



Eva Wunderer

Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen

BELTZ JUVENTA

Eva Wunderer
Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen

Eva Wunderer

Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen

Unter Mitarbeit von

Monika Haase | Eva Hitzler |

Hannelore Honold | Nicola Hümpfner |

Manfred Jannicke | Katrin Liel |

Ulrike Lucarelli | Stephanie Maier |

Carolin Martinovic | Dominique Moisl und

Sabrina Rabe-Lipp

BELTZ

 JUVENTA

Die Autorin

Prof. Dr. Eva Wunderer studierte Psychologie an der Ludwig-Maximilians-Universität München (LMU). Sie promovierte am Lehrstuhl für Persönlichkeitspsychologie, Psychologische Diagnostik und Familienpsychologie der LMU im Forschungsprojekt „Was hält Ehen zusammen?“. Seit mehr als einem Jahrzehnt ist die Autorin im Essstörungsbereich tätig, u.a. arbeitete sie bei ANAD e.V., der Beratung und therapeutische Wohngruppen für Menschen mit Essstörungen anbietet, als Psychotherapeutin und wissenschaftliche Leitung. Im Herbst 2009 wurde sie an die Hochschule Landshut berufen als Professorin für Psychologische Aspekte der Sozialen Arbeit, Schwerpunkt Kinder und Jugendliche. Zudem ist die Autorin ausgebildete Systemische Paar- und Familientherapeutin (DGSF).



Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek

Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

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

© 2015 Beltz Juventa · Weinheim und Basel
www.beltz.de · www.juventa.de
Satz: text plus form, Dresden

ISBN 978-3-7799-8#+\$7

Inhalt

Vorwort	15
----------------	----

Teil I

Hintergründe

Kapitel 1

Die soziale Säule im Gesundheitssystem: zur Begründung und Bedeutung Klinischer Sozialarbeit	18
1.1 Begriffsbestimmung	19
1.2 Theoretische Grundlagen	21
1.2.1 Die bio-psycho-soziale Perspektive	21
1.2.2 Betrachtung der Person im Kontext von Umwelt und Lebenslauf	23
1.2.3 Erkenntnisse aus der Stress- und Gesundheitsforschung	24
1.3 Zusammenfassung	28

Kapitel 2

Kalorien als Maßeinheit für Selbstwert: Merkmale und Verbreitung von Essstörungen	30
2.1 Grundlegende Merkmale von Essstörungen	31
2.2 Anorexia nervosa	34
2.2.1 Diagnostische Kriterien	34
2.2.2 Verbreitung	37
2.2.3 Verlauf	40
2.3 Bulimia nervosa	44
2.3.1 Diagnostische Kriterien	44
2.3.2 Verbreitung	46
2.3.3 Verlauf	47
2.4 Binge-Eating-Störung	50
2.4.1 Diagnostische Kriterien	50
2.4.2 Verbreitung	51
2.4.3 Verlauf	52
2.5 Atypische/andere spezifizierte und nicht spezifizierte Essstörungen	54

2.5.1	Diagnostische Kriterien	55
2.5.2	Verbreitung	57
2.5.3	Verlauf	58
2.5.4	Gestörtes Essverhalten	59
2.6	Abgrenzung zwischen den verschiedenen Arten der Essstörung	60
2.7	Differenzialdiagnose	62
2.8	Komorbidität	63
2.9	Männer und Essstörungen	64
2.9.1	Gemeinsamkeiten und Unterschiede bzgl. beeinflussender Faktoren	65
2.9.2	Gemeinsamkeiten und Unterschiede in der Essstörungs- und sonstigen Symptomatik	67
2.9.3	Fazit	68

Kapitel 3

Wenn Essen einen seelischen Hunger stillt: ein bio-psycho-soziales Modell der Essstörung		70
3.1	Biologische Einflussfaktoren	71
3.1.1	Der Einfluss der Gene	72
3.1.2	Hormone und Neurotransmitter	73
3.1.3	Frühes Einsetzen der Menarche	74
3.1.4	Restriktives Essverhalten	74
3.2	Individuell-psychologische Einflussfaktoren	76
3.2.1	Selbstwertdefizite	76
3.2.2	Hohes Kontrollbedürfnis	79
3.2.3	Perfektionismus und weitere Persönlichkeitsmerkmale	80
3.2.4	Dysfunktionale Denkmuster	81
3.2.5	Sexueller Missbrauch	82
3.2.6	Essstörungen und Gesundheitsprobleme in der Kindheit	83
3.3	Soziale und soziokulturelle Einflussfaktoren (Person-in-ihrer-Umwelt)	83
3.3.1	Soziale Unterstützung – und Ansteckung	84
3.3.2	Familiäre Faktoren	86
3.3.3	Bildungsstand und sozioökonomischer Status	90
3.3.4	Psychosozialer Stress	90
3.3.5	Schlankeitsideal und Rollenanforderungen	91
3.3.6	Medieneinflüsse	95
3.4	Einordnung in den Entwicklungsverlauf	101
3.4.1	Neurobiologische Zusammenhänge	101
3.4.2	Entwicklungsaufgaben im Jugendalter	103
3.4.3	Frauen in der Lebensmitte	104

Kapitel 4

Eine Zusammenfassung in sechs Thesen	106
4.1 These 1: Essstörungen sind weit verbreitet	106
4.2 These 2: Essstörungen haben gravierende Auswirkungen auf die Betroffenen	107
4.3 These 3: Essstörungen sind bio-psycho-sozial bedingt	108
4.4 These 4: Essstörungen bleiben oft unerkannt und stellen hohe Anforderungen an professionelle HelferInnen	109
4.5 These 5: Essstörungen erfordern ein ressourcenorientiertes Vorgehen	110
4.6 These 6: Die Prävention und Intervention bei Essstörungen bedarf der (Klinischen) Sozialarbeit	111
4.7 Die weiteren Kapitel dieses Buches – Förderung basaler Kompetenzen der (Klinischen) Sozialarbeit	112

Teil II

Grundlagen und Methoden der Beratung und Fallarbeit

Kapitel 5

Der Blick hinter die Symptomatik: zur (sozialen) Diagnostik von Essstörungen	116
5.1 Screening auf Essstörungen	116
5.2 Die multiprofessionelle Anamnese	118
5.2.1 Medizinisch-psychiatrische Anamnese	120
5.2.2 Anamnese der Essstörungssymptomatik	120
5.2.3 Anamnese des Überweisungskontextes	122
5.2.4 Familienanamnese	123
5.2.5 Sozialanamnese	124
5.2.6 Traumatische Ereignisse	124
5.2.7 Anamnese der Ressourcen	125
5.3 Die soziale Diagnostik der Essstörung	126
5.3.1 Qualitätsmerkmale sozialer Diagnostik	127
5.3.2 Situationsanalyse: Das Person-in-Environment-System	129
5.3.3 Einschätzung von Ressourcen und Belastungen	131
5.3.4 Netzwerkanalyse	132
5.3.5 Familiendiagnostik mittels Genogramm	137
5.3.6 Biografische Einordnung	140
5.4 Das „Etikett“ Essstörung	142
5.5 Zusammenfassendes Fazit	147

Kapitel 6

Habe ich jetzt viel gegessen?

Grundlegende Hinweise zur Gesprächsführung und Beratung

	149
6.1 Grundlegendes zur Behandlung der Essstörung	149
6.1.1 Inanspruchnahme professioneller Hilfe	150
6.1.2 Zum Stand der Therapieforschung	152
6.1.3 Setting, Ziele und Inhalte der Essstörungsberatung und -therapie	156
6.1.4 Grundlegende Wirkfaktoren Klinischer (Sozial-)Arbeit	160
6.2 Das (erste) Gespräch mit Betroffenen	163
6.2.1 Hinweise für und Fallstricke in der Gesprächsführung	164
6.2.2 Hinweise für die Arbeit mit dem KlientInnensystem	169
6.3 Beratung im Netz	170
6.3.1 Möglichkeiten, Grenzen und Qualitätsanforderungen	171
6.3.2 „Lesen zwischen den Zeilen“: Anforderungen an die BeraterIn	177
6.4 Nützliche systemische und lösungsorientierte Fragetechniken	178
6.4.1 Anknüpfung an die Klinische Sozialarbeit	179
6.4.2 Systemische Fragetechniken	180
6.5 Psychoedukation	185
6.6 Zusammenfassendes Fazit	187

Kapitel 7

Wenn ich nur wollen könnte!

Zur Motivation und Motivierung Betroffener

	189
7.1 Phasen und Wege der Motivation	189
7.1.1 Fünf Phasen der Motivation	191
7.1.2 Vier Wege der Motivation	193
7.2 Motivierende Gesprächsführung	194
7.2.1 Basale Prinzipien der Motivierenden Gesprächsführung	194
7.2.2 Zentrale Strategien der Motivierenden Gesprächsführung	196
7.2.3 Vor- und Nachteile herausarbeiten	198
7.2.4 Geduld, Geduld, Geduld	203
7.3 Ziele setzen und Handlungen planen	204
7.4 Umgang mit Rückschritten	207
7.5 Zusammenfassendes Fazit	208

Kapitel 8

Wider den „Drehtür-Effekt“:

Case Management und Integrierte Versorgung	210
8.1 Vernetzung	210
8.1.1 Vom Netzwerk zur Versorgungskette	211
8.1.2 Empfehlungen für erfolgreiche Vernetzungsprozesse	212
8.2 Case Management	215
8.2.1 Definition und Leitprinzipien	216
8.2.2 Ebenen und Phasen des Case Management	217
8.3 Integrierte Versorgung im Essstörungenbereich	220
8.4 Zusammenfassendes Fazit	227

Kapitel 9

Gemeinsam den Weg gehen:

Hilfreiche Methoden in der Gruppenarbeit	228
9.1 Gruppe oder Einzel?	228
9.2 Grundlagen der Sozialen Gruppenarbeit	231
9.2.1 Phasen und Rollen	232
9.2.2 Organisatorische Aspekte	233
9.2.3 Methoden	236
9.3 Gruppenangebote im Essstörungenbereich	238
9.3.1 Selbsthilfegruppen	238
9.3.2 Gesprächsgruppen	241
9.3.3 Psychoedukationsgruppen	248
9.3.4 Gruppenangebote zum Training Sozialer Kompetenz	249
9.3.5 Gruppenangebote zum Körperbild und -gefühl	252
9.3.6 Gruppenangebote zum Essverhalten	255
9.3.7 Gruppenangebote zur Reflexion familiärer Strukturen und Beziehungsmuster	256
9.4 Erlebnispädagogische Ansätze	258
9.5 Zusammenfassendes Fazit	262

