

Journal für

# Neurologie, Neurochirurgie und Psychiatrie

[www.kup.at/](http://www.kup.at/)  
JNeurolNeurochirPsychiatr

Zeitschrift für Erkrankungen des Nervensystems

## Aktuelle Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Ehrig C

*Journal für Neurologie*

*Neurochirurgie und Psychiatrie*

2008; 9 (4), 46-51

Homepage:

[www.kup.at/](http://www.kup.at/)  
**JNeurolNeurochirPsychiatr**

Online-Datenbank  
mit Autoren-  
und Stichwortsuche

Indexed in  
EMBASE/Excerpta Medica/BIOBASE/SCOPUS

Krause & Pachernegg GmbH • Verlag für Medizin und Wirtschaft • A-3003 Gablitz

P.b.b. 02Z031117M,

Verlagsort: 3003 Gablitz, Linzerstraße 177A/21

Preis: EUR 10,-

# Häufig Migräne?

Führen Sie ein Migränetagebuch und sprechen Sie mit Ihrem Neurologen.

Für das Migränetagebuch  
Scan mich!



KOPF  
KLAR

# Aktuelle Entwicklungen in der Diagnostik und Therapie der Essstörungen

C. Ehrig

**Kurzfassung:** Vom 08.–10. November 2007 fand die 1. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee statt. In zahlreichen Vorträgen und verschiedenen Beiträgen wurden die aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen in der Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Essstörungen präsentiert. Der folgende Beitrag soll schwerpunktmäßig einen Überblick über die wichtigsten Neuentwicklungen im Bereich der Diagnostik und Therapie der Essstörungen geben. So werden neuere diagnostische Entitäten wie die Binge-Eating-Störung ebenso dargestellt wie der Stand der Aktualisierung und Überarbeitung der S3-Leitlinien sowie neue Therapieverfahren, wie die manualisierte ver-

haltenstherapeutische Therapie der Körperschemastörung oder verhaltenstherapeutische Familientherapie. Ebenso wird auf die zunehmende Bedeutung und Rolle des Internets sowohl bei der Information der Betroffenen und ihrer Angehörigen als auch auf professionelle therapeutische Möglichkeiten mit Selbsthilfebüchern oder Selbsthilfeinternetprogrammen eingegangen.

## Abstract: Latest Developments in the Diagnosis and Treatment of Eating Disorders.

From November 8–10, 2007, the First Annual Meeting of the German Society for Eating Disorders (DGESS) was held at the Medical Psychosomatic Hospital Roseneck in Prien am Chiem-

see. In numerous presentations, current scientific developments in the early diagnosis and treatment of eating disorders were presented. The following article will give an overview of the main developments in the diagnosis and treatment of eating disorders, e. g. recent diagnostic entities such as binge-eating disorder, and will also show the state of updating and revision of the guidelines S3. There are also some new therapies, such as manualised behavioural therapy of the body scheme or behavioural family therapy. Mention is also made of the growing importance and role of the internet both in informing patients and their relatives, as well as about the therapeutic possibilities by self-help books or self-help internet programs. **J Neurol Neurochir Psychiatr** 2008; 9 (4): 46–51.

## ■ Einleitung

In einem aktuellen Editorial weist Loew [1] darauf hin, dass „zwar die Magersucht unter allen psychogenen Essstörungen die epidemiologisch gesehen geringste Bedeutung [hat], aber aufgrund der hohen Letalität und Chronifizierungsgefahr [...] es sicher gerechtfertigt [ist], sich insbesondere um dieses Gefährdungspotenzial zu kümmern“. Im September 2006 schockte die italienische Modemarke „No.l.ita“ die italienische Öffentlichkeit im Vorfeld der Eröffnung der Mailänder Modewoche mit einer Werbekampagne, die großformatige Plakate mit Photos einer jungen magerbürtigen Frau zeigte. Der Fotograf Oliviero Toscani, der bereits für die Firma Benetton Schockfotos gemacht hatte, wollte mit seinen Bildern auf das Problem Magersucht aufmerksam machen. Die Photos zeigten den ausgemergelten Körper der seit 14 Jahren magerbürtigen französischen Schauspielerin Isabelle Caro, die für die Aufnahme nackt posierte. Diese Kampagne wurde international in den verschiedensten Medien kontrovers und heftig diskutiert.

Seit mehreren Jahren finden sich vor allem in geschlossenen Internetforen Anorexie-verherrlichende („pro-Ana“) bzw. Bulimie-verherrlichende Seiten („pro-Mia“), die ein Schönheits- bzw. vor allem Schlankheitsideal propagieren, das alle Kriterien der manifesten Magersucht oder Bulimia nervosa (BN) erfüllt. Hier wird Hungern beziehungsweise Gewichtsmanipulation zum Lifestyle erhoben und mit dem Recht auf Selbstverwirklichung begründet. Man geht davon aus, dass viele Pro-Ana-Anhängerinnen Essstörungen nicht als Krankheit anerkennen und sich der Lebensgefahr sowie der Begleitercheinungen und Folgekrankheiten nicht bewusst sind.

Im Juni 2006 wurde auf dem Weltkongress der „Academy for Eating Disorders“ (AED) in Barcelona eine weltweite Charta für Essstörungen verabschiedet, die auf die Rechte von Menschen mit Essstörungen verweist und damit zeigen soll, dass es auf der ganzen Welt gemeinsame Prinzipien gibt, die Essgestörte, ihre Angehörigen, ihre Behandler und Unterstützer gemeinsam verbindet. Diese Charta wurde im deutschen Sprachraum erstmals während des Kongresses „Essstörungen 2006“ in Alpbach (Tirol) von Professor Günter Rathner aus Innsbruck der Öffentlichkeit und der Fachwelt vorgestellt [2].

