

Einleitung

Franziska Geiser und Katrin Imbierowicz

Essstörungen haben ihren Beginn meist im Jugend- oder jungen Erwachsenenalter und gehören in Deutschland zu den häufigsten chronischen psychischen Erkrankungen (Bundesministerium für Gesundheit, 2024). Darunter ist die Anorexia nervosa (»Magersucht«) am besten bekannt, obwohl sie unter den Essstörungen die niedrigste Prävalenz hat. Sie fällt durch die für viele Außenstehende, aber auch für Bezugspersonen und Behandlerinnen¹ schwer nachvollziehbare, konsequente Verweigerung einer ausreichend kalorienhaltigen Ernährung trotz Untergewicht auf sowie durch die ambivalente Behandlungsmotivation, den langjährigen Verlauf, die z. T. drastische Kachexie (Abmagerung) und die hohe Rate an physischen wie psychischen Komplikationen. Beides bedingt die hohe Mortalitätsrate der Erkrankung. Diese hat sich im Laufe der letzten 20 Jahre vermutlich aufgrund der spezialisierten Behandlungsangebote zwar reduziert, Einschränkungen der Gesundheit und Lebensqualität bleiben jedoch ein wichtiges Thema. So haben Patientinnen mit Anorexie eine um den Faktor 9,4 erhöhte Rate an »Years lived with disability« (YLD, zit. nach Zipfel et al., 2022) bei Frauen dieser Altersgruppe.

Demzufolge weist die Anorexia nervosa von allen Essstörungen auch die höchsten stationären Behandlungsraten auf. In Übersichtsstudien aus industrialisierten Ländern war jede dritte Patientin im Krankheitsverlauf mindestens ein Mal stationär behandelt worden. Trotz der Weiterentwicklung ambulanter Therapiekonzepte nehmen die Zahlen stationärer Aufnahmen aufgrund der Krankheitsschwere oder dem mangelnden Ansprechen auf ambulante Behandlung in diesen Ländern zu. Immerhin können etwa die Hälften der Patientinnen mit Anorexie nach meist längerem Behandlungsverlauf als geheilt gelten (Solmi et al., 2024; Toppino et al., 2024; s. a. ► Kap. 1).

Die stationäre Behandlung der Anorexia nervosa findet in Deutschland in aller Regel in psychosomatischen Kliniken oder Abteilungen statt, die ein störungsspezifisches, multiprofessionelles, multimodales und methodenintegratives Konzept verfolgen. In besonderen Situationen, z. B. internistischer Überwachungsbedürftigkeit oder akuter Eigengefährdung, kann auch eine Behandlung auf allgemein-internistischen oder beschützt psychiatrischen Stationen erforderlich sein.

In der deutschen Leitlinie zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen (Herpertz et al., 2019) werden Eckpunkte zur stationären Behandlung beschrieben. Während international eine ganze Reihe von evidenzbasierten Manualen zur ambulanten Therapie der Anorexia nervosa existieren, ist die Literatur zur stationären

1 Im Interesse der Lesbarkeit wurde in diesem Buch stets die weibliche Form gewählt, diese schließt alle anderen Gender mit ein.

Therapie überschaubar. Insbesondere fehlt es an konkreten Beschreibungen des komplexen Zusammenspiels der vielen relevanten Aspekte und Behandlungselemente in der klinischen Praxis. Nach unserer Erfahrung stellen sich außerdem immer wieder konkrete Fragen zum praktischen Vorgehen im Umgang mit den Patientinnen. Diese Lücke möchte dieses Buch füllen.

Nach einer Einführung in die Diagnostik der Anorexie (► Kap. 1) beginnen wir inhaltlich in unserem Buch mit der Frage, wann eine stationäre, psychosomatische Therapie sinnvoll und notwendig ist (► Kap. 2), sowie den möglichen Alternativen, z. B. bei sehr schlechtem körperlichem Zustand der Patientin. Danach beschreiben wir verschiedene Schwerpunkte und Bausteine der stationären Behandlung. Die Frage, wie der Prozess der Gewichtszunahme gestaltet werden kann (► Kap. 3.1), steht dabei als zentraler Baustein der Behandlung an erster Stelle. Es folgt eine Darstellung unserer Sicht auf die Integration verschiedener Therapieverfahren (► Kap. 3.2), insbesondere der psychodynamischen (► Kap. 3.3) und der verhaltenstherapeutischen Perspektive (► Kap. 3.4), die in den darauffolgenden Kapiteln mit praktischen Anwendungsbeispielen, zugeschnitten auf Patientinnen mit Anorexie, beschrieben werden.

