

# 1 Einleitung

## 1.1 Störungsbild, Zahlen und Fakten

Hautala und Mitarbeiter fanden in einer epidemiologischen Studie zu Essstörungen bei Jugendlichen, dass sich bei 24 % der Mädchen und bei 16 % der Jungen, die an der Studie teilnahmen, Symptome einer Essstörung fanden (Hautala et al. 2008). Solche Ergebnisse epidemiologischer Studien mögen die Bedeutung der Essstörungen verdeutlichen. Frühere Studien hatten ergeben, dass bis zu 25 % der normalgewichtigen Mädchen ihren Körper als zu dick einschätzten und bis zu 50 % ungesunde Methoden benutzten, um ihr Körpergewicht zu regulieren.

Essstörungen werden als Störungen des Verhaltens beschrieben, die zur Bewältigung unangenehmer oder schwieriger Gefühle, einer Regulation des Affekts, eingesetzt werden. Früh konnte bereits gezeigt werden, dass eine Restriktion der Nahrung bedeutende Auswirkungen auf das psychische und besonders emotionale Erleben von Menschen hat. In den Studien von Ancel Keys (*The Biology of Human Starvation* 1950) im Rahmen des Minnesota Starvation Experiments wurde Mangelernährung bei psychisch gesunden Menschen untersucht. Es konnte gezeigt werden, dass es zu gravierenden emotionalen Veränderungen bei Nahrungsrestriktion kommt (Depression, Angst etc.). Diese Symptome bestanden teilweise auch nach ausreichender Ernährung weiter (zitiert nach Kalm et al. 2005).

Eine der ersten Beschreibungen der Anorexia nervosa lieferte Sir Richard Morton 1684 und bezeichnete sie als »nervöse Atrophie« (Liechti 2008). Im 17. Jahrhundert beschrieb auch Marcé eine Essstörung und bezeichnete sie als »hypochondrisches Delirium«. In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts beschrieb Sir William Whitey Gull die »apepsia hysterica«, die er später in Anorexia nervosa umbenannte (Pearce 2006; Treasure 2006). Einen bedeutenden Beitrag zur Erforschung der Anorexia nervosa lieferte in den 1970er Jahren Hilde Bruch. In den gegenwärtig gängigen Klassifikationen wurden die Essstörungen erst 1980 in der heutigen Form in der DSM-III und ICD-9 beschrieben (Walsh 2010). Es werden Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sowie ihre Unterformen nach der International Classification of Diseases der Weltgesundheitsorganisation und dem Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association (ICD-10 und DSM-IV bzw. DSM-V) unterschieden.

Hier sei nur auf die Anorexia nervosa eingegangen, weil das folgend dargestellte Behandlungskonzept für die Therapie von PatientInnen mit Anorexia

nervosa und extremem Untergewicht ausgelegt ist. Die Anorexia nervosa ist eine schwere psychische Erkrankung. In der ICD-10 werden

- die Anorexia nervosa ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.00; restriktiver Typ) und
- die Anorexia nervosa mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (F50.01; mit Erbrechen, Abführen etc.) sowie
- die atypische Anorexia nervosa (F50.1; es sind nicht alle diagnostischen Kriterien vorhanden) unterschieden.

Die bulimische Form der Anorexia nervosa unterscheidet sich von der Bulimia nervosa insbesondere durch eines der Hauptsymptome – das geringe Körpergewicht.

### **Diagnostische Leitlinien für die Anorexia nervosa nach ICD-10 sind:**

1. das tatsächliche Körpergewicht liegt mindestens 15 % unter dem erwarteten,
2. der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt,
3. das Vorliegen einer Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung,
4. eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse liegt vor (Amenorrhoe bzw. Libido- und Potenzverlust),
5. bei Beginn vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.

Fairburn stellte die epidemiologischen Merkmale der Anorexia nervosa in einem Seminar zusammen. Es handelt sich um eine vorzugsweise in westlich orientierten Gesellschaften vorkommende Erkrankung, an der vor allem Frauen im Jugend- und frühen Erwachsenenalter erkranken. Das Geschlechterverhältnis beträgt etwa 90 Frauen zu 10 Männer (Fairburn et al. 2003). Dieser bedeutende Unterschied lässt weitere Differenzen zwischen den Geschlechtern vermuten. Allerdings fanden Crisp und Mitarbeiter bei der Auswertung der Untersuchungsergebnisse bei 751 Frauen und 62 Männern nur ein leicht höheres Lebensalter der Männer bei Beginn der Erkrankung und eine Tendenz für einen etwas häufigeren Missbrauch von Laxanthen bei Frauen, während bei Männern häufiger die Bevorzugung einer veganen Ernährung gefunden wurde (Crisp et al. 2006).

