

Yvonne Reusch

SCHEMA- THERAPIE

BEI

Integrativ und
körperorientiert behandeln

ESS- UND KÖRPERBILD- STÖRUNGEN

Kohlhammer

Kohlhammer

Die Autorin



Yvonne Reusch ist Diplom-Psychologin, Psychologische Psychotherapeutin und Dozentin und Supervisorin für Verhaltenstherapie und Schematherapie. Sie gestaltete ein stationäres schematherapeutisches Behandlungskonzept in der Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie des Klinikums am Weissenhof, Weinsberg, mit, in der sie bis 2020 arbeitete. Seit 2020 arbeitet sie niedergelassen in eigener Praxis. Gemeinsam mit Dr. Matias Valente leitet sie das Institut für Schematherapie in Stuttgart.

Yvonne Reusch

Schematherapie bei Ess- und Körperbildstörungen

Integrativ und körperorientiert behandeln

Verlag W. Kohlhammer

Dieses Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Pharmakologische Daten, d. h. u. a. Angaben von Medikamenten, ihren Dosierungen und Applikationen, verändern sich fortlaufend durch klinische Erfahrung, pharmakologische Forschung und Änderung von Produktionsverfahren. Verlag und Autoren haben große Sorgfalt darauf gelegt, dass alle in diesem Buch gemachten Angaben dem derzeitigen Wissensstand entsprechen. Da jedoch die Medizin als Wissenschaft ständig im Fluss ist, da menschliche Irrtümer und Druckfehler nie völlig auszuschließen sind, können Verlag und Autoren hierfür jedoch keine Gewähr und Haftung übernehmen. Jeder Benutzer ist daher dringend angehalten, die gemachten Angaben, insbesondere in Hinsicht auf Arzneimittelnamen, enthaltene Wirkstoffe, spezifische Anwendungsbereiche und Dosierungen anhand des Medikamentenbeipackzettels und der entsprechenden Fachinformationen zu überprüfen und in eigener Verantwortung im Bereich der Patientenversorgung zu handeln. Aufgrund der Auswahl häufig angewandeter Arzneimittel besteht kein Anspruch auf Vollständigkeit.

Die Wiedergabe von Warenbezeichnungen, Handelsnamen und sonstigen Kennzeichen in diesem Buch berechtigt nicht zu der Annahme, dass diese von jedermann frei benutzt werden dürfen. Vielmehr kann es sich auch dann um eingetragene Warenzeichen oder sonstige geschützte Kennzeichen handeln, wenn sie nicht eigens als solche gekennzeichnet sind.

Es konnten nicht alle Rechtsinhaber von Abbildungen ermittelt werden. Sollte dem Verlag gegenüber der Nachweis der Rechtsinhaberschaft geführt werden, wird das branchenübliche Honorar nachträglich gezahlt.

Dieses Werk enthält Hinweise/Links zu externen Websites Dritter, auf deren Inhalt der Verlag keinen Einfluss hat und die der Haftung der jeweiligen Seitenanbieter oder -betreiber unterliegen. Zum Zeitpunkt der Verlinkung wurden die externen Websites auf mögliche Rechtsverstöße überprüft und dabei keine Rechtsverletzung festgestellt. Ohne konkrete Hinweise auf eine solche Rechtsverletzung ist eine permanente inhaltliche Kontrolle der verlinkten Seiten nicht zumutbar. Sollten jedoch Rechtsverletzungen bekannt werden, werden die betroffenen externen Links soweit möglich unverzüglich entfernt.

1. Auflage 2026

Alle Rechte vorbehalten

© W. Kohlhammer GmbH, Stuttgart

Gesamtherstellung: W. Kohlhammer GmbH, Heßbrühlstr. 69, 70565 Stuttgart
produktusicherheit@kohlhammer.de

Print:

ISBN 978-3-17-045834-5

E-Book-Formate:

pdf: ISBN 978-3-17-045835-2

epub: ISBN 978-3-17-045836-9

Geleitwort

von Susan Simpson

Die Schematherapie (ST) wird zunehmend als vielversprechender Behandlungsansatz für Erwachsene mit Essstörungen anerkannt, insbesondere für Patientinnen und Patienten mit komplexen Störungsbildern und lange bestehenden Beeinträchtigungen. Mit ihrem Fokus auf frühe maladaptive Schemata, traumabezogene Bewältigungsstrategien und einem differenzierten Verständnis von Schemamodi bietet die ST einen wirkungsvollen Rahmen, um tief verankerte emotionale und relationale Muster zu bearbeiten, die Essstörungen häufig zugrunde liegen. Während die Evidenz für ST in diesem Bereich stetig wächst, haben Klinikerinnen und Kliniker seit Langem nach einer praxisnahen, strukturierten und klinisch fundierten Ressource gesucht, die diese Konzepte im therapeutischen Alltag lebendig werden lässt.

