

Ruhl, Uwe und Jacobi, Corinna

## **Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen**

*Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie 4.2005, 4, S. 286-302*

urn:nbn:de:bsz-psydok-45610

Erstveröffentlichung bei:

**Vandenhoeck & Ruprecht** WISSENSWERTE SEIT 1735

<http://www.v-r.de/de/>

### **Nutzungsbedingungen**

PsyDok gewährt ein nicht exklusives, nicht übertragbares, persönliches und beschränktes Recht auf Nutzung dieses Dokuments. Dieses Dokument ist ausschließlich für den persönlichen, nicht-kommerziellen Gebrauch bestimmt. Die Nutzung stellt keine Übertragung des Eigentumsrechts an diesem Dokument dar und gilt vorbehaltlich der folgenden Einschränkungen: Auf sämtlichen Kopien dieses Dokuments müssen alle Urheberrechtshinweise und sonstigen Hinweise auf gesetzlichen Schutz beibehalten werden. Sie dürfen dieses Dokument nicht in irgendeiner Weise abändern, noch dürfen Sie dieses Dokument für öffentliche oder kommerzielle Zwecke vervielfältigen, öffentlich ausstellen, aufführen, vertreiben oder anderweitig nutzen.

Mit dem Gebrauch von PsyDok und der Verwendung dieses Dokuments erkennen Sie die Nutzungsbedingungen an.

### **Kontakt:**

#### **PsyDok**

Saarländische Universitäts- und Landesbibliothek  
Universität des Saarlandes,  
Campus, Gebäude B 1 1, D-66123 Saarbrücken

E-Mail: [psydok@sulb.uni-saarland.de](mailto:psydok@sulb.uni-saarland.de)  
Internet: [psydok.sulb.uni-saarland.de/](http://psydok.sulb.uni-saarland.de/)

# Kognitiv-behaviorale Psychotherapie bei Jugendlichen mit Essstörungen

Uwe Ruhl und Corinna Jacobi

## Summary

### Cognitive-behavioral psychotherapy for adolescents with eating disorders

Anorexia nervosa (AN), bulimia nervosa (BN), and binge eating disorder (BED) are grouped together under the term eating disorders. Due to its typical onset in adolescence, AN in particular represents a frequent disorder with often an unfavourable course in this age range (Steinhausen 2002). The mental, social and physical consequences are serious. Research has shown that cognitive-behavioral treatment (CBT) has good effectiveness in adult patients with AN, BN and BED and that it is superior to other treatments. However, there have been few studies on children and adolescents. The effectiveness in adolescence can thus be judged only when the results in adulthood are taken into account. At present, there is limited evidence for the effectiveness of CBT in adolescence.

**Key words:** cognitive-behavioral psychotherapy – adolescence – anorexia nervosa – bulimia nervosa – binge eating disorder

## Zusammenfassung

Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und Binge Eating Störungen (BED) werden unter dem Begriff Essstörungen zusammengefasst. Insbesondere die AN stellt im Jugendalter aufgrund des typischen Beginns in diesem Altersbereich eine häufige Erkrankung mit häufig ungünstigen Verlauf (Steinhausen 2002) dar. Die psychischen, sozialen und körperlichen Folgen sind gravierend. Die Therapieforschung zeigt, dass die kognitiv-behaviorale Behandlung (CBT) bei BN, BN und BED im Erwachsenenalter gute Effekte erzielt und anderen Verfahren überlegen ist. Generell finden sich nur wenige Studien, welche sich ordinär mit Kindern und Jugendlichen beschäftigen. Aus diesem Grund kann die Effektivität im Jugendalter nur unter Einbezug von Ergebnissen im Erwachsenenalter beurteilt werden. Für das Jugendalter kann daher zum jetzigen Zeitpunkt nur von einem eingeschränkten Effektivitätsnachweis der CBT ausgegangen werden.

**Schlagwörter:** Kognitiv-behaviorale Psychotherapie – Jugend – Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – Binge Eating Disorder

## 1 Einleitung

Die Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN) gehören zu den häufigsten jugendpsychiatrischen Störungen (Herpertz-Dahlmann 2001). Unter dem Begriff „Essstörungen“ werden üblicherweise diese Störungen sowie die große Restkategorie „Nicht näher bezeichneter Essstörungen“, unter die auch die Binge Eating Störung (BED) fällt, zusammengefasst. Die Adipositas wird üblicherweise nicht unter den Begriff „Essstörungen“ subsumiert und wird im Folgenden nicht dargestellt. Bei der Beurteilung der Effektivität von kognitiv-behavioraler Therapie bei Kindern und Jugendlichen besteht das grundlegende Problem, dass die Mehrzahl der Behandlungsstudien mit jungen Erwachsenen bzw. Erwachsenen durchgeführt wurden. Die Generalisierbarkeit der Effekte aus diesen Studien auf Jugendliche kann daher nur sehr eingeschränkt beurteilt werden. Gerade die Anorexie ist eng mit dem Jugendalter verknüpft, da der frühe Beginn hier die Regel darstellt und sich in synonymen Begriffen wie „Pubertätsmagersucht“ widerspiegelt. In der Jugend und im jungen Erwachsenenalter wird von einer Prävalenz für die AN von 0,5–1 %, für die BN von 1–3 % ausgegangen (Hoek u. van Hoeken 2003). Die Daten beziehen sich zumeist auf Frauen, für jugendliche Männer liegen keine verlässlichen Angaben vor. Allgemein wird davon ausgegangen, dass die Inzidenz für AN (Erkrankungsgipfel 14–18 Lj.) und BN im Jugendalter zunehmend ist. Bei 5 % aller AN Patienten lag eine kindliche Anorexia nervosa vor.

Die AN ist wesentlich durch selbst herbeigeführte Gewichtsreduktion oder nicht altersentsprechende Gewichtszunahme und eine Amenorrhö gekennzeichnet. Bei der BN stehen häufig auftretende Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen zur Gewichtskontrolle (z. B. Erbrechen) im Mittelpunkt. Beiden gemeinsam ist die tief verwurzelte und selbst bei deutlichem Untergewicht bestehende Furcht davor, zu dick zu sein sowie die übermäßige Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht für das Selbstkonzept der betroffenen Personen. Bei der Binge Eating Störung besteht im wesentlichen eine ähnliche Symptomatik wie bei der BN, allerdings fehlen die für die BN typischen kompensatorischen Maßnahmen. Für die BED liegen im Jugendalter kaum verlässliche Angaben vor, sowohl in der ICD-10 wie im DSM-IV wird diese Störung bislang lediglich als eine Form der „Nicht näher bezeichneten Essstörungen“ aufgeführt. Alle Störungsbilder gehen mit einer erheblichen psychiatrischen und körperlichen Komorbidität einher. Dies gilt auch für das Jugendalter und sollte bei der Diagnostik und späteren Behandlung berücksichtigt werden.

