



universität
wien

Diplomarbeit

Titel der Arbeit

Therapieevaluation eines neuen Internet-basierten
Selbsthilfeprogramms im Vergleich zur Bibliothherapie bei
Patientinnen mit Bulimia nervosa:
Veränderungsmotivation und bulimische Primärsymptomatik

Verfasserin

Marion Spitzer

Angestrebter akademischer Grad

Magistra der Naturwissenschaften (Mag. rer. nat.)

Wien, im März 2010

Studienkennzahl: 298

Studienrichtung: Psychologie

Betreuer: Ao. Univ.-Prof. Dr. Alfred Schabmann

ERKLÄRUNG

Ich, Marion Spitzer, erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit selbst verfasst und nur die im Literaturverzeichnis angegebenen Quellen verwendet habe.

VORWORT

Ist Internet-basierte Selbsthilfe für Patientinnen mit Bulimia nervosa eine alternative Möglichkeit zu herkömmlichen Therapien?

Diese Frage stellte ich mir, als ich auf der Suche nach einem Diplomarbeitsthema im August 2006 zufällig den Aushang zu der Studie *Therapieevaluation eines neuen Internet-basierten Selbsthilfeprogramms im Vergleich mit der Bibliotherapie bei Bulimie- Patientinnen* an der Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am AKH Wien entdeckte. Der Einsatz neuer Medien in der gestützten Selbsthilfe als kosteneffiziente Alternative zu herkömmlichen Therapiemethoden und die Patientenbegleitung stellten für mich eine persönliche Herausforderung dar. In dieser Studie sollte ich die Funktion eines Coachs übernehmen, der die Patientinnen in ihrer Arbeit an dem Selbsthilfeprogramm in einem wöchentlichen E-Mail-Kontakt motivierend begleitet, ihnen die Anwendung des jeweiligen Selbsthilfeprogramms erklärt und ihre Veränderungssymptomatik in mehreren Evaluationsgesprächen dokumentiert.

Die Ergebnisse zur Effizienz dieser begleitenden „Selbsttherapie“ bei Patientinnen mit Bulimia nervosa sind in dieser Arbeit dokumentiert.

Für die Fertigstellung dieser Arbeit möchte ich mich bei folgenden Personen besonders bedanken:

- Herrn Univ. Prof. Dr. Andreas Karwautz für die gute Zusammenarbeit und das große Maß an Eigenverantwortung, das ich bei der Betreuung der Patientinnen übernehmen durfte
- Frau Mag. Wagner für die anregende Hilfestellung bei der Bearbeitung dieser Untersuchung
- Dem gesamten Studienteam: Mag. Johanna Dolleschka, Anna Mayrhofer, Gerald Nobis und Martina Dieplinger für die „helfenden Hände“

- Herrn Univ. Prof. Dr. Schabmann für die Annahme des Diplomarbeitsthemas und das Korrekturlesen dieser Arbeit.

Weiters gilt mein Dank den zahlreichen Patientinnen, die bereit waren, mich an ihren persönlichen Erfahrungen teilhaben zu lassen, all meinen Freunden die mich emotional gestärkt haben, und vor allem meinen Eltern für den seelischen Beistand und die finanzielle Unterstützung während meines Studiums.

KURZZUSAMMENFASSUNG

Das Ziel der vorliegenden Untersuchung bestand in der Evaluation von zwei auf unterschiedlichen Medien transportierten Selbsthilfeprogrammen (Internet vs Buch) in der Behandlung von Frauen mit Bulimia nervosa. Beide Selbsthilfeprogramme wurden in Kombination mit einem wöchentlichen E-Mailkontakt zu einem psychologisch geschulten Coach eingesetzt.

Die bulimische Symptomatik konnte mit dem Anamnesefragebogen *Questionnaire anamnestique pour les troubles alimentaires (QATA)*, erhoben werden. In beiden Selbsthilfegruppen, der Internet- und Bibliothherapie, kam es bei den Patientinnen zu einer signifikanten Abnahme ihrer bulimischen Primärsymptomatik. Nach der Therapie zeigten mehr als ein Drittel der Patientinnen hinsichtlich ihrer Essanfälle und ihres Erbrechens eine Symptomremission; eine Symptomabstinenz konnte bei 19% der Patientinnen festgestellt werden.

Die allgemeine und essstörungsspezifische Veränderungsmotivation konnte anhand des *Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)* und des *Bulimia nervosa stages of change questionnaire (BNSOCQ)* erfasst werden. Die essstörungsspezifische Veränderungsmotivation (Motivation zur Veränderung der Bulimie) stieg bei den Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie über den Therapiezeitraum signifikant an, während sich die allgemeine Veränderungsmotivation (Therapiemotivation) nicht wesentlich verändert hat.

Die Selbsthilfeprogramme wurden von mehr als zwei Drittel der Teilnehmerinnen beendet; etwas mehr als ein Drittel (35%) aller Patientinnen brachen die gestützte Selbsthilfe innerhalb der 7 Therapiemonate ab.

Der essstörungs- und motivationsspezifische Behandlungseffekt sowie die für ein niederschwelliges Selbsthilfeprogramm geringe Therapieabbruchsrates in der ersten Therapiehälfte (29%) zeigen neue hilfreiche Wege in der Behandlung von Bulimia nervosa. Eine, als ersten Schritt in einem „Stepped-Care“-Modell, Internet-basierte und durch einen Coach aus dem Gesundheitswesen begleitete Selbsthilfeintervention, stellt eine kosteneffiziente Behandlungsalternative zu herkömmlichen Therapiemethoden dar.

ABSTRACT

Guided self-help via manuals (bibliotherapy) has already been proven to be an effective way in the treatment of bulimia nervosa. Aim of this study was to evaluate a new Internet-based self-help program comparing with known bibliotherapy that has not been proven previously. Both self-help programs were supported by an weekly email contact from a psychological trained coach.

Data from bulimic symptoms were assessed using the *QATA*, a self- developed rating scale. After treatment, 37% of Internet-based self-help treated women reduced bingeing or vomiting and 19% were abstinent from both. In bibliotherapy, 43% had no binges or vomits and 19% were free from both. Treatment effects did not differ between the self-help groups.

Patient's motivation to change can lead to successful participation or drop out. General and eating- disordered motivation to change were assessed by the *FEVER* (an adapted version from the University of Rhode Island Change Assessment Scale *URICA*) and the Bulimia nervosa stages of change questionnaire *BNSOCQ*. Motivation to overcome bulimia significantly increased in both groups.

Completer rates were 63% in Internet-based self help and 68% in bibliotherapy. Drop out did not significantly differ between the self-help groups.

Totally, Internet-based self-help and bibliotherapy, guided by a coach, can be an alternative and cost- effective way to treat women with bulimia.

INHALTSVERZEICHNIS

EINLEITUNG	8
<i>THEORETISCHER TEIL</i>	10
1 BULIMIA NERVOSA	10
1.1. Diagnosekriterien von Bulimia Nervosa	11
1.2. Epidemiologie, Verlauf und Prognose	13
2 STÖRUNGSTHEORIEN	14
3 ERKLÄRUNGSMODELL	19
4 STAND DER THERAPIEFORSCHUNG	23
4.1. Psychotherapeutische Verfahren	23
4.2. Pharmakotherapie	25
4.3. Selbsthilfe- Ansätze	27
4.3.1. Bibliotherapie	31
4.3.2. Wirksamkeitsfaktoren der Bibliotherapie	33
4.3.3. Computergestützte Therapie	35
4.3.4. Wirksamkeitsfaktoren der Computergestützten Therapie	39
4.3.5. Möglichkeiten und Grenzen von Biblio- und Computergestützter Therapie	40
5 THERAPIEABBRUCH	44
6 VERÄNDERUNGSMOTIVATION IN DER THERAPIE	46
6.1. Das Transtheoretische Modell	47
6.2. Veränderungsmotivation als Prädiktor für den Therapieoutcome und Therapieabbruch	51
<i>EMPIRISCHER TEIL</i>	53
7 ZIELSETZUNG	53
8 FRAGESTELLUNGEN	54
9 METHODE	56

9.1.	Stichprobe	56
9.2.	Durchführung der Studie	60
9.3.	Darstellung der Messinstrumente	66
9.3.1.	Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)	66
9.3.2.	Bulimia nervosa stages of change questionnaire (BNSOCQ)	67
9.3.3.	Questionnaire anamnestique pour les troubles alimentaires (QATA)	69
9.4.	Statistische Datenanalyse	70
10	ERGEBNISSE	71
10.1.	Stichprobenbeschreibung: Basisdiagnostik	71
10.2.	Behandlungseffekt: Bulimische Primärsymptomatik	75
10.3.	Behandlungseffekt: Veränderungsmotivation	81
10.4.	Akzeptanz der gestützten Selbsthilfe	88
11	ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION	90
12	LITERATURVERZEICHNIS	98
13	TABELLENVERZEICHNIS	112
14	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	113
15	ANHANG	114
16	CURRICULUM VITAE	116

EINLEITUNG

Nach einer einleitenden Beschreibung des Essstörungssyndroms Bulimia nervosa werden überblicksmäßig die Entstehungsbedingungen unter Berücksichtigung der zugrunde liegenden Modelle erläutert sowie die traditionellen Therapiemethoden aufgezeigt. Im Anschluss erfolgt eine Einführung in die Selbsthilfeinterventionen mit und ohne therapeutische Unterstützung. Die Möglichkeiten und Grenzen der Selbsthilfe werden aufgezeigt, Prädiktoren für einen Therapieabbruch vorgestellt und die Moderatorvariablen der Veränderungsmotivation im Therapiegeschehen näher betrachtet.

Die Wirkung der klassischen Psychotherapie wurde in zahlreichen Studien zur Essstörungsforschung bestätigt (Cooper, Coker & Fleming, 1994; Mitchell, Agras & Wonderlich, 2006) und die Kognitive Verhaltenstherapie als *Therapie erster Wahl* anerkannt (Jacobi, Paul & Thiel, 2004, Karwautz, 2004)- diese kann aber auf Grund von Ressourcen-, Kosten- und Zeitfaktoren bei Bedarf nicht immer rasch zur Verfügung gestellt werden.

Aus ökonomischen Gründen kam es in den letzten zehn Jahren in der Essstörungsforschung zu einem international ansteigenden Einsatz alternativer Selbsthilfeprogramme, die auf den Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie aufgebaut sind (Ott & Eichenberg, 2003). Die leicht zugänglichen Behandlungsangebote in Form von *Bibliotherapie* (Selbsthilfemanualen) können als Vorstufe einer nachfolgenden therapeutengeleiteten Kognitiven Verhaltenstherapie, z.B. für Patienten auf einer Warteliste, oder als alleinige Therapieform für Patienten mit schwächer ausgeprägter bulimischer Primärsymptomatik (Schmidt, Tiller & Treasure, 1993; Treasure et al., 1996) eingesetzt werden.

Im deutschsprachigen Raum konnte durch den Einsatz der Bibliotherapie „Die Bulimie besiegen“ (Schmidt & Treasure, 1993, 1996) mit begleitender Kurztherapie eine signifikante Besserung in der essstörungsspezifischen Symptomatik und Depressivität, im Selbstwertgefühl sowie in der Lebensqualität erreicht werden (Thiels, Schmidt, Treasure, Garthe & Troop, 1998).

Neben der bewährten Bibliotherapie werden in den letzten Jahren vermehrt neue Medien in Form von *computergestützten Angeboten* (CD-ROM- oder Internet-gestützt) und

Telefonberatung zur Behandlung von Bulimia nervosa eingesetzt (Williams, 2003). Zur synonymen Bezeichnung der Internettherapie werden in der Literatur oft auch die Schlagworte „Onlinetherapie“, „Interapy“ oder „E-Therapy“ verwendet (Eichenberg, 2007; Wesemann & Grunwald, 2008).

Das Internet-basierte und auf der Kognitiven Verhaltenstherapie aufgebaute Selbsthilfeprogramm „SALUT BN- Geleitete Selbsthilfe für Bulimie“ wurde zuletzt in der Schweiz (Carrard et al., 2006) , Spanien (Fernández-Aranda et al., 2009) und in Deutschland (Liwowsky, Cebulla & Fichter, 2006) an Erwachsenen mit Bulimia nervosa erfolgreich erprobt.

In Österreich erfolgte das erste Angebot zur Internettherapie bei Bulimia nervosa an der Medizinischen Universität Wien (Essstörungsambulanz, Leitung: Univ.-Prof.Dr.Andreas Karwautz), das neben Erwachsenen auch an Jugendlichen erprobt werden konnte. Über eine Internetplattform (<http://www.karwautz.at>) erhielten jugendliche und erwachsene Bulimiepatientinnen Zugang zu dem Internet-basierten Selbsthilfeprogramm „SALUT BN.“ Im empirischen Teil dieser Arbeit wird das Internetprogramm „SALUT BN“ im Vergleich zur Bibliothherapie „Die Bulimie besiegen“, deren Wirksamkeit in mehreren Studien (Perkins, Murphy, Schmidt & Williams, 2006; Schmidt & Treasure 1993, 1996; Thiels, et al., 1998) belegt werden konnte, evaluiert, und die Ergebnisse in Hinblick auf den Behandlungserfolg interpretiert. An einer klinisch kontrollierten Stichprobe von 126 bulimischen Frauen wurde am AKH untersucht, ob beide Selbsthilfeprogramme (Internet- und Bibliothherapie) eine unterschiedliche Wirkung auf die Veränderung der bulimischen Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen) und der allgemeinen bzw. essstörungsspezifischen Motivation zeigen.

THEORETISCHER TEIL

1 BULIMIA NERVOSA

Essstörungen sind ernstzunehmende psychiatrische Erkrankungen mit beträchtlichen Auswirkungen auf alle wichtigen Lebensbereiche. Trotz der verschiedenen Ausprägungsformen ist ihnen ein abweichendes Essverhalten gemeinsam.

Das Diagnostische und Statistische Manual Psychischer Störungen- Text Revision (*DSM-IV-TR*); legt zwei eindeutige Syndrome fest: *Anorexia nervosa* (Magersucht) und *Bulimia nervosa* (Ess- und Brechsucht). Bei beiden Krankheitsbildern sind als wesentliches Merkmal eine Störung der Wahrnehmung von Figur und Gewicht zu erkennen.

Das Krankheitsbild der *Anorexia Nervosa* differenziert sich primär von dem der *Bulimia Nervosa* durch die Weigerung, ein erforderliches Minimum an „normalem“ Körpergewicht zu halten.

Die *Bulimia nervosa* zeigt sich durch wiederholte Episoden von Fressanfällen, die in der Folge durch unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen, kompensiert werden. Ein wesentliches Kriterium im Zusammenhang mit den Fressanfällen ist der Kontrollverlust, ein Gefühl von Zwang oder Dissoziation mit dem Essen nicht mehr aufhören zu können (Jacobi et al., 2004). Selbstinduziertes Erbrechen oder rigides Fasten werden zu der Vermeidung einer Gewichtszunahme ebenso eingesetzt wie der Gebrauch von Laxantien, Appetitzügler oder Diuretika. Zur Diagnosestellung ist es ausreichend, eine der genannten Kompensationsmethoden anzuwenden.

Das DSM-IV-TR weist weiters auf eine dritte *Nicht näher bezeichnete Essstörung* (engl. Eating Disorders not otherwise specified) hin, bei der nicht alle Kriterien für eine spezifische Essstörung erfüllt sein müssen. Beispielsweise werden Patientinnen, deren bulimische Symptomatik seltener als zweimal pro Woche auftritt, in diese Störungsgruppe klassifiziert. Die Nicht näher bezeichnete Essstörung ist mit einer Prävalenzrate von 3% die häufigste Essstörung bei jungen Frauen (P.P. Machado, B.C. Machado, Goncalves & Hoek, 2007) und kann als Vorstufe einer Essstörung mit klinisch ausgeprägten Diagnosekriterien eintreten. Jugendliche mit einer Nicht näher bezeichneten Essstörung zeigen im Vergleich zu Jugendlichen mit *Bulimia nervosa* zwar eine signifikant schwächere bulimische

Primärsymptomatik, ihre Komorbidität (z.B. Depression und Zwangsstörung in der Kindheit) ist aber zumeist stärker ausgeprägt (Schmidt et al., 2008).

Diese Arbeit konzentriert sich in weiterer Folge ausschließlich auf die Störungsgruppe der Bulimia nervosa.

1.1. Diagnosekriterien von Bulimia Nervosa

Das DSM-IV-TR (APA, 2003) nennt folgende Hauptmerkmale um die Diagnosekriterien einer Bulimia nervosa zu erfüllen (s. Tabelle 1): *Heißhungeranfälle* und *unangemessene Maßnahmen der Kompensation* um eine Gewichtszunahme zu verhindern (z.B. selbstinduziertes Erbrechen, der Gebrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren). Am häufigsten wenden bulimische Patientinnen die Kompensationsmethode des selbstinduzierten Erbrechens an („Purging-Typus“); in selteneren Fällen praktizieren sie auch andere unangemessene gegensteuernde Maßnahmen wie z.B. Fasten oder exzessive körperliche Betätigung („Nicht-Purging“-Typus)

Die Heißhungeranfälle zeigen sich im Verzehr einer übermäßig großen Nahrungsaufnahme (mehr als die meisten Personen innerhalb des gleichen Zeitraums und unter vergleichbaren Gegebenheiten konsumieren würden), wobei die Patientinnen oft bis zu 3000 Kalorien in sehr kurzer Zeit (oft unter 2 Stunden) „hinunterschlingen.“ Die Kost ist kalorienreich (Süßes, Fettes, Kohlenhydrate) und oft von weicher Konsistenz (Kuchen, Krapfen, Sandwich) damit sie leichter wieder erbrochen werden kann.

Die Essanfälle sind stets begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlusts d.h. die Patientinnen können die Episoden der Fressanfälle nicht mehr willentlich beenden und sprechen von einem Zwang, das Essen fortsetzen zu müssen, bis sich das unerträgliche Völlegefühl, die Schuldgefühle über den Kontrollverlust beim Essen oder der Ekel vor sich selbst einstellen.

Im Anschluss an die Fressattacken folgen dann zumeist selbstinduziertes Erbrechen und/oder Laxantieneinnahme oder andere erwähnte Kompensationsmaßnahmen, wobei zur Diagnosestellung der Bulimia nervosa die Anwendung *einer* gewichtsreduzierenden Maßnahme ausreichend ist.

Die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten treten bei der Diagnose der Bulimia nervosa in einem Zeitraum von 3 Monaten durchschnittlich mindestens zweimal pro Woche auf. Ähnlich der Anorexia nervosa hat die Figur und das Gewicht einen übermäßig bedeutsamen Stellenwert für das Selbstbild der Patientinnen.

Die Abgrenzung zur Anorexia nervosa zeigt sich darin, dass die bulimische Störung nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa (d.h. bei gleichzeitigem massiven Gewichtsverlust bzw. Untergewicht) auftritt.

Tabelle 1

Diagnostische Kriterien für 307.51 (F50.2) Bulimia Nervosa nach DSM-IV-TR (2003)

A.	Wiederholte Episoden von „Fressattacken“. Eine „Fressattacken“-Episode ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:
(1)	Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. innerhalb eines Zeitraums von 2 Stunden), wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
(2)	Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können, noch Kontrolle über die Art und Menge der Nahrung zu haben).
B.	Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien Diuretika, Klistieren und anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.
C.	Die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
D.	Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
E.	Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.

Anmerkungen. Die Bulimia Nervosa wird in der ICD-10 mit F50.2 kodiert. Adaptiert aus „Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen- Textrevision- DSM-IV-TR. (Deutsche Bearbeitung von Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., Houben, I.)“ der American Psychiatric Association, 2003, Göttingen: Hogrefe.

1.2. Epidemiologie, Verlauf und Prognose

Die Bulimia nervosa wurde erstmals Anfang der 80er Jahre als ein von der Anorexia nervosa unabhängiges Krankheitsbild epidemiologisch untersucht. Heute zeigt sie sich in der Normalbevölkerung mit einer recht hohen Prävalenz auch außerhalb klinischer Stichproben.

Die Prävalenzrate zeigt eine deutliche Zunahme der Bulimie in den westlichen Industrieländern (Jacobi et al., 2004). So verschlingen im Durchschnitt 1 % aller Mädchen und jungen Frauen drei oder mehr Monate lang durchschnittlich mindestens zweimal pro Woche große Nahrungsmengen und wenden anschließend zur Vermeidung einer möglichen Gewichtszunahme bestimmte Gegenmaßnahmen an.

Die Erstmanifestation der Bulimia nervosa findet zumeist in der späten Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter statt, wobei der Erkrankungsgipfel im Alter von 18-19 Jahren liegt (Fombonne, 1995). Die Pubertät und Adoleszenz stellen eine kritische Phase der Veränderungen im Körperaufbau und Gewicht dar und können als Risikofaktoren für die Entstehung der Bulimie gesehen werden.

Im Gegensatz zur Anorexia nervosa sind zur Inzidenz von Bulimia nervosa auf Grund der Neuartigkeit des Störungsbildes zwar deutlich weniger Studien bekannt (van Hoeken, Seidell & Hoek, in press), im Verlauf der letzten beiden Jahrzehnte kann aber von einem leichten Anstieg der Neuerkrankungen an Bulimie ausgegangen werden. Insgesamt zeigt sich zur Bulimia nervosa ein Inzidenznachweis von etwa 12 pro 100.000 Einwohner und in der Altersgruppe mit dem höchsten Risiko (20-24 Jahre) ein Nachweis von 82 pro 100.000 Einwohner (Jacobi et al., 2004). Das Geschlechterverhältnis von Frauen zu Männern mit Bulimia nervosa beträgt 18:1 (Currin, Schmidt, Treasure & Jick, 2005).

Zum langfristigen Prognoseverlauf der Bulimia nervosa wurden zahlreiche Untersuchungen durchgeführt, jedoch ist die Beurteilung durch methodische Schwierigkeiten erschwert. So zeigt z.B. die Stichprobenauswahl in der Allgemeinbevölkerung im Vergleich zur klinischen Stichprobe erhebliche Unterschiede. Eine Kontrolle des Behandlungseffekts über einen längeren Zeitraum wird nur selten durchgeführt. Im Gegensatz zur Anorexie hat die Bulimie langfristig aber einen weitaus günstigeren Verlauf- 50-75% der Patientinnen gelten als vollständig geheilt, ca. 30% erfüllen die Diagnosekriterien teilweise nicht mehr und 20-30% leiden weiterhin an Bulimia nervosa. Bei nicht- klinischen Stichproben fällt die Prognose

deutlich ungünstiger aus und 50-66% leiden nach 5 Jahren noch an einer Form der Essstörung (Jacobi et al., 2004).

Als kurzfristige (Prä-Post)- Prädiktoren für einen Behandlungserfolg bei Bulimia nervosa gelten z.B. eine schwächere bulimische Primärsymptomatik, die deutliche Symptomreduktion innerhalb der ersten acht Therapieeinheiten und eine nicht zu stark ausgeprägte Depressivität am Beginn der Behandlung. Starke Impulsivität und Substanzmissbrauch in der Vergangenheit sind prognostisch ungünstige Merkmale für den langfristigen Verlauf der bulimischen Essstörung (Jacobi et al.).

2 STÖRUNGSTHEORIEN

Biopsychosoziales Modell

Die Erforschung der Ätiologie von Essstörungen liegt trotz zunehmender Untersuchungen in den letzten zwei Jahrzehnten noch im Rückstand. In der Vergangenheit zeigen sich ätiologische- und Risikofaktoren für Essstörungen aus der Perspektive eines spezifisch theoretischen (biologischen, kognitiv-behavioralen, psychodynamischen) Ansatzes und die empirische Fundierung bisher bekannter Modelle variierte von sehr stark bis sehr schwach (Jacobi & Neubert, 2005).

In Lehrbüchern findet sich im Zusammenhang mit der Ätiologie von Essstörungen des öfteren der Ausdruck „Biopsychosoziales Modell.“ Dieser Begriff wurde in den siebziger Jahren von dem führenden amerikanischen Medizinthoretiker G. L. Engel geprägt und soll auf die multifaktorielle Bedingtheit und Aufrechterhaltung von Essstörungen hinweisen. Das zeitliche Zusammentreffen von mehreren Schlüsselfaktoren könnte dann das Risiko, dass eine Person eine solche Störung entwickelt, erhöhen (Rousett et al., 2004). Die Frage des zeitlichen Auftretens der biologischen Faktoren (genetische Prädisposition, Störung der hypothalamischen oder biochemischen Aktivität), psychologischen (kognitive Störungen und Verstimmung) und der soziokulturellen Faktoren (gesellschaftlicher Druck zur Schlankheit, verstrickte Familienbeziehungen) im Verhältnis zum Beginn der Essstörung konnte empirisch aber nicht abgesichert werden und oft scheinen Risiko- und aufrechterhaltende Faktoren die Folgen einer Essstörung zu sein.

Klassische Störungsmodelle (wie das Biopsychosoziale Modell) haben für den klinisch-therapeutischen Alltag dennoch einen hohen Nutzen- vor allem die kognitiv-behavioralen Modelle können den Patienten ein plausibles Modell und daraus abgeleitete Behandlungsstrategien vermitteln. Im Vordergrund des klassischen Störungsmodells steht die Vorhersage von aufrechterhaltenden Bedingungen der Essstörung, da der Stellenwert von Risikofaktoren v.a in der Kindheit und das Zusammenwirken einzelner Faktoren im Vorfeld der Essstörung weitgehend ungeklärt ist (Jacobi et al., 2004).

In Anlehnung an die Taxonomie von Risikofaktoren und Faktoren der Aufrechterhaltung von Essstörungen nach Kraemer et al. (1997) konnten in Längsschnittstudien (Kotler, Cohen, Davies, Pine & Walsh, 2001; Marchi & Cohen, 1990; Moorhead et al., 2003) sowie als feste Marker⁴ durch Querschnittuntersuchungen (Graber, Lewinsohn, Seeley & BrooksGunn, 1997; Hayward et al., 1997), *psychosoziale* und *biologische Risikofaktoren* für Bulimia nervosa identifiziert werden (siehe Jacobi & Neubert, 2005)- hierbei ist wesentlich, dass der Risikofaktor mit dem Beginn der Erkrankung signifikant korreliert und im Vorfeld der Essstörung aufgetreten ist.

⁴ Ein Risikofaktor, der nicht verändert werden kann bzw. sich nicht ändert (Rasse, Geschlecht, Geburtsjahr)

Risikofaktoren

Von *Geburt* an sind feste Marker für das Störungsbild Bulimia nervosa repräsentiert durch genetische Faktoren, das weibliche Geschlecht und die ethnische (nicht-asiatische) Zugehörigkeit (Jacobi et al., 2004).

In der frühen *Kindheit* können gesundheitliche Probleme als variable Risikofaktoren für eine Bulimia nervosa klassifiziert werden. Vorboten für eine Erkrankung im Jugendalter zeigen sich bereits im frühen Kindesalter durch Fütter-, Ess- und gastrointestinale Störungen. In einer Längsschnittuntersuchung (Marchi & Cohen, 1990) konnte bei Personen mit Pica (eine seltene Essstörung, bei der Menschen allgemein ungenießbare und als abscheulich empfundene Dinge zu sich nehmen) in der Kindheit ein fast siebenmal höheres Risiko für das Auftreten einer Bulimia nervosa gefunden werden.

In der *Adoleszenz* können eine negative Selbstbewertung, Unzufriedenheit und übermäßige Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht sowie Diäten als Vorboten von Essstörungen gesehen werden. Mangelnde Interozeptionsfähigkeit (Wahrnehmung von internalen affektiven und viszerale Reizen) kann als Prädiktor für eine Bulimie gesehen werden (Bruch, 1962).

Als Vorboten für Essstörungen im *Erwachsenenalter* können schwere Belastungen einschließlich traumatischer sexueller und körperlicher Erfahrungen im Kindes- und Jugendalter in Betracht gezogen werden (Johnson, Cohen, Kasen & Brook, 2002). Angststörungen und affektive Störungen werden als variable Risikofaktoren für Bulimia nervosa klassifiziert, wobei die Anzahl der Studien derzeit noch gering ist (Mitchell, Specker & de Zwaan, 1991; Wonderlich & Mitchell, 1997).

Studien zu familiären Erkrankungen (Übersicht bei Bulik, Sullivan, Wade & Kendler, 2000) haben gezeigt, dass das Störungsbild Bulimia nervosa in den Familien der Patienten gehäuft auftritt und eine genetische Komponente die Ätiologie der Störung wesentlich mitbestimmt. Befunde zu *Zwillingsstudien* an Paaren mit mindestens einem erkrankten Zwilling bestätigten die genetische Komponente für Bulimie- im Vergleich monozygoter mit dizygoter Zwillinge konnte eine signifikant höhere Konkordanzrate für Bulimia nervosa bei den monozygoten Paaren nachgewiesen werden.

Ein möglicherweise biologischer Zusammenhang zwischen Essstörungen und *Depressionen* erklärt sich im Wesentlichen durch folgende Befunde:

Besondere Bedeutung in der Diskussion um die Genese und Aufrechterhaltung psychogener Essstörungen wird dem Neurotransmitter *Serotonin* beigemessen. Durch experimentelle Befunde aus verschiedenen Studien (Jimmerson, Lesem, Kaye & Brewerton, 1992; Kaye et al., 1998) konnte unter Anwendung unterschiedlicher Methoden eine reduzierte Aktivität des serotonergen Systems bei bulimischen Patientinnen nachgewiesen werden. Bei Serotoninmangel infolge depressiver Stimmung wurde ein kompensatorisch gesteigerter Appetit auf kohlenhydratreiche Nahrung einschließlich entsprechender Heißhungerattacken festgestellt (Laessle, Kittl, Fichter, Wittchen & Pirke, 1987). Umgekehrt sind Depressionen infolge eines Serotoninmangels im Gehirn auch das Ergebnis einer von vielen essgestörten Patientinnen bevorzugten proteinreichen und kohlenhydratarmen Diät.

Zusammengefasst können eine ethnische Zugehörigkeit, das weibliche Geschlecht, die übermäßige Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht sowie eine negative Selbstbewertung als die am besten gesicherten Risikofaktoren gesehen werden, wobei das Geschlecht und die Beschäftigung mit der Figur bzw. dem Gewicht die potentesten (effektstärksten) Faktoren darstellen (Jacobi et al., 2004).

Weitere potenzielle Risiko- und aufrechterhaltende Faktoren

Zusätzlich zu den Risikofaktoren aus Längsschnitt- und den festen Markern aus Querschnittstudien gibt es weitere potenzielle Risikofaktoren aus Querschnittuntersuchungen, die nach retrospektiv erhobenen Angaben dem Beginn der Essstörung vorausgehen und als *retrospektive Korrelate* bezeichnet werden (Übersicht bei Jacobi, Morris & de Zwaan, 2004). Schwangerschaftskomplikationen, Übergewicht in der Kindheit, elterlicher Alkoholismus und familiäre Umgebungsbedingungen können als retrospektive Korrelate für die Krankheit Bulimia nervosa in Betracht gezogen werden.

Bleibt die Symptomatik essgestörter Patienten unbehandelt, endet sie nicht selten in einem chronischen Krankheitsverlauf. Zum jetzigen Zeitpunkt liegt nur eine prospektive Untersuchung (Fairburn et al., 2003) zur Ermittlung der *aufrechterhaltenden* Symptomatik ausschließlich bei Essstörungssyndromen vor. Fünf Faktoren konnten hierbei identifiziert

werden, die zu einer Persistenz von Bulimia nervosa beitragen: (1) Dauer des gestörten Essverhaltens, (2) Übergewicht in der Kindheit, (3) Überbewertung von Figur und Gewicht, (4) geringe soziale Anpassung und (5) ein kontinuierlicher Verlauf von kompensatorischen Verhaltensweisen.

Die Internalisierung des Schlankheitsideals konnte als aufrechterhaltender Faktor bulimischer Symptome ebenso bestätigt werden wie ständiges Diäthalten (Stice & Agras, 1998). Weiters zeigte sich die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper mit einer mittleren Effektstärke als eine der konsistentesten und robustesten Aufrechterhaltungsfaktoren für das gestörte Essverhalten.

Eine perfektionistische Verhaltensweise konnte als weiterer aufrechterhaltender Faktor der Essstörungspathologie und als begünstigender Faktor für rigide Diäten bestätigt werden (Santonastaso, Friederici & Favaro, 1999).

Auf folgende Einschränkungen bisheriger Studien zu Risiko- und Aufrechterhaltungsfaktoren der Bulimia nervosa sind dennoch hinzuweisen (Jacobi et al., 2004):

- (1) Die meisten Studien identifizieren ausschließlich Korrelate und erfolgen kurzfristig im Querschnittsdesign. Die Bestimmung von Risiko- und Aufrechterhaltungsfaktoren sollte zur besseren Aussagekraft in einer Längsschnittuntersuchung erfolgen.
- (2) Viele Längsschnittstudien an Stichproben sind für eine aussagekräftige Identifikation von Risikofaktoren dennoch nicht ausreichend.
- (3) Auf Grund der geringen Prävalenzraten von Essstörungen sind die Fallzahlen voll ausgeprägter Essstörungssyndrome oft unzureichend.

Im Anschluss an die Risiko- und aufrechterhaltenden Faktoren soll ein Überblick über das kognitiv-verhaltenstheoretische Störungsmodell gegeben werden, das zur Therapie von Essstörungen wie der Bulimie nervosa herangezogen wird.

