

## KAPITEL

# 15

Jessica Werthmann, Jennifer Svaldi und Brunna Tuschen-Caffier

## Esstörungen

<b>15.1 Diagnostik</b> .....	257	<b>15.6 Behandlungsleitfaden</b> .....	265
15.1.1 Klassifikation der Essstörungen .....	257	15.6.1 Therapieziele .....	265
15.1.2 Somatische Symptome und Risiken .....	260	15.6.2 Therapiesetting .....	266
15.1.3 Erhebungsmethoden .....	261	15.6.3 Therapeutische Haltung .....	266
<b>15.2 Epidemiologie und Komorbidität</b> .....	261	<b>15.7 Therapiebausteine</b> .....	267
<b>15.3 Differenzialdiagnostik</b> .....	261	15.7.1 Therapiemotivation .....	267
<b>15.4 Risikofaktoren und Erklärungsmodell</b> .....	262	15.7.2 Ernährungstherapie .....	267
15.4.1 Empirische Evidenz für das kognitiv-behaviorale Erklärungsmodell .....	263	15.7.3 Körperbildtherapie .....	269
		15.7.4 Weitere Behandlungsschwerpunkte .....	270
<b>15.5 Wissenschaftlich fundierte Behandlung</b> .....	264	<b>15.8 Rückfallprophylaxe</b> .....	271

### Kernaussagen

- Die in diesem Kapitel mit Bezug auf die Anorexia nervosa (AN), die Bulimia nervosa (BN) und die Binge-Eating-Störung (BES) beschriebene Behandlung von Essstörungen orientiert sich an der **kognitiven Verhaltenstherapie (KVT)**, da diese essstörungsübergreifend ist und insbesondere bei der BN und der BES gute empirische Wirksamkeit gezeigt hat. Für die BN und die BES wird die KVT zudem in der aktuellen Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen als Psychotherapie der 1. Wahl empfohlen.
- Zu den wichtigsten Kernelementen der Behandlung gehören die **Normalisierung des Essverhaltens**, die **Reduktion der Überbewertung von Figur und Gewicht** und der damit verbundenen Körperunzufriedenheit, die **Bearbeitung von Problemen im Umgang mit Belastungen** sowie der Umgang mit **Ambivalenz** gegenüber Veränderung.

### 15.1 Diagnostik

Für Patientinnen<sup>1</sup> mit der Diagnose einer AN und BN sowie teilweise auch für Patientinnen mit einer BES nehmen **Figur und Gewicht** einen **sehr hohen Stellenwert** ein; zudem zeigen sich bei allen drei Formen von Essstörungen **Störungen im Essverhalten**, die sich in einer zu geringen Nahrungszufuhr (AN) oder in episodisch auftretenden Essanfällen mit (BN) und ohne Einsatz unangemessener kompensatorischer Maßnahmen (BES) äußern. Für die psychotherapeutische Versorgung sind vor allem die AN, die BN und die BES von Bedeutung, sodass der Fokus dieses Buchkapitels auf diesen drei Formen von Essstörungen liegen wird.

<sup>1</sup> Da es sich bei der Mehrzahl der Betroffenen um Patientinnen handelt, haben wir die weibliche Form gewählt. Selbstverständlich sind damit auch männliche Patienten gemeint.

#### 15.1.1 Klassifikation der Essstörungen

##### Anorexia nervosa (AN)

Die AN ist gekennzeichnet durch ein signifikant **niedriges Körpergewicht** und Verhaltensweisen, die eine Gewichtszunahme verhindern.

In der ICD-11<sup>2</sup> (WHO 2019) wird das Diagnosekriterium *Untergewicht* über einen Body-Mass-Index (BMI)  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  (bei

<sup>2</sup> Es handelt sich hierbei um die neueste, seit 2019 durch die Weltgesundheitsorganisation (WHO) beschlossene Fassung der Internationalen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme, die ab 2022 in Kraft treten wird. Sie ist noch nicht in deutscher Übersetzung erhältlich. Die englische Fassung ist unter [www.who.int/classifications/icd/en/](http://www.who.int/classifications/icd/en/) frei zugänglich. Im Vergleich zur ICD-10 wurden die diagnostischen Kriterien für Essstörungen umfassend überarbeitet.

Erwachsenen) bzw. unterhalb der fünften altersspezifischen BMI-Perzentile (bei Kindern und Jugendlichen) definiert.<sup>3,4</sup> Im DSM-5 (APA 2013) werden dagegen keine numerischen Gewichtsgrenzen hinsichtlich des BMI angegeben, vielmehr wird empfohlen, die Beurteilung sowohl anhand numerischer Richtlinien, die zugleich als Indikatoren für den Schweregrad der AN gelten als auch anhand von individuellen Faktoren wie Körperbau, Gewichtsentwicklung und (physiologische) Vorgeschichte vorzunehmen:

- Leicht: BMI  $\geq 17 \text{ kg/m}^2$
- Mittel: BMI 16–16,99  $\text{kg/m}^2$
- Schwer: BMI 15–15,99  $\text{kg/m}^2$
- Extrem: BMI  $< 15 \text{ kg/m}^2$

Neben dem Gewichtskriterium werden in der ICD-11 und im DSM-5 als zweites Diagnosekriterium **Verhaltensweisen** beschrieben, die zur **Erhaltung des niedrigen Körpergewichts** beitragen, z. B. restriktives Essverhalten, exzessiver Sport oder unangemessenes kompensatorisches Verhalten.

Das dritte Beurteilungskriterium bezieht sich auf eine **verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körperbildes** bzw. den **übertriebenen Stellenwert von Gewicht und Figur** für den Selbstwert. Nach DSM-5 kann bei diesem dritten Kriterium auch die **fehlende Einsicht** hinsichtlich des geringen Körpergewichts berücksichtigt werden (APA 2013).

Im DSM-5 werden zwei Formen der AN unterschieden:

- **Restriktiver Typ:** Der Gewichtsverlust wird primär durch Diäten, Fasten und/oder exzessiven Sport bzw. exzessive Bewegung erreicht; kein Auftreten wiederkehrender Essanfälle, kein Einsatz kompensatorischer Maßnahmen.
- **Binge-Eating/Purging-Typ:** Neben regelmäßigem Fasten werden auch unangemessene kompensatorische Maßnahmen eingesetzt, und auch Essanfälle können vorkommen.<sup>5</sup>

## Fallbeispiel

### Illustration der AN-Symptomatik

Vanessa (18) leidet seit 5 Jahren an einer AN. Sie habe bereits eine stationäre und eine ambulante Psychotherapie in Anspruch nehmen müssen. Die Psychotherapien hätten dazu beigetragen, dass sie zugenommen habe, aber „tief in ihrem Innern“ habe sie das abgelehnt. Ihre Sorgen vor einer Gewichtszunahme seien nach wie vor

stark ausgeprägt, und sie strebe noch immer an, wieder so dünn zu sein wie vor den Therapien. Auf Drängen ihrer Familie möchte sie erneut eine ambulante Psychotherapie machen. Nach ihren Beschwerden befragt, gibt sie zunächst an, dass sie nicht wisse, ob es wirklich nötig sei, nochmals eine Therapie zu machen, denn im Grunde fühle sie sich ganz gut. Sie komme eigentlich wegen ihrer Familie, also damit die Familie beruhigt werden könne, indem eine Fachfrau bescheinige, dass ihr Gewicht jetzt in Ordnung sei und kein Risiko für ihre Gesundheit bestehe.

Im weiteren Gesprächsverlauf wird allerdings deutlich, dass die Angst vor einer Gewichtszunahme ein sehr beherrschendes Thema für Vanessa ist. Sie beschreibt, dass es ihr „viel bedeute“, dünn zu sein. Wenn die Waage ein Kilo mehr anzeige, werde sie sehr unruhig, angespannt und schlecht gelaunt. In ihrem Kopf würden sich Vorstellungsbilder von ihr als „Dickerchen“ aufdrängen. Der Tag sei dann praktisch „gelaufen“, ihre Gedanken würden nur noch um die Frage kreisen, wie sie wieder abnehmen könne. Inzwischen habe sie gelernt, dass es nicht gut sei, wenn sie Mahlzeiten auslasse, ständig Kalorien zähle und nur kalorienarme Lebensmittel esse. Aber das sei ihr an solchen Tagen total egal, sie fühle sich wie getrieben von dem Gedanken, wieder abnehmen zu müssen. Da sei ihr jedes Mittel recht; dann greife sie auch wieder zu Abführ- und Entwässerungsmitteln und jogge stundenlang durch den Wald. Wenn sie an solchen Tagen von anderen, z. B. von ihrer Familie, zum Essen aufgefordert würde, fühle sie sich bedrängt und werde sehr „störrisch“ und wütend. Sie denke dann, dass die anderen sie nur „mästen“ wollen und nicht verstehen können oder wollen, wie es ihr dabei geht. Das führe dann erst recht dazu, dass sie nichts essen könne. Dünn zu sein sei für sie das Wichtigste im Leben, auch wenn sie dadurch sterben könne, aber das sei ihr letztlich egal.

Dieses Fallbeispiel einer Patientin mit AN illustriert die große Sorge vor einer Gewichtszunahme, den hohen Stellenwert des Schlankheitsideals sowie die Bereitschaft, zur Gewichtsreduktion extreme Maßnahmen anzuwenden. Gleichzeitig wird deutlich, dass die Patientin gegenüber einer Psychotherapie, die eine Gewichtszunahme anstrebt, ambivalent eingestellt sein wird.

## MERKE

Eine **ambivalente Therapiemotivation** zählt zwar nicht zu den Klassifikationskriterien für eine AN, ist jedoch typisch für den Behandlungsverlauf einer AN.

## Bulimia nervosa (BN)

Auch Patientinnen mit BN folgen häufig strikten Essensregeln, um ein extremes Schlankheitsideal zu erreichen. Allerdings ist das Essverhaltensmuster bei der BN hauptsächlich durch wiederholte Episoden von **Essanfällen** mit (unangemessenen) **kompensatorischen Maßnahmen** wie z. B. Erbrechen oder die Einnahme von Laxanzien gekennzeichnet. Ein Essanfall wird definiert als Konsum einer großen Nahrungsmenge, die innerhalb einer relativ kurzen Zeit (z. B. 2 Stunden) gegessen wird, wobei gleichzeitig ein Kontrollverlust auftritt. Für die Diagnosestellung der BN müssen mindestens einmal

<sup>3</sup> Für die ICD-11 wird vorgeschlagen, zwei Einstufungstypen in Bezug auf das Untergewicht zu unterscheiden: BMI  $< 18,5 \text{ kg/m}^2$  und  $> 14,0 \text{ kg/m}^2$  bzw. zwischen der fünften und der dritten altersspezifischen BMI-Perzentile bei Kindern und Jugendlichen – deutliches Untergewicht, BMI  $< 14 \text{ kg/m}^2$  bzw.  $<$  drittes altersspezifisches BMI-Perzentile – gefährlich niedriges Körpergewicht (S3-Leitlinie, AWMF 2019).

<sup>4</sup> Zu bedenken ist, dass bei einer Definition der AN unterhalb der 5. Perzentile eine Reihe von Erkrankten nicht erfasst wird, die aufgrund eines höheren prämorbidem Gewichts auch bei massivem Gewichtsverlust noch auf der 10. Altersperzentile liegen. Im Kindes- und Jugendbereich wird daher bei Vorliegen der übrigen Symptome einer AN die 10. BMI-Altersperzentile aus klinischer Sicht als Schwellenwert für die AN empfohlen (Hebebrandt et al. 2004; Herpertz-Dahlmann et al. 2005).

<sup>5</sup> Für die ICD-11 wird ebenfalls eine Differenzierung in einen restriktiven bzw. einen „Binge-Purging“-Typ vorgeschlagen (S3-Leitlinie, AWMF 2019).

pro Woche Essanfälle über einen längeren Zeitraum auftreten (nach DSM-5: 3 Monate, nach ICD-11: über mehrere Monate hinweg). Neben den Essanfällen werden zudem **unangemessene kompensatorische Maßnahmen** ergriffen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken. Gleichzeitig stellt bei der BN der hohe **Stellenwert von Figur und Gewicht** für die eigene Selbstbeurteilung (DSM-5) bzw. eine **übertriebene Sorge über Figur und Gewicht** (ICD-11) ein weiteres zentrales diagnostisches Kriterium dar.

Die Beurteilung des Schweregrades nach DSM-5 erfolgt anhand der Häufigkeit kompensatorischer Maßnahmen:

- Leicht: 1–3 Episoden von kompensatorischen Maßnahmen pro Woche
- Mittel: 4–7 Episoden von kompensatorischen Maßnahmen pro Woche
- Schwer: 8–13 Episoden von kompensatorischen Maßnahmen pro Woche
- Extrem: > 14 Episoden von kompensatorischen Maßnahmen pro Woche

Zudem kann der Schweregrad höher eingeschätzt werden, um den Ausprägungsgrad klinischer Symptome sowie das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung zu dokumentieren. Als Ausschlusskriterium für die Diagnose einer BN wird die Diagnose einer AN (DSM-5 und ICD-11) bzw. ein signifikant geringes Körpergewicht (ICD-11) genannt.

### Fallbeispiel

#### Illustration der BN-Symptomatik

Henriette (20) leidet seit 3 Jahren an einer BN. Sie habe bisher keine psychotherapeutische Hilfe in Anspruch genommen, da sie das Problem allein habe in den „Griff“ bekommen wollen. Die Ess-Brech-Episoden hätten allerdings in letzter Zeit stark zugenommen, sodass sie das Gefühl habe, ihre Probleme mit dem Essen nicht allein lösen zu können.

Danach befragt, wie solche Ess-Brech-Episoden aussehen, beschreibt Henriette, dass sie zunächst immer versuche, gegen den Drang zu essen anzukämpfen. Sie rede z. B. innerlich auf sich ein, dass das nicht gut sei, dass sie davon dick werden könne, dass die Lebensmittel zu teuer seien, um sie so in sich hineinzustopfen und anschließend wieder zu erbrechen. Aber diese Selbstgespräche und Selbstbeschimpfungen würden rein gar nichts helfen. Sie habe in solchen Situationen das Gefühl, wie ein Roboter zu reagieren, der auf Essen programmiert sei und den niemand stoppen könne. Sie gehe dann irgendwie fremdgesteuert und trotz aller guten Vorsätze zum Kühlschrank und stürze sich auf das Essen. Dabei esse sie alles wahllos durcheinander: z. B. ein Glas Marmelade, eine Familienpackung Eiscreme, Fleischklöße mit Ketchup und danach wieder Süßigkeiten, etwa eine Tafel Schokolade oder eine Tüte Gummibärchen. Auch trinke sie während eines Essanfalls recht viel, damit das Erbrechen leichter falle. Beim letzten Mal habe sie ½ Liter Milch und ½ Liter Cola getrunken.