Die Familientherapie (► Kap. 3.5) als Angebot nicht nur für Kinder und Jugendliche, sondern auch für junge Erwachsene, ist ebenso ein eigenes Kapitel wie die körpertherapeutischen Verfahren (► Kap. 3.6). Wie nun diese verschiedenen Elemente der Therapie von einem multiprofessionellen Team übernommen werden können und welchen Herausforderungen das Team dabei unter Umständen begegnet, wird im Kapitel Zusammenarbeit im stationären Team dargestellt (► Kap. 3.7). Da ein Wechsel aus ambulanten und stationären Therapien bei den Patientinnen mit Anorexie oft vorkommt und an den Schnittstellen zu manchmal erheblichen Reibungen führen kann, erhält der konkrete Umgang mit Angehörigen und Hausärztinnen als mögliche supportive Systeme vor und nach der stationären Therapie ein eigenes Kapitel (► Kap. 3.8).

Dem folgen zwei Kapitel, die sich mit möglichen Schwierigkeiten in der stationären Behandlung auseinandersetzen: der therapeutischen Begegnung mit stark ambivalent motivierten Patientinnen (► Kap. 3.9) und der sorgfältigen Einordnung möglicher somatischer Komplikationen (► Kap. 4). Auch in diesen beiden Kapiteln soll die Leserin Anleitungen und Anregungen bekommen, wie diese schwierigen Phasen der Therapie bewältigt werden können.

Den externen Unterstützungsangeboten und wie man sie mit einbeziehen und für die Patientin nutzbar machen kann, widmet sich das Kapitel Externe Informations- und Unterstützungsangebote und digitale Interaktionen (► Kap. 5).

Im Kapitel Anorexie und Geschlecht (► Kap. 6) wird auf den für junge Erwachsene immer komplizierter werdenden Aspekt der Genderzugehörigkeit und auf die daraus folgenden Implikationen für die Behandlung von Menschen mit Anorexie eingegangen.

Die Weigerung der Patientinnen, ihre Anorexie aufzugeben, konfrontiert das Behandlungsteam mit Entscheidungen bis hin zur Zwangsbehandlung. Dabei stellt sich die Frage, inwieweit bei den Patientinnen von einem freien Willen auszugehen ist (► Kap. 7) und wie mit Konflikten zwischen freiem Willen und medizinisch Notwendigem umgegangen werden soll.

Verwandt mit dem Thema der Willensentscheidung ist die Auseinandersetzung damit, ob, wann und wie auch eine Behandlung mit einer palliativen Zielsetzung (► Kap. 8) bei Patientinnen angedacht werden kann.

Am Ende des Buches ist ein Anhang mit relevantem Therapiematerial (siehe Materialsammlung und Arbeitsblätter) zu finden.

Wir hoffen, dass das Buch in anschaulicher Form eine Hilfe bei der stationären psychosomatischen Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa sein kann und zugleich zur Auseinandersetzung mit damit verbundenen ethischen und sozialen Fragen anregt. In jedem Fall soll es dabei unterstützen, die Behandlung der Anorexie als Herausforderung anzusehen, die in einem guten Setting strukturiert, erfolgreich und auch mit Freude angenommen werden kann, und den Betroffenen mit Offenheit und Respekt zu begegnen.

