

Stephan Herpertz, Martina de Zwaan, Stephan Zipfel (Hrsg.)

Handbuch Essstörungen und Adipositas

Stephan Herpertz
Martina de Zwaan
Stephan Zipfel
(Hrsg.)

Handbuch Essstörungen und Adipositas

Mit 18 Abbildungen und 21 Tabellen

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz

Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
LWL-Klinik Dortmund
Abt. für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Marsbruchstraße 179
44287 Dortmund

Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Universitätsklinikum Tübingen
Medizinische Klinik, Abteilung Innere Medizin VI
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Osianderstraße 5
72076 Tübingen

Prof. Dr. med. Martina de Zwaan

Universitätsklinikum Erlangen
Psychosomatische und psychotherapeutische
Abteilung
Schwabachanlage 6
91054 Erlangen

ISBN 978-3-540-76881-4 Springer Medizin Verlag Heidelberg

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

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

Dieses Werk ist urheberrechtlich geschützt. Die dadurch begründeten Rechte, insbesondere die der Übersetzung, des Nachdrucks, des Vortrags, der Entnahme von Abbildungen und Tabellen, der Funksendung, der Mikroverfilmung oder der Vervielfältigung auf anderen Wegen und der Speicherung in Datenverarbeitungsanlagen, bleiben, auch bei nur auszugsweiser Verwertung, vorbehalten. Eine Vervielfältigung dieses Werkes oder von Teilen dieses Werkes ist auch im Einzelfall nur in den Grenzen der gesetzlichen Bestimmungen des Urheberrechtsgesetzes der Bundesrepublik Deutschland vom 9. September 1965 in der jeweils geltenden Fassung zulässig. Sie ist grundsätzlich vergütungspflichtig. Zuwiderhandlungen unterliegen den Strafbestimmungen des Urheberrechtsgesetzes.

Springer Medizin Verlag

springer.de

© Springer Medizin Verlag Heidelberg 2008

Die Wiedergabe von Gebrauchsnamen, Handelsnamen, Warenbezeichnungen usw. in diesem Werk berechtigt auch ohne besondere Kennzeichnung nicht zu der Annahme, dass solche Namen im Sinne der Warenzeichen- und Markenschutz-Gesetzgebung als frei zu betrachten wären und daher von jedermann benutzt werden dürften.

Produkthaftung: Für Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen kann vom Verlag keine Gewähr übernommen werden. Derartige Angaben müssen vom jeweiligen Anwender im Einzelfall anhand anderer Literaturstellen auf ihre Richtigkeit überprüft werden.

Planung: Renate Scheddin

Projektmanagement: Renate Schulz

Lektorat: Karin Dembowsky, München

Layout und Einbandgestaltung: deblik Berlin

Satz: medionet Publishing Services Ltd., Berlin

SPIN: 12031054

Geleitwort

Essstörungen sind keine Bagatellerkrankungen. Sie schädigen die körperliche und psychische Gesundheit nachhaltig und können sogar zum Tod führen. Die Ergebnisse der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) und dem Bundesministerium für Gesundheit in Auftrag gegebenen Studie zur Gesundheit von Kindern und Jugendlichen in Deutschland (KIGGS) sind alarmierend: Jedes fünfte Kind – und sogar jedes dritte Mädchen – im Alter zwischen 11 und 17 Jahren leidet unter Symptomen von Essstörungen. Krankhafte Essstörungen zählen inzwischen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Die Bundesregierung hat deshalb die Initiative „Leben hat Gewicht – gemeinsam gegen den Schlankheitswahn“ gestartet. Die Initiative setzt auf wirksame Prävention und Aufklärung, um zu verhindern, dass Kinder und Erwachsene falsche und gesundheitsschädliche Körperideale entwickeln, wie sie häufig von der Mode- und Werbebranche propagiert werden.

Eine besondere Herausforderung stellt gleichzeitig aber auch die rasche Zunahme der Häufigkeit von Übergewicht und Adipositas in unserer Gesellschaft dar. Damit Essstörungen wie Magersucht, Bulimie oder die – häufig mit Übergewicht und Adipositas assoziierte – Binge-Eating-Störung gar nicht erst entstehen können, müssen Kinder mit einer ausgewogenen Ernährung und ausreichender Bewegung aufwachsen und ein gesundes Selbstbewusstsein entwickeln.

Darüber hinaus brauchen wir aber auch sichere Verfahren zur Diagnose von Essstörungen und gezielte therapeutische Maßnahmen. Das BMBF fördert daher Forschungsprojekte zu Essstörungen und Adipositas, deren Ergebnisse in die medizinische Praxis einfließen.

Das vorliegende Buch gibt einen umfassenden Überblick über den derzeitigen wissenschaftlichen Kenntnisstand und aktuelle Behandlungsstrategien bei Essstörungen und Adipositas. Damit leistet es einen wichtigen Beitrag zur besseren medizinischen Versorgung der Patientinnen und Patienten.



Dr. Annette Schavan, MdB
Bundesministerin für Bildung und Forschung

Vorwort

Kaum ein psychisches Krankheitsbild hat in den letzten Jahren in der Öffentlichkeit ein so reges Interesse gefunden wie die Essstörungen. In fast allen auflagenstarken Zeitungen und Zeitschriften wird über Magersucht oder Bulimia nervosa berichtet, nahezu allen jungen Frauen in Deutschland dürften diese beiden Essstörungen geläufig sein. Über die Binge-Eating-Störung ist weniger bekannt, obwohl mehr Menschen an ihr leiden als an der Bulimia nervosa und – interessanterweise – fast ebenso viele Frauen wie Männer von dieser Essstörung betroffen sind.

Die Adipositas ist nicht zuletzt durch ihre pandemieartige Ausbreitung in den letzten Jahrzehnten zunehmend in das Bewusstsein der Öffentlichkeit gerückt. Neben den körperlichen Folgeerkrankungen der Adipositas sind deren psychosoziale Konsequenzen nicht zu unterschätzen, steht sie doch in einem krassen Gegensatz zu dem herrschenden Schlankheitsideal.

Bei aller Themenvielfalt dieser Krankheitsbilder lassen sich in den letzten Jahren zunehmend große Überschneidungen im Hinblick auf Versorgungs- und Forschungsfragen beobachten. So ist die Binge-Eating-Störung in der Regel mit Übergewicht oder Adipositas assoziiert, und die Bulimia nervosa lässt sich u. a. als gegenregulatorische Maßnahme junger Menschen, insbesondere junger Frauen, angesichts des massiven Gewichtsanstiegs in der Bevölkerung verstehen. Auch stellt sich nicht zuletzt durch die immensen Fortschritte in der Grundlagenforschung zur Gewichtsregulation zunehmend die Frage, ob Essstörungen und Adipositas u. a. Ausdruck fehlgesteuerter zentraler Steuerungsmechanismen sind, deren Determinanten neben einer genetischen Disposition psychosoziale und psychobiologische Problemfelder darstellen.

Das vorliegende Handbuch stellt insofern ein Novum dar, als dass es weniger um die Darstellung spezieller z. B. psychotherapieschulenspezifischer Behandlungsmethoden bemüht ist, sondern um die komprimierte Darstellung aller wichtigen und aktuellen wissenschaftlich verankerten Aspekte der Essstörungen und der Adipositas. Auch ist es ein Anliegen der Herausgeber, den bisher eher geringen Austausch zwischen Adipositas- und Essstörungsexperten zu beleben.

Das Handbuch richtet sich als Nachschlagewerk an Klinik und Praxis, aber auch zur systematischen Durchsicht an alle in der Versorgung und Forschung auf dem Gebiet der Essstörungen und der Adipositas tätige und interessierte Berufsgruppen. Geschrieben ist es auch für Berufsanfänger, die sich eingehend über die beiden Themenbereiche informieren möchten, aber auch für die erfahrenen Berufskollegen, die ihr Wissen vor dem Hintergrund des heutigen Wissensstandes, aber auch der dargestellten Perspektiven, reflektieren wollen. Es richtet sich schließlich auch an Lehrende, die den Anspruch haben, umfassend zu informieren.

Unser Dank gilt allen Autorinnen und Autoren für ihre aktive Mitgestaltung des Buches und den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Springer-Verlags für ihre kompetente Unterstützung bei der Realisierung dieses neuen Handbuchs.

Die Herausgeber
Stephan Herpertz, Bochum
Martina de Zwaan, Erlangen
Stephan Zipfel, Tübingen

Im Herbst 2008

Inhaltsverzeichnis

Essstörungen

Klassifikation der Essstörungen

	3.3.4	Übermäßige Bewegung	17
	3.3.5	Weitere kompensatorische Mechanismen	18
	4	Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter	19
		<i>Beate Herpertz-Dahlmann</i>	
	4.1	Definition und Klassifikation	19
	4.2	Epidemiologie	19
	4.3	Symptomatik	20
	4.4	Komorbidität und Differenzialdiagnose	21
	4.4.1	Psychische Komorbidität.	21
	4.4.2	Somatische Komorbidität	21
	4.5	Differenzialdiagnose	22
	4.6	Verlauf	23
	5	Atypische Essstörungen und Binge-Eating-Störung	24
		<i>Martina de Zwaan und Barbara Mühlhans</i>	
	5.1	Atypische Essstörungen	24
	5.2	Subsyndromale Essstörungen	24
	5.3	Binge-Eating-Störung.	25
	5.4	Purging-Disorder.	26
	5.5	Night-Eating-Syndrom	27
	5.6	Andere atypische Essstörungen	28
	6	Diagnostik von Essstörungen	29
		<i>Ulrich Schweiger</i>	
	6.1	Screening nach Essstörungen.	29
	6.2	Ausführliche psychologische Diagnostik bei Verdacht auf eine Essstörung.	30
	6.2.1	Suche nach körperlichen, psychologischen oder Verhaltensmerkmalen einer Essstörung	30
	6.2.2	Assessment der Beeinträchtigung durch gestörtes Essverhalten	31
	6.2.3	Operationalisierte Diagnostik.	31
	6.3	Medizinische Diagnostik bei Essstörungen	33
	6.4	Differenzialdiagnostische Überlegungen bei Essstörungen.	35
1		Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung	4
		<i>Tilmann Habermas</i>	
1.1		Ein wahrhaft biopsychosoziales Phänomen.	4
1.2		Geschichte der Adipositasdiagnose.	4
1.3		Geschichte der Magersucht (Anorexia nervosa) und ihrer Diagnose.	5
1.4		Geschichte der Diagnose von Heißhungeranfällen und Sich-Überessen (Binge-Eating, Bulimie)	6
1.5		Geschichte der Bulimia nervosa und ihrer Diagnose.	6
1.6		Einflüsse der medizinischen Krankheitsbegriffe auf die Essstörungen.	7
1.7		Zukünftige Entwicklungen der Klassifikation und Diagnose.	7
2		Diätverhalten und Körperbild im gesellschaftlichen Wandel	9
		<i>Romuald Brunner und Franz Resch</i>	
2.1		Wie häufig treten Körperbildprobleme und Diätverhalten auf, und wie hängen sie zusammen?	9
2.2		Verändern sich die Einstellung zum Körper und das Essverhalten im Übergang vom Jugendalter zum jungen Erwachsenenalter?	11
3		Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im Erwachsenenalter.	14
		<i>Martin Teufel und Stephan Zipfel</i>	
3.1		Klinische Einteilung der Anorexia nervosa	14
3.1.1		Atypische Anorexia nervosa (ICD-10 F50.1).	14
3.1.2		Subtypen der Anorexia nervosa (nach ICD-10 und DSM IV)	15
3.2		Klinische Einteilung der Bulimia nervosa	16
3.2.1		Atypische Bulimia nervosa (ICD-10 F50.3)	17
3.2.2		Subtypen der Bulimia nervosa	17
3.3		Kompensatorische Mechanismen	17
3.3.1		Fasten.	17
3.3.2		Erbrechen	17
3.3.3		Missbrauch von Medikamenten	17
		Epidemiologie, Ätiologie und Verlauf der Essstörungen	
7		Prävalenz und Inzidenz anorektischer und bulimischer Essstörungen	38
		<i>Manfred M. Fichter</i>	
7.1		Epidemiologische Grundbegriffe	38
7.2		Prävalenz.	39
7.3		Inzidenz	41