Kapitel 10

Von „Känguru“ und „Vogel Strauß“ –

Arbeit mit Angehörigen	264
10.1 Merkmale von Familien mit Angehörigen mit Essstörungen	265
10.2 Die Familie als „Mobile“: Auswirkungen der Essstörung auf andere Familienmitglieder	267
10.2.1 Auswirkungen auf Eltern und Geschwister	268
10.2.2 Auswirkungen auf PartnerInnen und FreundInnen	270
10.2.3 Auswirkungen auf Kinder von Betroffenen	271

10.3	Die Arbeit mit den Angehörigen	273
10.3.1	Mit oder ohne Familie?	274
10.3.2	Ziele und Themen der Angehörigenarbeit	275
10.3.3	Hilfreiche Metaphern und Methoden in der Angehörigenarbeit	278
10.4	Familienarbeit ohne Familie	289
10.5	Zusammenfassendes Fazit	290

Kapitel 11

Was Hänschen nicht isst... –

	Zur Prävention von Essstörungen	294
11.1	Grundlagen der Prävention	294
11.2	Anforderungen an Präventionsmaßnahmen	296
11.3	Zur Prävention von Essstörungen	298
11.3.1	Maßnahmen auf der Makro-Ebene	298
11.3.2	Maßnahmen auf der Mikro-Ebene	299
11.3.3	Maßnahmen auf der Meso-Ebene	302
11.3.4	Vorsicht, Falle!	305
11.4	Zusammenfassendes Fazit	306

Kapitel 12

Suizid auf Raten?

	Krisenintervention und Suizidprophylaxe	307
12.1	Krisenintervention	307
12.2	Suizidalität	310
12.2.1	Risikofaktoren und Anzeichen	311
12.2.2	Vorgehen	313
12.2.3	Dokumentation	314
12.2.4	Verträge	314
12.2.5	Nach einem Suizid	315
12.2.6	Selbstreflexion	316
12.3	Zusammenfassendes Fazit	317

Teil III

Inhaltliche Schwerpunkte

Kapitel 13

Essen? Wenn es sein muss... –

	Veränderung des Essverhaltens und des Körperbildes	320
13.1	Arbeit an Essverhalten und Purging-Verhalten	320
13.1.1	Erhebung von Ist- und Ziel-Zustand	321

13.1.2	Aufbau einer geregelten Mahlzeitenstruktur	325
13.1.3	Normalisierung des Gewichts	327
13.1.4	Integration verbotener Lebensmittel	336
13.1.5	Abbau von Essanfällen und Purging-Verhalten	338
13.1.6	Und nicht zuletzt: Essen mit Genuss!	346
13.2	Arbeit am Körperbild	347
13.2.1	Aspekte des Körperbilds	348
13.2.2	Direkte Arbeit am Körperbild	349
13.2.3	Arbeit an den Kognitionen rund um den Körper	352
13.2.4	Positive Körperfürsorge	353
13.3	Rückfallprophylaxe	354
13.4	Umgang mit Psychopharmaka	355
13.5	Zusammenfassendes Fazit	356

Kapitel 14

Meine Freundin, die Magersucht... –

	Beziehung zu sich selbst und anderen	357
14.1	Selbstwertgefühl, Emotionen und soziale Integration	357
14.1.1	Arbeit an Wahrnehmung, Differenzierung, Ausdruck und Regulation von Emotionen	358
14.1.2	Arbeit am Selbstwertgefühl	361
14.1.3	Soziale (Re-)Integration	365
14.1.4	Stressbewältigung	367
14.2	Arbeit an den Kognitionen	369
14.2.1	Typische Denkmuster Betroffener	369
14.2.2	Umdenken lernen	371
14.3	Sexualität	377
14.4	Zusammenfassendes Fazit	378

Kapitel 15

Wenn das Leben an der Waage hängt:

	Tagesstruktur, Freizeitverhalten und Wohnsituation	380
15.1	Tagesstrukturierung und Freizeitverhalten	380
15.1.1	Aufbau des Freizeitverhaltens	380
15.1.2	Aufbau einer Tagesstruktur	382
15.2	Wohnsituation	383
15.2.1	Zur Auswahl individuell geeigneter Wohnmöglichkeiten	384
15.2.2	Gestaltung der Wohnsituation in (teil-)stationären Einrichtungen	388
15.3	Zusammenfassendes Fazit	389

Kapitel 16

Sich etwas zutrauen außer hungern:

Arbeit an beruflicher Integration	391
16.1 Strukturieren des Arbeitsalltags	393
16.2 Berufliche Orientierung, Berufsfindung	394
16.3 Umgang mit schulischen und beruflichen Leistungsanforderungen	397
16.4 Offenlegen der Essstörung im schulischen bzw. beruflichen Umfeld	399
16.5 Zusammenfassendes Fazit	399

Kapitel 17

Die Kosten der Essstörung:

Hilfe in finanziellen Angelegenheiten	401
17.1 Sparen bzw. ausgeben lernen	401
17.2 Umgang mit Geld und der Auszahlung von Geldbeträgen in (teil-)stationären Einrichtungen	403
17.3 Zusammenfassendes Fazit	404

Kapitel 18

Bloß keine Gespräche übers Essen!

Selbstfürsorge professioneller HelferInnen	405
18.1 Der Teufelskreis des „Ausbrennens“	406
18.2 Selbstreflexion als Grundlage professioneller Arbeit	409
18.2.1 Selbstreflexion I: Wie ist die „ideale“ (Klinische) SozialarbeiterIn?	409
18.2.2 Selbstreflexion II: Wie stehe ich zu Essen, Figur, Gewicht, Essstörungen?	411
18.2.3 Selbstreflexion III: Was lösen meine Figur, mein Alter, mein Geschlecht bei der KlientIn aus?	414
18.3 Intervision, Supervision und Selbstfürsorge	416
18.4 Zusammenfassendes Fazit	419

Teil IV

Fazit

Kapitel 19

Fazit: Grundlegende Inhalte, Methoden und Kompetenzen der (Klinischen) Sozialarbeit mit Menschen mit Essstörungen	422
--	-----

Teil V
Mitwirkende und Literatur

Mitwirkende	428
Literatur	430

Vorwort

Dieses Buch will eine Lücke schließen, denn zu Sozialer Arbeit mit Menschen mit Essstörungen gibt es bislang kaum Fach- und wissenschaftliche Literatur. Auch Forschungsprojekte sind rar und dringend notwendig, um Methoden und Arbeitsweisen zu eruieren und evaluieren.

Das vorliegende Buch ist als Praxishandbuch gedacht, entsprechend wurden die Erfahrungen etlicher EssstörungsexpertInnen aus der Praxis einbezogen, um die Literaturrecherche und meine eigenen Erkenntnisse zu ergänzen. Die Mitwirkenden gewann ich über einen Aufruf über den Bundesfachverband Essstörungen e. V. (BFE) und befragte sie in ausführlichen Interviews zu ihren Praxiserfahrungen; zudem tragen sie mit Praxisbeispielen dazu bei, dass das Buch anschaulich wird. Ein ganz herzlicher Dank dafür!

Danken möchte ich auch meinen KollegInnen, Prof. Dr. Dominique Moisl und Prof. Dr. Katrin Liel, die ebenfalls zu verschiedenen Kapiteln dieses Buches beigetragen haben, sowie Anja Schmidtke und Prof. Dr. Maria Ohling, die einige Passagen lasen und mir wertvolle Anregungen gaben.

Mein größter Dank gilt meiner Familie: meinem Mann, meinen Kindern und meinen Eltern. Sie haben mir in einer ohnehin turbulenten Zeit den Rücken gestärkt und freigehalten und so dieses Buch ermöglicht.

Eva Wunderer,
München im Juni 2014

Teil I
Hintergründe

Kapitel 1

Die soziale Säule im Gesundheitssystem: zur Begründung und Bedeutung Klinischer Sozialarbeit

Vorbemerkung: Der Begriff „Klinische Sozialarbeit“ ist in Deutschland noch nicht überall verbreitet und wird zum Teil fälschlicherweise mit „Sozialarbeit in Kliniken“ gleichgesetzt. Daher wurde für das Buch der umfassendere Titel „Soziale Arbeit“ gewählt. Da es sich bei der beschriebenen Arbeit mit EssstörungsklientInnen jedoch eigentlich um Klinische Sozialarbeit handelt, werden deren Ursprung und Bedeutung im ersten Kapitel dargelegt. Im Folgenden ist dann von der „Klinischen SozialarbeiterIn“ die Rede (um Männer und Frauen gleichermaßen zu berücksichtigen wurde die Schreibweise mit „groß I“ gewählt).

Schätzungsweise jeder zweite Deutsche erkrankt irgendwann im Laufe seines Lebens an einer psychischen Störung (Jacobi und Preiß 2011). Die BELLA-Studie, die auf dem für Deutschland repräsentativen Kinder- und Jugendgesundheitsurvey KiGGS basiert, ergab, dass 14,5% der Kinder und Jugendlichen zwischen 7 und 17 Jahren in ihrer psychischen Gesundheit und dadurch auch in ihrer Lebensqualität und Funktionsfähigkeit beeinträchtigt sind (Ravens-Sieberer et al. 2008). Zwar ist umstritten, ob psychische Störungen in den letzten Jahrzehnten zugenommen haben, der Behandlungsbedarf ist jedoch gestiegen (Jacobi und Preiß 2011). Oftmals kommen mehrere Problemlagen zusammen, auch bei Essstörungen sind komorbid auftretende weitere Erkrankungen und Störungen eher die Regel als die Ausnahme. Die Entwicklung der Klinischen Sozialarbeit ist folglich „... die Antwort der Profession auf die Tatsache, dass in vielen Arbeitsfeldern zunehmend seelisch stark gefährdete, chronisch kranke und mehrfach belastete Menschen den Schwerpunkt des Klientels bilden“ (Pauls 2011, S. 12). Sie ist zudem die Reaktion auf einen Strukturwandel in der Gesellschaft mit höheren Freiheitsgraden, die Chancen, aber auch Risiken bergen und Unterstützungsbedarf generieren (Mühlum 2005).

