

Essstörungen – Therapiekonzepte und Forschungsergebnisse

Dr. E. Skoda

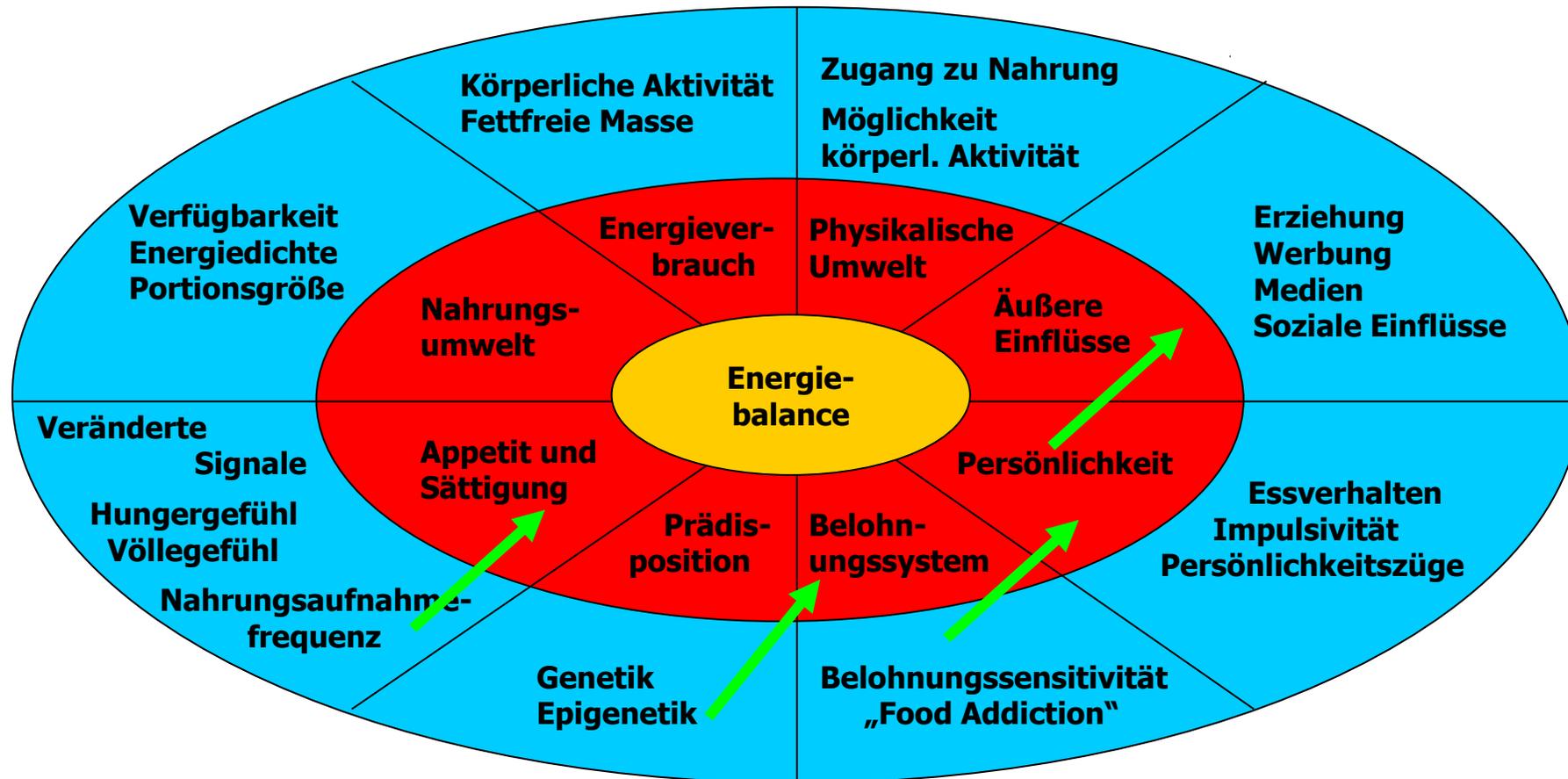
Bereichsleitung Ess- und Gewichtsstörungen

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie, LVR- Klinikum Essen

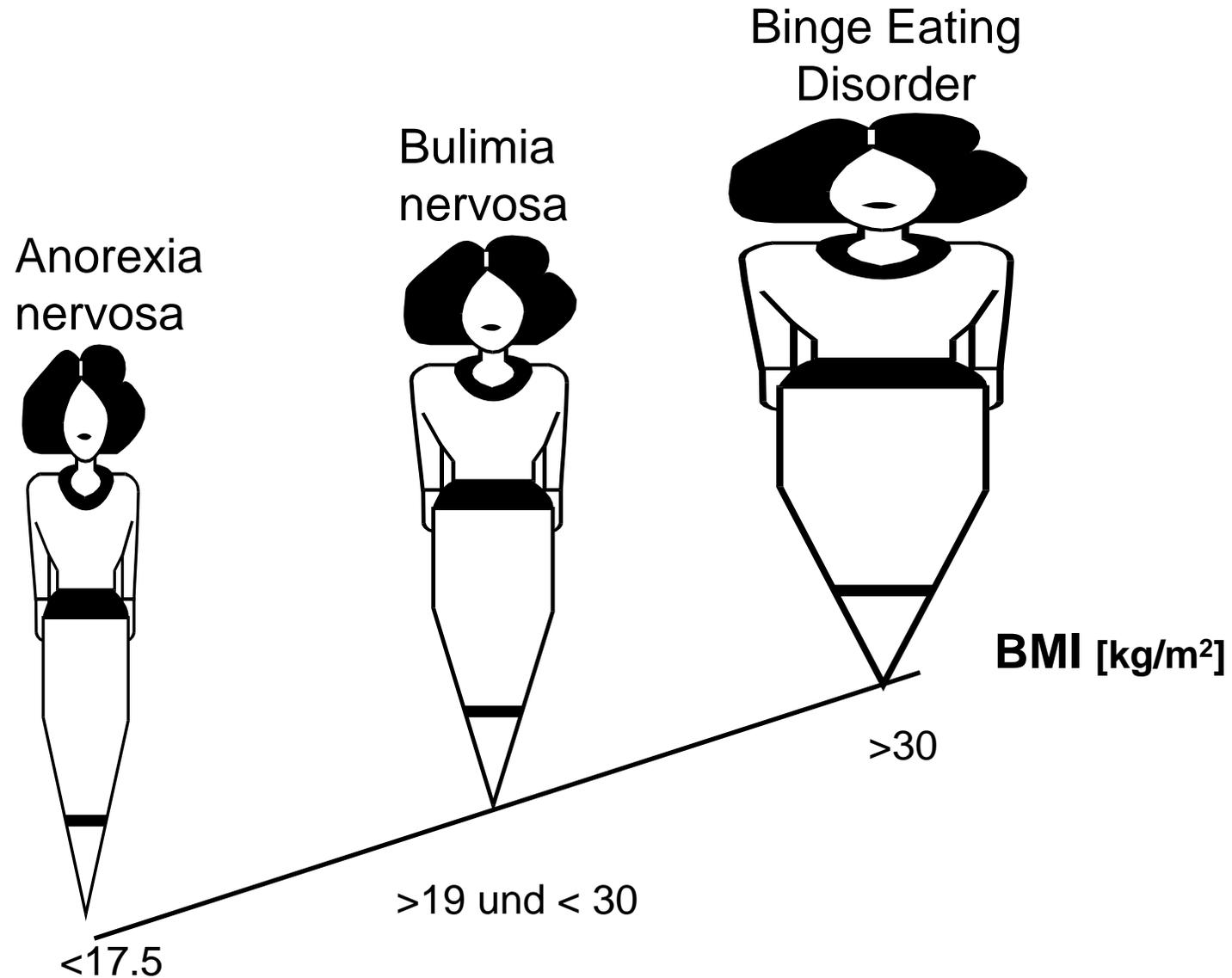
Direktor: Prof. M. Teufel

Diagnostik und Ätiologie von Ess- und Gewichtsstörungen

Der Einfluss der Psyche auf unser Gewicht...



Modifiziert nach Ziaudeen H. 2012, Nature Neuroscience



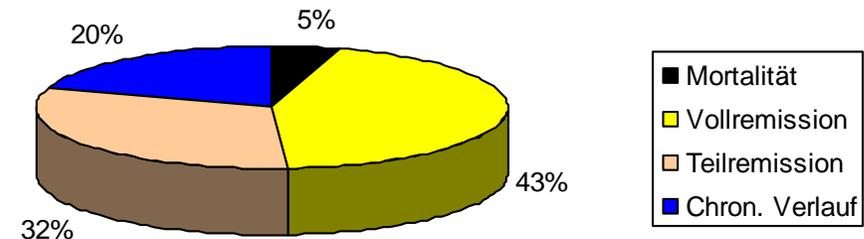
Epidemiologie von Essstörungen

	Anorexia nervosa	Bulimia nervosa
Geschlecht	Weiblich (90%)	Weiblich (90% ?)
Alter	2 Gipfel (Früh – Spätadoleszenz)	Eher Spätadoleszenz
Soziale Klasse	Eher in höheren soz. Klassen	Eher gleichmäßig verteilt
Prävalenz	0,7% (adoleszenter Mädchen)	1-2% (im Alter zw. 16-25J. Mädchen u. Frauen)
Inzidenz (per 100000/Jahr)	19w/2m	29w/1m
Verlauf d. Häufigkeit	Evtl. Zunahme od. stabil	Wahrscheinliche Zunahme