3 ERKLÄRUNSMODELL

Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungsmodell

Das kognitiv-verhaltenstheoretische Störungsmodell orientiert sich in erster Linie an den Faktoren, deren Funktion für die Aufrechterhaltung der Essstörung als gut gestützt gilt (Jacobi et al., 2004) und im therapeutischen Geschehen eine wesentliche Rolle spielt. Anhand dieses Modells kann der Therapeut gemeinsam mit der Patientin ein individuelles *funktionales Bedingungsmodell* der Störung im Rahmen einer Problemanalyse erarbeiten. Die Elemente der Problemanalyse sind die Identifikation der Genese d.h der *ursprünglich auslösenden* (z.B Hänseleien durch Mitschüler wegen der Figur)– oder *Risikofaktoren* (z.B. impulsive Persönlichkeitsmerkmale beider Elternteile), die als Grundlage der Entstehung einer Essstörung gesehen werden (Bedingungsanalyse).

Ein weiteres Thema der Problemanalyse ist die Identifikation von *aufrechterhaltenden Bedingungen* des pathologischen Essverhaltens (Funktionsanalyse). Das restriktive Essverhalten bzw. chronische Diätverhalten und die kompensatorischen Maßnahmen (Erbrechen) im Anschluss an die Essanfälle werden mit der Patientin aufgearbeitet.

Ein Beispiel für eine Bedingungs-und Funktionsanalyse bei einer Patientin mit Bulimia nervosa zeigt Tabelle 2.

Tabelle 2

*Beispiel für eine Bedingungs- und Funktionsanalyse bei einer Patientin mit Bulimia nervosa
(nach Jacobi et al., 2004, S.48)*

Elemente der Problemanalyse (Beispiel)	
Genese: Risikofaktoren/prädisponierende Bedingungen/besondere biografische Bedingungen und familiäre Belastungen	Bereits als Kind hohe Bedeutung von Figur und Gewicht durch Teilnahme am Leistungssport (Ballett); starkes Bemühen der Eltern möglichst nicht unangenehm aufzufallen (negatives Elternmodell hinsichtlich spezifischer sozialer Fertigkeiten bzw. ungünstige Lernbedingungen für den Erwerb assertiver Kompetenzen); beide Elternteile zeigen impulsive Merkmale: Mutter leidet an bipolarer Störung, Vater hat(te) erhebliche Alkoholprobleme (mögliche biologische Vulnerabilität)
Genese: Unmittelbar auslösende Bedingungen	Beendigung des Leistungssportes, daran anschließend deutliche Gewichtszunahme; in der Folge massive Hänseleien durch Mitschüler wegen ihrer Figur; Versuch der Kompensation über kosmetische Operation (Fett absaugen); anschließend „Extremdiät“; Trennung und nachfolgende Scheidung der Eltern
Funktionsanalyse: Aufrechterhaltende Bedingungen	Restriktives Essverhalten bzw. chronisches Diätverhalten; kompensatorische Maßnahmen im Anschluss an Heißhungeranfälle wirken kurzfristig negativ verstärkend, langfristig führen sie zur Zunahme körperlicher und psychischer Beschwerden sowie interpersoneller Probleme; generell verminderte Impulskontrollfähigkeiten fördern impulsive Verhaltensweisen zusätzlich; Selbstwertgefühl ist überwiegend auf Figur und Gewicht ausgerichtet, es gibt wenige alternative Bereiche der Selbstwertstabilisierung; mangelnde soziale Kompetenzen im Äußern und Durchsetzen eigener Bedürfnisse und im Umgang mit Konflikten wirken zusätzlich selbstwertschwächend <i>Fortsetzung</i>

Funktionsanalyse: Zentrale Regeln und Pläne	- Enttäusche wichtige Personen (Eltern, Freunde) auf keinen Fall - Verhindere, dass andere schlecht über dich denken können - Vermeide Nähe (damit der andere deine „Schattenseiten“ nicht entdeckt) - Vermeide Alleinsein/Ruhe/Langeweile - Nur wenn ich dünn bin, werden andere mich mögen oder respektieren
Verhaltensexzesse:	Impulsivität (Essverhalten, Trinkepisoden), Überaktivität
Verhaltensdefizite:	Umgang mit reizarmen Phasen (Alleinsein/Ruhe), Entspannungsfähigkeit, Problemlösefertigkeiten, Konfliktfähigkeit
Verhaltensaktiva/ Ressourcen:	Hohe Intelligenz, Introspektionsfähigkeit und schnelle Auffassungsgabe, Kontaktfreudigkeit bzw. Offenheit im Kontakt, Ausdauer und Hartnäckigkeit im Umgang mit selbstgesetzten Zielen

Im Zentrum des kognitiv-verhaltenstherapeutischen Modells findet sich ein länger anhaltendes Diätverhalten bzw. *restriktives Essverhalten*, wobei bestimmte höherkalorische Nahrungsmittel strikt vermieden werden. Diese Nahrungsrestriktion kann als Beginn der bulimischen Essstörung gesehen werden und führt zu einem drastischen *Gewichtsverlust*. Den Diäten gehen in der Regel psychische Probleme in Form eines labilen Selbstwert- und Identitätsgefühls voraus, die durch mangelnde interpersonale Fertigkeiten (z.B. starke Befangenheit im Kontakt mit Gleichaltrigen, mangelnde Durchsetzungskompetenz gegenüber den Eltern und andere soziale Ängste), Störungen in der Kindheit (sexueller Missbrauch, Vernachlässigung) und durch akute Belastungen im Vorfeld der Essstörung (negative Lebensereignisse, Trennungs- und Verlusterfahrungen) in Erscheinung treten. Die Nahrungsrestriktion und der folgende Gewichtsverlust dienen der Kompensation des Gefühls mangelnder Selbsteffizienz. Soziokulturelle Faktoren (Schlankkeitsideal, Medieneinflüsse, Geschlechtsrollenstereotyp) fördern zusätzlich die Gleichsetzung der Gewichtsabnahme mit Erfolg und Anerkennung (Garner, Rockert, Olmstedt, Johnson & Coscina, 1985).

Die Nahrungsrestriktion und der Gewichtsverlust führen zu einer *gesteigerten Selbstkontrolle* und Selbstwirksamkeit. Die Patientin wird durch bewundernde Blicke aus der Umwelt zu ihrem Gewichtsverlust in der Aufrechterhaltung ihres gestörten Essverhaltens verstärkt.

Die andauernde Nahrungseinschränkung und der zunehmenden Gewichtsverlust sind jedoch von zahlreichen körperlichen, psychischen und sozialen Begleiterscheinungen bzw. Folgen gekennzeichnet. Als eine der ersten Folgeerscheinungen sind *Heißhungeranfälle* zu nennen, die bei Patientinnen mit Bulimie nach einigen Monaten des Diäthaltens auftreten und kurzfristig als emotional entlastend empfunden werden.

Die mit den Essanfällen verbundene Gewichtszunahme führt jedoch zu starken Angstgefühlen, sodass im Anschluss an die Essanfälle *kompensatorische Maßnahmen* einhergehen (Erbrechen, Laxantieneinnahme). Die kompensatorischen Maßnahmen erfüllen wiederum den Zweck der kurzfristigen *Spannungsreduktion* und erhöhen infolge der körperlichen Mangelzustände das Auftreten weiterer Essanfälle sowie anschließender kompensativer Maßnahmen. Es entsteht ein „Teufelskreis“ mit ständigem Wechsel zwischen restriktivem Essen, Heißhungeranfällen, kompensatorischen Maßnahmen und verstärktem Diäthalten, das wiederum, bedingt durch den körperlichen Mangelzustand, zu erneuten Heißhungerattacken führt. Figur und Gewicht nehmen an enormer Bedeutung zu und soziale Kontakte werden zunehmend vernachlässigt (Jacobi et al., 2004). Die Gefahr der Generalisierung von Heißhungeranfällen ist durch die spannungsregulierende Funktion der Essanfälle gegeben. Ängste, Enttäuschungen, Traurigkeit oder Anspannung können dadurch kurzfristig ausgeblendet werden. Langfristig ist eine Verschlechterung der bestehenden Probleme, des Selbstwerts und der Defizite nicht zu umgehen.

Die bulimische Essstörung wird als Kompensationsversuch für Probleme in anderen Bereichen definiert, die durch mangelnde Fertigkeiten im Umgang mit diesen Problemen, durch körperliche Vorgänge (Untergewicht, Diäthalten und Folgeschäden) und kognitive Prozesse (Überbewertung von Figur und Gewicht, Katastrophendenken wie „Ich bin haltlos, wenn ich esse“) verstärkt und aufrechterhalten wird.

4 STAND DER THERAPIEFORSCHUNG

Im Gegensatz zur Anorexia nervosa liegen zum Störungsbild der Bulimia nervosa zahlreiche kontrollierte Studien zu psychotherapeutischen und/ oder pharmakotherapeutischen Behandlungsergebnissen vor; diese werden in weiterer Folge kurz dargestellt.

4.1. Psychotherapeutische Verfahren

Die Ziele und Schwerpunkte der psychotherapeutischen Behandlungsansätze sind im Rahmen kontrollierter Studien überwiegend verhaltenstherapeutisch bzw. kognitiv-verhaltenstherapeutisch sowie in geringerem Umfang interpersonal-psychotherapeutisch orientiert (Cox & Merkel, 1989; Fairburn, Agras & Wilson, 1992; Mitchell, 1991)

Kognitive Verhaltenstherapie

Gemäß den Leitlinien des National Institutes for Clinical Excellence (NICE, 2004) und der American Psychiatric Association (APA, 2003) gelten in der Behandlung von Bulimia nervosa die psychotherapeutischen Ansätze (z. B. Kognitive Verhaltenstherapie), als „Therapie erster Wahl.“ Die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) hat zur Aufgabe, den Kreislauf von verzerrtem Gewichtsideal, Diät halten und fehlenden alternativen Konfliktbewältigungsmechanismen zu durchbrechen, indem sie das Essverhalten normalisiert, die verzerrten Einstellungen zu Körper und Gewicht systematisch hinterfragt, die Auslöser, Hintergründe und die Funktion des gestörten Essverhaltens psychoedukativ verdeutlicht sowie neue Bewältigungsstrategien zum Einsatz bringt.

Die Tabelle 3 zeigt die zentralen Behandlungsschwerpunkte bei Bulimia nervosa, die auf dem kognitiv-verhaltenstheoretischen Störungsmodell aufgebaut sind.

Tabelle 3

Ziele und Schwerpunkte der Verhaltenstherapie von Bulimia nervosa (nach Jacobi, Thiel & Paul, 1996)

Ziele	Behandlungselemente
1. Stabilisierung des Gewichts und Normalisierung des Essverhaltens	Psychoedukation Selbstreflexion (z.B. Esstagebuch) Maßnahmen zur Gewichtsstabilisierung Einhalten von „erlaubten“ Nahrungsmitteln Spezielle Strategien zur Vermeidung von Heißhungeranfällen und Erbrechen
2. Aufarbeitung der zu Grunde liegenden Konflikte	Problemidentifikation Kognitive Techniken (z.B. Gedankenstop) Spezifische Techniken (z.B. soziales Kompetenztraining, Einbezug von Familie/Familientherapie, Einbezug des Partners/ Partnertherapie)
3. Verbesserung des Körpergefühls	Körperübungen, Körpererfahrung Kognitive Techniken

Die Kognitive Verhaltenstherapie stellt bei Erwachsenen und Jugendlichen mit Bulimia nervosa eine effektive Behandlungsmethode dar und führt in Bezug auf die Essanfälle und des Erbrechens bereits *kurzfristig* zu raschen Symptomverbesserungen- nach der Behandlung zeigt sich in der Regel eine Symptomabstinenz von 50-60% sowie eine Symptomremission von 76% (Jacobi et al., 2004).

Führt die Kognitive Verhaltenstherapie bei Patientinnen weder in der Einzel- noch in der Gruppentherapie zum gewünschten Behandlungserfolg, empfiehlt sich die Anwendung von anderen Psychotherapieansätzen (z.B. Interpersonale Psychotherapie (NICE, 2004).

Interpersonale Psychotherapie

Der Schwerpunkt des Behandlungsansatzes der Interpersonalen Psychotherapie (IPT) stammte ursprünglich aus der Depressionsbehandlung (Klerman, Weissman, Rounsaville & Chevron, 1984) und ist mittlerweile für die Störungsbilder der Bulimia nervosa und Binge-Eating- Disorder (eine Form der Eating Disorders not otherwise specified) adaptiert worden (Wilfley et al., 1993).

Die Interpersonale Psychotherapie zielt unter Ausschluss des näheren Eingehens auf das Essverhalten und die verzerrten Einstellungen zu Körper und Gewicht auf die Verbesserung von aktuell vorhandenen interpersonalen Beziehungsstrukturen ab. Die Patientinnen müssen bei dieser Therapieform ausreichend darüber informiert werden, dass der Behandlungserfolg in der Regel mit einer Verzögerung von 8-12 Monaten eintritt.

Diese Form der Therapie erzielt bei essgestörten Patientinnen mit interpersonalen Beziehungsproblemen in der Symptomabstinenz- und remission *langfristig* ähnliche Ergebnisse wie die Kognitive Verhaltenstherapie (Agras et al., 2000; Fairburn et al., 1991, 1995; Mitchell et al., 2006).

4.2. Pharmakotherapie

Kontrollierte Studien zu der pharmakologischen Behandlung von Bulimia nervosa sind in ähnlichem Ausmaß wie zu den psychotherapeutischen Therapien vorhanden. Von einer Vielzahl von untersuchten Medikamenten (z.B. Antikonvulsiva, Opiatantagonisten, Lithium etc.) hat sich nur die Gruppe der *Antidepressiva* bewährt (Thiel, 1997; Walsh, Hadigan, Devlin, Gladis & Roose, 1991). Trizyklische Antidepressiva (Imipramin, Desipramin, Amitriptylin) finden in der Behandlung von Bulimie am häufigsten Verwendung; darüber hinaus auch MAO- Hemmer (Phenelzin, Isocarboxazid).

In den letzten Jahren kam es auf Grund des deutlich geringeren Spektrums von Nebenwirkungen überwiegend zum Einsatz von Antidepressiva, die zu einer erhöhten Verfügbarkeit des Botenstoffs führen, den sogenannten Selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI). Im Bereich der Essstörungen hat sich der SSRI-Wirkstoff *Fluoxetin* als besonders wirksam erwiesen. Die durchschnittliche Behandlungsdauer mit Fluoxetin im Rahmen kontrollierter pharmakologischer Studien

beträgt nach Jacobi, Dahme und Rustenbach (1997) ca. 8 Wochen und ist damit kürzer als im Rahmen der Psycho- bzw. Verhaltenstherapiestudien (durchschnittlich ca. 14 Wochen).

Parmakologische Behandlung mit Antidepressiva führt im Vergleich mit verhaltenstherapeutischer Behandlung nachweislich zu einem geringeren Behandlungseffekt (Jacobi et al., 2004). Im Vergleich mit der reinen Placebowirkung hingegen ist die pharmakologische Therapie signifikant überlegen (Jacobi et al., 1997). Diese Effekte sind unabhängig von der Stärke der depressiven Eingangssymptomatik.

Die Anwendung der pharmakologischen Behandlung empfiehlt sich insbesondere zur Verringerung von Rückfällen der bulimischen Primärsymptomatik im Anschluss an eine erfolgte stationäre Therapie (Fichter et al., 1996, 1997).

Über den genauen Wirkmechanismus der Antidepressiva besteht bis zum heutigen Zeitpunkt noch Unklarheit. Pharmakotherapiestudien konnten eine Langzeitwirkung bislang kaum nachweisen- die Nebenwirkungen, die notwendige Dauer der Einnahme bzw. optimale Dosis und die meist höheren Drop-Out- Raten sind noch unzureichend erforscht (Jacobi et al., 2004).

Kombinationsbehandlung

Zahlreiche Studien untersuchten, inwieweit die Kombination aus Psychotherapie und Pharmakotherapie (Antidepressiva) den jeweils reinen Formen überlegen ist (Agras et al., 1992; Fichter et al., 1991; Leitenberg et al., 1994; Mitchell et al., 1990; Thiel, 1997; Walsh et al., 1997). Die Kombinationsbedingung (Psychotherapie mit Antidepressiva) zeigte sich gegenüber den reinen kognitiv-verhaltenstherapeutischen Behandlungen hinsichtlich der Abstinenz von essstörungsspezifischen Symptomen sowie auch sekundären Merkmalen (Angst, Depression) in etwa der Hälfte der Studien leicht überlegen (Agras et al., 1992; Mitchell et al., 1990, Walsh et al., 1997); die andere Hälfte der Studien konnte sowohl kurz- als auch langfristig keine Überlegenheit der Kombinationsbedingung nachweisen (vgl. Übersicht bei Thiel, 1997).

Im Vergleich der reinen Formen von Kognitiver Verhaltenstherapie bzw. Pharmakotherapie (Fluoxetin) mit deren Kombinationsbehandlung, zeigte sich die größte Symptomabstinenz unter den Teilnehmerinnen der reinen Kognitiven Verhaltenstherapie (Jacobi, Dahme & Dittmann, 2002).

4.3. Selbsthilfe- Ansätze

Für viele Betroffene ist die Möglichkeit zur Selbsthilfe der erste Schritt aus ihrer Isolation, Heimlichkeit und Scham- die durch die Anonymität geschützte Atmosphäre verringert für viele Hilfesuchende die Schwellenangst. In den vergangenen Jahren zeigte sich eine Entwicklung der Selbsthilfe, die den Richtlinien der kognitiv-verhaltenstherapeutischen und psychoedukativen Ansätze folgen und mit oder ohne minimale therapeutische Unterstützung von den Betroffenen selbstständig durchgeführt werden können (Bailer et al., 2004; Myers, Swan-Kremeier, Wonderlich, Lancaster & Mitchell, 2004)

Psychoedukation

Bäuml und Pitschel-Walz (2003) geben folgende Umschreibung:

Unter dem Begriff der Psychoedukation (erstmalig 1980 von dem US-amerikanischen Arzt C.M. Anderson im Rahmen der Schizophrenie-Behandlung verwendet) versteht man systematische didaktisch-psychotherapeutische Interventionen, deren Ziel es ist, Patienten und ihre Angehörigen über die Krankheit und ihre Behandlung zu informieren, das Krankheitsverständnis zu fördern und bei der Krankheitsbewältigung unterstützend zu wirken. (S.3)

Der psychoedukative Ansatz basiert auf der Annahme, dass Patienten mit psychischen und körperlichen Störungen durch sachgerechte Information und Anleitung in die Lage versetzt werden können, selbst einen Beitrag zur Veränderung und Gesundung zu leisten indem sie zu „Experten für die eigene Erkrankung“ werden.

Die Bausteine psychoedukativer Elemente (nach Bäuml & Pitschel-Walz, 2003) sind die *Informationsvermittlung* (Symptomatik der Störung, Ursachen, Behandlungskonzepte), die *emotionale Entlastung* (Verständnis fördern, Erfahrungsaustausch mit anderen Betroffenen, Kontakte), die Unterstützung der medikamentösen bzw. psychotherapeutischen Behandlung durch *Förderung der Kooperation zwischen Arzt und Patient* (Compliance und Adherence) und nicht zuletzt die *Hilfe zur Selbsthilfe* (Training zur frühzeitigen Erkennung von Krisenzeiten).

In der Zwischenzeit gibt es für eine Reihe von psychischen Erkrankungen psychoedukative Interventionen, die in systematisierter und manualisierter Form dargeboten werden und auch in der Selbsthilfe von Essstörungen zum Einsatz kommen- ein Überblick dazu findet sich im Handbuch von Behrendt und Schaub (2005).

Stepped-Care- Stufenmodell

Die NICE Leitlinien (2004) empfehlen für die Therapie der Bulimia nervosa ein gestuftes Vorgehen (fünf Behandlungstufen) im Sinne eines *Stepped-Care-Stufenmodells* (s. Abbildung 1). Die Behandlungsintensität steigt von Stufe zu Stufe an (Stepped-Up).

Der Ansatz des gestuften Vorgehens in der klinischen Praxis ermöglicht die Anpassung von verschiedenen intensiven Behandlungsmodalitäten an die individuellen Bedürfnisse und den Genesungsverlauf des einzelnen Patienten. So werden spezialisierte Einrichtungen in ihrer Reichweite vergrößert, um eine Nachbetreuung von Patienten nach intensiver stationärer Behandlung am Wohnort zu ermöglichen oder die Wartezeiten bis zu einer ambulanten Weiterbehandlung überbrücken zu können

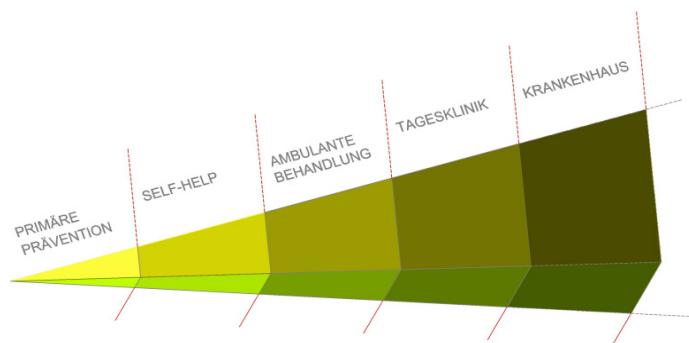


Abbildung 1: Übergänge von unterschiedlich intensiven Behandlungsstufen im Stepped-Care- Modell. (Copyright © 2000-2004- Allrights reserved. Text:HUG, Design & Implementation, Graphics: Laurence Arcadias)

Als erster möglicher Behandlungsschritt im Sinne eines „Stepped-Up“- Ansatzes werden Maßnahmen der *primären Prävention* (Stufe 1) und *Selbsthilfe* (Stufe 2) empfohlen (NICE, 2004). Ist die Anwendung von evidenzbasierten Selbsthilfeprogrammen erfolgreich bzw. tritt eine Symptomverbesserung ein, kann die Behandlung auf der untersten Stufe (2) weitergeführt werden. Die Anwendung der Selbsthilfe ist für eine bestimmte Gruppe von

bulimischen Patienten (z.B. mit schwächerer Symptomatik) gut geeignet (Thiels, Schmidt, Troop, Treasure & Garthe, 2000)- so bestimmt die Häufigkeit der Heißhungerattacken zu Beginn der Therapie maßgeblich den Erfolg einer niederschweligen Behandlungsform. Die evidenzbasierten Selbsthilfeprogramme können bei bulimischen Patientinnen gut zur frühzeitigen Behandlung, zum Einstieg in eine spätere klassische Therapie und zur Verhinderung von Rückfällen eingesetzt werden (Schmidt & Treasure, 1993).

Die intensivste Betreuungsstufe bilden psychotherapeutische Interventionen, die in Form von *ambulanter Behandlung* (Stufe 3), *Tagesklinik* (Stufe 4) und stationärer Aufnahme ins *Krankenhaus* (Stufe 5) zur Verfügung stehen. Maßnahmen zur Rückfallprophylaxe und Erhaltungstherapien werden zu den so genannten „Stepped-Down“- Interventionen gezählt, da der Betreuungsaufwand bei diesen Interventionen abnimmt.

Die Möglichkeit, den Beschwerdeverlauf mit Hilfe neuer Technologien engmaschig beobachten und Veränderungen (Verbesserungen wie auch Verschlechterungen) zeitnah erfassen zu können, ist eine wichtige Voraussetzung für die Entwicklung und Optimierung dieser gestuften Behandlungskonzepte (Bauer, Golkaramnay & Kordy, 2005). Basierend auf der Kognitiven Verhaltenstherapie zählen die Kurztherapie (C. Scott, Tacchi, Jones & J. Scott, 1997), Gruppentherapie (Dowrick et al., 2000), Bibliothherapie (Cuijpers, 1997) und die Onlinetherapie (Proudfoot et al., 2004) zu den zeit- und kosteneffektivsten Behandlungsalternativen des gestuften Modells.

Selbsthilfe- Ansätze mit und ohne therapeutischer Unterstützung

Die Wirksamkeit der reinen (selbstständige Bearbeitung) und gestützten Selbsthilfe (zusätzliche Unterstützung durch einen professionellen Begleiter des Gesundheitswesens in Form von E-Mail, Telefon oder face-to-face- Kontakten) in der Behandlung von Bulimia nervosa und Binge-Eating-Disorder konnte durch mehrere Studien bestätigt werden (Bailer et al., 2004, Myers et al., 2004).

Die gestützte Selbsthilfe ist neben der Bulimie und Binge-Eating-Disorder auch für das Störungsbild der Depression (Martinez, Whitfield, Dafters & Williams, 2008), der Sozialphobie und Ängstlichkeit (Abramowitz, Moore, Braddock & Harrington, 2009) sowie der Panikstörung (Winship, 2008) untersucht worden, wobei die therapeutische Unterstützung in den genannten Studien nach entsprechender psychologischer Einschulung

auch erfolgreich von Personen außerhalb des Gesundheitswesens angewendet werden konnte.

Die Ergebnisse einer rezenten Cochrane- Reviewarbeit⁵ (Perkins et al., 2006) zum Vergleich der reinen mit gestützten Selbsthilfe bei Bulimia nervosa zeigen eine effektive Wirksamkeit beider Selbsthilfeformen auf die bulimische Primärsymptomatik. Die gestützte Selbsthilfe führte hinsichtlich der Symptomabstinenz (Essanfälle und Erbrechen) tendenziell zu besseren Erfolgen als die reine Form, wobei ein statistischer Unterschied nicht nachgewiesen werden konnte; in Bezug auf die Symptomremission (nur Essanfälle) kam es in der gestützten Selbsthilfe zu signifikanten Verbesserungen (gestützte vs. reine Selbsthilfe: 68% vs. 55%).

In einer weiteren Studie (Mitchell et al., 2008) konnte festgestellt werden, dass der Einsatz der gestützten Selbsthilfe (Selbsthilfebuch mit begleitender kognitiv-verhaltenstherapeutischer Anleitung über das Medium Fernsehen) in der Behandlung von Bulimie zu ähnlichen Ergebnissen führte wie der therapeutische face-to-face- Kontakt (persönliche Anwesenheit des Therapeuten). Oft ist im Falle einer zu großen Distanz

⁵ Die Cochrane Collaboration ist eine Non-Profit-Organisation, deren Ziel es ist systematische Übersichtsarbeiten zur Bewertung von Therapien zu erstellen, diese auf den neuesten Stand zu bringen und der Allgemeinbevölkerung zugänglich zu machen. Das Deutsche Cochrane-Zentrum ist in Freiburg und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

zwischen Patient und Therapeut ein face-to-face- Kontakt nur schwierig zu arrangieren- hier zeigt sich professionelle Telefonbegleitung als nützliche Alternative (Palmer, Birchall, McGrain & Sullivan; 2002).

Im Vergleich mit klassischer Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie) waren die Effekte der reinen Selbsthilfe zwar meist geringer, dennoch erreichte ein nicht zu unterschätzender Anteil der Selbsthilfeteilnehmerinnen (22%) damit eine Symptomabstinenz (Treasure et al., 1994). Für Patientinnen die auf einen Therapieplatz warten, kann in der Zwischenzeit die reine Selbsthilfe als Vorbehandlung empfohlen werden (Schmidt et al., 1993).

Erste Erfahrungen im Umgang mit Selbsthilfeinterventionen, die auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Ansätzen beruhen, liegen für das Störungsbild der Bulimia nervosa in manualisierter Form vor. Die kognitive Therapie in Buchform wird auch als Bibliothherapie bezeichnet und im nächsten Kapitel vorgestellt.

4.3.1. Bibliothherapie

Bereits in der Mitte des 19. Jahrhunderts nutzten stationär behandelte Patienten das Lesen als Teil der Therapie. Seit den sechziger Jahren kam es zunehmend zu einer Veröffentlichung von Selbsthilfebüchern, die den psychoedukativen Prinzipien zugeordnet werden konnten.

Die Bibliothherapie (Anwendung von Selbsthilfemanualen) der heutigen Zeit resultiert teilweise aus dem Anliegen, etablierte Verfahren und Techniken der Kognitiven Verhaltenstherapie schriftlich darzubieten und beinhaltet gemäß dem psychoedukativen Ansatz allgemeine Informationen über Symptome und Krankheitsmodelle sowie Übungen zur systematischen Selbstbehandlung (Angenendt & Stieglitz, 1995). Die manualbasierte Therapie stellt sich heutzutage als eigenständige Behandlungsform dar und findet ihren Einsatz in der Psychotherapie, als unterstützendes Verfahren einer solchen und zur Prävention von Krankheiten oder Störungen, wobei sie unter anderem anhand fiktionaler (z.B. Gedichte, Erzählungen) oder didaktischer Texte (z. B. Texte zu spezifischen Störungsbildern) durchgeführt werden kann.

Zur Wirksamkeit der Bibliotherapie bei Verhaltensstörungen im Kindes- und Jugendalter liegen bisher nur wenige empirische Befunde vor (Ackerson, Scogin, McKendree-Smith & Lyman, 1998; Connell, Sanders & Markie-Dadds, 1997; van Londen, van Londen-Barentsen, van Son & Mulder, 1993). In einer Studie (Kierfeld & Döpfner, 2006) wurde die gestützte Bibliotherapie „Wackelpeter und Trotzkopf“ (Döpfner, Schürmann & Lehmkuhl, 2000) unter minimalen Kontaktbedingungen bei den Eltern von Kindern mit expansivem Problemverhalten eingesetzt. Das expansive Verhalten der Kinder konnte mit Hilfe des angeleiteten Elternratgebers nach 10 Wochen signifikant reduziert und das Erziehungsverhalten der Eltern gestärkt werden. Die Wirksamkeit der Intervention war nicht alleine auf das Lesen des Buches und die Umsetzung der Interventionen zurückzuführen, sondern zusätzlich auf die motivationale Unterstützung des therapeutisch angeleiteten wöchentlichen Telefonkontakts.

Die Autoren Grahlmann und Linden (2005) weisen auf die positive Wirkung der fiktionalen Form von Bibliotherapie bei Problemen und Bedürfnissen von Kindern hin- unabhängig davon, ob die Kinder bereits lesen können. Mit der Unterstützung von manualisierten Geschichten, Fabeln und Märchen ist es möglich, den Kindern ihr „unangepasstes“ Symptomverhalten bzw. ihre psychosozialen Dysfunktionen aufzuzeigen um in weiterer Folge dann Lösungsalternativen in ihre Entwicklung integrieren zu können. Die Autoren betonen den häufigsten Einsatz der Bibliotherapie bei Kindern mit depressiven Erkrankungen.

Die Bibliotherapie konnte überwiegend bei Erwachsenen erfolgreich eingesetzt werden (Glasgow & Rosen, 1978). Diese Kognitive Therapie in Buchform kann für bestimmte Gruppen von Patienten, die trotz ausreichender Psychopharmakotherapie resistent sind, eine wirksame Behandlungsmethode darstellen. In einer Untersuchung von Schlögelhofer et al. (2003) wurde die Wirkung der reinen Bibliotherapie an einem depressiven Patienten geprüft, der trotz adäquater Therapie mit Antidepressiva weiterhin eine Restsymptomatik zeigte. Als therapeutische Intervention kam das Lesen eines Buches zum Einsatz, dessen Inhalt auf der von A. Beck speziell zur Behandlung von Depressionen entwickelten, Kognitiven Therapie basierte. Nach Abschluss der Bibliotherapie konnte ein Rückgang der Depression belegt werden. Diese Besserung blieb auch bei einer Nachuntersuchung bestehen.

Erste Erfahrungen im Umgang mit Selbsthilfeansätzen bei Essstörungen zeigten sich in der Anwendung des Selbsthelfemanuals „Getting better bit(e) by bit(e). A Survival Kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders“, das ursprünglich von zwei in

Europa führenden Expertinnen (Schmidt & Treasure, 1993) für Patienten der Maudsley Hospital Essstörungsklinik in London geschrieben und von Thiels (1996) unter dem Titel „Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfe-Programm“ ins Deutsche übersetzt worden ist. In diesem Buch erfahren die Patientinnen konkrete Handlungsanweisungen und psychoedukative Informationen, um das gestörte Essverhalten in den Griff bekommen zu können. Dieses Buch wird im empirischen Teil dieser Arbeit mit einer anderen Selbsthilfeform verglichen und in Kapitel 8.2. näher vorgestellt.

Im Vergleich mit Patientinnen der Warteliste, kam es bei Patientinnen die währenddessen bis zum Freiwerden eines Therapieplatzes mit dem Buch „Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm“ selbstständig arbeiteten (reine Bibliotherapie), zu signifikanten Symptomverbesserungen (Treasure et al., 1994). Nach 8 Wochen Bibliotherapie erfüllten 22% der Patientinnen nicht mehr die Diagnosekriterien für eine Bulimia nervosa.

In einer anderen Studie verglichen die Autoren Treasure et al. (1996) im Behandlungszeitraum von 8 Wochen die gestützte Bibliotherapie mit 16 Einheiten klassischer Psychotherapie. In beiden Gruppen zeigte sich eine signifikante Besserung in der bulimischen Primärsymptomatik. Zum Therapieende betrug die Symptommfreiheit der Ess- und Brechanfälle in beiden Behandlungsgruppen 30%; im 18-Monate-Follow-Up stieg diese in der Gruppe der gestützten Bibliotherapie auf 40% an, während sie in der Gruppe der Kognitiven Verhaltenstherapie unverändert blieb. Bibliotherapie in Kombination mit therapeutischer Unterstützung scheint somit einen langfristigen Behandlungseffekt zu haben.

4.3.2. Wirksamkeitsfaktoren der Bibliotherapie

Ein wesentlicher Vorteil der Bibliotherapie besteht darin, dass das Selbsthilfemanual auch über das Therapieende hinaus verfügbar, d.h. in den Händen der Patientin bleibt. Weiters ist die eigenverantwortliche Arbeit mit einem Selbsthilfebuch ein hilfreiches Mittel gegen das bei der Krankheit Bulimia nervosa vorherrschende Gefühl des Kontrollverlusts (Schmidt & Treasure, 2000).

