

# EMPIRISCHE UNTERSUCHUNGEN ZUR PSYCHOTHERAPIE DER ESSSTÖRUNGEN: WAS IST WIRKLICH EVIDENZ-BASIERT?

## PSYCHOTHERAPY RESEARCH IN EATING DISORDERS: WHAT IS REALLY EVIDENCE-BASED?

Martina de Zwaan

### Zusammenfassung

Trotz zahlreicher empirischer Untersuchungen ist das gesicherte Wissen über die störungsspezifische Psychotherapie der Essstörungen limitiert. In den letzten Jahren wurden vor allem in den englischsprachigen Ländern Therapieleitlinien entwickelt, die hohen methodischen Standards entsprechen. Viele der resultierenden Empfehlungen basieren jedoch auf Expertenmeinung und klinischer Erfahrung, wenige Empfehlungen sind auf kontrollierte Untersuchungen zurückzuführen. Dazu gehören vor allem der Einsatz spezifischer kognitiv-verhaltenstherapeutischer Ansätze in der Behandlung der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung sowie der Einsatz familienfokussierter Therapieansätze in der Behandlung Adoleszenter mit Anorexia nervosa. Ebenfalls empfohlen werden kann der initiale Therapieversuch mit Antidepressiva oder von auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Grundlagen aufgebauter Selbsthilfemanuale. Bei der Anorexia nervosa spielt die stationäre Therapie eine größere Rolle als bei anderen Essstörungen, wobei ein sinnvolles Maß an Struktur und die Erfahrung in der Behandlung von anorektischen Patientinnen Voraussetzungen sind. In Deutschland sollte die Verfügbarkeit qualifizierter ambulanter Behandlungsangebote, die evidenz-basierte Therapie beinhalten, ausgebaut werden.

**Schlüsselwörter** Essstörungen – Psychotherapie – Leitlinien – evidenz-basiert

### Summary

Despite numerous empirical studies our knowledge about the best disorder-specific psychotherapy approaches in the treatment of eating disorders is still limited. In recent years treatment guidelines have been developed especially in the English speaking countries meeting high methodological standards. The resulting recommendations rely primarily on expert opinion and clinical experience, only few can be based on controlled studies. These include specific cognitive behavioral approaches in the treatment of bulimia nervosa and binge eating disorder as well as family focused approaches in the treatment of adolescents with anorexia nervosa. An initial treatment attempt with antidepressant medication or guided self-help based on cognitive behavioral principles can also be recommended. In anorexia nervosa inpatient treatment is of greater importance than in the other eating disorders. A sensible amount of structure and expertise in the treatment of anorectic patients is required. In Germany the availability of qualified outpatient treatment options offering evidence-based treatments should be increased.

**Keywords** eating disorders – psychotherapy – guidelines – evidence-based

### Einleitung

Der Artikel soll einen Überblick über überprüfte Therapieansätze geben, ohne jedoch die vorliegenden Studien einzeln aufzuzählen und zu diskutieren. In den letzten Jahren sind Leitlinien zur Therapie von Essstörungen entwickelt worden, deren kritische Lektüre dem Leser/ der Leserin nahe gelegt werden. Nähere Angaben sind der Literaturliste zu entnehmen. Diese Leitlinien sind vor allem in den englischsprachigen Ländern zusammengestellt worden und legen generell hohe wissenschaftliche Maßstäbe an jene Studien an, die für die Entwicklung der Leitlinien herangezogen wurden. Auch in Deutschland haben ausgewiesene Essstörungsexpert(innen) nun begonnen, Leitlinien zu entwickeln, deren Fertigstellung jedoch noch etwa 2 Jahre benötigen wird. Es werden sowohl

wissenschaftliche Leitlinien, Praxisleitlinien als auch Leitlinien für Betroffene erstellt werden. Es ist gelungen, Expert(innen) aus unterschiedlichen Berufsgruppen (Psychiatrie, Psychosomatik, Klinische Psychologie) für diese schwierige Aufgabe zu gewinnen.

