

**Prof. Dr. Wolfgang Hiller**

**Stichworte aus den gezeigten Folien zur Vorlesung Klinische Psychologie**

**Thema: Essstörungen**

### **Formen von Essstörungen**

Anorexia nervosa (Magersucht)

Bulimia nervosa

Binge-Eating-Störung

Adipositas (Fettsucht)

### **Kulturgeschichte abweichenden Essverhaltens**

Ursprünglichste Form: das Fasten.

Religiöse Motive: Zeichen der Enthaltbarkeit, religiös-mystisches Erleben, Buße leisten; Ausdruck der Trauer um das Leiden Christi.

Soziale Motive: Erleben von Gemeinsamkeit und gegenseitiger Verbindlichkeit.

Politische Motive: Hungerstreik, um Ziele durchzusetzen.

Als Krankheitsbild erstmals 1694 durch den Londoner Arzt Richard Morton beschrieben.

### **Besonderheiten der Epidemiologie von Essstörungen (insbesondere Anorexia und Bulimia nervosa)**

Rasante Zunahme: Massiv steigende Prävalenzraten in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts – doch relativ konstantes Niveau seit etwa Mitte der 90er Jahre.

*[allerdings Hinweise auf erneut erhöhte Prävalenzen in den Geburtsjahrgängen 1972 bis 1985 (Hudson et al., 2007) und Tendenz zu einem immer früheren Beginn der Störung (Favaro et al., 2009)]*

Geschlechtsspezifität: 80-90% sind Frauen.

Spezifität der sozialen Schicht: Betroffene meist aus der Mittel- oder Oberschicht; 90% der schweren Fälle sind junge Frauen, die in einer sozial kompetitiven Umgebung leben.

Kulturelle Spezifität: bevorzugt in wohlhabenden (westlichen) Ländern, kaum in Entwicklungsländern; neuere Studien zeigen jedoch auch eine starke Zunahme auch in China und Japan (Chen & Jackson, 2008; Chisuwa & O’Dea, 2010).

### **Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (stichwortartig) (DSM-5: F50.0)**

- |   |   |
|---|---|
| A | Erhebliches Untergewicht infolge eingeschränkter Energieaufnahme  |
| B | Ängste vor Gewichtszunahme oder Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegensteht  |
| C | Wahrnehmungsstörung bezüglich Figur/Gewicht, übertriebener Einfluss von Figur/Gewicht auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des Untergewichts |

*Spezifizierung: Aktueller Schweregrad*

*leicht: BMI  $\geq$  17; mittelschwer: BMI 16-17; schwer: BMI 15-16; sehr schwer: BMI  $\leq$  15*

### **Einige Merkmale der Körperschemastörung (vgl. Kriterium C)**

- Die Betroffenen erleben ihren Körper trotz objektivem Untergewicht als zu dick bzw. nicht als zu dünn.
- Das Gewicht anderer Menschen wird dagegen realistisch wahrgenommen.
- Die Überzeugung, zu dick zu sein, ist nicht durch sachliche Argumentation von anderen (z.B. Eltern oder Ärzten) zu beeinflussen.
- Häufig sind es bestimmte „Problemzonen“, die wie unter einer Lupe wahrgenommen werden.

### Subtypen der Anorexia nervosa (DSM-5)

~ 50% aller Pat. entwickeln nach einiger Zeit Heißhungeranfälle und selbstinduziertes Erbrechen; daher 2 Unterformen:

Restriktiver Typus: ohne regelmäßige Essanfälle und ohne Purging-Verhalten (selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren)

Binge-Eating-/Purging-Typus: mit regelmäßigen Essanfällen und Purging-Verhalten

### Unterschiede zwischen den Subtypen:

Bulimische Anorexien bei Störungsbeginn älter, mit höherem prämorbidem Gewicht, sind sozial besser integriert, sexuell aktiver, weisen deutlichere Störungen des Körperschemas auf, sind depressiver (nach Garner et al., 1995).

### Beispiel einer magersüchtigen Patientin

#### Essverhalten:

täglich max. 600 Kalorien

detaillierte Planung der Nahrungsaufnahme (z.B. 1 Joghurt, 100 gr. Sauerkraut, 1 Ei, 1 Scheibe Brot)

#### Trainingsprogramm:

täglich Joggen zur Schule

täglich mehrere Waldläufe

täglich gymnastische Übungen

bei Überschreiten der Kalorienmenge:

zusätzliche Gymnastik

#### Körpergewicht:

28,3 kg bei 1,58 m Körpergröße

### Body Mass Index (BMI)

gebräuchliches Maß zur Berechnung von relativem Unter- bzw. Übergewicht;

Korrelation ~ 0,80 mit Fettgewebsmasse

$$\text{BMI} = \text{kg/m}^2$$

Allgemeine Konventionen: Anorexie: BMI < 17,5; Normalgewicht: BMI 20 ± 2; Übergewicht:

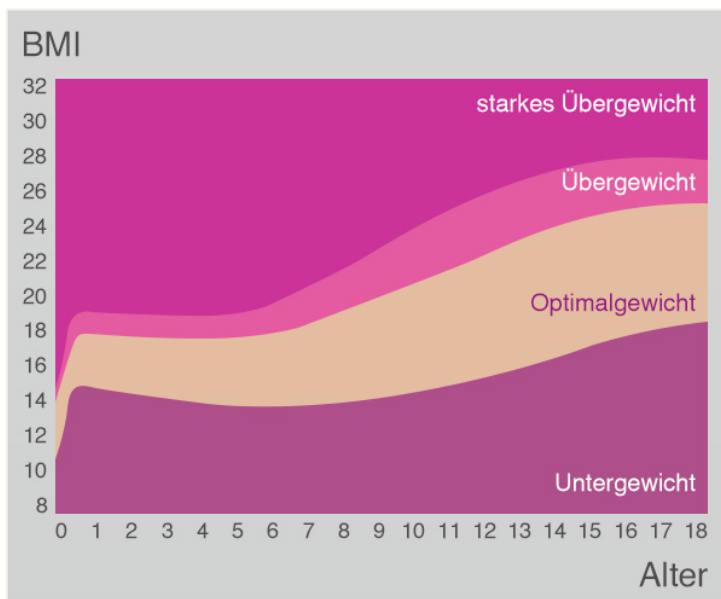
BMI > 24; Adipositas: BMI > 30

Beispiel: Person 1: Größe: 1,72 m, Gewicht: 48,3 kg, BMI = 16,3, Bewertung: Anorexie

Beispiel: Person 2: Größe: 1,76 m, Gewicht: 83,0 kg, BMI = 26,8, Bewertung: Übergewicht

Beispiel: Person 3: Größe: 1,65 m, Gewicht: 94,0 kg, BMI = 34,5, Bewertung: Adipositas

### Altersabhängigkeit des BMI



## Das Barbie-Ideal



- Größe 1,70 Meter
- Gewicht 54 kg
- Brust 94 cm
- Taille 45 cm
- Hüfte 86 cm
- > Praktisch unerreichbar für eine erwachsene Frau

## Klinische Merkmale der Anorexia nervosa

- Epidemiologie: Punktprävalenz ~ 0,4% in der Altersgruppe 15-35; Lebenszeitprävalenz ~ 1,5-2%
- Geschlechtsverteilung: > 95% Frauen
- Familiäre Auffälligkeiten: erhöhte Häufung affektiver Störungen
- Verlauf: Onset meist 14-18. Lj. (Durchschnitt 17 Lj.); erhebliche Chronifizierungstendenz; eine Schizophrenie entwickelt sich im Verlauf einer Anorexia nervosa bei 3-17%.
- Komorbidität: häufig depressive Störungen
- Langzeitverlauf nach Behandlung: ~ 30% vollständig gebessert, ~ 35% gebessert, ~ 25% chronisch krank, bis zu 10% gestorben (nach den bisherigen Vergleichsstudien relativ unabhängig von der jeweiligen Behandlungsstrategie).
- Prognose: ungünstiger bei Auftreten einer bulimischen Symptomatik, sehr ausgeprägtem Gewichtsverlust, langem Krankheitsverlauf, prämorbidem Auffälligkeiten, Persönlichkeitsstörung, niedrigem sozialen Status und eingeschränkter Beziehungsfähigkeit.