Dass psycho-soziale Problemlagen Einfluss nehmen auf die Gesundheit und die Entwicklung von Krankheiten und psychischen Störungen, ist unbestreitbar. Auch an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörun-

gen sind soziale und soziokulturelle Faktoren wesentlich beteiligt. Dennoch ist unser Gesundheitssystem nach wie vor stark von der Medizin und Psychologie bzw. Psychotherapie geprägt, der soziale Part im – noch näher zu erläuternden – bio-psycho-sozialen Entstehungs- und Behandlungsmodell ist unterbelichtet. Während sich die „clinical social work“ in den USA bereits in den 1960er und 1970er Jahren etablierte, 1978 durch die „National Association of Social Work“ als eigenständige spezialisierte Profession anerkannt wurde, mittlerweile weit verbreitet ist und hohes Ansehen genießt (Wright 2008), ist hierzulande weitere Aufbau- und Ausbauarbeit gefragt.

Im Folgenden wird in einer Begriffsbestimmung **Klinische Sozialarbeit definiert** (vgl. Kapitel 1.1), anschließend beleuchtet Kapitel 1.2 die **theoretischen Hintergründe**: die bio-psycho-soziale Perspektive, die Betrachtung der Person im Kontext von Umwelt und Lebenslauf und schließlich Erkenntnisse aus der Stress- und Gesundheitsforschung.

1.1 Begriffsbestimmung

Pauls (2011, S. 17) **definiert** Klinische Sozialarbeit als „integrierten professionellen Ansatz zur Verbesserung der psycho-sozialen Passung zwischen Klient bzw. Klientensystem und Umwelt“, Wüsten et al. (2009, S. 41) sehen sie als „Wissenschaft von der Gestaltung psychosozialer Veränderungsprozesse“. Geißler-Piltz et al. (2005, S. 156) betonen gleichfalls die spezifische Ausrichtung Klinischer Sozialarbeit als „*die* Profession und Disziplin, die den *sozialen* Menschen mit seinen psychosozialen Belastungen und Krisen, Behinderungen und Nöten in und mit seinem Umfeld wahrnimmt und in vernetzter, gemeindenaher Kooperation (be-)handelt – mit Respekt und in Kenntnis seiner Biographie und Familie und unter Einbeziehung seiner Arbeitswelt, Freunde und Lebenslage“.

Die Klinische Sozialarbeit sieht sich als (**gesundheitsbezogene**) **Fachsozialarbeit**, „klinisch“ steht dabei nicht für die Arbeit in Kliniken, was die Klinische Sozialarbeit weitgehend einengen würde auf das Feld der Krankenhaussozialarbeit, sondern für die direkte Beratung und Arbeit mit der KlientIn oder „direct practice“ – egal ob ambulant, (teil-)stationär, in Beratungsstellen oder Kliniken (Geißler-Piltz 2005; Geißler-Piltz et al. 2005).

Klinische Sozialarbeit ist eine **angewandte Disziplin**, so dass neben dem Tatsachen- und nomologischen Wissen („know what“ bzw. „know why“) das nomopragmatische Wissen („know how“) eine zentrale Rolle spielt (Pauls 2011; Schaub 2008). Fachkräfte und ExpertInnen entscheiden stets aufs Neue auf der Basis ihrer Ausbildung, ihres theoretischen Wissens, aber vor allem auch ihres eigenen Praxisbezugs und ihrer eigenen Erfahrungen über

die individuell einzusetzenden Methoden. Dieses nomopragsmatische Wissen zu bündeln, ist das wesentliche Ziel des vorliegenden Buches.

Zielgruppe der Klinischen Sozialarbeit sind KlientInnen in Multiproblemsituationen, beispielsweise in der Kinder- und Jugendhilfe, Psychiatrie, Suchtbehandlung, in Krankenhaus, Maßregelvollzug und Resozialisierung (Geißler-Piltz 2005; Wendt 2002). Das Aufgaben- und Arbeitsfeld ist somit breit gefächert.

Die Klinische Sozialarbeit greift auf **Methoden** der grundständigen Sozialen Arbeit zurück, z. B. psycho-soziale Diagnostik und Beratung, Krisenintervention, Gruppenarbeit, Case Management, macht aber verstärkt auch psychotherapeutische Methoden für sich nutzbar – Stichwort: Soziale Therapie, wobei die Begriffe Soziale Therapie, Sozialtherapie und Soziotherapie sehr unterschiedlich gebraucht werden, teilweise mehr oder weniger als Synonym für die gesamte Klinische Sozialarbeit, teilweise als spezifische ambulante Versorgungsleistung für KlientInnen mit schweren psychischen Störungen nach § 37a SGB V (Binner und Ortmann 2008). Pauls und Stockmann (2013) schlagen die Bezeichnung „sozialtherapeutische Beratung“ vor, um die Trennung von Therapie und Beratung zu relativieren und eine fachübergreifende soziale Gesundheitskompetenz und interdisziplinäre Kooperation anzuregen.

Die **Schnittstellen** mit der (Klinischen) Psychologie sind groß – nicht zuletzt kommen viele der führenden ForscherInnen und AutorInnen zur Klinischen Sozialarbeit aus diesem Bereich –, doch setzen beide Disziplinen unterschiedliche Schwerpunkte. Während die Klinische Psychologie vorwiegend an der psychischen Dimension ansetzt, hat die Klinische Sozialarbeit die soziale Dimension im Blick (Binner und Ortmann 2008). Eine enge multi-professionelle Zusammenarbeit ist unabdingbare Grundlage zum Wohle der KlientInnen.

Die Klinische Sozialarbeit unterwirft sich in ihrem Handeln den allgemeinen **ethischen Grundsätzen**: Selbstbestimmung (respect for autonomy), Gutes zu tun (beneficence), Schaden abzuwenden (nonmaleficence) und fair und gerecht zu sein (justice). Die Grundwerte der Klinischen Sozialarbeit wurzeln in denen der Sozialen Arbeit und umfassen „die Anerkennung der Würde und Selbstbestimmung des Individuums sowie dessen Wohlergehen, die Verpflichtung zu einer professionellen Berufsausübung, die sich durch Kompetenz und Integrität auszeichnet, und die Verbundenheit mit unserer demokratischen Gesellschaft, die all ihren Mitgliedern die gleichen Lebenschancen in gerechter und vorurteilsfreier Weise bieten soll, unabhängig von Nationalität, Religion, Geschlecht oder ethnischer Zugehörigkeit“ (Geißler-Piltz et al. 2005, S. 119; vgl. Grundsatzpapier der Zentralstelle für Klinische Sozialarbeit 2013).

Als Fazit bleibt somit festzuhalten: Klinische Sozialarbeit lässt sich weder über Zielgruppen noch Verfahren noch Arbeitsfelder allein definieren (Mühlum 2005). Sie ist Soziale Arbeit in direkter Auseinandersetzung mit Menschen, die an psycho-sozialen Beeinträchtigungen infolge bio-psycho-sozial zu verstehender Problemlagen, Krankheiten und Behinderungen leiden. Sie will die Passung zwischen KlientInnensystem und sozialer Umwelt verbessern und setzt an psycho-sozialer Lebenslage und Lebensweise an, kommt also dem für die Soziale Arbeit typischen doppelten Auftrag nach. Entsprechend tritt Klinische Sozialarbeit auch anwaltschaftlich für ihre Klientel ein, um strukturell-gesellschaftliche Bedingungen zu verändern (Lohner 2013).

1.2 Theoretische Grundlagen

Wesentliche theoretische Grundlagen sind die bio-psycho-soziale Perspektive (vgl. Kapitel 1.2.1), die Betrachtung der Person im Kontext von Situation und Lebenslauf (vgl. Kapitel 1.2.2) sowie Erkenntnisse aus der Stress- und Gesundheitsforschung (vgl. Kapitel 1.2.3).

1.2.1 Die bio-psycho-soziale Perspektive

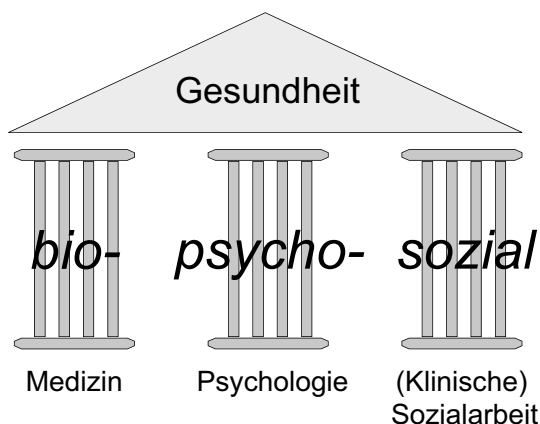
Sind es die Gene oder ist es die Umwelt? Diese Frage des „entweder-oder“ stellt sich lange nicht mehr, Körper- und Persönlichkeitsmerkmalen wie Krankheiten und psychischen Störungen liegt ein dynamisches Zusammenspiel aus Anlage und Umwelt zugrunde. Das Gehirn ist plastisch, psycho-soziale Erfahrungen beeinflussen die neuronale Entwicklung und Vernetzung, infolge frühkindlicher Traumatisierung entstehen beispielsweise „Stressnarben“ im Gehirn (Wettig 2010). Ebenso wird diskutiert, ob Essstörungen im Jugendalter „biologische Narben“ hinterlassen und dies nachfolgende psychische Probleme im Erwachsenenalter bedingen bzw. wahrscheinlicher machen könnte (Herpertz-Dahlmann et al. 2011a). Dass an der Entstehung und Aufrechterhaltung von Essstörungen sowohl biologische und psychologische als auch soziale und soziokulturelle Faktoren beteiligt sind, ist unumstritten. Menschen mit Essstörungen sind in ihrer psycho-sozialen und beruflichen Anpassung deutlich beeinträchtigt (Tchanturia et al. 2013a) und benötigen spezifische Unterstützung in diesem Bereich.