Adapt. Fairburn u. Harrison, Lancet 2003, 2009; 361:407-416

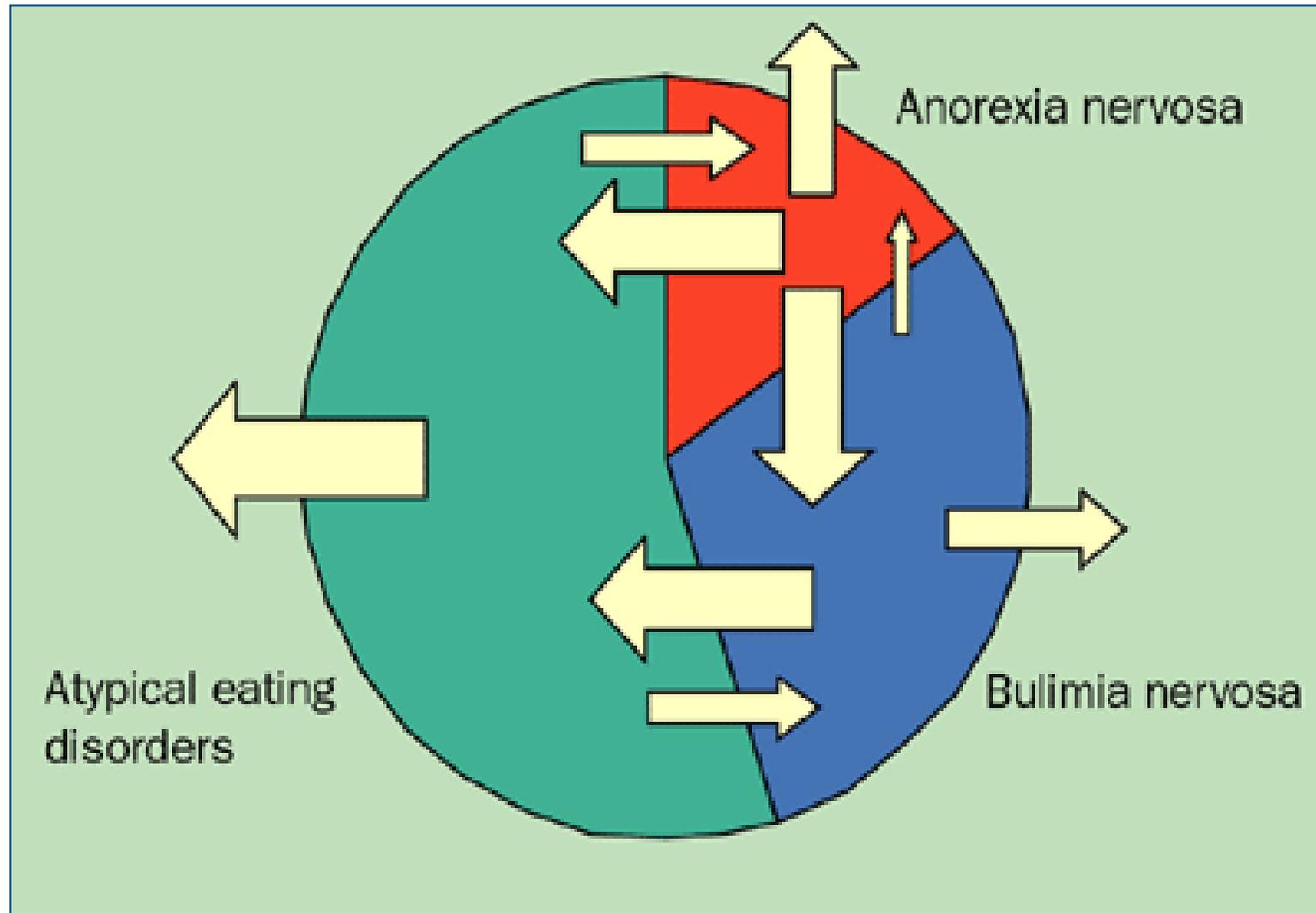
	Binge Eating Störung (BES)	„Binge Eating Verhalten“
Normalbevölkerung	0,7-4,6%	6,3-24,0%
Menschen mit BMI>30kg/m ²	4,4-10,0%	
Teilnehmer an Gewichtsreduktionsprogrammen	16-30%	
Geschlechterverhältnis w:m	65:35%	

Genereller Outcome der Anorexia Nervosa

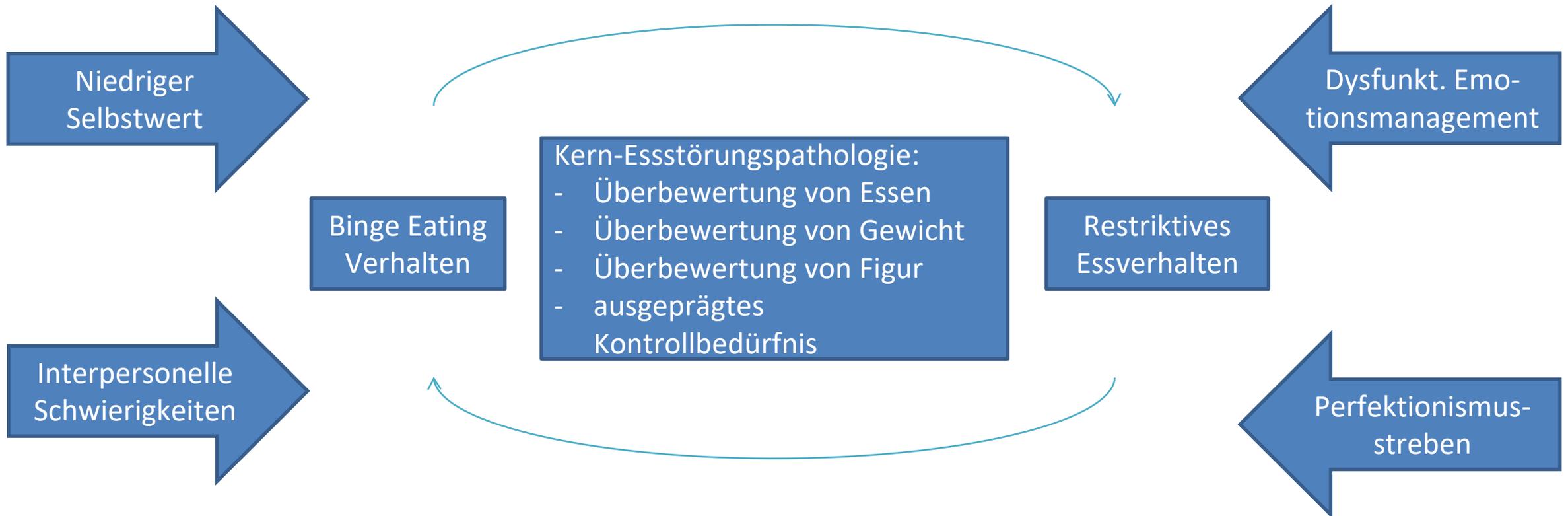


adapt. de Zwaan 2016

Panta rhei: Übergänge der verschiedenen Essstörungspathologien



Transdiagnostisches Modell der Essstörungen



ICD-10:

- **A:** Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme. Dies führt zu einem Körpergewicht von mindestens 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten

- **B:** Der Gewichtsverlust ist bewußt herbeigeführt („verbotene Nahrung“)

- **C:** Selbstwahrnehmung des eigenen Körpers als übermäßig dick zu werden. Die Diagnose ist durch die Anamnese fest.

- **D:** Umfassende endokrinologische Untersuchung; sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessenverlust an Sexualität und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt die kontrazeptive Medikation dar.

- **E:** Die Kriterien A. und B. für eine Bulimia nervosa (F50.2) werden nicht erfüllt.

ICD-11:

- Vermeidung der Formulierung des „willentlichen/absichtlichen“ Verhaltens → Unterstellt Patientinnen eine bewusste Absicht, die zu Stigmatisierung führt
- Amenorrhoe als diagnostisches Kriterium fällt weg

(Claudino et al. Lancet 2020)

ICD-10:

- A. Häufige Episoden von Essattacken (in einem Zeitraum von 3 Monaten mindestens 2 mal pro Woche) bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- B. Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang zu essen.
- C. Die Patienten verwenden zur Vermeidung der Folgen der Essattacken mindestens einen der folgenden Verhaltensweisen:
 1. selbstinduziertes Erbrechen
 2. Missbrauch von Abführmitteln
 3. zeitweilige Hungerperioden
 4. Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.

ICD-11:

- Betonung der Beunruhigung der Patienten über das unangemessene, kompensatorische Verhalten

(Claudino et al. Lancet 2020)

Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung nach Jacobi et al. (2016)

- Weibliches Geschlecht
- Ethnische Zugehörigkeit
- Frühkindliche Probleme beim Essen und gastrointestinale Probleme
- Erhöhtes prämorbidetes Gewicht;
übermäßige Bewertung von Gewicht und Figur
- Niedriger Selbstwert
- Sexueller Missbrauch
- Allg. psychopathologische Auffälligkeiten

Medien

**Familiäre
Faktoren**

Peers

**Kulturelle
Vorstellungen
und Werte**

**Gesellschaftliche
Vorstellungen und
Werte**

> [Eat Weight Disord.](#) 2017 Jun;22(2):277-284. doi: 10.1007/s40519-017-0364-2.
Epub 2017 Mar 1.

Instagram use is linked to increased symptoms of orthorexia nervosa

Pixie G Turner ¹, Carmen E Lefevre ²

> [Cyberpsychol Behav Soc Netw.](#) 2018 Jun;21(6):343-354.
doi: 10.1089/cyber.2017.0713.

Snaps, Selfies, and Shares: How Three Popular Social Media Platforms Contribute to the Sociocultural Model of Disordered Eating Among Young Women

Jessica F Saunders ¹, Asia A Eaton ¹

> [Int J Eat Disord.](#) 2017 Jan;50(1):76-79. doi: 10.1002/eat.22559. Epub 2016 Jun 15.

"Strong beats skinny every time": Disordered eating and compulsive exercise in women who post fitspiration on Instagram

Grace Holland ¹, Marika Tiggemann ¹

Randomized Controlled Trial > [Int J Eat Disord.](#) 2014 Jul;47(5):516-23.

doi: 10.1002/eat.22254.

