

Zur Rolle der Familie bei Essanfällen im Kindes- und Jugendalter –

Eine systematische Übersicht

The role of the family in childhood and adolescent binge eating –

A systematic review

Tetzlaff, Anne & Hilbert, Anja

Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 42, (1), © 2014 by Hogrefe. This article may not exactly replicate the final version published in Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie. It is not the version of record and is therefore not suitable for citation.
<http://dx.doi.org/10.1024/1422-4917/a000270>.

Universitätsmedizin Leipzig, IFB AdipositasErkrankungen

Anne Tetzlaff

Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum (IFB) AdipositasErkrankungen,
Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Leipzig,
Philipp-Rosenthal-Straße 27, 04103 Leipzig, Deutschland.

E-Mail: anne.tetzlaff@medizin.uni-leipzig.de

ZUSAMMENFASSUNG

Fragestellung: Während der Einfluss der Familie bei Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa im Kindes- und Jugendalter gut belegt ist und bereits mehrmals in Übersichtsarbeiten zusammengefasst wurde, liegen derzeit wenige Befunde zum Zusammenhang zu Essanfällen ohne kompensatorische Verhaltensweisen vor. Ziel dieser systematischen Übersichtsarbeit ist es daher, familiäre Einflussfaktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essanfällen zu beschreiben.

Methodik: Eine systematische Datenbanksuche für Studien zum Zusammenhang von familiären Faktoren und Essanfällen wurde durchgeführt.

Ergebnisse: Die eingeschlossenen Studien zeigten einheitlich, dass eine unsichere Bindung des Kindes, eine geringere Familienfunktionalität und geringere emotionale Unterstützung mit Essanfällen assoziiert sind, elterliche Arbeitslosigkeit sowie elterliche Depressionen retrospektive Korrelate darstellen und weniger Familienmahlzeiten und häufige kritische Kommentare über Figur und Gewicht innerhalb der Familie variable Risikofaktoren für Essanfälle sind. Inkonsistente Befunde fanden sich hingegen bezüglich der Familienstrukturen, dem Vorliegen elterlicher Essstörungen und Diätverhalten sowie dem Erkennen von Essanfällen beim eigenen Kind. Geschlechterunterschiede im Zusammenhang zu familiären Beziehungen und gewichtsbezogener Stigmatisierung wurden identifiziert.

Schlussfolgerungen: Ebenso wie bei anderen Essstörungen scheinen familiäre Einflussfaktoren auch bei Essanfällen eine wichtige Rolle einzunehmen. Daher könnten eine Diagnostik familiärer Einflüsse und familientherapeutische Interventionen in der Behandlung von Essanfällen im Kindes- und Jugendalter hilfreich sein. Mithilfe von prospektiven Studiendesigns könnten die divergierenden Ergebnisse aufgeklärt werden.

Schlüsselwörter: Essanfall – binge eating – LOC eating - Kindheit – Jugend – Familie – Eltern.

ABSTRACT

Objective: While family factors in childhood and adolescent anorexia nervosa and bulimia nervosa are well-documented and were often reviewed before, less is known about these influences on binge eating without compensatory behavior. Therefore, the aim of this systematic review is to describe family factors in the development and maintenance of binge eating.

Method: A systematic literature search was conducted for studies on associations between binge eating, loss of control eating and family outcomes.

Results: Consistent evidence was found for associations between binge eating and insecure attachment of the child, lower family functioning and lower parental involvement, for parental unemployment and parental depression as retrospective correlates and for variable risk factors in fewer family meals and more critical comments about weight or shape by parents. In contrast, rather inconsistent findings referred to the influence of family structures, parental eating disorders, dieting and their knowledge about child's eating behaviour. Gender differences in associations with family relationships and weight stigmatization were identified.

Conclusions: The results underline the importance of familial factors in binge eating as compared to other eating disorders. Consequently, family assessment and family-based interventions might be helpful in the treatment of childhood and adolescent binge eating. More research should clarify inconsistent findings using prospective designs.

Key words: binge eating - LOC eating – childhood – adolescence - family – parents.

EINLEITUNG

Der Familienbegriff wird in unserer Gesellschaft unterschiedlich definiert, was Einfluss auf das Verständnis von Beziehungen und Interaktionen, von Aufgaben der einzelnen Mitglieder und von Entwicklungs- und Veränderungsprozessen im System „Familie“ hat. Für die vorliegende Übersichtsarbeit zur Rolle der Familie bei der Entwicklung und Aufrechterhaltung einer psychischen Störung bietet sich die Definition von Hofer (2002) an, in der die Familie als eine Gruppe von Menschen verstanden wird, die durch nahe und dauerhafte Beziehungen miteinander verbunden sind, die sich auf eine nachfolgende Generation hin orientiert und die einen erzieherischen und sozialisatorischen Kontext für die Entwicklung der Mitglieder bereitstellt. Es ist wissenschaftlich belegt, dass viele psychische Störungen und Erkrankungen im Kontext von Familienbeziehungen entstehen und aufrechterhalten werden (Jungbauer, 2009).

Im Bereich der Essstörungen wurde bereits früh ein enger Zusammenhang mit familiären Einflüssen gesehen, z. B. im Rahmen familiärer Einstellungen zu Essen, Diät, Gewicht, Aussehen und zum Umgang mit Substanzen. Es wird angenommen, dass familiäre Beziehungen Essstörungen wesentlich beeinflussen können, genetische, soziokulturelle und Persönlichkeitseinflüsse verstärken oder sie abschwächen und bei deren Bewältigung helfen (Reich, 2003). Im Zwei-Prozess-Familienmodell nach Leung et al. (1996) wird der Zusammenhang zwischen familiären Einflüssen und Essstörungen sowohl auf direkte als auch indirekte Weise beschrieben: Die familiäre Betonung von Gewicht und äußerer Erscheinung hat dabei einen direkten Einfluss auf die Körperunzufriedenheit und Essstörungssymptomatik, wohingegen eine familiäre Dysfunktionalität indirekt auf gestörtes Essverhalten und weitere psychische Symptome wirkt.

Familiäre Zusammenhänge in der Entwicklung und Aufrechterhaltung der Anorexia Nervosa (AN) und Bulimia Nervosa (BN) konnten vielfach belegt werden (Übersichten bei Fairburn & Harrison, 2003; Reich, 2003) und wurden prospektiv in Längsschnittuntersuchungen als Risikofaktoren und Faktoren der Aufrechterhaltung für Essstörungen identifiziert (Jacobi et al., 2004; Stice, 2002). Ein höherer sozioökonomischer Status, ein vermehrtes Auftreten von körperlichen Erkrankungen und psychischer Störungen (vor allem Essstörungen und affektive Störungen) in der Familie sowie sich gegenseitig kontrollierende Familienbeziehungen zusammen mit

elterlicher Uneinigkeit wurden als charakteristische Merkmale für Familien von Patienten mit AN und BN quer- und längsschnittlich gefunden (Jacobi & Neubert, 2005; Kog & Vandereycken, 1985). Pathologische Beziehungs- und Interaktionsmuster zeigten sich in familientherapeutischen Settings sowohl in Familien von Patienten mit AN (Minuchin et al., 1975) als auch in Familien von Patienten mit BN (Root, Fallon & Friedrich; 1986). Aufgrund der gefundenen Unterschiede der Familien von Patienten mit AN und BN entwickelte sich später ein eher dynamischerer Ansatz, der die Variabilität der Familienfaktoren in den Vordergrund stellte (Kog & Vandereycken, 1985; Kog, Vandereycken & Vertommen, 1985). Im Vergleich zu gesunden Erwachsenen berichten Personen mit AN und BN retrospektiv von einem höheren Ausmaß an elterlichen Auseinandersetzungen, Kritik, hohen Erwartungen, geringerer elterlicher Zuneigung und weniger Fürsorge (Fairburn, Welch, Doll, Davies & O`Connor, 1997; Fairburn, Cooper, Doll & Welch, 1999). Auch ein unsicherer Bindungstyp bei Personen mit Essstörungen wurde gefunden (Ward, 2000). In der aktuellen Diskussion steht jedoch die Wirkrichtung dieser familiären Faktoren: Es kann oft nur schwer beurteilt werden, ob solche Faktoren vor der Manifestation der Essstörung vorhanden waren oder ob sie erst sekundär, d.h. als Reaktion auf diese Krankheit in der Familie entstanden sind (Jacobi, Thiel & Paul, 2008). So zeigte sich bei Patientinnen mit BN, dass sie bereits vor Beginn der Essstörung eine geringere emotionale Verbundenheit innerhalb ihrer Familien wahrnahmen, hingegen schien bei Patientinnen mit AN die niedrige wahrgenommene Autonomie eine Folge der Erkrankung zu sein (Huemer et al., 2012).

