

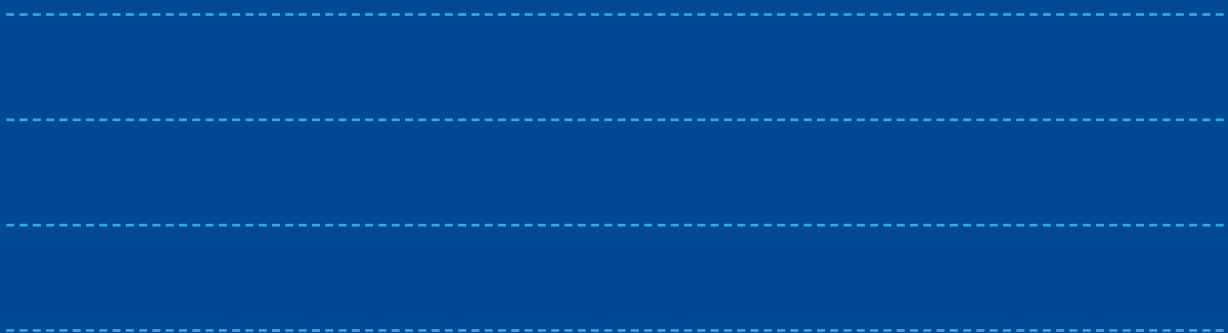


Kalveram • Chaikowski

**THERAPIE-TOOLS**



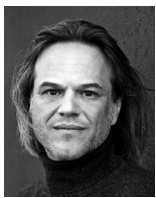
# Essstörungen bei Jugendlichen



Kalveram • Chaikowski

**Therapie-Tools**

**Essstörungen bei Jugendlichen**



© Foto: Hupfeld

**Stephan Kalveram**, M.A., ist approbierter Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut mit eigener Praxis in Bochum. Außerdem ist er seit 2018 als Dozent in der Aus- und Weiterbildung von Psychotherapeut:innen in verschiedenen Ausbildungsinstituten tätig. Sein Schwerpunkt liegt in der Behandlung von Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung).



© privat

**Franziska Chaikowski**, M.Sc., ist Psychologin und Psychotherapeutin in Ausbildung (Verhaltenstherapie).

Stephan Kalveram • Franziska Chaikowski

# **Therapie-Tools Essstörungen bei Jugendlichen**

Mit E-Book inside und Arbeitsmaterial

**BELTZ**

M. A. Stephan Kalveram  
Praxis für Kinder- und Jugendlichenpsychotherapie  
Kortumstr. 59  
44787 Bochum  
E-Mail: [info@praxis-kalveram.de](mailto:info@praxis-kalveram.de)

M. Sc. Franziska E. Chaikowski  
E-Mail: [franziska.chaikowski@ruhr-uni-bochum.de](mailto:franziska.chaikowski@ruhr-uni-bochum.de)

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme. Die Verlagsgruppe Beltz behält sich die Nutzung ihrer Inhalte für Text und Data Mining im Sinne von § 44b UrhG ausdrücklich vor.



Dieses Buch ist erhältlich als:  
ISBN 978-3-621-28965-8 Print  
ISBN 978-3-621-28966-5 E-Book (PDF)

1. Auflage 2023

© 2023 Programm PVU Psychologie Verlags Union  
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel  
Werderstraße 10, 69469 Weinheim  
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Karin Ohms  
Einbandgestaltung/Umschlaggestaltung: Lina Marie Oberdorfer

Herstellung: Myriam Frericks  
Satz: Markus Schmitz, Altenberge  
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza  
Beltz Grafische Betriebe ist ein klimaneutrales Unternehmen (ID 15985-2104-100).  
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor\_innen und Titeln finden Sie unter: [www.beltz.de](http://www.beltz.de)

# Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	6
Vorwort	9
<b>Einführung</b>	11
<b>1 Diagnostik und Psychoedukation</b>	16
<b>2 Im Kontakt mit Betroffenen</b>	75
<b>3 Sprache</b>	106
<b>4 Essen</b>	117
<b>5 Gewicht</b>	154
<b>6 Körper, Aussehen, Schönheit</b>	172
<b>7 Krisensituationen und Stress</b>	211
<b>8 Über die Therapie hinaus: Rückfallprophylaxe</b>	237
Literatur	241
Bildnachweis	245

# Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

<b>1 Diagnostik und Psychoedukation</b>	16
INFO 1 Anamnese und Diagnostik	19
INFO 2 Störung mit Vermeidung und/oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme	26
INFO 3 Pica	28
INFO 4 Ruminationsstörung	29
INFO 5 Medizinische Differenzialdiagnostik bei Essstörungen	30
INFO 6 Diagnostik und Einbezug der Eltern/Erziehungsberechtigten	31
AB 1 Checkliste Essstörung	32
AB 2 Berechne deinen BMI	34
INFO 7 BMI und Alternativen	35
INFO 8 Risikofaktoren	36
AB 3 Körperliche Folgeschäden	38
INFO 9 Können auch Jungen oder Männer an einer Essstörung erkranken?	41
INFO 10 Essstörungen bei trans* Personen	43
INFO 11 Fallbeispiele	44
INFO 12 Fass-Modell – Wie entsteht eine psychische Störung?	47
AB 4 Wie voll ist mein Fass?	49
AB 5 Die Entstehungsgeschichte meiner Essstörung	50
AB 6 Mögliche psychologische Gründe zur Entwicklung einer Essstörung	51
AB 7 Mein soziales Umfeld (Soziogramm)	53
INFO 13 Wer ist wer? Personen im Gesundheitssystem	54
INFO 14 Welche Behandlungsschritte und -formen bei Essstörungen gibt es?	55
INFO 15 Pharmakotherapie von Essstörungen	58
INFO 16 Dialektisch-behaviorale Therapie bei Essstörungen	60
AB 8 Meine Erwartungen an die Therapie	62
AB 9 Wie erzähle ich anderen von meiner Essstörung?	64
AB 10 SMARTe Ziele	68
AB 11 Wer bin ich? Eine Zeitreise zur Identitätsfindung	71
AB 12 Briefe an die Essstörung	73
<b>2 Im Kontakt mit Betroffenen</b>	75
INFO 17 Dos and Don'ts für Eltern oder Angehörige	78
INFO 18 Tipps für das Zusammenleben in der Familie	79
INFO 19 Empfehlungen für psychosoziale und pädagogische Fachkräfte	80
INFO 20 Die Rolle von Lehrkräften im Umgang mit Essstörungen	81
INFO 21 Interdisziplinäres Arbeiten	82
INFO 22 Empfehlungen für Freund:innen	83
INFO 23 Empfehlungen für Eltern	84
INFO 24 Empfehlungen für Geschwister	86
INFO 25 Das Zusammenleben mit psychisch erkrankten Familienmitgliedern	88
INFO 26 PsychKG – Was ist das?	89
INFO 27 Unterbringung von minderjährigen Betroffenen einer Essstörung	90
INFO 28 Was sind Zwangsmaßnahmen im stationären Setting?	92
INFO 29 Unterbringung von minderjährigen Betroffenen einer Essstörung	94