Neben der „Charta für Essstörungen“ als einer internationalen Aktivität positionierten sich auch in der Bundesrepublik Deutschland prominente Frauen des öffentlichen Lebens in einer gemeinsamen Aktion gegen den Schlankheitswahn. Mit dem programmativen Titel „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ haben die Bundesgesundheitsministerin Ulla Schmidt, Familienministerin Ursula von der Leyen und Bildungsministerin Annette Schavan zusammen diese Aktion von Berlin aus gestartet. Alice Schwarzer, eine der Hauptinitiatorinnen, verweist vor allem auf die Notwendigkeit präventiver Maßnahmen zur Verhinderung des gefährlichen Trends. Dass solch öffentlichkeitswirksame Aktivitäten durchaus notwendig und sinnvoll sind, zeigt nicht zuletzt auch die inzwischen bereits in dritter Staffel angelauften Castingshow „Germany’s Next Topmodel“. Unter vielen anderen medialen Beeinflussungen üben gerade auch solche Sendungen wegen ihrer durchaus sehr umstrittenen Idealisierung eines übermäßigen, wenn nicht sogar manifest magerbürtigen Schönheits- und Schlankheitsideals erheblichen Druck auf junge Frauen aus, indem sie eine Botschaft senden, die in etwa lautet: „sehr schlank = sehr schön = sehr erfolgreich“. Die übermäßige Orientierung an einem sehr schlanken Schönheitsideal wird als ein wichtiger Risikofaktor für die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Essstörungen angesehen.

Aus der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck, Prien am Chiemsee

**Korrespondenzadresse:** Dr. med. Christian Ehrig, Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck, D-83209 Prien am Chiemsee, Am Roseneck 6;  
E-Mail: cehrig@schoen-kliniken.de

Doch bei aller medialen Aufmerksamkeit stellt sich auch die Frage an die Fachleute, ob es eigentlich auch neue Ansätze im Bereich der Prävention und Therapie der Essstörungen gibt? Antworten darauf wurden auf der 1. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS) gesucht, die vom 8.–10. November 2007 in der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee stattfand. Die DGESS e.V. wurde am 27. März 2006 gegründet und „will sowohl Wissenschaft und Forschung als auch deren Anwendung in Prävention, Früherkennung, Diagnostik und Therapie von Essstörungen fördern und vernetzen. Sie versteht sich als Kristallisierungspunkt für Forschung und als Lobby für die Bedürfnisse der Patientinnen und Patienten sowie deren Angehörigen“ [3]. Zu vielen Bereichen der Essstörungsforschung gab es State-of-the-art-Vorträge renommierter Fachvertreter. Der folgende Artikel geht auf die wichtigsten Entwicklungen überblicksartig ein.

Eine der am häufigsten kontrovers diskutierten Fragen ist die nach der Zunahme von Essstörungen. Leider gibt es dazu wenig verlässliche Daten. Aus einer Mitteilung der DGESS [4] geht hervor, dass „Essstörungen [...] im Vergleich zur ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts, besonders in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, erheblich an Häufigkeit zugenommen [haben]“ und dass „in den letzten zehn Jahren [...] die Häufigkeit von Essstörungen in Industrieländern – auf hohem Niveau – relativ stabil“ geblieben ist. In Ländern mit großer Armut treten Essstörungen dagegen offenbar nur sehr selten auf.

### **Häufigkeit der Anorexia nervosa (AN)**

Ebenfalls laut Mitteilung der DGESS [5] wurde in einer deutschen Untersuchung von Wittchen (1998) [6] bei 14–24-jährigen Frauen Anorexia nervosa (AN) in einer Häufigkeit von 0,30 % festgestellt (12-Monats-Prävalenz). Da die untersuchten Frauen das Risikoalter bis ca. 40 Jahre für die Krankheitsentstehung noch nicht erreicht haben, dürfte es sich dabei um eine deutliche Unterschätzung handeln. Gleiches gilt wohl auch für die Untersuchung von Steinhausen et al. (1997) [7], der Schülerinnen zwischen 14 und 17 Jahren untersuchte und dabei auf eine Häufigkeit von 0,70 % für die Anorexia nervosa kam [5]. In einer großen Bevölkerungsstichprobe in den USA mit fast 3000 Personen kommen Hudson et al. 2007 [8] zu einer Lebenszeit-Prävalenzrate von 0,90 % für Frauen im Alter  $\geq 18$  Jahre. In dieser Stichprobe sind auch Frauen im mittleren und höheren Alter enthalten, bei denen eine deutlich geringere Häufigkeit anzunehmen ist, so dass es sich auch hierbei um eine Unterschätzung der wahren Prävalenz handeln dürfte. Zusammenfassend sind ca. 0,50 % der Mädchen und Frauen im Risikoalter zwischen 15 und 35 Jahren an einer Magersucht erkrankt, Knaben und Männer in dem entsprechenden Alter wesentlich seltener [5].

