

Der Psychotherapeutische Prozess in der Behandlung von Essanfällen

The Psychotherapeutic Process in the Treatment of Binge Eating

Brauhardt, A.<sup>1</sup>, de Zwaan, M.<sup>2</sup> & Hilbert, A.<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum AdipositasErkrankungen, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Leipzig

<sup>2</sup> Medizinische Hochschule Hannover, Klinik für Psychosomatik und Psychotherapie

Integriertes Forschungs- und Behandlungszentrum AdipositasErkrankungen, Medizinische Psychologie und Medizinische Soziologie, Universitätsmedizin Leipzig, Philipp-Rosenthal-Straße 27, 04103 Leipzig. Tel.: +493419715364, Fax: +493419715378, Email:

anne.brauhardt@medizin.uni-leipzig.de

Diese Arbeit wurde durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (Förderkennzeichen 01GV0601 und 01EO1001) unterstützt.

The final publication is available at Springer via <http://dx.doi.org/10.1024/1661-4747/a000173>

## ZUSAMMENFASSUNG

Während Leitlinien „Gold-Standards“ für die Psychotherapie bei bulimischen Essstörungen (Bulimia Nervosa und Binge-Eating-Störung) empfehlen, ist über psychotherapeutische Prozessfaktoren bei Essstörungen wenig bekannt. Ziel war es, mit Hilfe des etablierten Generic Model of Psychotherapy zur Systematisierung psychotherapeutischer Prozessfaktoren die aktuelle Literatur zum Einfluss dieser Faktoren auf den Therapieerfolg, operationalisiert als Symptomreduktion oder -remission, auf Basis einer systematischen Datenbanksuche zu sichten. Während der Einfluss des therapeutischen Settings nach bisheriger Forschungslage kaum Schlüsse hinsichtlich des Therapieerfolgs zulässt, konnte dieser durch spezifische Interventionen, frühe Symptomreduktionen und eine gute therapeutische Beziehung vorhergesagt werden. Weitere Forschung zu Prozessfaktoren bei bulimischen Essstörungen erscheint notwendig, um die praktische psychotherapeutische Arbeit zu unterstützen und Behandlungen effektiver gestalten zu können.

*Schlüsselwörter:* Psychotherapie, Prozessforschung, Essstörungen, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung

## ABSTRACT

While guidelines recommend gold standards for psychotherapy in bulimic eating disorders (bulimia nervosa and binge eating disorder), less is known about psychotherapeutic process aspects. We aimed to summarize the current literature on the impact of process aspects on significant symptom reductions and/or abstinence as treatment outcome using the Generic Model of Psychotherapy. A systematic literature search was conducted. While effects of treatment settings can not yet be estimated, specific interventions, rapid response, and the therapeutic bond repeatedly predicted outcome. Process-outcome research in bulimic eating disorders will be necessary to support clinical practice and to enhance treatment efficacy.

*Key words:* psychotherapy, process research, eating disorders, bulimia nervosa, binge eating disorder

## EINLEITUNG

Schwerpunkt der Psychotherapieforschung in den letzten Jahrzehnten war es, einen Wirksamkeitsnachweis für bestehende und neu entwickelte Interventionen zu erbringen, was zu umfassenden therapeutischen Maßgaben für die Essstörungenbehandlung führte. Parallel zur Outcome-Forschung entwickelte sich die Prozess-Outcome-Forschung, die sich dem Einfluss des Prozesses während der Psychotherapie auf deren Ergebnis widmete. Im Vergleich liegen hier jedoch weniger Forschungsbefunde vor, sodass aktuelle nationale und internationale Leitlinien zur Psychotherapie bei Essstörungen (APA, 2006; AWMF, 2010; NICE, 2004) vor allem auf Ergebnissen der vergleichenden Outcome-Forschung beruhen, obwohl sich lediglich ca. 15% der Varianz im Therapieerfolg auf spezifische therapeutische Techniken zurückführen lassen (Norcross & Lambert, 2011).

Laut evidenzbasierten Leitlinien gilt die Kognitive Verhaltenstherapie (KVT) als Methode der Wahl für die Bulimia Nervosa (BN) und die Binge-Eating-Störung (BES) als nicht näher bezeichnete Essstörung (engl.: eating disorder not otherwise specified, EDNOS), alternativ können die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) und Dialektisch-Behaviorale Psychotherapie (DBT) eingesetzt werden. Bei jüngeren Patienten mit BN sollten Familienmitglieder einbezogen werden (familien-basierte Therapie, FT). Eine initiale Behandlung mit evidenzbasierten Selbsthilfeprogrammen (SH) wird empfohlen. Für psychodynamische, tiefenpsychologische und psychoanalytische Interventionen liegen bei BN und BES nur wenige Belege vor. Eine hohe Symptombelastung sowie erhöhte Komorbiditäten indizieren störungsübergreifend eine intensivere Behandlung durch tagesklinische oder stationäre Aufenthalte (AWMF, 2010).

Um Prozessforschung zu systematisieren, wurde auf der Basis einer ausführlichen Durchsicht empirischer Arbeiten zur psychotherapeutischen Behandlung einer Vielzahl psychischer Störungen (auch unter Einschluss erster Wirksamkeitsstudien bei Essstörungen), welche prozessbezogene Merkmale enthielten, das „Generic Model of Psychotherapy“ (GMP) von Orlinsky et al. (2004) entworfen. Dieses beschreibt alle Handlungen und

Erfahrungen von Patient und Therapeut in ihrer gemeinsamen Interaktion in den therapeutischen Kontakten sowie in der Zeit zwischen den Sitzungen. Das GMP stellt zurzeit das einzige umfassende und etablierte Modell des Therapieprozesses dar. Auf oberster Ebene finden sich Determinanten (input), wie das bestehende Gesundheitssystem, Patienten- und Therapeutencharakteristika, auf unterster Ebene die kurz- bis langfristigen Ergebnisse von Psychotherapie (output). Die Prozessaspekte auf der mittleren Ebene wirken sowohl unabhängig als auch in Interaktion miteinander auf den Therapieerfolg ein (s. Abbildung 1).

<<Abbildung 1 hier einfügen >>

Im Prozessfaktor des „therapeutischen Vertrages“ (therapeutic contract) werden die Patienten- und Therapeutenrolle definiert und der Rahmen für die gemeinsamen Interaktionen abgesteckt. Die „therapeutischen Interventionen“ (therapeutic operations) als technischer Aspekt des Prozesses vereinigen die anzuwendenden Prozeduren zur Vertragserfüllung sowie die Problemrepräsentation des Patienten und das Verständnis der Therapie auf Therapeutenseite. Der interpersonelle Aspekt der „therapeutischen Beziehung“ (therapeutic bond) beschreibt die Motivation zur Behandlung sowie die Interaktionsqualität zwischen Patient und Therapeut; im gruppentherapeutischen Setting kommt die Gruppenkohäsion als Interaktion zwischen den Gruppenmitgliedern hinzu. Die intrapersonelle „Selbstbezogenheit“ (self-relatedness) umfasst das Selbsterleben beider Parteien in den Interaktionen. Unter dem klinischen Faktor der „therapeutischen Realisationen“ (in-session impacts) lässt sich das Erleben innerhalb der Therapie zusammenfassen. Ein sechster Faktor beschreibt den zeitlichen Rahmen (sequential flow), wie die Dauer einer Therapie, deren Verlauf oder deren Entwicklung (nicht abgebildet). Unseres Wissens liegt zum aktuellen Zeitpunkt keine Übersichtsarbeit zum psychotherapeutischen Prozess sensu Orlinsky et al. (2004) bei Essanfällen vor. Ziel ist es, für BN und BES den aktuellen Forschungsstand zum therapeutischen Prozess mit Bezug zum Therapieerfolg, operationalisiert als Symptomreduktion und/oder Abstinenz von Primärsymptomen (Remission), systematisch darzustellen (i. S. der Prozess-Outcome-

Forschung). Diese zusammengefasste Forschung kann es dem klinisch tätigen Praktiker ermöglichen, förderliche sowie hinderliche Prozessaspekte einer psychotherapeutischen Behandlung zu erkennen, um nach Möglichkeit frühzeitig gezielt an diesen arbeiten zu können.

