

Essstörungen

Evidenzbasierte Behandlung der Anorexia und Bulimia Nervosa

Psychotherapie-Weiterbildung am
Klaus- Grawe- Institut in Zürich

07. / 08. Juli 2023

Dr. Dipl. Psych. S. Becker

Leitende Psychologische Psychotherapeutin und
anerkannte Supervisorin für Verhaltenstherapie

Abteilung für Psychosomatische Medizin
und Psychotherapie

Ärztlicher Direktor: Prof. Dr. med. S. Zipfel

Medizinische Universitätsklinik Tübingen



Forsa-Studie

- **Jede 2. Frau zw. 20 u. 60 Jahren möchte weniger wiegen.**
- **Jede 2. Frau hat bereits eine längerfristige Diät gemacht.**
- **Für 47% der Frauen gibt es „verbotene Lebensmittel“.**
- **Jedes 3. Mädchen unter 10 Jahren und 60% der 15-Jährigen haben schon Diäterfahrung.**

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa (ICD-10 / (ICD-11))

- Gewicht mind. 15% unter dem erwarteten oder BMI $\leq 17,5$ (ICD-11: $\leq 18,5$ oder Verlust von mehr als 20 % des gesamten Körpergewichts innerhalb von 6 Monaten)
- Selbsterbeigeführter Gewichtsverlust (ICD-11: Zeigen von Verhaltensmustern wie Nahrungsrestriktion und Gegensteuernde Maßnahmen)
- Körperschemastörung (Pat. erleben sich als zu dick bei deutlichem Untergewicht) (ICD-11: niedriges Körpergewicht ist zentral für den Selbstwert)
- Endokrine Störung (Amenorrhoe, SHT \uparrow , Cortisol \uparrow , Gonadotropine \downarrow) (ICD-11 fällt raus)
- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät verzögerte Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte (Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung, primäre Amenorrhoe, kindliche Genitalien) (ICD-11 fällt raus)

2 Subtypen:

restriktiver Typ: ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (d.h. ohne Erbrechen, Abführen etc.), nur Diäten, Fasten und / oder übermäßige körperliche Bewegung

binge / purging oder bulimischer Typ: mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme und/oder wiederkehrende Essanfälle

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa (ICD-10, weitgehend gleich in ICD-11)

- Essattacken mit Kontrollverlust, andauernde Beschäftigung mit Essen, Gier nach Nahrungsmitteln,
- Gegensteuernde Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln oder Schilddrüsenpräparaten (= purging Typ) bzw. Hungerperioden, exzessive Bewegung (= non-purging Typ). Bei Diabetikerinnen Vernachlässigung der Insulinbehandlung.
- Krankhafte Angst, dick zu werden (Pat. setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter einem gesunden Gewicht)
(ICD-11 Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung)

Im DSM 5 : „Essattacken“ und kompensatorische Verhaltensweisen treten mindestens 3 Monate durchschnittlich 2 mal pro Woche auf / **ICD-11: mind. 1 Monat mit 1 mal pro Woche**

Änderung bei Essstörungen im ICD-11

- Essstörungen fallen unter die Kategorie: Fütter- und Essstörungen
- Die Diagnose „Atypische Anorexia nervosa“ gibt es nicht mehr, jetzt: andere spezifische Anorexia nervosa und Sonstige Anorexia Nervosa
- Unterteilung von Schweregrad bei Anorexia nervosa: signifikant niedriges Gewicht ($< 18,5$) und gefährlich niedriges Gewicht (< 14)
- Neu: Anorexia nervosa in Remission mit normalem Körpergewicht

Anorexia Nervosa

1700

1800

1888

1900

1979

1994



Sir W. Gull
The Lancet

Adipositas

Bulimia Nervosa

Restriktiv

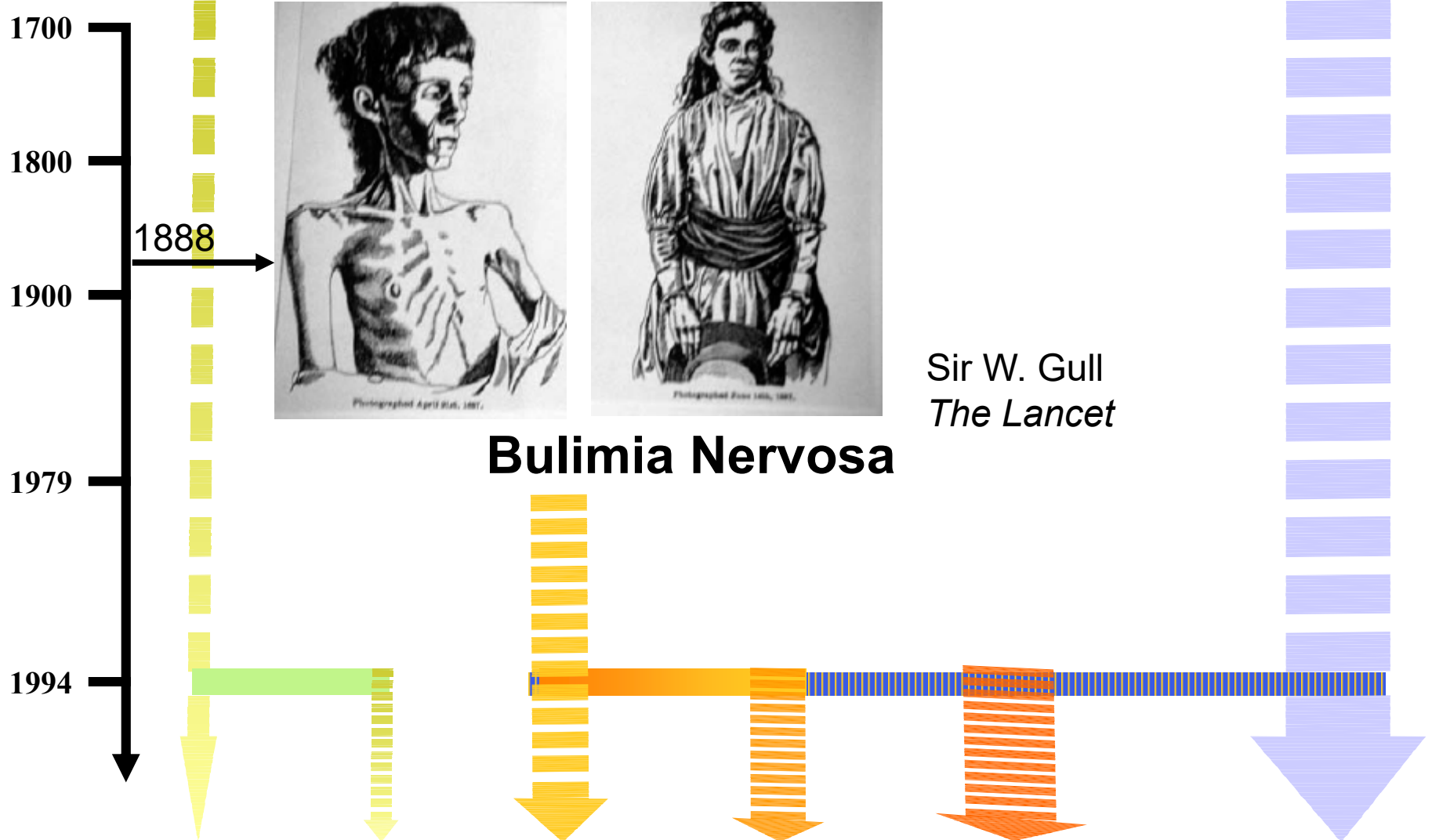
bulimisch

“Purging”

“Non-Purging”

“Binge-Eating-Disorder”

Adipositas

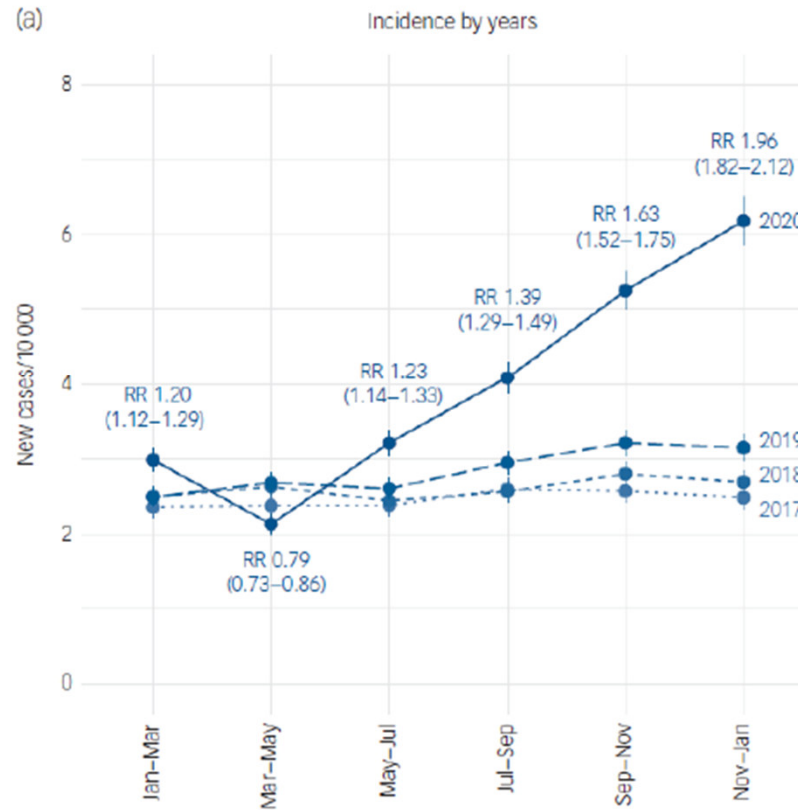


Epidemiologie

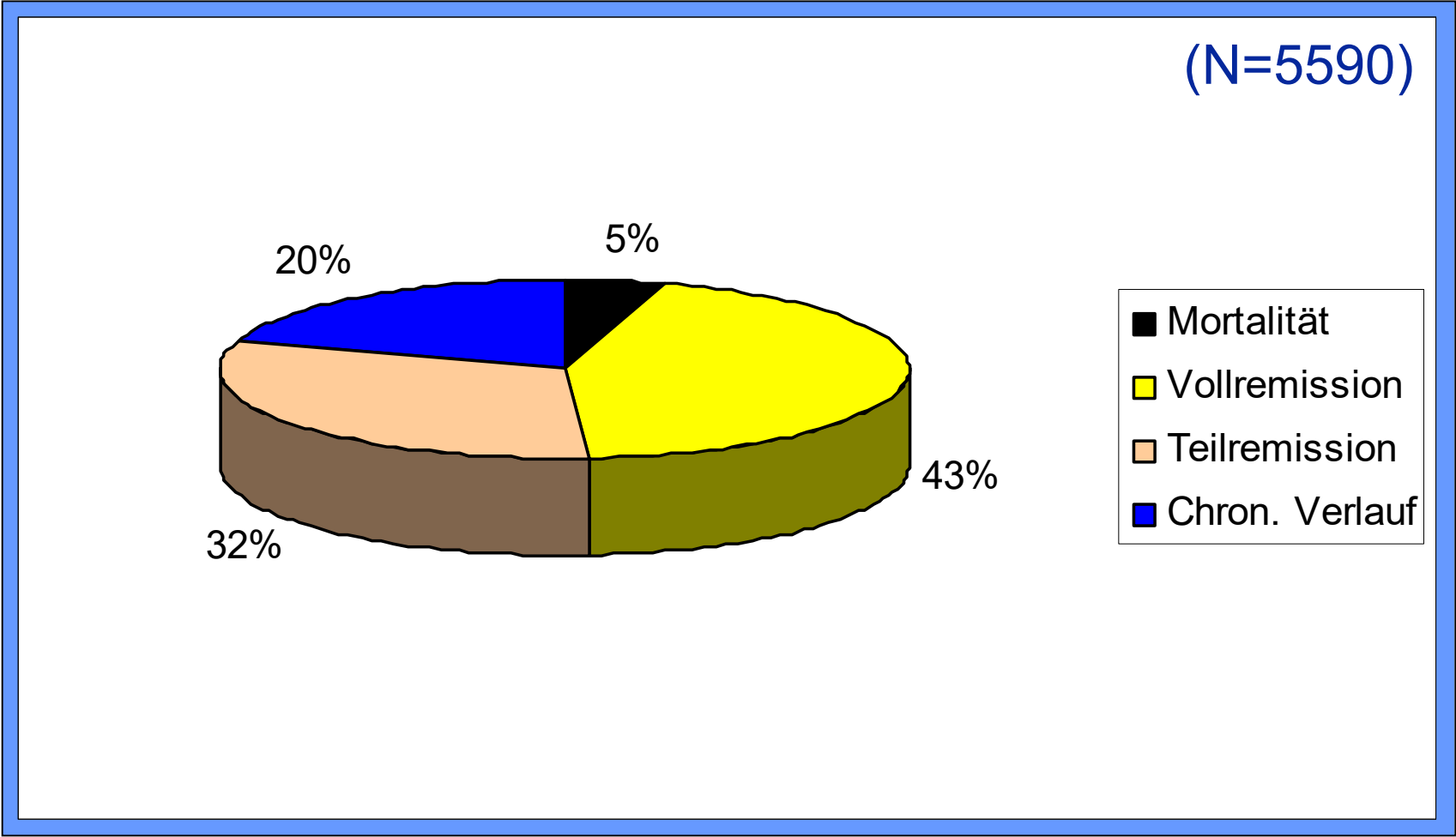
	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Geschlecht	Weiblich (90%)	Weiblich (90% ?)
Alter	2 Gipfel (Früh – Spätadoleszenz)	Eher Spätadoleszenz
Soziale Klasse	Eher in höheren soz. Klassen	Eher gleichmäßig verteilt
Prävalenz	0,9% (Mädchen u. Frauen) 0,3% Männer	1-2% (Mädchen u. Frauen) 0,1%-0,5% Männer
Inzidenz (per 100000 /Jahr)	19w/2m	29w/1m
Verlauf d. Häufigkeit	Evtl. Zunahme od. stabil	Wahrscheinliche Zunahme