### **Häufigkeit der Bulimia nervosa (BN)**

Bulimia nervosa ist in der Bevölkerung in größerer Häufigkeit zu finden als Anorexia nervosa. Die im Zeitquerschnitt vorhandene Häufigkeit von Bulimia nervosa in Deutschland liegt zwischen 0,70 und 1,30 % [5]. In der bereits erwähnten großen epidemiologischen Bevölkerungsuntersuchung in den

USA von Hudson lag die Häufigkeit von Bulimia nervosa im Zeitquerschnitt bei 0,50 % und über die Lebenszeit bei 1,50 % (bei Frauen  $\geq 18$  Jahre) [5]. Insgesamt scheint es aber nicht so zu sein, dass die Gesamthäufigkeit der Essstörungen – und hier vor allem der AN und BN – in den letzten Jahren deutlich zugenommen hat.

### **Risikoprofil und Frühwarnzeichen**

In einzelnen Altersgruppen hat sich allerdings das Risikoprofil verändert. Der Wunsch, dünner zu sein, lässt sich bereits in der Grundschule bei 50 % der Mädchen nachweisen [6]. So kann ein frühes Warnzeichen einer Magersucht sein, dass ein 12-, 13- oder 14-jähriges Mädchen beginnt, ständig sein Gewicht zu kontrollieren. Viele Patientinnen beginnen damit, eine „zunehmende Unzufriedenheit mit ihrem Aussehen und ihrer Figur zu äußern und unter anderem den Konsum von Süßigkeiten und Kuchen einzuschränken oder unter verschiedenen Ausreden immer wieder ganze Mahlzeiten ausfallen zu lassen [...] oder übermäßig viel Sport zu treiben“ [9]. Zunehmender Perfektionismus bis hin zur Zwanghaftigkeit und ausgeprägte Leistungsorientierung und Ehrgeiz ergänzen häufig das Bild. Für Angehörige und Freunde massiv belastend sind dabei vor allem die Veränderungen der Stimmungslage im weiteren Verlauf der Erkrankung. Die Patienten werden entweder oft sehr traurig, wobei es dann auch zu vermehrtem sozialem Rückzug und dem Verlust von Hobbies kommt. Oder sie wechseln plötzlich und sehr schnell die Stimmungslage. Beim Unterschreiten einer bestimmten Gewichtsgrenze kommt es schließlich bei Mädchen zum Ausfall der Menstruation. All das sind Hinweiszeichen, die für Haus- und Kinderärzte oder Gynäkologen ebenso wie für Angehörige oder Lehrer Symptome und Warnzeichen für den möglichen Beginn einer Magersucht sein können [5].

### **Prävention**

Aufgrund der gewachsenen Wahrnehmung für die erheblichen Folgen der Essstörungen wurden inzwischen verschiedenste Präventionsprogramme speziell für junge Mädchen entwickelt und wissenschaftlich untersucht. Stellvertretend für andere Projekte kann das von Berger et al. [10] erstellte Projekt „PriMa“ erwähnt werden, das ausreichend ermutigende Effekte zeigte und in der Primärprävention zur Verbesserung des Essverhaltens und der Körperakzeptanz für Schülerinnen ab einem Alter von 12 Jahren eingesetzt wurde. Es wurde in Form von Projektunterricht mit 9 × 90 Minuten Dauer in Thüringen durchgeführt und evaluiert.

### **■ Diagnostik**

#### **Erweiterung des Diagnosespektrums der Essstörungen**

Neben den statistisch fassbaren Daten zeigt sich aber im klinischen Versorgungsalltag immer mehr, dass die Verbreitung von essgestörtem Verhalten und seinen Folgen inzwischen weit über das Maß der klinischen Hauptdiagnosen wie Anorexia nervosa und Bulimia nervosa hinausgeht. Ständige Gewichtssorgen, Unzufriedenheit mit der eigenen Figur und restriktives Essverhalten treten durchaus häufig auf, ohne als Essstörung und damit als im klinischen Sinne behandelungs-

bedürftig wahrgenommen zu werden. In Erweiterung des bekannten Diagnosespektrums bestehend aus restriktiver bzw. bulimischer Form der Magersucht sowie der Bulimia nervosa mit Purging bzw. ohne Purging-Verhalten hat sich die klinische Aufmerksamkeit, nicht zuletzt auch aus Gründen der Prävention, auf die Erfassung der „nicht näher bezeichneten Essstörung“ verlagert.

### EDNOS oder die „nicht näher bezeichnete Essstörung“

Die im ICD-10 mit F50.9 kodierte „Essstörung, nicht näher bezeichnet“ wird dort lediglich aufgeführt, aber in keiner Weise inhaltlich erläutert. Im englischen Sprachgebrauch findet sich die Erkrankung als „Eating Disorder Not Otherwise Specified“ (EDNOS) unter dem Diagnoseschlüssel 307.50 im DSM-IV und wird dort beschrieben als „Kategorie [...] [die] der Einordnung von Essstörungen [dient], die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen“. Sie stellt entweder eine symptomatische Mischform aus Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und/oder Adipositas dar oder ist ein Erkrankungsbild, das nicht eindeutig einer dieser Störungen zuzuordnen ist [11] (Tab. 1). Den einzelnen DSM-IV-Kriterien sind in Klammern jeweils die am ehesten zutreffenden Bezüge zur ICD-10-Diagnostik beigelegt.

Untergruppen der „nicht näher bezeichneten Essstörung“ sind so genannte „subsyndromale Formen der Essstörungen“ (siehe dazu auch die Ausführungen zur Epidemiologie der AN in der Einleitung) oder die sogenannte „Binge-eating“-Störung, die inzwischen als eigenständiges Krankheitsbild beforscht bzw. therapiert wird.