Ergebnisse aus Zwillingsstudien (insbesondere die erhöhten Konkordanzraten eineiiger Zwillinge gegenüber zweieiigen) liefern Hinweise für die Rolle genetischer Faktoren bei der Entstehung von Essstörungen (AN, BN). Die Faktoren sind nicht vollständig, es ist unklar, auf welche Störung sie sich beziehen sollen! Darüber hinaus finden sich die bei Störungen des Kindes- und Jugendalters häufig auftretende, zumeist unspezifischen prä-, peri- und postnatalen (potenziellen) Risikofaktoren (vgl. Jacobi et al. 2004) wie z. B.: Schwangerschafts- und Geburtskomplikationen, frühe gesundheitliche Probleme, Verdauungsprobleme, wählerisches Essen, Konflikte im Zusammenhang mit Mahlzeiten und Essen sowie Status als Adoptiv- oder Pflegekind. Bei der retrospektiven Befragungen von Patienten und Bezugspersonen

lassen sich spezifische Faktoren (retrospektive Korrelate, die gehäuft bei Essstörungen auftreten) wie Fütterungs- und gastrointestinale Probleme, kindliche Schlafstörungen, kindliche Angststörungen, ein überbehütender Erziehungsstil, zwanghafte Persönlichkeitsstörungen und -merkmale, sexueller Missbrauch, belastende Lebensereignisse sowie ein höheres Ausmaß an Einsamkeit, Zurückgezogenheit und Gefühlen der Unterlegenheit bestätigen.

Das weibliche Geschlecht sowie das Jugendalter stellen weitere Risikofaktoren dar. Bei AN ergaben sich lediglich für Perfektionismus, zwanghafte Persönlichkeitsstörungen und negative Selbstbewertungen (als retrospektive Korrelate erhoben) ein spezifischer Zusammenhang. Auch bei BED werden verschiedene Risikofaktoren diskutiert, allerdings finden sich bislang keine ausreichenden empirischen Belege.

## 2 Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungsmodell

Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie stellt ein kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungsmodell dar. Dieses Modell dient dem Verständnis der Störung und zur Planung und Auswahl entsprechender Intervention. Die Gewichtung einzelner Faktoren innerhalb des Modells sowie die Wechselwirkungen sind Gegenstand anhaltender Forschungsaktivitäten und Diskussion.

Dem Modell liegt die Annahme zu Grunde, dass die Nahrungsrestriktion und das einseitige Essverhalten eine zentrale Bedeutung sowohl bei der Entstehung wie der Aufrechterhaltung der Störung einnimmt. Insbesondere bei AN, aber auch bei den übrigen Essstörungen, kommt ein verzerrtes Gewichtsideal, welches im Rahmen sozial-kultureller Gegebenheiten (Schlankkeitsideal) zu betrachten ist, in Betracht. Insbesondere bei jungen Frauen mit geringem Selbstwert und sozialen/interpersonellen Defiziten kann beobachtet werden, dass der Figur/Gewicht eine übersteigerte Bedeutung zukommt. Der Selbstwert ist wesentlich abhängig von einem idealen Gewicht/Figur. Ein weiterer Hinweis auf die Bedeutsamkeit solcher Faktoren kann in der zunehmenden Akzeptanz von operativen Eingriffen zur Erreichung einer „idealen Figur“ gesehen werden. Die Folge stellt ein restriktives Essverhalten da, wobei bei der Verletzung von selbstauferlegten Regeln kognitive Einflüsse zu beachten sind. Durch Gefühle von Traurigkeit, Ärger etc. kommt es zu Regelverletzung, d. h. das restriktive Essverhalten wird kurzfristig aufgegeben, bei BN/BED kann dies Fressanfälle zur Folge haben. Bei AN/BN ist zumeist kompensatorisches Verhalten die Folge, um die Gewichtszunahme zu verhindern. Langfristig sind bei AN, BN und BED Schuldgefühle, depressive Stimmungszustände und vor allem eine weitere Abnahme des Selbstwertgefühls die Folge. Bei BN, aber vor allem bei BED, ist langfristig eine Gewichtszunahme zu beobachten, so dass ein nicht endender Kreislauf die Folge ist (Jacobi 2004).

Das an der empirischen Forschung angelehnte Modell dient in der Folge als Grundlage für ein individuelles Störungsmodell. Dieses wird mit der Patientin und der Familie im Rahmen der Problemanalyse zunächst als vorläufiges Modell formuliert und kann im Laufe der Behandlung dann weiter ausdifferenziert werden.

### 3 Grundlagen und Indikation zur kognitiv-behavioralen Psychotherapie (CBT)

Neben der üblichen allgemeinen Diagnostik und Differentialdiagnostik zur Erhebung des internistischen, psychopathologischen, neurologischen, psychologischen und sozialen Status, welche sich z. B. an den Standards der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (2003) oder der American Academy of Psychiatry (Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders 2000) orientiert, kommt der spezifischen kognitiv-behavioralen Diagnostik in Hinblick auf die differentielle Indikationsstellung (Auswahl der Techniken) eine zentrale Bedeutung zu. Über die individuelle Makro- und Mikronalyse erfolgt die Auswahl spezifischer kognitiv-behavioraler Techniken (z. B. operante Verfahren). Insbesondere bei AN ist die Stabilisierung des körperlichen Zustandes ein grundlegendes Ziel (Rome et al. 2003). Um die Schwere einer Essstörung zu beurteilen, aber auch um die zunächst notwendigen stabilisierenden Maßnahmen zu planen, können hierbei der Abstand zum idealen Körpergewicht, die Stabilität der Vitalzeichen etc. herangezogen werden.

Tab. 1: Ziele und Behandlungselemente bei Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge Eating Störungen

| <i>Ziel</i>   | <i>Behandlungselemente</i>  |
|---|---|
| 1. Normalisierung von Essverhalten und Gewicht        | 1. Problemanalyse: Identifikation auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen für gestörtes Essverhalten (Selbstbeobachtung)<br>2. Anamnestiche Gewichtskurve<br>3. Normalisierung des Essverhaltens<br>4. Abbau der „schwarzen Liste“<br>5. Umgang mit Heißhungeranfällen und Erbrechen<br>6. Stimuluskontrolle und Reaktionsverhinderung*<br>7. Stationäre Maßnahmen zur Gewichtssteigerung bzw. ambulante Maßnahmen zur Gewichtsstabilisierung |
| 2. Bearbeitung der zugrunde liegenden Problembereiche | 1. Problemanalyse<br>2. Zielorientierte Problembereichsbearbeitung<br>3. Kognitive Techniken<br>4. Andere spezifische Techniken: z. B. soziales Kompetenztraining, Einbezug von Familie/Familientherapie/Familienberatung, Einbezug des Partners/Partnertherapie/Partnerberatung  |
| 3. Verbesserung der Körperwahrnehmung und -akzeptanz  | 1. Körperübungen<br>2. Körpererfahrung<br>3. Kognitive Techniken  |

\* Da bei Binge Eating Störungen kein Erbrechen auftritt, bezieht sich dieses Behandlungselement jeweils auf Heißhungeranfälle.

### 3.1 Problemanalyse

Wie schon bei der Vorstellung des kognitiv-behavioralen Störungsmodells angesprochen, kommt der Entwicklung eines individuellen, funktionalen Bedingungsmodells im Rahmen der Problemanalyse eine zentrale Bedeutung zu. Dieses bildet die Basis für eine individuelle Therapieplanung. Vor allem drei Aspekte sollen hierbei identifiziert werden:

1. Risikofaktoren, welche die Grundlage für die Entstehung der Essstörung gebildet haben,
2. akute auslösende Bedingungen der Essstörung und
3. aktuelle Steuerungsbedingungen bzw. aufrechterhaltende Faktoren des gestörten Essverhaltens.