INFO 30	Unterbringung – Was ist das?	95
INFO 31	Inwieweit wird der Wille von minderjährigen Patient:innen in der Therapie berücksichtigt?	96
INFO 32	Mangelnde Mitarbeitsbereitschaft im Rahmen einer Therapie	98
INFO 33	Umgang mit Kindern und Jugendlichen, die nicht freiwillig in Therapie kommen	101
INFO 34	Bagatellisierungs- und Dramatisierungstendenzen von Eltern und Kindern	102
INFO 35	Was bedeutet es, wenn Kinder oder Jugendliche in der Therapie nicht sprechen?	103
INFO 36	Umgang mit Aggression in der Therapie	104
<b>3</b>	<b>Sprache</b>	<b>106</b>
AB 13	Sprache und Etikettierung	107
INFO 37	Gesprächsführungsgrundlagen – Sprech- und Zuhörfertigkeiten	109
AB 14	Übung zu Sprech- und Zuhörfertigkeiten	111
INFO 38	Verhaltenstherapeutische Gesprächsführung	112
INFO 39	Motivational Interviewing	114
<b>4</b>	<b>Essen</b>	<b>117</b>
INFO 40	Warum müssen wir essen?	119
AB 15	Warum esse ich nicht?	120
AB 16	Warum esse ich?	121
AB 17	Welche Funktion hat Essen für mich?	122
INFO 41	Essenspläne erstellen	124
AB 18	Essensplan	126
AB 19	Diary Card	128
INFO 42	Diäten	130
INFO 43	Rigide vs. flexible Verhaltenskontrolle	133
AB 20	Verbotene Lebensmittel – die schwarze Liste	134
INFO 44	Gibt es einen Zusammenhang zwischen Vegetarismus, Veganismus und Essstörungen?	135
INFO 45	Geruch und Geschmack von Essen	138
AB 21	Genussübung Geruch	139
AB 22	Achtsamkeit und Lieblingsessen	142
AB 23	Skills und Essanfälle	144
AB 24	Essen im Restaurant	146
AB 25	Essen in der Familie – Exploration	148
AB 26	Mein eigenes Essverhalten	151
INFO 46	Essen in der Familie – Prävention	153
<b>5</b>	<b>Gewicht</b>	<b>154</b>
INFO 47	Empfehlungen zum Wiegen	156
INFO 48	Was gilt es beim Wiegen zu beachten?	157
AB 27	Wiegen soll kein unangenehmes Erlebnis sein	158
AB 28	Gedanken rund um das Wiegen	159
AB 29	Kognitive Umstrukturierung – Gedanken rund um das Wiegen	160
INFO 49	Wozu ist die Gewichtsampel gut?	162
AB 30	Gewichtsampel	164
AB 31	Gewichtsvertrag	165
AB 32	Gewichtsdokumentation	167
INFO 50	Sport in der Therapie von Essstörungen	169



<b>6 Körper, Aussehen, Schönheit</b>	172
INFO 51 Konfrontation bei Körperbildstörung	175
AB 33 Die Seilübung	176
AB 34 Körperumrisszeichnung	177
AB 35 Videokonfrontation	178
INFO 52 Ablauf einer Spiegelkonfrontation	180
AB 36 Spiegelkonfrontation	183
AB 37 Fotoübung – Mein Körper über die Zeit hinweg	184
AB 38 Verschiedene Körper	185
INFO 53 Body Avoidance und Body Checking – Was ist das?	186
AB 39 Reduktion von Body Avoidance und Body Checking	188
AB 40 Was bedeutet Dünn- und Dicksein für mich?	189
AB 41 Was ist schön an mir?	191
AB 42 Positive Bewertung einzelner Körperteile	195
AB 43 Sich schön fühlen	197
AB 44 Dem Körper Gutes tun	199
AB 45 Autogenes Training	201
INFO 54 Schönheit im Wandel der Zeit	203
INFO 55 Schönheitsideale mit negativen Auswirkungen	204
INFO 56 Muskulöses Idealbild bei Männern – War das schon immer so?	205
INFO 57 Evolutionspsychologische Theorien	206
INFO 58 Soziale Medien und Essstörungen	207
AB 46 Vor- und Nachteile sozialer Medien	209
AB 47 Mein Handy und ich	210
<b>7 Krisensituationen und Stress</b>	211
AB 48 Stresstoleranz – Was sind belastende Situationen?	213
AB 49 Verhaltensanalyse	215
AB 50 Umgang mit selbstschädigendem Verhalten – Vier-Felder-Tafel	217
INFO 59 Problemlösetraining	219
AB 51 Problemlösetraining	220
AB 52 Was sind Gefühle?	224
INFO 60 Emotionen in der Therapie	225
INFO 61 Achtsamkeitsfertigkeiten	226
AB 53 Achtsamkeit-Spickzettel	228
AB 54 Achtsamkeit – Wie achtsam war ich?	229
AB 55 Radikale Akzeptanz	230
AB 56 Sich ablenken	232
AB 57 Ruhe finden	234
AB 58 Den Augenblick verbessern	236
<b>8 Über die Therapie hinaus: Rückfallprophylaxe</b>	237
INFO 62 Woran merkt man, dass eine Therapie beendet werden kann?	238
AB 59 Notfallkoffer	239
AB 60 Mein persönlicher Notfallkoffer	240

# Vorwort

Mit diesem Therapie-Tools möchten wir Betroffenen, ihren Freund:innen, Angehörigen und mit ihnen im Kontakt stehenden medizinischem, sozialpädagogischem und natürlich therapeutischem Fachpersonal Werkzeuge an die Hand geben, um einen Umgang mit dem Störungsbild Essstörungen bei Jugendlichen zu finden. Dabei war es uns besonders wichtig, Material zu sammeln und zu entwickeln, welches nicht nur im therapeutischen Kontext eingesetzt werden kann, sondern darüber hinaus im Bereich der Beratung und im privaten Kontext. Aus diesem Grund sind viele Informationsblätter mit Anleitungen, Tipps und Hinweisen in diesem Buch enthalten, die über die gängigen Methoden im Rahmen der Therapie hinausgehen. Die Kapitel des Buches sind thematisch geordnet, sodass sich in jedem Kapitel Materialien für verschiedene Zielgruppen befinden. Ein Kapitel haben wir jedoch explizit den Personen, die mit Betroffenen im Kontakt stehen, gewidmet, da wir denken, dass das soziale Umfeld insbesondere bei minderjährigen Betroffenen eine wichtige Rolle spielt und einen starken Einfluss auf die Entwicklung der Erkrankung haben kann.

Über die Anfrage seitens des Beltz Verlages haben wir uns sehr gefreut. Insbesondere da ich, Stephan Kalveram, mich bereits seit zehn Jahren in meiner Arbeit als Psychotherapeut intensiv mit der Behandlung von Essstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen auseinandersetze. Ergänzend beschäftige ich mich seit einigen Jahren über meine therapeutische Tätigkeit hinaus durch Veranstaltungen für angehende Therapeut:innen in der Weiterbildung und Fortbildungen für approbierte Kolleg:innen mit dem Störungsbild Essstörungen. Ich, Franziska Chaikowski, habe mich sehr darüber gefreut, dieses Buch gemeinsam mit Stephan Kalveram zu verfassen. Es ist mir ein besonderes Anliegen, diesen Störungsbildern mit all ihren Facetten mehr Aufmerksamkeit zu schenken, und ich hoffe, dass diese Materialien Betroffenen und Menschen, die mit ihnen im Kontakt stehen, dabei hilft, Verständnis zu entwickeln und einen angemessenen Umgang miteinander und mit den Störungen zu finden.

Ein besonderer Dank gilt dabei Frau Dipl.-Psych. Karin Ohms, die uns seitens des Lektorats betreut hat. Darüber hinaus möchten wir uns bei den psychologischen Praktikantinnen der Praxis Kalveram bedanken, die an diesem Projekt mitgewirkt haben: Viktoria Dochevska, Kristin Fellisch, Jasmin Felicitas Marie Geilenberg, Mira Junghans, Nathalie Minor, Pauline Obereiner, Romina Pawelczak, Justine Saal und Arana Sathananthan.

Wir haben uns dazu entschieden, im gesamten Buch an allen nötigen Stellen die Geschlechter weiblich und männlich einzubeziehen. Der Einfachheit halber wird die Schreibweise mit dem Doppelpunkt, z. B. »Patient:innen«, verwendet. Dabei ist zu erwähnen, dass diese Schreibweise auch trans\* Personen und nicht-binäre Personen miteinbeziehen soll. Auf allen Arbeits- und Informationsblättern werden Patient:innen geduzt. Das liegt daran, dass die Materialien auch für jüngere Betroffene geeignet sein sollen und dass in den Therapie-Tools für Kinder und Jugendliche grundsätzlich geduzt wird. Wir empfehlen für Jugendliche jedoch eine Ansprache mit »Sie«, da die meisten (minderjährigen) Betroffenen im Jugendalter und jungen Erwachsenenalter sind und eine Ansprache auf Augenhöhe durch gegenseitiges Siezen in der Therapie uns angemessen scheint. Zu diesem Zweck können die entsprechenden Arbeitsblätter umformuliert werden.