5

## METHODEN

Eine systematische elektronische Literatursuche wurde im Januar 2012 in den Datenbanken PubMed und PsycInfo durchgeführt und generierte 1801 Treffer. Die Suchwörter (s. Tabelle 1) orientierten sich an Prozess-Schlüsselbegriffen entsprechend Orlinsky et al. (2004). Ein- und Ausschlusskriterien für Studien wurden vor Beginn der Suche festgelegt. Des Weiteren fand eine ausführliche Sichtung nationaler und internationaler Leitlinien, Cochrane- und anderer Reviews, Metaanalysen sowie von Literaturteilen bereits eingeschlossener Forschungsarbeiten statt. Die Definition des Therapieerfolgs bzw. -outcomes umfasste neben Reduktionen der Primärsymptome von BN und BES (Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen) auch das Erreichen einer Abstinenz von diesen.

< Tabelle 1 hier einfügen >

## ERGEBNISSE

Im folgenden Ergebnisbericht werden Prozessaspekte in Bezug auf den Therapieerfolg bei Behandlungsende und, wenn vorhanden, zum Follow-up dargestellt. Insgesamt wurden 77 Process-Outcome-Studien identifiziert (BN: N = 54, BES: N = 20, BN und BES: N = 3). Eine Vielzahl an randomisiert-kontrollierten Studien (randomized-controlled trial, RCT) lag vor, andere Designs werden in den Ergebnissen gesondert gekennzeichnet.

### 1. Therapeutischer Vertrag

25 *Behandlungskontext/-modalität.* Vergleiche von Einzel- und Gruppentherapie bei BN wiesen ähnliche Therapieerfolge für die KVT und eine KVT/IPT-Kombination auf (Chen et al., 2003; Nevenon & Broberg, 2006). Eine Mischung von Einzel- und Gruppensitzungen bei

BN oder BES verbesserte dabei den Therapieerfolg (Devlin et al., 2005; Devlin et al., 2007; Katzman et al., 2010). Während für Patienten mit BN stationäre und tagesklinische Therapie in einer kontrollierten Studie und einem RCT zum Behandlungsende gleich effektiv waren (Zeeck et al., 2004; Zeeck et al., 2009a), erwies sich im RCT zum 1-Jahres-Follow-up die tagesklinische Behandlung als überlegen (Zeeck et al., 2009b). Einzeltherapie und FT bei Jugendlichen mit BN waren bis zum 5-Jahres-Follow-up vergleichbar im Erfolg (Dare et al., 1990; Eisler et al., 1997; Russell et al., 1987). Die Einbindung des Ehepartners in eine Gruppentherapie bei BES erbrachte keinen zusätzlichen Wirkeffekt (Gorin et al., 2003).

*Therapieintensität.* Ein Einfluss der Therapieintensität i. S. der Sitzungen pro Woche wurde für die KVT bei BN vor allem in Kombination mit einer längeren Behandlungsdauer belegt (Crosby et al., 1993; Mitchell et al., 1994). In einer unkontrollierten multizentrischen Studie zur stationären Behandlung bestätigte dies nicht (Kächele et al., 2001).

*Patientenrolle.* Erwartungen hinsichtlich eines Therapieerfolgs (expectations) und die Einschätzung der Eignung eines therapeutischen Verfahrens (suitability) wurden zwar häufig erhoben, aber nur selten in Beziehung zum Therapieerfolg gesetzt. Während sich in einer unkontrollierten Studie zur Gruppen-KVT bei BN der Wunsch, das essgestörte Verhalten zu stoppen, als prädiktiv für den Therapieerfolg erwies (Mussell et al., 2000), war bei Dichotomisierung der Patienten in solche mit optimistischer und pessimistischer Sicht im Bezug auf den Therapieerfolg kein Unterschied zu verzeichnen (McFarlane et al., 2005). Für die Beurteilung der Eignung eines Verfahrens ergaben sich bei BN und BES keine Assoziationen zum Therapieerfolg (Dingemanns et al., 2007; Hilbert et al., 2007; Lock et al., 2008; Wilson et al., 1999; Wilson et al., 2002; Zaitsoff et al., 2008). Ein frühzeitiger Therapieabbruch durch den Patienten war zumeist nicht mit Symptomveränderungen und nur selten mit Verbesserungen assoziiert (Fairburn et al., 1991; Merrill et al., 1987).

*Therapeutenrolle.* Die Adhärenz als Maß der Umsetzung des Therapiekonzepts wurde in einer Vielzahl an Studien untersucht. Allerdings wurde lediglich bei BN ihr Zusammenhang zum Therapieerfolg geprüft, ohne jedoch einen bedeutsamen Einfluss nachweisen zu können

(Loeb et al., 2005). Individualisierte Therapie bei BN war einer manualisierten KVT hinsichtlich der erzielten Rate an Essanfallsabstinenz überlegen, nicht jedoch im Bezug auf Essanfallshäufigkeit und kompensatorisches Verhalten (Ghaderi, 2006).

## 2. Therapeutische Interventionen

5 *Fokus des Therapeuten.* In der KVT bei BN trugen behaviorale Interventionen zur primären Symptomreduktion auf Verhaltensebene bei, kognitive Interventionen beeinflussten v. a. dysfunktionale Gedanken und beziehungsfördernde Interventionen veränderten u. a. das Engagement des Patienten (Spangler et al., 2004). In einer naturalistischen Studie zur Versorgungspraxis erwiesen sich psychodynamische sowie KVT-Interventionen nicht als  
10 bedeutsame Prädiktoren für den Therapieerfolg (Thompson-Brenner & Westen, 2005).

*Therapeutische Interventionen: Expositionsverfahren.* Eine Verbesserung des Therapieerfolgs bei BN durch den Einsatz von Expositionen mit Reaktionsverhinderung im Vergleich zu reiner Psychotherapie oder Entspannungstraining konnte u. a. bis zu einem 5-Jahres-Follow-up belegt werden (Bulik et al., 1998; Carter et al., 2003; McIntosh et al.,  
15 2011; Wilson et al., 1986), allerdings nicht konsistent (Agras et al., 1989; Wilson et al., 1991). Im direkten Vergleich von Exposition mit Reizen für Erbrechen versus Essanfälle wurden keine Unterschiede gefunden (Schmidt & Marks, 1989). Die Durchführung von Exposition in einem einzelnen klinischen Setting war der in multiplen Settings (z. B. Klinik, Restaurant, eigenes Zuhause) nicht überlegen (Leitenberg et al., 1988). In der Behandlung  
20 der BES erwiesen sich Exposition und kognitive Umstrukturierung bezüglich des Körperbildes als gleich wirksam (Hilbert & Tuschen-Caffier, 2004).