Auf die Frage nach der Dauer solcher Essanfälle und der Signale, nach denen sie die Essanfälle beende, äußert Henriette, dass die Essanfälle unterschiedlich lang dauern würden. Manchmal esse sie sehr hastig und habe bereits nach ca. 10 Minuten das Gefühl, dass nichts mehr in ihren Magen hineinpassen würde; in anderen Situationen könne sich ein Essanfall auch über 1 Stunde hinziehen, da sie immer wieder zum Kühlschrank gehe und etwas esse. Aufhören könne sie immer erst dann, wenn sie das Gefühl habe, „voll“ zu sein. Ihr Bauch fühle sich dann ganz angespannt, ganz voll und prall an. Dann gehe sie ins Bad, stecke sich den Finger in den Hals und erbreche so lange, bis sie alles wieder herausgebracht habe. Das Erbrechen empfinde sie als unangenehm, ja ekelig, vor allem wegen des strengen Geruchs und weil ihr der Anblick des Erbrochenen in der Toilette zuwider sei. Aber das Erbrechen nehme sie als notwendiges Übel hin, denn nicht zu erbrechen würde sie nicht aushalten. Sie habe sonst das Gefühl, wie eine „Dampfnudel“ aufzugehen. Und eine Gewichtszunahme wäre für sie noch viel, viel schlimmer als das Erbrechen. Daher nehme sie das Erbrechen in Kauf.

Eine schlanke Figur zu haben, sei für sie ein extrem wichtiges Ziel. Sie wolle daher auf keinen Fall durch die Therapie zunehmen, eher strebe sie an, noch ein paar Kilo abzunehmen.

Das Fallbeispiel illustriert sowohl den hohen Stellenwert des Schlankheitsideals, wofür bewusst das Erbrechen „in Kauf genommen“ wird, als auch das Essverhaltensmuster von wiederholten Essanfällen in Verbindung mit dem Gefühl von Kontrollverlust und kompensatorischen Maßnahmen. Gleichzeitig wird, wie auch beim Fallbeispiel der Patientin mit AN, die **Ambivalenz** gegenüber der Therapie vor dem Hintergrund der ausgeprägten Angst vor einer Gewichtszunahme deutlich.

#### Binge-Eating-Störung (BES)

Zentrale Diagnosekriterien der BES nach DSM-5 und ICD-11 sind **wiederkehrende Essanfälle ohne kompensatorische Maßnahmen**, verbunden mit einem Gefühl des **Kontrollverlusts** und **negativen Gefühlen** wie Scham oder Schuld. Zudem wird ein deutlicher **Leidensdruck** aufgrund der Essanfälle als separates Kriterium aufgeführt. Die **Sorge um das eigene Gewicht und die eigene Figur** wird bei der BES nicht explizit als diagnostisches Kriterium aufgeführt, wenngleich diese Sorge klinisch auch bei der BES relevant ist (Lewer et al. 2017).

Der Schweregrad wird nach DSM-5 über die Häufigkeit der Essanfälle bestimmt:

- Leicht: 1–3 Essanfälle pro Woche
- Mittel: 4–7 Essanfälle pro Woche
- Schwer: 8–13 Essanfälle pro Woche
- Extrem: > 14 Essanfälle pro Woche

Zudem kann der Schweregrad höher eingeschätzt werden, um den Ausprägungsgrad klinischer Symptome sowie das Ausmaß der funktionellen Beeinträchtigung zu dokumentieren.

### Fallbeispiel

#### Illustration der BES-Symptomatik

Melanie (29) leidet seit 3 Jahren an einer BES. Angefangen hätten die Essanfälle kurze Zeit nach dem Tod ihrer Mutter. Sie habe sich schuldig gefühlt, die schwer kranke Mutter zu wenig unterstützt zu haben. Erinnerungen an die Mutter hätten zu starker Anspannung und Traurigkeit geführt. In solchen Situationen habe sie dann sehr hastig und sehr viel gegessen. Danach sei es ihr nicht wirklich gut gegangen, denn sie habe sich schuldig gefühlt, dass sie sich so habe gehen lassen. Aber zumindest seien die Gedanken an ihre Mutter durch die Essanfälle etwas in den Hintergrund gedrängt worden. Während die Essanfälle anfangs nur abends aufgetreten seien, würden sie an manchen Tagen nun mehrmals auftreten; es gäbe sogar Tage, an denen sie fast den ganzen Tag lang esse und gar nicht sagen könne, wann ein Essanfall aufgehört und der nächste begonnen habe. Sie fühle sich dem Essen regelrecht ausgeliefert: Es gäbe einfach keinen Schalter mehr, den sie umlegen könne, damit endlich Schluss sei mit dem Essen. Nach den Essanfällen fühle sie sich träge, müde und manchmal auch niedergeschlagen, da sie sich derart vom Essen beherrschen lasse. Sie habe dann keine Kraft mehr, lege sich oft ins Bett und mache sich Vorwürfe. In den letzten 3 Jahren habe sie auch deutlich zugenommen. Ihre Hausärztin habe ihr geraten, unbedingt eine Psychotherapie zu machen, um abzunehmen.

Aus dem Fallbeispiel wird der Zusammenhang zwischen Essanfällen und den damit einhergehenden Schuldgefühlen deutlich ersichtlich („Danach sei es ihr nicht wirklich gut gegangen, denn sie habe sich schuldig gefühlt, dass sie sich so habe gehen lassen“). Auch der ausgeprägte Leidensdruck („sich ausgeliefert fühlen“, „vom Essen beherrscht“) wird deutlich.

### 15.1.2 Somatische Symptome und Risiken

Essstörungen gehen häufig mit körperlichen **Komplikationen** einher und sind daher nicht nur psychisch, sondern auch somatisch schwerwiegende Störungen (für eine ausführliche Beschreibung körperlicher Folgeschäden z. B. AWMF 2019; Friederich 2015).

#### MERKE

Sowohl im ambulanten als auch im stationären Setting ist daher eine fachärztliche **Abklärung des körperlichen Zustands** (z. B. die regelmäßige Erfassung des Blutbildes) erforderlich.

Viele dieser körperlichen Folgeerscheinungen von Essstörungen normalisieren sich wieder nach ausreichender Gewichtszunahme bzw. nach Beendigung der unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen.

Bei der AN können u. a. folgende körperliche Beeinträchtigungen und Folgeschäden auftreten:

- **Trockene, schuppige Haut, Lanugobehaarung** (verstärkte Körperbehaarung mit langen, weichen Haaren) oder **Haarausfall**
- Bei regelmäßigem Erbrechen ist häufig eine **Schwellung der Speicheldrüsen** zu beobachten. Des Weiteren können Magen-

**geschwüre** oder auch Obstipation aufgrund der langfristigen Nahrungsrestriktion auftreten. Im Zuge der Obstipation leiden die Patientinnen häufig schon beim Verzehr kleinster Nahrungsmengen unter einem ausgeprägten Völlegefühl.

- Endokrinologische Veränderungen betreffen u. a. das Ausbleiben der Menstruation (**Amenorrhö**; hierbei ist zu beachten, dass diese bei hormoneller Verhütung nicht auftreten muss) und **eingeschränkte Fertilität**.
- Kardiovaskuläre Probleme wie z. B. **Bradykardie** (d. h. eine Verlangsamung des Herzschlags) oder auch **Herzrhythmusstörungen** aufgrund eines Abbaus der Herzmuskelmasse bei chronischer Unterernährung kommen häufig vor und sollten daher regelmäßig kontrolliert werden.
- Bei rund einem Viertel der Patientinnen mit AN wird eine **Anämie** festgestellt, die auch mit **Eisenmangel** einhergehen kann. Daher sollten regelmäßig Blutbild sowie Elektrolyt- und Mineralstoffspiegel (z. B. Kalium) kontrolliert werden.
- Die Knochendichte ist bei >90 % der Patientinnen mit AN reduziert, was bei längerer Krankheitsdauer eine **Osteoporose** oder eine erhöhte Zahl an **Knochenbrüchen** zur Folge haben kann.

Körperliche Beeinträchtigungen bei der BN können sein:

- Trockene, schuppige Haut, Haarausfall oder brüchige Nägel.
- Bei regelmäßigem Erbrechen treten häufig auch eine **Schwellung der Speicheldrüsen** und **Entzündungen der Rachenschleimhaut** auf.
- Blutbildveränderungen, kardiovaskuläre Probleme und endokrinologische Veränderungen kommen bei BN seltener vor als bei AN.
- Durch regelmäßiges Erbrechen tritt jedoch häufig eine **ausgeprägte Karies** oder Hypersensitivität der Zähne auf.
- Zudem kann als Folge des kompensatorischen Verhaltens der **Elektrolyt- und Mineralstoffhaushalt** gestört sein. Insbesondere ein **Kalium- und Natriummangel** ist mit einer Beeinträchtigung der Nierenfunktion sowie mit Herzrhythmusstörungen assoziiert. Daher ist bei Patientinnen mit BN vor allem eine (regelmäßige) Untersuchung des Elektrolythaushalts und der evtl. geschädigten Zähne wichtig.

Sowohl bei Patientinnen mit AN als auch bei Patientinnen mit BN gibt es Hinweise auf einen Zusammenhang mit **Typ-1-Diabetes**, wobei nach heutigem Forschungsstand die Richtung dieses Zusammenhangs noch nicht abschließend geklärt ist (Munsch und Hertz 2011). Im klinischen Kontext ist jedoch bei komorbidem Diabetes insbesondere auf das sog. **Insulin-Purging** zu achten, das körperlich sehr gefährliche Folgeschäden haben kann. Dabei spritzen die Patientinnen absichtlich zu wenig Insulin, was den Abbau von Glukose verhindert und somit zur Gewichtserhaltung oder -reduktion beitragen kann, gleichzeitig aber den Blutzuckerspiegel erhöht. Dadurch werden z. B. die Nieren stark belastet, es können schwerwiegende Nervenschäden oder ein diabetisches Koma hervorgerufen werden.

Bei der BES ist es wichtig, potenzielle Begleiterscheinungen von Übergewicht, das häufig bei Patientinnen mit BES auftritt, medizinisch abzuklären. Zu diesen Begleiterscheinungen zählen u. a. **Typ-2-Diabetes, Asthma, Schlafapnoe, eingeschränkte Fertilität** und **Bluthochdruck**, der einen Risikofaktor für Herz- und Kreislaufprobleme darstellt.

### 15.1.3 Erhebungsmethoden

Grundsätzlich ist bei der Diagnostik von Essstörungen zu beachten, dass Betroffene mitunter ihre Symptomatik verkennen oder als wenig ausgeprägt schildern. Daher sollte die Diagnosestellung anhand strukturierter klinischer Interviews (z. B. das *Strukturierte Klinische Interview* (SKID) nach DSM-5 [Beesdo-Baum et al. 2019] oder das *Diagnostische Interview bei psychischen Störungen* (DIPS) [Margraf et al. 2017] bzw. das essstörungsspezifische Interview anhand der *Eating Disorder Examination* (EDE; Hilbert und Tuschen-Caffier 2016) erfolgen, während der zusätzliche Einsatz von Fragebögen ergänzende Informationen zu Teilaspekten der Symptomatik aus der Perspektive der Patientinnen liefern kann.

Zur Erhebung der **Symptome pathologischen Essverhaltens sowie figur- und gewichtsbezogener Sorgen** im Selbstbericht kann die deutsche Fassung des *Eating Disorder Examination Questionnaire* (EDE-Q; Hilbert und Tuschen-Caffier 2016; Hilbert et al. 2007) herangezogen werden. Um **körperbezogenes Kontroll- und Vermeidungsverhalten** zu erfassen, stehen u. a. der *Fragebogen zum körperbezogenen Kontrollverhalten* (deutschsprachige Version des *Body Checking Questionnaire* nach Reas et al. 2002; Vocks et al. 2008) und der *Fragebogen zur Erfassung von körperbezogenem Vermeidungsverhalten* (*Body Image Avoidance Questionnaire* [BIAQ]; Rosen et al. 1991; dt. Fassung: Legenbauer et al. 2007) zur Verfügung. Um potenziell mit der Essstörungsproblematik zusammenhängende Faktoren wie Perfektionismus, Selbstwert oder Emotionsregulationsstrategien zu eruieren, bieten sich verschiedene Fragebögen an, z. B. die *Frost Multidimensionale Perfektionismus Skala* (Frost et al. 1990; Stöber 1995, 1998) zur Erfassung von maladaptivem und adaptivem Perfektionismus, die revidierte deutsche Fassung der *Rosenberg Self-Esteem Scale* (Rosenberg 1965; dt. Fassung: *Rosenberg Selbstwert Skala* von Collani und Herzberg 2003) und der *Heidelberger Fragebogen zu Emotionsregulationsstrategien* (HFERST; Izadpanah et al. 2017), der eine Bandbreite adaptiver und maladaptiver Strategien erfragt.

## 15.2 Epidemiologie und Komorbidität

Essstörungen treten häufiger bei Frauen als bei Männern auf (z. B. Preti et al. 2009) und sind über alle Essstörungen hinweg betrachtet im Vergleich zur Normalbevölkerung mit einem im Durchschnitt ungefähr doppelt so hohen **Mortalitätsrisiko** assoziiert (Arcelus et al. 2011). Insbesondere bei der AN ist das im Vergleich zur Normalbevölkerung 4- bis 6-fach erhöhte Mortalitätsrisiko zu beachten; auch im Vergleich zu anderen psychischen Störungen ist das Mortalitätsrisiko bei der AN am höchsten (Arcelus et al. 2011).

Die Lebenszeitprävalenzraten für die AN betragen für Frauen **0,9–3,6%** und bei Männern **0,3%** (Hudson et al. 2007; Keski-Rahkonen und Mustelin 2016). Bei der BN werden Lebenszeitprävalenzraten von **1,3–1,5%** für Frauen bzw. **0,5%** für Männer berichtet (Hudson et al. 2007; Swanson et al. 2011). Die BES tritt mit einer Lebenszeitprävalenz von ungefähr **1,6–1,9%** auf und kommt ebenfalls häufiger bei Frauen (2,3%) als bei Männern (0,8%) vor (Kessler et al. 2013).

