

Zweitveröffentlichung



Peters, Kathrin; Peters, Jan H.; Wolstein, Jörg; Rauh, Elisabeth

Weiterführung von Bewältigungsstrategien bei Anorexia nervosa : Wie können Betroffene den Bewältigungsverlauf positiv beeinflussen?

Datum der Zweitveröffentlichung: 14.11.2025

Verlagsversion (Version of Record), Zeitschriftenartikel

Persistenter Identifikator: urn:nbn:de:bvb:473-irb-111316x

Erstveröffentlichung

Peters, Kathrin; Peters, Jan H.; Wolstein, Jörg; Rauh, Elisabeth (2026): Weiterführung von Bewältigungsstrategien bei Anorexia nervosa : Wie können Betroffene den Bewältigungsverlauf positiv beeinflussen?, in: Die Psychotherapie, Berlin ; Heidelberg: Springer Medizin, Jg. 71, Nr. 2, S. 137–144, doi: 10.1007/s00278-025-00813-1.

Rechtehinweis

Dieses Werk ist durch das Urheberrecht und/oder die Angabe einer Lizenz geschützt. Es steht Ihnen frei, dieses Werk auf jede Art und Weise zu nutzen, die durch die für Sie geltende Gesetzgebung zum Urheberrecht und/oder durch die Lizenz erlaubt ist. Für andere Verwendungszwecke müssen Sie die Erlaubnis der Rechteinhaberinnen und Rechteinhaber einholen.

Für dieses Dokument gilt eine Creative-Commons-Lizenz.



Die Lizenzinformationen sind online verfügbar:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/legalcode>

Psychotherapie 2026 · 71:137–144
<https://doi.org/10.1007/s00278-025-00813-1>
 Eingegangen: 12. März 2024
 Angenommen: 29. September 2025
 Online publiziert: 3. November 2025
 © The Author(s) 2025



Weiterführung von Bewältigungsstrategien bei Anorexia nervosa: Wie können Betroffene den Bewältigungsverlauf positiv beeinflussen?

Kathrin Peters^{1,2} · Jan H. Peters³ · Jörg Wolstein² · Elisabeth Rauh¹

¹ Schön Klinik Bad Staffelstein, Bad Staffelstein, Deutschland

² Professur für Pathopsychologie, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg, Deutschland

³ Professur für Pädagogische Psychologie, Otto-Friedrich-Universität Bamberg, Bamberg, Deutschland

Zusammenfassung

Anorexia nervosa geht oft mit schwerwiegenden und chronischen Verläufen einher. Auch nach scheinbar erfolgreicher stationärer Behandlung kommt es poststationär häufig zu erneutem Körpersubstanzverlust. Das könnte auch darauf zurückzuführen sein, dass Patient*innen nach Therapieende Bewältigungsstrategien, die sie im Rahmen der Therapie erlernt haben und deren fortgesetzter Einsatz zur Aufrechterhaltung von Therapieerfolgen notwendig ist, bisher zu wenig nutzen. Diese Arbeit gibt eine Übersicht zur Forschungslage, inwiefern Patient*innen Bewältigungsstrategien fortführen, und wie effektiv diese Bewältigungsstrategien hinsichtlich der längerfristigen Krankheitsbewältigung sind. Als wirksame Bewältigungsstrategien werden die Anwendung von Mahlzeitenplänen, Expositionen, Gewichtsmonitoring und Würdigung (Selbstverstärkung) sowie die Arbeit mit einem Rückfallpräventionsplan identifiziert. Als Anregung für die Praxis werden diese Strategien genauer erläutert und Anwendungsmöglichkeiten vorgestellt. Eine Vermittlung dieser Bewältigungsstrategien im Rahmen der Therapie und die eigenständige Fortführung durch die Patient*innen könnte zu nachhaltigeren Therapieeffekten führen. Abschließend werden Limitationen der bisherigen Erkenntnisse sowie Forschungsdesiderate diskutiert.

Schlüsselwörter

Essstörung · Psychotherapie · Verhaltenstherapie · Strategien · Techniken

Ausgangslage

Anorexia nervosa ist eine schwerwiegende, oft langwierige Erkrankung. Oftmals sind Wechsel zwischen Behandlungssettings notwendig und stationäre Maßnahmen indiziert. Zwar belegen Metaanalysen, dass stationäre Therapien im Mittel mit einer bedeutsamen Erhöhung des Body-Mass-Index (BMI) einhergehen ($d = 1,19$; Hartmann et al. 2011; Zeeck et al. 2018),

doch gelingt es Betroffenen häufig nicht, diesen positiven Verlauf außerhalb der Klinik fortzuführen. Die mittlere Rückfallrate liegt metaanalytisch geschätzt bei 31 %, wobei sich das erste Jahr nach der Entlassung als das vulnerabelste erweist (Berends et al. 2018). Frostad et al. (2022) kommen in ihrem Review zu dem Schluss, dass sogar 50 % der Betroffenen innerhalb von 12 Monaten nach einer Gewichtsrestoration ($BMI \geq 18,5 \text{ kg/m}^2$) einen Rück-



QR-Code scannen & Beitrag online lesen

fall erleiden. Die Remissionsrate in ein- bis 2-jährigen Nachuntersuchungen beträgt nur 13–50 % (Brockmeyer et al. 2018). Ein Problem in der Forschung zu Remission und Rückfall besteht allerdings darin, dass diese nicht einheitlich definiert werden. Der Einbezug von Gewichtskriterien ist fast allen Definitionen gemeinsam; in den Studien, die in die oben zitierten Metaanalysen eingingen, werden Rückfälle aber uneinheitlich durch die Unterschreitung von BMI-Grenzen zwischen 16,5 und 19,0 kg/m² definiert.

Es stellt sich die Frage, wieso es so häufig zu erneuten Verschlechterungen kommt bzw. wie sich Betroffene davor schützen können. Das Risiko könnte u. a. darauf zurückzuführen sein, dass Therapien oft v. a. – begrenzte – Verbesserungen auf Gewichtsebene erzielen. Dabei besteht allerdings häufig noch eine erhebliche Diskrepanz zu dem Gewichtsbereich, der sich vermutlich bei selbstfürsorglichem Ernährungsmanagement mit der Zeit einpendeln würde – immerhin liegt der mittlere BMI von Frauen der Allgemeinbevölkerung in Deutschland im Alter von 20 bis 25 Jahren bei 22,9 kg/m² (Statistisches Bundesamt 2023), also über 5 BMI-Punkte höher als bei Patient*innen nach ihrer Behandlung (Hartmann et al. 2011; Zeeck et al. 2018). Zudem werden durch die Gewichtszunahme zwar die somatische Komplexität und Sichtbarkeit der Erkrankung reduziert, gleichwohl besteht die psychopathologische Komplexität oft fort (Fennig et al. 2017; Murray et al. 2018): Betroffene erleben dies häufig als quälendes Körpergefühl, steigende Gewichtsphobie oder aufdringliche Essstörungsgedanken. Wenn Betroffene nicht ausreichend gelernt haben, ein selbstfürsorgliches Essverhalten in Eigenverantwortung im Alltag zu pflegen und dieses von den einzukalkulierenden Essstörungsgedanken und -gefühlen zu entkoppeln, stellt dies möglicherweise einen Risikofaktor für erneute Nahrungseinschränkung und Gewichtsverlust dar.