8	Verlauf und Prognose der Anorexia nervosa	44			
	<i>Stephan Zipfel, Bernd Löwe und Wolfgang Herzog</i>				
8.1	Ergebnisse der Verlaufsforschung	44			
8.2	Mortalität	46			
8.3	Prognostische Indikatoren für einen Rückfall und schlechten Verlauf	46			
9	Verlauf der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung	48			
	<i>Norbert Quadflieg und Manfred Fichter</i>				
9.1	Verlauf der Essstörungssymptome	49			
9.1.1	Remission und Genesung	49			
9.1.2	Rückfall und Chronifizierung	50			
9.1.3	Mortalität	50			
9.2	Verlauf anderer psychischer Erkrankungen (Komorbidität) und soziale Faktoren	50			
9.2.1	Komorbidität	50			
9.2.2	Soziale Faktoren	51			
9.3	Prognostische Faktoren	51			
9.3.1	Lebensalter und Krankheitsdauer	51			
9.3.2	Schweregrad der Essstörung und Behandlung	51			
9.3.3	Komorbidität	52			
9.3.4	Persönlichkeitseigenschaften.	52			
9.3.5	Merkmale der Herkunftsfamilie	52			
10	Verhaltenstherapeutische Modellvorstellungen	54			
	<i>Gaby Groß</i>				
10.1	Prädisponierende Faktoren	54			
10.1.1	Biologische Faktoren	54			
10.1.2	Soziokulturelle Faktoren	55			
10.1.3	Familiäre Faktoren	55			
10.1.4	Individuelle Faktoren	55			
10.2	Auslösende Faktoren	56			
10.3	Aufrechterhaltende Faktoren	56			
10.4	Das transdiagnostische Modell.	56			
11	Psychodynamische Modellvorstellungen	59			
	<i>Stephan Herpertz</i>				
11.1	Operationalisierte psychodynamische Diagnostik	60			
12	Genetische Aspekte der Essstörungen	62			
	<i>Helge Frieeling und Stefan Bleich</i>				
12.1	Anorexia nervosa	62			
12.1.1	Familien- und Zwillingsstudien.	63			
12.1.2	Linkage-Analysen	63			
12.1.3	Assoziationsstudien	63			
12.2	Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung.	64			
12.2.1	Familien- und Zwillingsstudien.	64			
12.2.2	Linkage-Analysen	64			
12.2.3	Assoziationsstudien	64			
			12.3	Ausblick – Genomweite Assoziationsstudien, Gen-Umwelt-Interaktionen und Epigenetik.	65
			13	Psychosoziale Risikofaktoren	67
				<i>Corinna Jacobi und Eike Fittig</i>	
			13.1	Anorexia nervosa	67
			13.2	Bulimia nervosa	69
			13.3	Binge-Eating-Störung.	72
			14	Soziokulturelle Aspekte der Essstörungen	75
				<i>Burkard Jäger</i>	
			14.1	Anorexia nervosa	75
			14.1.1	Kulturhistorische Perspektive	75
			14.1.2	Auftretenshäufigkeit in verschiedenen Kulturen	76
			14.1.3	Einflüsse des schlanken Körperideals	76
			14.1.4	Weitere soziokulturelle Einflussfaktoren	76
			14.2	Bulimia nervosa	77
			14.2.1	Kulturhistorische Perspektive	77
			14.2.2	Auftretenshäufigkeit in Kulturen mit und ohne Anschluss an westliche Medieninhalte	77
			14.2.3	Einflüsse des schlanken Körperideals	77
			14.2.4	Weitere soziokulturelle Einflussfaktoren	79
			14.3	Kulturelle Faktoren bei Gewichtszunahme, Adipositas und Binge-Eating-Störung.	80
			14.3.1	Die Rolle von Normen und Idealen in den Medien und der öffentlichen Moral	80
			14.4	Gemeinsame Faktoren: Migration und Rollenanforderungen an Frauen	80
			15	Körperbildstörungen	82
				<i>Brunna Tuschen-Caffier</i>	
			15.1	Körperbildstörung als Diagnosekriterium für Essstörungen	82
			15.2	Theoretische Konzeptionen und Definitionsversuche.	82
			15.3	Körperbildstörungen als Kernsymptome von Essstörungen: Forschungszugänge und empirische Befunde.	84
			15.4	Befunde der Grundlagenforschung zu Körperbildstörungen: Notwendig, hilfreich oder überflüssig?	86
			16	Essstörungen bei Männern.	87
				<i>Barbara Mangweth-Matzek</i>	
			16.1	Anorexia nervosa und Bulimia nervosa.	87
			16.2	Krankheitsbeginn	87
			16.2.1	Risikofaktor: Unzufriedenheit mit dem Körper	87
			16.2.2	Weitere Risikofaktoren	89
			16.3	Krankheitsverlauf	90
			16.4	Behandlung und Outcome	91
			16.5	Atypische Essstörungen und Binge-Eating-Störung	91

17	Esstörungen und Leistungssport . . .	93	18.4	Besonderheiten der Therapie bei komorbiden Störungen unter Einschluss von Essstörungen	110
	<i>Petra Platen</i>		18.4.1	Behandlung bei Essstörung und depressiver Störung	110
17.1	Körpergewicht und Körperzusammensetzung im Leistungssport	94	18.4.2	Behandlung bei Essstörung und Cluster-C-Persönlichkeitsstörung	110
17.2	Bedeutung der Energiebilanz im Leistungssport	95	18.4.3	Behandlung bei Essstörung und Cluster-B-Persönlichkeitsstörung	111
17.3	Epidemiologie	95	18.4.4	Behandlung bei Essstörungen und Angststörungen	111
17.4	Prädisponierende Faktoren	96	18.4.5	Essstörungen und Abhängigkeitserkrankungen	111
17.5	Pathophysiologische Mechanismen	97	18.4.6	Essstörungen und sexuelle Störungen	111
17.5.1	Essstörungen	97			
17.5.2	Störungen des Menstruationszyklus	97	19	Affektive Störungen und Angststörungen	112
17.5.3	Niedrige Knochendichte	98		<i>Jörn von Wietersheim</i>	
17.6	Gesundheitliche Konsequenzen	98	19.1	Anorexia nervosa	113
17.6.1	Psychische und soziale Folgen	98	19.2	Bulimia nervosa	113
17.7	Screening und Diagnose	98	19.3	Binge-Eating-Störung	114
17.7.1	Screening	98	19.4	Adipositas	115
17.7.2	Diagnostisches Prozedere	99	19.5	Zusammenfassung und Schlussfolgerungen	115
17.8	Prävention und Therapie	99	20	Selbstverletzendes Verhalten bei essgestörten Frauen	117
17.8.1	Prävention	100		<i>Detlev O. Nutzinger</i>	
17.8.2	Therapie	100	20.1	Begriffsdefinition	117
17.9	Leistungsoptimiertes Gewichtsmanagement bei Athletinnen und Athleten	101	20.2	Epidemiologie	118
17.9.1	Hinweise zum angemessenen Abnehmen	101	20.3	Formen und Ausgestaltung selbstverletzenden Verhaltens	118
17.9.2	Hinweise zu leistungsoptimierender Gewichtszunahme	102	20.4	Häufig vergesellschaftete sowie differenzialdiagnostisch auszuschließende Erkrankungen	119

Psychische Komorbidität

18	Psychische Komorbidität und Persönlichkeitsstörungen	106
	<i>Ulrich Schweiger</i>	
18.1	Prävalenz von Komorbidität zwischen Essstörungen und anderen psychischen Störungen	107
18.1.1	Essstörungen und depressive Störungen	107
18.1.2	Essstörungen und Angststörungen	107
18.1.3	Essstörungen und Substanzmissbrauch	107
18.1.4	Essstörungen und sexuelle Störungen	108
18.1.5	Essstörungen und Persönlichkeitsstörungen	108
18.1.6	Clusteranalysen zu komorbiden Störungen bei Essstörungen	108
18.2	Abgrenzung Differenzialdiagnose vs. Komorbidität	108
18.3	Mechanismen der Interaktion zwischen Essstörungen und anderen psychischen Störungen	109
18.3.1	Komorbidie Störungen als spezifischer Risikofaktor für Essstörungen	109
18.3.2	Komorbidie Störungen als Komplikation einer Essstörung	109
18.3.3	Gemeinsame Risikofaktoren für Essstörungen und komorbide Störungen	109

Biologische und medizinische Aspekte der Essstörungen

21	Hunger und Sättigung	124
	<i>Reinhard Pietrowsky</i>	
21.1	Der Prozess der Nahrungsaufnahme	124
21.2	Biologische, sensorische und psychologische Faktoren von Hunger und Sättigung	125
21.2.1	Biologische Faktoren	125

21.2.2 Sensorische Faktoren 126
 21.2.3 Psychologische Faktoren 127
 21.3 Hunger- und Sättigung und die Regulation des Körpergewichts 128

22 Neuropsychologische Befunde bei Essstörungen 130
Martin Schulte-Rüther und Kerstin Konrad

22.1 Aufmerksamkeit und Aufmerksamkeitsbias 131
 22.2 Lernen und Gedächtnis 133
 22.2.1 Implizite Lern- und Gedächtnisfunktionen 133
 22.2.2 Explizite Lern- und Gedächtnisfunktionen 133
 22.3 Exekutive Funktionen 133
 22.4 Neuropsychologie und hormonelle Einflussfaktoren 134
 22.5 Neuropsychologische Befunde im Therapieverlauf 134

23 Neurohormone und Neurotransmitter 137
Kristian Holtkamp

23.1 Neuropeptide und periphere Peptidhormone 137
 23.1.1 Befunde bei den Essstörungen 138
 23.2 Neurotransmitter 141
 23.2.1 Befunde bei den Essstörungen 141

24 Bildgebende Verfahren bei Essstörungen 143
Ursula Franziska Bailer

24.1 Anorexia nervosa 144
 24.1.1 Computertomographie und Magnetresonanztomographie 144
 24.1.2 Magnetresonanztomographie 144
 24.1.3 Positronenemissionstomographie, Single-Photon Emission Computed Tomography 145
 24.1.4 Funktionelle Magnetresonanztomographie 145
 24.1.5 Neurotransmitterstudien mittels SPECT und PET 146
 24.2 Bulimia nervosa 148
 24.2.1 Computertomographie und Magnetresonanztomographie 148
 24.2.2 Magnetresonanztomographie 148
 24.2.3 Positronenemissionstomographie, Single-Photon Emission Computed Tomography 148
 24.2.4 Funktionelle Magnetresonanztomographie 148
 24.2.5 Neurotransmitterstudien mittels SPECT und PET 148
 24.3 Binge-Eating-Störung 148

Medizinische Aspekte und somatische Komorbidität

25 Medizinische Komplikationen bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. 152
Hans-Christoph Friederich

25.1 Körperliche Beschwerden und Laborparameter 152
 25.2 Organmanifestationen 154
 25.2.1 Kardiovaskuläres System 154
 25.2.2 Skelettsystem 154
 25.2.3 Gastrointestinaltrakt 155
 25.2.4 Haut und Zähne 155
 25.2.5 Endokrinium 156
 25.2.6 Niere, Wasser- und Elektrolythaushalt 156
 25.3 Das Auffütterungssyndrom (Refeeding-Syndrom) 157

26 Gynäkologische Aspekte bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa 158
Christiane Gerwing und Anette Kersting

26.1 Hormonelle Störungen 158
 26.2 Fertilität und Reproduktion 159
 26.3 Schwangerschaft und Geburt 160
 26.3.1 Anorexia nervosa 160
 26.3.2 Bulimia nervosa 162
 26.4 Essstörungen und Mutterschaft 162

