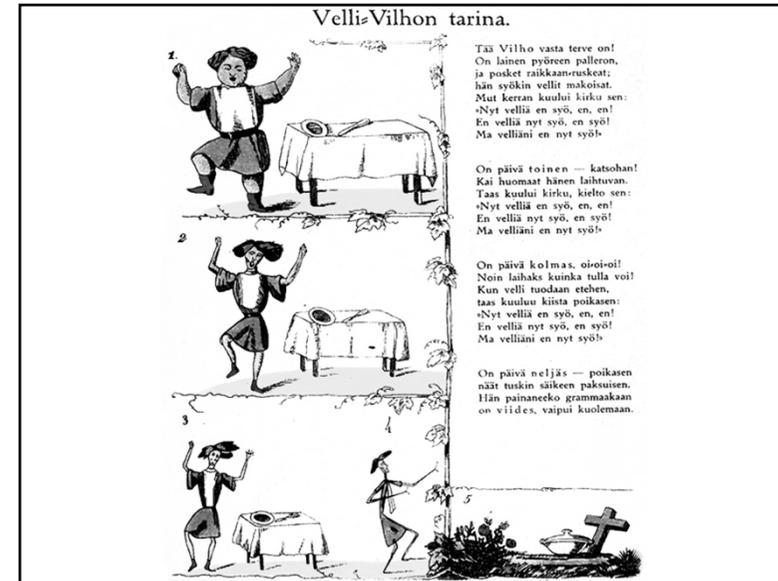


ESSSTÖRUNGEN

Univ.Doz.Dr.Maria Steinbauer
Univ.Klinik f.Psychiatrie/Graz

1



2

Historische Entwicklung

- Berichte schon im alten Ägypten
- 1689 Richard Morton: erste detailgerechte Beschreibung einer Anorexia nervosa
- 1873 Charles Laseque (Frankreich)
- 1874 Sir William Gull (England)- Anorexie wird als medizinisch relevante Erkrankung wahrgenommen.
- 1900 zahlreiche Fallberichte
- 1914: Magersucht als Erkrankung der Hypophyse aufgefasst (Simmonds)
- Bulimia nervosa erstmals 1979 von Gerald Russel als eigenständige Krankheit beschrieben.

3

ca.200 000 Österreicherinnen

leiden an Essstörungen

Univ.Prof.Dr. Wimmer-Puchinger et al.
Wiener Frauengesundheitsbeauftragte

4



5

Essstörungen

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Atypische oder nicht näher bezeichnete Essstörung
- Binge Eating Disorder
- (Adipositas)
- (Orthorexia nervosa)

6

Anorexia nervosa / Bulimia nervosa

- **Übermäßige Fixierung** auf
Essen, Figur, Gewicht
- **Auffälliges Essverhalten:**
Fasten, Heißhungerattacken
- **Störung der Körperwahrnehmung**
- **Ignorieren anderer Lebensbereiche**

Folgeschäden, Komorbidität mit Depression

7

Anorexia nervosa

- mind. 2 500 Mädchen zwischen 15-20 Jahren
- mind. 5 000 Mädchen leiden an einer subklinischen Anorexia nervosa

Prävalenz: 0,5 -1%

Mortalität:	12%
Chronische Verläufe	40%
Chronische Psychosen	10%

8

Anorexia nervosa

•Absichtliche Gewichtsabnahme:

- Vermeidung, Verzicht auf Nahrung
- extrem langsames Essverhalten, Rituale
- selbstinduziertes Erbrechen/Abführen
- übertriebene körperliche Aktivität
- Appetitzügler und/oder Diuretika

•Endokrine Störung

•Mangelnde Krankheitseinsicht

9



10



11

ANOREXIA NERVOSA

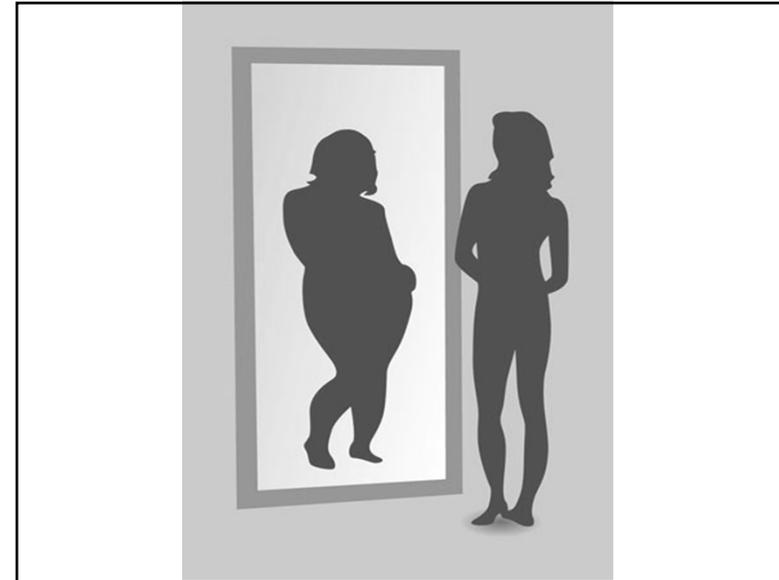
Symptome.