## Anorexia nervosa: Mortalität

**Höchste Mortalität aller psychischer Erkrankungen, d.h. höher als bei Depression und Schizophrenie!**

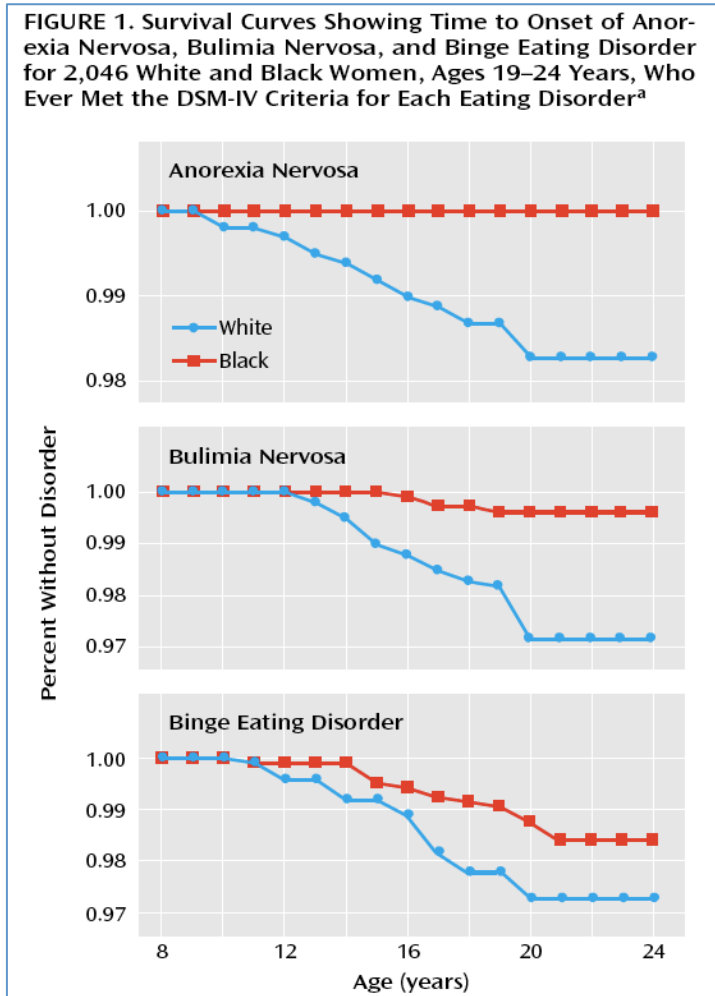
- 7,7% in einer deutschen Studie mit 12-Jahres-Katamnese ehemals behandelter Pat.
- 1,2 - 4,4% in einer schwedischen Studie (Fichter, 2011)
- 20-30% aller anorexiebezogenen Todesfälle sind Suizide; entspricht einem 30-fach erhöhten Suizidrisiko im Vergleich zur Normalbevölkerung (Arcelus et al., 2011)

## Spezielle Risikogruppen für Anorexia nervosa

- erhöht bei jugendlichen Mädchen in westlichen Industrienationen
- erniedrigt bei schwarzen Frauen (im Vergleich zu weißen Frauen in den USA)
- erhöht bei Personen, die exzessiv Sport oder Leistungssport betreiben, z.B. Tänzer, Balletttänzer, Jockeys beim Pferderennen (Sundgot-Borgen, 2003)

### Ethnische Aspekte der Essstörungen

Studie von Striegel-Moore et al. (2003): Untersucht wurde der Langzeitverlauf bezüglich des Neuauf-tretens von Essstörungen bei 985 weißen Frauen und 1.061 schwarzen Frauen aus einer 10-Jahres-Studie über Wachstum und Gesundheit; die Frauen waren zum Untersuchungszeitpunkt 24 Jahre alt. Die Ergebnisse zeigen die untenstehenden Abbildungen.



### Psychobiologie der Mangelernährung

**Funktion der Nahrungsaufnahme:** Dem Körper wird lebensnotwendige Energie zugeführt, durch Stoffwechsel (Metabolismus) werden Kohlenhydrate, Eiweiße und Fette verwertet; Erhaltungsumsatz eines durchschnittlichen Erwachsenen liegt bei etwa 1.700 kcal pro Tag

**Glukostatische Theorie:** Hunger und Sättigung werden im Wesentlichen durch die Verfügbarkeit von Glukose reguliert; vermutlich sind aber auch thermostatische und lipostatische Prozesse beteiligt.

**Zentrale Rolle des Hypothalamus:** "Hungerzentrum" im ventralen H. und "Sättigungszentrum" im ventromedialen H.

**Klassische Konditionierung der Nahrungsaufnahme:** In Kulturen mit ausreichendem Nahrungsangebot ist die Nahrungsaufnahme von der physiologischen Hungerreaktion weitgehend entkoppelt.

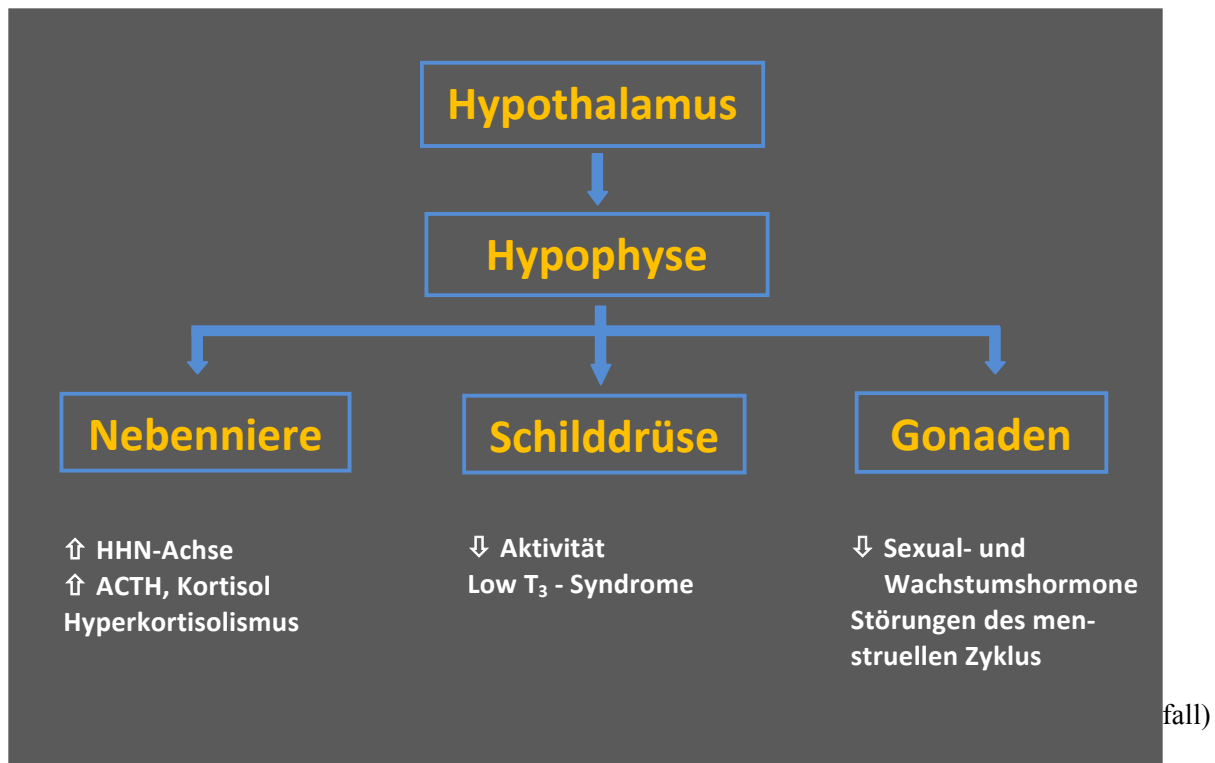
### Bei Mangelernährung:

- **Energiereserven werden mobilisiert** (bei einer 70 kg schweren Person sind das etwa 15 kg Fett, 6 kg Milcheiweiß und 225 gr. Glykogen) und Grundumsatz wird nach unten reguliert.