Erwähnt werden soll auch die Cochrane Collaboration, eine Non-Profit-Organisation, die zum Ziel hat, systematische Übersichtsarbeiten zur Bewertung von Therapien zu erstellen, zu aktualisieren und zu verbreiten. International zusammengesetzte Review-Gruppen verfassen hochwertige Übersichtsarbeiten, die von Cochrane-Zentren unterstützt werden. Es liegen mehrere systematische Überblicksartikel zur Therapie der Essstörungen vor (Hay et al., 2004a und b). Das Deut-

sche Cochrane-Zentrum ist in Freiburg und wird vom Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert.

### Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE)

Die so genannten NICE-Leitlinien wurden von britischen Experten und Expertinnen entwickelt und im Januar 2004 veröffentlicht. Auf diese Leitlinien soll im Folgenden genauer eingegangen werden. Tabelle 1 fasst die Anzahl der kontrollierten Therapiestudien zusammen, die in die Analyse eingegangen sind, und Tabelle 2 zeigt die Anzahl der Empfehlungen, die für jede Essstörung ausgesprochen wurden. Der Sicherheitsgrad der Empfehlungen wurde in Grad A (kontrollierte Untersuchungen vorhanden), Grad B (gute klinische, aber keine kontrollierten Untersuchungen vorhanden) und Grad C (Expertenmeinung, klinische Erfahrung) unterteilt. Die meisten kontrollierten Untersuchungen liegen für die Bulimia nervosa (BN) vor. Das ist nicht überraschend, da die Anorexia nervosa (AN) deutlich seltener auftritt, ein oft rasches therapeutisches Vorgehen notwendig macht und die Betroffenen einer Therapie meist sehr ambivalent gegenüberstehen. Die Binge-Eating-Störung (BES) wurde erst 1994 als eigenständiges Störungsbild definiert, seither sind jedoch bereits zahlreiche kontrollierte Studien durchgeführt worden. Essstörungen, die nicht alle Kriterien für AN, BN oder BES erfüllen, werden üblicherweise als „nicht näher bezeichnete“ Essstörungen (NNB) zusammengefasst. Da die diagnostischen Kriterien recht eng gefasst sind, werden in der klinischen Pra-

xis viele Betroffenen in diese Restkategorie eingeordnet. Ob die Empfehlungen, wie sie für BN, AN und BES definiert wurden, auch für die NNB gelten, bleibt jedoch unklar.

Für die Therapie der Anorexie wurden deutlich mehr Empfehlungen ausgesprochen als für die Therapie der BN, BES und NNB. Das ist wohl auf mehrere Aspekte zurückzuführen. Erstens ist die Studienlage bei der AN recht mager, und dieser Mangel an gesicherten Befunden scheint die Anzahl der Empfehlungen zu erhöhen. Die meisten Empfehlungen basieren jedoch auf Expertenmeinung und klinischer Erfahrung. Des Weiteren hat die AN viele unterschiedliche Facetten (z.B. organische Risiken), die Empfehlungen in unterschiedlichen Bereichen notwendig machen. Die wichtigsten Empfehlungen der NICE-Leitlinien zur Therapie der Essstörungen sollen im Folgenden zusammengefasst werden.

### Bulimia nervosa

Erwachsenen mit BN sollte eine spezielle kognitive Verhaltenstherapie (KVT) für BN angeboten werden (Grad A). Patientinnen, die KVT ablehnen oder darunter keine ausreichende Besserung zeigen, können andere Psychotherapieansätze empfohlen werden, z.B. die Interpersonelle Therapie (IPT) (Grad B). Die Betroffenen müsse informiert werden, dass der Therapieerfolg in der Regel etwas verzögert erst nach 8-12 Monaten eintritt. Als mögliche initiale Therapie kann eine antidepressive Medikation oder ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches Selbsthilfe-Programm angeboten werden (Grad B). Ist nach wenigen Wochen kein Therapieerfolg zu verzeich-