*Andere therapeutische Interventionen.* Die Einbindung von Ernährungs- und Bewegungskomponenten bei BES und BN war einer reinen KVT im Therapieerfolg überlegen (Fossati et al., 2004; Hsu et al., 2001; Masheb et al., 2011; Painot et al., 2001;  
25 Pendleton et al., 2002). Die Sequenzierung von Psychoedukation und KVT bei BN wies höhere Erfolge auf als die alleinige Psychoedukation (Davis et al., 1999). Eine Instruktion bei BN zur Erkennung von Antezedenzen und Konsequenzen von Essanfällen und Erbrechen

erbrachte keinen größeren Therapieerfolg (Yates & Sambrailo, 1984). Die Einbindung neuer Technologien wie Ecological Momentary Assessment bei BES erwies sich im Vergleich zu reiner KVT als genauso wirksam (Le Grange et al., 2002). Kurzinterventionen zur Steigerung der Therapiemotivation in der SH erbrachten durch zusätzliche Sitzungen größere Therapieerfolge bei BN, BES und EDNOS (Bell & Hodder, 2001; Cassin et al., 2008; Dunn et al., 2006). Rückmeldungen an Patienten mit BN in angeleiteter SH ließen hinsichtlich des Therapieerfolgs keine eindeutigen Schlussfolgerungen zu (Schmidt et al., 2006).

### 3. Therapeutische Beziehung

*Motivation.* Die Motivation des Patienten zur Therapie und Veränderung (readiness to change) wurde bei BN als Prädiktor für den Therapieerfolg identifiziert (Katzman et al., 2010; Treasure et al., 1999). Wolk und Devlin (2001) belegten dabei einen prädiktiven Effekt in der IPT, nicht aber in der KVT. In der SH bei BN und BES waren Motivation und Therapieerfolg ebenfalls positiv assoziiert (Bell & Hodder, 2001; Steele, et al., 2011), während Pritchard et al. (2004) keinen Einfluss fanden.

*Therapeutische Allianz.* In der KVT bei BN lag ein positiver Zusammenhang zwischen Allianz und Therapieerfolg vor (Treasure et al., 1999; Wilson et al., 1999). Bei Agras et al. (2000) ließ sich kein globaler Einfluss der Allianz auf den Erfolg aufzeigen, jedoch waren für die IPT und die KVT einzeln frühe und/oder mittlere Selbsturteile der Allianz prädiktiv (Constantino et al., 2000). Fremdbeurteilungen der Allianz am gleichen Kollektiv waren ebenfalls positiv mit dem Erfolg verbunden (Loeb et al., 2005). Im zeitlichen Verlauf gingen Symptomverbesserungen jeweils einer Verbesserung der Allianz voraus (Loeb et al., 2005; Wilson et al., 1999). In der Gruppentherapie bei BES (Hilbert et al., 2007), in der FT (Lock et al., 2008; Zaitsoff et al., 2008) sowie im tagesklinischen und stationären Setting bei BN konnte die Allianz den Erfolg nicht vorhersagen (Hartmann et al., 2010).

*Gruppenklima/Gruppenkohäsion.* Die Gruppenkohäsion oder das Gruppenklima in der KVT, IPT und psychodynamisch-interpersonellen Therapie war bei BES zu Therapieende und im 1-Jahres-Follow-up mit dem Therapieerfolg assoziiert (Hilbert et al., 2007; Tasca et al.,



2006). In der KVT bei BES prädizierten ein frühes Erleben von Unterstützung/Engagement, aber auch Spannungen den Therapieerfolg (Castonguay et al., 1998).

#### 4. Selbstbezogenheit von Patient und Therapeut

Zur Selbstbezogenheit auf Patienten- und/oder Therapeutenseite lag bisher keine Studie vor.

#### 5. Therapeutische Realisationen

Bei Aufteilung tagesklinischer und stationärer Psychotherapie in zeitlich aufeinander folgende Phasen (Hartmann et al., 2010), war das häufige Wiedererleben des therapeutischen Dialogs in der frühen Therapiephase mit einem Therapiemisserfolg assoziiert. Während sich eine intensive Verarbeitung zwischen Einzelstunden in der mittleren Therapiephase positiv auswirkte, führte häufiges Wiedererleben des Dialogs Verbindung mit dem Erleben vieler negativer Emotionen ebenfalls zu einem ungünstigen Therapieausgang. In der späten Therapiephase erwiesen sich Aspekte zwischen den Sitzungen nicht als prädiktiv, jedoch konnten positive Erwartungen an eine Sitzung und schmerzliche Herausforderungen innerhalb der Therapiestunde als Prädiktoren für den Therapieerfolg werden. In einer unkontrollierten stationären Studie bei BN führten eine größere Selbstwirksamkeit, weniger dysfunktionale Gedanken, mehr positive und weniger negative Affekte in der Vorwoche zu einer Verbesserung der Psychopathologie in der Folgewoche (Hoffart et al., 2010).

#### 6. Zeitlicher Rahmen

*Therapiedauer und Dosiseffekte.* Die Behandlungsdauer als Anzahl besuchter Sitzungen oder Aufenthaltsdauer war für BN und BES in der KVT, FT, IPT sowie tagesklinischer Therapie prädiktiv für den Therapieerfolg (Gorin et al., 2003; Kächele et al., 2001; Mitchell et al., 1994; Olmsted et al., 2003; Richard, 2005; Schlup et al., 2010). In anderen Arbeiten ergab sich jedoch im ambulanten, tagesklinischen und stationären Setting kein bedeutsamer Zusammenhang (Wilfley et al., 1993; Zeeck et al., 2009a). Befragungen von Psychologen und Psychiatern zur BN replizierten den positiven Zusammenhang zwischen Therapiedauer und Therapieerfolg in der alltäglichen Versorgungspraxis (Thompson-Brenner & Westen, 2005). Zusätzliche Sitzungen nach Therapieende wurden nicht in Anspruch genommen

(Mitchell et al., 2004) oder zeigten keinen Einfluss auf den Therapieerfolg bei BN und BES (Davis et al., 1997; Pendleton et al., 2002; Pyle et al., 1990), wobei sich in der KVT der BES bei Eldredge et al. (1997) ein Trend zu besseren Erfolgen durch Therapieverlängerung erkennen ließ. In der angeleiteten und nicht-angeleiteten SH bei BN und BES waren der Anteil bearbeiteter Übungen (Carrard et al., 2006; Carrard et al., 2011; Thiels et al., 2001; Troop et al., 1996) sowie die Anzahl der Kontakte in einer angeleiteten SH bei BN (Furber et al., 2004) prädiktiv für den Therapieerfolg.