- Jedoch ist der Gesamtenergieverbrauch bei ANO aufgrund von Hyperaktivität meist gleichhoch wie bei gesunden Personen ⇒ Es entsteht ein sich selbst verstärkender Kreislauf von Mangelernährung und Hyperaktivität.

### Mangelernährung = Modell der Nahrungsdeprivation

Es entwickelt sich ein komplexes endokrinologisch-metabolisches Syndrom mit dem Ziel, das Überleben so lange wie möglich zu sichern



### Die Folgen von Mangelernährung – das Minnesota Starvation Experiment (1944 - 1945)

*Ansel Keys et al. (1950). The Biology of Human Starvation, University of Minnesota Press, 1950.*

Untersuchung an 36 jungen gesunden Kriegsdienstverweigerern: 12 Wochen Baseline-Phase → 24 Wochen Hungerphase (Halbierung der Kalorienzufuhr) → 12 Wochen Reha-Phase mit Anstieg der Kalorien

#### Einige Folgen des Hungerns:

- die 50%-Kalorienreduktion führte zu 25% Gewichtsabnahme.
- Energieverbrauch sank durch einen geringeren Ruhe-Energieumsatz um 40%.
- starke psychische Folgen: starke gedankliche Beschäftigung mit dem Thema Essen, Konzentrationsstörungen, reduzierte Vigilanz, sozialer Rückzug, Verlust sexuellen Interesses, Stimmungsschwankungen, Depression, Zwänge, Essensrituale.
- schwere Störung der Sättigungsregulation auch nach Ende des Experiments (Heißhungerattacken), teilweise mit Erbrechen.

#### Auszüge aus dem Forschungsbericht

„Als das Hungern voranschritt, stieg die Anzahl der Teilnehmer, die mit ihrem Essen spielten (...)“

„Am Ende (...) brauchten einige bis zu 2 Stunden für etwas, was sie sonst in wenigen Minuten gegessen hatten (...)“

„zusätzlich zu Sammeln von Kochbüchern und Rezepten begannen einige Männer mit dem Sammeln von Küchenutensilien (...) andere mit dem Horten von unnützen Dingen, z.B. alten Büchern, unnötiger Second-Hand-Kleidung (...)“

### Somatische Komplikationen der Anorexia nervosa

- Amenorrhoe
- Wachstumshemmung, verspätete Geschlechtsreife
- Hypoglykämie
- Hypothermie, Lanugo (Flaumhaarbildung)
- Hypotonie
- Bradykardie (persistierender Ruhepuls < 60)
- Darmträgheit, Verstopfung
- Blutbildveränderungen (u.a. Leukopenie, ↑ Cholesterin)
- Osteoporose
- Hautprobleme (trockene und raue Haut, Blauverfärbung der Hände, brüchige Nägel, Haarausfall)
- Ödeme

### Somatische Befunde bei Anorexia nervosa

- Bildgebende Verfahren: Innere und äußere Liquorräume im Gehirn bei etwa 80% der Pat. vergrößert; nach Ernährungsrehabilitation zumindest teilweise reversibel.
- Schlaf-EEG: gestörte Schlafmuster mit häufigeren Unterbrechungen, und entweder vermindertem Tiefschlaf (slow wave sleep) oder vermindertem REM-Schlaf; qualitativ anders als bei depressiven Störungen.
- Neuropsychologische Untersuchung: IQ meist im Referenzbereich; jedoch in spezifischen Tests mit hoher Anforderung an psychomotorische Geschwindigkeit, visuo-spatiale Fähigkeiten und Gedächtnis ↓ Leistung ↓ - bei Pat. mit akuten metabolischen Zeichen von Mangelernährung; reversibel.

### Differentialdiagnose der Anorexia nervosa

- Organische Ursachen des Gewichtsverlusts:  
Chronisch auszehrende Krankheiten (z.B. Krebs), Hirntumor, Magen-Darm-Erkrankungen, entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn), Diabetes mellitus  
⇒ es fehlen: Körperschemastörungen und übersteigerte Angst, dick zu werden
- Psychotische Störungen (z.B. Schizophrenie):  
⇒ Essverhalten wird aufgrund von Wahnvorstellungen verändert; es fehlen: Körperschemastörungen und übersteigerte Angst, dick zu werden

### Bulimische Essstörungen

bouç – Ochse/Stier

limoç – Hunger

Umgangssprachlich: Ess-Brechsucht

### Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa (stichwortartig) (DSM-5: F50.2)

A	Wiederkehrende Essattacken (= Essen einer größeren Nahrungsmenge mit Kontrollverlust)
B	Gegensteuernde Verhaltensweisen (z.B. Erbrechen, Laxantien/Diuretika, Fasten, übermäßige Aktivität)
C	Häufigkeit mind. 3 Monate lang mind. 1x pro Woche
D	Selbstbewertung übermäßig durch Figur und Gewicht beeinflusst
E	Nicht nur in Episoden einer Anorexia nervosa
<i>Spezifizierung: Aktueller Schweregrad (Essanfälle pro Woche)</i>	
<i>leicht = 1-3; mittelschwer = 4-7, schwer = 8-13; sehr schwer = ≥ 14</i>	

**Beispiel einer bulimischen Essattacke:**

5 Stück Nusskuchen, 1 Packung Vollkornbrot, 4 Scheiben Käse, 1 Fruchtjoghurt, 2 Portionen Kartoffelbrei, 5 Tomaten, 3 Essiggurken, 4 Scheiben Schinken, 1 Fertig-Pudding, 1 Liter Milch, 1 Flasche Mineralwasser.

**Weitere klinische Charakteristika der Bulimia nervosa**

- Essattacken: Dauer 1 - 1,5 Std. oder auch länger, durchschnittlich konsumierte Kalorienmenge ~ 1.200 - 11.500 kcal (im Mittel: ~ 3.000 kcal).
- Zwischen den Essattacken: meist gezügeltes Essverhalten mit biologischem Zustand der Mangelernährung
- Erbrechen: bei 80-90%; bewirkt sofortige Erleichterung des körperlichen Unbehagens und Angstreduktion; wird mit Finger oder Gegenständen ausgelöst; teilweise Würgreflex automatisiert
- Laxantienmissbrauch: bei etwa 1/3
- Kognition und Rituale: Zwanghafte Beschäftigung mit Ernährung und Gewicht; Rituale (z.B. Wiegen) und panische Reaktionen, wenn Ritual unterbrochen wird
- Familie: Oft massive familiäre Auseinandersetzungen

**Wie Essgestörte Nahrungsmittel bewerten ...**

**„Verboten“**: Bananen, Schokolade, Nutella, Eis, fetter Käse, Kekse, Butter, Fett, Zucker, Kuchen, Torte, Sahne, Süßigkeiten, Milch, Sahnejoghurt, Mayonnaise, Brot/Semmeln, Gebäck, Marmelade, Honig, Wurst, Saft, Limo/Cola, Kakao, Alkohol, Chips, Erdnüsse, Nüsse, Erdnussbutter, Eier, Müsli, Cornflakes, Babybrei, Kartoffeln, Pommes frites, Wiener Schnitzel, Paniertes, Fertiggessen, Fast Food, Knödel, dicke Suppen, Rosinen, Bratwürste, Kotelett, Kartoffelsalat, Marzipan, Nudeln/ -salat, Reis/-salat, Pizza, Lasagne, Käsespätzle.