Do you "like" my photo? Facebook use maintains eating disorder risk

Annalise G Mabe, K Jean Forney, Pamela K Keel

> [Eat Weight Disord.](#) 2013 Dec;18(4):413-20. doi: 10.1007/s40519-013-0050-y.
Epub 2013 Jul 27.

A comparative analysis of anorexia nervosa groups on Facebook

Martin Teufel ¹, Eva Hofer, Florian Junne, Helene Sauer, Stephan Zipfel, Katrin Elisabeth Giel

→ Neu im ICD-11:

- **A. Wiederholte Episoden von Essanfällen ("binge eating").**

Charakterisiert durch:

- * Essen einer *großen Nahrungsmenge* in umschriebener Zeit
- * Begleitet von einem Gefühl des Kontrollverlustes

- **B. Kennzeichen von Essanfällen:**

- * Schnelles Essen
- * Bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
- * Ohne begleitendes Hungergefühl
- * Allein essen
- * Negative Gefühle: bsp. Ekel, Niedergeschlagenheit, Schuld.

- **C. Leiden unter den Essanfällen.**

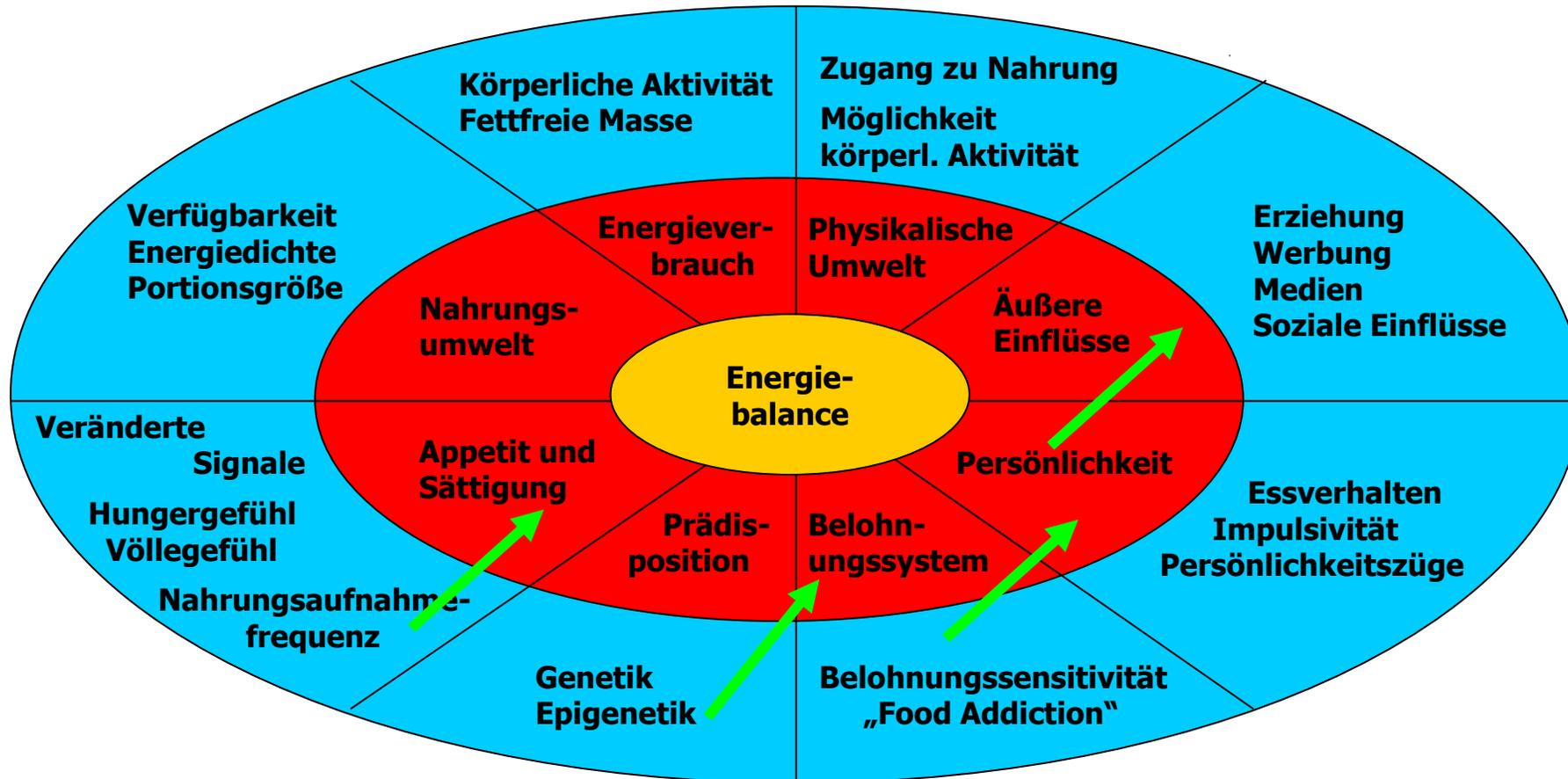
- **D. Wiederholung der Essanfälle, min. 1x/Woche.**

- **E. Keine regelhaften gegenregulierenden Maßnahmen.**

Kategorie	BMI [kg/m ²]	Risiko für Folgeerkrankungen
Untergewicht	< 18,5	niedrig
Normalgewicht	18,5 – 24,9	durchschnittlich
Übergewicht	25 – 29,9	gering erhöht
Adipositas Grad I	30 – 34,9	erhöht
Adipositas Grad II	35 – 39,9	hoch
Adipositas Grad III	≥ 40	sehr hoch

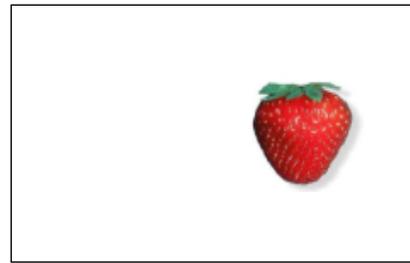
Nationale S3 Leitlinie 2014, WHO 2000

Adipositas – eine Ess- und Gewichtsstörung

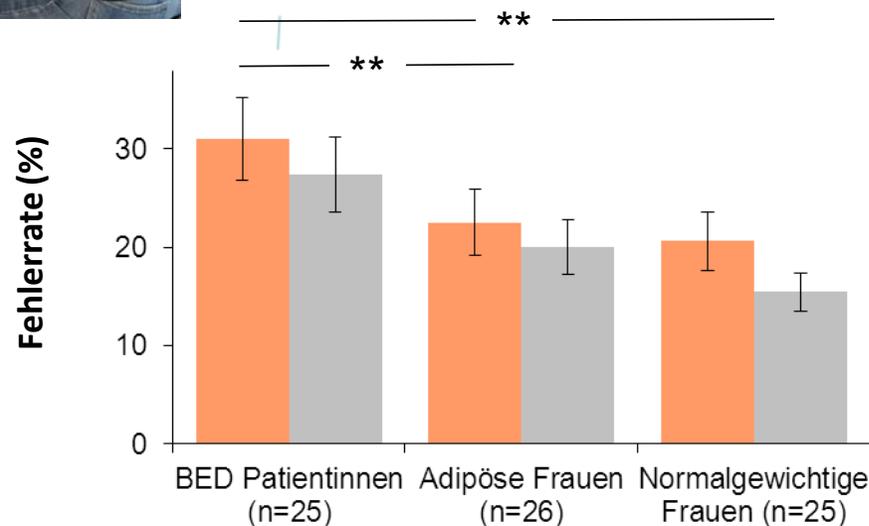


Modifiziert nach Ziaudeen H. 2012, Nature Neuroscience

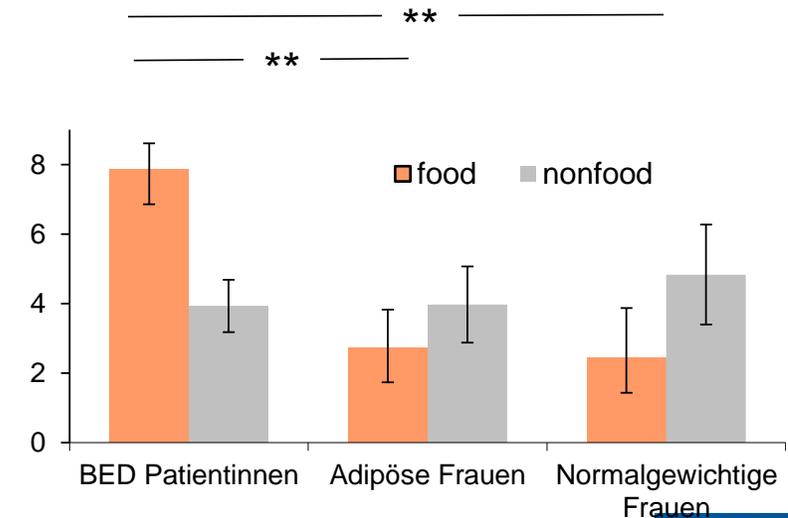
Impulsivität und Inhibitionskontrolle bei Binge-Eating-Störungen