Aus soziologischem Blickwinkel beschreibt die **Soziogenese von Gesundheit bzw. Erkrankungen und Störungen** den Einfluss der Gesellschaft auf den Gesundheitszustand der Bevölkerung (Dorner und Rieder 2010). Strotzka (1965; nach Pauls 2011, S. 119) unterscheidet drei Formen der So-

ziogenese: bei der direkten oder primären Soziogenese stehen soziale und Umweltfaktoren im Vordergrund der multifaktoriellen Kausalität, das Risiko einer Erkrankung kann nicht vom Einzelnen gesteuert werden. Bei der sekundären oder indirekten Soziogenese sind die Probleme zwar in erster Linie organisch oder durch individualpsychologische Schicksalsschläge verursacht, jedoch spielen im Hintergrund soziale Faktoren eine bedeutende Rolle. Die sozialen Bedingungen beeinflussen also indirekt über das Verhalten und den Lebensstil des einzelnen den Gesundheitsstatus (Dorner und Rieder 2010). Die tertiäre Soziogenese meint, dass die soziale Umwelt auf Krankheitsbild und -verlauf einwirkt, jedoch nicht zentral ist für die Entstehung; dies trifft für alle Störungen und Krankheitsbilder zu. Im Falle der Essstörungen ist von einer sekundären Soziogenese auszugehen.

Somit ruhen Gesundheit wie auch Krankheit auf drei Säulen: der biologischen, die somatische Vorgänge umfasst, der psychologischen und der sozialen. Abbildung 1 veranschaulicht das bio-psycho-soziale, bisweilen zur Betonung der sozialen Perspektive auch als sozio-psycho-somatisch bezeichnete Modell. Auch das Gesundheitssystem sollte gleichermaßen von den drei Säulen getragen werden, jeder sollte die gleiche Bedeutung in der Behandlung gesundheitlicher Probleme zukommen und alle drei sollten sich aufeinander beziehen und einander integrieren. Davon jedoch sind wir in Deutschland noch ein Stück weit entfernt. Die Klinische Sozialarbeit als Fachsozialarbeit will dem weiter entgegenwirken und die soziale Säule stärken.

Abbildung 1: Das bio-psycho-soziale Modell von Gesundheit



1.2.2 Betrachtung der Person im Kontext von Umwelt und Lebenslauf

Die Lebensweise eines Menschen ist stets im Kontext seiner Lebenslage, seines gesellschaftlichen, kulturellen und politischen Umfelds zu sehen (Stichwort: **Person-in-Environment, Lebensweltorientierung**) – dies betonte Mary Richmond schon in den 1920er Jahren, rund 30 Jahre später Kurt Lewin in seiner Feldtheorie und weiterhin Hans Thiersch. Lebensweise und Lebenslage können wiederum nur im Kontext der Entwicklung eines Menschen verstanden werden.

Entwicklung lässt sich dabei in Anlehnung an Havighurst als Bewältigung von **Entwicklungsaufgaben** definieren (vgl. zusammenfassend Fuhrer 2012); bei unzureichender Bewältigung einer Aufgabe können nicht alle Ressourcen adäquat mobilisiert und genutzt werden, so dass die weitere Entwicklung gefährdet ist (Kirchweger 2010). Essstörungen beginnen üblicherweise im Jugendalter, einer Phase, in der eine Reihe wichtiger Aufgaben ansteht: Autonomie und Ablösung vom Elternhaus, Entwicklung einer stabilen Identität, Festigung moralischer Überzeugungen, Aufnahme intimer Liebesbeziehungen, berufliche Orientierung, Auseinandersetzung mit dem sich verändernden eigenen Körper. Entstehung, Aufrechterhaltung und Überwindung einer Essstörung sind oftmals eng mit diesen Entwicklungsaufgaben verknüpft.

Ob eine Entwicklungsaufgabe bewältigt werden kann, hängt dabei ebenso von biologischen und psychologischen Ressourcen des Individuums ab wie von den Ressourcen, die das soziale Umfeld bietet und den Anforderungen, die es an den einzelnen stellt – wiederum sind also alle drei Säulen beteiligt. Ablösung vom Elternhaus erfordert, dass Mutter und Vater ihr Kind „flügge“ werden lassen, mit der Vorstellung des „leeren häuslichen Nests“ zurechtkommen. Berufliche Orientierung hängt unter anderem von gesellschaftlichen Gegebenheiten, Chancen und Grenzen ab, beispielsweise von der Verfügbarkeit von Ausbildungs- und Arbeitsplätzen. Wer verstehen will, warum für eine Jugendliche mit Anorexie die Mutter zur „besten Freundin“ und engsten Bezugsperson wird, warum ein Jugendlicher mit Bulimie es nicht schafft, seinen Tag zu strukturieren und einer regelmäßigen Arbeit nachzugehen, muss die Person im Kontext ihrer Entwicklung und ihrer Situation sehen.

Pauls (2011, S. 63 f.) nennt entsprechend sechs Leitlinien eines **integrativen klinischen Verständnisses menschlicher Entwicklung**:

1. *„Der Mensch ist ein aktives, selbstgestaltendes Wesen, das in fundamentaler Weise auf soziale Bindungen angewiesen ist und Bindungserfahrungen verinnerlicht.*

2. *Die Entwicklung und das Verhalten des Einzelnen vollziehen sich immer in sich historisch wandelnden sozialen und ökologischen Kontexten. (...)*
3. *Menschen entwickeln und verändern sich in der gesamten Lebensspanne. (...)*
4. *Erleben und Verhalten entwickeln sich als kreative Anpassung des Organismus und der Person an die soziale Umgebung. (...)*
5. *Es gibt Spielräume, Chancen und Grenzen für eine Entwicklungsförderung und für individuelle Veränderung im Rahmen sozialer Maßnahmen. (...)*
6. *Die Entstehung psycho-sozialer Störungen ist ein prozesshafter Vorgang im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Bedingungsgefüges.“*

Entsprechend muss Klinische Sozialarbeit nicht nur am Individuum, seiner leiblich-biologischen und psychischen Dimension ansetzen, sondern eben auch an sozialen Beziehungen, gesellschaftlichen Bedingungen und Strukturen sowie der materiellen und physikalischen Umwelt. Und die SozialarbeiterIn kann per se kein Expertenwissen haben, was für die KlientIn gut und richtig ist, sondern muss sich mit ihr in einen fortwährenden Aushandlungsprozess begeben und die eigenen Überzeugungen und Erkenntnisse immer wieder in Frage stellen.

1.2.3 Erkenntnisse aus der Stress- und Gesundheitsforschung

Stress kann der Gesundheit schaden und das Risiko für die Entwicklung psychischer Problemlagen erhöhen. Was jedoch als Stressor erlebt wird, ist individuell unterschiedlich und hängt auch von der jeweiligen Wahrnehmung und Bewertung und den verfügbaren Ressourcen ab – die wiederum in persönliche (physische, psychische, interaktionelle oder relationale, ökonomische) und Umweltressourcen unterteilt werden können (Schubert und Knecht 2012). Stressoren werden also je nach Entwicklungskontext und Situation beurteilt und sind somit wiederum Ergebnis von Lebenslage und Lebensweise.

Häufig verwendete Modelle in diesem Kontext sind das im Folgenden beschriebene **Vulnerabilitäts-Stress-Modell** sowie das **doppelte ABCX-Modell**. **Soziale Unterstützung** gilt als wesentliche Ressource und kann auch die Wahrnehmung vorhandener Stressoren verändern. Insgesamt geht die Entwicklung hin zu einer ressourcenorientierten Sicht, was sich in der Forschung zu **Salutogenese** und **Resilienz** widerspiegelt.

Das Vulnerabilitäts-Stress-Modell

Lazarus und Launier (1981) beschreiben Stress in ihrem transaktionalen Modell als Wechselwirkung und Ungleichgewicht aus Anforderungen und Bewältigungsmöglichkeiten und räumen der subjektiven Bewertung einen wesentlichen Stellenwert ein. Das in der klinischen und Gesundheitspsychologie vielfach propagierte Vulnerabilitäts- oder Diathese-Stress-Modell geht davon aus, dass die Entstehung von Stress vor dem Hintergrund individueller Vulnerabilitäten bzw. Prädispositionen für Krankheiten und Störungen zu sehen ist. Es ist auch in seiner Nomenklatur defizitorientiert ausgerichtet, neuere Ansätze berücksichtigen allerdings durchaus Schutzfaktoren und Ressourcen. So kann eine schwere Belastung zu Resignation und Krankheit führen, aber auch zu seelischem Wachstum, wenn sie beispielsweise infolge sozialer Unterstützung adäquat bewältigt werden kann.

Das doppelte ABCX-Modell

Reichen die Bewältigungsmöglichkeiten in einer schwierigen Lebenssituation nicht aus, kann es zu einer Kumulation von Stressoren kommen, wie sie das doppelte ABCX-Modell von McCubbin und Patterson beschreibt (vgl. Schneewind 2010). Es unterstreicht die wesentliche Bedeutung kognitiver Prozesse: Wie wird der Stressor eingeordnet, wem schreibe ich die Verantwortung für meine missliche Situation zu, traue ich mir zu, die Krise zu überwinden (Stichwort: Kontrollüberzeugungen, Selbstwirksamkeit)? Die Bewältigung des Stressors (A) ist bedingt durch dessen Wahrnehmung (C) und die vorhandenen Ressourcen (B). Es kommt zu einer Krise (X), die in einer Anhäufung von Stressoren resultieren kann. Wie diese bewältigt werden, hängt wiederum ab von der Einschätzung der neuen Situation und den aktuellen Copingmöglichkeiten – so entsteht ein neues „ABCX“, daher der Name „doppeltes“ Modell.

Soziale Unterstützung als zentrale Ressource

Zentral zur Bewältigung von Stressoren und Krisen ist soziale Unterstützung (Dehmel 2008; Kienle et al. 2006). Diese kann auf unterschiedliche Weisen erfolgen (Pauls 2011): emotional, in Form von positivem sozialem Kontakt, informationell, instrumentell (z.B. finanzielle Unterstützung), als konkrete Hilfe bei Alltagsproblemen und in Form von Bewertungs- und Einschätzungsunterstützung, die beispielsweise eine Umbewertung der gegebenen Situation erleichtert. Soziale Unterstützung führt dann unter anderem auch zu einem anderen Erleben, einer anderen Einschätzung von Stressoren: sie erscheinen als weniger beeinträchtigend und eher bewältigbar. Zudem vermittelt soziale Unterstützung Geborgenheit, soziale Integration, das Gefühl gebraucht zu werden, Selbstwertbestätigung und Orientierungsmöglichkeiten an anderen Menschen (Ningel 2011).

