Corinna Jacobi, Thomas Paul
und Andreas Thiel

Essstörungen

Fortschritte der Psychotherapie

Hogrefe

Essstörungen

Fortschritte der Psychotherapie
Band 24

Essstörungen

von Prof. Dr. Corinna Jacobi, Dr. Thomas Paul und PD Dr. Andreas Thiel

---

Herausgeber der Reihe:
Prof. Dr. Dietmar Schulte, Prof. Dr. Klaus Grawe,
Prof. Dr. Kurt Hahlweg, Prof. Dr. Dieter Vaitl

Essstörungen

von

Corinna Jacobi, Thomas Paul
und Andreas Thiel

Hogrefe

Göttingen · Bern · Toronto · Seattle · Oxford · Prag

Prof. Dr. Corinna Jacobi, geb. 1957. 1976-1982 Studium der Psychologie in Landau und Göttingen. 1983-1987 Wissenschaftliche Mitarbeiterin der Psychiatrischen Universitätsklinik in Göttingen. 2001-2004 Professorin für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Universität Trier. Seit 2004 Professorin für „Grundlagen und Interventionen bei Essstörungen und assoziierten Störungen“ an der Technischen Universität Dresden.

Dr. Thomas Paul, geb. 1950. 1974-1980 Studium der Psychologie in Göttingen. Seit 1993 1. Leitender Psychologe der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Bad Bramstedt.

PD Dr. Andreas Thiel, geb. 1959. 1980-1987 Studium der Psychologie und Medizin in Göttingen. Seit 1998 Chefarzt der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, Diakoniekrankenhaus, Rotenburg/Wümme.

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat für die Wiedergabe aller in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) mit Autoren bzw. Herausgebern große Mühe darauf verwandt, diese Angaben genau entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abzudrucken. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handele.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2004 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen · Bern · Toronto · Seattle · Oxford · Prag
Rohnsweg 25, 37085 Göttingen

http://www.hogrefe.de
Aktuelle Informationen · Weitere Titel zum Thema · Ergänzende Materialien

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Satz: Beate Hautsch, Göttingen
Druck: Schlütersche Druck GmbH & Co. KG
Printed in Germany
Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1157-9

Inhaltsverzeichnis

1 Beschreibung der Störungsbilder 1
1.1 Bezeichnung und Definition nach ICD-10 und DSM-IV 1
1.1.1 Anorexia nervosa 3
1.1.2 Bulimia nervosa 5
1.1.3 Nicht Näher Bezeichnete Essstörungen – Binge-Eating-Störung 8
1.2 Epidemiologische Daten 9
1.3 Verlauf und Prognose 12
1.4 Differenzialdiagnose 14
1.5 Komorbidität 16
1.6 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen 17

2 Störungstheorien und Modelle 21
2.1 Risikofaktoren 22
2.1.1 Psychosoziale Faktoren 22
2.1.2 Biologische Faktoren 29
2.2 Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungsmodell 34

3 Diagnostik und Indikation 38
3.1 Hinweise zur Diagnostik 38
3.1.1 Erst- bzw. Vorgespräch 39
3.1.2 Erhebung des psychopathologischen Befundes, zentraler Diagnosen und komorbider Störungen sowie medizinische Gesamtbeurteilung 41
3.1.3 Anamneseerhebung und subjektives Krankheitsmodell 43
3.1.4 Problemanalyse: Entwicklung eines funktionalen Bedingungsmodells 47
3.1.5 Motivationsabklärung und Motivierung 49
3.2 Hinweise zur Indikation 51

4 Behandlung 53
4.1 Kognitive Verhaltenstherapie: Ziele und Behandlungsschwerpunkte 53
4.1.1 Vermittlung des Therapierationals 55

4.1.2 Informationsvermittlung/Psychoedukation 56
4.1.2.1 Zusammenhänge zwischen Hungern und Symptomen der Essstörung 56
4.1.2.2 Die Bedeutung eines bestimmten Körpergewichts 58
4.1.2.3 Folgeschäden im Zusammenhang mit Essstörungen 59
4.1.2.4 Die Wirksamkeit von Erbrechen und Abführmitteln zur Gewichtsreduktion 60
4.1.2.5 Soziokulturelle Einflüsse – das Schlankheitsideal der Medien 61
4.1.3 Problemanalyse: Identifikation auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen für gestörtes Essverhalten 62
4.1.4 Umgang mit Essen und Gewicht 64
4.1.4.1 Stationäre Maßnahmen zur Gewichtsstabilisierung 64
4.1.4.2 Normalisierung des Essverhaltens 71
4.1.4.3 Abbau der „Schwarzen Liste“ 74
4.1.4.4 Umgang mit Heißhungeranfällen und Erbrechen 76
4.1.4.5 Reaktionsverhinderung 78
4.1.5 Identifikation und Bearbeitung zu Grunde liegender Problembereiche 79
4.1.6 Kognitive Techniken 85
4.1.7 Die Bearbeitung der Körperschemastörung 87
4.1.8 Stabilisierung, Rückfallanalyse und Rückfallprophylaxe . . . 92
4.2 Stand der Therapieforschung bei Anorexia nervosa 93
4.2.1 Psychotherapeutische Verfahren 93
4.2.2 Familientherapie 94
4.2.3 Pharmakotherapie 95
4.3 Stand der Therapieforschung bei Bulimia nervosa 95
4.3.1 Psychotherapeutische Verfahren 95
4.3.2 Pharmakotherapie bei Bulimia nervosa 98
4.3.3 Kombinationsbehandlung 98
4.3.4 Selbsthilfe-Ansätze 99
4.4 Stand der Therapieforschung bei Binge-Eating-Störungen . . 99
4.4.1 Psychotherapeutische Verfahren 100
4.3.2 Pharmakotherapie 100

