

Anja Hilbert
Brunna Tuschen-Caffier

Eating Disorder Examination
Deutschsprachige Übersetzung
2. Auflage

Eating Disorder Examination

Deutschsprachige Übersetzung

2. Auflage

Anja Hilbert

Brunna Tuschen-Caffier

Eating Disorder Examination 1



**Tübingen
2016**

Kontaktadressen:

Prof. Dr. Anja Hilbert
Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum AdipositasErkrankungen
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie
Universitätsmedizin Leipzig
Philipp-Rosenthal-Straße 27
D-04103 Leipzig

Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier
Klinische Psychologie und Psychotherapie
Institut für Psychologie
Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Engelbergerstraße 41
D-79106 Freiburg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek:

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

Alle Rechte vorbehalten.

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung der Copyrightinhaberin unzulässig und strafbar. Dies gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen sowie die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

© 2016 Anja Hilbert

dgvt-Verlag
Im Sudhaus
Hechinger Straße 203
72072 Tübingen

E-Mail: dgvt-verlag@dgvt.de
Internet: www.dgvt-verlag.de

Satz: Anja Hilbert, Leipzig
Umschlaggestaltung: Christina Sieg, Marburg

ISBN 978-3-87159-411-3

Inhalt

	Seite
1. Einleitung	3
2. Konstruktion	3
3. Aufbau	5
4. Auswertung	7
5. Psychometrische Gütekriterien	11
6. Material und Durchführung	12
7. Literatur	14
Manual	15
Kodierungsbogen	56
Auswertungsbogen	68
Diagnosebogen	69

1. Einleitung

Das Eating Disorder Examination (EDE) von Fairburn und Cooper (1993) ist ein strukturiertes Experteninterview zur Klassifikation und zur Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Essstörungen. Es ist für diagnostische Anwendungen bei Erwachsenen und Jugendlichen in der klinischen Forschung und Praxis geeignet. Die vorliegende Publikation umfasst die autorisierte deutschsprachige Übersetzung des EDE einschließlich seiner Erweiterungen mit dem zugehörigen Manual, Kodierungsbogen, Auswertungs- und Diagnosebogen (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006). Einleitend werden Konstruktion, Aufbau und Auswertung, die psychometrischen Gütekriterien sowie die Durchführung des Interviews beschrieben.

2. Konstruktion

Das EDE wurde ursprünglich zur Erforschung von Essstörungen entwickelt (Cooper & Fairburn, 1987). Die Testkonstruktion erfolgte nach rationalen Gesichtspunkten: Die Items sollten Kernmerkmale von Essstörungen beschreiben und wurden auf der Grundlage von Merkmalslisten aus der Forschungsliteratur und vorhandener Essstörungsfragebögen konstruiert. Dieser Itempool wurde mit unstrukturierten Interviews von Patientinnen mit Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa abgeglichen. Verschiedene Versionen des EDE wurden einer kontinuierlichen Überarbeitung unterzogen, bevor die 10. Originalversion des EDE publiziert wurde (Cooper & Fairburn, 1987). Nach weiteren acht Jahren Forschung legten Fairburn und Cooper mit der 12. Version die seitdem gültige Referenzversion des EDE vor (Version 12.0D; Fairburn & Cooper, 1993). Diese Version war verkürzt und für Anwendungen in der klinisch-psychologischen Praxis um diagnostische Items nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen, 4. Auflage (DSM-IV; American Psychiatric Association [APA], 1994), ergänzt worden. In weiteren unveröffentlichten Versionen (bis zur 16. Version) wurde die weiterhin gültige 12. Version überarbeitet und ergänzt. Aktuell liegt nun die 17. Version vor (Fairburn, Cooper & O'Connor, 2014), die die diagnostischen Kriterien der 5. Auflage des DSM einschließt (DSM-5; APA, 2013; Falkai & Wittchen, 2015).

Die deutschsprachige Übersetzung des EDE entstand mit dem Ziel, eine hohe Vergleichbarkeit mit dem englischsprachigen Original herzustellen, und basiert auf einer wort- und sinngetreuen Übersetzung der Version 12.0D. Die Vergleichbarkeit der übersetzten Items mit den englischsprachigen Items wurde durch eine Reübersetzungsprozedur mit einer staatlich geprüften Übersetzerin kontrolliert. Die in 2006 publizierte Übersetzung des EDE 12.0D (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2006) enthält zusätzlich die geringfügig veränderten Formulierungen der Items in der 14. und 15. Version. Unter denselben Maßgaben wurde für die vorliegende Publikation die 17. Version

des EDE (Fairburn et al., 2014) übersetzt. Sie enthält somit auch die veränderten Itemformulierungen der 16. Version. Das EDE 17.0D unterscheidet sich vom EDE 12.0D vor allem in den folgenden Punkten:

1. Entsprechend der Kriterien des DSM-5 wurden die diagnostischen Items für die Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa überarbeitet.
2. Das seit dem EDE 12.0D hinzugefügte Modul zur Diagnostik der Binge-Eating-Störung wurde ebenfalls an die Kriterien des DSM-5 angepasst (für die deutschsprachige Übersetzung des EDE 12.0D war zuvor ein Binge-Eating-Störungsmodul von D. E. Wilfley eingefügt worden).
3. Es liegt eine neue Bewertung der Items der Subskala Restraint vor. Eine Einschränkung zum Zweck, ein allgemeines Kontrollgefühl zu erreichen, wird zusätzlich bewertet zur Einschränkung, um die Figur oder das Gewicht zu beeinflussen. Dies dient dazu, eine Art der Einschränkung zu identifizieren, die vor allem bei jüngeren Patienten und in früheren Phasen einer Essstörung sowie bei Fällen aus nicht-westlichen Kulturräumen beobachtet wird. Neben dem Subskalenwert für Restraint kann also ein kombinierter Wert berechnet werden.
4. Zwischen kompensatorischen und nicht-kompensatorischen Formen von Purging-Verhalten wird unterschieden. Kompensatorisches Purging-Verhalten bezieht sich dabei auf Episoden, die Essanfällen folgen, während nicht-kompensatorisches Purging außerhalb dieser erfolgt.
5. Ein neues „Wichtigkeits-Item“ wurde erstellt. Somit wird neben der Wichtigkeit von Figur und Gewicht für die Selbstbewertung nun die Überbewertung von Kontrolle über Essen an sich in ihrem Einfluss auf die Selbstbewertung erfasst.

In allen anderen wichtigen Punkten entspricht das EDE 17.0D dem EDE 12.0D und erzeugt EDE 12.0D-kompatible Daten.

3. Aufbau

Erfassung der spezifischen Essstörungspsychopathologie. Das EDE erlaubt eine Erfassung der spezifischen Essstörungspsychopathologie mit den vier Subskalen Restraint (Gezügeltes Essen), Eating Concern (Essensbezogene Sorgen), Weight Concern (Gewichtssorgen) und Shape Concern (Figursorgen). Die Restraint Scale umfasst Parameter eines gezügelten Essstils, z. B. den Versuch, das Essen einzuschränken oder Diätregeln zu befolgen. Die Eating Concern Scale beschreibt weitere Auffälligkeiten in Bezug auf das Essen, die z. B. in einer Konzentrationsbeeinträchtigung

aufgrund des Nachdenkens über das Essen oder in heimlichem Essen bestehen können. Die Weight Concern Scale deckt Korrelate gewichtsbezogener Sorgen ab, z. B. die Relevanz des Gewichts für das Selbstwertgefühl. Die Shape Concern Scale erfragt mit ähnlicher Operationalisierung Korrelate von Figursorgen, z. B. die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls von der Figur oder die Vermeidung des Entkleidens im Beisein anderer. Von den insgesamt 40 Items sind 21 Items den beschriebenen Subskalen zugeordnet (s. Tabelle 1).

Tabelle 1. Zuordnung der Items zu den vier Skalen des EDE.

Restraint Scale (5 Items)		Eating Concern Scale (5 Items)	
3.	Gezügeltessverhalten	8.	Beschäftigung mit Nahrungsmitteln, Essen oder Kalorien
4.	Essensvermeidung	9.	Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren
5.	Leerer Magen	13.	Essen in Gesellschaft
6.	Vermeidung von Nahrungsmitteln	14.	Heimliches Essen
7.	Diätregeln	15.	Schuldgefühle aufgrund des Essens
Weight Concern Scale (5 Items)		Shape Concern Scale (8 Items)	
22.	Unzufriedenheit mit dem Gewicht	28.	Unzufriedenheit mit der Figur
23.	Wunsch abzunehmen	29.	Beschäftigung mit Figur oder Gewicht ^a
26.	Reaktion auf vorgeschriebenes Wiegen	30.	Wichtigkeit von Gewicht, Figur und strikter Kontrolle über das Essen ^b
29.	Beschäftigung mit Figur oder Gewicht ^a	31.	Angst vor Gewichtszunahme
30.	Wichtigkeit von Gewicht, Figur und strikter Kontrolle über das Essen ^b	32.	Unbehagen beim Betrachten des Körpers
		33.	Unbehagen beim Entkleiden
		34.	Gefühl, dick zu sein
		37.	Flacher Bauch

^a Das Item 29. „Beschäftigung mit Figur oder Gewicht“ ist den Skalen Weight Concern und Shape Concern zugeordnet.

^b Das Item 30. „Wichtigkeit von Gewicht, Figur und strikter Kontrolle über das Essen“ ist den Skalen Weight Concern und Shape Concern zugeordnet.

Die 21 Items mit Subskalenzuordnung beschreiben essstörungsspezifische Merkmale auf der kognitiv-emotionalen Ebene sowie auf der Ebene des offen sichtbaren Verhaltens in ihren aktuellen Ausprägungen während der letzten 28 Tage. Bei dem überwiegenden Teil der Items werden Häufigkeiten eingeschätzt, bei sieben Items ist die Intensität einzuschätzen (Items 13, 22, 26, 28, 30, 32, 33). Die Einschätzungen sind jeweils auf siebenstufigen verankerten Ratingskalen vorzunehmen (s. Tabelle 2; 0 = *Merkmal war nicht vorhanden* bis 6 = *Merkmal war an jedem Tag bzw. in extremer Ausprägung vorhanden*).

Tabelle 2. Kodierungsschema des EDE.

Häufigkeitsratings	Intensitätsratings
0 – Merkmal war nicht vorhanden	0 – Merkmal war nicht vorhanden
1 – Merkmal war an einigen Tagen vorhanden (1 bis 5 Tage)	1 – Merkmal war fast nicht vorhanden
2 – Merkmal war an weniger als der Hälfte der Tage vorhanden (6 bis 12 Tage)	2 –
3 – Merkmal war an der Hälfte der Tage vorhanden (13 bis 15 Tage)	3 – Merkmal war von mittlerer Intensität (zwischen 0 bis 6)
4 – Merkmal war an mehr als der Hälfte der Tage vorhanden (16 bis 22 Tage)	4 –
5 – Merkmal war an fast jedem Tag vorhanden (23 bis 27 Tage)	5 – Merkmal hatte eine fast extreme Intensität
6 – Merkmal war an jedem Tag vorhanden	6 – Merkmal war in extremer Ausprägung vorhanden
<hr/>	
7 – Die Ausprägung eines Merkmals war so groß, dass sie nicht gezählt werden kann (z. B. wenn die Anzahl der objektiven Essanfälle so groß war, dass sie nicht berechnet werden kann).	
8 – Trotz adäquater Befragung ist es nicht möglich, eine Entscheidung für ein Rating zu treffen. Das Item kann nicht nach dem vorgegebenen Kodierungsschema bewertet werden.	
9 – Fehlende Werte oder nicht zutreffende Fragen	
Wenn die Wahl zwischen zwei Ratings schwer fällt, vergeben Sie die niedrigere Bewertung, die einer geringeren Merkmalsausprägung entspricht (Ausnahme: Item 1. „Essgewohnheiten“).	

Wie in Tabelle 2 dargestellt, werden fehlende Werte im Allgemeinen mit den Kodierungen 7, 8 oder 9 versehen. Wenn ein Merkmal so häufig auftritt, dass es schwierig ist, eine genaue Bewertung zu erhalten (z. B. bei einer sehr großen Anzahl von objektiven Essanfällen oder von Episoden selbstinduzierten Erbrechens), empfiehlt es sich, die Anzahl der Tage zu berichten, an denen das Merkmal aufgetreten ist.

Essstörungsdiagnostik. Weitere dreizehn, nicht skalenbildende Items dienen der Diagnosestellung der Essstörungen Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und der Binge-Eating-Störung sowie anderer näher bezeichneter Fütter- oder Essstörungen nach den Kriterien des DSM-5 (APA, 2013; dt. Falkai & Wittchen, 2015). Erfragt werden unter anderem Häufigkeiten von Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen, z. B. von selbstinduziertem Erbrechen oder von Missbrauch von Diuretika oder Laxantien. Die diagnostisch relevanten Items beziehen sich auf die letzten drei Monate. Falls das Interview in erster Linie zur Diagnosestellung nach DSM-5 herangezogen werden soll, können auch ausschließlich die diagnostischen Items vorgegeben werden.

4. Auswertung

Spezifische Essstörungspsychopathologie. Die Auswertung des EDE hinsichtlich der spezifischen Essstörungspsychopathologie erfolgt durch die Berechnung von Subskalenmittelwerten für die Subskalen Restraint, Eating Concern, Weight Concern und Shape Concern. Auswertungen einzelner Items oder die Berechnung eines Gesamt(mittel)werts zur Abbildung des globalen Grades einer vorhandenen Essstörungspsychopathologie sind ebenfalls möglich.

Die Subskalenmittelwerte werden berechnet, indem die Itemwerte pro Subskala aufaddiert und durch die jeweilige Anzahl der Items dividiert werden (s. Auswertungsbogen). Wenn nicht alle Items bewertet worden sind, wird die Summe der zu bewertenden Items durch die Anzahl der tatsächlich bewerteten Items dividiert. Ein Subskalenmittelwert sollte nicht errechnet werden, wenn weniger als die Hälfte der Items einer Subskala kodiert wurden. Zur Auswertung der Subskalenmittelwerte von Hand kann der Auswertungsbogen zur Hilfe genommen werden. Die Auswertung der Subskalenmittelwerte ist die häufigste Auswertungsform des EDE.

Der Gesamtwert berechnet sich aus der Summe der Subskalenmittelwerte dividiert durch die Anzahl der Subskalen. Auch für den Fall, dass nur drei Subskalenmittelwerte errechnet wurden, kann ein Gesamtwert ermittelt werden. Wenn dagegen weniger als drei Subskalenmittelwerte vorliegen, ist die Berechnung eines Gesamtwerts nicht sinnvoll. Der Gesamtwert sollte immer im Zusammenhang mit den Einzel- und Subskalenmittelwerten interpretiert werden.

Essstörungsdiagnosen. In den Tabellen 3 bis 5 ist dargestellt, mit Hilfe welcher Items das EDE zur Diagnosestellung der Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und der Binge-Eating-Störung entsprechend der Kriterien des DSM-5 (APA, 2013; dt. Falkai & Wittchen, 2015) genutzt werden kann. Für jedes DSM-5-Kriterium wird spezifiziert, welches Item in welcher Ausprägung vorhanden sein muss. Zur Diagnosestellung nach DSM-5 kann der angehängte Diagnosebogen verwendet werden.

Tabelle 3. DSM-5-Kriterien und Klassifikation der Anorexia Nervosa mit dem EDE (kursiv gedruckt).