Ich freue mich sehr, dass meine Kollegin Yvonne Reusch dieses durchdachte und bedeutsame Buch verfasst hat. *Schematherapie bei Ess- und Körperbildstörungen* bietet Therapeutinnen und Therapeuten einen umfassenden, einfühlsamen und hochgradig anwendungsorientierten Leitfaden für die Arbeit mit erwachsenen Klientinnen und Klienten über das gesamte Spektrum von Essörungsbildern hinweg. Weit über eine rein theoretische Darstellung hinausgehend vermittelt das Buch eine detaillierte Schritt-für-Schritt-Anleitung zur Anwendung erlebnisaktivierender schematherapeutischer Techniken bei den häufigsten Herausforderungen dieser Patientengruppe – von rigidem Perfektionismus, emotionaler Überkontrolle und Impulsivität bis hin zu Selbstkritik, Vermeidung und ausgeprägter Körperbildproblematik.

Eine der großen Stärken des Buches liegt in seinem Fokus auf die Modusarbeit – nicht nur als konzeptuelle Perspektive, sondern als handlungsleitende Grundlage der Therapie. Anhand reichhaltiger klinischer Beispiele, Stühledialoge und Rescripting-Strategien wird gezeigt, wie strafende und fordernde Kritikermodi, die essgestörtes Verhalten aufrechterhalten, direkt bearbeitet werden können, während zugleich der Gesunde Erwachsenenmodus gestärkt und der Kontakt zu verletzlichen, vernachlässigten Anteilen des Selbst wiederhergestellt wird. Die Arbeit ist in einer mitfühlenden Haltung verankert, die weder mit der Essstörung kolludiert noch die Patientin oder den Patienten überfordert, sondern einen klaren Weg zu emotionaler Verbundenheit, Verhaltensänderung und innerer Sicherheit aufzeigt.

Besonders hervorzuheben ist, dass dieses Buch eines der bislang detailliertesten schematherapeutischen Rahmenmodelle zur Behandlung von Körperbildstörungen bietet – einem zentralen, in der Essstörungsbehandlung jedoch häufig vernachlässigten Bereich. Der strukturierte, mehrphasige Ansatz zur Spiegel- und Videoexposition ist sorgfältig in das übergeordnete schematherapeutische Modell

integriert und wird durch klare klinische Hinweise zu Tempo, emotionaler Sicherheit und modussensibler Anpassung ergänzt. Therapeutinnen und Therapeuten werden diesen Abschnitt als äußerst wertvoll erleben, um Patientinnen und Patienten dabei zu unterstützen, sich von Scham und Selbstverachtung hin zu Neugier, Selbstbehauptung und Selbstakzeptanz zu entwickeln.

Neben der Einzeltherapie enthält das Buch zudem praxisnahe Instrumente zur Diagnostik, Therapieplanung und zum Umgang mit häufigen therapeutischen Blockaden. Es greift flexibel Elemente aus der sogenannten Dritten Welle der Verhaltenstherapie, körperorientierten Verfahren und der traumasensiblen Versorgung auf, die zu einem kohärenten schematherapeutischen Modell zusammengeführt werden, das gezielt auf die Bedürfnisse erwachsener Menschen mit Essstörungen zugeschnitten ist.

Dieses Werk stellt einen dringend benötigten Beitrag für das Fachgebiet dar – nicht nur für Schematherapeutinnen und -therapeuten, sondern für alle Klinikerrinnen und Kliniker, die einen tiefergehenden, integrativen Ansatz zur Behandlung von Essstörungen suchen. Das Buch ist klinisch fundiert, inhaltlich reichhaltig und vor allem zutiefst menschlich. Es bietet sowohl eine Landkarte als auch einen Kompass für die Arbeit mit Menschen, deren Schwierigkeiten im Umgang mit Essen und Körper in einer Geschichte emotionaler Abkopplung, unerfüllter Bedürfnisse und überlebenssichernder Anpassungen wurzeln.

Ich empfehle dieses Buch nachdrücklich als unverzichtbare Begleitung für Therapeutinnen und Therapeuten, die über reine Symptombehandlung hinausgehen und echte, nachhaltige Veränderung unterstützen möchten – hin zu einem mitfühlenderen, verkörperten und authentischeren Selbst.

