



11 Essstörungen

11.1	Allgemeines	298
11.2	Symptomatik und klinische Subtypen.	301
11.3	Diagnostik und Differenzialdiagnose	305
11.4	Therapie	306
11.5	Verlauf	307
11.6	Komorbidität	308

Arno Deister

11.1 Allgemeines

11.1 Allgemeines

► Definition.

► **Definition.** Essstörungen sind durch intensive Furcht vor dem Dickwerden, verändertes Essverhalten sowie eine Störung der Körperwahrnehmung charakterisiert. Bei der **Anorexia nervosa** (Magersucht) kommt es zu erheblichem Gewichtsverlust und typischen Symptomen (z. B. Amenorrhö), bei der **Bulimia nervosa** (Ess-Brech-Sucht) zu Heißhungerattacken und oft selbstinduziertem Erbrechen. Sekundäre somatische Veränderungen sind häufig.

Essstörungen werden in den letzten Jahren deutlich häufiger diagnostiziert. Das Essen hat einen eindeutigen soziokulturellen Bezug. Es besteht eine Parallele zu gesellschaftlichen Entwicklungen, die das Schlanksein als Schönheitsideal propagieren. Unabhängig von ihrem Körpergewicht möchten Frauen im Durchschnitt etwa 5 kg leichter sein.

Auslösend wirken die **verzerrte Wahrnehmung** des eigenen Körpergewichts sowie **genetische, hirnorganische und psychologische Faktoren**.

Der Begriff „**Anorexie**“ bedeutet wörtlich übersetzt Appetitverlust, „**Bulimie**“ bedeutet „Ochsenhunger“ und weist auf die Heißhungerattacken hin. Der Zusatz „nervosa“ soll die seelische Verursachung beschreiben. Übergänge und Kombinationen zwischen beiden Erkrankungen kommen vor (**Bulimarexie**).

Die **Adipositas** ist die sozialmedizinisch bedeutsamste Form einer Störung des Essverhaltens, sie wird jedoch in der Regel nicht als primäre psychische Störung betrachtet. 5–10 % der Krankheitskosten in den industrialisierten Ländern sind der Adipositas und ihren Folgeproblemen zuzurechnen.

Essstörungen gehören zu den psychiatrischen Erkrankungen, die in den letzten Jahrzehnten deutlich häufiger als früher diagnostiziert wurden. Ob es tatsächlich auch zu einer Zunahme der Erkrankungshäufigkeit gekommen ist, ist nicht abschließend geklärt. Gesichert ist jedoch der Einfluss gesellschaftlicher Aspekte auf das Auftreten der Erkrankung. Das Essen hat schon immer einen klaren soziokulturellen Bezug. Heute lässt sich ebenfalls eine gewisse Parallelität zu gesellschaftlichen Entwicklungen feststellen, die das Schlanksein oft unkritisch als fast absolutes Schönheitsideal propagieren und Trainings- und Fitnessmaßnahmen stark betonen. Dieser gesellschaftliche Druck betrifft ganz vorwiegend Frauen und hat u. a. dazu geführt, dass Frauen in Deutschland im Durchschnitt um 5 kg leichter sein wollen als sie es tatsächlich sind. Dieser Wunsch betrifft gleichermaßen übergewichtige, normalgewichtige und sogar untergewichtige Frauen.

Diese **verzerrte subjektive Wahrnehmung** der eigenen Person und besonders des Körpergewichts kann zu einem psychiatrisch relevanten Problem und einer wesentlichen Bedingung für die Auslösung einer Essstörung werden. Darüber hinaus sind **genetische, hirnorganische und psychologische Faktoren** an der Entstehung beteiligt.

Anorexie bedeutet wörtlich übersetzt „Appetitverlust“ oder „Appetitverminderung“. Dieser Begriff ist jedoch eher irreführend, da bei magersüchtigen Patienten nicht die Appetitveränderung, sondern die Veränderung des Körpergefühls und ein auffälliges Essverhalten im Vordergrund stehen. Der Begriff der **Bulimie** (wörtlich: „Ochsenhunger“) weist auf das führende Symptom der Heißhungerattacken hin. Der Zusatz „nervosa“ soll ausdrücken, dass Essstörungen eine seelische Ursache zugrunde liegt. Auch wenn die Symptomatik unterschiedlich ist, so gibt es doch **Kombinationen und Übergänge zwischen beiden Formen (Bulimarexie)**.

Als sozialmedizinisch bedeutsamste Form der Störung des Essverhaltens ist die **Adipositas** anzusehen. Diese wird bei einem Body-Mass-Index > 30 diagnostiziert. Es wird davon ausgegangen, dass etwa jeder 3. erwachsene Bundesbürger deutlich übergewichtig ist und aus medizinischen Gründen Gewicht abnehmen sollte. Dies hat zur Folge, dass 5–10 % der Krankheitskosten in Deutschland und anderen Industrieländern der Adipositas bzw. ihren Folgeerkrankungen zuzurechnen sind. Traditionell wird die Adipositas jedoch nicht als (primär) psychische Störung angesehen, obwohl sowohl eine Vielzahl von ursächlichen Faktoren als auch Folgeproblemen psychiatrische Relevanz haben. Auch in den modernen psychiatrischen Klassifikationssystemen wird das Übergewicht nicht als eigenständige Störung klassifiziert. Es gibt aber ernst zu nehmende Hinweise darauf, dass der psychische Prozess, der das Entstehen von Adipositas begünstigt, dem psychischen Prozess bei den typischen Essstörungen, also der Anorexie und der Bulimie, zumindest ähnlich ist.

Historisches: Als Erstbeschreiber der **Anorexia nervosa** im heutigen Sinn gelten der französische Internist und Nervenarzt **Ernest-Charles Lasègue** (1816–1883) und der Engländer **William Gull** (1816–1890), die 1873 die „**Anorexia hysterica**“ erstmals als eigenständiges Krankheitsbild beschrieben haben. Lasègue wies bereits auf den primären Krankheitsgewinn, die auffällige Krankheitsverleugnung und das überaktive Verhalten dieser Patienten hin. Wie aus dem ursprünglichen Namen hervorgeht, wurde eine Verbindung zu „hysterischen“ Krankheitsbildern hergestellt, wie es auch in den Jahrzehnten davor üblich war. Ähnliche Beschwerdebilder wurden im 19. Jahrhundert auch unter den Begriffen „nervöse Dyspepsie“ oder später auch der „Magenneurose“ zusammengefasst.

Die Beschreibung der **Bulimia nervosa** erfolgte als eigenständige Form erstmals im DSM-III (1980). In der ICD-10 und im DSM-5 werden für beide Erkrankungen klare Kriterien angegeben (Tab. B-11.1).