Anorexia Nervosa

- A. Signifikant niedriges Gewicht durch eingeschränkte Energieaufnahme unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit. „Signifikant niedriges Gewicht“ umfasst ein Gewicht unterhalb des Minimums des Normalgewichts oder unterhalb des Minimums des zu erwartenden Gewichts bei Kindern und Jugendlichen.
- ➔ *Das Gewicht und die Größe des/der Betroffenen sollten gemessen und das Alter erfasst werden. Anschließend sollten die Richtlinien des DSM-5 (S. 464-465) angewendet werden, um zu entscheiden, ob ein „signifikant niedriges Gewicht“ vorliegt. **Außerdem** sollte Item 40. „Niedriges Gewicht gehalten“ mit 1 oder 2 bewertet worden sein.*
-
- B. Trotz signifikant niedrigem Gewichts deutliche Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes, einer Gewichtszunahme entgegenwirkendes Verhalten.
- ➔ *Das Item 31. „Angst vor Gewichtszunahme“ sollte mit 4 oder höher für jeden der letzten drei Monate bewertet worden sein. **Alternativ** sollte das Item 40. „Niedriges Gewicht gehalten“ mit 1 oder 2 bewertet worden sein.*
-
- C. Wahrnehmungsstörung in Bezug auf die eigene Figur oder das Gewicht, übertriebener Einfluss des Gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende, fehlende Einsicht hinsichtlich des Schweregrades des gegenwärtig geringen Gewichts.
- ➔ *In Item 30. sollten entweder „Wichtigkeit der Figur“ oder „Wichtigkeit des Gewichts“ mit 4 oder höher (nicht adjustiert) für jeden der letzten drei Monate bewertet worden sein. **Alternativ** sollte das Item 40. „Niedriges Gewicht gehalten“ mit 1 oder 2 bewertet worden sein.*
-

Tabelle 4. DSM-5-Kriterien und Klassifikation der Bulimia Nervosa mit dem EDE (kursiv gedruckt).

Bulimia Nervosa

- A. Wiederkehrende Essanfälle, gekennzeichnet durch die folgenden beiden Merkmale:
- (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb von zwei Stunden), die erheblich größer ist als das, was die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter gleichen Bedingungen essen würden.
 - (2) Währenddessen Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten (z. B. Gefühl, nicht aufhören zu können, oder fehlende Kontrolle über Art und Menge der Nahrung).
- ➔ *Vorliegen „objektiver Essanfälle“ (Item 10.)*
-

Tabelle 4 (Fortsetzung). DSM-5-Kriterien und Klassifikation der Bulimia Nervosa mit dem EDE (kursiv gedruckt).

Bulimia Nervosa

B. Wiederkehrende unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.

➔ *Vorhandensein eines oder mehrerer der folgenden Merkmale:*

Item 16. „Selbstinduziertes Erbrechen“

Item 17. „Missbrauch von Laxantien“

Item 18. „Missbrauch von Diuretika“

Item 19. „Getriebenes Sporttreiben“

Item 20. „Anderes extremes gewichtskontrollierendes Verhalten“

Item 12. „Diätbedingte Einschränkung außerhalb von Essanfällen“

C. Die Essanfälle und die unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten auf.

➔ *Essanfälle: Mindestens 12 „objektive Essanfälle“ (Item 10.) während der letzten drei Monate. **Außerdem** sollte der längste Zeitraum ohne solche Episoden (nicht aufgrund äußerer Umstände) nicht länger als zwei Wochen betragen haben.¹*

Kompensationsverhalten: Mindestens eines der folgenden sechs Kriterien sollte erfüllt sein:

Item 16. „Selbstinduziertes Erbrechen“ – mindestens 12 Episoden während der letzten drei Monate

Item 17. „Missbrauch von Laxantien“ – mindestens 12 Episoden während der letzten drei Monate

Item 18. „Missbrauch von Diuretika“ – mindestens 12 Episoden während der letzten drei Monate

Item 19. „Getriebenes Sporttreiben“ – mindestens 12 Tage während der letzten drei Monate

Item 20. „Anderes extremes gewichtskontrollierendes Verhalten“ – mindestens 12 Tage während der letzten drei Monate

Item 12. „Diätbedingte Einschränkung außerhalb von Essanfällen“ sollte für jeden der letzten drei Monate mit 1 oder 2 bewertet worden sein.

***Außerdem** sollte das Item 21. „Abstinenz von extremem gewichtskontrollierendem Verhalten“ nicht höher als 2 bewertet worden sein.*

D. Übermäßiger Einfluss des Gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung.

➔ *In Item 30. sollte entweder die „Wichtigkeit der Figur“ oder die „Wichtigkeit des Gewichts“ mit 4 oder höher (nicht adjustiert) für jeden der letzten drei Monate bewertet worden sein.*

E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa auf.

➔ *Die Kriterien für Anorexia Nervosa sind nicht erfüllt.*

¹ DSM-5-Kriterien und EDE-Klassifikation in Abweichung von den Oxford-Kriterien (s. Fairburn & Cooper, 1993)

Tabelle 5. DSM-5-Kriterien und Klassifikation der Binge-Eating-Störung mit dem EDE (kursiv gedruckt).

Binge-Eating-Störung

- A. Wiederkehrende Essanfälle, gekennzeichnet durch die folgenden beiden Merkmale:
- (1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb von zwei Stunden), die erheblich größer ist als das, was die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter gleichen Bedingungen essen würden.
 - (2) Währenddessen Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten (z. B. Gefühl, nicht aufhören zu können, oder fehlende Kontrolle über Art und Menge der Nahrung).
- ➔ *Vorliegen „objektiver Essanfälle“ (Item 10.)*
-
- B. Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
- (1) Deutlich schneller essen als normal.
 - (2) Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl.
 - (3) Essen großer Nahrungsmengen, obwohl körperlich nicht hungrig.
 - (4) Alleine essen aus Scham über die Nahrungsmenge.
 - (5) Ekelgefühle, Deprimiertheit oder Schuldgefühle.
- ➔ *Mindestens drei der relevanten Items aus dem „Binge-Eating-Störungsmodul“ (Item 11.) wurden positiv bewertet.*
-
- C. Ein deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle besteht.
- ➔ *Das relevante Item aus dem „Binge-Eating-Störungsmodul“ (Item 11.) wurde positiv bewertet.*
-
- D. Die Essanfälle treten durchschnittlich mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten auf.
- ➔ *Mindestens 12 „objektive Essanfälle“ (Item 10.) während der letzten drei Monate. **Außerdem** sollte der längste Zeitraum ohne solche Episoden (nicht aufgrund äußerer Umstände) nicht länger als zwei Wochen betragen haben.¹*
-
- E. Die Essanfälle treten nicht gemeinsam mit unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen wie bei der Bulimia Nervosa und nicht ausschließlich im Verlauf einer Bulimia Nervosa oder Anorexia Nervosa auf.
- ➔ *Die Kriterien der Bulimia Nervosa für wiederholte unangemessene kompensatorische Maßnahmen **und** die Kriterien für Anorexia Nervosa sind nicht erfüllt.*
-

¹ DSM-5-Kriterien und EDE-Klassifikation in Abweichung von den Oxford-Kriterien (s. Fairburn & Cooper, 1993)

5. Psychometrische Gütekriterien

Eine Vielzahl von Studien hat die teststatistischen Eigenschaften des englischsprachigen EDE dokumentiert. Das EDE zeichnet sich darin durch überwiegend gute Kennwerte zur Validität und Reliabilität aus (Berg, Peterson, Frazier & Crow, 2012).

Eine teststatistische Untersuchung der deutschsprachigen Übersetzung des EDE bestätigte die für das englischsprachige Original berichteten Kennwerte (Hilbert, Tuschen-Caffier & Ohms, 2004; Tuschen-Caffier, Pook & Hilbert, 2005): In einer aus Personen mit der Diagnose einer Bulimia Nervosa, Anorexia Nervosa oder Binge-Eating-Störung (nach DSM-IV-TR) sowie nicht-essgestörten Vergleichspersonen bestehenden Stichprobe zeigten sich sowohl auf der Item- als auch auf Subskalenebene vergleichbar hohe Interrater-Reliabilitäten ($N = 284$; Items: Cohen's $\kappa \geq .80$, Spearman-Korrelationskoeffizient $r_{sp} > .90$; Subskalen: Pearson-Korrelationskoeffizienten $.92 \leq r \leq .99$). Der Gesamtwert hatte eine Interrater-Reliabilität von $r = .99$. Die internen Konsistenzen lagen für die Subskalen bei $.73 \leq \text{Cronbach's } \alpha \leq .86$, für den Gesamtwert bei $\alpha = .93$. Die Subskalen waren deutlich korreliert ($.54 \leq r \leq .83$), die Profilreliabilität betrug jedoch $r_p = .94$.

Tabelle 6. Vergleichswerte des EDE in verschiedenen Essstörungsgruppen sowie in einer nicht-essgestörten Vergleichsgruppe: Mittelwerte (M) und Standardabweichungen (SD) der Subskalen und des Gesamtwerts (nach Hilbert et al., 2004).

	Anorexia Nervosa		Bulimia Nervosa		Binge-Eating-Störung		Nicht-essgestört	
	$(N = 20)$		$(N = 80)$		$(N = 144)$		$(N = 40)$	
	M	SD	M	SD	M	SD	M	SD
Restraint	4.17	1.52	3.71	1.28	2.52	1.45	0.90	1.02
Eating Concern	3.17	1.33	3.01	1.31	1.72	1.29	0.07	0.17
Weight Concern	3.76	1.71	3.98	1.44	3.40	1.16	1.40	1.03
Shape Concern	3.86	1.48	4.17	1.40	3.73	1.18	1.22	0.98
EDE-Gesamtwert	3.74	1.23	3.72	1.10	2.84	0.96	0.90	0.64

Die konvergenten Validitäten, die anhand von Korrelationen mit Selbstbeurteilungsverfahren bestimmt wurden, fielen signifikant aus, lagen jedoch erwartungsgemäß überwiegend im mittleren Bereich. Beispielsweise korrelierten die EDE-Subskalen Shape Concern und Weight Concern mit dem Fragebogen zum Figurbewusstsein um $.56 \leq r \leq .81$. Die EDE-Subskalen Restraint und Eating Concern zeigten signifikante Zusammenhänge mit dem in Ernährungstagebüchern protokollierten Essverhalten, z. B. Mahlzeiten- oder Essanfallshäufigkeiten oder Nährstoffaufnahme. Items, Subskalen und Gesamtwert differenzierten zwischen essgestörten und nicht-essgestörten Personen.

Die meisten Items des EDE, alle Subskalen und der Gesamtwert des EDE unterschieden zwischen Gruppen mit verschiedenen Essstörungsdiagnosen und bildeten Veränderungen durch psychologische Psychotherapie sensitiv ab. Vergleichswerte für die Essstörungen Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa und die Binge-Eating-Störung liegen vor (s. Tabelle 6).

6. Material und Durchführung

Material. Das deutschsprachige EDE umfasst ein Manual, einen Kodierungsbogen sowie einen Auswertungs- und Diagnosebogen. Das **Manual** enthält eine ausführliche Beschreibung der Konzepte, die den Items zugrunde liegen, Hinweise zur Fragetechnik und Richtlinien zur Kodierung. Es dient der Gestaltung der Gesprächssituation. Auf dem **Kodierungsbogen** können die Ratings notiert werden. Wegen der Menge der erhobenen Informationen empfiehlt es sich, die Ratings bis auf einige Berechnungen im Verlauf des Interviews vorzunehmen. Es empfiehlt sich zudem, während des Interviews auf dem Kodierungsbogen ausführliche Notizen zu machen. Der **Auswertungsbogen** ermöglicht eine schnelle und einfache Berechnung der Skalenwerte insbesondere bei Einzelauswertungen ohne PC. Mit Hilfe des **Diagnosebogens** kann für jedes DSM-5-Kriterium überprüft werden, ob eine Symptomatik mit dem spezifischen Schweregrad vorliegt.

Einarbeitung. Das EDE ist ein strukturiertes Experteninterview. Es beruht darauf, dass der/die Interviewer/in Merkmale der Essstörungspathologie erfragt, die Antworten der befragten Person durch gezieltes Nachfragen spezifiziert und anhand von Kodierungsregeln Häufigkeiten oder Schweregrad des Auftretens der pathologischen Merkmale einschätzt. Genaue Kenntnisse der zu erfragenden Konzepte wie auch der Kodierungstechniken sind daher Voraussetzung und umso wichtiger, als viele der erfassten Merkmale komplex sind und keine allgemein bekannten Bedeutungen haben. Es empfiehlt sich, zur Einarbeitung an einem speziellen EDE-Training teilzunehmen, das Konzepte, Fragetechniken und Kodierungsregeln vermittelt (s. Autorennachweis).

Gesprächsführung und Gestaltung der Gesprächssituation. Voraussetzung für die Durchführung des EDE ist eine entspannte Gesprächssituation. Eine aufmerksame und freundliche Haltung der befragten Person gegenüber ist für die Durchführung des Interviews förderlich. Interviewer/in und Befragte/r sollten auf eine kooperative Weise versuchen, gemeinsam ein genaues Bild des aktuellen Essverhaltens und anderer relevanter Einstellungen zu erhalten. Vor jedem Rating sollte sich der/die Interviewer/in rückversichern, dass er/sie die befragte Person richtig verstanden hat. Das Interview sollte nicht in Eile durchgeführt werden.

Durchführung. Das EDE enthält obligatorische Fragen (mit ► gekennzeichnet) und zusätzliche Fragen, die sich als hilfreich erwiesen haben, um die entsprechenden Konzepte zu erfragen, und von denen der/die Interviewer/in jeweils die geeigneten auswählen sollte. Vom Wortlaut der obligatorischen Fragen sollte möglichst wenig abgewichen werden. Allenfalls können sich wiederholende Formulierungen wie „während der letzten vier Wochen“ mit „im Verlauf“ oder „im Laufe der letzten vier Wochen“ umschrieben werden. Unterstrichene Satzteile sollten besonders betont werden. Die Reihenfolge der Items hat sich bewährt, bei Bedarf kann jedoch davon abgewichen werden. Wenn während des Interviews Informationen gegeben werden, die relevant für die Bewertung eines vorhergehenden Items sind, ist es erlaubt, zum entsprechenden Item zurückzukehren. Die Durchführung des gesamten Interviews dauert etwa 45 Minuten.

Einleitung. Einleitend sollten Informationen über Art und Ziel des Interviews gegeben werden, ebenso über die Dauer der Durchführung. Die befragte Person sollte darüber aufgeklärt werden, dass das Interview eine standardmäßige Zusammenstellung von Fragen beinhaltet, von denen einige wahrscheinlich nicht auf sie zutreffen. Es sollte erklärt werden, dass sich die Mehrzahl der Fragen auf die letzten vier Wochen bezieht, dass sich einige Fragen jedoch über die letzten drei Monate erstrecken. Zum Beispiel sollte der/die Interviewer/in für jede der vier Wochenenden bestimmen, ob der/die Befragte zuhause war oder nicht und wie das Wochenende verbracht wurde. Für die Vergegenwärtigung des Messzeitraums kann der/die Interviewer/in einen Kalender nutzen (s. Abbildung 1), in den Daten und Ereignisse als Gedächtnisstütze eingetragen werden können.

7. Literatur

- American Psychiatric Association (1994). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th ed. (DSM-IV)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th ed. (DSM-5)*. Arlington, VA: American Psychiatric Association.
- Berg, K. C., Peterson, C. B., Frazier, P. & Crow, S. (2012). Psychometric evaluation of the Eating Disorder Examination and Eating Disorder Examination-Questionnaire: A systematic review of the literature. *International Journal of Eating Disorders, 45*, 428-438.
- Cooper, Z. & Fairburn, C. G. (1987). The Eating Disorder Examination; A semi-structured interview for the assessment of the specific psychopathology of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders, 6*, 485-494.
- Fairburn, C. G. & Cooper, Z. (1993). The Eating Disorder Examination (12th ed.). In C. G. Fairburn & G. T. Wilson (eds.), *Binge eating: Nature, assessment and treatment* (pp. 317-360). New York: Guilford Press.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z. & O'Connor, M. E. (2014). Eating Disorder Examination (Edition 17.0D). Verfügbar unter: <http://www.credo-oxford.com/7.2.html>.
- Falkai, P. & Wittchen, H.-U. (Hrsg.) (2015). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen (DSM-5)*. Göttingen: Hogrefe.
- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2006). *Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Übersetzung (Bd. 01)*. Münster: Verlag für Psychotherapie.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. & Ohms, M. (2004). Eating Disorder Examination: Deutschsprachige Version des strukturierten Essstörungeninterviews. *Diagnostica, 50*, 98-106.
- Tuschen-Caffier, B., Pook, M. & Hilbert, A. (2005). *Diagnostik von Essstörungen und Adipositas*. Göttingen: Hogrefe.