**Tabelle 1** Anzahl der kontrollierten Therapiestudien bei Essstörungen, die in die Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2004 eingegangen sind

	Kontrollierte Medikamentenstudien (Anzahl)	Kontrollierte Psychotherapiestudien (Anzahl)
Anorexia nervosa	16	19
Bulimia nervosa	33	41
Essstörungen „nicht näher bezeichnet“	0	0
Binge-Eating-Störung	6	13

**Tabelle 2** Anzahl der Empfehlungen in den Leitlinien des National Institute for Clinical Excellence (NICE) 2004 in Abhängigkeit von der Essstörungsdiagnose und den Gütekriterien

	Anzahl der Empfehlungen	Grad A	Grad B	Grad C
AN	75	0	1	74
BN	17	1	7	9
NNB	1	0	0	1
BES	9	2	5	2

AN = Anorexia nervosa, BN = Bulimia nervosa, NNB = Essstörungen nicht näher bezeichnet, BES = Binge-Eating-Störung  
Grad A (kontrollierte Untersuchungen vorhanden), Grad B (gute klinische, aber keine kontrollierten Untersuchungen vorhanden),  
Grad C (Expertenmeinung, klinische Erfahrung)

nen, sind intensivere psychotherapeutische Ansätze (KVT, IPT) nötig. Das Selbsthilfe-Programm sollte mit Anleitung erfolgen (Grad B). Selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer (SSRIs, vor allem Fluoxetin) gelten als medikamentöse Therapie der Wahl, wobei eine höhere Dosis (60 mg pro Tag) bessere Erfolge zeigt (Grad C). Günstige Effekte sind in der Regel bereits nach kurzer Einnahmezeit zu beobachten, die Langzeiteffekte einer antidepressiven Therapie sind jedoch ungewiss (Grad B). Medikamente aus anderen Substanzgruppen können nach dem jetzigen Wissensstand nicht empfohlen werden (Grad B). Interessanterweise werden keine Empfehlungen über die Kombination von Psycho- und Pharmakotherapie gegeben. Alle Empfehlungen sind nur für Erwachsene gültig, es liegen keine Studien mit Adoleszenten vor.

### **Anorexia nervosa**

Alle Empfehlungen für Erwachsene basieren auf Grad C, es liegen keine kontrollierten Untersuchungen vor. Unterschiedliche psychotherapeutische Ansätze wie kognitiv-analytische Therapie, KVT, IPT, fokal-psychodynamische Therapie und familienorientierte Therapie werden vorgeschlagen. Nur in der Therapie Adoleszenter kann ein spezieller familienfokussierter Therapieansatz mit größerer Sicherheit empfohlen werden (Grad B). Von großer Wichtigkeit sind Motivationsstrategien, um Betroffene einerseits zur Therapie zu motivieren und andererseits in Therapie zu halten. Auch in der ambulanten Behandlung sollte der Aufbau eines gesunden Essverhaltens und eine Gewichtszunahme mit Reduktion körperlicher Risiken keinesfalls ignoriert werden. Eine alleinige Diätberatung wird allerdings als unzureichend angesehen. Eine stationäre Therapie spielt in der Behandlung der AN eine größere Rolle als bei anderen Essstörungen, wobei strukturierte Therapieprogramme, die eine Normalisierung des Essverhaltens mit Gewichtszunahme und eine Änderung der Einstellung zu Gewicht und Figur zum Ziel haben, angewandt werden sollten. Die Struktur sollte angemessen sein, sehr rigide, unflexible und strafende Programme sollten vermieden werden. Es wird eine durchschnittliche wöchentliche Gewichtszunahme von 500 bis 1000g empfohlen. Viel Wert wird dabei auf die Kontrolle körperlicher Komplikationen und Risiken gelegt. Es sollten Einrichtungen mit ausgewiesener Erfahrung bei der stationären Therapie der AN bevorzugt werden. Ebenso wird eine wohnortnahe Versorgung empfohlen, um Angehörige leichter in die Therapie mit einbeziehen zu können und um den oft schwierigen Übergang zur ambulan-

ten Therapie zu erleichtern. Eine unfreiwillige Unterbringung sollte wenn möglich vermieden werden. Im Anschluss an die stationäre Phase wird eine zumindest 12-monatige ambulante Nachbehandlung empfohlen.