Historisches: Der französische Internist und Nervenarzt **Ernest-Charles Lasègue** und der Engländer **William Gull** beschrieben 1873 die „**Anorexia hysterica**“ erstmals als eigenständiges Krankheitsbild im heutigen Sinn. Ursprünglich wurde eine Beziehung zu den „hysterischen“ Krankheitsbildern hergestellt.

Die Beschreibung der **Bulimia nervosa** erfolgte als eigenständige Form erstmals im DSM-III (1980, Tab. B-11.1).

≡ B-11.1 Klassifikation der Essstörungen nach ICD-10 und DSM-5 (Auszüge)

ICD-10	DSM-5
Essstörungen (F50)	Essstörungen (F50)
■ Anorexia nervosa (F50.0) ■ Bulimia nervosa (F50.2) ■ Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen (F50.4) ■ Erbrechen bei psychischen Störungen (F50.5) ■ sonstige Essstörungen (F50.8)	■ Anorexia nervosa – restriktiver Typ (F50.01) – Binge-Eating/Purging-Typ (F50.02) ■ Bulimia nervosa (F50.2) ■ Binge-Eating-Störung (F50.8) ■ nicht näher bezeichnete Essstörungen (F50.9)

ICD-10: Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Auflage; Verlag Hans Huber, Bern 2014
 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 © 2015 Hogrefe Verlag

Epidemiologie: Bezogen auf die Gesamtbevölkerung ist die **Anorexia nervosa** eine eher seltene Störung. In der hauptsächlich betroffenen Risikogruppe junger Frauen zwischen 15 und 25 Jahren findet sich diese Erkrankung jedoch in bis zu 1 %. Zunehmend häufiger werden atypische bzw. subsyndromale Formen der Essstörung beobachtet: Einzelne Symptome einer Essstörung werden in einer Häufigkeit bis zu 20 % in bestimmten Risikopopulationen angegeben. Die Anorexia nervosa weist 2 Erkrankungsgipfel im 14. und im 18. Lebensjahr auf. Die **Bulimie** kommt deutlich häufiger vor und wird bei jungen Frauen bei etwa 1–3 % gefunden. Diese Störung beginnt insgesamt etwas später, typischerweise zwischen dem 18. und dem 35. Lebensjahr. Für beide Erkrankungen gilt, dass trotz deutlicher Symptome die Diagnose einer Essstörung in vielen Fällen gar nicht oder deutlich zu spät gestellt wird.

Beide Formen betreffen in der Mehrzahl Frauen. Nur etwa 10–15 % der Betroffenen sind Männer. Essstörungen sollen in den mittleren und gehobenen sozialen Schichten häufiger auftreten. Insbesondere bei der Bulimie existiert jedoch eine hohe Dunkelziffer. Das auffällige Essverhalten wird oft vor der Umwelt verborgen, eine massive Gewichtsabnahme kann relativ lange von der Umgebung toleriert werden.

Ätiopathogenese: Es besteht ein komplexes Zusammenspiel prädisponierender Faktoren, auslösender Situationen und von Faktoren, die wechselseitig die Störung aufrechterhalten (Abb. B-11.1).

Sowohl für Anorexie als auch Bulimie sind **genetische Faktoren** belegt. Bei der Anorexie besteht für eineiige Zwillinge eine Konkordanzrate von etwa 50 %, bei zweieiigen Zwillingen beträgt diese Übereinstimmung weniger als 10 %. Für Verwandte 1. Grades von Anorexiepatienten ist außerdem die Erkrankungswahrscheinlichkeit 8- bis 11-mal höher als in der Normalbevölkerung.

In **soziokultureller Hinsicht** kommt dem gesellschaftlichen Druck und dem meist über die Medien transportierten Schönheitsideal eine besondere Rolle zu. Als auslösende Situationen kommen insbesondere Trennungssituationen vom Elternhaus oder partnerschaftlich-sexuelle Konflikte infrage. Intensiv diskutiert wird darüber hinaus die Rolle der **Familienstrukturen**. Insgesamt scheint in den Familien essgestörter Patienten häufig ein gestörtes Interaktionsmuster vorzuliegen (Rigidität,

Epidemiologie: In der Risikogruppe der jungen Frauen zwischen 15 und 25 Jahren findet sich die **Anorexia nervosa** in bis zu 1 %. Sie weist 2 Erkrankungsgipfel auf (14. und 18. Lebensjahr). Die **Bulimie** ist häufiger, wird in der Gruppe der jungen Frauen bei etwa 1–3 % gefunden und beginnt etwas später (18.–35. Lebensjahr).

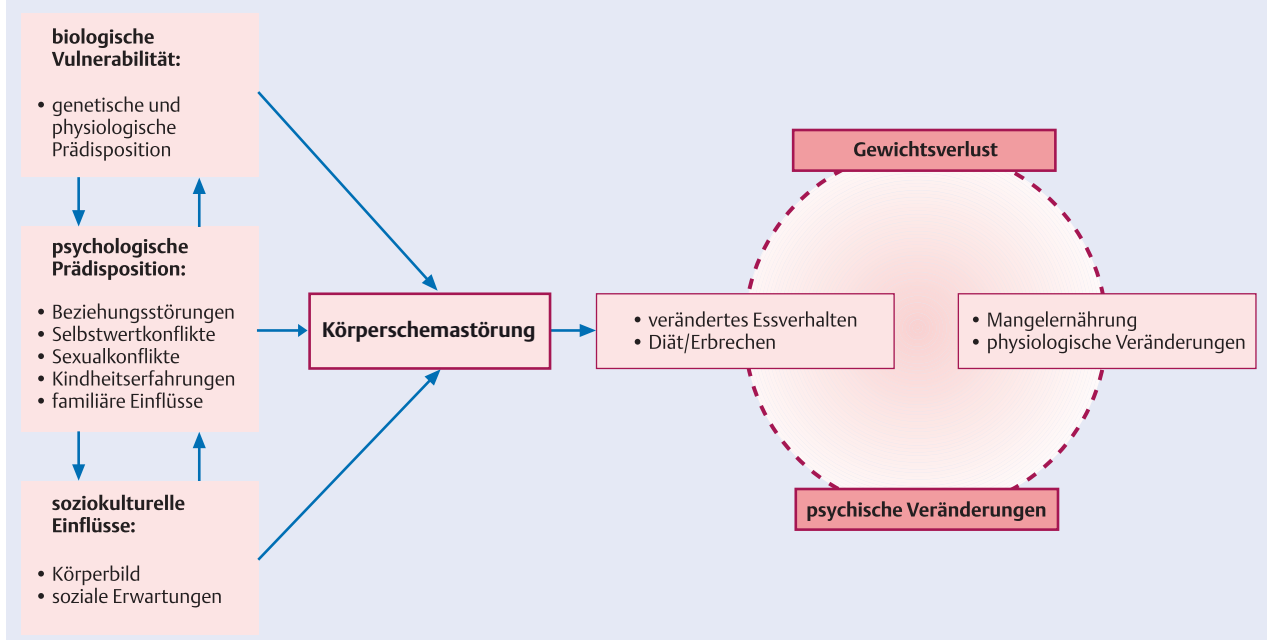
Beide Formen der Essstörung betreffen in der Mehrzahl der Fälle Frauen. 10–15 % der Betroffenen sind Männer. Insbesondere bei der Bulimie existiert eine hohe Dunkelziffer.