Neben der AN und der BN bildet die Binge-Eating-Störung (BES; engl. binge-eating disorder, BED) im Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-5; American Psychiatric Association (APA), 2013) eine eigenständige Essstörungsdiagnose und mit einer Prävalenz von 1.6% die häufigste Essstörung im Jugendalter (Swanson, Crow, Le Grange, Swendsen & Merikangas, 2011). Die BES ist durch wiederkehrende Essanfälle gekennzeichnet, bei denen typischerweise große Nahrungsmengen verzehrt werden und dabei das Gefühl besteht, die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren. Im Unterschied zur BN gehen die Essanfälle nicht mit regelmäßigen unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher (z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Fasten oder exzessive

körperliche Betätigung). Zusätzlich zu den Essanfällen, bei denen eine große Nahrungsmenge verzehrt wird (objektive Essanfälle), unterscheidet man in Abhängigkeit der zugeführten Nahrungsmenge zwischen subjektiven Essanfällen (Verzehr ausschließlich subjektiv wahrgenommener großer Nahrungsmengen) sowie dem nahrungsmengenunabhängigen „Loss of Control (LOC) Eating“, bei dem einzig der Kontrollverlust über das Essen im Vordergrund steht.

Bereits im Kindesalter traten bei 6.2% der Kinder objektive sowie bei 3.2% subjektive Essanfälle auf (Tanofsky-Kraff et al., 2004), wohingegen Jugendliche später unter dem Vollbild einer BES leiden (Allen, Byrne, Oddy & Crosby, 2013; Swanson et al., 2011). Dabei deuten sich höhere Prävalenzraten bei Mädchen im Vergleich zu Jungen an, die jedoch nicht den Geschlechtsunterschieden bei AN und BN entsprechen (Decaluwé & Braet, 2003; Fuchs, Bösch, Hausmann & Steiner, 2013; Swanson et al., 2011). Die BES geht mit erhöhter Essstörungspsychopathologie (z. B. Figur- und Gewichtssorgen; Decaluwé & Braet, 2003), erhöhter allgemeiner Psychopathologie (z. B. Depressivität, Ängstlichkeit; Touchette et al., 2011) sowie Beeinträchtigungen in der psychosozialen Anpassung einher (Allen et al., 2013; Swanson et al., 2011). Die BES ist zudem quer- und längsschnittlich mit Übergewicht und Adipositas assoziiert (Allen, Byrne, La Puma, McLean & Davis, 2008; Field et al., 2012). Da der Verzehr großer Nahrungsmengen, gekoppelt mit einem Gefühl des Kontrollverlustes beim Essen, bei Kindern und Jugendlichen psychopathologisch weniger relevant ist als das Erleben eines Kontrollverlustes (Tanofsky-Kraff, Marcus, Yanovski & Yanovski, 2008), sind auch subjektive Essanfälle und LOC Eating bei Kindern mit Übergewicht, essstörungsspezifischer und allgemeiner Psychopathologie verbunden (Hilbert & Czaja, 2009; Tanofsky-Kraff et al., 2004).

Während für AN und BN eine Vielzahl an Entstehungs- und Aufrechterhaltungsfaktoren bekannt sind, sind entsprechende Studien für objektive und subjektive Essanfälle sowie LOC Eating rar. Die vorliegende Übersichtsarbeit soll daher erstmals einen systematischen Überblick über die familiären Einflussfaktoren bei den unterschiedlichen Arten von Essanfällen ohne kompensatorische Verhaltensweisen geben und die Rolle der Familie bei der Entstehung und Aufrechterhaltung dieser beschreiben.

METHODE

Für Publikationen bis April 2013 wurde mithilfe der Suchbegriffe „family“ OR „parent“ OR „parent-child“ AND „binge eating“ OR „loss of control eating“ OR „LOC eating“ eine systematische elektronische Literatursuche in den Datenbanken PsycINFO, Pubmed, Web of Science und The Cochrane Library sowie eine händige Suche in einschlägigen Referenzen durchgeführt.

In die Übersichtsarbeit wurden ausschließlich empirische Studien in deutscher und englischer Sprache zu Essanfällen ohne kompensatorische Verhaltensweisen eingeschlossen, die folgende Einschlusskriterien erfüllten: (a) Altersdurchschnitt der Personen bis zu 20 Jahren, (b) Operationalisierung der Essanfälle als subjektive und objektive Essanfälle oder LOC Eating ohne kompensatorische Verhaltensweisen, (c) quantitative Erfassung familiärer Variablen, und schließlich (d) Untersuchung des direkten Zusammenhangs zwischen Familienvariablen und Essanfallssymptomatik bei Kindern und Jugendlichen. Übersichtsarbeiten, Einführungen, Kommentare und Fallstudien wurden hingegen ausgeschlossen.

<< Abbildung 1 hier einfügen >>

ERGEBNISSE

Die Literaturrecherche erbrachte über alle Datenbanken insgesamt 716 Treffer und einen weiteren Treffer in der händigen Suche. Nach Duplikatentfernung und Sichtung von Abstracts und Volltexten wurden 26 Artikel mit 24 Studien entsprechend der Einschlusskriterien in die vorliegende Übersichtsarbeit eingeschlossen (siehe Abb. 1). Da sich jeweils zwei Artikel auf dieselbe Studienpopulation bezogen, wurden diese im Bericht zusammengefasst (Neumark-Sztainer et al., 2002 und Neumark-Sztainer, Wall, Story & Fulkerson, 2004; Neumark-Sztainer et al., 2007 und Neumark-Sztainer, Eisenberg, Fulkerson, Story & Larson, 2008).

Die Studien erschienen hauptsächlich im US-amerikanischen Raum in den Jahren 1992 bis 2012. Die Stichprobengrößen unterschieden sich stark und umfassten von 25 (DeBar et al., 2012) bis über 80000 Probanden (Croll, Neumark-Sztainer, Story & Ireland, 2002). Der Altersdurchschnitt der Studien belief sich auf 12.7 Jahre ($SD = 2.6$; 5.8 – 17.3) bei einem durchschnittlichen Body Mass Index

von 21.3 kg/m^2 ($SD = 2.8$). In bis auf zwei Studien (DeBar et al., 2012; Neumark-Sztainer et al., 2010), die rein weibliche Stichproben untersuchten, wurde ein annähernd gleiches Geschlechterverhältnis erzielt. Im Zusammenhang zur Stichprobengröße und zum Design zeigten sich starke Schwankungen bezüglich der Prävalenz der Essanfälle in Abhängigkeit des Geschlechts, des Alters und der Nationalität. Die Operationalisierung der Essanfälle reichte von Ein-Item-Fragebögen zu Situationen übermäßiger Nahrungsaufnahme („binge eating“) ohne anschließendes kompensatorisches Verhalten ($n = 11$) über die Erfassung der Essanfälle durch den Einsatz etablierter Fragebögen ($n = 4$) bis hin zur Erfassung von Essanfällen oder der Diagnose einer BES mithilfe von strukturierten Interviews ($n = 5$). Im Vergleich zu 20 Studien, die objektive und subjektive Essanfälle untersuchten, bezogen sich sechs Studien auf LOC Eating (Czaja, Hartmann, Rief & Hilbert, 2011; Goossens, Braet, Bosmans & Decaluwé, 2011; Hartmann, Czaja, Rief & Hilbert, 2012; Hilbert, Tuschen-Caffier & Czaja, 2010; Hilbert & Czaja, 2011; Zocca et al., 2011).