Diesbezüglich können Bewältigungsstrategien einen wichtigen Beitrag leisten, wenn ihr Einsatz über die Therapie hinaus aufrechterhalten wird. Unter Bewältigungsstrategien werden hier Techniken verstanden, die den Patient*innen in der Therapie so vermittelt werden, dass diese sie nach einer Phase der angeleiteten

Anwendung auch eigenständig nutzen und weiterführen können. Dabei geht es uns ausschließlich um funktionale oder adaptive Bewältigungsstrategien – in Abgrenzung zu maladaptiven Strategien (z. B. Vermeidung oder Substanzmissbrauch), die oft spontan eingesetzt werden (Jiménez-Padilla et al. 2025). Selbstverständlich spielen auch fachgerechte Anschlussbehandlungen eine zentrale Rolle: Als gesichert gilt insbesondere der Nutzen einer poststationären ambulanten Psychotherapie (Giel et al. 2021; Herpertz et al. 2019). Auch die Gewichtsmapping-basierte Intervalltherapie stellt einen vielversprechenden Ansatz dar, um den Bewältigungsverlauf bei Anorexia nervosa nachhaltig günstig zu beeinflussen (Peters et al. 2021; Peters und Rauh 2021). Dabei sind alle Therapien letztlich aber nur langfristig erfolgreich, wenn es gelingt, Patient*innen zu befähigen, das in der Therapie Erlernte auch eigenständig weiterzuführen.

Im Folgenden wird zunächst herausgearbeitet, welche Bedeutung der Weiterführung von Bewältigungsstrategien bei Essstörungen zukommt und dann in einer Literaturübersicht dargestellt, was über die Effektivität der Weiterführung von Bewältigungsstrategien bekannt ist. Im Anschluss werden diejenigen Bewältigungsstrategien genauer erläutert, für deren Wirksamkeit bei einer Weiterführung durch die Betroffenen Evidenz besteht. In der abschließenden Diskussion werden auch Implikationen für die Praxis aufgezeigt.

Bedeutung der Weiterführung von Bewältigungsstrategien bei Anorexia nervosa

Die Vermittlung von Techniken in der Therapie dient dazu, die Bewältigungskompetenzen der Patient*innen über die Behandlung hinaus zu erhöhen und zu ihrem Empowerment beizutragen. Dies ist insofern beachtenswert, als dass viele der bislang untersuchten Prognosefaktoren (wie bestimmte Symptomausprägungen bei Therapiebeginn, Erkrankungsalter, Alter zum Zeitpunkt der Behandlung, Dauer der Erkrankung; vgl. Berends et al. 2018; Radunz et al. 2020; Vall und Wade 2015) nicht unmittelbar von den Patient*innen beeinflussbar sind, wohl aber diejenigen Prädik-

toren, die sich konsistent als bedeutsam für einen günstigeren Verlauf erweisen: höherer BMI zum Therapieende (Frostad et al. 2022; Vall und Wade 2015) und frühe Symptomverbesserung im Therapieverlauf (Linaudon et al. 2017; Vall und Wade 2015). Es stellt sich daher die Frage, wie sich Betroffene ihres Einflusses noch mehr bewusst werden und diesen noch besser ausschöpfen können – insbesondere im Umgang mit den oben beschriebenen Herausforderungen (v. a. der zu erwartenden weiteren Gewichtserhöhung bei zugleich fortbestehenden Essstörungsgedanken und -ängsten).

Geht man von der Prämisse aus, dass die Bewältigung einer Anorexia nervosa den Aufbau aktiver Bewältigungskompetenzen erfordert, dann wären eine rezeptive Therapieteilnahme und der Erwerb analytischen Wissens nicht ausreichend. Auch bei anderen Störungsbildern wie der Depression würde man zweifellos annehmen, dass Patient*innen in der Therapie etablierte Strategien (z. B. Integration von Bewegung und positiven Aktivitäten in die Tagesstruktur) über die Therapie hinaus fortführen müssen, um ihr Rezidivrisiko zu reduzieren. Daher sollte auch in der Behandlung der Anorexia nervosa ein Therapiefokus darin bestehen, Patient*innen ein Repertoire an Bewältigungsstrategien vorzustellen und diese mit ihnen so einzuüben, dass sie für die Betroffenen eigenständig nutzbar sind. Dabei können sowohl störungsspezifische Techniken als auch transdiagnostische Techniken zum Einsatz kommen. Dass Essstörungstherapien durch ein Training von Bewältigungsstrategien verbessert werden könnten, schlussfolgern auch Jiménez-Padilla et al. (2025).

Typischerweise werden in der Psychotherapieforschung Gesamtbehandlungsprogramme evaluiert, indem Personengruppen, die unterschiedliche Maßnahmen erhalten haben, verglichen werden. Die aktive Rolle der Betroffenen im Therapieprozess und deren Weiterführung von Bewältigungsstrategien wird dabei oft implizit vorausgesetzt, aber nicht genauer untersucht. Die folgende Literaturübersicht fokussiert daher auf Studien, welche die Weiterführung einzelner Bewältigungsstrategien und v. a. das – methodisch schwer zu kontrollieren-

de – Anwendungsverhalten seitens der Betroffenen untersucht haben.

Effektivität der Weiterführung von Bewältigungsstrategien

Um Bewältigungsstrategien zu identifizieren, deren Weiterführung den poststationären Verlauf bei Anorexia nervosa positiv beeinflusst, erfolgte eine auf den PRISMA-Leitlinien basierende systematische Literaturrecherche in den Datenbanken *Web of Science*, *PubMed* und *PsynDEX* (Stand: Mai 2025). Mittels der verwendeten Suchstrings¹ wurden 190 Studien gefunden; durch weiterführende Forward- und Backward-Literaturrecherchen wurden 4 weitere Studien ergänzt. Nach der Entfernung von Duplikaten wurden die verbleibenden 138 Studien anhand der Titel und Abstracts beurteilt und 6 Arbeiten vorläufig als relevant eingestuft (ausgeschlossen wurden u. a. Studien, die keine Erwachsenen in die Stichprobe einschlossen, keine psychologischen Bewältigungsstrategien untersuchten, keine störungsspezifischen Outcome-Maße oder keine Originaldaten beinhalteten). Nach eingehendem Studium verblieben 5 Originalarbeiten, die in die folgende Übersicht eingeschlossen wurden (ausgeschlossen wurde eine Arbeit, die als Outcome nur Zufriedenheits- und Weiterempfehlungsmaße berichtete).