### Binge-eating-Störung (BED)

In den letzten Jahren hat sich vor allem im Bereich der klinischen Forschung eine neue Krankheitsentität durchgesetzt. Die so genannte „Binge Eating Disorder“, die im Deutschen noch keinen entsprechend anerkannten Namen gefunden hat und sich am ehesten übersetzen lässt als „Essattacken-Krankheit“. Sie wird daher in Deutschland vorwiegend mit ihrer englischen Benennung verwendet. Auch hier existiert momentan noch keine Darstellung der diagnostischen Kriterien der Erkrankung im Krankheitskatalog der WHO (ICD-10), sondern nur im DSM-IV [11] (Tab. 2).

Klinisch imponiert bei den meisten Betroffenen mit einer Binge-eating-Störung Übergewicht oder Adipositas. Es gibt zur Verbreitung der Störung leider nur sehr wenig epidemiologische Untersuchungen die zeigen, dass auch bei dieser Form der Essstörung Frauen überwiegen, aber durchaus auch Männer häufiger betroffen sind. Nach aktuellen Erkenntnissen wird gegenwärtig davon ausgegangen, dass ca. 3,5 % der Frauen und 2 % der Männer, jeweils ab dem 18. Lebensjahr gerechnet, betroffen sind.

Herpertz [12] weist in einem hochaktuellen Übersichtsartikel auf die wichtigen Unterschiede zwischen Adipositas und Binge-eating-Störung hin. Er verweist darauf, dass „Adipositas sich inzwischen quasi als Pandemie bei etwa einem Drittel aller Menschen in den Wohlstandsgesellschaften zeigt“. Adi-

**Tabelle 1:** DSM-IV-Kriterien der „Eating Disorder Not Otherwise Specified“

1. Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt, außer dass die Frau regelmäßige Menstruationen hat (F50.1).
2. Sämtliche Kriterien der Anorexia nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich (F50.1).
3. Sämtliche Kriterien der Bulimia nervosa sind erfüllt, jedoch sind die „Fressattacken“ und das unangemessene Kompen-sationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als 3 Monaten (F50.3).
4. Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Ge-wichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungs-mengen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen) (F50.3).
5. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmen-gen, ohne sie herunterzuschlucken (F50.8).
6. „Binge-eating-Störung“: Wiederholte Episoden von „Fress-attacken“ ohne die für Bulimia nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (F50.9).

**Tabelle 2:** DSM-IV-Forschungskriterien der „Binge-eating“-Störung

- A. Wiederholte Episoden von Essanfällen mit folgenden Merk-malen:
  1. In einem abgrenzbaren Zeitraum wird eine Nahrungsmenge gegessen, die deutlich größer ist als die Menge, die andere Menschen im selben Umfang unter den gleichen Umständen essen würden.
  2. Während des Essanfalls wird der Verlust der Kontrolle über das Essen empfunden.
- B. Die Essanfälle sind mit mindestens 3 der folgenden Merkma-le verbunden:
  1. Es wird wesentlich schneller gegessen als normal.
  2. Es wird gegessen, bis man sich unangenehm voll fühlt.
  3. Es werden große Mengen gegessen, obwohl man sich nicht körperlich hungrig fühlt.
  4. Es wird allein gegessen, weil es einem peinlich ist, wie viel man isst.
  5. Man fühlt sich von sich selbst angeekelt, depressiv oder sehr schuldig nach dem Überessen.
- C. Seelisches Befinden:  
Es besteht hinsichtlich der Essanfälle merkliche Verzweiflung.
- D. Häufigkeit der Essanfälle:  
Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens 2 Tagen pro Woche über 6 Monate auf.
- E. Kein Kompen-sationsverhalten:  
Die Essanfälle sind nicht mit der regelmäßigen Anwendung von unangemessenem Kompen-sationsverhalten (z. B. abführende Maßnahmen, Fasten oder exzessiver Sport) verbunden und treten nicht im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

positas ist dabei aber *per se* nicht als Essstörung definiert, kann aber Folge einer Hyperalimentation sein (wie bei der BED), in die pathogenetisch auch psychische Faktoren einfließen. In diesem Sinne findet sich ein Binge-eating-Störung gerade bei adipösen Menschen relativ häufig und ist hier „häufig komorbid mit anderen psychischen Störungen, insbe sondere affektiven Störungen und Persönlichkeitsstörungen“ verbunden. Therapeutisch lehnt sich die psychotherapeutische Behandlung der Binge-eating-Störung eng an die Therapiestrategien der Bulimia nervosa an. Ergänzt werden die Behandlungskonzepte, je nach Ausmaß des Übergewichts,

durch intensive sport- und bewegungstherapeutische Programme. Psychotherapie ist die Therapie der ersten Wahl, wobei hier vor allem Evidenz für kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme vorliegt. Die medikamentöse Therapie mit Antidepressiva aus der Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer ist ebenso wirksam und gilt als Therapie der zweiten Wahl. Die Erfolgsquoten der Therapie der Binge-eating-Störung liegen höher als bei der BN. Bis zu 50 % können zumindest kurzfristig nach der Therapie als symptomfrei gelten.