Zunahme der Prävalenz durch Covid-19

Prävalenz von Essstörungen durch COVID-19

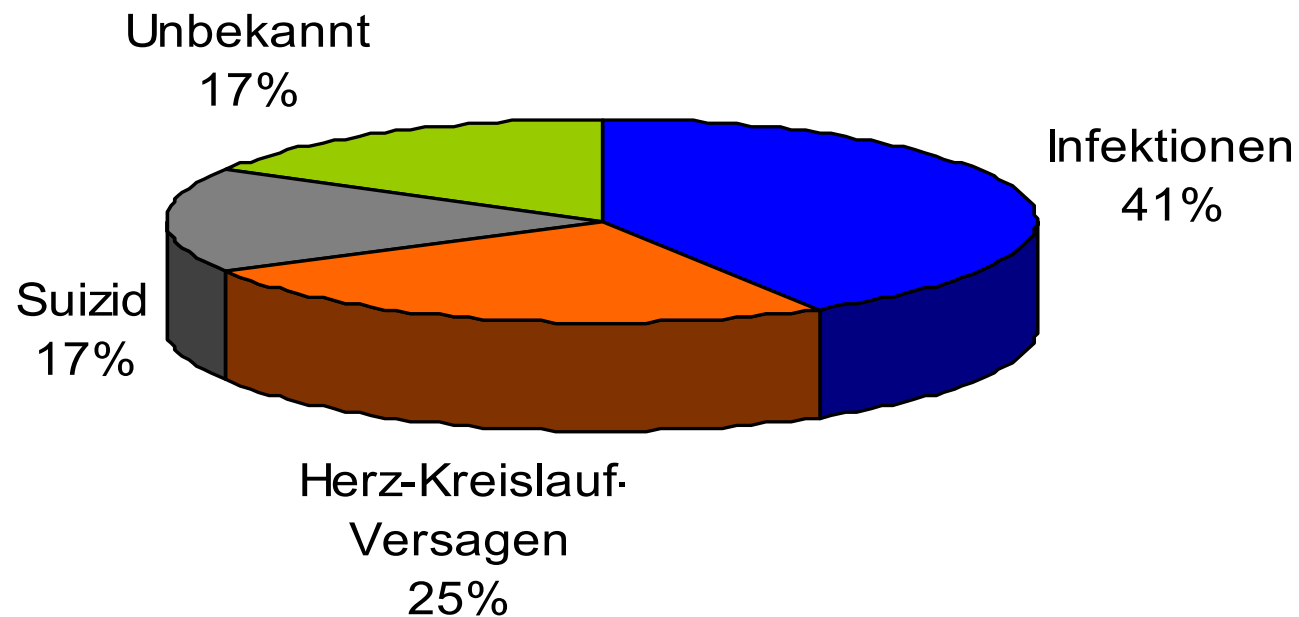


Genereller Outcome der Anorexia nervosa



Steinhausen HC, Am J Psychiatry 2002; 159:1284-1293 / Fichter et al. 2017

Todesursachen und Todeszeitpunkt bei der Anorexia nervosa



Verlauf der Bulimie nach Therapie



Remissionsraten nach Therapie: zwischen 35% und 70%

Linardon J, Wade TD (2018). How many individuals achieve symptom abstinence following psychological treatments for bulimia nervosa? A meta-analytic review. *International Journal of Eating Disorders*, 1, 1-8

Herzog et al. (1999) Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7.5-year follow-up study. *J.Am.Acad.Child.Adolesc.Psychiatry*, 38, 829-837

Keel, P. K.; Mitchell, J. E.; Davis, T. L.; Crow, S. J. (2002). Long-term impact of treatment in women diagnosed with bulimia nervosa. *Int.J.Eat.Disord.*, 31, 151-158.

Allerdings: **wenig Langzeituntersuchungen**, kleinere Rückfälle meist nicht berücksichtigt

Ätiologie-Hinweise

Kulturelle
Einflüsse/Schlank-
heitsideal

Geringes Selbstwertgefühl und
negatives Körperbild

Fehlende soziale/
interaktionelle
Fertigkeiten

Persönlichkeitszüge:
Perfektionismus
Zwanghaftigkeit
Hohes Anspruchsniveau
Hohes Kontrollbedürfnis



Umgang mit Figur,
Essen und Gewicht
im familiären und
sozialen Umfeld
(Peer-Group)

Genetische
Veranlagung

Schwierigkeiten bei der
Bewältigung von
Entwicklungsaufgaben
(z.B. bei dem
Ablöseprozess aus dem
Elternhaus)

Schwierigkeiten im
Umgang mit
Gefühlen

Traumatische Erlebnisse (z.B.
sexueller Missbrauch)

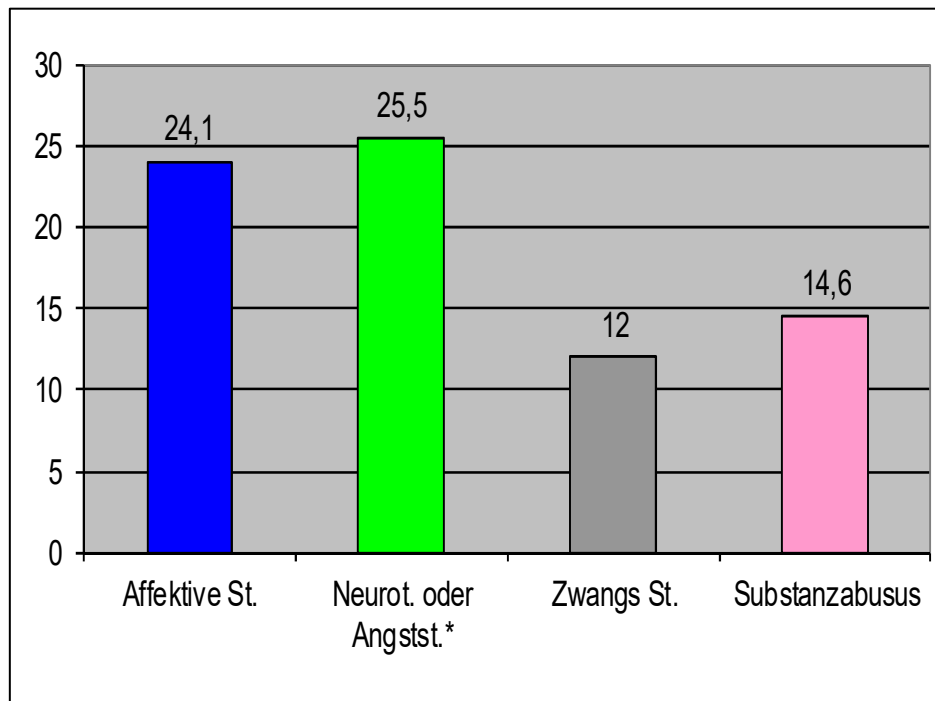
Symptom-Anamnese und Befunderhebung (I)



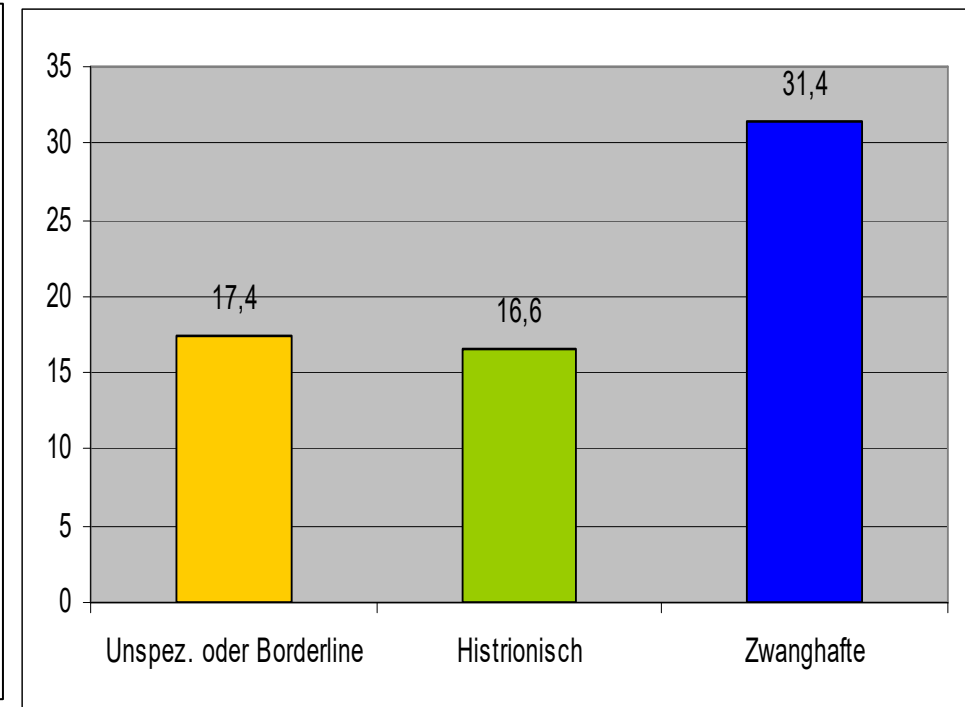
- **Erfassung der Symptome der Essstörung**
 - a) Gewichtsverlauf und angestrebtes Gewicht,
 - b) Ernährungsanamnese (*Kalorienrestriktion, vermiedene Nahrungsmittel, Häufigkeit und Ausmaß von Eßanfällen, Erbrechen, Gebrauch von Abführmitteln, Diuretika, Appetitzüglern und Brechmitteln*)
 - c) Menarche und Zyklusverlauf
 - d) Einstellung zum Körper, Aussehen, Figur
 - e) Ritualisierte und zwanghafte Verhaltensweisen
 - f) Sport und isometrische Übungen
- **Erfassung der Psychiatrische Komorbidität**
 - a) Depressive Störung
 - b) Angst- und Zwangsstörung
 - c) Persönlichkeitsstörung
 - d) Substanzabhängigkeit oder Substanzmißbrauch
 - e) Posttraumatische Belastungsstörung