**„Erlaubt“**: Apfel, Obst, Gemüse, Knäckebrot, Mineralwasser, Tee ohne Zucker, Fisch, Hähnchen, Magerquark, Diätprodukte, Buttermilch, Süßstoff.

**Somatische Komplikationen der Bulimia nervosa**

- Elektrolytstörungen mit Störungen des Mineralstoffwechsels (v.a. starker Kaliumverlust, aber auch Chlorid, Magnesium) ⇒ dadurch Risiko von Herzrhythmusstörungen, längerfristig Schädigung von Herz und Nierenfunktionen
- Entzündungen oder Verletzungen der Speiseröhre
- Kariöse Schädigungen des Zahnschmelzes
- Metabolisch-endokrine Veränderungen ähnlich wie bei der Anorexia nervosa

**Differenzialdiagnose der Bulimia nervosa**

- Neurologische Erkrankungen mit Störungen der Nahrungsregulation  
Tumore des ZNS, Klüver-Bucy-ähnliche Syndrome, Kleine-Levin-Syndrom  
⇒ Heißhungerattacken in atypischer Ausprägung
- Psychotische Störungen (z.B. Schizophrenie)  
⇒ Essverhalten wird aufgrund von Wahnvorstellungen verändert; es fehlen: Körperschemastörungen und übersteigerte Angst, dick zu werden

### Internistische Differenzialdiagnosen der Anorexia und Bulimia nervosa

- Malabsorptionssyndrome (z.B. Sprue)
- Maldigestionssyndrome (z.B. chronische Pankreatitis)
- Dysphagie (neuromuskulär oder mechanisch bedingt)
- Funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes
- Gastritis
- Ulcus ventriculi oder Ulcus duodeni
- Maligne Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes
- Hepatitis
- Diabetes mellitus
- Colitis ulcerosa
- M. Crohn
- Hypophysenvorderlappeninsuffizienz (M. Simmonds)
- Hypo- oder Hyperthyreose
- Hyperparathyreodismus
- Nebennierenrindeninsuffizienz (M. Addison)
- unerwünschte Wirkung von Medikamenten oder Drogen (z.B. Alkohol, Appetitzügler, Zytostatika, Digitalis usw.)

### Klinische Merkmale der Bulimia nervosa

- Epidemiologie: Punktprävalenz knapp 1%; Lebenszeitprävalenz ~ 1,5%, in der weiblichen Gesamtbevölkerung ~ 2,8% (alte Bundesländer); erkennbar zunehmende Prävalenz; meist aus Mittel- oder Oberschicht; bevorzugt in industrialisierten Ländern
- Geschlechtsverteilung: > 85% Frauen; ; betroffene Männer überdurchschnittlich häufig homo- oder bisexuell
- Verlauf: Onset meist im frühen Erwachsenenalter, bei ~ 80% vor 22. Lj.; bei ~ 50% geht eine Anorexia nervosa voraus; erhebliche Chronifizierungstendenz; 2-Jahres-FU nach Behandlung: ~ 40% deutlich gebessert, ~ 20% teilweise gebessert, ~ 40% chronisch krank
- Komorbidität: häufig depressive Störungen
- Familiäre Auffälligkeiten: erhöhtes Risiko für affektive Störungen

### Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung (stichwortartig) (DSM-5: F50.8)

A	Wiederkehrende Essattacken (= Essen einer größeren Nahrungsmenge mit Kontrollverlust)
B	Begleitende Merkmale (mindestens 3 erforderlich): (1) Schnelleres Essen als normalerweise (2) Essen bis zu einem unangenehmen Sättigungsgefühl (3) Essen großer Nahrungsmengen ohne Hungergefühl (4) Alleinessen aus Verlegenheits- oder Schamgefühl (5) Ekelgefühle, Depression oder schlechtes Gewissen
C	Starke Belastung aufgrund der Essanfälle
D	Häufigkeit mind. 3 Monate lang mind. 1x pro Woche
E	Kein gegensteuerndes Verhalten und nicht Teil einer Anorexia oder Bulimia nervosa
<i>Spezifizierung: Aktueller Schweregrad (Essanfälle pro Woche)</i> <i>leicht = 1-3; mittelschwer = 4-7; schwer = 8-13; sehr schwer = ≥ 14</i>	

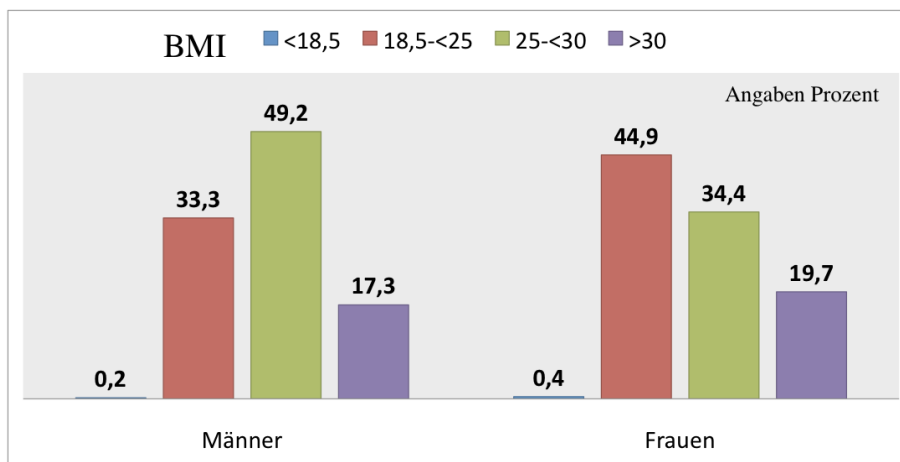


### Einige klinische Merkmale der Binge-Eating-Störung

- Epidemiologie: Lebenszeitprävalenz 1,5-3%, Ein-Jahres-Prävalenz 1-1,5%; bei Frauen 2-3x häufiger.
- Onset: meist in der Adoleszenz oder im frühen Erwachsenenalter.
- Komorbidität: bei ~50% klinische Depression
- Verlauf: Nach einer Studie von Fairburn et al. (2000) war bei 18% nach 5 Jahren noch die vollen BES-Kriterien erfüllt, allerdings stieg der Anteil der adipösen Personen von 21 auf 39%.
- Kulturelle Besonderheiten: ähnliche Auftretensraten in den meisten Industrienationen; in den USA keine markanten Unterschiede bei verschiedenen Ethnien.
- Vorkommen in Gewichtskontrollprogrammen: geschätzter Anteil von Personen mit BES 20-40%.

### Prävalenzraten zur Gewichtsverteilung in Deutschland

Zwei Drittel der Bevölkerung übergewichtig; fast jeder 5. adipös



Telefonischer Gesundheitssurvey 2003 (Mensink et al. 2005)

### Besonderheiten der Binge-Eating-Störung (in Abgrenzung zur Bulimia nervosa)

- kompensatorische Verhaltensweisen: wenig oder fehlend
- Onset: später
- Geschlechtsverteilung: mehr Männer
- Gewicht: meist höheres Gewicht (bis zur Adipositas)
- Gewichtsanamnese: häufig bestand in der Kindheit Übergewicht (oder Übergewicht bei den Eltern)
- Essstörungspsychopathologie: geringer ausgeprägt (bezüglich Diätverhalten, Angst vor dem Zunehmen und Beschäftigtsein mit Essen)
- allgemeine Psychopathologie: geringer ausgeprägt
- soziale Anpassung: besser
- Remissionsraten: besser

### Warum wurden die Kriterien gelockert? Eine Studie von Hardy, Wilson und Lock (2010)

Retrospektive Interviews mit 1.310 Frauen zwischen 8 und 19 Jahren, die sich wegen einer Essstörung in Behandlung befanden.