5 Literatur 101

6 Anhang 108
Selbstbeobachtung des Essverhaltens 108
Selbstbeobachtungsprotokoll 109
Informationen für betroffene Patientinnen und Angehörige zu medizinischen Komplikationen und Folgeschäden bei Anorexia und Bulimia nervosa 110
Schwarze Liste 113

Karten:
Wichtige Fragen für den Erstkontakt
Fragen zur Diagnostik und Vorgeschichte

1 Beschreibung der Störungsbilder

Auffälligkeiten oder Störungen des Essverhaltens sind bei jungen Frauen häufig

Auffälligkeiten oder Störungen des Essverhaltens sind Phänomene, die bei jungen Frauen in der Pubertät relativ häufig beobachtet werden können. Unzufriedenheit mit der Figur und dem Gewicht, der Wunsch, dünner zu sein oder das Durchführen konkreter gewichtsreduzierender Maßnahmen werden zu einem hohen Prozentsatz von jungen Frauen in dieser Altersgruppe bejaht. Dennoch entwickeln sich in den wenigsten Fällen daraus klinisch manifeste Störungen.

Diätverhalten und übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht sind Risikofaktoren für Essstörungen

Andererseits können wiederholte Diäten und Gewichtsverluste sowie die übermäßige Beschäftigung mit der Figur und dem Gewicht Risikofaktoren für oder sogar Vorläufer von späteren klinischen Störungen sein. An welcher Stelle die Grenze zu ziehen ist bzw. ab welchem Ausmaß von Auffälligkeit die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Essstörungssyndromen deutlich ansteigt, ist derzeit noch weitgehend ungeklärt und Gegenstand mehrerer Untersuchungen.

1.1 Bezeichnung und Definition nach ICD-10 und DSM-IV

In der neuesten Auflage der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10; Dilling, Mombour & Schmidt, 1991) sind Essstörungen im Kapitel F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ aufgeführt. Als wichtigste Syndrome sind *Anorexia nervosa (F50.0)* und *Bulimia nervosa (F50.2)* beschrieben. Daneben existiert als weniger spezifische Störung jeweils eine Form einer „atypischen“ Anorexia und Bulimia nervosa, die Kategorie „Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen“, „Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen“ sowie die Kategorien „sonstige Essstörungen“ und „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“.

In der vierten Revision des amerikanischen Klassifikationssystems DSM-IV (APA, 1994) sind die Essstörungen erstmals in einem eigenen Kapitel eingeordnet. Neben den Störungsbildern *Anorexia nervosa (307.1)* und *Bulimia nervosa (307.51)* gibt es noch eine weitere Kategorie, die *„Nicht Näher Bezeichnete Essstörung“ (307.50)*. Als ein Beispiel dieser Kategorie gilt die sogenannte *„Binge-Eating-Störung“*. Die endgültige Aufnahme dieser Störung befindet sich derzeit noch in der Diskussion, entsprechende vorläufige Forschungskriterien als Grundlage für weitere Studien sind im Anhang des DSM-IV formuliert. Die sich jeweils entsprechenden diagnostischen Kategorien des ICD-10 und DSM-IV sind in Tabelle 1 gegenübergestellt.

Tabelle 1:
Klassifikation von Essstörungen im ICD-10 und DSM-IV

ICD-10	DSM-IV
Anorexia nervosa (F50.0) *Subtypen:* – Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.00) – Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.01)	**Anorexia nervosa (307.1)** *Subtypen:* – Restriktiver Typus – „Binge-Eating/Purging"-Typus
Bulimia nervosa (F50.2)	
Atypische Bulimia nervosa (F50.3)	**Bulimia nervosa (307.51)** *Subtypen:* – „Purging"-Typus – „Non-Purging"-Typus
Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (F50.4)	–
Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen (F50.5)	–
Sonstige Essstörungen (F50.8)	–
Nicht Näher Bezeichnete Essstörung (F50.9)	**Nicht Näher Bezeichnete Essstörung (307.50)**