*Symptomveränderungen und Verlauf.* Symptomreduktionen in Essanfällen bzw. Erbrechen um bis zu 80% in den ersten vier bis sechs Behandlungswochen (rapid response) wurden für BN und BES in der KVT wiederholt als Prädiktoren für den Therapieerfolg identifiziert (Agras et al., 2000; Fairburn et al., 2004; Grilo et al., 2006; Schlup et al., 2010; Wilson et al., 1999; Wilson et al., 2002). Gleiches fand sich in der IPT (Wilson et al., 2002), in tagesklinischer Therapie (Olmsted et al., 1996) und in der FT bei BN (Le Grange et al., 2008). Bei BES erwiesen sich fehlende Symptomreduktionen in KVT und IPT zur Behandlungsmittle als prädiktiv für einen Therapiemisserfolg am Therapieende, nicht jedoch zum 1-Jahres-Follow-up (Hilbert et al., 2007). In der SH war eine frühe Symptomreduktion ebenfalls mit dem Therapieerfolg assoziiert (Grilo & Masheb, 2007; Masheb & Grilo, 2007).

## DISKUSSION

In dieser systematischen Übersichtsarbeit wurde eine große Bandbreite an empirischen Studien zur Prozess-Outcome-Forschung für verschiedene psychotherapeutische Ansätze wie KVT, IPT, FT und, wenn auch selten, psychodynamische sowie tiefenpsychologische Therapieangebote in ambulanten, tagesklinischen und stationären Angeboten bei bulimischen Essstörungen zusammengestellt. Weitgehend konnten die im GMP dargestellten Prozessfaktoren für bulimische Essstörungen in ihrem Zusammenhang mit dem Therapieergebnis entsprechend der störungsübergreifenden Befunde von Orlinsky et al. (2004) identifiziert werden. Die Mehrzahl der Befunde lag zur BN im Vergleich zur BES

vor. Während zu den Prozessaspekten der therapeutischen Beziehung und frühen Symptomreduktionen eindeutige Einflüsse auf den Therapieerfolg (i. S. kurz-, mittel- oder langfristiger Symptomreduktionen und/oder Abstinenz von Kernsymptomen wie Essanfällen und kompensatorischen Maßnahmen) nachzuweisen waren, waren die Forschungsergebnisse zum therapeutischen Vertrag und zu spezifischen Interventionen mehrheitlich inkonsistent. Zu den Aspekten der Selbstbezogenheit und Realisationen lassen sich auf Grund weniger Studien kaum Schlüsse ziehen.

Wie in den auf RCTs basierenden (inter-)nationalen Leitlinien mit Empfehlungen zur Behandlung bei BN und BES (APA, 2006; AWMF, 2010; NICE, 2004) erwies sich FT bei Jugendlichen mit BN als effektiver als Einzeltherapie. Für andere Vergleiche verschiedener Behandlungsmodalitäten als ein Aspekt des therapeutischen Vertrages ließen sich kaum Präferenzen ausfindig machen, wobei dies auf fehlende RCTs zum Vergleich ambulanter und stationärer oder individueller und Gruppentherapie zurückzuführen sein dürfte. Die vertragliche Patienten- und Therapeutenrolle erwies sich für BN und BES als deutlich unterforscht. Aus der Literatur geht zudem hervor, dass Befunde über die bulimischen Essstörungen hinaus bisher bestenfalls uneindeutig sind (Webb et al., 2010).

Nichtsdestotrotz bedarf es bei den bulimischen Essstörungen weiterführender Prozess-Outcome-Studien, um Einflüsse von Patient und Therapeut über die therapeutische Technik als solche hinweg einschätzen zu können.

Wie schon in früheren Übersichtsarbeiten berichtet, sprechen die Befunde zu den Interventionen vor allem für symptomorientierte Ansätze (Bell, 2001; Hartmann et al., 1992) und, trotz einiger widersprüchlicher Ergebnisse, für die Einbindung von Expositionsverfahren, wenn das übergreifende Ziel eine rasche Symptomreduktion ist. Inkonsistenzen scheinen dabei durch Variationen im konfrontativen Vorgehen bedingt zu sein (Carter & Bulik, 1994). Expositionsübungen können somit das bestehende Instrumentarium der Behandlung von BN und BES erweitern. Zudem scheinen Ernährungs- und Bewegungsmanagement für beide Essstörungen als Zusätze hilfreich.

Eine größere Veränderungsmotivation der Patienten im Sinne von Prochaskas' transtheoretischem Modell (Prochaska & DiClemente, 1986) zu Beginn einer psychotherapeutischen Behandlung war entscheidend für den Therapieerfolg am Behandlungsende. Hier ansetzende motivationssteigernde Interventionen konnten v. a. zu

5 Beginn von SH-Programmen nicht nur eine deutliche Besserung der Motivation bewirken, sondern auch den Ausgang der Therapie fördern. Der Aspekt der therapeutischen Allianz erscheint bisher in der Prozessforschung bei BN und BES im Kontrast zu anderen Prozessaspekten weitreichend erforscht, ein überwiegend positiver Einfluss auf den Therapieerfolg im individuellen und als Kohäsion im Gruppensetting wurde belegt, wie er

10 bisher auch aus der störungsübergreifenden Literatur bekannt war (Crits-Christoph et al., 1991; Horvath & Symonds, 1991; Martin et al., 2000). Detaillierte Analysen zum Verlauf der Allianz legen jedoch nahe, dass nicht zwingend die Allianzsteigerung selbst zum Therapieerfolg führt, sondern vorherige Symptomverbesserungen in der Folge die Allianz verbessern, da Patienten sich wohler fühlen und die Beziehung mit dem Therapeuten

15 positiver bewerten (Loeb et al., 2005; Wilson et al., 1999). Zur Klärung etwaiger Interaktionseffekte bedarf es zum jetzigen Zeitpunkt vor allem weiterer Analysen, vor allem auch bei bulimischen Essstörungen. Während in den Leitlinien bereits auf die Wichtigkeit der therapeutischen Beziehung und eines fähigen Therapeuten verwiesen wird, fehlen jedoch konkrete Hinweise, welche Charakteristika ein Therapeut aufweisen sollte, um zu Patienten

20 mit Essanfällen eine positive Beziehung aufzubauen und diese erfolgreich behandeln zu können (Norcross & Lambert, 2011).

Therapeutische Realisationen innerhalb von Sitzungen, wie ein erhöhtes Erleben von Selbstwirksamkeit, oder zwischen therapeutischen Kontakten als eine verstärkte Reproduktion der Konversationen zwischen Therapeut und Patient erwiesen sich, wenn auch

25 selten untersucht, als Prädiktoren für den Therapieerfolg. Deutliche frühe Symptomreduktionen stellten neben der therapeutischen Allianz einen der am stärksten untersuchten Faktoren des Therapieprozesses dar und zeigten wiederholt positive

Zusammenhänge zum Remissionsstatus am Behandlungsende. Die daraus folgende Empfehlung, bei frühem Nichtansprechen das therapeutische Vorgehen zu wechseln, könnte das Gesundheitssystem finanziell entlasten (Agras et al., 2000), jedoch bedürfen evidenzbasierte Cut-offs weiterer Forschung.