## ■ Therapie

### Leitlinien für Essstörungen

Im Jahr 2000 wurde unter der Federführung von Prof. M. Fichter (Prien) und Prof. U. Schweiger (Lübeck) im Auftrag der „Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde“ (DGPPN) die erste deutschsprachige Leitlinie für die Behandlung der Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa erstellt und u. a. auf der Homepage der Arbeitsgemeinschaft Wissenschaftlich Medizinischer Fachgesellschaften e. V. (AWMF) veröffentlicht [13]. Die Leitlinie entspricht der Entwicklungsstufe 1 (Handlungsempfehlungen von Experten). Ebenfalls auf dieser Entwicklungsstufe 1 befindet sich die Leitlinie für die Behandlung von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie (DGKJP), die im Jahre 2003 unter der Federführung von Prof. B. Herpertz-Dahlmann (Aachen) und Prof. J. Hebebrand (Marburg) ebenfalls auf den Internetseiten der AWMF publiziert wurde [14].

Im deutschen Sprachraum liegen Leitlinien der Entwicklungsstufe 3, die entsprechend den aktuellen evidenzbasierten wissenschaftlichen Erkenntnissen erstellt wurden, bislang noch nicht vor. Weltweit stellen die von namhaften Vertretern der „British Psychological Society“ und des „Royal College of Psychiatrists“ entwickelten und 2004 publizierten englischen Leitlinien für Essstörungen vom „National Institute of Clinical Excellence“ (NICE 2004) die ersten auf Evidenz basierenden Studien und damit vornehmlich randomisierten und kontrollierten Studien beruhenden international anerkannten Leitlinien dar [15]. Eine weitere qualitativ hochwertige Leitlinie zur Behandlung von Essstörungen wurde von der „American Psychiatric Association“ (APA) im Juli 2006 inzwischen bereits in der dritten Version publiziert [16]. Als Vorlage für die Entwicklung qualitativ hochwertiger Leitlinien wurden von den Vertretern der Fachgesellschaften in Deutschland deshalb die NICE-Leitlinien genommen. Aufgrund einer ausreichenden Anzahl publizierter Therapiestudien konnten für die Bulimia nervosa und die Binge-eating-Störung Metaanalysen durchgeführt werden. Für die Anorexia nervosa stellt sich die Datenlage deutlich heterogener dar, deshalb wird für dieses Krankheitsbild ein systematisches Review erstellt. Geplant ist die Fertigstellung und damit auch Publikation aller drei Leitlinien auf S3-Niveau für Mitte 2008 [17].

Inhaltlich sollen alle 3 Leitlinien praxisnahe Empfehlungen zum diagnostischen und therapeutischen Vorgehen im Sinne von Therapiestandards und Behandlungspfaden geben. So werden z. B. bei bestehendem Untergewicht neben detaillier-

ten Hinweisen zur Ernährungsrehabilitation auch Empfehlungen zur Durchführung und zum Einsatz von künstlicher Ernährung bis hin zu den medizinischen und rechtlichen Implikationen von Zwangsernährung gegeben. Größere Aufmerksamkeit und Beachtung finden in den Leitlinien auch die bereits erwähnten subsyndromalen Formen der Essstörung (siehe Diagnostik).

### Die Bedeutung des Internets

Mit der raschen Verbreitung neuer Kommunikationsmöglichkeiten, allen voran durch das Internet (z. B. per E-Mail) aber auch über Mobilfunknetze (z. B. SMS), sind in den letzten Jahren zahlreiche neue Möglichkeiten für eine verbesserte psychosoziale Versorgung entstanden. Zunehmend an Bedeutung gewinnen dabei für alle Fragen und Information rund um das Thema Essstörungen Internetportale, die teilweise von Selbsthilfegruppen ([www.hungrig-online.de](http://www.hungrig-online.de)), Beratungsstellen ([www.anad.de](http://www.anad.de) oder <http://www.cinderella-rat-bei-essstoerungen.de/>) oder universitären Einrichtungen (<http://www.ab-server.de/essstoerungen/ab-server.html>) auf sehr hohem fachlichen Niveau angeboten werden. Dass all diese Internetseiten, die unter anderem auch geschlossene Chatforen enthalten, sehr gut angenommen werden, liegt nicht zuletzt am meist jugendlichen Alter der Betroffenen, die mit der Nutzung interaktiver Medien aufgewachsen sind.

### Selbsthilfemanuale

Ein „Klassiker der Selbsthilfekultur“ ist inzwischen „Die Bulimie besiegen“ von Ulrike Schmid und Jeanett Treasure [18], das Betroffenen, die aus dem Teufelskreis des Ess- und Brechzwangs herausfinden wollen, konkrete Anleitung zur Selbsthilfe in Form eines Arbeits- und Übungsbuches gibt. Schritt für Schritt werden die Betroffenen auf dem Weg zur Besserung begleitet. Auch Therapeuten können das Selbsthilfebuch begleitend zur Behandlung einsetzen. Inzwischen wird intensiv an weiteren Selbsthilfemanualen und -angeboten für Patienten mit den verschiedensten Essstörungen gearbeitet. Letztlich zeigen diese Bücher, dass Selbsthilfe – vorerst zumindest bei Bulimia nervosa – möglich ist.