Mit einer durchschnittlichen Erkrankungsdauer von ungefähr 4–6,5 Jahren nehmen Essstörungen meist einen **chronischen Verlauf** (Keski-Rahkonen und Mustelin 2016; Kessler et al. 2013).

Essstörungen gehen häufig mit **komorbiden psychischen Störungen** einher. Für BN und BES werden komorbide Störungen bei **79–85%** der Betroffenen berichtet (Kessler et al. 2013). Dabei treten komorbide Angst- und affektive Störungen (vor allem depressive Episoden und Dysthymia) sowie Suchterkrankungen am häufigsten auf (Hudson et al. 2007; Kessler et al. 2013). Die häufigsten komorbiden Störungen bei der AN sind affektive, Angst- und Zwangsstörungen sowie Suchterkrankungen (Hudson et al. 2007; Steinhausen 2002).

## 15.3 Differenzialdiagnostik

Individuelle Ausprägungen der Essstörungsproblematik können aufgrund von sehr rigiden, obsessiven Gedanken- und Verhaltensmustern, sozialem Rückzug und gedrückter Stimmung Ähnlichkeiten mit Angststörungen oder affektiven Störungen aufweisen. Bei Essstörungen steht aber zur Abgrenzung von anderen Störungsbildern die Relevanz der Figur, des Gewichts (AN, BN, z. T. auch bei der BES) und des Essverhaltens (AN, BN, BES) im Vordergrund.

**Körperdysmorphie Störung** Bei Essstörungen bestehen ausgeprägte Sorgen bzgl. Gewicht und Figur und betreffen die Schlankheit des **gesamten Körpers**, während sich die Sorgen bei der körperdysmorphen Störung auf **bestimmte Körperteile** oder Gesichtsmerkmale beziehen (z. B. „Mein Hals ist zu breit, mein Kinn steht zu weit vor“). Auch wenn viele Patientinnen mit Essstörungen mit einem Körperteil besonders unzufrieden sind (z. B. der Hüfte), bezieht sich diese Unzufriedenheit schlussendlich auf Aspekte, die mit dem Körpergewicht in Verbindung gebracht werden (z. B. „zu dick und schwabbelig“).

**Soziale Phobie** Viele Menschen mit Essstörungen berichten von Scham- oder Angstgefühlen, wenn sie im Beisein anderer essen müssen; auch neigen sie zu sozialem Rückzug. In der Abgrenzung zur sozialen Phobie ist zu beachten, dass sich bei Essstörungen die Angst oder Sorge in sozialen Situationen ausschließlich auf das Essverhalten und essstörungsbezogene Rituale, auf Gewicht und Figur oder auf andere essstörungsrelevante Themen bezieht.

**Major Depression** Die Major Depression ist die häufigste komorbide Störung bei allen drei Hauptformen der Essstörungen. Bei zeitgleichem Auftreten von Major Depression und Untergewicht ist differenzialdiagnostisch abzuklären, ob das Untergewicht ausschließlich eine Folge des Appetitverlusts im Rahmen der Depression darstellt (und die anderen Symptome der AN nicht erfüllt sind). Sind sowohl die Kriterien einer Major Depression als auch einer AN erfüllt, werden beide Diagnosen vergeben.

**Zwangsstörung** Eine **zwanghafte Beschäftigung** mit Lebensmitteln, Kalorien und/oder anderen Nährwerten, stark **ritualisierte Handlungen** rund um das Essverhalten sowie **zwanghaftes Kontrollieren** von Körperzonen (Body Checking) kommen bei vielen Patientinnen mit Essstörung vor. Eine zusätzliche Diagnose der Zwangsstörung sollte daher nur dann erwogen werden, wenn

sich die Zwangshandlungen und/oder -gedanken auch auf Bereiche beziehen, die unabhängig von Essen, Gewicht oder Figur sind.

#### Abgrenzung der Essstörungen untereinander und von Adipositas

- Die Unterscheidung von AN und BN kann schwierig sein, wenn restriktives Essverhalten, Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen auftreten und der BMI an der unteren Grenze des Normalgewichts liegt. Zur differenzialdiagnostischen Unterscheidung kann es hilfreich sein, die Essanfälle genau zu beschreiben und anhand folgender Kategorien zu spezifizieren: **Subjektive Essanfälle** (ein Kontrollverlust erleben beim Verzehr subjektiv, aber nicht objektiv großer Essensmengen) sind abzugrenzen von **objektiven Essanfällen** (ein Kontrollverlust erleben beim Verzehr ungewöhnlich großer Nahrungsmengen) und von objektivem Überessen (der Verzehr objektiv großer Essensmengen ohne Kontrollverlust erleben). Bei Untergewicht hat die Diagnose AN Vorrang vor der Diagnose BN.
- Das Vorhandensein bzw. Fehlen unangemessener kompensatorischer Verhaltensweisen grenzt die **BN** differenzialdiagnostisch von der **BES** ab. Bei der **BES** werden i. d. R. keine exzessiven und regelmäßigen Maßnahmen zur Kontrolle des Körpergewichts ergriffen. Teilweise berichten Patientinnen mit **BES** zwar von kurzfristigen Diätversuchen, diese nehmen jedoch weder das Ausmaß noch die Regelmäßigkeit an wie die kompensatorischen Maßnahmen bei der **BN**.
- Die **BES** wird in den meisten Fällen von **Adipositas** (BMI > 30) begleitet. Entscheidend für die differenzialdiagnostische Abklärung ist aber, dass Menschen mit **Adipositas** keine (regelmäßigen, häufigen) Essanfälle haben. Zudem ist der Leidensdruck bei Menschen mit **BES** erheblich höher als bei Menschen mit **Adipositas**, aber ohne eine **BES**. Auch die Sorgen um Figur und Gewicht sind bei Patientinnen mit **BES** deutlich relevanter als bei Menschen mit **Adipositas** (ohne **BES**), und bei der **BES** treten komorbid signifikant mehr psychische Störungen auf.

#### PATIENTENINFO

##### Wie erläutere ich Betroffenen, Angehörigen und Interessierten das Störungsbild?

Neben einer kurzen Zusammenfassung der aktuellen Symptomatik und Rückkopplung an die diagnostischen Befunde der spezifischen Essstörung sollte gleichzeitig allgemeines Störungswissen vermittelt werden, z. B.:

*„Die Symptome, die Sie mir geschildert haben, deuten darauf hin, dass Sie eine Essstörung, nämlich ... haben. Essstörungen sind komplexe Störungsbilder, die sich durch ein Zusammenspiel von vielen verschiedenen Faktoren und Ereignissen entwickeln können. Unbehandelt können Essstörungen einen sehr chronischen Verlauf nehmen, der auch mit körperlichen Folgeschäden wie [Beispiele in Abhängigkeit von den spezifischen diagnostischen Befunden und Symptomen nennen, die die Patientin berichtet hat] einhergehen kann. Erfreulicherweise verschwinden die meisten dieser Folgeschäden, wenn es der Betroffenen gelingt, ihr Essverhalten wieder zu normalisieren.“*

Zudem sollte die Patientin durch eine empathische und wertfreie Haltung der Therapeutin motiviert werden, ihre Symptomatik und potenziellen Ambivalenzen gegenüber der Behandlung offen zu schildern, um so auch die Grundlage einer vertrauensvollen Beziehungsgestaltung zu schaffen. Wichtig ist hier der Einsatz von Strategien zur Entpathologisierung belas-

tender Gedanken und Gefühle oder dysfunktionaler Verhaltensweisen, die im Zusammenhang mit der Essstörung auftreten, z. B.:

*„Für mich ist das erstmal sehr, sehr nachvollziehbar, dass Sie abends diesen Heißhunger haben und nicht mehr aufhören können zu essen. Wenn ich über Stunden nichts gegessen hätte, würde mir das auch so gehen ... Ihr Körper scheint sich zu holen, was er braucht. Das ist sehr verständlich.“*

## 15.4 Risikofaktoren und Erklärungsmodell

Die **Entstehung von Essstörungen** wird multifaktoriell und durch ein Zusammenspiel von prädisponierenden Risikofaktoren und auslösenden Faktoren (z. B. Belastungen durch kritische Lebensereignisse, Trennungs- und Verlusterlebnisse, Rollenwechsel) erklärt.

Essstörungen entwickeln sich meist in der Adoleszenz bzw. im frühen Erwachsenenalter (Kessler et al. 2013; Nagl et al. 2016). Bekannte **individuelle Risikofaktoren** sind **Körperunzufriedenheit**, **Adipositas** im Kindes- und Jugendalter und daraus resultierende **Diätversuche** (als Risikofaktor für das Auftreten von Essanfällen z. B. Goldschmidt et al. 2016) sowie **Untergewicht** (als Risikofaktor für AN; Stice et al. 2017) ein **niedriger Selbstwert**, an sich selbst gerichtete **perfektionistische Ansprüche** (vor allem bei AN) und ein **maladaptiver Umgang mit negativen Gefühlen** (Hilbert et al. 2014; Smith et al. 2018). Außerdem weisen viele Patientinnen mit Essstörungen **neurobiologische und kognitive Auffälligkeiten** auf, von denen nach dem aktuellen Forschungsstand vermutet wird, dass sie die Essstörungspathologie begünstigen können. Beispielsweise können **Defizite in exekutiven Funktionen** einerseits Inflexibilität (AN), andererseits Schwierigkeiten in der Selbstregulation und Impulsivität (BN, BES) beeinflussen (Kittel et al. 2015; Wu et al. 2013). Hier ist allerdings zu beachten, dass empirisch noch nicht vollständig geklärt ist, inwieweit es sich hierbei um Risikofaktoren oder um Folgen (z. B. durch chronisches Diätverhalten) der Essstörungspathologie handelt.

Auch **soziokulturelle Faktoren** wie der wahrgenommene Schlankheitsdruck aus Medien, Familie und Freundeskreis und/oder die **Internalisierung eines schlanken Schönheitsideals** werden als Risikofaktoren für die Entwicklung von (sub-)klinischen Essstörungen gesehen (Stice et al. 2017; Stice und van Ryzin 2019). So weisen Studien auf den positiven Zusammenhang zwischen der Nutzung sozialer **Medieninhalte**, die den „Idealkörper“ bewerben, und Körperunzufriedenheit hin (Fardouly und Vartanian 2016). Zudem bestehen Hinweise darauf, dass im Freundeskreis verbreitete Schönheitsideale einen Einfluss auf die Körperunzufriedenheit haben können (Presnell et al. 2004). Auch **kritische körperbezogene Bemerkungen** (engl. „fat talk“) anderer (z. B. in der Familie oder im Freundeskreis) (z. B. Sharpe et al. 2013) oder auch bestimmte **Sportarten**, bei denen ein schlankes Körperideal propagiert wird (Thiemann et al. 2015), können die Entwicklung von Körperunzufriedenheit und gestörtem Essverhalten begünstigen.

Zudem gibt es Hinweise, dass sexueller, körperlicher und emotionaler Missbrauch ein transdiagnostisch relevanter Risikofaktor für die Entwicklung psychischer Störungen und damit auch für die Entwicklung einer Essstörung von Bedeutung ist (Hilbert et al. 2014).

Forschungsergebnisse weisen außerdem darauf hin, dass Essstörungen häufiger in **Familien** auftreten, in denen Aussehen und/oder Diäten ein wichtiges Thema sind und in denen auch die Eltern von gestörtem Essverhalten oder psychischen Problemen berichten (Hilbert et al. 2014). Insbesondere scheint ein **restriktiver Erziehungsstil** in Bezug auf das Ernährungsverhalten in der Familie (z. B. Verbote, kalorienreiche Lebensmittel oder Süßigkeiten zu essen) potenziell zur Entwicklung von Essstörungen beitragen zu können (Hilbert et al. 2014).

Eine **genetische Komponente** als Risikofaktor für die Entwicklung von Essstörungen, insbesondere bei der AN, erscheint nach heutigem Forschungsstand als wahrscheinlich (Watson et al. 2019).

### MERKE

#### Risikofaktoren für die Entwicklung von Essstörungen

- Individuelle Faktoren: Sorgen um Gewicht und Figur, niedriger Selbstwert, Perfektionismus, Defizite bzgl. Exekutivfunktionen und Selbstregulation, Adipositas/Untergewicht, Diätverhalten, kritische Lebensereignisse und Belastungen, Kindesmissbrauch (als störungsübergreifender Faktor)
- Soziokulturelle Faktoren: Internalisierung des Schlankheitsideals und wahrgenommener Schlankheitsdruck durch Medien, Familie, Freunde
- Familiäre Faktoren: Erziehungsstil in Bezug auf Essverhalten und Schlankheitsideal, genetische Prädisposition

**Kognitiv-behaviorale Erklärungsmodelle der Essstörungen** postulieren, dass vor dem Hintergrund der oben aufgeführten Risikofaktoren Sorgen um Gewicht und Figur und/oder ein gezieltes Essverhalten pathologisches Essverhalten nicht nur auslösen, sondern auch **aufrechterhalten** (Hilbert und Tuschen-Caffier 2010; Legenbauer und Vocks 2014; Vitousek und Hollon 1990; Williamson et al. 2004). Dabei geht das **transdiagnostische Modell** (Fairburn 2008) von der Annahme aus, dass die Kontrolle über Essverhalten, Figur und Gewicht zentrale Faktoren aller Essstörungen (AN, BN und BES) und entscheidend für ihre **Aufrechterhaltung** sind: Die Aktivierung dysfunktionaler **Grundannahmen** („Ich werde nur geliebt, wenn ich dünn bin“) durch relevante, essstörungsbezogene Reize (z. B. Essenssituationen oder Situationen, in denen der Körper eine Rolle spielt) führt zu einer **verzerrten Informationsverarbeitung** (sog. **Bias**) in der Wahrnehmung (z. B. in Form von pathogenen visuellen Aufmerksamkeitsmustern, die sich auf selbst wahrgenommene „hässliche“ Körperteile fixieren), im Gedächtnis (z. B. einer vermehrten Erinnerung kritischer körperbezogener Äußerungen) und in der Beurteilung körper- und essensbezogener Situationen (z. B. „Meine Kollegin hat mich auf meine neue Bluse angesprochen, weil ich darin fett aussehe“).