Ergebnis: 22,2% AN, 12,4% BN 62,4% NNB

- Unterteilung der NNB-Gruppe in partielle Anorexie (pAN) und partielle Bulimie (pBN), wenn eines der vom DSM-IV geforderten Kriterien nicht vorhanden war.
- Medizinische Komplikationen bei pAN und pBN vergleichbar mit denen des Vollbildes.
- pAN-Patienten: signifikant höhere Herzraten, Blutdruck und Temperatur als die AN-Patienten.
- pBN und BN unterschieden sich kaum voneinander.

*Folgerung der Autoren: Bestehende Kriterien für AN und BN sollen „zum Wohle“ pädiatrischer Patienten liberalisiert werden, da auch für Patienten in den subdiagnostischen Gruppen mit ernsthaften Folgeerkrankungen zu rechnen ist.*

### Einige diagnostische Verfahren zur Erfassung von Essstörungen und assoziierten Merkmalen

VERFAHREN	BESCHREIBUNG
EDI Eating Disorder Inventory [Garner et al. 1983; dt. Thiel & Paul 1988]	64 Items, 8 Skalen (z.B. Schlankheitsdrang, Körperzufriedenheit, Perfektionismus)
FFB Fragebogen zum Figurbewusstsein [Cooper et al. 1987; dt. Waadt et al. 1992]	36 Items; negative Kognitionen und Gefühle im Umgang mit der eigenen Figur
DEBQ Dutch Eating Behavior Questionnaire [van Strien et al. 1986]	30 Items; extern bestimmtes, gezieltes Essverhalten (restrained eating) und gefühlsinduziertes Essverhalten
FEV Fragebogen zum Essverhalten [Pudel & Westenhöfer 1989]	74 Items; gezieltes Essverhalten (restrained eating), Störbarkeit des Essverhaltens, erlebte Hungergefühle, flexible und rigide Kontrolle des Essverhaltens
EDE Eating Disorder Examination [Fairburn & Cooper 1993]	Interviewleitfaden zur Diagnosenstellung

### Subskalen des Eating Disorders Inventory (EDI; Garner, Olmstedt & Polivy 1983; deutsche Version von Thiel & Paul 1988)

SUBSKALEN	ITEMBEISPIELE
<i>Streben nach Dünnsein</i>	7 Items; z.B. "Ich denke über Diäten nach"
<i>Bulimische Symptome</i>	7 Items; z.B. "Ich beschäftige mich gedanklich mit Essanfällen"
<i>Unzufriedenheit mit der Figur</i>	9 Items; z.B. "Ich empfinde meinen Bauch als zu dick"
<i>Ineffektivität</i>	10 Items; z.B. "Ich fühle mich unfähig als Mensch"
<i>Angst vor dem Erwachsenwerden</i>	8 Items; z.B. "Ich wünschte, ich wäre jünger"
<i>Perfektionismus</i>	6 Items; z.B. "Ich hasse es, nicht der/die Beste zu sein"
<i>Zwischenmenschliches Misstrauen</i>	7 Items; z.B. "Ich habe Schwierigkeiten, anderen meine Gefühle zu zeigen"
<i>Interozeption</i>	10 Items; z.B. "Ich kann meine Gefühle klar voneinander unterscheiden"

## Entstehungsfaktoren und Störungsmodelle der Essstörungen

### Anzeichen von Essstörungen in der westdeutschen Normalbevölkerung

Aufgrund der Diskrepanz zwischen (dem meist unreflektiert übernommenen) Schönheitsideal und dem eigenen Körper unternehmen viele Frauen Schlankheitskuren oder andere Maßnahmen zur Gewichtskontrolle.

Studie von Westenhöfer (1991):

Untersuchung erwachsener Frauen in Westdeutschland (ohne die Diagnose einer Essstörung)

- ~ 20% führen regelmäßig Schlankheitsdiäten durch
- ~ 6% halten sich permanent an Diätvorschriften
- 2,6% induzieren regelmäßig Erbrechen
- 5% gebrauchen Laxantien zur Gewichtsabnahme
- bei 8% tritt mind. 1x pro Woche eine Essepisode auf, die subjektiv als Essanfall erlebt wird

### Prädisponierende Faktoren bei Essstörungen

#### Soziokulturell propagiertes Schlankheitsideal

- Schlanksein als Quelle des Selbstwertgefühls

#### Lernerfahrungen und individuelle Persönlichkeitsmerkmale

- Bedeutung von Essen in der Kindheit
- Auffällige Verhaltensmuster im Umgang mit Nahrung
- Wahrnehmung und Differenzierung von inneren Zuständen und Gefühlen
- Persönlichkeit: Perfektionismus, Zielstrebigkeit, Selbstkontrolle

#### Bedingungen in der Familie

- „Symptomträger eines gestörten Familiensystems“
- Familien oft intakt, harmonisch, perfekt; Werte: Pflicht, Leistung, Ordnung; aber: ritualisierter Umgang, unterdrückte Konflikte; „Harmonie um jeden Preis“
- Reaktion auf Fremdbestimmung, Kontrollverlust, Kontrolle der Ernährung  
*„Und das Essen war mein Mittel, um über mich selbst zu bestimmen. Ich allein konnte entscheiden, ob ich esse oder nicht.“*

#### Biologische Faktoren

- 6-fach erhöhtes Risiko bei Verwandten von Personen mit Essstörungen, ebenfalls eine Essstörung zu entwickeln
- Konkordanz bei monzygoten vs. dizygoten Zwillingen 52-56% vs. 5-11% für Anorexia nervosa (Wade et al., 2000); 23% vs. 9% für Bulimia nervosa.
- Dysfunktion des endokrinologisch-metabolischen Systems; Neurotransmitterstörungen; genetisch niedriger Energieverbrauch

### Psychoanalytische Perspektive: Anorexie als ein Versuch zur „Lösung“ von Entwicklungskonflikten (nach Reich, 2004)

Als Kern der Störung wird die Unsicherheit des Selbst (niedriger Selbstwert) angesehen; daher große Angst, die Grenzen zu wichtigen Bezugspersonen und Umwelteinflüssen nicht aufrechterhalten zu können. An der Symptomatik wird festgehalten,

1. um das gestörte Selbstwertgefühl zu heben (Schlankheitsideal, Perfektionismus, Askese-Ideologie),
2. um den ängstigenden Autonomieschub der Pubertät aufzuhalten,
3. um die ängstigende sexuelle Entwicklung zum Stillstand kommen zu lassen,
4. im Sinne einer erfolgreichen Kontrolle des „guten“ Geistes über den „bösen“ Körper,
5. um die Unabhängigkeit von der Familie und anderen Personen zu betonen (Autarkie-Ideal).