In der Praxis hat es sich bewährt, die Punkte 1 und 2 zunächst getrennt von Punkt 3 mit den Patienten zu explorieren, da Risikofaktoren und akute Auslösebedingungen für die Aufrechterhaltung der Störungen oft nur noch von untergeordneter Bedeutung sind. Im Einzelfall kann dies selbstverständlich anders sein und wird dann entsprechend Berücksichtigung finden (s. Tab. 2).

Mit der Patientin wird zunächst eine genaue Analyse des aktuellen Essverhaltens unter Berücksichtigung der spezifischen Auslöser für Heißhungeranfälle, kompensatorische Maßnahmen und/oder restriktives Essverhalten erstellt. Dieses Vorgehen ist in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie als Mikroanalyse bekannt (Tuschen 2000). Aus der Kombination zwischen den Risikofaktoren und den akuten Auslösebedingungen (1. und 2.) sowie den aktuellen Auslösebedingungen (3.) wird ein individuelles Modell der aufrechterhaltenden Bedingungen und übergeordneten Funktionen abgeleitet (Makro- oder Funktionsanalyse). Bei Jugendlichen sollte das individuelle Störungsmodell immer auch unter Einbezug der Herkunftsfamilie bzw. den primären Bezugspersonen entwickelt werden.

### 3.2 Motivationsabklärung und Motivierung

Bei essgestörten Patientinnen ergibt sich häufig aus der bestehenden Psychopathologie eine ambivalente Veränderungsmotivation („Ich wiege 35kg und fühle mich zu dick!“). Aus diesem Grund ist die Abklärung der individuellen Motivationslage oder Veränderungsbereitschaft wichtig, und Strategien zur Motivierung stellen zentrale Momente der Behandlung dar. Eine nicht vorhandene oder nicht ausreichende Veränderungsmotivation kann als Kontraindikation zur Durchführung einer CBT gelten. Bislang wurde in der CBT allerdings zuwenig der Tatsache Rechnung getragen, wie dieser Prozess bei Jugendlichen (ab dem 12 Lj.) konzeptuell gestaltet werden kann. Zumeist wurden die Konzepte für (junge) Erwachsene konzipiert, spezifische entwicklungspsychologische Aspekte (Bedeutung der Peergroup, Familie etc.) sind in der empirischen Forschung unterrepräsentiert. Die Beauftragung durch die Familie ist bei Jugendlichen zunächst häufig die Regel, erst mit zunehmendem Alter gewinnt der Auftrag durch den Jugendlichen bzw. dann jungen Erwachsenen formal an Bedeutung. Gerade aus diesem Grund ist es wichtig, dieser

Tab. 2: Elemente der Problemanalyse (Beispiel)

|   |   |
|---|---|
| <b>Genese:</b><br>Risikofaktoren/<br>prädisponierende Bedingungen/<br>besondere biographische<br>Bedingungen und familiäre<br>Belastungen | Bereits als Kind hohe Bedeutung von Figur und Gewicht durch Vorbild der Mutter; Anerkennung erfolgte nur bei Erbringen von Leistung (schulisch, wie außerschulisch). Mutter verstarb in Pubertät der Patientin, zum Vater bestand ein distanziertes Verhältnis, mit geringer emotionaler Bindung. Die Mutter zeigte restriktives Essverhalten, legte großen Wert auf ihr äußeres Erscheinungsbild.  |
| <b>Genese:</b><br>Unmittelbar auslösende<br>Bedingungen   | Nach dem Tod der Mutter Gewichtszunahme, in der Folge soziale Isolierung; nur noch eine beste Freundin (später mit dieser erste gemeinsame Diät) und abwertende Bemerkungen des Vaters und der Schwester aufgrund von Leistungseinbruch in der Schule und Gewichtszunahme; Versuch der Kompensation über „Extremdiät“ (mit einziger Freundin).  |
| <b>Funktionsanalyse:</b><br>Aufrechterhaltende<br>Bedingungen   | Restriktives Essverhalten bzw. chronisches Diätverhalten; kompensatorische Maßnahmen im Anschluss an Heißhungeranfälle wirken kurzfristig negativ verstärkend, langfristig führen sie zur Zunahme körperlicher und psychischer Beschwerden sowie interpersoneller Probleme; weiterhin zunehmende Isolation von der Ursprungsfamilie, beste Freundin zieht ins Ausland. Nur selten Partnerschaften, meist kurz, körperliche Nähe wird als ängstigend erlebt. Selbstwertgefühl ist überwiegend auf Figur und Gewicht ausgerichtet. Als Kompensation dienen hohe Leistungsansprüche in der Schule/Studium („Arbeiten bis zur Erschöpfung“). Die subjektiv erlebte Unfähigkeit, Partnerschaften aufrechtzuerhalten reduziert das Selbstwertgefühl weiter. |
| <b>Funktionsanalyse:</b><br>Zentrale Regeln und Pläne   | Enttäusche wichtige Personen (beste Freundin, Mutter) auf keinen Fall.<br>Nur über Leistung erreichst du stabile Anerkennung.<br>Du musst eine gute Ehefrau werden.   |
| <b>Verhaltensexzesse</b>  | Impulsivität (Essverhalten, Selbstverletzung).  |
| <b>Verhaltensdefizite</b>   | Entspannungsfähigkeit, Partnerschaften aufrecht zu erhalten, Sexualität.  |
| <b>Verhaltensaktiva/Ressourcen</b>  | Hohe Intelligenz und gute Introspektionsfähigkeit, Fähigkeit, Probleme zu erkennen und beschreiben, hohe Kreativität.   |

spezifischen Situation Rechnung zu tragen, da eine stabile Veränderungsmotivation auf Seiten der Patientin *und* der Familie bestehen muss.

In der klinischen Praxis haben sich einige Vorgehensweisen zur Motivierung bewährt:

1. Generell: Unterstützende therapeutische Grundhaltung im Hinblick auf Ängste und Befürchtungen, Akzeptanz dieser;
2. konkrete Erfassung der individuellen Befürchtungen, die an eine Gewichtszunahme geknüpft sind; ggf. Korrektur der Befürchtungen;
3. Information: Hinweis auf physiologische Bedingungen, die zur Entstehung und Aufrechterhaltung von Heißhungeranfällen und Erbrechen beitragen;
4. Besprechen der individuell vorliegenden Begleit- oder Folgeerscheinungen der Essstörung;
5. Bedeutsamkeit von Figur und Gewicht während früherer Zeiten ohne Essstörung;
6. bei AN Angebot, Gewichtszunahme als „Experiment“ anzusehen

In der kognitiv-behavioralen Psychotherapie hat sich im ambulanten Bereich die Verwendung von Behandlungsverträgen bewährt, welche als formaler Abschluss der Indikationsstellung und Motivierung angesehen werden können. Dabei ist zu berücksichtigen, dass zu jedem Zeitpunkt der Behandlung die Vereinbarungen des Behandlungsvertrages neu bewertet und gegebenenfalls der aktuellen Situation anzupassen sind.

1. Die Behandlung wird nur begonnen, wenn eine Mitbehandlung durch einen Facharzt/Fachärztin für Innere Medizin oder Allgemeinmedizin gegeben ist und diese den ambulanten Behandlungsversuch unterstützt.