Ätiopathogenese: Verschiedene Faktoren spielen zusammen (Abb. B-11.1).

Sowohl für Anorexie als auch Bulimie sind **genetische Faktoren** belegt.

In **soziokultureller Hinsicht** kommt dem gesellschaftlichen Druck eine besondere Rolle zu. Intensiv diskutiert wird darüber hinaus die Rolle der **Familienstrukturen**. Insgesamt scheint in den betroffenen Familien häufig eine gestörte Interaktion zu bestehen.

B-11.1 Gegenseitige Beeinflussung verschiedener Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen



Die Theorien über **organische Ursachen** sind komplex. Hunger- und Sättigungsgefühl werden vorwiegend im Hypothalamus reguliert. Darüber hinaus spielen auch periphere Regulationsmechanismen und bestimmte Hormone und Überträgerstoffe eine Rolle (z. B. Serotonin, Leptin).

Auch **individuelle Eigenschaften** des Patienten sind zu berücksichtigen (z. B. Schwierigkeiten in der Identitätsfindung, Gefühl der eigenen Ineffektivität). Bei Patienten mit bulimischer Essstörung finden sich gehäuft affektive Instabilität sowie mangelnde Fähigkeit zur Impulskontrolle.

Aus **lerntheoretischer Sicht** ist die **Verknüpfung von Körpergewicht und Selbstwertgefühl** von Bedeutung. Die Reaktion der Umgebung spielt dabei eine besondere Rolle.

Aus **tiefenpsychologischer Sicht** wird eine „zweiphasige Verdrängung“ angenommen. Die Appetitstörung und das Erbrechen werden zudem als Ausdruck der Angst vor gesteigerten sexuellen Bedürfnissen angesehen („neurotische Regression“).

Überbehütung, Konfliktvermeidung, geringes Konfliktlösungspotenzial). Bereits Lasègue hatte 1873 geschrieben: „Die Patientin und ihre Familie sind als ein sehr eng gestricktes Ganzes zu betrachten, und wir erhalten ein falsches Bild von der Erkrankung, wenn wir unseren Blick nur auf die Patientin richten.“ Es ist bis heute jedoch nicht geklärt, ob diese Verhaltensweisen eine notwendige Bedingung für die Entstehung der Erkrankung darstellen oder eher als ihre Folge anzusehen sind.

Die Theorien über **organische Ursachen** sind sehr komplex und uneinheitlich. Sowohl Hunger- als auch Sättigungsgefühl werden durch Zentren im Hypothalamus reguliert. Die biologische Regulation des Essverhaltens bezieht darüber hinaus auch periphere Regulationsmechanismen (u. a. Signale aus dem Gastrointestinaltrakt) mit ein. Dabei spielen bestimmte Hormone und Überträgerstoffe eine wesentliche Rolle (z. B. CRF, Serotonin, Leptin). Für die Symptomatik von Essstörungen ist zudem von Bedeutung, dass die Nahrungsaufnahme in ähnlichen Zentren wie die sexuelle Aktivität und auch die Menstruation reguliert wird.

Individuelle Eigenschaften des Patienten sind ebenfalls zu berücksichtigen. Patienten mit Essstörungen zeigen während ihrer Entwicklung in der Pubertät und in der Adoleszenz Schwierigkeiten mit der Identitätsfindung und entwickeln unzureichende Kompetenzen zur Bewältigung alltägtypischer Anforderungen. Häufig finden sich ein tief verwurzeltes Gefühl der eigenen Ineffektivität, Misstrauen gegenüber zwischenmenschlichen Beziehungen und eine mangelnde Fähigkeit, die eigene Befindlichkeit wahrzunehmen. Bei Patienten mit bulimischer Essstörung finden sich zudem gehäuft affektive Instabilität sowie eine mangelnde Fähigkeit zur Impulskontrolle.

Aus **lerntheoretischer Sicht** ist besonders die **Verknüpfung von Körpergewicht und Selbstwertgefühl** von Bedeutung. Auch dabei spielt die Reaktion der Umgebung eine wichtige Rolle. Die Möglichkeit, das Körpergewicht fast nach Belieben manipulieren zu können (z. B. durch provoziertes Erbrechen oder Laxanzienabusus), wird fälschlicherweise als Problemlösungsstrategie eingesetzt. Das Aufrechterhalten der Symptomatik wird häufig dadurch unterstützt, dass das durch die Essstörung bedingte Vermeidungsverhalten schwieriger Situationen als Verstärker der Symptomatik anzusehen ist.

Aus **tiefenpsychologischer Sicht** wird u. a. eine sog. „zweiphasige Verdrängung“ angenommen. Dabei führt die Abwehr der als bedrohlich empfundenen inneren Konflikte nicht zum Auftreten eines psychischen Symptoms (wie z. B. Angst), sondern zu körperlichen Abwehrvorgängen im Sinne der Essstörung. Die rein psychoneurotische Symptombildung würde nach dieser Theorie zur Abwehr zugrunde liegender

Konflikte nicht ausreichen. Eine wesentliche Bedeutung kommt auch dem Versuch von essgestörten Patienten zu, die Kontrolle über seelische und körperliche Funktionen zu behalten. Nahrungsaufnahme wird in diesem Zusammenhang oft als Kontrollverlust erlebt. Die Appetitstörung und das Erbrechen werden in tiefenpsychologischen Theorien als Ausdruck der Angst vor gesteigerten sexuellen Bedürfnissen angesehen („neurotische Regression“). In der Regel soll die Beziehung zur (dominanten) Mutter ebenso gestört sein wie die Beziehung zum Vater, die eine ödipale Konfliktsituation darstellt.

11.2 Symptomatik und klinische Subtypen

Das gemeinsame Kernsymptom der Anorexie und der Bulimie ist die Störung der Körperwahrnehmung (**Körperschemastörung**). Besonders anorektische Patienten überschätzen ihren Körperumfang und halten sich trotz Untergewicht für zu dick (s. Abb. B-11.2). Dabei sind bestimmte Körperregionen mehr von den Befürchtungen betroffen als andere (z. B. Bauch, Oberschenkel, Hüften, Abb. B-11.3).

Die Körperschemastörung steht in engem Zusammenhang mit dem **gestörten Essverhalten**. So werden vermeintlich hochkalorische Nahrungsmittel vermieden und es kommt – besonders nach Heißhungerattacken bei der Bulimie – zum Versuch, zu viel aufgenommene Nahrungsmittel wieder loszuwerden, z. B. durch selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittel, Einnahme von Diuretika sowie übertriebene körperliche Aktivitäten.