Ein gutes Beispiel für ein internetgestütztes Selbsthilfeprogramm ist z. B. das „Salut-Bulimie-Internetprogramm“ [19], welches von der Münchener Beratungsstelle „Cinderella“ für Patientinnen mit Bulimie angeboten wird. Es ist ein leicht zu bedienendes Computerprogramm, das sich inhaltlich an zahlreichen verhaltenstherapeutischen Manualen orientiert, die bereits seit langer Zeit erfolgreich sowohl in der Selbsthilfe als auch in Kliniken zur Anwendung kommen. Dieses Programm besteht aus 7 aufeinander aufbauenden Teilschritten. Jeder Schritt liefert bestimmte Informationen, die durch Übungen, Grafiken zu den Übungen, Beispiele und Diskussionen mit dem Coach verarbeitet werden. Die Aufgaben in den Teilschritten beginnen am konkreten Verhalten, wie z. B. dem Beobachten des Ernährungsverhaltens durch das Führen eines Esstagebuchs. Im Verlauf des Programms kommen weitere kognitive Elemente hinzu, z. B. das Erfassen des inneren Dialogs sowie Problemlösestrategien und Techniken der Selbstbehauptung. Die Teilnahme am Programm ist allerdings kostenpflichtig.

## Prä- und poststationäre Nachbetreuung über neue Medien

Verbunden mit der Idee, eine möglichst kurze stationäre Behandlungsdauer der Essstörung in einer psychosomatischen Klinik zu erreichen, wird in Anlehnung an die positiven Erfahrungen und die Wirksamkeit von Selbsthilfeprogrammen den Betroffenen bereits bei ihrer Anmeldung zur Therapie ein entsprechendes, auf ihre Symptomatik zugeschnittenes Therapieprogramm auf CD zur Verfügung gestellt. Diese Programme können die Patienten dann bereits zuhause am Computer bearbeiten und sich so intensiv auf ihre Behandlung vorbereiten. Von entsprechend ausgebildeten Therapeuten bekommen sie meist online regelmäßig Unterstützung.

Derartige CD-Selbsthilfeprogramme wurden unter anderem auch von der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck entwickelt und evaluiert und haben sich als definitiv wirksam und hilfreich vor allem bei leichteren Formen der Essstörungen erwiesen. Im Mai 2007 hat die Klinik Roseneck mit einem weiteren Projekt begonnen, das vom Bundesministerium für Forschung und Technologie gefördert wird. Dabei geht es um die Reduzierung der Rückfallgefahr von mager-süchtigen Patientinnen, die zuvor eine stationäre Behandlung absolviert haben. Die Teilnehmer erhalten Informationen über das Internet und nehmen an einem von einem Psychotherapeuten geleiteten Chatroom teil. Ergebnisse zu diesem Projekt werden aber erst in etwa 3 Jahren vorliegen. Gerade nach einem intensiven stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik zeigt sich immer wieder, dass bei fehlender ambulanter Weiterbetreuung die Rückfallgefährdung für viele Patienten deutlich ansteigt. Seit mehreren Jahren gibt es inzwischen ermutigende Erfahrungen mit der Nachbetreuung von essgestörten Patienten, die nach einem stationären Aufenthalt in einer psychosomatischen Klinik unter anderem in einem geschlossenen Chat-Forum oder aber auch durch SMS- oder E-Mail-Brücken nachbetreut werden. In Zusammenarbeit mit der Forschungsstelle Psychotherapie in Heidelberg hat hier vor allem die Panorama-Fachklinik in Scheidegg bereits seit 2001 mehrfach entsprechende Erfahrungen publiziert [20].

## Therapie der Körperschemastörung

Die gestörte Körperwahrnehmung und ein verzerrtes sowie negatives Körperbild verbunden mit einer übermäßigen Orientierung an einem sehr schlanken Schönheitsideal spielen bei der Entstehung und der Aufrechterhaltung aller Essstörungen eine zentrale Rolle. Bei Magersüchtigen ergeben sich Hinweise darauf, dass sie ihre Körperweite überschätzen und sich breiter empfinden, als sie tatsächlich sind (gestörte Wahrnehmung der Figur und des Gewichts, perzeptive Ebene). Auf eine Gewichtszunahme reagieren sie mit starken negativen Gefühlen (Angst vor der Gewichtszunahme) und es findet sich ein übertriebener Einfluss des Gewichts und der Figur auf die Selbstbewertung (kognitiv-affektive Ebene), meist verbunden mit einer Verleugnung des Schweregrads des Untergewichts. Bei der Bulimia nervosa ist die Definition der Körperbildstörung begrenzt auf den übermäßigen Einfluss von Körpergewicht und Figur auf die Selbstbewertung (kognitiv-affektive Ebene). Patientinnen mit einer BN bewerten ihren Körper häufig in vielerlei Hinsicht negativ und ihre Selbst-

bewertung hängt stark davon ab, wie zufrieden oder unzufrieden sie gerade mit ihrer Figur sind. Neben der perzeptiven Ebene und der kognitiv-affektiven Ebene spielt auch ein körperbezogenes Vermeidungs- und Kontrollverhalten als dritte Ebene (behaviorale Ebene) der Körperbildstörung eine wichtige Rolle. Inzwischen ergeben sich auch Hinweise darauf, dass Patientinnen mit einer Essanfallstörung (Binge-eating-Störung) stark negative Gefühle und Gedanken gegenüber ihrem Körper aufweisen. Ein ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (z. B. Besuch öffentlicher Schwimmäder), oft aus Schamgefühlen heraus, kann in dieser Patientengruppe häufig beobachtet werden. Die negative Körperwahrnehmung ist bei den zumeist übergewichtigen Patienten dabei offenbar stärker ausgeprägt als bei Menschen, die zwar übergewichtig sind, aber nicht an Essanfällen leiden.