Bochum, im Frühjahr 2023



*Stephan Kalveram  
Franziska Chaikowski*

## Aufbau des Buches

Das erste Kapitel dieses Buches liefert zunächst grundlegende Informationen zum Thema Essstörungen bei Jugendlichen und jungen Erwachsenen. Dabei wird sich neben Diagnosekriterien auch mit dem Einbezug verschiedener relevanter Variablen während der Diagnostik (Einbezug der Eltern, Risikofaktoren, Differenzialdiagnostik, etc.) auseinandergesetzt. Die folgenden Arbeitsblätter sollen Betroffenen eine Möglichkeit bieten, sich zu oder vor dem Therapiebeginn mit ihrer eigenen Entstehungsgeschichte auseinanderzusetzen. Da die Inhalte dieses Kapitels besonders für den Therapiebeginn konzipiert wurden, sind Informationen zu verschiedenen Therapieformen und Arbeitsblätter zur Motivationsarbeit vorhanden. Das zweite Kapitel besteht aus Informationsblättern für Betroffene, ihre Freund:innen, Angehörigen und mit ihnen im Kontakt stehenden medizinischem, sozialpädagogischem und natürlich therapeutischem Fachpersonal. Dies wird ergänzt durch das dritte Kapitel zum Thema Sprache im Kontext von Essstörungen. Nachfolgend wird sich auf verschiedenen Arbeits- und Informationsblättern mit den Themen Essen (Kapitel 4), Gewicht (Kapitel 5) und Körper, Aussehen und Schönheit (Kapitel 6) auseinandergesetzt. Diese Kapitel beinhalten viele Inhalte, die im Rahmen einer Therapie, Beratung oder Behandlung verwendet werden können. Das siebte Kapitel widmet sich dem Umgang mit Krisensituationen und Stress und bietet die Grundlage für das letzte Kapitel zum Thema Rückfallprophylaxe.

## Wie können die Arbeitsmaterialien verwendet werden?

Zur Orientierung finden Sie auf jedem Informations- und Arbeitsblatt bestimmte Icons, die angeben, für wen dieses Blatt gedacht ist und welche Inhalte Sie darauf finden. Folgende Icons werden Sie in diesem Buch finden:

- J** AB/INFO für Jugendliche. Dieses Icon kennzeichnet Arbeits- oder Informationsblätter, die der/die Patient:in selbstständig bearbeiten kann.
- T** AB/INFO für Therapeut:innen. Informations- oder Arbeitsblätter mit diesem Icon sind für Therapeut:innen gedacht.
- A** AB/INFO für Angehörige. Diese Arbeits- oder Informationsblätter dienen der Aufklärung von Angehörigen.
- F** AB/INFO für Freund:innen. Diese Arbeits- oder Informationsblätter dienen der Aufklärung von Freund:innen von Betroffenen.
- L** AB/INFO für Lehrkräfte. Diese Arbeits- oder Informationsblätter dienen der Aufklärung von pädagogischen Fachkräften.
-  Ganz Ohr. Dieses Icon kennzeichnet Übungen, die der/die Therapeut:in dem/der Patient:in vorliest.
-  Wie sag ich's? Dieses Icon kennzeichnet Beispiele in wörtlicher Rede als Beispielformulierungen für Therapeut:innen.

# Einführung

## **Merkmale und Diagnostik von Essstörungen**

Nach den Klassifikationsschemata DSM-5 und ICD-11 werden drei Kategorien von Essstörungen unterschieden: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und die Binge-Eating-Störung. Die Grundlage jeder dieser Essstörungen bildet dabei ein gestörtes Verhältnis zu den Themen Essen und/oder Körper und/oder Gewicht. Die Störungen unterscheiden sich jedoch in der Art dieses Verhältnisses und den damit einhergehenden Symptomen.

### **Anorexia nervosa**

**Gewicht.** Ein wesentliches Kriterium für das Vorhandensein der Anorexia nervosa ist ein signifikant niedriges Körpergewicht. Bei Kindern und Jugendlichen wird dieses durch ein unterhalb des minimal zu erwartenden Körpergewichts definiert. Da dieses je nach Geschlecht, Entwicklungsstand und Alter stark variiert, erfolgt die Messung meist nicht wie bei Erwachsenen über den Body Mass Index (BMI), sondern mithilfe von Altersperzentilen. Das niedrige Körpergewicht kann bei Kindern und Jugendlichen entweder durch einen starken Gewichtsverlust, durch das Ausbleiben einer zu erwartenden Gewichtszunahme (z. B. während der Pubertät) oder das Nichterfüllen der normalen Entwicklungskurven (z. B. während des Wachstums) definiert werden. Die Betroffenen haben eine große Angst vor einer Gewichtszunahme und zeigen häufig ein dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, wie Fasten oder selektives Essen. Darüber hinaus werden häufig kompensatorische Verhaltensweisen angewendet, wie exzessiver Sport, Abführ- und Entwässerungsmittelmissbrauch und Erbrechen nach Nahrungsaufnahme.

**Körperwahrnehmung.** Ein wichtiges Kriterium ist zudem die Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts. Trotz bereits kritischen Untergewichts sehen sich die Betroffenen als »zu dick« an und schränken ihre Nahrungsaufnahme weiter ein (Körperbild- oder Körperbildstörung). Ihre Figur und ihr Gewicht sind äußerst wichtig für ihren Selbstwert und ihre Selbstbewertung. Sie erkennen selbst nicht, dass ihr Zustand gefährlich und langfristig gesundheitsschädigend für sie sein kann; haben somit eine mangelnde Krankheitseinsicht.

**Restriktiver Typ.** Nach ICD-10/11 unterscheidet man zwei Typen der Anorexia nervosa. Der restriktive Typ zeigt eine durchgehend herabgesetzte Nahrungsaufnahme ohne wiederkehrende Essanfälle. Der Gewichtsverlust wird durch Diäten, Fasten und/oder übermäßige körperliche Bewegung erreicht. Zudem werden keine kompensatorischen Gegenmaßnahmen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch) eingesetzt.

**Purging-Typ.** Der Purging-Typ wird teilweise auch »bulimische Anorexie« genannt, da er viele Gemeinsamkeiten mit der Bulimia nervosa aufweist, die Betroffenen jedoch trotz der wiederkehrenden Essanfälle zumeist ein starkes Untergewicht aufweisen. Um dieses zu halten oder noch weiter abzunehmen, missbrauchen sie z. B. Abführmittel, erbrechen sich nach der Nahrungsaufnahme oder treiben exzessiv Sport. Es kommt jedoch häufig vor, dass die Betroffenen zwischen den Subtypen wechseln, daher sollte bei der Diagnostik neben dem Blick auf den Langzeitverlauf, insbesondere die gegenwärtige Situation und Symptomatik betrachtet werden.

### **Bulimia nervosa**

Wie bei dem Purging-Typ der Anorexia nervosa ist die Bulimia nervosa (von griechisch bou = Ochse und limos = Hunger; Ess-Brech-Sucht) durch wiederkehrende Essanfälle gekennzeichnet (mindestens zweimal pro Woche). Während eines Essanfalls konsumieren die Betroffenen eine große Menge an Nahrungsmitteln. Diese Menge ist erheblich größer als die Menge, die die meisten Menschen in einer

vergleichbaren Zeit essen würden (per Definition ca. 600–2000 kcal). Dabei werden vor allem ungesunde Lebensmittel und solche Speisen verzehrt, die unter normalen Umständen als »verboten« gelten, weil sie z. B. hochkalorisch sind. Die Betroffenen haben während eines solchen Anfalls das Gefühl, die Kontrolle über ihr Essverhalten zu verlieren, dass sie z. B. nicht mehr mit dem Essen aufhören können oder keine Kontrolle über Art und Menge der Nahrung haben. In der Regel versuchen die Betroffenen, die Essanfälle und kompensatorischen Maßnahmen vor anderen zu verbergen. Auslöser eines solchen Anfalls können ein negativer Affekt, zwischenmenschliche Belastungssituationen, restriktive Nahrungsaufnahme im Rahmen von Diäten, negative Gefühle in Bezug auf das Körpergewicht, die Figur oder Langeweile sein.