Gemeinsam ist Anorexie und Bulimie auch das **gehäufte Auftreten von affektiven Auffälligkeiten**, so z. B. depressiven Symptomen, Angst und Zwangssymptomen.

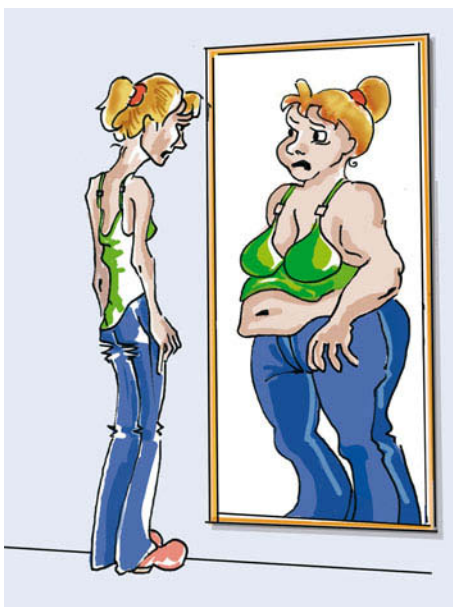
11.2 Symptomatik und klinische Subtypen

Gemeinsames Kernsymptom ist die gestörte Körperwahrnehmung (**Körperschemastörung**, s. Abb. B-11.2). Besonders anorektische Patienten überschätzen ihren Körperumfang (Abb. B-11.3).

Das **gestörte Essverhalten** zeigt sich in der Vermeidung vermeintlich hochkalorischer Nahrungsmittel und dem Versuch, zu viel aufgenommene Nahrungsmittel wieder loszuwerden (z. B. Erbrechen, Laxanzien).

Gehäuft finden sich **affektive Auffälligkeiten**, z. B. Angst, Depression, Zwangssymptome.

• B-11.2 Die gestörte Körperwahrnehmung führt zu häufigen Gewichtskontrollen



(Regina Bracht, Witten)

• B-11.2

• B-11.3 Patienten mit Essstörungen überschätzen meist ihren Körperumfang



• B-11.3

11.2.1 Anorexia nervosa

► Synonym.

Durch restriktives Diäthalten bis zur völligen Nahrungsverweigerung kommt es teilweise zu **extremer Gewichtsabnahme** (Tab. B-11.2). Das Essverhalten ist auffällig: Die Patienten brauchen z. B. lange für geringste Essmengen oder zerpfücken die Speisen. In einigen Fällen können auch bei der Anorexie Heißhungerattacken auftreten.

11.2.1 Anorexia nervosa

► Synonym. Magersucht.

Das klinische Bild ist durch restriktives Diäthalten bis hin zur völligen Nahrungsverweigerung gekennzeichnet. Dadurch kommt es zu deutlicher, teilweise **extremer Gewichtsabnahme**. Durchschnittlich beträgt die Gewichtsabnahme etwa 45 % des Ausgangsgewichtes; für die Diagnosestellung wird ein Gewichtsverlust auf ein Körpergewicht von mindestens 15 % unter dem zu erwartenden Körpergewicht oder ein BMI von 17,5 oder weniger verlangt (Tab. B-11.2). Das Essverhalten ist auffällig: Die Patienten brauchen lange für geringste Nahrungsmengen, zerpfücken die Speisen, essen unpassende Nahrungsmittel durcheinander und verzichten auf andere ganz (z. B. fleischhaltige Kost). Im DSM-5 wird unterschieden, ob es zu „Purging-Verhalten“ kommt (z. B. selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren).

B-11.2 Symptomatik der Anorexia nervosa nach ICD-10 und DSM-5 (Auszüge)

ICD-10	DSM-5
▪ Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden oder Body-Mass-Index von 17,5 oder weniger. ▪ Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: – selbstinduziertes Erbrechen – selbstinduziertes Abführen – übertriebene körperliche Aktivitäten – Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika. ▪ Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung. ▪ Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. ▪ Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.	▪ Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigeren Körpergewicht führt. ▪ Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Gewichts. ▪ 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. ▪ <i>Bestimme, ob:</i> – (F50.01) restriktiver Typ: während der letzten 3 Monate keine wiederkehrenden Essanfälle oder kein „Purging-Verhalten“ – (F50.02) Binge-Eating/Purging-Typ: während der letzten 3 Monate wiederkehrende Essanfälle oder „Purging-Verhalten“

ICD-10: Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Auflage; Verlag Hans Huber, Bern 2014

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 © 2015 Hogrefe Verlag

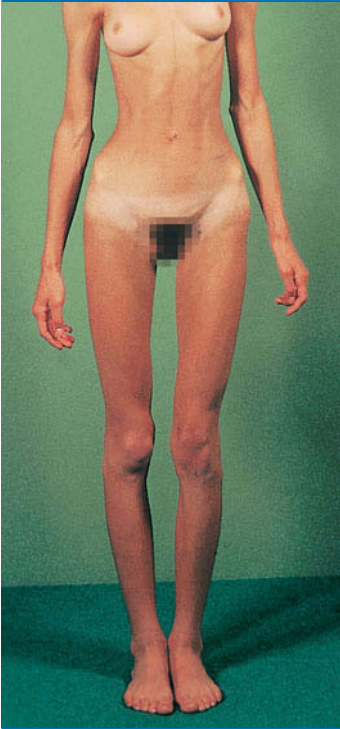
Die Erkrankung beginnt häufig mit einer Überwachung der Nahrungsaufnahme anhand eines Kalorienplanes. Die Gewichtsabnahme kann bis zur **massiven Kachexie** reichen (Abb. B-11.4).

Organisch kommt es insbesondere zu einer endokrinen Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Achse (z. B. Amenorrhö, Libido- und Potenzverlust). Außerdem ist der Plasma-Kortisolspiegel erhöht. Weitere körperliche Folgen sind u. a. Bradykardie, Haarausfall, Ödeme sowie laborchemische Veränderungen (z. B. Hypokaliämie). Bei ausgeprägtem Laxanzienabusus kann es zur Osteoporose kommen.

Die Erkrankung beginnt häufig mit einer Überwachung der Nahrungsaufnahme anhand eines Kalorienplanes. Viele Patienten weigern sich, an den gemeinsamen Mahlzeiten der Familie teilzunehmen. Wie oben beschrieben, können neben dem reinen Fasten oder Hungern noch andere Methoden zur Gewichtsreduktion angewandt werden (z. B. selbst induziertes Erbrechen oder übermäßige körperliche Aktivität). In einigen Fällen können auch bei der Anorexie Heißhungerattacken (wie bei der Bulimie) auftreten. Die Gewichtsabnahme kann bis hin zur **massiven Kachexie** reichen. Ein Körpergewicht von 25 bis 35 kg kann akute lebensbedrohliche Folgen haben (Abb. B-11.4).