EATING DISORDER EXAMINATION

MANUAL

EDE 17.0D

EINLEITUNG

Wir werden jetzt ein Interview durchführen, in dem ich Sie über Ihre Essgewohnheiten und über Ihre Einstellung zu Ihrer Figur und Ihrem Gewicht befragen möchte. Dieses Interview umfasst Fragen, die zum Teil vorgegeben sind. Da es sich um eine standardmäßige Auswahl von Fragen handelt, kann es sein, dass einige der Fragen nicht auf Sie zutreffen.

Die meisten Fragen beziehen sich auf die letzten vier Wochen (d. h. auf die letzten 28 Tage), aber einige Fragen gehen darüber hinaus und decken die vorangegangenen drei Monate ab. Ich weiß, dass dies Ihr Gedächtnis auf die Probe stellen wird, weil sich die Wochen in der Erinnerung vermischen.

Als Gedächtnisstütze habe ich einen Kalender für die letzten 28 Tage vorbereitet (den leeren Kalender vorzeigen); er endet mit dem gestrigen Tag, weil der heutige Tag noch nicht vorüber ist. Also reicht der Kalender vom (Datum) bis zum (Datum). Auch wenn es vielleicht seltsam erscheint, dass die Wochenenden in der Mitte stehen, so hat es sich ganz gut bewährt.

Und hier sind die Daten für die zwei Monate davor, vom (Datum) bis zum (Datum). Als Orientierungshilfe können Ihnen auch die Feiertage dienen, die ich bereits eingetragen habe (z. B. Ostern, Pfingsten, Weihnachten).

Um uns die letzten vier Wochen zu vergegenwärtigen, möchte ich Sie nun bitten, mir einige Ereignisse aus diesen letzten 28 Tagen zu nennen. Gab es irgendwelche Ereignisse, die von Ihrem gewöhnlichen Tagesablauf abgewichen sind zum Beispiel Feiern jeglicher Art, Ausflüge oder Urlaubstage? Diese können wir dann als Gedächtnisstütze in den Kalender eintragen.

Diese Ereignisse sollten an den entsprechenden Stellen im Kalender (Abbildung 1) eingetragen werden, um dem/der Interviewer/in und dem/der Befragten als Gedächtnisstütze zu dienen.

Kalender

<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>
<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>	<i>Datum:</i>

Monat 2 von bis Ereignisse:

Monat 3 von bis Ereignisse:

Abbildung 1. EDE-Kalender.

INTERVIEW

Nachdem Sie der befragten Person den spezifischen Messzeitraum vergegenwärtigt haben, empfiehlt es sich, das Interview mit einigen einleitenden Fragen zu beginnen, um einen generellen Überblick über seine/ihre Essgewohnheiten zu erhalten. Im Folgenden werden geeignete Fragen vorgeschlagen.

Einleitende Fragen:

Zu Beginn möchte ich mir gerne ein generelles Bild von Ihren Essgewohnheiten während der letzten vier Wochen machen. Wie waren Ihre üblichen Essgewohnheiten?

Haben sich Ihre Essgewohnheiten von Tag zu Tag stark verändert?

Waren Wochentage und Wochenenden unterschiedlich?

An dieser Stelle sollten Werktag und freie Tage definiert und in ihrer Anzahl erfasst werden, so wie es dem Lebenswandel der befragten Person entspricht (z. B. sollten Sie erfragen, ob der/die Befragte regelmäßig an Werktagen frei hat oder an Wochenenden arbeiten muss).

Gab es Tage, an denen Sie nichts gegessen haben?

Fragen Sie nach den Monaten 2 und 3.

Wie war es in den vorangegangenen zwei Monaten (nennen Sie die spezifischen Monate)? Waren Ihre Essgewohnheiten gleich oder vollkommen anders?

1. ESSGEWOHNHEITEN

► Ich möchte Sie gern über Ihre Essgewohnheiten befragen. Welche der folgenden Mahlzeiten oder Zwischenmahlzeiten haben Sie während der letzten vier Wochen regelmäßig gegessen?

- | | |
|--|--------------------------|
| Frühstück | <input type="checkbox"/> |
| 2. Frühstück | <input type="checkbox"/> |
| Mittagessen (Mahlzeit zur Mittagszeit) | <input type="checkbox"/> |
| Zwischenmahlzeit am Nachmittag | <input type="checkbox"/> |
| Abendessen | <input type="checkbox"/> |
| Zwischenmahlzeit am Abend | <input type="checkbox"/> |
| Nächtliches Essen (d. h. Essensepisode, nachdem die Person geschlafen hat) | <input type="checkbox"/> |

Bewerten Sie jede Mahlzeit und Zwischenmahlzeit getrennt, indem Sie die Einteilung des/der Befragten aufgreifen, und zwar innerhalb der oben genannten Definitionen. Fragen Sie die Essgewohnheiten an Werktagen und am Wochenende getrennt nach. Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten sollten auch bewertet werden, wenn sie zu einem Essanfall geführt haben. Ein „Brunch“ gilt generell als Mittagessen. Mit Ausnahme des nächtlichen Essens vergeben Sie die höhere Bewertung, falls die Wahl zwischen zwei Ratings schwer fällt. Wenn Mahlzeiten schwer zu klassifizieren sind (z. B. wegen Schichtarbeit), bewerten Sie sie mit 8.

- 0 – Mahlzeit oder Zwischenmahlzeit nicht gegessen
- 1 – Mahlzeit oder Zwischenmahlzeit an 1 bis 5 Tagen gegessen
- 2 – Mahlzeit oder Zwischenmahlzeit an weniger als der Hälfte der Tage gegessen (6 bis 12 Tage)
- 3 – Mahlzeit oder Zwischenmahlzeit an der Hälfte der Tage gegessen (13 bis 15 Tage)
- 4 – Mahlzeit oder Zwischenmahlzeit an mehr als der Hälfte der Tage gegessen (16 bis 22 Tage)
- 5 – Mahlzeit oder Zwischenmahlzeit an fast jedem Tag gegessen (23 bis 27 Tage)
- 6 – Mahlzeit oder Zwischenmahlzeit täglich gegessen

Falls der/die Befragte Episoden nächtlichen Essens berichtet, erfragen Sie, wie viel er/sie davon zu dieser Zeit bewusst mitbekommen hat (Grad der Wachheit) und wie gut er/sie sich hinterher daran erinnern konnte.

Als Sie gegessen haben, wie wach waren Sie da und wie gut konnten Sie sich am nächsten Tag daran erinnern?

- 0 – kein nächtliches Essen
- 1 – nächtliches Essen ohne Beeinträchtigung der Bewusstheit (Wachheit) oder der Erinnerung
- 2 – nächtliches Essen mit Beeinträchtigung der Bewusstheit (Wachheit) oder der Erinnerung

2. NASCHEN ODER KNABBERN

► **Haben Sie während der letzten vier Wochen zwischen den Mahlzeiten und Zwischenmahlzeiten genascht oder geknabbert? Mit „Naschen“ meine ich wiederholtes, ungeplantes Essen.**

Wie war es beim Kochen?

Was haben Sie bei diesen Gelegenheiten typischerweise gegessen?

Warum würden Sie dies nicht als Zwischenmahlzeit bezeichnen?

Haben Sie vorher gewusst, wie viel Sie essen würden?

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen Naschen (Knabbern) vorkam. Essensepisoden zählen dann als Naschen (oder Knabbern), wenn sie ungeplant waren, wenn die gegessene Menge in dem Moment, als die Episode begann, unbestimmt war und wenn das Essen einen repetitiven Charakter hatte. Typischerweise wird etwas nicht ganz aufgegessen (z. B. nur ein Stück von etwas oder weniger als üblich), doch die gegessene Menge sollte insgesamt nicht geringfügig gewesen sein (z. B. nicht einfach eine Kante einer Scheibe Brot). Im Allgemeinen sollte der/die Befragte die Episoden selbst für Beispiele von Naschen (Knabbern) halten.

Naschen (Knabbern) kann von dem Essen einer „Zwischenmahlzeit“ unterschieden werden. Eine Zwischenmahlzeit ist eine Essensepisode, bei der die gegessene Menge klein (kleiner als bei einer Mahlzeit) und im Voraus mit einiger Sicherheit bekannt ist und die keinen repetitiven Charakter hat. Episoden des Naschens, die in Zwischenmahlzeiten, Mahlzeiten oder Essanfällen übergehen, sollten nicht bewertet werden. Die Bewertung des Naschens kann eine Neubewertung von Zwischenmahlzeiten erforderlich machen (s. 1. Essgewohnheiten).

0 – kein Naschen (Knabbern)

1 – Naschen (Knabbern) an 1 bis 5 Tagen

2 – Naschen (Knabbern) an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)

3 – Naschen (Knabbern) an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)

4 – Naschen (Knabbern) an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)

5 – Naschen (Knabbern) an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)

6 – tägliches Naschen (Knabbern)



3. GEZÜGELTES ESSVERHALTEN

Restraint

► **Haben Sie während der letzten vier Wochen häufiger bewusst versucht, Ihr Essen einzuschränken (d. h. die Gesamtmenge zu reduzieren), unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist?**

Was haben Sie versucht zu tun?

Geschah dies mit der Absicht, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen oder ein Überessen zu verhindern?

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen der/die Befragte *bewusst versucht* hat, seine/ihre *gesamte* Nahrungsaufnahme (d. h. Energieaufnahme) einzuschränken, unabhängig davon, ob es ihm/ihr gelungen ist oder nicht. Die Einschränkung sollte eine *Reihe von Nahrungsmitteln* und nicht nur einige bestimmte Nahrungsmittel (s. 4. Essensvermeidung) betroffen haben. Die Einschränkung sollte mit der Absicht erfolgt sein, entweder die Figur, das Gewicht oder die Körperzusammensetzung zu beeinflussen oder die Auslösung einer Episode des Überessens zu vermeiden, obwohl dies nicht der einzige oder Hauptgrund gewesen zu sein braucht. Es sollte sich um *geplante Versuche* einer Einschränkung gehandelt haben und nicht um spontane Versuche, z. B. auf eine zweite Portion zu verzichten.

0 – kein Versuch, das Essen einzuschränken

1 – Versuch, das Essen einzuschränken, an 1 bis 5 Tagen

2 – Versuch, das Essen einzuschränken, an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)

3 – Versuch, das Essen einzuschränken, an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)

4 – Versuch, das Essen einzuschränken, an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)

5 – Versuch, das Essen einzuschränken, an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)

6 – täglicher Versuch, das Essen einzuschränken

Manche Menschen versuchen aus einem anderen Grund bewusst, ihr Essen einzuschränken – um ein Gefühl der Kontrolle im Allgemeinen zu erreichen oder um Herr der Lage zu sein.

Traf dies während der letzten vier Wochen auf Sie zu?

Bewerten Sie erneut, unter alleiniger Berücksichtigung dieses Grundes.

Bewerten Sie außerdem die Anzahl der Tage, an denen einer dieser Gründe oder beide zutrafen.

4. ESSENSVERMEIDUNG

Restraint

► **Hatten Sie während der letzten vier Wochen Phasen, in denen Sie wach waren und für acht Stunden oder länger nichts gegessen haben?**

Geschah dies mit der Absicht, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen oder ein Überessen zu verhindern?

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen während der Wachphase über einen Zeitraum von mindestens acht Stunden nichts gegessen wurde. Suppen und Milchshakes gelten als Essen, Getränke dagegen im Allgemeinen nicht. Es kann hilfreich sein, den Zeitraum zu konkretisieren (z. B. von 9.00 bis 17.00 Uhr). Die Essensabstinenz muss wenigstens teilweise *selbst auferlegt* und nicht auf äußere Umstände zurückzuführen sein. Sie sollte mit der Absicht erfolgt sein, die Figur, das Gewicht oder die Körperzusammensetzung zu beeinflussen oder die Auslösung einer Episode des Überessens zu vermeiden, obwohl dies nicht der einzige oder Hauptgrund gewesen zu sein braucht (z. B. würde Fasten aus religiösen oder politischen Gründen nicht zählen). Beachten Sie, dass dieses Rating mit denen zu 1. Essgewohnheiten konsistent sein sollte.

- 0 – kein Tag mit Essensvermeidung
- 1 – Essensvermeidung an 1 bis 5 Tagen
- 2 – Essensvermeidung an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – Essensvermeidung an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – Essensvermeidung an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – Essensvermeidung an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – tägliche Essensvermeidung

Manche Menschen vermeiden es aus einem anderen Grund, für acht Stunden oder länger, während man wach ist, etwas zu essen – um ein Gefühl der Kontrolle im Allgemeinen zu erreichen oder um Herr der Lage zu sein.

Traf dies während der letzten vier Wochen auf Sie zu?

Bewerten Sie erneut, unter alleiniger Berücksichtigung dieses Grundes.

Bewerten Sie außerdem die Anzahl der Tage, an denen einer dieser Gründe oder beide zutrafen.

5. LEERER MAGEN

Restraint

► Hatten Sie während der letzten vier Wochen den Wunsch, einen leeren Magen zu haben?

Geschah dies mit der Absicht, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen oder ein Überessen zu verhindern?

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen der/die Befragte aus Diät-, Figur- oder Gewichtsgründen den *eindeutigen Wunsch* hatte, einen völlig leeren Magen zu haben. Dieser Wunsch sollte nicht einfach eine Reaktion auf wahrgenommenes Überessen darstellen; er sollte vielmehr zwischen jeglichen solchen Episoden bestehen. Das Rating eines „Leeren Magens“ sollte nicht mit dem Wunsch verwechselt werden, dass der Magen sich *leer anfühlt* oder der *Bauch flach ist* (s. 37. Flacher Bauch).

0 – kein eindeutiger Wunsch nach einem leeren Magen

1 – eindeutiger Wunsch nach einem leeren Magen an 1 bis 5 Tagen

2 – eindeutiger Wunsch nach einem leeren Magen an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)

3 – eindeutiger Wunsch nach einem leeren Magen an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)

4 – eindeutiger Wunsch nach einem leeren Magen an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)

5 – eindeutiger Wunsch nach einem leeren Magen an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)

6 – täglich eindeutiger Wunsch nach einem leeren Magen

Manche Menschen möchten aus einem anderen Grund einen leeren Magen haben – um ein Gefühl der Kontrolle im Allgemeinen zu erreichen oder um Herr der Lage zu sein.

Traf dies während der letzten vier Wochen auf Sie zu?

Bewerten Sie erneut, unter alleiniger Berücksichtigung dieses Grundes.

Bewerten Sie außerdem die Anzahl der Tage, an denen einer dieser Gründe oder beide zutrafen.

6. VERMEIDUNG VON NAHRUNGSMITTELN

Restraint

► **Haben Sie während der letzten vier Wochen Nahrungsmittel, die Sie mögen, zu vermeiden versucht, unabhängig davon, ob es Ihnen tatsächlich gelungen ist?**

Um welche Nahrungsmittel handelte es sich? Haben Sie wiederholt versucht, diese völlig auszuschließen?

Geschah dies mit der Absicht, Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu beeinflussen oder ein Überessen zu verhindern?

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen der/die Befragte *bewusst versucht* hat, *bestimmte Nahrungsmittel* (die er/sie mag oder in der Vergangenheit mochte) *nicht zu essen*, unabhängig davon, ob es ihm/ihr gelungen ist oder nicht. Die Absicht sollte darin bestanden haben, *die Nahrungsmittel völlig auszuschließen* und nicht nur ihren Verzehr einzuschränken. Getränke zählen nicht als Nahrungsmittel. Die Vermeidung sollte *geplant* gewesen und mit dem Ziel erfolgt sein, die Figur, das Gewicht oder die Körperzusammensetzung zu beeinflussen oder die Auslösung einer Episode des Überessens zu vermeiden, obwohl dies nicht der einzige oder Hauptgrund gewesen zu sein braucht.

- 0 – kein Versuch, Nahrungsmittel zu vermeiden
- 1 – Versuch, Nahrungsmittel zu vermeiden, an 1 bis 5 Tagen
- 2 – Versuch, Nahrungsmittel zu vermeiden, an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – Versuch, Nahrungsmittel zu vermeiden, an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – Versuch, Nahrungsmittel zu vermeiden, an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – Versuch, Nahrungsmittel zu vermeiden, an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – täglicher Versuch, Nahrungsmittel zu vermeiden

Manche Menschen vermeiden es aus einem anderen Grund, bestimmte Nahrungsmittel zu essen – um ein Gefühl der Kontrolle im Allgemeinen zu erreichen oder um Herr der Lage zu sein.