- starke Furcht vor dem Dickwerden
- Störung des Körperschemas
- extreme Gewichtsabnahme (BMI<17,5)
- keine körperliche Erkrankung
- hyperaktiv und kontaktgestört
- häufig Magenbeschwerden/Völlegefühl
- sec. Amenorrhoe, Lanugobehaarung

12



13



14

ANOREXIA NERVOSA/Untergruppen

- **Restriktive Form:**

Fasten, körperliche Aktivität

Zusätzlich:

Erbrechen, Laxantienabusus

- **Mit bulimischen Attacken**

15

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

- **Kriterium A:**

Die Betroffene hält ein Körpergewicht aufrecht, daß unter dem Minimum des für das Alter und der Körpergröße normalen Gewichtes liegt. Das Minimum liegt definitionsgemäß bei 85% des Normalwertes (ermittelt aus internationalen Life Insurance Tabellen) oder bei einem Body Mass Index von weniger als 17,5 kg/m². (Der Body Mass Index berechnet sich als Gewicht in kg durch Körpergröße in m²).

- **Kriterium B:**

Große Angst vor Gewichtszunahme oder dem Dick werden. Diese Angst nimmt bei Gewichtsabnahme nicht ab, sondern wächst stetig weiter.

16

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

- **Kriterium C:**
Das Erleben und die Bedeutung des Körpergewichtes und der Figur sind gestört. Manche Betroffene empfinden sich als übergewichtig; manche erleben sich als dünn, sind aber überzeugt, daß gewisse Körperpartien (z.B. Bauch, Gesäß, Hüften) zu dick sein. Häufiges Wiegen, Abmessen von Körperpartien, ständiger Blick in den Spiegel nehmen zwanghafte Ausmaße an. Das Selbstwertgefühl ist an das Körpergewicht gekoppelt. Gewichtsverlust ist eine beeindruckende Leistung, Gewichtszunahme Versagen der Selbstkontrolle. Die schweren medizinischen Konsequenzen der Mangelernährung werden verleugnet.
- **Kriterium D:**
Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruation als Indikator für eine physiologische Dysfunktion - Ursache ist die extrem reduzierte Östrogenausschüttung durch Verminderung der Hypophysentätigkeit).