Berends et al. (2016; für methodische Details vgl. auch Berends et al. 2012) präsentieren ein Rückfallpräventionsprogramm für Betroffene von Anorexia ner-

vosa, in dessen Zentrum ein individueller Rückfallpräventionsplan steht. Dieser zielt darauf ab, mögliche Auslöser und Frühwarnzeichen zu identifizieren sowie Maßnahmen festzulegen, die dann ergriffen werden. Der Plan wird während der stationären bzw. ambulanten Therapie entwickelt und im Anschluss eigenständig von den Patient*innen im Sinne einer weitergeführten Bewältigungsstrategie angewandt. Eine Pflegekraft evaluiert und unterstützt im Rahmen eines mindestens 18-monatigen Nachsorgeprogramms die Umsetzung in gemeinsamen niedrigfrequenten Terminen. Die Betroffenen sollen so befähigt werden, Risikosituationen und Verschlechterungen frühzeitig zu registrieren und durch die darauf abgestimmten Maßnahmen handlungsfähig zu bleiben. In der untersuchten Stichprobe ($N=83$) lag die Rückfallquote mit 11% niedriger als in anderen Studien, jedoch gab es keine Kontrollbedingung und keine weiteren berichteten Outcome-Maße.

Ob eine digitale Darbietung von Bewältigungsstrategien den poststationären Verlauf unterstützen kann, wurde von mehreren Arbeitsgruppen (Fichter et al. 2013; Neumayr et al. 2019; Sternheim et al. 2017) untersucht. In der Studie von Fichter et al. (2013) zeigen Teilnehmende an einem neunmonatigen webbasierten Rückfallpräventionsprogramm für Anorexia nervosa auf Basis eines kognitiv-behavioralen Therapiekonzepts eine signifikant größere BMI-Erhöhung sowohl während des Programms als auch im Follow-up nach weiteren 9 Monaten – jedoch nur bei vollständiger Absolvierung. Es bleibt allerdings unklar, welche Inhalte bzw. Bewältigungsstrategien im Einzelnen zu diesem Effekt beitragen, weshalb die Arbeit nur bedingt zur Beantwortung unserer Fragestellung beitragen kann.

Neumayr et al. (2019) untersuchen die App *Recovery-Record*, die primär ein digitales Mahlzeitenprotokoll darstellt (ergänzt um weitere Bewältigungsstrategien wie wöchentliche Zielsetzungen, ACT- und DBT-Strategien). Die App wurde in der Klinik eingeführt und zeigte bei Anwendung in den ersten 8 Wochen nach der Entlassung unmittelbar danach eine tendenzielle Überlegenheit gegenüber einer Kontrollgruppe in der randomisierten, aber kleinen Stichprobe ($N=40$); zur Fol-

low-up-Untersuchung nach 6 Monaten bestanden keine Gruppenunterschiede. Die Arbeitsgruppe schließt daraus, dass länger mit den Bewältigungsstrategien gearbeitet werden müsste, um ihren Nutzen zu beurteilen; die Ergebnisse einer Folgestudie (Schlegl, Neumayr & Voderholzer, 2020) mit einer Verdoppelung der Interventionsdauer liegen noch nicht vor.

Sternheim et al. (2017) versuchten, mithilfe des mailbasierten Programms *IMANTRA* die poststationäre Weiterführung von Bewältigungsstrategien (z. B. ein Ampelsystem für Rückfallwarnsignale oder einen Mahlzeitenplan) digital zu unterstützen, jedoch konnten weder nach 6 noch nach 12 Monaten Anwendungsdauer signifikante Gruppenunterschiede gegenüber einer Kontrollbedingung festgestellt werden. Allerdings wurde – wie bei Neumayr et al. (2019) – nicht das tatsächliche Anwendungsverhalten durch die Betroffenen erfasst, und es können aufgrund des Studiendesigns auch hier keine Aussagen über einzelne Bewältigungsstrategien getroffen werden.

Eine Studie aus unserer eigenen Arbeitsgruppe (Peters 2023) untersuchte im Kontext einer umfassenderen Therapiestudie auch explizit die Nutzung und die Wirksamkeit erlernter Bewältigungsstrategien. Dabei wurde geprüft, ob eine ausgeprägtere Strategieanwendung (hinsichtlich der Dauer der Anwendung und des Umfangs des Strategie-Repertoires) nach einer stationären Behandlung mit einem positiveren Verlauf einhergeht und mit welchen Strategien der langfristige Bewältigungsprozess im Besonderen unterstützt werden kann. An dieser naturalistischen Längsschnittstudie nahmen 190 stationär behandelte Frauen mit Anorexia nervosa teil. Für diese wurden u. a. gewichtsbezogene und psychopathologische Daten zu Beginn der Therapie, zum Entlasszeitpunkt sowie zum Follow-up nach durchschnittlich 25 Monaten erhoben. Zusätzlich wurde zum Follow-up mittels Fragebogen erfasst, inwiefern in der Klinik vermittelte Bewältigungsstrategien von den Betroffenen über die Entlassung hinaus angewendet wurden. Dabei wurde die Dauer der Anwendung folgender Strategien erfragt: Mahlzeitenplan, Gewichtsmonitoring, Exposition, Würdigungsstrategien (v. a. Strategien zur

¹ Suchstring in englischsprachigen Datenbanken: „Anorexia Nervosa“ AND („post-treatment“ OR „post-therapy“ OR „after treatment“ OR „post-inpatient“ OR „after inpatient treatment“ OR „remission“ OR „recovery phase“ OR „interval therapy“) AND („strategies“ OR „techniques“ OR „skills“ OR „self-management“ OR „relapse prevention“ OR „therapeutic methods“ OR „guided self-help“). Suchstring in deutscher Datenbank: „Anorexia Nervosa“ AND („Nachbehandlung“ OR „nach der Therapie“ OR „nach der Behandlung“ OR „poststationär“ OR „nach stationärer Behandlung“ OR „Remission“ OR „nach der Genesung“ OR „Intervalltherapie“) AND („Strategien“ OR „Techniken“ OR „Skills“ OR „Bewältigungskompetenzen“ OR „Selbstmanagement“ OR „Rückfallprophylaxe“ OR „therapeutische Methoden“ OR „geleitete Selbsthilfe“).

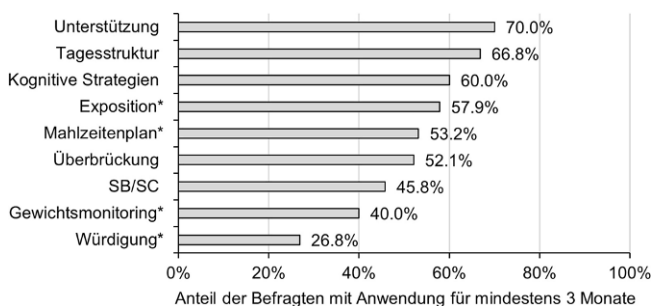


Abb. 1 ▲ Rangfolge der Strategien, die länger als 3 Monate angewandt wurden ($N=190$). SB/SC Selbstberuhigung und Selbstmitgefühl. Strategien mit signifikantem Zusammenhang zum poststationären Bewältigungsverlauf hinsichtlich der untersuchten Outcome-Variablen sind mit einem *Asterisk* markiert. (Abbildung leicht modifiziert nach: Peters (2023, S. 155). Copyright 2023 by Springer. Wiedergabe mit Genehmigung.)