1. Sakkade

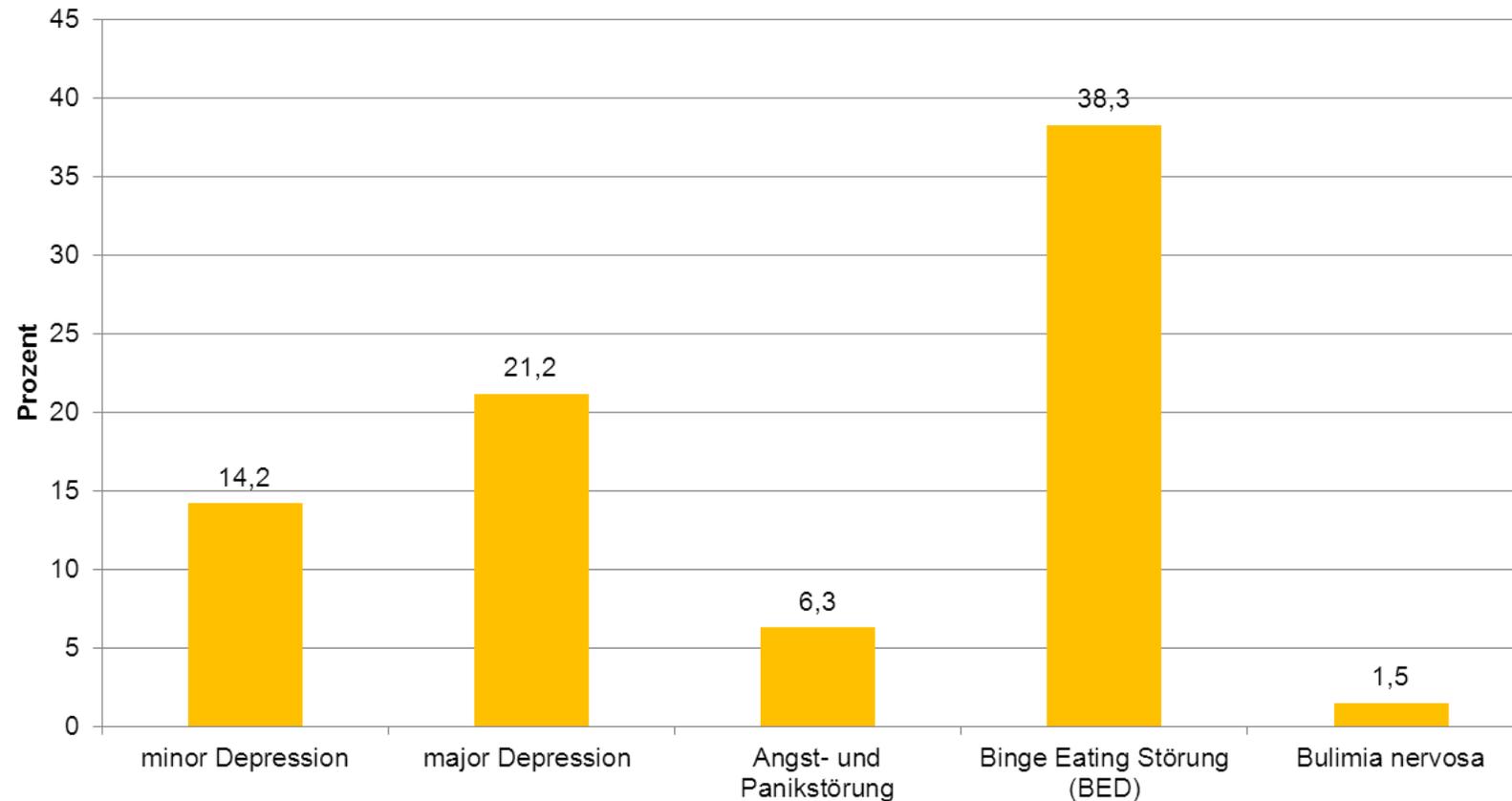


2. Sakkade



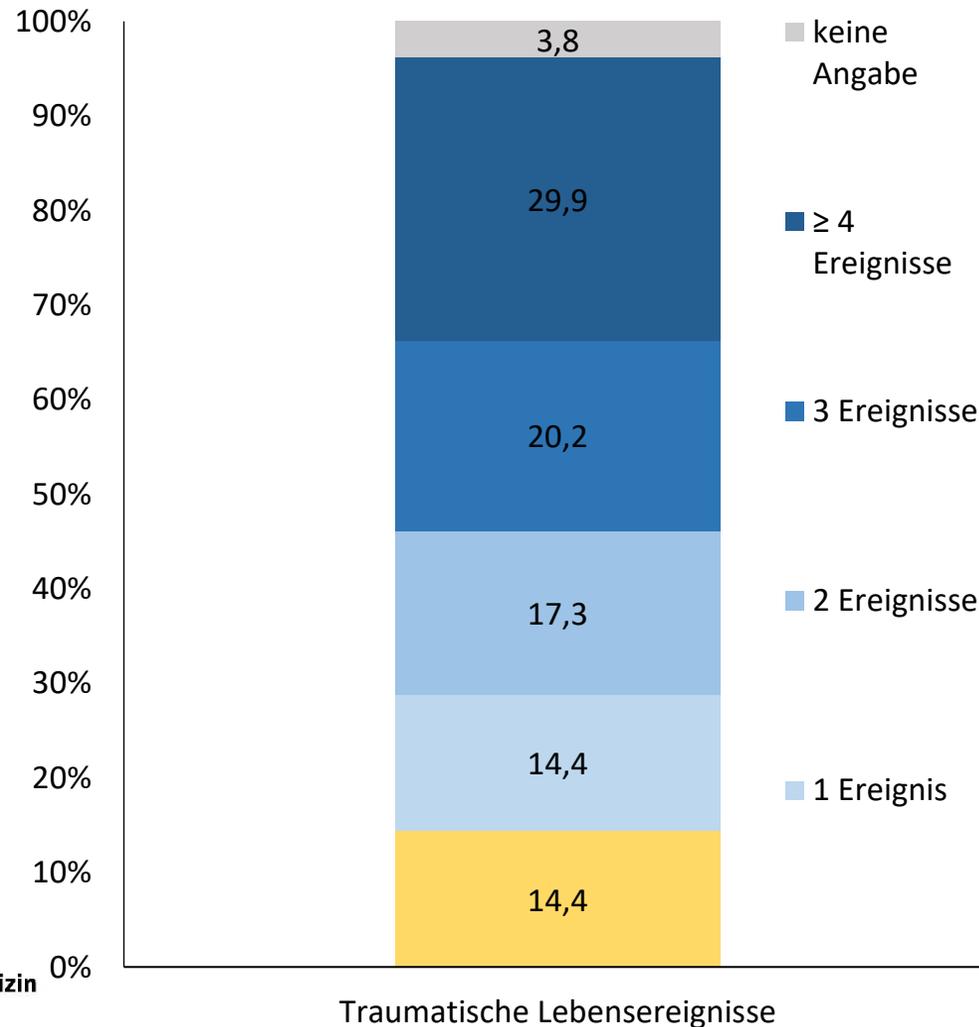
	BED	Adip	NG
n	26	25	26
Alter	39.7 ± 11.7	39.9 ± 12.6	39.4 ± 11.8
BMI	35.4 ± 5.6	35.4 ± 5.4	22.5 ± 1.6

Psychische Komorbidität



N=686

Prävalenz traumatischer Lebensereignisse bei Patienten mit schwerer Adipositas



Ca. 80 %
Traumaerfahrung

Review > [Obes Rev.](#) 2015 Apr;16(4):319-26. doi: 10.1111/obr.12266.

Epub 2015 Mar 5.

Impact of weight bias and stigma on quality of care and outcomes for patients with obesity

S M Phelan ¹, D J Burgess, M W Yeazel, W L Hellerstedt, J M Griffin, M van Ryn

Editorial > [Lancet Diabetes Endocrinol.](#) 2020 May;8(5):349.

doi: 10.1016/S2213-8587(20)30123-6.

Obesity-related stigma-hiding in plain sight

Review > [Curr Psychiatry Rep.](#) 2015 Mar;17(3):552.

doi: 10.1007/s11920-015-0552-6.

Stigma and eating and weight disorders

Rebecca Puhl ¹, Young Suh

Review > [Curr Obes Rep.](#) 2015 Jun;4(2):182-90.

doi: 10.1007/s13679-015-0153-z.

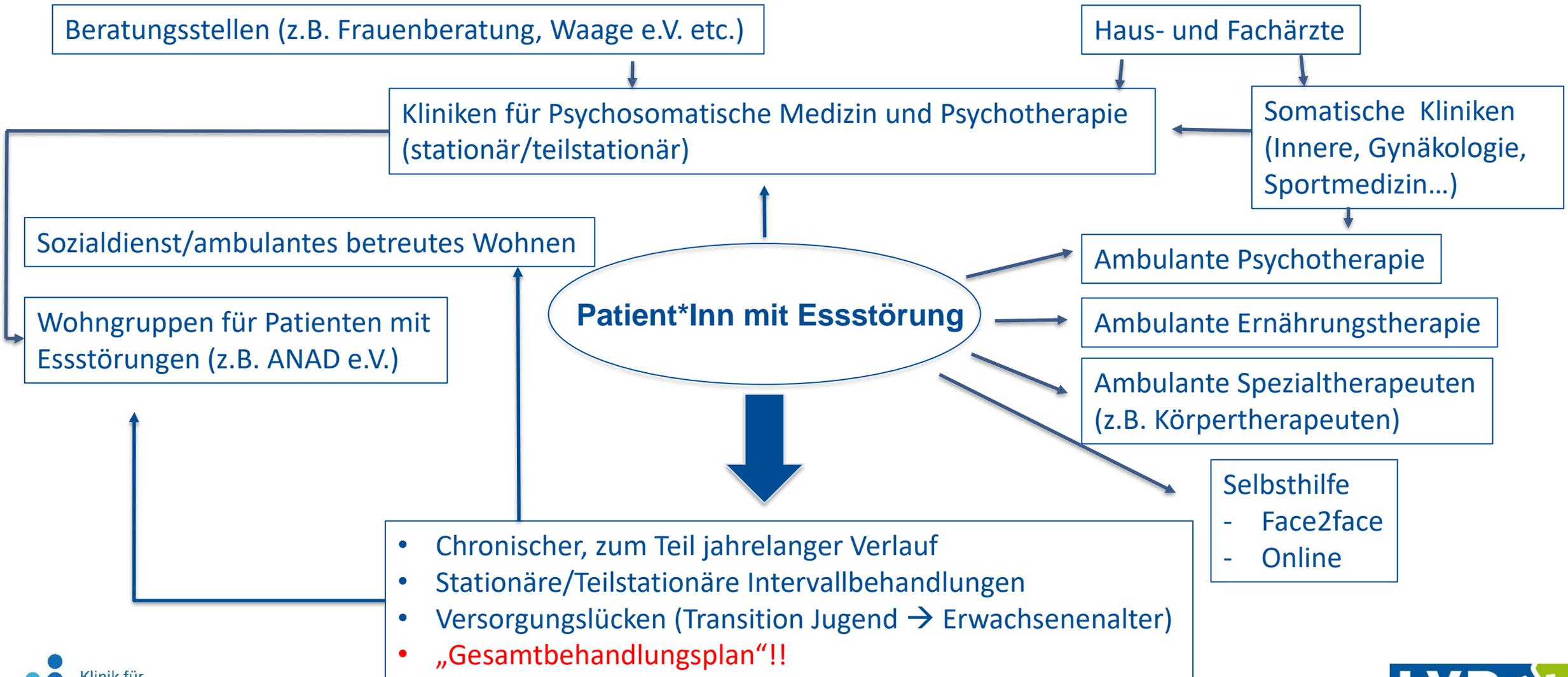
Health Consequences of Weight Stigma: Implications for Obesity Prevention and Treatment