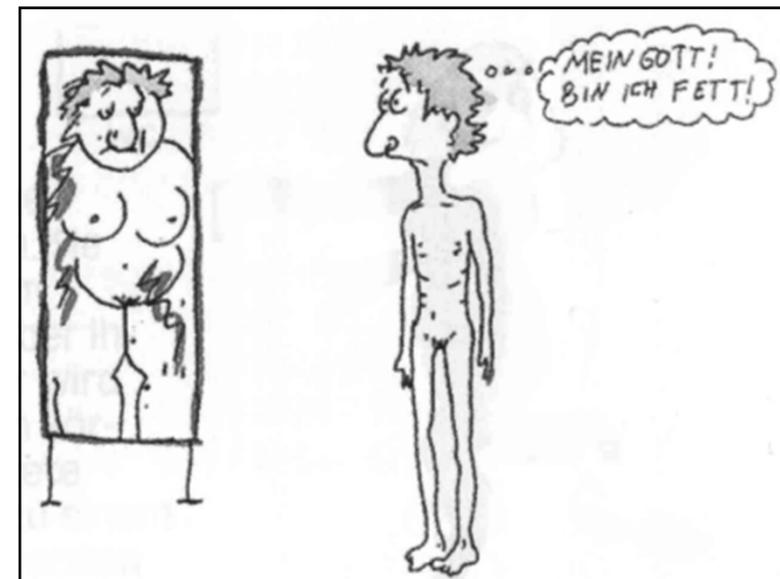
17



18



19



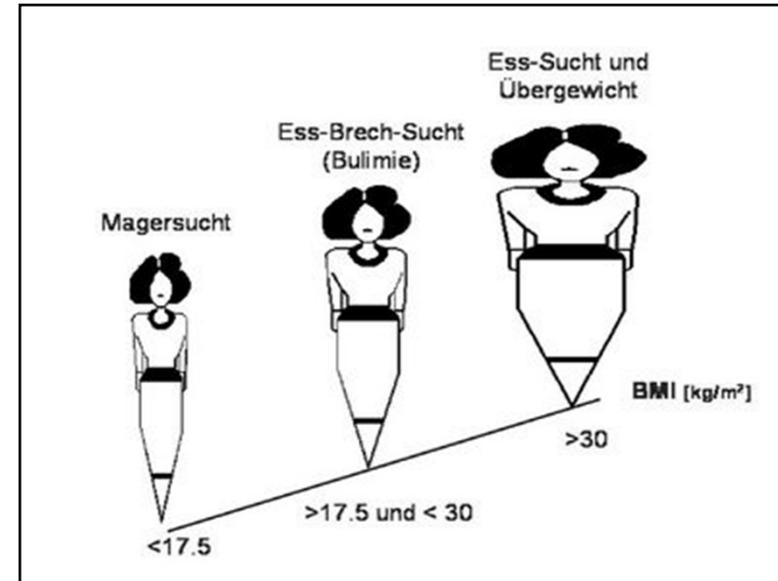
20

Body - Mass - Index

$$\text{BMI} = \text{Gewicht in kg} / (\text{Größe in m})^2$$

< 14	Lebensbedrohlich
< 17,5	Anorektisch
19 - 25	Normalgewichtig
> 30	Adipös

21



22

Anorexia persönliche Risikofaktoren

- Weibliches Geschlecht (20:1)
- Diäten
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Große Geschwisterrivalität
- Perfektionismus, Überangepasstheit
- Belastende, schambesetzte Erlebnisse

23

Anorexia nervosa/familiäre Risikofaktoren

- Gestörtes Essverhalten der Eltern
- Familiäre psychiatrische Störungen
- Fassadenfamilie, Konfliktvermeidung
- Grenzverletzender Interaktionsstil
- Starker Erwartungsdruck, Leistungsorientierung
- Soziale Isolation

24

Erklärungsmodelle

Anorexia nervosa

- **Konflikt zwischen Autonomie und Anpassungswünschen**
- **Abwehr sexueller Bedürfnisse bzw. weiblicher Rollenmuster**
- **Nahrungsverweigerung als Kampf gegen den Wunsch nach Annäherung**

25

Risikofaktoren: Anorexie

- Weibliches Geschlecht (90-95%)
- Gehäuftes Vorkommen in Familien (Auffälligkeit der Neurotransmittersysteme)
- Häufiger Schwangerschaftskomplikationen
- Kindliche Angststörungen
- Niederer Selbstwert
- Perfektionistische Haltung
- Hohe Sensitivität für Umwelteinflüsse
- Familie: Probleme mit Adoleszenz, zunehmende Unabhängigkeit, erwachende Sexualität
- Reaktualisierung früherer sexueller Traumata,

26

Anorexia nervosa Prädiktoren für ungünstigen Verlauf

- **Erbrechen**
- **Starkes Untergewicht**
- **Frustrane Therapieversuche**
- **Störungen des Familienklimas**
- **Verheiratetsein**

27

Anorexia nervosa/ Verlauf

4 Jahre nach Therapiebeginn:

- 43% gut gebessert**
- 28% mäßig guter Zustand**
- 24% schlechter Zustand**
- 5% verstorben**

Langzeitverlauf nach 20-24 Jahren

Mortalität bis 20%

28

Bulimia nervosa

- ca. 6 500 Frauen im Alter von 20-30 Jahren
- Im Laufe ihres Lebens erkranken etwa 40 000 österr. Frauen an einer Bulimia nervosa

Prävalenz : ca 3%

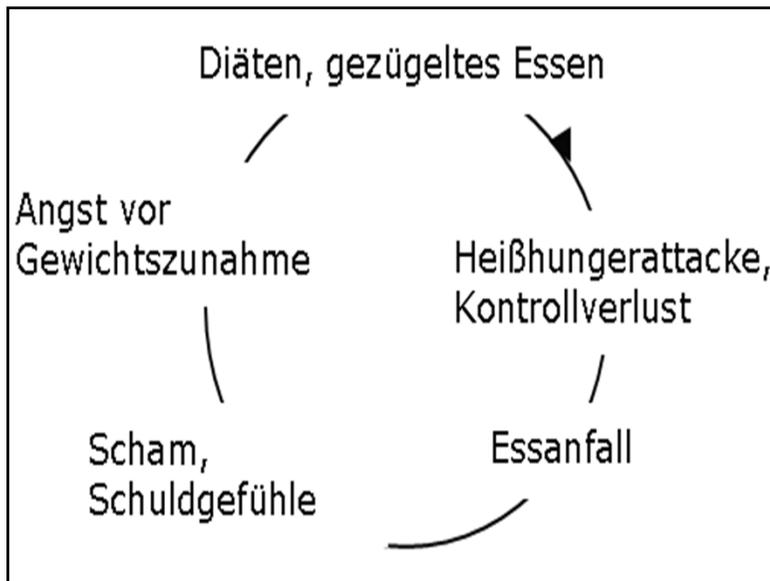
29

Symptome - Bulimia nervosa

(Gröne, 1995; Meermann, 1996)