Prävalenz psychischer Störungen bei der Anorexia und Bulimia Nervosa

Achse-I Störungen



Achse-II Störungen



(N=5,590)

*phob. Störungen, Angststörungen,
Anpassungsstörungen

Steinhausen HC, Am J Psychiatry 2002; 159:1284-1293

Anamnese und Befunderhebung (II)

Erfassung von Problembereichen und Hintergrundkonflikten

- Beziehungserfahrungen, Krankheitsverhalten, Affektive Faktoren (Depressivität, emotionale Instabilität), Verhaltensdefizite (soziale Kompetenzen, Konfliktverhalten), Kognitionen (Selbstwert, Schlankheitsideal, dysfunktionale Gedanken)

Körperliche Untersuchung und technische Befunde

- Gewicht, Größe, Blutdruck, körperliche Untersuchung, Labor (Blutbild, Natrium, Kalium, Magnesium, Phosphat, Kreatinin, Amylase, Leberenzyme, Urinstatus), EKG
- Weitere Untersuchungen (z.B. EEG, craniale Computertomographie, Knochendichtemessung, endokrine Untersuchungen) nur bei spezieller Indikation

Häufige körperliche Beschwerden essgestörter Patienten

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Schwindel, Kollapsneigung, Akrozyanose	+	-
Kälteempfindlichkeit, Hypothermie	+	-
Abdominelle Beschwerden, Obstipation	+	+
Sodbrennen, Schmerzen im Rachenbereich	+*	+
Parotisschwellung	+*	+
Amenorrhö, Fertilitätsstörung	+	(+)
Apathie, Konzentrationsstörung	+	+
Muskelschwäche, Muskelkrämpfe	+	(+)
Skelettschmerzen bei Belastung	+	-
Zahnschäden, Hypersensitivität der Zähne	+*	+
Trockene Haut, Hyperpigmentation	+	(+)
Lanugobehaarung, Haarausfall	+	-
Schlafstörung mit Früherwachen	+	-

+ : häufig; (+) : selten; * : nur bei Erbrechen.

Friederich 2008

Häufige somatische Folgeerkrankungen der AN

Tab.2 Häufige körperliche Folgen der Anorexia nervosa.

Betroffenes Organsystem	Befund / Symptomatik
Skelettsystem	erhöhtes Frakturrisiko bei Osteopenie / Osteoporose
Kardiovaskuläres System	Sinusbradykardie, Abnahme des Schlagvolumens, Hypovolämie mit orthostatischen Problemen, Atrophie des Reizleitungssystems (QT-Zeit-Verlängerungen mit potenziell schwerwiegenden Herzrhythmusstörungen)
Verdauungstrakt	säurebedingte Entzündungen und Verletzungen der Speiseröhre, Schädigung von Zahnschmelz beim Purging-Typ; verzögerte Magenentleerung, verlängerte Kolontransitzeit
Niere, Elektrolythaushalt	Veränderungen des Elektrolyt- und Wasserhaushalts durch Hungern, Erbrechen, Flüssigkeitsrestriktion; Hypokaliämie mit kardialen Folgen; hypokaliämische Nephropathie bis hin zur terminalen Niereninsuffizienz
Endokrinum	Amenorrhö als Konsequenz eines hypothalamischen Hypogonadismus; <i>Low-T3-Syndrom</i> (erniedrigtes Trijodthyronin bei grenzwertig niedrigem / normalem Thyroxin [T4] und normalem TSH)

Fehlende oder ambivalente Behandlungsmotivation

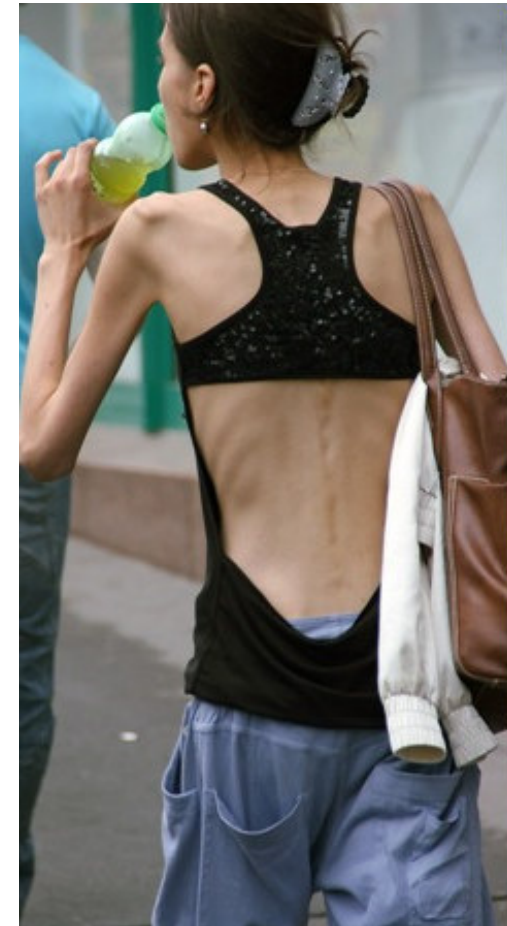
**Diagnostik mit klarer
Diagnosestellung einer
Essstörung, aber keine oder
wenig Krankheitseinsicht bzw.
Therapiemotivation**

AN: 43% therapiebereit

BN: 83% therapiebereit

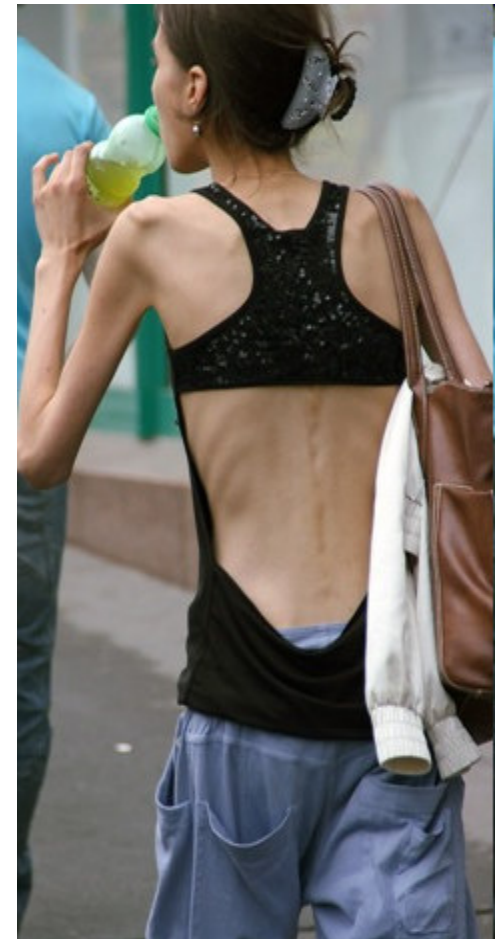
(Ward et al 1996 / Blake et al. 1997)

**Keine bis wenig
Therapiebereitschaft: Was
tun?**



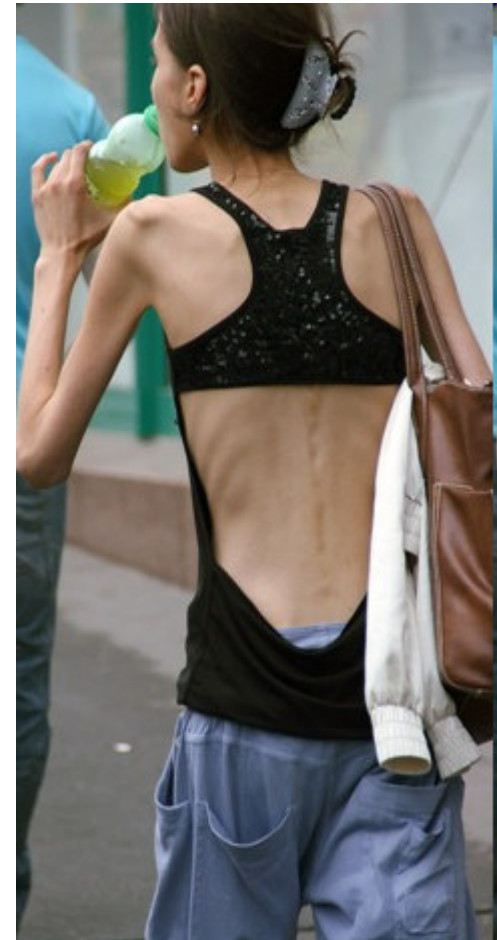
Beratung von Personen mit Essstörung mit fehlender Krankheitseinsicht I

- Rückmeldung eigener Beobachtungen und Eindrücke / Diagnose benennen und erklären
- Information über das Krankheitsbild geben
- Betonung der eigenen Sorge
- Akzeptanz der diskrepanten Sichtweise der Betroffenen / Nachfragen, wie es zu der Sichtweise der Betroffenen kommt



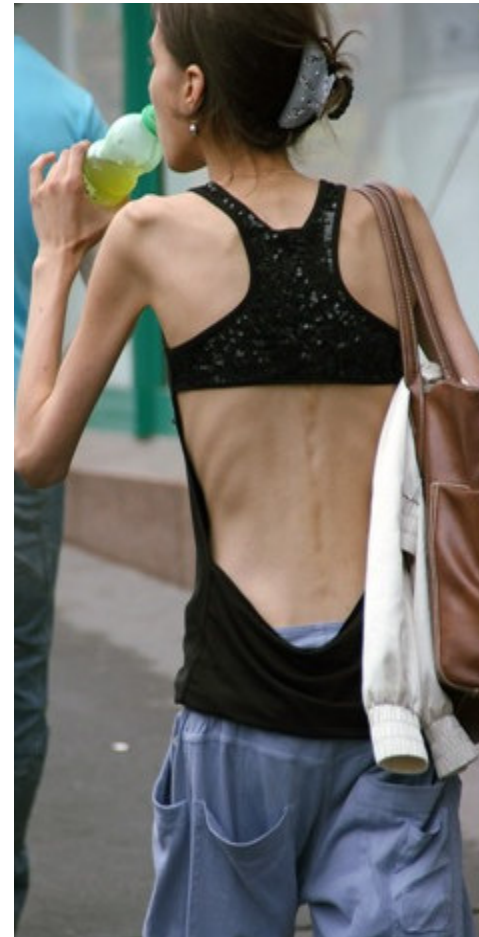
Beratung von Personen mit fehlender Krankheitseinsicht II

- Sich auf Seite der Betroffenen stellen (sofern keine Lebensbedrohung): Therapie hilft nur dann, wenn die Betroffene es will
- Kontaktangebot um weiteren Prozess zu beobachten und zu reflektieren – auch wenn die Betroffene vorerst kein Hilfsangebot annehmen möchte
- Unterstützung der Angehörigen, denen es schwerfällt zu akzeptieren, dass die Betroffene zum jetzigen Zeitpunkt keine Notwendigkeit zur Hilfe sieht



Therapie bei geringer bzw. sehr ambivalenter Behandlungsmotivation

Ziel der
therapeutischen
Arbeit ist eine
Erhöhung der
Therapiemotivation!