Die große Bedeutung sozialer Unterstützung in Paarbeziehungen belegt die Forschung der Gruppe um Guy Bodenmann (2008). So nimmt das „dya-dische Coping“, also der gegenseitige Beistand in Stresssituationen, starken Einfluss auf die Funktionsfähigkeit und Zufriedenheit in Beziehungen. Freilich kann soziale Unterstützung auch negativ wirken: Wenn beispielsweise die PartnerIn Hilfe nur anbietet, um „das Genörgel“ des anderen abzustellen, wenn eigennützige Ziele verfolgt werden oder eine Bewertung verfestigt wird, die der Überwindung der Krise entgegensteht. Auch in diesen Fällen zeigt sich jedoch – gleichsam von der anderen Seite der Medaille – die große Bedeutung sozialer Beziehungen.

Klinische Sozialarbeit kann in diesem Sinne als „social support“ verstanden werden und arbeitet an und mit den sozialen Beziehungen der Betroffenen und an ihrem Verständnis und ihrer Wahrnehmung von Beziehungen (Dehmel 2008).

Salutogenese statt Pathogenese

Die Welt-Gesundheits-Organisation WHO definierte 1946 Gesundheit als Zustand vollkommenen körperlichen, seelischen und sozialen Wohlbefindens. Zwar ist hierbei der bio-psycho-soziale Ansatz berücksichtigt, doch setzt die Formulierung „vollkommenen Wohlbefindens“ einen hohen Anspruch. Auch mit Behinderungen und Beschwerden kann sich eine Person gesund fühlen, Gesundheit und Krankheit haben einen subjektiven Aspekt, werden also interindividuell unterschiedlich wahrgenommen und definiert (Ansen 2008). Entsprechend beschrieb der israelisch-amerikanische Soziologe Aaron Antonovsky in den 1970er Jahren Gesundheit als dimensionales Geschehen; demnach gibt es nicht gesund oder krank, sondern ein Kontinuum zwischen beiden Polen (Antonovsky 1997, 1979). Antonovsky setzt der pathogenetisch orientierten medizinischen Sichtweise die Salutogenese entgegen und fragt nicht danach, was Personen vulnerabel für Erkrankungen macht, sondern was es ihnen ermöglicht, trotz widriger Umstände gesund zu bleiben – beispielsweise trotz der Erfahrung einer Deportation im nationalsozialistischen Deutschland.

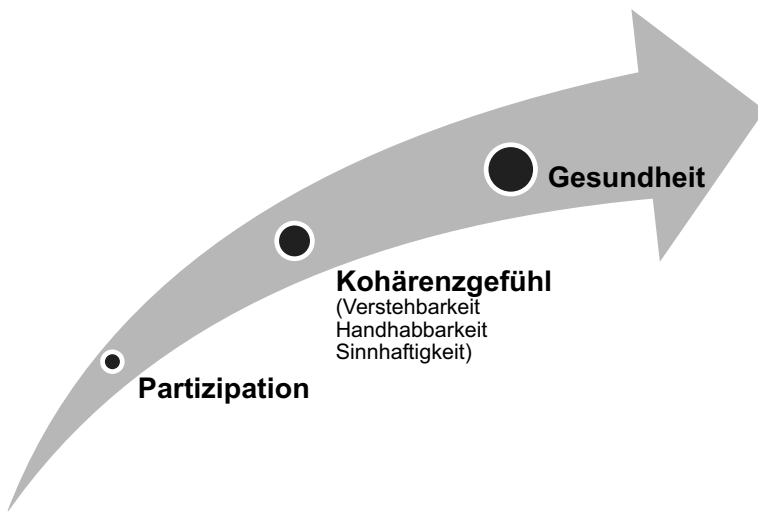
Die Antwort auf diese Frage findet er im Kohärenzgefühl (oder Kohärenzsinn), das das Vertrauen eines Individuums beinhaltet, dass die Anforderungen und Herausforderungen in seinem Leben verstehbar und vorhersagbar („sense of comprehensibility“), handhabbar („sense of manageability“) und bedeutsam sind („sense of meaningfulness“) bzw. dass ihre Bewältigung Sinn macht.

Das Kohärenzgefühl hängt seinerseits vom Zugang zu generalisierten **Widerstandsressourcen** ab, die im Individuum (z.B. körperliche Ressourcen, Intelligenz, Bildung, Ich-Stärke), sozialen Nahraum (soziale Beziehungen, sich zugehörig und selbstwirksam erleben), auf gesellschaftlicher Ebene

(Anerkennung, Teilhabe und Sicherheit) und im kulturellen Kapital angesiedelt sind (im Sinne tragfähiger Wertorientierungen) (Keupp 2012b). Die Widerstandsressourcen entsprechen den Verwirklichungschancen oder „Capabilities“ nach Amartya Sen.

Als Grundlage des Kohärenzgefühls begreift Antonovsky **Partizipation** (vgl. Abbildung 2): Nur wer mitbestimmen und Verantwortung übernehmen kann, wird Herausforderungen positiv erleben. Und hier kommt wieder die soziale Mitbedingtheit von Gesundheit ins Spiel: Auch wenn die Ottawa-Charta von 1986 bereits allen Menschen gleichen Zugriff auf Gesundheitsressourcen versprach, herrscht auch fast 40 Jahre später diesbezüglich starke soziale Ungleichheit – selbst in einem Sozialstaat wie Deutschland. Wie man wohnt, welchen Zugang man zur Gesundheitsversorgung hat, wie viel man in seine Gesundheit investiert und in welchem Ausmaß man Stress und Belastung erlebt, ist nicht zuletzt vom sozioökonomischen Status abhängig. Arme Kinder sind in Deutschland in deutlich höherem Maße materiell, kulturell, sozial und gesundheitlich unterversorgt als nicht-arme Kinder (Biwo und Hammer 2010). Wer sozial benachteiligt ist, erlebt Demoralisierung in Form von Selbstzweifeln und Zukunftsangst – und damit das Gegenteil von Kohärenzgefühl (Mühlum 2002).

Abbildung 2: Das Kohärenzgefühl nach Aaron Antonovsky (1979; 1997)



Von Vulnerabilität zu Resilienz

Der salutogenetische Ansatz ergänzt das bio-psycho-soziale Modell insofern, als er die Gesundheit und damit die Ressourcen von Menschen und sozialen Systemen, in den Vordergrund stellt. Gleiches gilt für die Resilienzforschung. **Resilienz ist dabei zu verstehen als Widerstandsfähigkeit gegenüber belastenden Umständen bzw. hohes Funktions- oder Anpassungsniveau trotz hoher Belastung** (Deegener et al. 2009; Reimann und Hammelstein 2006). Hohe Anpassung bei niedrigem Belastungsniveau wird hingegen als Kompetenz bezeichnet. Geringe Anpassungs- und Funktionsfähigkeit tritt bei niedriger Belastung als Vulnerabilität in Erscheinung und mündet bei hoher Belastung in eine gestörte Entwicklung.

Resilienz ist ein relationales Konstrukt, kein Persönlichkeitsmerkmal, insofern als sie das Ergebnis der Auseinandersetzung der Person mit den Einwirkungen bzw. dem Zusammenwirken verschiedener Risiko- und Schutzfaktoren darstellt (Schubert 2012).

Krisen im Lebenszyklus können von resilienten Personen gemeistert werden und dann Chancen zum Wachstum bieten (Fröhlich-Gildhoff et al. 2010). Es stehen genügend Ressourcen für eine gute Anpassungsleistung zur Verfügung.

1.3 Zusammenfassung

Klinische Sozialarbeit stellt die „soziale Säule“ im Verständnis von Gesundheit und Krankheit und im Gesundheitssystem dar. Grundlagen sind die bio-psycho-soziale Perspektive und das Verständnis von Stressoren und Schwierigkeiten im Kontext von Entwicklung und Situation. Soziale Ressourcen spielen dabei eine wesentliche Rolle in der Bewältigung von Krisen wie auch als Basis für Resilienz.

Im Folgenden wird folglich das bio-psycho-soziale Modell zur Strukturierung der Pathogenesefaktoren verwendet, ferner werden Entwicklungsaufgaben beleuchtet, die bei Essstörungen eine Rolle spielen. Der Fokus auf die sozialen Aspekte der Essstörung zieht sich durch das gesamte Buch, ebenso die explizite Ressourcenorientierung.

Inwiefern sich die Klinische Sozialarbeit an Diagnosen ausrichten sollte, ist umstritten. Gebbe und Riecken (2011, S. 170) sprechen sich dafür aus und fordern einen Paradigmenwechsel in der Klinischen Sozialarbeit: „Nicht die Zuschreibung einer Diagnose ist problematisch, sondern die Ausblendung des klinischen Befundes und das daraus resultierende Fehlen von Störungswissen und -verständnis“. Dass auch die Zuschreibung einer Diagnose freilich problematisch sein kann, zeigt Kapitel 5.4. Doch ist ein grundlegendes Verständnis der Kernsymptome und Ursachen unabdingbar, will man Men-

schen mit Essstörungen in der Sozialen Arbeit wirkungsvoll unterstützen. Entsprechend widmen sich die folgenden Kapitel den Merkmalen und Entstehungsbedingungen von Anorexie, Bulimie, Binge-Eating-Störung und weiteren Formen von Essstörungen.

Kapitel 2

Kalorien als Maßeinheit für Selbstwert: Merkmale und Verbreitung von Essstörungen

Essstörungen sind psychosomatische Erkrankungen. Sie werden nicht den Suchterkrankungen zugerechnet, weisen aber deutlichen Suchtcharakter auf. Es lassen sich diagnostisch vier Formen unterscheiden: **Anorexia nervosa** (vgl. Kapitel 2.2), **Bulimia nervosa** (vgl. Kapitel 2.3), **Binge-Eating-Störung** (vgl. Kapitel 2.4) und **atypische bzw. andere spezifizierte und nicht spezifizierte Essstörungen**¹ (vgl. Kapitel 2.5). Alle Arten teilen **grundlegende gemeinsame Merkmale** (vgl. Kapitel 2.1).