Die Inzidenz der Anorexia nervosa wird mit zwischen 4,2 bis 8,3 pro 100 000 Patient\*innenjahre und die Punktprävalenz wird mit etwa 0,3 % angegeben, während die Lebenszeitprävalenz zwischen 1,2 % und 2,2 % der Gesamtbevölkerung geschätzt wird. Die Inzidenzrate der Anorexia nervosa ist am höchsten bei Frauen zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr. Außerdem wurde berichtet, dass die Inzidenz der Anorexia nervosa zwischen 1935 und 1999 anstieg (Bulik et al. 2006; Herpertz-Dahlmann 2009; Hoek et al. 2003; Keski-Rahkonen et al. 2006; Miller et al. 2010).

Ätiologisch wird für die Essstörungen bisher ein komplexes Zusammenspiel genetischer, biologischer und sozio-kultureller Faktoren angenommen. So wird die Vererblichkeit einer genetischen Belastung mit über 50 % und eine starke Überlappung mit genetischen Merkmalen für zwanghafte, depressive und Angststörungen sowie Abhängigkeitserkrankungen gefunden. Biologisch ist besonders von einer Vulnerabilität des Gehirns auszugehen, dass auch bei Gesunden etwa 20 % der gesamten Kalorienaufnahme in Anspruch nimmt. Im Gehirn sind vor allem Systeme, Regelkreise in Hirnstamm und Thalamus, die mit Homöostase, Antriebsregulation und Selbstkontrolle zu tun haben, betroffen. An von der Umgebung abhängigen Faktoren wurden perinatale Komplikationen sowie Stigmatisierungen, übermäßige Kritik gegenüber Idealisierungen in Verbindung mit einem minderen Selbstbewusstsein gefunden (Treasure et al. 2010).

Natürlich können auch Risikofaktoren für die Entwicklung einer Essstörung benannt werden. Hier kommen etwa weibliches Geschlecht, weiße Hautfarbe, Alter, ein bestimmter familiärer Interaktionsstil und ähnliches in Frage und wurden in Studien untersucht, doch erscheint es hier wichtig, zwischen variablen und kausalen Risikofaktoren zu unterscheiden, wobei besonders kritisiert wurde, dass es hinsichtlich der Forschung zu Risikofaktoren nicht genügend longitudinale Studienergebnisse gebe und festgestellt wurde, dass bisher kein kausaler Risikofaktor benannt werden könne (Jacobi et al. 2004). Es werden die Risikofaktoren von Faktoren unterschieden, die den Krankheitsprozess aufrechterhalten.

In Studien zum Langzeitverlauf von PatientInnen mit Essstörungen wurde gefunden, dass zwischen 47 % und 67 % von ihnen nach fünf Jahren gesund seien. Bei längerem Follow-up steige der Anteil der symptomfreien ehemaligen PatientInnen (zitiert nach Attia 2010). Demgegenüber ergab das Follow-up von 51 PatientInnen mit in der Adoleszenz einsetzender Anorexia nervosa über 18 Jahre, dass 54 % der PatientInnen nach 18 Jahren frei waren von störungsspezifischem Verhalten, 22 % bestimmte Nahrungsmittel vermieden (z. B. Fleisch) und bei 39 % Kriterien für eine andere psychische Störung (meist Zwangsstörung) erfüllt waren, während bei 12 % noch eine Essstörung diagnostiziert wurde (Wentz et al. 2009). Rigaud und Mitarbeiter untersuchten 484 erwachsene PatientInnen mit Anorexia nervosa nach 13,5 Jahren. Sie fanden, dass 60,3 % der PatientInnen gesund und 25,8 % relativ gesund waren, während je 6,4 % ein schlechtes oder sehr schlechtes Outcome hatten (Rigaud et al. 2011).