Traf dies während der letzten vier Wochen auf Sie zu?

Bewerten Sie erneut, unter alleiniger Berücksichtigung dieses Grundes.

Bewerten Sie außerdem die Anzahl der Tage, an denen einer dieser Gründe oder beide zutrafen.

7. DIÄTREGELN

Restraint

► **Haben Sie während der letzten vier Wochen versucht, bestimmte festgelegte Regeln hinsichtlich Ihres Essens zu befolgen, z. B. eine Kaloriengrenze, festgelegte Nahrungsmengen oder Regeln darüber, was Sie essen sollten, was Sie nicht essen sollten oder wann Sie essen sollten? Was haben Sie versucht zu tun?**

Wenn verneint:

Gab es Situationen, in denen Ihnen bewusst wurde, dass Sie eine Diätregel, die Sie sich selbst gesetzt hatten, nicht eingehalten haben?

Wollten Sie mit diesen Regeln Ihre Figur oder Ihr Gewicht beeinflussen oder ein Überessen verhindern?

Hat es sich um genau festgelegte Regeln oder um allgemeine Grundsätze gehandelt? Beispiele genau festgelegter Regeln wären „Ich darf keine Eier essen“ oder „Ich darf keinen Kuchen essen“, wohingegen man den allgemeinen Grundsatz haben könnte „Ich sollte versuchen, mich gesund zu ernähren“.

Diätregeln sollten als vorhanden bewertet werden, wenn der/die Befragte wiederholt versucht hat, „festgelegte“ (d. h. spezifische) Regeln für seine/ihre Nahrungsaufnahme zu befolgen. Diese Regeln sollten selbst auferlegt sein, obwohl sie ursprünglich auch verordnet gewesen sein können (d. h. verordnete Regeln können bewertet werden, wenn sie von dem/der Befragten übernommen wurden). Sie sollten sich damit befassen, was der/die Befragte essen sollte oder wann gegessen werden darf. Sie können in einer Kaloriengrenze bestehen (z. B. weniger als 1200 kcal/Tag), darin, nicht vor einer bestimmten Tageszeit zu essen, bestimmte Arten von Nahrungsmitteln zu vermeiden (s. 6. Vermeidung von Nahrungsmitteln) oder überhaupt nichts zu essen. Es sollte sich um spezifische Regeln und nicht um allgemeine Grundsätze gehandelt haben. Wenn dem/der Befragten bewusst ist, dass er oder sie eine persönliche Diätregel gelegentlich nicht eingehalten hat, deutet dies darauf hin, dass eine oder mehrere spezifische Regeln vorhanden sind. Fragen Sie in diesen Fällen detailliert nach den Übertretungen, um auf diese Weise die zugrunde liegende Regel zu identifizieren. Die Regeln sollten darauf abgezielt haben, die Figur, das Gewicht oder die Körperzusammensetzung zu beeinflussen, obwohl dies nicht der einzige oder Hauptgrund gewesen zu sein braucht. Bewerten Sie mit 0, wenn keine Diätregel identifiziert werden kann. Wenn es mehrere Regeln gab, die sich über verschiedene Zeitabschnitte während der letzten vier Wochen erstreckten, sollten diese Zeiträume für die Kodierung addiert werden.

0 – kein Versuch, solche Regel(n) zu befolgen

1 – Versuch, solche Regel(n) zu befolgen, an 1 bis 5 Tagen

2 – Versuch, solche Regel(n) zu befolgen, an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)

3 – Versuch, solche Regel(n) zu befolgen, an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)

4 – Versuch, solche Regel(n) zu befolgen, an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)

5 – Versuch, solche Regel(n) zu befolgen, an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)

6 – täglicher Versuch, solche Regel(n) zu befolgen



Manche Menschen versuchen es aus einem anderen Grund, Diätregeln zu befolgen – um ein Gefühl der Kontrolle im Allgemeinen zu erreichen oder um Herr der Lage zu sein.

Traf dies während der letzten vier Wochen auf Sie zu?

Bewerten Sie erneut, unter alleiniger Berücksichtigung dieses Grundes.

Bewerten Sie außerdem die Anzahl der Tage, an denen einer dieser Gründe oder beide zutrafen.

8. BESCHÄFTIGUNG MIT NAHRUNGSMITTELN, ESSEN ODER KALORIEN

Eating Concern

► **Haben Sie während der letzten vier Wochen zwischen den Mahlzeiten viel Zeit damit verbracht, über Nahrungsmittel, Essen oder Kalorien nachzudenken? ...**

► **... Hat das Nachdenken über Nahrungsmittel, Essen oder Kalorien Ihre Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt? Wie war es mit der Konzentration auf Dinge, an denen Sie aktiv beteiligt waren, z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen? Was war bei Ihnen betroffen?**

Diese Definition der gedanklichen Beschäftigung beinhaltet das Vorliegen einer Konzentrationsbeeinträchtigung. Die Konzentration wird als beeinträchtigt angesehen, wenn *intrusive (sich aufdrängende) Gedanken über Nahrungsmittel, Essen oder Kalorien vorhanden waren, die störend auf Tätigkeiten eingewirkt haben, an denen der/die Befragte aktiv beteiligt war*, und nicht einfach, wenn Gedanken von einer Beschäftigung abgeschweift sind. Kodieren Sie die Anzahl der Tage, an denen dies vorkam, unabhängig davon, ob Essanfälle auftraten.

0 – keine Konzentrationsbeeinträchtigung

1 – Konzentrationsbeeinträchtigung an 1 bis 5 Tagen

2 – Konzentrationsbeeinträchtigung an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)

3 – Konzentrationsbeeinträchtigung an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)

4 – Konzentrationsbeeinträchtigung an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)

5 – Konzentrationsbeeinträchtigung an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)

6 – tägliche Konzentrationsbeeinträchtigung

9. ANGST, DIE KONTROLLE ÜBER DAS ESSEN ZU VERLIEREN

Eating Concern

► Hatten Sie während der letzten vier Wochen Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen eine *deutliche Angst* (im alltäglichen Sinne) vor einem Kontrollverlust über das Essverhalten vorhanden war, unabhängig davon, ob der/die Befragte das Gefühl hatte, Kontrolle zu haben. Ein „Kontrollverlust“ beinhaltet das Gefühl, dem Essen nicht widerstehen oder nicht mit dem Essen aufhören zu können. Falls der/die Befragte die Frage nicht beantworten kann, da er/sie die Kontrolle bereits völlig verloren hat, kodieren Sie mit 9.

0 – keine Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren

1 – Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren, an 1 bis 5 Tagen

2 – Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren, an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)

3 – Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren, an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)

4 – Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren, an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)

5 – Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren, an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)

6 – tägliche Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren



10. ESSANFÄLLE UND ANDERE FORMEN DES ÜBERESSENS

Diagnostisches Item

Klassifikationsschema

Es lassen sich vier Formen episodischen „Überessens“ unterscheiden. Die Unterscheidung basiert darauf, ob die folgenden zwei Charakteristika vorliegen oder nicht (s. Abbildung 2):

- (a) **Kontrollverlust** (gegeben bei beiden Arten von Essanfällen)
- (b) **Der Verzehr einer allgemein als „groß“ anzusehenden Nahrungsmenge** (gegeben bei „objektiven Essanfällen“ und „objektivem Überessen“)

	Verzehnte Nahrungsmenge „groß“ (Definition des EDE)	Verzehnte Nahrungsmenge nicht „groß“, aber von der betreffenden Person als über- mäßig groß angesehen
„Kontrollverlust“	Objektive Essanfälle (Objektive bulimische Episoden)	Subjektive Essanfälle (Subjektive bulimische Episoden)
Kein „Kontrollverlust“	Objektives Überessen	Subjektives Überessen

Abbildung 2. Klassifikationsschema des EDE für die vier Formen des Überessens.

Richtlinien zur Gesprächsführung

Der/die Interviewer/in sollte jede Form von Überessen nachfragen (jedoch werden nur objektive Essanfälle, subjektive Essanfälle und objektives Überessen in ihren Häufigkeiten eingeschätzt). Dabei ist wichtig festzuhalten, *dass sich die vier Formen des Überessens gegenseitig nicht ausschließen*: Es ist möglich, dass bei dem/der Befragten innerhalb des Messzeitraumes mehrere verschiedene Formen auftraten. Bei einigen Befragten ist es hilfreich, das Klassifikationsschema zu erklären.

Die Gesprächsführung umfasst die folgenden fünf Schritte:

- (1) Im Allgemeinen empfiehlt es sich, mit den obligatorischen Fragen zu beginnen (s. Hauptfragen), um die verschiedenen Formen wahrgenommenen oder tatsächlichen Überessens innerhalb der vergangenen 28 Tage zu identifizieren.
- (2) Notieren Sie alle Formen von Überessen in dem entsprechenden freien Abschnitt des Kodierungsbogens.
- (3) Erheben Sie anschließend genaue Informationen über ein *repräsentatives Beispiel* jeder Form des Überessens, um zu überprüfen, ob ein Verzehr einer „großen“ Nahrungsmenge und ob ein „Kontrollverlust“ vorlag (wie unten definiert).

- (4) Als nächstes erfragen Sie für jede Form des Überessens die Anzahl der Tage, an denen es vorkam, und die Gesamtanzahl der Episoden. Eventuelle Überschneidungen (z. B. könnten zwei Arten von Episoden an demselben Tag aufgetreten sein) sollten geklärt werden, da dies die Einschätzung der Anzahl von Tagen beeinflusst.
- (5) Überprüfen Sie zum Schluss die Ergebnisse mit dem/der Befragten, um Missverständnisse auszuschließen (z. B. dass eine Form des Überessens ausgelassen wurde).

Es empfiehlt sich, umfassende Notizen zu machen.

Definition von Schlüsselbegriffen

„Kontrollverlust“. Der/die Interviewer/in sollte erfragen, ob der/die Befragte zu irgendeinem Zeitpunkt der Episode das Gefühl hatte, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren. Wenn dies eindeutig beschrieben wird, so sollte ein „Kontrollverlust“ als vorhanden gewertet werden.

Gleichermaßen sollte ein „Kontrollverlust“ als vorhanden gewertet werden,

- wenn der/die Befragte beschreibt, dass er/sie sich „getrieben“ oder „gezwungen“ gefühlt hat zu essen.
- wenn der/die Befragte kein Gefühl eines „Kontrollverlusts“ berichtet, sich jedoch nicht in der Lage gefühlt hat, die Episode zu verhindern oder mit dem Essen aufzuhören, sobald er/sie angefangen hatte zu essen.
- wenn der/die Befragte berichtet, dass er/sie nicht länger versucht, das Essen zu kontrollieren, weil ein Überessen unvermeidlich ist.

Ein „Kontrollverlust“ kann auch dann vorliegen, wenn die Episode geplant war (z. B. wusste der/die Befragte vorher, dass er/sie sich überessen würde und hatte dafür Vorbereitungen getroffen).

Die Entscheidung, ob ein „Kontrollverlust“ vorlag oder nicht, sollte der/die Interviewer/in treffen; sie bedarf der Zustimmung des/der Befragten nicht. Wenn Zweifel bestehen, sollte der/die Interviewer/in einen „Kontrollverlust“ als nicht vorhanden einschätzen.

„Große Nahrungsmenge“. Die Entscheidung darüber, ob die gegessene Nahrungsmenge als „groß“ einzuschätzen ist, sollte ebenfalls von dem/der Interviewer/in getroffen werden und erfordert nicht die Zustimmung des/der Befragten. Die Bezeichnung „groß“ kann sich auf die Menge eines einzelnen Nahrungsmittels oder auf die insgesamt verzehrte Nahrungsmenge beziehen. Die Menge sollte eindeutig „groß“, muss jedoch nicht außergewöhnlich groß (im Sinne von „gewaltig groß“) gewesen sein.

Bei der Entscheidung, ob eine Nahrungsmenge „groß“ war, *sollte der/die Interviewer/in die Menge in Betracht ziehen, die üblicherweise unter den gegebenen Umständen gegessen würde.* Dies erfordert einige allgemeine (jedoch nicht notwendigerweise konkrete) Kenntnisse über die Essgewohnheiten der sozialen Gruppe des/der Befragten (z. B. von weiblichen Studierenden oder von Frauen mittleren Lebensalters) und auch über die Umstände, die gewöhnlich einen Einfluss auf das Essen haben können (z. B. Weihnachten). Was ansonsten im Tagesverlauf gegessen wurde, ist für dieses Rating unerheblich. Auch die Essensgeschwindigkeit oder die Frage, ob der/die Befragte die Nahrung hinterher wieder ausgespuckt oder erbrochen hat, sind für dieses Rating bedeutungslos.

Wenn Zweifel über das Ausmaß der Nahrungsmenge bestehen, sollte der/die Interviewer/in die Nahrungsmenge nicht als „groß“ einschätzen.

Der/die Interviewer/in sollte dem/der Befragten seine/ihre Einschätzung über die gegessene Nahrungsmenge nicht mitteilen und den Gebrauch möglicherweise emotional stark konnotierter Begriffe wie „Essanfall“ oder „groß“ vermeiden.

Anzahl der Episoden des Überessens. Bei der Berechnung der Anzahl der Episoden mit Überessen sollte von dem/der Befragten übernommen werden, wie er/sie einzelne Episoden definiert. Für den Fall jedoch, dass er/sie innerhalb einer Essensperiode eine Stunde oder länger nicht gegessen hat, sollte die anfängliche Episode als beendet angesehen werden.

Eine Ausnahme besteht dann, wenn eine Episode durch ein äußeres Ereignis vorübergehend unterbrochen und danach wieder aufgenommen wurde, dabei aber als eine einzelne Episode erfahren wurde (ähnlich der Pausetaste bei einem Kassettenrecorder). Wenn Sie die Länge einer Pause einschätzen, zählen Sie die Zeit, die für Erbrechen aufgewendet wurde, nicht mit. *Beachten Sie, dass „Purging“-Verhalten (d. h. selbst herbeigeführtes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien) nicht das Ende einzelner Episoden des Überessens definiert.*

Fragen zur Identifikation von Essanfällen und anderen Formen des Überessens

Siehe auch oben die „Richtlinien zur Gesprächsführung“. Die Hauptfragen sollten in jedem Fall gestellt werden.

Hauptfragen

➤ **Ich möchte Sie gern über Situationen innerhalb der letzten vier Wochen befragen, bei denen Sie möglicherweise zu viel gegessen (d. h. sich überessen) haben oder die Kontrolle über das Essen verloren haben ...**

➤ **... Unter Überessen verstehen verschiedene Menschen jeweils etwas anderes. Ich möchte Sie bitten, mir Situationen zu beschreiben, in denen Sie möglicherweise das Gefühl hatten, zu viel auf einmal gegessen zu haben.**

Und Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, die Kontrolle über das Essen verloren zu haben?

Zusätzliche Fragen

➤ **Gab es Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, zu viel gegessen zu haben, andere Personen Ihnen jedoch nicht zustimmen würden?**

➤ **Gab es Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, eine normale Nahrungsmenge gegessen zu haben, andere Personen Sie jedoch so angesehen haben, als hätten Sie zu viel gegessen?**

Beachten Sie, dass für subjektive Essanfälle die Nahrungsmenge von dem/der Befragten als übermäßig angesehen werden muss (d. h. ein Überessen muss wahrgenommen worden sein).

Hilfsfragen

Zur Einschätzung der Nahrungsmenge:

Was haben Sie bei diesen Gelegenheiten typischerweise gegessen?

Haben Sie diese Menge als übermäßig angesehen? (für subjektive Essanfälle, d. h. wenn die Menge von dem/der Interviewer/in nicht als „groß“ angesehen wird)

Zur Einschätzung des sozialen Kontexts:

Wie waren die Umstände?

Was haben andere zu dieser Zeit gegessen?

Zur Einschätzung des „Kontrollverlusts“:

Hatten Sie dabei das Gefühl, die Kontrolle über das Essen zu verlieren?

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie mit dem Essen hätten aufhören können, nachdem Sie einmal angefangen hatten?

Hatten Sie das Gefühl, dass Sie es hätten verhindern können, zu viel zu essen?