### Auslösende Faktoren bei Essstörungen

- Kritische Lebensereignisse
- Überforderungssituation
- Hänseleien wegen Übergewicht
- Reduktionsdiät

## Aufrechterhaltende Faktoren von Anorexia und Bulimia nervosa

### Psychologische und biologische Konsequenzen der Mangelernährung («Teufelskreismodell»)

- psychologisch: starke Beschäftigung mit Essen, bizarre Essgewohnheiten, depressive Verstimmungen, Schlaf- und Konzentrationsstörungen, reduziertes Sozialverhalten  
Legenbauer & Vocks (2006):
  - Hunger- und Sättigungsgefühl wird nicht (mehr) wahrgenommen
  - gezügeltes Essverhalten
  - verminderte Fähigkeit der Stressbewältigung
  - verminderte Fähigkeit, negative Gefühlszustände auszuhalten
  - Selbstabwertung
  - Dichotomisierung von Nahrungsmitteln als gut/schlecht
- biologisch: metabolische und endokrine Veränderungen mit nachfolgender Minderung des Energieverbrauchs; Störungen der Magenmotilität/-entleerung
- gezügeltes Essverhalten (restrained eating): höhere Wahrscheinlichkeit für Heißhungerattacken nach Periode mit gezügeltem Essverhalten
- Angstreduktion durch Erbrechen: negative Verstärkung

### Studie zum Zusammenhang von Schlankheitsideal und der Entwicklung von Essstörungssymptomen (Killen et al., 1994)

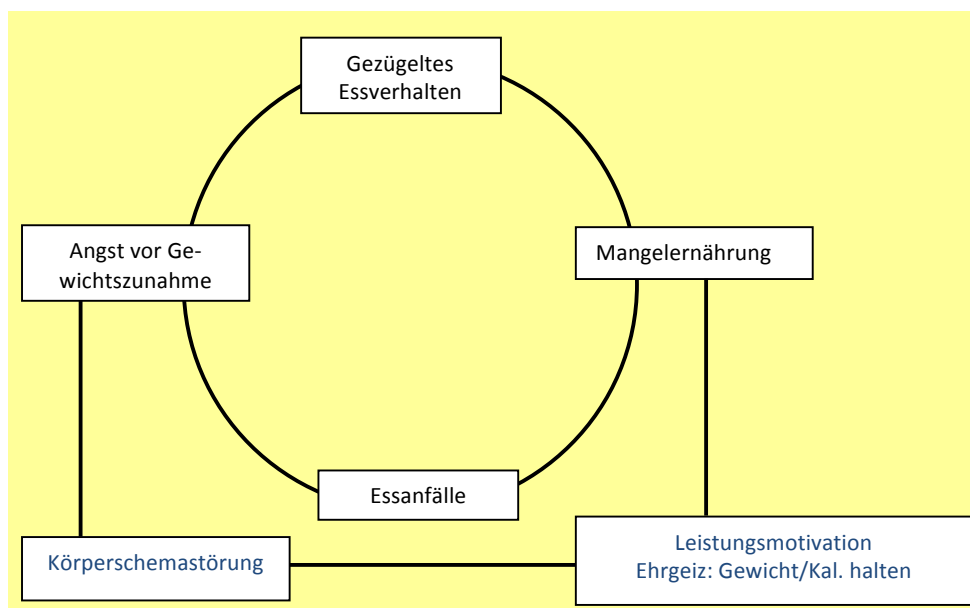
Fragestellung: Beeinflussen psychische Faktoren wie übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht die Entstehung einer Essstörung?

Methode: 887 Schülerinnen mit einem mittleren Alter von 12,4 Jahren wurden in einer Fragebogenstudie zum Indexzeitpunkt und erneut 3 Jahre später untersucht.

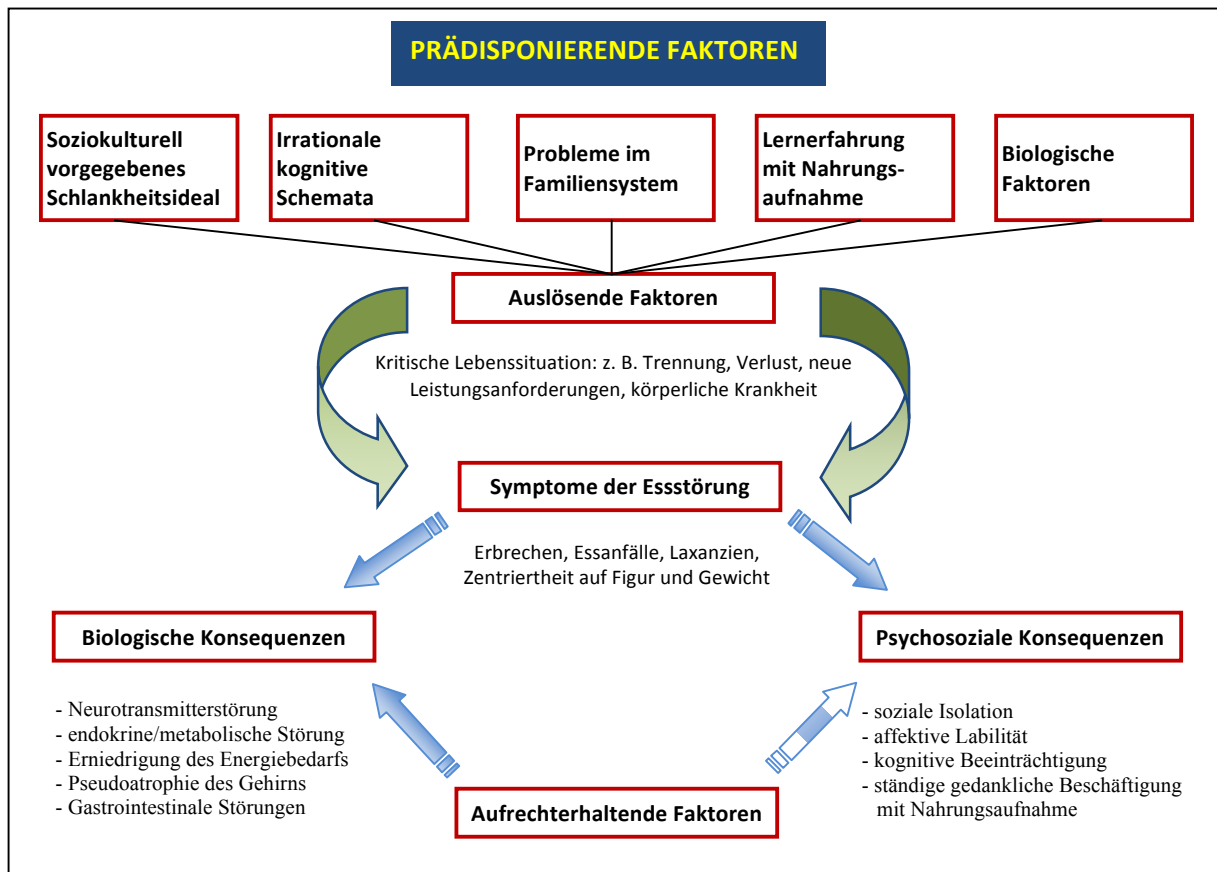
Erhobene Variablen: Fragebögen u.a. zu Essverhalten, Einstellungen zur Figur/Gewicht, persönlichen Kompetenzen und problematischen Verhaltensweisen.

Ergebnisse: 32 Schülerinnen (3,6%) entwickelten im Verlauf des 3-Jahres-Zeitraums Essstörungssymptome; sie hatten bei Studienbeginn auffällige Werte in der „Weight-Concern“-Skala. Andere Variablen hatten keinen Vorhersagewert.

### Teufelskreis der Bulimia nervosa



## Mehrdimensionales Störungsmodell



## Therapie der Essstörungen

### Gibt es Zeichen, an denen man frühzeitig eine Essstörung erkennen kann?

#### Beobachtbar

- Geringes Körpergewicht (fortdauernd trotz entsprechender Einsicht)
- Diskrepanz zwischen Gewicht und Nahrungsaufnahme

#### Auffälligkeiten des Essverhaltens

- Auffälliges Essverhalten (z.B. sehr langsam, nur kleine Mengen)
- Verschwinden nach der Nahrungsaufnahme, Heimlichtuerei
- Nichtmitessen bei Mahlzeiten
- Besonders Interesse an der Nahrungszufuhr anderer

#### Einstellungen im Zusammenhang mit Essen

- Unzufriedenheit mit Körperbild, Furcht vor Dickerwerden
- Störung der Körperwahrnehmung
- Schuldgefühle beim Essen