In einer folgenden Untersuchung von Rigaud und Mitarbeitern wurde das Outcome nach sechs Jahren von 41 initial extrem unterernährten PatientInnen mit Anorexia nervosa (initialer BMI bei Aufnahme  $10,1 \pm 0,57 \text{ kg/m}^2$ ) mit 443 PatientInnen, die ein weniger deutliches Untergewicht bei Aufnahme hatten, verglichen. Die Ergebnisse zeigten, dass von den 41 PatientInnen 5,8 % mehr verstorben waren, 19% mehr ein schlechtes Outcome hatten und 21 % weniger die Gesundheit wiedererlangt hatten, obwohl alle PatientInnen mit einem Re-feeding behandelt worden waren (Rigaud et al. 2012). Zudem ist ein niedrigeres Körpergewicht bei Entlassung insgesamt mit einer erhöhten Zahl an Rehospitalisationen assoziiert gefunden worden (Castro et al. 2004). Auch bei der Analyse des Zustands der PatientInnen aus fünf Studienkohorten fanden Lock

und Mitarbeiter für Erwachsene, die wegen einer Anorexia nervosa hospitalisiert worden waren, dass das Erreichen eines Körpergewichts von mehr als 86 % des idealen Körpergewichts (ideal body weight; IBW) bei Entlassung den besten Prädiktor für ein Erreichen des Normalgewichts darstellte (Lock et al. 2013). Somit scheint es mehrere Verlaufsprädiktoren für die Prognose bzw. das Outcome von PatientInnen mit Anorexia nervosa zu geben. Hierzu gehört die nach oben dargestellten Studienergebnissen einerseits das Körpergewicht bei Aufnahme als auch das Körpergewicht bei Entlassung aus der stationären Behandlung.

Fichter et al. (2006) fanden in einem nationalen Patientenkollektiv im Rahmen einer 12-Jahres-Katamnese eine Mortalität von 7,7 %, 20–30 % verstarben durch Suizid, die übrigen 60–70 % durch sekundäre Komplikationen des Hungerns (Fichter et al. 1997, 2006). Die Auswertung schwedischer Sterberegister hinsichtlich ehemals wegen Anorexia nervosa hospitalisierter PatientInnen ergab eine standardisierte Mortalitätsrate von 6,2 entsprechend einer 6-fach erhöhten Mortalität gegenüber der Allgemeinbevölkerung. Es wird angenommen, dass die Anorexia nervosa von allen psychischen Erkrankungen die höchste Mortalitätsrate aufweist (Papadopoulos et al. 2009).

Einerseits sollten die Ergebnisse dieser Studien verdeutlichen, dass eine besondere Notwendigkeit der Behandlung von PatientInnen mit Anorexia nervosa besteht, insbesondere bei extremem Untergewicht mit einem BMI  $< 13 \text{ kg/m}^2$ . Andererseits wurde festgestellt, dass die Möglichkeiten zur Behandlung der Anorexia nervosa unzureichend sind und es nicht genügend Behandlungsmöglichkeiten gibt, insbesondere für die Behandlung schwersterkrankter PatientInnen mit extremem Untergewicht, also einem BMI von weniger als  $13 \text{ kg/m}^2$  (Diagnostik und Therapie der Essstörungen, S3-Leitlinie der AWMF 2010).

## 1.2 Veränderungen der Seele bei Untergewicht

Die folgend dargestellten seelischen Veränderungen bei der Anorexia nervosa scheinen zumindest teilweise nach klinischer Erfahrung von dem Ernährungszustand abhängig, was von einigen aktuellen Forschungsergebnissen unterstützt wird, und sind daher nicht einheitlich vorzustellen. Vielfach wurde auch eine Korrelation dieser Veränderungen mit der Dauer der Erkrankung festgestellt. Dies mag etwa die zwischen den einzelnen Studien mitunter sehr unterschiedlichen Ergebnisse, insbesondere der Häufigkeit dieser Veränderungen erklären.