Übergewicht allein keine psychische Störung

Übergewicht ist als eigenständige Diagnose weder im ICD-10 noch im DSM-IV aufgeführt, da ein erhöhtes Körpergewicht allein nicht die Diagnose einer psychischen Störung rechtfertigt. Ist Übergewicht als Ursache einer psychischen Störung anzusehen, so ist im Rahmen des ICD-10 die psychische Störung zu benennen (z. B. F38 [andere affektive Störungen], F41.2 [Angst- und depressive Störung, gemischt] oder F48.9 [nicht näher bezeichnete neurotische Störung]) sowie zusätzlich eine Kodierung aus E66 zu klassifizieren, die den Typus des Übergewichts bezeichnet (Adipositas durch übermäßige Kalorienenzufuhr [E66.0] oder Adipositas permagna [E66.8]).

Eine Essstörung, die mit Übergewicht einhergeht kann nach ICD-10 mit F54 klassifiziert werden („Psychologische Faktoren und Verhaltensfaktoren bei andernorts klassifizierten Krankheiten [Adipositas]). Die Binge-Eating-Störung würde als „Nicht näher bezeichnete Essstörung" unter F50.9 klassifiziert.

Innerhalb des DSM-IV besteht die Möglichkeit, das Übergewicht verbunden mit einer Essstörung unter DSM-IV 316.00 („Gesundheitsgefährdende (psychische) Faktoren, die einen medizinischen Krankheitsfaktor (Adipositas) beeinflussen") zu verschlüsseln.

1.1.1 Anorexia nervosa

Die heute aktuellen Diagnosekriterien (vgl. Tabelle 2) definieren die Anorexia nervosa in erster Linie über die Weigerung der Patientin, ein minimales normales Körpergewicht zu halten bzw. (während der Adoleszenz) zu erreichen, ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme trotz bestehenden Untergewichts, eine Wahrnehmungsstörung bezogen auf Figur und Gewicht bzw. die übermäßige Bedeutsamkeit von diesen im Selbstkonzept der Patientin sowie eine Amenorrhoe. Untergewicht wird in den ICD-10-Kriterien definiert über einen Body Mass Index (BMI = Gewicht [kg] / Größe [m²]) von kleiner oder gleich 17.5, während die DSM-Kriterien davon ausgehen, dass das Körpergewicht weniger als 85 % des gemäß Alter und Größe erwarteten Gewichts der Person entspricht. Letzteres wird in der Regel anhand der Metropolitan Life Insurance Tabellen oder der pädiatrischen Wachstumskurven ermittelt. Da die jeweiligen Werte (insbesondere bei einem Beginn der Störung in der Adoleszenz) abhängig von Alter, Größe und Geschlecht der Person schwanken, gelten sie als ungefähre Richtwerte.

Definition von Untergewicht

Der Gewichtsverlust wird überwiegend über eine Reduktion von hochkalorischen Nahrungsmitteln bzw. der Gesamtnahrungsaufnahme erreicht. Oft entwickelt sich daraus ein streng ritualisiertes Essverhalten mit Beschränkung auf wenige „erlaubte“ Nahrungsmittel und/oder Essen erst ab einer bestimmten Tageszeit (z. B. nicht vor 13 Uhr). Als weitere Maßnahmen der Gewichtsreduktion können selbstinduziertes Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikamissbrauch sowie exzessive körperliche Aktivität hinzukommen. Der Gewichtsverlust ist begleitet von einer starken Angst vor dem Dickwerden und gegebenenfalls Leugnung des untergewichtigen Zustands. Im DSM-IV taucht schließlich erstmals der Hinweis auf, dass Figur und Körpergewicht einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung haben müssen, also einen besonderen Stellenwert im Selbstkonzept der Person aufweisen.

Maßnahmen, Gewichtsverlust herbeizuführen

Zusammenhang zwischen Figur, Gewicht und Selbstkonzept

Als weiteres Kriterium wird sowohl im DSM-IV wie auch im ICD-10 das Vorhandensein einer Amenorrhoe gefordert. Diese tritt überwiegend als Folge des Gewichtsverlusts bzw. im Zusammenhang mit den damit verbundenen verringerten Hormonausschüttungen von Östrogen auf. Bei präpubertären Frauen kann die Menarche durch den Erkrankungsbeginn verzögert werden. Bei Einnahme von Kontrazeptiva kann dieses Kriteriums nicht eindeutig entschieden werden, das Vorliegen einer Amenorrhoe wird in diesem Fall aber dennoch angenommen.

Amenorrhoe

Das DSM-IV (und ganz ähnlich auch das ICD-10) unterscheiden zwischen einem „restriktivem Typ“ und einem so genannten „Binge-Eating/Purging Typ“ bzw. bulimischem Typ der Anorexia nervosa in Abhängigkeit davon, ob Heißhungeranfälle oder „Purging-Verhalten“ (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika und Klistieren) regel-

Subtypeneinteilung