#### **Obligate Therapieziele**

2. Kontinuierliche Gewichtszunahme von mindestens 500 g/Woche und
3. regelmäßige Kontrolle durch Facharzt.
4. Aufgabe des restriktiven Essverhaltens und kontinuierlicher Einbezug von bisher vermiedenen Lebensmitteln.
5. Als Mindestnormalgewicht (Zielgewicht) wird ein BMI von 20 festgelegt.
6. Bei weiterer Gewichtsabnahme wird die Therapie abgebrochen.
7. Zunächst werden max. 20 Therapiestunden vereinbart. Spätestens danach sollte geprüft werden, ob die vereinbarten Therapieziele im ambulanten Bereich erreichbar sind.

Abb. 1: Vereinbarungen bei ambulanter Behandlung anorektischer Patientinnen

### **3.3 Exkurs: „Motivational Interviewing“**

In den vergangenen Jahren hat sich im Rahmen der CBT ein Vorgehen zur Motivierung von Patienten mit ambivalenter Veränderungsmotivation etabliert, das sog. „Motivational Interviewing“ (Miller u. Rollnick 2002). Vor allem im Bereich der Abhängig-



keitserkrankungen (z. B. Tabak, Alkohol, Cannabis) ist dieses Konzept auch empirisch überprüft worden (Miller 1999). Aber auch bei Essstörungen wurden erste Anwendungen erprobt (Gowers u. Smyth 2004; Treasure u. Ward 1997; Wilson u. Schlam 2004).

Miller und Rollnick (2002, aktuell <http://www.motivationalinterview.org/>) stellen fünf Prinzipien motivationaler Gesprächsführung mit dem Ziel, eine Verhaltensänderung möglich zu machen, in den Mittelpunkt:

1. Empathie (reflective listening, Verzicht auf konfrontativen Stil),
2. auf Widersprüche aufmerksam machen,
3. Wortgefechte vermeiden,
4. nachgiebig auf Widerstand reagieren (nicht brechen!),
5. Selbstwirksamkeits-Erwartung fördern.

Ein sehr ähnlicher Ansatz, ebenfalls auf dem Modell von Miller und Rollnick (2002) aufbauend, wurde auch von Geller und Drab (1999) unter dem Stichwort „readiness for change“ entwickelt. Anhand des sog. „readiness for change-Interview“ werden die Patientinnen vor Beginn einer Behandlung ausführlich im Hinblick auf ihre kognitive und verhaltensbezogene Bereitschaft zu Veränderungen (z. B. Gewichtszunahme) untersucht und erst dann einer entsprechenden Behandlung zugewiesen, wenn die Veränderungsbereitschaft als ausreichend eingeschätzt wird.

## 4 Kognitiv-behaviorale Psychotherapie (CBT) bei Jugendlichen

Obwohl die Effektivität der CBT bei AN, BN, BED inzwischen unstrittig ist (s. Effektivität), ist es als Einschränkung bisheriger Studien zu betrachten, dass meist nicht zwischen Jugendlichen und jungen Erwachsenen unterschieden wurde. Da der Gipfel des Erkrankungsbeginns bei BN und BED im Vergleich zur AN deutlich später ist, gilt die Einschränkung vor allem für erstere, da hier kontrollierte Behandlungsstudien unterhalb eines Alters von 16 Jahren kaum vorliegen. Bei der AN sind Jugendliche hingegen häufiger berücksichtigt. Allerdings ist hier die Anzahl der kontrollierten Therapiestudien erheblich geringer. Grundlegend ist, dass die Einbeziehung der Familie bei Jugendlichen zwingend erforderlich ist.

### 4.1 Ziele und Behandlungsschwerpunkte

Hinsichtlich der Ziele und Behandlungselemente kognitiv-behavioralen Vorgehens kann davon ausgegangen werden, dass der Überschneidungsbereich der spezifischen Behandlungselemente über die Störungsbilder hinweg sehr groß ist und lediglich vereinzelt störungsspezifische Behandlungsschwerpunkte herauszustreichen sind (vgl. Tab. 1). Letzteres betrifft v. a. den Umgang mit dem Untergewicht. Bei massivem Untergewicht (Faustregel BMI <15) bzw. ausgeprägter internistischer und/oder psychiatrischer Komorbidität ist zumeist ein stationäres Vorgehen unerlässlich, hingegen ist dies bei Patienten mit BN zumeist nicht erforderlich. Bei Patientinnen mit BED steht zumeist die Stabilisierung des aktuellen (oft hohen) Gewichtes im Vordergrund. Für die BN und BED liegen mehrere Therapiemanuale vor (z. B. Agras 1987;

Fairburn et al. 1993), für die AN keines zu kognitiv-behavioralem Vorgehen. Im Einzelnen lassen sich auf der Grundlage des kognitiv-behavioralen Störungsmodells die nachfolgend dargestellten Therapieelemente identifizieren.

#### 4.2 Vermittlung des Therapierationals

Gemeinsam mit der Patientin und den Eltern wird auf der Grundlage des individuellen Störungsmodells ein Therapierational erarbeitet. Das Therapierational soll aufzeigen, „weshalb und wie“ die CBT bei der Patientin wirken soll. Es wird vermittelt, dass die CBT den Kreislauf von verzerrtem Gewichtsideal, diätetischem Essverhalten, defizitärem Selbstwertgefühl bzw. mangelnden alternativen Konfliktbewältigungsstrategien durchbrechen kann. Dies wird vor allem durch die Normalisierung des Essverhaltens sowie die Korrektur verzerrter Einstellungen zum eigenen Körper und Gewicht sowie der Bearbeitung der weiteren Problembereiche erreicht. Des Weiteren sollen auf der Grundlage der Erkenntnisse aus der funktionalen Bedingungsanalyse neue Fertigkeiten und Bewältigungsstrategien (z. B. soziale Kompetenzen) vermittelt werden. Der übergroße Stellenwert von Figur und Gewicht für das Selbstwertgefühl soll hierdurch reduziert werden. Zumeist setzt die CBT zunächst am aktuellen Essverhalten an, allerdings kann je nach individueller Problemlage die Reihenfolge der einzelnen Behandlungselemente auch variieren.

#### 4.3 Psychoedukation

Über spezifische Materialien, die sowohl im Einzelkontakt mit der Patientin wie auch gemeinsam mit den Eltern besprochen werden können, sollen zu Beginn der Behandlung Informationen über folgende Punkte im Zusammenhang mit der jeweiligen Störung vermittelt werden:

1. Diätverhalten, Essstörung, Hunger, Sättigung.
2. Die Bedeutung eines bestimmten gesunden Körpergewichtes (Set point).
3. Körperliche Folgeschäden von Essstörungen.
4. Die Wirksamkeit von Erbrechen/Abführmitteln zur Gewichtsreduktion.
5. Soziokulturelle Einflüsse, Umgang mit Schönheitsidealen.

Wichtig ist hierbei, dass diese Informationen in dieser Behandlungsphase aktiv genutzt werden, z. B. um die individuelle Problemanalyse zu vervollständigen oder die Motivation zu steigern. Aus unserer Sicht ist es nicht sinnvoll, wenn das Material nicht besprochen und diskutiert, sondern einfach ausgehändigt wird. Die aktive Nutzung des Therapiematerials durch den Therapeuten erhöht die Motivation der Patientinnen und der Angehörigen, dies in der Behandlung zu nutzen. „Vergisst“ der Therapeut dies, sinkt auch bei den Patienten die Motivation zur Bearbeitung der für die Behandlung sinnvollen und notwendigen Materialien. Hierbei sollte auf individuelle Besonderheiten eingegangen werden. So ist bei AN häufig eine eingeschränkte Nahrungsmittelvielfalt (z. B. hoher Anteil von Vegetariern) zu beobachten. Oder aber es ist die zunehmende Akzeptanz von chirurgischen Eingriffen zur „Körperkorrektur“ bei Jugendlichen zu berücksichtigen.