### 1.2.1 Depression, Angst und Zwang

Bei untergewichtigen Menschen werden vor allem depressive, Angst- und Zwangssymptomatik vermehrt gefunden. Allgemein kommt es durch die ko-

morbid auftretenden Störungen bei Untergewicht meist zu einem sehr komplexen Störungsbild. Die Lebenszeitprävalenz bei PatientInnen mit Essstörungen für depressive Störungen wird mit bis zu 75 %, für bipolare Störungen mit etwa 10 %, für Angststörungen mit bis zu 20 % und Zwangsstörungen mit bis zu 40 % sowie für Substanzmissbrauch mit bis zu 46 % angegeben. Allerdings muss einschränkend erwähnt werden, dass es schwierig ist, depressive Symptomatik im klinischen Sinne zu diagnostizieren, da die Betroffenen in Abhängigkeit von ihrem Ernährungsstatus ihre Stimmung selbst immer eher als depressiv bezeichnen werden, wobei sie häufig ein Gefühl der inneren Leere und der Stimmungslabilität erleben (Woodside et al. 2006).

In wenigen Studien wurde bisher der Zusammenhang des Ernährungsstatus mit der Psychopathologie im Verlauf der Wiederherstellung des Körpergewichts untersucht, obwohl angenommen wird und klinisch häufig zu beobachten ist, dass die psychische Symptomatik zu einem bedeutenden Anteil auf das Untergewicht bei der akuten Anorexia nervosa zurückzuführen ist. Mattar und Mitarbeiter fassten die Ergebnisse von sieben solcher Studien zum Verlauf in einem Review zusammen. Sie fanden, dass besonders depressive und Angstsymptomatik bei Wiederherstellung des Körpergewichts deutlich zurückgehen (Mattar et al. 2011). Dies konnten die Autoren auch in einer eigenen Studie zeigen, in der sie depressive und Angstsymptomatik sowie Zwangssymptomatik bei 24 Patientinnen untersuchten, die mit einem mittleren BMI von  $13,8 \text{ kg/m}^2$  zur Aufnahme kamen. Im Ergebnis zeigte sich, dass bis zur Entlassung mit einem mittleren BMI von  $17,8 \text{ kg/m}^2$  eine Remission der depressiven und Angstsymptomatik, allerdings nicht der Zwangssymptomatik eingetreten war (Mattar et al. 2012).

Nicht selten ist bei Menschen mit extremem Untergewicht (BMI unter  $13 \text{ kg/m}^2$ ) ein psychosenahes Erleben zu beobachten. Dies ist auch bei vielen unserer PatientInnen nach der Aufnahme zu bemerken, wie in den Fallvignetten weiter unten dargestellt. Damit ist die gefühlsmäßige Eingenommenheit und folgend die fortwährende gedankliche Beschäftigung mit Ängsten und Sorgen gemeint. In Gesprächen kommt es zu fortwährendem Kreisen der Inhalte etwa der Befürchtung, unheilbar körperlich erkrankt zu sein. Es kommt im klinischen Sinne zu massiver gedanklicher Einengung, dem Auftreten sogenannter überwertiger Ideen, mithin Wahnvorstellungen, von denen sich die PatientInnen kaum distanzieren können. Dies ist am ehesten im Sinne einer schweren affektiven Erkrankung zu verstehen. Miotto et al. stellten fest, dass die Kriterien für eine wahnhafte Störung oder Schizophrenie meist nicht erfüllt sind (Miotto et al. 2010). Nach unserer klinischen Erfahrung scheint es zu diesem psychosenahen Erleben deutlicher und häufiger bei PatientInnen mit dem restriktiven Subtyp der Anorexia nervosa als bei jenen mit bulimischem Subtyp zu kommen. Allerdings könnte diese Beobachtung auch nur auf eine unterschiedliche Ausprägung des Erlebens hinweisen. Im Laufe des Refeeding und mit zunehmendem Körpergewicht kommt es im Allgemeinen zu einem allmählichen, manchmal auch ganz plötzlichen Rückgang dieser Symptomatik, bis die PatientInnen frei von psychosenahem Erleben sind. Eine medikamentöse antipsychotische Behandlung ist hier bisher wenig erfolgreich und die Zielsymptomatik einer medika-

mentösen antipsychotischen Behandlung ist vor allem die psychomotorische Unruhe mit massiven Schlafstörungen und starken Ängsten.

Neben den beschriebenen Merkmalen für Störungen der Achse-I nach DSM finden sich auch häufig Merkmale für Suchterkrankungen bei PatientInnen mit Anorexia nervosa. So wurde berichtet, dass es viele Hinweise auf eine gemeinsame Grundstörung von substanzabhängigen Süchten und Essstörungen (vor allem der Anorexia nervosa mit bulimischen Anteilen und der Bulimia nervosa) gebe und dies die diagnostischen Kriterien einer Persönlichkeitsstörung erfülle. Diese Persönlichkeitsstörung zeichne sich besonders durch emotionale Instabilität und Impulsivität aus, wobei das Suchtverhalten in der dauernden Beschäftigung mit Essen und Nahrung, der Symptomatik der Abstinenz und Kontrollverlust bestehe (Kinzl et al. 2010).