Der Therapeut kann durch das Selbsthilfemanual von der Psychoedukation entlastet werden und hat somit mehr verfügbare Zeit für die Bearbeitung tiefer liegender psychischer Probleme der Patientin. Die angeleitete Selbstveränderung spart nicht nur Therapeutenzeit

ein, sondern kann langfristig auch zu wirksamen Behandlungseffekten führen wie sie bisher nur mit der klassischen Psychotherapie erzielt werden konnte (Bailer et al., 2004; Thiels, Schmidt, Treasure & Garthe, 2003).

Einen Überblick über die nützlichsten und hilfreichsten Aspekte in der gestützten Bibliotherapie bei der Behandlung von 109 Frauen mit Bulimia nervosa geben Banasiak, Paxton und Hay (2007). Das Selbsthilfeprogramm „Bulimia Nervosa and Binge-Eating: A Guide to Recovery“ (Cooper, 1995), das ähnlich aufgebaut ist wie das im empirischen Teil eingesetzte Buch „Die Bulimie besiegen“ (Schmidt & Treasure, 1993), wurde von 32% der befragten Patientinnen als sehr nützlich eingeschätzt. Intention-to-treat- Analysen⁶ ergaben eine Symptomabstinenz bezüglich der Ess- und Brechanfälle von 28% und eine Symptomremission von 60%.

Bei der Frage nach der Nützlichkeit des Programmaufbaus nannten 31% der Patientinnen die Aspekte des kognitiven Aufbaus und die formelle Struktur des Selbsthilfemanuals (wie etwa den schrittweise systematischen Aufbau, die psychoedukativen Inhalte, das Esstagebuch mit

⁶ „Intention-to-treat“- Analyse bedeutet, dass die Daten aller Personen, die man von Beginn an beabsichtigte zu behandeln (intention to treat), nachher auch ausgewertet werden müssen- unabhängig davon, ob die Behandlung auch tatsächlich in der geplanten Form durchgeführt worden ist.“ (<http://de.wikipedia.org/wiki/Intention-to-treat-Analyse>)

den wöchentlichen Zusammenfassungen, die Planung von Mahlzeiten, alternative Aktivitäten und Problemlösungsstrategien zur Umsetzung des neuen Verhaltens).

Die geringen Behandlungskosten spielten bei der Wahl der Selbsthilfeintervention keine entscheidende Rolle- nur 9% der Teilnehmerinnen beantworteten die Kosteneffektivität als sehr nützlich.

Ein geringer Anteil (4%) der Patientinnen schrieben die Wirksamkeit der Selbsthilfe auf ihre persönlichen Attribute zurück.

Die unterstützende therapeutische Beziehung zu einem praktischen Arzt wurde von 35% der Teilnehmerinnen als sehr hilfreich eingeschätzt- die Patientinnen schätzten besonders seine persönlichen Eigenschaften, Einstellungen und die empathische Art. Der praktische Arzt hatte für die Patientinnen die Funktion eines Coachs mit dem Ziel, die Patientinnen in der Zeit von 17 Wochen durch das Selbsthilfeprogramm zu begleiten, sie dabei emotional zu unterstützen und ihre Fortschritte zu evaluieren. Die Erfolgsüberprüfung fand während der Selbsthilfeintervention (nach 3 Monaten) sowie im Anschluss an die Therapie (nach 6 Monaten) in den Räumlichkeiten seiner Praxis statt. Die Erklärung der Programmdurchführung durch den Coach wurde von 28% der Patientinnen als „sehr hilfreich“ eingeschätzt und weitere 24% fanden den geschützten Rahmen hilfreich, um über ihre Probleme sprechen zu können. Die Vermittlung von Fachwissen, die Kompetenz im Umgang mit dem Selbsthilfeprogramm und die Wahrung persönlicher Grenzen durch den Coach wurde von 13% der Teilnehmerinnen als sehr hilfreich angegeben.

Die Anzahl der therapeutischen Einheiten hatte für die Patientinnen nur geringen Nutzen (6%). Der Grund dafür lag in den nicht vorhandenen festen Zeitpunkten für ein regelmäßiges Treffen mit dem Coach sowie in der zu kurzen Dauer der begleitenden therapeutischen Einheiten.

4.3.3. Computergestützte Therapie

Internet-basierte Informations- und Beratungsangebote in Begleitung mit therapeutischer Unterstützung erlangen bei Betroffenen zunehmende Akzeptanz und erleichtern oftmals den Erstkontakt zu therapeutischen Hilfsangeboten.

Knaevelsrud und Maercker (2007) setzten in ihrer Untersuchung eine äußerst effektive und kostengünstige protokollbasierte Therapie zur Behandlung von posttraumatischen Belastungsreaktionen ein, die ausschließlich über das Internet stattfand (*Interapy*, www.interapy.de). Die von den Patientinnen verfassten Arbeitsaufgaben im Programm (insgesamt 10 strukturierte Schreibaufgaben à 45 Minuten) wurden von geschulten „Interapy“-Therapeuten (Psychologen in psychotherapeutischer Weiterbildung) in der fünföchigen Therapiezeit beurteilt. Die Ergebnisse haben gezeigt, dass Internet-basierte Therapie die traumabedingte Symptomatik nach der unmittelbaren Behandlung nicht nur stark reduzieren, sondern die Symptomremission auch über einen Zeitraum von 1 ½ Jahren aufrechterhalten konnte. Zusätzlich führte Interapy zu besseren Behandlungseffekten als die klassische face-to-face- Therapie (Lange et al., 2003)

In der Behandlung von Patienten mit Panikstörung bzw. Sozialphobie kam es nach Einsatz eines gestützten Internet-basierten Selbsthilfeprogramms (kombiniert mit kurzem wöchentlichen therapeutischen E-Mail- und Telefon- Kontakt) in allen gemessenen Dimensionen (Sozialphobie und generalisierte Angststörung, Furcht- und Vermeidungsverhalten sowie Depression) innerhalb von 10 Wochen zu einer signifikanten Besserung der Symptomatik (Carlbring et al. 2006, 2007).

Im Vergleich der reinen mit gestützten klassischen Psychotherapie (Kognitive Verhaltenstherapie vs. Kognitive Verhaltenstherapie mit einer zusätzlichen computerisierten Version) zeigte sich bei den Patienten mit Substanzabhängigkeit, dass die Teilnehmer der zusätzlichen computerisierten Bedingung bereits während der Behandlung zu längeren kontinuierlichen Perioden der Drogenabstinenz tendierten (Carroll et al., 2008). Weiters zeigten sie im Gegensatz zu Patienten der Standardtherapie eine höhere Therapiemotivation und bearbeiteten ihre Hausübungen vollständiger.

Bei Patienten mit Essstörungen konnten durch den Einsatz von Internet-basierten Interventionen emotionale Belastungen vermindert (Winzelberg et al., 2000) und die Akzeptanz zu weiterführenden psychotherapeutischen Behandlungen erhöht werden (Robinson & Serfaty, 2001). In der Behandlung von Bulimia nervosa wurde das kognitiv-verhaltenstherapeutische Selbsthilfemanual “Overcome Binge Eating“ (Fairburn, 1995) in Kombination mit einem Diskussionsforum im Internet sowie einem wöchentlichen E-Mail-Support erprobt (Ljotsson et al., 2007). Intention-to-treat Analysen ergaben, dass am Ende

der Behandlung mehr als ein Drittel der Teilnehmerinnen (37%) keine Ess- bzw. Brechanfälle mehr hatten; in den Completer- Analysen (dazu zählen alle Patientinnen die das Selbsthilfeprogramm tatsächlich beendet haben) waren dies fast die Hälfte der Teilnehmerinnen (46%).

Eine CD-ROM adaptierte Version des Buches „Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm“ (Schmidt & Treasure, 2000) führte bei den Patientinnen auch ohne therapeutische Unterstützung kurzfristig zu einer signifikanten Reduktion der bulimischen Primärsymptomatik und hohen Akzeptanz des Programms (Bara- Carril et al., 2004). Langfristig erzielten CD-ROM-basierte Interventionen aber nur in Kombination mit therapeutischer Unterstützung einen positiven Behandlungseffekt (Schmidt et al., 2008).

Das Programm „SALUT BN- Geleitete Selbsthilfe für Bulimie“ (entwickelt von der Universitätsklinik in Genf und dem Softwareunternehmen NetUnion in der Schweiz) ist ein Internet-basiertes, auf den Prinzipien der Kognitiven Verhaltenstherapie aufgebautes, Selbsthilfeprogramm für Patienten mit Bulimia nervosa und mittlerweile in acht Sprachen verfügbar (deutsch, englisch, französisch, italienisch, spanisch, schwedisch, holländisch und norwegisch). Das Programm enthält sieben Evaluations- und Behandlungsmodule, die darauf abzielen, in einer Dauer von 6 Monaten das pathologische Essverhalten der Patienten zu verändern, wobei sie Strategien zur Rückfallprävention bereitstellen. Das Programm sollte stets nur mit Unterstützung eines Coachs, der im Gesundheitswesen tätig ist, durchgeführt werden. Weitere Informationen zum Programmablauf des „SALUT BN“ sind in Kapitel 8.2. ersichtlich.

Studien zur wissenschaftlichen Evaluation des gestützten Selbsthilfetools „SALUT BN“ sind in den europäischen Partnerländern Schweiz, Deutschland, Schweden und Spanien bereits durchgeführt worden. Die Wirksamkeit des Programms konnte mit derjenigen von psychoedukativen Gruppen verglichen werden (Fernández-Aranda et al., 2009).

In der Schweizer Evaluationsstudie (Carrard et al., 2006) zeigten 17% der Teilnehmerinnen des „SALUT BN“ nach vier Monaten eine Symptomabstinenz d.h. sie hatten weder Heißhungeranfälle noch induzierten sie Erbrechen. Eine Symptomremission hinsichtlich der Essanfälle konnte bei etwa zwei Drittel der Patientinnen (69%) festgestellt werden, die großteils bis zum sechsten Monat aufrechterhalten werden konnte. Das Erbrechen wurde von mehr als der Hälfte der Teilnehmerinnen (59%) bis zum vierten Monat und von 61% bis zum

Ende des Programms reduziert. Die Untersuchung zeigte eine signifikante Reduktion der essstörungsbezogenen- sowie allgemeinen Psychopathologie wie z.B. der Depression.

In der deutschen Evaluationsstudie (Liwowsky et al., 2006) konnten im Bereich der essstörungsspezifischen Symptomatik ähnlich signifikante Reduktionen festgestellt werden. Nach 6 Monaten Bearbeitung des Programms „SALUT BN“ waren 59% der Teilnehmerinnen außerhalb der Kriterien für eine Bulimiediagnose.

In der schwedischen Studie (Nevonen, Mark, Levin, Lindström & Paulson- Karlsson, 2006) konnte durch den Einsatz des Programms „SALUT BN“ eine signifikante Reduktion des Erbrechens, des Diäthaltens und der Gewichtsphobie erzielt werden. Die sportlichen Aktivitäten nahmen bemerkenswert zu, was ein Hinweis darauf gewesen sein könnte, dass die Teilnehmer ihr Kompensationsverhalten geändert haben.

In der spanischen Evaluationsstudie (Fernández- Aranda et al., 2009) zeigte sich bei den Patientinnen nach der Behandlung mit dem „SALUT BN“ eine Abstinenzrate hinsichtlich der Ess- und Brechanfälle von 23%, die sich signifikant von jener der Warteliste unterschied (0%).

Im Allgemeinen zeigten die Teilnehmerinnen des „SALUT BN“ eine hohe Akzeptanz des Programms unabhängig vom Behandlungserfolg: 66% der Teilnehmerinnen „fanden Gefallen an der Idee, sich selbst zu behandeln“, 43% bestätigten, dass das Programm „sehr einfach zu benutzen“ war und 37% beurteilten das Programm positiv „weil sie keine Zeit hatten, wöchentlich zu einer Therapiesitzung zu kommen“. Ein hoher Prozentanteil der Teilnehmerinnen bevorzugte es, das Programm in der Zeit von 19:00 abends und 8:00 früh sowie am Wochenende zu bearbeiten. Die begleitenden E-Mailkontakte wurden von 81% der Patientinnen als „sehr nützlich“ erlebt. Weiters bestätigte ein Grossteil der Teilnehmerinnen die unterstützende Wirkung des Esstagebuchs.

Die Studien zum „SALUT BN“ zusammengefasst, eignet sich das Programm überwiegend für bulimische Patienten mit schwach bis mittelmäßig ausgeprägter essstörungsbezogener- sowie psychopathologischer Symptomatik. Der positivste Behandlungseffekt zeigte sich bei den Patientinnen, die alle Schritte im Programm bis zum Ende durchgearbeitet haben (Fernández-Aranda et al., 2009). Für Patientinnen mit sehr stark ausgeprägter bulimischer Primärsymptomatik ist das Programm als Einstieg in eine nachfolgende Einzel- bzw. Gruppentherapie zu empfehlen (Nevonen et al., 2006).

Eine deatillierte Zusammenfassung über die neuen Technologien in der Behandlung von Essstörungen sind bei Wagner & Karwautz (2008) ersichtlich.

4.3.4 Wirksamkeitsfaktoren der Computergestützten Therapie

Das Internet vermittelt den Nutzern ein hohes Maß an Anonymität und Kontrolle und führt oft gerade aus diesem Grund bei Patientinnen mit Essstörungen zu hoher Akzeptanz. Für Betroffene und deren Angehörige wurde 1998 in Deutschland erstmals ein professionelles und nichtkommerzielles Internet- Portal (<http://www.ab-server.de>) zur Onlineberatung gegründet (Wesemann & Grunwald, 2008). Die Autoren erforschten mithilfe einer Onlinebefragung die Komponenten der Akzeptanz und subjektiven Wirksamkeit einer Internetberatung. Ein verbessertes Krankheitsverständnis und die Motivation zur Teilnahme an weiterführenden Therapien zählten zu den meist berichteten Komponenten der Betroffenen und ihrer Angehörigen.

Über verantwortliche Faktoren der Wirksamkeit von Internet-basierten Therapien herrscht bis zum jetzigen Zeitpunkt größtenteils noch Unklarheit und Skepsis. Knaevelsrud und Maercker (2007) zeigen eine Reihe von Merkmalen auf, die für einen positiven Therapieverlauf in der „Interapy“ mitverantwortlich sein können- so wurde der therapeutische Kontakt im Internet von 86% der Patientinnen als „persönlich“ erlebt; nur 17% bevorzugten einen direkten (face-to-face) Kontakt. Der positive Zusammenhang zwischen der Qualität der therapeutischen Beziehung und dem Behandlungseffekt konnte bestätigt werden.

Die Abwesenheit der non- verbalen Signale (Mimik, Körpersprache) eines realen Therapeuten könnte die Intimität und Aufrichtigkeit bei der Bearbeitung der Schreibaufgaben bedingen. Die erhöhte Offenheit der Patienten resultiert aus dem Phänomen der *Telepräsenz*, dem Gefühl, dass ein virtueller oder realer Therapeut als präsent wahrgenommen wird, obwohl er/sie physisch nicht vorhanden ist (Suler, 2001; zitiert nach Knaevelsrud & Maercker, 2007, S.11). Die Telepräsenz kann vor allem bei Patienten die an stigmatisierenden Erlebnissen leiden, das Auftreten von Schamgefühl reduzieren. Ein therapeutischer Kontakt kommt oft gerade bei diesen Menschen aus Scham nicht zustande.

Durch das geschützte Medium Internet könnte zwischen Patient und Therapeut ein schnelleres Arbeitsbündnis stattfinden und das Offenbaren von Tabus erleichtert werden.

McKenna und Bargh (1999) beschäftigten sich mit der Frage, inwieweit die soziale Interaktion im Internet ähnlich oder verschieden zu den realen zwischenmenschlichen Beziehungsmustern ist. Die Autoren kamen zu dem Ergebnis, dass eine virtuelle Freundschaft im Internet emotionaler und persönlicher erlebt werden kann als in der realen Welt. Nicht selten wird der Online- Partner als idealisierte Person wahrgenommen.

Um mehr über die Wirksamkeit der Computergestützten Therapie bei Bulimia nervosa zu erfahren, legten Murray et al. (2003) ihren Patientinnen einen Selbsteinschätzungsfragebogen vor, der die Erwartungen und Einstellungen hinsichtlich einer CD-ROM- gestützten Selbsthilfeintervention erforscht. Die Untersuchung ergab unterschiedliche Einstellungen zwischen den Patientinnen, die sich der Computergestützten Therapie auf eigenen Wunsch unterzogen, und denen, die diese Form der Therapie ablehnten. Ein Großteil der Patientinnen die eine Behandlung im Internet ablehnten, gaben als Grund an, keine therapeutische Kontaktperson sondern einen „Ersatz“ vor sich zu sehen und somit auch die Motivation zur Weiterführung der Behandlung zu verlieren. Viele Teilnehmerinnen waren der Ansicht, dass die CD-ROM- Behandlung den Therapeuten ersetzen sollte und das Angebot via Computer aus finanziellen Gründen die einzige zur Verfügung stehende Behandlungsalternative war.

4.3.5 Möglichkeiten und Grenzen von Biblio- und Computergestützter Therapie

Bibliotherapie

Gegenüber der Online- Therapie hat die Bibliotherapie den entscheidenden Vorteil, dass ein Selbsthilfemanual auch über das Therapieende hinaus verfügbar bleibt, während der Zugang (Account) zum Selbsthilfeprogramm im Internet in der Regel zeitlich begrenzt ist. Weiters kann die Bibliotherapie im Gegensatz zur Online- Therapie standortunabhängig angewendet und dadurch gut in den Alltag integriert werden.

Die Selbstbehandlung mit dem Buch bedeutet oft mehr Eigenverantwortung und Selbstbestimmung, die den Genesungsprozess essgestörter Patientinnen fördern. Die

Patientinnen beginnen intuitiv mit den Arbeitsaufgaben die zu ihrem jeweiligen therapeutischen Entwicklungsschritt passen, während die Online- Therapie in der Regel den nächsten Schritt im Programm erst dann freigibt, wenn der vorherige vollständig bearbeitet worden ist.

Durch die flexible Handhabung der Bibliothherapie ergibt sich aber auch der Nachteil der schwer kontrollierbaren Bedingungen, ob und inwieweit die Teilnehmer das Material tatsächlich gelesen und bearbeitet haben. Die fehlende Kontrolle durch einen Coach, der die Bibliothherapie begleitet, könnte bei den Patientinnen zu einem Motivationsverlust führen. Der Versuch, den Heilungsprozess alleine durchzustehen, ist für die Patientinnen eine schwere Aufgabe und viele verlieren bei auftretenden Schwierigkeiten den Mut zur „Genesung.“

Im deutschsprachigen Raum gibt es zum jetzigen Zeitpunkt kaum fundierte Selbsthilfebücher. Im Buchhandel wird zwar eine immer größer werdende Anzahl an Selbsthilferatgebern angeboten, jedoch ist der therapeutische Nutzen in den wenigsten Fällen belegt.

Internettherapie

Ein wesentlicher Vorteil der Online-Therapie ist der vorgegebene schriftliche Austausch mit einem Therapeuten über eine Online- Plattform; dieser ermöglicht den Patientinnen eine reflektierende Korrespondenz, während in den Prozess der Bibliothherapie nur mit „Erlaubnis“ der Patientinnen eingegriffen werden kann. Die asynchrone schriftliche Kommunikation über E-Mail ermöglicht es den Betroffenen, die Inhalte zu archivieren und später wieder darauf zurückgreifen zu können.

Trotz des Vorteils der Internettherapie gegenüber einem Selbsthilfemanual darf die Problematik der sich verändernden Übertragungs- und Gegenübertragungsprozesse in der virtuellen Welt nicht verkannt werden. Die Übertragung der Person auf den Computer (z.B. der Wunsch nach einem allzeit erreichbaren und verfügbaren Objekt, das aber nicht zu nahe kommt) ist von der Projektion auf die Person des Therapeuten zu unterscheiden (Leiberich, Nedoschill, Nickel, Loew & Tritt, 2004).

Fehlende nonverbale Signale (Augenkontakt, Körpersprache und Betonungen in der gesprochenen Sprache) des E-Mail- Partners können Verzerrungseffekte wie etwa Missverständnisse bedingen, die auf der Seite des Gegenübers oft schwierig zu bemerken und zu korrigieren sind (Knaevelsrud, Jager & Maercker, 2004).

Ein weiterer Nachteil ist, dass über das Medium Internet nicht alle betroffenen Personen behandelt werden können (A. Maercker, persönl. Mitteilung, Gastvortrag Universität Wien am 19.11.2008). Ein sorgfältiges Screening und festgesetzte Ausschlusskriterien vor Behandlungsbeginn stellen eine notwendige Voraussetzung für die Eignung zu dieser niederschweligen Form der Therapie dar, um beispielsweise suizidgefährdete Betroffene von der niederschweligen Behandlungsform auszuschließen. Auf Grund der Anonymität in der gestützten Online-Behandlung ist es für den Therapeuten beinahe unmöglich in Krisensituationen angemessen eingreifen zu können.

Ein Nachteil der Online-Behandlung ist auch darin zu sehen, dass die Form dieser Therapie nie besonders individuell aufgebaut sein kann. Der zuvor evaluierte Behandlungsplan läuft anders als im Sprechzimmer, wo der Therapeut auf einen Menschen und seine aktuellen Bedürfnisse spontan reagieren kann, nach einem festen Schema ab.

Die fehlende Erfahrung von Patientinnen im Umgang mit Computern könnte die Online-Therapie zusätzlich negativ beeinflussen.

Plötzlich auftretende Wartungsarbeiten am Server oder Probleme mit der Internetverbindung müssen einkalkuliert werden und würden die Therapie im Internet für einen gewissen Zeitraum unterbrechen.

Präferenz des Selbsthilfematerials

Bisherige Untersuchungen geben kaum Aufschluss über die Präferenzen von Jugendlichen hinsichtlich computerisierter oder manualbasierter Selbsthilfeprogramme. Studien zur Präferenz von Erwachsenen wurden bislang nicht durchgeführt.

Farrand, Perry, Lee und Parker (2006) geben einen Überblick über die Einstellungen zur Verwendung von Selbsthilfeprogrammen bei psychischen Problemen bzw. persönlichen Schwierigkeiten bei einer Stichprobe von 968 Schülern im Alter zwischen 13 und 16 Jahren. Die Mehrheit der Jugendlichen (73%) befürwortete eine Selbsthilfeintervention, solange es sich um leichte bis mittelschwere psychische Störungen handelt. Signifikante Unterschiede

zeigten sich in der Präferenz der Selbsthilfeformen (Buch bzw. Internet). Von den Befragten bevorzugten 39% die Teilnahme an einer Computergestützten Selbsthilfe, aber nur 17% die Teilnahme an einem manualbasierten Selbsthilfematerial.

Zusammengefasst führt sowohl die computerisierte als auch die manualisierte Anwendung der Selbsthilfe als mögliche Alternative zu einer Standardtherapie zu einer hohen Akzeptanz unter den Jugendlichen, wobei eine Präferenz für Computerbasierte Programme zu sehen ist.

Die erhöhte Verfügbarkeit für Menschen die über andere Wege keinen Zugang zu einer psychologischen Behandlung finden, sei es aufgrund von Stigmatisierungsangst, Alltagsstress, Sprachproblemen, körperlicher Immobilität, fehlenden freien Therapieplätzen, Arbeitsgründen, geographische Entfernung etc., zeigt den deutlichen Vorteil einer Biblio- bzw. Online-Therapie gegenüber der herkömmlichen face-to-face- Behandlung.

Die Selbsthilfeintervention als Buch und im Internet beinhaltet niedrige Kosten und ist für Patienten geeignet, die einer klassischen Klinikbehandlung nicht zustimmen. Die Beziehungsaufnahme und -aufrechterhaltung zu einer Beratungsstelle scheint erleichtert, wenn diese durch ein Kommunikationsmedium (Online- oder Bibliothherapie) vermittelt wird, das geringe Aufwands- und Persönlichkeitsschwellen aufweist und im Erleben die Kontrolle des Kontaktes als groß erscheinen lässt.

Für einen erfolgreichen Einsatz der gestützten Biblio- bzw. Internettherapie bei essgestörten Patientinnen, sind die Therapeuten aufgefordert, die Arbeitsschritte der Betroffenen im Programm zu überwachen, und ihnen in Form von wiederholten Zusammenfassungen der Übungen bzw. expliziten Verbalisierungen ihrer Reaktionen Rückmeldung zu geben.(Knaevelsrud et al., 2004)

In der Anwendung der gestützten Internettherapie sind notwendige Sicherheitsstandards, wie etwa der passwortgeschützte Zugang zum System aber auch die Verschlüsselung der Datenübertragung, unbedingt einzuhalten. Auch wenn die Teilnehmerinnen dem Therapeuten durch das diagnostische Interview persönlich bekannt sind, werden im Internet ausschließlich Nicknames (Pseudonyme) verwendet, um die Anonymität der Patientinnen bewahren zu können.

Die Gewährleistung der maximal möglichen Transparenz für die Betroffenen (Name der Einrichtung, telefonische Erreichbarkeit in Notfällen) muss gegeben sein und die Festlegung

eines festen Kontaktmodus zu Behandlungsbeginn ist für die Verbindlichkeit und Kontinuität unabdingbar (z.B. wöchentlich festgelegte Schreibtermine für die E-Mails zwischen der Patientin und dem Therapeuten)

5 THERAPIEABBRUCH

In der Essstörungsforschung ist der Therapieabbruch durch die Patientin (engl. Drop-Out) ein häufiges und ernstzunehmendes Problem (Agras et al., 2000)- bis zu 57% der Patientinnen steigen aus der Therapie aus (Di Pietro, Valoroso, Fichele, Bruno & Sorge, 2002). Eine Metaanalyse (Mitchell, 1991) über die Therapieabbruchsquote von Patientinnen mit Bulimia nervosa hinsichtlich verschiedener Therapieformen hat gezeigt, dass die Abbruchrate generell zwischen 0 und 33% liegt. Hierbei ist zwischen Patientengruppen die sich auf Grund von Unentschlossenheit oder Unwissenheit in der Therapie passiv verhalten und solchen, die aktiven Widerstand zeigen, zu unterscheiden.

In der Behandlung von Bulimia nervosa kommt ein vorzeitiges Aussteigen aus der klassischen Psychotherapie vermehrt bei den Patientinnen vor, die zugleich an einer stark ausgeprägten bulimischen Primärsymptomatik und an einer Borderline-Persönlichkeitsstörung leiden (Coker, Vize, Wade & Cooper, 1993).

Peake, Limbert und Whitehead (2005) erforschten im Längsschnitt (8 Jahre) mögliche Persönlichkeitszüge bulimischer Patientinnen als Prädiktoren für einen Therapieabbruch. Die Impulsivität im Verhalten bulimischer Patientinnen konnte als signifikanter Prädiktor für den Therapieabbruch nachgewiesen werden. Weiters zeigte sich eine zusätzliche Depression mit stark ausgeprägten Symptomen der Hoffnungslosigkeit und externen Kontrollüberzeugung als signifikanter Prädiktor für einen Therapieabbruch (Steel et al., 2000).

Ein weiterer Grund für einen Ausstieg aus der Behandlung von Essstörungen ist darin zu sehen, dass Therapieabbrecher in der Regel begrenzte Behandlungsziele haben (Mahon, 2000). Der Therapieabbruch erfolgt relativ spät, zu einem Zeitpunkt, zu dem sich die Patientinnen bereits so gestärkt fühlen, dass sie die gelernten Bewältigungsstrategien selbstständig und ohne therapeutische Hilfe umsetzen können. Auch wenn von Seiten des Therapeuten die Behandlungsziele noch lange nicht erreicht sind, sehen die Betroffenen die Therapie für sich als beendet an und fühlen sich als erfolgreiche Therapievollender

(Completer). Die gering ausgeprägte Selbstkritik könnte es diesen Patientinnen erleichtern, sich bei einer Symptomverbesserung frühzeitig von der Behandlung und dem therapeutischen Bündnis zu lösen (Björck, Björck, Clinton, Sohlberg & Norring, 2008).

Andere Faktoren, die einen möglichen Drop-Out in der Therapie von Essstörungen erklären können, sind die geringe Veränderungsmotivation (Geller, Cockell & Drab, 2001), die divergenten Behandlungserwartungen zwischen der Patientin und dem Therapeut (Clinton, 1996) oder das Misstrauen gegenüber den therapeutischen Absichten (Blouin et al., 1995).

Die Angst vor einer zu inniger Beziehung zum Therapeuten kann den Therapieabbruch ebenfalls begünstigen (Björck et al., 2008). Die Betroffenen befürchten, dass sie sich nach dem Ende der Therapie nur schwer aus dem therapeutischen Verhältnis lösen können, in Folge ihr psychisches Gleichgewicht zusammenbrechen und sie erneut einen Rückfall erleiden würden.

Prädiktoren für einen Therapieabbruch in der gestützten Selbsthilfe

In der Computergestützten Behandlung „SALUT BN“ zeigte sich der Therapieabbruch bei Patientinnen mit Bulimia nervosa beeinflusst durch den Schweregrad der Essstörung, durch bestimmte Persönlichkeitseigenschaften und das Ausmaß der psychiatrischen Komorbidität (Fernández- Aranda et al., 2009) und variierte je nach Studie zwischen 23% (Liwowsky et al., 2006) und 82% (Nevonen et al., 2006). Während der Drop-Out im face-to-face- Setting bei Essstörungen in der Regel sehr früh nach Beginn der Therapie (Clinton, 1996) oder relativ spät zum Ende hin (Vandereycken & Pierloot, 1983) vorkommt, trat dieser in den Studien zum Internetprogramm „SALUT BN“ erfahrungsgemäß in den ersten 2 Monaten nach Beginn des Programms auf (Carrard et al., 2006; Fernández-Aranda et al., 2009).

Im Vergleich der gestützten Bibliotherapie „Die Bulimie besiegen“ (Schmidt & Treasure, 1996) mit der klassischen Psychotherapie zeigte sich eine Therapieabbruchsrates von 29% in der Bibliotherapie und 13% in der klassischen Therapie (Thiels et al., 1998). Betrachtet man die Tatsache, dass es sich bei der Bibliotherapie im Gegensatz zur klassischen Therapie um ein niederschwelliges therapeutisches Angebot handelt, kann man von einer verhältnismäßig geringen Drop-Out- Rate sprechen.

In einer weiteren Untersuchung (Bailer et al., 2004) zum Vergleich der beiden Therapieformen (Bibliotherapie und klassische Psychotherapie) konnte sogar ein vermehrter

Ausstieg der Patientinnen aus der klassischen Psychotherapie nachgewiesen werden- diese brachen 37% der Teilnehmerinnen ab, während aus der Bibliotherapie 25% der Patientinnen ausgestiegen sind.

Weitere Prädiktoren für einen Therapieabbruch in der gestützten Selbsthilfe bei Bulimie zeigten sich mit mittleren Effektstärken (Agras et al., 2000) in der Schwierigkeit der sozialen Anpassung sowie im Auftreten von Anorexia nervosa und Major Depression in der Vorgeschichte. Ein vermehrtes Gedankenkreisen um die Essanfälle und ein stark ausgeprägtes impulsives Verhalten unterschied die Therapieabbrecher signifikant von den Completern.

Zusammengefasst lässt sich feststellen, dass unter Einsatz der Selbsthilfe ohne therapeutische Anleitung, die meisten Patientinnen in der Regel nach nur wenigen Versuchen aussteigen. Therapeutengestützte Selbsthilfe ermöglicht es ihnen hingegen, ihre Motivation zu erhöhen und somit häufiger bis zum Ende des Programms durchzuhalten.

Das letzte Kapitel gibt einen Überblick über die Veränderungsmotivation bulimischer Patientinnen als Prädiktor für einen Therapieerfolg- bzw.abbruch in der gestützten Selbsthilfe.

6 VERÄNDERUNGSMOTIVATION IN DER THERAPIE

Eine Vielzahl von psychischen Störungen wird von repetitivem, gewohnheitsmäßigen Verhalten begleitet, das therapeutisch oft schwierig zu verändern ist und eine entsprechende Motivation zur Veränderung bei den Betroffenen voraussetzt. Bandura (1986) sieht im therapeutischen Prozess die Motivation als wechselnde zunehmende und abnehmende Funktion von persönlichen bzw. kognitiven Verhaltensprozessen und Umgebungs determinanten.

Bulimische Patientinnen haben im Gegensatz zu anorektischen Patientinnen in der Regel ein ausgeprägtes Bedürfnis, die Krankheit zu überwinden und unterziehen sich aus diesem

Grund zumeist freiwillig einer Psychotherapie. Der Anteil der Klientinnen mit Bulimie, die sich auf eigenen Wunsch einer Therapie unterziehen, beträgt ca. 92%, während von den Klientinnen mit Anorexie nur etwa 19% freiwillig einer Therapie zustimmen (Bemis, 1986; zitiert nach Vitousek, Watson & Wilson, 1998, S. 396).

Zur Beschreibung der Therapiemotivation sowie zur Erklärung, Vorhersage, und Beeinflussung von intentionalen Verhaltensänderungen im psychotherapeutischen Bereich wird im Folgenden das Stufenmodell der Verhaltensänderung erläutert.