27 Essstörungen und Diabetes mellitus. . 164
Stephan Herpertz

27.1 Essstörungen und Typ-1-Diabetes 164
 27.2 Diabetes und Essstörungen, eine überzufällige Koinzidenz? 165
 27.3 Insulindosis und Gewichtsregulation (»Insulin-Purgings«) 166
 27.4 Verlauf der Essstörung bei Menschen mit Diabetes mellitus 166
 27.5 Diagnose und Behandlung von Patienten mit Diabetes mellitus und Essstörung 166

Die Behandlung der Essstörungen

28 Prävention der Essstörungen 170
Andreas Karwautz und Gudrun Wagner

28.1 Arten der Prävention 170
 28.2 Die Diätgesellschaft 170
 28.3 Zielbereiche für die Primärprävention von Essstörungen 171
 28.4 Wirksamkeit von Prävention 172
 28.4.1 Wirksamkeit von Primärprävention bei Kindern 172

28.4.2	Wirksamkeit von Primärprävention bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen	173			
28.4.3	Wirksamkeit von Sekundärprävention	174			
28.5	Gemeinsame Präventionsprogramme für Essstörungen und Adipositas	174			
29	Behandlung der Essstörungen in Kindheit und Adoleszenz	176			
	<i>Beate Herpertz-Dahlmann</i>				
29.1	Somatische Rehabilitation und Ernährungstherapie	176			
29.2	Individuelle psychotherapeutische Behandlung	177			
29.3	Einbeziehung der Familie	178			
29.3.1	Gruppenpsychoedukation für Eltern	178			
29.3.2	Familientherapie	179			
29.4	Behandlung der Komorbidität und medikamentöse Therapie	180			
29.4.1	Medikamentöse Behandlung	180			
30	Familientherapie	182			
	<i>Günter Reich</i>				
30.1	Familiäre Einflüsse auf das Essverhalten und die Einstellung zum Körper	182			
30.2	Familiendynamik bei Essstörungen	183			
30.2.1	Einfluss familiärer Beziehungen auf die Entwicklung von Essstörungen.	183			
30.2.2	Familiäre Beziehungen bei Anorexie und Bulimie	183			
30.2.3	Familiendynamik bei männlichen Jugendlichen und Männern mit Anorexie und Bulimie	184			
30.2.4	Familiendynamik bei der Binge-Eating-Störung.	185			
30.3	Familien- und Paartherapie bei Essstörungen	185			
30.3.1	Formen von Familientherapie bei Essstörungen	186			
30.3.2	Indikationen zur Familien- und Paartherapie	186			
30.3.3	Phasen der Familientherapie bei Essstörungen	187			
31	Psychodynamische Therapie	189			
	<i>Wolfgang Herzog, Hans-Christoph Friederich, Beate Wild, Henning Schauenburg und Stephan Zipfel</i>				
31.1	Grundlagen	189			
31.2	Fokale psychodynamische Psychotherapie, operationalisierte psychodynamische Diagnostik und strukturbezogene Psychotherapie.	190			
31.3	Störungsspezifische Modifikationen psychodynamischer Therapie bei Essstörungen	191			
31.3.1	Anorexia nervosa	191			
31.3.2	Bulimia nervosa	191			
31.3.3	Binge-Eating-Störung.	192			
			32	Kognitive Verhaltenstherapie	193
				<i>Tanja Legenbauer</i>	
			32.1	Allgemeine Vorgehensweise und Standardelemente in der Behandlung von Essstörungen	193
			32.2	Normalisierung des Ernährungsverhaltens	194
			32.2.1	Kognitive Behandlungselemente	195
			32.2.2	Besonderheiten in der Behandlung der Anorexia nervosa	195
			32.2.3	Besonderheiten in der Behandlung der Bulimia nervosa	196
			32.2.4	Neuere Entwicklungen in der Behandlung von Essstörungen	196
			32.2.5	Wirksamkeit der kognitiven Verhaltenstherapie in der Behandlung von Essstörungen	197
			33	Andere Psychotherapieverfahren bei Essstörungen: Die interpersonelle Psychotherapie	200
				<i>Anja Hilbert</i>	
			33.1	Grundlagen der interpersonellen Psychotherapie für Essstörungen	200
			33.2	Die Essstörungsbehandlung durch die interpersonelle Psychotherapie	201
			33.3	Wissenschaftliche Fundierung der interpersonellen Psychotherapie.	202
			33.3.1	Interpersonelle Psychotherapie der Bulimia nervosa	202
			33.3.2	Interpersonelle Psychotherapie der Binge-Eating-Störung.	203
			33.3.3	Interpersonelle Psychotherapie der Anorexia nervosa	203
			34	Die Pharmakotherapie der Essstörungen	205
				<i>Martina de Zwaan und Jana Svitek</i>	
			34.1	Anorexia nervosa	205
			34.1.1	Gewichtsrestitution	205
			34.1.2	Rückfallprophylaxe	206
			34.2	Bulimia nervosa	206
			34.2.1	Reduktion der Essanfälle und der kompensatorischen Verhaltensweisen	206
			34.2.2	Rückfallprophylaxe	208
			34.2.3	Kombination von Psychotherapie und Medikation	208
			34.2.4	Sequenzielle Therapie	208
			34.3	Binge-Eating-Störung.	209
			34.3.1	Reduktion der Essanfälle.	209
			34.3.2	Kombination von Psychotherapie und Medikation	209
			35	Stationäre und teilstationäre Psychotherapie der Essstörungen	211
				<i>Almut Zeeck</i>	
			35.1	Stellenwert stationärer und tagesklinischer Behandlung.	211

35.1.1 Gesamtbehandlungsplanung. 212
 35.1.2 Unterschiede zwischen voll- und teilstationären Programmen 212
 35.1.3 Ziele 213
 35.1.4 Elemente voll- und teilstationärer Therapie 214
 35.2 Anorexia nervosa 214
 35.2.1 Indikation 214
 35.2.2 Behandlungsvereinbarungen. 215
 35.2.3 Charakteristische Schwierigkeiten. 216
 35.3 Bulimia nervosa 216
 35.3.1 Indikation 216
 35.3.2 Behandlungsvereinbarungen. 216
 35.4 Binge-Eating-Störung. 217
 35.4.1 Indikationsstellung 217
 35.4.2 Ziele 217

36 Die Behandlung von Körperbildstörungen 219
Silja Vocks

36.1 Erarbeitung eines Störungsmodells. 220
 36.2 Modifikation dysfunktionaler körperbezogener Kognitionen 220
 36.3 Körperkonfrontation per Spiegel und Video 220
 36.3.1 Ziele 221
 36.3.2 Vorgehen 221
 36.4 Expositionsübungen zur Reduktion des körperbezogenen Vermeidungs- und Kontrollverhaltens. 222
 36.5 Aufbau positiver körperbezogener Aktivitäten. 223
 36.6 Befunde zur Wirksamkeit kognitiv-verhaltenstherapeutischer Interventionen zur Verbesserung des Körperbildes 223

37 Selbsthilfe bei Essstörungen. 226
Cornelia Thiels und Martina de Zwaan

37.1 Wozu Selbsthilfe? 226
 37.2 Was ist Selbsthilfe?. 226
 37.3 Anleitung zur Selbsthilfe. 227
 37.4 Für wen eignet sich Selbsthilfe? 227
 37.5 Anorexia nervosa 227
 37.6 Bulimia nervosa 227
 37.6.1 Reine Selbsthilfe 227
 37.6.2 Angeleitete Selbsthilfe mit einem im deutschsprachigen Raum erprobten Selbsthilfemanual 227
 37.6.3 Reicht angeleitete Selbsthilfe aus?. 228
 37.6.4 Selbsthilfe für Adoleszente 228
 37.7 Binge-Eating-Störung. 228
 37.8 Der Einsatz moderner Medien 229
 37.8.1 E-Mail und Telemedizin. 229
 37.8.2 Videos 229
 37.8.3 CD-ROM 229
 37.8.4 Multimedia auf CD. 230
 37.8.5 Websites 230
 37.8.6 Virtuelle Realität (VR) 231

38 Zwangsbehandlung bei Anorexia nervosa 232
Andreas Thiel und Thomas Paul

38.1 Die Möglichkeit der Zwangsbehandlung nach dem Betreuungsrecht 232
 38.2 Psychotherapie unter Zwang 233
 38.3 Zwangsmaßnahmen behutsam einsetzen und dosieren 233
 38.4 Behandlung mit Respekt. 235

39 Die Behandlung chronisch kranker Patientinnen 237
Thomas Paul und Andreas Thiel

39.1 Begriffsbestimmung 237
 39.2 Ausgangslage. 238
 39.3 Hilfreiche Grundprinzipien bei der Behandlung chronisch essgestörter Patientinnen 238

Adipositas

Klassifikation, Ätiologie und Epidemiologie der Adipositas

40 Ätiologie und Diagnostik der Adipositas 246
Alfred Wirth

40.1 Ätiologie der Adipositas 246
 40.1.1 Erhöhte Energieaufnahme. 246
 40.1.2 Verminderter Energieverbrauch 247
 40.1.3 Genetische Prädisposition. 249
 40.2 Krankheiten und Pharmaka (sekundäre Adipositas) 250
 40.2.1 Krankheiten mit Adipositas 250
 40.2.2 Pharmaka mit adipogener Wirkung 250
 40.3 Diagnostik der Adipositas 251
 40.3.1 Anthropometrie 251
 40.3.2 Technische Diagnostik zur Körperzusammensetzung 251
 40.3.3 Diagnostik der Energieaufnahme 252
 40.3.4 Erfassung der körperlichen Aktivität 253

41 Epidemiologie der Adipositas 255
Susanne Wiesner

41.1 Inzidenz und Prävalenz der Adipositas weltweit 255
 41.2 Inzidenz und Prävalenz der Adipositas in Deutschland 255
 41.3 Inzidenz und Prävalenz der Adipositas bei Kindern und Jugendlichen in Deutschland. 257

42 Psychosoziale Faktoren der Adipositas in Kindheit und Adoleszenz 259
Petra Warschburger

42.1 Definition und Verbreitung von Adipositas 259

42.2 Soziale Diskriminierung, Hänseleien und Adipositas 260

42.3 Psychische Störungen und Verhaltensauffälligkeiten 260

42.4 Lebensqualität 262

42.5 Stellenwert der psychischen Faktoren . . 263

43 Genetische Aspekte der Adipositas . . 265
Helge Frieling, Anke Hinney und Stefan Bleich

43.1 Zwillings- und Adoptionsstudien 265

43.2 Tiermodelle 266

43.3 Monogenetische Erkrankungen 266

43.4 Linkage-Analysen 266

43.5 Assoziationsstudien 268

43.5.1 Mögliche Kandidatengene 268

43.5.2 Melanokortinrezeptor 4 269

43.6 Genomweite Assoziationsstudien 269

43.6.1 Insulinaktiviertes Gen 2 (INSIG-2) 270

43.6.2 Fat mass and obesity associated gene . . 270

44 Klinische Aspekte der Adipositas 271
Andreas Hamann

44.1 Evaluation übergewichtiger und adipöser Patienten. 271

44.1.1 Klinische Untersuchung 271

44.1.2 Klinische Symptomatik 272

44.1.3 Labordiagnostik 272

44.1.4 Apparative Diagnostik 272

44.2 Komorbiditäten der Adipositas. 273

44.2.1 Adipositas und Diabetes mellitus Typ 2 . 273

44.2.2 Adipositas und Dyslipidämie 273

44.2.3 Adipositas und Hypertonie 274

44.2.4 Adipositas und metabolisches Syndrom. 274

44.2.5 Adipositas und Mortalitätsrisiko 275

44.2.6 Adipositas und Gerinnungsstörungen . . 276

44.2.7 Adipositas und Hyperurikämie 276

44.2.8 Adipositas und gastrointestinale Erkrankungen. 277

44.2.9 Adipositas und pulmonale Komplikationen 277

44.2.10 Adipositas und Hormonstörungen bei Frauen 277

44.2.11 Adipositas und Hormonstörungen bei Männern 278

44.2.12 Adipositas und Karzinomrisiko 278

44.2.13 Adipositas und Erkrankungen des Bewegungsapparats 278

45 Medikamentös induzierte Adipositas . 280
Florian Lederbogen

45.1 Pathomechanismen 280

45.2 Auswirkungen einzelner Substanzen auf das Körpergewicht. 281

45.2.1 Antipsychotika 281

45.2.2 Antidepressiva 282

45.2.3 Antiepileptika, Lithium 283

45.2.4 Antidiabetika 283

45.2.5 Steroide 283

45.2.6 Weitere Substanzen 284

45.3 Umgang mit medikamentös induzierter Gewichtszunahme 284

Komorbidität

46 Soziale und psychosoziale Auswirkungen der Adipositas: Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung. 288
Anja Hilbert