#### 4.4 Funktionalität des Problemverhaltens

Neben der Informationsvermittlung finden in dieser Phase vor allem Selbstbeobachtungsbögen, wie sie häufig in der Verhaltenstherapie eingesetzt werden, Anwendung. Dabei ist es das wesentliche Ziel, eine genaue Beschreibung des „Problemverhaltens“ sowie der auslösenden und aufrechterhaltenden Bedingungen zu erhalten. Auslöser können hierbei sowohl innerer (Gedanken, Gefühle, körperliche Zustände etc.) wie äußerer (Anblick von Nahrungsmitteln etc.) Natur sein. Die Protokolle sollen zumeist über mehrere Wochen geführt werden und werden in die Problemanalyse integriert. Auf dieser Grundlage können gezielt kurz- und langfristige Alternativmöglichkeiten erarbeitet werden.

#### 4.5 Umgang mit Essen und Gewicht

Gewichtssteigernde oder -stabilisierende Maßnahmen bilden bei untergewichtigen Patientinnen in der kognitiv-behavioralen Psychotherapie einen wichtigen Schwerpunkt. Auch im ambulanten Setting sollte ein Mindestnormalgewicht zu Beginn der Behandlung festgelegt werden. Im Sinne der Transparenz sollten hierbei die Gründe für ein Mindestnormalgewicht dargelegt werden (Psychoedukation) und im Rahmen eines Contract-Managements schriftlich fixiert werden. Neben dieser vertraglichen Vereinbarung werden meist operante Techniken zur Erreichung eines Mindestnormalgewichtes eingesetzt. In der Regel sollte bei sehr ausgeprägtem Untergewicht zunächst ein stationäres Vorgehen gewählt werden. Aber auch im ambulanten Bereich ist eine Gewichtszunahme von 500 g pro Woche in Verbindung mit festgelegten Verstärkern oder differentieller Verstärkung (z. B. Punktesystem für festgelegte positive Aktivität wie Kino) sinnvoll. Eine Gewichtszunahme von 500 g ist hierbei zu empfehlen, da Zunahmen unterhalb dieser Grenze von Patienten häufig nicht oder inadäquat wahrgenommen werden. Zur Dokumentation des Verlaufs sollte eine Gewichtskurve geführt werden. Die Kontrolle über das Gewicht soll hierbei zunehmend an die Patientin abgegeben werden.

In Analogie hierzu werden auch in Bezug auf den Umgang mit Essen und Gewicht Regeln vereinbart. Hierzu gehört z. B. das Führen einer sog. „schwarzen Liste“ von Nahrungsmitteln, die in der Regel mit Essanfällen und Erbrechen assoziiert sind. Bei BN und BED ist die Besonderheit zu berücksichtigen, dass ein Übergewicht bestehen kann. Hierbei sollte zunächst die Gewichtsstabilisierung im Vordergrund stehen. Erst nach Erreichen einer ausgewogenen und stabilen Ernährung kann eine mögliche Gewichtsabnahme in die Behandlung integriert werden. Diäten sind hierbei kontraindiziert, da die „Normalisierung“ des Essverhaltens das Ziel darstellt. Zur „Normalisierung“ trägt in der Folge der Abbau der „schwarzen Liste“ bei.

#### 4.6 Umgang mit Heißhungeranfällen und Erbrechen

Zentrales Element des kognitiv-behavioralen Vorgehens ist es, die Heißhungeranfälle und/oder kompensatorischen Maßnahmen zu reduzieren. Dies geschieht über Stimuluskontrolltechniken, die Nutzung von Selbstkontroll- oder Selbsthilfetechni-

ken sowie der Planung konkreter Alternativerhaltensweisen. Je genauer die auslösenden Bedingungen und Ressourcen der Patientin exploriert wurden, desto konkreter können diese Techniken eingesetzt werden! Dabei ist zu beachten, dass hierbei z. T. nur kurzfristige Erfolge zu erreichen sind, da hierdurch grundlegende Konflikte und Probleme oft nicht gelöst werden können.

Zumindest bei jungen Erwachsenen/Erwachsenen mit BN hat sich gezeigt, dass der gezielte Einsatz von Techniken der Exposition und Reaktionsverhinderung nicht effektiver als die schon genannten CBT-Techniken sind (z. B. Bulik et al. 1998).

#### 4.7 Zu Grunde liegende Konflikte/Probleme

Die dem Essverhalten zu Grunde liegenden Konflikte und Problembereiche gewinnen im Laufe der Behandlung zunehmend an Bedeutung. Hierbei wird auf das vielfältige Repertoire der CBT bei bestimmten Störungsgruppen bzw. Problembereichen zurückgegriffen (Margraf 2000). Es ist notwendig auf weitere Informationsquellen zurückzugreifen: biografische Ereignisse, das verbale/non-verbale Interaktionsverhalten zwischen Patientin und Therapeutin bzw. innerhalb einer Gruppe können entscheidende Hinweise neben der Problemanalyse liefern. Da die Art der zu Grunde liegenden Probleme einer großen interindividuellen Schwankung unterliegt, variieren die eingesetzten zusätzlichen kognitiv-behavioralen Techniken sehr stark. Diese reichen von der Verbesserung der allgemeinen Problemlösefähigkeit, Verbesserung der Emotionswahrnehmung, Steigerung von Impulskontrolle über den Erwerb sozialer Kompetenzen bis hin zur Paar-/Familientherapie. Nicht immer muss ein solches Angebot in das Vorgehen integriert werden, es kann im Einzelfall aber sinnvoll sein, dieses zusätzliche Behandlungsangebot zu machen.

In der Praxis hat sich bei der Bearbeitung dieser Problembereiche die Anwendung des „goal-attainment scaling“ (Kiresuk u. Sherman 1968) sehr bewährt. Es handelt sich um eine Art strukturiertes Problemlöseverfahren, mit dem Ziel, dass die Patientin eine individuelle Problembeschreibung erstellt und konkrete Schritte zur Erreichung eines individuell erarbeiteten Zieles im Details plant und durchführt. Da nicht immer davon auszugehen ist, dass Patientinnen das zu Grunde liegende Problem schon klar vor Augen liegt, hat es sich, insbesondere im Rahmen eines gruppentherapeutischen Vorgehens, bewährt, beispielhaft häufig auftretende Problembereiche (z. B. Leistungsanforderungen) vorzugeben (Meermann u. Vandereycken 1987).

#### 4.8 Kognitive Techniken

Kognitive Techniken spielen seit langem eine große Rolle in der Behandlung von Essstörungen (Garner u. Bemis 1982). Es lassen sich eine Reihe dysfunktionaler kognitiver Verzerrungen hinsichtlich verschiedener Problembereiche identifizieren. Diese beziehen sich in der Regel nicht nur auf die Kernsymptomatik, sondern auf ganz verschiedene Lebensbereiche. Im Mittelpunkt steht in der Regel die Reduktion der starken Verknüpfung zwischen Figur, Gewicht und Aussehen und dem Selbstwertgefühl. In Analogie zu den vor allem bei depressiven Jugendlichen bzw. Erwachsenen erprobten Vorgehensweisen (Hautzinger 1992; Harrington 2001) finden Verfahren wie z. B. der sokratische Dialog Anwendung.