Für objektive Essanfälle, subjektive Essanfälle und Episoden objektiven Überessens sollten die folgenden zwei Ratings durchgeführt werden:

- a) Anzahl der Tage (kodieren Sie mit 00, falls nicht vorhanden)
- b) Anzahl der Episoden (kodieren Sie mit 000, falls nicht vorhanden)

Es ist generell ratsam, zunächst die Anzahl der Tage einschätzen zu lassen und dann die Anzahl der Episoden. Kodieren Sie mit 777, wenn die Anzahl der Episoden so groß ist, dass ihre Häufigkeit nicht eingeschätzt werden kann. Episoden subjektiven Überessens werden nicht gewertet.

Objektive Essanfälle

Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Episoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subjektive Essanfälle

Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Episoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Objektives Überessen

Tage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Episoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Fragen Sie einzeln nach den vorangegangenen zwei Monaten und beziehen Sie sich dabei auf wichtige Daten und Ereignisse. Schätzen Sie die Anzahl objektiver und subjektiver Essanfälle während der vorangegangenen zwei Monate sowie die Anzahl der Tage ein, an denen sie aufgetreten sind. Kodieren Sie mit 00 bzw. 000, wenn keine Episode vorkam, und mit 99 bzw. 999, falls Sie nicht gefragt haben.

Objektive Essanfälle

Tage – Monat 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tage – Monat 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Episoden – Monat 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episoden – Monat 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Subjektive Essanfälle

Tage – Monat 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Tage – Monat 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	
Episoden – Monat 2	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Episoden – Monat 3	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Schätzen Sie außerdem für die letzten drei Monate den längsten zusammenhängenden Zeitraum in Wochen ein, der (nicht durch äußere Umstände bedingt, wie z. B. durch Krankheit) frei von objektiven Essanfällen war. Kodieren Sie mit 99, wenn nicht zutreffend.

11. BINGE-EATING-STÖRUNGSMODUL

Diagnostisches Item

Führen Sie dieses Modul nur dann durch, wenn mindestens 12 objektive Essanfälle während der letzten 12 Wochen auftraten. Andernfalls kodieren Sie mit 9. Verwenden Sie eher einen Interviewstil, der die Schilderungen des/der Befragten aufgreift, als den untersuchenden Interviewstil des EDE.

Merkmale, die mit Essanfällen assoziiert sind

Während dieser Situationen (beziehen Sie sich auf objektive Essanfälle, die repräsentativ für die der letzten 3 Monate sind) **haben Sie *typischerweise* ...**

- ... viel schneller als gewöhnlich gegessen?
- ... gegessen, bis Sie sich unangenehm voll gefühlt haben?
- ... große Mengen gegessen, obwohl Sie nicht hungrig waren?
- ... allein gegessen, weil Sie sich sonst geschämt hätten, dass Sie so viel essen?
- ... sich eklig, niedergeschlagen oder sehr schuldig gefühlt?

Bewerten Sie jedes Merkmal einzeln nach dem folgenden binären Schema:

- 0 – Merkmal nicht vorhanden
- 1 – Merkmal vorhanden

Durch Essanfälle verursachtes Leiden

Wie sehr haben Sie während der letzten drei Monate insgesamt unter diesen Situationen gelitten (beziehen Sie sich auf objektive Essanfälle, die repräsentativ für die der letzten 3 Monate sind)?

Bewerten Sie das Vorliegen eines deutlichen, durch Essanfälle verursachten Leidens. Dies kann von dem Verhalten selbst oder von seinen möglichen Auswirkungen auf Figur und Gewicht herrühren.

- 0 – kein deutliches Leiden
- 1 – deutliches Leiden

Kehren Sie zum üblichen Interviewstil des EDE zurück.

12. DIÄTBEDINGTE EINSCHRÄNKUNG AUSSERHALB VON ESSANFÄLLEN

Diagnostisches Item

Schätzen Sie dieses Item nur dann ein, wenn mindestens 12 objektive Essanfälle während der vorangegangenen drei Monate aufgetreten sind.

Außerhalb der Situationen, in denen Sie die Kontrolle über das Essen verloren haben (beziehen Sie sich auf objektive und subjektive Essanfälle), wie stark haben Sie Ihre Nahrungsmenge tatsächlich eingeschränkt? Was haben Sie an einem typischen Tag gegessen?

Wollten Sie damit Ihre Figur oder Ihr Gewicht beeinflussen?

Fragen Sie nach der tatsächlich gegessenen Nahrungsmenge außerhalb objektiver und subjektiver Essanfälle (s. 1. Essgewohnheiten). *Bewerten Sie einen typischen Tag, unabhängig davon, ob eine Episode des Überessens auftrat.* Die Nahrungseinschränkung sollte mit der Absicht erfolgt sein, die Figur, das Gewicht oder die Körperzusammensetzung zu beeinflussen, obwohl dies nicht der einzige oder Hauptgrund gewesen zu sein braucht. Bewerten Sie jeden der vorangegangenen drei Monate einzeln. Kodieren Sie mit 9, falls Sie nicht gefragt haben.

- 0 – keine extreme Einschränkung außerhalb von objektiven und subjektiven Essanfällen
- 1 – extreme Einschränkung außerhalb von objektiven und subjektiven Essanfällen (d. h. absichtlich geringe Energieaufnahme, z. B. < 1200 kcal pro Tag)
- 2 – kein Essen außerhalb von objektiven oder subjektiven Essanfällen (d. h. absichtliches „Fasten“)

Monat 1

Monat 2

Monat 3

13. ESSEN IN GESELLSCHAFT

Eating Concern

► **Außerhalb der Situationen, in denen Sie ...** (beziehen Sie sich auf jegliche objektive Essanfälle und Episoden objektiven Überessens), **waren Sie während der letzten vier Wochen beunruhigt, wenn andere Menschen Sie essen gesehen haben?**

Wie sehr hat es Sie beunruhigt? Hat diese Beunruhigung Sie dazu gebracht, solche Situationen zu vermeiden? Hätte es schlimmer sein können?

Dieses ist das erste Intensitätsitem. Bewerten Sie den Grad der Beunruhigung über das Essen normaler oder geringerer Essensmengen im Beisein anderer. *Schließen Sie keine objektiven Essanfälle oder Episoden objektiven Überessens in die Bewertung ein.* Berücksichtigen Sie ebenfalls nicht die Beunruhigung, die auf Familienmitglieder, die um das Essproblem des/der Befragten wissen, beschränkt ist. Die Beunruhigung kann demgegenüber von idiosynkratischen Essgewohnheiten (z. B. sehr langsam, weniger Gänge als andere oder andere Nahrungsmittel zu essen) oder von damit verbundenem Verhalten, wie z. B. der Unentschiedenheit beim Bestellen im Restaurant, herrühren. Ein Anhaltspunkt für den Schweregrad einer solchen Beunruhigung ist, ob sie zu Vermeidung geführt hat. Wie bei allen Intensitätsitems sollte das Rating den *häufigsten Wert für den gesamten Monat* darstellen. Falls die Möglichkeit, in Gesellschaft zu essen, nicht bestand, kodieren Sie mit 9.

0 – keine Beunruhigung darüber, von anderen beim Essen gesehen zu werden, und keine Vermeidung solcher Situationen

1 –

2 – leichte Beunruhigung darüber, von anderen beim Essen gesehen zu werden

3 –

4 – deutliche Beunruhigung darüber, von anderen beim Essen gesehen zu werden

5 –

6 – extreme Beunruhigung darüber, von anderen beim Essen gesehen zu werden



14. HEIMLICHES ESSEN

Eating Concern

► **Außerhalb der Situationen, in denen Sie ...** (beziehen Sie sich auf jegliche objektive Essanfälle und Episoden objektiven Überessens), **haben Sie im Laufe der letzten vier Wochen heimlich gegessen?**

Schätzen Sie die Anzahl der Tage ein, an denen es mindestens eine Situation heimlichen Essens gab. *Schließen Sie keine Episoden objektiver Essanfälle oder Episoden objektiven Überessens in die Bewertung ein.* Heimliches Essen findet im Verborgenen statt und der/die Befragte versucht, es zu verstecken, weil er/sie nicht essen gesehen werden möchte (d. h. es geht nicht einfach darum, allein zu essen). Bewerten Sie keine Heimlichkeit, die von dem Wunsch herrührt, nicht unterbrochen zu werden oder nichts vom Essen abzugeben. Die Empfindlichkeit, im Beisein anderer zu essen, wird unter 13. Essen in Gesellschaft kodiert, kann aber zu heimlichem Essen führen. Falls die Möglichkeit, mit anderen zu essen, nicht bestand, kodieren Sie mit 9.

- 0 – kein heimliches Essen
- 1 – heimliches Essen an 1 bis 5 Tagen
- 2 – heimliches Essen an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – heimliches Essen an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – heimliches Essen an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – heimliches Essen an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – tägliches heimliches Essen



15. SCHULDGEFÜHLE AUFGRUND DES ESSENS

Eating Concern

► **Außerhalb der Situationen, in denen Sie ...** (beziehen Sie sich auf jegliche objektive und subjektive Essanfälle), **hatten Sie im Laufe der letzten vier Wochen Schuldgefühle, nachdem Sie gegessen haben?**

Hatten Sie das Gefühl, etwas Falsches getan zu haben? Warum?

Wie häufig hatten Sie Schuldgefühle, nachdem Sie gegessen haben?

Beachten Sie: Dieses Rating basiert auf einer Einschätzung von Fällen. Schätzen Sie die *Häufigkeit der Fälle* ein, bei denen nach dem Essen Schuldgefühle aufgetreten sind. *Schließen Sie in die Bewertung keine objektiven oder subjektiven Essanfälle ein*, jedoch berücksichtigen Sie andere Episoden des Überessens. Die Schuldgefühle sollten sich auf die Auswirkungen des Essens auf Figur, Gewicht oder Körperzusammensetzung beziehen. *Unterscheiden Sie Schuld von Bedauern*: Schuld ist mit dem Gefühl verbunden, etwas Falsches getan zu haben.

- 0 – keine Schuldgefühle nach dem Essen
- 1 –
- 2 – Schuldgefühle nach dem Essen in weniger als der Hälfte der *Fälle*
- 3 –
- 4 – Schuldgefühle nach dem Essen in mehr als der Hälfte der *Fälle*
- 5 –
- 6 – *nach jedem Essen* Schuldgefühle



16. SELBSTINDUZIERTES ERBRECHEN

Diagnostisches Item

► Wie häufig haben Sie während der letzten vier Wochen Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?

Schätzen Sie die Anzahl einzelner Episoden selbstinduzierten Erbrechens ein. Wenn der/die Befragte bestreitet, das Erbrechen unter Kontrolle zu haben, bestimmen Sie, ob das Erbrechen Merkmale aufweist, die zu erwarten wären, wenn das Erbrechen nicht selbst herbeigeführt worden wäre (z. B. Unvorhersehbarkeit, Auftreten in der Öffentlichkeit). Wenn es Hinweise darauf gibt, dass der/die Befragte das Erbrechen unter Kontrolle hat (d. h. dass es selbst herbeigeführt ist), bewerten Sie es entsprechend. Nehmen Sie die Definition des/der Befragten über einzelne Episoden auf. Kodieren Sie mit 777, wenn die Anzahl der Episoden so groß ist, dass sie nicht berechnet werden kann. Kodieren Sie mit 000, wenn kein selbstinduziertes Erbrechen auftrat.

Außerhalb der Situationen, in denen Sie... (beziehen Sie sich auf objektive und subjektive Essanfälle), **wie häufig haben Sie während der letzten vier Wochen Erbrechen selbst herbeigeführt, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?**

Schätzen Sie die Anzahl der Episoden „nicht-kompensatorischen“, selbst herbeigeführten Erbrechens ein. Nehmen Sie die Definition des/der Befragten über einzelne Episoden auf. Kodieren Sie mit 000, wenn kein solches Erbrechen auftrat.

Fragen Sie nach den vorangegangenen zwei Monaten. Schätzen Sie die Anzahl einzelner Episoden selbstinduzierten Erbrechens für jeden der zwei vorangegangenen Monate ein.

Monat 2

Monat 3

17. MISSBRAUCH VON LAXANTIEN

Diagnostisches Item

► **Wie häufig haben Sie während der letzten vier Wochen Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?**

Schätzen Sie die Anzahl der Episoden ein, bei denen Laxantien eingenommen wurden, um Figur, Gewicht oder Körperzusammensetzung zu kontrollieren. Dies sollte der *Hauptgrund* für die Einnahme von Laxantien gewesen sein, braucht aber nicht der einzige Grund gewesen zu sein. Bewerten Sie nur die Einnahme von Substanzen mit tatsächlich abführender Wirkung. Kodieren Sie mit 000, wenn keine Laxantien eingenommen wurden oder Zweifel besteht, ob die Einnahme der Laxantien in erster Linie zur Beeinflussung von Figur, Gewicht oder Körperzusammensetzung erfolgte.

Schätzen Sie die durchschnittliche Dosis ein, die pro Episode eingenommen wurde. Kodieren Sie mit 999, falls nicht zutreffend. Kodieren Sie mit 777, wenn die Substanz nicht quantifizierbar ist, wie z. B. bei der Einnahme von Kleie.

Notieren Sie die Art der eingenommenen Laxantien.

Außerhalb der Situationen, in denen Sie... (beziehen Sie sich auf objektive und subjektive Essanfälle), **wie häufig haben Sie während der letzten vier Wochen Abführmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?**

Schätzen Sie die Anzahl der Episoden „nicht-kompensatorischen“ Laxantienmissbrauchs ein. Nehmen Sie die Definition des/der Befragten über einzelne Episoden auf. Kodieren Sie mit 000, wenn kein solcher Missbrauch von Laxantien auftrat.

Fragen Sie nach den vorangegangenen zwei Monaten. Schätzen Sie die Anzahl der Episoden des Laxantienmissbrauchs für jeden der zwei vorangegangenen Monate ein.

Monat 2

Monat 3

18. MISSBRAUCH VON DIURETIKA

Diagnostisches Item

► **Wie häufig haben Sie während der letzten vier Wochen Entwässerungsmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?**

Schätzen Sie die Anzahl der Episoden ein, bei denen Diuretika eingenommen wurden, um Figur, Gewicht oder Körperzusammensetzung zu kontrollieren. Dies sollte der *Hauptgrund* für die Einnahme von Diuretika gewesen sein, braucht aber nicht der einzige Grund gewesen zu sein. Bewerten Sie nur die Einnahme von Substanzen mit tatsächlich entwässernder Wirkung. Kodieren Sie mit 000, wenn keine Diuretika missbraucht wurden oder Zweifel besteht, ob die Einnahme der Diuretika in erster Linie zur Beeinflussung von Figur, Gewicht oder Körperzusammensetzung erfolgte.

Schätzen Sie die durchschnittliche Dosis ein, die pro Episode eingenommen wurde. Kodieren Sie mit 999, falls nicht zutreffend.

Notieren Sie die Art der eingenommenen Diuretika.

Außerhalb der Situationen, in denen Sie... (beziehen Sie sich auf objektive und subjektive Essanfälle), **wie häufig haben Sie während der letzten vier Wochen Entwässerungsmittel eingenommen, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?**

Schätzen Sie die Anzahl der Episoden „nicht-kompensatorischen“ Missbrauchs von Diuretika ein. Nehmen Sie die Definition des/der Befragten über einzelne Episoden auf. Kodieren Sie mit 000, wenn kein solcher Missbrauch von Diuretika auftrat.

Fragen Sie nach den vorangegangenen zwei Monaten. Schätzen Sie die Anzahl der Episoden des Missbrauchs von Diuretika für jeden der zwei vorangegangenen Monate ein.

Monat 2

Monat 3

19. GETRIEBENES SPORTTREIBEN

Diagnostisches Item

➤ **Haben Sie während der letzten vier Wochen Sport getrieben, um Ihr Gewicht zu kontrollieren, Ihre Figur oder die Menge des Körperfetts zu verändern oder um Kalorien zu verbrennen?**

➤ **Haben Sie sich getrieben oder gezwungen gefühlt, Sport zu treiben?**

Welche Sportarten haben Sie typischerweise betrieben? Wie hart haben Sie trainiert? Haben Sie sich dabei angetrieben?

Haben Sie auch dann trainiert, wenn Sie eigentlich andere Verpflichtungen hatten oder wenn es Ihnen hätte schaden können?