6.1. Das Transtheoretische Modell

Das *Transtheoretische Modell (TTM)* von Prochaska und DiClemente (1982) ist ein Stufenmodell, das Aufschluss über die Verhaltensänderung bei Menschen mit Problemverhalten gibt, und aus einer Analyse von über 100 Psychotherapietheorien entstanden ist (Prochaska & Norcross, 1999). Hierbei konnte festgestellt werden, dass Personen im Rahmen eines Veränderungsprozesses mehrere *Veränderungsstadien* (in der Literatur auch als *Phasen* oder *Stufen* bezeichnet) durchlaufen, die im TTM beschrieben werden.

Das Transtheoretische Modell kommt erfolgreich im Bereich der Früherkennung von Suchtverhalten zur Anwendung (Prochaska, DiClemente & Norcross, 1992) und eignet sich gut zur Beschreibung der aktuellen Veränderungsbereitschaft des Betroffenen sowie der anschließenden bedürfnisgerechten Intervention. In dem Zusammenhang konnte auch gezeigt werden, dass das Stadium, in dem sich die Patienten zu Beginn der Behandlung befinden, den Behandlungserfolg entscheidend mitbeeinflusst. Weiters konnte das Transtheoretische Modell mit Erfolg in der Behandlung der Raucherentwöhnung (Prochaska, DiClemente, Velicer, & Rossi, 1993), der Panikstörung (Hasler & Schnyder, 2002) und zur Gewichtskontrolle (J.S. Rossi, S.R. Rossi, Velicer & Prochaska, 1995) eingesetzt werden.

Im Zentrum des Stufenmodells steht die zeitliche Dimension von psychischen Veränderungen, die von vielen Psychotherapie- Studien nur ungenügend konzeptualisiert wird. Das Modell macht deutlich, dass Betroffene sich meist nicht rasch verändern, sondern dass Einstellungs- und Verhaltensänderungen im Rahmen langwieriger mehrstufiger Prozesse stattfinden. In diesem Zusammenhang könnte die Psychotherapieforschung

angeregt werden, zu untersuchen, ob es einen bestimmten Zeitpunkt gibt, zu dem eine bestimmte Person von einer Behandlung profitiert oder nicht.

Fünf sich bedingende *Veränderungsphasen (when to change)* werden im Stufenmodell unterschieden (Hasler, Klaghofer & Buddeberg, 2003):

1. ***Precontemplation (Phase der Absichtslosigkeit):*** Die Person tritt in eine therapeutische Situation, hat jedoch noch kein Problembewusstsein entwickelt und deshalb auch keinen Wunsch ihr Verhalten innerhalb der nächsten 6 Monate zu ändern. Oft ist es nicht der eigene Antrieb der zur Behandlung führt, sondern der Druck durch Andere (z.B. Angehörige). Der Betroffene verhält sich häufig passiv und trägt kaum zur Veränderung seiner Situation bei. Das Problem ist ihm entweder nicht bewusst oder es wird ignoriert.
2. ***Contemplation (Phase der Absichtsbildung):*** Die Person beabsichtigt innerhalb der nächsten 6 Monate eine Veränderung ihres Problems und macht sich Gedanken über die Konsequenzen ihres Verhaltens. Sie hat aber noch Mühe, das Problem hinsichtlich seiner Verursachung sowie auch Lösungsalternativen zu verstehen. Die Person wünscht eine Beratung ohne sich verbindlich auf Schritte in Bezug auf Veränderungen verpflichten zu müssen und sammelt Argumente, die für und gegen eine Änderung ihres Verhaltens sprechen.
3. ***Preparation (Phase der Vorbereitung):*** Der Betroffene plant Aktivitäten für die kommenden 6 Monate und ist motiviert etwas an seiner Situation zu ändern. Er hat zumindest einmal im vergangenen Jahr versucht, sein Problemverhalten zu verändern und trotz Scheitern daraus gelernt. Der Ratsuchende sieht ein, dass er ein Problem hat und möchte es gegenwärtig in Angriff nehmen. Er interessiert sich für konkrete Hinweise und Informationen, um den nächsten Versuch erfolgreich gestalten zu können. Verpasst er den Zeitpunkt bzw. wird er nicht aktiv, droht der Rückfall in die vorherige Phase (Contemplation).
4. ***Action (Phase der Handlung):*** Die betroffene Person unternimmt für zumindest einen Tag oder die gesamte Zeit innerhalb der nächsten 6 Monate konkrete Schritte zur Verhaltensänderung. Dabei treten Schwierigkeiten auf. Die Person bemüht sich, diese zu überwinden und beansprucht die notwendige Unterstützung.

5. **Maintenance (Phase der Aufrechterhaltung):** Die Person konnte bedeutende Veränderungen und wichtige Therapieziele (z.B. Abstinenz bzw. Remission der Essanfälle/ des Erbrechens) erreichen. Es wird versucht, das Zielverhalten über den Zeitraum von zumindest 6 Monaten aufrechtzuerhalten. Zur Rückfallprophylaxe sollte der Betroffene weiterhin praktische Hilfe und emotionale Unterstützung erhalten. Kommt es dennoch zu einem Rückfall- der Betroffene beginnt sich nach dem Essen z. B. wieder zu erbrechen- ist es wichtig, dass er nicht lethargisch in diesem Zustand verweilt, sondern den Entschluss zur Veränderung möglichst schnell wieder aufgreift.

Den Veränderungsphasen werden als zweite Dimension zehn **Veränderungsprozesse (how to change)** zugeordnet, womit Aktivitäten und Ereignisse gemeint sind, die ein problematisches Verhalten sowie damit zusammenhängende Kognitionen und Emotionen beeinflussen und konkret zu einer Veränderung führen. Die Klassifizierung und Zuordnung der zehn Veränderungsprozesse zu den fünf Phasen entstand ursprünglich aus einer Selbsteinschätzungsstudie von nikotinabhängigen Personen (Velicer, DiClemente, Prochaska & Brandenburg, 1985), die selbstständig oder in Therapie versuchten, abstinent zu werden.

Die Veränderungsprozesse auf **kognitiv-affektiver Ebene** sind (1) Steigern des Problembewusstseins, (2) Emotionales Erleben, (3) Neubewertung der persönlichen Umwelt, (4) Selbstneubewertung und (5) Wahrnehmen förderlicher Umweltbedingungen sowie auf **verhaltensorientierter Ebene** (6) Gegenkonditionierung, (7) Kontrolle der Umwelt, (8) Nutzen hilfreicher Beziehungen, (9) Selbstverstärkung und (10) Selbstverpflichtung. Die Veränderungsprozesse auf kognitiv-affektiver Ebene werden in den frühen Phasen der Veränderung aktiviert, während die Prozesse auf verhaltensorientierter Ebene in den späten Veränderungsphasen eintreten. In bestimmten Veränderungsphasen treten spezifische Veränderungsprozesse gehäuft auf, wie zum Beispiel die Prozesse Selbstneubewertung in der Phase Contemplation oder Gegenkonditionierung in der Phase Action.

Schließlich beinhaltet das Transtheoretische Modell als dritte Dimension folgende vier **Problemebenen (what to change)**, auf die sich die Veränderungsprozesse beziehen: (1) Symptome, (2) maladaptive Kognitionen, (3) interpersonelle und (4) intrapsychische Konflikte. Diese Dimensionen stellen eine reichhaltige Information für die Entwicklung von

Behandlungsplänen dar und können den Therapeuten rasch über den Fortschritt seines Klienten informieren.

Das Transtheoretische Modell sieht den Erfolg einer Veränderung im Fortschreiten von Phase zu Phase und konzentriert sich nicht nur auf ersichtliche Erfolge, wie z.B. der Gewichts- oder Kalorienzunahme. Während ein Klient die ersten drei Phasen des Modells durchschreitet, erfährt er möglicherweise tief greifende Veränderungen in der Bereitschaft zur Genesung- selbst wenn er zu diesem Zeitpunkt keine sichtbaren Veränderungen in der Gewichts- oder Kalorienzunahme zeigt. Weiters sieht das Modell den Prozess des Rückfalls als einen natürlichen Teil des gelungenen Veränderungsprozesses, und nicht als eine Art Misserfolg. Ein Patient, der in der Phase Maintenance rückfällig wird, findet sich anschließend in der Phase Contemplation wieder, wo er sich erneut Gedanken zur weiteren Behandlung macht. In der Regel durchschreiten Personen diesen Kreislauf einige Male bevor sie in der Phase Maintenance stabil bleiben.

Der Hauptanteil an bisherigen Studien fokussiert den Vergleich von verschiedenen Personen in unterschiedlichen Veränderungsphasen. Diese Querschnittuntersuchungen bieten im Gegensatz zu Langzeitstudien keine stabile Überprüfung des Stufenmodells für die Anwendung in der Praxis und liefern keine Information darüber, in welcher Veränderungsphase ein vermehrter Therapieabbruch zu erwarten ist bzw. eine behandlungsinduzierte Veränderung eintritt.

Für die zentralen Konzepte des Modells liegen Messinstrumente vor- somit ist es zur empirischen Prüfung von theoretischen Annahmen, wie etwa zur Untersuchung von motivationalen Aspekten in der Behandlung von Essstörungen, gut geeignet. Patientinnen mit Bulimie scheinen, womöglich auf Grund des größeren Leidensdrucks, eine höhere Motivation zur Veränderung ihres Zustands zu besitzen als Patientinnen mit Magersucht.

In einer Untersuchung (Ward, Troop, Todd & Treasure, 1996) zum Vergleich der Veränderungsbereitschaft zwischen Patientinnen mit Bulimia nervosa (BN) und Anorexia nervosa (AN) konnte festgestellt werden, dass ein überwiegender Anteil der Bulimie-Patientinnen (BN vs. AN : 83% vs. 49%) im Anschluss an die Therapie höher motiviert war und eine Veränderungsbereitschaft im Stadium Action gezeigt hat.

6.2. Veränderungsmotivation als Prädiktor für den Therapieoutcome und Therapieabbruch

Die Motivation zur Behandlung ist besonders bei Jugendlichen mit Bulimia nervosa ein entscheidender Prädiktor für die Compliance und den Therapieerfolg. Im Gegensatz zur eindimensionalen Veränderungsmessung von Alkohol- Nikotin- und Drogensucht ist das Problemverhalten bei Bulimia nervosa aber komplexer, da zur Messung der Veränderungsmotivation die Essanfälle und Gewichtskontrollstrategien getrennt voneinander untersucht werden müssten. Die Mehrheit der Patientinnen zeigt zwar eine hohe Motivation zur Reduktion ihrer Essanfälle, ist aber zu einer Änderung ihrer Gewichtskontrollstrategien kaum bereit (Vitousek, Watson & Wilson, 1998).

In einer kontrollierten Untersuchung (Treasure et al., 1999) wurde unter Anwendung des Transtheoretischen Modells die Veränderungsmotivation bulimischer Patientinnen zu Beginn, in der Mitte und am Ende der psychotherapeutischen Behandlung erhoben und in weiterer Folge der Zusammenhang mit dem *Therapieoutcome* (hier: Remission der Ess-Brechanfälle) geprüft. Die größte Reduktion an Essanfällen zeigte sich bei den Patientinnen, deren Veränderungsbereitschaft bereits zu Beginn der Behandlung hoch war (Stadium Action)- bezüglich der Reduktion des Erbrechens oder anderer kompensatorischer Methoden konnte kein Zusammenhang mit der Veränderungsmotivation gefunden werden. Eine zu Beginn der Therapie hoch ausgeprägte Veränderungsmotivation (Stadium Action) konnte bei bulimischen Patientinnen als geeigneter Prädiktor für eine erfolgreiche Reduktion der Essanfälle determiniert werden (Prochaska & Norcross, 1999).

Kontrollierte Studien zum *Therapieabbruch* konnten einen negativen Zusammenhang mit diesem und der Veränderungsmotivation in den Stadien Contemplation (Derisley & Reynolds, 2000) sowie Action (Dozois, Westra, Collins, Fung & Garry, 2004) und einen positiven Zusammenhang mit den Stadien Precontemplation (Brogan, Prochaska & Prochaska, 1999) sowie Maintenance (Wilson, Bell-Dolan & Beitman, 1997) nachweisen. Im Gegensatz zum Therapieoutcome (Remission der Essanfälle) konnte für den Therapieabbruch aber kein signifikanter Zusammenhang mit der zu Therapiebeginn erhobenen Veränderungsmotivation nachgewiesen werden (Prochaska & Norcross, 1999; Treasure et al., 1999).

Moderatorvariablen der Veränderungsmotivation im Therapiegeschehen

Betrachtet man den *Schweregrad der bulimischen Primärsymptomatik*, so scheint dieser die Veränderungsmotivation in negative Richtung zu beeinflussen. Studien zufolge (Fernandez-Aranda et al., 2009; Martinez et al., in press) ist die Veränderungsmotivation dann niedrig, wenn die bulimischen Anfälle intensiv und häufig auftreten.

Die *Qualität der therapeutischen Beziehung* hat ebenso einen nachweislichen Einfluss auf die Veränderungsmotivation. In der Computergestützten Selbsthilfe „SALUT BN“ konnte ein Motivationsanstieg durch die Art der therapeutischen Annäherung eines bestimmten Coachs nachgewiesen werden (Nevonen et al., 2006).

Neben der Beziehungsqualität hat die *Dauer der Erkrankung* einen wesentlichen Einfluss auf die Veränderungsbereitschaft (Casasnovas et al., 2007). Das *aktuelle Alter* und *Ersterkrankungsalter* spielen für die Veränderungsbereitschaft ebenso eine Rolle. Studien zufolge (Casasnovas et al., 2007; Ward et al. 1996) führt eine längere Krankheitsdauer und ein höheres Lebensalter zu Behandlungsbeginn bei Patientinnen mit Bulimie zu einem Anstieg in der Veränderungsmotivation.

Studienergebnissen zufolge (Geller, Cassin, Brown & Srikaneswaran, 2009) hat auch das *Körpergewicht (BMI)* einen Einfluss auf die Veränderungsmotivation bei Patientinnen mit Bulimie. Das Körpergewicht wird über den Body-Mass-Index (BMI) erhoben. Die Einheit des BMI wird berechnet aus Kilogramm dividiert durch Körpergröße zum Quadrat (BMI in kg/m^2) und zeigt die Relation des Körpergewichts zur Körpergröße an. Normalgewichtige Personen mit einer Essstörung besitzen erfahrungsgemäß zu Beginn der Therapie eine höhere Veränderungsmotivation, die im Verlauf der Therapie noch weiter ansteigt, während sich die Veränderungsbereitschaft bei untergewichtigen Personen über den Therapieverlauf kaum verbessert. Die Ergebnisse von Geller et al. haben weiters gezeigt, dass ausschließlich bei Personen mit einem Normalgewicht ein Anstieg in der Veränderungsmotivation, aber auch eine Besserung in der Essstörungssymptomatik, der psychiatrischen Komorbidität, der Lebensqualität, der Persönlichkeitsentwicklung und in der Körperwahrnehmung nachgewiesen werden konnte.

Zusammengefasst kann die Motivation zur Veränderung des gestörten Essverhaltens durch die Qualität der vorhandenen therapeutischen Unterstützung, durch eine schwächere

Ausprägung in der Essstörungssymptomatik, eine Zunahme des Alters und der Krankheitsdauer zu Behandlungsbeginn sowie durch einen BMI im Normbereich positiv beeinflusst werden.

II EMPIRISCHER TEIL

7 ZIELSETZUNG

Der empirische Teil dieser Arbeit überprüft die Wirksamkeit von zwei verschiedenen Selbsthilfeprogrammen (Internet-gestützt versus manualisierte Form) in der Behandlung von Jugendlichen und Erwachsenen mit der Diagnose einer Bulimia nervosa am AKH Wien. Zum Einsatz kommt das Internet-basierte Programm „SALUT BN“- Geleitete Selbsthilfe für Bulimie“ (entwickelt von NetUnion, Schweiz) und die Bibliothherapie „Die Bulimie besiegen“ (Schmidt & Treasure, 2000).

Das Ziel der Evaluationsstudie war es, die zwei von der Form unterschiedlichen Selbsthilfeprogramme über einen Zeitraum von 7 Monaten auf folgende Behandlungseffekte zu untersuchen:

- (1) Unterschiede in der Veränderung der *bulimischen Primärsymptomatik* (Essanfälle und Erbrechen)
- (2) Unterschiede in der Veränderung der *allgemeinen und essstörungsspezifischen Motivation*

Zusätzlich wird die *Akzeptanz beider Selbsthilfeprogramme* auf Unterschiede hinsichtlich der Abbrecherquote bzw. der per Fragebogen ermittelten Nützlichkeitsbeurteilung durch die Patientinnen untersucht.

Zum Zeitpunkt der Basisdiagnostik wird geprüft, ob sich die Selbsthilfegruppen in Bezug auf Unterschiede im *aktuellen Lebens- und Ersterkrankungsalter*, in der *Erkrankungsdauer*,

im *Body-Maß-Index (BMI)*, im *Schweregrad der bulimischen Primärsymptomatik* und der *Veränderungsmotivation* unterscheiden. Im Falle eines Unterschiedes werden die genannten unabhängigen Variablen als Kovariaten in die Veränderungsanalyse miteinbezogen und ihr isolierter Einfluss auf die abhängige Variable geprüft.

8 FRAGESTELLUNGEN

Im Folgenden werden die Fragestellungen dieser Untersuchung erläutert:

Fragestellung 1

Kann die Anwendung von gestützten Selbsthilfeinterventionen, wie die Internet- und Bibliotherapie, in der Behandlung von Bulimia nervosa zu einer signifikanten Verbesserung der bulimischen Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen) führen?

In Österreich ist Selbstbehandlung im Internet im Gegensatz zur Bibliotherapie noch nicht etabliert. Studien zum Vergleich des Internetprogramms „SALUT BN“ mit der Bibliotherapie „Die Bulimie besiegen“ gab es bis zum jetzigen Forschungszeitpunkt keine.

Diese Untersuchung vergleicht erstmals die Wirksamkeit des bereits in Deutschland (Liwowsky et al., 2006), Spanien (Fernández-Aranda et al., 2009), Schweden (Nevonen et al., 2006) und der Schweiz (Carrard et al., 2006) evaluierten Internetprogramms „SALUT BN“ mit der im deutschen Sprachraum bewährten Bibliotherapie „Die Bulimie besiegen“ (Schmidt & Treasure, 2000) bei Patientinnen mit Bulimia nervosa.. Beide Selbsthilfeprogramme basieren auf den Ansätzen der Kognitiven Verhaltenstherapie, deren Wirkung in der Behandlung von Bulimie nachgewiesen ist (APA, 2003). Erfahrungsgemäß sind beide Selbsthilfeformen in der Therapie der Bulimie geeignet, das gestörte Essverhalten zu normalisieren. Der Unterschied beider Verfahren besteht hauptsächlich in dem Medium, über welches sie transportiert werden- zum einen als Buch, zum anderen als Internetplattform.

Studien zufolge (Fernández-Aranda et al., 2009; Liwowsky et al., 2006) waren 59% der Patientinnen nach 6 Monaten Teilnahme an der gestützten Internettherapie „SALUT BN“

außerhalb der Kriterien für eine Bulimiediagnose und 23% zeigten eine Symptomabstinenz. In der Bibliotherapie „Die Bulimie besiegen“ zeigte sich ein Drittel der Patientinnen nach 8 Wochen völlig symptomfrei. Zum Zeitpunkt der Nachuntersuchung nach 18 Monaten waren 40% aller teilnehmenden Patientinnen (Internet und Buch) betreffend ihrer bulimischen Primärsymptomatik vollständig gesund und 57% erfüllten nicht länger die Kriterien für eine Bulimie- Diagnose (Bailer et al., 2004, Treasure et al., 1996).

Fragestellung 2

Kann die Anwendung von gestützten Selbsthilfeinterventionen, wie die Internet- und Bibliotherapie, in der Behandlung von Bulimia nervosa zu einer signifikanten Verbesserung der allgemeinen bzw. essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation führen?

In beiden Selbsthilfegruppen (Internet- und Bibliotherapie) werden vergleichbar ähnliche Strategien zur Motivationsabklärung und Motivierung eingesetzt. In Folge der grafischen Veranschaulichung und automatischen Rückmeldung des Veränderungsprozesses im Internet könnten möglicherweise die Patientinnen der Internettherapie, im Gegensatz zu jenen der Bibliotherapie, stärker motiviert werden, sich mit der Krankheit auseinanderzusetzen. In der Bibliotherapie bleibt es der Patientin selbst überlassen, ob sie ihre Arbeitsschritte in schriftlicher Form archivieren und diese dann ihrem Coach (eine Person aus dem Gesundheitswesen), der sie durch das Programm begleitet, übermitteln möchte.

Eine Studie (Farrand et al., 2006) betont die Präferenz von Computer- gegenüber manualbasierten Programmen bei Adoleszenten in der Behandlung von psychischen Störungen. Die Patientinnen der Internettherapie könnten somit eine höhere Veränderungsmotivation zeigen als jene der Bibliotherapie; dies soll in dieser Studie untersucht werden.

In den Studien zum Internetprogramm „SALUT BN“ und der Bibliotherapie „Die Bulimie besiegen“ (Nevonen et al., 2006; Treasure et al., 1999) konnte auch festgestellt werden, dass ein Anstieg der allgemeinen Veränderungsmotivation (Therapiemotivation) auf die verstärkte therapeutische Unterstützung eines bestimmten Coachs zurückzuführen war.

Die essstörungsspezifische Veränderungsmotivation- sie zielt darauf ab, bestimmte Aspekte der Bulimie, wie die Beurteilung des Gewichts, der Essgewohnheiten, der Essanfälle und

Strategien zur Gewichtskontrolle zu normalisieren- ist in der gestützten Selbsthilfe und bei Erwachsenen bis zum Zeitpunkt dieser Diplomarbeitsstudie noch nicht untersucht worden.

9 METHODE

Die in dieser Arbeit ausgewerteten Daten wurden im Rahmen des Internet-gestützten therapeutischen Behandlungsangebots für Patientinnen mit einer diagnostizierten Bulimia nervosa im Zeitraum von Dezember 2006 bis September 2008 an der Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters am AKH Wien erhoben. Die Fertigstellung bzw. Überarbeitung des Datensatzes von insgesamt 3366 Untersuchungsvariablen endete im Mai 2009.

In wissenschaftlicher Zusammenarbeit mit dem Projektteam, das aus einer Psychologin, einem Allgemeinmediziner, einer Pädagogin, vier Studenten aus den Fachbereichen Psychologie und Medizin sowie unter der Leitung von Prof. Karwautz bestand, und durch die Kooperation mit der Parklandklinik für Psychosomatik und Psychotherapie in Bad Wildungen (Deutschland) unterstützt worden ist, konnte den Patientinnen eine Testbatterie von 16 Erhebungsinstrumenten zu jeweils drei Evaluationszeitpunkten vorgegeben werden. Aus der Fülle des informativen Datensatzes wurde für die Untersuchung dieser Arbeit eine bestimmte Datenmenge herangezogen, die in den folgenden Kapiteln beschrieben wird.

9.1. Stichprobe

In die randomisierte Selbsthilfestudie wurden alle Patientinnen mit der Diagnose einer Bulimia nervosa oder zumindest einer Nicht näher bezeichneten Essstörung aufgenommen. Insgesamt haben sich 252 Teilnehmerinnen aus den österreichischen Bundesländern und aus Deutschland auf Informationen via Flugblätter, Zeitungs-, TV- und Radiobeiträge, Ankündigungen in Selbsthilfeforen, Frauenberatungszentren oder auf Essstörungskongressen (Wagner et al., 2008) in eigenem Interesse gemeldet. Nach den Rekrutierungsmaßnahmen nahmen die Patientinnen mit unseren psychologisch geschulten Coaches Kontakt auf (Anruf/ E-Mail) und wurden zum Erstgespräch eingeladen.

Auswahlkriterien

Folgende Kriterien wurden zur Aufnahme der Probandinnen in die Studie herangezogen:

- Vorliegen einer Bulimia nervosa vom Purging-Typ (z.B. Erbrechen, Abführmittelmissbrauch)
 - Weibliches Geschlecht
 - Alter zwischen 16 und 35 Jahren
 - Body-Mass-Index (BMI) > 17.5 ⁷
 - Körperliche und psychische Eignung (z.B. keine Suizidalität, schwere Depression, Drogenabhängigkeit)
 - Keine gleichzeitig stattfindende Verhaltenstherapie
 - Zugang zum Internet notwendig
-

⁷ Die Form dieses Selbsthilfeprogramms ist für Betroffene mit zu geringem Gewicht als alleinige Therapiemaßnahme nur bedingt und mit strengen ärztlichen Gewichtskontrollen geeignet. Aus diesem Grund wurde für diese Untersuchung und Abgrenzung zur Magersucht ein Gewichtskriterium für den Body-Mass-Index (BMI in $\text{kg}/\text{m}^2 > 17.5$) festgesetzt.

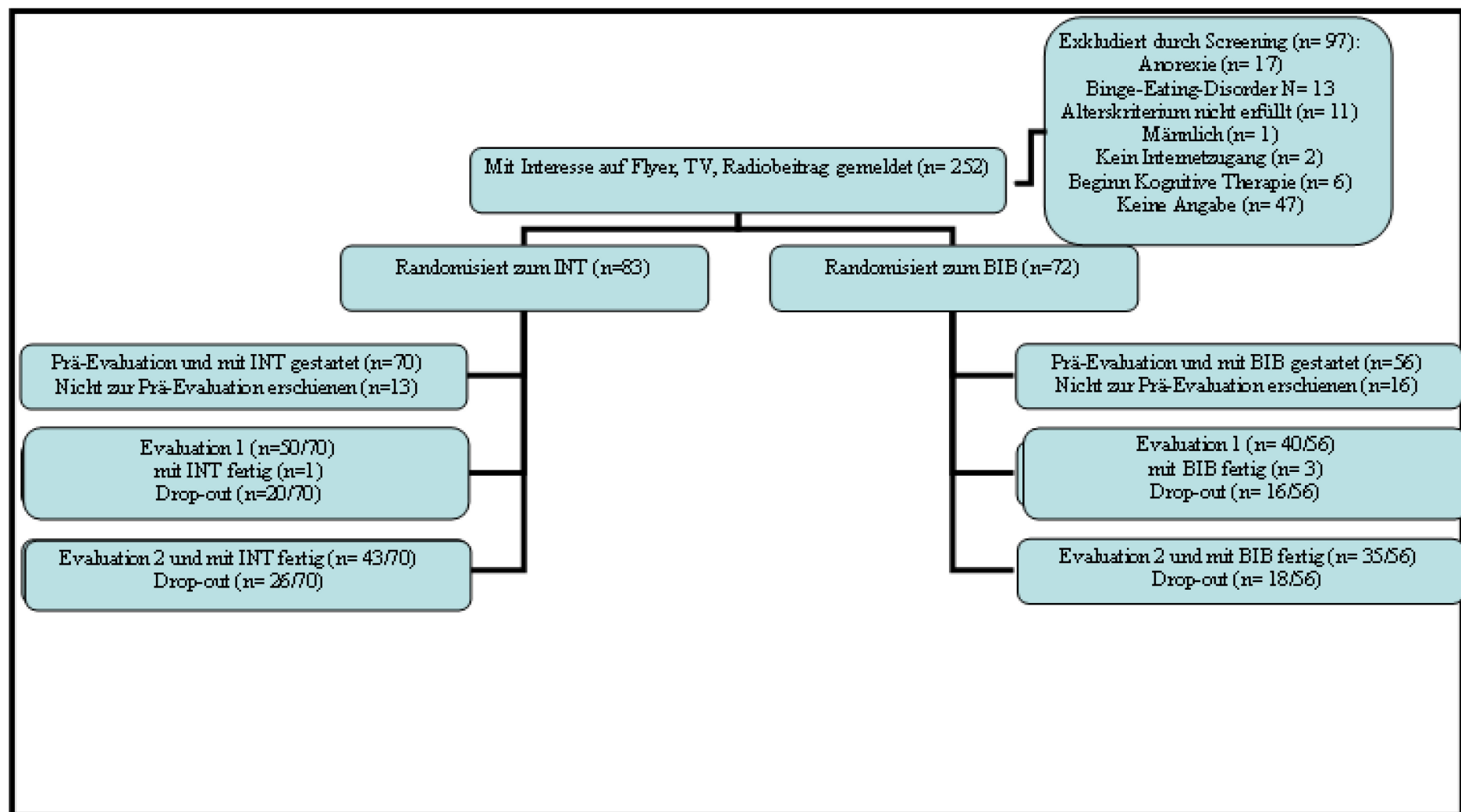


Abbildung 2: Stichprobenselektion

Basisdokumentation zur Stichprobenselektion (Abb. 4)

Einen Überblick über die Stichprobenselektion der Datenanalyse zeigt das Organigramm in Abbildung 2. Von den insgesamt gemeldeten 252 Patientinnen nahmen insgesamt 155 an den Selbsthilfeprogrammen teil; davon konnten 83 Patientinnen per Randomisierung dem Selbsthilfeprogramm im Internet (INT) und 72 Patientinnen der Bibliothherapie (BIB) zugeteilt werden. Über die verbleibenden 97 Personen, die sich interessiert gemeldet, aber letztendlich durch das Screening ausgeschlossen werden mussten, sind die Ausschlussgründe eine Anorexia nervosa bzw. Binge- Eating- Disorder, ein nicht erfülltes Alters- bzw. Geschlechtskriterium, ein fehlender Internetzugang oder der Beginn einer Psychotherapie. Die Mehrheit der Patientinnen hat sich trotz mehrmaliger versuchter Kontaktaufnahme aus unbekannten Gründen nicht mehr gemeldet.

Die Erstuntersuchung ***Prä-Evaluation*** erfolgte vor Beginn des Selbsthilfeprogramms. Von den 155 randomisierten Teilnehmerinnen sind 29 Personen nicht zur Prä-Evaluation erschienen und haben sich für einen Ersatztermin nicht mehr gemeldet. Somit konnten 70 Patientinnen mit der Selbsthilfe im INT und 56 in der BIB beginnen.

Die Zwischenuntersuchung ***Evaluation 1*** fand während der Behandlung mit den Selbsthilfeprogrammen zum Zeitpunkt nach 4 Monaten statt, an denen 50 Patientinnen (71%) im INT und 40 Patientinnen (71%) in der BIB teilgenommen haben. Davon hatten eine Patientin im INT und drei Patientinnen in der BIB die Selbsthilfeprogramme zu diesem Zeitpunkt bereits vollständig bearbeitet und nahmen deshalb nicht mehr an der Evaluation 2 teil.

Die Nachuntersuchung ***Evaluation 2*** erfolgte zum Ende der Selbsthilfe nach 7 Monaten, zu dem 61% der Patientinnen im INT und 63% in der BIB erschienen sind und erneut die Fragebogenbatterie bearbeitet haben.

9.2. Durchführung der Studie

Beide Selbsthilfeprogramme werden als geleitete Selbsthilfe mit einem wöchentlichen E-Mail- Kontakt zu einem psychologisch geschulten Coach (eine Pädagogin, eine Psychologin und drei Studenten der Psychologie) in einem Zeitraum von 7 Monaten durchgeführt. Das Projekt konnte von der österreichischen Nationalbank (ÖNB Projektnr.11957) teilfinanziert werden, sodass für die Patientinnen selbst, bis auf die Anreisekosten und eine Überweisung vom Hausarzt ans AKH, keine Teilnahmegebühren zu entrichten waren.

Das psychologische Gespräch mit dem Coach und die Erklärung der Selbsthilfeprogramme erfolgten in der Regel an zwei Terminen innerhalb einer Woche mit einer Dauer von jeweils 1½ bis 2 Stunden. In dieser Studie dienten die Evaluationsgespräche neben der Überprüfung der Essstörungssymptomatik v.a. dem Motivationsaufbau und der Schaffung einer Vertrauensbasis zwischen der Patientin und ihrem persönlich zugewiesenen Coach. Die Aufgabe des Coach war es, die Patientin durch das Programm zu begleiten und anhand verschiedener Fragebögen sowie einem strukturierten klinischen Interview deren psychologische Eignung für die Therapieform der gestützten Selbsthilfe festzustellen.

Weiters gab es eine medizinische Untersuchung (Blutbefund, ärztliches Gespräch) zur Abklärung von möglichen Veränderungen im Blutbild und Elektrolythaushalt infolge des häufigen Erbrechens. Nach entsprechender psychologischer und medizinischer Eignung unterschrieb die Patientin die von der Ethikkommission der medizinischen Fakultät Universität Wien gebilligte Einverständniserklärung und konnte dann per Zufall zu einem der beiden Selbsthilfeprogramme zugeteilt werden.

Das Internetprogramm „SALUT BN- Geleitete Selbsthilfe für Bulimie“

Das „SALUT BN“ ist ein Internet-basiertes Selbsthilfeprogramm für erwachsene Menschen, die die Diagnosekriterien einer Bulimia nervosa vom Purging-Typus erfüllen. Das Programm ist mittlerweile in acht Sprachen verfügbar (französisch, deutsch, italienisch, spanisch, schwedisch, englisch, holländisch und norwegisch) und wurde in Kooperation der Universitätsklinik Genf mit dem Softwareunternehmen NetUnion in der Schweiz entwickelt.

Das Programm beinhaltet sieben Evaluations- und Behandlungsmodule, die den Patientinnen schrittweise helfen, wieder Kontrolle über ihr Essverhalten zu erlangen (s. Abbildung 3) und sollte stets mit Unterstützung eines Coachs oder von jemandem, der im Gesundheitswesen

tätig ist, bearbeitet werden. Eine Demoversion des SALUT BN kann unter <http://www2.salut-ed.org/demo> angesehen werden.