Selbstverstärkung), kognitive Strategien, Selbstberuhigungs- und Selbstmitgefühlsstrategien, Überbrückungsstrategien, soziale Strategien, Tagesstruktur und positive Aktivitäten planen. Der Outcome wurde operationalisiert über den BMI und die Subskalen *Schlankheitsstreben*, *Bulimie* und *Unzufriedenheit mit dem Körper* des Eating Disorder Inventory 2 von Paul und Thiel (2005). In der deskriptiven Betrachtung der Rangfolge (■ **Abb. 1**) wird deutlich, dass soziale Unterstützung (70 %) und Tagesstrukturierung inklusive Integration positiver Aktivitäten (67 %) poststationär am häufigsten genutzt wurden, Würdigung (27 %) dagegen am seltensten (die Prozentzahlen bezeichnen den Anteil der Personen, die angaben, die Bewältigungsstrategie poststationär länger als 3 Monate genutzt zu haben). Es wurde ferner festgestellt, dass eine poststationär ausgeprägtere Anwendung von Strategien im Allgemeinen sowie von störungsspezifischen Strategien im Speziellen im Zusammenhang mit einem positiveren Verlauf steht. Konkret konnte die Effektivität der Techniken Mahlzeitenplan und Exposition (hinsichtlich BMI) sowie Gewichtsmonitoring (hinsichtlich *Schlankheitsstreben* und *Bulimie*, tendenziell auch hinsichtlich *Unzufriedenheit mit dem Körper*) belegt werden. Gegenüber den allgemeinen Bewältigungsstrategien (z. B. kognitiven oder sozialen Strategien) erwiesen sie sich weitgehend überlegen. Nur die Würdigungsstrategien erbrachten (hinsichtlich *Schlankheitsstreben* und *Unzufriedenheit mit dem Körper*) einen vergleichbaren Effektivitätsnachweis. Die Effekte sind als mittelstark bis – hinsichtlich Exposition –

annähernd stark einzustufen. Die Befunde von Peters (2023) stehen in Übereinstimmung mit der aktuellen klinischen und empirischen Essstörungsliteratur, in der gezielte Expositionen z. B. mit gemiedenen Lebensmitteln (Butler und Heimberg 2020; Melles et al. 2021; Murray et al. 2016; Schaumberg et al. 2021), das Monitoring von Mahlzeiten (Fairburn 2012; Keshen et al. 2020) und das regelmäßige Wiegen (Fairburn 2012; Waller et al. 2012) empfohlen werden. Demgegenüber ist die Überlegenheit von Würdigungsstrategien durchaus unerwartet, wenngleich der Wirkmechanismus plausibel scheint: Indem der Aufmerksamkeitsfokus auf Erfolge und Ressourcen gelenkt wird, kann es zu einer Ausdifferenzierung des Selbstkonzepts kommen und damit zu einer Schwächung der Relevanz „anorektischer Erfolge“ hinsichtlich Nahrungsrestriktion oder Gewichtsmanipulation (Reduktion des *Schlankheitsstrebens*) und zu einer Erhöhung der Zufriedenheit mit sich selbst im Gesamten (Reduktion der *Unzufriedenheit mit dem Körper*). Dies steht auch im Einklang mit einer Studie von Blechert et al. (2011), die einen Zusammenhang zwischen der Selbstbewertung hinsichtlich Figur/Gewicht und der Selbstbewertung hinsichtlich nichtaussehenbezogener Bereiche bei Patientinnen mit Anorexia nervosa feststellen konnten. Damit ließe sich erklären, warum Würdigung bzw. Zufriedenheit (auch in anderen Lebensbereichen) zu einer Erhöhung der körperbezogenen Zufriedenheit führen könnte. Hinsichtlich der von Peters (2023) untersuchten Bewältigungsstrategien ist zu beachten, dass die vorgenommene Einteilung

nur eine mögliche Variante darstellt, Bewältigungsstrategien zu kategorisieren. Bei einer alternativen Klassifikation hätten sich für die Strategieguppen vielleicht etwas abweichende Ergebnisse ergeben. Ferner sind die im Rahmen dieser Studie vermittelten und untersuchten Bewältigungsstrategien sicherlich nicht vollständig, sodass es weiterführender Forschung zu ergänzenden Bewältigungsstrategien bedarf.

Insgesamt wird deutlich, dass die Forschung zur Weiterführung von Bewältigungsstrategien durch Patient*innen und deren Effektivität spärlich ist und Forschungsbedarf besteht, um verlässlichere Aussagen treffen zu können. Trotzdem soll versucht werden, vorläufige Implikationen für die Psychotherapie abzuleiten.

Implikationen für die Psychotherapie

Bemerkenswert ist, dass in der Studie von Peters (2023) die Strategien mit dem besten Effektivitätsnachweis bezüglich der Kernsymptomatik nicht zu den meistgenutzten Strategien gehören, sondern nur Rang 4 (Exposition), Rang 5 (Mahlzeitenplan), Rang 8 (Gewichtsmonitoring) und Rang 9 (Würdigung) von 9 erfragten Strategien einnehmen (■ **Abb. 1**). Ein ähnliches Muster findet sich interessanterweise bei Behandler*innen hinsichtlich des Einsatzes therapeutischer Strategien: Wie die Arbeitsgruppe um Waller (Mulken et al. 2018; Waller et al. 2012) aufgezeigt hat, werden auch von vielen Behandelnden zentrale Kernelemente der Essstörungstherapie oft vernachlässigt. Demnach führten in Befragungen von Behandelnden mit kognitiv-behavioraler Ausrichtung nur etwa die Hälfte der Befragten an, ein strukturiertes Essverhalten standardmäßig zu fokussieren. Von nicht einmal annähernd der Hälfte der Befragten wurde standardmäßig regelmäßiges Wiegen durchgeführt, mit Mahlzeitenprotokollen gearbeitet oder wurden Expositionen angeleitet.

Daher sollen die Bewältigungsstrategien, deren Weiterführung durch Patient*innen mit einem positiveren Verlauf assoziiert war, im folgenden Abschnitt näher beschrieben und dabei insbesondere ihr theoretischer Hintergrund skizziert

und Anwendungsmöglichkeiten vorgestellt werden. Vielleicht kann das dazu beitragen, dass diese Bewältigungsstrategien sowohl in stationären als auch in ambulanten Psychotherapien stärker genutzt werden und auf diese Weise das Anwendungsverhalten der Patient*innen günstig beeinflusst wird.

Gewichtsmonitoring

Die Technik eignet sich als Orientierungshilfe, um den Aufbau von Kraft- und Energiereserven – wie er für die Bewältigung einer Anorexia nervosa zentral ist (S3-Leitlinie, Herpertz et al. 2019) – in einem Koordinatensystem mit den Achsen Körpergewicht (y-Achse) und Zeit (x-Achse) zu visualisieren. Gewicht wird dabei als Indikator für ein selbstfürsorgliches Essverhalten verstanden. Hierzu wird mit den Patient*innen eine „Gewichtskurve“ (wie das Gewichtsmonitoring in der Therapie genannt wird) auf Millimeterpapier geführt, in der die Wiegeergebnisse festgehalten werden. Ihnen wird empfohlen, sich einmal täglich zu wiegen (eine Reduktion der Wiegefrequenz erfolgt erst im Verlauf) sowie bestenfalls einmal wöchentlich in der hausärztlichen oder psychotherapeutischen Praxis. Sie erlernen Auswertungsstrategien, um den Verlauf realistisch beurteilen und bei Bedarf Schlussfolgerungen ziehen zu können (z. B. das Ess- oder Bewegungsverhalten anpassen). So können zudem Befürchtungen korrigiert und Habituationseffekte ermöglicht werden. Die Ausleuchtung der y-Achse anhand Minimal- und Maximalgewicht, BMI-Werten, Hormongrenze, Phobiegrenzen, Wunschgewicht und vermutetem Setpoint-Regulationsbereich des Körpergewichts kann Spannungsfelder und Phasen mit erhöhtem Unterstützungsbedarf deutlich machen. Die Techniken des Gewichtsmapping (d. h. die retrospektive Arbeit mit dem Lifechart und die prospektive Arbeit mit dem Gewichtsmonitoring) wurden ausführlich von Peters und Rauh (2021) dargestellt.