1 Diagnostik

Katrin Imbierowicz und Ingo Wegener

Die Diagnosestellung der Anorexia nervosa (AN) erfolgt in Deutschland zumeist anhand der ICD-Kriterien. Die deutsche Version der ICD-11 steht für den Bereich der psychischen Diagnosen zum Zeitpunkt der Bucherstellung kurz vor der Einführung. Aus diesem Grund stellen wir die Veränderungen der ICD-11 (WHO, 2022) gegenüber der aktuell noch gültigen ICD-10 (WHO/Dilling et al., 2015) tabellarisch dar. Ergänzt wird diese Gegenüberstellung um die, für internationale wissenschaftliche Projekte ebenfalls genutzten, DSM-5-Kriterien (American Psychiatric Association, 2013).

Tab. 1.1: Gegenüberstellung der Diagnosekriterien der Anorexia nervosa (AN) von ICD-10, ICD-11 und DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag)

ICD-10	ICD-11	DSM-5
F50.0	6B80	
Gewicht		
Körpergewicht mind. 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder Body-Mass-Index $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$	Untergewicht (BMI < 18,5 kg/m^2 oder < 5 Altersperzentile), welches nicht auf eine andere Erkrankung oder die Nicht-Fügbarkeit von Nahrung zurückzuführen ist, rascher Gewichtsverlust	(A) Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt. <i>Signifikant niedriges Gewicht</i> ist definiert als ein Gewicht, das unterhalb des Minimums des normalen Gewichts oder, bei Kindern und Jugendlichen, unterhalb des minimal zu erwartenden Gewichts liegt
Verhalten und Affekt		
Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:	Durchgehendes Muster an Verhaltensweisen, die die Wiederherstellung eines normalen Körpergewichts verhindern (restriktives Essverhalten, selbst-induziertes Erbrechen, selbst-induziertes Abführen,	(B) Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Gewichts

Tab. 1.1: Gegenüberstellung der Diagnosekriterien der Anorexia nervosa (AN) von ICD-10, ICD-11 und DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag) – Fortsetzung

ICD-10	ICD-11	DSM-5
F50.0	6B80	
<ul style="list-style-type: none"> • übertriebene körperliche Aktivität, • Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika, Schilddrüsenhormonen u.a. 	<p>brauch, exzessiver Sport u. a.), welches typischerweise von einer Angst vor Gewichtszunahme begleitet ist</p>	
Wahrnehmung		
Körperschemastörung, überwertige Idee, dick zu sein/ zu werden, es wird eine sehr niedrige Gewichtsschwelle festgelegt	<p>Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur bzw. des Körpergewichts oder übertriebener Einfluss des Körpergewichts und der Figur auf die Selbstbewertung. Ständige Beschäftigung mit Figur und Gewicht</p>	<p>(C) Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts</p>
Endokrinologie		
<p>Endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse), findet Ausdruck z.B. in Amenorrhoe, Libidoverlust, sek.</p> <p>Amenorrhoe; bei Beginn vor der Pubertät ist die Abfolge pubertärer Entwicklungsschritte verzögert</p>		
Unterformen		
<p>F50.00 (ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme außer Sport): kein Erbrechen, kein Abführmittel- oder Diuretikamissbrauch</p> <p>F50.01 (AN mit aktiven Maßnahmen zur</p>	<p>6B80.0</p> <p>AN mit signifikant niedrigem Körpergewicht: BMI zwischen 18,5 und 14,0 kg/m² (zwischen 5. und 0,3. Perzentile bei Kindern und Jugendlichen)</p>	<p>(F50.01) Restriktiver Typ: Während der letzten 3 Monate hat die Person keine wiederkehrenden Essanfälle gehabt oder kein »Purging«-Verhalten (d. h. selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt. Dieser Subtyp beschreibt Erscheinungsformen, bei denen der Gewichtsverlust in erster Linie durch Diäten, Fasten und/oder</p>

Tab. 1.1: Gegenüberstellung der Diagnosekriterien der Anorexia nervosa (AN) von ICD-10, ICD-11 und DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung vom Hogrefe Verlag Göttingen aus dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition, © 2013 American Psychiatric Association, dt. Version © 2018 Hogrefe Verlag) – Fortsetzung