Die Mehrzahl der Studien wurde deskriptiv ($n = 23$; $n = 2$ experimentell; $n = 1$ naturalistisch), im Querschnittsdesign ($n = 18$; $n = 7$ längsschnittlich; $n = 1$ kombiniert) und mithilfe schulbasierter Rekrutierung ($n = 16$; $n = 10$ bevölkerungsbasiert) durchgeführt. In Bezug zur Risikofaktoren-Terminologie nach Kraemer et al. (1997) fanden sich 20 Studien, deren Ergebnisse sich auf einen Zusammenhang zwischen Essanfällen und einer oder mehr Familienvariablen bezogen (Korrelate), darunter zwei Studien mit retrospektiven Korrelaten (Claus, Braet & Decaluwé, 2006; Hartmann et al., 2012), und sechs Studien, bei deren Ergebnissen aufgrund des Längsschnittdesigns von variablen Risikofaktoren (Zusammenhang, der dem Ergebnis vorausgeht und sich von selbst verändern kann) gesprochen werden kann (Field et al., 2008; Gossens et al., 2012; Haines, Gillmann, Rifas-Shiman, Field & Austin, 2010b; Haines, Kleinman, Rifas-Shiman, Field & Austin, 2010a; Neumark-Sztainer et al., 2007, 2008). Keine Studie bezog sich hingegen auf feste oder variable Marker sowie kausale Risikofaktoren. In Tabelle 1 sind die Merkmale aller eingeschlossenen Studien dargestellt.

<< Tabelle 1 hier einfügen >>

Nach Sichtung der Studien wurden aufgrund der inhaltlichen Schwerpunkte die familiären Einflussfaktoren und deren Zusammenhang zu Essanfällen bei

Kindern und Jugendlichen folgendermaßen strukturiert: (1) Familienstrukturen, (2) Familienanamnese, (3) Essverhalten, (4) Beziehungen und (5) Umgang mit Essanfällen (einschließlich Stigmatisierung). Dabei werden zuerst die Befunde im Kindesalter und dann die im Jugendalter berichtet, jeweils nach aufsteigendem Evidenzgrad von querschnittlichen Ergebnissen über querschnittlich-retrospektive Befunde bis hin zu Längsschnittergebnissen.

Familienstrukturen

Insgesamt drei Studien beschäftigten sich mit dem Zusammenhang zwischen familiären Strukturen und Essanfällen bei Kindern und Jugendlichen. In der mittleren Kindheit zeigte sich elterliche Arbeitslosigkeit als retrospektives Korrelat vor dem ersten Auftreten von LOC Eating (Hartmann et al., 2012).

Unterschiedliche Ergebnisse fanden sich im Jugendalter in Bezug auf das Leben in Einelternfamilien im Vergleich zu Familien mit zwei Elternteilen. Während in einer Querschnittsstudie Essanfälle bei Jugendlichen mit dem Leben in Einelternfamilien assoziiert war (Croll et al., 2002), lebten hingegen 87.5% der ausschließlich weiblichen Jugendlichen mit objektiven Essanfällen, die sich in eine kognitiv-behaviorale Behandlung begaben, in intakten Familien oder in stabilen Einelternfamilien (DeBar et al., 2012).

Familienanamnese

Die Befunde zum Einfluss einer elterlichen Essstörung oder anderen psychischen Störung auf das kindliche Essverhalten waren in Abhängigkeit vom Studiendesign inkonsistent, wobei sich alle vier Studien ausschließlich auf den Selbstbericht der Kindsmutter bezogen. Eine querschnittliche Studie zeigte einen Zusammenhang zwischen mütterlichen Essanfällen und gestörtem Essverhalten in der frühen Kindheit: So waren Kinder von Müttern mit Essanfällen einem sechsfach höheren Risiko ausgesetzt, selbst unter Essanfällen zu leiden, als Kinder, deren Mütter keine Essanfälle zeigten (Lamerz et al., 2005). In einer 7-jährigen Längsschnittstudie fand sich jedoch prospektiv kein Zusammenhang zwischen einer Essstörung der Mutter und dem Risiko des Kindes, im mittleren Jugendalter Essanfälle zu entwickeln (Field et al., 2008). Mit dem Einfluss anderer psychischer Störungen der Eltern auf Essanfälle in der mittleren Kindheit beschäftigte sich eine Studie, in der Mütter retrospektiv vor dem ersten Auftreten von LOC Eating beim

Kind ein häufigeres Vorkommen von Depressionen beider Elternteile berichteten (Hartmann et al., 2012).

Ähnlich der Studie von Lamerz et al. (2005) wurde ein querschnittlicher Zusammenhang zwischen den Essanfällen der Mutter und LOC Eating sowie dem häufigerem Essen in Abwesenheit von Hunger im frühen Jugendalter nachgewiesen (Zocca et al., 2011).

Essverhalten

Als familiäre Faktoren des Essverhaltens wurden die Frequenz, die Atmosphäre und die Struktur von Familienmahlzeiten sowie das Diätverhalten der Eltern in insgesamt sieben Studien betrachtet. In einer Längsschnittstudie konnte ein Einfluss von Familienmahlzeiten auf Essanfälle bei Kindern ein Jahr später dokumentiert werden. Dabei konnte für Mädchen und Jungen in der späten Kindheit gezeigt werden, dass regelmäßige und häufige Familienmahlzeiten die Kinder vor dem Auftreten von Essanfällen im darauffolgenden Jahr schützten (Haines et al., 2010b). In einer Studie zum Einfluss des Diätverhaltens der Eltern fand sich retrospektiv der Zusammenhang, dass bei Kindern mit LOC Eating familiäres Diätverhalten erhöht auftrat (Hartmann et al., 2012).

Bezüglich der Umgebung von Familienmahlzeiten im Sinne von Atmosphäre und Struktur konnte im Jugendalter kein querschnittlicher Zusammenhang zu Essanfällen gefunden werden (Neumark-Sztainer et al., 2002, 2004). Auch Sierra-Baigrie, Lemos-Giráldez und Fonseca-Pedrero (2009) fanden in einem querschnittlichen Design mit vergleichsweise geringer Stichprobengröße ($N = 259$) keine Unterschiede in der Frequenz und der Atmosphäre von Familienmahlzeiten bei Jugendlichen mit oder ohne Essanfällen. In Längsschnittstudien an großen Stichproben ($N = 2516 - 7172$) wurde hingegen gefunden, dass wenige und unregelmäßige Familienmahlzeiten Essanfälle im Jugendalter prädiszieren (Haines et al., 2010a; Neumark-Sztainer et al., 2007, 2008). Hier fanden sich zudem wiederholt Geschlechterunterschiede: Die Wahrscheinlichkeit in bis zu fünf Jahren später unter Essanfällen zu leiden, war im Gegensatz zu Jungen nur bei Mädchen geringer, wenn diese von regelmäßigen und häufigen Familienmahlzeiten berichteten (Haines et al., 2010a; Neumark-Sztainer et al., 2007, 2008). Eine positivere Atmosphäre während der Mahlzeiten stand ebenso nur bei Mädchen im mittleren Jugendalter prospektiv mit einem geringeren Risiko für Essanfälle fünf

Jahre später im Zusammenhang (Neumark-Sztainer et al., 2007, 2008). Im Gegensatz zum Kindesalter war das Diäthalten der Eltern weder bei Mädchen noch bei Jungen im frühen Jugendalter mit Essanfällen assoziiert (Haines et al., 2010a).