Dr. Susan Simpson, DCLinPsych
Consultant Clinical Psychologist
Schema Therapy Scotland

Dezember 2025

Geleitwort

von Eckhard Roediger

Warum ist dieses Buch lesenswert? Zugegeben, es gibt bereits viele Bücher über die Behandlung von Essstörungen, besonders mit verhaltenstherapeutischem Schwerpunkt. Aber die Behandlungsergebnisse sind nicht sehr positiv und Rückfälle häufig (besonders bei der anorektischen Form). Warum ist das so?

Wir Menschen, die Schematherapie machen und mögen, denken, dass das auch daran liegt, dass Menschen mit Essstörungen hinter den klinischen Symptomen häufig auch so etwas wie eine Persönlichkeitsstörung haben – seien es die zwänglichen Züge bei der Anorexie, die fast gegensätzlich wirkende emotionale Instabilität und Impulsivität bei der Bulimie oder der verdeckte Ärger aufgrund frustrierter Grundbedürfnisse in der Kindheit bei der Adipositas. Obwohl diese Präsentationen auf der »vorderen Bühne« so unterschiedlich sind, lassen sich doch alle als Zusammenspiel zwischen emotionalen Aktivierungen und internalisierten Bewertungsmustern auf der »hinteren Bühne« konzeptualisieren. Von daher glauben wir, dass eine schematherapeutische Behandlungskomponente ein tieferes, biographisch fundiertes Verständnis schaffen und damit den Zugang zu Menschen mit Essstörungen erleichtern und non-response bzw. Abbrüchen vorbeugen kann. Denn wer sich verstanden und angenommen fühlt, fasst leichter Vertrauen und arbeitet in der Therapie auch besser mit. Die schematherapeutische Beziehungsgestaltung mit der Idee einer »begrenzten Nachbeelterung« zeigte in eine Metaanalyse mit 111 Studien und 9100 Probandinnen mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen die höchsten Haltequoten unter allen Therapiemethoden (Arntz et al. 2022). Und Yvonne Reusch ist eine Meisterin dieser Beziehungsgestaltung!

Das bringt mich zu den besonderen Vorzügen dieses Buches. Wer die Transkripte liest, wird sofort das tiefe Verständnis und das Mitgefühl der Autorin für diese therapeutisch sehr herausfordernde Klientel spüren. Aus meiner eigenen Arbeit mit anorektischen Patientinnen in der Klinik Havelhöhe weiß ich, dass diese Menschen genau diese Wärme und Zuwendung brauchen, um aus ihrer – ganz metaphorisch gesprochen – »inneren Erkaltung« herauszufinden. Die schematherapeutische Beziehungsgestaltung muss ihre große Unterstützung und Zuwendung aber mit einer Fähigkeit zu »empathischer Konfrontation« ausbalancieren, damit die Therapien nicht »versanden« oder die Behandelnden gar dysfunktionales Verhalten stabilisieren. Und diese Balance gelingt der Autorin ausgesprochen glaubwürdig. Dazu trägt auch die Bereitschaft zur authentischen Selbstoffenbarung bei, die ein weiteres Merkmal der schematherapeutischen Haltung »auf Augenhöhe« ist, die bereits Jeffrey Young, der Begründer der Schematherapie, in seinen Videos zeigt.

Darüber hinaus schafft das Buch eine sehr gelungene Balance von wissenschaftlicher Fundierung und punktgenauer klinischer Praxis, ohne sich zu sehr im Bemühen um Vollständigkeit oder zu viele Details zu verlieren. Der Schreibstil ist erfrischend lebendig, bodenständig und immer präzise. Da ist nichts gekünstelt, ausschweifend oder vage. Alle wesentlichen Essstörungen werden in ihrem spezifischen Charakter prägnant erfasst und beschrieben und in einen schematherapeutisch erweiterten Gesamtbehandlungsplan eingebettet – jeweils veranschaulicht und zum Leben erweckt durch zahlreiche Fallbeispiele und Vignetten. Viele konkrete Formulierungsvorschläge (in kursiver Schrift leicht zu finden) und Transkripte erleichtern die Umsetzung. Die Darstellung des Schema-Modus-Modells bleibt angemessen kurz. Dafür gibt es andere Bücher.