- Heißhungerattacken - mind.2x/Woche, 3Monate
- Kontrollverlust
- Selbstinduziertes Erbrechen und/oder Abführmittelmißbrauch, strenges Fasten
- Gewichtsschwankungen
- Depression und Selbstentwertung
- Impulskontrollstörungen (Ladendiebstähle, Selbstverletzungen, unkontrolliertes Geldausgeben Alkohol-, Drogenmißbrauch)
- Großer Leidensdruck - Therapiebereitschaft

30



31

Diagnost. Kriterien der Bulimia N

- Kriterium A:** Wiederholte Episoden von Freßattacken, wobei eine Freßattacke sich definiert wie folgt: Verzehr einer erheblich größeren Nahrungsmenge als normal innerhalb von einem Zeitraum von maximal zwei Stunden, begleitet von dem Gefühl, die Kontrolle zu verlieren (Kontrolle über die Menge, Art der Nahrungsmittel wie auch darüber, den Anfall beenden zu können).
- Kriterium B:** unangemessene Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme vorzubeugen
- Kriterium C:** Freßattacken und Kompensationsverhalten bestehen mindestens drei Monate mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 2 Anfällen pro Woche
- Kriterium D:** Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluß auf das Selbstwertgefühl
- Kriterium E:** Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf

32

Bulimia nervosa ICD10

- **Andauernde Beschäftigung mit dem Essen:**
Heißhunger – Essattacken
- **Selbstinduziertes Erbrechen**, Fastenperioden,
Abführmittel, Diuretika
- **Krankhafte Furcht**, dick zu werden
- In der Vorgeschichte **anorektische Episoden**

33



34

Subtypen der Bulimia nervosa

Purging Typ:

Regelmäßig selbstinduziertes Erbrechen,
Laxantien und/oder Diuretikaeinnahme

Non -Purging Typ:

Gewichtsreduktion durch Fasten und/oder
körperliche Betätigung

35

Bulimia nervosa

Personen, die an Bulimia nervosa leiden, sind in der Regel normalgewichtig.
Zwischen den Freßattacken schränken Bulimikerinnen gewöhnlich ihre Kalorienzufuhr ein (Leichtmenüs etc.)

Bei 50 % der Betroffenen finden sich depressive Verstimmungen und Angststörungen.
Substanzmißbrauch (Abführmittel, Alkohol und Stimulantien) ist ebenso häufig zu beobachten.

Ein Drittel aller Patientinnen weist Merkmale einer Persönlichkeitsstörung (insbesondere Borderline-Störung) auf.

36

Bulimia nervosa Erklärungsmodelle

- **Depressionsmodell**
- **Suchtmodell (Wooley und Wooley, 1981)** anfänglich um negative Stimmungszustände zu ändern, dann als Spannungsreduktion, Beruhigung
- **Angstmodell**
- **Konfliktorientiert - psychodynamisches Modell** – Ambivalenz zwischen Zuwendung vs. Abhängigkeit - bzw. eines Reperaturversuchs des ICH's bei gestörter Selbstwertentwicklung
- **Familientherapeutisches Modells**
- **Feministischer Ansatz** gesellschaftlich begründete Ideale

37

Risikofaktoren Bulimia nervosa

- Weibliches Geschlecht (90% Frauen)
- Anorexia nervosa Anamnese (ein Drittel bis Hälfte)
- Diät(erhöht die Wahrscheinlichkeit auf das Achtfache)
- Kindliche Adipositas
- Störung des Serotoninhaushaltes
- Selbstwertproblematik
- Soziale Phobien
- Familie: starkes elterliches Kontrollverhalten, Fehlen von Wärme,
- Körperlicher und sexueller Mißbrauch
- Affektive Störungen
- Alkohol und Essstörungen bei anderen Familienmitgliedern

38

Binge-Eating-Disorder (DSM IV)

Deutliches Leiden wegen der Fressanfälle

Die Fressanfälle treten seit 6 Monaten durchschnittlich 2x Woche auf

Die Fressanfälle sind nicht regelmäßig mit unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen (z.B. Laxantien-abusus, Fasten, Hyperaktivität) assoziiert und treten nicht ausschließlich während einer Episode einer Anorexie oder Bulimie auf.