**Kompensatorische Maßnahmen.** Auf einen solchen Essanfall folgen häufig verschiedene kompensatorische Gegenmaßnahmen (»Purging«, z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Medikamenteneinnahme wie Appetitzügler und Abführmittel oder exzessives Sporttreiben). Viele Betroffene wenden dabei mehrere Methoden an, am häufigsten ist jedoch das Erbrechen. Es verschafft den Betroffenen eine unmittelbare Erleichterung des körperlichen Unbehagens und reduziert die Angst vor einer Gewichtszunahme. Auch bei dieser Störung haben Figur und Gewicht einen großen Einfluss auf den Selbstwert der Betroffenen. Anders als bei der Anorexie haben viele Patient:innen mit Bulimie Normalgewicht oder sind teilweise (leicht) übergewichtig. So kann die Erkrankung lange für das soziale Umfeld unentdeckt bleiben. Sie ist oft mit Scham, starken Schuldgefühlen und einem sozialen Rückzug verbunden.

### **Binge-Eating-Störung**

Betroffene, die unter einer Binge-Eating-Störung (BES; binge eating = engl. Essgelage; Ess-Sucht) leiden, haben regelmäßig Essanfälle – allerdings zeigen sie keine kompensatorischen Maßnahmen, wie es Bulimie-Betroffene tun. Das Essen wird bei Betroffenen mit diesem Störungsbild häufig zur Emotionsregulation eingesetzt. Die Betroffenen haben in der Regel keine verzerrte Körperwahrnehmung und wollen ihr Verhalten aufgrund des erheblichen Leidensdrucks häufig ändern.

### **Atypische Essstörungen**

Als eine Art diagnostische Restkategorie werden die »atypischen Essstörungen« bzw. die »anderen nicht näher bezeichneten Essstörungen« bezeichnet, die alle Essstörungen klinischen Ausmaßes umfasst, die nicht in die oben beschriebenen Störungen passen. Dies kann z. B. die Atypische Anorexia nervosa sein, bei der alle Kriterien der Anorexia nervosa erfüllt sind, das Gewicht der Betroffenen jedoch im oder über dem Normalbereich liegt.

### **Weitere Fütter- und Essstörungen**

**Pica.** Pica bezeichnet das ständige Essen von nicht nahrhafter und nicht zum Verzehr bestimmter Stoffe, z. B. von Papier, Seife, Haaren, Erde. Es wird empfohlen, diese Störung erst nach dem zweiten Lebensjahr zu diagnostizieren, um so das von Kleinkindern gezeigte entwicklungsangemessene In-den-Mund-Nehmen von Objekten, die verschluckt werden könnten, ausschließen zu können.

**Ruminationsstörung.** Die Ruminationsstörung charakterisiert das wiederholte Hochwürgen von Nahrung nach dem Füttern oder Essen. Dies geschieht freiwillig und ohne offensichtliche Übelkeit oder Ekel vor der Nahrung. Ebenfalls liegen keine körperlichen Erkrankungen vor, die das Verhalten besser erklären könnten.

**Störung mit Vermeidung und/oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme.** Diese Störung ersetzt die Diagnose der Fütterstörung im Säuglings- und Kleinkindalter aus dem DSM-IV. Sie äußert sich durch verringertes Interesse an der Nahrungsaufnahme über einen längeren Zeitraum bspw. aufgrund chronisch geringen Appetits oder einer eingeschränkten Wahrnehmungsfähigkeit des eigenen Hungergefühls.

### **Wie häufig sind Essstörungen? Epidemiologie und Verlauf**

Eine exakte Prävalenzrate für Essstörungen allgemein oder auch für die einzelnen Störungen anzugeben, ist so gut wie unmöglich. Man muss zunächst von einer hohen Dunkelziffer ausgehen, da viele

Betroffene (vor allem solche, die an Bulimie leiden) ihre Symptome gut verstecken können und ihr soziales Umfeld so von ihrer Erkrankung nicht viel bemerkt. Darüber hinaus suchen sich nicht alle Betroffenen Hilfe und einige haben auch nur eine Krankheitsepisode, die nicht chronisch wird. Außerdem gibt es nur wenige repräsentative nicht-klinische Studien, die einen Überblick über die Prävalenz in der Allgemeinbevölkerung verschaffen würden (Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019). Gerade im Kinder- und Jugendbereich ist die Studienlage noch einmal deutlich dürftiger. Zusätzlich erschwert wird die Situation durch die ständige Anpassung der diagnostischen Kriterien der gängigen Klassifikationsmanuale (DSM, ICD). Außerdem fallen »nicht-typische« Betroffene wie z. B. junge Männer oft durch die Diagnosesysteme, da ihre Symptome möglicherweise nicht dem klassischen Bild einer Essstörung entsprechen, z. B. streben sie eher einen muskulösen statt eines schlanken Körpers an (Mitchison & Mond, 2015). Die gängigen Fragebögen, die häufig zur Diagnostik genutzt werden, greifen diese Gedanken nicht auf, wodurch eine Essstörung möglicherweise nicht direkt erkannt wird.

Schon im Kindes- und Jugendalter sind die Ernährung und das Essen ein wichtiges Thema. So haben 30 % der 10-jährigen Mädchen und Jungen bereits Diäterfahrung und ca. 60 % der 13- bis 14-Jährigen würden gerne anders, in ihren Augen besser, aussehen. Mehr als die Hälfte von ihnen (ca. 56 %) wären gerne dünner (Laessle & Kim, 2008, in Margraf & Schneider, 2018). Ein untergewichtiges Schönheitsideal besitzen ca. 25 % der Mädchen und ca. 17 % der Jungen über die gesamte Adoleszenz (Schuck et al., 2018).

**Anorexia nervosa.** Die Prävalenz der Anorexia nervosa beträgt bei Frauen zwischen 12 und 20 Jahren 0,2–0,8 %, der Gipfel der Erstmanifestation liegt in der frühen Adoleszenz bei ca. 16 Jahren. Im Kindes- und Jugendalter gilt die Anorexia nervosa als die dritthäufigste Todesursache. Es besteht ein erhöhtes Suizidrisiko (Rate 12 : 100.000 pro Jahr). Das Risiko, frühzeitig zu versterben, ist gegenüber gesunden Altersgenoss:innen 10-fach erhöht (Wunderer, 2019).

**Bulimia nervosa.** Bei der Bulimia nervosa sind 1 % der Frauen zwischen 18 und 35 Jahren betroffen. Diese Krankheit tritt in der Regel etwas später als die Anorexie auf, hier liegt die Erstmanifestation meist im frühen Erwachsenenalter, somit sind die meisten Betroffenen bei Erkrankungsbeginn zwischen 18 und 19 Jahre alt. Darüber hinaus ist das Mortalitätsrisiko (Gesamtmortalität und Suizid) für Personen mit Bulimia Nervosa signifikant erhöht.

**Binge-Eating-Störung.** Die Binge-Eating-Störung setzt häufig noch später ein. An dieser Störung erkranken viele Betroffene zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr oder zwischen dem 45. und 54. Lebensjahr. Die Prävalenz beträgt 0,7–4,6 % (die Schwankung ist auf die relative Neuheit der Diagnose zurückzuführen).

Bei allen Essstörungen ist jedoch von einer hohen Dunkelziffer auszugehen, da sich Betroffene oft keine Hilfe suchen, weil sie sich für ihre Krankheit schämen, oder die Krankheit generell unentdeckt bleibt, was insbesondere bei der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung gut möglich ist. Die Prävalenzraten hängen darüber hinaus von den jeweilig verwendeten Diagnosekriterien ab. So ist mit der Neuauflage des DSM das Kriterium der Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruation) nun nicht mehr vorgeschrieben. Qian et al. (2021) konnten in ihrer Metaanalyse zeigen, dass es für die Anorexie eine Lebenszeitprävalenz von 0,2 % gab, wenn man jedoch nur die Studien einbezieht, die die DSM-5-Kriterien nutzen (alle Studien wurden in westlichen Ländern durchgeführt), kamen die Forschenden auf eine Lebenszeitprävalenz von 0,9 % (van Eeden et al., 2021). Die Prävalenz von Essstörungssymptomen bei 11- bis 17-jährigen Kindern und Jugendlichen in Deutschland liegt im Jahr 2019 bei 19,8 %. Der Anteil ist bei Mädchen mit 27,9 % deutlich höher als bei Jungen mit 12,1 % (Cohrdes et al., 2019).