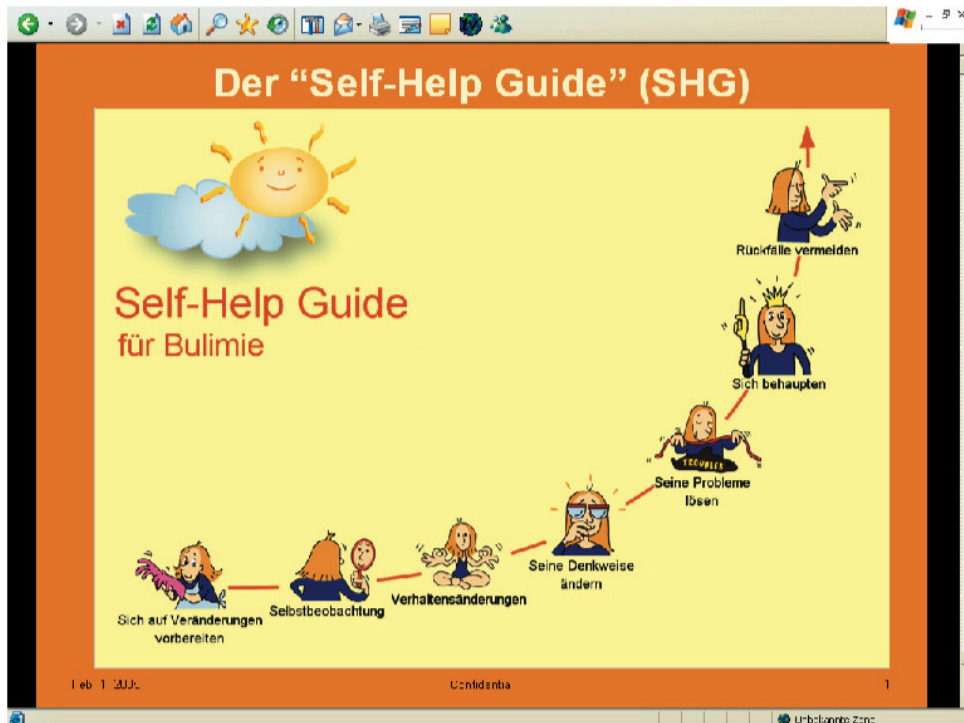


Abbildung 3: Die sieben Schritte im Selbsthilfeprogramm „SALUT BN“

Nach ausreichender Information über die Studienformalitäten (Teilnahmebedingungen, Einverständniserklärung) wählt die Patientin ein Kennwort bzw. Pseudonym für den Zugang zur Internettherapie sowie eine anonyme E-Mailadresse für den Coachkontakt. Der E-Mailkontakt erfolgt über einen direkten Zugang zum Server im Programm und findet sowohl für die Patientin als auch für den Coach verpflichtend einmal pro Woche zu einem vereinbarten Termin statt.

Folgende Coachrichtlinien werden an dieser Stelle für den E-Mailkontakt mit der Patientin empfohlen (Self Help Guide SALUT, NetUnion, 2006):

- die Hauptpunkte des jeweiligen Schrittes bzw. der Übung zusammenfassen
- Feedback über die absolvierten Schritte und Übungen geben
- Fragen der Patientin beantworten im Sinne von Psychoedukation

- auf private, von der Patientin angesprochene, Inhalte eingehen
- Hilfestellung bei Unklarheiten mit dem Programm
- Ratschläge geben in Form von kognitiven Techniken (z.B. Gedankenstop)
- Anerkennung des Erreichten (motivieren, ermutigen, verstärken)
- Auffangen der Patientin in akuten Krisen

Nach der Freischaltung des Programms durch den Coach, füllt die Teilnehmerin am PC unter seiner Anwesenheit zwei Evaluierungsfragebögen zur Essstörungssymptomatik und Komorbidität aus. Im Anschluss ist es der Teilnehmerin möglich, sofort mit dem ersten Arbeitsschritt im Selbsthilfeprogramm zu beginnen.

Zu Beginn der gestützten Selbsthilfe wurde mit der Patientin die Motivation zur Veränderung ihrer Essstörung geklärt. Dazu diente ein *Bilanzbogen* (Modul 1 mit der Gegenüberstellung von Vor- und Nachteilen der Essstörung für die Patientin selbst und ihr soziales Umfeld.

Die nächste Aufgabe war es, sich 5 Jahre in die Zukunft zu versetzen und zwei *Briefe an eine enge Freundin* (Modul 2) zu verfassen, einmal als von der Bulimie geheilte und im Vergleich dazu als chronisch kranke Person.

Der nächste Schritt im „SALUT BN“ bestand im Führen eines *Ernährungstagebuchs* (Modul 3), in dem die Nahrungsaufnahme zur jeweiligen Uhrzeit einzutragen war, um zielführend eine regelmäßige Nahrungsaufnahme zu erreichen. Im Esstagebuch, eine der wichtigsten Übungen im Programm, werden anhand von Grafiken (s. Abbildung 4) die erfolgten Veränderungen im Essverhalten (Mahlzeiten, Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen) unmittelbar und anschaulich rückgemeldet.

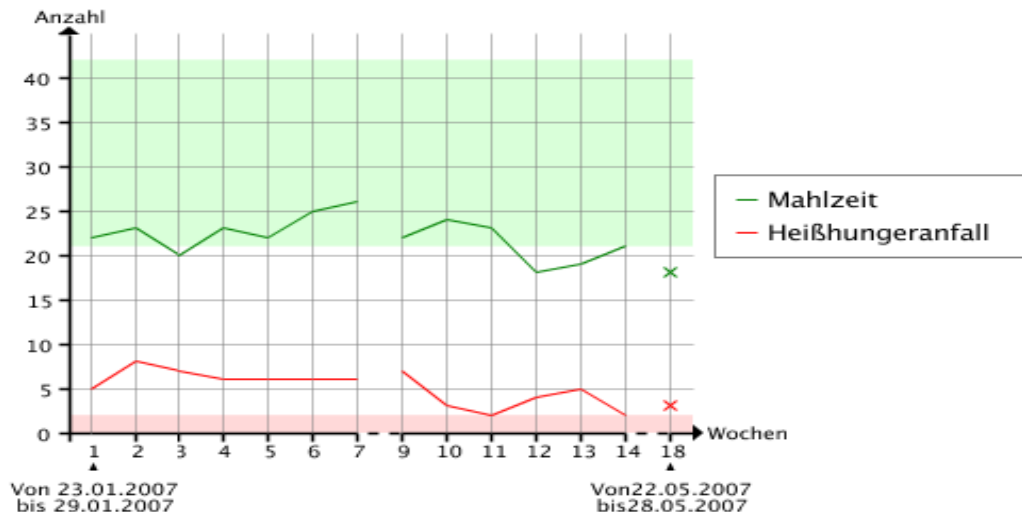


Abbildung 4: *Verlauf von geregelten Mahlzeiten und Heißhungeranfällen* (Der untenliegende rote Bereich bedeutet „die Patientin befindet sich außerhalb der Kriterien für eine Bulimiediagnose.“ Der obenliegende grüne Bereich verdeutlicht „die Patientin hat die zur Vermeidung von Essanfällen notwendige Menge an Mahlzeiten zu sich genommen.“)

Weitere zentrale Themen sind die Identifikation von beobachteten *Auslösesituationen* der Ess-Brechanfälle sowie der damit verbundenen Gefühle und Gedanken (Modul 4). Die Konsequenzen des gestörten Essverhaltens sollten vermerkt werden, um zur Bewältigung alter Schwierigkeiten neue Problemlösungsstrategien erlernen zu können.

In Modul 5 werden Beispiele eines *gesunden Diätplans* erläutert um wieder zu einer kontrollierten Nahrungsaufnahme gelangen zu können. Psychoedukative Elemente klären über die Gefahren der Diäten, des Kontrollverlust bei Heißhungerattacken in Folge von Nahrungskarenz, und über die begrenzten Wirkungen von Erbrechen und Laxantien zur Gewichtskontrolle auf.

Dysfunktionale Gedanken und Überzeugungen, die die Essstörung aufrechterhalten wie z.B. „Nur wenn ich von allen Menschen geliebt werde, bin ich ein wertvoller Mensch“ wurden anhand eines 6- *Spalten- Blattes* (Modul 6) analysiert und durch hilfreiche Denkweisen wie z.B. „Man kann einen Menschen nicht danach beurteilen, wer ihn mag oder nicht mag“ ersetzt.

Schwierigkeiten im beruflichen Umfeld wurden ebenso bearbeitet wie perfektionistisches, überangepasstes Verhalten, Substanzmissbrauch oder Erfahrungen mit sexuellem Missbrauch. Dabei kamen auch Selbstsicherheitstrainings oder Übungen zur Akzeptanz des eigenen Körpers zum Einsatz.

Im letzten Schritt zur *Rückfallprophylaxe* (Modul 7) sollte ein solcher geplant und als kontrolliertes Ereignis durchgeführt werden. Das Ziel war es, einen Rückfall zu provozieren, um realistische Erwartungen etablieren und aus Rückfällen lernen zu können, z.B. in welchen Situationen Heißhungerattacken entstehen und wie sie zu beenden sind, oder wie Gegenmaßnahmen (Erbrechen) vermieden oder zumindest hinausgezögert werden können.

Am Ende jedes Schrittes muss die Teilnehmerin eine Zusammenfassung des vorherigen Schrittes beantworten, um Zugriff zum nächsten erlangen zu können. Der Coach kann mit seinem Passwort die Antworten der Patientinnen zu den Arbeitsaufgaben, zu den Zusammenfassungen des Esstagebuchs sowie zu allen Schritten in Form von Tabellen und Diagrammen einsehen und sich Kopien als archivierte Dateien anlegen. Der Zugang zum Programm wird der Patientin nach Aktivierung für die Dauer von höchstens 7 Monaten zur Verfügung gestellt.

Das Selbsthilfebuch „Die Bulimie besiegen“.

In Form der Bibliothherapie „Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm“ (Schmidt & Treasure, 2000) werden den Patientinnen, ähnlich wie im Internetprogramm, konkrete Handlungsanweisungen und psychoedukative Informationen vermittelt, um das gestörte Essverhalten in den Griff bekommen zu können. Das Buch enthält alle wesentlichen Informationen, die Patienten üblicherweise in den kognitiv-verhaltenstherapeutischen Einzelsitzungen erfahren. Anhand einiger Fallbeispiele zeigt das Buch, dass ähnliche Probleme häufiger verbreitet sind als viele Menschen glauben.

Der Inhalt des Buches gliedert sich in 15 Kapitel, wobei die Reihenfolge und Intensität der Bearbeitung den Patientinnen in dieser Studie eigenständig überlassen wird. Die durchschnittliche Bearbeitungsdauer sollte aber den Zeitraum von 4 Monaten nicht unterschreiten, um erstens, die Biblio- mit der Internettherapie vergleichen zu können und zweitens, einen langfristigen Behandlungseffekt gewährleisten zu können.

Die erste Hälfte des Buches befasst sich mit den notwendigen Schritten um problematische Essgewohnheiten aufzugeben, die Motivation zu stärken und beinhaltet Strategien zur Rückfallprophylaxe. Die zweite Hälfte des Buches konzentriert sich auf Zusammenhänge zwischen der Essstörung und anderen Bereichen des Lebens (berufliche, gesellschaftliche partnerschaftliche oder familiäre Einflüsse, Alkohol- und Medikamentenmissbrauch, selbstzerstörerische Verhaltens- und Denkmuster etc.) und schlägt alternative Problemlösungsstrategien vor.

Im Selbsthilfeprogramm der Bibliotherapie verläuft der Kontakt zum Coach ähnlich wie im Internetprogramm- die wöchentlichen E-Mailkontakte erfolgen in der Bibliotherapie über eine zuvor von den Patientinnen selbst eingerichtete, kostenfreie anonyme Webmail- Adresse.

Der wesentliche Unterschied der Biblio- zur Internettherapie besteht neben der manualisierten Form vor allem darin, dass es für den Coach hier nicht ersichtlich ist, welche Übungen von den Patientinnen gemacht worden sind oder bei welchem Kapitel sie sich befinden. Die Patientinnen die an der Bibliotherapie teilnehmen, haben aber den Vorteil, dass sie mit dem Selbsthilfebuch ein Arbeitsmaterial an der Hand haben, das auch über das Therapieende hinaus griffbereit bleibt und nur bei einem frühzeitigen Therapieausstieg dem Coach zurückgegeben werden muss.

Die Tabelle 4 gibt einen Überblick über die Unterschiede der gestützten Internet- und Bibliotherapie.

Tabelle 4

Unterschiede der Internet- und Bibliotherapie

Internettherapie „SALUT BN“	Bibliotherapie „Die Bulimie besiegen“
- Der Zugang zum Programm ist zeitbegrenzt und endet nach 7 Monaten automatisch - Der Coach kann die Übungen der Patientinnen zu den Arbeitsaufgaben, die Zusammenfassungen des Esstagebuchs, die Verlaufsgrafik zur Essstörungssymptomatik und Komorbidität etc. in Form von Tabellen und Diagrammen einsehen und unmittelbares Feedback geben - Jedes Modul bzw. jede Übung muss vollständig bearbeitet werden um zum nächsten übergehen zu können und die vorgegebene Reihenfolge der einzelnen Module bzw. Übungen ist einzuhalten - Anhand von Grafiken können die Patientinnen die erfolgten Veränderungen ihres Essverhalten (Mahlzeiten, Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen) unmittelbar und anschaulich beobachten	- Die Patientinnen können das Selbsthilfebuch auch über das Therapieende hinaus behalten - für den Coach ist nicht ersichtlich, welche Übungen gemacht wurden und bei welchem Kapitel sich die Patientinnen befinden. - Den Patientinnen bleibt der Wunsch freigestellt, ihre Übungen in schriftlicher Form an den Coach zu schicken - Die Patientinnen können das Buch in ihrer gewünschten Reihenfolge bearbeiten und zwischen den einzelnen Kapiteln vor und zurück „springen“

Die Operationalisierung dieser Studie konnte durch den Einsatz von bestimmten Erhebungsinstrumente zu Beginn (Prä-Evaluation T0), zur Mitte (Evaluation T1) und zum Ende (Evaluation T2) der Internet- bzw. Bibliotherapie durchgeführt werden- diese werden im folgenden Kapitel erläutert.

9.3. Darstellung der Messinstrumente

9.3.1. Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER)

Der *Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER; Hasler, Klaghofer & Buddeberg, 2003)* ist die deutsche Version der *University of Rhode Island Change Assessment Scale (URICA; McConaughy, Prochaska & Velicer, 1983)*, die zur Untersuchung der Behandlungsmotivation von Patientinnen mit Essstörungen entwickelt worden ist.

Der FEVER, der auf dem Transtheoretischen Modell (Prochaska & Norcross, 1999) basiert, ist ein Instrument zur Erfassung der temporal-motivationalen Dimension des Veränderungsprozesses. Der Fragebogen eignet sich besonders gut, die Therapiemotivation bei komplexem Problemverhalten zu messen, da er individuelle Scores für jede untersuchte Person hinsichtlich jeder Veränderungsphase *Precontemplation, Contemplation, Action* und *Maintenance* liefert, anstatt Personen kategorial den Phasen zuzuordnen. Für die Einteilung von Personen in eine einzige Phase ist der FEVER aber nicht geeignet, da die Werte der einzelnen Phasen-Scores nicht vergleichbar sind (Prochaska & DiClemente, 1992).

Der Fragebogen besteht aus 32 Items (je 8 Items für die Phasen Precontemplation, Contemplation, Action und Maintenance). Jedes Item kann auf einer fünfstufigen Likert-Skala mit (1) „trifft überhaupt nicht zu“, (2) „trifft eher nicht zu“, (3) „weiß nicht“, (4) „trifft eher zu“, (5) oder „trifft sehr zu“ beurteilt werden. Die Patientin gibt zu jeder Aussage an, in welcher Ausprägung diese „Jetzt“ für sie zutrifft. Jede Aussage beschreibt, wie sich eine Person bezüglich eines bestimmten „Problems“ fühlt und ob sie bereit ist, dieses zu verändern. Das Problem bezieht sich nicht speziell auf die Veränderung der Essanfälle und Gewichtskontrollpraktiken, sondern auf die allgemeine Motivation zur Überwindung bei Problemen (z.B. Therapiemotivation). Da es in der täglichen Praxis eher selten vorkommt, dass Patienten in gesundem Zustand zur Rückfallverhütung eine Behandlung aufsuchen,

wurden die 8 Items der Phase Maintenance weggelassen und das Instrument auf 24 Items reduziert (Ward et al., 1996).

Die Testung des FEVER an einer Stichprobe von 129 Patientinnen mit Essstörungen (Hasler, Klaghofer & Buddeberg, 2003) ergab eine faktorielle Struktur, die dem Original URICA entsprach. Die Faktorstruktur des FEVER wurde mit einer Hauptkomponentenanalyse und anschließender $V_{\max}$ -Rotation geprüft. Die drei Faktoren Precontemplation, Contemplation und Action konnten mit der ursprünglichen Itemzuteilung rekonstruiert werden und liefern Werte auf einer Skala von 1 bis 5. Die erklärte Gesamtvarianz der drei Faktoren erwies sich in der Studie von Hasler et al. (2003) als ausreichend hoch (48%). Hohe Mittelwerte der Phasen Contemplation und Action bedeuten eine Zunahme der Veränderungsmotivation und dass die Patientin beabsichtigt etwas zu verändern (Contemplation) sowie dafür eine Handlung setzt (Action). Die Mittelwerte der Action- und Contemplation- Skalen waren durchgängig hoch, während die Mittelwerte der Precontemplation- Skala niedrig waren (Action- Skala: $M = 4.09$, $SD = 0.67$; Contemplation- Skala: $M = 4.37$, $SD = 0.61$; Precontemplation- Skala: $M = 1.61$, $SD = 0.66$). Die innere Konsistenz der einzelnen Skalen war gut oder sehr gut (Cronbachs α von 0.72 bis 0.86) und die Kennwerte der Skalen mit denjenigen des Originals URICA vergleichbar. Selbstzuweiser zeigten signifikant höhere Action- Scores und tiefere Precontemplation- Scores im Vergleich zu fremd zugewiesenen Patienten, was ein Hinweis auf die konkordante Validität war. Die prädiktive Validität war dadurch gegeben, dass der Action- Score mit den Veränderungsprozessen *Verhaltensmodifikation* und *emotionale Involviertheit*, der Contemplation- Score mit dem *Weiterführen der Therapie* und der Precontemplation- Score mit dem *Abbruch der Therapie* signifikant korrelierte.

9.3.2. *Bulimia nervosa stages of change questionnaire (BNSOCQ)*

Der *Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire (BNSOCQ)*; Martinez et al., 2007) kann speziell bei Betroffenen mit einer Bulimia nervosa eingesetzt werden und ist die Modifikation des *Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ)*; Rieger, Touyz & Beumont, 2002), einem reliablen und validen Selbsteinschätzungsfragebogen zur Einschätzung der Veränderungsbereitschaft bei Anorexia nervosa,

Die Struktur des BNSOCQ basiert auf dem Transtheoretischen Modell (Prochaska & DiClemente, 1982) und dient der Einschätzung, ob sich ein Patient bezüglich seiner

essstörungsspezifischen Motivation in den fünf Veränderungsphasen *Precontemplation*, *Contemplation*, *Preparation*, *Action* oder *Maintenance* befindet. Das Verfahren wurde bislang nur an Jugendlichen zwischen 14 und 18 Jahren überprüft (Martinez et al., 2007) und kommt in dieser Diplomarbeit neben Adoleszenten erstmals bei Erwachsenen zum Einsatz.

Der BNSOCQ besteht aus 20 Items mit jeweils fünf unterschiedlichen Aussagen und wird zu allen drei Messzeitpunkten vorgegeben. Die 20 Items beziehen sich auf die eigenen Anforderungen bezüglich der Beurteilung des Gewichts und der Figur, der Essgewohnheiten (Vermeidung hochkalorischer Nahrungsmittel, tägliche Mahlzeiten), der Essanfälle und der Strategien zur Gewichtskontrolle (Einschränken von Mahlzeiten, Sport, Erbrechen, Abführmittel). Die Patientin kreuzt jene Aussage an, die ihre aktuelle Einstellung oder ihr aktuelles Verhalten am besten beschreibt. Die fünf Aussagen zu jedem der 20 Items sind in die fünf Veränderungsphasen des TTM unterteilt: Aussage 1 (*Precontemplation*) bis Aussage 5 (*Maintenance*). Die getrennte Einschätzung von Essanfällen und kompensatorischem Verhalten erhöht die Nützlichkeit des Instruments, die Motivation bei Patientinnen zur Änderung der Bulimie zu evaluieren. Ein hoher Gesamtscore der Items bedeutet, dass die Patientin eine hohe Motivation zur Veränderung des bulimischen Verhaltens zeigt, während ein niedriger Gesamtscore auf eine geringe Motivation zur Veränderung hinweist.

Die erste teststatistische Überprüfung des BNSOCQ erfolgte an einer Stichprobe von 30 jugendlichen Patientinnen mit der Diagnose einer Bulimia nervosa (Martinez et al., 2007) und ergab eine sehr gute interne Konsistenz (*Cronbach's $\alpha = 0.94$*) sowie einwöchige Test-Retest-Reliabilität (*Pearson's $r = 0.93$*)- ähnlich der Fragebogenversion für anorektische Patientinnen. Die Aufteilung der Stichprobe in die verschiedenen Veränderungsphasen ergab 3% in *Precontemplation*, 40% in *Contemplation*, 27% in *Preparation*, 23% in *Action* und 7% in *Maintenance*. Mittel bis hoch signifikante negative Korrelationen (*Pearson's r* von *-0.51* bis *-0.84*) des BNSOCQ mit anderen essstörungsbezogenen Verfahren wie etwa dem *Eating Disorders Inventory (EDI-2*; Garner, 1991; zitiert nach Martinez et al, 2007) sprechen für eine gute konvergente Validität.

9.3.3. Questionnaire anamnestique pour les troubles alimentaires (QATA)

Der *Questionnaire anamnestique pour les troubles alimentaires (QATA)* (Carrard et al., 2006) ist ein Selbstbeurteilungsbogen, der zur Anamneseerhebung bei Essstörungen eingesetzt und in folgende Segmente aufgeteilt wird: *sozioökonomische Daten*, Angaben zur *essstörungsspezifischen Psychopathologie* (Gewichtsangaben und symptomatisches Essverhalten), zu *vorangegangenen Behandlungen* sowie zur *subjektiven Einschätzung der Selbsthilfemethoden und E-Mailkontakte* zum Coach. Der Fragebogen wurde für diese Studie am AKH Wien in die deutsche Sprache übersetzt und in seiner Vorgabeform an die beiden Behandlungsgruppen der Internet- und Bibliothherapie adaptiert. Die Angaben zur subjektiven Einschätzung der Selbsthilfemethoden konnten somit voneinander abgegrenzt und getrennt ausgewertet werden.

Die Fragen zur Häufigkeit des Auftretens der bulimischen Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen) beziehen sich auf die Frequenz des wöchentlichen Durchschnitts im vergangenen Monat, im zweiten letzten Monat und im dritten letzten Monat zu Beginn der Selbsthilfe und wurden den Patientinnen zu allen drei Evaluationszeitpunkten gestellt.

Die subjektive Einschätzung der Selbsthilfeprogramme und E-Mailkontakte erfolgte im Anschluss an die Therapie und konnte anhand der numerischen Antwortkategorien von 0 bis 6 ausgewertet werden, wobei 0 = „Nicht nützlich“, 3 = „Mittelmäßig nützlich“ und 6 = „Sehr nützlich“ bedeutet.

Die in dieser Studie zur Verwendung gekommenen Fragebögen wurden zu den drei Messzeitpunkten (Beginn, Mitte und Ende der Therapie) vorgegeben (s. Abbildung 5).

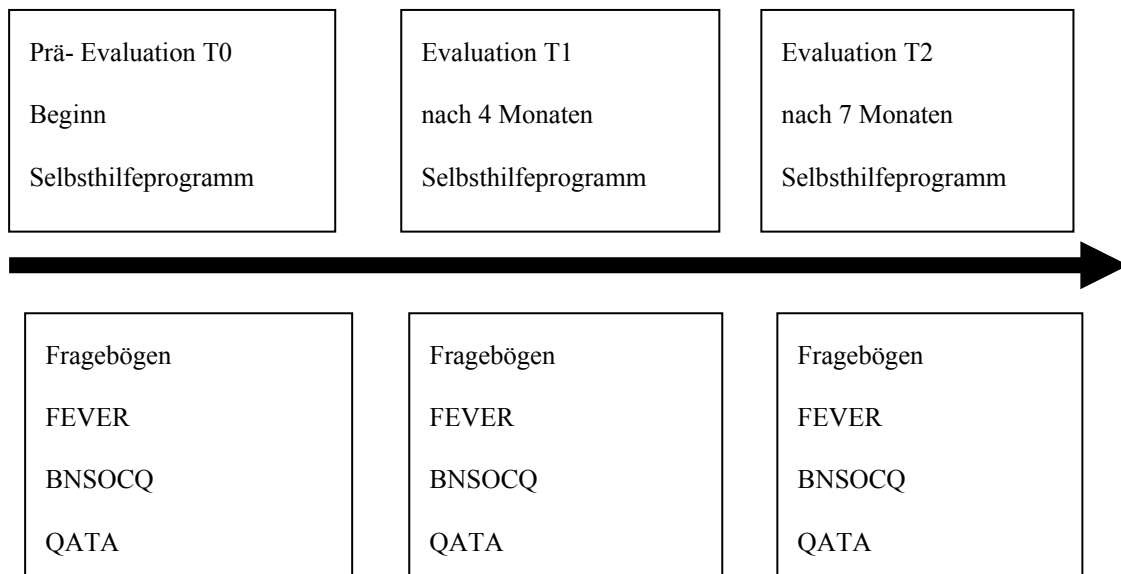


Abbildung 5: Einsatz der Erhebungsinstrumente zu den drei Messzeitpunkten

9.4. Statistische Datenanalyse

Im Rahmen der Hauptanalyse (Veränderung zu den drei Messzeitpunkten) wurde eine *univariate Varianzanalyse mit Messwiederholungen* durchgeführt.

Zur Feststellung möglicher Gruppenunterschiede bezüglich der demografischen Daten und zur Klärung der Frage, ob eventuelle Unterschiede in den zwei Selbsthilfegruppen zufällig oder überzufällig schwanken, wurde der *t-Test für unabhängige Stichproben* sowie bei fehlender Normalverteilung der *U-Test nach Mann und Whitney* eingesetzt. Die Zusammenhänge zwischen nichtmetrischen Variablen wurden in Form einer *Kreuztabelle* dargestellt und mit dem *Chi-Quadrat-Test* auf Signifikanz überprüft.

Als Signifikanzniveau wurde $\alpha = 5\%$ für alle Fragestellungen gewählt.

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Statistikprogramm *SPSS* (Version 15.0).

10 ERGEBNISSE

10.1. Stichprobenbeschreibung: Basisdiagnostik

Von den ins Programm aufgenommenen Patientinnen erfüllten 90% zum Zeitpunkt der Basisdiagnostik die DSM-IV Kriterien für eine Bulimia nervosa. Die restlichen 10% zeigten diagnostische Kriterien einer Nicht näher bezeichneten Essstörung, wobei die Essanfälle und das Erbrechen weniger als zweimal pro Woche über einen Zeitraum von weniger als 3 Monaten aufgetreten sind; diese Patientinnen wurden mit in die Analysen aufgenommen.

Alle an der gestützten Selbsthilfe teilnehmenden Patientinnen zeigten zur Basisdiagnostik Essanfälle, die mindestens zweimal pro Woche in den vergangenen 3 Monaten aufgetreten waren, 98% induzierten regelmäßig mindestens zweimal pro Woche Erbrechen und 2% nahmen regelmäßig Laxantien zur Gewichtskontrolle ein.

Die genauen Werte zu den soziodemografischen Angaben der Basisdiagnostik, aufgeteilt nach den Gruppen der Internet (INT)- und Bibliothherapie (BIB), sind in Tabelle 5 zusammengefasst und werden in weiterer Folge beschrieben.

Tabelle 5

Stichprobenbeschreibung zum Zeitpunkt der Basisdiagnostik (Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse t-Tests für unabhängige Stichproben)

Variable	INT (n=70) M (SD)	BIB (n=56) M (SD)	t-Wert	df	p
Alter in Jahren(J) ^a	24.17 (4.46)	25.02 (3.84)	-1.126	124	0.262
Alter bei Beginn der BN (J) ^a	17.29 (3.55)	17.40 (2.99)	-0.194	120	0.846
Dauer der BN (J) ^a	8.21 (5.19)	8.82 (4.61)	-0.678	124	0.499
BMI (kg/m ²) ^a	20.61 (2.12)	20.72 (2.91)	-0.251	123	0.803
Essanfälle ^a	32.46 (36.41)	33.44 (36.39)	-0.148	120	0.883
Erbrechen ^a	49.17 (76.14)	34.21(38.00)	1.301	120	0.196
Allg. Mo b	3.20 (0.28)	3.23 (0.21)	-0.693	110	0.490
Essst. Mo c	51.85 (11.25)	51.20 (9.81)	0.332	120	0.741

Anmerkungen. Bei den aufgeführten Werten handelt es sich um Skalenwerte aus dem Fragebogen *QATA*^a, *FEVER*^b (allgemeine Veränderungsmotivation), und *BNSOCQ*^c (essstörungsspezifische Veränderungsmotivation)

Alter

Das *aktuelle Alter* der Teilnehmerinnen war in beiden Selbsthilfegruppen zwischen 16 und 35 Jahren ($M_{INT} = 24.17$, $M_{BIB} = 25.02$) sowie das *Alter zu Beginn der Essstörung* zwischen 9 und 31 Jahren ($M_{INT} = 17.29$, $M_{BIB} = 17.40$)

Die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie zeigten keinen signifikanten Unterschied hinsichtlich ihres aktuellen Alters ($p = 0.262$) bzw. Ersterkrankungsalters ($p = 0.846$).

Erkrankungsdauer

Die Erkrankungsdauer an Bulimie war bei den Patientinnen in beiden Selbsthilfegruppen nahezu gleich verteilt- zwischen aktuellem Ausbruch (weniger als 1 Jahr) und 19 Jahren ($M = 8.21$) in der Gruppe INT sowie zwischen 2 und 21 Jahren ($M = 8.82$) in der Gruppe BIB.

Die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie unterschieden sich nicht signifikant bezüglich ihrer Erkrankungsdauer ($p = 0.499$).

Körpergewicht

Als Maßeinheit für das Körpergewicht wurde der Body-Maß-Index (BMI) in kg/m^2 berechnet. Der BMI der Patientinnen war in beiden Behandlungsgruppen nahezu gleich verteilt zwischen 17.5 und 26.2 in der Gruppe INT ($M = 20.61$) sowie zwischen 17.9 und 37.3 in der Gruppe BIB ($M = 20.72$).

Die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie zeigten keinen signifikanten Unterschied in ihrem BMI ($p = 0.803$).

Bulimische Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen)

Die Patientinnen der Gruppe INT zeigten im vergangenen Monat (vergangene 28 Tage) zu Behandlungsbeginn im Schnitt 32 Essanfälle ($M = 32.46$); die Teilnehmerinnen der Gruppe BIB durchschnittlich 33 Essattacken ($M = 33.44$).

Die Häufigkeit des Erbrechens war in den vergangenen 28 Tagen zu Behandlungsbeginn bei den Patientinnen in Gruppe INT mit 49 Brechanfällen ($M = 49.17$) höher als in Gruppe BIB mit 34 Anfällen ($M = 34.21$).

Die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie zeigten statistisch gesehen keinen Unterschied hinsichtlich ihrer Essanfälle ($p = 0.883$) bzw. ihres Erbrechens ($p = 0.196$).

Veränderungsmotivation (allgemeine und essstörungsspezifische)

Zur Berechnung der *allgemeinen* Veränderungsmotivation (Therapiemotivation) wurde der Fragebogen *FEVER* herangezogen, dessen Faktorstruktur aus drei Faktoren besteht (Hasler et al., 2003). Jedes Item kann auf einer fünfstufigen Likert- Skala mit der Beurteilung (1) „trifft überhaupt nicht zu“, (2) „trifft eher nicht zu“, (3) „weiß nicht“, (4) „trifft eher zu“, (5) oder „trifft sehr zu“ den Faktoren zugeordnet werden. Der theoretischen Konzeption des TTM (Prochaska & Norcross, 1999) entsprechend, stellt der erste Faktor die Phase *Action*, der zweite die *Contemplation* und der dritte Faktor die Phase *Precontemplation* dar.

Die allgemeine Veränderungsmotivation war bei allen teilnehmenden Patientinnen zu Behandlungsbeginn hoch, da die Mittelwerte in den Phasen Contemplation (Absichtsbildung) und Action (Handlung) hoch sowie in der Phase Precontemplation (Absichtslosigkeit) niedrig waren (s. Tabelle 6).

Tabelle 6

*Veränderungsphasen der allgemeinen Motivation
(Mittelwerte und Standardabweichungen)*

Phasen	INT (n=70)	BIB (n=56)
	M (SD)	M (SD)
Precontemplation ^b	1.40 (0.50)	1.38 (0.56)
Contemplation ^b	4.44 (0.46)	4.49 (0.55)
Action ^b	3.75 (0.53)	3.84 (0.45)

Anmerkungen. Bei den aufgeführten Werten handelt es sich um Skalenwerte aus dem Fragebogen *FEVER*^b (allgemeine Veränderungsmotivation)

Gemäß der Häufigkeitsverteilung der Skalenmittelwerte Precontemplation, Contemplation und Action befanden sich zur Basisdiagnostik 96% der INT- und 89% der BIB-Teilnehmerinnen in der Phase *Contemplation* (Absichtsbildung), in der ihnen ihr Problemverhalten bewusst war und sie eine Absicht zur Veränderung ihres gestörten Essverhaltens zeigten (Prochaska & DiClemente, 1982)

Die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie unterschieden sich zur Basisdiagnostik nicht signifikant bezüglich ihrer allgemeinen Veränderungsmotivation ($p = 0.490$).