- 5 Auffallend bei der Sichtung der Arbeiten war ein geringer Einbezug verschiedener Prozessaspekte innerhalb einzelner Studien, um Aussagen über deren Zusammenhänge machen zu können. Wenige Ausnahmen belegten beispielsweise, dass bei chronischer BN Aspekte zwischen den Sitzungen, wie Wiedererleben, negative Emotionen in Bezug auf oder auch die Intensität der Verarbeitung von Sitzungsinhalten, größeren Einfluss auf den
- 10 Therapieerfolg haben als Patientencharakteristika, wie z. B. soziale Integration oder frühe Symptomverbesserungen (Hartmann et al., 2010). Frühe Symptomreduktionen waren wiederum ein besserer Prädiktor für den Therapieerfolg als Patientencharakteristika wie Symptomschwere oder die Behandlungsdauer. Es erscheint somit relevant, was ein Patient aus einer Psychotherapie ziehen kann, nicht nur, was ein Patient an grundlegenden
- 15 Problembereichen oder Diagnosen mitbringt (Norcross & Lambert, 2011). Wiederum kann der Nutzen einer Psychotherapie für den Patienten auch von anderen Prozessfaktoren wie einer hohen Therapiemotivation, einer guten therapeutischen Allianz oder dem Umgang des Therapeuten mit Problemen im therapeutischen Kontext abhängen. Die Wichtigkeit und der Einfluss dieser Aspekte werden jedoch über den Therapieverlauf hinweg variieren.
- 20 Bei der Interpretation der berichteten Ergebnisse sind verschiedene methodische Einschränkungen in den bisher erfolgten Untersuchungen zu berücksichtigen. Insgesamt konnten zwar viele Befunde aus RCTs extrahiert werden, die sich jedoch ausschließlich auf den Vergleich verschiedener therapeutischer Techniken, nicht auf Prozessfaktoren selbst bezogen. Eine Schwierigkeit in der Konzeption von Prozess-Outcome-RCTs liegt darin, dass
- 25 experimentelle Designs oft auf Grund ethischer Belange nicht geeignet sind. So können Patienten z. B. kaum auf empathische, warme oder nicht sensitive, indifferente Therapeuten randomisiert werden (Norcross & Lambert, 2011; Orlinsky et al., 2004). Nur mit Hilfe von

Ergebnissen aus qualitativ hochwertigen Prozess-Outcome-Studien wird es möglich, die differentielle Wirksamkeit von Prozessaspekten aufeinander und in ihrer Kombination auf den Therapieerfolg einschätzbar und für die klinische Arbeit nutzbar zu machen.

Therapeuten würden damit ein Hilfsmittel an die Hand bekommen, welche Art von

5 Beziehung und Unterstützung ein Patient mit bestimmten Merkmalen zu bestimmten Therapiephasen bräuchte, um gesund zu werden.

Aus den vorliegenden Befunden lässt sich schlussfolgern, dass eine effektive Psychotherapie nicht nur als Kombination oder Aneinanderreihung von Interventionstechniken zu verstehen ist (Orlinsky et al., 2004). Der Prozess während der Behandlung ist von großer Bedeutung,

10 wobei diese nicht abschließend einzuschätzen ist.

## LITERATUR

- Agras, W. S., Crow, S. J., Halmi, K. A., Mitchell, J. E., Wilson, G. T. & Kraemer, H. C. (2000). Outcome predictors for the cognitive behavior treatment of bulimia nervosa: data from a multisite study. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1302-1308.
- Agras, W. S., Schneider, J. A., Raeburn, S. D. & Telch, C. F. (1989). Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 57, 215-221.
- American Psychiatric Association, APA (2006). *Practice Guideline for the treatment of patients with eating disorders (3<sup>rd</sup> ed.)*. Washington, DC: Author.
- Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften, AWMF (2010). Diagnostik und Therapie der Essstörungen – Leitlinien-Report. Zugriff am 08.06.2012 [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/051026m\\_S3\\_Diagnostik\\_Therapie\\_Esstörungen.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051026m_S3_Diagnostik_Therapie_Esstörungen.pdf)
- Bell, L. & Hodder, L. (2001). An evaluation of a supervised self-help programme for bulimic disorders. *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 252-262.
- Bell, L. (2001). What predicts failure to engage in or drop out from treatment for bulimia nervosa and what implications does this have for treatment? *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 8, 424-435.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Carter, F. A., McIntosh, V. V. & Joyce, P. R. (1998). The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28, 611-623.
- Carrard, I., Crépin, C., Rouget, P., Lam, T., Van der Linden, M. & Golay, A. (2011). Acceptance and efficacy of a guided internet self-help treatment program for obese patients with binge eating disorder. *Clinical Practice & Epidemiology in Mental Health*, 7, 8-18.

- Carrard, I., Rouget, P., Fernandez-Aranda, F., Volkart, A. C., Damoiseau, M. & Lam, T. (2006). Evaluation and deployment of evidence based patient self-management support program for bulimia nervosa. *International Journal of Medical Informatics*, 75, 101-109.
- Carter, F. A. & Bulik, M. A. (1994). Exposure treatments for bulimia nervosa: Procedure, efficacy, and mechanisms. *Advances in Behaviour Research and Therapy*, 16, 77-129.
- Carter, F. A., McIntosh, V. V. W., Joyce, P. R., Sullivan, P. F. & Bulik, C. M. (2003). Role of exposure with response prevention in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Three-year follow-up results. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 127-135.
- Cassin, S. E., von Ranson, K. M., Heng, K., Brar, J. & Wojtowicz, A. E (2008). Adapted motivational interviewing for women with binge eating disorder: A randomized controlled trial. *Psychology of Addictive Behaviors*, 22, 417-425.
- Castonguay, L. G., Pincus, A. L., Agras, W. S. & Hines, C. E. (1998). The role of emotion in group cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder: When things have to feel worse before they get better. *Psychotherapy Research*, 8, 225-238.
- Chen, E., Touyz, S., W., Beumont, P. J. V., Fairburn, C. G., Griffiths, R., Butow, P. et al. (2003). Comparison of group and individual cognitive behavioural therapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 33, 241-254.
- Constantino, M. J., Arnow, B. A., Blasey, C. & Agras, W. S. (2000). The association between patient characteristics and the therapeutic alliance in cognitive-behavioral and interpersonal therapy for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73, 203-211.
- Crits-Christoph, P., Baranackie, K., Kurcias, J., Beck, A., Carroll, K., Perry, K et al. (1991). Meta-analysis of therapist effects in psychotherapy outcome studies. *Psychotherapy Research*, 1, 81-91.
- Crosby, R. D., Mitchell, J. E., Raymond, N., Specker, S., Nugent, S. M. & Pyle, R. L. (1993). Survival analysis of response to group psychotherapy in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 13, 359-368.