### **Wie kommt es zu Essstörungen? Risikofaktoren und Erklärungsmodelle**

Im Kontext der Ätiologie der Essstörungen wird häufig zwischen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren unterschieden. All diese Faktoren können auf mehreren Ebenen bestehen: Sie können biologisch, psychologisch oder sozial sein, sodass für jede Person ein individuelles

Entstehungsmodell entwickelt werden kann. Nach dem heutigen Wissensstand geht man bei der Entstehung einer Essstörung folglich von einem bio-psycho-sozialen Ansatz aus.

Prädisponierende Faktoren sind z. B. familiäre Rollenmodelle wie das elterliche Essverhalten und deren Körperkonzept. Auch ein negatives Familienklima innerhalb der Familie (sog. »Expressed Emotions«) können als Risikofaktor für die Entstehung einer Essstörung fungieren.

**Biologische Faktoren.** Biologische Faktoren haben vor allem bei der Entstehung von Essanfällen einen großen Einfluss. Nach einer längeren Zeit der Nahrungsrestriktion entwickelt der Körper Heißhunger, der zu Essanfällen führen kann. Zwillingsstudien zeigen außerdem, dass mehrere Gene bei der Entstehung von Essstörungen beteiligt zu sein scheinen. Auch verschiedene Neurotransmitter wie Serotonin, Dopamin und Noradrenalin scheinen einen Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen zu haben (Herpertz et al., 2008).

Ein weiterer Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung ist restriktives Essverhalten bzw. ein starres Diätverhalten.

**Soziale Faktoren.** Das enge soziale Umfeld einer Person kann einen großen Einfluss auf den Verlauf einer Essstörung nehmen. Dazu können Sorgeberechtigte, Eltern, Freund:innen oder andere Bezugspersonen gehören. Schuldzuweisungen zur Entstehung der Essstörung durch ein bestimmtes Elternverhalten sind nicht angebracht, da es sich bei Familien um ein transaktionales systemisches Geschehen handelt und jedes Familienmitglied vom anderen beeinflusst wird und selbst beeinflusst. Die Eltern sollten bei Bedarf in die Behandlung miteinbezogen werden (Le Grange et al., 2010).

Einflussreich im familiären Kontext sind vor allem psychische Störungen bzw. Essstörungen anderer Familienmitglieder, kritische Kommentare bezüglich des eigenen Essverhaltens, Figur und Gewicht, defizitäre familiäre Kommunikationsmuster und ein negatives Modellverhalten der Familienmitglieder in Bezug auf Essen und Bewegung (Jacobi et al., 2011). Ein gestörtes Essverhalten kann auch entstehen, wenn Essen als Strafe, Trost oder Belohnung eingesetzt und dadurch mit bestimmten Gefühlen und Funktionen verknüpft wird. Aktuelle Forschung zeigt zudem, dass die eigene wahrgenommene Attraktivität und die Beliebtheit bei Gleichaltrigen in der Jugend negativ mit dem Auftreten einer Essstörung im jungen Erwachsenenalter assoziiert sind (Smink et al., 2018).

Darüber hinaus können kritische Lebensereignisse wie ein Umzug, eine Trennung oder ein Todesfall im nahen Umfeld das Entstehen einer Essstörung begünstigen.

**Soziokulturelle Faktoren.** Einen soziokulturellen Einfluss bildet das derzeit in der Mehrheit der Gesellschaft vorherrschende Schönheitsideal eines schlanken Körpers, insbesondere in westlichen Ländern. Dieses wurde in den vergangenen Jahrzehnten immer schlanker. Gleichzeitig ist der mittlere Body-Mass-Index (BMI) in der Bevölkerung über die Zeit gestiegen, sodass eine Differenz besteht zwischen vermitteltem Schönheitsideal und tatsächlichem Mittelwert in der Gesellschaft. So kommt es, dass immer mehr Frauen durch die Abweichung des medial vermittelten Schönheitsideals Unzufriedenheit über ihren Körper verspüren und in der Konsequenz womöglich eine Essstörung entwickeln. Durch den massiven Einfluss der Medien wird die ständige Konfrontation mit diesem Schönheitsideal provoziert, bspw. durch Werbung (Peter & Brosius, 2021). Auch männliche Personen leiden unter den an sie gestellten Anforderungen bezüglich ihrer »Männlichkeit«. Männlich ist demnach jemand, der stark ist, keine Schwäche zeigt, Macht demonstriert und dies auch in seinem Körper und seinem Auftreten verdeutlicht. Erst mit einer Veränderung des Verständnisses der Begriffe Weiblichkeit und Männlichkeit und einer damit einhergehenden Auflösung patriarchaler Strukturen kann der Druck auf junge Männer und Frauen verringert werden.

**Psychologische Faktoren.** Essstörungen entwickeln sich häufig im Jugendalter, wenn die Betroffenen mit den aktuellen Entwicklungsschritten überfordert sind. Der Versuch, die Kontrolle über ihr Leben (zurück) zu gewinnen, wird über das Essen vorgenommen. Durch das Essverhalten kann der/die Betroffene innere Anspannung und Druck reduzieren und Emotionen regulieren. Besonders bei der Anorexia nervosa zeigen Betroffene häufig ähnliche Persönlichkeitsmerkmale. Diese sind Rigidität,

Introvertiertheit, zwanghafte Züge und eine gut durchschnittliche bis überdurchschnittliche Intelligenz (Herpertz-Dahlmann & Schwarte, 2019). Das bedeutet jedoch nicht, dass jede Person mit einer Anorexia nervosa diese Persönlichkeitseigenschaften aufweist, sondern dass diese Eigenschaften häufig bei Betroffenen vorkommen. Essgestörtes Verhalten wird weiterhin dadurch begünstigt, dass die Essstörung den Selbstwert der Betroffenen kurzfristig heben und ihnen ein ebenfalls kurzfristiges Gefühl der Kontrolle zurückgeben kann.

### **Wie ist die Prognose?**

Bei Betroffenen von Essstörungen erfolgt die Initiative zur Aufnahme einer Behandlung meistens nicht vonseiten der Betroffenen selbst, sondern durch Angehörige oder Ärzt:innen (z. B. Vansteenkiste et al., 2005) oder wegen assoziierter Symptome wie z. B. der gedrückten Stimmung (z. B. Williams et al., 2008). Vor allem bei anorektischen Patient:innen besteht durch die Körperbildstörung und die damit einhergehende mangelnde Krankheitseinsicht eine geringe Änderungsmotivation (Casanovas et al., 2007) bzw. ist diese eher auf die Essanfälle bezogen und weniger auf die Nahrungsrestriktion und das Kompensationsverhalten (Perkins et al., 2007). Die wahrgenommenen positiven Folgen (Essen ohne Gewichtszunahme, etwas Besonderes sein, Kontrolle, Schutz, Emotionsregulation; s. Serpell & Treasure, 2002) der Essstörung gelten als prädiktiv für eine geringe Änderungsmotivation (Delinsky et al., 2011) und diese wiederum gilt als Prädiktor für einen schlechten Therapieerfolg (Bardone-Cone et al., 2011).

Dennoch sind Essstörungen behandelbar und insbesondere Psychotherapie bietet für viele Betroffene einen Weg, sich durch Unterstützung selbst helfen zu können. Betroffene können bspw. in vielen Fällen wieder ein Normalgewicht erreichen, sie werden jedoch die einmal auswendig gelernten Kalorienangaben nur schwer wieder vergessen. Das bedeutet, dass ein »normales« Verhalten wieder erlernt werden kann, dies aber nicht unbedingt einem intuitiven Essverhalten entspricht.