#### 4.9 Körperschemastörung

Die Wirksamkeit einer direkten therapeutischen Beeinflussung der Körperschemastörung im Rahmen der kognitiv-behavioralen Verhaltenstherapie ist weiterhin empirisch nicht beantwortet. Wooley und Wooley betonten schon 1985 die Notwendigkeit, dass gestörte Körperschema mit gezielten Übungen zu beeinflussen. Hierzu liegen inzwischen eine Reihe von nicht-standardisierten Übungen wie z. B. Spiegelübungen, Videofeedback vor. Im Gegensatz hierzu steht die Annahme, dass die Körperschemastörung durch die Bearbeitung der zu Grunde liegenden Konflikte und die Korrektur der dysfunktionalen Einstellungen indirekt beeinflusst werden kann. Eine empirische Antwort steht bislang aus. Unter klinisch-praktischen Erwägungen finden Körperübungen im stationären Bereich häufig im Rahmen der psychomotorischen Therapien statt, im ambulanten Bereich ist dies im Einzelfall zu entscheiden. Neben interindividuellen sind hierbei störungsspezifische Aspekte zu berücksichtigen. Bei AN haben sich Übungen zur Konfrontation mit dem eigenen Körper (z. B. Spiegelübungen) durchaus bewährt. Hingegen ist bei der BN und der BED zu berücksichtigen, dass ein reales Übergewicht besteht. Hier kann es bei der Konfrontation mit dem „übergewichtigen Körper“ zu unerwünschte Wirkungen kommen (z. B. kompensatorischen Verhalten). Tuschen-Caffier et al. (2002) fanden allerdings keine Unterschiede zwischen BN-Patientinnen und einer Kontrollgruppe hinsichtlich der ausgelösten negativen Emotionen.

#### 4.10 Stabilisierung, Rückfallanalyse und Rückfallprophylaxe

Die Rückfallprophylaxe bzw. der Umgang mit kritischen Situationen ist integraler Bestandteil einer CBT (Cummings et al. 1983). Durch das schrittweise Ausblenden der Behandlung soll die Patientin überprüfen, inwieweit die in der Therapie erworbenen Fähigkeiten und Fertigkeiten fortgeführt werden können. Gerade dieser Übergang stellt häufig ein elementares Problem der stationären Behandlung dar. Bei Jugendlichen kommt hier vor allem dem Verhalten und der Einstellung in der Familie, aber auch insbesondere in der Peergroup eine zentrale Bedeutung zu. In Bezug auf das Essverhalten sollen zuvor bestehende externe Kontrollmaßnahmen oder kognitive Kontrollstrategien zunehmend durch natürliche Prozesse der Hunger-Sättigungsregulation ersetzt werden. Die Patientin soll weiterhin in die Lage versetzt werden, noch bestehende, kritische Situationen für gestörtes Essverhalten rechtzeitig zu erkennen und alternative Strategien einzusetzen. Hierzu können ebenfalls die Selbstbeobachtungsbögen verwandt werden. In Ergänzung oder alternativ werden die während der Behandlung aufgetretenen „Rückfällen/kritischen Situationen“ als Informationsquelle genutzt. Immer mit dem Ziel, alternative Strategien zu erproben und in den Alltag zu implementieren.

#### 4.11 Exkurs: Familie

In den vorhandenen kontrollierten Studien bzw. Behandlungsmanualen ist die Arbeit mit der Familie selten systematisch berücksichtigt. Dies ist für ältere Jugendli-

che zumeist unproblematisch, erscheint aber bei jüngeren Patientinnen durchaus als Problem. Dies weist zum einen auf ein Forschungsdefizit hin, zum anderen aber trägt es der Tatsache Rechnung, dass Betroffene häufig (noch immer) erst nach mehreren Jahren einer spezifischen Behandlung zugeführt werden. Dem steht gegenüber, dass das Ersterkrankungsgipfel für die AN zwischen dem 14–18 Lebensjahr, für BN bei ca. 4/5 der Erkrankten vor dem 22 Lebensjahr liegt. Des Weiteren ist anzuführen, dass sich der Einbezug und auch die Effektivität von familienorientierten Intervention in der CBT mit Kindern und Jugendlichen bei verschiedenen psychischen Störungen insgesamt bestätigt hat (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie et al. 2003). Aus der Sicht der Jugendlichen sollte diesem Sachverhalt in der Konzeption von Behandlungen stärker Rechnung getragen werden. Hagenah et al. (2003) stellten in ihrer Arbeit ein psychoedukatives Gruppenangebot für Eltern von jugendlichen Essgestörten vor, wobei hier lediglich die Zufriedenheit der Eltern als Outcome-Maß dient (vgl. auch Hagenah u. Vloet 2005, in diesem Heft).

Die alleinige Einbeziehung der Eltern im Rahmen der Informationsvermittlung bzw. der Problemanalyse oder Psychoedukation erscheint vor diesem Hintergrund bei jugendlichen Patientinnen nicht ausreichend. Zumindest scheint ein familienorientiertes Vorgehen ähnlich effektiv wie ein einzeltherapeutisches Vorgehen, allerdings sind entsprechende Studien noch nicht veröffentlicht (Eating Research Society 2004).

## 5 Effektivität von CBT bei Essstörungen

Verhaltenstherapeutische Techniken wurden schon zu einem sehr frühen Zeitpunkt im Rahmen unkontrollierter Studien eingesetzt, waren allerdings beschränkt auf Techniken wie z. B. die systematische Desensibilisierung oder operante Verfahren. Dennoch ist bis heute die Beurteilung der Effektivität von CBT bei Essstörungen durch diverse methodische Einschränkungen gekennzeichnet. Zunächst erscheint es sinnvoll, die Wirksamkeit für jedes der drei Störungsbilder (AN, BN, BED) getrennt zu betrachten, wobei die Anzahl kontrollierter Evaluationsstudien bei jungen Erwachsenen mit bulimischen Störungen eindeutig am größten ist. Wie erwähnt sind in der Mehrzahl der kontrollierten Studien nicht explizit Jugendliche untersucht wurden.

Entsprechend führen Baving und Schmidt (2001) bei der Beurteilung von evaluierten Behandlungsansätzen in der Kinder- und Jugendpsychiatrie sowohl bei BN als auch bei AN lediglich offene Studien und Kasuistiken aus der Behandlung von Erwachsenen an. Die BED wird in der genannten Arbeit nicht aufgeführt.

### 5.1 Anorexia nervosa

Obwohl die AN eines der „älteren“ Störungsbilder ist, liegen kaum kontrollierte Studien über die Effektivität von CBT bei Jugendlichen mit AN vor. Auch ein Manual für Jugendliche wurde bislang nicht veröffentlicht. Zumindest lassen die weni-



gen Studien die kurzfristige Wirksamkeitsbeurteilung von operanten Verfahren bei der Gewichtssteigerung zu. Die Beurteilung langfristiger Effekte ist hingegen aufgrund fehlender Studien nicht belegt (Jacobi et al. 1997). CBT-Konzepte führen zu einer schnelleren Gewichtszunahme und zu kürzeren stationären Aufenthalten (Agras 1987). Einschränkend ist hierbei anzuführen, dass die Geschwindigkeit der Gewichtszunahme keinen Prädiktor für langfristige Erfolge darstellt. Die Anwendung kognitiver Techniken, hier insbesondere in Hinblick auf die verzerrten Einstellungen und Überzeugungen, wurde bislang erst einmal systematisch untersucht (Channon et al. 1989).