Prävalenz: 2% Männer häufiger betroffen

39

Binge-Eating-Disorder (DSM IV)

Wiederholte Episoden von Fressanfällen mit Kontrollverlust (innerhalb einer bestimmten Zeitspanne, z.B. zwei Stunden wird eine größere Nahrungsmenge gegessen, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden)

Die Episoden dieser Fressanfälle erfüllen mindestens 3 der folgenden Punkte:

- Wesentlich schnelleres Essen als normalerweise
- Essen bis zu unangenehmen Sättigungsgefühl
- Essen großer Nahrungsmengen ohne Hungergefühl
- Allein Essen aus Verlegenheit (Scham) darüber, so viel zu essen
- Ekelgefühle, Depressionen oder ein schlechtes Gewissen nach dem Überessen

40

Risikofaktoren: Binge Eating Störung

- Sexueller Mißbrauch, physische Vernachlässigung
- Adipositas während Kindheit
- Selbstwertproblematik
- Negative Lebensereignisse
- Geinge soziale Unterstützung
- Mobbing bezüglich Figur, Gewicht, Essverhalten

41

Auslöser für Essstörungen

- **familiäre Schwierigkeiten**
- **Pubertät**
- **Verlust von Bezugspersonen**
- **Schulwechslerl oder Umzug**
- **starke Leistungsorientiertheit**
- **superschlankes Schönheitsidesl**

42

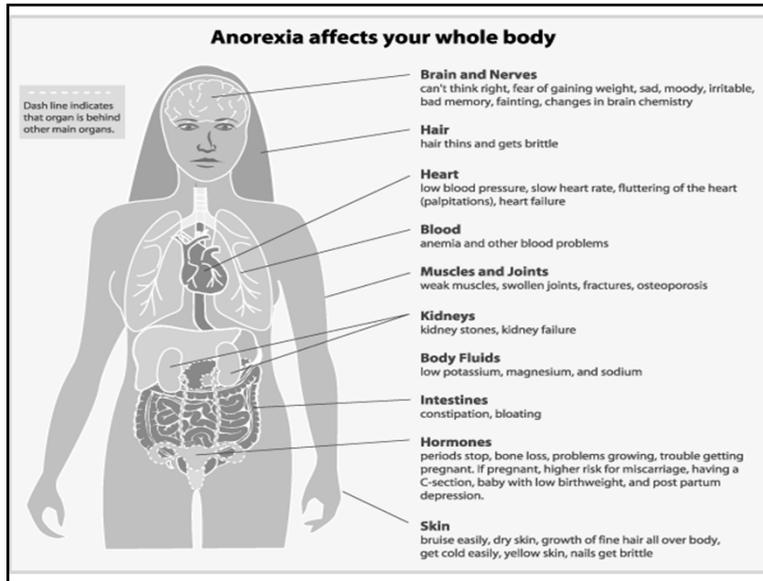


43

Folgen von Essstörungen Starvationssyndrom

- **endokrine Veränderungen: Östrogenmangel, eingeschränkte Fertilität (FSH, LH reduziert)**
- **Obstipation, verlangsamte Magenentleerung,**
- **Kältegefühl, brüchige Nägel, Haarausfall**
- **Osteoporose (Hypocalciämie, Östrogenmangel, Cortisolerhöhung)**
- **Stopp des Längenwachstums**
- **Ödeme , Pericardergüsse,**
- **hämatologische Veränderungen**
- **Leberfermenterhöhungen, Hypercholesterinämie**
- **cerebrale Pseudoatrophie**

44



45

Folgen von Bulimie / Heißhungerattacken

- **Elektrolytveränderungen –**
Herzrhythmusstörungen, Krampfanfälle
- **Störungen im Säure-Basenhaushalt-**
Dehydration, irreversible Nierenschädigung
- **Zahnschäden, Zahnfleischprobleme, Karies**
- **Sialadenose, Ösophagitis, Ulcera, Rhagaden**
- **Hämatemesis, Magenwandperforation, Peritonitis**
- **Narben am Handrücken (Russel's sign)**

46

Transdiagnostisches Modell (Christopher Fairburn, Oxford):

Scharfe Trennung von Anorexie und Bulimie wird aufgehoben
es wird von einem fließenden Übergang ausgegangen.
(30% geht eine Anorexie in eine Bulimie über , manche Menschen leiden unter abwechselnden Phasen)