Beziehungen

Die Befunde zu Beziehungen bezogen sich auf verschiedene Aspekte familiären Zusammenlebens und Interagierens in Zusammenhang mit Essanfällen bei Kindern und Jugendlichen. In der mittleren Kindheit waren querschnittlich sowohl eine unsichere Bindung zur Mutter als auch zum Vater mit erhöhtem Auftreten von LOC Eating (Goossens et al., 2011) sowie subjektiven und objektiven Essanfällen assoziiert (Goossens, Braet, Van Durme, Decaluwé & Bosmans, 2012). Obwohl sich in der mittleren Kindheit der Selbstbericht des Funktionsniveaus der Familie bei Kindern mit LOC Eating nicht von Kindern ohne LOC Eating unterschied, zeigten sich in der Verhaltensbeobachtung während einer Familienmahlzeit im querschnittlichen, naturalistischen Setting weniger geeignete Kommunikationsmuster, weniger zwischenmenschliche Interaktionen und generell mehr maladaptive Verhaltensmuster (Czaja et al., 2011). Daneben waren in der mittleren Kindheit eine geringe Einbeziehung durch die Eltern und häufige Auseinandersetzungen der Eltern untereinander retrospektiv mit dem Beginn von LOC Eating assoziiert (Hartmann et al., 2012). Während einer einmaligen Testmahlzeit im Labor zeigte sich, dass die Eltern-Kind-Interaktion auf das Essverhalten bei Kindern mit LOC Eating Einfluss nimmt, denn diese Kinder aßen nach einer negativen Eltern-Kind-Interaktion mit größeren Bissen als die Kinder ohne LOC Eating (Hilbert & Czaja, 2011). Die einzige Längsschnittuntersuchung im Bereich der familiären Beziehungen zeigte, dass die Bindung zur Mutter in der mittleren Kindheit weder das Auftreten noch die Persistenz von subjektiven und objektiven Essanfällen ein Jahr später prädizierte (Goossens et al., 2012). Obwohl auch die Bindung zum Vater das Auftreten beider Arten von Essanfällen nicht beeinflusste, wurde eine unsichere Bindung zum Vater als variabler Risikofaktor für die Persistenz von subjektiven Essanfällen bei Kindern ein Jahr später identifiziert.

Im Jugendalter zeigten Querschnittsanalysen, dass Mädchen und Jungen dann eine geringere Wahrscheinlichkeit hatten, unter Essanfällen zu leiden, wenn den Berichten der Jugendlichen zufolge die Familie besser funktionierte, die familiäre Verbundenheit höher war, eine engere Bindung zu beiden Elternteilen

bestand und die Mutter wusste, wo sich das Kind aufhielt (Berge et al., 2012; Croll et al., 2002; Wertheim et al., 1992). Im Vergleich dazu war nur bei Mädchen die Wahrscheinlichkeit unter Essanfällen zu leiden erhöht, wenn beide Eltern mehr Einfluss auf Gefühle und Verhalten ihres Kindes im Sinne von psychologischer Kontrolle nahmen (Berge et al., 2012). Ähnlich wie bei Hartmann et al. (2012) zeigte sich auch querschnittlich im späten Jugendalter, dass eine geringe elterliche Unterstützung, häufige Auseinandersetzungen mit den Eltern und Streitereien unter den Elternteilen bei Jugendlichen mit Essanfällen häufiger berichtet wurden, als bei Jugendlichen ohne Essanfälle (Tomori & Rus-Makovec, 2000). Nur für jugendliche Mädchen hingegen waren elterliche Überbehütung und geringe Fürsorge querschnittlich mit Essanfällen assoziiert (Wertheim et al., 1992).

Umgang mit Essanfällen

Ein familiärer Einflussfaktor, der sich auf den familiären Umgang mit Kindern und Jugendlichen mit Essanfällen bezieht, ist das Erkennen und Beschreiben der Essanfälle beim eigenen Kind. Die querschnittlichen Ergebnisse aus drei Studien waren an unterschiedlichen Altersgruppen durchgeführt worden. Während Eltern von Grundschulkindern deutlich häufiger von Essanfällen bei ihren Kindern berichteten, als diese es berichteten und sich dabei in den Angaben zur Anzahl und Art der Essanfälle unterschieden (Steinberg et al., 2004), identifizierten Eltern von Jugendlichen mit einer BES nur einen von vier Fällen und sogar nur 15.5% einer subklinischen BES beim eigenen Kind (Johnson, Grieve, Adams & Sandy, 1999). Eltern von adipösen Jugendlichen in Gewichtsreduktionsbehandlung berichteten retrospektiv außerdem von einem früheren Beginn der Essanfälle als deren Kinder (Claus et al., 2006).

In insgesamt acht Studien zeigten sich negative Kommentare über Figur und Gewicht, gewichtsbezogene Stigmatisierung und elterliche Einstellungen zu Gewicht und Diäten als weitere Einflussfaktoren auf das Essverhalten von Kindern und Jugendlichen. In der mittleren Kindheit fand sich zum einen, dass Kinder vor Beginn von LOC Eating von häufigeren Gewichts- und Figursorgen innerhalb der Familie sowie kritischen Kommentaren über Figur, Gewicht und Essverhalten berichteten als Kontrollkinder ohne LOC Eating zu demselben Alter (Hartmann et al., 2012). Zum anderen äußerten Eltern von Kindern mit LOC Eating in einer experimentellen Studie während einer Testmahlzeit mehr kritische Kommentare

über die Figur, das Gewicht oder das Essverhalten des Kindes nach einer neutralen Eltern-Kind-Interaktion als Eltern von Kindern ohne LOC Eating (Hilbert et al., 2010). Solche kritischen Kommentare prädizierten nachfolgend eine größere Nahrungsaufnahme der Kinder mit LOC Eating im Vergleich zu den Kindern ohne LOC Eating während eines freien Essens. Eine prospektive Untersuchung über sieben Jahre im späten Kindesalter von Field et al. (2008) fand Geschlechterunterschiede bezüglich des Einflusses von elterlichen Einstellungen zu Gewicht und Diäten: So stellten negative Kommentare über das Gewicht durch den Vater ein erhöhtes Risiko für Essanfälle ausschließlich bei Jungen dar, die Wichtigkeit des Gewichts für den Vater prädizierte dagegen nur bei Mädchen das Auftreten von Essanfällen.

Im Jugendalter zeigte sich, dass sowohl übergewichtige als auch normalgewichtige Jugendliche einem höheren Risiko für Essanfälle ausgesetzt waren, wenn sie innerhalb der Familie wegen ihres Gewichts kritisiert wurden. Dieser Zusammenhang fand sich sowohl querschnittlich (Neumark-Sztainer et al., 2002, 2004; Neumark-Sztainer et al., 2010) als auch prospektiv über ein bis drei Jahre (Haines et al., 2010a). Ebenso wie im Kindesalter wurden querschnittlich geschlechtsspezifische Unterschiede im Zusammenhang mit Einstellungen zu Gewichtsreduktion und Diäten gefunden, so dass besonders bei jugendlichen Mädchen in einem Gewichtsreduktionsprogramm die Essanfälle mit der Selbstbeschäftigung der Mutter mit ihrem eigenen Gewicht und der Ermutigung zum Diäthalten assoziiert waren (Neumark-Sztainer et al., 2010). Während elterliche Diskussionen über und die Ermutigung zur Gewichtsreduktion nur bei Mädchen im direkten Zusammenhang mit Essanfällen standen, war die Ermutigung zur Gewichtsreduktion durch die Mutter hingegen nur bei Jungen querschnittlich mit Essanfällen assoziiert (Vincent & McCabe, 2000). In der 5-jährigen Längsschnittstudie von Neumark-Sztainer et al. (2007, 2008) zeigte sich zudem gewichtsbezogene Stigmatisierung durch beide Eltern als starker und konsistenter Prädiktor für Essanfälle bei Mädchen. Sowohl mütterliche als auch väterliche Gewichtssorgen waren bei Mädchen und Jungen variable Risikofaktoren für Essanfälle.