Zusammenfassend ist unter Verwendung der genannten Kriterien der Wirksamkeitsnachweis für CBT bei Jugendlichen mit AN noch ungenügend, nichtsdestotrotz findet sich eine breite Anwendung in der klinischen Praxis.

## 5.2 Bulimia nervosa

Die meisten kontrollierten Studien bei BN wurden unter Verwendung von behavioralen oder kognitiv-behavioralen Techniken unter Einsatz von Therapiemanualen durchgeführt (Fairburn et al. 1991, 1992, 2000). Darüber hinaus wurden vereinzelt kontrollierte Studien zur Effektivität einzelner Techniken („dismantling studies“) im Rahmen der CBT-Behandlung untersucht. Hierzu zählen z. B. Kernelemente wie die Psychoedukation, Selbstbeobachtung, Exposition und Reaktionsverhinderung. Betrachtet über die Vielzahl von Studien erreicht die CBT bei etwa 61 % der Patienten ein Verschwinden der Heißhungerattacken und bei 51 % ein Verschwinden des Erbrechens am Ende der Behandlung. Eine Reduktion von Heißhungerattacken und Erbrechen wird bei etwa 71 % erzielt (Jacobi et al. 1997; Waadt et al. 1992). Darüber hinaus lassen sich positive Effekte in Hinblick auf die Einstellung gegenüber dem eigenen Körper und dem Gewicht sowie dem Affekt feststellen. Für die genannten Effekte ist es nicht maßgeblich, ob die CBT in Gruppen oder einzeln durchgeführt wird. Im Vergleich zwischen rein behavioralen Ansätzen und kognitiv-behavioralen Ansätzen erwiesen sich die kognitiv-behavioralen Ansätze als überlegen (Jacobi et al. 1997), dies vor allem bei langfristigen Outcomemaßen. Auch durch Einsatz von Expositions- oder Response-Prevention-Techniken konnte die Effektivität des kognitiv-behavioralen Vorgehens nicht verbessert werden (Agras et al. 1989; Bulik et al. 1998; Carter et al. 2004). Unter Umständen ist dies darauf zurückzuführen, dass im Rahmen des kognitiv-behavioralen Vorgehens eine gradierte Exposition (d. h. Einführung gemiedener Nahrungsmittel) stattfindet.

Gegenüber anderen Behandlungen hat sich das Vorgehen der CBT als effektiver erwiesen. Einschränkend muss angeführt werden, dass im Vergleich die Interpersonelle Psychotherapie (IPT) langfristig ähnlich gute Effekte erzielt, die CBT nur in kurzfristigen Outcomes überlegen ist (Agras et al. 2000).

Zusammenfassend kann die CBT als eine wirksame Behandlung der Bulimia nervosa gelten. Allerdings ist hierbei einschränkend die fehlende Berücksichtigung von jugendlichen Populationen zu nennen. Die genannten Studien beziehen sich zumeist auf junge Erwachsene und haben z. T. Jugendliche (ca. ab dem 16 Lj.) eingeschlossen.

### 5.3 Binge Eating Disorder

Aktuell liegen noch keine ausreichenden Ergebnisse in Hinblick auf die Effektivität einzelner Elemente einer CBT-Behandlung bei BED vor. Hierbei ist vor allem auf die hohe Komorbidität mit Übergewicht hinzuweisen, die oftmals auch eine Gewichtsreduktion notwendig macht. Bislang konnte ein Vorteil einzelner Verfahren zur Gewichtsreduktion (z. B. CBT, Pharmakotherapie, chirurgische Eingriffe) nicht bestätigt bzw. belegt werden (de Zwaan 2001). Hinsichtlich der Reduktion von Essanfällen scheint die CBT anderen Verfahren leicht überlegen sein (Munsch 2003). Zur Reduktion der Heißhungeranfälle greift die CBT auf die bei der BN bewährten Techniken zurück (Munsch 2003). Auch bei der BED wurden Jugendliche bislang nicht ausreichend berücksichtigt.

## 6 Abschließende Beurteilung

Ein gestörtes Essverhalten (Diäthalten, Unzufriedenheit mit Figur und Gewicht etc.) ist bei jungen Frauen und Mädchen ein sehr häufiges Phänomen, wobei sich in den wenigsten Fällen daraus das Vollbild einer Essstörung entwickelt. Es lassen sich verschiedene, zumeist unspezifische Risikofaktoren auflisten (z. B. Diätverhalten). Sowohl Risikofaktoren wie mögliche Präventionsmaßnahmen sind Gegenstand anhaltender Diskussion und Forschungsaktivitäten.

Obwohl die AN und BN keine „neuen“ Krankheitsbilder darstellen, besteht im Kindes- und Jugendalter ein deutlicher Mangel an kontrollierten Effektivitätsstudien (Gowers u. Bryant-Waugh 2004). Für die BN ist dies aufgrund des höheren Ersterkrankungsalters noch nachvollziehbar, bei AN ein deutliches Missverhältnis zur Klinik.

Zum gegenwärtigen Zeitpunkt muss bei der Beurteilung der Effektivität von CBT (aber auch anderer Therapiemaßnahmen) im Jugendalter weitgehend auf die Ergebnisse mit Erwachsenen zurückgegriffen werden. Bei AN und BN liegen keine CBT-Manuale für Jugendliche vor, für Erwachsene hingegen schon. Es zeigte sich bei Erwachsenen, dass die CBT ein effektives Behandlungsangebot insbesondere im Vergleich mit anderen Behandlungsangeboten darstellt. Auf der Grundlage einer individualisierten Bedingungsanalyse stehen hierbei die Normalisierung des Essverhaltens und des Gewichtes, die Bearbeitung zu Grunde liegender Problembereiche und die Verbesserung der Körperwahrnehmung/-akzeptanz im Mittelpunkt. Hierbei kommen verschiedene in der CBT etablierte Techniken wie die Psychoedukation, Stimuluskontrolle, die Reaktionsverhinderung, soziales Kompetenztraining etc. zum Einsatz. Die Effektivität dieser Techniken bei AN und BN und BED kann angenommen werden. Aus diesem Grund kann vor allem im Jugendalter für BED derzeit keine Aussage getroffen werden. Abschließend kann festgestellt werden, dass CBT aufgrund der vorliegenden Daten aus dem „Erwachsenenalter“ gegenüber anderen Therapien leicht überlegen ist.