47

Magersucht und Bulimie als Entwicklungsstörungen

- **Erwachsenwerden:** Magersucht beginnt meist zwischen 13. und 20.Lj.
Angst vor dem Erwachsenwerden, den körperlichen Veränderungen,
- **Sexuelle Entwicklung:** ängstigende sexuelle Wünsche reduziert
- **Ablösung aus dem Elternhaus-**
- **Typische Familiendynamik** konnte nicht nachgewiesen werden,
• problematische Familienstrukturen haben Einfluss auf Verlauf,
- **Selbstwertproblematik:** starke Leistungsorientiertheit, Schwierigkeiten mit Gefühlen wie Wut, Enttäuschung, Langeweile, Empfinden sich oft als minderwertig, vergleichen sich oft in zwanghafter Weise mit anderen,

48

Magersucht und Bulimie als Entwicklungsstörungen

- **Rolle heutiger Schönheitsideale**
 - Eigener Körper wird zum Problemfeld- kann von schwierigen inneren Zuständen ablenken und kurzfristig Halt geben
 - Zunehmende Vermarktung eines immer strengeren Schönheitsideals führten zu Zunahme der Bulimieerkrankungen, nicht der Magersucht
- **Gefahren des World Wide Web**
 - „Pro-Ana“ und „Pro-Mia“ : Ende der 90er Jahre, ab 2002 sprunghafter Anstieg dieser Seiten
 - „Anas Gebote“ :
 - Du sollst nicht essen, ohne Dich schuldig zu fühlen,
 - Dünn sein und nicht zu essen, sind die wahren Zeichen von Kraft und Erfolg
 - egal wie dünn du bist, du könntest noch dünner sein
 - Gesetze, welche Nahrungsmittel gegessen werden können, wie man die Störung verheimlichen kann
 - Bereiche mit Tips und Tricks wie man Hunger aushalten kann
 - Bilder – Vorbilder
 - Gedenkbereich für Leute , die es „geschafft“ haben und gestorben sind

49

- **Ess- Störung als Verhaltensüchte**

Unwiderstehlicher Drang etwas zu sich zu nehmen, verminderte Kontrolle über das eigene Verhalten. Vernachlässigung anderer Interessen.

- **Ess-Störung als Folge sexueller Traumatisierung**

Wahrscheinlichkeit erhöht; Erbrechen, in der Toilette herunterspülen, symbolischer Charakter – Reinigung

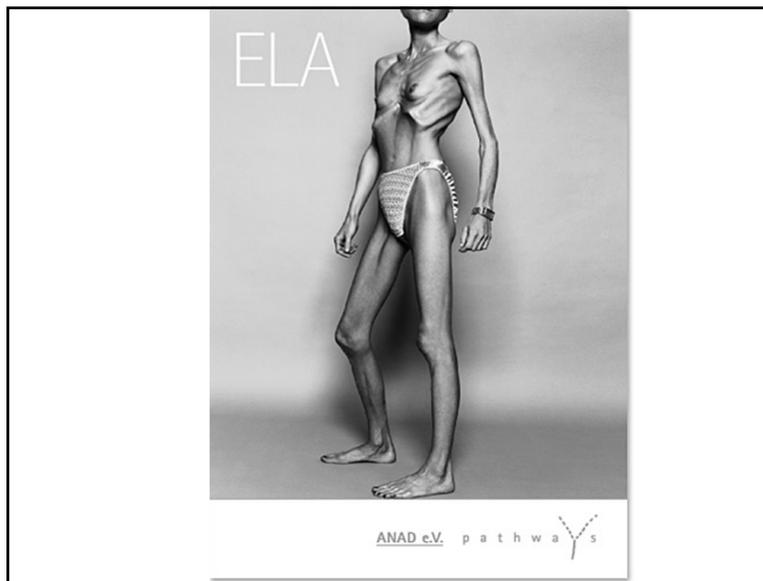
- **Die Rolle von Sport**

Bei Hochleistungssportlern Risiko für Essstörung erhöht(13,5% gegenüber 4,6% bei Menschen ohne Leistungssport)

Zwang körperlich aktiv zu sein,- Hungersituation – Hyperaktivität

80% der Menschen mit Magersucht, 50% mit Bulimie zwingen sich körperlich aktiv zu sein.