#### Persönlichkeitsmerkmale

- Streben nach Perfektion, hohes Leistungsideal

### Therapie der Anorexia und Bulimia nervosa: Prinzipielles 2-gleisiges Vorgehen

#### Two-Track-Approach nach Garner & Isaacs (1986)

1. **Kurzfristig:** direkte Modifikation des Körpergewichts bzw. Essverhaltens  
⇒ möglichst rasche Rückbildung der biologischen Dysfunktionen
2. **Langfristig:** Veränderung psychologischer und psychosozialer Bedingungen ⇒ Auflösung von Bedingungen, die mit dem gestörten Essverhalten in funktionaler Verbindung stehen

### **Kurzfristige Veränderungsziele bei Essstörungen**

#### Programme zur Gewichtssteigerung (bei Anorexia nervosa)

- ⇒ operante Programme
- ⇒ Fremdkontrolle auf Minimum beschränken
- ⇒ Therapieverträge abschließen

#### Ernährungsmanagement (bei Bulimia nervosa)

- ⇒ Normalisierung des alltäglichen Essverhaltens
- ⇒ Phase I: Selbstbeobachtung (Diagnostik)
- ⇒ Phase II: Informationsvermittlung und Edukation
- ⇒ Phase III: Übungen, um Tage mit geregelterm Essverhalten zu gestalten

### **Ernährungsumstellung**

- Ziel: Beendigung der Mangelernährung bzw. der abwechselnden Diät-/Heißhungerphasen.
- Kriterien einer adäquaten Ernährung nach den Empfehlungen der Deutschen Gesellschaft für Ernährung (DGE):
  - tgl. 3 Hauptmahlzeiten + 2 kleinere Zwischenmahlzeiten
  - tgl. aufgenommene Nährstoffe sollten sich zu mehr als 50% aus Kohlenhydraten, zu 25-30% aus Fett und zu 9-12% aus Eiweiß zusammensetzen
  - tgl. benötigte Kalorienmenge bei Mädchen/Frauen im Alter von 15-19 J., die leichte bzw. sitzende Tätigkeiten ausführen, ~ 2.400 Kilokalorien (kcal); bei Frauen von 19-25 J. ~ 2.200 kcal; bei Frauen von 25-51 ~ 2.000 kcal
- Anorexia nervosa: Beginn mit tgl. Kalorienaufnahme von 1.500 kcal, nach kurzer Gewöhnungsphase Steigerung bis zu 3.500 kcal; evtl. hochkalorische Nahrungsmittel, um Gewichtssteigerungen von ~ 1 - 1,5 kg pro Woche zu begünstigen; möglichst viel Eigenverantwortung; daher künstliche Ernährung nur bei lebensbedrohlichem Zustand.
- Bulimia nervosa: chaotischen Essstil durchbrechen, hin zu geregelter Nahrungsaufnahme ohne übermäßige Kalorienaufnahme.

### **Längerfristige Veränderungsziele bei Essstörungen**

- ⇒ Veränderung problematischer Kognitionen und Einstellungen (Gewicht, Figur, Aussehen, Essverhalten)
- ⇒ Verbesserung der Problemlöse- und Stressbewältigungskompetenz
- ⇒ Auseinandersetzung mit dem Körperselbstbild
- ⇒ Auseinandersetzung mit familiären Einflussfaktoren
- ⇒ Verhalten in kritischen Situationen (z.B. durch Exposition und Reaktionsverhinderung)

### **Therapiemodule der KVT (nach Legenbauer & Vocks, 2014)**

- Motivierung
  - entsprechend des Phasenmodells nach Prochaska und DiClemente
  - Psychoedukation
  - Abwägen der Vor- und Nachteile der Essstörung
- Vermittlung eines individuellen Störungsmodells und Ableitung der Therapieziele
  - Prädisponierende Faktoren (familiär, soziokulturell, individuell)
  - Makroanalyse der auslösenden Bedingungen
  - Aufrechterhaltende Bedingungen
- Interventionen zur Normalisierung des gestörten Essverhaltens und Abbau von Heißhungerattacken und Erbrechen
  - Einführung und Auswertung der Mahlzeitenprotokolle
  - Etablierung strukturierter Esstage
  - Wahrnehmung von Hunger und Sättigung
  - Gemeinsames Kochen (mit gemeinsamem Einkaufen)
  - Strategien zur Verhinderung von Heißhungerattacken und Erbrechen
  - Analyse von Auslösesituationen
  - Diätverhalten und Fasten als Auslöser von Essanfällen
  - Dysfunktionale Affektregulation
  - Automatisierte Abläufe und Gewohnheiten
  - Nahrungsmittlexposition
- Kognitive Interventionen
  - Identifikation und Modifikation des zugrundeliegenden Wertesystems
  - Identifikation und Modifikation automatischer Gedanken
- Interventionen zur Affektregulation
  - Wahrnehmung von Gefühlen
  - Bewältigung von negativen Gefühlen
  - Einführung eines Stressmodells
  - Spontanentspannung, kontrollierte Abreaktion
  - Wahrnehmungslenkung auf innere Reize
  - Führen positiver Selbstgespräche
- Techniken zur Verbesserung sozialer Kompetenzen
- Interventionen zur Veränderung des Körperbildes
  - Imaginationsübungen (Körperreise, Gedanken sammeln)
  - Abtast- und Zeichnungsübungen
  - Modellierübungen
  - Spiegel- und Videokonfrontationsübungen
- Förderung von Ressourcen
- Rückfallprophylaxe

### **Vorgehen bei der kognitiven Umstrukturierung (nach Florin & Tuschen-Caffier 1998)**

- Im ersten Schritt werden die Patientinnen gebeten, einen dysfunktionalen Gedanken bzw. eine dysfunktionale Überzeugung zu identifizieren und aufzuschreiben (z.B. «Wenn ich ein Kilo zunehme, sehe ich hässlich aus»).
- Dann werden sie aufgefordert, nach Evidenzen zu suchen, die für die Plausibilität dieses Gedankens sprechen.
- Im nächsten Schritt suchen die Patientinnen nach Argumenten und Evidenzen, die die Plausibilität der betreffenden dysfunktionalen Überzeugung in Frage stellen.
- Schließlich werden die Patientinnen angeleitet, die Pro- und Contra-Argumente sorgfältig gegeneinander abzuwägen, um zu einer Neueinschätzung zu gelangen, die zukünftig ihr Denken und Verhalten leiten kann.

### „An alle schönen Frauen“ (von B. Jung, 2003)

Alle wollen schlank sein. Viele machen Diäten. Was diese Diäten anrichten, ist weithin nicht bekannt. B. Jung hat deshalb einen Brief „an alle schönen Frauen“ geschrieben:

- Wusstest du, dass wenn Schaufensterpuppen richtige Frauen wären, sie zu schmal wären, um Kinder zu kriegen?
- Es gibt drei Milliarden Frauen, die nicht wie Supermodels aussehen und nur acht, die wie eins aussehen.
- Wenn Barbie eine richtige Frau wäre, müsste sie auf allen Vieren kriechen; mit ihren Proportionen ist es unmöglich, aufrecht zu gehen.
- Die Durchschnittsfrau wiegt ungefähr 66 Kilo.
- Die Models in Zeitungen sind retuschiert, also auch selber nicht perfekt.
- Vor 20 Jahren wogen die Models 8% weniger als die Durchschnittsfrau. Heute wiegen sie 23% weniger

### Vorgehen bei der Figurexposition (nach Florin & Tuschen-Caffier 1998)

- Zeitlich ausgedehnte Konfrontation mit der Figur bzw. der äußeren Erscheinung anhand von Videoaufnahmen und Spiegeln, die eine Ganzkörperbetrachtung erlauben.
- Durchführung der Übungen zu unterschiedlichen Tageszeiten (z.B. vor und nach einer Mahlzeit) und in unterschiedlichen Stimmungslagen.
- Die Patientinnen werden angeregt, bei den Übungen unterschiedliche Kleidung zu tragen (elegante, körperbetonte, sportliche, Gymnastikanzug).
- Es werden Strategien der Gesprächsführung eingesetzt, die den Patientinnen helfen, ihre körperliche Erscheinung genau zu beschreiben sowie Gedanken und Gefühle zu verbalisieren, die sie beim Anblick ihres Körpers erleben.
- Die Therapeutin/der Therapeut achtet darauf, dass sich die Patientinnen nicht durch Vermeidungsstrategien ablenken (z.B. den Blick abwenden, über andere Themen reden).
- Die Übungen werden erst dann beendet, wenn die negativen Gefühle deutlich zurückgegangen sind.