ICD-10	ICD-11	DSM-5
F50.0	6B80	
Gewichtsreduktion): selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch o. ä., evtl. Essanfälle	<p>6B80.00: restriktiver Typ (Kalorienrestriktion, Sport)</p> <p>6B80.01: Binge-Purging Typ (mit Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, Schilddrüsenhormoneinnahme, Amphetaminmissbrauch, Einnahme pflanzlicher Produkte zur Gewichtsreduktion, Insulinmissbrauch, Essanfällen u. a.)</p> <p>6B80.1 AN mit gefährlich niedrigem Körpergewicht: $BMI < 14,0 \text{ kg/m}^2$ (Altersperzentile bei Kindern und Jugendlichen $< 0,3$. Perzentile)</p> <p>6B80.11: restriktiver Typ (s.o.)</p> <p>6B80.12: binge-purging Typ (s.o.)</p> <p>6B80.2 In Remission mit normalem Körpergewicht</p>	<p>übermäßige körperliche Bewegung erreicht wird</p> <p>(F50.02) Binge-Eating/Purging-Typ: Während der letzten 3 Monate hat die Person wiederkehrende »Essanfälle« gehabt oder »Purging«-Verhalten (d. h. selbsttherapiebeigeführtes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt</p> <p>Teilremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien für Anorexia Nervosa erfüllt waren, wird Kriterium A (niedriges Körpergewicht) seit einem längeren Zeitraum nicht erfüllt, während entweder Kriterium B (starke Angst vor Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt) oder Kriterium C (Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts) weiterhin erfüllt ist</p> <p>Vollremittiert: Nachdem zuvor alle Kriterien für Anorexia nervosa erfüllt waren, wird keines der Kriterien seit einem längeren Zeitraum erfüllt.</p> <p>Schweregrad: Leicht: $BMI \geq 17 \text{ kg/m}^2$ Mittel: $BMI 16-16,99 \text{ kg/m}^2$ Schwer: $BMI 15-15,99 \text{ kg/m}^2$ Extrem: $BMI < 15 \text{ kg/m}^2$</p>

Eine wesentliche Zielsetzung der aktualisierten Diagnosekriterien im ICD-11 war es, die Diagnose einer atypischen Anorexia nervosa nicht mehr stellen zu müssen, was oft dann der Fall war, wenn der BMI schon im untergewichtigen Bereich war, aber noch nicht $17,5 \text{ kg/m}^2$ unterschritten hatte oder aber bei ansonsten erfüllten Diagnosekriterien keine sekundäre Amenorrhoe zu diagnostizieren war. So wird, anders als noch in der ICD-10, das Unterschreiten eines BMI von $18,5 \text{ kg/m}^2$ angesetzt, die Grenze ist demnach um einen BMI-Punkt nach oben verschoben. Für Kinder und Jugendliche gilt das Unterschreiten der 5. BMI-Perzentile als Richtwert. In der ICD-11 wird noch deutlicher betont, dass die Gewichtsabnahme nicht durch eine andere,

mit Gewichtsverlust einhergehende Erkrankung, oder realen Nahrungsmangel verursacht sein darf.

Bei einer sehr schnellen Gewichtsabnahme (mehr als 20 % des Ausgangsgewichtes innerhalb eines halben Jahres), kann die Diagnose laut ICD-11 auch dann gestellt werden, wenn der BMI von $18,5 \text{ kg/m}^2$ noch nicht unterschritten ist, aber alle anderen Kriterien erfüllt sind.

Eine wichtige Veränderung in der ICD-11 ist das Wegfallen der endokrinen Störung als Diagnosekriterium. Diese war oft aufgrund einer Kontrazeptivumeinnahme nicht feststellbar, was dann bei ansonsten vorliegendem Vollbild zur Diagnose einer atypischen Anorexie führte.