Interventionen zur Motivationssteigerung

- **Gesprächsführung in Anlehnung an das Motivational Interviewing**
(nach Miller u. Rollnick 1991): Empathie zeigen / Argumentieren für eine Veränderung vermeiden / Diskrepanzen aufzeigen
- **Informationen über die psychischen und körperlichen Folgeerscheinungen der Essstörung**
Vorsicht: nicht belehrend, sondern im gemeinsamen Dialog und auf den Einzelfall bezogen mit der Patientin herausarbeiten
- **Abwägen der Vor- und Nachteile der Essstörung**
 - Zwei-Felder-Tafel
 - Briefe an die Essstörung (als Freundin und als Feindin)
- **Reflektion über die Zukunft:**
 - Wie soll mein Leben in 2 (oder X) Jahren aussehen und ist das mit der Essstörung zu erreichen?
 - Briefe an die Zukunft schreiben (mit und ohne Anorexie)
 - Motto / Vision für ein gutes Leben entwickeln

Fallbeispiel: Vor- und Nachteile der Anorexie

Negative Aspekte der Anorexie	Positive Aspekte der Anorexie
<ul style="list-style-type: none">• Ich bin ständig mit dem Thema Essen bzw. Nicht-Essen beschäftigt (W7)• Ich kann mich schlecht konzentrieren und mir ist immer kalt (W3)• Ich ziehe mich von meinen Kontakten immer mehr zurück (W9)• Ich kann mein Abitur nicht machen (W10)	<ul style="list-style-type: none">• Ich kann mein Gewicht halten und kontrollieren (W10)• Das Hungern gibt mir Stärke und Kraft (W7)• Ich bin etwas Besonderes (W8)• Wenn mir etwas nicht gelingt, kann ich es nicht mehr auf meine Erkrankung zurückführen (W8)• Ich nehme viele unangenehme Gefühle, mit denen ich schlecht umgehen kann, nicht mehr wahr (W8)

W= Wichtigkeit / 1=wenig wichtig und 10=äußerst wichtig

Anorexie – meine Freundin

Liebe Essstörung,

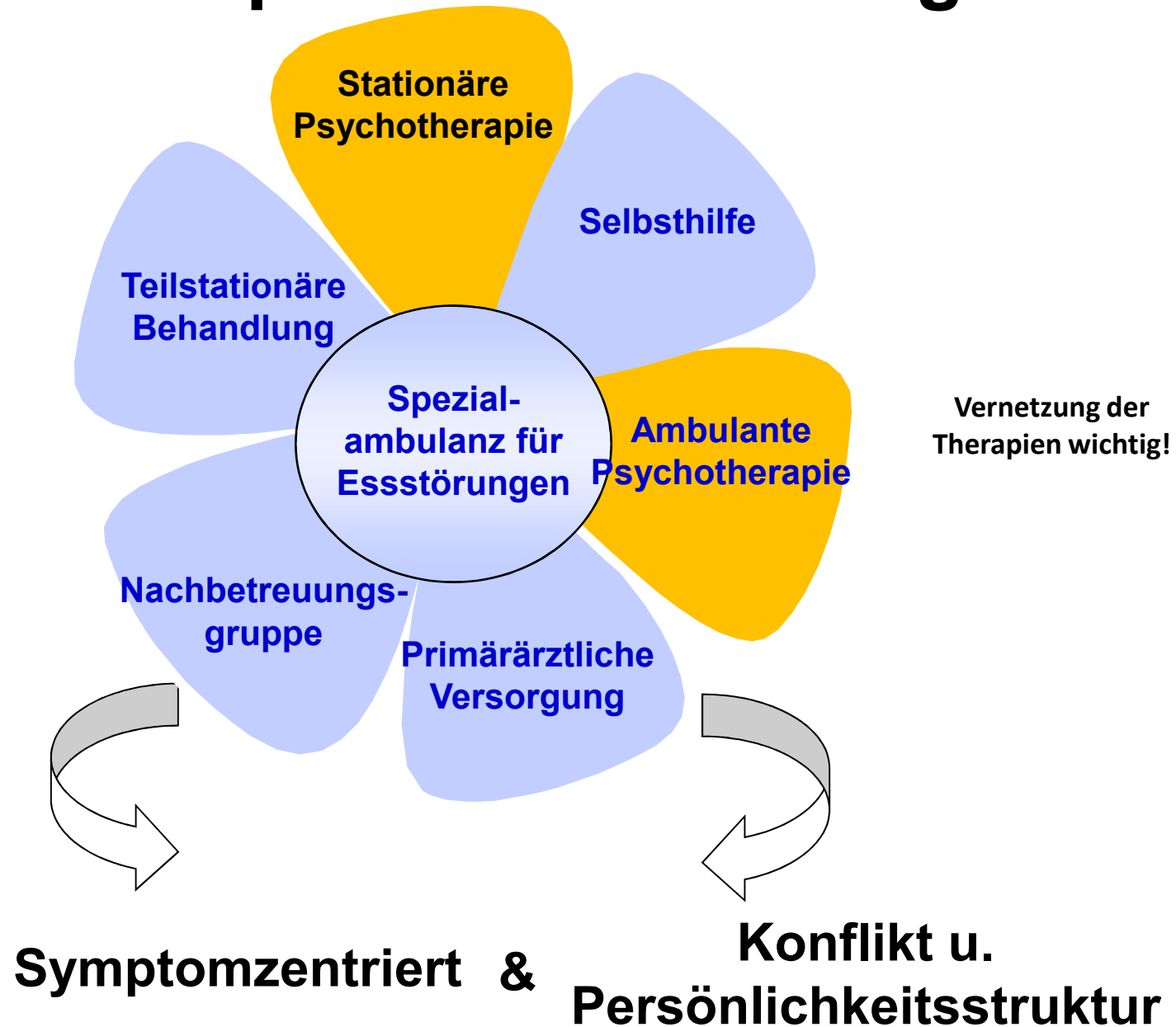
ich wollte dir danken, dass du immer für mich da bist, wenn ich mich einsam und alleine fühle. Wenn sich keiner um mich kümmert, dann brauche ich nur den Kühlschrank zu öffnen und all die schönen Dinge essen, die ich mir sonst verbiete. Du erfüllst mich in diesem Moment, alles um mich herum verschwindet, nichts zählt mehr, außer Essen. Durch dich fühle ich mich unabhängig, ich brauche niemanden. Du machst mich stark, wenn ich down bin. Dank Dir brauche ich keine Angst haben, dick zu werden, ich kann das Essen ganz einfach wieder ausbrechen. Durch dich bin ich etwas Besonderes. Vielen Dank, dass es Dich gibt!
Deine E.

Anorexie – meine Feindin

Du Essstörung,

ich wollte dir schon lange einmal sagen, was ich an Dir hasse. Du hinderst mich daran, ein erfülltes Leben zu führen. Ständig lauerst Du darauf, dass ich Dich sättige, ich kann mich auf nichts mehr richtig konzentrieren, meine schulischen Leistungen sind gesunken und ich gehe nicht mehr gerne mit meinen Freunden aus. Wenn ich alleine zu Hause bin, fühle ich mich wie ein gefangener Tiger, der in seinem Käfig umherschleicht auf der Suche nach was zu essen. Ich kann an nichts anderes mehr denken als an Essen und das kotzt mich im wahrsten Sinne des Wortes an. Ich wünschte, ich wäre Dir nie auf den Leim gegangen, Deinem Versprechen von Schönheit. Ich habe Dir meine Seele verkauft und dafür vielleicht oberflächlich einen schönen Körper bekommen, aber was nutzt er mir, wenn ich mich doch im Spiegel nicht betrachten kann, weil ich mich ständig zu dick fühle, ich mich vor ihm ekle und die Waage mein Gefängniswärter ist. Ich hasse Dich dafür, dass Du mir meine Lebensfreude nimmst und mich so verändert hast. Dass ich nicht mehr aus dem Tiefsten heraus lachen kann und mir so viele Dinge egal
Deine E.

Therapie der Essstörung



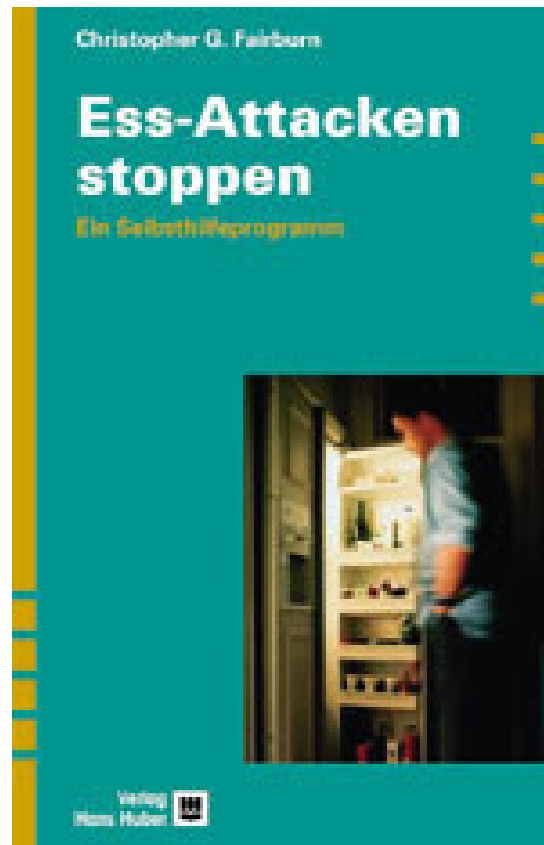
Empfehlungen zur Behandlung der Anorexia nervosa

- Die Behandlung sollte störungsorientiert sein und die körperlichen Aspekte der Erkrankung berücksichtigen (klinischer Konsensuspunkt [KKP]).
- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die Expertise in der Therapie mit Essstörungen haben und störungsspezifische Therapieelemente bereithalten (KKP).
- Bei der Behandlung sollte berücksichtigt werden, dass der Heilungsprozess in der Regel einen Zeitraum von vielen Monaten, wenn nicht Jahren umfasst (KKP).
- Eine unter Zwang durchgeführte Behandlung der Anorexia nervosa sollte nur nach Ausschöpfung aller anderen Maßnahmen inklusive der Kontaktaufnahme mit anderen Einrichtungen erfolgen (KKP).
- Bei jungen Patientinnen (Kindern, Adoleszenten), die noch in der Herkunftsfamilie wohnen, sollten die Sorgeberechtigten beziehungsweise nahe Angehörige in die Behandlung einbezogen werden (Empfehlungsgrad B).
- Bei stationärer Behandlung ist eine weitgehende Gewichtsrestitution anzustreben (Empfehlungsgrad B).
- Im stationären Rahmen sollte eine Gewichtszunahme von 500 g bis maximal 1 000 g pro Woche angestrebt werden, im ambulanten Rahmen sollte das Ziel eine Zunahme von 200 bis 500 g pro Woche sein. Die Patientinnen sollten regelmäßig morgens ungefähr um die gleiche Zeit in leichter Bekleidung gewogen werden (KKP).
- Um im Rahmen der Behandlung der Anorexia nervosa angemessen Nahrung zuzuführen, ist für den therapeutischen Alltag die Orientierung am Körpergewicht am besten geeignet (KKP).

Empfehlungen zur Behandlung der Bulimia nervosa

- Die Psychotherapie ist Therapie der Wahl bei der Bulimia nervosa (BN).
- Die Behandlung sollte störungsorientiert erfolgen (klinischer Konsensuspunkt [KKP]).
- Die kognitive Verhaltenstherapie (KVT) gilt bei Kindern, Jugendlichen und Erwachsenen als Therapie der Wahl.
- Die Therapiedauer sollte mindestens 25 Sitzungen mit einer Frequenz von mindestens einer Therapiestunde pro Woche (KKP) umfassen.
- Bei bulimischen Patientinnen mit Komorbiditäten, wie zum Beispiel einer Borderline-Symptomatik, sollte die Therapie um störungsorientierte therapeutische Elemente ergänzt werden (KKP).
- Bei Kindern und Jugendlichen mit BN sollten die Familienmitglieder in die Therapie einbezogen werden (KKP).
- Für einige Patientinnen mit BN kann die Teilnahme an einem evidenzbasierten Selbsthilfeprogramm, das unter Anleitung erfolgt (angeleitete Selbsthilfe) und auf Elementen der kognitiven Verhaltenstherapie beruht, eine ausreichende Therapie darstellen (B, Evidenzgrad Ia)
- Die Gabe von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRI) ist die medikamentöse Therapie der Wahl. Nur Fluoxetin ist in Deutschland in Kombination mit einer Psychotherapie bei Erwachsenen mit BN zugelassen (B, Evidenzgrad Ia).