Die diagnostischen Kriterien wurden in der aktuellen Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-5 (American Psychiatric Association 2013) modifiziert, um Kritikpunkte der bisherigen Einteilung auszumerzen (Call et al. 2013). So sind Ess- und Fütterstörungen nunmehr zu einer gemeinsamen Gruppe zusammengefasst; zudem wurde die Binge-Eating-Störung als eigene diagnostische Kategorie aufgenommen. Die Abgrenzung zwischen den einzelnen Essstörungen ist durch die Neufassung an einigen Stellen deutlicher geworden (vgl. Kapitel 2.6). Nach wie vor gilt die Essstörung leider oftmals als reine „Frauenkrankheit“, obschon Männer ebenfalls betroffen sind (vgl. Kapitel 2.9).

Bei allen Arten von Essstörungen ist zunächst differenzialdiagnostisch abzuklären, ob die Symptomatik nicht auf andere körperliche oder psychiatrische Erkrankungen zurückzuführen ist (vgl. Kapitel 2.7). Dies umso mehr, als Essstörungen in aller Regel mit weiteren psychischen Störungen verbunden sind (vgl. Kapitel 2.8).

1 Das DSM-IV enthielt die Bezeichnung „Eating Disorders not otherwise specified“ (kurz EDNOS), deutsch: nicht näher bezeichnete Essstörungen; das ICD-10 spricht von atypischen Essstörungen, das DSM-5 von anderen bzw. nicht spezifizierten Essstörungen. Diese Begrifflichkeiten werden im Folgenden synonym gebraucht.

2.1 Grundlegende Merkmale von Essstörungen

Hilde Bruch, die sich bereits in den 1950er Jahren mit Essstörungen beschäftigte, hob drei gemeinsame Merkmale von Essstörungen hervor: „erstens, schwere Störungen im Körperbild, in der Art und Weise, wie die Jugendlichen sich sahen; zweitens, Fehldeutungen innerer und äußerer Reize, wobei Ungenauigkeit in der Art des Hungererlebens das hervorstechendste Symptom bildete; und drittens, ein allem zugrunde liegendes lähmendes Gefühl des Unvermögens, die Überzeugung, so hilflos und unfähig zu sein, dass sie nichts in ihrem Leben ändern könnten“ (Bruch 1982, S. 16f.; Bruch 1997). Der erste Punkt findet sich auch in den diagnostischen Manualen. Fehlende Interozeptionsfähigkeit, sei es in Bezug auf Gefühle oder auch Hunger und Sättigung, sowie mangelndes Selbstwertgefühl zeigen sich bei nahezu allen Betroffenen und bilden ein Kernmerkmal der Essstörung. Abbildung 3 beinhaltet eine **Zusammenstellung weiterer verbreiteter Kennzeichen** (vgl. Cuntz 2011; Mitchell und Crow 2010; Treasure et al. 2010; Tyson 2010; Wunderer und Schnebel 2008).

Noordenbos (2013, S. 19) nennt einige **Kriterien, um eine „normale“ Diät von einer extremen zu unterscheiden**, die in Richtung Essstörungssymptomatik geht: So werden als Gründe für eine normale Diät beispielsweise genannt, dass die Kleider nicht mehr passen, man einige Pfund bzw. ein bis zwei Kleidergrößen verlieren möchte, sich nicht mehr fit fühlt, sich gesünder ernähren oder attraktiver werden will. Extreme Diäten werden hingegen zusätzlich gerechtfertigt mit Argumenten wie den folgenden: Ich möchte mehr Selbstbewusstsein und Selbstakzeptanz sowie Akzeptanz durch andere erreichen, nicht mehr gehänselt werden, Kontrolle über meine Körper erlangen und meine Schüchternheit überwinden und insgesamt einfach glücklicher werden – die Hoffnungen, die mit einer Diät verbunden sind, gehen somit weit über die reine Veränderung des Körpers hinaus. Und auch die Umsetzung unterscheidet sich (Noordenbos 2013, S. 20f.): So werden nicht weniger Snacks und Süßigkeiten, Zucker und Fett gegessen, sondern gar keine/s mehr, die Portionsgrößen noch weiter reduziert, ganze Mahlzeiten weggelassen, das Sportprogramm extrem erhöht und ein zu niedriges Zielgewicht angesetzt. Zudem wird das Thema Essen und Gewicht obsessiv verfolgt und die Diät auch nach deutlichem Gewichtsverlust weitergeführt – da sie ja für weit steht als nur für Gewichtsverlust und „gesünderes“ Essverhalten.

Alle Arten von Essstörungen sind mit **deutlichen Einbußen in der empfundenen gesundheitsbezogenen Lebensqualität** verbunden – sowohl bei den Betroffenen selbst wie auch bei ihren Familienmitgliedern (DeJong et al. 2013; Engel et al. 2009; Jenkins et al. 2014; Leung et al. 2013; Sy et al. 2013). Einige Studien finden allerdings bei Betroffenen mit restriktiver Anorexie

(einer Form der Anorexie ohne Essanfälle und Erbrechen) geringere subjektive Einschränkungen. Eine mögliche Erklärung dafür ist, dass diese Erkrankung meist als ich-synton, also zur eigenen Person gehörig und passend, erlebt wird (DeJong et al. 2013; Jenkins et al. 2011; Vitousek et al. 1998; Westwood und Kendal 2012).

Abbildung 3: Grundlegende Merkmale von Essstörungen

Essen und Gewicht

- Sehr viel oder sehr wenig trinken
- Ständiges Kaugummikauen
- Eingeschränkte Lebensmittelauswahl, selbst auferlegte Verbote
- Sehr wenig essen
- Heißhungeranfälle – oft im Wechsel mit Fasttagen
- Hohe Ausgaben für Essanfälle, daher wird teilweise Geld und/oder Essen verwendet
- Rückzug nach den Mahlzeiten
- Erbrechen, teilweise Medikamentenmissbrauch
- Starke Gewichtsveränderungen
- Sich selbst als zu dick empfinden
- Andere zum Essen verführen, aber selbst nichts essen
- Essen mit anderen meiden
- Ausweichende Antworten (kein Hunger, schon gegessen)
- Negative Gefühle durch Essen beseitigen wollen („Frustessen“)
- Essen ist mit Angst verbunden
- Stereotype Nahrungsmittelauswahl
- Mit anderen in Konkurrenz treten in Bezug auf Essen, Figur und Gewicht

Im Kontakt mit sich und anderen

- Wenig Selbstbewusstsein
- Leistungsstreben, Perfektionismus
- Sozialer Rückzug
- Depressive Stimmung
- Leugnen der Probleme
- Überempfindlichkeit, Gereiztheit
- Aggressive Reaktion auf Bemühungen anderer, den/die Betroffene/n zum Essen zu bewegen
- Kein Geld für sich ausgeben, sich nichts gönnen

Zwanghaftes Verhalten

- Genaue Tagesplanung
- Rituale rund um das Essen (z. B. immer zur selben Uhrzeit essen, Tisch aufwändig decken)
- Dauernd über Essen, Figur und Gewicht nachdenken
- Sich häufig wiegen, Körperteile messen (z. B. Taillenumfang) – manche Betroffene vermeiden auch jegliche Konfrontation mit Figur und Gewicht
- Starke körperliche Aktivität

Körperlich

- Ständiges Frieren (bei Untergewicht)
 - Körperliche Schwäche, Schwindel
 - Muskelschwäche, Muskelkrämpfe
 - Schlafstörungen
 - Ausbleiben der Regelblutung, Libido-verlust
 - Trockene, schuppige Haut
 - Haarausfall, Lanugobehaarung
 - Geschwollene, verhärtete Speicheldrüsen; Zahnschäden (durch Erbrechen)
 - Sodbrennen, gastrointestinale Beschwerden (Magenschmerzen, Verdauungsprobleme)
 - Osteoporose
 - Verlust an kortikaler Substanz (als Folge der Starvation/Abmagerung)
 - Neuropsychologische Folgen (geringe kognitive Flexibilität), Konzentrationschwächen
 - Minderwuchs (bei chronifizierter Anorexie im Kindes-/Jugendalter)
-

Wesentlich für die Diagnostik der Essstörung ist zudem das Körpergewicht. So ist für eine Anorexie Untergewicht zwingende Voraussetzung. **Um zu ermitteln, in welchem Gewichtsbereich sich eine Person befindet, wird üblicherweise der Body-Mass-Index (BMI) herangezogen.** Er bezieht Größe und Gewicht mit ein und berechnet sich wie folgt: $BMI = \text{Gewicht (kg)} / \text{Größe}^2 (\text{m}^2)$. Es lassen sich folgende Gewichtsbereiche unterscheiden (WHO 2000) (vgl. Abbildung 4):

Abbildung 4: Einteilung in Gewichtsbereiche mittels BMI

BMI < 18,5 kg/m ²	→	Untergewicht
BMI 18,5–24,9 kg/m ²	→	Normalgewicht
BMI 25–29,9 kg/m ²	→	Übergewicht, Präadipositas
BMI 30–34,9 kg/m ²	→	Adipositas Grad I
BMI 35–39,9 kg/m ²	→	Adipositas Grad II
BMI > 40 kg/m ²	→	Extreme Adipositas, Grad III

Eine 1,70 m große Frau mit 53 kg Körpergewicht hat demnach beispielsweise einen BMI von 18,3 kg/m² und ist untergewichtig, im Übergewichtsbereich befindet sie sich ab einem Gewicht von rund 73 kg und mit 87 Kilogramm gilt sie als adipös. Auch im Untergewichtsbereich lassen sich weitere Einteilungen treffen, wobei die Grenzwerte unterschiedlich definiert werden. Hochgradiges Untergewicht wird teilweise erst ab einem BMI unter 14 kg/m² angesetzt (DGPPN 2000), teilweise bereits ab einem BMI unter 16 kg/m² (Sipos und Schweiger 2012).