Exposition

Betroffenen wird das Expositionsrationale vermittelt und die Anwendung geübt, sodass sie es selbst erklären und anhand einer Angsthierarchie auch selbststän-

dig Expositionen planen und durchführen können. Diese können verschiedene Bereiche betreffen, wie Ernährungsmanagement (z. B. gemiedene Lebensmittel reintegrieren), Bewegung (z. B. übermäßiges Bewegungsspensum einschränken und dem Bewegungsdrang nicht nachgehen) oder Körperakzeptanz (z. B. körperbezogenes Vermeidungsverhalten abbauen). Dabei kann es sich als hilfreich erweisen, eine Verknüpfung zwischen Übung (z. B. gemeinsames Pizzaessen) und Annäherungszielen (z. B. Teilhabe im Freundeskreis) herzustellen. Eine visualisierte Aufzeichnung des Emotionsverlaufs kann Betroffenen helfen, Regulationserfahrungen zu sammeln. Auch eine Erfassung der Befürchtungen im Vorfeld der Übung und der tatsächlichen Erfahrungen ist hilfreich, um eine Erwartungskorrektur zu ermöglichen, wie sie als zentraler Wirkmechanismus von Exposition gilt (Melles et al. 2023, 2021; Murray et al. 2016). Bei der Durchführung von Expositionen ist zu beachten, dass diese auch die Reaktionsverhinderung an anderen Stellen einschließen muss, d. h. wenn beispielsweise eine „Kuchenexpo“ erfolgt, müssen auch die übrigen Mahlzeiten des Tages regulär eingenommen werden, darf keine vermehrte Bewegung stattfinden oder keine kaschierende Kleidung getragen werden, da eine echte Regulationserfahrung und Erwartungskorrektur sonst behindert werden (Melles et al. 2023). Zudem sollte eine angemessene Übungsfrequenz gerade bei alltäglichen Lebensmitteln gewählt werden, z. B. „Milch im Kaffee“ immer statt einmal pro Woche bei entsprechender (prä-morbider) Geschmackspräferenz, da bei täglichem Kaffeekonsum sonst Vermeidung dominieren würde. Auch das Abstützen durch weitere Bewältigungsstrategien kann bedeutsam sein, wenn z. B. der Verzicht auf die tägliche Sporteinheit (Exposition mit dem Bewegungsdrang) mit einer quälenden Unruhe einhergeht.

Mahlzeitenplan

Betroffene lernen, wöchentlich einen individuellen Mahlzeitenplan, der eine ausreichende Menge eines gewählten Essens samt Uhrzeit umfasst (einem Schulstundenplan ähnelnd), zu erstellen und diesen fortlaufend auszuwerten. Eine Mahl-

zeit gilt als erfüllt, wenn sie zur geplanten Zeit, innerhalb einer üblichen Essensdauer, vollständig und achtsam zu sich genommen wurde, ohne gegensteuernde Verhaltensweisen. Entsprechend wird jede Mahlzeit als geschafft oder als nicht geschafft von den Betroffenen markiert. Eine Quote von 70 % „gelungener“ Mahlzeiten in einer Woche kann als Erfolg gewertet werden. Diese Monitorisierung kann es ermöglichen, essstörungstypische Muster und Schwierigkeiten zu identifizieren (z. B. Hinweise auf kontrolliertes Essverhalten) und Folgeschritte (z. B. Expositionsübungen) abzuleiten. Auch wird eine Entkopplung des Ernährungsmanagements von dysfunktionalen, oft als aufdringlich und einschließend erlebten Kognitionen und Emotionen unterstützt. Zudem stellt der Plan eine Kompensationsstrategie dar, um eine selbstfürsorgliche Mahlzeitenstruktur trotz beeinträchtigter Regulation von Hunger und Sättigung (Herpertz et al. 2008; Klastrop et al. 2020) abzusichern, bis diese wieder intakt ist.

Würdigung

Der Aufmerksamkeitsfokus bei Betroffenen ist oft eingengt auf Defizite, wodurch eine funktionale Selbstwertregulation und Selbstwirksamkeitserleben limitiert werden (Bauer et al. 2017; Kästner et al. 2019). Daher werden Elemente der positiven Psychologie aufgegriffen wie positive Selbstverstärkung oder ein Positivtagebuch, um Stärken zu identifizieren und so das Selbstkonzept auszudifferenzieren, um motivationale Anreize zu schaffen oder um die Selbstwirksamkeitserwartung zu steigern. Konkret könnten z. B. Sticker von Betroffenen im Mahlzeitenplan genutzt werden, um störungsimmanente Fehlbewertungen geschaffter Mahlzeiten zu ändern und sich für eine erfolgreiche Entkopplung selbst zu verstärken. Aber auch Aktivitäten, kleine Anschaffungen, Symbole oder Collagen können zur Würdigung herangezogen werden, wann immer persönliche Herausforderungen bewältigt wurden. So können auch dysfunktionale Vergleiche und die Abhängigkeit von externer Anerkennung reduziert werden. Um ungünstige Attributionsmuster zu verändern, werden Patientenformulierungen wie „es hat geklappt“ modifiziert, z. B. in „da war ich

ganz schön mutig“. Wichtig kann dabei sein, gezielt auch andere Lebensbereiche einzubeziehen, also sich z. B. für seine Eigenschaften als gute Freundin oder die Zugehörigkeit zu einem Chor zu würdigen, um das eigene störungsunabhängige Selbstkonzept zu erweitern.

Funktionales Symptommanagement bzw. Rückfallpräventionsplan

Da beim Therapieende selten eine vollständige Remission vorliegt und Symptome auch während des Bewältigungsprozesses auftreten, schlagen wir vor, eher von einem funktionalen Symptommanagement als von Rückfallprävention zu sprechen. Hierzu wird psychoedukativ am Bewältigungsprozessverständnis in der Therapie gearbeitet und es werden gemeinsam Risikosituationen identifiziert, die vermutlich mit einer stärkeren Aktivierung von Essstörungsgedanken und Symptomverschlechterung einhergehen (z. B. Frustration über Prüfungsergebnis oder Magen-Darm-Infektion). Zudem werden abgestufte Warnsignale festgehalten, an denen eine Verschlechterung bereits frühzeitig zu erkennen ist (z. B. weniger/keine Butter mehr verwenden, höheres Bewegungspensum, Quote unter <70% im Mahlzeitenplan, Gewichtsverlust). Zudem werden Schritte entwickelt und zugeordnet, die dann helfen können (z. B. sich einer Bezugsperson mitteilen, eine Verhaltensanalyse erstellen, Mahlzeiten in Gemeinschaft einnehmen und zum letzten in der Therapie aufgestellten Mahlzeitenplan zurückkehren, auf Sport vorerst verzichten, sich spätestens bei einer Unterschreitung eines Körpergewichts von 50 kg wieder in der psychotherapeutischen Praxis bzw. Klinik melden). Indem feste Zeitpunkte zum Verlaufsmonitoring mithilfe der beschriebenen Aufstellung vereinbart werden, könnten Betroffene darin unterstützt werden, den Bewältigungsprozess und funktionale Handlungsoptionen auch über das Therapieende hinaus stärker im Blick zu behalten.