1.1 Weitere diagnostische Merkmale

Das Verhalten der Betroffenen wirkt für Außenstehende nicht dem körperlichen Zustand entsprechend, bei dem eher Müdigkeit, Krankheitsgefühl und Schonverhalten zu erwarten wären. Stattdessen ist das Verhalten auf Maßnahmen ausgerichtet, die das Gewicht weiter absenken, wie Kalorienrestriktion, Bewegungssteigerung, Kälteexposition u. a. (s. a. ▶ Tab. 1.1). Sport in jeglicher Form dient vor allem der Steigerung des Kalorienumsatzes, von ihm abgehalten zu werden, erzeugt Anspannung und Symptomdruck. Hintergrund dieses Verhaltens ist die extreme Angst vor der Gewichtszunahme. Gedanken um Gewicht und Figur dominieren den Alltag. Die Bedeutung eines niedrigen Körpergewichts für den Selbstwert und die soziale Akzeptanz wird überbewertet. Dass das eigene Körpergewicht zu niedrig ist, wird z. T. als Beobachtung anderer theoretisch anerkannt, aber von der Patientin selbst emotional nicht wirklich so bewertet.

Eine Gewichtsphobie ist im Gegensatz zur Bulimia nervosa kein explizites Diagnosekriterium im ICD-11, liegt aber meistens vor. Sie wird von einigen Patientinnen in der Anamnese verneint, das Verhalten lässt aber den Schluss zu, dass eine Gewichtszunahme gefürchtet wird. Aus klinischer Sicht sollte deshalb auch bei Fehlen einer explizit berichteten Gewichtsphobie die Diagnose einer Anorexie gestellt werden, wenn die Gewichtsabnahme als beabsichtigt eingestuft wird und eine übermäßige Beschäftigung mit dem eigenen Körpergewicht vorliegt.

Dem Kontrollverhalten bezüglich des eigenen Körpers wird viel Zeit eingeräumt. Hierzu gehören das sog. Body-Checking (Körperempfindungen und -formen durch ritualisiertes Abtasten), ritualisiertes Abtasten exponierter Knochen (Schlüsselbein, Hüftknochen, Rippen), häufiges, oft mehrmals tägliches Wiegen, das Vermessen des eigenen Körpers mittels Maßbands und das Betrachten definierter Körperbereiche (v. a. Bauch, Oberschenkel).

Ebenso zeitintensiv wird das Zählen von Kalorien, die Planung der Nahrungsaufnahme und Suche nach Informationen darüber, wie noch mehr Gewicht verloren werden kann, betrieben.

Neben der Überbeschäftigung mit dem eigenen Körper gibt es körperbezogenes, vermeidendes Verhalten, bei dem das Tragen enger Kleidung, das Wiegen und die Betrachtung in Spiegeln umgangen werden. Auch soziale Situationen, die mit gemeinsamen Mahlzeiten oder Kommentaren zum Aussehen verbunden sein könnten, werden vermieden.

Ausprägung und Anzahl der beschriebenen Verhaltensweisen grenzen die Anorexie von temporärem Diätverhalten ohne Essstörung ab.

Aufgrund der Korrelation zwischen Untergewicht und Prognose bei Erwachsenen nimmt die ICD-11, ebenso wie das DSM-5, noch eine Unterteilung in verschiedene BMI- bzw. Perzentilgruppen vor (► Tab. 1.1).

Zuordnungen zu den Ziffern 6B80.Y und 6B80.Z (spezifische und unspezifische andere Anorexieformen) sollten die Ausnahme sein.

1.2 Abgrenzung zu anderen Diagnosen

Ist die Abgrenzung zwischen Anorexie und einer Bulimia nervosa erschwert, weil Essanfälle und Maßnahmen wie Erbrechen oder Abführmitteleinnahme vorliegen, entscheidet das Vorliegen von Untergewicht darüber, ob die Diagnose einer Anorexie zu stellen ist. Sollte es im Verlauf einer Anorexie mit Essanfällen und Purgings-Verhalten zu einer Gewichtskonsolidierung über einen BMI von $18,5 \text{ kg/m}^2$ kommen und diese hält ein Jahr lang an, dann wird die Diagnose von Anorexie in Bulimie verändert. Eine Doppeldiagnose ist nicht möglich.

Bei der *restriktiv-vermeidendens Essstörung (6B83)* liegt ebenfalls eine Vermeidung der Nahrungsaufnahme und damit einhergehend auch eine Gewichtsabnahme vor. Das Anoreiekriterium der übermäßigen Beschäftigung mit der eigenen Figur und dem Gewicht ist jedoch nicht erfüllt. Eine Doppeldiagnose ist nicht möglich.