Das Fortbestehen einer relevanten Körperschemastörung stellt einen der wichtigsten Risikofaktoren für den Rückfall in die Essstörung dar, die trotz oder gerade bei weitgehend gelungener Gewichtszunahme bestehen kann. Die bisherigen Therapieansätze zur Behandlung der Körperschemastörung konzentrierten sich vor allem auf die verzerrte Körperwahrnehmung, die Teil der inneren Realität und Selbstwahrnehmung von vor allem Magersüchtigen ist. Die Außenwahrnehmung für den körperlichen Zustand anderer Menschen bleibt dabei in aller Regel erhalten und ist nicht verzerrt, was deshalb in entsprechenden Körpertherapiegruppen zur gegenseitigen Rückmeldung der Patientinnen gut therapeutisch genutzt werden kann. Neuere Forschungsergebnisse weisen darauf hin, dass vor allem die kognitiv-affektiven Aspekte der Körperbildstörung (wie z. B. innere Bewertungen) gravierender sind für den Verlauf der Erkrankung als die gestörte und verzerrte Wahrnehmung. Die kognitive Arbeit und das Emotionsmanagement sind deshalb zu wichtigen therapeutischen Standards bei der Aufarbeitung negativer Gedanken und Gefühle in Bezug auf den eigenen Körper geworden. So wurden deshalb im deutschsprachigen Raum unter anderem von Vocks und Legenbauer [21] verhaltenstherapeutische Angebote für die Behebung der Körperschemastörung weiter differenziert und auch manualisiert.

Die Frage, wie es bei essgestörten Patienten zu verzerrten Körperwahrnehmungen kommt, ist bisher letztlich nicht geklärt. Die Existenz selektiver Gedächtnis-, Urteils- und Aufmerksamkeitsprozesse wurde anhand zahlreicher empirischer Befunde nachgewiesen. Die Informationsverarbeitung von Patientinnen mit Essstörungen fokussiert vor allem auf negative Aspekte, die mit den Themen Fett, Essen, Körper und Gewicht verbunden sind. Neuere Untersuchungen, die unter anderem mit Blickbewegungskameras durchgeführt wurden, weisen darauf hin, dass eine vermehrte, teils auch zwanghafte Aufmerksamkeitsfokussierung und -einengung auf bestimmte, vor allem negative Problembereiche für die verzerrte Wahrnehmung mitverantwortlich sein können. In einem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekt wird es darum gehen, bei verschiedenen Essstörungspatientinnen (AN, BN und Binge-eating-Störung) Blickmuster zu erfassen, die für die Aufrechterhaltung von Essstörung relevant zu sein scheinen [22]. So gibt es Hinweise darauf, dass Patientinnen mit Essstörungen bei der Betrachtung ihres Körpers länger und häufiger auf die Körperzonen schauen,

mit denen sie sehr unzufrieden sind. Diese Überfokussierung und einseitige Wahrnehmung kann die Unzufriedenheiten mit dem Körper verstetigen und verschlimmern. Im Gegensatz dazu scheinen gesunde Frauen bei der Körperbetrachtung ein Blickmuster aufzuweisen, das der Gesundheit förderlich ist. Sie konzentrieren sich auf jene Körperzonen, mit denen sie zufrieden sind, können aber ihren Körper auch in seiner Unvollkommenheit betrachten, ohne Schreckreaktion zu zeigen. Derartige Aufmerksamkeitsprozesse sind bisher kaum systematisch untersucht worden. Von den Erkenntnissen erhofft man sich neue Impulse für die Verbesserung der Therapie.

## Familien-Verhaltenstherapie bei Adoleszenten

In den 1970er Jahren erlebte die Familientherapie durch den Einsatz in der Behandlung der AN ihre ersten großen internationalen Erfolge. Zwischenzeitlich hatte vor allem der Effektivitätsnachweis der kognitiv-behavioralen Therapien den Einsatz und die Möglichkeiten der Familientherapie fast in Vergessenheit geraten lassen. In den letzten Jahren erlebt die Familientherapie durch ermutigende Forschungsergebnisse vor allem in der Therapie von jugendlichen essgestörten Patientinnen und ihren Familien ein Revival. So vergleicht eine aktuelle Studie aus Chicago eine individuell ausgerichtete supportive Psychotherapie mit einer manualisierten Familien-Verhaltenstherapie bei insgesamt 80 jugendlichen Patientinnen, die alle an einer Bulimia nervosa litten [23]. Die Patienten wurden den beiden Vergleichsgruppen randomisiert zugeordnet. Bei Therapieende (39 vs. 18 %) und in der Nachuntersuchung nach 6 Monaten (29 vs. 10 %) war die Familientherapie den supportiven Einzelsitzungen jeweils statistisch signifikant überlegen, vor allem was die Reduktion der Kernsymptome betraf. Für die Mehrheit der Betroffenen hielten die erreichten Verbesserungen auch über den Nachuntersuchungszeitraum von 6 Monaten an.

## ■ Relevanz für die Praxis

Unter dem Einfluss der Entwicklung qualifizierter Leitlinien für die Behandlung der einzelnen Essstörungen vor allem in den USA und Großbritannien hat sich auch im deutschsprachigen Raum das wissenschaftliche Interesse noch einmal gebündelt und von den wissenschaftlichen Fachgesellschaften werden entsprechende Leitlinien auf S3-Niveau erstellt. Eine Reihe neuerer diagnostischer Ansätze wie z. B. das Konzept der Binge-eating-Disorder wurden in den letzten Jahren entwickelt und werden hier dargestellt. Neue Ansätze im therapeutischen Bereich, wie die aus der Verhaltenstherapie weiterentwickelte manualisierte Behandlung der Körperschemastörung werden vorgestellt. Aber auch auf die zunehmende Bedeutung des Internets z. B. für neue therapeutische Optionen in der Behandlung von Essstörungen vor allem für die überwiegend jugendliche Patientengruppe wird eingehend eingegangen.