Selbsthilfe bei Bulimia nervosa



C. Fairburn: Essattacken stoppen
H.Huber, 2008



U. Schmidt, J. Treasure. June
Alexander: Die Bulimie besiegen
Beltz, 2016

Indikation für eine stationäre Behandlung von Essstörung

- Gravierendes Untergewicht (BMI < 15 kg / m²)
- Rapider oder anhaltender Gewichtsverlust (>20% über 6 Monate)
- Trotz ambulanter Therapie / Tagesklinik anhaltender Gewichtsverlust oder seit 3 Monaten stagnierendes Untergewicht
- Starke körperliche Gefährdung oder medizinische Komplikationen
- Gravierende psychische Komorbidität
- Schwere bulimische Symptomatik, massiver Laxantien- oder Diuretikaabusus
- Überforderung im ambulanten Setting, wenn dieses z.B. zu wenig strukturierte Vorgaben (Mahlzeitenstruktur, Essmenge) bieten kann
- Vorliegen von sozialen oder familiären Einflussfaktoren, die den Gesundungsprozess stark behindern

siehe auch: www.awmf.org/leitlinien

Therapie der AN und BN

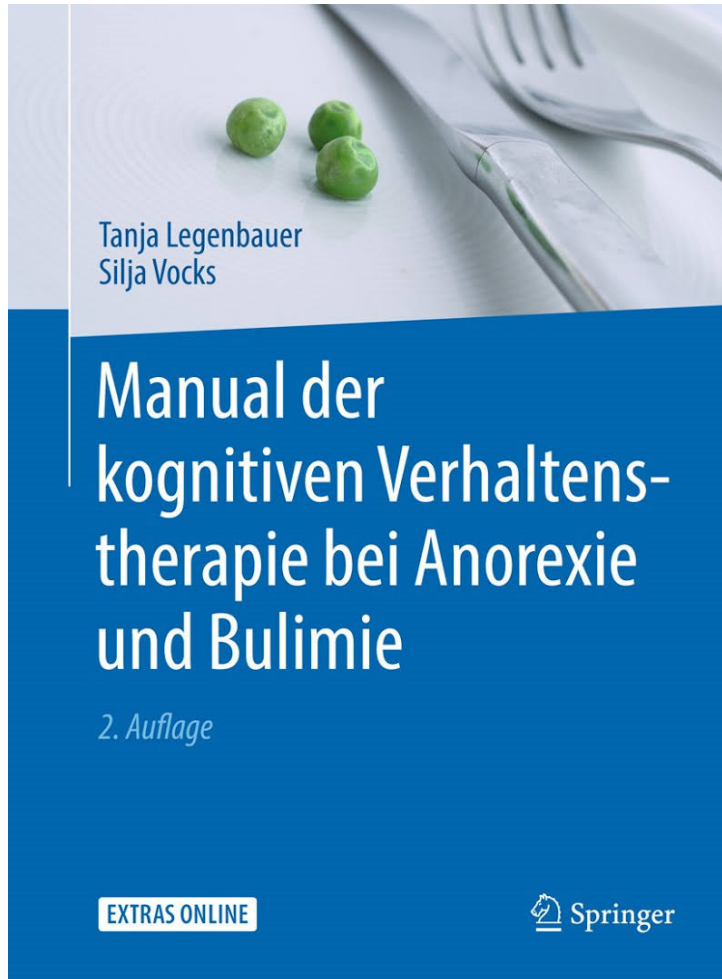
Symptomorientiert:

- **Informationsvermittlung über das Krankheitsbild und die Krankheitsmechanismen**
- **Ernährungs- und Gewichtsrehabilitation**
- **Bearbeitung der Körperwahrnehmungsstörungen**

Konfliktorientiert:

- **Behandlung der „dahinter liegenden“ Problembereiche / Konflikte**

Symptom- und konfliktorientierte Behandlung der Anorexie und Bulimie (KVT)



Inhalte:

- Motivierung
- Vermittlung eines individuellen Störungsmodells und Ableitung der Therapieziel
- Normalisierung des Essverhaltens
- Kognitive Interventionen
- Verbesserung der Emotionsregulation
- Verbesserung der sozialen Kompetenzen
- Veränderung des Körperbildes
- Förderung von Ressourcen
- Rückfallprophylaxe

Interventionen zum Herausarbeiten der konfliktorientierten Anteile der Essstörung

- **Biographie:** Herausarbeiten der Auswirkung von biographischen Erfahrungen auf heute aktuelle (konflikthafte) Beziehungsmuster und von möglichen traumatischen Erlebnissen
- **Familien- / Angehörigengespräche:** Analyse von familiären Kommunikationsmustern, die die Essstörung eher verstärken oder verbessern / Sammlung von fremdanamnestischen Daten
- **Analyse der Übertragung in der therapeutischen Beziehung:** Wie wirkt die Patientin auf mich? Wie gestaltet sie die therapeutische Beziehung zu mir? Was ist dabei auffällig?
- **Beobachtung von (konflikthafte) Interaktionen mit Mitpatienten:** vorwiegend im stationären Kontext möglich
- **Analyse von (schwierigen) Beziehungsepisoden mit aktuellen Bezugspersonen**

wichtig: Krankheitsverständnis / Funktion der Essstörung muss gemeinsam erarbeitet werden!

Häufige konfliktorientierte Themen der Therapie

(schulenübergreifend)

- Dysfunktionaler Umgang mit negativen Affekten wie Ärger, Wut, Traurigkeit, Scham, Neid, Eifersucht
bei **Anorexie**: eher Schwierigkeiten in Emotionserkennung und Emotionsausdruck
bei **Bulimie**: eher in der Emotionsregulation
- Ablösungsschwierigkeiten vom Elternhaus aufgrund mangelnden Bewältigungsstrategien für anstehende Entwicklungsaufgaben (gilt mehr für die Anorexie)
- Ausgeprägtes Leistungsdenken und Perfektionismus
- Scham- und Schuldgefühle aufgrund von traumatischen Erlebnissen / Abwehr von sexuellen Wünschen und von Weiblichkeit
- Ungünstige, dysfunktionale (familiäre) Kommunikationsmuster / mangelnde Konfliktbewältigungsstrategien
- Defizite / Ängste in der Beziehungsgestaltung

Letztendlich aber immer abhängig von der individuellen Problematik und dem biographischen Hintergrund des jeweiligen Patienten!

Exkurs: Häufige auftretende Psychodynamik bei Anorexie

(aus tiefenpsychologischer / analytischer Sicht)

- Einsame, distanzierte Beziehungsgestaltung (auf dem Hintergrund früher Trennungsangst) (Ward et al. 2000)
- Bedürftigkeit wird abgewehrt, da sie als gleichbedeutend mit einer Aufgabe der Selbstkontrolle erlebt wird
- unbewusster Vorwurf an die Familie
- Patientin möchte „anders“ sein und dennoch das „Kind“ bleiben
- Untergewicht sichert Aufmerksamkeit und Zuwendung
- Untergewicht mindert zwischenmenschliche Gefühle (insbesondere zum anderen Geschlecht) und drückt Emotionen aus, ohne dass sie offen zur Sprache kommen müssen
- Hungern kann als Selbstbestrafung dienen

Familiendynamische Aspekte bei Anorexie

(aus systemischer , familientherapeutischer Sicht)

- Es gibt nicht die „Anorexie-Familie“
- Neustrukturierung des Beziehungsgefüges jedoch bedeutsam für Verlauf
- Pubertäre Loslösung und „Schwellensituation“ für die gesamte Familie
- Erfahrung der Eltern mit ihrer „Loslösung“ (Nicht-Loslösung)?
Zukunft der Eltern als Paar?
- Anorexie als Versuch innerfamiliäre Konflikte zu lösen?
(Vereinigung der Eltern in Sorge um die Pat.)

Symptomorientierte Bausteine: Ernährungs- und Gewichtsrehabilitation (AN und BN)

- Erlernen eines regelmäßigen, ausgewogenen und ausreichenden Essverhaltens (Theorie und Praxis)
- Sukzessive Aufnahme bisher verbotener Nahrungsmittel in den Speiseplan
- Essen angstfrei(er) und mit Genuss erleben können
- Reduktion von Heißhungerattacken und Erbrechen (falls vorhanden)
- Teilnahme an Übungen in der Lehrküche: unter Anleitung einer Diätassistentin Planung, Einkauf und Zubereitung von Mahlzeiten in der Gruppe
- Gewichtszunahme-Vereinbarungen bei Untergewicht / Anorexie (Gewichtsverträge)



Ernährungsprotokoll: Frau P.

Datum:

Mahlzeiten	Situation vor dem Essen	Wie viel und was	Getränk	Nach dem Essen: Tätigkeit, Gefühle Gedanken
Frühstück 8.00 Uhr	<i>Müde Ich habe eigentlich keinen Hunger. Warum soll ich eigentlich was essen? / Ich fühle mich aufgebläht, habe heute zugenommen.</i>	½ Brötchen mit Magerquark 1 kleine Schale Müsli	1 ½ Kännchen Kaffee	<i>Das war schon zu viel, ich muss einsparen wegen der Zunahme heute morgen. Würde am liebsten gar nichts essen. Wie soll ich morgens mal 2 Brote wie die anderen schaffen?</i>
11.00 Uhr		1 Pfirsich	1 Glas Sprudel	<i>Naja, ein Obst kann ich mir ja erlauben.</i>
Mittagessen 12.00 Uhr	<i>Keine Lust zu essen</i>	1 Suppe 2 Gemüseaultaschen, 1/2 Portion Kartoffelsalat ½ Nachtisch Cappuchinocrema	1 ½ Gläser Wasser	<i>Am liebsten hätte ich weitergegessen. Das war aber schon zu viel. Am Salat war auch noch Mayonese.</i>
Abendessen 18.00 Uhr	<i>Gut, dass ich wieder etwas Hunger habe.</i>	2 Brote 1 Magarine 2 Scheiben Käse 4 Scheiben Gurke	½ Liter Wasser	<i>2 Brote sind ganz schön viel, hoffentlich habe ich nicht zugenommen. Fühle mich traurig, weil sich heute eine Mitpatientin verabschiedet.</i>

Individueller Essensplan in der ersten Behandlungswoche: Frau A. und Frau L.

Frau A. (Anorexie BMI 12,0 kg/m²)

Morgens: 1 VK-Brot, 1 Quark
1 Naturjoghurt mit 1 Obst

ZM: 1 Fortimel (Capuccino oder Erdbeer)

Mittags: 1/4 Portion vegetarisch,
1/4 Nachtisch

ZM: 1 Fortimel (Capuccino oder Erdbeer)

Abends: 1/2 Scheibe Brot, 1 Kräuterquark,
1/4 Päckchen Butter

Frau L. (Bulimie, BMI 19,2 kg/m²)

Morgens: 1 Brötchen, 1 Mischbrot,
1 Butterpäck., 1 Frischkäse, 3
Scheiben Schnittkäse, 1 Obst

Mittags: Suppe, 3/4 Portion und ganzer
Nachtisch

ZM: 2x in der Woche 1 Stk Kuchen

Abends: 2 Scheiben Brot, belegt mit ganzer
Portion Wurst oder Käse, 1 Päckchen
Butter, Gemüse garnitur oder Salat

Essensplan Frau J.:

Erste Behandlungswoche

Morgens: 1 Brötchen, 1 Päckchen
Marmelade,
1 Messerspitze Butter

ZM: keine

Mittags: Suppe auf Bedarf, 3/4 Portion
Nachtisch probieren

ZM: keine

Abends: 1 Scheibe Brot, 1 Scheibe
Käse, Gemüse garnitur

Fünfte Behandlungswoche

Morgens: 1 1/2 Brötchen, 2 Päckchen
Marmelade,
2 Päckchen Butter

ZM: ein Sahnejoghurt

Mittags: Ganze Portion, ganzer Nachtisch

ZM: 1 Schokoriegel / Samstag oder
Sonntag stattdessen Kuchen

Abends: 2 Scheiben Brot, belegt mit Wurst
oder Käse, 1 Päckchen Margarine,
Gemüse garnitur oder Salat

Liste verbotener (schwieriger) Lebensmittel

Notieren Sie in dieser Liste Ihre sogenannten „verbotenen“ Nahrungsmittel. Das sind diejenigen, von denen Sie der Meinung sind, dass Sie sie eigentlich nicht essen sollten bzw. sie wieder erbrechen, wenn Sie sie gegessen haben (z.B. weil sie zu viele Kalorien haben oder Ihrer Ansicht nach ungesund sind)

z.B.