Diskussion

Anorexia nervosa ist eine komplexe Erkrankung, bei der je nach Schweregrad eine (engmaschige) ambulante oder stationäre

Psychotherapie notwendig ist. Zur Aufrechterhaltung der Effekte solcher Therapiemaßnahmen bzw. für nachhaltige Verbesserungen bedarf es der Fortführung wirksamer Bewältigungsstrategien durch die Patient*innen – das ist auch vor dem Gedanken des Selbstmanagements (Kanter et al. 2012) und des Empowerments wichtig. Auch wenn die Forschungslage noch eng umgrenzt ist, so gibt es Hinweise auf eine Reihe effektiver Bewältigungsstrategien, die teilweise von Behandler*innen bisher zu wenig implementiert bzw. evaluiert werden und in der Folge von Betroffenen zu wenig genutzt werden.

Um den routinemäßigen Einsatz bewährter Strategien in der Essstörungstherapie zu fördern, könnte psychotherapeutische Fortbildung und Supervision nützlich sein: Auf diese Weise kann beispielsweise die Einstellung zum expositionsorientierten Vorgehen beeinflusst werden (Wright und Waller 2020), wenngleich Evidenz aussteht, ob aus der Einstellungs- auch eine Verhaltensänderung resultierte. Zudem sollten auch Betroffene über Qualitätsmerkmale einer fachgerechten Behandlung aufgeklärt und dazu ermutigt werden, diese anzustreben.

Damit die Patient*innen die Arbeit mit den erlernten Bewältigungsstrategien weiterführen, sollten sie in der Psychotherapie aber nicht nur vermittelt und gemeinsam angewandt werden, sondern sollte bereits hier eine fortwährende Evaluation ihres eigenständigen Einsatzes stattfinden. Beispielsweise könnte jede Therapie-sitzung damit eröffnet werden, Mahlzeitenplan und Gewichtskurve zu sichten, Expositionsübungen vor- und nachzubesprechen und auch auf angemessene Selbstwürdigung zu achten. So können Fragen zu Schwierigkeiten zeitnah beantwortet, ggf. aber auch motivationale Probleme diagnostiziert und in der Therapie berücksichtigt werden. Wir empfehlen, benötigtes Material (z. B. Millimeterpapier) initial zur Verfügung zu stellen, dann aber auf die eigene Anschaffung durch die Patient*innen zu achten. Auf spezielles Therapiematerial, das nicht frei verkäuflich ist, wird bewusst verzichtet, damit die Bewältigungsstrategien eigenständig weitergeführt werden können. Durch dieses Therapeutenverhalten könnte die Bedeutsamkeit der Bewältigungsstrategien unterstrichen und die

Weiterführung ihrer Anwendung gefördert werden. Professionelle Therapiemaßnahmen können somit keinesfalls ersetzt, wohl aber sinnvoll ergänzt werden. Auch Apps bieten das Potenzial, an Bewältigungsstrategien zu erinnern, ihre Anwendung zu monitoren und positiv zu verstärken. Dabei wäre es allerdings relevant, dass die in der Therapie und der App implementierten Strategien aufeinander abgestimmt und individualisiert sind, um so zu erreichen, dass die Patient*innen genau diejenigen Bewältigungsstrategien weiterführen, die sich im Rahmen der Psychotherapie für sie als relevant herausgestellt haben.

Zu den Limitationen der vorliegenden Arbeit gehört, dass die Datenlage zur Weiterführung von Bewältigungsstrategien durch Betroffene stark umgrenzt ist und nicht auf randomisierten kontrollierten Studien beruht. Auch basiert sie derzeit fast ausschließlich auf den Erfahrungen erwachsener, zuvor stationär behandelter Frauen, wenngleich wir durchaus davon ausgehen, dass auch Therapieeffekte bei Jugendlichen oder nach ambulanter Behandlung durch die Weiterführung erlernter Bewältigungsstrategien gefördert werden können. Es sind daher weitere Studien erforderlich, um den Zusammenhang von Strategieranwendung und Bewältigungsverlauf besser zu verstehen. Dabei bestehen methodische Herausforderungen wie die Extraktion einzelner Strategien (im Sinne eines Dismantling-Ansatzes) oder die Erfassung des Strategienutzungsverhaltens über Selbstberichtsmaße hinaus. Dennoch erscheint es lohnend, die Aufmerksamkeit auf Ansatzpunkte, die einer eigenverantwortlichen Beeinflussung durch Betroffene zugänglich sind, zu lenken. Möglicherweise gelingt es so, den Bewältigungsverlauf bei diesem schweren Erkrankungsbild zu verbessern.

Fazit für die Praxis

- Die Bewältigung einer Anorexia nervosa erfordert umfassende und intensive therapeutische Maßnahmen sowie ein aktives und anhaltendes Bewältigungsverhalten seitens Betroffener.
- Bewältigungsstrategien stellen dabei eine hilfreiche Ergänzung dar, weshalb ihre Vermittlung und Übung sowie die Evaluation ihrer Nutzung ein vielversprechendes Element in der Therapie bilden kann.

- Als wirksam erweisen sich dabei eine generell ausgeprägtere Strategieranwendung sowie insbesondere der nachhaltige Einsatz spezifischer Strategien: Exposition, Gewichtsmonitoring, Mahlzeitenplan, Würdigung und ein Plan für ein funktionales Symptommanagement zur Rückfallprävention.
- Durch die Nutzung in der Therapie erlernen Strategien können Betroffene den Verlauf ihrer Essstörungenbewältigung selbst aktiv unterstützen.

Korrespondenzadresse

Kathrin Peters

Professur für Pathopsychologie, Otto-Friedrich-Universität Bamberg
Bamberg, Deutschland
KatPeters@schoen-klinik.de

Funding. Open Access funding enabled and organized by Projekt DEAL.

Einhaltung ethischer Richtlinien

Interessenkonflikt. K. Peters, J.H. Peters, J. Wolstein und E. Rauh geben an, dass kein Interessenkonflikt besteht.

Es liegt ein positives Votum des Ethikrats der Otto-Friedrich-Universität Bamberg für die zitierte eigene Studie vor. Sie wurde im Einklang mit nationalem Recht sowie gemäß der Deklaration von Helsinki von 1975 (in der aktuellen, überarbeiteten Fassung) durchgeführt.