DISKUSSION

Diese systematische Übersicht belegt durch Korrelate, retrospektive Korrelate und variable Risikofaktoren die Wichtigkeit und Beachtung familiärer Faktoren in der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essanfällen im Kindes- und Jugendalter. Im Kindesalter konnten eine elterliche Essstörung, eine unsichere Bindung des Kindes und weniger geeignete Kommunikations- und Verhaltensmuster als familiäre Korrelate für das Auftreten von Essanfällen identifiziert werden. Retrospektive Korrelate fanden sich in Arbeitslosigkeit, Depressionen und Diäthalten bei den Eltern, häufige Auseinandersetzungen mit den Eltern sowie kritische Kommentare über Figur und Gewicht innerhalb der Familie. Als variable Risikofaktoren im Kindesalter zeigten sich wenige und unregelmäßige Familienmahlzeiten. Für das Jugendalter wurden eine elterliche Essstörung, eine unsichere Bindung des Kindes zu den Eltern und häufigere Auseinandersetzungen mit den Eltern als familiäre Korrelate gefunden. Wenige und unregelmäßige Familienmahlzeiten, elterliche kritische Kommentare über Figur und Gewicht und gewichtsbezogene Stigmatisierung zeigten sich zudem als variable Risikofaktoren für die Entstehung von Essanfällen im Jugendalter. In Bezug auf Familienmahlzeiten, der Art gewichtsbezogener Einflussnahme durch die Eltern und den Umgang mit Gewichtsreduktion und Diäthalten liegen erste Hinweise für deren geschlechtsspezifische Einflüsse sowohl im Kindes- als auch im Jugendalter vor. Dementgegen konnte der Einfluss von Familienstrukturen und des Erkennens von Essanfällen beim eigenen Kind nicht einheitlich belegt werden. Im Bereich familiärer Einflussfaktoren bei Essanfällen wurden keine festen Marker oder kausale Risikofaktoren nach Kraemer (1997) gefunden.

Ähnlich wie bei der AN und BN zeigt sich, dass die Familie auch bei Essanfällen ohne kompensatorische Verhaltensweisen eine bedeutsame Rolle spielt. Die Befunde zu Essanfällen stehen dabei in vielen Gemeinsamkeiten zu anderen Essstörungen. So ist den Essstörungen ein querschnittlicher Zusammenhang bezüglich einer unsicheren Bindung des Kindes sowie dysfunktionalem und konfliktreichem Verhalten gemein (Jacobi et al., 2004; Steiner et al., 2003; Stice, 2002). Ebenso wie bei Essanfällen findet sich elterliche Depressivität als familiäres querschnittliches und retrospektives Korrelat im Rahmen einer BN (Jacobi et al., 2004; Steiner et al., 2003). Kritische Kommentare über Figur

und Gewicht durch die Eltern zeigte sich als bedeutsamer querschnittlicher Faktor bei AN, BN und Essanfällen (Jacobi et al., 2004; Stice, 2002). Die gefundenen Einflüsse von Familienmahlzeiten scheinen dagegen eher spezifisch für Essanfälle zu sein.

Limitationen

Die vorliegende Übersichtsarbeit gibt erstmals einen Überblick in diesem Bereich; bei der Interpretation der Ergebnisse der berichteten Studien sind dennoch verschiedene methodische Einschränkungen zu berücksichtigen. Vor allem die unterschiedliche Operationalisierung der Essanfälle zu beachten: So sind bei den viel eingesetzten Ein-Item-Angaben, aber auch bei Selbstberichtsfragebögen die Validität und Reliabilität in Frage zu stellen und eine Diagnostik der Essanfälle mittels Interview vorzuziehen. Die Heterogenität der Studien bezüglich der familiären Variablen spiegelt die Bandbreite familiärer Einflussfaktoren wieder, erschwert aber gleichzeitig die Interpretation und Zusammenführung der Ergebnisse. Eine veränderte Methodik bei der Studienausswahl wäre rückblickend für das Verständnis und die Vergleichbarkeit erleichternd gewesen, hätte die Studienanzahl und die daraus resultierenden Ergebnisse aber minimiert. Zudem zeigt sich, dass einige Studien die vermutlich selbe Population untersuchten, was die Anzahl der untersuchten Studienpopulationen zusätzlich verringert. Die oft unklare temporale Präzedenz der Essanfälle und Familienvariablen in den Längsschnittstudien muss als weiterer Kritikpunkt angeführt werden.

Die Mehrzahl der Studien untersuchte Korrelate, die aufgrund des querschnittlichen Designs keine kausale Interpretation zulassen. Die wenigen retrospektiven Risikofaktoren- und Längsschnittstudien hingegen, die retrospektive Korrelate und variable Risikofaktoren identifizierten, erlauben dies jedoch und sollten in der zukünftigen Forschung in Verbindung mit reliablen und validen diagnostischen Verfahren und weiteren Stichproben stärker Verwendung finden. Aufgrund eines möglichen Recall-Bias sind dabei die Ergebnisse der retrospektiven Korrelate kritischer zu interpretieren als die Ergebnisse zu variablen Risikofaktoren.

Sowohl die Bedeutung der Genetik als auch die Bedeutung des sozioökonomischen Status fanden in den vorgestellten Studien eher wenig Beachtung. Ähnlich wie bei AN und BN deutet sich jedoch der Einfluss genetischer Faktoren auch im Zusammenhang mit der Entstehung von Essanfällen und

Übergewicht an (u.a. Jacobi et al., 2004). Der strukturelle Aspekt des sozioökonomischen Status könnte zusätzlich im Hinblick auf Zusammenhänge mit Übergewicht und Adipositas (u.a. McLaren, 2007) einige Verhaltensweisen unabhängig von der Essstörung erklären.

Schlussfolgerung

Aufgrund ihrer Bedeutung in der Aufrechterhaltung von Essstörungen fanden familiäre Faktoren auch Eingang in therapeutische Interventionen im Kindes- und Jugendalter. So wurden in der aktuellen S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ zur Behandlung von AN und BN familientherapeutische Interventionen bzw. die Einbeziehung der Eltern/Familie in die Therapie empfohlen (AWMF, 2010). In der Behandlung der BES bei Kindern und Jugendlichen blieben diese Empfehlungen bisher aus (AWMF, 2010). Die Befunde der vorliegenden Übersichtsarbeit legen jedoch eine Einbeziehung der Eltern/Familie, beispielsweise im Rahmen der Therapie der ersten Wahl, der Kognitiven Verhaltenstherapie, nahe. In Anlehnung an familientherapeutische Interventionen zur AN und BN (u.a. le Grange, Crosby, Rathouz & Leventhal, 2007; Lock, le Grange, Agras, Moya & Bryson, 2010) könnte das Wissen über familiäre Einflussfaktoren und deren Einbeziehung in die Behandlung der BES im Kindes- und Jugendalter hilfreich sein. So könnte es zum Beispiel zu Problemen im Aufbau von gesundem Essverhalten bei Kindern und Jugendlichen kommen, wenn die familiäre Mahlzeitenstruktur weiterhin unregelmäßig bleibt. Beim Aufbau eines positiven Körperbildes bei übergewichtigen Patienten mit BES könnten die negativen Kommentare der eigenen Eltern über die Figur hinderlich sein. In den Bereichen Selbstwert und Identität könnten familiäre Beziehungen, Bindungserfahrungen und Autonomiekonflikte außerdem eine entscheidende Rolle spielen. Der gefundene variable Risikofaktor der kritischen Kommentare innerhalb der Familie und dessen Einfluss auf Figur- und Gewichtssorgen gibt zudem Anlass für präventive Maßnahmen im Bereich der Essstörungspathologie (Stice & Shaw, 2002).

Insgesamt ist festzuhalten, dass familiäre Faktoren bei Essanfällen eine bedeutsame Rolle spielen, die in Prävention und Behandlung stärkere Betrachtung finden und noch weiter erforscht werden sollten.

ANHANG

Danksagung:

Diese Arbeit wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF), FKZ: 01EO1001, gefördert.