So entsteht Raum für eine körpertherapeutische Erweiterung der Arbeit. Da viele Menschen mit Essstörungen auch eine schlechte Beziehung zu ihrem Körper haben, ist das ein sehr belebender Beitrag, der den Bezug zum Hier und Jetzt entscheidend verbessert. Damit integriert die Autorin vieles von dem, was sie in der persönlichen Arbeit mit George Downing gelernt hat, stimmig in ihr Gesamtkonzept. Neben einer metakognitiven Haltung, die sie ebenfalls einbezieht, erweitert sie so das Interventionsspektrum und die Tiefe, in der sie die Menschen erreicht und berührt, erheblich. Und genau auf dieses Gefühl, als Mensch umfassend gesehen, »gefühlt« und angenommen zu werden, kommt es bei dieser Arbeit an. Ein besonderer Höhepunkt des Buches ist für mich die Arbeit an den Verzerrungen des Körperbildes und der entsprechenden Bewertungen vor dem Spiegel. Das stellt eine gelungene, kreative Anpassung der schematherapeutischen Stuhlarbeit an diese Symptomatik dar, die es bisher nicht gab. Darin zeigt sich die große Kreativität der Autorin.

Kurz gesagt: Das Buch liefert meiner Meinung nach in sehr kompakter Weise genau das, was für eine schematherapeutisch erweiterte Arbeit mit Essstörungen wichtig ist. Neben dem englischsprachigen Buch von Susan Simpson ist es das einzige deutschsprachige Buch, das das leistet. Damit stellt es für mich die perfekte Ergänzung für verhaltenstherapeutisch geschulte Therapeutinnen und Therapeuten dar, die eine Erweiterung ihres therapeutischen Handwerkszeuges und Hilfe bei der Beziehungs- und Therapiegestaltung mit dieser herausfordernden Klientel suchen. Viel Freude beim Lesen und Erfolg beim Umsetzen,

Dr. med. Eckhard Roediger
Leiter des Instituts für Schematherapie-Frankfurt (IST-F)

Januar 2026

Literatur

Arntz, A., Mensink, K., Cox, W., Verhoef, R., van Emmerik, A., Rameckers, S. A., Badenbach, T. & Grasman, R. (2023). Dropout from psychological treatment for borderline personality disorder: a multilevel survival meta-analysis. *Psychological Medicine*; 53, 668–686. <https://doi.org/10.1017/S0033291722003634>

Inhalt

Geleitwort	5
<i>von Susan Simpson</i>	
Geleitwort	7
<i>von Eckhard Roediger</i>	
Verzeichnis der Übungen	13
Verzeichnis der Zusatzmaterialien	14
1 Einleitung	15
1.1 Zielsetzung	16
1.2 Diagnose Essstörung – ein Überblick	17
1.2.1 Prävalenz, Verlauf und Prognose	22
1.2.2 Leitliniengemäße Behandlung	24
1.3 Schematherapie in der Dritten Welle der Verhaltenstherapie – Ein Überblick	25
1.3.1 Schemabegriff nach Young	25
1.3.2 Schemabewältigung nach Young	27
1.3.3 Schemata, Schemabewältigung und Schemamodi	28
1.3.4 Das dimensionale Modusmodell und die Erweiterung um die Körperebene	31
1.3.5 Schematherapeutische Behandlung	34
1.4 Schematherapie bei Essstörungen: Allgemeine Überlegungen und erste Befunde zur Wirksamkeit	38
2 Exploration, Diagnostik und Behandlungsauftrag	41
2.1 Therapeutische Haltung	41
2.1.1 Anorexia nervosa: Wenn es sich gut anfühlt, ist es Bewältigung	42
2.1.2 Bulimia nervosa: Impulsivität ist nicht das Problem	43
2.1.3 Binge-Eating: Auf den BMI pfeifen	45
2.2 Therapieplanung	47
2.2.1 Ernährungsberatung, Mahlzeitendokumentation, Therapieverträge und Gewichtskontrolle	52