Rebecca Puhl ¹, Young Suh ²

Therapie von Ess- und Gewichtsstörungen

State-of-the-Art

Bausteine des Gesamtbehandlungsplans bei Essstörungen



- a.) die **Wiederherstellung** und das **Halten** eines für Alter und Größe **angemessenen Körpergewichts**
 - b.) eine **Normalisierung des Essverhaltens**
 - c.) die **Behandlung körperlicher Folgen** von Essverhalten und **Untergewicht**
 - d.) die **Beeinflussung** der dem Störungsbild **zugrunde liegenden Schwierigkeiten** auf emotionaler, kognitiver und interaktioneller Ebene
 - e.) eine **Förderung der sozialen Integration**, die oft mit einem „Nachholen“ verpasster Entwicklungsschritte verbunden ist.
- + Nachsorge mit anschließender **Rückfallprophylaxe!**

**„Gewichtszunahme ist nicht alles –
Aber ohne Gewichtszunahme ist alles nichts.“**

- **fehlender Erfolg einer ambulanten Behandlung**
- **soziale oder familiäre Einflussfaktoren, die einen Gesundungsprozess stark behindern (z. B. soziale Isolation, problematische familiäre Situation, unzureichende soziale Unterstützung)**
- **ausgeprägte psychische Komorbidität**
- **körperliche Gefährdung oder Komplikationen**
- **geringe Krankheitseinsicht**
- **Notwendigkeit der Behandlung durch ein multiprofessionelles Team mit krankenhaustypischen Heilmethoden (stationäre Intensivtherapie)**

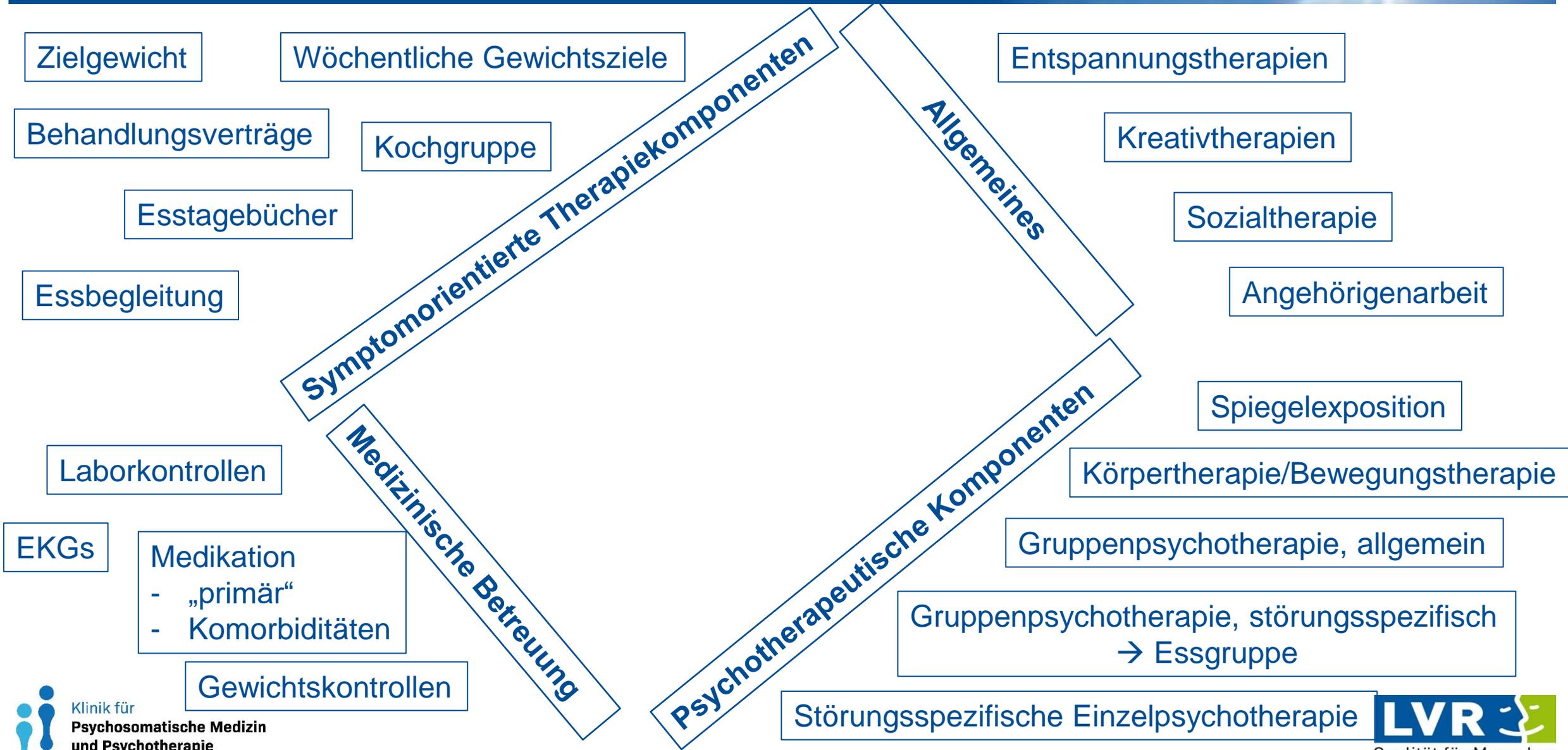
- **Reduktion der Symptome der BN, d.h. Reduktion der Essanfälle, der gegensteuernden Maßnahmen (z. B. Erbrechen, Laxantiengebrauch) und der Bedeutung des Körpergewichtes für die Selbstevaluation (Körperbildprobleme).**
- **Behandlung psychischer Probleme (z. B. Selbstwertprobleme, Perfektionismus, Impulsivität, Probleme mit der Regulation von Affekten) und Hintergrundkonflikte, die mit der BN zusammenhängen.**
- **Behandlung komorbider psychischer Störungen (z. B. Depression, soziale Angst).**
- **Prävention bzw. Rückfallprophylaxe.**

- **Patientinnen mit BN sollten ambulant behandelt werden**
 - **Kriterien für eine stationäre oder teilstationäre Behandlung vgl. Anorexia nervosa**
 - **bei Bulimie besonders: Suizidalität, schwere Selbstverletzung, Drogen oder Alkoholabhängigkeit**
- **frühzeitige Behandlung**
- **Ambivalenz berücksichtigen → Aktiv für eine Behandlung motivieren!**

- Behandlung der **Symptome der BES** (z. B. Essanfälle, essstörungsspezifische Psychopathologie)
- Behandlung weiterer **psychischer Beschwerden** (z. B. Selbstwert- und Schamproblematik, Affektregulation)
- Behandlung **komorbider psychischer Störungen** (z. B. Depression, soziale Angst)
- **Rückfallprophylaxe** (z. B. Vermittlung von Meta-Wissen).
- Ggf. **Behandlung der Adipositas** (siehe S3-Leitlinie Diagnostik und Prävention der Adipositas; DAG, 2014)

- Die BES ist eine Erkrankung mit Indikation zur ambulanten Therapie.
- Bei deutlichen psychischen Komorbiditäten (PS, Depression, andere Störungen der Impulskontrolle) empfiehlt sich die teilstationäre/stationäre Therapie
- Im Rahmen der Psychosomatischen Mitbeurteilung vor Adipositaschirurgie werden auch Patienten vor adipositaschirurgischen Eingriffen stationär vor Eingriff mitbehandelt, wenn schwerwiegende (Ess-)Psychopathologien vorliegen

Therapiebausteine im multimodalen stationären Setting



Stationärer Behandlungsplan Anorexia Nervosa/Bulimia Nervosa

Anfangsphase (1. Woche)	<ul style="list-style-type: none">• Erstellung eines individuellen Ernährungsplans• Verbindliche Teilnahme am begleiteten Esstisch / Führen von Esstagebüchern• Gemeinsame Zielerarbeitung und Festlegung des Therapieprogramms und der Aufenthaltsdauer• Bei Anorexie: Ausarbeitung eines Gewichtsvertrages• Erstellung eines Lebenslaufs
Mittlere Therapiephase (5-10 Wochen)	<ul style="list-style-type: none">• Auseinandersetzung mit den Ursachen und Hintergründen der Essstörung• Weitere Arbeit: Ernährungsmanagement und Gewichtszunahme je nach Gewichtsvertrag / Rückgang von Heißhungerattacken mit Erbrechen• Teilnahme am begleiteten Esstisch, je nach Fortschritt: Übergang zum selbstständigen Einnehmen der Mahlzeiten• Arbeit an den Körperwahrnehmungsstörungen• Angehörigengespräch• Regelmäßige Wochenenderproben
Therapieend-phase (14. Tage vor Entlassung)	<ul style="list-style-type: none">• Übernahme von mehr Selbstverantwortung bei der Ernährung (freier Tisch und Beendigung des Gewichtsvertrags)• Bilanzierung über das Therapieergebnis• Vorbereitung des Übergangs in das ambulante ärztlich-psychotherapeutische Setting, ggf. Klärung der schulischen / beruflichen Perspektive und Wohnsituation