### **Wie verläuft die Therapie? Intervention**

**Interdisziplinäres Setting.** Essstörungen sollten mehrdimensional und vor allem individuell behandelt werden (Herpertz-Dahlmann & Schwarte, 2019). Das bedeutet, dass die Therapie aus einer Kombination von somatischer Rehabilitation, Psychoedukation, individueller psychotherapeutischer Behandlung und dem Einbezug des Umfelds der betroffenen Person, insbesondere der Familie, bestehen soll. Da die Ursachen sehr individuell sind, ist es wichtig, ein Störungsmodell zu erstellen, welches individuell auf die betroffene Person zugeschnitten ist. Allgemeine Ziele, die verschiedene Interventionsformen gemeinsam haben, sind die Analyse der Ursachen, Hintergründe und aufrechterhaltenden Faktoren der Essstörung. Im Fokus steht dabei zunächst eine Verbesserung der vorliegenden Symptomatik und des Gewichts (z. B. Gewichtssteigerung bei der Anorexia nervosa). Treten komorbide psychische Störungen auf (z. B. Interaktionsstörungen, depressive Störungen, Zwangsstörungen), sollten auch diese mitbehandelt werden. Bei einem sehr geringen Körpergewicht sollte jedoch zunächst eine Behandlung der Essstörung im Fokus stehen. Weitere zentrale Aspekte zur Intervention können die Förderung sozialer Kompetenzen, das Erlernen von Stressbewältigungsmethoden und Emotionsregulationsstrategien sein.

Eine medizinische Betreuung während des gesamten Störungs- und Therapieverlaufs erlaubt insbesondere körperliche Kontrolluntersuchungen, um langfristige körperliche Folgen und Schäden rechtzeitig zu erkennen und über diese aufklären zu können (Wunderer, 2019).



# 1 Diagnostik und Psychoedukation

Dieses Kapitel enthält Hinweise und Informationen zu Diagnosestellung der Essstörungen sowie psychoedukative Inhalte zu verschiedenen Behandlungs- und Therapieverfahren. Es soll der Orientierung und der Motivation zu Beginn einer Therapie dienen. Betroffene sollen darüber hinaus die Möglichkeit bekommen, ihre Erkrankung besser kennenzulernen.

## Arbeits- und Informationsmaterial

### **INFO 1 Anamnese und Diagnostik**

Dieses Informationsblatt leitet in das Themengebiet der Anamnese ein und enthält Tabellen zur Diagnostik von Essstörungen, die sich am DSM-5 und ICD-11 orientieren.

### **INFO 2 Störung mit Vermeidung und/oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme**

Dieses Informationsblatt liefert einen Überblick über die »Störung mit Vermeidung und/oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme« und gibt Hinweise zu Verlauf und Therapiemöglichkeiten.

### **INFO 3 Pica**

Dieses Informationsblatt liefert einen Überblick über die Pica-Störung und gibt Hinweise zu Verlauf und Therapiemöglichkeiten.

### **INFO 4 Ruminationsstörung**

Dieses Informationsblatt liefert einen Überblick über die Ruminationsstörung und gibt Hinweise zu Verlauf und Therapiemöglichkeiten.

### **INFO 5 Medizinische Differenzialdiagnostik bei Essstörungen**

Auf diesem Informationsblatt sind Erkrankungen aufgelistet, die ähnliche körperliche Veränderungen hervorrufen können wie eine Essstörung. Es dient also insbesondere der Information von Mitgliedern des Gesundheitssystems, die z. B. im Rahmen von diagnostischen Verfahren in Kontakt mit Essstörungen kommen.

### **INFO 6 Diagnostik und Einbezug der Eltern/Erziehungsberechtigten**

Dieses Informationsblatt bietet Hinweise für Therapeut:innen über den Einbezug von Eltern oder Erziehungsberechtigten von Patient:innen über den Therapieverlauf. Weitere Infos zum Einbezug von Eltern und Schwierigkeiten im Kontakt mit Eltern bei der Therapie von Kindern und Jugendlichen finden Sie in Kapitel 2 auf den Infoblättern **INFO 32** bis **INFO 36**.

### **AB 1 Checkliste Essstörung**

Diese Checkliste dient dazu, einen ersten Überblick über mögliche Verhaltensweisen und typische Symptome für eine Essstörung zu bekommen. Sie kann von Betroffenen selbst ausgefüllt werden.

### **AB 2 Berechne deinen BMI**

Dieses Arbeitsblatt beinhaltet eine Anleitung für Betroffene zur Berechnung des eigenen BMIs. Es ist eher für ältere, jugendliche Patient:innen geeignet.

### **INFO 7 BMI und Alternativen**

Auf diesem Informationsblatt werden Alternativen zum BMI beschrieben.

### **INFO 8 Risikofaktoren**

Dieses Informationsblatt liefert einen Überblick über verschiedene Risikofaktoren für Essstörungen. Diese Auflistung hat keinen Anspruch auf Vollständigkeit, sondern berichtet über Risikofaktoren, die

bei entsprechenden Störungen häufig vorkommen. Diese können, müssen aber nicht bei jeder Person zutreffen.

### **AB 3 Körperliche Folgeschäden**

Dieses Arbeitsblatt bietet eine kurze Zusammenfassung über mögliche körperliche (Folge-)Erkrankungen während und nach einer Essstörung. Es dient also insbesondere der Aufklärung von Betroffenen und Angehörigen über die Folgen und Risiken von Essstörungen. Betroffene können außerdem mithilfe des Blattes reflektieren, welche Schäden sie durch ihre Erkrankung an sich selbst bemerken.

### **INFO 9 Können auch Jungen oder Männer an einer Essstörung erkranken?**

Auf diesem Informationsblatt sollen Geschlechtsunterschiede im Kontext der Essstörungen anschaulich dargestellt werden. Dabei wird der Fokus auf männliche Betroffene gelegt.

### **INFO 10 Essstörungen bei trans\* Personen**

Dieses Informationsblatt dient der Aufklärung über das Störungsbild Essstörungen bei trans\* Personen. Es bietet lediglich einen kleinen Überblick und einige Hinweise für den Erstkontakt. Für ausführlichere und detailliertere Informationen, sowie Begriffserklärungen empfehlen wir das Buch Psychotherapeutische Arbeit mit trans\* Personen von Günther et al. (2021).

### **INFO 11 Fallbeispiele**

Diese Fallbeispiele zu den Störungen Anorexie, Bulimie und der Binge-Eating-Störung können zu Beginn der Therapie eingesetzt werden. Sie sollen junge Betroffenen dabei unterstützen zu realisieren, dass es auch andere Personen gibt, die an einer Essstörung erkranken, und dass sie nicht allein mit ihrer Diagnose sind. In diesem Kontext soll auch die Heterogenität von Essstörungen deutlich werden. Die Fallbeispiele beschreiben vordergründig die Entwicklung einer Essstörung bis hin zur Wahrnehmung von Hilfsangeboten.

### **INFO 12 Fass-Modell – Wie entsteht eine psychische Störung?**

Dieses Informationsblatt erklärt das Vulnerabilität-Stress-Modell (nach Wittchen & Hoyer, 2011) anschaulich mithilfe des Fass-Modells.

### **AB 4 Wie voll ist mein Fass?**

Mithilfe dieses Arbeitsblatts sollen Patient:innen ihr eigenes Störungsmodell entwickeln können. Hilfreich ist dabei auch **INFO 12** »Fass-Modell – Wie entsteht eine psychische Störung?«.

### **AB 5 Die Entstehungsgeschichte meiner Essstörung**

Dieses Arbeitsblatt soll den Patient:innen dazu dienen, die Entstehung ihrer eigenen Erkrankung besser nachzuvollziehen und an Krankheitseinsicht zu gewinnen. Nach dem Ausfüllen des Arbeitsblatts sollte die eigene Entstehungsgeschichte in das Krankheitsmodell eingeordnet werden.

### **AB 6 Mögliche psychologische Gründe zur Entwicklung einer Essstörung**

Dieses Arbeitsblatt dient der Aufdeckung von Kognitionen und Einstellungen, die bei einer Essstörung im Hintergrund stehen könnten. Eine intensivere Exploration von Kognitionen und Emotionen zum Thema Essen kann den nachfolgenden Arbeitsblättern entnommen werden. Nach Bearbeitung dieses Arbeitsblatts sollte es innerhalb der Therapie nachbesprochen werden. Weitere Anregungen für die Bearbeitung der Kognitionen in der Therapie finden Sie auf **AB 30** »Gedanken rund um das Wiegen 2« und **AB 36** »Videokonfrontation«.