2.2.2	Symptomspezifische/klassisch kognitiv-verhaltenstherapeutische oder schematherapeutische Behandlung?	57
2.3	Modusmodell und Behandlungsplan	63
2.3.1	Anorexia nervosa: Perfektionismus, Kontrollbedürfnis und übermäßiges Kontrollieren im Modusmodell	68
2.3.2	Bulimia nervosa: Wenn zumindest ein Modus die Regeln zum Kotzen findet	72
2.3.3	Binge-Eating: Essen als Ruheinsel	76
3	Arbeit auf der vorderen Bühne: Das Symptom als Überlebensstrategie	80
3.1	Erfassen der individuellen zentralen Faktoren	80
3.2	Techniken zur Erhöhung von Achtsamkeit und Selbstregulation	84
3.3	Schematherapeutische Verhaltensanalysen	89
3.4	Stühledialoge zum Umgang mit dysfunktionaler Bewältigung	95
3.4.1	Streben nach Perfektion: Umgang mit überkompensatorischer Bewältigung bei Anorexia nervosa vom restriktiven Typ	95
3.4.2	Hunger nach Ablenkung, Ruhe und Genuss: Umgang mit dem Selbstberuhigungsmodus	100
3.4.3	Weg mit den unangenehmen Empfindungen: Umgang mit passiver Vermeidung	102
3.4.4	Lebensmotto: »Sei wie das Veilchen im Moose, bescheiden, sittsam und rein«: Umgang mit Selbstaufopferung	103
3.4.5	Trotzköpfe kommen weiter: Umgang mit passiv-aggressiver Vermeidung	108
4	Arbeit auf der hinteren Bühne – Reinszenierungen, innere Dialoge und Handlungsimpulse modifizieren	113
4.1	Expositionen bei Essstörungen in der Schematherapie	113
4.1.1	Exposition mit subjektivem »Überessen« oder Essen »verbotener« Nahrungsmittel mit anschließendem Imagery Rescripting	113
4.1.2	Stühledialoge während der Exposition in vivo bei Essstörungen	115
4.1.3	Stühledialoge nach Aktivierung essstörungsspezifischer Kognitionen	120
4.1.4	Stärken der Selbstbehauptungskompetenzen gegenüber verinnerlichter Selbstkritik und Selbstabwertung	125

4.1.5	Versorgung emotional vernachlässigter Kindmodi durch Imagination	127
4.1.6	Umgang mit impulsiven Kindmodi	130
4.1.7	Imaginatives Überschreiben bei komorbider Posttraumatischer Belastungsstörung	134
5	Körperbildstörungen	136
5.1	Diagnostik und allgemeines Störungsbild	137
5.2	Schematherapeutisches Störungsmodell	141
5.3	Überblick der Behandlungsansätze	145
5.4	Schematherapeutische Behandlung	148
5.4.1	Vorbereitung	149
5.4.2	Phase 1: Exposition	150
5.4.3	Phase 2: Übung der Defusion	154
5.4.4	Phase 3: Neuorientierung	156
6	Loslassen – Stärken des Gesunden Erwachsenenmodus	159
6.1	Ich kann das aber nicht aushalten: Techniken zur Förderung von Akzeptanz bei Essstörungen	162
6.1.1	Aus einem »Aber« ein »Und« werden lassen	163
6.1.2	Dem Erleben den Raum öffnen	164
6.1.3	Das »Ich kann nicht« entmachten	167
6.2	Aus »Es ist halt so!« Wahlmöglichkeiten entwickeln: Techniken zur Defusion	169
6.3	Ressourcen stärken	172
6.4	Abschied: Auch, wenn es noch nicht gut ist, ist es trotzdem das Ende	173
6.5	Zum Abschluss ein Blick in den Spiegel: Wie ist es um unseren eigenen Gesunden Erwachsenenmodus bestellt?	176
	Literatur	180
	Stichwortverzeichnis	187
	Zugang zu den Zusatzmaterialien	189

Verzeichnis der Übungen

- Übung 1: Stühledialog zur Exploration und Auflösung von Ambivalenz zu Beginn des Therapieprozesses
- Übung 2: Unterbrechung von Moduszirkeln in der therapeutischen Dyade
- Übung 3: Erstellen des Modusmodells
- Übung 4: Von der Selbstbeobachtung zur Bedingungsanalyse
- Übung 5: Verhaltensanalyse mit Moduskarten
- Übung 6: Modusbewusstheit aus der Verhaltensanalyse erarbeiten
- Übung 7: Herausarbeiten der Funktion eines aktivierten Perfektionistischen Überkontrollierer-Modus
- Übung 8: grounding zur Einnahme einer erwachsenen Perspektive
- Übung 9: Perspektivwechsel, Arbeit auf der hinteren Bühne und empathische Konfrontation
- Übung 10: Empathische Konfrontation des Distanzierten Beschützermodus im Stehen (nach Interview und grounding-Übung)
- Übung 11: Empathische Konfrontation bei selbstaufopfernden Bewältigungsmodi
- Übung 12: Empathische Konfrontation des Ärgerlichen Beschützermodus
- Übung 13: Dosierte Selbstöffnung
- Übung 14: Förderung von Achtsamkeit für Modusaktivierung
- Übung 15: Stühledialog während einer Exposition in vivo
- Übung 16: Stühledialoge mit Einbezug der Körperebene
- Übung 17: Behauptung gegenüber Kritiker-/Antreiber-/Strafermodi im Rahmen der Stühledialoge aktivieren
- Übung 18: Regulation des impulsiv-undisziplinierten Kindmodus auf körperlicher Ebene
- Übung 19: Den Körper in eine erwachsene Haltung finden lassen
- Übung 20: Aus einem »Aber« ein »Und« machen
- Übung 21: Dem Erleben den Raum öffnen
- Übung 22: Verantwortungsübernahme einfordern
- Übung 23: Übung zur Erhöhung von Akzeptanz aversiven Erlebens
- Übung 24: Ressourcenpunkt