ANTOP (Anorexia Nervosa Treatment of Out Patients)

- Weltweit größte Studie n= 242 (multicenter RCT)
- Ambulante Behandlung von Patientinnen mit AN
- Drei Therapiearme: CBT, FPT, TAU

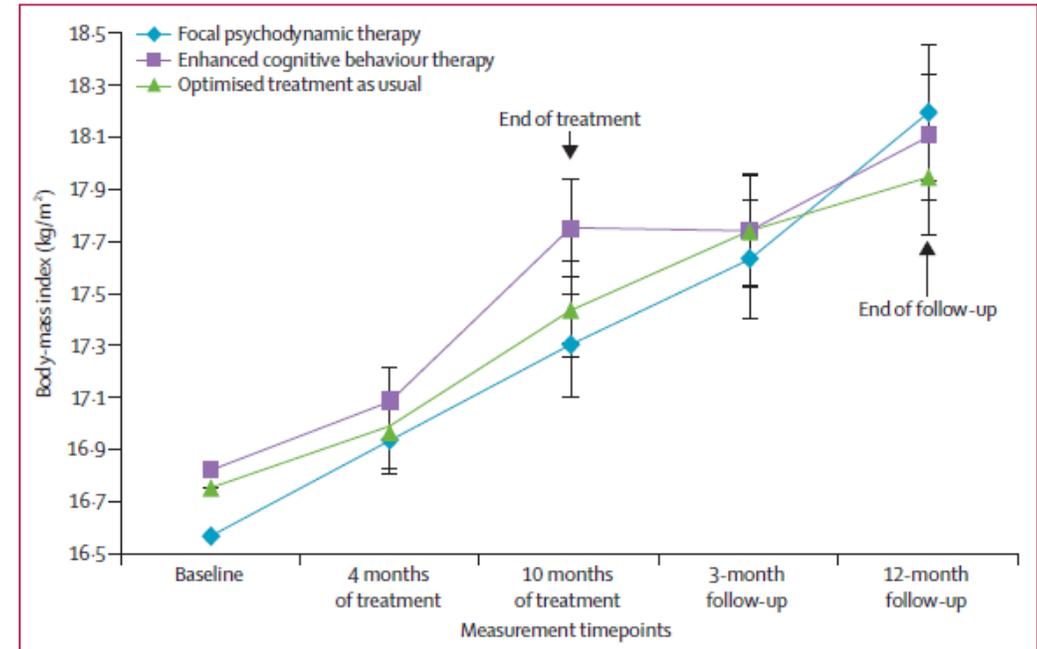
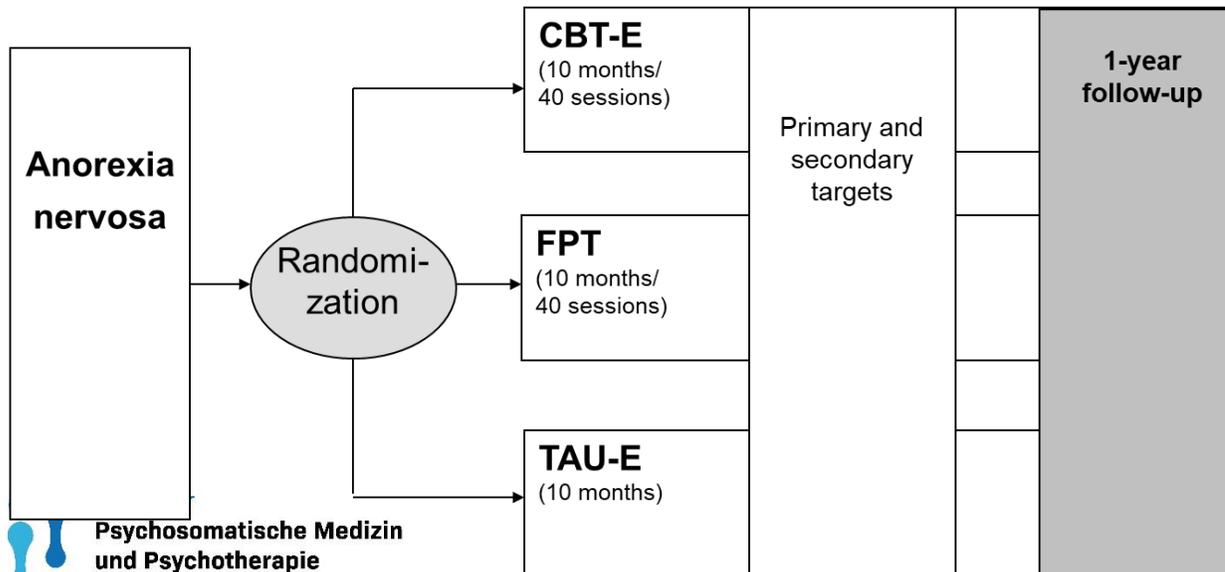
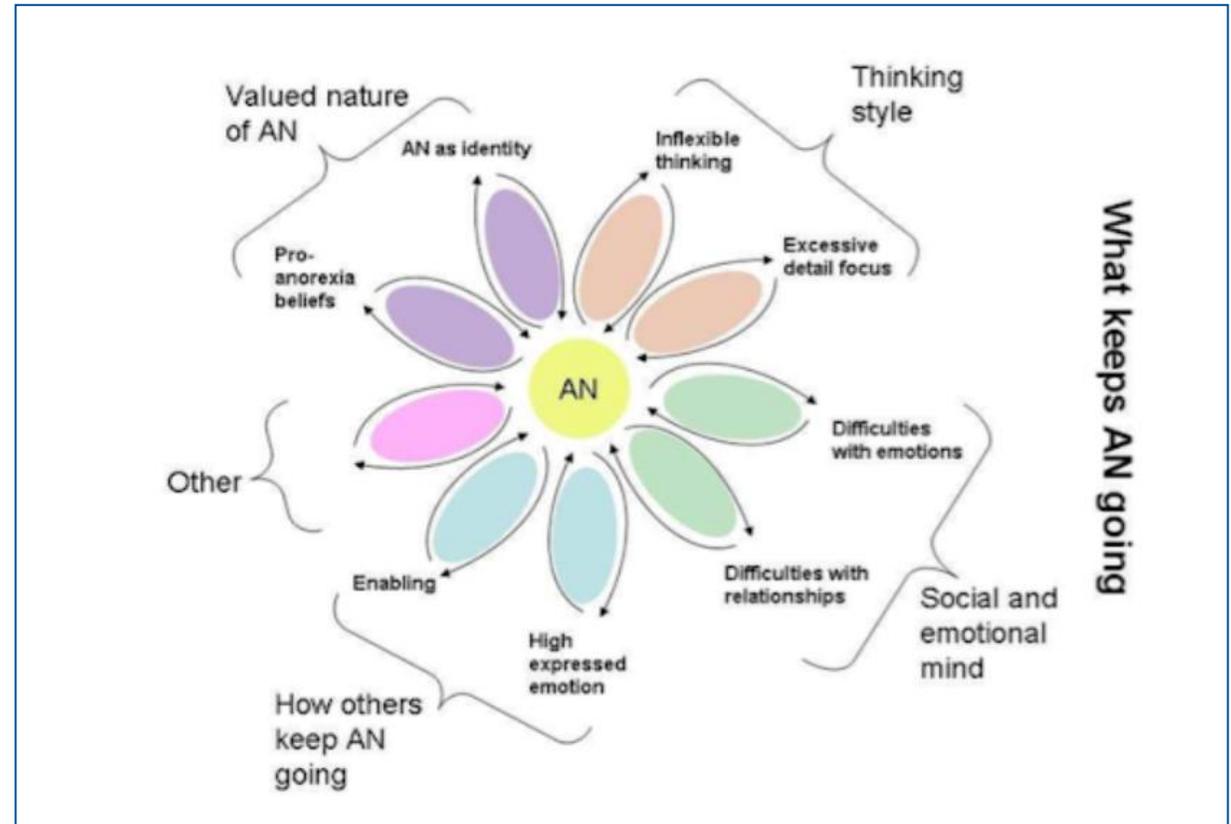


Figure 2: Course of weight gain during treatment and follow-up, by treatment group
Data are least square means (LS-mean). Error bars show SE.

- **Manualisierte Therapie (CBT) bestehend aus 20-40 Sitzungen**
- **Soll helfen rigide Denkstile zu flexibilisieren, pro-anorektische Überzeugungen aufzudecken und zu bearbeiten**
- **Ambulantes Therapiekonzept**
- **Inhalte können flexible an Bedürfnisse der Patienten adaptiert werden**



- **Aktuell laufendes BMBF-gefördertes Projekt an mehreren Zentren**
- **Ambulante, videokonferenzgestützte Nachsorge für Patienten mit AN**
- **Basierend auf MANTRA**
- **Soll den Übergang Klinik-Ambulante Versorgung in Deutschland verbessern/optimieren**



5.4.4 Verhaltenstherapie

Empfehlungen

5.29 Verhaltenstherapeutische Interventionen im Einzel- oder Gruppen-setting sollen Bestandteil eines Programms zur Gewichtsreduktion sein.