Kognitiv-behaviorale Modelle postulieren, dass solche kognitiven Verzerrungen zu **essstörungsbezogenem Verhalten** (z. B. die Vermeidung des eignen Spiegelbildes, restriktives Essen, Essanfälle) führen, die dann wiederum an der Aufrechterhaltung und Verstärkung dysfunktionaler Schemata beteiligt sind. Basierend auf lerntheoretischen Annahmen geht man bei der **BES** zudem davon aus, dass sich aufgrund wiederholter Essanfälle die **psychobiologische Reaktionsbereitschaft auf Nahrungsreize** verändert und Nahrungsmittel einen höheren appetitiven Wert erlangen. Dieser

Prozess kann die BES insofern aufrechterhalten, als bei der Konfrontation mit Nahrungsreizen anreizorientierte Reaktionen ausgelöst werden, die wiederum Essanfälle initiieren können (Tuschen-Caffier und Hilbert 2016).

Zusätzlich wird nach kognitiv-verhaltenstheoretischem Verständnis postuliert, dass auch **interpersonelle Faktoren** (die aktuelle Lebenssituation) und Schwierigkeiten in der Emotionsregulation (**Intoleranz gegenüber intensiven negativen Gefühlen und intensiver negativer Stimmung**) bzw. **Schwierigkeiten im Umgang mit Belastungen und Stress** eine entscheidende Rolle für die Aufrechterhaltung der Pathologie spielen können.

### MERKE

#### Aufrechterhaltende Faktoren von Essstörungen

- Essverhalten und Stellenwert von Figur und Gewicht für den eigenen Selbstwert
- Dysfunktionale Verarbeitung von Informationen (automatische, negative Gedanken und kognitive Verzerrungen)
- Defizite im Umgang mit (negativen) Gefühlen, Stress/Belastungen und interpersonellen Problemen

### 15.4.1 Empirische Evidenz für das kognitiv-behaviorale Erklärungsmodell

Kognitiv-behaviorale Erklärungsansätze betrachten eine **verzerrte Informationsverarbeitung** von essstörungsbezogenen Reizen als wichtigen aufrechterhaltenden Mechanismus für Essstörungen (Hilbert und Tuschen-Caffier 2010; Legenbauer und Vocks 2014). Hierfür gibt es relativ gute empirische Evidenz. So konnte z. B. in Bezug auf die Wahrnehmung des eigenen Körpers gezeigt werden, dass Patientinnen mit Essstörungen (AN, BN und BES) im Vergleich zu nichtklinischen Stichproben **dysfunktionale Aufmerksamkeitsmuster** bei der Betrachtung des eigenen Körpers aufweisen (z. B. Blechert et al. 2010; Svaldi et al. 2011; Tuschen-Caffier et al. 2015). Aktuelle Forschung konnte außerdem zeigen, dass Patientinnen mit AN im Vergleich zu Personen ohne Essstörungen dazu tendieren, zweideutige körperbezogene Reize **eher negativ zu interpretieren** (Brockmeyer et al. 2018). In Bezug auf essensbezogene Reize konnte zudem gezeigt werden, dass Patientinnen mit Essstörungen Nahrungsreize anders verarbeiten als nichtklinische Stichproben: Patientinnen mit BES zeigen z. B. einen stärkeren **Aufmerksamkeitsfokus auf Nahrungsreize** als Frauen mit Übergewicht ohne BES (Schmitz et al. 2015). Patientinnen mit AN scheinen im Vergleich zu gesunden Probandinnen dagegen beim Anblick von Nahrungsmitteln ein **Annäherungs-Vermeidungs-Muster** in der visuellen Aufmerksamkeit zu zeigen (Werthmann et al. 2019). Des Weiteren wurden Belege für den Zusammenhang von **Emotionsregulationsproblemen** und pathologischem Essverhalten gefunden: Mehrere Übersichtsarbeiten weisen darauf hin, dass Patientinnen mit Essstörungen im Unterschied zu gesunden Probandinnen Schwierigkeiten in der Emotionsregulation aufweisen und diese im Zusammenhang mit einer erhöhten Essstörungspathologie stehen (Brockmeyer et al. 2014). Forschungsergebnisse zeigen u. a.,

dass eine **negative Stimmung** bei Patientinnen mit AN und BN zu einer stärkeren Körperunzufriedenheit und zu einem größeren Aufmerksamkeitsfokus auf selbst wahrgenommene „hässliche“ Körperstellen führt (Naumann et al. 2019; Svaldi et al. 2016). **Grübeln** als maladaptive Emotionsregulationsstrategie, die mit negativer Stimmung assoziiert ist, kann bei Patientinnen mit AN mit einem gesteigerten Bedürfnis nach Essensrestriktion und bei Patientinnen mit BN mit einem gesteigerten Bedürfnis nach Nahrungsaufnahme einhergehen (Naumann et al. 2015b). Zudem konnte gezeigt werden, dass Grübeln bei Patientinnen mit BES einem Essanfall vorangeht (Svaldi et al. 2019b). Eine Metaanalyse liefert darüber hinaus Hinweise, dass intensive Gefühle, unabhängig von der Valenz (positiv/negativ), insbesondere bei der BES mit einem erhöhten Nahrungskonsum einhergehen (Cardi et al. 2015).

Der postulierte Zusammenhang von **niedrigem Selbstwert** und **Körperunzufriedenheit** konnte in ersten experimentellen Studien an Frauen mit hoher Körperunzufriedenheit und an Frauen mit BES nachgewiesen werden (Naumann et al. 2015a; Svaldi et al. 2012). Bei Patientinnen mit AN scheint ein Zusammenhang zwischen niedrigem Körpergewicht und erhöhtem Selbstwert zu bestehen, was darauf hindeuten könnte, dass Patientinnen mit AN ihren Selbstwert über den Gewichtsverlust definieren (Brockmeyer et al. 2013).

Wenngleich erste Studien Hinweise für eine Beteiligung der beschriebenen Mechanismen liefern, basieren die Schlussfolgerungen auf insgesamt wenigen experimentellen Studien. Weitere Mechanismenforschung, vor allem im Bereich der AN, ist daher notwendig, um bestehende Interventionen hinsichtlich ihrer Wirksamkeit zu verbessern, indem sie passgenauer auf die identifizierten Mechanismen ausgerichtet werden.

## 15.5 Wissenschaftlich fundierte Behandlung

Aufgrund von zahlreichen empirischen Befunden, Übersichtsarbeiten und der aktuellen S3-Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen soll Psychotherapie im ambulanten Setting die erste Wahl bei der Behandlung von BN und BES sein; zudem gilt Psychotherapie als Goldstandard der AN-Behandlung.<sup>6</sup> Ob die Therapie stationär oder ambulant erfolgen soll, hängt vom Gewicht, vom körperlichen Allgemeinzustand sowie vom Schweregrad der allgemeinen Esspathologie und der komorbiden Störungen ab (AWMF 2019; Grenon et al. 2019; Hilbert et al. 2019; Svaldi et al. 2019a; Zeeck et al. 2018).

Dabei erzielt **kognitive Verhaltenstherapie (KVT)**, für die nach aktuellem Forschungsstand die meisten methodisch hochwertigen Studien vorliegen, insbesondere bei der Behandlung der BN und der BES **moderate bis starke Effekte** hinsichtlich der Abstinenz von Essanfällen und unangemessenem kompensatorischem Verhalten

sowie der Reduktion in der allgemeinen Esspathologie. Bei der BN erzielt die KVT Remissionsraten von rund 40% (Svaldi et al. 2019a). Die KVT gilt daher nach der aktuellen S3-Leitlinie „Diagnostik und Therapie der Essstörungen“ als Erstlinientherapie für die BN („Sollte“-Empfehlung) und die BES („Soll“-Empfehlung).

Auch für andere Behandlungsansätze als die KVT liegen erste Hinweise für ihre Wirksamkeit bei Essstörungen vor. So belegen Metaanalysen, dass die Interpersonelle Therapie (IPT) zur Behandlung der BN und BES ähnlich wirksam ist wie KVT (Hilbert et al. 2019; Svaldi et al. 2019a). In der S3-Leitlinie wird die IPT daher als alternative Behandlungsform für die BES („Kann“-Empfehlung) und die BN („Sollte“-Empfehlung) empfohlen; mit Blick auf die Versorgungsrealität verweist die S3-Leitlinie aber auch darauf, dass die IPT derzeit nicht als Richtlinienverfahren für die Behandlung psychischer Störungen anerkannt ist. Laut S3-Leitlinie kann neben KVT und IPT aber auch tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie für die Behandlung der BN (z. B. Stefani et al. 2017) angeboten bzw. für die Behandlung der BES erwogen werden. Allerdings ist die Evidenzbasierung tiefenpsychologisch fundierter Psychotherapie bei BN und BES vor allem im Vergleich zur KVT, aber auch zur IPT deutlich geringer.

Insgesamt ist die empirische Befundlage für effektive Behandlungsansätze bei der AN im Vergleich zur BN und BES vor allem aufgrund der geringen Studienanzahl und der methodischen Schwächen einiger Studien eingeschränkt (Brockmeyer et al. 2017; Zeeck et al. 2018). Während bei **jugendlichen Patientinnen mit AN** immerhin **moderate Effekte** mit einer Psychotherapie erzielt wurden, sind die Behandlungseffekte bei Erwachsenen mit meist eher chronifizierten Formen der AN deutlich schwächer (Brockmeyer et al. 2017; Zeeck et al. 2018): Dabei war in aktuellen Metaanalysen der Effekt von Psychotherapie hinsichtlich der Gewichtszunahme bei Behandlungsende unabhängig von der Art der (psychotherapeutischen) Intervention im Vergleich zu „treatment as usual“ (TAU) oder „specialist supportive clinical management“ (SSC) eher gering. Zudem ließen sich keine Effekte von spezifischen psychotherapeutischen Ansätzen (vs. TAU) auf psychologische Symptome der AN nachweisen (Murray et al. 2019; Zeeck et al. 2018). Auch ist die Evidenz für Langzeiteffekte von spezifischen Therapieansätzen bei der AN begrenzt: So konnten in einer aktuellen Metaanalyse für spezifische Therapieverfahren im Vergleich zu TAU bzw. SSC keine Langzeiteffekte auf die Gewichtsstabilisierung bzw. psychologische Kernsymptome festgestellt werden (Murray et al. 2019). Nichtsdestotrotz sollte gemäß S3-Leitlinie Psychotherapie bei der AN die ambulante Behandlungsmethode der 1. Wahl und Baustein der (teil-)stationären Behandlung sein. Dabei haben sich familienbasierte (bei Kindern und Jugendlichen) und psychodynamische Ansätze (bei Erwachsenen) als wirksam und mit KVT vergleichbar erwiesen (Brockmeyer et al. 2017; Zipfel et al. 2013; Zeeck et al. 2018) („Sollte“-Empfehlung der S3-Leitlinie).

Die S3-Leitlinie resümiert, dass die konkrete therapeutische Arbeit an der Normalisierung des Körpergewichts (KKP-Empfehlung der S3-Leitlinie), an der Behandlungsmotivation und an der Ambivalenz gegenüber der Behandlung das Kernelement aller spezifischen Behandlungsansätze für AN darstellen soll (AWMF 2019) („Soll“-Empfehlung der S3-Leitlinie).

<sup>6</sup> Um die Empfehlung für bestimmte Behandlungsansätze auf Basis der wissenschaftlichen Evidenz kenntlich zu machen, unterscheidet die S3-Leitlinie in Anlehnung an das Evidenzgradsystem des Oxford Centre of Evidence Based Medicine (2001) zwischen vier Behandlungsempfehlungen: A („Soll“ – höchster Empfehlungsgrad), B („Sollte“), O („Kann“) und KKP („Klinischer Konsenspunkt“).

## MERKE

### Hinweise zur Evidenz der KVT bei Essstörungen

- Psychotherapie ist die Methode der Wahl für die Behandlung von Essstörungen.
- Kognitive Verhaltenstherapie weist für die Behandlung der BN und BES den höchsten Evidenzgrad auf.
- Psychotherapeutische Interventionen mit Fokus auf den essenziellen Therapiekomponenten der Gewichtsnormalisierung und des Ernährungsmanagements (KVT, familienbasierte Ansätze, fokale psychodynamische Therapie) erzielen geringe bis bestenfalls moderate Behandlungseffekte bei der AN. Dabei sind stärkere Behandlungseffekte bei Jugendlichen als bei Erwachsenen mit AN zu beobachten.

Die Rückfallquoten nach psychotherapeutischer Behandlung liegen zwischen 30 und 50 % für AN und BN, sind für BES mit 13–24 % jedoch geringer (Hilbert et al. 2012). Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass die Behandlung von Essstörungen bisher nur **moderate Remissionsraten** erreicht hat und daher großer **Forschungsbedarf zur Verbesserung bisheriger Behandlungsansätze** besteht. Dabei kann auch experimentelle Forschung, bei der einzelne Mechanismen kontrolliert manipuliert werden, wichtige **Einblicke in Wirkmechanismen** liefern und somit möglicherweise zu effektiveren, empirisch fundierten Behandlungsstrategien beitragen.