Verzeichnis der Zusatzmaterialien

Hinweis zu den Zusatzmaterialien

Den Weblink, unter dem Sie alle im Text erwähnten zusätzlichen Onlinematerialien¹ erhalten, finden Sie am Ende des Buches.

- Mahlzeitenprotokoll
- Verhaltensanalyse
- Modusanalyse
- Therapievertrag mit Gewichtszunahme (Muster)
- Therapievertrag mit Gewichtskorridor (Muster)
- Modusprotokoll
- Gefühls- und Gedankenprotokoll

1 Wichtiger urheberrechtlicher Hinweis: Alle zusätzlichen Materialien, die im Download-Bereich zur Verfügung gestellt werden, sind urheberrechtlich geschützt. Ihre Verwendung ist nur zum persönlichen und nichtgewerblichen Gebrauch erlaubt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechts ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und für die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

1 Einleitung

Wie andere psychischen Störungen auch, werden Essstörungen in ihrem Wesen durch ein Zusammenwirken biologischer, psychologischer und sozialer Bedingungen verursacht. In der Beurteilung der Grenzen »normalen« Essens und »normaler« Körperformen spiegeln sich gesellschaftliche Prozesse wider, die wiederum medizinische Diskurse beeinflussen (wie z. B. die Festlegung der Spanne des Body-Mass-Index [BMI], die als »normal« definiert wird). Während sich der reale BMI in der Gesellschaft durch unser bestehendes Nahrungsangebot eher erhöht, bleibt Schlankheit ein Ideal. Das sieht man aktuell z. B. wieder am Beispiel des Hashtags #skinnytok oder auch an der aus den 1990er Jahren bekannten und wieder häufiger verbreiteten Aussage eines damaligen Supermodels »Nichts schmeckt so gut, wie sich Dünnsein anfühlt« (Kate Moss in einem Interview im November 2009 »nothing tastes as good as skinny feels«²). Damit wird eine immer größere Lücke zwischen Realität und Ideal, Ist- und vermeintlichem Soll-Zustand geschaffen. Dies ist einer von mehreren Faktoren, die dazu beitragen, dass die Prävalenz und Inzidenz von Essstörungen, vor allem im jungen Alter, deutlich gestiegen ist. Laut einer im Deutschen Ärzteblatt (Ausgabe 10/2025) veröffentlichten Untersuchung der Kaufmännischen Krankenkasse (KKH) gab es vor allem bei 12- bis 17-jährigen Mädchen zwischen 2020 und 2021 einen Anstieg um mehr als 30%. Einer der Gründe ist den Autoren zufolge neben der Pandemie die Flut von Bildern vermeintlich makelloser Menschen auf Social-Media-Plattformen.

Zu den häufigsten Essstörungen zählen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-Eating-Störung und vermeidend-restriktive Essstörung. Diese Störungen können mit Gewichtsveränderungen, Elektrolytstörungen (z. B. Hyponatriämie, Hypokaliämie), Bradykardie, Störungen der Fortpflanzungshormone (z. B. verminderter Estradiolspiegel bei Frauen) und verminderter Knochendichte einhergehen. Personen mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung weisen im Laufe ihres Lebens im Vergleich zu nicht-essgestörten Menschen häufiger depressive Erkrankungen auf und versuchen häufiger, sich das Leben zu nehmen. Die Mortalitätsrate von Patientinnen mit Anorexia nervosa wird als fast sechsmal höher als bei gleichaltrigen Personen ohne Anorexia nervosa angegeben, wobei 25% der Todesfälle bei Anorexia nervosa auf Suizid zurückzuführen sind (Attia & Walsh, 2025).

Die Untersuchungen zu Essstörungen im Vergleich zu anderen psychischen Störungen mit vergleichbaren Prävalenzen werden als unterrepräsentiert einge-

2 <https://www.com/beauty-industry-news/beauty-features/feature/kate-moss-the-waif-that-roared-2367932-1410207/>

schätzt (Halbeisen, Laskowski, Brandt, Waschescio & Paslakis, 2024), vor allem betrifft dies männliche und Transgender-Untersuchungspersonen.