### 1.2.2 Persönlichkeit, Perfektionismus und Impulsivität

Die häufigste Form von Störungen der Achse II nach DSM bei PatientInnen mit dem restriktiven Subtyp der Anorexia nervosa ist mit etwa jeweils 20 % die zwanghafte und die vermeidende Persönlichkeitsstörung, aber auch die emotional-instabile und die depressive Persönlichkeitsstörung sind bei etwa 10 % der PatientInnen gefunden worden. Bei der Anorexia nervosa mit bulimischen Anteilen stehen die emotional-instabile mit etwa 25 % und die vermeidende Persönlichkeitsstörung mit etwa 15 % im Vordergrund, während aber auch die depressive mit etwa 14 % und die zwanghafte Persönlichkeitsstörung mit etwa 12 % diagnostiziert wurde (Sansone et al. 2005, 2010).

Das Vorliegen bzw. das störende Hervortreten von Merkmalen dieser Persönlichkeitsstörungen, insbesondere der starken Ausprägung von vermeidenden Anteilen, wirkt sich häufig erschwerend auf die Behandlung aus. Im klinischen Alltag findet sich oft bestätigt, dass die Symptomatik bzw. Merkmale für Persönlichkeitsstörungen wie auch für Depression und Angst umso deutlicher das klinische Bild bestimmen, je niedriger das Körpergewicht ist, wie auch das oben dargestellte psychosenahe Erleben nach unserer klinischen Erfahrung häufiger und deutlicher ist, je mehr die Betroffenen an Körpergewicht verloren haben.

Es hat sich seit Beginn der 1990er Jahre zunehmend eine multidimensionale Darstellung der Persönlichkeit durchgesetzt. So wird die Persönlichkeit mit dem »Neuroticism, Extraversion, Openness to New Experience – Five Factor Inventory« untersucht (NEO FFI; NEO Fünf-Faktoren-Inventar) und in Fragen zum Neurotizismus, zur Extraversion, zur Offenheit für Erfahrung, zu Verträglichkeit und Gelassenheit erfasst. Die Dimensionen des Perfektionismus und der Impulsivität sind als den einzelnen Symptomen zugrundeliegende Merkmale bei der Anorexia nervosa stark ausgeprägt. Bereits Hilde Bruch charakterisierte Patienten mit Anorexia nervosa als solche, die »allen Eltern und jeden Lehrers Vorstellung von Perfektion« erfüllen (Bruch 1978, S. 59). Bardone-Cone und Mitarbeiter berichteten in einem Review zum Perfektionismus bei Essstörungen, dass sich bei allen Essstörungen in den Studien ein hohes Maß an Perfek-

tionismus zeigte, wobei sich bemerkenswerterweise bei Patienten mit Anorexia nervosa das höchste Vorkommen von Perfektionismus fand. Allerdings ergaben sich nur minimale Unterschiede zwischen den einzelnen Essstörungen. Auch scheint Perfektionismus eine der akuten Erkrankung vorausgehende und sie überdauernde Dimension der Persönlichkeit darzustellen. So mag Perfektionismus auch einen negativen Prädiktor für das Outcome, insbesondere bei der Anorexia nervosa darstellen (Bardone-Cone et al. 2007; Crane et al. 2007).

Perfektionismus ist nicht nur für die Essstörungen eine bedeutende Dimension der Persönlichkeit. In einem Review von Studien zu Angst- und depressiven Störungen stellten Egan und Mitarbeiter fest, dass ein erhöhtes Maß an Perfektionismus ebenso bei diesen Störungen vorkommt (Egan et al. 2011). Welch et al. konnten auch einen Zusammenhang zwischen der Unzufriedenheit mit dem Körper und bestimmten Anteilen des Perfektionismus in einer nicht-klinischen Stichprobe junger Frauen darstellen (Welch et al. 2009).