### **Binge-Eating-Störung**

Wie in der Behandlung der BN sollte eine spezielle KVT für BES angeboten werden (Grad A), wobei die Patientinnen darüber informiert werden müssen, dass alle psychotherapeutischen Ansätze nur einen geringen Effekt auf das Körpergewicht haben (Grad A). Es wird in den Leitlinien empfohlen, wenn nötig Strategien zur Gewichtsreduktion zu überlegen (Grad C), konkrete Hinweise werden jedoch nicht gegeben. Als zweite Wahl wird IPT oder eine modifizierte Form der dialektischen Verhaltenstherapie (DVT) empfohlen (Grad B). Ebenso ist ein initialer Therapieversuch mit Antidepressiva (SSRIs) oder Selbsthilfe-Programmen möglich, die wiederum angeleitet erfolgen sollten (Grad B).

### **Essstörungen nicht näher bezeichnet**

Da es für die Therapie der NNB-Esstörungen keine Untersuchungen gibt, wird empfohlen, jene Leitlinien anzuwenden, die dem klinischen Bild der jeweiligen Essstörung am ehesten entsprechen (Grad C).

### **Kognitive Verhaltenstherapie für BN**

Mit KVT für BN kann eine Remissionsrate von 40 bis 50% erwartet werden. Es ist allerdings kein Allheilmittel, und es gibt Raum für Verbesserungen. Die KVT für BN geht auf Fairburn et al. (1993) zurück und wird üblicherweise als Kurzzeittherapie von 16 bis 20 Sitzungen in ambulanter Einzeltherapie über einen Zeitraum von 4 bis 5 Monaten angeboten. Auch Gruppentherapie hat sich als wirksam erwiesen. Bei ambulanter Behandlung sind im ersten Monat 2 Therapiesitzungen pro Woche sinnvoll, um vor allem bei Patientinnen mit sehr chaotischem Essverhalten initial eine gewisse Stabilisierung zu erzielen sowie eine therapeutische Beziehung aufzubauen. Die KVT für BN liegt in manualisierter Form vor und fokussiert vor allem die aufrechterhaltenden Mechanismen der BN (Fairburn et al., 1993; Jacobi et al., 2000). Ihr Schwerpunkt liegt in der Gegenwart und Zukunft. Der Therapie liegt ein kognitiv-behaviorales Modell zugrunde, das weitgehend empirisch überprüft ist. Fairburn et al. (2003) haben das Modell nun erweitert und die KVT entsprechend adaptiert mit dem Ziel, die Erfolgsraten zu verbessern (Abb. 1).

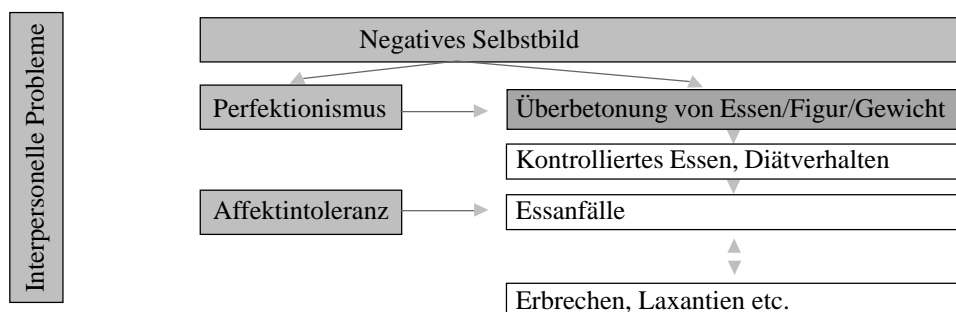


Abbildung 1: Modell zur Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa als Grundlage der kognitiven Verhaltenstherapie für Bulimia nervosa nach Fairburn et al. (2003)