Darüber hinaus wirft die Unterscheidung von anderen Störungsbildern klinisch gelegentlich Fragen auf. So können bei Erkrankungen aus dem Formenkreis der *Psychosen* zwar auch auf Figur, Gewicht und Nahrungsaufnahme bezogene, überwertige und oft bizarr anmutende Ideen auftreten, man findet dort aber zusätzlich darüber hinausgehende Inhalte (z. B. Beziehungen, Beruf, Weltanschauungen betreffend) sowie andere zu den Psychosen gehörige Symptome, wie Wahnwahrnehmungen und psychoskopische Ich- und Denkstörungen. Auch die Selbstwahrnehmung als zu dick, trotz bestehenden Untergewichts, ist typisch für die Anorexie und nicht typisch für Psychosen. Eine Doppeldiagnose ist zu stellen, wenn beide Vollbilder erfüllt sind.

Patientinnen mit Anorexia nervosa erleben wiederkehrende und anhaltende Gedanken und auch Verhaltensweisen, die sich um Essen, Figur und Gewicht drehen und zwanghaft anmutenden Charakter haben. Diese drehen sich aber, anders als bei den *Zwangsstörungen*, ausschließlich um die o. g. Themen. Sollten zusätzlich zu den anorexietyptischen Gedanken und Verhaltensweisen noch z. B. Wasch-, Zähl-

oder Kontrollzwänge und andere Zwangsgedanken auftreten, ist eine Doppeldiagnose zu stellen.

Bei der *körperdysmorphen Störung* dreht sich die übermäßige Beschäftigung um andere Merkmale als Gewicht und Figur (z.B. stattdessen um die Form der Nase oder die Hautbeschaffenheit). Eine Störung des Essverhaltens mit Gewichtsabnahme zur Veränderung der abgelehnten Merkmale liegt meist nicht vor. Schwierig kann jedoch die Abgrenzung zu in der Regel männlichen Betroffenen sein, die übermäßig damit beschäftigt sind, nicht genügend Muskeln oder aufgrund von zu hohem Körperfettanteil (subjektiv) nicht genügend sichtbare Muskeln zu haben. Hier kann eine Veränderung des Essverhaltens beobachtet werden. Bei daraus resultierender, signifikanter Gewichtsabnahme und Idealisierung eines zu niedrigen Gewichts sollte dann eher die Diagnose einer Anorexia nervosa gestellt werden.

Merke

Die in der ICD-11 beschriebenen Kriterien und die Charakteristika sollten im Rahmen einer ausführlichen Anamnese erhoben und immer um das Nachmessen von Gewicht und Körpergröße sowie die körperliche Untersuchung ergänzt werden! Die Diagnose der Anorexie-Unterform (in ICD-11) und ihr Schweregrad soll so präzise wie möglich gestellt werden. Eine Abgrenzung zu anderen Störungsbildern ist in den allermeisten Fällen möglich.

1.3 Psychische Komorbiditäten

Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa werden erhöhte Raten anderer psychischer Störungen beobachtet (Männer und Frauen unterscheiden sich dabei gering, Ulvebrand et al., 2015), sodass in vielen Fällen von einer ausgeprägten psychischen Belastung auszugehen ist. Bei der Betrachtung komorbider Störungen spielt die Stichprobenselektion eine wichtige Rolle. Patientinnen mit schwerer Anorexie-Erkrankung haben mehr psychische Komorbiditäten (Kessler et al., 2005). Besserung und Heilung der Anorexia nervosa führen zu einer Reduktion komorbider Symptome (Coulon et al., 2009; von Wietersheim, 2022).