LoE 1++ bis 1+; starker Konsens

Literatur: ([2, 109, 156, 257-259] zit. n. [2]); [260, 261]

5.32 Das Spektrum der geeigneten Interventionen und Strategien kann folgende psychotherapeutische Elemente enthalten:

- Selbstbeobachtung von Verhalten und Fortschritt (Körpergewicht, Essmenge, Bewegung)
- Einübung eines flexibel kontrollierten Ess- und Bewegungsverhaltens (im Gegensatz zur rigiden Verhaltenskontrolle)
- Stimuluskontrolle
- Kognitive Umstrukturierung (Modifizierung des dysfunktionalen Gedankenmusters)
- Zielvereinbarungen
- Problemlösetraining/Konfliktlösetraining
- Soziales Kompetenztraining/Selbstbehauptungstraining
- Verstärkerstrategien (z. B. Belohnung von Veränderungen)
- Rückfallprävention
- Strategien zum Umgang mit wieder ansteigendem Gewicht
- Soziale Unterstützung

LoE 1++ bis 2-; Konsens

Literatur: [2, 262-266]

- **Aspekte des Motivational Interviewings (MI) in Behandlung**
- **Ursprünglich aus der Suchtbehandlung, auch gute Evidenz für die Behandlung von Essstörungen (siehe Ziser et al. 2020)**

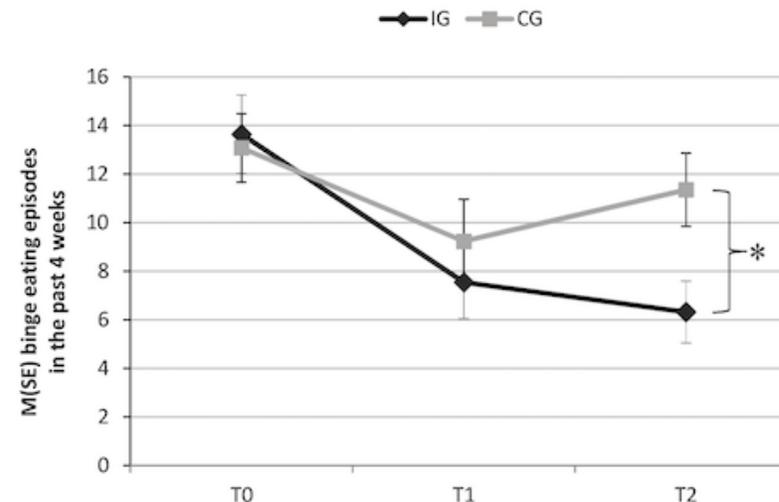
Prinzip	Aufgabe des Behandlers	Wirkung
Express Empathy	einführendes Verstehen in das Erleben des Patienten ohne Beurteilung oder Wertung	<ul style="list-style-type: none">– gemeinsames Verständnis für Gedanken, Gefühle und Handlungen des Patienten– Aufbau einer tragfähigen therapeutischen Beziehung
Develop Discrepancy	gezieltes Fragen nach persönlichen Werten und Zielen, Aufzeigen von Widersprüchen zum derzeitigen Verhalten	<ul style="list-style-type: none">– erzeugt und verstärkt Diskrepanz– verbessert die intrinsische Motivation, das Verhalten zu verändern
Rolling with Resistance	Argumenten des Patienten gegen eine Veränderung mit empathischem Zuhören begegnen, nicht „dagegenhalten“ Widerstand als Ergebnis der Interaktion zwischen Patient und Behandler verstehen und das eigene Verhalten reflektieren	<ul style="list-style-type: none">– entschärft Widerstand
Support Self-Efficacy	Vertrauen des Patienten in seine Fähigkeit, Veränderungen zu erreichen, die er sich wünscht, gezielt verstärken	<ul style="list-style-type: none">– Einschätzung der Behandler, ob dem Patienten eine Veränderung gelingen wird, ist wichtig: Sie kann – in beide Richtungen – zur „self-fulfilling prophecy“ werden

- CBT-Gruppen-Intervention zur Reduktion von impulsiven Verhaltensweisen
- Inhalte sind Psychoedukation, Verhaltensanalysen, Erlernen von Stimuluskontrollen und Expositionsübungen mit Nahrungsmitteln

IMPULS: Impulsivitätsbezogene Verhaltensmodifikation zur Reduktion von Essanfällen bei Patienten mit Binge-Eating-Störung

Ein Trainingsprogramm für Gruppen

Kathrin Schag, Lisa Leehr, Tabea Richter, Katrin Giel, Sandra Becker, Stephan Zipfel



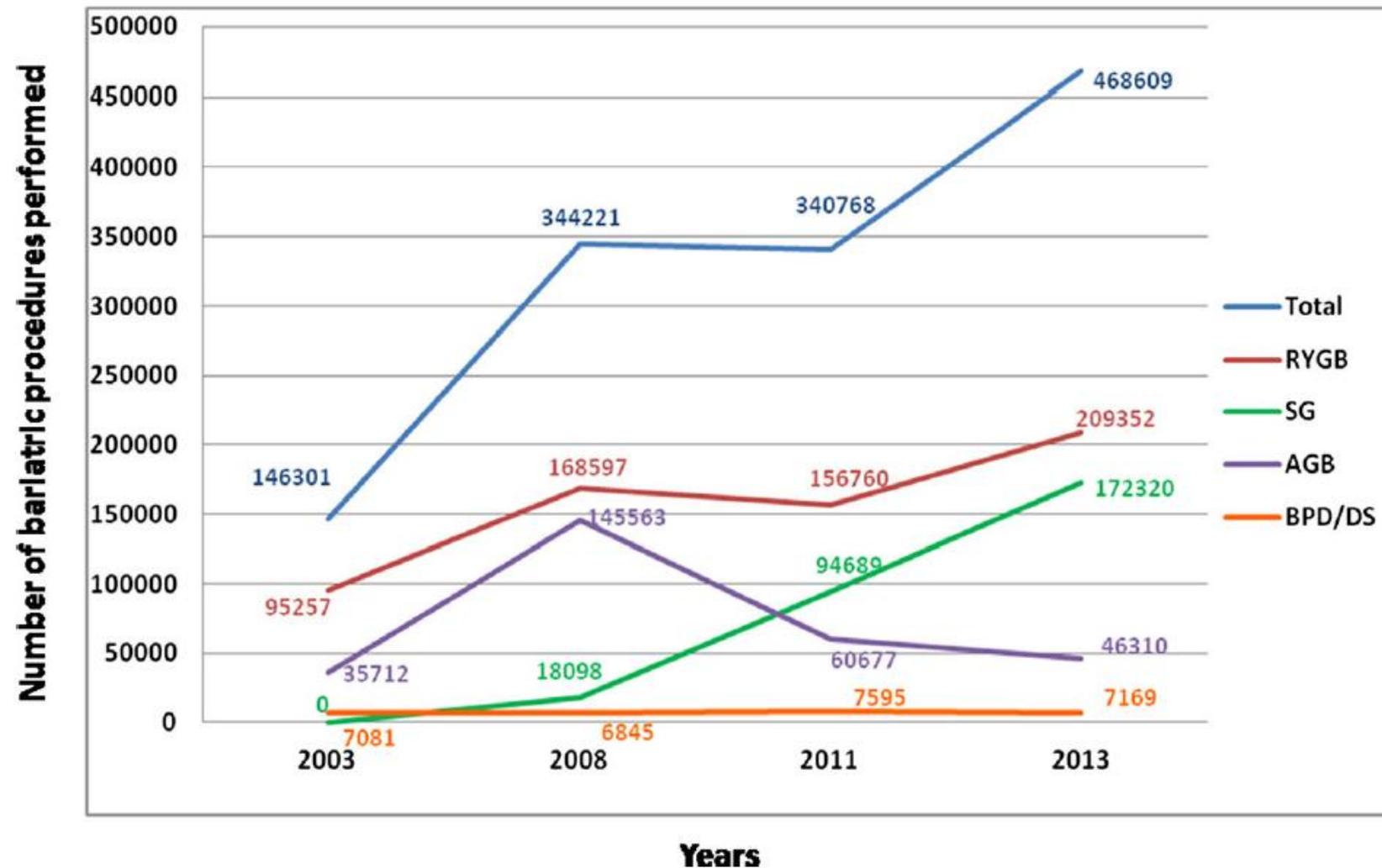
Schag et al. 2017 Psychosomatics and Psychotherapy

Behandlung der schwerwiegenden Adipositas: Adipositaschirurgie

UNIVERSITÄT
DUISBURG
ESSEN

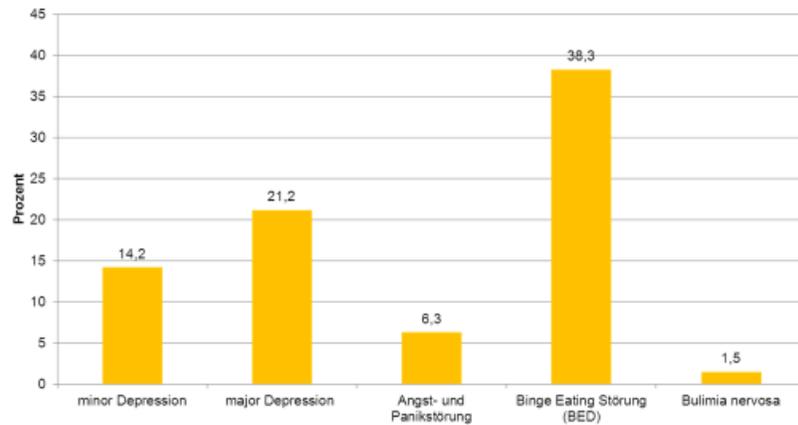
Offen im Denken

Entwicklung Adipositaschirurgie weltweit



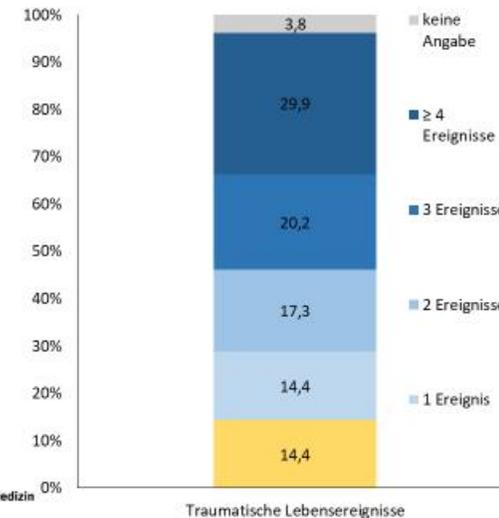
Psychische Komorbidität bei Patienten mit schwerer Adipositas