Schokolade

Schlagsahne

in Fett Gebratenes

Gummibärchen

Nutella

Butter, Margarine

Nüsse etc...

Exkurs: Essbegleitung bei AN und BN



Ziele im Essverhalten

(als Hilfe im stationären Setting: therapeutische Essbegleitung)

- Regelmäßige Mahlzeitenstruktur einüben!
- Veränderung des Essverhaltens zu einer angemessenen, ausgewogenen, strukturierten und genussvollen Ernährung
- Portionen einschätzen lernen und sich mit „normalen“ Portionsgrößen auseinandersetzen
- Essgeschwindigkeit normalisieren
- Nahrungsvielfalt steigern, verbotene Nahrungsmittel abbauen (Liste erstellen)
- Im Laufe der Therapie: Genussvoll essen, Wahrnehmung schulen
- Hunger, Appetit und Sättigung beachten
- In Gemeinschaft essen lernen / kommunikativer Aspekt des Essens
- Gegenseitige Unterstützung bei Erreichen von Verhaltenszielen durch Rückmeldungen
- Vorbereitung auf Essenssituationen in Selbstverantwortung (spätestens im letzten Drittel der Therapie „Tischwechsel“)

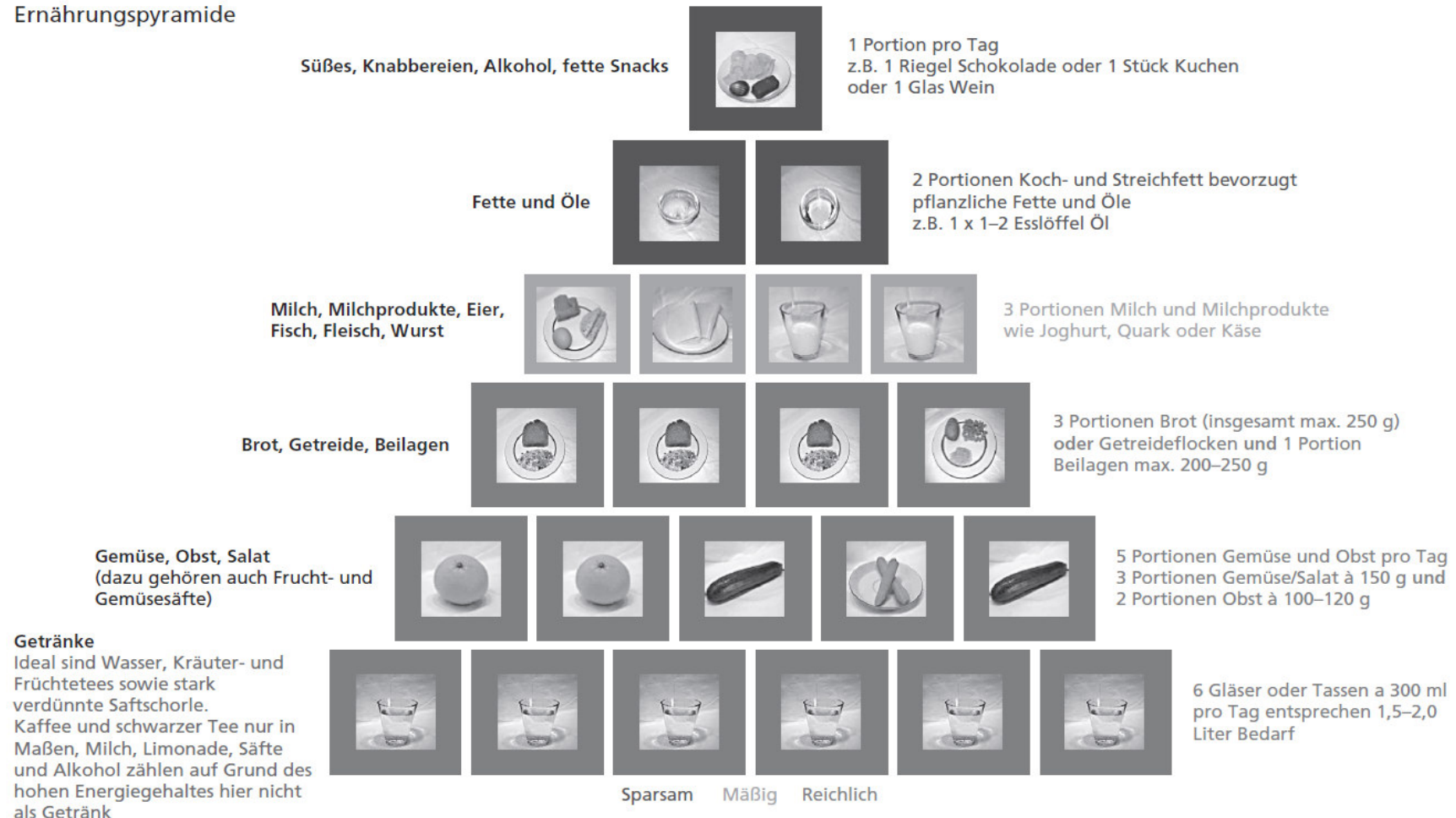
Rahmenbedingungen am therapeutenbegleiteten Esstisch

- Alle fangen gemeinsam an
- Das Essen dauert 30 Minuten - auch wenn andere vorher fertig sind
- Richtlinie ist der individuelle Ernährungsplan
- Beginn und Ende mit einem Blitzlicht (Stimmung?, Ziel?, Schwierigkeiten?)
- Von allem probieren
- Essen nicht hin und her schieben
- Während der Mahlzeiten nicht aufstehen oder rausgehen
- Essen nicht hinauszögern (z. B. lange Pausen, viel reden)
- Essen darf nicht getauscht werden
- Keine eigenen Lebensmittel und Getränke zu den Mahlzeiten mitbringen

Hilfen zur Ernährung: Richtlinien der deutschen Gesellschaft für Ernährung: www.dge.de

Arbeitsblatt 13 Ernährungspyramide

Empfohlene Mengen für den täglichen Verzehr



Richtlinie gilt für normalgewichtige Personen, um zuzunehmen sind zumeist zusätzlich 2-3 Zwischenmahlzeiten noch notwendig (oder Nachschlag+ZM)

Der Gewichtsvertrag

Wichtige Bestandteile:

- Immer individuell aushandeln!!
- 500-1000gr. Zunahme pro Woche als Leitlinien-Empfehlung / wie viel genau in diesem Rahmen wird im Einzelfall ausgehandelt
- Formulierung eines Ausgangsgewichts (aktuelles Gewicht z.B. 43,4kg) und eines vorläufigen (realistischen) Zielgewichtsgewichts (z.B. 48,0 kg)
- 2 Wiegetermine wöchentlich, an welchen die vereinbarte Zunahme überprüft wird
- Formulierung von Konsequenzen bei Einhalten und bei Nicht-Einhalten- hier aushandeln (stationär: meist Ausgangsbeschränkungen / **ambulant: Grenze vereinbaren an der stationärer Aufenthalt Thema und Grenze, an der Therapie im ambulanten Rahmen nicht mehr weitergeführt wird**)



Gewichtsvertrag Frau B.

Ich möchte mein Leben nicht mehr von der Angst vor einer Gewichtszunahme und ständigen Gedanken an das Essen bestimmen lassen. Dieser Vertrag soll mich darin unterstützen.

Hiermit verpflichte ich mich, ab dem Montag 18.09. pro Woche 700g an Gewicht zuzunehmen. Von Donnerstag auf Montag 400 g und von Montag auf Donnerstag 300g.

Mein Ausgangsgewicht: 40 kg

Mein vorläufiges Zielgewicht: 46 kg

Datum: Gewicht

Do. 21.09. 40,3 kg

Mo. 25.09. 40,7 kg

Do. 28.09. 41,0 kg

etc...(bis 46 kg erreicht sind)

Ich werde mich belohnen, wenn ich mein Ziel eingehalten habe: 1 neuen CD (4 x eingehalten), Bildband über Italien (bei Erreichen des Zielgewichts)

Bei Nichteinhalten meines Vertrages treten an den Wiegetagen folgende Konsequenzen von Ausgangsbeschränkung gestuft ein: 1. Konsequenz: 3std. Ausgang / 2. Konsequenz: 1 ½ Std Ausgang / 3. Konsequenz: ½ Std Ausgang / 4. Konsequenz: Stationsgebot / 5. Konsequenz: Motivationsgespräch

Datum _____ Patient(in) _____ Bezugstherapeut _____ :

Symptomorientierte Bausteine der Therapie: Veränderung der Körperwahrnehmungsstörung

- Die Figur unverzerrt einschätzen lernen
- Eigene Körperteile differenzierter wahrnehmen und bewerten lernen / Realitätsüberprüfung: Was fühle ich vs wie sehe ich wirklich aus?
- Positive und negative Merkmale des Körpers wahrnehmen

Therapeutische Interventionen:

- Körpertherapie
- Kognitive Umstrukturierung
- Kunsttherapie
- Spiegelexposition (ab BMI > 18 kg/m²)



Nicht (bzw. wenig)-konfrontative körpertherapeutische Interventionen

- Imaginationsübungen (z.B. Körperreisen)
- Entspannungsübungen (PME, Yoga, Qi-Gong, Autogenes Training etc.)
- Partnerübungen (z.B. Igelball-Massage / Nähe und Distanzübungen)
- Förderung basaler Körperwahrnehmung: Spüren, wahrnehmen, bewegen (Bälle, Sandsäckchen, Körperreisen, Decken usw.)
- Tanztherapie

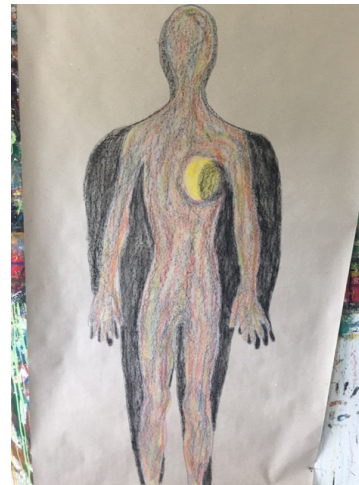
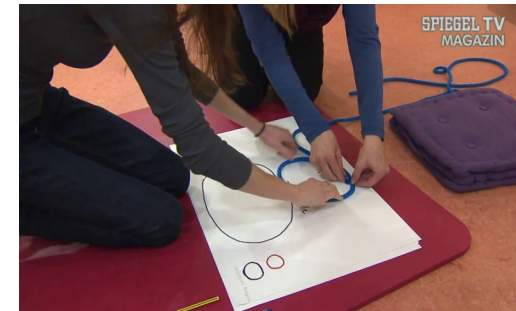


Konfrontative Interventionen zur Bearbeitung der Körperbild-Störungen / Körperunzufriedenheit

- **Körpervideo**
- **Seilübungen**
- **Körperumrisszeichnungen**
- **Figurkonfrontation im Spiegel**

Immer in Kombination mit kognitiven Interventionen:

- **Sokratischer Dialog**
- **Disputation**
- **Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken**



Körpervideo

- z.B. In eng anliegender Kleidung / oder in Unterwäsche/ Bikini mit Aufnahmen:
- von vorne: zunächst in „fern-zoom“, dann ran-zoomen und langsam von oben (Kopf) bis untern (Füße) filmen
- das selbe von der linken und der rechten Seite (Pat. soll dabei in den Bauch einatmen, Bauch nicht einziehen)
- Das selbe von hinten; zusätzlich soll Pat. Arme zur Seite ausbreiten (wie Flügel), sie soll sich dann nach vorne beugen und langsam hochkommen, so dass die Wirbel sichtbar sind
- Auf einem Stuhl sitzend von vorne, der linken und der rechten Seite und Beine übereinanderschlagend