Bei erwachsenen Patientinnen mit Anorexia nervosa sind depressive Störungen mit 31–89% Lebenszeitprävalenz die häufigste Komorbidität (Godart et al., 2007), gefolgt von Angststörungen mit ca. 65% lebenszeitbezogenem Vorkommen. Unter den Angststörungen dominiert die soziale Phobie (Kaye et al., 2004). Zwangsstörungen kommen bei ca. 20% der anorektischen Patientinnen vor (von Wietersheim, 2022), wobei Männer mit Anorexie mehr als doppelt so häufig betroffen sind wie Frauen (Cederlöf et al., 2015). Unter den Persönlichkeitsstörungen finden sich bei Patientinnen mit Anorexia nervosa am häufigsten zwanghafte, vermeidende, abhängige und Borderline-Persönlichkeitsstörungen (Martinussen et al., 2017). Eine

Komorbidität mit einer Psychose ist selten, die Prävalenz psychotischer Störungen aus dem schizophrenen Formenkreis scheint bei Anorexia nervosa nicht erhöht zu sein (Brodrick et al., 2020).

1.4 Epidemiologie

Nach Jacobi et al. (2014) liegt die Prävalenz der Anorexia nervosa entsprechend der DSM-IV-Diagnosekriterien (American Psychiatric Association, 1994) in Deutschland bei 0,7 % der Bevölkerung. Udo und Grilo (2018) geben die Häufigkeit für die USA auf der Basis der DSM-5®-Diagnosekriterien (American Psychiatric Association, 2013), die etwas weiter gefasst sind als im DSM-IV, mit 0,8 % an, wobei ca. 92 % der Betroffenen weiblich sind. Während es Hinweise darauf gibt, dass die Häufigkeit der Anorexia nervosa in den letzten Dekaden in Europa nicht weiter angestiegen ist (Hoek, 2016), ist global eine Zunahme der Häufigkeit zu verzeichnen, v.a. im Mittleren Osten und Asien (Pike & Dunne, 2015; Schaumberg et al., 2017). Über die letzten Jahrzehnte zeichnet sich in Europa ein zunehmend früherer Beginn der Anorexia nervosa ab, und in einer großen deutschen Stichprobe berichten beinahe die Hälfte der Probandinnen mit Anorexia nervosa einen Beginn der Symptome vor dem 13. Lebensjahr (Nagl et al., 2016).

Die hohe psychische Belastung der Patientinnen mit Anorexia nervosa spiegelt sich in einer erhöhten Suizidalität wider. Nach einer Übersichtsarbeit von Smith et al. (2018) sind Suizide im Vergleich zu alters- und geschlechtskontrollierten Vergleichsgruppen 18-fach erhöht. Dies führt zusammen mit den in ► Kap. 4 dargestellten, häufigen somatischen Komplikationen zu einer stark erhöhten Sterblichkeit, wobei in einer Stichprobe von Sullivan (1995) der Anteil der Todesfälle aufgrund somatischer Komplikationen an allen Todesfällen bei 54 % liegt, dabei suizidierten sich 27 % und 19 % verstarben an anderen oder ungeklärten Ursachen. Zur Beurteilung der Sterblichkeit von Patientinnen mit Anorexia nervosa im Vergleich zur Normalbevölkerung wird oftmals die standardisierte Mortalitätsrate (SMR) herangezogen, da diese die Sterblichkeit der jeweiligen Altersgruppen und Zeiträume berücksichtigt, wobei ein Wert über 1 eine Übersterblichkeit anzeigt. Fichter und Quadflieg (2016) berichten auf der Basis einer großen Stichprobe eine SMR von 5,4, was eine hohe Übersterblichkeit bedeutet. Damit rangiert die Anorexia nervosa bezüglich der Sterblichkeit an der Spitze der psychischen Störungen, noch vor den Abhängigkeitserkrankungen (Fichter & Quadflieg, 2016).

In einer Übersichtsarbeit finden Solmi et al. (2024) für Patientinnen mit Anorexia nervosa Remissionsraten von durchschnittlich 45 % im Anschluss an eine Behandlung, wohingegen 24 % als gebessert und 23 % weiterhin als anorektisch eingestuft werden. Betrachtet man den Krankheitsverlauf über einen längeren Zeitraum, so wird innerhalb von 20 Jahren bei etwa 50 % der Betroffenen eine vollständige Remission beobachtet, während bei 30 % Residualsymptome verbleiben und 20 % einen chronischen Krankheitsverlauf haben (Steinhausen, 2002).