Interessenkonflikte:

Die Autoren erklären hiermit, dass keinerlei Interessenkonflikte bestehen.

Originalitätserklärung:

Hiermit erklären die Autoren, dass das Manuskript geistiges Eigentum der Verfasser ist, dass die Verfasser das Copyright besitzen und dass bisher weder das ganze Manuskript noch Teile davon in deutscher Sprache publiziert bzw. in anderen deutschsprachigen Zeitschriften eingereicht worden sind.

Dipl.-Psych. Anne Tetzlaff

Prof. Dr. rer. nat. Anja Hilbert

LITERATURVERZEICHNIS

- Allen, K. L., Byrne, S. M., La Puma, M., McLean, N. & Davis, E. A. (2008). The onset and course of binge eating in 8- to 13-year-old healthy weight, overweight and obese children. *Eating Behaviors*, 9(4), 438–446.
- Allen, K. L., Byrne, S. M., Oddy, W. H. & Crosby, R. D. (2013). Early onset binge eating and purging eating disorders: course and outcome in a population-based study of adolescents. *Journal of Abnormal Child Psychology*. [Epub ahead of print].
- American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic Statistical Manual of Mental Disorders* (ed 5.). Washington, DC: American Psychiatric Publishing.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF (2010). Diagnostik und Therapie der Essstörungen – Leitlinien-Report. Zugriff am 20.06.2013 http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051026m_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf
- Berge, J. M., Wall, M., Larson, N., Eisenberg, M. E., Loth, K. A., & Neumark-Sztainer, D. (2012). The unique and additive associations of family functioning and parenting practices with disordered eating behaviors in diverse adolescents. *Journal of Behavioral Medicine*. [Epub ahead of print].
- Claus, L., Braet, C. & Decaluwé, V. (2006). Dieting History in Obese Youngsters with and without Disordered Eating. *International Journal of Eating Disorders*, 39(8), 721-728.
- Croll, J. K., Neumark-Sztainer, D., Story, M. & Ireland, M. (2002). Prevalence and risk and protective factors related to disordered eating behaviors among adolescents: Relationship to gender and ethnicity. *Journal of Adolescent Health*, 31(2), 166-175.
- Czaja, J., Hartmann, A. S., Rief, W. & Hilbert, A. (2011). Mealtime family interactions in home environments of children with loss of control eating. *Appetite*, 56(3), 587-593.
- DeBar, L. L., Wilson, G. T., Yarborough, B. J., Burns, B., Oylar, B., Hildebrandt, T. et al. (2013). Cognitive behavioral treatment for recurrent binge eating in adolescent girls: A pilot trial. *Cognitive and Behavioral Practice*, 20(2), 147-161.

- Decaluwé, V. & Braet, C. (2003). Prevalence of binge-eating disorder in obese children and adolescents seeking weight-loss treatment. *International Journal of Obesity and Related Metabolic Disorders*, 27(3), 404–409.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A. & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 56(5), 468–476.
- Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *Lancet*, 361, 407–416.
- Fairburn, C. G., Welch, S. L., Doll, H. A., Davies, B. A. & O'Connor, M. E. (1997). Risk factors for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 54(6), 509–517.
- Field, A. E., Javaras, K. M., Aneja, P., Kitos, N., Camargo, C. A., Taylor, C. B. et al. (2008). Family, peer, and media predictors of becoming eating disordered. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(6), 574-579.
- Field, A. E., Sonnevile, K. R., Micali, N., Crosby, R. D., Swanson, S. A., Laird, N. M. et al. (2012). Prospective association of common eating disorders and adverse outcomes. *Pediatrics*, 130(2), e289-e295.
- Fuchs, M., Bösch, A., Hausmann, A., & Steiner, H. (2013). The Child is Father of the Man. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 41(1), 45-57.
- Goossens, L., Braet, C., Bosmans, G. & Decaluwe, V. (2011). Loss of control over eating in pre-adolescent youth: The role of attachment and self-esteem. *Eating Behaviors*, 12(4), 289-295.
- Goossens, L., Braet, C., Van Durme, K., Decaluwe, V. & Bosmans, G. (2012). The parent-child relationship as predictor of eating pathology and weight gain in preadolescents. *Journal of Clinical Child and Adolescent Psychology*, 41(4), 445-457.
- Haines, J., Gillman, M. W., Rifas-Shiman, S., Field, A. E. & Austin, S. B. (2010a). Family dinner and disordered eating behaviors in a large cohort of adolescents. *Eating Disorders: The Journal of Treatment and Prevention*, 18(1), 10-24.
- Haines, J., Kleinman, K. P., Rifas-Shiman, S. L., Field, A. E. & Austin, S. B. (2010b). Examination of Shared Risk and Protective Factors for Overweight and Disordered Eating Among Adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 164(4), 336-343.

- Hartmann, A. S., Czaja, J., Rief, W. & Hilbert, A. (2012). Psychosocial risk factors of loss of control eating in primary school children: a retrospective case-control study. *International Journal of Eating Disorders*, 45(6), 751-758.
- Hilbert, A. & Czaja, J. (2009). Binge eating in primary school children: towards a definition of clinical significance. *International Journal of Eating Disorders*, 42(3), 235-243.
- Hilbert, A. & Czaja, J. (2011). Behavioral Indicators of Loss of Control over Eating: Bite Size and Bite Velocity. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 60(4), 270-284.
- Hilbert, A., Tuschen-Caffier, B. & Czaja, J. (2010). Eating behavior and familial interactions of children with loss of control eating: a laboratory test meal study. *The American Journal of Clinical Nutrition*, 91(3), 510-518.
- Hofer, M., Wild, E. & Noack, P. (2002). *Lehrbuch Familienbeziehungen: Eltern und Kinder in der Entwicklung* (2. ed.). Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Huemer, J., Haidvogel, M., Matzejat, F., Wagner, G., Nobis, G., Fernandez-Aranda, F., Collier, D. A., Treasure, J. L. & Karwautz, A. F. (2012). Perception of Autonomy and Connectedness Prior to the Onset of Anorexia Nervosa and Bulimia Nervosa. *Zeitschrift für Kinder-und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 40(1), 61-68.
- Jacobi, C., de Zwaan, M., Hayward, C., Kraemer, H. C. & Agras, S. (2004). Coming to terms with risk factors for eating disorders: application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin*, 130(1), 19-65.
- Jacobi, C., Thiel, A. & Paul, T. (2008). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa: mit CD-Rom* (3. Aufl.). Weinheim: Beltz.
- Johnson, W. G., Grieve, F. G., Adams, C. D. & Sandy, J. (1999). Measuring binge eating in adolescents: Adolescent and parent versions of the Questionnaire of Eating and Weight Patterns. *International Journal of Eating Disorders*, 26(3), 301-314.
- Jungbauer, J. (2009). *Familienpsychologie kompakt*. Weinheim: Beltz.
- Kog, E. & Vandereycken, W. (1985). Family characteristics of anorexia nervosa and bulimia: a review of the research literature. *Clinical Psychology Review*, 5, 159-180.