## 15.6 Behandlungsleitfaden

### PATIENTENINFO

#### Wie informiere ich Patientinnen und Angehörige über die Behandlung?

Abhängig von der spezifischen Essstörung sollte(n) die Patientin (und ihre Angehörigen) transparent über das Behandlungskonzept und die Remissionsraten informiert werden. Allem voran sollte, störungsübergreifend, erwähnt werden, dass aus klinischer Sicht ein therapeutischer Ansatz mit dem Fokus auf einer Normalisierung des Essverhaltens für den Behandlungserfolg unabdingbar ist, z. B.:

*„Bei der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung zeigt sich auf der Basis der Behandlungserfolge, dass der Ansatz der kognitiven Verhaltenstherapie gut geeignet ist, um Essverhalten zu normalisieren und zu einer Reduktion oder gar zum Verschwinden von [hier spezifische Symptome nennen] beizutragen. Bei der AN hat sich gezeigt, dass verschiedene Formen der Psychotherapie gleichermaßen hilfreich sein können, sofern sie die Gewichtsnormalisierung und eine Normalisierung des Essverhaltens als Behandlungsbausteine mit im Fokus haben.“*

Gleichzeitig sollte potenzieller Ambivalenz gegenüber der Behandlung mitfühlend, motivierend und entpathologisierend begegnet werden (s. dazu auch > Kap. 15.7.1), z. B.:

*„Ich kann mir gut vorstellen, dass Sie sich im Verlauf der Psychotherapie wünschen, dass Sie diese erst gar nicht begonnen hätten ... oder dass Sie sich über meine Anregungen zur Normalisierung des Essverhaltens ärgern. Das gehört dazu und ist ganz normal ... das würde mir auch so gehen.“*

Wichtig ist auch klarzustellen, dass die Behandlung in kleinen Schritten erfolgt und die Patientin selbst bestimmt, ob und in welchem Tempo sie zu Veränderungen bereit ist und dass die Therapeutin hierbei unterstützend sein kann, z. B.:

*„Wir haben ja bereits darüber gesprochen, dass es gut ist, wenn der Körper nicht so sehr in diesen Zustand der Mangelernährung kommt und damit die Essanfälle seltener werden. Dennoch wird das im Alltag nicht immer einfach für Sie sein, dieses Wissen einfach so umzusetzen und regelmäßige Mahlzeiten einzunehmen. Und das ist auch okay so. Letztlich entscheiden*

*Sie, wie schnell Sie das Problem mit dem Essen loswerden können und wollen ... Als Therapeutin werde ich Ihnen dabei helfen, Ihre Ziele zu erreichen, aber Sie entscheiden, wie schnell die Reise dorthin vorangeht ...“*

Die Grundlage kognitiv-verhaltenstherapeutischen Arbeitens bilden **individuelle Fallkonzeptionen** auf der Basis von Verhaltensanalysen vor dem Hintergrund störungstypischer Erklärungsmodelle. Anhand dieser werden gemeinsam mit den Patientinnen konkrete, kleinschrittige **Therapieziele** entwickelt (> Kap. 15.6.1). Typische Behandlungsbausteine der KVT bei Essstörungen sind die **Ernährungstherapie**, die **Körperbildtherapie** und die **Bearbeitung von Belastungssituationen, welche die Essstörung aufrechterhalten** (> Kap. 15.7).

Eingesetzt werden **Ernährungs- und Gedankenprotokolle, Verhaltensübungen (z. B. Expositionen gegenüber Figur und Gewicht), kognitive Interventionen und Hausaufgaben**, welche die selbstständige Umsetzung der Therapieziele erfahrbar machen und helfen, neue Handlungs- und Gedankenstrategien in den eigenen Alltag zu integrieren.

### 15.6.1 Therapieziele

Transdiagnostisch sind die folgenden Therapieziele für die Behandlung von Essstörungen sinnvoll und mit Blick auf die jeweilige Störung mehr oder weniger zwingend:

A) Die **Therapiemotivation** und **Ambivalenz** gegenüber der Therapie (z. B. hinsichtlich der Essenspläne und deren Einfluss auf das subjektive Idealgewicht) kann gerade zu Beginn der Therapie ein wichtiges Thema für Patientinnen mit Essstörungen sein. Daher ist es wichtig, die Therapiemotivation zu Therapiebeginn zu evaluieren. Dabei kann die Technik des **Motivational Interviewing** hilfreich sein (> Kap. 15.7.1).

B) Die Anleitung zur Umsetzung eines **geregelten, gesunden Essverhaltens** und die Bearbeitung von damit verbundenen Sorgen und Befürchtungen ist ein Kernelement der **Ernährungstherapie** bei Patientinnen mit Essstörung (> Kap. 15.7.2). Bei der AN ist die **Normalisierung des Essverhaltens** das essenzielle und aufgrund medizinischer Indikation häufig auch das dringendste initiale Therapieziel. Auch bei der BN und der BES ist die **Reduktion von Essanfällen** (BES) bzw. die Reduktion von Essanfällen und **kompensatorischem Verhalten** (BN) das primäre Therapieziel und daher ein wichtiger Therapiebaustein, der in der KVT frühzeitig im Behandlungsverlauf angegangen werden sollte. Im Rahmen der Ernährungstherapie wird die Umsetzung von gesundem Essverhalten mittels verhaltenstherapeutischer und kognitiver Techniken vermittelt. Hierbei sind **Nahrungsmittlexposition** und **kognitive Strategien** zum Umgang mit Heißhunger und essensbezogenen Sorgen wichtige Kernelemente. Weitere therapeutische Hilfsmittel sind z. B. die **Psychoedukation** zu gesundem Essverhalten sowie physiologischen und psychologischen Folgen von Mangelernährung (wozu auch übermäßiger Genuss ungesunder Lebensmittel zählt), **Ernährungsprotokolle** zur Selbstbeobachtung und **Essenspläne** zur Strukturierung von regelhaften Mahlzeiten.

C) Die Körperbildtherapie zur Bearbeitung des hohen **Stellenwerts von Figur und Gewicht** ist ebenfalls ein wichtiger Kernbestandteil der Therapie der AN und BN sowie bei vorhandener Indikation auch bei der BES (> Kap. 15.7.3):

- zum einen, da auf Basis des theoretischen Modells vermutet wird, dass **dysfunktionale Schemata** in Bezug auf den Stellenwert des eigenen Gewichts/der eigenen Figur der Essstörungspathologie zugrunde liegen;
- zum anderen, um (körperliche) Veränderungen, die aufgrund der Normalisierung des Essverhaltens auftreten können, aufzufangen und aushalten zu können und schlussendlich ein **besseres Körperbild** und möglicherweise einen damit verbundenen **besseren Selbstwert** zu fördern. Hierbei können sowohl **verhaltenstherapeutische Interventionen** (z. B. Körperexposition) als auch **kognitive Techniken** (z. B. Gedankenprotokolle) angewendet werden.

D) Der **Aufbau neuer hilfreicher Strategien** zum Umgang mit Stress, negativer Stimmung, maladaptivem Perfektionismus, geringem Selbstwert oder zur Verbesserung sozialer und interpersoneller Kompetenzen und funktionaler Strategien zur Emotionsregulation sollte mit dem Abbau des dysfunktionalen Essverhaltens und der Körperunzufriedenheit verbunden sein (> Kap. 15.7.4). Welche Strategien im individuellen Fall dabei besonders relevant sind, sollte auf der Basis einer eingehenden Verhaltensanalyse vorab und evtl. erneut im Verlauf der Therapie geklärt werden.

### MERKE

#### Bausteine bei der Behandlung von Essstörungen

- Diagnostik
- Erarbeitung des Störungsmodells und der Therapieziele
- Interventionen zur Therapiemotivation (z. B. Motivational Interviewing)
- Ernährungstherapie
- Therapie der Körperbildprobleme (z. B. Körperkonfrontation)
- Aufbau alternativer, hilfreicher Strategien (z. B. Umgang mit niedrigem Selbstwert, maladaptivem Perfektionismus, Bearbeitung von Belastungen)
- Rückfallprophylaxe

### 15.6.2 Therapiesetting

Essstörungen, insbesondere die BN und BES, können sehr gut ambulant behandelt werden. Eine stationäre Behandlung sollte nur erwogen werden, wenn die ambulante Therapie nicht ausreicht (z. B. aufgrund ausgeprägter somatischer oder psychischer Komorbidität; hoher Krankheitschwere, s. AWMF 2019). Bei der AN ist eine stationäre Behandlung bei gravierendem Untergewicht (BMI < 15 kg/m<sup>2</sup> bzw. bei Kindern und Jugendlichen unterhalb der dritten BMI-Altersperzentile), im Falle einer sehr schnellen Gewichtsreduktion (> 20 % über 6 Monate) oder einer – trotz ambulanter

Therapie – Gewichtsstagnation (über den Zeitraum von 3 Monaten) bzw. einer deutlichen (körperlichen oder psychischen) Verschlechterung indiziert (ausführliche Erläuterung in AWMF 2019).

Die KVT-Behandlung sieht im ambulanten Setting bei Patientinnen mit Essstörungen eine Kurzzeit- bzw. Langzeittherapie mit 16–30 Sitzungen vor (z. B. Fairburn 2008; Legenbauer und Vocks 2014; Tuschen-Caffier und Hilbert 2016). Teilweise wird die Relevanz eines **intensiven Therapieeinstiegs** hervorgehoben und betont, dass eine massierte Sitzungsabfolge (d. h. mit zwei Sitzungen/Woche in den ersten 4 Wochen) zur Therapiemotivation und zur Normalisierung des Essverhaltens und damit entscheidend zum Behandlungserfolg beitragen kann (Hilbert et al. 2015). Die Behandlung der Essstörung kann sowohl im **Einzel-** als auch im **Gruppensetting** erfolgen (z. B. Grenon et al. 2019; Legenbauer und Vocks 2014).

### 15.6.3 Therapeutische Haltung

Da viele Patientinnen mit Essstörungen eine ambivalente Therapiemotivation haben, stellt der Umgang mit derartigen Ambivalenzen für die Therapeutin im gesamten Therapieprozess eine Herausforderung dar.

### MERKE

#### Therapeutenrolle und Umgang mit Ambivalenz

Die Therapeutin sollte immer wieder die Selbstverantwortung ihrer Patientin betonen, gleichzeitig aber auch empathisch und unterstützend sein und Expertenwissen einbringen (z. B. „Ich kann mir vorstellen, dass es gar nicht einfach für Sie sein wird, das umzusetzen, was ich Ihnen vorhin über die Wichtigkeit eines regelmäßigen und ausgewogenen Essensstils erzählt habe. ... Vielleicht denken Sie ja auch, das will ich gar nicht umsetzen ... oder Sie haben vielleicht Zweifel, ob das bei Ihnen etwas bewirken kann ...“).

Die Therapeutin muss also mit ihrer Patientin die jeweiligen Vor- und Nachteile der Erkrankung herausarbeiten, um sie bei der eigenständigen Entscheidung für oder gegen Veränderung zu unterstützen. Die Gratwanderung zwischen Ermutigung für Veränderung einerseits und der Akzeptanz und Betonung der Selbstverantwortung der Patientin andererseits kann nur gelingen, wenn die Therapeutin auch im Wissen um die Effizienz bestimmter Interventionen offen und unparteiisch bespricht, welche Vorteile die Patientin hat, wenn sie *keine* Veränderung anstrebt. Im Vordergrund der Interaktion zwischen Therapeutin und Patientin steht dabei die Betonung der Selbstverantwortung und der Selbstbestimmtheit in Bezug auf die Geschwindigkeit der Veränderung. Gleichzeitig sind eine ständige Validierung und Bestärkung, auch von kleinen Behandlungserfolgen, essenziell für eine positive und motivierende Beziehung.

Eine Ausnahme stellen akute körperliche und psychische Gefährdungssituationen dar, insbesondere da hier die Entscheidungsfähigkeit der Patientin eingeschränkt sein kann. In solchen Fällen ist eine Zwangsbehandlung zu erwägen (AWMF 2019).

## 15.7 Therapiebausteine

### 15.7.1 Therapiemotivation

Bei Patientinnen mit Essstörungen, insbesondere bei Patientinnen mit AN, liegt häufig eine **ambivalente Therapiemotivation** vor. Dies kann u. a. mit dem hohen Stellenwert eines schlanken Körperideals zusammenhängen, das nur schwer aufgegeben und durch die Veränderung des Essverhaltens in der Therapie potenziell nicht (mehr) erreicht werden kann. Hierfür eignet sich besonders die Technik des **Motivational Interviewing** (Rollnick und Miller 1995).

Es geht dabei nicht darum, dass die Therapeutin Überzeugungsarbeit leistet (> Kap. 15.6.3), sondern die Sichtweise der Patientin (z. B. Befürchtungen, dass die Therapie nicht hilft und sie „nur dick machen wird“) ernst nimmt. Die Therapeutin kann eine **Hilfestellung** anbieten, um Veränderungsmotivation zu stärken, indem sie gemeinsam mit der Patientin die Veränderungsmotivation bespricht und objektiv die **kurz- und langfristigen Konsequenzen** der Behandlung sowie der Essstörung evaluiert. Die Vermittlung eines **Rationalen** zum hintergründigen Verständnis der Therapie und der Verhaltensveränderung kann für die Veränderungsmotivation sehr wichtig sein. Dabei sollte vermittelt werden, dass die Therapie eine Chance darstellt, die Essstörung mit ihren vielen negativen somatischen, sozialen und emotionalen Folgen hinter sich zu lassen und sich selbst mit einem weniger strengen und liebevolleren Blick zu begegnen. Gleichzeitig sollte auf wertschätzende und ressourcenaktivierende Weise besprochen werden, dass die Therapie herausfordernd sein kann und die **innere Bereitschaft** zur Veränderung daher wichtig ist.

Des Weiteren können **Gedankenexperimente** hilfreich sein, in denen z. B. die **kurz- und langfristigen Folgen einer ausgewogenen Ernährung** bzw. eines pathologischen Essverhaltens durchgespielt werden, um damit alle potenziellen Konsequenzen bewusst zu machen. Ähnliche Gedankenexperimente können auch angewendet werden, um mit der **Sorge über eine etwaige Gewichtszunahme** durch die Umsetzungen eines regulären und ausgewogenen Essverhaltens umzugehen. Dabei ist es wichtig, dass die Therapeutin eine unvoreingenommene, forschende Haltung einnimmt und keineswegs versucht, die Ziele der Patientin (z. B. eine dünne Figur zu haben) konkret infrage zu stellen. Das Ziel ist vielmehr, die Konsequenzen von Diätzielen und pathologischem Essverhalten durch gemeinsame Exploration mit der Patientin abzuschätzen.

### 15.7.2 Ernährungstherapie

Im **ambulanten Setting** ist es insbesondere bei **Patientinnen mit AN** wichtig, zum einen ihre intrinsische Motivation für die Behandlung zu fördern und gleichzeitig klare Regeln für die Behandlung (Definition der wöchentlichen Gewichtszunahmen, Abbruchkriterien für die ambulante Therapie und Kriterien für eine stationäre Aufnahme, z. B. rapider Gewichtsverlust, Stagnation bzgl. der Gewichtszunahme) zu vereinbaren. Hierfür eignen sich u. a. Gewichtsverträge. Im ambulanten Setting sollte eine Gewichtszunahme von rund 200–500 g/Woche angestrebt werden, wobei diese

Zielsetzung im individuellen Fall flexibel gehandhabt werden kann (AWMF 2019).