46.1 Gewichtsbezogene Stigmatisierung und Diskriminierung bei Adipositas. 288

46.2 Psychosoziale Auswirkungen gewichtsbezogener Stigmatisierung und Diskriminierung 290

47 Psychische Komorbidität der Adipositas 292
Stephan Herpertz

47.1 Seelische Belastungen und Erkrankungen bei Adipositas. 292

47.2 Psychosoziale Belastungen 292

47.3 Psychosomatische Aspekte der Adipositas 292

47.4 Adipositas und Depression 293

47.5 Pathologisches hyperkalorisches Essverhalten und Binge-Eating-Störung . 293

47.6 Adipositas und Borderline-Persönlichkeitsstörung 294

47.7 Adipositas und Abhängigkeits-erkrankungen. 294

48 Somatopsychische Komorbidität: Metabolisches Syndrom und Depression 296
Bernd Löwe

48.1 Hintergrund. 296

48.2 Epidemiologie 297

48.2.1 Metabolisches Syndrom 297

48.2.2 Depression 298

48.2.3 Metabolisches Syndrom und psychische Störungen 298

48.3 Zusammenhang von metabolischem Syndrom und Depression 298

48.4 Behandlungsprinzipien. 299

49 Tabakabhängigkeit bei Essstörungen und Adipositas 303
Martina Schröter und Anil Batra

49.1 Grundlagen der Tabakabhängigkeit. . . . 303

49.1.1 Neurobiologische Aspekte der Tabakabhängigkeit 304

49.1.2 Psychosoziale Aspekte der Tabakabhängigkeit 304

49.2 Diagnostik der Tabakabhängigkeit 305

49.3 Tabakabhängigkeit bei Anorexie und Bulimie 305

49.4 Weight concerns und Rauchverhalten 306

49.5 Tabakabstinenz und Gewichtszunahme 307

49.6 Rauchen und Adipositas 307

49.7 Behandlung der Tabakabhängigkeit 308

49.7.1 Medikamentöse Behandlungsmöglichkeiten 308

49.7.2 Motivierende Gesprächsführung und Psychotherapie 309

49.8 Tabakentwöhnung bei Patientinnen mit Bulimie oder Anorexie 309

Die Behandlung der Adipositas

50 Prävention der Adipositas 312
Manfred J. Müller und Sandra Plachta-Danielzik

50.1 Stand der Wissenschaft 312

50.1.1 Ergebnisse von Präventionsstudien 312

50.1.2 Determinanten von Übergewicht bei Kindern und Jugendlichen 313

50.2 Ein theoretisches Modell 314

50.3 Portfolio von Maßnahmen und Machbarkeit 315

50.4 Was ist zu tun, und was können wir erwarten? 315

51 Behandlung der Adipositas in Kindheit und Adoleszenz. 317
Martin Wabitsch

51.1 Indikationsstellung 317

51.2 Therapieziele 319

51.3 Vorgehen und Behandlungsbausteine 319

51.3.1 Schulungsprogramme 319

51.3.2 Andere Therapien 321

51.3.3 Mögliche Nebenwirkungen einer Behandlung 321

52 Standards der Adipositasbehandlung 322
Simone Munsch und Andrea Sabrina Hartmann

52.1 Multimodulare Behandlung der Adipositas 322

52.1.1 Veränderung des Ernährungsverhaltens 322

52.1.2 Standards in der Förderung körperlicher Aktivität 324

52.1.3 Standards der psychologischen Behandlung 325

52.2 Behandlungssetting 326

52.3 Medikamentöse und chirurgische Maßnahmen 326

53 Verhaltenstherapie der Adipositas . . . 328
Andrea Benecke

53.1 Historischer Überblick 328

53.2 Wesentliche Bausteine der verhaltenstherapeutischen Adipositas-therapie 329

53.2.1 Psychoedukation 329

53.2.2 Vereinbarung von Therapiezielen 329

53.2.3 Selbstbeobachtung und Verhaltensanalysen 330

53.2.4 Stimuluskontrolle 330

53.2.5 Kognitive Umstrukturierung 331

53.2.6 Stressmanagement 332

53.2.7 Soziale Unterstützung 332

53.2.8 Soziales Kompetenztraining 332

53.3 Rückfallprophylaxe 332

53.4 Zusammenarbeit mit anderen relevanten Berufsgruppen 332

53.5 Einzel- oder Gruppentherapie 333

54 Die Behandlung der Adipositas – Sport und körperliche Aktivität. 334
Petra Platen

54.1 Effekte von Sport und körperlicher Aktivität auf das Körpergewicht, den Body-Mass-Index und die Körperzusammensetzung bei erwachsenen Adipösen 335

54.2 Effekte von Sport und körperlicher Aktivität auf die kardiovaskuläre und metabolische Leistungsfähigkeit bei erwachsenen Adipösen 335

54.3 Effekte von Sport und körperlicher Aktivität auf kardiovaskuläre und metabolische Risikofaktoren sowie auf die Gesamt mortalität bei erwachsenen Adipösen 336

54.4 Effekte von Sport und körperlicher Aktivität bei adipösen Kindern 336

54.5 Allgemeine Empfehlungen zu körperlicher Aktivität und Gesundheit 337

54.5.1 Empfehlungen für Erwachsene zwischen dem 18. und 65. Lebensjahr 337

54.5.2 Empfehlungen für ältere Menschen und chronisch Kranke 337

54.5.3 Empfehlungen für Kinder 338

54.6 Konkrete Empfehlungen für körperliche Aktivitäten von erwachsenen Adipösen 338

54.7 Konkrete Empfehlungen für körperliche Aktivitäten von adipösen Kindern und Jugendlichen 339

55 Medikamentöse Therapie der Adipositas 341
Jens Jordan

55.1 Orlistat 342

55.1.1 Wirkmechanismus 342

55.1.2 Pharmakokinetik 342

55.1.3 Arzneimittelwechselwirkungen 342

55.1.4	Wirksamkeit	342		
55.1.5	Unerwünschte Wirkungen	343		
55.2	Sibutramin.	344		
55.2.1	Wirkmechanismus.	344		
55.2.2	Pharmakokinetik.	344		
55.2.3	Arzneimittelwechselwirkungen	344		
55.2.4	Wirksamkeit	344		
55.2.5	Unerwünschte Wirkungen	345		
55.3	Rimonabant.	345		
55.3.1	Wirkmechanismus.	345		
55.3.2	Pharmakokinetik.	346		
55.3.3	Arzneimittelwechselwirkungen	346		
55.3.4	Klinische Wirksamkeit	346		
55.3.5	Unerwünschte Wirkungen.	346		
56	Adipositaschirurgische Therapie- möglichkeiten	348		
	<i>Anna Maria Wolf</i>			
56.1	Indikationsstellung	348		
56.2	Adipositaschirurgische Therapieformen .	349		
56.2.1	Restriktive Operationsverfahren	349		
56.2.2	Malabsorptive Verfahren.	351		
56.2.3	Bewertung der Operationsverfahren . . .	352		
57	Psychosomatische Aspekte der Adipositaschirurgie	356		
	<i>Stephan Herpertz und Martina de Zwaan</i>			
57.1	Psychisches Befinden und Lebensqualität nach Adipositaschirurgie.	358		
57.2	Adipositaschirurgie und Essstörungen . .	358		
57.3	Psychische Prädiktoren für den Gewichts- verlauf	359		
57.4	Ausblick und Konsequenzen für die Praxis	360		
58	Behandlung der Adipositas bei Diabetes mellitus.	361		
	<i>Stephan Herpertz</i>			
58.1	Lebensstiländerung als präventive Maßnahme bei unzureichender Glukosetoleranz	361		
58.2	Adjuvante medikamentöse Behandlung .	362		
58.3	Therapie des Diabetes mellitus Typ 2 . . .	362		
58.4	Gewichtsabnahme und Mortalität.	363		
58.5	Kann die Adipositaschirurgie das Problem lösen?	363		
59	Modediäten und kommerzielle Programme	365		
	<i>Andreas Fritsche</i>			
59.1	Anforderungen an eine Diät.	365		
59.2	Einteilung der Diäten zur Gewichtsreduktion	366		
59.3	Bewertung von Diätprogrammen	366		
59.4	Individualisierte Ernährung	367		
60	Zusammenhang von Körpergewicht, Gewichtsreduktion, Gewichtsverlauf und Mortalität.	369		
	<i>Susanne Wiesner</i>			
60.1	Körpergewicht und Mortalität	369		
60.2	Gewichtsreduktion, Gewichtsverlauf und Mortalität	370		
	Sachverzeichnis.	373		

Über die Herausgeber



Univ.- Prof. Dr. med. Stephan Herpertz

Arzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Arzt für Innere Medizin, Psychoanalyse, Chefarzt der Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LWL-Klinik Dortmund, Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum. Gründungsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS), Sprecher der Arbeitsgruppe für die Entwicklung evidenzbasierter Leitlinien für die Diagnostik und Therapie der Essstörungen der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e.V. (AWMF).



Prof. Dr. med. Martina de Zwaan

Studium der Humanmedizin an der Universität Wien. Fachärztin für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie sowie für Psychiatrie und Psychotherapie. Habilitation 1995 zum Thema Binge Eating Störung. Längere Forschungsaufenthalte in Minneapolis und Fargo (Prof. J.E. Mitchell). Verhaltenstherapeutin, Dozentin und Supervisorin. Seit 2003 Leiterin der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Abteilung des Universitätsklinikums Erlangen. Vizepräsidentin der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS).



Univ.-Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, Facharzt für Innere Medizin. Studium der Humanmedizin in Heidelberg, Frankfurt a. M. und London UK. Weiterbildung in Innere Medizin und Psychosomatische Medizin und Psychotherapie am Universitätsklinikum Heidelberg und University of Sydney/Australien. Seit 2003 Ärztlicher Direktor der Abteilung Innere Medizin VI (Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) an der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen, seit 2007 Ärztlicher Direktor des Zentrums für Ernährungsmedizin Tübingen-Hohenheim (ZEM) und Vorstandsmitglied der Deutschen Gesellschaft für Essstörungen (DGESS).