### **AB 7 Mein soziales Umfeld (Soziogramm)**

Diese Übung soll als Anregung dienen, um im gemeinsamen Gespräch die sozialen Kontakte zu besprechen oder sie nach einer intensiven Thematisierung in der Therapie zusammenzufassen. In diesem Kontext wird insbesondere auf die emotionale und räumliche Nähe zu Personen im sozialen Umfeld des/der Patient:in eingegangen. Der/Die Patient:in kann zunächst das Diagramm erklären und dann auf Rückfragen eingehen.

**INFO 13 Wer ist wer? Personen im Gesundheitssystem**

Dieses Informationsblatt liefert einen kurzen Überblick über verschiedene Personengruppen im Gesundheitssystem zur Orientierung für Betroffene oder Angehörige. In diesem Kontext wird erklärt, welche Funktionen welche Berufsgruppe hat und wozu sie berechtigt ist.

**INFO 14 Welche Behandlungsschritte und -formen bei Essstörungen gibt es?**

Dieses Informationsblatt dient der Orientierung vor oder zum Behandlungsbeginn einer Person mit Essstörung. Es werden verschiedene Therapie- bzw. Behandlungsformen dargestellt und erläutert.

**INFO 15 Pharmakotherapie von Essstörungen**

Auf diesem Informationsblatt werden der aktuelle Forschungsstand und die Empfehlungen zur pharmakologischen Therapie von Essstörungen dargestellt (DGPM, 2018).

**INFO 16 Dialektisch-behaviorale Therapie bei Essstörungen**

Dieses Informationsblatt gibt eine Übersicht über die Grundlagen der DBT für Essstörungen als besondere Therapieform, da im weiteren Verlauf auf einzelne Methoden aus diesem Programm zurückgegriffen wird. Als Grundlage dafür wurden die Publikationen von Salbach-Andrae et al. (2009), Sipos et al. (2011) und Lieb et al. (2020) genutzt.

**AB 8 Meine Erwartungen an die Therapie**

Dieses Arbeitsblatt soll Patient:innen dabei unterstützen zu formulieren, was sie von ihrer Therapie erwarten, wovor sie eventuell Angst haben und was ihnen wichtig ist. Es kann gemeinsam mit dem/der Therapeut:in besprochen werden und nicht nur zum Therapiebeginn, sondern auch im weiteren Verlauf ergänzt oder angepasst werden. Die Fragen können ebenfalls zur Orientierung für ein Interview genutzt werden. Als Ergänzung können gegenseitige Erwartungen und Regeln festgelegt werden. Diese können von »Wir kommen beide pünktlich zur Therapie« bis zu »Wir sind ehrlich zueinander« reichen.

**AB 9 Wie erzähle ich anderen von meiner Essstörung?**

Personen, die an einer psychischen Erkrankung leiden, haben in vielen Fällen Angst davor, mit anderen Menschen in ihrem Umfeld darüber zu reden. Durch Stigmatisierung, mögliches Unverständnis und krankheitsbedingte Sorgen und Ängste tendieren Patient:innen schnell dazu zu denken, dass sie ihre Probleme ganz allein bewältigen müssen. Dabei lassen sie meist außer Acht, dass Freund:innen, Familienmitglieder oder andere Bezugspersonen ihnen Unterstützung bieten können. Dieses Arbeitsblatt soll einen Gesprächsleitfaden für Patient:innen darstellen, an dem sie sich orientieren können, wenn sie jemand anderem von ihrer Essstörung erzählen wollen. Es bietet außerdem Raum für eigene Ideen und Zweifel, die notiert werden können.

**AB 10 SMARTe Ziele**

Es gibt verschiedene Methoden, um die eigenen Ziele zu erreichen. Dieses Arbeitsblatt soll dabei helfen, die eigenen Ziele genau benennen und durch das SMART-Modell besser erreichen zu können.

**AB 11 Wer bin ich? Eine Zeitreise zur Identitätsfindung**

Dieses Arbeitsblatt kann von den Patient:innen selbstständig bearbeitet werden, bietet sich jedoch auch für eine Durchführung im Rahmen einer Therapiesitzung an. Dabei kann der/die Therapeut:in die Übung anleiten und sich Notizen machen. Die Übung orientiert sich unter anderem am Coaching-Tool »Zeitmaschine« (Hagen & Hauser, 2008).

**AB 12 Briefe an die Essstörung**

Dieses Arbeitsblatt dient der Auseinandersetzung mit den positiven und negativen Seiten der eigenen Erkrankung. Betroffene schreiben zwei Briefe an ihre Essstörung, in denen sie alles ausdrücken können, was sie ihrer Erkrankung gegenüber empfinden. Dies kann sowohl einen motivationalen als auch einen emotionalen Einfluss auf die Betroffenen haben.

## Anamnese und Diagnostik

Die Anamnese dient der Exploration aller relevanten Themen- und Lebensbereiche des/der Patient:in, um einen guten Überblick zu erhalten, Diagnostik durchzuführen und darauf aufbauend Therapiemethodik und -verlauf zu planen. Das Ausmaß einer solchen psychotherapeutischen Anamnese kann sehr unterschiedlich ausfallen. Im Idealfall wird versucht, gemeinsam mit dem/der Patient:in einen so umfassenden Überblick wie möglich zu erhalten.

Es gibt bestehende Diagnoseverfahren wie z. B. das Diagnostische Interview für Psychische Störungen (DIPS; Margraf et al., 2017) für Erwachsene oder für Kinder. Für Jugendliche bietet es sich an, das DIPS für Erwachsene zu nutzen. Eine weitere Option bietet das Strukturierte Klinische Interview für DSM-5 (SCID-5-PD; Beesdo-Baum et al., 2019). An diesen kann sich gut orientiert werden, um alle verschiedenen Störungsbereiche anamnestisch abzudecken.

Ergänzend zu der Exploration der Störungsbereiche sollten verschiedene andere Lebens- und Themenbereiche bearbeitet werden. Diese Anamnese kann sich an vorhandenen Anamnesebögen orientieren.

- ▶ Familienanamnese
- ▶ medizinische Anamnese
- ▶ psychiatrische Anamnese
- ▶ Sexualanamnese
- ▶ Überweisungsgrund/-kontext und motivationale Faktoren
- ▶ Sozialanamnese
- ▶ Ressourcenanamnese
- ▶ ...

Bei der Anamnese richten sich die Fragen direkt an die Patient:innen. Natürlich können die Sorgeberechtigten bei entsprechend jungem Alter des/der Patient:in oder bei Ungenauigkeiten oder offenen Fragen miteinbezogen werden. Um die Eigenständigkeit und die Eigenverantwortlichkeit der Patient:innen zu steigern und das Vertrauen zwischen Therapeut:in und Patient:in zu stärken, ist es empfohlen, den/die Patient:in mit in diese Entscheidung einzubeziehen.

### Eingangsfragen für die Anamnese bei Essstörungen:

Was war bisher dein höchstes Gewicht?

.....

Wie alt warst du zu diesem Zeitpunkt?

.....

Was war bisher dein niedrigstes Gewicht?

.....

Wie alt warst du zu diesem Zeitpunkt?

.....

## Anamnese und Diagnostik

Wie groß bist du?

.....

Wie viel wiegst du?

.....

BMI berechnen:

.....

Im Folgenden finden Sie die gängigen Diagnosekriterien für Essstörungen nach DSM-5 und ICD-11.