### S3-Leitlinien der AWMF: Diagnostik und Therapie der Essstörungen

(Stand: 12/2010)

#### Empfehlungen der S3-Leitlinie zur Therapie der Anorexia nervosa

„Obwohl eine ausreichende empirische Evidenz fehlt (...), besteht Einigkeit darüber, dass eine psychotherapeutische Behandlung der AN unabdingbar ist. Ihr Ziel ist:

- a) die Wiederherstellung und das Halten eines für Alter und Größe angemessenen Körpergewichts,
- b) eine Normalisierung des Essverhaltens,
- c) die Behandlung körperlicher Folgen von Essverhalten und Untergewicht,
- d) die Beeinflussung der dem Störungsbild zugrunde liegenden Schwierigkeiten auf emotionaler, kognitiver und zwischenmenschlicher Ebene,
- e) eine Förderung der sozialen Integration, die oft mit einem «Nachholen» verpasster Entwicklungsschritte verbunden ist.“

#### Evidenz zur ambulanten Therapie der Anorexia nervosa laut S3-Leitlinie

1. Störungsspezifische besser als unspezifische Psychotherapie.
2. Diätberatung alleine nicht ausreichend.
3. Auch bei folgenden spezialisierten Behandlungsmethoden nur mäßige Erfolgsraten: Fokalanalytische Therapie, kognitiv-behaviorale Therapie, kognitiv-analytische Therapie, interpersonelle Therapie, Familientherapie.
4. Keine Überlegenheit eines dieser Verfahren.
5. Innerhalb der Familientherapien keine Überlegenheit eines bestimmten Vorgehens.
6. Bei Patientinnen mit starker körperlicher Gefährdung (BMI < 13) keine ausschließlich ambulante Behandlung.



### **Empfehlungen zur Therapie der Bulimia nervosa laut S-3-Leitlinie (Auszüge)**

1. Für einige Patientinnen kann die Teilnahme an evidenzbasierter angeleiteter Selbsthilfe, die auf KVT-Elementen beruht, eine ausreichende Therapie darstellen (Evidenzgrad Ia).
2. Als Therapie der ersten Wahl sollte eine Psychotherapie angeboten werden (Evidenzgrad Ia).
3. Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie (Evidenzgrad Ia).
4. Die KVT stellt die am meisten beforschte Psychotherapiemethode mit der höchsten Evidenz dar (Evidenzgrad Ia).
5. Andere Psychotherapieverfahren kommen in Frage, wenn KVT nicht zur Verfügung steht, sich im Einzelfall als nicht wirksam erweist oder nicht gewollt wird (Evidenzgrad II), insbesondere IPT (Evidenzgrad Ib) oder psychodynamische Therapie (Evidenzgrad II).
6. Wenn eine Pharmakotherapie angeboten wird, dann sollte Fluoxetin eingesetzt werden (Evidenzgrad Ia). SSRIs stellen die medikamentöse Therapie der ersten Wahl dar (Evidenzgrad Ia).

### **Überblick über Cochrane-Reviews zur Behandlung von Essstörungen (Stand: Juli 2015)**

Hay PPJ, Bacaltchuk J, Stefano S, Kashyap P: Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing (2009)

Hay PPJ, Claudino AM, Kaio MH: Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa (2010)

Hay PPJ, Bacaltchuk J, Byrnes RT, Claudino AM, Ekmejian AA, Yong PY: Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa (2009)

Fisher CA, Hetrick SE, Rushford N: Family therapy for anorexia nervosa (2010)

Bacaltchuk J, Hay PPJ: Antidepressants versus placebo for people with bulimia nervosa (2009)

### **Ergebnisse des Cochrane-Reviews von Hay et al. (2009): Psychological treatments for bulimia nervosa and bingeing**

Prüfung der Effektivität von kognitiver Verhaltenstherapie und anderen Psychotherapien bei allen Formen bulimischer Essstörungen bei Erwachsenen

Auswahl der Studien: alle RCTs mit Dropoutrate < 50% bis Juni 2007

Datenbasis: 48 Studien mit N = 3.054 (alle aus entwickelten Ländern)

Therapieformen: KVT, Interpersonelle Therapie (IPT), Hypnotherapie, psychoanalytische oder psychodynamische Therapie, jegliche andere Therapien, reine Selbsthilfegruppen

Kontrollbedingungen: keine Behandlung (inkl. Warteliste) oder andere aktive Therapien

Outcomekriterien: (a) 100% frei von Essanfällen; (b) bulimische Symptomatik

#### **Wichtigste Ergebnisse:**

- (1) gute Effektivität der KVT: 37% vs. 3% (in den Wartelisten) nach der Therapie essanfallsfrei
- (2) gut wirksam ebenso die IPT, insbesondere mit guten Langzeiteffekten
- (3) kein Zusatznutzen von Expositionsverfahren
- (4) KVT-basierte Selbsthilfemanuale ebenfalls vielversprechend.

### **Ergebnisse des Cochrane-Reviews von Hay et al. (2009): Antidepressants versus psychological treatments and their combination for bulimia nervosa**

Ziele: Vergleich von Antidepressiva- und Psychotherapie sowie deren Kombination bei Bulimia nervosa

Auswahl der Studien: alle RCTs bis Juni 2007.

Datenbasis: 7 Studien mit N = 343

Outcomekriterien: (a) 100% frei von Essanfällen; (b) bulimische Symptomatik

#### **Wichtigste Ergebnisse:**

1. Reine Psychotherapie leicht besser als reine Antidepressivatherapie (39 vs. 20% essanfallsfrei; Dropoutrate 18 vs. 40%).
2. Kombination besser als Antidepressivatherapie (42 vs. 23% essanfallsfrei; Dropoutrate 34 vs. 41%).
3. Kombination allenfalls leicht besser als Psychotherapie (49 vs. 36% essanfallsfrei; jedoch Dropoutrate 30 vs. 16%).

**Ergebnisse des Cochrane-Reviews von Fisher et al. (2010): Family therapy for anorexia nervosa**  
Vergleich von Familientherapie (FT) mit Standard- und anderen Therapien

Auswahl der Studien: alle RCTs bis Januar 2008

Datenbasis: 13 Studien

Outcomekriterien: Gewichtszunahme, Essstörungspsychopathologie

**Wichtigste Ergebnisse:**

- (1) FT etwas besser als Standard/TAU (2 Studien mit N = 81))
- (2) gleich wie edukative Interventionen (1 Studie mit N = 30)
- (3) gleich wie andere psychologische Therapien (4 Studien mit N = 149)

**Empfohlene Literatur zu Essstörungen**

- Brownell KD, Fairburn CG (1995). Eating Disorders and Obesity. A Comprehensive Handbook. New York, Guilford.
- Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S (Hrsg) (2008). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg, Springer.
- Jacobi C, Thiel A, Paul T. (2000). Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Weinheim, Beltz, Weinheim.
- Legenbauer T, Vocks S (2014). Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie (2. Aufl). Heidelberg, Springer.
- Meermann R, Borgart E-J. (2006). Essstörungen: Anorexie und Bulimie. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutischer Leitfaden für Therapeuten. Störungsspezifische Psychotherapie. Stuttgart, Kohlhammer.
- Munsch S (2003). Binge Eating. Weinheim, Beltz.
- Vocks S, Legenbauer T (2005). Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. Göttingen, Hogrefe.

----- [Stand: SS 2015] -----