese neben der Einschränkung der Kalorienaufnahme gehäuft verstärkte körperliche Aktivität zeigen. Dabei ist bekannt, daß verstärkte körperliche Aktivität auch Auslöser von Eßanfällen sein kann (16, 28).

Die im Vergleich vor allem zu Frauen in den USA relativ geringe Rate adipöser Frauen (BMI > 30) hat sicherlich viele – von uns nicht untersuchte – Gründe. Neben der geringeren Verfügbarkeit hochenergie-dichter Ernährung, die ohne wesentliche Bewegung jederzeit verfügbar ist, und der vermehrten körperlichen Aktivität der eher ländlichen Bevölkerung in Tirol kommt auch der eher geringen Akzeptanz starken Übergewichts bei Tiroler Frauen eine Bedeutung zu.

Bei der Beurteilung der Ergebnisse muß natürlich berücksichtigt werden, daß es sich ausschließlich um eine Selbsteinschätzung durch die Betroffenen handelt. Auch

ist es auf Grund der bei Telefonumfragen notwendigen Einschränkung der Fragen, um eine solche Untersuchung bei einer großen Stichprobe überhaupt durchführen zu können, nicht zu vermeiden, daß viele sinnvolle und zur genauen Klärung (z.B. einer Diagnose) erforderlichen Fragen nicht gestellt werden können. So kann auch nicht ausgeschlossen werden, daß die Nahrungsaufnahme bzw. das Eßverhalten auf Grund sozialer und individueller Erwünschtheit einerseits in Richtung eines „normaleren“ Eßverhaltens, andererseits in Richtung einer Überschätzung der Essensmenge verzerrt sein könnten. Es wurde von den Interviewern wohl darauf hingewiesen, daß es sich um Essensmengen handeln sollte, die auch von anderen als groß eingeschätzt werden würden, trotzdem kann nicht ausgeschlossen bzw. muß angenommen werden, daß die Nahrungsmengen, die im Rahmen eines Eßanfalls verschlungen werden, individuell unterschiedlich groß sind. Daher ist es auch möglich, daß dünne Frauen die Größe der aufgenommenen Nahrungsmenge eher über-, die dicken Frauen eher unterschätzen, so daß wahrscheinlich einerseits insgesamt weniger normalgewichtige, aber andererseits mehr übergewichtige Frauen eine „Binge-Eating“-Störung aufweisen werden. Auf dieses Problem hat auch Fairburn (6) hingewiesen, der meinte, daß eher das Gefühl des Kontrollverlustes und das subjektiv wahrgenommene Gefühl einer exzessiven Nahrungsaufnahme wichtig ist für die Definition eines Eßanfalls als die tatsächliche Essensmenge. Auch auf Grund der großen Differenz der Mengen, die im Rahmen einer Eßattacke verschlungen werden, regten einige Forscher (8, 22) sogar an, daß für die Definition einer Freßattacke das Kriterium „große Essensmenge“ überhaupt aufgegeben werden sollte.

Im Rahmen einer weiteren Studie bei Tiroler Frauen und Männern soll – wie auch von anderen Forschern (13) angeregt – versucht werden, u.a. mit präziseren Fragestellungen einige unklar gebliebenen Fragen und Antworten (z.B. Essensmenge bei Eßanfall, Heißhunger, Fasten, übermäßige körperliche Aktivität) befriedigender zu erfassen und darzustellen.