Gab es Zeiten, in denen Sie aus irgendwelchen Gründen nicht in der Lage waren, Sport zu treiben? Wie ging es Ihnen dabei?

Schätzen Sie die Anzahl von Tagen ein, an denen der/die Befragte sich in einer „getriebenen“ Weise sportlich betätigt hat. Eine solche sportliche Betätigung sollte intensiv gewesen sein und eine „zwanghafte“ Qualität gehabt haben. Der/die Befragte sollte sich dazu gedrängt gefühlt haben, Sport zu treiben. Andere Indikatoren dieser zwanghaften Qualität sind: Sport zu treiben, auch wenn es deutlich mit der Alltagsbewältigung interferiert (z. B. mit der Arbeit, mit sozialen Verpflichtungen) oder wenn es dem/der Befragten hätte Schaden zufügen können (z. B. bei Verletzungsgefahr). Ein anderes Anzeichen dafür ist, stark negativ zu reagieren, wenn man nicht trainieren kann. Bewerten Sie nur getriebenes Sporttreiben, das *vorwiegend* darauf abzielte, Kalorien zu verbrennen oder Figur, Gewicht oder Körperzusammensetzung zu verändern. Sporttreiben, das ausschließlich Gesundheit oder Fitness dient, sollte nicht bewertet werden. Kodieren Sie mit 00, wenn kein getriebenes Sporttreiben vorlag.

Tage

Schätzen Sie die *durchschnittliche* Zeitdauer (in Minuten) getriebenen Sporttreibens pro Tag ein. Berücksichtigen Sie dabei nur Tage, an denen der/die Befragte Sport getrieben hat. Kodieren Sie mit 999, wenn kein getriebenes Sporttreiben vorlag.

Minuten

Fragen Sie nach den vorangegangenen zwei Monaten. Schätzen Sie die Anzahl der Tage, an denen sich der/die Befragte in getriebener Weise sportlich betätigt hat, für jeden der zwei vorangegangenen Monate ein. Kodieren Sie mit 99, falls Sie nicht gefragt haben.

Monat 2

Monat 3

20. ANDERES EXTREMES GEWICHTSKONTROLLIERENDES VERHALTEN

Diagnostisches Item

► **Haben Sie in den letzten vier Wochen irgendetwas anderes getan, um Ihre Figur oder Ihr Gewicht zu kontrollieren?**

Schätzen Sie andere nennenswerte (d. h. potentiell effektive) dysfunktionale Formen gewichtskontrollierenden Verhaltens ein (z. B. Ausspucken, Unterdosierung von Insulin, Missbrauch von Schilddrüsenmedikamenten). Schätzen Sie die Anzahl der Tage ein und kodieren Sie die Art des Verhaltens. Kodieren Sie mit 99, wenn kein solches Verhalten vorlag.

Monat 1

Monat 2

Monat 3

21. ABSTINENZ VON EXTREMEM GEWICHTSKONTROLLIERENDEN VERHALTEN

Stellen Sie diese Frage nur, wenn mindestens eine der fünf Hauptformen gewichtskontrollierenden Verhaltens über die vergangenen drei Monate mit spezifiziertem Schweregrad zutraf (s. Abschnitt 4. Auswertung). Die fünf Hauptformen umfassen:

- Fasten (Rating von 1 oder 2 bei 12. Diätbedingte Einschränkung außerhalb von Essanfällen)
- Selbstinduziertes Erbrechen (16.) (durchschnittlich mindestens einmal pro Woche)
- Missbrauch von Laxantien (17.) (durchschnittlich mindestens einmal pro Woche)
- Missbrauch von Diuretika (18.) (durchschnittlich mindestens einmal pro Woche)
- Getriebenes Sporttreiben (19.) (durchschnittlich mindestens einmal pro Woche)

Gab es während der letzten drei Monate eine Phase von zwei oder mehr aufeinander folgenden Wochen, in der Sie nicht ... haben?

Fragen Sie nach den einzelnen Hauptformen. Bestimmen Sie für die vergangenen drei Monate die Anzahl der aufeinander folgenden Wochen „frei“ (d. h. unterhalb der Schwellenwerte) von allen fünf Hauptformen extremen gewichtskontrollierenden Verhaltens. Bewerten Sie nicht die Abstinenz aufgrund äußerer Umstände. Kodieren Sie mit 99, falls nicht zutreffend.

Jetzt möchte ich Ihnen gerne einige Fragen über Ihre Figur und Ihr Gewicht stellen ...

22. UNZUFRIEDENHEIT MIT DEM GEWICHT

Weight Concern

► Waren Sie während der letzten vier Wochen unzufrieden mit Ihrem Gewicht (... der Zahl auf der Waage)? Wie war das?

Warum waren Sie unzufrieden mit Ihrem Gewicht? Waren Sie so unzufrieden, dass es Sie unglücklich gemacht hat? Hätte es schlimmer für Sie sein können? Wie lange hat dieses Gefühl angedauert?

Bewerten Sie eine Unzufriedenheit mit dem Gewicht nur, falls dieses als zu hoch angesehen wird. Erfassen Sie die Einstellung des/der Befragten seinem/ihrem Gewicht gegenüber und kodieren Sie dementsprechend. In Übereinstimmung mit allen Intensitätsitems sollte das Rating den *häufigsten Wert für den gesamten Monat* darstellen. Kodieren Sie nur dann mit 4, 5 oder 6, wenn ein Leiden vorhanden war. Geben Sie die Bezeichnungen „leicht“, „mäßig“ oder „deutlich“ nicht vor. Dieses Rating kann auch bei Befragten durchgeführt werden, die ihr genaues Gewicht nicht kennen. Kodieren Sie nur dann mit 9, wenn der/die Befragte sich seines/ihres Gewichts überhaupt nicht bewusst ist.

0 – keine Unzufriedenheit mit dem Gewicht

1 –

2 – leichte Unzufriedenheit mit dem Gewicht (kein Leid damit verbunden)

3 –

4 – mäßige Unzufriedenheit mit dem Gewicht (etwas Leid damit verbunden)

5 –

6 – deutliche Unzufriedenheit (extreme Sorge und Leid; das Gewicht erschien völlig inakzeptabel)



23. WUNSCH ABZUNEHMEN

Weight Concern

► Wollten Sie während der letzten vier Wochen weniger wiegen (... in Bezug auf die Zahl auf der Waage)?

Hatten Sie einen starken Wunsch abzunehmen?

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen ein *starker Wunsch* bestand abzunehmen. Dieses Rating kann auch mit Befragten durchgeführt werden, die ihr genaues Gewicht nicht kennen. Kodieren Sie nur dann mit 9, wenn der/die Befragte sich seines/ihrer Gewichts überhaupt nicht bewusst ist.

- 0 – kein starker Wunsch abzunehmen
- 1 – starker Wunsch abzunehmen an 1 bis 5 Tagen
- 2 – starker Wunsch abzunehmen an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – starker Wunsch abzunehmen an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – starker Wunsch abzunehmen an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – starker Wunsch abzunehmen an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – starker Wunsch abzunehmen an jedem Tag

24. WUNSCHGEWICHT

► Wie viel kg haben Sie sich während der letzten vier Wochen durchschnittlich gewünscht zu wiegen?

Kodieren Sie das Wunschgewicht in Kilogramm. Kodieren Sie mit 888, wenn der/die Befragte an seinem/ihrer Gewicht nicht interessiert ist. Kodieren Sie mit 777, wenn kein bestimmtes Gewicht niedrig genug wäre. Kodieren Sie mit 666, falls der/die Befragte primär an seiner/ihrer Figur interessiert ist, sich aber auch etwas um sein Gewicht (aber kein bestimmtes Gewicht) sorgt. Kodieren Sie mit 555, wenn nicht kodiert werden kann.

25. WIEGEN

► Wie oft haben Sie sich während der letzten vier Wochen selbst gewogen?

Berechnen Sie die ungefähre Häufigkeit, mit der der/die Befragte sich gewogen hat. Wenn der/die Befragte sich nicht gewogen hat, bestimmen Sie, ob dies an Vermeidung lag. Kodieren Sie Vermeidungsverhalten mit 777.

26. REAKTION AUF VORGESCHRIEBENES WIEGEN

Weight Concern

► **Wie hätten Sie sich während der letzten vier Wochen gefühlt, wenn Sie aufgefordert worden wären, sich in den folgenden vier Wochen einmal pro Woche zu wiegen, nur einmal pro Woche, nicht mehr und nicht weniger häufig?**

Bewerten Sie die Stärke einer negativen Reaktion auf die Aussicht, sich einmal pro Woche (nicht mehr, nicht weniger) im Verlauf der nachfolgenden vier Wochen wiegen zu müssen. Dies unterstellt, dass der/die Befragte dadurch seines/ihrer Gewichts bewusst gemacht würde. Positive Reaktionen sollten mit 9 kodiert werden. In Übereinstimmung mit allen Intensitätsitems sollte das Rating den *häufigsten Wert für den gesamten Monat* darstellen. Fordern Sie den/die Befragte/n auf, detailliert zu beschreiben, wie er/sie reagiert hätte, und bewerten Sie dementsprechend. Prüfen Sie, ob andere Lebensbereiche des/der Befragten beeinflusst worden wären. Geben Sie die Bezeichnungen „leicht“, „mäßig“ oder „deutlich“ nicht vor. Falls der/die Befragte dem vorgeschriebenen Wiegen nicht nachgekommen wäre, weil extrem beunruhigend, kodieren Sie mit 6.

0 – keine Reaktion

1 –

2 – leichte Reaktion

3 –

4 – mäßige Reaktion (eindeutige Reaktion, aber handhabbar)

5 –

6 – deutliche Reaktion (ausgeprägte Reaktion, die sich auf andere Lebensbereiche des/der Befragten auswirken würde)



27. REAKTION AUF GEWICHTSZUNAHME

► **Eine wie große Gewichtszunahme innerhalb einer Woche hätte Sie während der letzten vier Wochen deutlich aus der Fassung gebracht?**

Schätzen Sie ein, welche Gewichtszunahme (ausgehend vom Durchschnittsgewicht des/der Befragten während der letzten vier Wochen) zu einer *deutlichen negativen Reaktion* geführt hätte. Prüfen Sie verschiedene Angaben (in kg) und kodieren Sie das Ergebnis mit besonderer Sorgfalt. Das Rating sollte den durchschnittlichen Grad an Sensibilität auf eine Gewichtszunahme für den gesamten Monat darstellen.

0 – 3.5 kg oder mehr hätten eine deutliche negative Reaktion ausgelöst oder keine solche Reaktion auf jegliche Gewichtszunahme

1 – 3 kg hätten eine deutliche negative Reaktion ausgelöst

2 – 2.5 kg hätten eine deutliche negative Reaktion ausgelöst

3 – 2 kg hätten eine deutliche negative Reaktion ausgelöst

4 – 1.5 kg hätten eine deutliche negative Reaktion ausgelöst

5 – 1 kg hätte eine deutliche negative Reaktion ausgelöst

6 – 0.5 kg (d. h. jegliche Gewichtszunahme) hätten eine deutliche negative Reaktion ausgelöst



28. UNZUFRIEDENHEIT MIT DER FIGUR

Shape Concern

► **Waren Sie während der letzten vier Wochen unzufrieden mit Ihrer Figur? Wie war das?**

Warum waren Sie unzufrieden mit Ihrer Figur? Waren Sie so unzufrieden, dass es Sie unglücklich gemacht hat? Hätte es Ihnen dabei schlechter gehen können? Wie lange hat dieses Gefühl angedauert?

Bewerten Sie eine Unzufriedenheit mit der Figur nur, falls diese als zu dick angesehen wird. Diese Unzufriedenheit kann Sorgen über die Verteilung der Körperproportionen einschließen, nicht aber die Unzufriedenheit, die auf spezielle Körperteile beschränkt ist. Bewerten Sie Sorgen um den Körpertonus nicht. Stellen Sie die Einstellung des/der Befragten seiner/ihrer Figur gegenüber fest und kodieren Sie dementsprechend. In Übereinstimmung mit allen Intensitätsitems sollte das Rating den *häufigsten Wert für den gesamten Monat* darstellen. Vergeben Sie eine 4, 5 oder 6 nur dann, wenn ein Leiden vorhanden war. Geben Sie die Bezeichnungen „leicht“, „mäßig“ oder „deutlich“ nicht vor. Berichtet der/die Befragte über figurbezogenen Ekel oder Abscheu, kodieren Sie mit 6.

0 – keine Unzufriedenheit mit der Figur

1 –

2 – leichte Unzufriedenheit mit der Figur (kein Leid damit verbunden)

3 –

4 – deutliche Unzufriedenheit mit der Figur (etwas Leid damit verbunden)

5 –

6 – extreme Unzufriedenheit (extreme Sorge und Leid; die Figur erschien völlig inakzeptabel)



29. BESCHÄFTIGUNG MIT FIGUR ODER GEWICHT

Weight Concern
Shape Concern

➤ Haben Sie während der letzten vier Wochen viel Zeit damit verbracht, über Ihre Figur oder Ihr Gewicht nachzudenken? ...

➤ ... Hat das Nachdenken über Ihre Figur oder Ihr Gewicht Ihre Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt? Wie war es mit der Konzentration auf Dinge, an denen Sie aktiv beteiligt waren, z. B. arbeiten, einem Gespräch folgen oder lesen? Was war bei Ihnen betroffen?

Diese Definition der gedanklichen Beschäftigung beinhaltet das Vorliegen einer Konzentrationsbeeinträchtigung. Die Konzentration wird als beeinträchtigt angesehen, wenn *intrusive (sich aufdrängende) Gedanken über Figur oder Gewicht vorhanden waren, die störend auf Tätigkeiten eingewirkt haben, an denen der/die Befragte aktiv beteiligt war*, und nicht einfach, wenn Gedanken von einer Beschäftigung abgeschweift sind. Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen dies vorkam, unabhängig davon, ob Essanfälle auftraten.

0 – keine Konzentrationsbeeinträchtigung

1 – Konzentrationsbeeinträchtigung an 1 bis 5 Tagen

2 – Konzentrationsbeeinträchtigung an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)

3 – Konzentrationsbeeinträchtigung an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)

4 – Konzentrationsbeeinträchtigung an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)

5 – Konzentrationsbeeinträchtigung an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)

6 – tägliche Konzentrationsbeeinträchtigung



30. WICHTIGKEIT VON GEWICHT, FIGUR UND STRIKTER KONTROLLE ÜBER DAS ESSEN

Diagnostische Items Weight Concern, Shape Concern

Gewicht:

➤ **Ich werde Ihnen jetzt eine eher komplizierte Frage stellen – vielleicht haben Sie sich darüber vorher noch keine Gedanken gemacht. Hatte Ihr Gewicht (im Sinne des Gewichts auf der Waage) während der letzten vier Wochen einen großen Einfluss darauf, wie Sie sich als Person fühlten (sich beurteilten, über sich dachten, sich bewerteten)? ...**

➤ **... Wenn Sie sich die Dinge vorstellen, die einen Einfluss darauf haben, wie Sie sich als Person fühlen (sich beurteilen, über sich denken, sich bewerten) – z. B. (Ihre Leistung bei der Arbeit, Mutter/Vater zu sein, Ihre Partnerschaft oder wie Sie mit anderen Menschen auskommen) – und wenn Sie diese Dinge ihrer Wichtigkeit nach ordnen, welchen Stellenwert nahm Ihr Gewicht für Sie ein?**

(Wenn sich Ihr Gewicht in den letzten vier Wochen in irgendeiner Weise verändert hätte, hätte dies Auswirkungen auf Ihre Gefühle sich selbst gegenüber gehabt?)

(War es in den letzten vier Wochen wichtig für Sie, dass sich Ihr Gewicht nicht verändert? Haben Sie sichergestellt, dass sich Ihr Gewicht nicht verändert?)

Figur:

Wie war es mit Ihrer Figur? Wie wichtig war Ihre Figur im Vergleich zu Ihrem Gewicht für Ihre Gefühle sich selbst gegenüber?

Nehmen Sie zu diesem Zeitpunkt alle nicht-adjustierten Ratings zu „Gewicht“ und „Figur“ vor.

Strikte Kontrolle über das Essen:

Wie war es, wenn Sie strikte Kontrolle über Ihr Essen hielten? Wie wichtig war dies im Vergleich zu Ihrem Gewicht und Ihrer Figur für Ihre Gefühle sich selbst gegenüber?