Insgesamt besteht Uneinigkeit bezüglich der Grenzwerte. So definiert die Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde DGPPN (2000) in ihrer Behandlungsleitlinie Essstörungen den Normalgewichtsbereich zwischen 18 kg/m² und 26 kg/m². Empfohlen wird zudem oftmals, die Gewichtsgrenzen mit steigendem Lebensalter anzuheben. Kritisch zu sehen ist ferner, dass der BMI vom Körperbau abhängt. Zudem beziehen sich die Grenzwerte auf Erwachsene, für Kinder und Jugendliche bis 16 Jahren müssen eigene Referenztabellen herangezogen werden, wie sie beispielsweise die „Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter“ zur Verfügung stellt (www.a-g-a.de).

2.2 Anorexia nervosa

Die Anorexie ist die auffälligste der Essstörungen, da mit ihr in der Regel massives Untergewicht und starke quantitative und qualitative Einschränkungen in der Nahrungsaufnahme verbunden sind.

Kapitel 2.2.1 gibt Aufschluss über die **diagnostischen Merkmale** der Anorexie, Kapitel 2.2.2 über die **Verbreitung** und Kapitel 2.2.3 über den **Verlauf** der Essstörung.

2.2.1 Diagnostische Kriterien

Die diagnostischen Kriterien wurden in der aktuellen Version des Diagnostischen und Statistischen Manuals psychischer Störungen DSM-5 modifiziert (American Psychiatric Association 2013, deutsche Übersetzung in Anlehnung an de Zwaan und Herzog 2011) (vgl. Abbildung 5). So ist die Diagnose der Anorexia nervosa nun breiter gefasst, insbesondere entfällt die **Gewichtsgrenze** (vormals BMI von maximal 17,5 kg/m² bzw. weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts) zugunsten einer offeneren Formulierung. Zieht man in Betracht, dass schon mit den bisherigen Formulierungen kein klinischer Konsens bezüglich der Gewichtsgrenze erreicht werden konnte (Thomas et al. 2009a), bleibt abzuwarten, wie dieses Kriterium in Zukunft ausgelegt wird.

Die Deutsche Fachgesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie (DGKJP) schlägt die 10. Altersperzentile als Gewichtsschwellenwert vor, um die Entwicklungsabhängigkeit des Gewichtskriteriums zu berücksichtigen (Herpertz-Dahlmann 2008), als Zielgewicht in der Therapie die 25. Perzentile – der BMI wird für Kinder und Jugendliche nicht als Maßgabe empfohlen. Eine Studie, die sich explizit mit der Operationalisierung der neuen DSM-5-Kriterien befasst, rät dazu, als Gewichtsgrenze für Erwachsene einen BMI von 18,5 kg/m² zu wählen (Brown et al. 2014).

Weiterhin wird die **Amenorrhoe** im DSM-5 nicht mehr zwingend als Kriterium verlangt – was auch dem Vorurteil, die Anorexie sei eine „Frauenkrankheit“, entgegenwirken kann; zudem bereitet dieses Kriterium naturgemäß Schwierigkeiten bei der Diagnostik von Kindern mit Anorexie (Bryant-Waugh 2007).

Darüber hinaus wurde die Formulierung so geändert, dass den Betroffenen keine Absicht oder Willkür mehr unterstellt wird (z. B. „Einschränkung der Nahrungsaufnahme“ statt „Weigerung ein normales Gewicht zu halten“). Dies ist wichtig, um eine Stigmatisierung von Betroffenen zu vermeiden (Herpertz-Dahlmann und Bühren 2011).

Abbildung 5: Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

ICD-10 (F 50.0)

DSM-5 (DSM-IV:307.1)

Untergewicht

1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten Gewicht (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body-Mass-Index von 17,5 kg/m² oder weniger. Bei Betroffenen in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.

A. Einschränkung der Nahrungsaufnahme relativ zum Bedarf, was zu einem signifikant erniedrigten Körpergewicht führt unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, bisheriger Entwicklung und körperlicher Gesundheit. *Signifikant erniedrigtes Gewicht* ist definiert als ein Gewicht, das unter einem minimalen Normalgewicht liegt, oder, bei Kindern und Adoleszenten, unter dem minimal zu erwartenden Körpergewicht.

2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:

B. (siehe unten)..., oder persistierendes Verhalten, das mit einer Gewichtszunahme interferiert, trotz bestehenden Untergewichts.

- a) Vermeidung von hochkalorischen Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:
- b) selbst induziertes Erbrechen
- c) selbst induziertes Abführen
- d) übertriebene körperliche Aktivität
- e) Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.

Störung des Körperbildes bzw. „Gewichtssphobie“

3. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.

B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder ... (siehe oben)

C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder persistierendes Nichterkennen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.

Endokrine Störung

4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa

ICD-10 (F 50.0)

DSM-5 (DSM-IV:307.1)

Entwicklungsverzögerung bei präpuberalem Beginn

5. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt.

Untertypen

F 50.00: Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.) – dazugehörige Begriffe: asketische Form der Anorexie, passive Form der Anorexie, restriktive Form der Anorexie.

Restriktiver Typ: Während der vergangenen drei Monate zeigte die/der Betroffene keine wiederkehrenden Episoden von Binge Eating oder Purging-Verhalten (d. h. selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren). Dieser Subtyp beschreibt Formen, bei denen der Gewichtsverlust vorwiegend durch Diät halten, Fasten und/oder exzessive körperliche Betätigung herbeigeführt wird.

F 50.01: Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u. U. in Verbindung mit Heißhungerattacken) – dazugehörige Begriffe: aktive Form der Anorexie, bulimische Form der Anorexie.

Binge-Eating/Purging Typ: Während der vergangenen drei Monate zeigte die/der Betroffene wiederkehrende Episoden von Binge Eating oder Purging-Verhalten (d. h. selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren).

Kriterium B, die „Gewichtspobie“, wurde trotz Kritik beibehalten. So weisen einige AutorInnen darauf hin, dass dieses Kriterium kulturabhängig zu sehen ist – in westlichen Kulturen besteht auch bei Mädchen und Frauen ohne manifeste Essstörung vielfach die Angst zu dick zu werden (vgl. Schweiger et al. 2003; Uher und Rutter 2012). Fumi und Fichter (2005) warnen vor einem Verzicht auf die Diagnose der Anorexie, wenn die KlientInnen Ängste vor einer Gewichtszunahme oder die Störung des Körperbildes zu Beginn der Behandlung verneint. Ihrer Erfahrung nach empfinden viele KlientInnen diese Phänomene selbst als krankhaft oder übertrieben und verheimlichen sie daher gerade in der Anfangsphase der Behandlung. Andererseits weisen Keel et al. (2012) darauf hin, dass anorektische Personen ohne Gewichtspobie in westlichen Ländern eine distinkte Kategorie bilden und der Verzicht auf dieses Kriterium somit die Trennschärfe zu den nicht näher bezeichneten Essstörungen senken könnte.

Kriterium B und C erfassen die **Körperbildstörung** in ihrer perceptiven und kognitiv-affektiven Komponente. Kritisch anzumerken ist diesbezüglich, dass sich die Forschung zu Körperbildstörungen vorwiegend auf erwachsene Betroffene stützt und gerade zu Kindern und jüngeren Adoleszenten bislang wenige Befunde vorliegen (Legenbauer et al. 2014).

Unterschieden werden **zwei Typen der Anorexie**:

Menschen mit **restriktiver Anorexie** verlieren Gewicht, indem sie fasten. Sie verwenden keine anderen Maßnahmen zur Gewichtsregulation, wie beispielsweise Erbrechen, Abführmittel oder Diuretika (Renschmidt et al. 2009).

Anders ist es bei der **Anorexie vom binge-eating/purging Typus** (engl. binge-eating = Essgelage, Essanfall; to purge = abführen, reinigen), bei der auf die eben beschriebene Weise versucht wird, weiter abzunehmen bzw. zumindest nicht zuzunehmen. Meist treten dann auch Essanfälle auf, daher wird diese Form bisweilen auch als „bulimische Anorexie“ oder „Bulimanorexie“ bezeichnet. Im Gegensatz zur Bulimie ist das Gewicht bei der Anorexie zwingend im Untergewichtsbereich angesiedelt. Allerdings bleibt die Abgrenzung insbesondere in der Remissionsphase schwierig, Übergänge sind häufig. Uher und Rutter (2012) empfehlen daher die Einführung einer Kategorie „kombinierter Essstörungen“, die Fälle umfasst, bei denen sich eine Anorexie in der Vorgeschichte findet bzw. die Kriterien sowohl der Anorexie wie auch der Bulimie erfüllt sind.

Zudem ist im DSM-5 insofern eine dimensionale Diagnostik mit enthalten, als der **Schweregrad** anhand des BMI beurteilt werden kann: Ab einem BMI von 17 kg/m^2 gilt die Anorexie in ihrer Ausprägung als mild („mild“), ab einem BMI von 16 kg/m^2 als mäßig („moderate“), ab einem BMI von 15 als schwerwiegend („severe“) und bei einem BMI von unter 15 kg/m^2 als extrem („extreme“).

Zusätzlich kann ein **Zustand in Remission** spezifiziert werden (American Psychiatric Association 2013), wobei partielle (Kriterium A trifft seit längerer Zeit nicht mehr zu, B oder C schon) und vollständige Remission unterschieden werden

2.2.2 Verbreitung

Die genaue Verbreitung von Essstörungen ist nicht leicht zu ermitteln (vgl. zusammenfassend Wunderer et al. 2011). Zu vermuten ist eine hohe Dunkelziffer, insbesondere bei der Bulimie, es fehlt an Erhebungen an repräsentativen nicht-klinischen Stichproben, die meisten Studien basieren auf retrospektiven Angaben und sind untereinander schwer vergleichbar – sei es aufgrund soziokultureller Unterschiede in verschiedenen Ländern, unterschiedlicher Definition bzw. Auslegung der diagnostischen Kriterien oder divergierender Altersspannen und Methoden der Rekrutierung der untersuchten Stichproben (Keel 2010; Norris et al. 2011).