Im **stationären Setting** hat insbesondere bei stark untergewichtigen Patientinnen eine schnelle Gewichtszunahme Priorität. Daher wird hier eine Gewichtszunahme von rund 500–1.000 g/Woche bei Patientinnen mit AN angestrebt (AWMF 2019). Im Verlauf der Behandlung und mit Annäherung an die untere Grenze des Normalgewichts sollte sich der therapeutische Fokus verstärkt auf eine **wachsende Eigenverantwortung** und **Motivation** der Patientinnen zur langfristigen Gewichtsnormalisierung richten.

### Psychoedukation

Das wichtigste Ziel der Psychoedukation ist, die Patientinnen über eine **ausgewogene und regelmäßige Ernährung** zu informieren (z. B. adäquate Nährstoffzusammensetzung, Menge und sinnvolle zeitliche Verteilung von Mahlzeiten). Psychische und gesundheitliche Folgen einer **langfristigen Mangelernährung** bzw. durch den regelmäßigen Einsatz **kompensatorischer Maßnahmen** wie Laxanzien oder selbstinduziertem Erbrechen (> Kap. 15.1.2 oder z. B. auch die Informationsbroschüre über körperliche Folgen der Mangelernährung in Tuschen-Caffier und Florin 2012) sollten ebenfalls besprochen werden.

Die Aufgabe der Therapeutin ist es, die **Vorbehalte und Ängste** ihrer Patientinnen bzgl. eines normalisierten Essverhaltens wahrzunehmen (z. B. Angst vor Gewichtszunahme oder Kontrollverlust) und empirisch basierte Informationen zu **Vorteilen** (langfristig ein Leben ohne Essattacken und ohne ernährungsbezogene Folgeschäden) und **Nachteilen** (etwaige Gewichtszunahme) einer ausgewogenen Ernährung mit ihnen zu erarbeiten. Gerade bei Patientinnen, die häufig Diäten durchführen, kann es sinnvoll sein, zu veranschaulichen, dass durch **Diäten** das Risiko von Heißhungerattacken und einer stetigen Gewichtszunahme steigt (z. B. Lowe et al. 2013), z. B. anhand einer individuellen Gewichtsverlaufskurve (Legenbauer und Vocks 2014). Besonders bei der BN und der BES ist zudem darauf hinzuweisen, dass längere Fastenperioden nicht nur emotional belastend sind, sondern aufgrund des rapide sinkenden Glukosespiegels eine Essattacke geradezu heraufbeschwören.

### Ernährungsprotokoll und Essenspläne

Wichtige Hilfsmittel als **Grundlage für weitere kognitive und verhaltenstherapeutische Interventionen**, die zur Normalisierung des Essverhaltens anleiten (z. B. zur Reduktion von Essanfällen), sind **Selbstbeobachtungsprotokolle** (z. B. Ernährungsprotokoll, Svaldi und Tuschen-Caffier 2018; Tuschen-Caffier und Florin 2012; Tuschen-Caffier und Hilbert 2016) und **strukturierte Essenspläne**:

- **Ernährungsprotokoll:** Das Ernährungsprotokoll dient der „Echtzeit“-Selbstbeobachtung. Dabei werden die Patientinnen angehalten, ihr Essverhalten und damit einhergehende Gedanken, Impulse sowie den jeweiligen Kontext (als potenziellen situationellen Auslöser) so schnell wie möglich (idealerweise im Moment der Nahrungsaufnahme) zu notieren. Die Patientinnen

können durch die Selbstbeobachtung lernen, **achtsam mit den Essstörungsimpulsen umzugehen**, im Moment zu bleiben und somit automatisiertes Verhalten sichtbar, erfahrbar und tendenziell lenkbar zu machen. Gleichzeitig, können mögliche „Trigger“ (Gedanken, Gefühle, Situationen) für problematisches Essverhalten identifiziert und aufgegriffen werden, indem wirkungsvolle Gegenstrategien erarbeitet werden (vgl. Nahrungsmittelexposition bzw. kognitive Techniken). Um eine **zuverlässige und aussagekräftige Protokollierung** zu erreichen, ist es entscheidend, dass das Protokoll jede Sitzung gemeinsam ausführlich nachbesprochen wird.

- **Strukturierte Essenspläne:** Essenspläne sollen helfen, eine geregelte Mahlzeitenstruktur umzusetzen. Ein typischer Essensplan beinhaltet **3 Hauptmahlzeiten** und **2–3 Zwischenmahlzeiten**. Idealerweise sollten die Patientinnen die Zusammensetzung der Mahlzeiten selbst nach situativen und Genussaspekten bestimmen, wobei ausgewogene Ernährungsrichtlinien (z. B. Deutsche Gesellschaft für Ernährung, [www.dge.de](http://www.dge.de)) angestrebt werden sollten. Der Plan sollte so gestaltet sein, dass seine **Durchführbarkeit** für die Patientinnen bestmöglich gewährleistet ist (z. B. Anpassung der Essenszeiten an den Alltag der Patientinnen). Wichtig vor der Einführung des Essensplans ist, den Patientinnen das **Rational** zu vermitteln: So ist regelmäßiges Essen, das durch den strukturierten Essensplan erreicht werden soll, von hoher Bedeutung für den Behandlungserfolg. Damit werden folgende wichtige Ziele erreicht:

1. **Regelmäßiges Essen verhindert Heißhungerattacken** (bei BN und BES) bzw. führt den Konsum von „verbotenen“ Nahrungsmitteln ein, deren Portionsgröße im Verlauf der Therapie in kleinen Schritten erhöht werden kann (bei AN). Zudem strukturiert der Essensplan den Tagesablauf der Patientinnen und führt zur Wiederherstellung einer normalisierten Mahlzeiteneinnahme.
2. Insbesondere im Rahmen von restriktivem Essverhalten (restriktive BN und AN) dienen Essenspläne auch dem **Abbau essensbezogener dysfunktionaler Kognitionen und essensbezogener Ängste**.

Grundsätzlich ist die Ernährungstherapie bei AN- und BN-Patientinnen mit restriktivem Essverhalten an sich schon eine konstante Expositionsübung; trotzdem kann es sinnvoll sein, die Effekte durch **gezielte Expositionsübungen** (z. B. bei spezifischen, angstbesetzten oder stark vermiedenen Situationen) durchzuführen, um normales Essverhalten gezielt zu trainieren und Vermeidungsverhalten (z. B. Vermeidung von hochkalorischen oder „verbotenen“ Lebensmitteln wie Pizza) abzubauen. Hierbei zeigt eine Reihe von Studien, dass eine **wiederholte Exposition** bei starken Angst- oder Vermeidungsreaktionen auf (hochkalorisches) Essen bei Patientinnen mit AN sehr hilfreich sein kann (Cardi et al. 2019; Glasofer et al. 2016; Steinglass et al. 2014). Vor der Durchführung sollte zunächst eine detaillierte **Angsthierarchie** erarbeitet werden, wobei es darum geht, gezielt essensbezogene irrationale Kognitionen und Sicherheitsverhaltensweisen (z. B. irrationale Ängste, „sofort adipös zu werden“ oder „komplett die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren“; exzessiver Sport nach dem Essen, um den Kalorienkonsum – vermeintlich – auszugleichen) oder ritualisierte Verhaltens-

weisen während des Essens selbst zu identifizieren (Koskina et al. 2013; Murray et al. 2016). Wichtig ist deshalb, dass vorab das **Rational**, der **genaue Inhalt** der Angstreaktion, dysfunktionale Kognitionen und potenzielles **Vermeidungsverhalten** detailliert besprochen wurden, sodass eine **optimale Passung in der Exposition** möglich ist (Murray et al. 2016). Anschließend werden die Patientinnen im Verlauf mehrerer Sitzungen ausgehend von der niedrigsten, d. h. „machbarsten“, bis zur höchsten Hierarchiestufe mit ihren Ängsten hinsichtlich des Nahrungsmittelkonsums konfrontiert. Das kann z. B. Schritt für Schritt den zunehmenden Konsum von hochkalorischen Nahrungsmitteln beinhalten, während gleichzeitig Vermeidungsverhalten abgebaut oder verhindert wird (z. B. Verhinderung von ritualisierten Essabläufen: Patientin isst ein Brötchen, ohne es vorher in kleine Portionen zu zerschneiden).

Zudem kann eine (frühzeitige) Integration von „**verbotenen**“ **Nahrungsmitteln** in den Ernährungsplan zunächst in kleinen Mengen sinnvoll sein, um die Erfahrungen mit verbotenen Nahrungsmitteln zu normalisieren und neue Lehrerfahrungen damit auch im Alltag zu fördern.

Ein sog. **Genustraining**, bei dem langsames, genussvolles Essen eingeübt wird, kann in diesem Sinn ebenfalls hilfreich sein. **Gemeinsames Kochen und Essen** (Essbegleitung) kann als verhaltensbezogene Intervention i. S. einer Exposition, aber auch zur Reduktion von Vermeidungsverhalten und Förderung von Selbstregulationsfähigkeiten und Selbstwirksamkeit eingesetzt werden (z. B. Svaldi und Tuschen-Caffier 2018).

## Nahrungsmittelexposition mit Reaktionsverhinderung

Bei starkem Heißhunger und daraus resultierenden Essanfällen (BES und BN) ist die wiederholte **Nahrungsmittelexposition** mit „verbotenen“ Nahrungsmitteln und schwierigen (Essens-)Situationen (z. B. negative Emotionen oder Stress) sinnvoll (Hilbert und Tuschen-Caffier 2010; Jansen 1998; Schyns et al. 2018). Eine gute **Vorbereitung des Rationals** der Exposition ist entscheidend für die erfolgreiche Durchführung (Jansen et al. 2016a; Tuschen-Caffier und Hilbert 2016). Die Exposition bei Heißhunger (BES und BN) hat das **Ziel** zu lernen, Heißhungerattacken bzw. schwierige, emotional belastende Situationen auszuhalten und **keinen Essanfall zu erleiden**. Entsprechend bezieht sich hier die Reaktionsverhinderung auf den Essanfall.

Für die Exposition ist es wichtig, dass vorab die **Auslöser** (z. B. bestimmte Emotionen oder Nahrungsmittel), die zu Heißhunger (und Essanfällen) führen, identifiziert wurden (z. B. mithilfe eines Ernährungs- oder Essanfallstagebuchs). Diese Auslöser (z. B. Prüfungsangst führt zu Heißhungerattacken und Essanfällen) sollen in der Exposition eingesetzt werden, damit die Patientin neue Lernerfahrungen machen kann (z. B. Stress aushalten, ohne einen Essanfall zu erleiden).

Um bei einer **Nahrungsmittelexposition für den Umgang mit Heißhunger** starken Heißhunger auszulösen, wird die Patientin mit einem oder mehreren Nahrungsmitteln, die typischerweise Heißhunger bei ihr auslösen, konfrontiert und angehalten, diese

so intensiv wie möglich wahrzunehmen (z. B. durch wiederholtes Anfassen, Beschreiben, Riechen und Schmecken). Voraussetzung für die Durchführung der Exposition ist eine ausreichende Sättigung. Kontraindiziert ist die Nahrungsmittelexposition mit Reaktionsverhinderung für Patientinnen mit AN. Für BN-Patientinnen ist die Nahrungsmittelexposition kontraindiziert, wenn sie sich nach wie vor restriktiv ernähren.

Wenn Heißhungerattacken oder Essanfälle im Zusammenhang mit negativen Emotionen oder Stress auftreten, kann diese Nahrungsmittelexposition mit einer entsprechenden negativen Stimmungs- oder Stressinduktion kombiniert werden. Im Verlauf der Exposition fragt die Therapeutin wiederholt die **Intensität** des Heißhungers ab. Die Exposition wird beendet, wenn eine deutliche, für die Patientin klar wahrnehmbare Reduktion des Heißhungers stattgefunden hat und sie die Erfahrung gemacht hat, dass sich der Heißhunger auch ohne Essen (oder einen Essanfall) reduziert (Schyns et al. 2018; Svaldi und Tuschen-Caffier 2018).

#### TIPP

Da die Konfrontation vermutlich nur wirksam ist, wenn tatsächlich eine deutliche Reduktion des Heißhungers erfahren wird, ist es wichtig, genug Zeit (und ggf. eine Doppelstunde) für die Exposition einzuplanen.

Das Expositionsverfahren kann **stufenweise** oder **massiert** aufgebaut sein und sollte in mehreren Sitzungen wiederholt bzw. nach einigen Sitzungen potenziell auch (zusätzlich) als Hausaufgabe eingesetzt werden. Neben **Habituationseffekten** ist ein Fokus auf **Erwartungsverletzungen, Steigerung der Selbstkontrolle und Selbstwirksamkeit** (z. B. Fähigkeit der Patientin, trotz Heißhunger Kontrolle über ihr Essverhalten zu bewahren) sinnvoll und hilfreich (Schyns et al. 2018). **Je häufiger und abwechslungsreicher** (d. h. mit einer Vielzahl von Kontexten, Situationen und Reizen) die Exposition geübt wird – so die Annahme i. S. der Lerntheorie –, desto größer und weitreichender gelingt auch die **Generalisierung** und damit der **Behandlungserfolg** (Jansen et al. 2016a).

### Kognitive Techniken

Im Zusammenspiel mit verhaltensorientierten Interventionen können während des Essens (vor allem auch beim gemeinsamen Essen) oder der Nahrungsmittelexposition **kognitive** (z. B. positive Selbstverbalisierung oder Verbalisierung von hilfreichen gesundheits- oder genussorientierten Kognitionen) und **achtsamkeitsbasierte** Übungen (achtsames Essen; Seguias und Tapper 2018) durchgeführt und von den Patientinnen selbstständig geübt werden, um die Wahrnehmung von Hunger und Sättigung und die Selbstregulation zu fördern. Gleichzeitig können mit den Patientinnen, insbesondere bei der BN und BES, **Strategien zum Umgang mit Heißhunger** erarbeitet werden. Zur Identifizierung und Analyse der Auslösesituationen kann es nützlich sein, das Ernährungsprotokoll bzw. ein „**Essanfalltagebuch**“ heranzuziehen. Eine Verhaltensanalyse nach dem **SORK-Schema** (Situation, Organismus, Reaktion und Konsequenz) kann helfen, individuelle Muster und (automatisierte) Abläufe sichtbar und verständlich zu machen, um so **alternative**

**Strategien** für den Umgang mit solchen Situationen zu erarbeiten, z. B. das achtsamkeitsbasierte „**Craving-Surfing**“, bei dem Patientinnen Heißhungerattacken aushalten (wie auf Wellen surfend) und schriftlich ihre Empfindungen festhalten, sowie die **Stimuluskontrolle**, bei der die Patientin die essensbezogene Umgebung (z. B. die Küche) verlässt und sich ablenkt (z. B. durch einen Spaziergang).