Als zentrale dysfunktionale Einstellung wird die Abhängigkeit des Selbstwertes von Gewicht und Figur sowie die Wichtigkeit der Kontrolle über die Nahrungsaufnahme gesehen. Bei vielen Patientinnen geht die negative Selbstbewertung über essensbezogene Themen hinaus und wird als Teil der eigenen Identität erlebt. Eine solche Selbstwahrnehmung behindert Veränderung im Allgemeinen. Die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls ausschließlich von Figur und Gewicht führt zu rigidem Diät halten mit strikten Diätregeln, die nahezu unmöglich eingehalten werden können. Durch den ständigen Hungerzustand (*restriction*), aber auch durch den ständigen Wunsch nach kontrollierter Nahrungsaufnahme, auch wenn sie nicht gelingt (*restraint*), werden Essanfälle begünstigt, die wiederum kompensatorisches Verhalten wie Erbrechen oder Laxanzien-einnahme sowie das erneute Streben nach striktem Diät halten zur Folge haben. Unter pathologischem Perfektionismus wird die Überbewertung des Erreichens hoher persönlicher Standards und Ziele verstanden. Das Selbstwertgefühl wird überwiegend vom Erfolg in der Zielerreichung abhängig gemacht, wobei durch die gleichzeitig bestehende selbstkritische Haltung eine ständige Unzufriedenheit in der Bewertung der eigenen Leistungen vorherrscht. Bei einigen Patientinnen steht die Unfähigkeit, mit emotionalen Zuständen bzw. Affekten umzugehen, im Vordergrund, und eine Verminderung der rigiden Diätregeln wird bei diesen Patientinnen allein nicht ausreichen um Essanfälle zu regulieren. Neben Essanfällen zeigen diese Patientinnen häufig selbstverletzendes Verhalten oder Substanzmissbrauch. Die Therapie sollte dann an die speziellen Bedürfnisse dieser impulsiven Patientinnengruppe angepasst werden (Grad C). Unter interpersonellen Problemen werden z.B. Spannungen in der Familie verstanden, etwa ausgelöst durch ein anderes Familienmitglied mit Essstörungen. Auch veränderte Rollenerwartungen in der späten Adoleszenz und im frühen Erwachsenenalter können die Essstörung auslösen bzw. aufrechterhalten und müssen in der Therapie berücksichtigt werden. Es gibt keine Hinweise darauf, dass therapeutische Ansätze der Suchttherapie (z.B. Abstinenz) eine sinnvolle Entsprechung in der Therapie der Essstörungen finden.

### Selbsthilfe

In der Therapieforschung wird, nicht zuletzt aus ökonomischen Gründen, in den letzten Jahren ein abgestuftes Vorgehen bei der Behandlung psychiatrischer Störungen propagiert. Die erste Stufe stellen „niederschwellige“ Therapieansätze dar. In der Literatur werden hierfür Begriffe verwendet wie Selbsthilfe, Selbstbehandlung, Selbstveränderung oder Bibliotherapie. Es wurden Selbsthilfemanuale entwickelt, die den Richtlinien der KVT-Ansätze folgen und mit (angeleitet) oder ohne (*pure*) minimaler therapeutischer Begleitung von den Betroffenen selbstständig durchgeführt werden können. Die Unterstützung bei angeleiteter Selbsthilfe kann eventuell auch von Nicht-Fachleuten in nicht auf die Therapie von Essstörungen spezialisierten Settings durchgeführt werden. Die Rationale für Selbsthilfe ist, dass in vielen Fällen spezifische und teure psychotherapeutische Behandlung nicht notwendig sei und man außerdem Betroffene erreichen könne, die sonst

keine Therapie in Anspruch nehmen würden. Die in den vorliegenden Untersuchungen erzielten Abstinenzraten bei BN und BES unterscheiden sich nicht wesentlich von den Ergebnissen anderer Therapiestudien und unterstützen den Einsatz von Selbsthilfemanualen als erstem therapeutischem Schritt. In der Therapie der BN und BED empfehlen die NICE-Leitlinien als mögliche initiale Therapie den Einsatz von Selbsthilfemanualen (Grad B). Die Effektivität von Selbsthilfemanualen ist natürlich nicht für jedes Buch, jeden Ratgeber etc. gültig. Es sind bisher 2 Manuale empirisch überprüft worden, und beide liegen auch in deutscher Version vor: Schmidt und Treasure, 2000 für Bulimia nervosa und Fairburn, 2004, für die Binge-Eating-Störung.