Waxman berichtete in einem Review zu Impulsivität, dass Frauen mit Essstörungen, insbesondere solchen mit bulimischen Anteilen ein höheres Maß an Impulsivität als gesunde Kontrollen zeigen, wobei das Maß an Impulsivität Betroffene mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa basierend auf dem klinischen Bild unterscheiden lässt, da mehr impulsive Verhaltensweisen bei der Bulimia nervosa gefunden werden. So kann auch Impulsivität als ein Risikofaktor für eine Essstörung angesehen werden (Waxman 2009).

Claes und Mitarbeiter untersuchten PatientInnen mit Essstörungen und verwendeten u. a. das NEO FFI. Es konnten wie bereits in früheren Untersuchungen mit anderen Instrumenten drei Cluster von PatientInnen mit Essstörungen unter Berücksichtigung ihrer Persönlichkeit gebildet werden. Es wurden unterschieden: 1. ein auf hohem Niveau funktionierender Typus mit belastbarem sowie widerstandsfähigem Selbst; 2. ein überkontrollierter, eingegengter Typus; 3. ein unterkontrollierter und impulsiver Typus (Claes et al. 2006).

Wenn auch die Zuordnung von zwanghafter Symptomatik und Perfektionismus zum restriktiven Subtyp der Anorexia nervosa sowie von emotional-instabiler Symptomatik und Impulsivität zur Anorexia nervosa mit bulimischen Anteilen naheliegt, weisen kontrollierte klinische Untersuchungen sowie klinische Erfahrung doch darauf hin, dass sich vielfache Kombinationen und Überschneidungen finden, was auch zum Auftreten des Wechsels des klinischen Bilds und sogar des Subtyps einer Essstörung beitragen mag.

### 1.2.3 Verhalten und Kognition

Bei Menschen mit Essstörungen treten mannigfache störungsspezifische und kompensatorische Verhaltensweisen auf. Dem störungsspezifischen Verhalten gemeinsam ist das Ziel der Affektregulation und Kompensation sowie die häufige Verbindung mit Schuldgefühlen und dem Empfinden von Scham, so dass das Verhalten oft verheimlicht und ritualisiert im Verborgenen ausgeführt wird. Das Erbrechen, das Fasten, der exzessive Bewegungsdrang, der Missbrauch von Laxanthien, die besondere Beobachtung des eigenen Körpers

(»body checking«) und übermäßige Flüssigkeitsaufnahme sind gut charakterisiert und untersucht.

Gesteigerte Aktivität wird bei 30–80 % der PatientInnen mit Anorexia nervosa beobachtet. Es sind Assoziationen zwischen spezifischen Anteilen an exzessiven Übungen und essstörungsspezifischen Kognitionen und Verhaltensweisen auch in nicht-klinischen Stichproben bei epidemiologischen Untersuchungen gefunden worden (z.B. Taranis et al. 2011). In einer weiteren epidemiologischen Studie zu Essgewohnheiten und Leibesübungen deuteten die Ergebnisse darauf hin, dass Übungen exzessiv waren, wenn sie mit dem Empfinden von intensiver Schuld und/oder hauptsächlich mit dem Ziel, Figur und Gewicht zu beeinflussen, unternommen wurden. Die Kombination beider Verhaltensweisen schien auch auf ein pathologisches Essverhalten hinzuweisen (Mond et al. 2006).

Campbell und Waller untersuchten den Zusammenhang von exzessiven Übungen und Narzissmus bei Patientinnen mit Anorexia nervosa. Es wurde der Kern-Narzissmus, wie er nach der Beschreibung der Merkmale narzisstischer Persönlichkeitsstörungen definiert ist, von zwei Typen eines Narzissmus zur Verteidigung des Selbstbewusstseins (»poor me« und »bad you«) unterschieden. Vor allem das Merkmal der Grandiosität, wie es typisch für die narzisstische Persönlichkeitsstörung ist, unterscheidet den Kern-Narzissmus von dem Narzissmus zur Verteidigung des Selbst. Sie fanden eine Assoziation zwischen dem Vorkommen von Narzissmus zur Verteidigung des Selbstbewusstseins und exzessiven Übungen (Campbell et al. 2010). In dem Zusammenhang mit exzessivem Bewegungsdrang muss auch das im klinischen Alltag häufig beobachtete lange, fast bewegungslose Stehen oder Verharren in anstrengenden, ungemütlichen Positionen erwähnt werden, welches nicht durch exzessives Bewegen, aber auch eine hohe und besondere Beanspruchung der Muskulatur gekennzeichnet ist.