Autorenverzeichnis

Prof. Dr. med. Ursula Franziska Bailer

Klinische Abteilung für Allgemeine Psychiatrie
Universitätsklinik für Psychiatrie
Währinger Gürtel 18–20
A-1090 Wien
ursula.bailer@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. med. Anil Batra

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Oslanderstraße 22
D-72076 Tübingen
anil.batra@med.uni-tuebingen.de

Dr. phil. Andrea Benecke

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Universität Mainz – Psychologisches Institut
Staudingerweg 9
D-55099 Mainz
benecke@uni-mainz.de

Prof. Dr. med. Stefan Bleich

Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
Universitätsklinikum Erlangen
Schwabachanlage 6
D-91054 Erlangen
stefan.bleich@uk-erlangen.de

PD Dr. med. Romuald Brunner

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstraße 8
D-69115 Heidelberg
romuald.brunner@med.uni-heidelberg.de

Dipl.-Psych. Eike Fittig

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitz Straße 46
D-01187 Dresden
fittig@psychologie.tu-dresden.de

Prof. Dr. med. Manfred M. Fichter

Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
D-83209 Prien
mfichter@schoen-kliniken.de

Dr. med. Hans-Christoph Friederich

Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische
Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2
D-69115 Heidelberg
hans-christoph.friederich@med.uni-heidelberg.de

Dr. med. Helge Frieling

Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
Universitätsklinikum Erlangen
Schwabachanlage 6
D-91054 Erlangen
helge.frieling@uk-erlangen.de

Prof. Dr. med. Andreas Fritsche

Ernährungsmedizin und Prävention
Medizinische Universitätsklinik IV
Universität Tübingen
Otfried-Müller-Straße 10
D-72076 Tübingen
andreas.fritsche@med.uni-tuebingen.de

Dr. med. Christiane Gerwing

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Straße 11
D-48129 Münster
c.gerwing@uni-muenster.de

Dr. rer. nat. Gaby Groß

Abteilung Innere Medizin VI
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
Universitätsklinikum Tübingen, Medizinische Klinik
Oslanderstraße 5
D-72076 Tübingen
gaby.gross@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. phil. Tilmann Habermas

Institut für Psychologie
Johann-Wolfgang-Goethe-Universität
Senckenberganlage 15
D-60054 Frankfurt
tilmann.habermas@psych.uni-frankfurt.de

Prof. Dr. med. Andreas Hamann

Diabetes-Klinik Bad Nauheim GmbH
Ludwigstr. 37-39
D-61231 Bad Nauheim
a.hamann.diabetes@pitzer-klinken.de

M. Sc. Andrea Hartmann

Fachbereich Psychologie
Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstraße 18
D-35032 Marburg
andrea.hartmann@staff.uni-marburg.de

Prof. Dr. med. Stephan Herpertz

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LWL-Klinik Dortmund
Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
Marsbruchstraße 179
D-44287 Dortmund
stephan.herpertz@ruhr-uni-bochum.de

Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Neuenhofer Weg 21
D-52074 Aachen
bherpertz-dahlmann@ukaachen.de

Prof. Dr. med. Wolfgang Herzog

Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische
Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Im Neuenheimer Feld 410
D-69120 Heidelberg
wolfgang.herzog@med.uni-heidelberg.de

PD Dr. rer. nat. Anja Hilbert

Nachwuchsforschergruppe Adipositas
Fachbereich Psychologie
Philipps-Universität Marburg
Gutenbergstraße 18
D-35032 Marburg
hilbert@staff.uni-marburg.de

Dr. rer. nat. Anke Hinney

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
Rheinische Kliniken Essen
Klinik der Universität Duisburg-Essen
Virchowstraße 174
D-45147 Essen
Anke.Hinney@uni-due.de

PD Dr. med. Kristian Holtkamp

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Neuenhofer Weg 21
D-52074 Aachen
kholtkamp@ukaachen.de

Prof. Dr. rer. biol. Corinna Jacobi

Klinische Psychologie und Psychotherapie
Technische Universität Dresden
Chemnitzner Straße 46
D-01187 Dresden
cjacobi@psychologie.tu-dresden.de

PD Dr. rer. nat. Burkhard Jäger

Psychosomatik und Psychotherapie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover
Jaeger.burkard@MH-Hannover.de

Prof. Dr. med. Jens Jordan

Institut für Klinische Pharmakologie
Medizinische Hochschule Hannover
Carl-Neuberg-Straße 1
D-30625 Hannover
jordan.jens@mh-hannover.de

Prof. Dr. med. Andreas Karwautz

Universitätsklinik für Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
Medizinische Universität Wien
Währinger Gürtel 18-20
A-1090 Wien
andreas.karwautz@meduniwien.ac.at

PD Dr. med. Anette Kersting

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Münster
Albert-Schweitzer-Straße 11
D-48129 Münster
Anette.Kersting@ukmuenster.de

Prof. Dr. rer. nat. Kerstin Konrad

Lehr- und Forschungsgebiet Klinische Neuropsychologie des
Kinder- und Jugendalters
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Neuenhofer Weg 21
D-52074 Aachen
kkonrad@ukaachen.de

PD Dr. med. Florian Lederbogen

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Zentralinstitut für Seelische Gesundheit
J5
D-68159 Mannheim
florian.lederbogen@zi-mannheim.de

Dr. rer. nat. Tanja Legenbauer

Abteilung für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LWL-Klinik Dortmund
Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum
Marsbruchstraße 179
D-44287 Dortmund
tanja.legenbauer@ruhr-uni-bochum.de

Prof. Dr. med. Dipl.-Psych. Bernd Löwe

Institut und Poliklinik für Psychosomatische Medizin und
Psychotherapie
Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf
Martinistraße 52
D-20246 Hamburg
b.loewe@uke.uni-hamburg.de

Prof. Dr. MMag. Barbara Mangweth-Matzek

Universitätsklinik für Psychiatrie
Anichstraße 35
A-6020 Innsbruck
barbara.mangweth@uibk.ac.at

Dipl.-Psych. Barbara Mühlhans

Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung
Universitätsklinikum Erlangen
Schwabachanlage 6
D-91054 Erlangen
barbara.muehlhans@uk-erlangen.de

Prof. Dr. med. Manfred J. Müller

Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde,
Abt. Humanernährung
Christian-Albrechts-Universität Kiel
Düsternbrooker Weg 17
D-24105 Kiel
mmueller@nutrfoodsc.uni-kiel.de

PD Dr. phil. Simone Munsch

Abteilung für Klinische Psychologie & Psychotherapie
Fakultät für Psychologie
Universität Basel
Missionsstrasse 62A
CH-4055 Basel
simone.munsch@unibas.ch

Prof. Dr. med. Detlev O. Nutzinger

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt und
Medizinische Fakultät der Universität zu Lübeck
Birkenweg 10
D-24576 Bad Bramstedt
dnutzinger@schoen-kliniken.de

Dr. rer. nat. Thomas Paul

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Bad Bramstedt
Birkenweg 10
D-24567 Bad Bramstedt
Tpaul@schoen-kliniken.de

Prof. Dr. rer. soc. Reinhard Pietrowsky

Psychotherapeutische Ambulanz
Heinrich-Heine-Universität
Universitätsstraße 1
D-40225 Düsseldorf
R.Pietrowsky@uni-duesseldorf.de

Dr. oec. troph. Sandra Plachta-Danielzik

Institut für Humanernährung und Lebensmittelkunde,
Abt. Humanernährung
Christian-Albrechts-Universität Kiel
Düsternbrooker Weg 17
D-24105 Kiel
sdanielzik@nutrfoodsc.uni-kiel.de

Prof. Dr. med. Petra Platen

Fakultät für Sportwissenschaft
Sportmedizin und Sporternährung
Ruhr-Universität Bochum
Universitätsstraße 150
D-44801 Bochum
petra.platen@ruhr-uni-bochum.de

Dipl.-Psych. Norbert Quadflieg

Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Klinikum der Universität München
Nußbaumstraße 7
D-80336 München
Norbert.Quadflieg@med.uni-muenchen.de

Prof. Dr. phil. Günter Reich

Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie
Georg-August-Universität
Humboldtallee 38
D-37073 Göttingen
greich@gwdg.de

Prof. Dr. med. Franz Resch

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie
Zentrum für Psychosoziale Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Blumenstraße 8
D-69115 Heidelberg
franz.resch@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Henning Schauenburg

Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische
Medizin
Universitätsklinikum Heidelberg
Thibautstraße 2
D-69115 Heidelberg
hennig.schauenburg@med.uni-heidelberg.de

Dipl.-Psych. Martina Schröter

Universitätsklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Osianderstraße 22
D-72076 Tübingen
martina.schroeter@med.uni-tuebingen.de

Dipl.-Psych. Martin Schulte-Rüther

Lehr- und Forschungsgebiet Klinische Neuropsychologie des
Kinder- und Jugendalters
Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
Universitätsklinikum der RWTH Aachen
Neuenhofer Weg 21
D-52074 Aachen
m.schulte@fz-juelich.de

Prof. Dr. med. Ulrich Schweiger

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
Universitätsklinikum Schleswig-Holstein – Campus Lübeck
Ratzeburger Allee 160
D-23538 Lübeck
ulrich.schweiger@psychiatrie.uk-sh.de

Dr. med. Jana Svitek

Psychiatrische und Psychotherapeutische Klinik
Universitätsklinikum Erlangen
Schwabachanlage 6
D-91054 Erlangen
jana.svitek@uk-erlangen.de

Dr. med. Martin Teufel

Abteilung Innere Medizin VI
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Tübingen, Medizinische Klinik
 Osianderstraße 5
 D-72076 Tübingen
 martin.teufel@med.uni-tuebingen.de

PD Dr. med. Andreas Thiel

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
 Diakoniekrankenhaus Rotenburg (Wümme) GmbH
 Elise-Averdieck-Straße 17
 D-27356 Rotenburg
 thiel@diako-online.de

Prof. Dr. phil. Cornelia Thiels, MPhil MRCPsych

Fachbereich Sozialwesen
 Fachhochschule Bielefeld
 Große-Kurfürsten-Straße 8
 D-33615 Bielefeld
 cornelia.thiels@fh-bielefeld.de

Prof. Dr. phil. Brunna Tuschen-Caffier

Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Albert-Ludwigs-Universität
 Engelbergerstraße 41
 D-79106 Freiburg
 tuschen@psychologie.uni-freiburg.de

PD Dr. rer. nat. Silja Vocks

Klinische Psychologie und Psychotherapie
 Ruhr-Universität Bochum
 GAFO 03/924
 D-44780 Bochum
 vocks@kli.psy.ruhr-uni-bochum.de

Prof. Dr. med. Martin Wabitsch

Universitätskinderklinik
 Prittwitzstraße 43
 D-89075 Ulm
 martin.wabitsch@uniklinik-ulm.de

Mag. Grudrun Wagner

Psychiatrie des Kindes- und Jugendalters
 Medizinische Universität Wien
 Währinger Gürtel 18-20
 A-1090 Wien
 grudrun.wagner@meduniwien.ac.at

Prof. Dr. phil. Petra Warschburger

Lehrstuhl für Beratungspsychologie
 Institut für Psychologie
 Universität Potsdam
 Karl-Liebknecht-Straße 24/25
 D-14476 Potsdam (OT Golm)
 warschb@rz.uni-potsdam.de

Dr. med. Susanne Wiesner

Adipositas-Zentrum HELIOS-Klinikum Berlin-Buch
 Franz-Volhard-Centrum für Klinische Forschung am Experimental Clinical Research Center Charité Berlin Campus Buch
 Schwanebecker Chaussee 50
 D-13125 Berlin
 Susanne.wiesner@helios-kliniken.de

Prof. Dr. phil. Jörn von Wietersheim

Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Universität Ulm
 Am Hochstrass 8
 D-89081 Ulm
 joern.vonwietersheim@uniklinik-ulm.de

Dr. sc. hum. Dipl.-Math. Dipl.-Psych. Beate Wild

Klinik für Psychosomatische und Allgemeine Klinische Medizin
 Universitätsklinikum Heidelberg
 Im Neuenheimer Feld 410
 D-69120 Heidelberg
 beate.wild@med.uni-heidelberg.de

Prof. Dr. med. Alfred Wirth

Abt. Innere Medizin
 Teutoburger-Wald-Klinik
 Teutoburger-Wald-Straße 33
 D-49214 Bad Rothenfelde
 alfred.wirth@klinik-teutoburger-wald.de

PD Dr. med. Anna-Maria Wolf

Klinik für Viszeral- und Transplantationschirurgie
 Universitätsklinikum Ulm
 Steinhövelstraße 9
 D-89075 Ulm
 anna-maria.wolf@uniklinik-ulm.de

PD Dr. med. Almut Zeeck

Abteilung Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin
 Universitätsklinikum Freiburg
 Hauptstraße 8
 D-79104 Freiburg
 almut.zeeck@uniklinik-freiburg.de