Organisch kommt es besonders zu einer endokrinen Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Achse. Diese manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö, bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Außerdem ist der Plasma-Kortisolspiegel erhöht mit Verlust der physiologischen Tagesschwankung sowie einem reduzierten Gonadotropin-Spiegel. In einigen Fällen kann es sogar zu einer (Pseudo-)Hirnatrophie mit Erweiterung der Liquorräume kommen. Weitere körperliche Folgen sind Bradykardie, Hypotonus, Hypothermie, Lanugo-Behaarung, Haarausfall und Ödeme. Die laborchemische Untersuchung zeigt eventuell eine Verminderung der Elektrolyte (z. B. Hypokaliämie), eine Leukopenie, erhöhte Transaminasen und ein erniedrigtes Gesamteiweiß. Begleitend kann es bei ausgeprägtem Laxanzienabusus zu Osteomalazie und Osteoporose kommen.

B-11.4 Patientin mit Anorexia nervosa



B-11.4

► **Klinischer Fall.** Die jetzt 25-jährige Studentin wurde als zweites Kind einer Hausfrau und eines Bauingenieurs geboren. Ein Bruder ist 6 Jahre älter. Die Patientin berichtet, die frühkindliche Entwicklung sei völlig unauffällig gewesen. Die Erziehung ihrer Eltern sei ein Mittelmaß zwischen Freiheit und Strenge gewesen; die Mutter habe in der Erziehung dominiert, der Vater sei mehrere Jahre beruflich bedingt nur alle 2 Wochen zu Hause gewesen. Die Ehe der Eltern sei eher schlecht gewesen, sie hätten sich immer viel gestritten. Auch in der Partnerbeziehung dominierte die Mutter; sie selber habe sich mehr dem Vater angeschlossen. Häufig habe die Mutter versucht, Beziehungen zu Freundinnen zu unterbinden, sodass sie meist sehr isoliert gewesen sei. Jedes Gespräch über sexuelle Themen sei in der Familie völlig tabu gewesen. In der Grundschule war die Patientin eine sehr gute Schülerin, im Gymnasium ließen die Leistungen langsam nach. Nach dem 11. Schuljahr ging die Patientin dann vom Gymnasium ab und besuchte eine höhere Handelsschule.

► Klinischer Fall.

Sie gab an, in dieser Zeit habe dann ihre „**Magersucht**“ begonnen. Damals habe sie zum ersten Mal einen festen Freund gehabt. Dieser habe ihr gegenüber wiederholt bemerkt, dass sie „zu fett“ sei. Bei einer Körpergröße von 1,65 m habe sie damals etwa 55 kg gewogen. Die Bemerkungen ihres Freundes seien für sie aber nicht überraschend gekommen, da sie sich selber auch als zu dick erlebt habe. Innerhalb eines Jahres habe sie von 55 kg bis auf 35 kg Körpergewicht abgenommen, indem sie eine „**sehr strenge Diät**“ eingehalten habe. Ab und zu habe sie auch einmal absichtlich erbrochen, wenn sie ihren Diätvorschriften nicht nachgekommen sei. Ihre Mutter habe die Gewichtsabnahme zunächst überhaupt nicht registriert, sondern es ihr erst als sie bereits 35 kg wog an ihrem Gesicht angesehen. Auch ihr Vater habe nichts davon bemerkt. Im Übrigen habe sie zu dieser Zeit zu ihrer Mutter ein besseres Verhältnis gehabt, da ihr Vater eifersüchtig auf ihren damaligen Freund gewesen sei. Während dieser Phase habe sie einen ständigen **Bewegungsdrang** verspürt, habe auch für die Familie und andere gekocht. Nach 1 Jahr habe sie die höhere Handelsschule dann abgebrochen. Sie sei zwar die Klassenbeste gewesen, aber mit den Lehrern und den Mitschülern habe sie nicht zurechtkommen können.

Vor jetzt 6 Jahren sei es zum ersten Krankenhausaufenthalt in einer internistischen Klinik gekommen. Sie sei von dort mit einem Körpergewicht von 42 kg entlassen worden.

Anschließend erfolgte eine ambulante psychotherapeutische Behandlung, die von der Patientin selbst – trotz Gewichtszunahme auf 50 kg – als völlig erfolglos eingestuft wurde. Nach dem Abbruch der ambulanten Behandlung nahm die Patientin innerhalb eines Jahres bis auf 28 kg ab und musste schließlich komatös erneut in ein Krankenhaus eingeliefert werden. Nach diesem Krankenhausaufenthalt begann die Patientin eine Aushilfstätigkeit als Kellnerin in einem Café. Sie gab an, sie habe damals einen ständigen Kampf mit dem Essen geführt.

In der Folgezeit kam es zu wiederholten stationären Behandlungen, vorübergehend auch in einer Spezialklinik für Anorexia nervosa. Zwischenzeitlich befand sich die Patientin mehrfach in ambulanter Psychotherapie, brach diese dann jedoch immer wieder kurzfristig ab. Aktuell führe eine deutliche depressive Verstimmung mit Antriebsminderung, innerer Leere und suizidalen Gedanken zur stationären Aufnahme. Das aktuelle Körpergewicht betrug 58 kg.

11.2.2 Bulimia nervosa

► Synonym.

Das typische Symptom sind **rezidivierende Heißhungerattacken** mit anfallsartigem hastigem Hinunterschlingen großer Nahrungsmengen. Im Anschluss wird Erbrechen herbeigeführt.

► Merke.

Es kommt zu ähnlichen körperlichen Folgen wie bei der Anorexie (Tab. B-11.3). Typisch sind außerdem eine Parotisschwellung, Karies sowie evtl. Schwielen am Handrücken.

11.2.2 Bulimia nervosa

► Synonym. Ess-Brech-Sucht.

Das typische Symptom der Bulimie sind **rezidivierende Heißhungerattacken**. Dabei kommt es zum anfallsartigen, hastigen Hinunterschlingen großer, insbesondere hochkalorischer Nahrungsmengen. Es wird alles an Nahrung aufgenommen, was verfügbar ist („Syndrom des leeren Kühlschranks“). Typischerweise entstehen durch diese Essattacken ausgeprägte Schuldgefühle, verbunden mit starker Angst vor Gewichtszunahme. Diesem wird meist durch anschließendes Erbrechen versucht entgegen zu wirken. Während dies zunächst manuell provoziert wird, läuft es später fast reflexhaft ab. In der Zeit zwischen den Attacken versuchen die Betroffenen meist, eine Diät einzuhalten.

► **Merke.** Viele Patienten mit Bulimie weisen zwar ein einigermaßen normales Körpergewicht auf, zeigen aber trotzdem Symptome der Mangelernährung (z. B. vegetative und gastrointestinale Störungen, Elektrolytverschiebungen).