#### MERKE

##### Kernelemente der Ernährungstherapie

- Psychoedukation über Ernährung und Folgeschäden von Essstörungen
- Selbstbeobachtung und strukturierte Essenspläne
- Verhaltensübungen (allen voran Nahrungsmittelexposition mit Reaktionsverhinderung)
- Kognitive Techniken (z. B. positive Selbstverbalisierung)

### 15.7.3 Körperbildtherapie

Da Sorgen um Gewicht und Figur eine wichtige Rolle für die Entstehung und Aufrechterhaltung aller Essstörungen spielen, ist die Behandlung der Körperunzufriedenheit ein **zentraler Therapiebaustein**, wobei allen voran **Körperexposition** und **kognitive Techniken** eingesetzt werden.

**Gemeinsames regelmäßiges Wiegen** sollte als frühe Intervention hinsichtlich des Gewichts und Körperbildes und im Zusammenhang mit der Normalisierung des Essverhaltens **frühzeitig** in der Therapie eingeführt werden. Ziel ist einerseits **Psychoedukation** über (kleine) Gewichtsschwankungen und Gewichtsveränderungen. Andererseits erhalten die Patientinnen dadurch während der Ernährungsumstellung **akkurate (und objektive) Daten zu ihren Gewichtsveränderungen**. Darüber hinaus kann dadurch **exzessives Kontrollverhalten oder Vermeidung** hinsichtlich des Gewichts unterbunden werden, was möglicherweise den bedeutendsten Nutzen des gemeinsamen Wiegens darstellt. Wichtig ist hier, dass die Patientinnen angehalten werden, sich wirklich nur in den Therapie-sitzungen, nicht aber außerhalb der Therapie zu wiegen (Waller und Mountford 2015).

### Körperexposition

Verhaltensbasierte Techniken beruhen vor allem auf der **Körperexposition (Spiegelübung)**<sup>7</sup>, deren Wirksamkeit mittlerweile relativ gut belegt ist (Griffen et al. 2018; Vocks et al. 2018; Ziser et al. 2018). Ziel ist es hierbei, sich dem **negativen Körperbild** möglichst umfassend zu stellen, **Vermeidung** und **dysfunktionale Aufmerksamkeitsprozesse** zu verringern, **negative Gefühle** bzgl. des eigenen Körpers zu aktivieren und aushalten zu lernen. Gleichzeitig geht es darum, potenziell positive Aspekte am eigenen Körper zu entdecken, schließlich die **Akzeptanz** des eigenen Körpers zu fördern und damit die Körperunzufriedenheit sowie den Stellenwert einer idealen Figur zu verringern.

<sup>7</sup> Die Verwendung des Begriffs „**Spiegelübung**“ kann die Exposition für die Patientinnen annehmbarer machen.

Das **Rational** für die Körperexposition sollte vorab gut erarbeitet werden (beispielhafte Einführung z. B. in Svaldi und Tuschen-Caffier 2018; Tuschen-Caffier und Hilbert 2016). Die Körperexposition wird idealerweise mit einem Ganzkörperspiegel durchgeführt, wobei die Therapeutin außerhalb des Blickfelds der Patientin steht. Die Patientin wird instruiert, ihren Körper systematisch (z. B. von Kopf bis Fuß) im Spiegel zu betrachten und zu beschreiben. Grundsätzlich zeigt die Forschung, dass sogar schon die wiederholte Exposition im Spiegelbild ohne weitere Anleitung zu einer signifikanten Reduktion der Körperunzufriedenheit führen kann (Díaz-Ferrer et al. 2015).

Bei einer **geleiteten Exposition** sollte die Patientin von der Therapeutin zu einer detaillierten Beschreibung derjenigen Körperteile angeregt werden, die von der Patientin negativ bewertet werden (Tuschen-Caffier und Florin 2012). Dabei ist es wichtig und zudem zielführend, dass die Patientin negative Gefühle bei der Betrachtung äußern darf. Die Körperexposition sollte im Therapieverlauf wiederholt erfolgen und kann zusätzlich auch als **Hausaufgabe** durchgeführt werden. Als Variation kann man auch nur auf **negative** oder nur auf **positive Körperteile** fokussieren (Jansen et al. 2016b; Vocks et al. 2018) oder spielerisch mit Körperhaltung, Kleidung und Ausdruck experimentieren.

Die Körperexposition kann im Einzelsetting oder auch in der Gruppe durchgeführt werden (Vocks et al. 2018).

## Kognitive Techniken

Kognitive Techniken haben zum Ziel, die selbstständige **kognitive Umstrukturierung** negativer körperbezogener Grundgedanken und Denkfehler zu erlernen und durch regelmäßige Anwendung **schnellen Zugriff auf alternative hilfreiche Gedanken** zum eigenen Körperbild zu erlangen. **Typische Grundannahmen** (z. B. „Mein Wert als Mensch hängt von meinem Gewicht ab“), automatische körperbezogene Gedanken und Denkfehler werden z. B. mithilfe eines **Gedanken-/Gefühlstagebuchs** erfasst (Beschreibung z. B. in Hilbert und Tuschen-Caffier 2010). Anhand der automatischen Gedanken können Grundannahmen weiter exploriert und anschließend mit verschiedenen kognitiven Techniken (z. B. **sokratischer Dialog**) bearbeitet werden. Um die Modifikation der automatischen Gedanken und die Generierung realistischer **Alternativgedanken** in den Alltag zu übertragen, kann es hilfreich sein, ein entsprechendes „**Gedankenprotokoll**“ zu führen. Dabei übt die Patientin, negative körperbezogene Grundgedanken und Denkfehler selbst infrage zu stellen, anschließend **realistische, hilfreichere Gedanken** zu formulieren und dadurch, insbesondere in Situationen, in denen ein negatives Körperbildschema aktiviert wird und negative automatische Grundgedanken getriggert werden, schneller adaptivere Gedanken abrufen zu können.

### MERKE

#### Kernelemente der Körperbildtherapie

- **Körperexposition** (Spiegelübung) und spielerische Varianten (Kleidung und Make-up, Haltung, statisches/dynamisches Körperbild)

- **Kognitive Umstrukturierung** negativer körperbezogener Grundgedanken und Denkfehler und **Erarbeitung von alternativen, hilfreichen Gedanken** zum eigenen Körperbild

## 15.7.4 Weitere Behandlungsschwerpunkte

Neben den beschriebenen Hauptbestandteilen der KVT-basierten Essstörungstherapie sollte, je nach individuellem Fall, an weiteren zur Essstörungsproblematik beitragenden Faktoren therapeutisch gearbeitet werden (z. B. Umgang mit Belastungssituationen, maladaptiver Perfektionismus, niedriger Selbstwert, interpersonelle Schwierigkeiten):

- **Stress** bzw. **Umgang mit Belastungssituationen und Umgang mit negativen Gefühlen** spielen häufig eine wichtige Rolle für die Aufrechterhaltung von Essstörungen und kann daher auch ein zentraler weiterer Behandlungsschwerpunkt sein (Hilbert und Tuschen-Caffier 2010; Tuschen-Caffier und Hilbert 2016). Dabei ist es wichtig, den Zusammenhang zwischen Stress, Umgang mit Belastungssituationen und negativen Gefühlen einerseits und Essverhalten andererseits zu beleuchten (z. B. im Rahmen einer Verhaltensanalyse). Anschließend geht es darum, dysfunktionale Verhaltensweisen und Strategien zu identifizieren, funktionale Verhaltensweisen zu erlernen und alte Verhaltensweisen (z. B. Essen in Stresssituationen) abzubauen. Eine Variante der Nahrungsmittelexposition sieht vor, die Patientin zeitgleich mit einer spezifischen Belastungssituation *und* Essen zu konfrontieren, um eine Bewältigung (i. S. einer Reduktion) des Heißhungers unter Stress erfahrbar zu machen (s. auch „Nahrungsmittelexposition“ in > Kap. 15.7.2 sowie Svaldi und Tuschen-Caffier 2018). Das konkrete Erlernen und Umsetzen adaptiver Fertigkeiten im Umgang mit Stress und Belastungen sollte trainiert und in gezielten Verhaltensexperimenten erprobt werden. Hierbei können entsprechende Module des Fertigkeitentrainings zum Thema „Emotionsregulation“ und „Stressmanagement“ aus dem Manual Dialektisch-Behaviorale Therapie (DBT) (Safer et al. 2017; Sipos et al. 2011) oder auch der transdiagnostische Ansatz des Trainings Emotionaler Kompetenzen (TEK; Berking 2008) hilfreich sein.
- In Bezug auf **klinischen Perfektionismus** sollten die Bedeutung und die Konsequenzen von Perfektionismus und die Ziele und Werte, die dem Perfektionismus zugrunde liegen, herausgearbeitet werden (Shafran et al. 2017). Anschließend können perfektionistische automatische Gedanken und Denkfehler (z. B. „Doppelmoral“ in Bezug auf Ansprüche an sich selbst und andere) identifiziert und umstrukturiert werden.
- Bei niedrigem **Selbstwert** kann gemeinsam erarbeitet werden, wie Grundgedanken, die mit dem geringen Selbstwert verbunden sind, den eigenen Zielen und Bedürfnissen im Wege stehen. Des Weiteren sollte erprobt werden, wie kognitive Verzerrungen im Hinblick auf den eigenen Selbstwert (z. B. die eigenen positiven Qualitäten herunterspielen) identifiziert und modifiziert werden können (Fairburn et al. 2008; Naumann et al. 2015a). Dabei können sowohl Techniken der kognitiven Umstrukturierung als auch Verhaltensexperimente hilfreich sein. Außerdem kann der Auf-

bau positiver Aktivitäten und alternativer Lebensziele, die nichts mit der Essstörungsproblematik zu tun haben, dazu beitragen, dass neue Quellen für den eigenen Selbstwert entdeckt werden.

- **Interpersonelle Schwierigkeiten** können gezielt mit einem Training sozialer Kompetenzen (z. B. nach Hinsch und Pfingsten 2007) behandelt werden. Auch die Anwendung der IPT kann sinnvoll sein, insbesondere wenn interpersonelle Schwierigkeiten einen zentralen aufrechterhaltenden Faktor für die Essstörung darstellen (Hilbert und Brähler 2012).

## 15.8 Rückfallprophylaxe

Im Rahmen der Rückfallprophylaxe sollte die Patientin dafür sensibilisiert werden, dass immer wieder Herausforderungen bzgl. des eigenen Körpergefühls bzw. der Körperwahrnehmung und des eigenen Essverhaltens auftreten können, die wiederum einen Rückfall begünstigen können. Daher ist ein wichtiges Lernziel der Rückfallprophylaxe, herausfordernde Situationen und **Warnsignale**, die potenzielle Rückfälle begünstigen könnten, zu identifizieren. So kann z. B. anhand eines „Risikokalenders“ vorausschauend reflektiert werden, welche potenziell kritischen Situationen für die erste Zeit nach der Therapie anstehen. Gemeinsam sollte dann ein detaillierter Plan mit **individuellen Bewältigungsstrategien** für spezifische Hochrisikosituationen erstellt und (z. B. in Form eines „Drehbuchs“) festgehalten werden. Dabei sollte die **Selbstwirksamkeit** der Patientin (im Erkennen von und im Umgang mit Warnsignalen) maximal gestärkt werden. Zugleich sollte ein Rückfall nicht als ein Therapiefehlschlag interpretiert werden (**Rückschläge entpathologisieren**), sondern stattdessen mit der Patientin erarbeitet werden, dass ein Rückfall als Anlass gesehen werden kann, Bewältigungsstrategien anzuwenden und zu erproben.

### MERKE

#### Kernelemente der Rückfallprophylaxe

- Realistische Einschätzung des Rückfallrisikos
- Realistische Bewertung von Rückschlägen
- Schulung der Wahrnehmung von „Warnsignalen“ und des eigenen Essverhaltens
- Aktiver Einsatz von gelernten Strategien bei Herausforderungen

### LITERATUR

- APA – American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5<sup>th</sup> edn. Washington, DC: American Psychiatric Association Publishing 2013.
- Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders: A meta-analysis of 36 studies. *Arch Gen Psychiatry* 2011; 68(7): 724–731.
- AWMF – Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften. S3-Leitlinien: Diagnostik und Therapie der Essstörungen. Stand: 2019; [www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html](http://www.awmf.org/leitlinien/detail/II/051-026.html) (letzter Zugriff: 15.6.2020).
- Beesdo-Baum K, Zaudig M, Wittchen H-U. SCID-5 – Strukturiertes Klinisches Interview für DSM-5. Göttingen: Hogrefe 2019.
- Berkling M. Training emotionaler Kompetenzen: TEK – Schritt für Schritt. Heidelberg: Springer 2008.