Open Access. Dieser Artikel wird unter der Creative Commons Namensnennung 4.0 International Lizenz veröffentlicht, welche die Nutzung, Vervielfältigung, Bearbeitung, Verbreitung und Wiedergabe in jeglichem Medium und Format erlaubt, sofern Sie den/die ursprünglichen Autor(en) und die Quelle ordnungsgemäß nennen, einen Link zur Creative Commons Lizenz beifügen und angeben, ob Änderungen vorgenommen wurden. Die in diesem Artikel enthaltenen Bilder und sonstiges Drittmaterial unterliegen ebenfalls der genannten Creative Commons Lizenz, sofern sich aus der Abbildungslegende nichts anderes ergibt. Sofern das betreffende Material nicht unter der genannten Creative Commons Lizenz steht und die betreffende Handlung nicht nach gesetzlichen Vorschriften erlaubt ist, ist für die oben aufgeführten Weiterverwendungen des Materials die Einwilligung des jeweiligen Rechteinhabers einzuholen. Weitere Details zur Lizenz entnehmen Sie bitte der Lizenzinformation auf <http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>.

Literatur

Bauer A, Schneider S, Waldorf M, Braks K, Huber TJ, Adolph D et al (2017) Selective visual attention towards oneself and associated state body satisfaction: an eye-tracking study in adolescents with different types of eating disorders. *J Abnorm*

- Child Psychol* 45(8):1647–1661. <https://doi.org/10.1007/s10802-017-0263-z>
- Berends T, van Meijel B, van Elburg A (2012) The anorexia relapse prevention guidelines in practice: a case report: the anorexia relapse prevention guidelines in practice: a case report. *Perspect Psychiatr Care* 48(3):149–155. <https://doi.org/10.1111/j.1744-6163.2011.00322.x>
- Berends T, van Meijel B, Nugteren W, Deen M, Danner UN, Hoek HW, van Elburg AA (2016) Rate, timing and predictors of relapse in patients with anorexia nervosa following a relapse prevention program: a cohort study. *Bmc Psychiatry* 16(1):316. <https://doi.org/10.1186/s12888-016-1019-y>
- Berends T, Boonstra N, van Elburg A (2018) Relapse in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Curr Opin Psychiatry* 31(6):445–455. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000453>
- Blechert J, Ansorge U, Beckmann S, Tuschen-Caffier B (2011) The undue influence of shape and weight on self-evaluation in anorexia nervosa, bulimia nervosa and restrained eaters: a combined ERP and behavioral study. *Psychol Med* 41(1):185–194. <https://doi.org/10.1017/s0033291710000395>
- Brockmeyer T, Friederich HC, Schmidt U (2018) Advances in the treatment of anorexia nervosa: a review of established and emerging interventions. *Psychol Med* 48(8):1228–1256. <https://doi.org/10.1017/S0033291717002604>
- Butler RM, Heimberg RG (2020) Exposure therapy for eating disorders: a systematic review. *Clin Psychol Rev* 78:101851. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101851>
- Cardi V, Leppanen J, Mataix-Cols D, Campbell IC, Treasure J (2019) A case series to investigate food-related fear learning and extinction using in vivo food exposure in anorexia nervosa: a clinical application of the inhibitory learning framework. *Eur Eat Disord Rev* 27(2):173–181. <https://doi.org/10.1002/erv.2639>
- Fairburn CG (2012) Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen. Schattauer, Stuttgart
- Farrell NR, Bowie OR, Cimperman MM, Smith BER, Riemann BC, Levinson CA (2019) Exploring the preliminary effectiveness and acceptability of food-based exposure therapy for eating disorders: a case series of adult inpatients. *J Exp Psychopathol*. <https://doi.org/10.1177/2043808718824886>
- Fennig S, Brunstein Klomek A, Shahar B, Sarel-Michnik Z, Hadas A (2017) Inpatient treatment has no impact on the core thoughts and perceptions in adolescents with anorexia nervosa. *Early Intervention Psych* 11(3):200–207. <https://doi.org/10.1111/eip.12234>
- Fichter MM, Quadflieg N, Lindner S (2013) Internet-based relapse prevention for anorexia nervosa: nine-month follow-up. *J Eat Disord*. <https://doi.org/10.1186/2050-2974-1-23>
- Frostad S, Rozakou-Soumalia N, Dårvariu Ş, Foruzesh B, Azkia H, Larsen MP et al (2022) BMI at discharge from treatment predicts relapse in anorexia nervosa: a systematic scoping review. *JPM* 12(5):836. <https://doi.org/10.3390/jpm12050836>
- Garner DM (1991) Eating disorder inventory-2: professional manual. Psychological Assessment Resources, Odessa
- Giel KE, Behrens SC, Schag K, Martus P, Herpertz S, Hofmann T et al (2021) Efficacy of post-inpatient aftercare treatments for anorexia nervosa: a systematic review of randomized controlled trials. *J Eat Disord* 9:129. <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00487-5>
- Hartmann A, Weber S, Herpertz S, Zeeck A (2011) Psychological treatment for anorexia nervosa: a meta-analysis of standardized mean change. *Psychother Psychosom* 80(4):216–226. <https://doi.org/10.1159/000322360>
- Herpertz S, Moll A, Gizewski E, Tagay S, Senf W (2008) Störung des Hunger- und Sättigungsempfindens bei restriktiver Anorexia nervosa. *Psychother Psychosom Med Psychol* 58(11):409–415. <https://doi.org/10.1055/s-2007-986215>
- Herpertz S, Fichter MM, Herpertz-Dahlmann B, Hilbert A, Tuschen-Caffier B, Vocks S et al (Hrsg) (2019) S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, 2. Aufl. Springer, Berlin
- Jiménez-Padilla C, Vázquez-Morejón A, Arias-Sánchez S (2025) Coping strategies adopted when faced with stress and eating disorders: a systematic review. *Eat Behav* 57:101966. <https://doi.org/10.1016/j.eatbeh.2025.101966>
- Kanfer FH, Reinecker H, Schmelzer D (Hrsg) (2012) Selbstmanagement-Therapie. Ein Lehrbuch für die klinische Praxis. Springer, Berlin <https://doi.org/10.1007/978-3-642-19366-8>
- Kästner D, Löwe B, Gumz A (2019) The role of self-esteem in the treatment of patients with anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 52(2):101–116. <https://doi.org/10.1002/eat.22975>
- Keshen A, Helson T, Ali S, Dixon L, Tregarthen J, Town J (2020) Efficacy and acceptability of self-monitoring via a smartphone application versus traditional paper records in an intensive outpatient eating disorder treatment setting. *Eur Eat Disord Rev* 28(4):473–479. <https://doi.org/10.1002/erv.2727>
- Klastrup C, Frølich J, Winkler LA-D, Støving RK (2020) Hunger and satiety perception in patients with severe anorexia nervosa. *Eat Weight Disord* 25(5):1347–1355. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00769-7>
- Linardon J, de la Piedad Garcia X, Brennan L (2017) Predictors, moderators, and mediators of treatment outcome following manualised cognitive-behavioural therapy for eating disorders: a systematic review. *Eur Eat Disord Rev* 25(1):3–12. <https://doi.org/10.1002/erv.2492>
- Melles H, Spix M, Jansen A (2021) Avoidance in anorexia nervosa: towards a research agenda. *Physiol Behav* 238:113478. <https://doi.org/10.1016/j.physbeh.2021.113478>
- Melles H, Duijvis S, Jansen A (2023) Inhibitory learning during exposure treatment in anorexia nervosa: a practical guide. *Behav Sci* 13(5):370. <https://doi.org/10.3390/bs13050370>
- Mulkens S, de Vos C, de Graaff A, Waller G (2018) To deliver or not to deliver cognitive behavioral therapy for eating disorders: replication and extension of our understanding of why therapists fail to do what they should do. *Behav Res Ther* 106:57–63. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2018.05.004>
- Murray SB, Treanor M, Liao B, Loeb KL, Griffiths S, Le Grange D (2016) Extinction theory & anorexia nervosa: deepening therapeutic mechanisms. *Behav Res Ther* 87:1–10. <https://doi.org/10.1016/j.brat.2016.08.017>
- Murray SB, Loeb KL, Le Grange D (2018) Treatment outcome reporting in anorexia nervosa: time for a paradigm shift? *J Eat Disord* 6:10. <https://doi.org/10.1186/s40337-018-0195-1>
- Neumayr C, Voderholzer U, Tregarthen J, Schlegl S (2019) Improving aftercare with technology