1.1 Zielsetzung

Das vorliegende Buch soll zu einer Verbesserung des Behandlungsangebots einer trotz vieler Gemeinsamkeiten heterogenen Gruppe von Störungsbildern beitragen, die schwerwiegende Erkrankungen mit psychischen, somatischen und sozialen Folgen darstellen und daher wirksamer Behandlung bedürfen. Weil sowohl Patient:innen- als auch Behandler:innenseite überwiegend aus weiblichen und weiblich gelesenen Personen bestehen, werden im Folgenden zur Vereinfachung ausschließlich die femininen Begriffe für Patient:innen und Therapeut:innen verwendet. Gemeint sind ausdrücklich neben weiblichen auch männliche bzw. diversgeschlechtliche Personen. Ich habe versucht, die Vielfalt in Fallbeispielen zu würdigen.

Das Buch stellt eine Sammlung von Antworten auf Fragen dar, die immer wieder in Seminaren und Supervisionen auftauchen und ist als eine Art Werkzeugkasten gedacht, den Sie im Verlauf Ihrer Behandlung verwenden können, wenn Sie ein einzelnes oder mehrere Werkzeuge benötigen. Das vorliegende Werk, die theoretischen Konzepte und die daraus abgeleiteten Techniken werden tiefenpsychologische und analytische Kolleginnen dem Verfahren der Kognitiven Verhaltenstherapie (KVT) zuordnen, deren Wirksamkeit bei Essstörungen belegt werden konnte (AWMF, 2018) und im Erwachsenenalter bei Bulimia nervosa und Binge-Eating anderen Verfahren gegenüber als überlegen eingeschätzt wird. Verhaltenstherapeutinnen wiederum werden merken, dass in dieses Buch viele Elemente (Konstrukte, Haltungen, Techniken etc.) aus den sogenannten Dritte-Welle-Verfahren insgesamt eingeflossen sind, die eine integrative und »moderne« schematherapeutische Behandlung schaffen. Eine Besonderheit stellt der Einbezug der Körperebene in alle Phasen des Therapieprozesses und in die konzeptionellen Überlegungen dar, den ich in meinem therapeutischen Arbeiten und meiner therapeutischen Haltung (wortwörtlich!) nicht mehr missen mag und der seine Wurzeln in der Körperorientierten Psychotherapie nach George Downing (2007) hat. Zum Einstieg finden Sie in diesem Kapitel einen kurzen Überblick zu den häufigsten Störungsbildern, die als »Essstörungen« bezeichnet werden, sowie zur Schematherapie und zur Anwendung von Schematherapie in der Diagnostik und Behandlung von Essstörungen.

In den weiteren Kapiteln finden Sie eine Vielzahl an Techniken, die im Verlauf einer schematherapeutischen Behandlung hilfreich sind. Die Ordnung der Kapitel kann eine zeitliche Abfolge einer Behandlung spiegeln, ist aber keine verbindliche Empfehlung dafür. Aus einem eher kontextuell- und prozessorientierten Denken heraus, das in der modernen Form der Schematherapie einen großen Einfluss hat, würde das wenig Sinn ergeben.

Das hier vermittelte Verständnis der Essstörungssymptomatik gründet in weiten Teilen auf dem kognitiv-behavioralen Erklärungsmodell von Christopher Fairburn (Fairburn, Shafran & Cooper, 2003). Dieses Modell bildet die theoretische Grundlage für die evidenzbasierte CBT-E (Enhanced Cognitive Behavioral Therapy). Die zentrale Annahme ist, dass die überwertige Bedeutung von Figur, Gewicht und deren Kontrolle für das Selbstwertgefühl der zentrale psychologische Mechanismus ist, der alle Formen von Essstörungen antreibt. Die Elemente einer CBT-E fokussieren daher die Behandlung von Perfektionismus, die Bearbeitung von interpersonellen Problemen, Toleranzentwicklung gegenüber negativen Gefühlen und die Veränderung des negativen Selbstbilds. Im Rahmen einer CBT-E werden die einzelnen Interventionen dabei individuell für Patientinnen ausgewählt und wie in einem Baukastensystem zusammengestellt. Genau so sind die Übungen und Interventionen, die in diesem Buch beschrieben werden, gedacht.