Zur Basisdiagnostik wurde neben der allgemeinen auch die *essstörungsspezifische* Veränderungsmotivation (speziell bei Bulimie) untersucht. Ein hoher Gesamtscore der Items bedeutet, dass die Patientin eine hohe Motivation zur Veränderung des bulimischen Verhaltens zeigt, während ein niedriger Gesamtscore auf eine geringe Motivation zur Veränderung hinweist.

Den Skalenmittelwerten (INT: $M = 2.59$, $SD = 0.56$; BIB: $M = 2.56$, $SD = 0.49$) zufolge, befanden sich alle INT-Patientinnen sowie 74% der BIB-Patientinnen zur Basisdiagnostik im Veränderungsstadium Preparation (Vorbereitung), in dem sie für die kommenden Monate essstörungsspezifische Behandlungsmaßnahmen planten und motiviert waren, etwas an ihrem gestörten Essverhalten zu verändern.

Die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie unterschieden sich zur Basisdiagnostik nicht signifikant hinsichtlich ihrer essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation ($p = 0.741$).

Zwischen den Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie gab es in Bezug auf die Untersuchungsvariablen *Alter*, *Essstörungsdauer*, *BMI*, *bulimische Primärsymptomatik* und *Veränderungsmotivation* in dieser Untersuchung keine Unterschiede- somit wurden diese Variablen als Kovariaten auch nicht weiter in die Analysen des Behandlungseffekts miteinbezogen.

10.2. Behandlungseffekt: Bulimische Primärsymptomatik

Anhand der *univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholungen* konnte die Frage geklärt werden, ob im Laufe der drei Messzeitpunkte (Beginn, Mitte, Ende der Therapie) zwischen den Selbsthilfegruppen signifikante Veränderungen in der bulimischen Primärsymptomatik aufgetreten sind.

Die Verteilungen der Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen sind in Tabelle 7 ersichtlich. Den Kriterien einer Bulimie- Diagnose entsprechend, wurde die durchschnittliche Frequenz der Essanfälle bzw. des Erbrechens pro Woche über die Dauer der letzten 3 Monate zu allen drei Messzeitpunkten berechnet. Beide Selbsthilfegruppen INT und BIB zeigten über den Therapieverlauf eine durchschnittliche Symptomremission um vier Essanfälle.

Essanfälle

Die Teilnehmerinnen der Internettherapie (INT) haben von Therapiebeginn (T0) bis zum Messzeitpunkt nach 4 Monaten (T1) um durchschnittlich zwei Essanfälle ($M = -2.22$, $SD = 9.82$) abgenommen, von T0 bis zum Messzeitpunkt nach 7 Monaten (T2) konnten sie im Schnitt vier Essanfälle ($M = -4.26$, $SD = 7.38$) reduzieren.

Die Patientinnen der Bibliothherapie (BIB) haben von T0 bis zum Zeitpunkt T1 um durchschnittlich drei Essanfälle ($M = -3.37$, $SD = 5.82$) abgenommen, von T0 bis zum Messzeitpunkt T2 konnten sie im Schnitt vier Essanfälle ($M = -4.04$, $SD = 6.10$) reduzieren.

Tabelle 7

Behandlungseffekte der bulimischen Primärsymptomatik in der Internettherapie (INT) und Bibliothherapie (BIB) über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2)- Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen

Variable	Gruppe (n)	T0 M (SD)	T1 M (SD)	T2 M (SD)	Effekt	F	df ₁	df ₂	p	η ²
Essanfälle ^a	INT (n=43)	8.57(8.76)	6.26(7.82)	4.31(5.53)	Zeit	17.506	2	77	0.000	0.313
	BIB (n=37)	8.58(10.35)	5.11(7.88)	4.55(9.91)	Gruppe x Zeit	0.766	2	77	0.468	0.020
Erbrechen ^a	INT (n=43)	15.02(25.6)	6.83(9.66)	5.27(8.25)	Zeit	7.401	2	77	0.001	0.161
	BIB (n=37)	9.79 (11.54)	5.49(8.19)	4.65(9.95)	Gruppe n x Zeit	0.702	2	77	0.499	0.018

Anmerkungen ^awöchentlicher Durchschnitt der vergangenen 3 Monate (QATA- Skalenwerte); η² (= Eta-Quadrat) bezeichnet die Effektstärke und wird berechnet, um abschätzen zu können wie „stark“ ein Faktor oder eine Faktorkombination auf die abhängige Variable wirkt (Cohen, 1988). Eta-Quadrat beschreibt den durch diesen Faktor aufgeklärten Varianzanteil an der Gesamtvarianz ($\eta^2 = QS_{\text{treat}}/QS_{\text{total}}$)

Im statistischen Ergebnis (s. Tabelle 7) hat die Häufigkeit der **Essanfälle** bei den Patientinnen der Internet- und Bibliotherapie über den gesamten Therapiezeitraum **signifikant abgenommen** ($p = 0.000$), wobei sich in Gruppe INT über die gesamte Zeit eine kontinuierliche Abnahme gezeigt hat (s. Abbildung 6); zwischen den Gruppen der Internet- und Bibliotherapie konnte bezüglich einer Symptomremission der Essanfälle kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden ($p = 0.468$).

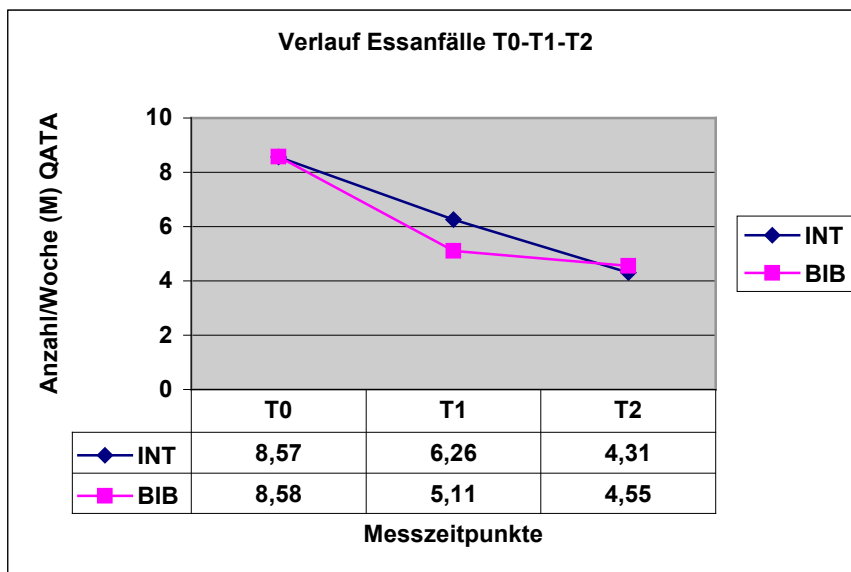


Abbildung 6: *Verlauf der Essanfälle über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB*

Zur Bestimmung der Effektgröße für den Signifikanztest der Varianzanalyse wurde die Klassifikation von Cohen (1988) herangezogen, die in der Empirie weitgehend akzeptiert ist:

- ▶ $\eta^2 = 0.10$ „kleiner Effekt“
- ▶ $\eta^2 = 0.25$ „mittlerer Effekt“
- ▶ $\eta^2 = 0.40$ „großer Effekt“

Betrachtet man den Behandlungseffekt Remission der Essanfälle über die Zeit (Messwiederholungsfaktor T0-T1-T2) konnte von einem mittleren Effekt ausgegangen werden ($\eta^2 = 0.313$); die Interaktion mit der Gruppe zeigte keinen Effekt ($\eta^2 = 0.020$)-gruppenspezifische Veränderungen (INT vs. BIB) waren somit nicht gegeben.

Erbrechen

Das Erbrechen trat bei den Patientinnen der Internettherapie zu Beginn der Therapie (T0) häufiger auf als bei jenen der Bibliotherapie (15 Anfälle in Gruppe INT vs. 10 Anfälle in Gruppe BIB), nahm dann bei den Internet- Patientinnen bis zur Therapiehälfte (T1) stärker ab (INT: $M = -7.34$, $SD = 20.89$; BIB: $M = -4.23$, $SD = 7.40$).

Die Teilnehmerinnen der Internettherapie konnten das induzierte Erbrechen über den gesamten Therapiezeitraum T0-T2 um ca. 10 Anfälle ($M = -9.75$, $SD = 23.26$) reduzieren, durch die Bibliotherapie zeigte sich eine Verbesserung um ca. fünf Anfälle ($M = -5.14$, $SD = 7.54$). Auf den ersten Blick sieht man beachtliche Unterschiede in der Häufigkeit des Erbrechens zur Basisdiagnostik (s. Abbildung 7). Die Internettherapie führt innerhalb der ersten vier Therapiemonate (T0-T1) zu einer stärkeren Abnahme des Erbrechens bei den bulimischen Patientinnen als die Bibliotherapie. Es gilt zu überprüfen, ob die Internettherapie auf die Symptomveränderung des Erbrechens bulimischer Patientinnen eine bessere Wirkung erzielt als die Bibliotherapie.

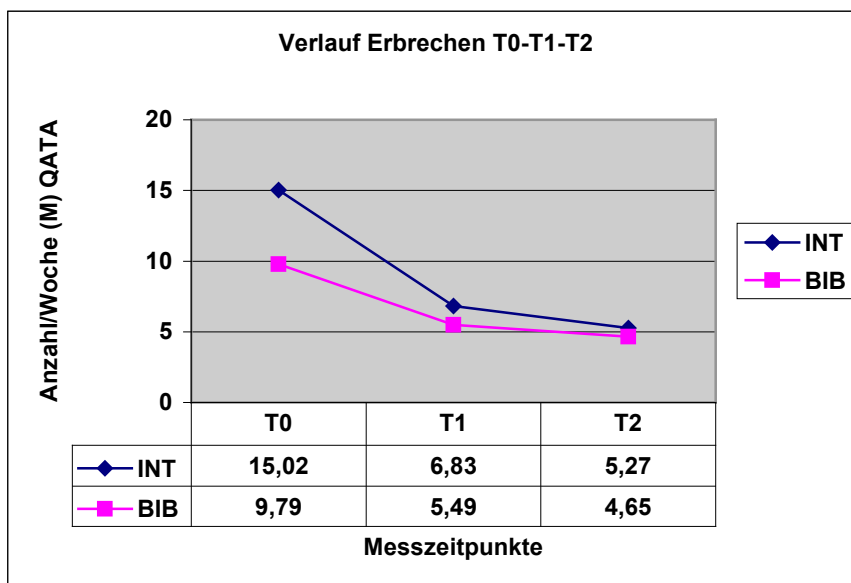


Abbildung 7: Verlauf des Erbrechens über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB

Neben den Essanfällen zeigte sich auch in der Häufigkeit des **Erbrechens** (s. Tabelle 7) bei den Patientinnen der Internet- und Bibliotherapie im Verlauf der Therapie eine **signifikante Abnahme** ($p = 0.001$); zwischen den Gruppen der Internet- und Bibliotherapie konnte in der Symptomremission des Erbrechens aber kein signifikanter Unterschied nachgewiesen werden ($p = 0.499$).

Betrachtet man den Behandlungseffekt Remission des Erbrechens über die Zeit (Messwiederholungsfaktor T0-T1-T2) konnte von einem kleinen Effekt ausgegangen werden ($\eta^2 = 0.161$); die Interaktion mit der Gruppe zeigte keinen Effekt ($\eta^2 = 0.018$)-gruppenspezifische Veränderungen (INT vs. BIB) waren somit nicht gegeben.

Symptombfreiheit nach der Therapie

Im Zusammenhang mit der Verbesserung des Ess-Brechverhaltens interessiert auch, wie viele Patientinnen nach der Therapie völlig symptomfrei waren bzw. eine Restsymptomatik zeigten oder weiterhin die Diagnosekriterien für eine Bulimie erfüllten.

Der Patientengruppe *Symptomabstinenz* gehörten jene Patientinnen an, die nach der Therapie über die Dauer von zumindest 28 Tagen keine Essanfälle *und* kein Erbrechen hatten, d.h. vollständig gesund waren.

Der Patientengruppe *Symptomremission* gehörten jene Patientinnen an, die nach der Therapie über die Dauer von zumindest 28 Tagen entweder ihre Essanfälle *oder* ihr Erbrechen reduzieren konnten, sodass sie die Diagnosekriterien für eine Bulimia nervosa (Essanfälle bzw. Erbrechen mindestens zweimal pro Woche) nicht mehr erfüllten.

Der Patientengruppe *Symptomerkrankung* gehörten jene Patientinnen an, deren Essanfälle *und* Erbrechen nach der Therapie für die Dauer von zumindest 28 Tagen in ihrer Häufigkeit weiterhin die Diagnosekriterien für eine Bulimie erfüllten.

In den 28 Tagen im Anschluss an die Therapie waren 19% aller Patientinnen hinsichtlich ihrer bulimischen Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen) gesund, weitere 40 % konnten ihre bulimischen Anfälle auf eine Restsymptomatik reduzieren. Die restlichen 41% erfüllten hinsichtlich ihrer Ess- und Brechanfälle nach der Selbsthilfeintervention weiterhin die Kriterien für eine Bulimie- Diagnose.

Betrachtet man den Prozentsatz der Patientinnen mit Symptomabstinenz getrennt nach den Selbsthilfegruppen (s. Tabelle 8), zeigt sich, dass 19% der Gruppe INT und 19% der Gruppe

BIB keine Ess- und Brechanfälle mehr hatten; 37% der Teilnehmerinnen der Gruppe INT und 43% der Gruppe BIB zeigten eine Symptomremission und 44% der Gruppe INT sowie 38% der Gruppe BIB erfüllten nach der Therapie weiterhin die Diagnosekriterien der Bulimie.

Tabelle 8

Anzahl der symptomabstinenten, symptomremittierten und weiterhin an Bulimie erkrankten Patientinnen in den Selbsthilfegruppen INT und BIB (in Prozent) zu Therapieende (T2)

Symptomatik nach T2	INT (n=43) n (%)	BIB (n=37) n (%)
Symptomabstinenz	8 (19)	7 (19)
Symptomremission	16 (37)	16 (43)
Symptomerkrankung	19 (44)	14 (38)

Statistisch gesehen war in der Analyse des *Chi-Quadrat-Tests* kein signifikanter Unterschied ($\chi^2 = 0.376$, $df = 2$, $p = 0.828$) zwischen den Selbsthilfegruppen INT und BIB in Bezug auf eine Symptomabstinenz,-remission oder -erkrankung zum Therapieende nachweisbar.

Veränderung des Körpergewichts während der Therapie

Durch die Symptomverbesserung und folgende Normalisierung des Essverhaltens konnte angenommen werden, dass sich auch das Körpergewicht der Patientinnen im Laufe der Therapie stabilisiert hat.

In der Analyse des Körpergewichts zum Zeitpunkt der Aufnahme, der Therapiemitte und des Therapieendes ergaben sich bei den Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie nur geringe Schwankungen. Alle an der Selbsthilfestudie teilgenommenen Patientinnen zeigten über den Therapiezeitraum einen BMI ≈ 21 .

Anhand der *univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholungen* konnte geklärt werden, ob im Laufe der drei Messzeitpunkte (Beginn, Mitte, Ende der Therapie) zwischen den Selbsthilfegruppen statistisch signifikante Veränderungen im Körpergewicht aufgetreten sind.

Die Verteilungen der Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen sind in Tabelle 9 ersichtlich.

Tabelle 9

Behandlungseffekt auf das Körpergewicht in der Internettherapie (INT) und Bibliotherapie (BIB) über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2)- Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen

Variable	Gruppe (n)	T0 M (SD)	T1 M (SD)	T2 M (SD)	Effekt	F	df ₁	df ₂	p	η ²
BMI ^a	INT (n=44)	20.67(2.12)	21.00(2.35)	20.83(2.24)	Zeit	2.925	2	70	0.060	0.077
	BIB (n=29)	20.50(1.83)	20.64(1.92)	20.67(1.88)	Gruppe x Zeit	0.887	2	70	0.416	0.025

Anmerkungen ^a Skalenwert QATA

In der Analyse des Körpergewichts (BMI) zeigten die Patientinnen der Internet- und Bibliotherapie im Laufe der Zeit eine annähernd signifikante Veränderung ($p = 0.060$); die Behandlungsgruppen INT vs. BIB unterschieden sich hinsichtlich ihres BMI nicht ($p = 0.416$). Die Internet- bzw. Bibliotherapie zeigte nur einen sehr schwachen Effekt auf das Körpergewicht ($\eta^2 = 0.077$) sowie keinen Interaktionseffekt mit der Gruppe ($\eta^2 = 0.025$)-gruppenspezifische Veränderungen (INT vs. BIB) waren somit in Bezug auf das Körpergewicht nicht gegeben.

10.3. Behandlungseffekt: Veränderungsmotivation

Anhand der *univariaten Varianzanalyse mit Messwiederholungen* konnte auch die Frage geklärt werden, ob im Laufe der drei Messzeitpunkte (Beginn, Mitte, Ende der Therapie) zwischen den Selbsthilfegruppen signifikante Veränderungen in der allgemeinen bzw. essstörungsspezifischen Motivation aufgetreten sind. Die Verteilungen der Mittelwerte,

Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen sind in Tabelle 10 ersichtlich.

Nach der Verteilung der Mittelwerte zu Beginn der Therapie (s. Abbildung 8) war die *allgemeine Veränderungsmotivation* (Therapiemotivation) der Internet- und Bibliothherapie-Patientinnen gleich hoch, sank dann bei den Patientinnen der Bibliothherapie in den ersten vier Therapiemonaten stärker ab und stieg bis zum Ende der Therapie wieder auf das Ausgangsniveau an. Bei den Patientinnen der Internettherapie zeigte sich ein Anstieg in der allgemeinen Veränderungsmotivation ab der Therapiemitte.

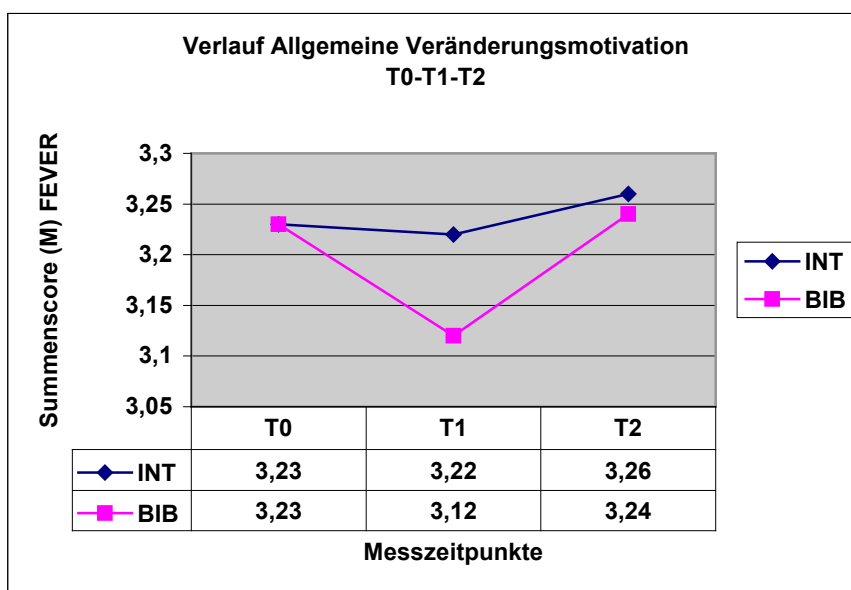


Abbildung 8: *Verlauf der allgemeinen Veränderungsmotivation über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB*

In der statistischen Auswertung der allgemeinen Veränderungsmotivation über den Verlauf der Therapie war weder der Einfluss des Zeit- Faktors signifikant ($p = 0.142$), noch die Interaktion Gruppe x Zeit ($p = 0.368$). Das bedeutet, dass sich die allgemeine Veränderungsmotivation im Laufe der Therapie weder bei den Patientinnen der Internet- noch der Bibliothherapie wesentlich verändert hat; weiters waren keine signifikanten gruppenspezifischen Unterschiede (INT vs. BIB) in Bezug auf die allgemeine Veränderungsmotivation nachweisbar.

Tabelle 10

Behandlungseffekt auf die Veränderungsmotivation in der Internettherapie (INT) und Bibliotherapie (BIB) über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2)- Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen

Variable	Gruppe (n)	T0 M (SD)	T1 M (SD)	T2 M (SD)	Effekt	F	df ₁	df ₂	p	η ²
Allgemeine Motivation ^a	INT (n=37)	3.23(0.30)	3.22(0.30)	3.26(0.27)	Zeit	2.015	2	60	0.142	0.063
	BIB (n=26)	3.23(0.15)	3.12(0.25)	3.24(0.31)	Gruppe x Zeit	1.017	2	60	0.368	0.033
Essstörungssp. Motivation ^b	INT (n=42)	2.58(0.55)	3.14(0.80)	3.40(0.79)	Zeit	66.694	2	2	0.000	0.666
	BIB (n=28)	2.57(0.50)	3.32(0.68)	3.54(0.78)	Gruppe x Zeit	0.905	67	67	0.409	0.026

Anmerkungen ^a Skalenwert *FEVER*, ^b Skalenwert *BNSOCQ*

Die Internet- und die Bibliotherapie zeigten beide einen sehr schwachen Behandlungseffekt auf die allgemeine Veränderungsmotivation ($\eta^2 = 0.063$) sowie keinen Interaktionseffekt mit der Gruppe ($\eta^2 = 0.033$) d.h. bezüglich der allgemeinen Motivation waren auch keine gruppenspezifische Veränderungen (INT vs. BIB) gegeben.

Gemäß der Mittelwertverteilung (s. Abbildung 9) war die *essstörungsspezifische Veränderungsmotivation* der Internet- und Bibliotherapie- Patientinnen zu Beginn der Therapie nahezu gleich hoch und stieg bis zum Ende der Therapie kontinuierlich an, wobei sich bei den Patientinnen der Bibliotherapie geringfügig ein stärkerer Motivationsanstieg gezeigt hat.

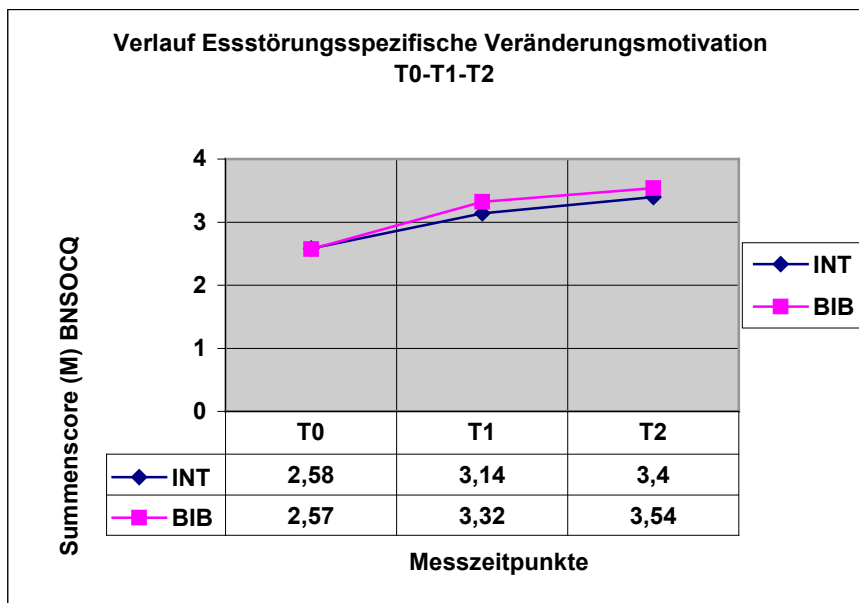


Abbildung 9: Verlauf der essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB

In der statistischen Auswertung der **essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation** über die Dauer der Therapie zeigte sich ein **signifikanter Einfluß des Zeitfaktors** ($p = 0.000$); die Interaktion Gruppe x Zeit war nicht signifikant ($p = 0.409$). Im Verlauf der Therapie zeigten die Patientinnen sowohl der Internet- als auch der Bibliotherapie signifikante Verbesserungen hinsichtlich ihrer essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation (Motivation speziell bei Bulimie); die Selbsthilfegruppen INT vs. BIB unterschieden sich bezüglich einer Veränderung in der essstörungsspezifischen Motivation aber nicht (s. Tabelle 10).

Betrachtet man den Behandlungseffekt auf die essstörungsspezifische Veränderungsmotivation über die Zeit (Messwiederholungsfaktor T0-T1-T2) konnte von einem **sehr großen Effekt** ausgegangen werden ($\eta^2 = 0.666$); die Interaktion mit der Gruppe zeigte keinen Effekt ($\eta^2 = 0.026$) d.h. gruppenspezifische Veränderungen (INT vs. BIB) waren in Bezug auf die essstörungsspezifische Motivation somit nicht gegeben.

Veränderungsphasen des TTM

In einem nächsten Schritt wurde untersucht, in welchem Veränderungsstadium des TTM (Prochaska & Norcross, 1999) sich die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie im Verlauf der Therapie befanden.

Allgemeine Motivation

Zur Berechnung des Veränderungsstadiums der *allgemeinen Motivation* (Therapiemotivation) zu den drei Messzeitpunkten wurde erneut der Fragebogen FEVER herangezogen, dessen Faktorstruktur aus drei Faktoren besteht: *Action*, *Contemplation* und *Precontemplation* (Hasler et al., 2003).

Die Mittelwerte der Action und Contemplation- Skalen waren in den Selbsthilfegruppen INT und BIB zu allen drei Messzeitpunkten durchgängig hoch, während die Mittelwerte der Precontemplation- Skala, wie erwartet, durchgängig niedrig waren: Precontemplation (INT: $M = 1.35$, $SD = 0.40$; BIB: $M = 1.31$, $SD = 0.37$), Contemplation (INT: $M = 4.52$, $SD = 0.44$; BIB: $M = 4.52$, $SD = 0.32$) und Action (INT: $M = 3.82$, $SD = 0.59$; BIB: $M = 3.89$, $SD = 0.36$)- die Veränderungsphasen sind in Abbildung 10 und 11 ersichtlich.

Hohe Mittelwerte in den Veränderungsphasen Contemplation und Action bedeuten, dass die Patientinnen beabsichtigen etwas an ihrem Problemverhalten zu verändern (Contemplation) und dafür eine Handlung setzen (Action)- wie etwa die Teilnahme an dem Selbsthilfeprogramm. Ein niedriger Mittelwert in der Phase Precontemplation (Absichtslosigkeit) bedeutet, dass die Patientinnen keine Absicht zeigen, ihr Problemverhalten zu ändern (Hasler et al., 2003).

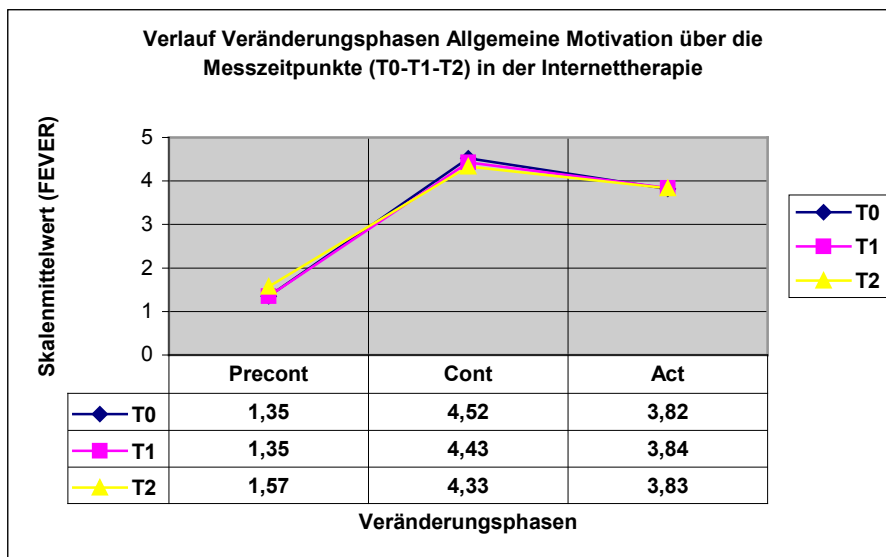


Abbildung 10:

Verlauf der allgemeinen Veränderungsmotivationsphasen über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in der Internettherapie

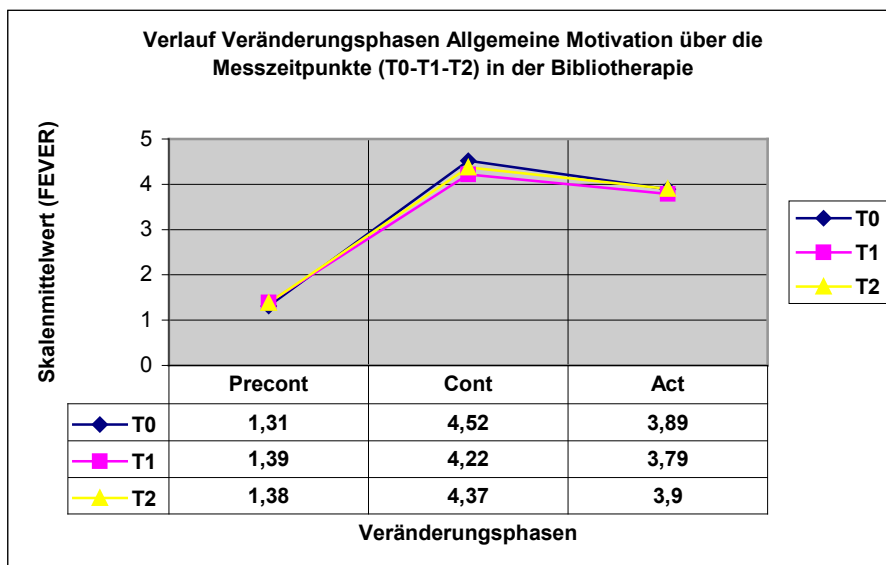


Abbildung 11: *Verlauf der allgemeinen Veränderungsmotivationsphasen über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in der Bibliothherapie*

Gemäß der Mittelwerteverteilung der Veränderungsphasen Precontemplation, Contemplation und Action waren die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie hinsichtlich ihrer

Therapiemotivation zu allen drei Messzeitpunkten (T0-T1-T2) im Veränderungsstadium Contemplation.

Essstörungsspezifische Motivation

Zur Berechnung des Veränderungsstadiums der *essstörungsspezifischen Motivation* (Motivation zur Veränderung der Bulimie) zu den drei Messzeitpunkten wurde erneut der speziell für Bulimie konstruierte Fragebogen BNSOCQ (Martinez et al, 2007) herangezogen, der sich auf die fünf Veränderungsphasen des TTM (Prochaska & DiClemente, 1982): *Precontemplation, Contemplation, Preparation, Action* und *Maintenance* stützt. Der Itemscore der fünf Skalen reicht von 1 (Precontemplation) bis 5 (Maintenance).

Der Verteilung der Skalenmittelwerte zufolge, befanden sich alle Patientinnen der Internettherapie während der gestützten Selbsthilfe hinsichtlich ihrer essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation im Vorbereitungsstadium Preparation (T0: $M = 2.58$, $SD = 0.55$; T1: $M = 3.14$, $SD = 0.80$; T2: $M = 3.40$, $SD = 0.79$)

Die Patientinnen der Internettherapie planten während der gestützten Selbsthilfe Aktivitäten wie z.B. die Umsetzung von Strategien zur Vermeidung der Essanfälle bzw. des Erbrechens und waren motiviert ihr gestörtes Essverhalten zu verändern (Prochaska & DiClemente, 1982). Die Betroffenen zeigten ein Problembewusstsein und haben erkannt, dass sie selbst etwas zu ihrer Gesundheit beitragen müssen. Sind die Patientinnen bis zu diesem Zeitpunkt in ihrem Kampf gegen die Bulimie nicht aktiv geworden, drohte ihnen ein Rückfall in das vorherige Stadium Contemplation (Absichtsbildung).

In der Bibliothherapie zeigten 74% der Patientinnen zu Beginn ($M = 2.57$, $SD = 0.50$) und während der gestützten Selbsthilfe ($M = 3.32$, $SD = 0.68$) eine essstörungsspezifische Veränderungsmotivation im Stadium Preparation. Nach der Therapie zeigten 26% der Patientinnen eine essstörungsspezifische Veränderungsmotivation im Stadium Action ($M = 3.54$, $SD = 0.78$).

Die Patientinnen der Bibliothherapie planten somit von Beginn bis zur Mitte der Therapie (1. bis 4. Monat) eine Änderung ihres Problemverhaltens (Preparation) und wurden dann in der zweiten Therapiehälfte (5. bis 7. Monat) hinsichtlich der Umsetzung konkreter Schritte zur Veränderung des gestörten Essverhaltens (Erährungsplan, gesunde Gewichtskontrollmethoden, etc.) selbst aktiv (Prochaska & DiClemente, 1982).

10.4. Akzeptanz der gestützten Selbsthilfe

Therapieabbrecher

Zu den Therapieabbrechern (Drop-Outs) werden Patientinnen gezählt, die das Selbsthilfeprogramm im Verlauf der 7 Monate Therapie aus eigenem Willen abgebrochen haben. Der Nachweis des Therapieabbruchs erfolgte durch den Eintrag in die Studienverwaltung am AKH.