Psychische Komorbidität



N=686

Prävalenz traumatischer Lebensereignisse bei Patienten mit schwerer Adipositas



Ca. 80 %
Traumaerfahrung

Einfluss von postoperativer Psychoedukation auf

- Gewichtsverlauf
- Lebensqualität

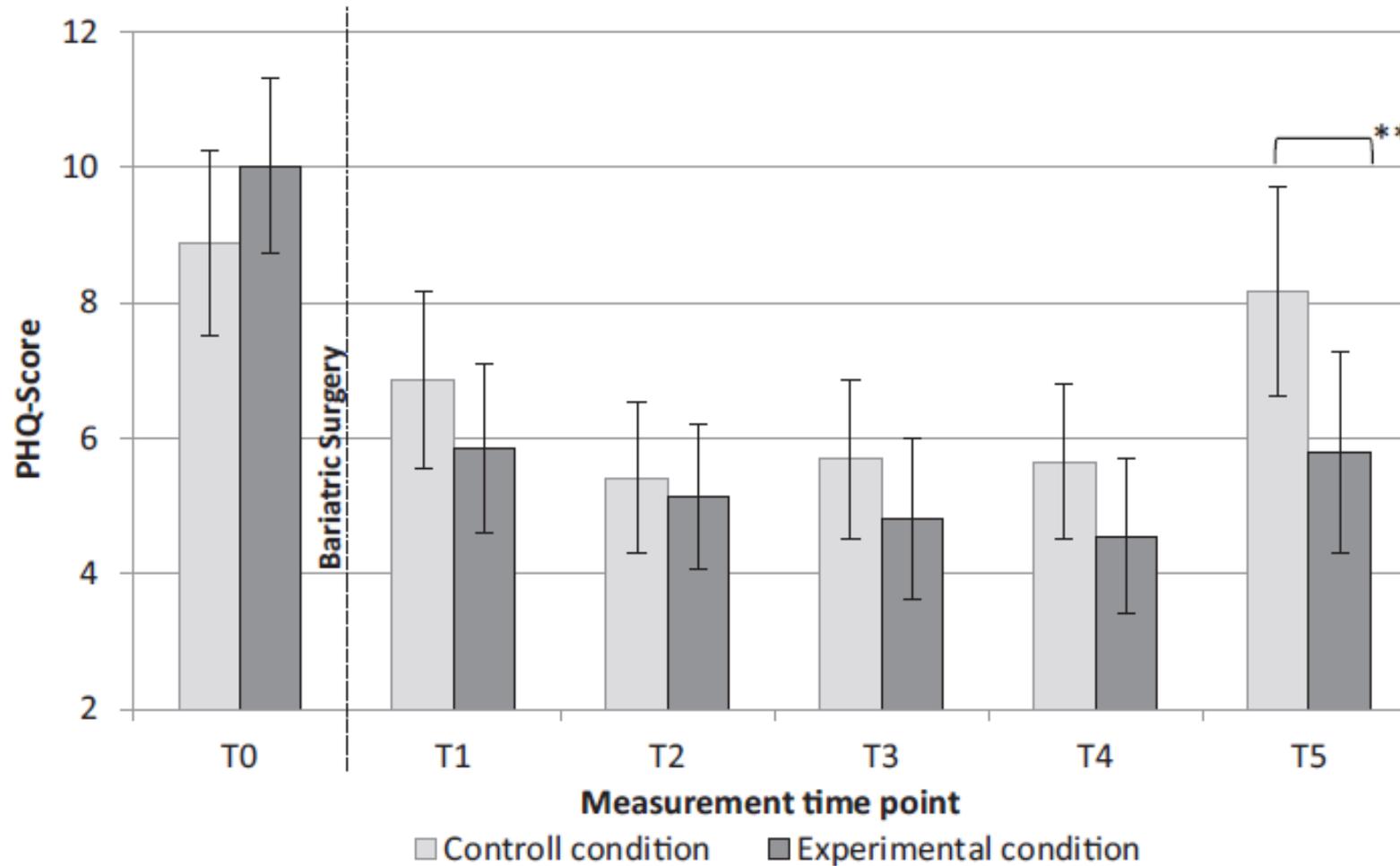
- RCT, Manualisierte Intervention
- 3 Zentren (Tübingen, Heidelberg, Frankfurt)
- N=117 Patienten,
- Mittleres Alter 41,5 Jahre
- Mittlerer BMI 49,8 kg/m²



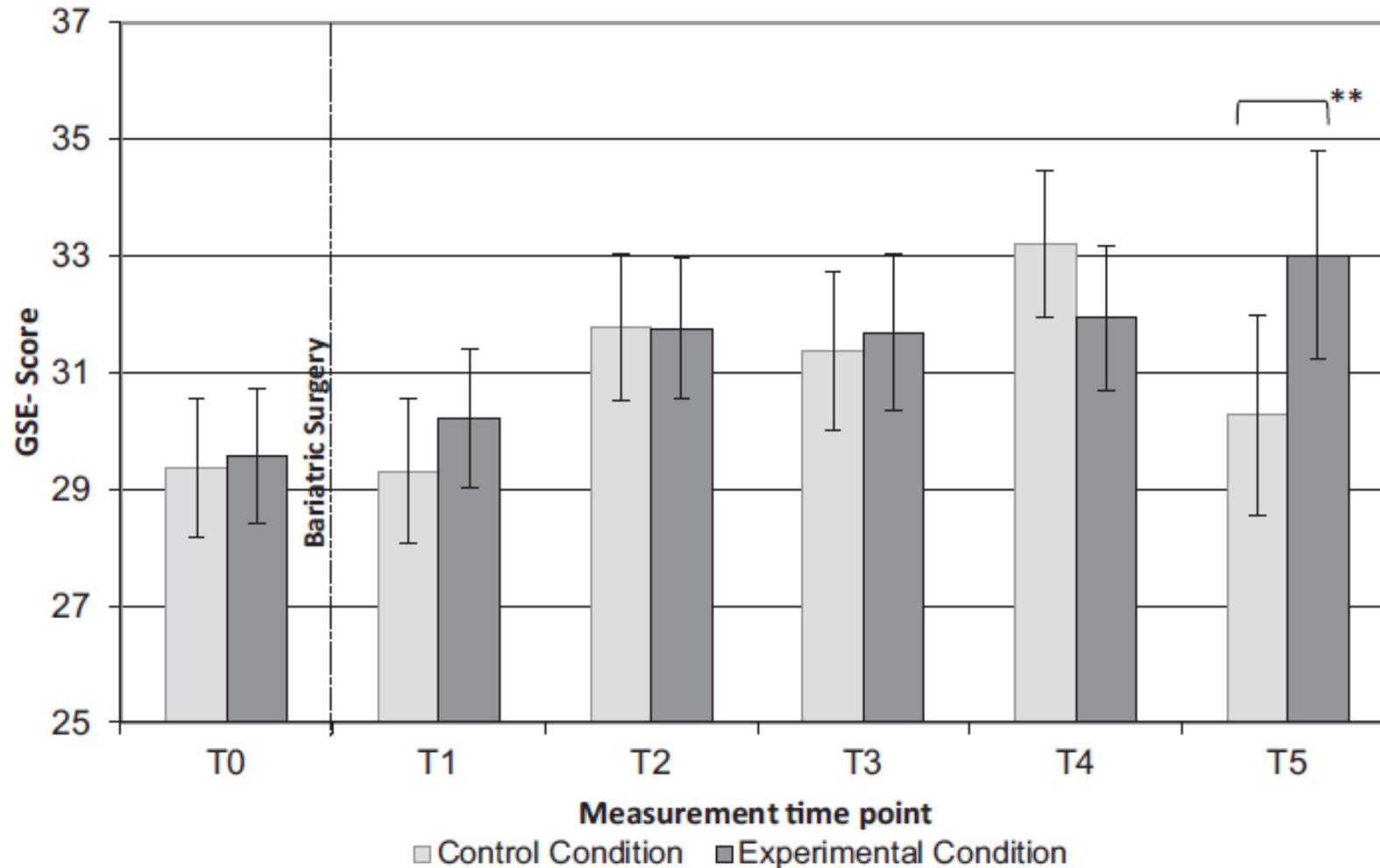
Hain,...Teufel 2011
Teufel et al. 2012
Teufel & Wild 2015,
2016, 2017, 2018

Setting	Sitzung	Sitzungsthemen
Gruppensitzungen („face-to-face“)	1	Ernährung nach OP
	2	Leben mit der Magenverkleinerung
	3	Stress – was macht er mit uns und wir mit ihm?
	4	Bewegungstraining-Einführung
	5	Vorbereitung der Videokonferenz-Sitzungen
Videokonferenz-Gruppensitzungen	6	Selbstfürsorge und angenehme Tätigkeiten
	7	Körperbild
	8	Umgang mit sozialen Konflikten (1/2)
	9	Selbstfürsorge
	10	Stress und Umgang mit sozialen Konflikten (2/2)
	11	Entspannung – in der Ruhe liegt die Kraft
Gruppensitzungen („face-to-face“)	12	Bewegung – der Weg ist das Ziel
	13	Ernährung und Rückfallprophylaxe

BaSE: Depressivität reduziert sich



BaSE: Selbstwirksamkeit erhöht sich



- **Essstörungen sind relevante Erkrankungen, die Ihnen in Ihrer alltäglichen beruflichen Tätigkeit häufig begegnen werden**
- **Essstörungen haben viele Facetten – von Untergewicht bis Übergewicht**
- **Eine frühe Diagnostik und ebenso eine frühe Behandlung sind wichtig für den weiteren Verlauf der Erkrankungen**
- **Somatische Komorbiditäten spielen eine bedeutende Rolle bei Essstörungen**
- **In der Behandlung der Essstörungen ist ein Gesamtbehandlungsplan von zentraler Bedeutung**
- **Evidenzbasierte Therapieansätze existieren und zeigen verbesserte Behandlungsergebnisse – es lohnt die aktuelle Studienlage zu kennen!**

Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!