### Anorexia nervosa

Kriterien	
Essverhalten	▶ starke Einschränkung der Energieaufnahme, die zu einem signifikant niedrigen Gewicht führt
Gewicht	▶ BMI unter 18,5 kg/m <sup>2</sup> oder Gewicht unter dem entsprechenden 5. Altersperzentil (ICD-11)  ODER ▶ deutlicher Gewichtsverlust (mehr als 20 % des Körpergewichts innerhalb von 6 Monaten)
Weitere Kriterien	▶ starke Angst vor Gewichtszunahme oder dem Gedanken, »dick« zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt ▶ verzerrte Wahrnehmung des eigenen Körpers ▶ Bewertung der eigenen Person ist übermäßig von Figur und Gewicht abhängig
Zeitliche Komponente	▶ Verhalten besteht seit mindestens 3 Monaten (DSM-5)
Zusätzliche Kriterien	▶ <i>Restriktiver Typ</i> : Gewichtsverlust durch geringe Nahrungsaufnahme und/oder exzessiven Sport ohne Kompensationsmaßnahmen ▶ <i>Purging-Typ</i> : Kompensationsmaßnahmen oder Binge-Eating-Verhaltensweisen wie Erbrechen oder Missbrauch von Abführmitteln
Ausschlusskriterien	▶ geringes Körpergewicht entsteht nicht durch eine Substanz oder ein Medikament oder dessen Nebenwirkungen ▶ entsteht nicht durch eingeschränkten Zugang zu Nahrungsmitteln ▶ entsteht nicht im Kontext einer anderen psychischen oder körperlichen Erkrankung

## Anamnese und Diagnostik

Kriterien	
Differenzialdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ medizinische Faktoren (z. B. gastrointestinale Erkrankungen oder Schilddrüsenunterfunktion)</li> <li>▶ Depressive Störung</li> <li>▶ Schizophrenie</li> <li>▶ Substanzkonsumstörungen</li> <li>▶ Soziale Angststörung</li> <li>▶ Körperdysmorphie Störung</li> <li>▶ Zwangsstörung</li> <li>▶ Bulimia nervosa</li> <li>▶ Störung mit Vermeidung und/oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme</li> </ul>

### Bulimia nervosa

Kriterien	
Essverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ wiederholte Episoden von Essanfällen</li> <li>▶ Essanfall =                             <ul style="list-style-type: none"> <li>(1) Verzehr einer überdurchschnittlich großen Nahrungsmenge innerhalb eines Zeitraums von ca. 2 Stunden</li> <li>(2) Gefühl von Kontrollverlust über das Essverhalten</li> </ul> </li> </ul>
Weitere Kriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ wiederholte Anwendung von Kompensationsmaßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken</li> <li>▶ Bewertung der eigenen Person ist übermäßig von Figur und Gewicht abhängig</li> </ul>
Zeitliche Komponente	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ mindestens einmal pro Woche über mindestens einen Monat hinweg (ICD-11)</li> <li>▶ Essanfälle und Kompensationsmaßnahmen im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über 3 Monate hinweg</li> </ul>
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf</li> </ul>
Differenzialdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Binge-Eating-Störung</li> <li>▶ Anorexia nervosa</li> <li>▶ Kleine-Levin-Syndrom</li> <li>▶ Depressive Störung</li> <li>▶ Borderline-Persönlichkeitsstörung</li> </ul>

## Anamnese und Diagnostik

### Binge-Eating-Störung

Kriterien	
Essverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ wiederholte Episoden von Essanfällen</li> <li>▶ Essanfall =               <ol style="list-style-type: none"> <li>(1) Verzehr einer überdurchschnittlich großen Nahrungsmenge innerhalb eines Zeitraums von ca. 2 Stunden</li> <li>(2) Gefühl von Kontrollverlust über das Essverhalten</li> </ol> </li> </ul>
Mindestens 3 aus 5 Faktoren bezüglich der Essanfälle	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ schneller essen als normalerweise</li> <li>▶ essen, bis ein unangenehmes Völlegefühl erreicht wird</li> <li>▶ große Mengen essen, trotz Abwesenheit eines Hungergefühls</li> <li>▶ allein essen, aufgrund von Scham bezüglich des eigenen Essverhaltens</li> <li>▶ Scham-, Ekel-, Schuld- oder Traurigkeitsgefühle nach dem Essen</li> </ul>
Zeitliche Komponente	▶ Essanfälle im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über 3 Monate hinweg
Zusätzliche Kriterien	▶ Es besteht Distress wegen der Essanfälle.
Ausschlusskriterien	▶ Die Essanfälle treten nicht im Kontext einer Anorexia nervosa oder einer Bulimia nervosa auf.
Differenzialdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Bulimia nervosa</li> <li>▶ Adipositas</li> <li>▶ Bipolare Störung</li> <li>▶ Depressive Störung</li> <li>▶ Borderline-Persönlichkeitsstörung</li> </ul>

### Weitere spezifische Fütter- oder Essstörungen

**Atypische Anorexia nervosa.** Entspricht einer Anorexia nervosa ausgenommen des niedrigen Gewichts. Betroffene haben ein Gewicht im oder über ihrem Normalgewicht.

**Bulimia nervosa mit niedriger Frequenz oder limitierter Dauer.** Entspricht einer Bulimia nervosa, aber das Verhalten tritt seltener als einmal pro Woche auf oder für einen kürzeren Zeitraum als 3 Monate.

**Binge-Eating-Störung mit niedriger Frequenz oder limitierter Dauer.** Entspricht einer Binge-Eating-Störung, aber das Verhalten tritt seltener als einmal pro Woche auf oder für einen kürzeren Zeitraum als 3 Monate.

**Purging-Störung.** Es werden Kompensationsmaßnahmen angewendet, ohne dass Binge-Eating vorliegt. Dazu gehören selbstherbeigeführtes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder anderen Medikamenten.

## Anamnese und Diagnostik

**Night-Eating-Syndrom.** Bei dieser Störung nehmen Betroffene regelmäßig nachts oder spät abends Nahrung zu sich. Entweder wird die Nahrung nach einem nächtlichen Erwachen aufgenommen oder es besteht eine exzessive Nahrungsaufnahme während des Abendessens. Die Betroffenen sind sich dessen bewusst und ihr Verhalten belastet sie. Dieses Essverhalten lässt sich nicht durch einen veränderten Schlaf-wach-Rhythmus oder andere kulturelle/soziale Normen erklären. Die Störung findet außerdem nicht im Kontext einer anderen psychischen oder körperlichen Erkrankung statt und entsteht nicht aufgrund der Einnahme eines Medikaments.

### Pica

Kriterien	
Essverhalten	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Verzehr von ungenießbaren Substanzen oder Gegenständen/Objekten (z. B. Haare, Sand, Seife, Erde, Plastik, Papier, Metall, Kreide oder Gips) ohne Nährwert</li> <li>▶ Verzehr von großen Mengen grundlegender Nahrungsmittel wie bspw. Salz oder Mehl</li> </ul>
Zeitliche Komponente	▶ langanhaltend (seit mindestens einem Monat bestehend) und/oder häufig
Zusätzliche Kriterien	▶ Die Diagnose ist erst ab dem zweiten Lebensjahr zu vergeben, wenn der Entwicklungsstand ausreichend ist, um zwischen essbaren und nicht-essbaren Substanzen unterscheiden zu können.
Ausschlusskriterien	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Das Essverhalten ist nicht Teil einer kulturbedingten oder sozial akzeptierten Verhaltensweise.</li> <li>▶ Die Störung entsteht nicht durch oder im Kontext einer anderen psychischen Störung oder medizinischer Faktoren.</li> </ul>
Differenzialdiagnostik	<ul style="list-style-type: none"> <li>▶ Anorexia nervosa</li> <li>▶ Artifizielle Störung</li> <li>▶ Selbstverletzendes Verhalten</li> </ul>

**Was gilt es darüber hinaus zu beachten?** Hinweise auf eine Pica-Erkrankung können starke körperliche Beschwerden wie Verstopfungen, Darmverschluss oder Infektionen sein.

### Ruminationstörung

Kriterien	
Essverhalten	▶ absichtliches und wiederholtes Hochbringen von bereits heruntergeschluckter Nahrung in den Mund (Regurgitation). Die Nahrung wird entweder erneut gekaut und heruntergeschluckt oder absichtlich ausgespuckt (nicht erbrochen).
Zeitliche Komponente	▶ Das Verhalten ist regelmäßig (mindestens einige Male pro Woche) und besteht seit mindestens einem Monat.