1.2 Diagnose Essstörung – ein Überblick

Eine Essstörung wird gewöhnlich dann bei einem Menschen diagnostiziert, wenn dessen Essverhalten, die aufgenommene Menge an Nahrung bzw. das resultierende Gewicht als abweichend von der Norm eingestuft wird und dies zu Leidensdruck und oder gravierenden physischen, psychischen und oder sozialen Beeinträchtigungen führt. Die elfte Revision der Internationalen statistischen Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme (ICD-11) der Weltgesundheitsorganisation WHO (WHO, 2022) wird wesentliche Neuerungen für das Kapitel Essstörungen bringen. Die ICD-11 vollzieht die bereits im *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition* (DSM-5; APA, 2015) vorgegebene Zusammenfassung von Fütter- und Essstörungen zu einer übergeordneten Kategorie und wird damit der Berücksichtigung der gesamten Lebensspanne für psychische Störungen gerecht, die überwiegend mit der Nahrungsaufnahme zusammenhängen. Dieser Ansatz der ICD 11 trägt der Tatsache Rechnung, dass Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen in der Regel anhand von Kriterien für Erwachsene diagnostiziert werden können. Allgemein gibt es zunehmend Hinweise darauf, dass viele psychische Störungen, die bei Erwachsenen auftreten, bereits in der Kindheit oder Jugend beginnen (Garralda, 2025). Die Binge-Eating-Störung wurde als separate Diagnose aufgenommen und muss nicht länger als »nicht näher bezeichnete Essstörung« klassifiziert werden. Die »Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme« (Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder, ARFID) wurde ebenfalls als neue Diagnose aufgenommen. Diese wird definiert durch folgende Kriterien (WHO, 2022):

Diagnosekriterien der Avoidant-Restrictive Food Intake Disorder (6B83) in der ICD-11³ (WHO, 2022)

Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme, die zu einem oder beiden der folgenden Punkte führt:

- Die Aufnahme einer unzureichenden Menge oder Vielfalt an Nahrung, um den Energie- oder Nährstoffbedarf angemessen zu decken, was zu einem signifikanten Gewichtsverlust, klinisch bedeutsamen Nährstoffmängeln, einer Abhängigkeit von oralen Nahrungsergänzungsmitteln oder Sondenernährung geführt hat oder die körperliche Gesundheit der betroffenen Person anderweitig negativ beeinflusst hat.
- Eine erhebliche Beeinträchtigung in persönlichen, familiären, sozialen, schulischen, beruflichen oder anderen wichtigen Funktionsbereichen (z.B. aufgrund von Vermeidung oder Belastung im Zusammenhang mit der Teilnahme an sozialen Situationen, die mit Essen verbunden sind).

Das Essverhalten ist *nicht* durch eine Beschäftigung mit Körpergewicht oder Körperform motiviert.

Die eingeschränkte Nahrungsaufnahme und der daraus resultierende Gewichtsverlust (oder das Ausbleiben einer altersentsprechenden Gewichtszunahme) oder andere Auswirkungen auf die körperliche Gesundheit bzw. damit verbundene funktionelle Beeinträchtigungen sind *nicht* auf mangelnde Verfügbarkeit von Nahrung zurückzuführen, stellen *keine* Manifestation einer anderen medizinischen Erkrankung (z. B. Nahrungsmittelallergien, Hyperthyreose) oder psychischen Störung dar und sind *nicht* Folge der Wirkung einer Substanz oder eines Medikaments, einschließlich Entzugserscheinungen.

Obwohl sich Patientinnen mit ARFID und Anorexia nervosa im Aspekt und im Essverhalten ähneln können, ist die Motivation der eingeschränkten Nahrungsaufnahme sehr verschieden: Während die Patientin mit einer ARFID z. B. Konsistenzen aus Angst vor der Auslösung von Würgereflexen vermeidet, steht Gewichtsabnahme und/oder Verhinderung der Gewichtszunahme im Fokus einer anorektischen Essstörung. Bei manchen Personen, die zunächst mit ARFID diagnostiziert wurden, können im Verlauf der Behandlung – wenn sie beginnen, ihr Essverhalten zu verändern und an Gewicht zuzunehmen – deutlichere gewichts- oder figurbezogene Sorgen auftreten. In solchen Fällen kann es angemessen sein, die Diagnose in Anorexia nervosa zu ändern, sofern alle diagnostischen Kriterien erfüllt sind.

3 Diese und alle folgenden Auszüge aus der ICD-11 sind ins Deutsche übersetzt von Yvonne Reusch aus der ICD-11: International Classification of Diseases, 11th Revision, 2022. Die WHO ist nicht verantwortlich für den Inhalt oder die Richtigkeit dieser Übersetzung. Im Falle von Unstimmigkeiten zwischen der englischen Fassung und der Übersetzung ist die englische Originalfassung die verbindliche und authentische Fassung.