Prof. Dr. med. Stephan Zipfel

Abteilung Innere Medizin VI
 Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
 Universitätsklinikum Tübingen, Medizinische Klinik
 Osianderstraße 5
 D-72076 Tübingen
 stephan.zipfel@med.uni-tuebingen.de

Prof. Dr. med. Martina de Zwaan

Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung
 Universitätsklinikum Erlangen
 Schwabachanlage 6
 D-91054 Erlangen
 martina.dezwaan@uk-erlangen.de

Abkürzungsverzeichnis

A			
ACE	Angiotensin-Converting-Enzym	5-HIES	5-Hydroxyindolessigsäure
ACTH	adrenokortikotropes Hormon	5-HT	Serotonin
ADA	<i>American Diabetes Association</i>	5-HTT	Serotonintransporter
AHA/NHLBI	<i>American Heart Association/National Heart, Lung and Blood Institute</i>	I	
AN	Anorexia nervosa	IDCL	Internationale Diagnosechecklisten für DSM IV und ICD-10
AP	Agoraphobie	IDF	<i>International Diabetes Federation</i>
APA	<i>American Psychiatric Association</i>	IPT	interpersonelle Psychotherapie
APTT	aktivierte partielle Thromboplastinzeit	K	
ASH	angeleitete Selbsthilfe	KIGGS	Kinder- und Jugend-Survey
B		KVT	kognitive Verhaltenstherapie
BDNF	<i>brain-derived neurotrophic factor</i>	L	
BES	Binge-Eating-Störung	LDL	<i>low-density lipoprotein</i>
BGS	Bundes-Gesundheits-Survey	LH	luteinisierendes Hormon
BIA	bioelektrische Impedanzanalyse	LHPA-System	limbisch-hypothalamisches Hypophysen-Nebennieren-System
BMI	Body-Mass-Index	M	
BN	Bulimia nervosa	MAOI	Monoaminoxidasehemmer
BPD mit DS	<i>biliopancreatic diversion mit duodenal switch</i>	MCH	melaninkonzentrierendes Hormon
BPS	Borderline-Persönlichkeitsstörung	MD	<i>major depression</i>
C		MET	<i>metabolic equivalent</i>
CRH	kortikotropinfreisetzendes Hormon	MONICA	<i>Monitoring of International Trends and Determinants in Cardiovascular Diseases</i>
CRHR	Kortikotropin-Releasing-Hormon-Rezeptor	MRS	Magnetresonanztomographie
CT	Computertomographie	MRT	Magnetresonanztomographie
D		α -MSH	α -melanozytenstimulierendes Hormon
DBT	dialektische Verhaltenstherapie	N	
DEXA	duale »X-ray-Absorptionsmetrie«	NAFLD	nichtalkoholische Fettleber
DGKJP	Deutsche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie	NCEP/ATP	<i>National Cholesterol Education Program/Adult Education Panel</i>
E		NCS	<i>National Comorbidity Survey</i>
EASD	<i>European Association for the Study of Diabetes</i>	NICE	<i>National Institute for Clinical Excellence</i>
EDE	<i>Eating Disorder Examination</i>	NPY	Neuropeptid Y
EDE-Q	<i>Eating Disorder Examination Questionnaire</i>	NUST	Nationaler Untersuchungs-Survey
EDI	<i>Eating Disorder Inventory</i>	O	
EDNOS	<i>eating disorders not otherwise specified</i>	oGTT	oraler Glukosetoleranztest
F		OPD	Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik
FEV	Fragebogen zum Essverhalten	P	
fMRT	funktionelle Magnetresonanztomographie	PAL	<i>physical activity level</i>
FSH	follikelstimulierendes Hormon	pAVK	periphere arterielle Verschlusskrankheit
FTND	Fagerström-Test für Nikotinabhängigkeit	PCOS	polyzystisches Ovarialsyndrom
G		PEG	perkutane endoskopische Gastrostomie
GAS	generalisierte Angststörung	PET	Positronenemissionstomographie
GnRH	Gonadotropin-Releasing-Hormon	POMC	Proopiomelanokortin
H		PTBS	posttraumatische Belastungsstörung
HDL	<i>high-density lipoprotein</i>	PYY	Peptid YY
HOPE	<i>Heart Outcomes Protection Evaluation</i>		

R

RCT	randomisierte kontrollierte Studie
RIO	<i>Rimonabant in obesity</i>
RSH	reine, nichtangeleitete Selbsthilfe
RYGBP	<i>Roux-en-Y gastric bypass</i>

S

SAD	<i>sagittal abdominal depth</i>
SCOUT	<i>Sibutramine Cardiovascular Outcome Trial</i>
SGA	<i>small for gestational age</i>
SH	Selbsthilfe
SIAB	strukturiertes Inventar für anorektische und bulimische Essstörungen
SIAD	<i>sagittal intraabdominal diameter</i>
SKID	strukturiertes Klinisches Interview für DSM IV
SLC6A14	Aminosäuretransporter (<i>solute carrier family 6 member 14</i>)
SNP	<i>single-nucleotide polymorphism</i>
SP	soziale Phobie
SPECT	<i>Single-Photon Emission Computed Tomography</i>
SSRI	selektive Serotoninwiederaufnahmehemmer
SV	selbstverletzendes Verhalten

T

T ₃	Trijodthyronin
T ₄	Thyroxin
TPZ	Thromboplastinzeit
TSH	Thyreotropin
TZA	trizyklische Antidepressiva

V

VERA	Verbundstudie Ernährung und Risikofaktoren-analytik
VMH	ventromedialer Hypothalamus
VR	virtuelle Realität

W

WGA	<i>whole-genome association scan</i>
WHO	Weltgesundheitsorganisation

Z

ZNS	Zentralnervensystem
-----	---------------------

Essstörungen

Klassifikation der Essstörungen

Epidemiologie, Ätiologie und Verlauf
der Essstörungen

Psychische Komorbidität

Biologische und medizinische Aspekte
der Essstörungen

Medizinische Aspekte und somatische
Komorbidität

Die Behandlung der Essstörungen

Klassifikation der Essstörungen

- 1 Klassifikation und Diagnose:
Eine historische Betrachtung – 4
- 2 Diätverhalten und Körperbild im
gesellschaftlichen Wandel – 9
- 3 Anorexia nervosa und Bulimia nervosa im
Erwachsenenalter – 14
- 4 Anorexia nervosa im Kindes- und Jugendalter – 19
- 5 Atypische Essstörungen und Binge-Eating-Störung – 24
- 6 Diagnostik von Essstörungen – 29

Klassifikation und Diagnose: Eine historische Betrachtung

Tilman Habermas

- | | |
|---|--|
| <p>1.1 Ein wahrhaft biopsychosoziales Phänomen – 4</p> <p>1.2 Geschichte der Adipositasdiagnose – 4</p> <p>1.3 Geschichte der Magersucht (Anorexia nervosa) und ihrer Diagnose – 5</p> <p>1.4 Geschichte der Diagnose von Heißhungeranfällen und Sich-Überessen (Binge-Eating, Bulimie) – 6</p> | <p>1.5 Geschichte der Bulimia nervosa und ihrer Diagnose – 6</p> <p>1.6 Einflüsse der medizinischen Krankheitsbegriffe auf die Essstörungen – 7</p> <p>1.7 Zukünftige Entwicklungen der Klassifikation und Diagnose – 7</p> |
|---|--|

1.1 Ein wahrhaft biopsychosoziales Phänomen

Essstörungen und Adipositas bezeichnen Phänomene, bei denen die Menge der aufgenommenen Nahrung bzw. das resultierende Körpergewicht als krankhaft gelten. Wie bei anderen psychischen Störungen werden diese Phänomene in ihrem Wesen durch ein kausales Zusammenwirken sozialer, psychischer und biologischer Bedingungen verursacht. Essen und Körperform liegen an der Schnittlinie zwischen Natur und Kultur. Deshalb spiegeln sich in der Auffassung von den Grenzen normalen Essens und der Körperform und in der Auffassung von der Natur krankhafter Abweichungen die je herrschenden Selbstkontrollnormen und Körperideale sowie die je herrschenden medizinischen Diskurse. Im historischen oder auch kulturellen Vergleich entgeht man ungleich leichter der Versuchung, das je aktuelle Verständnis zu hypostasieren.

Essverhalten und Körperformen werden beispielsweise durch ökonomische Bedingungen beeinflusst. So haben erst die Industrialisierung der Nahrungsproduktion und die Mechanisierung des Transportwesens im 18. und 19. Jahrhundert dazu geführt, dass die Versorgung mit Lebensmitteln für

die Bevölkerung Europas sichergestellt war. Zudem reduzierten die Abnahme körperlicher Arbeit und wiederum die Mechanisierung des Transports im Laufe des 19. und 20. Jahrhunderts die vom Einzelnen verausgabte Energie. Die Zunahme der Verfügbarkeit von und die gleichzeitige Abnahme des Bedarfs an Nahrung befreiten zusammen mit einer Deritualisierung und Individualisierung der Nahrungsaufnahme diese von ökonomischen und biologischen Zwängen und öffneten sie für andere Bedürfnisse und Zwecke (Habermas 1990, ► Kap. 2).

In diesem Kapitel geht es aber nicht um die soziokulturellen Randbedingungen, sondern um die Interpretation von Variationen der Nahrungsaufnahme und des Körpergewichts, die wir heute als Essstörungen und Adipositas bezeichnen. Beide Krankheitsbegriffe entstanden im engeren Sinne im 19. Jahrhundert.

1.2 Geschichte der Adipositasdiagnose

Extremes Übergewicht beschäftigt die Medizin seit ihren Anfängen. In der antiken griechischen Medi-

zin finden sich viele Hinweise auf die Notwendigkeit der Mäßigung beim Essen und der körperlichen Ertüchtigung wie auch Überlegungen dazu, dass Übergewicht zu Krankheiten prädisponiere. Allerdings blieb die medizinische Aufmerksamkeit bis zum 19. Jahrhundert auf extremes Übergewicht beschränkt. Maßlosigkeit galt als Problem der Selbstkontrolle und Moral. Völlerei galt im Mittelalter bekanntermaßen als eine der sieben Todsünden. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wurde Übergewichtigkeit zu einer immer mehr in der Öffentlichkeit erörterten Sorge. Gewichtskontrollprogramme und Abnehmkuren wurden kommerziell angeboten, Erfahrungsberichte, Streitschriften und Selbsthilfeliteratur erschienen. Die Medizin griff die populäre Sorge auf, indem sie mithilfe von Formeln begann, den Krankheitsbegriff der Adipositas von extremem Übergewicht auf mäßigere Formen des Übergewichts auszuweiten. Quételets Formel

$$\text{Körpergewicht in kg} / (\text{Körpergröße in m})^2$$

wird heute als Body Mass Index (BMI) bezeichnet und wurde im 20. Jahrhundert zeitweise vom Broca-Index bzw. in den 1950er Jahren von Idealgewichtstabellen abgelöst. Diese basierten auf von Lebensversicherungsgesellschaften durchgeführten Befragungen.

! Von der Mitte des 19. bis zur Mitte des 20. Jahrhunderts lässt sich eine zunehmend restriktivere medizinische Definition von Übergewicht und Adipositas konstatieren.

Dabei wird ein Absinken des medizinisch unbedenklichen Gewichts durch restriktivere Grenzwerte deutlich. Wie die Tabellen der Lebensversicherungen verdeutlichen, liegt ein Teil dieser Dynamik in der zeitlichen Streckung des Begriffs des gesundheitlichen Risikos bis hin zum Tode. Im Namen der Gesundheitsvorsorge wurden populäre Körpergewichtsnormen medizinisch legitimiert und vorangetrieben. Erst in den 1970er Jahren gab es nicht zuletzt unter dem Eindruck der grassierenden Essstörungen ein gewisses Zurückrudern von einer allzu restriktiven zu einer moderateren medizinischen Definition von Übergewicht (BMI > 25) und Adipositas (BMI > 30 nach der WHO).