- Kog, E., Vandereycken, W. & Vertommen, H. (1985). Towards a verification of the psychosomatic family model: A pilot study of ten families with an anorexia/bulimia nervosa patient. *International Journal of Eating Disorders*, 4(4), 525-538.
- Kraemer, H. C., Kazdin, A. E., Offord, D. R., Kessler, R. C., Jensen, P. S. & Kupfer, D. J. (1997). Coming to terms with the terms of risk. *Archives of General Psychiatry*, 54, 337–344.
- Lamerz, A., Kuepper-Nybelen, J., Bruning, N., Wehle, C., Trost-Brinkhues, G., Brenner, H. et al. (2005). Prevalence of obesity, binge eating, and night eating in a cross-sectional field survey of 6-year-old children and their parents in a German urban population. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 46(4), 385-393.
- Le Grange, D., Crosby, R. D., Rathouz, P. J. & Leventhal, B. L. (2007). A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 64(9), 1049-1056.
- Leung, F., Schwartzman, A. & Steiger, H. (1996). Testing a dual-process family model in understanding the development of eating pathology: A structural equation modeling analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 20(4), 367-375.
- Lock, J., le Grange, D., Agras, W. S., Moye, A., Bryson, S. W. & Jo, B. (2010). Randomized clinical trial comparing family-based treatment with adolescent-focused individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 67(10), 1025-1032.
- McLaren, L. (2007). Socioeconomic status und obesity. *Epidemiologic Reviews*, 29(1), 29-48.
- Minuchin, S., Baker, L., Rosman, B. L., Liebman, R., Milman, L. & Todd, T. C. (1975). A conceptual model of psychosomatic illness in children. Family organization and family therapy. *Archives of General Psychiatry*, 32(8), 1031-1038.
- Neumark-Sztainer, D., Bauer, K. W., Friend, S., Hannan, P. J., Story, M. & Berge, J. M. (2010). Family weight talk and dieting: How much do they matter for body

- dissatisfaction and disordered eating behaviors in adolescent girls? *Journal of Adolescent Health*, 47(3), 270-276.
- Neumark-Sztainer, D., Eisenberg, M. E., Fulkerson, J. A., Story, M. & Larson, N. I. (2008). Family meals and disordered eating in adolescents: longitudinal findings from project EAT. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine*, 162(1).
- Neumark-Sztainer, D., Falkner, N., Story, M., Perry, C., Hannan, P. J. & Mulert, S. (2002). Weight-teasing among adolescents: Correlations with weight status and disordered eating behaviors. *International Journal of Obesity*, 26(1), 123-131.
- Neumark-Sztainer, D., Wall, M., Story, M. & Fulkerson, J. A. (2004). Are Family Meal Patterns Associated with Disordered Eating Behaviors Among Adolescents? *Journal of Adolescent Health*, 35(5), 350-359.
- Neumark-Sztainer, D. R., Wall, M. M., Haines, J. I., Story, M. T., Sherwood, N. E. & van den Berg, P. A. (2007). Shared risk and protective factors for overweight and disordered eating in adolescents. *American Journal of Preventive Medicine*, 33(5), 359-369.
- Reich, G. (2003). *Familientherapie der Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe-Verlag.
- Sierra-Baigrie, S., Lemos-Giráldez, S. & Fonseca-Pedrero, E. (2009). Binge eating in adolescents: Its relation to behavioural problems and family-meal patterns. *Eating Behaviors*, 10(1), 22-28.
- Steinberg, E., Tanofsky-Kraff, M., Cohen, M. L., Elberg, J., Freedman, R. J., Semega-Janneh, M. et al. (2004). Comparison of the child and parent forms of the Questionnaire on Eating and Weight Patterns in the assessment of children's eating-disordered behaviors. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 183-194.
- Steiner, H., Kwan, W., Shaffer, T. G., Walker, S., Miller, S., Sagar, A. et al. (2003). Risk and protective factors for juvenile eating disorders. *European Child and Adolescent Psychiatry*, 12(Suppl 1), 38-46.
- Stice, E. (2002). Risk and maintenance factors for eating pathology: a meta-analytic review. *Psychological Bulletin*, 128(5), 825–848.

- Stice, E. & Shaw, H. (2002). Role of body dissatisfaction in the onset and maintenance of eating pathology: A synthesis of research findings. *Journal of Psychosomatic Research, 53*(5), 985-993.
- Swanson, S. A., Crow, S. J., Le Grange, D., Swendsen, J. & Merikangas, K. R. (2011). Prevalence and correlates of eating disorders in adolescents. *Archives of General Psychiatry, 68*(7), 714–723.
- Tanofsky-Kraff, M., Yanovski, S. Z., Wilfley, D. E., Marmarosh, C., Morgan, C. M., & Yanovski, J. A. (2004). Eating-disordered behaviors, body fat, and psychopathology in overweight and normal-weight children. *Journal of Consulting and Clinical Psychology, 72*(1), 53.
- Tanofsky-Kraff, M., Marcus, M. D., Yanovski, S. Z. & Yanovski, J. A. (2008). Loss of control eating disorder in children age 12 years and younger: proposed research criteria. *Eating Behaviors, 9*(3), 380-365.
- Tomori, M. & Rus-Makovec, M. (2000). Eating behavior, depression, and self-esteem in high school students. *Journal of Adolescent Health, 26*(5), 361-367.
- Touchette, E., Henegar, A., Godart, N. T., Pryor, L., Falissard, B., Tremblay, R. E. et al. (2011). Subclinical eating disorders and their comorbidity with mood and anxiety disorders in adolescent girls. *Psychiatry research, 185*(1-2), 185–192.
- Vincent, M. A. & McCabe, M. P. (2000). Gender differences among adolescents in family, and peer influences on body dissatisfaction, weight loss, and binge eating behaviors. *Journal of Youth and Adolescence, 29*(2), 205-221.
- Ward, A., Ramsay, R. & Treasure, J. (2000). Attachment research in eating disorders. *British Journal of Medical Psychology, 73*, 35–51.
- Wertheim, E. H., Paxton, S. J., Maude, D. & Szmukler, G. I. (1992). Psychosocial predictors of weight loss behaviors and binge eating in adolescent girls and boys. *International Journal of Eating Disorders, 12*(2), 151-160.
- Zocca, J. M., Shomaker, L. B., Tanofsky-Kraff, M., Columbo, K. M., Raciti, G. R., Brady, S. M. et al. (2011). Links between mothers' and children's disinhibited eating and children's adiposity. *Appetite, 56*(2), 324-331.

Tabelle 1

Merkmale der in der systematischen Übersicht eingeschlossenen Studien

Studie	Charakteristik der Teilnehmer				Charakteristik der Studie			
	N	Alter (SD)	% weiblich	BMI/BMI- SDS (SD)	% Essanfälle ^A	Design	Operationalisierungen von	
							Essanfällen	Familienv. ^B
Berge et al. (2012) USA	2793	14.4 (2.0)	53.2	-	10.0	D, Q, S	Fragebogen	SB
Claus et al. (2006) Belgien	80	12.7 (1.7)	57.5	174.9 (23.1) (adjustiert)	25.0	D, Q, B, K	Interview (ChEDE)	SB, FB
Croll et al. (2002) USA	80354	-	50.6	-	w 25.6 m 12.5	D, Q, S	Fragebogen	SB
Czaja et al. (2011) Deutschland	74	10.8 (1.4)	56.0	22.3 (4.6) +1.2 (1.0)	58.1	N, Q, B	Interview (ChEDE)	VB
DeBar et al. (2012) USA	25	15.1 (1.9)	100.0	26.6 (5.7)	100.0	D, Q, B, K	Interview (EDE)	FB
Field et al. (2008) USA	11087	12.0 (1.6)	55.8	19.1 (3.3)	w 4.3 m 2.1	D, L, B	Fragebogen	SB, FB
Goossens et al. (2011) Belgien	482	9.1 (0.8)	47.2	104.0 (15.1) (adjustiert)	17.6	D, Q, S	Fragebogen (ChEDE-Q)	SB