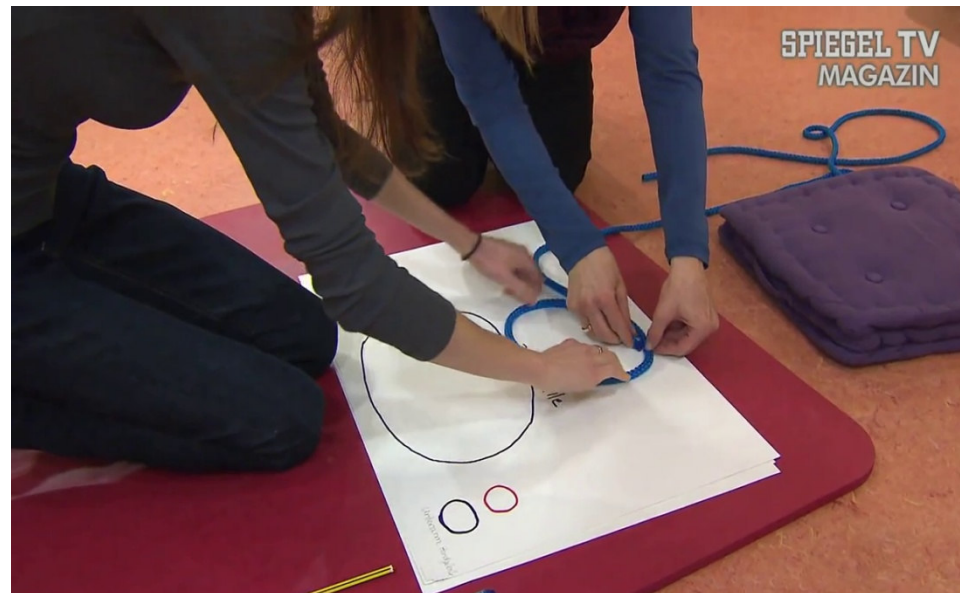


Seil-Übungen

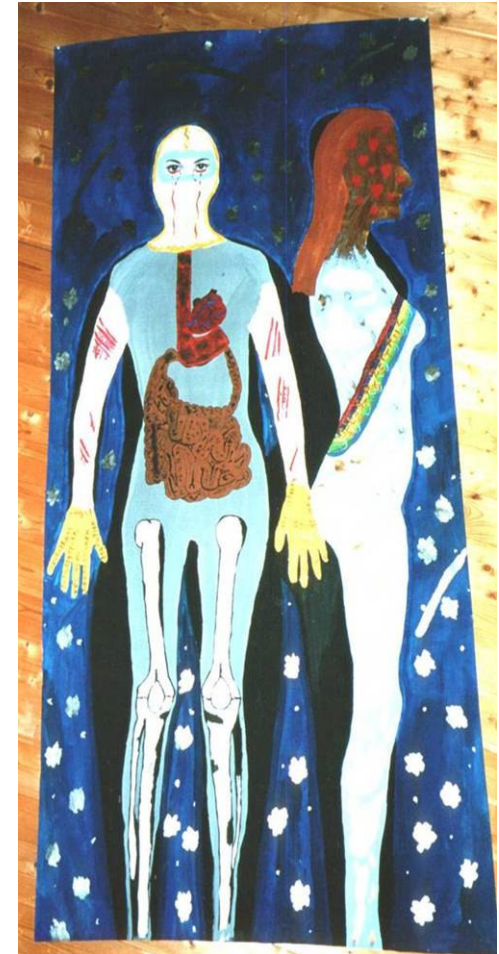
Ziel:

Abgleichen der Körperbildes im Kopf mit realem Körperbild

Unterscheidung von Körpergefühl und realem Aussehen



Auseinandersetzung mit der Körperbild in der Kunsttherapie



Spiegelkonfrontations-Übungen

(vorwiegend bei Bulimie / Normalgewicht)



Hauptziele: Beschreiben lernen (nicht bewerten) und Habituation an den Körper

Beispiel aus Leitfaden Figurkonfrontation

Oberarme:

- Wandern Sie nun mit Ihrem Blick von den Schultern zu den Oberarmen und betrachten Sie diese. Welche Form haben Ihre Oberarme?
- Können Sie die Muskeln sehen und ertasten?
- Welche Farbe hat die Haut an Ihren Oberarmen?
- Wie sehen Ihre Ellenbogen aus? Sind sie knochig und eckig oder eher rund? Wie fühlt sich die Haut an Ihren Ellenbogen an?
- Drehen Sie sich um und betrachten Sie Ihre Oberarme nun einmal von hinten. Was sehen Sie?

Unterarme:

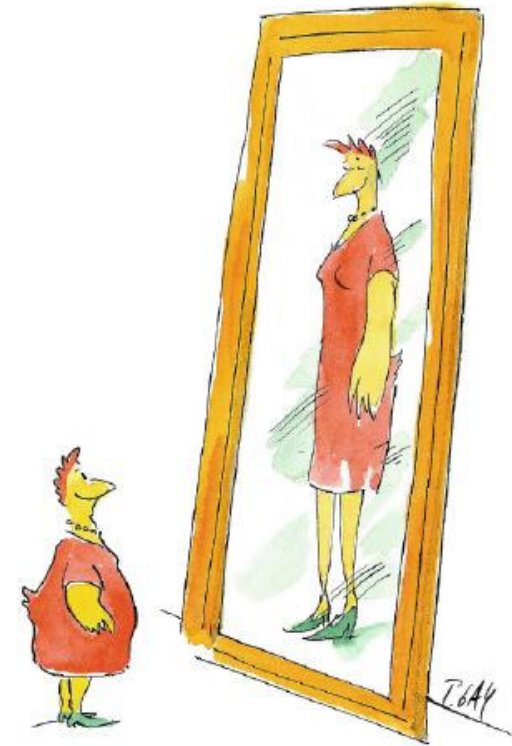
- Machen wir weiter mit Ihren Unterarmen: Welche Farbe haben die innere, d. h. die in Richtung Körper zeigende und die äußere Seite?
- Wenn Sie die Innen- und Außenseite Ihrer Unterarme berühren: Wie fühlt sich die Haut an diesen unterschiedlichen Seiten an?
- Sind Ihre Unterarme sehnig? Kann man die Adern erkennen?
- Wie sieht Ihr Handgelenk aus?

Hände:

- Nun sehen Sie sich bitte genau Ihre Hände an. Wie würden Sie diese beschreiben?
- Sind Ihre Hände eher lang oder kurz?
- Ist der Handteller eher rund oder oval-länglich?
- Sind die Adern zu sehen?
- Schauen Sie sich Ihre Finger an: Welche Form haben sie? Sind sie eher lang?
- Betrachten Sie jetzt bitte Ihre Fingernägel: Welche Form haben sie? Sind sie eher rund oder oval? Sind sie kurz oder lang?

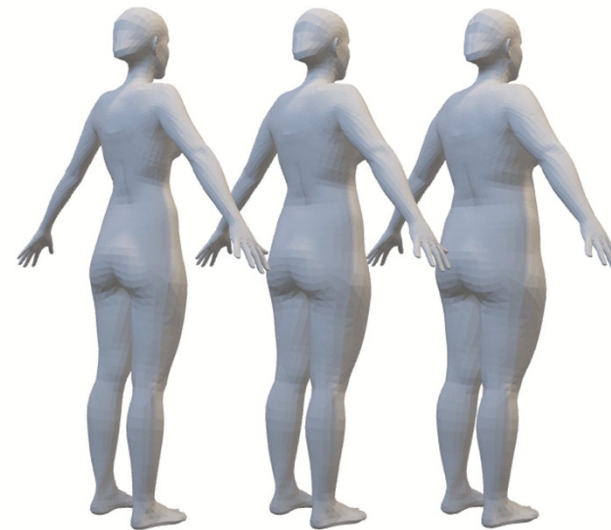
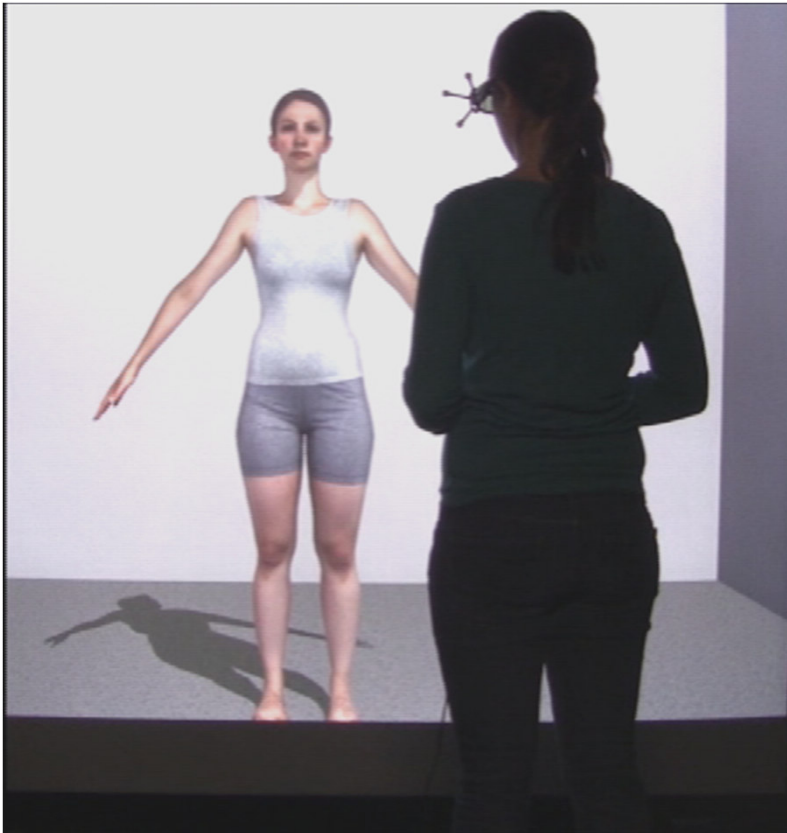
Ziele der Spiegelkonfrontation

- Spezifizieren, Konkretisieren eines Areal
- Förderung der Proportionsansicht
- Körperbild ist nichts Statisches – Körper sieht je nach Seite der Betrachtung anders aus
- Nutzung verschiedener Wahrnehmungsebenen (was sehe ich?, wie fühlt es sich an?)
- Körper(un)zufriedenheit ist auch situativ
- Begrifflichkeiten zur besseren Differenzierung geben un weg von Dick-Dünn-Ebene
- Positive Gefühle verstärken (z.B. Patientin schmunzelt, wenn sie nach Tattoo gefragt wird)



Ich liebe solche Spiegel!