1.3 Geschichte der Magersucht (Anorexia nervosa) und ihrer Diagnose

Während die Adipositas lediglich über das zur Körpergröße in Beziehung gesetzte Körpergewicht, also rein somatisch definiert ist, gehört die Magersucht zu den psychischen Störungen, denn sie ist nicht nur über extremes Untergewicht (BMI < 17,5 bzw. mehr als 15% Untergewicht) definiert, sondern über eine spezifische Motivation, dieses Untergewicht auch intentional zu erreichen und halten. Dies ist die trotz des Untergewichts herrschende intensive Angst, übergewichtig zu sein oder zu werden. Dieses zentrale und differenzialdiagnostisch bedeutsame psychologische Kriterium geht zurück auf die frühen französischen Arbeiten des 19. Jahrhunderts (Habermas 1989) und die Arbeiten Mara Selvini Palazzolis (1984) und Hilde Bruch (1973) in den 1960er Jahren. Diese fixe Idee, trotz Untergewichts übergewichtig zu werden, motiviert zugleich Handlungsweisen, die auf die Kontrolle des Körpergewichts zielen, sowie die sonst für Untergewicht untypische Überaktivität sowie die mangelnde bzw. nur sehr partielle Krankheitseinsicht.

In der Forschung zur Geschichte der Magersucht werden von den meisten angelsächsischen Autoren die heutigen psychologischen diagnostischen Kriterien abgelehnt. Sie klassifizieren retrospektiv entweder alle unerklärlichen Unterernährungszustände oder zumindest alle durch eingeschränkte Nahrungsaufnahme zustandekommende Unterernährung als magersüchtig. Aus der sich so ergebenden historischen Verteilung von Fällen folgern sie dann, die Magersucht habe es schon immer gegeben (z. B. Keel u. Klump 2003). Dies hängt zum einen damit zusammen, dass die Angst vor Übergewicht erst sehr spät Eingang in englischsprachige Quellen gefunden hat, während sie in der französischen und auch deutschen Literatur bereits im 19. Jahrhundert zu finden ist (Habermas 2005). Zum anderen hängt es mit der Überzeugung dieser Autoren zusammen, dass die Magersucht eine genetische Basis habe oder gar wesentlich somatisch verursacht sei. Dabei äußert sich das Vorliegen genetischer Einflüsse mitnichten in historischer Konstanz des Krankheitsbildes und seiner Auftrenshäufigkeit. Jeder Versuch, die Magersucht nur über somatische Aspekte zu definieren, gibt ihre

diagnostische Spezifität auf und macht sie kommun mit Unternahrung aufgrund beispielsweise einer Depression, eines Vergiftungswahns, von Reinlichkeitszwängen oder einer Pubertätsaskese.

! Das diagnostische Spezifikum der Magersucht, die fixe Idee, Übergewichtig zu sein oder zu werden, findet sich im Zusammenhang mit durch Fasten herbeigeführtes Untergewicht ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts (Habermas 1989).

Das trifft zwar nicht auf die Fallbeschreibungen des Arztes Gull (1873) und des Psychiaters Lasègue (1874) zu, die allgemein als Erfinder der Anorexia nervosa betrachtet werden. Gulls Fälle muten heute als diagnostisch nicht sehr eindeutig an, während Lasègue die typische Krankheitsverleugnung und Überaktivität beschrieb, noch nicht aber die *idée fixe d'obésité* (Charcot). Diese taucht allerdings bereits kurze Zeit später in der Literatur auf, insbesondere in aus der Salpêtrière stammenden Artikeln. Dass viele Autoren die Intentionalität des Abnehmens nicht bemerkten, wurde dadurch wesentlich gefördert, dass die Betroffenen ihre Angst vor Übergewicht und ihre geringe Nahrungsaufnahme verbergen, um sich Versuchen zu entziehen, sie zum Zunehmen zu bewegen.

Bei historisch früheren Formen intentional selbst herbeigeführten extremen Untergewichts (Vandereycken et al. 1990) lassen sich zumindest zwei Typen unterscheiden. Asketisch-mystische Festerinnen folgten einem Modell weiblicher Frömmigkeit und gar Heiligkeit (Heilige Katharina von Siena), bei dem die Imitatio Christi, die Versagung jeglicher körperlicher Befriedigungen und hungerinduzierte mystische Erlebnisse eine klare religiöse Bedeutung hatten - das Motiv des Hungerns zielte nicht auf den Körperrumfang oder -gewicht, sondern auf eine Annäherung an Gott. Ein zweiter Typus des extremen Fastens findet sich unter den eher hysterisch anmutenden Fastenwundern, die ohne jegliche Nahrungsaufnahme überlebten. Während der erste historische Typus psychologisch durchaus Parallelen zur Magersucht aufweist, wie das jede extreme Askese tut, unterscheidet sich der zweite Typus deutlich. So waren diese Frauen häufig gar nicht untergewichtig und jahrelang krank und bettlägerig (Habermas 1990).

1.4 Geschichte der Diagnose von Heißhungeranfällen und Sich-Überessen (Binge-Eating, Bulimie)

Anfallartiges Essen großer Mengen von Nahrung ist in der Medizingeschichte seit über 2000 Jahren bekannt. Es wurde u. a. als Bulimie, *fames canina*, *Kynorexie* und *Phagedena* bezeichnet und galt als ätiologisch unspezifisches Symptom, während Polyphagie die zeitunabhängige Aufnahme großer Mengen an Nahrung bezeichnete (Ziolko u. Schrader 1985). Heißhungerattacken wurden mitunter als kompensatorische Handlungen bei drohenden Angstanfällen beschrieben. Im Zusammenhang mit der Adipositas beschrieb Stunkard (1959) nächtliches (*night eating syndrome*) sowie tageszeitunabhängiges anfallartiges Essen (*binge eating syndrome*). Erst seit dem 19. Jahrhundert wurde aus den überwiegend bei Männern beschriebenen Heißhungeranfällen ein eher bei Frauen anzutreffendes Symptom.

! Das Symptom des anfallartigen Essens großer Mengen von Nahrung ist in der Geschichte seit langem bekannt.

1.5 Geschichte der Bulimia nervosa und ihrer Diagnose

Von der Polyphagie und der Binge-Eating-Störung (BES, *binge eating syndrome*) oder Bulimie als Symptom, ist die Bulimia nervosa zu unterscheiden. Neben impulsiven Heißhungeranfällen, die im nachhinein als ichfremd und ungewollt erlebt werden, zeichnet sie sich durch die Sorge aus, als Folge der Heißhungeranfälle übergewichtig zu werden, sowie durch das Praktizieren von Gegenmaßnahmen wie selbstinduziertem Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Appetitzüglern bzw. Diuretika und schließlich - mitunter exzessive - körperliche Ertüchtigung. Scham ob der Heißhungeranfälle und unmittelbaren Gegenmaßnahmen führen i. d. R. zum Verheimlichen dieser Praktiken und zu sozialem Rückzug. Eine Bulimia nervosa geht meist mit Normalgewicht einher. Tritt sie kombiniert mit Untergewicht auf, wird eine Anorexia nervosa vom bulimischen Untertyp diagnostiziert, da klinisch

gesehen das Untergewicht und die dennoch bestehende Angst vor Übergewicht mehr im Vordergrund stehen als die bulimische Symptomatik.

Ein der Bulimia nervosa zeitweise ähnelnder Fall wurde 1909 von Binswanger beschrieben, die ersten wahrscheinlichen Fälle 1932 von Wulff, der sie dem depressiven Formenkreis zuschrieb. In den folgenden Jahrzehnten erschienen vereinzelt Fallbeschreibungen (Habermas 1989), doch erst 1979 fand die Beschreibung und Benennung als Bulimia nervosa durch Russell enormen Widerhall, zumal sie sogleich in das DSM III aufgenommen wurde. Plötzlich tauchte ein Phänomen in der öffentlichen und medizinischen Wahrnehmung auf, das bis dahin unbenannt geblieben und daher nicht zur Kenntnis genommen worden war.

1.6 Einflüsse der medizinischen Krankheitsbegriffe auf die Essstörungen

Die distinkt modernen Essstörungen Magersucht und Bulimia nervosa entstanden in der zweiten Hälfte des 19. bzw. der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Sie zeichnen sich im Vergleich zu früheren historisch älteren Essstörungen durch die überwertige Sorge um das eigene Körpergewicht und entsprechende Praktiken aus. Die populäre Sorge um Gewichtskontrolle und die Kulturtechnik des dafür eingesetzten Diäthaltens verbreiteten sich in Europa parallel zur Entstehung der Magersucht in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Mit dem Einsetzen der Beschäftigung der Medizin mit Übergewicht als krankheitsprädisponierendem Zustand, der im Zuge des Präventionsgedankens der öffentlichen Gesundheitspolitik selbst medizinische Aufmerksamkeit erfordert, und der auf medizinische Autorität gestützten Festlegung von Übergewichtsgrenzen erhielt die überwiegend ästhetisch motivierte Sorge selbst um moderates Übergewicht eine zusätzliche Legitimation und wahrscheinlich auch eine zusätzliche Dynamik. Diese könnte ihrerseits wiederum zu einer Verbreitung von Magersucht und Bulimie beigetragen haben. Im Zuge der Häufigkeitszunahme der Magersucht in den 1960er und 1970er Jahren wurde diese zusehends zu einer öffentlich bekannten Erkrankung. Dies veränderte die Erkrankung selbst, insofern junge

Frauen nun die Magersucht nicht mehr individuell je neu »erfanden«, sondern sie unbewusst oder auch bewusst nachahmen konnten. Damit wurde die für die Magersucht typische Psychodynamik, die auf Autonomie und Einmaligkeit zielte, zugleich unspezifischer, da es nun »Ich-auch-Magersüchtige« gab (Bruch 1973).

Mit der Definition bulimischer Verhaltensweisen als Krankheit 1980 veränderte sich das Krankheitserleben der Betroffenen, da sie nun nicht mehr moralisch verantwortlich gemacht wurden für ihre »Willensschwäche« und »Perversion«, sondern als Kranke von Verantwortung entlastet waren. Zugleich veränderte sich das Krankheitsverhalten der Betroffenen, da sie erstmals den Anspruch auf medizinische Hilfe erhielten. Zugleich wurde aber ein Verhaltensmuster pathologisiert, das vielen noch als probates Wundermittel galt, um Genuss und gutes Aussehen miteinander zu vereinen (Habermas 1994).

Sowohl Magersucht als auch Bulimie wurden durch die Verbreitung der jeweiligen Krankheitsbegriffe zu öffentlich benennbaren Phänomenen. Damit wurde es möglich, einen sekundären Krankheitsgewinn aus ihnen zu ziehen, obwohl dies eigentlich der Natur des Fastens als neurotischer Form der Selbstbehauptung in der Magersucht und der Natur der Scham- und Schuldgefühle in der Bulimie widerspricht. Spezialisierte Behandlungsstätten und Selbsthilfegruppen hatten den ungewollten Nebeneffekt, dass sich Gemeinschaften bildeten, die zwar Unterstützung anboten, aber zugleich auch dem Austauschen von Tipps zum Abnehmen und Verbergen des Abnehmens dienten. Schließlich wurde es durch die medizinischen Diagnosen der Magersucht und Bulimie möglich, sie als primäre Identitäten zu wählen und sogar, wie es auf den so genannten Pro-Ana-Websites seit einigen Jahren geschieht, zu positiven Identitäten kollektiv auszuarbeiten.

1.7 Zukünftige Entwicklungen der Klassifikation und Diagnose

Essstörungen und Übergewicht sind eine heterogene Gruppe von Phänomenen, da sie nur über das Körpergewicht oder zusätzlich über Handlungsweisen oder schließlich auch über Handlungsmotive,

■ Tab. 1.1. Definitionskriterien für Diagnosen

Störung	Soma Körpergewicht	Handlungen Essverhalten	Körpergewichts- kontrollpraktiken	Psyche Angst vor Übergewicht
Adipositas	+++			
Binge-Eating	+++ bis normal	Heißhungeranfälle		
Bulimia nervosa	+ bis normal	Heißhungeranfälle	<i>Purging</i> (Hungern)	Ja
Magersucht	---	(Heißhungeranfälle)	<i>Purging</i> (Hungern)	Ja

also Ängste, definiert sind. Dabei kommt es, wie aus ■ Tab. 1.1 ersichtlich, zu Überschneidungen. Die Abgrenzungen sind zwar nicht systematisch, erscheinen aber auch heute noch nach Maßgabe der klinischen Handlungsnotwendigkeiten einigermaßen sinnvoll.