## Literatur:

1. Loew TS. Vom Zusammenspiel der Fächer (Editorial). Z Psychosom Med Psychother 2008; 54: 1–3.
2. Weltweite Charta für Essstörungen (deutschsprachige Fassung), 2006. [www.oeges.or.at](http://www.oeges.or.at) [Gesehen 01.10.2008].
3. Endlich ein gemeinsames Dach – die Deutsche Gesellschaft für Essstörung e.V. wurde gegründet. <http://www.dgess.de/index.php?page=22888&f=1&i=22888> [Gesehen 01.10.2008].
4. Fichter M, de Zwaan M, Zipfel S, Tuschen-Caffier B, Herpertz-Dahlmann B. Forschungsbedarf zu Entstehung und Behandlung von anorektischen und bulimischen Essstörungen. <http://www.dgess.de/files/Hintergrundinformation.doc>. 2007 [Gesehen 01.10.2008].
5. Berger U, Schilke C, Strauß B. Gewichtssorgen und Diätverhalten bei Kindern in der 3. und 4. Klasse. Psychother Psych Med 2005; 7: 331–8.
6. Wittchen HU, Müller N, Storz S. Psychiatrische Störungen: Häufigkeit, psychosoziale Beeinträchtigungen und Zusammenhänge mit körperlichen Erkrankungen. Das Gesundheitswesen 1998; Sonderheft.
7. Steinhausen HC. An analysis of outcome of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Eur Psychiatry 1997; 12 (Suppl 2): 145.
8. Hudson JL, Hiripi E, Pope HG Jr, Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. Biol Psychiatry 2007; 61: 348–58.
9. 1. Jahrestagung der DGESS vom 8.–10.11. 2007. Hintergrundinformationen/Über die Warnzeichen und Symptome einer Magersucht, Seite 23. <http://www.dgess.de/index.php?page=1773434794&f=1&i=1773434794> [Gesehen 01.10.2008].
10. Berger U, Joseph A, Sowa M, Strauß B. Die Barbie-Matrix: Wirksamkeit des Programms PriMa zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. Psychother Psych Med 2007; 57: 248–55.
11. Diagnostisches und Statistisches Manual Psychiatrischer Störungen (DSM-IV). Hogrefe Verlag, Göttingen, 1996.
12. Herpertz S. Adipositas ist mehr als eine Essstörung – die multidimensionale Betrachtung einer Pandemie. Z Psychosom Med Psychother 2008; 54: 4–31.
13. Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie, Band 4: Behandlungsleitlinie Essstörungen. Steinkopff, Darmstadt, 2007.
14. Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie u. a. (Hrsg). Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen im Säuglings-, Kindes- und Jugendalter. 3. überarb. Aufl. Deutscher Ärzte Verlag, Köln, 2007; 117–30.
15. NICE Clinical Guideline Eating Disorders. 2004. <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=byD&r=true&o=10932> [Gesehen 01.10.2008].
16. Yager J. Practice guideline – Treatment of patients with eating disorders. 3rd ed. 2006. <http://www.psychiatryonline.com/content.aspx?aid=138660> [Gesehen 01.10.2008].
17. DGESS-Verlautbarungen zur Erstellung neuer Leitlinien zur Therapie der Essstörungen. <http://www.dgess.de/index.php?page=13241&f=1&i=0> [Gesehen 01.10.2008].
18. Schmid U, Treasure J. Die Bulimie besiegen. 6. unveränderte Aufl. Belz-Verlag, Frankfurt, 2007.
19. Salut – Bulimie-Internetprogramm. <http://www.cinderella-rat-bei-essstörungen.de> [Gesehen 01.10.2008].
20. Hunner S. Chat- und E-Mail-Brücke als wirksame Nachbetreuung stationärer Psychotherapiepatienten – klinische Erfahrungen am Beispiel essgestörter Patienten/innen. 2007. <http://www.egms.de/en/meetings/dgess2007/07dgess51.shtml> [Gesehen 01.10.2008].
21. Vocks S, Legenbauer T. Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsprogramm. Hogrefe Verlag, Göttingen, 2005.
22. Kunzl F, Glaub J, Hoffmann H, Traue H, von Wietersheim J. Körperwahrnehmungen von essgestörten Patientinnen und Kontrollprobanden. Abstract: 1. Kongress der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen, 8.–10. 11.2007. <http://www.egms.de/en/meetings/dgess2007/07dgess65.shtml> [Gesehen 01.10.2008].
23. Le Grange D, Crosby RD, Rathouz PJ, Leventhal BL. A randomized controlled comparison of family-based treatment and supportive psychotherapy for adolescent bulimia nervosa. Arch Gen Psychiatry 2007; 64: 1049–56.

## Dr. med. Christian Ehrig

Geboren 1958. 1978–1985 Medizinstudium, 1985–1989 internistische Facharztausbildung, 1990–1995 Mitarbeiter der Abteilung für Psychosomatik an der Universitätsklinik Heidelberg. 1995–1996 Mitarbeiter der Psychiatrischen Universitätsklinik Heidelberg. Seit 1996 Oberarzt der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck in Prien am Chiemsee.



# Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere  
**zeitschriftenübergreifende Datenbank**

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

## e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

## Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)