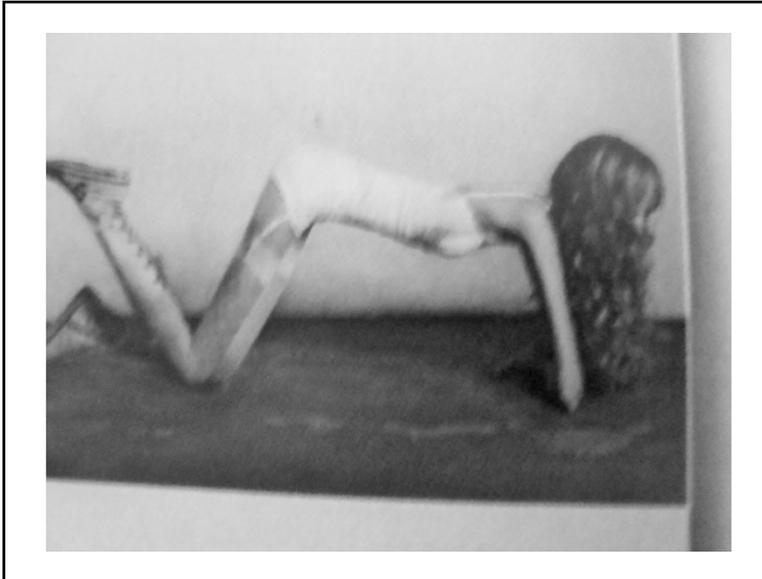
50



51



52



53

Adipositas

Keine Essstörung (deshalb auch im DSM IV nicht klassifiziert)
Psychopathologische Befunde wie Depression, Binge-Eating-Disorder sind Folge der Adipositas, nicht Ursache

Adipositas = Folge aus evolutionsbiologischem Programm und Diätproblem

Korrelation zwischen BMI und Fettverzehr
(hoher Fettverzehr – BMI ↑)

- „Night – Eating Syndrom“: mehr als die Hälfte der Nahrung wird nach dem Abendessen genommen.
- Essen wird benutzt, um negative Befindlichkeiten zu regulieren-

54

Adipositas

- stärkere Außenreizabhängigkeit

Tiefenpsychologisch:

- Ersatz für Zuwendung
- Abwehr von Unlustgefühlen und Gekränktsein
- Regression

55

Therapie der Adipositas

- Verhaltensmanagement
- Ziel: Stabilisierung eines erniedrigten Gewichtes
- Negative Energiebilanz (=Kcal reduzieren)
- Gewichtsreduktion
- Erlernen von “flexibler Kontrolle”

56

Orthorexia nervosa

1997 von Dr. Steve Bratman erstmals beschrieben.

- Streben nach möglichst gesundem Essen
- im Laufe der Erkrankung verbieten sich die Betroffenen immer mehr Lebensmittel, die sie als ungesund einstufen.

57

Orthorexia nervosa

- Stundenlanges Grübeln über Nährwerttabellen
- Prüfen Vitamingehalt ,ev. Schadstoffe, versuchen immer "gesündere" Lebensmittel zu bekommen – auch wenn sie z.B. ihre Hirse in Afrika bestellen müssen
- Fühlen sich allen Personen, die ein normales Essverhalten zeigen, überlegen und verbringen immer mehr Zeit mit der Auswahl und der Zubereitung sowie der Einnahme ihrer Mahlzeiten.
- Vernachlässigen auch ihr soziales Umfeld.

58

Typische Symptome/Anzeichen für Orthorexia nervosa

- Essstörungen :Stundenlanges Nachgrübeln über den Gehalt der aufgenommenen **Nahrungsmittel**
- Mangelernährung
- Gewichtsverlust
- ggf. Zwangsstörung und/oder Persönlichkeitsstörung

59

Orthorexia nervosa: Folgen

- lebensbedrohlichem Gewichtsverlust, ähnlich wie bei der Anorexie
- Im Verlauf Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit und eingeschränkte Leistungsfähigkeit
- Betroffene versuchen, ihr soziales Umfeld **zu missionieren und zu einem gesünderen Essverhalten zu animieren** (Sendungsbewusstsein)
- Soziale Folgen. Oft bringen Betroffene von Orthorexia nervosa zu Feierlichkeiten unter bestimmten Vorwänden ihr eigenes Essen mit, da sie nicht mehr in der Lage sind, an einem gemeinsamen Essen teilzunehmen

60

Orthorexia nervosa: Ursache

- Bedürfnis nach Kontrolle: Kontrolle, die in anderen Lebensbereichen verloren gegangen ist, wird wieder hergestellt.
- Kompensation von Ängsten und allgemeiner Verminderung des Selbstwertgefühls
- Betroffen sind meist gebildete Frauen zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahrzehnt.
- Auslöser oft eine Diät zur Gewichtsreduktion oder eine diätetische Maßnahme im Zusammenhang mit einer (chronischen) Krankheit

61

Orthorexia nervosa- Therapie

- **Krankheitseinsicht**
- Erlernen eines normalen Essverhalten
- Ziel: **Mahlzeiten wieder entspannt erleben und dabei auch genießen können.**
- Sich Gönnen von auch ehemals verbotene Nahrungsmittel, weil sie schmecken.