Das Hauptproblem der existierenden Klassifikation und diagnostischen Kriterien ist, dass bis zu über die Hälfte der als klinisch relevant eingeschätzten Essstörungen in keine der Kategorien passt und somit das Label EDNOS (*eating disorders not otherwise specified*) erhält. Auch die viel diskutierte Einführung der BES als neue diagnostische Kategorie würde nur einer Minderzahl der untypischen Essstörungen einen Platz in dem nosologischen System verschaffen. Es handelt sich überwiegend um junge Frauen, deren Symptomatik nicht schwer wiegend genug ist, um die Diagnose der Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa zu rechtfertigen. Hier gilt es, einen Mittelweg zwischen übermäßiger Pathologisierung heutiger Jugendlicher und der Verweigerung von Hilfe bei tatsächlich vorhandenen psychischen Problemen zu finden. Das spräche dafür, statt die diagnostischen Kriterien einfach zu lockern, besser die Kategorie der subdiagnostischen Ausprägung einzuführen.

Abgeschafft wird voraussichtlich das diagnostische Kriterium der Amenorrhö für die Magersucht, die unspezifisch und meist eine Folge des Untergewichts ist. Vorgeschlagen wurde letzters sogar, auch die Adipositas als psychische Störung anzusehen und sie als Impulskontrollstörung ähnlich der Drogenabhängigkeit zu kategorisieren mit der Begründung, dass sie wesentlich auf die mangelnde Kontrolle der Nahrungsaufnahme zurückzuführen sei und zugleich ein wesentliches psy-

chisches und gesundheitliches Problem darstelle. Auch wenn dieser Vorschlag die Definition der Adipositas näher an die anderen Essstörungen heranführt, hat er doch aufgrund der eher geringen psychischen Spezifität der Adipositas sowie der vielfältigen weiteren Faktoren, die sie beeinflussen, wenig Chancen auf Erfolg.

Literatur

- Bruch H (1973) Eating disorders. Basic Books, New York
- Haberma T (1989) The psychiatric history of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Weight-concerns and bulimic symptoms in early case-reports. *Int J Eat Disord* 8: 259-283
- Haberma T (1990) Heißhunger. Historische Bedingungen der Bulimia nervosa. Fischer, Frankfurt
- Haberma T (1994) Zur Geschichte der Magersucht. Eine medizinpsychologische Rekonstruktion. Fischer, Frankfurt
- Haberma T (2005) On the uses of history in psychiatry: diagnostic implications for anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 38: 167-182
- Keel PK, Klump KL (2003) Are eating disorders culturebound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychol Bull* 129: 747-769
- Selvini-Palazzoli M (1984) Magersucht. Klett-Cotta, Stuttgart (Original 1963/1974)
- Stunkard AJ (1959) Eating patterns and obesity. *Psychiatry Quart* 33: 284-295
- Vandereycken W, van Deth R, Meermann R (1990) Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht. Biermann, Zülpich
- Ziolko H-U, Schrader HC (1985) Bulimie. *Fortschr Neurol Psychiatr* 53: 231-258

Diätverhalten und Körperbild im gesellschaftlichen Wandel

Romuald Brunner und Franz Resch

2.1 Wie häufig treten Körperbildprobleme und Diätverhalten auf, und wie hängen sie zusammen? – 9

2.2 Verändern sich die Einstellung zum Körper und das Essverhalten im Übergang vom Jugendalter zum jungen Erwachsenenalter? – 11

Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung, allem voran, sich zu dick zu fühlen, ist ein weit verbreitetes Phänomen, das häufig mit einem gestörten Essverhalten einhergeht. Versuche, die Idealnorm – häufig ein unrealistisches Gewicht, das vor allem durch soziokulturelle Einflüsse definiert ist – zu erreichen, führt zu Diätversuchen. Die Kombination von einem gestörten Körperbild und Diätverhalten führt nicht selten zu einer manifesten Essstörung mit anorektischen und/oder bulimischen Symptomen, insbesondere bei Jugendlichen und jungen erwachsenen Frauen, jedoch auch – wenn auch deutlich weniger häufig – beim männlichen Geschlecht. Erklärungsmodelle der ungleichen Geschlechtsverteilung reichen von soziokulturellen bis zu biologischen Faktoren, ohne dass es bislang eine hinreichende Erklärung für diese auch kulturübergreifenden Geschlechtsunterschiede gibt. Der Unterschied ist jedoch deutlich weniger geschlechtsspezifisch bei partiellen Essstörungen. Gewichtsbezogene Probleme wie Übergewicht, ein gestörtes Essverhalten sowie ungesunde gewichtskontrollierende Maßnahmen und »Binge-Eating« (wiederholte Episoden von Essanfällen mit Kontrollverlust) stellen vor dem Hintergrund der hohen Prävalenz und der negativen Folgen für die körperliche und seelische Gesundheit ein bedeutendes Problem im Gesundheitswesen dar.

2.1 Wie häufig treten Körperbildprobleme und Diätverhalten auf, und wie hängen sie zusammen?

Nach einer Übersicht von Ricciardelli und McCabe (2001) zeigen epidemiologische Untersuchungen im angloamerikanischen Sprachraum, dass 38,2-49,9% der Mädchen und 12,5-26% der Jungen versuchten, ihr Gewicht durch Diäten oder andere Methoden zu reduzieren. Die Häufigkeit der verschiedenen Strategien zur Gewichtsreduktion wurden untersucht: 20-49% der Mädchen (7-8% der Jungen) ließen Mahlzeiten aus; Sport trieben 51-71% der Mädchen (30-40% der Jungen) mit der Intention, Gewicht zu reduzieren und nicht, um Fitness zu erreichen. Der Gebrauch von Diätpillen wurde bei bis zu 17% der Mädchen und 5% der Jungen angetroffen, der Missbrauch von Laxanzien bei ca. 2% der Mädchen und Jungen. Selbstinduziertes Erbrechen wurde bei 1-8,3% der weiblichen Jugendlichen und bei 0,4-1,7% der Jungen berichtet. Die Häufigkeit eines Binge-Eating-Verhaltens gilt als nicht hinreichend untersucht; es liegen bislang nur Schätzungen vor, dass Jungen und Mädchen zwischen 7% und 33% ein solches Verhalten episodisch zeigen. Empirische Untersuchungen belegen, dass Sporttreiben mit dem Ziel der Gewichtsreduktion und nicht der Fitnessbesserung mit einem manifest gestörten Essverhalten einhergeht. Eine Sportabhängigkeit ist beschrieben worden mit Gefühlen von Depression und Schuld, wenn die Aktivität unterbrochen wird. Dieses problematische Verhal-

ten könnte durch die zunehmende Verbreitung von Fitnessstudios weiter gefördert werden.

Zur Häufigkeit von Diätversuchen und Störungen des Körperbildes liegen aktuelle Daten auf der Basis von 5849 Jugendlichen (Durchschnittsalter 15,2 Jahre) vor, die im Rahmen der Heidelberger Schulstudie untersucht wurden. Bei dieser repräsentativen Untersuchung im Rhein-Neckar-Kreis wurden die Schüler der 9. Jahrgangsstufe über alle Schultypen hinweg (Förderschule bis Gymnasium) untersucht. So berichteten 48% aller befragten Mädchen, sich zu dick zu fühlen, obwohl sie normalgewichtig waren (Body-Mass-Index, BMI 17,5–24,5). Damit zeigt sich bei beinahe der Hälfte der Schülerinnen eine Diskrepanz zwischen dem wahrgenommenen und dem gewünschten Körperbild. Hingegen fühlten sich nur 16,7% der männlichen Jugendlichen zu dick. 15% der untergewichtigen Mädchen (BMI < 17,5) fühlten sich immer noch zu dick (1,6% Gesamtprävalenz). Das subjektiv empfundene Körperbild bestimmt insbesondere bei den Mädchen auch das Diätverhalten und nicht das objektive Gewicht. Fast alle Übergewichtigen (85,7%, BMI > 24,5) wiesen Diäterfahrungen auf, aber auch ca. die Hälfte der normalgewichtigen Mädchen hatten Diäten zur Gewichtsreduktion durchgeführt. Auch konnte die Studie nachweisen, dass die Zufriedenheit mit dem Aussehen stärker von der subjektiv empfundenen körperlichen Attraktivität abhing als vom tatsächlichen Gewicht. Generell waren nur 24% der Mädchen (im Vergleich 45% der Jungen) mit dem eigenen Aussehen zufrieden.

❗ **Nicht das tatsächliche Gewicht, sondern die Vorstellung übergewichtig zu sein, ist für die Vulnerabilität im Hinblick auf die Entstehung eines gestörten Essverhaltens verantwortlich.**

Es zeigten sich in der Heidelberger Studie auch deutliche Zusammenhänge zwischen einem negativen Körperbild und psychosozialen Faktoren (Selbstwert; Akzeptanz durch Gleichaltrige etc.).

❗ **Die Zufriedenheit mit dem äußeren Erscheinungsbild geht mit besseren Beziehungen zu Gleichaltrigen und mit weniger sozialen und emotionalen Problemen einher.**

Die Entstehung einer Unzufriedenheit mit dem körperlichen Erscheinungsbild als Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung eines gestörten Essverhaltens wurde – auch empirisch – vor dem Hintergrund der soziokulturellen Theoriebildung geprüft. So postulierten Halliwell und Harwey (2006), dass der wahrgenommene Druck bezüglich des Aussehens, vermittelt durch Medien, Familie und Gleichaltrige, zu einer entsprechenden Internalisierung kultureller Ideale führe. Diese Internalisierung der kulturellen Ideale führte nicht nur bei Mädchen, sondern auch bei Jungen (überwiegend bei Jungen mit niedrigem Selbstwert) zu Unzufriedenheit mit der körperlichen Erscheinung mit nachfolgenden gewichtsreduzierenden Maßnahmen.

❗ **Das Vergleichsverhalten von Jugendlichen mit Gleichaltrigen der Peergroup bezüglich des Aussehens sowohl bei Mädchen als auch bei Jungen führt zur Unzufriedenheit mit dem Aussehen und ist verbunden mit einer Anfälligkeit für ein gestörtes Essverhalten.**

Die Entwicklung körperlicher Unzufriedenheit und eines gestörten Essverhaltens in der Adoleszenz wird nicht nur mit der biologischen Entwicklung im Rahmen der Pubertätsentwicklung gesehen, sondern dem Umstand zugeschrieben, dass das Adoleszenzalter diejenige kritische Periode darstellt, in der die Internalisierung kultureller Ideale bezüglich der körperlichen Attraktivität gelernt wird. Empirische Studien zeigen jedoch, dass Mädchen in der Adoleszenz im Vergleich zu Jungen größeren Druck verspüren, ihr Gewicht zu regulieren, sich mehr mit den Peers vergleichen, eine höhere körperliche Unzufriedenheit sowie eine höhere Internalisierung von soziokulturellen Einstellungen bezüglich des Erscheinungsbildes sowie ein nachfolgend gestörtes Essverhalten zeigen. Selbstkonzept und Selbstwert scheinen bei Mädchen enger mit der körperlichen Attraktivität zusammenzuhängen als bei Jungen. Überraschenderweise zeigten sich bei Untersuchungen im Altersspektrum von 11–16 Jahren bei Mädchen keine altersabhängigen Unterschiede, sodass dies ein Hinweis darauf ist, dass sich schon im frühen Alter Körperbildprobleme und die assoziierten Probleme entwickeln.