Von der gesamten Stichprobe ($n = 126$) haben 44 Patientinnen (35%) die gestützte Selbsthilfe abgebrochen- getrennt nach den Selbsthilfegruppen waren dies 26 Teilnehmerinnen (37%) in der Internettherapie und 18 Teilnehmerinnen (32%) in der Bibliothherapie. Zur Überprüfung, ob der Therapieabbruch unabhängig von den Selbsthilfeformen (Internet-oder Bibliothherapie) aufgetreten ist, wurde aufgrund des Skalenniveaus der *Chi-Quadrat-Test* eingesetzt.

Die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie unterschieden sich im Laufe der Therapie nicht signifikant in Bezug auf den Therapieabbruch ($\chi^2 = 0.342$, $df = 1$, $p = 0.559$).

Subjektive Beurteilung der Selbsthilfeprogramme und E-Mailkontakte

Zur Feststellung, ob die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie die Nützlichkeit der Selbsthilfeprogramme bzw. der E-Mailkontakte zum Coach unterschiedlich einschätzten, wurden aus dem Fragebogen *QATA* die Häufigkeiten der kategoriellen Angaben zur Akzeptanz ($0 = „nicht nützlich“$ bis $6 = „sehr nützlich“$) analysiert

In der Internettherapie wurden die E- Mailkontakte zum Coach von allen Patientinnen als „sehr bis mittelmäßig nützlich“ eingeschätzt. Die Mehrheit der Patientinnen (54%) kreuzten die Antwort „sehr nützlich“ an.

Das Selbsthilfeprogramm im Internet wurde von 93% der Patientinnen als „sehr bis mittelmäßig nützlich“ beurteilt, wovon 44% dieses als „sehr nützlich“ einschätzten.

In der Bibliothherapie wurden die E- Mailkontakte zum Coach von 95% der Patientinnen als „sehr bis mittelmäßig nützlich“ eingeschätzt, wovon 43% diese als „sehr nützlich“ beurteilten.

Das Selbsthilfebuch „Die Bulimie besiegen“ wurde von 89% der Patientinnen als „sehr bis mittelmäßig nützlich“ empfunden; 32% schätzten das Buch als „sehr nützlich“ ein.

Gemäß den prozentuellen Häufigkeiten (Abbildung 12 und 13) scheint es, dass die Patientinnen der Internettherapie sowohl die E-Mailkontakte als auch das Selbsthilfeprogramm nützlicher einschätzten als die Teilnehmerinnen der Bibliothherapie.

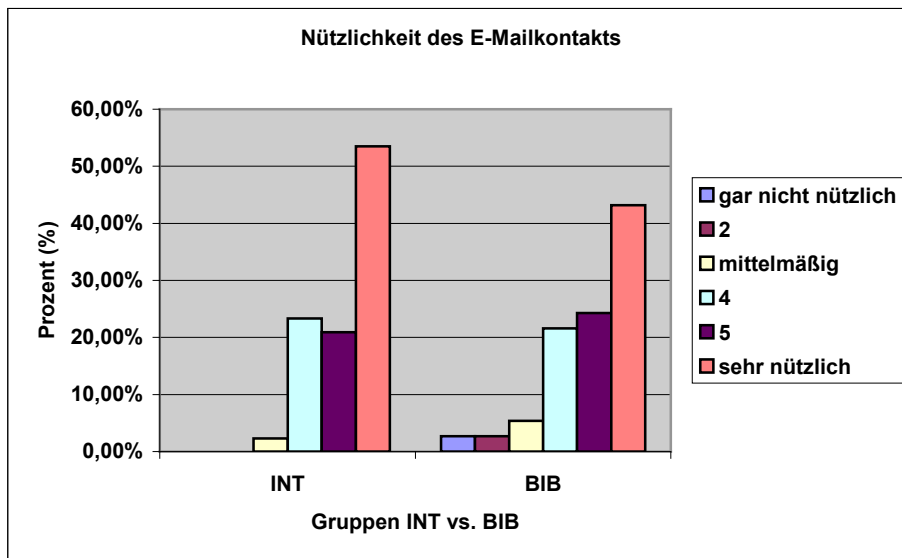


Abbildung 12: Subjektive Beurteilung zur Nützlichkeit des E-Mailkontakt mit dem Coach in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB

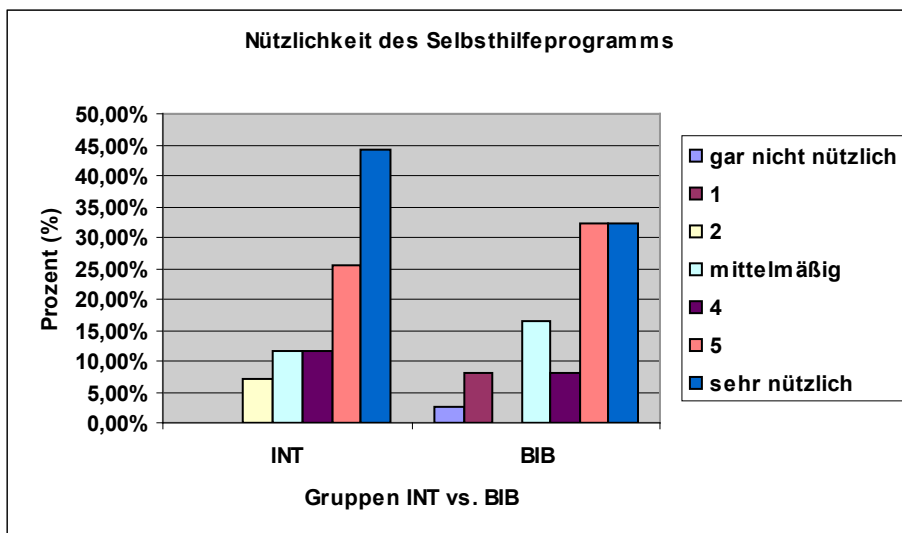


Abbildung 13: Subjektive Beurteilung zur Nützlichkeit des Selbsthilfeprogramms in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB

Zum Vergleich, ob sich die Patientinnen der Internet- und Bibliotherapie hinsichtlich ihrer subjektiven Beurteilungen zur Nützlichkeit der Selbsthilfeprogramme und E-Mailkontakte unterscheiden, wurde aufgrund des Ordinalskalenniveaus der *U- Test nach Mann und Whitney* gerechnet.

Zwischen den Patientinnen der Internet- und Bibliotherapie konnten weder signifikante Unterschiede in der subjektive Beurteilung zum E-Mailkontakt ($U = 692.500$, $z = -1.071$, $p = 0.284$), noch zum Selbsthilfeprogramm ($U = 688.500$, $z = -1.080$, $p = 0.280$) gefunden werden.

11 ZUSAMMENFASSUNG UND DISKUSSION

Die Zielsetzung dieser Studie war es, zwei von der Form unterschiedlich gestützte Selbsthilfeinterventionen (Internet- vs. Bibliotherapie) in ihrer Wirksamkeit auf die Essstörungssymptomatik und Veränderungsmotivation bei Patientinnen mit Bulimia nervosa zu untersuchen.

Patientencharakteristika

Die soziodemografische Verteilung der Stichprobe ist vergleichbar mit anderen klinischen Studien zur gestützten Selbsthilfe bei Bulimia nervosa (vgl. Bailer et al., 2004; Nevonen et al., 2006; Thiels et al., 1998).

Das durchschnittliche Alter (25 Jahre) der Patientinnen zu Therapiebeginn war in dieser Studie tendenziell höher ausgeprägt als in Untersuchungen anderer Selbsthilfestudien (Bailer et al., 2004; Nevonen et al., 2006).

Weiters berichten andere Studien eine durchschnittliche Krankheitsdauer der Patientinnen von 5-13 Jahren (Liwowsky et al., 2006; Nevonen et al., 2006). Die Patientinnen in dieser Studie zeigten im Schnitt eine Erkrankungsdauer von 8 Jahren.

Die bulimische Primärsymptomatik der Patientinnen zu Therapiebeginn war mit 43 Anfällen von Erbrechen innerhalb eines Monats deutlich höher als in anderen Selbsthilfestudien (Thiels et al., 1998).

Wirksamkeit der gestützten Selbsthilfeprogramme auf die bulimische Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen)

In der ersten Fragestellung wurde überprüft, ob die Anwendung von gestützten Selbsthilfeinterventionen, wie die Internet- und Bibliotherapie, in der Behandlung von Bulimia nervosa zu einer signifikanten Verbesserung der bulimischen Primärsymptomatik bei den Patientinnen führt.

Für die Veränderungsanalyse der bulimischen Primärsymptomatik wurde gemäß den DSM-IV Kriterien für Bulimie zu allen drei Messzeitpunkten (Beginn, Mitte und Ende der Therapie) der wöchentliche Durchschnitt der Ess-Brechanfälle über die vergangenen 3 Monate herangezogen. Im Ergebnis dieser Untersuchung hat sich gezeigt, dass der Einsatz eines niederschweligen therapeutischen Angebots, wie die gestützte Selbsthilfe, bei aller Vorsicht der Interpretation (fehlende Kontrollgruppe, kurzer Prä- Post- Zeitraum), zu einer signifikanten Verbesserung der Essstörungssymptomatik (Essanfälle und Erbrechen) führte.

In beiden Selbsthilfeinterventionen, der Internettherapie „SALUT BN“ und der Bibliotherapie „Die Bulimie besiegen“, kam es bei den Patientinnen in Bezug auf die bulimische Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen) zu einer signifikanten Symptomverbesserung nach der Therapie zeigten mehr als ein Drittel aller Patientinnen eine Symptomremission sowie 19% der Teilnehmerinnen eine völlige Symptomfreiheit. Diese Ergebnisse stimmten allgemein mit den Befunden der vorangehenden Evaluationsstudien an einer kleineren Stichprobe überein (Fernández- Aranda et al., 2009; Liwowsky et al., 2006).

Die Hypothese der Fragestellung 1 „Die Anwendung von gestützten Selbsthilfeinterventionen, wie die Internet (INT)- und Bibliotherapie (BIB), führt zu einer **signifikanten Verbesserung der bulimischen Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen)**“ konnte durch diese Untersuchung somit gestützt werden.

Unabhängig von den Behandlungsgruppen (INT vs. BIB) konnte zu den drei Messzeitpunkten (Beginn, Mitte und Ende der Therapie) ein stärkerer Effekt auf die Veränderung der Essanfälle als auf die des Erbrechens nachgewiesen werden.

Betrachtet man statt dem wöchentlichen Durchschnitt der Ess-Brechanfälle über die 3 Monate, die Summe der Anfälle über die vergangenen 28 Tage, zeigen sich diese im Verhältnis zu den drei Messzeitpunkten in folgender Weise:

Im Monat vor Beginn der gestützten Selbsthilfe (T0) hatten die Patientinnen sowohl der Internet- als auch der Bibliotherapie ca. gleich häufige Essattacken (**T0: INT vs. BIB: 32 vs. 33 Essanfälle**).

In beiden Selbsthilfegruppen (INT vs. BIB) erfolgte die größte Symptomreduktion zur Therapiemitte (T1). Zwischen den Patientinnen der Internet- und Bibliotherapie konnten bezüglich einer Symptomveränderung zwar keine signifikanten gruppenspezifischen Unterschiede festgestellt werden, dennoch zeigten die Patientinnen der Bibliotherapie nach 4 Monaten eine stärkere Reduktion ihrer monatlichen Essanfälle (**T1: INT vs. BIB: 12 vs. 15 weniger Essanfälle**).

Vergleicht man die Häufigkeit der monatlichen Essattacken zu Beginn (T0) mit jener nach erfolgter Therapie (T2), ist ersichtlich, dass sowohl die Patientinnen der Internet- als auch der Bibliotherapie ihre monatlichen Essanfälle zum Therapieende stark reduzieren konnten, wobei die Patientinnen der Internettherapie im Schnitt um einen Essanfall mehr abgenommen haben (**T2: INT vs. BIB: 17 vs. 16 weniger Essattanfälle**).

Die deskriptivstatistische Verteilung der Essanfälle bzw. des Erbrechens zu den drei Messzeitpunkten ist in Kapitel 15 ersichtlich.

In der Analyse des Erbrechens hatten die Patientinnen der Internetgruppe im Monat vor Beginn der gestützten Selbsthilfe häufiger Anfälle von Erbrechen als die Patientinnen der Bibliogruppe (**T0: INT vs. BIB: 49 vs. 34 Brechanfälle**).

Zur Mitte der Therapie (T1) zeigten die Patientinnen der Internettherapie, im Vergleich zu jenen der Bibliotherapie, eine stärkere Reduktion ihres monatlichen Erbrechens (**T1: INT vs. BIB: 30 vs. 17 weniger Brechanfälle**).

Vergleicht man die Häufigkeit des monatlichen Erbrechens zu Beginn (T0) mit jener nach erfolgter Therapie (T2), ist ersichtlich, dass sowohl die Patientinnen der Internet- als auch der Bibliotherapie ihre Brechanfälle zum Therapieende stark reduzieren konnten (**T2: INT vs. BIB: 37 vs. 20 weniger Brechanfälle**).

Im Allgemeinen zeigten die Patientinnen der Internettherapie zum Ende der Therapie eine stärkere Symptomremission hinsichtlich ihrer bulimischen Primärsymptomatik (Essanfälle und Erbrechen). Interessant ist, dass die Internettherapie- Patientinnen, im Gegensatz zu den Bibliotherapie- Patientinnen, das Erbrechen trotz stärkerer Ausgangssymptomatik sowohl zur Mitte als auch zum Ende der Therapie besser reduzieren konnten. Auch wenn zwischen den

Selbsthilfegruppen keine signifikanten Unterschiede in Bezug auf die Veränderung des Erbrechens gefunden werden konnten bzw. der Zeiteffekt nur gering war, so scheint die Internettherapie doch nützlichere Strategien zur Bewältigung des Erbrechens aufzuweisen. Ein Grund für die schnellere Symptomreduktion des Erbrechens im Internetprogramm könnte sein, dass die Patientinnen hier auf Grund des zeitbegrenzten Zugangs zum Programm (7 Monate) und der einzuhaltenden Reihenfolge der Übungen (die Analysen des Esstagebuchs bzw. der Auslöser für das Erbrechen erfolgen bereits zu Beginn des Programms) stärker motiviert sind, sich andere kompensative Maßnahmen zur Gewichtsstabilisierung (z.B. Sport, Diätplan) anzueignen. Weiters hat der Coach über das Internetprogramm im Gegensatz zur Bibliothherapie automatisch Einblick in die absolvierten Übungen und Schritte und kann verfolgen, wie die Teilnehmerinnen die ihnen gestellten Aufgaben erledigen. Die Erwartungen und die unmittelbare Beobachtung des Coachs könnten die Patientinnen in ihrer Arbeitsweise mit dem Programm und der folgenden Änderung ihres Essverhaltens positiv beeinflussen (Rosenthal- Effekt bzw. Versuchsleitererwartungseffekt; Rosenthal, 1976).

Eine signifikante Zunahme des Körpergewichts war durch die Selbsthilfeintervention nicht nachzuweisen; dies lag wohl daran, dass die bulimischen Patientinnen die Selbsthilfeprogramme im Schnitt normalgewichtig ($BMI > 20$) begonnen haben und das Gewicht im Laufe der Therapie bis auf geringe Schwankungen weitgehend unverändert blieb.

Wirksamkeit der gestützten Selbsthilfeprogramme auf die Veränderungsmotivation (allgemeine und essstörungsspezifische)

In der zweiten Fragestellung wurde überprüft, ob die Anwendung von gestützten Selbsthilfeinterventionen, wie die Internet- und Bibliothherapie, in der Behandlung von Bulimia nervosa zu einer signifikanten Verbesserung der allgemeinen bzw. essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation bei den Patientinnen führt. Im Ergebnis hat sich gezeigt, dass der Einsatz eines niederschweligen therapeutischen Angebots, wie die gestützte Selbsthilfe, bei aller Vorsicht der Interpretation (fehlende Kontrollgruppe, kurzer Prä- Post- Zeitraum), zwar zu einer signifikanten Verbesserung der essstörungsspezifischen, nicht aber der allgemeinen Veränderungsmotivation führte.

Generell zeigten die Patientinnen sowohl der Internet- als auch der Bibliothherapie einen starken Anstieg in der essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation (Motivation speziell

bei Bulimie) im Sinne einer Normalisierung ihres Gewichts bzw. ihrer Figur, ihrer Essgewohnheiten (Vermeidung hochkalorischer Nahrungsmittel, Einhalten von täglichen Mahlzeiten, Vermeidung von Essanfällen) und ihrer Strategien zur Gewichtskontrolle.

Die Hypothese der Fragestellung 2 „Die Anwendung von gestützten Selbsthilfeinterventionen, wie die Internet (INT)- und Bibliothherapie (BIB), führt zu einer **signifikanten Verbesserung** der Veränderungsmotivation (allgemeine und essstörungsspezifische)“ konnte durch diese Untersuchung somit nur **in Bezug auf die essstörungsspezifische**, aber nicht auf die allgemeine **Veränderungsmotivation** gestützt werden.

Im verganenen Monat (vergangene 28 Tage) zu Beginn der gestützten Selbsthilfe (T0) zeigten die Patientinnen der Internettherapie eine etwas höhere Motivation zur Veränderung ihrer Bulimie; zur Therapiehälfte (T1) nahm die essstörungsspezifische Veränderungsmotivation der Patientinnen in beiden Selbsthilfegruppen (INT vs. BIB) ab und stieg dann bis zum Ende der Therapie (T2) wieder an.

Zwischen den Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie konnten zwar keine signifikanten Unterschiede in der essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation festgestellt werden, dennoch zeigte sich im Laufe der Therapie ein stärkerer Motivationsanstieg bei den Patientinnen der Bibliothherapie. Im Gegensatz zur bulimischen Primärsymptomatik, die sich bei den Patientinnen der Internettherapie stärker reduziert hat, zeigte sich bei den Patientinnen der Bibliothherapie eine stärkere Zunahme in der essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation; auch wenn keine spezifischen Gruppenunterschiede nachgewiesen werden konnten, so scheint die Bibliothherapie doch nützlichere Strategien in der Motivierung zur Veränderung des Essverhaltens anzubieten. Der Grund dafür könnte in der eigenverantwortlichen Arbeit mit einem Selbsthilfebuch liegen- durch die Selbstverantwortung fühlen sich die Patientinnen gestärkt, dem bei der Krankheit Bulimia nervosa vorherrschenden Gefühl des Kontrollverlustes standzuhalten (Schmidt & Treasure, 2000).

Bei allen Patientinnen dieser Untersuchung zeigte sich im Laufe der Therapie zwar eine signifikante Zunahme in der essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation, ein Anstieg der allgemeinen Veränderungsmotivation (Therapiemotivation) konnte über die 7 Monate der

gestützten Selbsthilfe aber nicht festgestellt werden. Im Ergebnis zeigten alle Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie eine höhere Motivation zur Veränderung ihres bulimischen Verhaltens (Essanfälle und Gewichtskontrollpraktike) als zur Therapie an sich.

Zieht man einen Vergleich über die Veränderungsphasen des Transtheoretischen Modells (Prochaska & Norcross, 1999), ist ersichtlich, dass die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie über den gesamten Therapiezeitraum eine allgemeine Veränderungsmotivation (Therapiemotivation) im Stadium *Contemplation* (Absichtsbildung) zeigten. Die Patientinnen waren sich ihres Problems bewusst und beabsichtigten dessen Veränderung.

Neben der allgemeinen Veränderungsmotivation zeigten die Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie bis zur Therapiehälfte eine essstörungsspezifische Veränderungsmotivation (Motivation speziell zur Veränderung der Bulimie) im Stadium *Preparation* (Vorbereitung), in dem sie versucht haben, ihr Essverhalten zu normalisieren. Ab der Therapiehälfte (nach 4 Monaten) konnte dann bei den Patientinnen der Bibliothherapie eine höhere Veränderungsmotivation im Stadium *Action* (Handlung) festgestellt werden, in dem sie bereits konkrete Schritte zu einer Verhaltensänderung unternommen hatten. Die Patientinnen der Internetherapie zeigten über den gesamten Therapiezeitraum (7 Monate) eine konstante Veränderungsmotivation im Stadium *Preparation*.

Therapieabbruch

In der Untersuchung des Therapieabbruchs war zwischen der Internet- und Bibliothherapie diesbezüglich kein gruppenspezifischer Unterschied nachzuweisen. Der Therapieabbruch konnte somit nicht auf die unterschiedlich transportierten Medien (Internet vs. Buch) zurückgeführt werden. Die Häufigkeit des Therapieabbruchs war mit 37% in der Internettherapie und 32% in der Bibliothherapie gut im europäischen Vergleich mit anderen Evaluationsstudien zu diesen Selbsthilfeprogrammen (Carrard et al., 2006; Liwowsky et al., 2006). Gemäß den wissenschaftlichen Erkenntnissen (Fernández-Aranda et al., 2009; Nevonen et al., 2006), zeigt sich der Therapieabbruch durch die Patientinnen in der gestützten Selbsthilfe in der Regel zu Beginn der Behandlung (Fernández-Aranda et al., 2009). In dieser Untersuchung erfolgte der stärkste Therapieabbruch (29%) innerhalb der ersten 4 Monate nach Beginn der Therapie.

Die Unterstützung durch einen Professionisten des Gesundheitswesens kann bei bestimmten Patientengruppen die Therapiemotivation erhöhen und der Gefahr einer Überforderung sowie

einem vorzeitigen Therapieabbruch entgegenwirken. Um eine bessere Wirksamkeit der Computergestützten Behandlung bei bulimischen Patientinnen zu erzielen und ihre Ängste im Umgang mit dem Computer reduzieren zu können, ist eine ausreichende Information über die CD-ROM- Verfahren unumgänglich. Sich den Ängsten und negativen Erwartungen der Patienten gegenüber dem Computer bewusst zu werden und darauf einzugehen, könnte letztendlich zu einer vermehrten Akzeptanz und Teilnahme an diesen neuen Medien führen und einen vorzeitigen Therapieausstieg reduzieren.

Subjektive Bedeutung der E-Mailkontakte und Selbsthilfeprogramme

In der Untersuchung zur subjektiven Einschätzung des Selbsthilfeprogramms und E-Mailkontakts zum Coach konnten zwischen den Patientinnen der Internet- und Bibliothherapie diesbezüglich keine signifikanten gruppenspezifischen Unterschiede nachgewiesen werden.

Im Vergleich beider Selbsthilfegruppen hat sich gezeigt, dass 44% der Internet- Patientinnen das Internetprogramm und mehr als die Hälfte den begleitenden wöchentlichen E-Mailkontakt zum Coach als sehr nützlich einschätzten; das Selbsthilfebuch wurde von 32% und der E-Mailaustausch von 43% der Bibliothherapie- Teilnehmerinnen als sehr nützlich angegeben. Ähnliche Ergebnisse konnten in der Studie zur subjektiven Beurteilung der gestützten Bibliothherapie von Banasiak et al., 2007 gefunden werden. Alle an der gestützten Selbsthilfe teilgenommenen Patientinnen fanden sowohl die Anwendung des Programms im Internet als auch das Selbsthilfemanual bei Bulimia nervosa nützlich; es zeigte sich aber eine prozentuelle Mehrheit der Teilnehmerinnen, die das Programm im Internet „SALUT BN“ nützlicher einschätzten. In Folge der graphischen Veranschaulichung und der automatischen Rückmeldung des Veränderungsprozesses in der Internettherapie, könnten die Patientinnen hier im Gegensatz zur Bibliothherapie stärker motiviert sein, sich mit ihrer Krankheit auseinanderzusetzen (siehe auch die Studienergebnisse zur Internetpräferenz von Farrand et al., 2006).

Neue Technologien wie Internet oder CD-ROM scheinen auf Grund ihrer interaktiven Form in der gestützten Selbsthilfe attraktiver zu sein als manualbasierte Interventionen. Der Einsatz dieser neuen Medien sollte vermehrt überprüft werden.

Im Ergebnis dieser Studie war interessant, dass die Patientinnen sowohl der Internet- als auch der Bibliothherapie den begleitenden E-Mailkontakt zum Coach nützlicher einschätzten als das Selbsthilfeprogramm selbst. Dies spricht dafür, dass die Wirksamkeit der gestützten

Selbsthilfe nicht alleine auf die Bearbeitung und Umsetzung der Interventionen zurückzuführen war, sondern ganz wesentlich durch die motivationale Unterstützung des therapeutisch angeleiteten E-Mailkontakts zum Coach mitbeeinflusst worden ist.

Diese Studie soll dazu anregen, weitere Forschungsarbeiten zur gestützten Selbsthilfe durchzuführen und ihre Wirksamkeit an weiteren Störungsbildern zu überprüfen. Durch den verstärkten Einsatz von Selbsthilfeprogrammen in der zukünftigen Therapieforschung könnten nicht nur die Therapeuten von den psychoedukativen Informationen entlastet, sondern auch das eigenverantwortliche Bewusstsein der Patienten im Umgang mit der Krankheit gestärkt werden.

Weiters empfiehlt sich die Untersuchung, ob der Behandlungseffekt einer gestützten Selbsthilfe vorrangig durch die Form des Selbsthilfeprogramms (Internet bzw. Buch) oder durch die therapeutische Unterstützung eintritt. Zukünftige Forschungsstudien sollten die Wirksamkeit der therapeutisch gestützten Selbsthilfeinterventionen im Vergleich mit der reinen Selbsthilfe untersuchen.

Als Fazit für die therapeutische Praxis ist unbedingt festzuhalten, dass die gestützten Selbsthilfeinterventionen für bestimmte Patientengruppen nicht als Ersatz, sondern nur als mögliche Alternative zu einer klassischen Psychotherapie gesehen werden sollen. Weitere Forschungsstudien sollten überprüfen, inwieweit niederschwellige Behandlungsformen wie die gestützte Selbsthilfe, für bestimmte Störungsbilder tatsächlich als Ersatz einer traditionellen Psychotherapie eingesetzt werden können. In diesem Zusammenhang wäre es auch wichtig, zu erforschen, welche Moderatorvariablen den Therapieerfolg einer gestützten Selbsthilfe bedingen, z.B. ob ein von der Form interessant aufbereitetes Selbsthilfeprogramm (Internet bzw. Buch) die Teilnehmer dazu bringen kann, sich länger mit dem Programm zu beschäftigen.

Studien zur Präferenz einer Internet- oder Bibliothherapie als Behandlungsalternative zu traditionellen Psychotherapien liegen für bulimische Patientinnen zum jetzigen Zeitpunkt noch keine vor; auch Studien zur Wirksamkeit von Internet-basierten Präventionsprogrammen als Rückfallprophylaxe bei Bulimie-Patientinnen stehen zum jetzigen Zeitpunkt noch aus.

Insgesamt konnte durch diese Untersuchung gezeigt werden, dass die Behandlung von Bulimia nervosa über therapeutisch gestützte Selbsthilfeprogramme in einem Stepped-Care Ansatz empfohlen werden kann.

12 LITERATURVERZEICHNIS

- Abramowitz, J.S., Moore E.L., Braddock A.E. & Harrington, D.L. (2009). Self- help cognitive- behavioral therapy with minimal therapist contact for social phobia: A controlled trial. *Journal of Behavior Therapy and Experimental Psychiatry*, 40 (1), 98-105.
- Ackerson, J., Scogin, F., McKendree-Smith, N. & Lyman, R.D. (1998). Cognitive bibliotherapy for mild and moderate adolescent depressive symptomatology. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 66, 685-690.
- Agras, W.S., Crow, S.J., Halmi, K.A, Mitchell, J.E, Wilson, G.T. & Kraemer, H.C. (2000). Outcome Predictors for the Cognitive Behavior Treatment of Bulimia Nervosa: Data from a Multisite Study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- Agras, W.S., Rossiter, E.M., Arnow, B., Schneider, J.A., Telch, C.F, Raeburn, S.D., Bruce, B., Perl, M. & Koran, L.M. (1992). Pharmacologic and Cognitive- Behavioral Treatment for Bulimia Nervosa: A Controlled Comparison. *American Journal of Psychiatry*, 149, 82-87.
- American Psychiatric Association. (2003). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders- Text Revision. (DSM-IV- TR)*. Washington, DC: American Psychiatric Association. (Deutsche Bearbeitung von Saß, H., Wittchen, H-U., Zaudig, M. & Houben, I.). Göttingen: Hogrefe.
- Angenendt, J. & Stieglitz, R.D. (1995). Psychoedukation, Patientenratgeber und Selbsthilfemanuale. In H. Freyberger & R.D. Stieglitz (Hrsg.), *Kompendium der Psychiatrie und Psychotherapie* (S. 392-403). Basel: Karger.
- Bailer, U., De Zwaan, M., Leisch, F., Strnad, A., Lennkh- Wolfsberg, C., El- Giamal, N., Hornik, K. & Kasper, S. (2004). Guided Self- Help Versus Cognitive- Behavioral Group Therapy in the Treatment of Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 522-537.
- Banasiak, S.J, Paxton S.J. & Hay, P.J. (2007). Perceptions of Cognitive Behavioural Guided Self- Help Treatment for Bulimia Nervosa in Primary Care. *Eating Disorders*, 15, 23-40

- Bandura, A. (1986). *Social foundations of thought and action: A social cognitive theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice- Hall.
- Bara- Carril, N, Williams, C.J, Pombo- Carril, M.G., Reid, Y., Murray, K., Aubin, S., harkin, P.J.R., Treasure, J. & Schmidt, U. (2004). A Preliminary Investigation into the Feasibility and Efficacy of a CD- ROM- Based Cognitive- Behavioral Self- Help Intervention for Bulimia Nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 35, 538-548.
- Bauer, S., Golkaramnay, V. & Kordy, H. (2005).E- Mental- Health: Neue Medien in der psychosozialen Versorgung. *Psychotherapeut*, 50, 7-15.
- Bäumel, J & Pitschel-Walz (Hrsg.). (2003). *Psychoedukation bei schizophrenen Erkrankungen* (2. Auflage). Stuttgart: Schattauer.
- Behrendt, B. & Schaub, A. (Hrsg.). (2005). *Handbuch Psychoedukation und Selbstmanagement. Verhaltenstherapeutische Ansätze für die klinische Praxis*. Tübingen: DGVT-Verlag.
- Björck, C., Björk, T., Clinton, D., Sohlberg, S. & Norring, C. (2008). Self-image and treatment drop-out in eating disorders. *Psychology and Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 81, 95-104.
- Blouin, J., Schnarre, K., Carter, J., Blouin, A., Tener, L., Zuro, C. & Barlow, J. (1995). Factors affecting dropout rate from cognitive-behavioral group treatment for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 17, 323-329.
- Brogan, M.M, Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. (1999). Predicting termination and continuation status in psychotherapy using the transtheoretical model. *Psychotherapy: Theory, Research, Practice, Training*, 36 (2), 105-113.
- Bruch, H. (1962). Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 24, 187-194.
- Bulik, C.M., Sullivan, P.F., Wade, T.D. & Kendler, K.S. (2000). Twin studies of eating disorders: a review. *International Journal of Eating Disorders*, 27, 1-20.
- Carlbring, P., Bohman, S., Brunt, S., Buhrman, M., Westling, B., Ekselius, L. & Anderson, G. (2006). Remote Treatment of Panic Disorder: A Randomized Trial of Internet- Based Cognitive Behavior Therapy Supplemented With Telephone Calls. *American Journal of Psychiatry*, 163, 2119-2125

- Carlbring, P., Gunnarsdóttir, M., Hedensjö, L., Andersson, G., Ekselius, L. & Furmark, T. (2007). Treatment of social phobia: randomised trial of internet-delivered cognitive-behavioural therapy with telephone support. *British Journal of Psychiatry*, 190, 123-128.
- Carrard, I., Rouget, P., Fernández-Aranda, F., Volkart, A-C., Damoiseau, M. & Lam, T. (2006). Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program for bulimia nervosa. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 101-109.
- Carroll, K.M., Ball, S.A., Martino, S., Nich, C., Babuscio, T.A., Nuro, K.F., Gordon, M.A., Portnoy, G.A. & Rounsaville, B.J. (2008). Computer-Assisted Delivery of Cognitive-Behavioral Therapy for Addiction: A Randomized Trial of CBT4CBT. *American Journal of Psychiatry*, 165, 881-888.
- Casasnovas, C., Fernández-Aranda, F., Granero, R., Krug, I., Jiménez-Murcia, S., Bulik, C.M. & Vallejo-Ruiloba, J. (2007). Motivation to Change in Eating Disorders: Clinical and Therapeutic Implications. *European Eating Disorders Review*, 15, 449-456.
- Clinton, D.N. (1996). Why do eating disorder patients drop out? *Psychotherapy and Psychosomatics*, 65, 29-35.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences*. New York: Erlbaum.
- Coker, S., Vize, C., Wade, T. & Cooper, P.J. (1993). Patients with bulimia nervosa who fail to engage in cognitive behavior therapy. *International Journal of Eating Disorders*, 13 (1), 35-40
- Connell, S., Sanders, M.R. & Markie-Dadds, C. (1997). Self-directed behavioral family intervention for parents of oppositional children in rural and remote areas. *Behavior Modification*, 21, 379-408
- Cooper, P.J. (1995). *Bulimia nervosa and binge eating: A guide to recovery*. London: Robinsion.
- Cooper, P.J., Coker, S. & Fleming, C. (1994). Self-help for bulimia nervosa: A preliminary report. *International Journal of Eating Disorders*, 16, 401-404.
- Cox, G.L. & Merkel, W.T. (1989). A qualitative review of psychosocial treatments for bulimia. *The Journal of nervous and mental disease*, 177 (2), 77-84.