## Literatur

- Agras, W. S. (1987): Eating disorders. Management of obesity, bulimia and anorexia nervosa. Oxford.
- Agras, W. S.; Schneider, J. A.; Arnow, B.; Raeburn, S. D.; Telch, C. F. (1989): Cognitive-behavioral and response-prevention treatments for bulimia nervosa. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 57: 215–221.
- Agras, W. S.; Walsh, B. T.; Fairburn, C. G.; Wilson, G. T.; Kraemer, H. C. (2000): A multicenter comparison of cognitive-behavioral and interpersonal psychotherapy. *Archives of General Psychiatry* 57 (5): 459–466.
- American Academy of Psychiatry (2000): Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. *American Journal of Psychiatry* 157 (supplement).
- Baving, L.; Schmidt, M. H. (2001): Evaluierte Behandlungsansätze in der Kinder- und Jugendpsychiatrie II. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie* 29 (3): 206–220.
- Bulik, C. M.; Sullivan, P. F.; Carter, F. A.; McIntosh, V. V.; Joyce, P. R. (1998): The role of exposure with response prevention in the cognitive-behavioural therapy for bulimia nervosa. *Psychological Medicine* 28 (3): 611–623.
- Carter, F. A.; McIntosh, V. V.; Joyce, P. R.; Sullivan, P. F.; Bulik, C. M. (2003): Role of exposure with response prevention in cognitive-behavioral therapy for bulimia nervosa: Three-year follow-up results. *International Journal of Eating Disorders* 33 (2): 127–135.
- Channon, S.; de Silva, P.; Hemsley, D.; Perkins, R. (1989): A controlled trial of cognitive-behavioural and behavioural treatment of anorexia nervosa. *Behavior Research and Therapy* 27: 529–535.
- Cummings, C.; Gordon, J. R.; Marlatt, G. A. (1983): Relapse: Prevention and prediction. In: Miller, W. R. (Hg.): *The addictive behaviours*. Oxford, S. 291–231.
- Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Bundesarbeitsgemeinschaft leitender Klinikärzte f. Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Berufsverband für Ärzte für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie in Deutschland (Hg.) (2003): *Leitlinien zur Diagnostik und Therapie von psychischen Störungen – Essstörungen*. Köln, S. 117–129.
- De Zwaan, M. (2001): Binge eating. *International Journal of Obesity* 25: 51–55, supplement.
- Eating Research Society (2004): Scientific program and abstracts: Adolescent treatment trials 42–45.
- Fairburn, C. G.; Agras, W. S.; Wilson, G. T. (1992): The research on the treatment of bulimia nervosa: Practical and theoretical implications. In: Anderson, G. H.; Kennedy, S. H. (Hg.): *The biology of feast and famine: relevance to eating disorders*. New York.
- Fairburn, C. G.; Cooper, Z.; Doll, H. A.; Norman, P.; O'Connor, M. (2000): The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. *Archives of General Psychiatry* 57: 659–665.
- Garner, D. M.; Bemis, K. M. (1982): A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research* 6: 123–150.
- Geller, J.; Drab, D. L. (1999): The readiness and motivation interview: A symptom-specific measure of readiness for change in the eating disorders. *European Disorders Review* 7 (4): 259–278.
- Gowers, S. G.; Smyth, B. (2004): The impact of a motivational assessment interview on initial response to treatment in adolescent anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 12 (2): 87–93.
- Gowers, S.; Brynt-Waugh, R. (2004): Management of child and adolescent eating disorders: The current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 45 (1): 63–83.
- Hagenah, U.; Blume, V.; Flacke-Redanz, M.; Herpertz-Dahlmann, B. (2003): Psychoedukation als Gruppenangebot für Eltern essgestörter Jugendlicher. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie* 31 (1): 51–58.
- Hagenah, U.; Vloet, T. (2005): Psychoedukation für Eltern in der Behandlung essgestörter Jugendlicher. *Prax. Kinderpsychol. Kinderpsychiat.* 54: 303–317.
- Harington, R. C. (2001): *Kognitive Verhaltenstherapie bei depressiven Kindern und Jugendlichen*. Göttingen.

- Hautzinger, M.; Stark, W.; Treiber, R. (1992): Kognitive Verhaltenstherapie der Depression. Behandlungsanleitungen und Materialien. Weinheim.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2001): Anorexia und Bulimia nervosa. In: Esser, G. (Hg.): Lehrbuch der Klinischen Psychologie und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters. Stuttgart, S. 359–374.
- Hoek, H. W.; van Hoeken, D. (2003): Epidemiology of eating disorders. *European Psychiatry* 15: supplement.
- Jacobi, C.; Dahme, B.; Rustenbach, S. (1997): Vergleich kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Psychotherapie, Psychosomatik, Medizinische Psychologie* 47: 346–364.
- Jacobi, C.; Hayward, C.; de Zwaan, M.; Kraemer, H.; Agras, W. S. (2004): Coming to terms with risk factors for Eating Disorders: Application of risk terminology and suggestions for a general taxonomy. *Psychological Bulletin* 130 (1): 19–65.
- Kirusek, T. J.; Sherman, R. E. (1968): Goal attainment scaling: A general method for evaluating comprehensive mental health programs. *Community Mental Health Journal* 4: 443–453.
- Margraf J. (Hg.) (2000): Lehrbuch der Verhaltenstherapie – Band 1 und Band 2. Berlin.
- Meermann, R.; Vandereycken, W. (1987): Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa. Berlin.
- Miller, W. R. (1999): Enhancing motivation for change in substance abuse treatment. Department of health and Human Services Publication. Washington.
- Miller, W. R.; Rollnick, S. (2002): Motivational Interviewing. New York.
- Munsch, S. (2003): Binge Eating – Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen. Berlin.
- Rome, E. S.; Ammermann, S.; Rosen, D. S.; Keller, R. J.; Lock, J.; Mammel, K. A.; O'Toole, J.; Rees, J. M.; Sanders, M. J.; Sawyer, S. M.; Schneider, M.; Sigel, E.; Silber, T. J. (2003): Children and Adolescents with Eating Disorders: State of the Art. *Pediatrics* 111: 98–108.
- Steinhausen, H.-C. (2002): The outcome of anorexia nervosa in the 20<sup>th</sup> century. *American Journal of Psychiatry* 159: 1284–1293.
- Treasure, J.; Ward, A. (1997): A practical guide to the use of motivational interviewing in anorexia nervosa. *European Eating Disorders Review* 5 (2): 102–114.
- Tuschen-Caffier, B.; Vögele, C.; Bracht, S.; Hilbert, A. (2002): Psychological responses to body shape exposure in patients with bulimia nervosa. *Behavior Research and Therapy* 41: 573–586.
- Tuschen, B. (2000): Problemanalyse. In: Margraf, J. (Hg.): Lehrbuch der Verhaltenstherapie. Band 1. Berlin, S. 291–299.
- Wilson, G. T. J.; Schlam, T. R. (2004): The transtheoretical model and motivational interviewing in the treatment of eating and weight disorders. *Clinical Psychology* 24 (3): 361–378.
- Waadt, S.; Duran, G.; Laessle, R. G.; Herschbach, P.; Strian, F. (1992): Essstörungen Bulimie: Ursachen und Therapie. Heidelberg.
- Wooley, S. C.; Wooley, O. W. (1985): Intensive outpatient and residential treatment for bulimia nervosa. In: Garner, D. M.; Garfinkel, P. E. (Hg.): Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa. New York, S. 391–430.

**Korrespondenzadressen:** Dr. Uwe Ruhl, TU Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie-Institutsambulanz und Tagesklinik, Hohe Straße 53, 01187 Dresden;  
E-Mail: [ruhl@psychologie.tu-dresden.de](mailto:ruhl@psychologie.tu-dresden.de)  
Prof. Dr. Corinna Jacobi, TU Dresden, Institut für Klinische Psychologie und Psychotherapie, Chemnitzer Straße 46, 01187 Dresden.