- Dare, C., Eisler, I., Russell, G.F. & Szukler, G. I. (1990). The clinical and theoretical impact of a controlled trial of family therapy in anorexia nervosa. *Journal of Marital and Family Therapy*, 16, 39-57.
- Davis, R., McVey, G., Heinmaa, M., Rockert, W. & Kennedy, S. (1999). Sequencing of cognitive-behavioral treatments for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 25, 361-374.
- Davis, R., Olmsted, M., Rockert, W., Marques, T. & Dolhanty, J. (1997). Group psychoeducation for bulimia nervosa with and without additional psychotherapy process sessions. *International Journal of Eating Disorders*, 22, 25-34.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Petkova, E., Jiang, H., Raizman, P. S., Wolk, S. et al. (2005). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine as adjuncts to group behavioral therapy for binge eating disorder. *Obesity*, 13, 1077-1088.
- Devlin, M. J., Goldfein, J. A., Petkova, E., Liu, L. & Walsh, T. (2007). Cognitive behavioral therapy and fluoxetine for binge eating disorder: Two-year follow-up. *Obesity*, 15, 1702-1709.
- Dingemans, A. E., Spinhoven, P. & van Furth, E. F. (2007). Predictors and mediators of treatment outcome in patients with binge eating disorder. *Behaviour Research and Therapy*, 45, 2551-2562.
- Dunn, E. C., Neighbors, C. & Larimer, M. E. (2006). Motivational enhancement therapy and self-help treatment for binge eaters. *Psychology of Addictive Behaviors*, 20, 44-52.
- Eisler, I., Dare, C., Russell, G. F. M., Szukler, G., le Grange, D. & Dodge, E. (1997). Family and individual therapy in anorexia nervosa: A 5-year follow-up. *Archives of General Psychiatry*, 54, 1025-1030.
- Eldredge, K. L., Agras, W. S., Arnow, B., Telch, C. F., Bell, S., Castonguay, L. & Marnell, M. (1997). The effects of extending cognitive-behavioral therapy for binge eating disorder among initial treatment nonresponders. *International Journal of Eating Disorders*, 21, 347-352.

- Fairburn, C. G., Agras, W. S., Walsh, B. T., Wilson, G. T. & Stice, E. (2004). Prediction of outcome in bulimia nervosa by early change in treatment. *American Journal of Psychiatry*, *161*, 2322-2324.
- Fairburn, C. G., Jones, R., Peveler, R. C., Carr, S. J., Solomon, R. A., O'Connor, M. E. et al. (1991). Three psychological treatments for bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *48*, 463-469.
- Fossati, M., Amati, F., Painot, D., Reiner, M., Haenni, C. & Golay, A. (2004). Cognitive-behavioral therapy with simultaneous nutritional and physical activity education in obese patients with binge eating disorder. *Eating and Weight Disorders*, *9*, 134-138.
- Furber, G., Seele, A. & Wade, T. D. (2004). Comparison of six- and eight-session cognitive guided self-help for bulimia nervosa. *Clinical Psychologist*, *8*, 64-69.
- Ghaderi, A. (2006). Attrition and outcome in self-help treatment for bulimia nervosa and binge eating disorder: A constructive replication. *Eating Behaviors*, *7*, 300-308.
- Gorin, A. A., Le Grange, D., Stone, A. A. (2003). Effectiveness of spouse involvement in cognitive behavioral therapy for binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, *33*, 421-433.
- Grilo, C. M. & Masheb, R. M. (2007). Rapid response predicts binge eating and weight loss in binge eating disorder: Findings from a controlled trial of orlistat with guided self-help cognitive behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *45*, 2537-2550.
- Grilo, C. M., Masheb, R. M. & Wilson, G. T. (2006). Rapid response to treatment for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *74*, 602-613.
- Hartmann, A., Herzog, T. & Drinkmann, A. (1992). Psychotherapy of bulimia nervosa: What is effective? A meta-analysis. *Journal of Psychosomatic Research*, *36*, 159-167.
- Hartmann, A., Orlinsky, D., Weber, S., Sandholz, A. & Zeeck, A. (2010). Session and intersession experience related to treatment outcome in bulimia nervosa. *Psychotherapy: Theory, Research & Practice*, *47*, 355-370.

- Hilbert, A. & Tuschen-Caffier, B. (2004). Body image interventions in cognitive-behavioural therapy of binge-eating disorder: A component analysis. *Behaviour Research and Therapy*, 42, 1325-1339.
- Hilbert, A., Saelens, B. E., Stein, R. I., Mockus, D. S., Welch, R. R., Matt, G. E. et al. (2007). Pretreatment and process predictors of outcome in interpersonal and cognitive behavioral psychotherapy for binge eating disorder. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 75, 645-651.
- Hoffart, A., Lysebo, H., Sommerfeldt, B. & Ro, O. (2010). Change processes in residential cognitive therapy for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, 18, 367-375.
- Horvath, A. O. & Symonds, B. D. (1991). Relation between working alliance and outcome in psychotherapy: A meta-analysis. *Journal of Counseling Psychology*, 38, 139-149.
- Hsu, L. K. G., Rand, W., Sullivan, S., Liu, D. W., Mulliken, B., McDonagh, B. et al. (2001). Cognitive therapy, nutritional therapy and their combination in the treatment of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 31, 871-879.
- Illing, V., Tasca, G. A., Balfour, L. & Bissada, H. (2011). Attachment dimensions and group climate growth in a sample of women seeking treatment for eating disorders. *Psychiatry*, 74, 255-269.
- Kächele, H., Kordy, H., Richard, M. & Research Group TR-EAT (2001). Therapy amount and outcome of inpatient psychodynamic treatment of eating disorders in Germany: Data from a multicenter study. *Psychotherapy Research*, 11, 239-257.
- Katzman, M. A., Bara-Carril, N., Rabe-Hesketh, S., Schmidt, U., Troop N. & Treasure, J. (2010). A randomized controlled two-stage trial in the treatment of bulimia nervosa, comparing CBT versus motivational enhancement in Phase 1 followed by group versus individual CBT in Phase 2. *Psychosomatic Medical Journal*, 72, 656-663.
- Le Grange, D., Doyle, P., Crosby, R. D. & Chen, E. (2008). Early response to treatment in adolescent bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 41, 755-757.

- Le Grange, D., Gorin, A., Dymek, M. & Stone, A. (2002). Does ecological momentary assessment improve cognitive behavioral therapy for binge eating disorders? A pilot study. *European Eating Disorders Review*, *10*, 316-328.
- Leitenberg, H., Rosen, J. C., Gross, J., Nudelman, S. & Vara, L. S. (1988). Exposure plus response-prevention treatment of bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *56*, 535-541.
- Lock, J., Le Grange, D. & Crosby, R. (2008). Exploring possible mechanisms of change in family-based treatment for adolescent bulimia nervosa. *Journal of Family Therapy*, *30*, 260-271.
- Loeb, K. L., Wilson, G. T., Labouvie, E., Pratt, E. M., Hayaki, J., Walsh, B. T. et al. (2005). Therapeutic alliance and treatment adherence in two interventions for bulimia nervosa: A study of process and outcome. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *73*, 1097-1107.
- Martin, D. J., Garske, J. P. & Davis, D. M. (2000). Relation of the therapeutic alliance with outcome and other variables: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 438-450.
- Masheb, R. M. & Grilo, C. M. (2007). Rapid response predicts treatment outcomes in binge eating disorder: Implications for stepped care. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *75*, 639-644.
- Masheb, R. M., Grilo, C. M. & Rolls, B. J. (2011). A randomized controlled trial for obesity and binge eating disorder: Low-energy-density dietary counselling and cognitive-behavioral therapy. *Behaviour Research and Therapy*, *49*, 821-829.
- McFarlane, Traci L., Olmsted, M. P. & Goldbloom, D. S. (2005). Beliefs and expectations regarding etiology, treatment and outcome in bulimia nervosa. *Eating and Weight Disorders*, *10*, 187-192.