### Therapie der Essstörungen im deutschen Gesundheitssystem

Die meisten Patientinnen mit Essstörungen können entsprechend den NICE-Leitlinien ambulant behandelt werden. Im Gegensatz dazu fördert das Gesundheitssystem in Deutschland die stationäre Aufnahme auch bei Essstörungen leichteren Grades bei gleichzeitig ausgeprägten Schnittstellenproblemen mit ambulanten Versorgungsstrukturen. Das große Angebot stationärer Behandlungsplätze für Essstörungen in Deutschland ist weltweit einzigartig, doch leider liegen keine kontrollierten Untersuchungen zur differenziellen Effizienz stationärer, teilstationärer und ambulanter Behandlungssettings vor. Trotz hoher Kompetenz vieler stationärer Einrichtungen bleibt offen, ob stationäre und in der Regel intensivere Angebote den erwarteten Vorteil für die Behandlung von Essstörungen bringen. Die deutschen Leitlinien werden diese besondere Situation in ihren Praxisleitlinien berücksichtigen müssen. Es ist auf jeden Fall zu fordern, dass die Spezialisierung im ambulanten Bereich verstärkt wird und entsprechende Angebote mit evidenz-basierten Therapieansätzen vermehrt zur Verfügung gestellt werden.

### Literatur

- Fairburn CG, Marcus MD, Wilson GT (1993): Cognitive behavior therapy for binge eating and bulimia nervosa: a comprehensive manual. In: Fairburn CG, Wilson GT (eds.): Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment. New York: Guilford Press
- Fairburn CG, Cooper Z, Shafran R (2003): Cognitive behaviour therapy for eating disorders: a „transdiagnostic“ theory and treatment. *Behav Res Ther* 41:509-528
- Fairburn CG (2004): Ess-Attacken stoppen: Ein Selbsthilfeprogramm. Bernd: Verlag Hans Huber
- Hay PJ, Bacaltchuk J, Stefano S (2004a): Psychotherapy for bulimia nervosa and bingeing (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Hay P, Bacaltchuk J, Claudino A, Ben-Tovim D, Yong PY (2004b): Individual psychotherapy in the outpatient treatment of adults with anorexia nervosa (Cochrane Review). The Cochrane Library, Issue 4, 2004. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd., [www.cochrane.org](http://www.cochrane.org)
- Jacobi C, Thiel A, Paul T (2000): Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. 2. überarbeitete Aufl. Weinheim: Beltz Psychologie Verlagsunion

National Institute for Clinical Excellence (NICE) (2004): Eating Disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. [www.nice.org.uk](http://www.nice.org.uk)

Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists Clinical Practice Guidelines Team for Anorexia Nervosa (2004): Australian and New Zealand clinical practice guidelines for the treatment of anorexia nervosa. Aust N Z J Psychiatry 38:659-670

Schmidt U, Treasure J (2000): Die Bulimie besiegen: Ein Selbsthilfeprogramm. Weinheim: Beltz

**Prof. Dr. Martina de Zwaan**  
Leiterin der Abteilung für  
Psychosomatik und Psychotherapie  
Universitätsklinikum Erlangen  
Schwabachanlage 6  
91054 Erlangen  
Tel.: 09131-8535928  
Fax: 09131-8534145

E-Mail: [martina.dezwaan@psych.imed.uni-erlangen.de](mailto:martina.dezwaan@psych.imed.uni-erlangen.de)