62

Warnsignale zur Früherkennung von Essstörungen

- Nicht altersentsprechende Gewichtszunahme
- Gewichtsverlust, versteckt den Körper unter weiten Pullovern, Hosen
- Vermeiden das Essen mit Familie, oft jedoch für die ganze Familie gekocht, ohne am Essen teilzunehmen
- Aufnahme von großen Mengen Obst, aber kein Fett , Kohlehydrate
- Sehr langsames Essen, Nahrung in winzige Stücke zerschnitten
- Extreme Aktivität, stundenlanges Joggen, häufig im Fitnesscenter
- Übermäßiges Lernen bei Jugendlichen
- Große Nahrungsmengen verschwinden aus Kühlschrank oder Vorrat
- Toilette mehrmals täglich besetzt, auch nachts
- Laxantien werden wiederholt eingenommen.

63

Essstörungen: Therapiekonzept "Integrative Maltherapie"

- **Therapieangebot**
 - Psychotherapie:
 - Gruppentherapie
 - Einzeltherapie
 - Familientherapie
 - Körperorientierte Therapie
 - Psychopharmakotherapie
- **Diätberatung**
- **Vernetzung des therapeutischen Teams**

64

Medizinisch - medikamentöse Therapie

- Laborkontrollen (Elektrolyte, EKG, Gewicht)
- Antidepressiva (Fluoxetin, Mirtazapin)

65

Therapieschritte im Therapieprozeß

- Auseinandersetzung mit dem Symptom
- Entwicklung eines Problembewußtseins
- Zugang zu verschütteten Gefühlen
- Stabilisierung des Selbstbewußtseins

66

Therapieschritte

I. Phase der Symptombehandlung:

**II. Phase der Darstellung und/oder der
Konfliktaktualisierung:**

III. Stabilisierungsphase:

67

Therapieschritte

I.Phase. Symptombehandlung:

Regulierung des Eßverhaltens

- Diätplanung
- verhaltenstherapeutisch orientiertes
Management: Tagesprotokolle, Skills

68

Dialektisch- behaviorales Grundgerüst

- tägl. Eß - Brechprotokolle
- Verhaltens - und Gefühlsprotokolle
- Spannungsreduzierende Strategien („Skills“)
- Gewichtskontrolle ohne Vorankündigung
- Essen in Gemeinschaft

69

Therapieschritte

II. Phase der Konfliktaktualisierung:

- Auseinandersetzung mit dem Symptom
- Zugang zu verschütteten Gefühlen
- Entwicklung eines Problembewußtseins
 - Identifizierung mit der Frauenrolle
 - Erinnerungen, Erfahrungen der Kindheit
 - aktuelle Probleme

70

Therapieschritte

III. Stabilisierungsphase:

„Heimgeversuche“:

- Identifizieren und Analyse von Triggersituationen
- Überprüfen der Stabilität
- Rückfallsprohylaxe

71

Bulimische Symptomatik :

Ausdruck für

- „verschluckte“ - verdrängte
- unbearbeitete Konflikte
- inadäquate Problemlösungsstrategien

72

Psychopharmaka – therapeutische Effizienz

Anorexia nervosa

Nur Gewichtsrestoration und Psychotherapie sind erfolgversprechend.

Antidepressivagabe günstig bei Begleitdepression bzw. Relapse Prevention (Casper 2002, Zhu 2002, Tamburrino 2002, Santonastaso 2001, Kaye 2001, Peterson 1999, Mauri 1996)

73

Psychopharmaka – therapeutische Effizienz

Bulimia nervosa / Binge Eating Disorder

Antidepressivagabe hat einen günstigen Effekt auf die **Bingeing/Purging Symptomatik** (Casper 2002, Zhu 2002, Peterson 1999, Calandra 1999, Mauri 1996)

74

Zusammenfassung Anorexia nervosa

- Alleinige psychopharmakologische Behandlungsversuche eher frustan.
- Bei depressiven Patienten bewährt sich jedoch eine antidepressive Einstellung, da vielfach erst diese die PatientInnen psychotherapiefähig macht.
- Neuroleptische Therapieversuche erscheinen eher zwecklos.

75

Zusammenfassung

- Bei allen Formen der Essstörungen ist jedoch die Psychotherapie unerlässlich für einen dauerhaften Erfolg.

76