- McIntosh, V. V. W., Carter, F. A., Bulik, C. M., Frampton, C. M. A. & Joyce, P. R. (2011). Five-year outcome of cognitive behavioral therapy and exposure with response prevention for bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, *41*, 1061-1071.
- Merrill, C. A., Mines, R. A. & Starkey, R. (1987). The premature dropout in the group treatment of bulimia. *International Journal of Eating Disorders*, *6*, 293-300.
- Mitchell, J. E., Agras, W. S., Wilson, G. T., Halmi, K., Kraemer, H. & Crow, S. (2004). A trial of a relapse prevention strategy in women with bulimia nervosa who respond to cognitive-behavior therapy. *International Journal of Eating Disorders*, *35*, 549-555.
- Mitchell, J. E., Pyle, R. L., Pomeroy, C., Zollman, M., Crosby, R., Seim, H. et al. (1994). Cognitive behavioral group psychotherapy of bulimia nervosa: Importance of logistical variables. *International Journal of Eating Disorders*, *14*, 277-287.
- Mussell, M. P., Mitchell, J. E., Crosby, R. D., Fulkerson, J. A., Hoberman, H. M. & Romano, J. L. (2000). Commitment to treatment goals in prediction of group cognitive-behavioral therapy treatment outcome for women with bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *68*, 432-437.
- National Institute for Clinical Excellence, NICE (2004). *Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders (Clinical Guideline 9)*. London: Author.
- Nevonen, L. & Broberg, A. G. (2006). A comparison of sequenced individual and group psychotherapy for patients with bulimia nervosa. *International Journal auf Eating Disorders*, *39*, 117-127.
- Norcross, J. C., & Lambert, M. J. (2011). Evidence-based therapy relationships. In J. C. Norcross (Ed.), *Psychotherapy Relationships That Work* (2<sup>nd</sup> ed., pp. 3–21). Oxford: University Press.

- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S. & Rockert, W. (2003). Relative efficacy of a 4-day versus a 5-day hospital program. *International Journal of Eating Disorders*, 34, 441-449.
- Olmsted, M. P., Kaplan, A. S., Rockert, W. & Jacobsen, M. (1996). Rapid responders to intensive treatment of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 19, 279-285.
- Orlinsky, D. E., Rønnestad, M. H. & Willutzki, U. (2004). Fifty years of psychotherapy process-outcome research: Continuity and change. In M. J. Lambert (Ed.), *Bergin and Garfield's Handbook of Psychotherapy and Behaviour Change* (5<sup>th</sup> ed., pp. 307-389). New York: Wiley.
- Painot, D., Jotterand, S., Kammer, A., Fossati, M. & Golay, A. (2001). Simultaneous nutritional cognitive behavioral therapy in obese patients. *Patient Education and Counseling*, 42, 47-52.
- Pendleton, V. R., Goodrick, G. K., Poston, W. S. C., Reeves, E. S. & Foreyt, J. P. (2002). Exercise augments the effects of cognitive-behavioral therapy in the treatment of binge-eating. *International Journal of Eating Disorders*, 31, 172-184.
- Pritchard, B. J., Bergin, J. L. & Wade, T. D. (2004). A case series evaluation of guided self-help for bulimia nervosa using a cognitive manual. *International Journal of Eating Disorders*, 36, 144-156.
- Prochaska, J.O. & DiClemente, C. C (1986). Toward a comprehensive model of change. In Miller, W. R. & Heather, N. (Eds.) *Treating addictive behaviors: processes of change* (pp. 3-27). New York: Plenum Press.
- Pyle, R. L., Mitchell, J. E., Eckert, E. D., Hatsukami, D., Pomeroy, C. & Zimmerman, R. (1990). Maintenance treatment and 6-month outcome for bulimic patients who respond to initial treatment. *American Journal of Psychiatry*, 147, 871-875.
- Richard, (2005). Effective treatment of eating disorders in europe: Treatment outcome and its predictors. *European Eating Disorders Review*, 13, 169-179.

- Russell, G. F., Szmukler, G. I., Dare, C. & Eisler, I. (1987). An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *44*, 1047-1056.
- Schlup, B., Meyer, A. H. & Munsch, S. (2010). A non-randomized direct comparison of cognitive-behavioral short and long-term treatment for binge eating disorder. *Obesity Facts*, *3*, 261-266.
- Schmidt, U. & Marks, I. M. (1989). Exposure plus prevention of bingeing vs. exposure plus prevention of vomiting in bulimia nervosa: A crossover study. *Journal of Nervous and Mental Disease*, *177*, 259-266.
- Schmidt, U., Landau, S., Pombo-Carril, M. G., Bara-Carril, N., Reid, Y., Murray, K. et al. (2006). Does personalized feedback improve the outcome of cognitive-behavioural guided self-care in bulimia nervosa? A preliminary randomized controlled trial. *British Journal of Clinical Psychology*, *45*, 111-121.
- Spangler, D. L., Baldwin, S. A. & Agras, W. S. (2004). An examination of the mechanisms of action in cognitive behavioral therapy for bulimia nervosa. *Behavior Therapy*, *35*, 537-560.
- Steele, A. L., Bergin, J. & Wade, T. D. (2011). Self-efficacy as a robust predictor of outcome in guided self-help treatment for broadly defined bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *44*, 389-396.
- Tasca, G. A., Balfour, L., Ritchie, K. & Bissada, H. (2006). Developmental changes in group climate in two types of group therapy for binge-eating disorder: A growth curve analysis. *Psychotherapy Research*, *16*, 499-514.
- Thiels, C., Schmidt, U., Troop, N., Treasure, J. & Garthe, R. (2001). Compliance with a self-care manual in guided self-change for bulimia nervosa. *European Eating Disorders Review*, *9*, 115-122.

- Thompson-Brenner, H. & Westen, D. (2005). A naturalistic study of psychotherapy for bulimia nervosa, part 2: Therapeutic interventions in the community. *Journal of Nervous and Mental Disease*, 193, 585-595.
- Treasure, J. L., Katzman, M., Schmidt, U., Troop, N., Todd, G. & de Silva, P. (1999). Engagement and outcome in the treatment of bulimia nervosa: First phase of a sequential design comparing motivation enhancement therapy and cognitive behavioural therapy. *Behaviour Research and Therapy*, 37, 405-418.
- Troop, N., Schmidt, U., Tiller, J., Todd, G., Keilen, M. & Treasure, J. (1996). Compliance with a self-care manual for bulimia nervosa: Predictors and outcome. *British Journal of Clinical Psychology*, 35, 435-438.
- Webb C. A., DeRubeis, R. & Barber, J. P. (2010). Therapist adherence/competence and treatment outcome: A meta-analytic review. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 78, 200-211.
- Wilfley, D. E., Agras, W. S., Telch, C. F., Rossiter, E. M., Schneier, J. A., Cole, A. G. et al. (1993). Group cognitive-behavioral therapy and group interpersonal psychotherapy for the nonpurging bulimic individual: A controlled comparison. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61, 296-305.
- Wilson, G. T., Eldredge, K. L., Smith, D. & Niles, B. (1991). Cognitive-behavioral treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour and Research Therapy*, 29, 575-583.
- Wilson, G. T., Fairburn, C. C., Agras, W. S., Walsh, B. T. & Kraemer, H. (2002). Cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Time course and mechanisms of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70, 267-274.
- Wilson, G. T., Loeb, K. L., Walsh, B. T., Labouvie, E., Petkova, E., Liu, X. et al. (1999). Psychological versus pharmacological treatments of bulimia nervosa: Predictors and processes of change. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 67, 451-459.