Literatur

1. American Psychiatric Association (1994) Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed. APA, Washington
2. Bruce B, Agras WS (1992) Binge eating in females: A population-based investigation. *Int J Eat Disord* 12: 365–373
3. Bruce B, Wilfley D (1996) Binge eating among the overweight population: A serious and prevalent problem. *J Am Diet Assoc* 96:58–61
4. Bushnell JA, Wells JE, Hornblow AR, Oakley-Browne MA, Joyce P (1990) Prevalence of three bulimia syndromes in the general population. *Psychol Med* 20:671–680
5. Cooper Z, Fairburn CG (1987) The Eating Disorder Examination: A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *Int J Eat Disord* 6:1–8
6. Fairburn CG (1996) The diagnosis of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 5:403–419
7. Fairburn CG, Beglin SJ (1990) Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *Am J Psychiatry* 147: 401–408
8. Garner DM, Shafer CL, Rosen LW (1992) Critical appraisal of the DSM-IV-R diagnostic criteria for eating disorders. In: Hopper SR, Hynd GW, Mattison RE (eds) *Child psychopathology: Diagnostic criteria and clinical assessment*. Erlbaum, Hillsdale, NJ
9. Garner DM (1993) Binge Eating in Anorexia Nervosa. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds) *Binge Eating, Nature, Assessment, and Treatment*. Guilford Press, New York, pp 50–96
10. Gotestam KG, Agras WS (1995) General population-based epidemiological

- study of eating disorders in Norway. *Int J Eat Disord* 18:119–126
11. Hsu LKG (1997) Can dieting cause an eating disorder? *Psychol Med* 27: 509–513
 12. Marcus MD, Wing RR, Lamparski D (1985) Binge eating and dietary restraint in obese patients. *Addict Behav* 10:163–168
 13. Niego SH, Pratt EM, Agras WS (1997) Subjective or Objective Binge: Is the Distinction valid? *Int J Eat Disord* 22:291–298
 14. Patton GC, Johnson-Sabine E, Wood K, Mann AH, Wakeling A (1990) Abnormal eating attitudes in London schoolgirls – a prospective epidemiology study: outcome at twelve month follow-up. *Psychol Med* 20:383–394
 15. Polivy J, Herman CP, Warsh S (1978) Internal and external components of emotionality in restrained and unrestrained eaters. *J Abnorm Psychol* 87:497–504
 16. Polivy J, Herman CP (1993) Etiology of binge eating: psychological mechanisms. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds) *Binge Eating: Nature, Assessment, and Treatment*. Guilford Press, New York, pp 173–205
 17. Polivy J (1996) Psychological consequences of food restriction. *J Am Diet Assoc* 96:589–592
 18. Pudel V, Westenhöfer J (1991) *Ernährungspsychologie*. Hogrefe, Göttingen
 19. Rosen JC, Leitenberg H, Fisher C, Khazam C (1986) Binge-eating episodes in bulimia nervosa: The amount and type of food consumed. *Int J Eat Disord*
 20. Rosen JC, Gross J, Vara L (1987) Psychological adjustment of adolescents attempting to lose or gain weight. *J Cons Clin Psychol* 55:742–747
 21. Rossite EM, Agras WS (1990) An empirical test of the DSM-III-R definition of binge. *Int J Eat Disord* 9:513–518
 22. Rossite EM, Agras WS, Telch CF, Bruce B (1992) The eating patterns of nonpurging bulimic subjects. *Int J Eat Disord* 11:111–120
 23. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras WS, Mitchell J, Nonas C (1991) Binge eating disorder: to be or not to be. In: *DSM-IV*. *Int J Eat Disord* 10: 627–629
 24. Spitzer RL, Devlin M, Walsh BT, Hasin D, Wing R, Marcus M, Stunkard A, Wadden T, Yanovski S, Agras WS, Mitchell J, Nonas C (1993) Binge eating disorder: a multisite field trial for the diagnostic criteria. *Int J Eat Disord* 11:191–203
 25. Stunkard A (1959) Eating patterns and obesity. *Psych Quart* 33:284–295
 26. Wilson GT, Nonas CA, Rosenblum GD (1993) Assessment of binge-eating in obese patients. *Int J Eat Disord* 13: 25–34
 27. Yanovski SZ, Leet M, Yanovski JA, Flood M, Gold PW, Kissileff HR, Walsh BT (1992) Food selection and intake of obese women with binge eating disorder. *Am J Clin Nutr* 56: 975–980
 28. Yates A, Leehey K, Shisslak CM (1983) Running – an analogue of anorexia nervosa? *New Engl J Med* 308: 251–255