- for anorexia nervosa after intensive inpatient treatment: a pilot randomized controlled trial with a therapist-guided smartphone app. *Int J Eat Disord* 52(10):1191–1201. <https://doi.org/10.1002/eat.23152>
- Paul T, Thiel A (2005) Eating Disorder Inventory-2 (EDI-2): Deutsche Version. Hogrefe, Göttingen
- Peters K (2023) Anorexia nervosa: Effektivität einer Gewichtsmapping-basierten Intervalltherapie. Springer, Wiesbaden <https://doi.org/10.1007/978-3-658-41587-7>
- Peters K, Rauh E (2021) Individualisierte Therapieplanung mithilfe des Gewichts mappings bei Anorexia nervosa. *Psychotherapeut* 66:324–331. <https://doi.org/10.1007/s00278-021-00495-5>
- Peters K, Meule A, Voderholzer U, Rauh E (2021) Effects of interval-based inpatient treatment for anorexia nervosa: an observational study. *Brain Behav* 11:e2362. <https://doi.org/10.1002/brb3.2362>
- Pittig A, Hoyer J (2017) Exposition aus Sicht niedergelassener Verhaltenstherapeutinnen und Verhaltenstherapeuten. *Z Klin Psychol Psychother* 46(4):223–235. <https://doi.org/10.1026/1616-3443/a000441>
- Radunz M, Keegan E, Osenk I, Wade TD (2020) Relationship between eating disorder duration and treatment outcome: systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 53(11):1761–1773. <https://doi.org/10.1002/eat.23373>
- Schaumberg K, Reilly EE, Gorrell S, Levinson CA, Farrell NR, Brown TA et al (2021) Conceptualizing eating disorder psychopathology using an anxiety disorders framework: evidence and implications for exposure-based clinical research. *Clin Psychol Rev* 83:101952. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2020.101952>
- Schlegl S, Neumayr C, Voderholzer U (2020) Therapist-guided smartphone-based aftercare for inpatients with severe anorexia nervosa (SMART-AN): Study protocol of a randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 53(10), 1739–1745. <https://doi.org/10.1002/eat.23357>
- Statistisches Bundesamt (2023) Körpermaße nach Altersgruppen und Geschlecht. Endergebnisse des Mikrozensus 2021. <https://www.destatis.de/DE/Themen/Gesellschaft-Umwelt/Gesundheit/Gesundheitszustand-Relevantes-Verhalten/Tabellen/liste-koerpermasse.html#119168>. Zugegriffen: 10. März 2024
- Steinglass JE, Albano AM, Simpson HB, Wang Y, Zou J, Attia E et al (2014) Confronting fear using exposure and response prevention for anorexia nervosa: a randomized controlled pilot study. *Int J Eat Disord* 47(2):174–180. <https://doi.org/10.1002/eat.22214>
- Sternheim L, Startup H, McClelland J, Bonin EM, Beecham J, Schmidt U (2017) Preventing deterioration and relapse in severe anorexia nervosa: Randomised controlled feasibility trial of an e-mail guided manual-based self-care programme based on the Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (work package 5). In: Schmidt U, Sharpe H, Bartholdy S, Bonin E-M, Davies H, Easter A, Tchanturia K (Hrsg) Treatment of anorexia nervosa: a multimethod investigation translating experimental neuroscience into clinical practice. Programme grants for applied research, S 85–94 <https://doi.org/10.3310/pgfar05160>
- Vall E, Wade TD (2015) Predictors of treatment outcome in individuals with eating disorders:

Continuation of coping strategies in anorexia nervosa: how can patients influence the course of recovery?

Anorexia nervosa is often associated with severe and chronic courses. Even after apparently successful inpatient treatment, there is often a recurrence of loss of body substance after the inpatient stay. This could also be because patients do not yet sufficiently use coping strategies that they learnt during treatment and which need to be continued to maintain the success of treatment. This paper provides an overview of the research on the extent to which patients continue to use coping strategies and how effective these coping strategies are in terms of long-term disease management. The use of meal plans, exposure, weight monitoring and appreciation (self-reinforcement) as well as working with a relapse prevention plan are identified as effective coping strategies. These strategies are explained in more detail and possible applications are presented as suggestions for practitioners. Conveying these coping strategies as part of the treatment and their independent continuation by the patients could lead to more sustainable therapeutic effects. Finally, the limitations of current findings and research desiderata are discussed.

Keywords

Eating disorder · Psychotherapy · Behavioral therapy · Strategies · Techniques

- a systematic review and meta-analysis. *Int J Eat Disord* 48(7):946–971. <https://doi.org/10.1002/eat.22411>
- Waller G (2016) Treatment protocols for eating disorders: clinicians' attitudes, concerns, adherence and difficulties delivering evidence-based psychological interventions. *Curr Psychiatry Rep* 18:36. <https://doi.org/10.1007/s11920-016-0679-0>
- Waller G, Stringer H, Meyer C (2012) What cognitive behavioral techniques do therapists report using when delivering cognitive behavioral therapy for the eating disorders? *J Consult Clin Psychol* 80(1):171–175. <https://doi.org/10.1037/a0026559>
- Wright C, Waller G (2020) The impact of teaching clinicians about implementing exposure therapy with patients with eating disorders: a nonrandomized controlled study. *Int J Eat Disord* 53(1):107–112. <https://doi.org/10.1002/eat.23171>
- Zeeck A, Herpertz-Dahlmann B, Friederich HC, Brockmeyer T, Resmark G, Hagenah U et al (2018) Psychotherapeutic treatment for anorexia nervosa: a systematic review and network meta-analysis. *Front Psychiatry* 9:158. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2018.00158>

Hinweis des Verlags. Der Verlag bleibt in Hinblick auf geografische Zuordnungen und Gebietsbezeichnungen in veröffentlichten Karten und Institutsadressen neutral.