Zukünftige Interventionen mit Virtueller Realität



Mölbert et al. *Psychological Medicine* (2018), 48, 642-653

Hinweis zur Reihenfolge der Behandlungsmodule bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie

<p>Anfangsphase</p>	<p>Schwerpunkt: Symptombehandlung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Informationsvermittlung über das Krankheitsbild und die Krankheitsmechanismen • Ernährungs- und Gewichtsrehabilitation: Führen von Essprotokollen und Gewichtskurve, Ziele im Essverhalten, individueller Essplan, Liste verbotener Nahrungsmittel, bei AN: Gewichtsvertrag • Erarbeitung gemeinsamer Therapieziele • Erstellung eines Lebenslaufs
<p>Mittlere Therapiephase</p>	<p>Schwerpunkt: Bearbeitung der dahinterliegenden Konflikte Auseinandersetzung mit den Ursachen und Hintergründen der Essstörung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Biographie-Bearbeitung / Analyse aktueller Beziehungsmuster • Individuelles Krankheitsmodell • Verhaltensanalyse Essanfälle / Emotionsregulations-Strategien • Angehörigengespräch(e) • Arbeit an den Körperwahrnehmungsstörungen • Weitere Arbeit am Ernährungsmanagement / Gewichtszunahme AN / Erweiterung des Nahrungssortiments / Essprotokoll schreiben nur noch nach Indikation
<p>Therapieendphase</p>	<p>Schwerpunkt: Übernahme von mehr Selbstverantwortung</p> <ul style="list-style-type: none"> • Auflösung des Gewichtsvertrages • Eigenverantwortlichkeit beim Essen und Gewichtsmonitoring • Rückfallprophylaxe • Bilanzierung über das Therapieergebnis und die therapeutische Beziehung

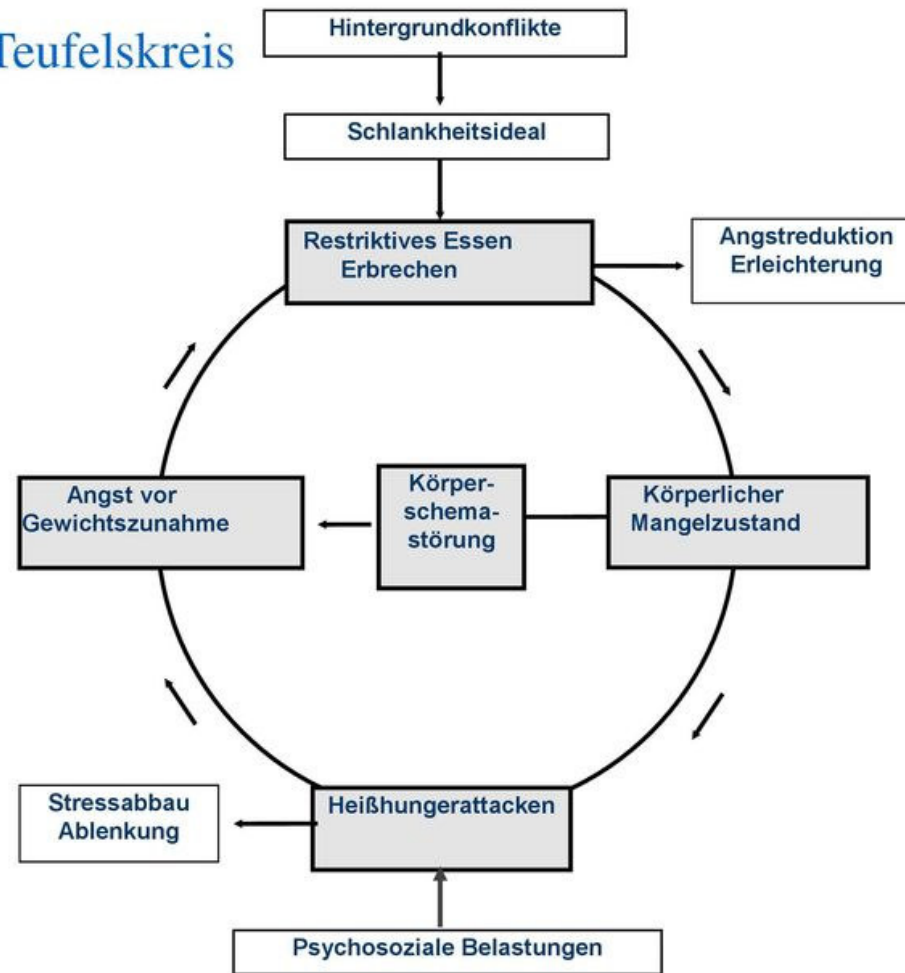
Bearbeitung der Heißhungerattacken mit Erbrechen

1. Erarbeitung des Zusammenhangs zwischen restriktivem Essen und Heißhungerattacken
2. Identifizierung von Triggern, die eine Heißhungerattacke mit Erbrechen auslösen durch Verhaltensanalysen



Teufelskreis der Bulimie

Ein Teufelskreis



Verhaltensanalyse einer Patientin mit Bulimie

Auslösende Situation	Körperliche Verfassung/ überdauernde persönl. Regeln und Pläne <i>Diese Variable erst einführen, wenn mehrere VA gemacht wurden</i>	Problemverhalten	KONSEQUENZEN
	<u>Körperliche Zustände:</u> <u>Persönliche Einstellung:</u>	<u>Gedanken:</u> <u>Gefühle:</u> <u>Körperreaktion:</u> <u>Verhalten:</u>	<u>Kurzfristig positiv:</u> <u>Kurzfristig negativ:</u> <u>Langfristig negativ:</u> <u>Langfristig positiv:</u>

Methodenauswahl am Fallbeispiel Frau S.

Möglichkeiten zur Verhaltensänderung

- **Stimulus-Kontrolle:** z.B. Reste vom Mann aufräumen lassen, Vorratsschrank weniger leicht zugänglich im Keller haben, ausreichende Portionen morgens essen
- **Kognitive Strategien:** statt: „Ich muss mich trennen“: „Ich muss Jörg deutlich sagen, dass ich mir eine bessere Arbeitsteilung im Hause wünsche und dass er mich nicht vor den Kindern anmeckern soll“.
Positive Selbstinstruktion: Ich werde jetzt nicht essen, sondern nachher mit Jörg das Gespräch suchen“.
- **Einübung sozialer Kompetenzen und Fertigkeiten:** Konflikt mit Mann konstruktiv ansprechen / Mann bitten, in die Küche zu kommen und mitzuhelfen
- **Strategien zur Verbesserung von Affektregulation:** Ärger-Abfuhr durch Verlassen der Küche und Rausgehen, Achtsamkeitsübung (Ärger akzeptieren)



Hilfreiche Interventionen zur Verbesserung der Affektintoleranz

- Proaktives Problemlösen
- Kognitive Umstrukturierung dysfunktionaler Gedanken
- Akzeptanz von Emotionen (siehe Achtsamkeitstherapie)
- Einüben von funktionalen affektmodulierendem Verhalten: Ablenkung hin zu Tätigkeiten, die positive Emotionen auslösen
- Barrieren gegen dysfunktionales, affektmodulierendes Verhalten aufbauen z.B. keine Gegenstände zur Selbstverletzung in der Wohnung haben, STOP-Zettel gegen Erbrechen auf Toilette
- Skills-Training (nach Linehan)
- Soziales Kompetenztraining

Umgang mit Rückfällen

- Entlastung vom Erfolgsdruck: Therapie ist kein linearer Prozess
- Entpathologisierung: Rückschläge sind normal / die Bewältigung der Rückschläge ist der eigentliche Erfolg
- Unterscheiden lernen zwischen kurzfristigem Rückschlag und tatsächlich langandauerndem Rückfall
- Suche nach Auslösern (mit VA): Welche Bedingungen haben dazu geführt, was kann ich das nächste Mal anders machen?
- Fokussierung auf die Zeit des Erfolgs; Besprechen, wie Patientin bis zum Rückfall hin ein verändertes Essverhalten geschafft hat. Ausblick, dass sie es wieder schaffen kann
- Verhinderung von „Alles oder Nichts Denken wie: „Jetzt kann ich weiteressen und brechen, jetzt ist alles egal“.
- Erarbeiten eines individuellen Rückfall-(Notfall) Plans

Fallbeispiel: Meine Strategien zur Verhinderung von Essanfällen und Erbrechen:

Was helfen kann, einen Heißhungeranfall zu verhindern

- Ausreichende Ernährung
- Ruhepausen zwischen Tätigkeiten einplanen
- Möglichst keine bevorzugten Nahrungsmittel für Essanfälle einkaufen
- Sich mit Menschen umgeben
- Entspannungstechniken
- Ärger ansprechen (direkt bei der Person oder mit anderen)

Wenn es kritisch wird:

- Freundin besuchen oder anrufen
- Nach dem Essen zum Spaziergang verabreden, um Erbrechen zu vermeiden
- Ablenkung durch Baden, Hörbuch hören, im Garten arbeiten

Angehörigengespräch

Mögliche Ziele:

- **Diagnostische Funktion für den Therapeuten:** wie geht die Familie miteinander um? Was sind günstige, was sind eher ungünstige Interaktionsmuster? / fremdanamnestiche Eindrücke der Krankheitsentwicklung
- **Sichtweise aller auf Erkrankung kennenlernen**
- **Ein gemeinsames Bündnis zur Krankheitsbewältigung herstellen**
- **Informationsvermittlung über die Erkrankung** (Diagnose benennen, auf multifaktorielle Genese hinweisen: Familie ist nicht schuld, Therapiemöglichkeiten aufzeigen)
- **Fragen und Anliegen der Angehörigen klären**



Cave: es geht nicht um Therapie der Familie oder Bearbeitung ungünstiger Muster, sondern um die Herstellung eines positiven Bündnisses!

Angehörigengruppe



1x monatlich mit den Themen:

- **Die Krankheit besser verstehen: Psychoedukation über die Erkrankung / Aufklärung über Mythen**
- **Verbesserung der Kommunikationsfertigkeiten:** Herausarbeiten von ungünstigen krankheitsaufrechterhaltenden Reaktionsmustern (z.B. Überbehütung oder Konfliktvermeidung / Anklage und Kontrolle / Aggressive Reaktion)
- **Hilfen zum Umgang mit dem Essverhalten nach Entlassung**
- **Selbstfürsorge: Wie können wir trotz Belastung gut für uns sorgen?**

Literatur

Behandlungsmanuale:

- Legenbauer T. und Vocks S. (2017). Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Heidelberg: Springer Verlag
- Jacobi C., Thiel A., Beitner I. (2016) Anorexia und Bulimia nervosa: Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial (Materialien für die klinische Praxis). Heidelberg: Beltz
- Wunderer E. (2019). Therapie-Tools Essstörungen. Heidelberg: Beltz
- Achonti C., Roediger E., de Zwaan M. (2016). Schematherapie bei Essstörungen. Heidelberg: Beltz.
- Fairburn C. (2012). Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörung. Stuttgart: Schattauer
- Herpertz S., Zipfel S., de Zwaan M. (Hrsg.) (2015) Handbuch Essstörungen und Adipositas. Heidelberg: Springer.
- Vocks S., Legenbauer T. (2010). Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. Göttingen: Hogrefe
- Friederich H.C , Herzog W, Wild B, Zipfel S, Schauenburg H. (2014). Anorexia Nervosa. Fokale psychodynamische Psychotherapie. Göttingen: Hogrefe.

Für Betroffene und Angehörige:

- Zeek, A., Herpertz (Hrsg.) (2015). Diagnostik und Behandlung von Essstörungen. Ratgeber für Patienten und Angehörige. Patientenleitlinie. Berlin: Springer Verlag
- Pauli D. (2018). Size Zero. Essstörungen verstehen, erkennen und behandeln. München: Beck
- Schulte-Markwort M., Zahn S. (2011). Magersucht – effektive Hilfe für Betroffene und Angehörige. Patmos-Verlag
- Fairburn C. (2008). Ess-Attacken stoppen. Ein Selbsthilfeprogramm. Bern: Huber
- Schmidt U., Treasure J., June A. (2016). Die Bulimie besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm. Berlin: Beltz.
- Treasure J., June A. (2014). Gemeinsam die Magersucht besiegen. Ein Selbsthilfeprogramm. Berlin: Beltz.
- Leibl C., Wach G., Vorderholzer U. (2018). Hilferuf Essstörung: Rat und Hilfe für Betroffene, Angehörige und Therapeuten. Stuttgart: Kohlhammer.

Informationen im Internet

- www.anad.de
- www.bzga-essstoerungen.de

Diagnostische Verfahren bei Essstörung

- **EDE**= Eating Disorder Examination (Fairburn u. Cooper 1993, auf deutsch von: Hilbert und Tuschen-Caffier), Experteninterview und Selbsteinschätzungsbogen
- **SIAB-Ex** = Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen –
Experteneinschätzung (Fichter u. Quadflieg 1999)
SIAB-S = Strukturiertes Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen –
Selbsteinschätzung (Fichter u. Quadflieg 1999)
- **EDI-2** = Eating Disorder Inventory (Paul u. Thiel 2005)
- **FEV** = Fragebogen zum Essverhalten (Pudel u. Westenhöfer 1989)
- **FKB-20** = Fragebogen zum Körperbild (Clement u. Löwe 1996)
- **DKB-25**= Dresdner Fragebogen zum Körperbild (Thiel 2007)
- **DEBQ**= Dutch Eating Behavior Questionnaire (van Strien 1986)

Bei Adipositas:

- **IWQOL-Life**= Impact of Weight on Quality of Life (Kolotkin 1995)