- Wilson, G. T., Rossiter, E. Kleifeld, E. I. & Lindholm, L. (1986). Cognitive-behavioral treatment of bulimia nervosa: A controlled evaluation. *Behaviour Research and Therapy*, 24, 277-288.
- Wolk, S. L. & Devlin, M. J. (2001). Stage of change as a predictor of response to psychotherapy for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 30, 96-100.
- Yates, A. J. & Sambrailo, F. (1984). Bulimia nervosa: A descriptive and therapeutic study. *Behaviour Research and Therapy*, 22, 503-517.
- Zaitsoff, S. L., Doyle, A. C., Hoste, R. R. & Le Grange, D. (2008). How do adolescents with bulimia nervosa rate the acceptability and therapeutic relationship in family-based treatment? *International Journal of Eating Disorders*, 41, 390-398.
- Zeeck, A., Herzog, T. & Hartmann, A. (2004). Day clinic or inpatient care for severe bulimia nervosa? *European Eating Disorders Review*, 12, 79-86.
- Zeeck, A., Weber, S., Sandholz, A., Wetzler-Burmeister, E., Wirsching, M., & Hartmann, A. (2009a). Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: A randomized trial. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 78, 152–160.
- Zeeck, A., Weber, S., Sandholz, A., Wetzler-Burmeister, E., Wirsching, M., Scheidt, C. E., & Hartmann, A. (2009b). Inpatient versus day clinic treatment for bulimia nervosa: Results of a one-year follow-up. *Psychotherapy & Psychosomatics*, 78, 317–319.

## TABELLEN

Tabelle 1. Suchkriterien sowie Ein- und Ausschlusskriterien

Kategorie	Kriterien
Key words	(“bulimia nervosa” OR "binge eating" OR EDNOS) AND (interven* OR outcome OR psychoanaly* OR psychother* OR *therap* OR treatment*) AND (process* OR bond OR alliance OR “ther* relationship” OR collaboration OR “group cohesion” OR adherence OR “treatment integrity” OR expectation* OR suitability OR skill* OR competence OR expressiveness OR “therapeutic realizations” OR "in-session" OR mediator* OR mechanism* OR impact* OR course OR credibility)
Studienpopulation	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Essstörungsdiagnosen (Bulimia nervosa oder Binge-Eating-Störung) nach Internationaler Klassifikation psychischer Störungen (ICD) oder Diagnostischem und Statistischem Manual Psychischer Störungen (DSM)</li> <li>- Stichprobengröße <math>N &gt; 3</math> (Ausschluss von Fallstudien)</li> <li>- Ausschluss bei gemischten psychischen Störungen (auch bei Vermischung mit Anorexia Nervosa, d.h. fehlenden nach Essstörungen separierten Auswertungen)</li> </ul>
Studiendesign	RCT, kontrollierte, unkontrollierte Studien
Zeitperiode	Publikation zwischen Januar 1980 und Januar 2012
Publikationskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Publikation in deutscher oder englischer Sprache</li> <li>- Publierte Artikel</li> </ul>
Weitere Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Durchführung einer psychotherapeutischen Intervention</li> <li>- Verwendung standardisierter Fragebögen oder Interviews zur Erfassung von Prozess- und Outcomemerkmalen</li> </ul>

ABBILDUNGEN

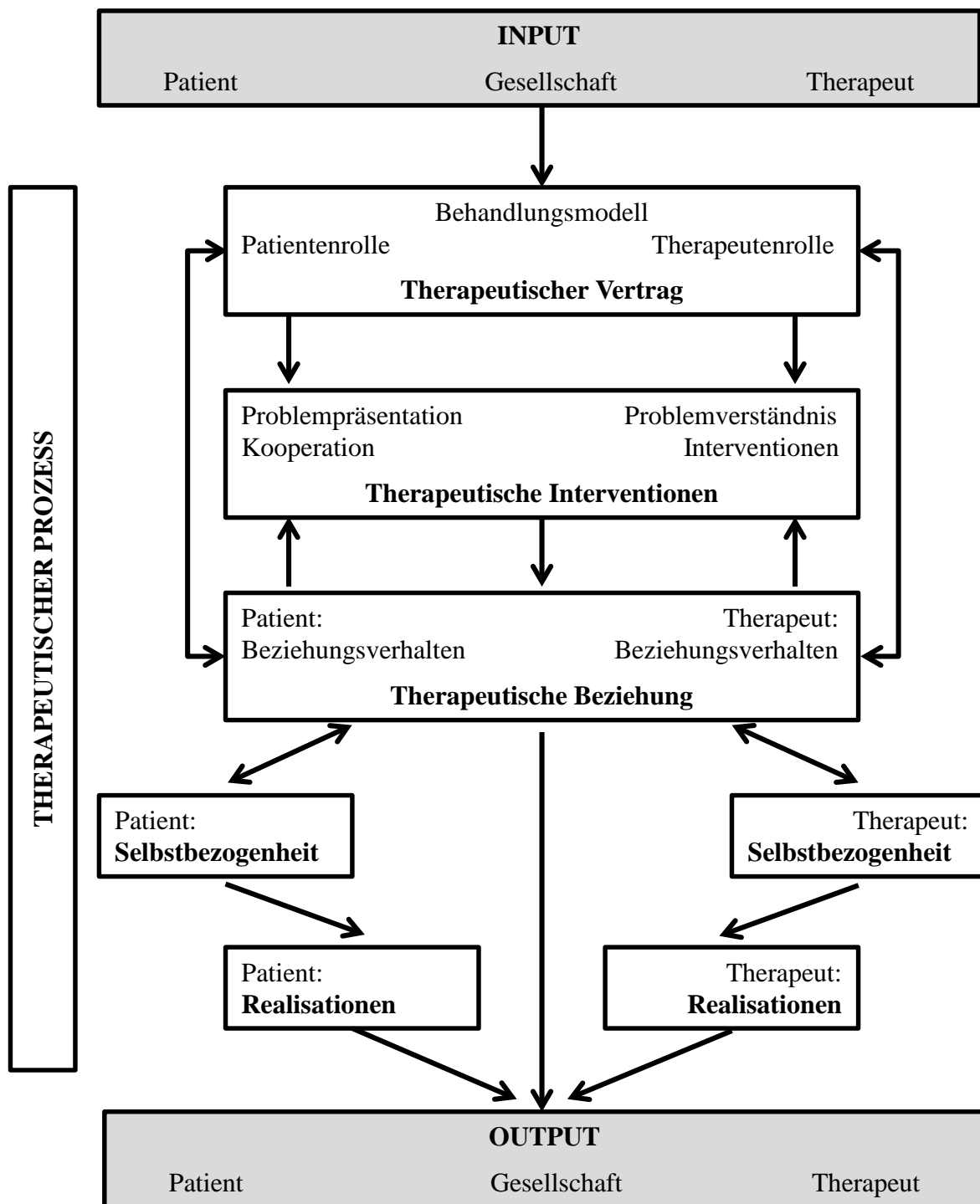


Abbildung 1. Der psychotherapeutische Prozess im „Generic Model of Psychotherapy“ (GMP) nach Orlinsky et al. (2004)