Dadurch kommt es zu ähnlichen körperlichen Folgen wie bei der Anorexie. Typisch sind außerdem eine Parotisschwellung, ausgeprägte Karies sowie eventuell Schwielen an den Fingern oder Läsionen am Handrücken, die durch wiederholtes manuelles Auslösen des Würgereflexes bedingt sind (Tab. B-11.3). Die Symptomatik führt häufig zu einem ausgeprägten Leidensdruck mit evtl. deutlich ausgeprägter depressiver Symptomatik.

≡ B-11.3 Diagnostische Leitlinien bzw. diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD-10 bzw. nach DSM-5 (Auszüge)

ICD-10

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patienten erliegen Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- Die Patienten versuchen, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern.
- Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patienten setzen sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.
- Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen.

DSM-5

- Wiederholte Episoden von Essanfällen:
 - Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
 - Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren.
- Wiederholte Anwendung von unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme entgegenzusteuern, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder übermäßige körperliche Bewegung.
- Die Essanfälle und die unangemessenen kompensatorischen Maßnahmen treten im Durchschnitt mindestens einmal pro Woche über einen Zeitraum von 3 Monaten auf.
- Figur- und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

ICD-10: Dilling, H., Mombour, W., Schmidt, M.H. (Hrsg): Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10 Kapitel V(F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. 9. Auflage; Verlag Hans Huber, Bern 2014

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 © 2015 Hogrefe Verlag

Bei der **Binge-Eating-Störung (psychogene Hyperphagie)** treten regelmäßige Essanfälle auf, es kommt aber nicht zum anschließenden Erbrechen. Die Erkrankung ist meist mit Übergewicht, Essen ohne Hungergefühl und Schuldgefühlen verbunden.

Eine der Bulimie ähnliche Essstörung ist die **Binge-Eating-Störung** (auch **psychogene Hyperphagie genannt**). Im Unterschied zur Bulimie wird dabei das Gegessene aber nicht anschließend wieder erbrochen. Die Essanfälle sind bei dieser Störung verbunden mit Übergewicht, schnellem Essen, unangemessenem Völlegefühl, Essen, auch wenn kein Hunger vorhanden ist, verdecktem Essen vor anderen und Ekel oder Schuldgefühlen. Es sind weitere Forschungsarbeiten erforderlich, um zu überprüfen, ob es sich bei dieser Form wirklich um eine eigenständige Störung handelt. Im DSM-5 wird zusätzlich ein Binge-Eating-Typ der Anorexia nervosa beschrieben.

► **Klinischer Fall.** Die jetzt 24-jährige kaufmännische Angestellte wurde mit einem Körpergewicht von 53 kg bei einer Körpergröße von 1,62 m mit der Einweisungsdiagnose einer Alkoholabhängigkeit stationär aufgenommen.

Zur **Vorgeschichte** berichtete sie, dass bei ihr im Alter von 15 Jahren erstmals eine anorektische Symptomatik aufgetreten sei. Sie habe damals bis auf 36 kg abgenommen. Damit habe sie ein Körpergewicht erreicht, bei dem sie sich fit und völlig leistungsfähig gefühlt habe. Sie habe zu diesem Zeitpunkt keinerlei körperliche Probleme gehabt. „Ihrer Mutter zuliebe“ habe sie nach einiger Zeit wieder mehr gegessen und sich bis auf 50 kg „aufgefressen“.

Nach dem Schulabschluss habe sie die erste Heißhungerattacke gehabt. Sie habe zunehmend Gefallen daran gefunden, sich den Finger in den Hals zu stecken, um Erbrechen zu provozieren. Zunächst sei es nur 1-mal pro Monat, später sehr viel häufiger dazu gekommen. Im Rahmen einer zweiten, länger dauernden Partnerschaft, die nach ihren Aussagen von einem Abhängigkeitsgefühl gegenüber dem Partner gekennzeichnet war, erlitt sie zunehmend Essattacken, die auch von einem vermehrten Alkoholkonsum begleitet wurden. Nachdem sich ihr Partner von ihr trennte, hatte sie zeitweise mehrfach täglich bulimische Attacken mit anschließendem Erbrechen. Sie schilderte, die Attacken vollzögen sich „ritualmäßig“. Erst würden die Salate, dann andere Gerichte wie Pizza oder warme Speisen sowie andere Fertiggerichte gegessen, dann Brote, Brötchen, Chips, Kekse, Schokolade. Diese Essensmenge würde nach ihrer Ansicht normalerweise für 4–5 Leute ausreichen. Begleitend habe sie 2–3 Flaschen Wein getrunken.

Ihre Kindheit habe sie in ganz schlechter Erinnerung. Der Vater sei für sie praktisch nicht existent gewesen, von der Mutter sei sie sehr streng erzogen worden. Mit ihrem 2 Jahre älteren Bruder habe sie sich sehr gut verstanden. In der Schule sei sie stets die Klassenbeste gewesen. Dennoch habe sie nie den Ruf einer Streberin gehabt. Auch mit den Lehrern später auf dem Gymnasium habe sie sehr viel privaten Kontakt gehabt, und diese hätten sie sehr geschätzt.

Die jetzige stationäre **Behandlung** gestaltete sich wechselhaft. Zunächst kam es unter Alkoholkarenz, begleitender antidepressiver Behandlung und stützender psychotherapeutischer Behandlung zu zunehmenden sozialen Aktivitäten. Im Rahmen eines Belastungsurlaubes kam es jedoch zu einem erneuten Auftreten bulimischer Attacken und nach einer weiteren Beurlaubung kehrte die Patientin nicht mehr in die Klinik zurück.

► **Klinischer Fall.**

11.3 Diagnostik und Differenzialdiagnose

Diagnostik: Die Diagnose wird **klinisch** gestellt. Zur Beurteilung des Körpergewichtes wird in erster Linie der Body-Mass-Index verwendet.

► **Merke.** Der **Body-Mass-Index (BMI)** (Quetelet-Index) stellt ein Maß für das Ausmaß an Über- bzw. Untergewicht dar.

$$\text{BMI} = \frac{\text{Körpergewicht [kg]}}{\text{Quadrat der Körpergröße [m}^2\text{]}}$$

Ein BMI von $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$ ist in Kombination mit den übrigen Kriterien verdächtig auf das Vorliegen einer Anorexia nervosa. Bei einem BMI $> 30 \text{ kg/m}^2$ wird vom Vorliegen einer Adipositas ausgegangen.

Bei bestehendem Verdacht auf eine Essstörung ist eine umfassende **Eigen- und Fremdanamnese** erforderlich, die insbesondere auf das Körperbild, das Essverhalten und die psychosoziale Situation abzielt. Darüber hinaus muss eine sorgfältige **körperliche Untersuchung** einschließlich Labor und EKG erfolgen. Es ist zu beachten, dass bei demselben Patienten beide Formen der Essstörung gemeinsam oder nacheinander auftreten können. Besonders bei Patienten mit einer Bulimie lässt sich häufig mehrere Jahre zuvor die Symptomatik einer Anorexia nervosa beobachten.