Fortsetzung

Studie	Charakteristik der Teilnehmer				Charakteristik der Studie			
	N	Alter (SD)	% weiblich	BMI/BMI- SDS (SD)	% Essanfälle ^A	Design	Operationalisierungen von	
							Essanfällen	Familienv. ^B
Goossens et al. (2012) Belgien	688	9.1 (0.9)	46.5	103.2 (14.5) (adjustiert)	13.1	D, L, S	Fragebogen (ChEDE-Q)	SB
Haines et al. (2010a) USA	(I) 7172 (II) 10540	(I) – (II) 13.9 (1.6)	(I) 59.4 (II) 57.1	-	w 4.4 m 1.5	D, L (I), Q (II), B	Fragebogen	SB
Haines et al. (2010b) USA	13448	11.9 (1.6)	56.0	19.1 (3.5)	w 7.1 m 2.0	D, L, B	Fragebogen	SB
Hartmann et al. (2012) Deutschland	120	10.8 (1.5)	56.7	23.0 (5.0) +1.3 (1.0)	50.0	D, Q, S	Interview (ChEDE)	SB
Hilbert et al. (2010) Deutschland	120	10.8 (1.5)	56.7	23.0 (5.0) +1.3 (1.0)	50.0	E, Q, S	Interview (ChEDE)	EM
Hilbert & Czaja (2011) Deutschland	120	10.8 (1.5)	56.7	23.0 (5.0) +1.3 (1.0)	50.0	E, Q, S	Interview (ChEDE)	EM
Johnson et al. (1999) USA	367	13.2 (1.9)	52.9	20.9 (4.5)	SB 11.4 FB 12.3	D, Q, B	Fragebogen (QEWP)	SB, FB

Fortsetzung

Studie	Charakteristik der Teilnehmer				Charakteristik der Studie			
	N	Alter (SD)	% weiblich	BMI/BMI-SDS (SD)	% Essanfälle ^A	Design	Operationalisierungen von	
							Essanfällen	Familienv. ^B
Lamerz et al. (2005) Deutschland	1979	5.8 (0.4)	49.1	15.8	2.0	D, Q, B	Fragebogen	FB
Neumark-Sztainer et al. (2002; 2004) USA	4746	14.9 (1.7)	49.8	-	w 17.3 m 7.8	D, Q, S	Fragebogen	SB
Neumark-Sztainer et al. (2007; 2008) USA	2516	14.8 (0.8)	55.1	-	w 10.5 m 2.6	D, L, S	Fragebogen	SB
Neumark-Sztainer et al. (2010) USA	356	15.8 (1.2)	100.0	25.8 (6.8)	11.5	D, Q, S, K	Fragebogen	SB
Sierra-Baigrie et al. (2009) Spanien	259	14.7	41.7	-	w 27.4 m 37.3	D, Q, S	Fragebogen (BITE)	SB
Steinberg et al. (2004) USA	263	9.7 (1.9)	53.6	+1.7 (2.4)	SB 7.6 FB 15.6	D, Q, B	Fragebogen (QEWP-A)	SB, FB
Tomori & Rus- Makovec (2000) Slovenien	4700	17.3	53.3	-	w 9.5 m 5.2	D, Q, S	Fragebogen	SB

Fortsetzung

Studie	Charakteristik der Teilnehmer					Charakteristik der Studie		
	N	Alter (SD)	% weiblich	BMI/BMI-SDS (SD)	% Essanfälle ^A	Design	Operationalisierungen von	
							Essanfällen	Familienv. ^B
Vincent & McCabe (2000) Australien	603	13.8 (1.1)	50.7	20.6 (3.7)	-	D, Q, S	Fragebogen (BULIT-R)	SB
Wertheim et al. (1992) Australien	921	14.0 (1.3)	65.8	-	w 18.0 m 15.1	D, Q, S	Fragebogen (EDI)	SB
Zocca et al. (2011) USA	305	13.6 (2.7)	49.8	+0.8 (1.1)	28.5	D, Q, B	Interview (EDE/ChEDE)	SB, FB

Anmerkungen.

^A Unter % Essanfälle werden objektive und subjektive Essanfälle und LOC Eating zusammengefasst. ^B Familienvariablen. B = bevölkerungsbasiert; BITE = Bulimic Investigatory Test, Edinburgh; BULIT-R = Bulimia Test-Revised; ChEDE = Eating Disorder Examination adapted for children; ChEDE-Q = Eating Disorder Examination - Questionnaire adapted for children; D = deskriptiv; E = experimentell; EDE = Eating Disorder Examination; EDI = Eating Disorder Inventory; EM = Experimentelle Manipulation; FB = Fremdbericht; K = Klinische Studie; L = längsschnittlich; m = männlich; N = naturalistisch; Q = querschnittlich; QEWP = Questionnaire on Eating and Weight Patterns; QEWP-A = Questionnaire on Eating and Weight Patterns-Adolescent form; S = schulbasiert; SB = Selbstbericht; w = weiblich; VB = Verhaltensbeobachtung.

ABBILDUNGEN

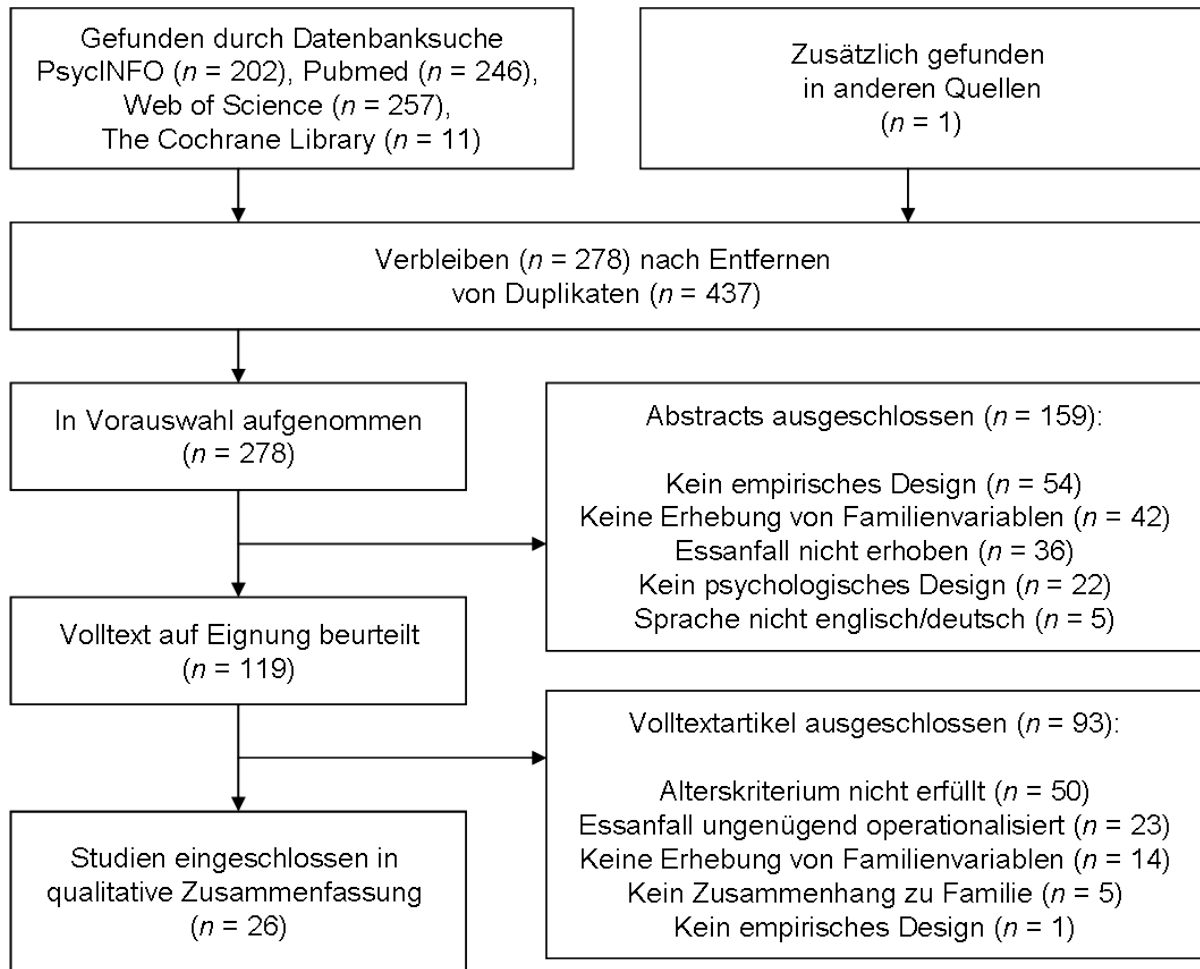


Abbildung 1: Suchhistorie