- Blechert J, Ansorge U, Tuschen-Caffier B. A body-related dot-probe task reveals distinct attentional patterns for bulimia nervosa and anorexia nervosa. *J Abnorm Psychol* 2010; 119(3): 575–585.
- Brockmeyer T, grosse Holtforth M, Bents H, et al. The thinner the better: Self-esteem and low body weight in anorexia nervosa. *Clin Psychol Psychother* 2013; 5: 394–400.
- Brockmeyer T, Skunde M, Wu M, et al. Difficulties in emotion regulation across the spectrum of eating disorders. *Compr Psychiatry* 2014; 55(3): 565–571.
- Brockmeyer T, Friederich H-C, Schmidt U. Advances in the treatment of anorexia nervosa: A review of established and emerging interventions. *Psychol Med* 2017; 48(8): 1228–1256.
- Brockmeyer T, Anderle A, Schmidt H, et al. Body image related negative interpretation bias in anorexia nervosa. *Behav Res Ther* 2018; 104: 69–73
- Cardi V, Leppanen J, Treasure J. The effects of negative and positive mood induction on eating behaviour: A meta-analysis of laboratory studies in the healthy population and eating and weight disorders. *Neurosci Biobehav Rev* 2015; 57: 299–309.
- Cardi V, Leppanen J, Mataix-Cols D, et al. A case series to investigate food-related fear learning and extinction using in vivo food exposure in anorexia nervosa: A clinical application of the inhibitory learning framework. *Eur Eat Disord Rev* 2019; 27: 173–181.
- Díaz-Ferrer S, Rodríguez-Ruiz S, Ortega-Roldán B, et al. Testing the efficacy of pure versus guided mirror exposure in women with bulimia nervosa: A combination of neuroendocrine and psychological indices. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2015; 48: 1–8.
- Fairburn CG. **Cognitive Behavior Therapy and Eating Disorders. New York: Guilford Press 2008.**
- Falkai P, Wittchen H-U (Hrsg.). Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen DSM-5®. Göttingen: Hogrefe 2015.
- Fardouly J, Vartanian LR. Social media and body image concerns: Current research and future directions. *Curr Opin Psychol* 2016; 9: 1–5.
- Friederich H-C. Medizinische Komplikationen bei Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa. In: Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg.). *Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2. A. Berlin, Heidelberg: Springer 2015, S. 152–157.*
- Frost RO, Marten P, Lahart C, Rosenblate R. The dimensions of perfectionism. *Cogn Ther Res* 1990; 14: 449–468.
- Glasofer DR, Albano AM, Simpson HB, Steinglass JE. Overcoming fear of eating: A case study of a novel use of exposure and response prevention. *Psychotherapy* 2016; 23(2): 223–231.
- Goldschmidt AB, Wall MM, Zhang J, et al. Overeating and binge eating in emerging adulthood: 10-year stability and risk factors. *Dev Psychol* 2016; 52(3): 475–483.
- Grenon R, Carlucci S, Brugnera A, et al. Psychotherapy for eating disorders: A meta-analysis of direct comparisons. *Psychother Res* 2019; 29(7): 833–845.
- Griffen TC, Naumann E, Hildebrandt T. Mirror exposure therapy for body image disturbances and eating disorders: A review. *Clin Psychol Rev* 2018; 65: 163–174.
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B. **Essanfälle und Adipositas: Ein Manual zur kognitiv- behavioralen Therapie der Binge-Eating Störung. Göttingen: Hogrefe 2010.**
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B. *Eating Disorder Examination. Tübingen: dgvt 2016.*
- Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Karwautz A, et al. Eating Disorder Examination-Questionnaire: Evaluation der deutschsprachigen Übersetzung [Eating Disorder Examination-Questionnaire: psychometric properties of the German version]. *Diagnostica* 2007; 53(3): 144–154.
- Hilbert A, Bishop ME, Stein RI, et al. Long-term efficacy of psychological treatments for binge eating disorder. *Br J Psychiatry* 2012; 200(3): 232–237.
- Hilbert A, Pike K, Goldschmidt AB, et al. Risk factors across the eating disorders. *Psychiatry Res* 2014; 220(1–2): 500–506.

- Hilbert A, Hildebrandt T, Agras WS, et al. Rapid response in psychological treatments for binge eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2015; 83(3): 649–654.
- Hilbert A, Petroff D, Herpertz S, et al. Meta-analysis of the efficacy of psychological and medical treatments for binge-eating disorder. *J Consult Clin Psychol* 2019; 87(1): 91–105.
- Hinsch R, Pflingsten U. *Das Gruppentraining sozialer Kompetenzen GSK*. Weinheim: Beltz 2015.
- Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biol Psychiatry* 2007; 61(3): 348–358.
- Izadpanah S, Barnow S, Neubauer AB, Holl J. Development and validation of the Heidelberg Form for Emotion Regulation Strategies (HFERST): Factor structure, reliability, and validity. *Assessment* 2017; 26(5): 880–906.
- Jansen A. A learning model of binge eating: Cue reactivity and cue exposure. *Behav Res Ther* 1998; 36(3): 257–272.
- Jansen A, Schyns G, Bongers P, van den Akker K. From lab to clinic: extinction of cued cravings to reduce overeating. *Physiol Behav* 2016a; 162: 174–180.
- Jansen A, Voorwinde V, Hoebink Y, et al. Mirror exposure to increase body satisfaction: Should we guide the focus of attention towards positively or negatively evaluated body parts? *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2016b; 50: 90–96.
- Keel PK, Dorner DJ, Franko DL, et al. Postremission predictors of relapse in women with eating disorders. *Am J Psychiatry* 2005; 162(12): 2263–2268.
- Keski-Rahkonen A, Mustelin L. Epidemiology of eating disorders in Europe: Prevalence, incidence, comorbidity, course, consequences, and risk factors. *Curr Opin Psychiatry* 2016; 29(6): 340–345.
- Kessler RC, Berglund PA, Chiu WT, et al. The prevalence and correlates of binge eating disorder in the World Health Organization World Mental Health Surveys. *Biol Psychiatry* 2013; 73(9): 904–914.
- Kittel R, Brauhardt A, Hilbert A. Cognitive and emotional functioning in binge-eating disorder: A systematic review. *Int J Eat Disord* 2015; 48(6): 535–554.
- Legenbauer T, Vocks S. *Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie 2. A. Berlin, Heidelberg: Springer 2006, 2014.***
- Legenbauer T, Vocks S, Schütt-Strömel S. Validierung einer deutschsprachigen Version des Body Image Avoidance Questionnaire BIAQ. *Diagnostica* 2007; 53: 218–225.
- Lewer M, Bauer A, Hartmann AS, Vocks S. Different facets of body image disturbance in binge eating disorder: A review. *Nutrients* 2017; 9(12).
- Lowe MR, Doshi SD, Katterman SN, Feig EH. Dieting and restrained eating as prospective predictors of weight gain. *Front Psychol* 2013; 4: 577.
- Margraf J, Cwik J, Suppiger A, Schneider S. DIPS Open Access: Diagnostisches Interview bei psychischen Störungen. 2017; [www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/dips-interv/klipsy/dips/index.html](http://www.kli.psy.ruhr-uni-bochum.de/dips-interv/klipsy/dips/index.html) (letzter Zugriff: 15.6.2020).
- Munsch S, Herpertz S. Essstörungen bei Adipositas und Diabetes mellitus. *Nervenarzt* 2011; 82(9): 1125–1132.
- Murray SB, Quintana DS, Loeb KL, et al. Treatment outcomes for anorexia nervosa: A systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. *Psychol Med* 2019; 49(4): 535–544.
- Nagl M, Jacobi C, Paul M, et al. Prevalence, incidence, and natural course of anorexia and bulimia nervosa among adolescents and young adults. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 2016; 25(8): 903–918.
- Naumann E, Tuschen-Caffier B, Trentowska M, et al. The effects of a self-esteem manipulation on body dissatisfaction in binge eating disorder. *J Exp Psychopathol* 2015; 6(1): 28–39.
- Naumann E, Biehl S, Svaldi J. Eye-tracking study on the effects of happiness and sadness on body dissatisfaction and selective visual attention during mirror exposure in bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 2019; 52(8): 895–903.
- OCEBM Levels of Evidence Working Group, Durieux N, Pasleau F, Howick J. *The Oxford 2011 Levels of Evidence*. 2011
- Presnell K, Bearman SK, Stice E. Risk factors for body dissatisfaction in adolescent boys and girls: A prospective study. *Int J Eat Disord* 2004; 36(4): 389–401.
- Preti A, de Girolamo G, Vilagut G, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMED-WMH project. *J Psychiatr Res* 2009; 43(14): 1125–1132.
- Reas DL, Whisenhunt BL, Netemeyer R, Williamson DA. Development of the body checking questionnaire: A self-report measure of body checking behaviors. *Int J Eat Disord* 2002; 31(3): 324–333.
- Rollnick S, Miller WR. What is Motivational Interviewing? *Behav Cogn Psychother* 1995; 23: 325–334.
- Rosen JC, Srebnik D, Saltzberg E, Wendt S. Development of a body image avoidance questionnaire. *Psychol Assess* 1991; 3(1): 32–37.
- Rosenberg M. *Society and the Adolescent Self Image*. New Jersey: Princeton University Press 1965.
- Safer DL, Telch CF, Chen EY. *Dialectical Behavior Therapy for Binge Eating and Bulimia*. New York: Guilford Press 2017 (Reprint).
- Schmitz F, Naumann E, Biehl S, Svaldi J. Gating of attention towards food stimuli in binge eating disorder. *Appetite* 2015; 95: 368–374.
- Seguias L, Tapper K. The effect of mindful eating on subsequent intake of a high calorie snack. *Appetite* 2018; 121: 93–100.
- Shafraan R, Wade TD, Egan SJ, et al. Is the devil in the detail? A randomised controlled trial of guided internet-based CBT for perfectionism. *Behav Res Ther* 2017; 95: 99–106.
- Sharpe H, Naumann U, Treasure J, Schmidt U. Is fat talking a causal risk factor for body dissatisfaction? A systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 2013; 46(7): 643–652.
- Sipos V, Bohus M, Schweiger U. Dialektisch-behaviorale Therapie für Essstörungen (DBT-E). *Psychother Psychosom Med Psychol* 2011; 61(2): 87–91.
- Smith KE, Mason TB, Lavender JM. Rumination and eating disorder psychopathology: A meta-analysis. *Clin Psychol Rev* 2018; 61: 9–23.
- Stefini A, Salzer S, Reich G, et al. Cognitive-behavioral and psychodynamic therapy in female adolescents with bulimia nervosa: a randomized controlled trial. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 2017; 56(4): 329–335.
- Steinglass JE, Albano AM, Simpson HB, et al. Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: A randomized controlled pilot study. *Int J Eating Disord* 2014; 47: 174–180.
- Steinhausen H-C. The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century. *Am J Psychiatry* 2002; 159(8): 1284–1293.
- Stice E, van Ryzin MJ. A prospective test of the temporal sequencing of risk factor emergence in the dual pathway model of eating disorders. *J Abnorm Psychol* 2019; 128(2): 119–128.
- Stice E, Gau JM, Rohde P, Shaw H. Risk factors that predict future onset of each DSM–5 eating disorder: Predictive specificity in high-risk adolescent females. *J Abnorm Psychol* 2017; 126(1): 38–51.
- Stöber J. The frost multidimensional perfectionism scale revisited: More perfect with four (instead of six) dimensions. *Personality and Individual Differences* 1998; 24: 481–491
- Svaldi J, Tuschen-Caffier B. *Bulimia Nervosa*. Göttingen: Hogrefe 2018.**
- Svaldi J, Caffier D, Tuschen-Caffier B. Attention to ugly body parts is increased in women with binge eating disorder. *Psychother Psychosom* 2011; 80(3): 186–188.
- Svaldi J, Zimmermann S, Naumann E. The impact of an implicit manipulation of self-esteem on body dissatisfaction. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 2012; 43(1): 581–586.
- Svaldi J, Bender C, Caffier D, et al. Negative mood increases selective attention to negatively valenced body parts in female adolescents with anorexia nervosa. *PLoS One* 2016; 11(4): e0154462.
- Svaldi J, Schmitz F, Baur J, et al. Efficacy of psychotherapies and pharmacotherapies for bulimia nervosa. *Psychol Med* 2019a; 49(6): 898–910.
- Svaldi J, Werle D, Naumann E, et al. Prospective associations of negative mood and emotion regulation in the occurrence of binge eating in binge eating disorder. *J Psychiatr Res* 2019b; 115: 61–68.
- Thiemann P, Legenbauer T, Vocks S, et al. Eating disorders and their putative risk factors among female German professional athletes. *Eur Eat Disord Rev* 2015; 23(4): 269–276.
- Tuschen-Caffier B, Florin I. *Teufelskreis Bulimie. Ein Manual zur psychologischen Therapie*. Göttingen: Hogrefe 2012.**
- Tuschen-Caffier B, Hilbert A. *Binge-Eating-Störung*. Göttingen: Hogrefe 2016.**

- Tuschen-Caffier B, Bender C, Caffier D, et al. Selective visual attention during mirror exposure in anorexia and bulimia nervosa. *PLoS One* 2015; 10(12): e0145886.
- Vitousek KB, Hollon SD. The investigation of schematic content and processing in eating disorders. *Cogn Ther Res* 1990; 14(2): 191–214.
- Vocks S, Moswald C, Legenbauer T. Psychometrische Überprüfung einer deutschsprachigen Fassung des Body Checking Questionnaire (BCQ). *Z Klin Psychol Psychother* 2008; 37: 131–140.
- Vocks S, Bauer A, Legenbauer T. Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. 3. A. Göttingen: Hogrefe 2018.
- von Collani G, Herzberg PY. Eine revidierte Fassung der deutschsprachigen Skala zum Selbstwertgefühl von Rosenberg. *Zschr Different Diagn Psychol* 2003; 24(1): 3–7.
- Waller G, Mountford VA. Weighing patients within cognitive-behavioural therapy for eating disorders: How, when and why. *Behav Res Ther* 2015; 70: 1–10.
- Watson HJ, Yilmaz Z, Thornton LM, et al. Genome-wide association study identifies eight risk loci and implicates metabo-psychiatric origins for anorexia nervosa. *Nat Genet* 2019; 51(8): 1207–1214.
- Werthmann J, Simic M, Konstantellou A, et al. Same, same but different: Attention bias for food cues in adults and adolescents with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2019; 52: 681–690.
- Williamson DA, White MA, York-Crowe E, Stewart TM. Cognitive-behavioral theories of eating disorders. *Behav Modif* 2004; 28(6): 711–738.
- WHO – World Health Organization. International Classification of Diseases for Mortality and Morbidity Statistics – 11<sup>th</sup> edn. 2019; [www.who.int/classifications/icd/en/](http://www.who.int/classifications/icd/en/) (letzter Zugriff: 15.6.2020).
- Wu M, Hartmann M, Skunde M, et al. Inhibitory control in bulimic-type eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *PLoS One* 2013; (12): e834.
- Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich H-C, et al. Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: A systematic review and network meta-analysis. *Front Psychiatry* 2018; 9: 158.
- Zipfel S, Wild B, Gross G, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): Randomised controlled trial. *Lancet* 2013; 11(13): 61746–61748.
- Ziser K, Molbert SC, Stuber F, et al. Effectiveness of body image directed interventions in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat Disord* 2018; 51(10): 1121–1127.

#### Weiterführendes Material und Manuale

Es gibt zahlreiche Manuale zur Behandlung von Essstörungen, die vertiefende Informationen bieten. Beispiele für diese Manuale sind im Literaturverzeichnis fett hervorgehoben.