Bewerten Sie zunächst den Grad der Wichtigkeit, den der/die Befragte dem Körpergewicht beimisst, sowie seinen Stellenwert in seinem/ihrer Selbstbewertungsschema. Dieses Rating kann auch dann durchgeführt werden, wenn der/die Befragte sein/ihr genaues Gewicht nicht kennt – in diesem Fall kann die Wichtigkeit seines/ihrer vermuteten Gewichts bewertet werden. Um dies einzuschätzen, sollten Vergleiche mit anderen Lebensbereichen des/der Befragten herangezogen werden, die für sein/ihr Selbstbewertungsschema von Bedeutung sind (z. B. die Qualität von Beziehungen, Vater oder Mutter zu sein, die Leistung bei der Arbeit oder bei Freizeitaktivitäten), inklusive der Figur und strikter Kontrolle über das Essen. In Übereinstimmung mit allen Intensitätsitems sollte das Rating den *häufigsten Wert für den gesamten Monat* darstellen.

Die drei „Wichtigkeits“-Items können schwer zu bewerten sein. Am Besten beginnen Sie mit dem Gewicht und sprechen dann die Figur an. An diesem Punkt sollten die Bewertungen der Wichtigkeit von Gewicht und Figur vorgenommen werden. Dann sollte die strikte Kontrolle über das Essen hinzugefügt und die Wichtigkeit aller drei Bereiche bewertet werden (d. h. die Wichtigkeit von Gewicht und Figur werden doppelt gewertet).

Wenn Sie mit dem Gewicht beginnen, empfiehlt es sich, die zwei obligatorischen Untersuchungsfragen zusammenhängend zu stellen. Anschließend sollten Sie dem/der Befragten bei der Formulierung seiner/ihrer Antwort helfen. Häufig ist es gut, die zwei Untersuchungsfragen danach zu wiederholen, um sicherzustellen, dass der/die Befragte gänzlich verstanden hat, was eingeschätzt werden soll. Die Fragen in Klammern sollten nur gestellt werden, wenn der/die Befragte bestreitet, dass das Gewicht von Bedeutung ist, sein/ihr Verhalten dies jedoch andeutet. Geben Sie die Bezeichnungen „etwas“, „mäßig“ oder „höchst“ nicht vor.

0 – unwichtig

1 –

2 – etwas wichtig, eindeutig ein Aspekt der Selbstbewertung

3 –

4 – mäßig wichtig, eindeutig einer der Hauptaspekte der Selbstbewertung

5 –

6 – höchst wichtig, nichts ist wichtiger im Selbstbewertungsschema des/der Befragten

Gewicht (nicht adjustiert)

Figur (nicht adjustiert)

Fragen Sie nach jedem der vorangegangenen zwei Monate. Kodieren Sie mit 9, falls Sie nicht gefragt haben.

Gewicht (nicht adjustiert) – Monat 2

Gewicht (nicht adjustiert) – Monat 3

Figur (nicht adjustiert) – Monat 2

Figur (nicht adjustiert) – Monat 3

Strikte Kontrolle über das Essen

Gewicht (adjustiert für strikte Kontrolle über das Essen)

Figur (adjustiert für strikte Kontrolle über das Essen)

31. ANGST VOR GEWICHTSZUNAHME

Diagnostisches Item Shape Concern

► **Hatten Sie während der letzten vier Wochen Angst, dass Sie zunehmen könnten?**

Bei Personen, die kürzlich zugenommen haben, sollte die Frage umformuliert werden zu „**Hatten Sie während der letzten vier Wochen Angst, dass Sie *noch mehr* zunehmen könnten?**“

Wie ängstlich waren Sie?

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen eine deutliche Angst (im alltäglichen Sinne) vor einer Gewichtszunahme bestand. Schließen Sie Reaktionen auf tatsächliche Gewichtszunahmen aus. Kodieren Sie mit 9, falls Sie nicht gefragt haben.

- 0 – keine deutliche Angst vor dem Zunehmen
- 1 – Angst vor dem Zunehmen an 1 bis 5 Tagen
- 2 – deutliche Angst vor dem Zunehmen an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – deutliche Angst vor dem Zunehmen an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – deutliche Angst vor dem Zunehmen an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – deutliche Angst vor dem Zunehmen an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – tägliche deutliche Angst vor dem Zunehmen

Bei Personen, deren Gewicht als „signifikant niedrig“ angesehen wird, fragen Sie auch nach jedem der vorangegangenen zwei Monate. Kodieren Sie mit 9, falls Sie nicht gefragt haben.

Monat 2

Monat 3

32. UNBEHAGEN BEIM BETRACHTEN DES KÖRPERS

Shape Concern

► **Haben Sie sich während der letzten vier Wochen unwohl gefühlt, wenn Sie Ihren Körper gesehen haben, z. B. im Spiegel, in reflektierenden Schaufensterscheiben, beim Ausziehen, Baden oder Duschen?**

Was haben Sie in diesen Situationen empfunden? Hätten Sie sich dabei schlechter fühlen können? Haben Sie es vermieden, Ihren Körper anzusehen?

Bewerten Sie ein Unbehagen hinsichtlich der gesamten Figur nur, sofern diese als zu dick angesehen wurde. Das Unbehagen sollte nicht von der Empfindlichkeit des/der Befragten in Bezug auf spezielle Aspekte der äußeren Erscheinung (z. B. Akne) oder von Verlegenheit herrühren. Ein Anhaltspunkt für den Schweregrad eines solchen Unbehagens ist, ob es zu Vermeidung geführt hat (fragen Sie nach Beispielen, z. B. beim Waschen). In Übereinstimmung mit allen Intensitätsitems sollte das Rating den *häufigsten Wert für den gesamten Monat* repräsentieren.

- 0 – kein Unbehagen beim Betrachten des Körpers
- 1 –
- 2 – etwas Unbehagen beim Betrachten des Körpers
- 3 –
- 4 – deutliches Unbehagen beim Betrachten des Körpers
- 5 –
- 6 – extremes Unbehagen beim Betrachten des Körpers (z. B. als abstoßend angesehen)



33. UNBEHAGEN BEIM ENTKLEIDEN

Shape Concern

➤ **Haben Sie sich während der letzten vier Wochen unwohl gefühlt, wenn andere Ihren Körper gesehen haben, z. B. in Gemeinschaftsumkleideräumen, beim Schwimmen oder beim Tragen figurbetonter Kleidung? Wie war es, wenn Ihr/e Partner/in oder Freunde Ihren Körper gesehen haben?**

Was haben Sie in diesen Situationen empfunden? Hätten Sie sich dabei schlechter fühlen können?

Haben Sie es vermieden, dass andere Ihren Körper sehen? Haben Sie kaschierende Kleidung getragen?

Bewerten Sie ein Unbehagen nur, wenn dieses von der Sorge um die gesamte Figur herrührt (da diese als zu dick angesehen wird). Beziehen Sie kein Unbehagen mit ein, das sich nur auf Familienmitglieder bezieht, die wissen, dass der/die Befragte ein Essproblem hat. Das Unbehagen sollte nicht von der Empfindlichkeit des/der Befragten in Bezug auf spezielle Aspekte der äußeren Erscheinung (z. B. Akne) oder von Verlegenheit herrühren. Ein Anhaltspunkt für den Schweregrad eines solchen Unbehagens ist, ob es zu Vermeidung geführt hat (fragen Sie nach Beispielen, z. B. beim Anziehen). Falls die Möglichkeit nicht bestand, dass andere den Körper sahen, kodieren Sie mit 9. In Übereinstimmung mit allen Intensitätsitems sollte das Rating den *häufigsten Wert für den gesamten Monat* repräsentieren.

- 0 – kein Unbehagen, wenn andere den Körper gesehen haben
- 1 –
- 2 – etwas Unbehagen, wenn andere den Körper gesehen haben
- 3 –
- 4 – deutliches Unbehagen, wenn andere den Körper gesehen haben
- 5 –
- 6 – extremes Unbehagen, wenn andere den Körper gesehen haben



34. GEFÜHL, DICK ZU SEIN

Shape Concern

► **Haben Sie sich in den letzten vier Wochen „dick gefühlt“?** (Wenn der/die Befragte solche Gefühle bereits angesprochen hat, kann es notwendig sein, diese Frage mit einer Entschuldigung einzuleiten.)

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen der/die Befragte allgemein das „Gefühl hatte, dick zu sein“ (nicht auf ein bestimmtes Körperteil beschränkt), indem Sie seine/ihre Ausdrucksweise aufgreifen. Unterscheiden Sie bei Frauen das „Gefühl, dick zu sein“ von dem Gefühl des prämenstruellen Aufgeblähtseins, außer wenn dies als Dicksein empfunden wird.

- 0 – kein Gefühl, dick zu sein
- 1 – Gefühl, dick zu sein, an 1 bis 5 Tagen
- 2 – Gefühl, dick zu sein, an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – Gefühl, dick zu sein, an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – Gefühl, dick zu sein, an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – Gefühl, dick zu sein, an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – tägliches Gefühl, dick zu sein

Bei Personen, deren Gewicht als „signifikant niedrig“ angesehen wird, fragen Sie auch nach jedem der vorangegangenen zwei Monate. Kodieren Sie mit 9, falls Sie nicht gefragt haben.

Monat 2

Monat 3

35. GEFÜHL ZU DICKER KÖRPERTEILE

► **Hatten Sie im Verlauf der letzten vier Wochen das Gefühl, dass bestimmte Körperteile an Ihnen zu dick sind?**

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen der/die Befragte das Gefühl hatte, dass ein oder mehrere Körperteile eindeutig zu „dick“ sind. Dies schließt nicht aus, dass er/sie denkt, sein/ihr gesamter Körper sei zu „dick“.

- 0 – kein Gefühl, dass Körperteile zu dick sind
- 1 – Gefühl, dass Körperteile zu dick sind, an 1 bis 5 Tagen
- 2 – Gefühl, dass Körperteile zu dick sind, an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – Gefühl, dass Körperteile zu dick sind, an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – Gefühl, dass Körperteile zu dick sind, an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – Gefühl, dass Körperteile zu dick sind, an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – tägliches Gefühl, dass Körperteile zu dick sind

36. WACHSAMKEIT ÜBER DIE FIGUR

► **Hatten Sie während der letzten vier Wochen ein wachsames Auge auf Ihre Figur ..., z. B. indem Sie sich prüfend im Spiegel betrachtet haben, indem Sie Ihre Maße genommen oder sich selbst gekniffen haben, oder indem Sie wiederholt überprüft haben, wie bestimmte Kleidungsstücke sitzen?**

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen der/die Befragte seine/ihre Figur *aktiv überwacht* hat, mit der Absicht, jegliche Veränderungen zu entdecken. Der/die Befragte sollte davon überzeugt sein, dass die eingesetzte Methode zur Entdeckung von Veränderungen geeignet ist.

- 0 – keine Wachsamkeit
- 1 – Wachsamkeit an 1 bis 5 Tagen
- 2 – Wachsamkeit an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – Wachsamkeit an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – Wachsamkeit an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – Wachsamkeit an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – tägliche Wachsamkeit



37. FLACHER BAUCH

Shape Concern

► **Hatten Sie während der letzten vier Wochen den deutlichen Wunsch, einen vollkommen flachen Bauch zu haben?**

Bewerten Sie die Anzahl der Tage, an denen der/die Befragte einen deutlichen Wunsch nach einem flachen oder nach innen gewölbten Bauch hatte. Demonstrieren Sie dies mit Hilfe eines senkrecht gehaltenen Stifts. Auch wenn der/die Befragte bereits einen flachen Bauch hat, kann dies bewertet werden, wohingegen der Wunsch, einen „flacheren“ (d. h. weniger hervorgewölbten) Bauch zu haben, nicht bewertet werden sollte.

- 0 – kein deutlicher Wunsch, einen flachen Bauch zu haben
- 1 – deutlicher Wunsch, einen flachen Bauch zu haben, an 1 bis 5 Tagen
- 2 – deutlicher Wunsch, einen flachen Bauch zu haben, an weniger als der Hälfte der Tage (6 bis 12 Tage)
- 3 – deutlicher Wunsch, einen flachen Bauch zu haben, an der Hälfte der Tage (13 bis 15 Tage)
- 4 – deutlicher Wunsch, einen flachen Bauch zu haben, an mehr als der Hälfte der Tage (16 bis 22 Tage)
- 5 – deutlicher Wunsch, einen flachen Bauch zu haben, an fast jedem Tag (23 bis 27 Tage)
- 6 – täglicher deutlicher Wunsch, einen flachen Bauch zu haben



38. KÖRPERZUSAMMENSETZUNG

► Haben Sie während der letzten vier Wochen über Ihre Körperzusammensetzung nachgedacht, ... über den Fett- im Vergleich zum Muskelanteil ... wie es wirklich unter Ihrer Haut aussieht?

Wie besorgt waren Sie um Ihre Körperzusammensetzung?

Bewerten Sie, wie stark sich der/die Befragte um den Fettanteil in seinem/ihrem Körper sorgt. *Bewerten Sie nicht die Besorgnis darum, „dick zu sein“, oder Sorgen um bestimmte Körperteile.* Geben Sie die Bezeichnungen „leicht“, „mäßig“ oder „deutlich“ nicht vor. In Übereinstimmung mit allen Intensitätsitems sollte das Rating den *häufigsten Wert für den gesamten Monat* darstellen.

0 – keine Sorge um die Körperzusammensetzung

1 –

2 – leichte Sorge um die Körperzusammensetzung (eine Vorstellung davon haben, jedoch ohne persönliche Relevanz)

3 –

4 – mäßige Sorge um die Körperzusammensetzung (klares Interesse an der Körperzusammensetzung und regelmäßiges Nachdenken darüber)

5 –

6 – deutliche Sorge um die Körperzusammensetzung (extremes Interesse an der aktuellen Körperzusammensetzung und häufiges Nachdenken darüber)



39. GEWICHT UND GRÖSSE

Diagnostisches Item

Messen Sie Körpergewicht und –größe des/der Befragten.

Körpergewicht (in kg)

Körpergröße (in cm)

40. NIEDRIGES GEWICHT GEHALTEN

Diagnostisches Item

Nehmen Sie diese Bewertung bei Personen vor, deren Gewicht als „signifikant niedrig“ angesehen wird. Im Zweifelsfall nehmen Sie die Bewertung vor.

Haben Sie während der letzten drei Monate versucht abzunehmen?

Wenn nein: **Haben Sie versucht sicherzustellen, dass Sie nicht zunehmen?**

Bewerten Sie das Vorhandensein von Versuchen, abzunehmen oder eine Gewichtszunahme zu vermeiden. Kodieren Sie mit 9, falls Sie nicht gefragt haben.