Es wurde lange Zeit angenommen, dass übermäßige Bewegung eingesetzt wird, um den Verbrauch von Kalorien möglichst zu erhöhen und somit das Körpergewicht zu kontrollieren. Im letzten Jahrzehnt sind vielfach Hinweise dafür gefunden worden, dass es für die Hyperaktivität auch eine organische, insbesondere hormonelle Grundlage gibt – etwa im Sinne einer hormonell unterstützten »Futtersuche« bei Mangelernährung. Die Vermutung liegt nahe, dass es zumindest einen Aspekt der Hyperaktivität gibt, der sich der Kontrolle durch das Bewusstsein entzieht. Hierauf wird weiter unten noch näher einzugehen sein.

Häufig ist auch der Gebrauch von abführenden oder entwässernden Mitteln (Laxanthien oder Diuretika) zu beobachten. Beispielsweise fanden Bryant-Waugh und Mitarbeiter bei der Untersuchung von 201 PatientInnen mit Essstörungen, dass der Missbrauch von Laxanthien mit schwerem pathologischen Essverhalten und schwerwiegender allgemeiner Psychopathologie verbunden war (Bryant-Waugh et al. 2006). Tozzi und Mitarbeiter fanden in einer Kohorte von nahezu 1000 Personen mit einer Essstörung, dass sich bei insgesamt 31 % von ihnen sowohl Laxanthienmissbrauch als auch Erbrechen fanden, während weitere 7,2 % nur Laxanthien missbrauchten und bei 36,8 % nur das Erbrechen vorkam (Tozzi et al. 2006).

Waller und Mitarbeiter untersuchten auch den Zusammenhang von »body checking« und narzisstischen Anteilen bei Menschen mit Essstörungen. Sie unterschieden die oben bereits angedeuteten Typen des Narzissmus. Alle drei Arten des Narzissmus wurden erhöht bei den untersuchten Patienten mit Essstörung gegenüber gesunden Kontrollen gefunden, wobei das »body checking« näher mit den beiden Typen des Narzissmus zur Verteidigung des Selbst als mit dem Kern-Narzissmus verbunden zu sein schien (Waller et al. 2008).

In einer klinischen Untersuchung, die sich mit der Frage der übermäßigen Aufnahme von Flüssigkeit beschäftigte, wurde das Verhalten von 115 PatientInnen mit Essstörungen untersucht. Die Ergebnisse zeigten, dass die PatientInnen sehr unterschiedliche Mengen zwischen 183 ml und 9013 ml pro Tag an Flüssigkeit zu sich nahmen. Auf die Frage nach der Motivation zum übermäßigen Trinken wurde häufig geantwortet, den Durst stillen oder auf diese Weise den Appetit mindern und weniger essen zu wollen (Hart et al. 2010). Oft fällt bei der Behandlung von PatientInnen mit Anorexia nervosa auf, insbesondere bei schwerem und/oder langwierigem Verlauf der Erkrankung auf, dass sie entweder zu viel oder zu wenig bemessen. Die Vermutung liegt nahe, dass dieses Fehlen eines angemessenen Maßes oft viele Bereiche des Alltags betrifft, nicht nur die Nahrungsaufnahme.

Häufig ist bei dem Refeeding unserer PatientInnen zu beobachten, dass es im Verlauf der Behandlung, also mit zunehmendem Körpergewicht, zu gehäufte Anwendung der oben genannten und weiterer dysfunktionaler Bewältigungsstrategien durch die PatientInnen kommt. Auch weist der Behandlungsverlauf meist mehrere »Etappen« auf, die durch eine kontinuierliche Zunahme des Körpergewichts von einigen Kilogramm gekennzeichnet sind und danach ein plötzlicher Rückfall folgt, der durch eine Stagnation der Zunahme des Körpergewichts oder auch eine Abnahme des erreichten Körpergewichts und eine starke psychomotorische Anspannung und/oder depressive Verstimmung gekennzeichnet ist. Zu »Etappen« der Gewichtszunahme kommt es unserer Erfahrung nach häufiger bei PatientInnen mit bulimischen Anteilen. Gerade bei diesen Rückfällen ist häufig ein vermehrtes Auftreten der oben beschriebenen Verhaltensweisen zu beobachten. Es scheinen besonders die individuellen Persönlichkeitsmerkmale eine wichtige Rolle bei der Bevorzugung bestimmter dieser Strategien zu spielen.