Differenzialdiagnose: Notwendigerweise müssen **organische Ursachen** ausgeschlossen werden. Dazu gehören insbesondere konsumierende Erkrankungen (Tumorerkrankungen, chronische Erkrankungen), aber auch Stoffwechselstörungen (z. B. Hyperthyreose) und Magen-Darm-Erkrankungen.

Heißhungerattacken finden sich außerdem noch bei einigen **neurologischen Erkrankungen**, wie z. B. bestimmten Epilepsieformen, Hirntumoren, dem Klüver-Bucy-Syndrom (kombiniert mit oralen Automatismen) und beim Kleine-Levin-Syndrom (Hypersomnie-Bulimie-Syndrom). Die Abgrenzung von **anorektischen Reaktionen** ist wichtig. Darunter wird eine vorübergehende anorektische Symptomatik verstanden, die sich nach akuten belastenden Situationen einstellt (z. B. Verlust, Unfall, Operation). Im Gegensatz zur Anorexia nervosa nehmen die anorektischen Reaktionen

11.3 Diagnostik und Differenzialdiagnose

Diagnostik: Die Diagnose wird **klinisch** gestellt.

► **Merke.**

Bei V. a. Essstörung muss neben einer umfassenden psychosozialen **Anamnese** eine sorgfältige **körperliche Untersuchung** einschließlich Labor und EKG erfolgen. Bei demselben Patienten können beide Formen der Essstörung gemeinsam oder nacheinander auftreten.

Differenzialdiagnose:

- organische Ursachen (z. B. Tumorerkrankungen, Stoffwechselstörungen, Magen-Darm-Störungen)
- Heißhungerattacken bei bestimmten neurologischen Erkrankungen (z. B. bestimmte Epilepsieformen)
- (vorübergehende) anorektische Reaktionen
- schizophrene Psychosen (S. 156)
- affektive Störungen (S. 89)
- Zwangserkrankungen (S. 146).

Die Abgrenzung fällt nicht schwer, da in diesen Fällen meist keine tiefgreifende Körperschemastörung besteht.

11.4 Therapie

Die Therapie erfordert ein strukturiertes und differenziertes Vorgehen im Rahmen eines Behandlungsplanes. Schwierig ist die meist **geringe Einsicht** der Patienten in den Krankheitscharakter der Störung. Maßnahmen zur Förderung der Behandlungsmotivation sind sehr wichtig. Der Abschluss eines „Vertrages“ über das angestrebte Zielgewicht und die Schritte dahin ist oft sinnvoll.

Häufig muss eine **stationäre Behandlung** erfolgen, u. a. bei Gewichtsverlust unter einen BMI von 13, bedrohlichen körperlichen Folgeerscheinungen (z. B. Elektrolytverschiebungen, Exsikkose, Bradykardie) oder depressiver Verstimmung mit Suizidgefahr.

Die stationäre Behandlung orientiert sich meist an einem stufenweise aufbauenden Vorgehen, das insbesondere **lerntheoretische Kenntnisse** mit einbezieht (Tab. B-11.4).

≡ B-11.4

► Merke.

In der akuten Phase steht oft die **Therapie körperlicher Folgen** im Vordergrund (Ausgleich von Elektrolytstörungen, Kalorienzufuhr; Cave: **Refeeding-Syndrom**).

keinen chronischen Verlauf. Eine anorektische Symptomatik kann außerdem bei fast jeder anderen psychischen Störung auftreten. Besonders häufig ist ein gestörtes Essverhalten bei **schizophrenen Psychosen** (S. 156), affektiven Störungen (S. 89) und **Zwangserkrankungen** (S. 146) zu beobachten. Die Abgrenzung zu diesen Störungen fällt in der Regel nicht schwer, da in diesen Fällen meist keine tiefergehende Körperschemastörung zu finden ist.

11.4 Therapie

Die Behandlung erfordert ein strukturiertes und differenziertes therapeutisches Vorgehen. Gerade bei Essstörungen steht einer multifaktoriellen Entstehung auch ein multimodaler Therapieansatz gegenüber. Es muss ein Gesamtbehandlungsplan erstellt werden, der seelische und körperliche Aspekte miteinander verbindet. Eine grundsätzliche Schwierigkeit ist die meist **geringe Einsicht** der Patienten in den Krankheitscharakter der Störung und teilweise sogar eine regelrechte Therapieverweigerung. Die Förderung der Motivation ist entscheidend, damit Patienten die Therapie akzeptieren und auch längerfristig durchhalten. Eventuell kann in einem schriftlichen Behandlungsvertrag mit der Patientin eine verbindliche Vereinbarung über das Zielgewicht getroffen werden („Behandlungsvertrag“). Dabei wird eine Gewichtszunahme von 500–1 000 g pro Woche angestrebt.

Da die Anorexia nervosa eine potenziell lebensbedrohliche Erkrankung darstellt, muss in der **akuten Erkrankungsphase** häufig eine **stationäre Behandlung** erfolgen. Diese stellt oft die Voraussetzung für eine anschließende erfolgreiche ambulante Behandlung dar. Kriterien für die stationäre Therapie sind u. a.:

- Gewichtsverlust unter einen BMI von 13 kg/m²
- bedrohliche körperliche Folgeerscheinungen (z. B. Elektrolytverschiebungen, Exsikkose, Bradykardie)
- depressive Verstimmung mit Suizidgefahr.

Auch ausgeprägte psychosoziale Probleme, wie eine festgefahrene familiäre Interaktion, soziale Isolation oder stark eingeschränkte Leistungsfähigkeit, können eine Indikation zur Aufnahme in eine Spezialklinik sein. Die stationäre Behandlung orientiert sich meist an einem stufenweise aufbauenden Vorgehen, das insbesondere **lerntheoretische Aspekte** mit einbezieht (Tab. B-11.4).

≡ B-11.4 Stationäre Behandlung der Anorexia nervosa

1. Phase	Anhebung des Körpergewichts: evtl. Nahrungsgabe über Magensonde, evtl. „Ausschluss der Familie“ erforderlich
2. Phase	Fremdsteuerung der Nahrungsaufnahme: Essensplan, stärkere Einbeziehung der Familie, Psychotherapie (Einzel- und Gruppentherapie), körperbezogene Therapien
3. Phase	Selbststeuerung der Nahrungsaufnahme: Psychotherapie (Familien-, Einzel- und Gruppentherapie), körperbezogene Therapien
4. Phase	Vorbereitung auf die Entlassung: Schwerpunkt Familientherapie, zunehmende Integration in alle Lebensbereiche

► **Merke.** Notwendige Voraussetzung für eine erfolgreiche psychotherapeutische Arbeit ist das Erreichen eines ausreichenden Körpergewichts sowie die Wiederherstellung eines normalen Essverhaltens.