- 0 – keine Versuche (während der letzten drei Monate), abzunehmen oder eine Gewichtszunahme zu vermeiden
- 1 – Versuche (während der letzten drei Monate), entweder abzunehmen oder eine Gewichtszunahme zu vermeiden, aus Gründen, die die Figur oder das Gewicht betreffen
- 2 – Versuche (während der letzten drei Monate), entweder abzunehmen oder eine Gewichtszunahme zu vermeiden, aus anderen Gründen



EATING DISORDER EXAMINATION

KODIERUNGSBOGEN

EDE 17.0D

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Code: _____

Interviewer/in: _____ Datum: _____

Einleitung

Kommentare:

1. Essgewohnheiten

Frühstück _____ Tage **Rating** _____

2. Frühstück _____ Tage **Rating** _____

Mittagessen _____ Tage **Rating** _____

Zwischenmahlzeit am Nachmittag _____ Tage **Rating** _____

Abendessen _____ Tage **Rating** _____

Zwischenmahlzeit am Abend _____ Tage **Rating** _____

Nächtliches Essen _____ Tage **Rating** _____

Grad der Wachheit bei nächtlicher Mahlzeit **Rating** _____

2. Naschen oder Knabbern

_____ Tage **Rating** _____

3. Gezügeltes Essverhalten

_____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für allgemeines Kontrollgefühl _____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für Figur oder Gewicht oder für
allgemeines Kontrollgefühl _____ Tage **Rating** _____

4. Essensvermeidung

_____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für allgemeines Kontrollgefühl _____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für Figur oder Gewicht oder für
allgemeines Kontrollgefühl _____ Tage **Rating** _____

5. Leerer Magen

_____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für allgemeines Kontrollgefühl

_____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für Figur oder Gewicht oder für
allgemeines Kontrollgefühl

_____ Tage **Rating** _____

6. Vermeidung von Nahrungsmitteln

_____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für allgemeines Kontrollgefühl

_____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für Figur oder Gewicht oder für
allgemeines Kontrollgefühl

_____ Tage **Rating** _____

7. Diätregeln

_____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für allgemeines Kontrollgefühl

_____ Tage **Rating** _____

Einschränkung für Figur oder Gewicht oder für
allgemeines Kontrollgefühl

_____ Tage **Rating** _____

8. Beschäftigung mit Nahrungsmitteln, Essen oder Kalorien

_____ Tage **Rating** _____

9. Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren

_____ Tage **Rating** _____

10. Essanfälle und andere Formen des Überessens

Nutzen Sie diese Seite für Notizen zu Episoden des Überessens:

Nutzen Sie diese Seite für Notizen zu Episoden des Überessens:

Objektive Essanfälle

Anzahl der Tage	Monat 1	_____
Anzahl der Episoden	Monat 1	_____
Anzahl der Tage während der vorangegangenen zwei Monate	Monat 2	_____
	Monat 3	_____
Anzahl der Episoden während der vorangegangenen zwei Monate	Monat 2	_____
	Monat 3	_____
Längster zusammenhängender Zeitraum ohne objektive Essanfälle während der letzten drei Monate (in Wochen)		_____

Subjektive Essanfälle

Anzahl der Tage	Monat 1	_____
Anzahl der Episoden	Monat 1	_____
Anzahl der Tage während der vorangegangenen zwei Monate	Monat 2	_____
	Monat 3	_____
Anzahl der Episoden während der vorangegangenen zwei Monate	Monat 2	_____
	Monat 3	_____

Objektives Überessen

Anzahl der Tage	Monat 1	_____
Anzahl der Episoden	Monat 1	_____

11. Binge-Eating-Störungsmodul

Merkmale, die mit Essanfällen assoziiert sind

... viel schneller als gewöhnlich gegessen _____

... gegessen, bis unangenehm voll gefühlt _____

... große Mengen gegessen, obwohl nicht hungrig _____

... allein gegessen, weil sonst geschämt, so viel zu essen _____

... sich eklig, niedergeschlagen oder sehr schuldig gefühlt _____

Durch Essanfälle verursachtes Leiden _____

12. Diätbedingte Einschränkung außerhalb von Essanfällen

Monat 1 _____

Monat 2 _____

Monat 3 _____

13. Essen in Gesellschaft

14. Heimliches Essen

_____ Tage **Rating** _____

15. Schuldgefühle aufgrund des Essens

16. Selbstinduziertes Erbrechen

Anzahl der Episoden Monat 1 _____

Monat 2 _____

Monat 3 _____

Nicht-kompensatorische Episoden Monat 1 _____

17. Missbrauch von Laxantien

Anzahl der Episoden Monat 1 _____

Monat 2 _____

Monat 3 _____

Nicht-kompensatorische Episoden Monat 1 _____

Durchschnittliche Dosis pro Episode _____

Art der Laxantien:

18. Missbrauch von Diuretika

Anzahl der Episoden Monat 1 _____

Monat 2 _____

Monat 3 _____

Nicht-kompensatorische Episoden Monat 1 _____

Durchschnittliche Dosis pro Episode _____

Art der Diuretika:

19. Getriebenes Sporttreiben

Anzahl der Tage Monat 1 _____

Monat 2 _____

Monat 3 _____

Durchschnittliche Zeitdauer in Minuten pro Tag _____

20. Anderes extremes gewichtskontrollierendes Verhalten

Anzahl der Tage

Monat 1 _____

Monat 2 _____

Monat 3 _____

Art des Verhaltens:

21. Abstinenz von extremem gewichtskontrollierendem Verhalten

Längster zusammenhängender Zeitraum (in Wochen) während der letzten drei Monate

22. Unzufriedenheit mit dem Gewicht

23. Wunsch abzunehmen

_____ Tage **Rating** _____

24. Wunschgewicht

Wunschgewicht in kg

25. Wiegen

Häufigkeit des Wiegens

26. Reaktion auf vorgeschriebenes Wiegen

27. Reaktion auf Gewichtszunahme

_____ kg **Rating** _____

28. Unzufriedenheit mit der Figur

29. Beschäftigung mit Figur oder Gewicht

_____ Tage **Rating** _____

30. Wichtigkeit von Gewicht, Figur und strikter Kontrolle über das Essen

Gewicht (nicht adjustiert)

Monat 1 _____

Monat 2 _____

Monat 3 _____

Figur (nicht adjustiert)

Monat 1 _____

Monat 2 _____

Monat 3 _____

Strikte Kontrolle über das Essen

Monat 1 _____

Gewicht (adjustiert für strikte Kontrolle über das Essen)

Monat 1 _____

Figur (adjustiert für strikte Kontrolle über das Essen)

Monat 1 _____

31. Angst vor Gewichtszunahme

Monat 1 _____ Tage **Rating** _____

Monat 2 _____ Tage **Rating** _____

Monat 3 _____ Tage **Rating** _____

32. Unbehagen beim Betrachten des Körpers

33. Unbehagen beim Entkleiden

34. Gefühl, dick zu sein

Monat 1 _____ Tage **Rating** _____

Monat 2 _____ Tage **Rating** _____

Monat 3 _____ Tage **Rating** _____

35. Gefühl zu dicker Körperteile

_____ Tage **Rating** _____

36. Wachsamkeit über die Figur

_____ Tage **Rating** _____

37. Flacher Bauch

_____ Tage **Rating** _____

38. Körperzusammensetzung

39. Gewicht und Größe

Gewicht in kg

Größe in cm

40. Niedriges Gewicht gehalten

EATING DISORDER EXAMINATION

Auswertungsbogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Code: _____

Interviewer/in: _____ Datum: _____

	Re- straint	Eating Concern	Weight Concern	Shape Concern
3. Gezügeltes Essverhalten				
4. Essensvermeidung				
5. Leerer Magen				
6. Vermeidung von Nahrungsmitteln				
7. Diätregeln				
8. Beschäftigung mit Nahrungsmitteln, Essen oder Kalorien				
9. Angst, die Kontrolle über das Essen zu verlieren				
13. Essen in Gesellschaft				
14. Heimliches Essen				
15. Schuldgefühle aufgrund des Essens				
22. Unzufriedenheit mit dem Gewicht				
23. Wunsch abzunehmen				
26. Reaktion auf vorgeschriebenes Wiegen				
28. Unzufriedenheit mit der Figur				
29. Beschäftigung mit Figur oder Gewicht				
30. Wichtigkeit des Gewichts				
30. Wichtigkeit der Figur				
31. Angst vor Gewichtszunahme				
32. Unbehagen beim Betrachten des Körpers				
33. Unbehagen beim Entkleiden				
34. Gefühl, dick zu sein				
37. Flacher Bauch				
Summenwerte der Subskalen				
Subskalenmittelwerte	:5	:5	:5	:8
Gesamtwert	Σ	Σ:4		

EATING DISORDER EXAMINATION

Diagnosebogen

Name: _____ Geburtsdatum: _____ Code: _____

Interviewer/in: _____ Datum: _____

Zusammenfassung der Essstörungsdiagnostik:

Anorexia Nervosa	Kriterium erfüllt?
<p>A. Signifikant niedriges Gewicht durch eingeschränkte Energieaufnahme unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit. „Signifikant niedriges Gewicht“ umfasst ein Gewicht unterhalb des Minimums des Normalgewichts oder unterhalb des Minimums des zu erwartenden Gewichts bei Kindern und Jugendlichen.</p> <p>➔ <i>Das Gewicht und die Größe des/der Betroffenen sollten gemessen und das Alter erfasst werden. Anschließend sollten die Richtlinien des DSM-5 (S. 464-465) angewendet werden, um zu entscheiden, ob ein „signifikant niedriges Gewicht“ vorliegt. Außerdem sollte Item 40. „Niedriges Gewicht gehalten“ mit 1 oder 2 bewertet worden sein.</i></p>	<p>A. _____</p>
<p>B. Trotz signifikant niedrigen Gewichts deutliche Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes, einer Gewichtszunahme entgegenwirkendes Verhalten.</p> <p>➔ <i>Das Item 31. „Angst vor Gewichtszunahme“ sollte mit 4 oder höher für jeden der letzten drei Monate bewertet worden sein. Alternativ sollte das Item 40. „Niedriges Gewicht gehalten“ mit 1 oder 2 bewertet worden sein.</i></p>	<p>B. _____</p>
<p>C. Wahrnehmungsstörung in Bezug auf die eigene Figur oder das Gewicht, übertriebener Einfluss des Gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende, fehlende Einsicht hinsichtlich des Schweregrades des gegenwärtig geringen Gewichts.</p> <p>➔ <i>In Item 30. sollten entweder „Wichtigkeit der Figur“ oder „Wichtigkeit des Gewichts“ mit 4 oder höher (nicht adjustiert) für jeden der letzten drei Monate bewertet worden sein. Alternativ sollte das Item 40. „Niedriges Gewicht gehalten“ mit 1 oder 2 bewertet worden sein.</i></p>	<p>C. _____</p>

Bulimia Nervosa	Kriterium erfüllt?
<p>A. Wiederkehrende Essanfälle, gekennzeichnet durch die folgenden beiden Merkmale:</p> <p>(1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb von zwei Stunden), die erheblich größer ist als das, was die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter gleichen Bedingungen essen würden.</p> <p>(2) Währenddessen Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten (z. B. Gefühl, nicht aufhören zu können, oder fehlende Kontrolle über Art und Menge der Nahrung).</p> <p>→ <i>Vorliegen „objektiver Essanfälle“ (Item 10.)</i></p>	<p>A. _____</p>
<p>B. Wiederkehrende unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.</p> <p>→ <i>Vorhandensein eines oder mehrerer der folgenden Merkmale:</i></p> <p><i>Item 16. „Selbstinduziertes Erbrechen“</i></p> <p><i>Item 17. „Missbrauch von Laxantien“</i></p> <p><i>Item 18. „Missbrauch von Diuretika“</i></p> <p><i>Item 19. „Getriebenes Sporttreiben“</i></p> <p><i>Item 20. „Anderes extremes gewichtskontrollierendes Verhalten“</i></p> <p><i>Item 12. „Diätbedingte Einschränkung außerhalb von Essanfällen“</i></p>	<p>B. _____</p>
<p>C. Die Essanfälle und die unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten auf.</p> <p>→ <i>Essanfälle: Mindestens 12 „objektive Essanfälle“ (Item 10.) während der letzten drei Monate. Außerdem sollte der längste Zeitraum ohne solche Episoden (nicht aufgrund auerer Umstände) nicht länger als zwei Wochen betragen haben.</i></p> <p><i>Kompensationsverhalten: Mindestens eines der folgenden sechs Kriterien sollte erfüllt sein:</i></p> <p><i>Item 16. „Selbstinduziertes Erbrechen“ – mindestens 12 Episoden während der letzten drei Monate</i></p> <p><i>Item 17. „Missbrauch von Laxantien“ – mindestens 12 Episoden während der letzten drei Monate</i></p> <p><i>Item 18. „Missbrauch von Diuretika“ – mindestens 12 Episoden während der letzten drei Monate</i></p> <p><i>Item 19. „Getriebenes Sporttreiben“ – mindestens 12 Tage während der letzten drei Monate</i></p> <p><i>Item 20. „Anderes extremes gewichtskontrollierendes Verhalten“ – mindestens 12 Tage während der letzten drei Monate</i></p> <p><i>Item 12. „Diätbedingte Einschränkung außerhalb von Essanfällen“ sollte für jeden der letzten drei Monate mit 1 oder 2 bewertet worden sein</i></p> <p><i>Außerdem sollte das Item 21. „Abstinenz von extremem gewichtskontrollierendem Verhalten“ nicht höher als 2 bewertet worden sein.</i></p>	<p>C. _____</p>

Bulimia Nervosa (Fortsetzung)	Kriterium erfüllt?
<p>D. Übermäßiger Einfluss des Gewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung. → <i>In Item 30. sollte entweder die „Wichtigkeit der Figur“ oder die „Wichtigkeit des Gewichts“ mit 4 oder höher (nicht adjustiert) für jeden der letzten drei Monate bewertet worden sein.</i></p>	D. _____
<p>E. Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia Nervosa auf. → <i>Die Kriterien für Anorexia Nervosa sind nicht erfüllt.</i></p>	E. _____

Binge-Eating-Störung	Kriterium erfüllt?
<p>A. Wiederkehrende Essanfälle, gekennzeichnet durch die folgenden beiden Merkmale:</p> <p>(1) Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z. B. innerhalb von zwei Stunden), die erheblich größer ist als das, was die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter gleichen Bedingungen essen würden.</p> <p>(2) Währenddessen Gefühl des Kontrollverlusts über das Essverhalten (z. B. Gefühl, nicht aufhören zu können, oder fehlende Kontrolle über Art und Menge der Nahrung).</p> <p>→ <i>Vorliegen „objektiver Essanfälle“ (Item 10.)</i></p>	A. _____
<p>B. Die Essanfälle treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:</p> <p>(1) Deutlich schneller essen als normal.</p> <p>(2) Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl.</p> <p>(3) Essen großer Nahrungsmengen, obwohl körperlich nicht hungrig.</p> <p>(4) Alleine essen aus Scham über die Nahrungsmenge.</p> <p>(5) Ekelgefühle, Deprimiertheit oder Schuldgefühle.</p> <p>→ <i>Mindestens drei der relevanten Items aus dem „Binge-Eating-Störungsmodul“ (Item 11.) wurden positiv bewertet.</i></p>	B. _____
<p>C. Ein deutlicher Leidensdruck wegen der Essanfälle besteht.</p> <p>→ <i>Das relevante Item aus dem „Binge-Eating-Störungsmodul“ (Item 11.) wurde positiv bewertet.</i></p>	C. _____
<p>D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von drei Monaten auf.</p> <p>→ <i>Mindestens 12 „objektive Essanfälle“ (Item 10.) während der letzten drei Monate. Außerdem sollte der längste Zeitraum ohne solche Episoden (nicht aufgrund äußerer Umstände) nicht länger als zwei Wochen betragen haben.</i></p>	D. _____
<p>E. Die Essanfälle treten nicht gemeinsam mit unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen wie bei der Bulimia Nervosa und nicht ausschließlich im Verlauf einer Bulimia Nervosa oder Anorexia Nervosa auf.</p> <p>→ <i>Die Kriterien der Bulimia Nervosa für wiederholte unangemessene kompensatorische Maßnahmen und die Kriterien für Anorexia Nervosa sind nicht erfüllt.</i></p>	E. _____

Das Eating Disorder Examination von Fairburn und Kollegen ist ein strukturiertes Experteninterview zur Klassifikation und zur Erfassung der spezifischen Psychopathologie von Essstörungen. Das Eating Disorder Examination gilt als Goldstandard der Essstörungsdiagnostik. Die vorliegende Testreihe umfasst die autorisierte deutschsprachige Version des Eating Disorder Examination, die eine Essstörungsklassifikation bei Erwachsenen und Jugendlichen nach dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen in der Fünften Auflage ermöglicht. Darüber hinaus sind Bestandteil die Selbstbeurteilungsform, der Eating Disorder Examination-Questionnaire, und Adaptationen dieser beiden Instrumente für Kinder.

Über die Autorinnen

Universitätsprofessorin Dr. Anja Hilbert hat eine Professur für Verhaltensmedizin an der Universität Leipzig inne. Sie ist international ausgewiesene Expertin für Essstörungen und Adipositas bei Erwachsenen, Jugendlichen und Kindern, einschließlich deren psychosoziale Grundlagen, Diagnostik und Therapie.

Universitätsprofessorin Dr. Brunna Tuschen-Caffier, Lehrstuhl Klinische Psychologie und Psychotherapie, Universität Freiburg, Expertin in experimenteller Psychopathologie- und Therapieforschung, Leiterin einer Ausbildungsstätte in Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie, Mitglied im Leitungsgremium zur Ausbildung in psychologischer Psychotherapie, Leiterin einer Psychotherapieambulanz.