- Cuijpers, P. (1997) Bibliotherapy in unipolar depression: a meta-analysis. *Journal of Behavioural Therapy and Experimental Psychiatry*, 28, 139–147.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure J. & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186, 132-135
- Derisley, J. & Reynolds, S. (2000). The transtheoretical stages of change as a predictor of premature termination, attendance and alliance in psychotherapy. *British Journal of Clinical Psychology*, 39 (4), 371-382.
- Di Pietro, G., Valoroso, L., Fichele, M., Bruno, C. & Sorge, F. (2002). What happens to eating disorder outpatients who withdrew from therapy? *Eating and weight disorders*, 7(4), 298-303.
- Döpfner, M., Schürmann, S. & Lehmkuhl, G. (2000). *Wackelpeter und Trotzkepf* (2. korrigierte Aufl.). Weinheim: Psychologie Verlags Union.
- Dowrick, C., Dunn, G., Ayuso- Mateos, J.L., Dalgard, O.S., Page, H., Lehtinen, V., Casey, P., Wilkinson, C., Vazquez-Barquero, J.L. & Wilkinson, G. (2000). Problem solving treatment and group psychoeducation for depression: multicentre randomised controlled trial *British Medical Journal*, 321, 1450.
- Dozois, D.J.A, Westra, H.A., Collins, K.A., Fung, T.S. & Garry, J.K.F. (2004). Stages of change in anxiety: psychometric properties of the University of Rhode Island Change Assessment (URICA) scale. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 711-729
- Eichenberg, C. (2007). Einsatz von „virtuellen Realitäten“ in der Psychotherapie. Überblick zum Stand der Forschung. *Psychotherapeut*, 52, 362-367
- Fairburn, C.G. (1995). *Overcoming binge eating*. New York: Guilford Press
- Fairburn, C.G., Agras, W.S. & Wilson, G.T. (1992). The research on the treatment of bulimia nervosa: practical and theoretical implications. In G.H. Anderson & S.H. Kennedy (Hrsg.), *The biology of feast and famine: relevance to eating disorders*. (pp. 317-340). New York: Academic press.
- Fairburn, C.G., Jones, R., Peveler, R.C., Carr, S.J., Solomon, R.A., O'Connor, M.E. et al. (1991). Three Psychological Treatments for Bulimia Nervosa: A Comparative Trial. *Archives of General Psychiatry*, 48, 463-469.
- Fairburn, C.G., Norman, P.A., Welch, S.L., O'Connor, M.E., Doll, H.A. & Peveler, R.C. (1995). A Prospective Study of Outcome in Bulimia Nervosa and the Long-term

- Effects of Three Psychological Treatments. *Archives of General Psychiatry*, 52, 304-312.
- Fairburn, C.G., Stice, E., Cooper, Z., Doll, H.A., Norman, P.A. & O'Connor, M. (2003). Understanding persistence in bulimia nervosa: a 5-year study. *Journal of Consulting Clinical Psychology*, 71, 103-109
- Farrand, P., Perry, J., Lee, C. & Parker, M. (2006). Adolescents' preference towards self-help: implications for service development. *Primary Care and Community Psychiatry*, 20, 73-79.
- Fernández-Aranda, F., Núñez, A., Martínez, C., Krug, I., Cappozzo, M., Carrard, I. et al. (2009). Internet-Based Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa: A Controlled Study. *CyberPsychology & Behavior*, 12 (1), 37-41.
- Fichter, M.M., Krüger, R., Rief, W., Holland, R. & Döhne, J. (1996). Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: Effects on eating-specific psychopathology. *Journal of Clinical Psychopharmacology*, 16, 9-18.
- Fichter, M.M., Leibl, C., Krüger, R. & Rief, W. (1997). Effects of Fluvoxamine on depression, anxiety, and other areas of general psychopathology in bulimia nervosa. *Pharmacopsychiatry*, 30, 85-92.
- Fichter, M.M., Leibl, K., Rief, W., Brunner, E., Schmidt-Auberger & Engel, R.R. (1991). Fluoxetine versus placebo: a double-blind study with bulimic inpatients undergoing intensive psychotherapy. *Pharmacopsychiatry*, 24, 1-7.
- Fombonne, E. (1995). Anorexia nervosa. No evidence of an increase. *British Journal of Psychiatry*, 166, 462-471
- Garner, D.M., Rockert, W., Olmstedt, M.P., Johnson, C.L. & Coscina, D.V. (1985). Psychoeducational principles in the treatment of bulimia and anorexia nervosa. In D.M. Garner & P.E. Garfinkel (Hrsg.), *Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia* (S. 513-572). New York: Guilford Press.
- Geller, J., Cassin, S.E., Brown K.E. & Srikaneswaran, S. (2009). Factors associated with improvements in readiness for change: Low vs. normal BMI eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 42, 40-46.

- Geller, J., Cockell, S.J. & Drab, D.L. (2001). Assessing readiness for change in the eating disorders: The psychometric properties of the readiness and motivation interview. *Psychological Assessment*, 13, 189-198.
- Glasgow, R.E. & Rosen, G.M (1978). Behavioral Bibliotherapy: a review of behavior therapy manuals. *Psychological Bulletin*, 85, 1-23.
- Graber, J.A., Lewinsohn, P.M., Seeley, J.R. & BrooksGunn, J. (1997). Is psychopathology associated with the timing of pubertal development? *Journal of American Academic Child Psychiatry*, 36, 1768-1776.
- Grahlmann, K. & Linden, M. (2005). Bibliotherapie. *Verhaltenstherapie*, 15, 88-93.
- Hasler, G., Klaghofer, R. & Buddeberg, C. (2003). Der Fragebogen zur Erfassung der Veränderungsbereitschaft (FEVER). *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*, 53, 406-411.
- Hasler G. & Schnyder, U. (2002). Zur Festlegung und Veränderung von Therapiezielen in psychiatrisch-psychotherapeutischen Behandlungen. *Der Nervenarzt*, 73 (1), 54-58.
- Hayward, C., Killen, J.D., Wilson, D.M., Hammer, L.D., Litt, I.F., Kraemer, H.C., Haydel, F., Varady, A. & Taylor, C.B. (1997). Psychiatric risk associated with early puberty in adolescent girls. *Journal of American Academic Child Psychiatry*, 36, 255-262.
- Jacobi, C., Dahme B. & Dittmann, R. (2002). Cognitive-behavioural, fluoxetine and combined treatment for bulimia nervosa: short- and long-term results. *European Eating Disorders Review*, 10, 179-198.
- Jacobi, C., Dahme, B. & Rustenbach, S. (1997). Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 346-364.
- Jacobi, C., Morris, L. & de Zwaan, M. (2004). An overview of risk factors for anorexia nervosa, bulimia nervosa and binge eating disorders. In T.D. Brewerton (Hrsg.), *Clinical handbook of eating disorder. An integrated approach*. New York: Marcel Dekker, Inc.
- Jacobi, C. & Neubert, S. (2005). Psychosoziale Risikofaktoren und aufrechterhaltende Bedingungen von Essstörungen. Ein Überblick über den aktuellen Forschungsstand. *Psychotherapie*, 10, 73-86.
- Jacobi, C., Paul, T. & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe Verlag.

- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (1996). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Bulimia und Anorexia nervosa*. Weinheim, Germany: Beltz Psychologie Verlags Union.
- Jimmerson, D.C., Lesem, M.D., Kaye, W.H. & Brewerton, T.D. (1992). Low serotonin and dopamine metabolite concentrations in cerebrospinal fluid from bulimic patients with frequent binge episodes. *Archives of General Psychiatry*, 49, 132-138.
- Johnson, J.G., Cohen, P., Kasen, S. & Brook, J.S. (2002). Childhood adversities associated with risk for eating disorders or weight problems during adolescence or early adulthood. *American Journal of Psychiatry*, 159, 394-400.
- Karwautz, A. (2004). Essstörungen. In G. Gerber (Hrsg.). *Leben mit Behinderung. Ein Bilder- und Lesebuch aus Wissenschaft und Praxis* (S. 52-55). Wien: Empirie Verlag.
- Kaye, W.H., Greeno, C.G., Moss, H., Fernstrom, J., Fernstrom, M., Lilenfeld, L.R., Weltzin, T.E. & Mann, J.J. (1998). Alterations in serotonin activity and psychiatric symptoms after recovery from bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 55, 927-935.
- Kierfeld, F. & Döpfner, M. (2006). Bibliotherapie als Behandlungsmöglichkeit bei Kindern mit externalen Verhaltensstörungen. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 34 (5), 377-386.
- Klerman, G.L., Weissman, M.M., Rounsaville B.J. & Chevron, E.S. (1984). *Interpersonal Psychotherapy of depression*. New York: Basic Books.
- Knaevelsrud, C., Jager, J. & Maercker, A. (2004). Internet-Psychotherapie: Wirksamkeit und Besonderheiten der therapeutischen Beziehung. *Verhaltenstherapie*, 14, 174-183.
- Knaevelsrud, C. & Maercker, A. (2007). Internet-based treatment for PTSD reduces distress and facilitates the development of a strong therapeutic alliance: a randomized controlled clinical trial. *BioMedCentral Psychiatry*, 7, 13.
- Kotler, L.A., Cohen, P., Davies, M., Pine, D.S. & Walsh, B.T. (2001). Longitudinal relationships between childhood, adolescent, and adult eating disorders. *Journal of American Academic Child Psychiatry*, 40, 1434-1440.
- Kraemer, H.C., Kazdin, A.E., Offord, D.R., Kessler, R.C., Jensen, P.S. & Kupfer, D.J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337-343.
- Laessle, R.G., Kittl, S., Fichter, M.M., Wittchen, H.U. & Pirke, K.M. (1987). Major affective disorder in anorexia nervosa and bulimia. *British Journal of Psychiatry*, 151, 785-789.

- Lange, A., Rietdijk, D., Hudcovicova, M., Van de Ven, J-P., Schrieken, B. & Emmelkamp, P.M.G. (2003). Interapy: A Controlled Randomized Trial of the Standardized Treatment of Posttraumatic Stress Through the Internet. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 71 (5), 901–909.
- Leiberich, P., Nedoschill, J., Nickel, M., Loew, T. & Tritt, K. (2004). Selbsthilfe und Beratung im Internet. *Medizinische Klinik*, 99 (5), 263-268.
- Leitenberg, H., Rosen, J.C., Wolf, J., Vara, L.S., Detzer, M.J. & Strebnik, D. (1994). Combination of cognitive- behavior therapy and desipramine in the treatment of bulimia nervosa. *Behaviour Research and Therapy*, 32, 37-45.
- Liwowsky, I., Cebulla, M. & Fichter, M. (2006). Neue Wege bei der Behandlung von Bulimia nervosa. *Münchener Medizinische Wochenschrift*, 148, 31-33.
- Ljotsson, B., Lundin, C., Mitsell, K., Carlbring, M., Ramklint, M. & Ghaderi, A. (2007). Remote treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder: A randomized trial of Internet-assisted cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy* 45, 649-661
- Machado, P.P., Machado, B.C., Goncalves, S. & Hoek, H.W. (2007). The Prevalence of Eating Disorders Not Otherwise Specified. *International Journal of Eating Disorders*, 40, 212-217.
- Mahon, J. (2000). Dropping out from psychological treatment for eating disorders: What are the issues? *European Eating Disorders Review*, 8, 198-216.
- Marchi, M & Cohen, P. (1990). Early childhood eating behaviors and adolescent eating disorders. *Journal of the American Academy of Child and Adolescent Psychiatry*, 29 (1), 112-117.
- Martinez, E., Castro, J., Bigorra, A., Morer, A., Calvo, R., Vila, M., Toro, J. & Rieger, E. (2007). Assessing Motivation to Change in Bulimia Nervosa: The Bulimia Nervosa Stages of Change Questionnaire. *European Eating Disorders Review*, 15 (1), 13-23.
- Martinez, R., Whitfield, G., Dafters, R. & Williams, C. (2008). Can People Read Self-Help Manuals for Depression? A Challenge for the Stepped Care Model and Book Prescription Schemes. *Behavioural and Cognitive Psychotherapy*, 36, 89-97.

- McConaughy, E.A., Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. (1983). Stages of change in psychotherapy: measurement and sample profiles. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 20, 368-375.
- McKenna, K.Y.A. & Bargh, J.A. (1999). Causes and Consequences of Social Interaction on the Internet: A Conceptual Framework *Media Psychology*, 1, 249 – 269.
- Mitchell, J.E. (1991). A review of the controlled trials of psychotherapy for bulimia nervosa. *Journal of Psychosomatic Research*, 35, 23-31.
- Mitchell, J.E., Agras, S. & Wonderlich, S. (2006). Treatment of Bulimia Nervosa: Where Are We and Where Are We Going? *International Journal of Eating Disorders*, 40, 95-101.
- Mitchell, J.E., Crosby, R.D., Wonderlich, S.A., Crow, S., Lancaster, K., Simonich, H., Swan-Kremeier, L., Lysne, C. & Myers, T.C. (2008). A Randomized Trial Comparing the Efficacy of Cognitive Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa Delivered via Telemedicine vs. Face-to-Face. *Behaviour Research and Therapy*, 46 (5), 581-592
- Mitchell, J.E., Pyle, R.L., Eckert, E.E., Hatsukami, D., Pomeroy, C. & Zimmermann, R. (1990). A comparison study of antidepressants and structured intensive group psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 47, 149-157.
- Mitchell, J.E., Specker, S.M. & de Zwaan, M. (1991). Comorbidity and medical complications of bulimia nervosa. *Journal of Clinical Psychiatry*, 52, 13-20.
- Moorhead, D.J., Stashwick, C.K., Reinherz, H.Z., Giaconia, R.M., Striegel-Moore, R.H. & Paradis, A.D. (2003). Child and adolescent predictors for eating disorders in a community population of young adult women. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 1-9
- Murray, K., Pombo-Carril, M.G., Bara-Carril, N., Grover, M., Reid, Y., Langham, C., Birchall, H., Williams, C., Treasure, J. & Schmidt, U. (2003). Factors determining uptake of a CD-ROM-based CBT self-help treatment for bulimia: patient characteristics and subjective appraisals of self-help treatment. *European Eating Disorders Review*, 11, 243-260.
- Myers, T.C., Swan-Kremeier, L., Wonderlich, S., Lancaster, K. & Mitchell, J.E. (2004). The use of alternative delivery systems and new technologies in the treatment of patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 123-143.

- National Institute for Clinical Excellence. (2004) *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and relating eating disorders*. Verfügbar unter www.nice.org.uk/CG009NICEguideline [17.02.2010]
- Nevonen, L., Mark, M., Levin, B., Lindström, M. & Paulson-Karlsson, G. (2006). Evaluation of a new Internet-based self-help guide for patients with bulimic symptoms in Sweden. *Nordic Journal of Psychiatry*, 60, 463-468.
- Ott, R. & Eichenberg, C. (Hrsg.). (2003). *Klinische Psychologie und Internet. Potentiale für klinische Praxis, Intervention, Psychotherapie und Forschung*. Göttingen: Hogrefe.
- Palmer, R.L., Birchall, H., McGrain, L. & Sullivan, V. (2002). Self-help for bulimic disorders: a randomised controlled trial comparing minimal guidance with face-to-face or telephone guidance. *British Journal of Psychiatry*, 181, 230-235.
- Peake, K.J., Limbert, C. & Whitehead, L. (2005). Gone, but not forgotten: an examination of the factors associated with dropping out from treatment of eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 13, 330-337.
- Perkins, S.J., Murphy, R., Schmidt, U., & Williams, C. (2006). Self-help and Guided Self-help for Eating Disorders. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, Issue 3. Art.No.:CD004191.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C.C. (1982). Transtheoretical therapy: Toward a more integrative model of change. *Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 19, 276-288.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. (1992). Stages of change in the modification of problem behaviors. *Program Behaviour Modification*, 28, 183-218.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C. & Norcross, J.C. (1992). In search of how people change. *American Psychologist*, 47, 1102-1114.
- Prochaska, J.O., DiClemente, C.C., Velicer, W.F. & Rossi, J.S. (1993). Standardized, individualized, interactive, and personalized self-help programs for smoking cessation. *Health Psychology*, 12 (5), 399-405.
- Prochaska, J.O. & Norcross, J.C. (1999). *Systems of psychotherapy. A transtheoretical analysis*. Pacific Grove: Brooks/Cole.
- Proudfoot, J., Ryden, C., Everitt, B., Shapiro, D.A., Goldberg, D., Mann, A., Tylee, A., Marks, I. & Gray J.A. (2004). Clinical efficacy of computerised cognitive-behavioural

- therapy for anxiety and depression in primary care: randomised controlled trial. *The British Journal of Psychiatry*, 185, 46-54.
- Rieger, E., Touyz, S.W. & Beumont, P.J.V. (2002). The Anorexia Nervosa Stages of Change Questionnaire (ANSOCQ): Information regarding its psychometric properties. *International Journal of Eating Disorders*, 32, 24-38.
- Robinson, P.H. & Serfaty, M. A. (2001). The use of email in the identification of bulimia nervosa and its treatment. *European Eating Disorders Review*, 9, 182-193.
- Rosenthal, R. (1976). *Experimenter Effects in Behavioral Research*. New York: Appleton Century Crofts.
- Rossi, J.S., Rossi, S.R., Velicer, W.F. & Prochaska, J.O. (1995). Motivational readiness to control weight. In Allison, D.B. (Ed.). *Handbook of assessment methods for eating behaviours and weight related problems*. (S. 387-430). London: Sage Publications.
- Rousett, I., Kipman, A., Ades, P. & Gorwood, P. (2004). Personality, temperament and anorexia nervosa. *Annales Medico Psychologiques*, 162(3), 180-188.
- SALUT BN Geleitete Selbsthilfe für Bulimie (Netunion, Schweiz)*. Zugriff am 25.08.2009. Verfügbar unter <http://www2.salut-ed.org/demo>.
- Santonastaso, P., Friederici, S. & Favaro, A. (1999). Full and Partial Syndromes in Eating Disorders: A 1-Year Prospective Study of Risk Factors among Female Students. *Psychopathology*, 32, 50-56
- Schlögelhofer, M., Eder, H., Itzlinger, U., Wiesegeger, G., Bailer, U., Leisch, F., Hornik, K., Jörgl, G., Willinger, U. & Aschauer, H.N. (2003). Bibliotherapie- kognitive Therapie in Buchform als Selbsthilfe bei Patienten mit teilremittierter Depression. *Journal für Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie*, 4 (1), 33-35
- Schmidt, U., Andiappan, M., Grover, M., Robinson, S., Perkins, S., Dugmore, O., Treasure, J., Landau, S., Eisler, I. & Williams, C. (2008). Randomised controlled trial of CD-ROM-based cognitive-behavioural self-care for bulimia nervosa. *The British Journal of Psychiatry*, 193, 493-500.
- Schmidt, U., Lee, S., Perkins, S., Eisler, I., Treasure, J., Beecham, J. et al. (2008). Do Adolescents with Eating Disorder Not Otherwise Specified or Full-Syndrome Bulimia Nervosa Differ in Clinical Severity, Comorbidity, Risk Factors, Treatment Outcome or Cost? *International Journal of Eating Disorders*, 41 (6), 498-504.

- Schmidt, U., Tiller, J. & Treasure, J. (1993). Self-treatment of bulimia nervosa: a pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 273-277.
- Schmidt, U. & Treasure, J. (1993). *Getting Better Bit(e) by Bit(e). A Survival Kit for Sufferers of Bulimia Nervosa and Binge Eating Disorders*. Hove: Lawrence Erlbaum Associates.
- Schmidt, U. & Treasure, J. (1996). *Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfe-Programm*. Aus dem Englischen unter der Verantwortung von Thiels, C. mit einem Vorwort von Thiels, C. Campus: Frankfurt
- Schmidt, U. & Treasure, J. (2000). *Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfe-Programm*. Weinheim: Beltz Verlag.
- Scott, C., Tacchi, M.J., Jones, R & Scott, J. (1997). Acute and one-year outcome of a randomised controlled trial of brief cognitive therapy for major depressive disorder in primary care. *The British Journal of Psychiatry*, 171, 131-134.
- Steel, Z., Jones, J., Adcock, S., Clancy, R., Bridgford-West, L. & Austin, J. (2000). Why the high rate of dropout from individualized cognitive-behavior therapy for bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, 28 (2), 209-214.
- Stice, E. & Agras, W.S. (1998). Predicting onset and cessation of bulimic behaviors during adolescence: A longitudinal grouping analysis. *Behavior Therapy*, 29, 257-276.
- Thiel, A. (1997). Sind Psychopharmaka für die Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa notwendig? *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie*, 47, 332-345.
- Thiels, C., Schmidt, U., Treasure, J. & Garthe, R. (2003). Four-year follow-up of guided self-change for bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, 8 (3), 212-217.
- Thiels, C., Schmidt, U., Treasure, J., Garthe, R. & Troop, N. (1998). Wie wirksam und akzeptabel ist ein Selbstbehandlungsmanual mit begleitender Kurztherapie bei Bulimia nervosa? *Der Nervenarzt*, 69 (5), 427-436.
- Thiels, C., Schmidt, U., Troop, N., Treasure, J. & Garthe, R. (2000). Binge frequency predicts outcome in guided self-care treatment of bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 8(4), 272-278.
- Treasure, J., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G. & De Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: first phase of a

- sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 405-418.
- Treasure, J., Schmidt, U., Troop, N.A., Tiller, J., Todd, G., Keilen, M. & Dodge, E. (1994). First step in managing bulimia nervosa: controlled trial of therapeutic manual. *BMJ*, 308, 686-689.
- Treasure, J., Schmidt, U., Troop, N., Tiller, J., Todd, G. & Turnbull, S. (1996). Sequential treatment for bulimia nervosa incorporating a self-care manual. *The British Journal of Psychiatry*, 168, 94-98.
- Vandereycken, W. & Pierloot, R. (1983). Drop-out during in-patient treatment of anorexia nervosa: A clinical study of 133 patients. *British Journal of Medical Psychology*, 56, 145-156.
- van Hoeken, D., Seidell, J.C. & Hoek, H.W. (in press). In J. Treasure, U. Schmidt, C. Dare & E. van Furth (Eds.), *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research* (2nd Edition). Chichester: John Wiley and Sons.
- Van Londen, A., Van Londen-Barentsen, M.W., Van Son, M.J. & Mulder, G.A. (1993). Arousal training for children suffering from nocturnal enuresis: A 2½-year followup. *Behaviour Research and Therapy*, 31 (6), 613-615.
- Velicer, W.F., DiClemente, C.C., Prochaska, J.O. & Brandenburg, N. (1985). Decisional balance measure for assessing and predicting smoking status. *Journal Of Personality And Social Psychology*, 48, 1279-1289.
- Vitousek, K., Watson, S. & Wilson, G.T. (1998). Enhancing motivation for change in treatment-resistant eating disorders. *Clinical Psychology Review*, 18 (4), 391-420.
- Wagner, G & Karwautz, A. (2008). Neue Technologien in der Behandlung der Essstörungen insbesondere in der Selbsthilfe der Bulimia nervosa. In B. Stetina & I. Kryspin-Exner (Hrsg.), *Gesundheit und neue Medien. Psychologische Aspekte der Interaktion mit Informations- und Kommunikationstechnologien* (S. 117- 135) Wien: Springer.
- Wagner, G., Spitzer, M., Mayrhofer, A., Dolleschka, J., Dieplinger, M., Gal, U. et .al. (2008, September). *First RCT of Internet versus bibliotherapy in Bulimia nervosa: Preliminary results*. Poster presented at the Annual Meeting of the Eating Disorder Research Society (EDRS), Montreal, Canada.

- Walsh, B.T., Hadigan, C.M., Devlin, M.J., Gladis, M. & Roose, S.P. (1991). Long-term outcome of antidepressant treatment for bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 148, 1206-1212.
- Walsh, B.T., Wilson, G.T., Loeb, K.L., Devlin, M.J., Pike, K.M., Roose, S.P. Fleiss, J. & Waternaux, C. (1997). Medication and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 154, 523-531.
- Ward, A., Troop, N., Todd, G. & Treasure, J. (1996). To change or not to change--'how' is the question? *The British journal of medical psychology*, 69, 139-146.
- Wesemann, D. & Grunwald, M. (2008). Onlineberatung für Betroffene von Essstörungen und deren Angehörige. Befragungsergebnisse zu Wirkung und Nutzen des Beratungsangebots des ab-server. *Psychotherapeut*, 53, 284-289.
- Wilfley, D.E., Agras, W.S., Telch, C.F., Rossiter, E.M., Schneider, J.A., Cole, A.G et al. (1993). Group Cognitive-Behavioral Therapy and Group Interpersonal Psychotherapy for the Nonpurging Bulimic Individual. A Controlled Comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2), 296-305.
- Williams, C. (2003). New technologies in self-help: another effective way to get better?. *European Eating Disorders Review*, 11, 170-182
- Wilson, M., Bell-Dolan, D. & Beitman, B. (1997). Application of the Stages of Change Scale in a clinical drug trial. *Journal of Anxiety Disorders*, 11 (4), 395-408.
- Winship, G. (2008). An uncontrolled evaluation of guided self-help for panic disorder. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 15, 72-74.
- Winzelberg, A.J., Eppstein, D., Eldredge, K.L., Wilfley, D., Dasmahapatra, R., Dev, P. & Taylor, C.B. (2000). Effectiveness of an Internet-Based Program for Reducing Risk Factors for Eating Disorders. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 68 (2), 346-350.
- Wonderlich, S. & Mitchell, J.E. (1997). Comorbidity and eating disorders; Empirical, conceptual, and clinical implications. *Psychopharmacology Bulletin*, 33, 381-390.

13 TABELLENVERZEICHNIS

Tabelle 1:	Diagnostische Kriterien für 307.51 (F50.2) Bulimia Nervosa nach DSM-IV-TR (2003)	12
Tabelle 2:	Beispiel für eine Bedingungs- und Funktionsanalyse bei einer Patientin mit Bulimia nervosa (nach Jacobi et al., 2004, S.48)	20
Tabelle 3:	Ziele und Schwerpunkte der Verhaltenstherapie von Bulimia nervosa (nach Jacobi, Thiel & Paul, 1996)	24
Tabelle 4:	Unterschiede der Internet- und Bibliothherapie	65
Tabelle 5:	Stichprobenbeschreibung zum Zeitpunkt der Basisdiagnostik (Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse t-Tests für unabhängige Stichproben)	72
Tabelle 6:	Veränderungsphasen der allgemeinen Motivation (Mittelwerte und Standardabweichungen)	74
Tabelle 7:	Behandlungseffekte der bulimischen Primärsymptomatik in der Internettherapie (INT) und Bibliothherapie (BIB) über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2)- Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen	76
Tabelle 8:	Anzahl der symptomabstinenten, symptomremittierten und weiterhin an Bulimie erkrankten Patientinnen in den Selbsthilfegruppen INT und BIB (in Prozent) zu Therapieende (T2)	80
Tabelle 9:	Behandlungseffekt auf das Körpergewicht in der Internettherapie (INT) und Bibliothherapie (BIB) über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2)- Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen	81
Tabelle 10:	Behandlungseffekt auf die Veränderungsmotivation in der Internettherapie (INT) und Bibliothherapie (BIB) über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2)- Mittelwerte, Standardabweichungen und Ergebnisse der Varianzanalysen mit Messwiederholungen	83

14 ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abbildung 1: Übergänge von unterschiedlich intensiven Behandlungsstufen im Stepped-Care- Modell	28
Abbildung 2: Stichprobenselektion	58
Abbildung 3: Die sieben Schritte im Selbsthilfeprogramm „SALUT BN“	61
Abbildung 4: Verlauf von geregelten Mahlzeiten und Heißhungeranfällen	64
Abbildung 5: Einsatz der Erhebungsinstrumente zu den drei Messzeitpunkten	70
Abbildung 6: Verlauf der Essanfälle über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB	77
Abbildung 7: Verlauf des Erbrechens über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB	78
Abbildung 8: Verlauf der allgemeinen Veränderungsmotivation über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB	82
Abbildung 9: Verlauf der essstörungsspezifischen Veränderungsmotivation über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB	84
Abbildung 10: Verlauf der allgemeinen Veränderungsmotivationsphasen über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in der Internettherapie	86
Abbildung 11: Verlauf der allgemeinen Veränderungsmotivationsphasen über die drei Messzeitpunkte Beginn (T0), Mitte (T1) und Ende der Therapie (T2) in der Bibliotherapie	86
Abbildung 12: Subjektive Beurteilung zur Nützlichkeit des E-Mailkontakt mit dem Coach in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB	89
Abbildung 13: Subjektive Beurteilung zur Nützlichkeit des Selbsthilfeprogramms in den Selbsthilfegruppen INT versus BIB	89

15 ANHANG

Veränderungsmotivation

Deskriptive Statistik zu den drei Messzeitpunkten Beginn (T0)-Mitte (T1)-Ende (T2): Internettherapie

Veränderungsmotivation	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Veränderung AM ¹ T0 auf T2	38	-,68	,63	,0188	,29660
Veränderung AM T0 auf T1	43	-,75	,85	-,0118	,30446
Veränderung EM ² T0 auf T2	42	-,85	2,10	,8235	,66406
Veränderung EM T0 auf T1	48	-,35	1,75	,5116	,53794

¹Allgemeine Motivation (FEVER), ²Essstörungsspezifische Veränderungsmotivation (BNSOCQ)

Deskriptive Statistik zu den drei Messzeitpunkten Beginn (T0)-Mitte (T1)-Ende (T2): Bibliotherapie

Veränderungsmotivation	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Veränderung AM T0 auf T2	27	-,59	,76	-,0123	,33042
Veränderung AM T0 auf T1	32	-,65	,46	-,1003	,23938
Veränderung EM T0 auf T2	31	-,20	2,35	,9585	,71778
Veränderung EM T0 auf T1	34	-,50	2,15	,7340	,58708

¹Allgemeine Motivation (FEVER), ²Essstörungsspezifische Veränderungsmotivation (BNSOCQ)

Bulimische Primärsymptomatik

Deskriptive Statistik zu den drei Messzeitpunkten Beginn (T0)-Mitte (T1)-Ende (T2):

Internettherapie

Bulimische Primärsymptomatik	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Veränderung Essanfälle ¹ T0-T1	49	-173,00	152,00	-12,3265	38,33318
Veränderung Essanfälle T1-T2	43	-112,00	72,00	-4,2093	24,37754
Veränderung Essanfälle T0-T2	43	-101,00	40,00	-17,3953	24,17706
Veränderung Erbrechen ² T0-T1	49	-388,00	75,00	-29,7755	70,38326
Veränderung Erbrechen T1-T2	43	-112,00	72,00	-3,5349	25,38311
Veränderung Erbrechen T0-T2	43	-396,00	55,00	-36,7674	81,17378

¹⁺² Anzahl der Essanfälle und des Erbrechens im jeweils vergangenen Monat zu T0-T1-T2 (QATA)

Deskriptive Statistik zu den drei Messzeitpunkten Beginn (T0)-Mitte (T1)-Ende (T2):

Bibliotherapie

Bulimische Primärsymptomatik	N	Minimum	Maximum	Mittelwert	Standardabweichung
Veränderung Essanfälle ¹ T0-T1	38	-88,00	60,00	-14,6316	27,10482
Veränderung Essanfälle T1-T2	37	-92,00	116,00	-,8378	25,71588
Veränderung Essanfälle T0-T2	37	-92,00	48,00	-15,7568	27,40175
Veränderung Erbrechen ² T0-T1	38	-132,00	84,00	-16,6579	35,29358
Veränderung Erbrechen T1-T2	37	-95,00	116,00	-2,8649	30,08891
Veränderung Erbrechen T0-T2	37	-136,00	48,00	-19,8649	32,18364

¹⁺² Anzahl der Essanfälle und des Erbrechens im jeweils vergangenen Monat zu T0-T1-T2 (QATA)

16 CURRICULUM VITAE

Persönliche Daten

Name: Marion Spitzer
Geburtsdatum: 11. Juli 1978
Geburtsort: Wien, Österreich
Staatszugehörigkeit: Österreich
Familienstand: ledig

Schulbildung

1984-1988 Volksschule bei den Piaristen
A-1080 Wien, Jodok- Fink-Platz 1
1988-1997 Wirtschaftskundliches Bundesrealgymnasium
A-1080 Wien, Feldgasse 6-8
1997 Beginn des Studiums der Psychologie an der Universität Wien

Berufliche Tätigkeiten

1999 Österreichische Post, Schalterdienst
2001-2004 Kundenberatung und Verkauf im Sonnenstudio
2005 sechswöchiges Fachpraktikum im psychosozialen Gesundheitszentrum
für Menschen mit Erkrankungen aus dem schizophrenen Formenkreis
A-2340 Mödling, Wienerstrasse 18
2005-2006 Studienassistentin in der Fachbereichsbibliothek der Fakultät für
Psychologie
A-1010 Wien, Liebiggasse 5
2006 Psychologische Betreuung adipöser Kinder- und Jugendlicher im
Rahmen eines Sportcamps (Wiener Jugendrotkreuz)

2006-2009 Forschungsstipendiat an der Psychiatrie des Kindes- und
Jugendalters am AKH Wien für die psychologische Betreuung
jugendlicher und erwachsener Bulimie- Patientinnen im
Rahmen einer gestützten Selbsthilfestudie (Internet versus
Bibliotherapie)

Zusatzqualifikation

Coaching im Bereich Essstörungen, Teilnahme an diversen Essstörungskongressen, gute
SPSS- Kenntnisse, fundierte Sprachkenntnisse in Englisch und Französisch, Führerschein B