In der akuten Phase einer Essstörung steht oft die **Therapie der körperlichen Folgen** im Vordergrund. Dazu gehört insbesondere der Ausgleich evtl. vorhandener Elektrolytstörungen. Dabei ist darauf zu achten, dass die Nahrungszufuhr nicht zu schnell erfolgt, da dies durch abrupte Veränderungen im Glukose- und Elektrolythaushalt vital bedrohliche Folgen haben kann (**Refeeding-Syndrom**). Bei lebensbedrohlichem Untergewicht kommt der Kalorienzufuhr oberste Priorität zu. Bei fehlender Krankheitseinsicht und akuter Gefährdung muss diese auf richterliche Anordnung notfalls auch ohne Zustimmung des Patienten erfolgen (S. 626).

Auch in der ambulanten Behandlung stehen (kognitiv-) **verhaltenstherapeutische Verfahren im Vordergrund**. Mittel- oder langfristige Ziele können dann in einer **Umstrukturierung des Verhaltens** bestehen, sodass alternative Verhaltensweisen zu einer Quelle positiver Befriedigung werden und das anorektische Verhalten ersetzen. Weitere Therapieziele sind die Behandlung der „Gewichtssphobie“ oder der Angst vor einem Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme, die Beeinflussung der Körperschemastörung sowie der Versuch, das überwältigende Gefühl der Unfähigkeit und Hilflosigkeit zu beseitigen. Auch sexuelles Verhalten und zwischenmenschliche Beziehungen müssen Aspekte eines solchen psychotherapeutischen Vorgehens sein. Erkenntnisse der Tiefenpsychologie können in ein solches Therapiekonzept eingebaut sein, eine analytische Psychotherapie alleine ist jedoch kaum Therapie der ersten Wahl.

In der Therapie von Essstörungen wird häufiger auch die **systemische Familientherapie** eingesetzt. Bei diesem Therapieverfahren wird berücksichtigt, dass der als Symptomträger in Behandlung kommende Patient nicht eine intrapsychische Störung aufweist, deren Behandlung zur Symptomheilung führt, sondern dass die Familie als das soziale Beziehungsgefüge das Erleben und Verhalten des Patienten weitgehend determiniert und die eigentliche Störung aufweist.

Durch zusätzliche **soziotherapeutische Maßnahmen** (z. B. Tagesstrukturierung, betreutes Wohnen) muss das soziale Umfeld so strukturiert werden, dass ein erreichter Therapieerfolg auch über einen längerfristigen Zeitraum stabil bleiben kann.

Der Einsatz von **Psychopharmaka** spielt bei Essstörungen eine **eher nachgeordnete Rolle** und wird als Routinebehandlung nicht empfohlen. In der Behandlung der Bulimie empfiehlt sich der Einsatz eines Antidepressivums, insbesondere bei **depressiver Symptomatik** (zugelassen: Fluoxetin), in Einzelfällen auch zur **Rückfallprophylaxe**. Insgesamt sind die Ergebnisse hinsichtlich der wirksamen Beeinflussung der bulimischen Kernsymptomatik (Heißhungerattacken, Erbrechen) sowie einer Reduktion zusätzlicher depressiver Symptome positiv.

Die Ergebnisse der psychopharmakologischen Therapie bei der Anorexia nervosa sind weniger ermutigend. Hier ergibt sich eine Indikation insbesondere in der **Akutphase** und bis zum Erreichen eines ausreichenden Körpergewichts sowie bei deutlicher depressiver Verstimmung. Verwendet werden sowohl **Antipsychotika** als auch **Antidepressiva**. Die Wirkung ist häufig durch die schlechte Adhärenz der Patienten beeinträchtigt.

► Informationen zur Evidenz. Essstörungen

Antidepressiva sind (unabhängig von der Substanzklasse) bei Bulimia nervosa kurzfristig wirksamer als Placebo; für die Anorexia nervosa gilt das nicht.

Psychotherapie ist insgesamt etwas wirksamer als eine medikamentöse Therapie mit Antidepressiva, hat eine bessere Akzeptanz und eine geringere Drop-out-Rate (Evidenzgrad Ia).

Weitere Befunde zeigen, dass die **Kombination von Psychotherapie und Antidepressiva** wirksamer ist als die jeweilige Monotherapie.

(vgl. auch die S3-Leitlinie "Diagnostik und Therapie der Essstörungen")

11.5 Verlauf

Die **Anorexia nervosa** nimmt nicht selten einen **chronischen** Verlauf (bis zu **40 %** der Fälle). Bei etwa der Hälfte der Patienten kommt es nach einer mittleren Dauer von 10 Jahren zu einer vollständigen oder teilweisen Remission. Etwa ein Drittel der Patienten entwickelt im weiteren Verlauf eine bulimische Symptomatik. Die Anorexia nervosa weist eine 10-Jahres-Letalität von etwa 6 % auf; das entspricht einer 10-fach höheren Letalität im Vergleich zur Normalbevölkerung. Prognostisch eher ungünstige Faktoren sind ein verzögerter Behandlungsbeginn, das Ausmaß der sozialen Problematik und ein sehr niedriges Gewicht zu Beginn der Behandlung.

► **Merke.** Essstörungen sind **potenziell chronische Erkrankungen**. Die Anorexia nervosa ist mit einer hohen Mortalitätsrate belastet.

Verhaltenstherapeutische Verfahren stehen im Vordergrund. Mittel- oder langfristige Ziele können dann in einer **Umstrukturierung des Verhaltens** bestehen, sodass alternative Verhaltensweisen zu einer Quelle positiver Befriedigung werden und damit das anorektische Verhalten ersetzen. Erkenntnisse der Tiefenpsychologie können in ein solches Therapiekonzept eingebaut sein, eine analytische Psychotherapie allein ist jedoch kaum Therapie der ersten Wahl.

Die **systemische Familientherapie** betrachtet den Patienten als Symptomträger: Die Familie als das soziale Beziehungsgefüge determiniert sein Erleben und Verhalten und weist die eigentliche Störung auf.

Zusätzlich werden **soziotherapeutische Maßnahmen** eingesetzt (z. B. betreutes Wohnen).

Der Einsatz von **Psychopharmaka** spielt eine **nachgeordnete Rolle** und ist besonders bei **depressiver Symptomatik** (zugelassen: Fluoxetin), aber auch zur **Rückfallprophylaxe** geeignet.

Bei der Anorexia nervosa werden **Antipsychotika** oder **Antidepressiva** in der **Akutphase** bis zum Erreichen eines ausreichenden Körpergewichts sowie bei deutlicher depressiver Verstimmung eingesetzt.

► Informationen zur Evidenz.

11.5 Verlauf

Bei der **Anorexia nervosa** kommt es bei bis zu **40 %** zu einem **chronischen** Verlauf, bei der Hälfte zur Vollremission. Die Letalität ist mehr als 10-mal so hoch wie in der gesunden Bevölkerung.

► **Merke.**