Grundsätzlich gilt es bei der Behandlung der schwerst anorektischen PatientInnen, die gesunden Anteile zu fördern und den dysfunktionalen Verhaltensstrategien angemessen zu begegnen. Als dysfunktional werden Bewältigungsstrategien angesehen, die im Falle der extrem untergewichtigen PatientInnen diesen eine Verarbeitung negativer Gefühle bieten und damit das seelische Gleichgewicht erhalten, aber insbesondere diese extrem untergewichtigen PatientInnen letztlich in Lebensgefahr bringen. Die Art und Weise der Anwendung dieser Strategien wird häufig von medizinischem Personal als Provokation empfunden, dennoch können sie auch, als ein Ruf nach Hilfe oder als ein Ausdruck der Ohnmacht verstanden werden.

Häufig berichteten die bisher nach dem unten dargestellten Konzept behandelten PatientInnen, selbständig an Körpergewicht zunehmen zu wollen und be-

teuerten, dass dies ihr größter Wunsch sei. Dennoch ist es ihnen aufgrund der Erkrankung nicht möglich, diese Kognitionen in ein entsprechendes Verhalten umzusetzen. Auf diese Diskrepanz zwischen Denken und Handeln sollte das Gericht bei der Frage nach gesetzlicher Betreuung oder richterlicher Unterbringung sowie Zwangsbehandlung hingewiesen werden.

Folgend sollen noch einige weitere Auffälligkeiten der Kognition bei PatientInnen mit Anorexia nervosa erwähnt werden. Beeinträchtigungen der Kognition werden in klinischen Studien bei der Untersuchung von Patienten mit akuter Anorexia nervosa häufig gefunden, wobei ebenfalls berichtet wird, dass ausreichend behandelte Patienten oft einen höheren Intelligenzquotienten haben als das normative Kollektiv der entsprechenden Tests (z. B. Lopez et al. 2010). Es hat sich gezeigt, dass insbesondere exekutive Funktionen beeinträchtigt sind. Diese Beeinträchtigungen können ein bedeutendes Hindernis bei der Behandlung darstellen. Bei der Anorexia nervosa ist vor allem die für die Diagnose geforderte Störung des Körperschemas im Sinne einer kognitiven Störung zu nennen. Des Weiteren finden sich Schwierigkeiten beim Beschreiben und Identifizieren von Gefühlen, eine Minderung der Fantasie und ein konkretistisches, external orientiertes Denken. Dies wird zusammengefasst und als Konstrukt mit dem Begriff Alexithymia bezeichnet (z. B. Speranza et al. 2007). Auch finden sich Auffälligkeiten beim sogenannten Kategorienwechsel (»set shifting«), der mit Aufgaben wie dem Wisconsin-Card-Sorting-Test oder dem Trail-Making-Test untersucht wird (z. B. Harrison et al. 2009; Jansch et al. 2009; Jones et al. 2008). Es gibt Hinweise, dass diese Defizite zumindest teilweise bei der Wiederherstellung des Körpergewichts der Patienten mit Anorexia nervosa zurückgehen (Hatch et al. 2010).

### 1.3 Veränderungen des Körpers bei Untergewicht

Die körperlichen Veränderungen im Rahmen der Anorexia nervosa sind sehr vielfältig. Nahezu alle Organe und Organsysteme sind von der Mangelernährung betroffen. Diese Veränderungen darzustellen, insbesondere in Abhängigkeit von Verlauf und Schweregrad der Erkrankung erforderte ein eigenes, wenn nicht sogar mehrere Bücher. Aus diesem Grunde sind einige wichtige Veränderungen im Folgenden beispielhaft beschrieben. Ein besonderer Abschnitt ist hierbei, wie bereits im Vorwort erwähnt, dem Hormonstoffwechsel und hier auch wieder nur einigen Hormonen gewidmet, zu denen in den letzten Jahren intensiver geforscht wurde. Hierbei scheinen unter anderem auch einige wichtige Verbindungen zwischen seelischem Erleben und Verhalten mit körperlichen Veränderungen deutlich zu werden.