Zudem ist derzeit noch nicht genau abzusehen, welche Auswirkungen die Neufassung der Essstörungsdiagnosen nach DSM-5 auf die Prävalenz- und Inzidenzraten hat. Ersten Studien zufolge nimmt die Prävalenz der spe-

zifizierten Essstörungsdiagnosen etwas zu (Allen et al. 2013; Brown et al. 2014; Smink et al. 2013; Stice et al. 2013b), während die Restkategorie der „atypischen“ Essstörungen, wie angestrebt, schrumpft (Allen et al. 2013; Smink et al. 2013). Die erweiterten Kategorien führen aber offenbar nicht dazu, dass nun auch Fälle klassifiziert werden, die mit weniger starken Beeinträchtigungen verbunden sind: „Results imply that the new DSM-5 eating disorder criteria capture clinically significant psychopathology and usefully assign eating disordered individuals to homogenous diagnostic categories“ (Stice et al. 2013b, S. 445).

Im Folgenden werden zunächst **Prävalenzraten allgemein** dargestellt, anschließend geht es um die **Auftretenshäufigkeit speziell bei Männern** und schließlich um die **Entwicklung der Prävalenzraten im Kindes- und Jugendalter** über die vergangenen Jahrzehnte hinweg.

Lebenszeit- und Punktprävalenz

Für die **Anorexia nervosa** ist für westliche Industrienationen zusammenfassend von einer **Lebenszeitprävalenz für Frauen von 0,5 bis 1 % auszugehen** (Wunderer et al. 2013). Eine amerikanische Längsschnittstudie, die bereits die DSM-5-Kriterien zugrunde legte, ermittelte eine Lebenszeitprävalenz von 0,8% für Frauen im Alter von 20 Jahren (Stice et al. 2013b). Es ist davon auszugehen, dass die Prävalenz auf Basis der neuen weniger strikten DSM-5-Kriterien ansteigen wird, und dies möglicherweise sogar sehr deutlich (Smink et al. 2013).

Die **Punktprävalenz** der Anorexie wird in zweistufigen Studien² auf durchschnittlich 0,29% für die Hauptrisikogruppe junger Frauen beziffert (Smink et al. 2012); sehr ähnliche Werte finden sich in einer deutschen Studie auf der Basis von Versicherungsdaten für weibliche Jugendliche zwischen 10 und 21 Jahren (Jaite et al. 2013). Die Pubertätsmagersucht ist die dritthäufigste chronische Erkrankung in der Adoleszenz (Herpertz-Dahlmann et al. 2011a). In östlichen industrialisierten Regionen scheinen Essstörungen ähnlich verbreitet zu sein wie in westlichen, in Entwicklungsländern finden sie sich selten und vorwiegend in wohlhabenden Familien, in denen Nahrungsüberfluss besteht (Fichter 2011).

Smink et al. (2012) nehmen für die Allgemeinbevölkerung eine **1-Jahres-Prävalenz³** von 370 je 100 000 Personen je Jahr für Anorexie an. In der Primärversorgung kommen 160 Betroffene pro Jahr neu hinzu, in der psychia-

2 Oft kommt in epidemiologischen Studien ein zweistufiges Verfahren zum Einsatz: In der ersten Stufe wird eine große Stichprobe mit einem Screening-Instrument befragt, wer demnach in eine Risikogruppe fällt, wird in der zweiten Stufe genauer interviewt.

3 Die 1-Jahres-Prävalenz setzt sich zusammen aus Punktprävalenz plus jährlicher Inzidenzrate, also Neuerkrankungsrate im darauffolgenden Jahr.

trischen bzw. psychosomatischen Versorgung sind es 127. **Die Daten zeigen, dass bei weitem nicht alle Betroffenen Zugang zu professioneller Hilfe finden**, vor allem auch bei älteren Betroffenen werden Essstörungen häufig übersehen (Lapid et al. 2010).

Ob Essstörungen, die **bei Personen in der Lebensmitte** festgestellt werden, wirklich spät begannen oder ob es sich in der Regel um fortgesetzte Erkrankungen mit einem Beginn im Jugend- oder frühen Erwachsenenalter handelt, wird kontrovers diskutiert (Lapid et al. 2010; Scholtz et al. 2010). Bei älteren Frauen scheinen eher Binge-Eating und atypische Formen von Essstörungen aufzutreten als klassische Diagnosen – und dies offenbar in durchaus bedeutsamem Ausmaß und mit hohem Leidensdruck bei den Betroffenen (Mangweth-Matzek et al. 2014).

Anorexia nervosa bei Männern

Nach wie vor gilt als Faustregel, dass Männer in mindestens jedem zehnten Fall betroffen sind. In einer für die US-Bevölkerung repräsentativen Auswertung nennen Hudson et al. (2007) sogar einen Anteil von einem Viertel für Anorexie und Bulimie. Es besteht Grund zu der Annahme, dass die Dunkelziffer bei männlichen Betroffenen noch deutlich höher ist als bei weiblichen und die tatsächliche Prävalenz somit unterschätzt wird. Zudem wurden die gängigen Messinstrumente anhand der typisch weiblichen Symptomatik entwickelt, die sich in einigen Punkten (zum Beispiel dem Körperideal) von der männlichen unterscheidet (Darcy und Lin 2012).

Entwicklung der Prävalenzraten im Kindes- und Jugendalter

Offenbar treten anorektische Symptome in der Hochrisikogruppe der 15- bis 19-jährigen Mädchen in den letzten Jahrzehnten häufiger auf (Smink et al. 2012; van Son et al. 2006). Da insgesamt keine höhere Lebenszeitprävalenz der Anorexie zu verzeichnen ist, kann der Anstieg im Jugendalter auf einen früheren Erkrankungsbeginn und/oder die frühere Entdeckung der Essstörung zurückzuführen sein. Zusammenfassend für die Altersspanne 10–49 Jahre fand eine englische Studie keinen Anstieg für Anorexie und Bulimie, wohl aber für atypische Essstörungen zwischen 2000 und 2009 (Micali et al. 2013).

Zur Epidemiologie von Essstörungen im Kindesalter existieren wenige Daten. Eine Auswertung des für die USA repräsentativen „National Health and Nutrition Examination Survey“ erbrachte eine 1-Jahres-Prävalenz von 0,1% für Essstörungen für 8- bis 15jährige Kinder (0,1% Anorexie und 0,1% Bulimie) (Merikangas et al. 2010). Nicholls et al. (2011) ermittelten Inzidenzraten auf Basis der „British national surveillance study“ und kamen auf folgende Ergebnisse für alle Formen von Essstörungen zusammengekommen: 0,21 je 100 000 für die Altersgruppe 6–7 Jahre; 0,21 für 8–9 Jahre;

0,92 für 9–10 Jahre; 3,56 für 10–11 Jahre; 4,46 für 11–12 Jahre und 9,51 für 12–13 Jahre. Der Großteil entfiel dabei auf die Anorexie und die nicht näher bezeichneten Essstörungen, in mehr als 80% der Fälle waren Mädchen betroffen. Halmi (2009) geht auf Basis einer Auswertung von Daten aus Essstörungskliniken davon aus, dass Magersucht zunehmend in jüngerem Alter auftritt.

2.2.3 Verlauf

Magersucht ist lebensgefährlich, sie gilt als die gefährlichste psychiatrische Erkrankung des Kindes- und Jugendalters (BPS British Psychological Society 2004; Hoek 2006). Entsprechend sind Essstörungen von der Weltgesundheitsorganisation WHO mit hoher Priorität eingestuft (Treasure et al. 2010; WHO European Ministerial Conference on Mental Health 2005). Rasche Genesung ist selten, die meisten Betroffenen brauchen mehr als ein Jahrzehnt, um die Essstörung zu überwinden (Keel 2010).

Nach einer Betrachtung der **Mortalitätsrate** der Anorexie werden **Remissionsraten** vorgestellt, weiterhin die **Wahrscheinlichkeit, dass die Magersucht in eine andere Essstörung übergeht** sowie **Einflussfaktoren auf den Verlauf** der Essstörung.

Mortalitätsrate

Die **Mortalitätsraten** schwanken stark je nach Studie und sind – ebenso wie das **Suizidrisiko** – **signifikant erhöht gegenüber der Allgemeinbevölkerung** (Berkman et al. 2007; Franko et al. 2013; Smink et al. 2013): Das Risiko frühzeitig zu versterben ist für von Magersucht Betroffene zehnmal so hoch wie für ihre gesunden Altersgenossinnen (Button et al. 2009; Keel 2010; Löwe et al. 2001; Rosling et al. 2011). Steinhausen et al. (2002) ermittelten in ihrem Review eine Mortalitätsrate von durchschnittlich 5% der Stichprobe. Die häufigsten Todesursachen sind dabei Folgen der Mangelernährung wie infektiöse Erkrankungen, plötzlicher Herztod oder Nierenversagen, sowie Tod durch Suizid.

Als mögliche Einflussfaktoren werden unter anderem Suchtverhalten (Franko et al. 2013; Keel et al. 2003), Anzahl stationärer Aufenthalte, Krankheitsdauer und niedriges Körpergewicht genannt, weiterhin psycho-soziale Anpassung im Sinne der Integration ins soziale Umfeld, aber auch ins Berufsleben (Franko et al. 2013).

Auch in **zwei deutschen Langzeituntersuchungen** an weiblichen klinischen Stichproben werden hohe Mortalitätsraten berichtet: in der einen waren nach zwölf Jahren knapp 7% der betrachteten Stichprobe verstorben

(Fichter et al. 2006), in der anderen 21 Jahre nach der ersten stationären Aufnahme 16,7% der KlientInnen (Löwe et al. 2001).

Remission

Insgesamt ist relativ wenig bekannt über den natürlichen Verlauf von Essstörungen in der Allgemeinbevölkerung, da in der Regel klinische Stichproben untersucht werden; diese unterscheiden sich im Ausmaß ihrer Essstörungen- und allgemeinen Psychopathologie jedoch möglicherweise systematisch von Personen, die keine derart intensive Behandlung in Anspruch nehmen (Fairburn et al. 1996). So zeigt sich in epidemiologischen Studien an nicht-klinischen Stichproben, dass die meisten Personen mit einer Lebenszeitdiagnose von Anorexia nervosa aktuell nicht die diagnostischen Kriterien für diese Essstörung erfüllen (vgl. zusammenfassend Keel 2010).

Weiterhin gibt es sehr unterschiedliche Studiendesigns und Auffassungen, wann eine Essstörung als „geheilt“ bzw. „remittiert“ zu bezeichnen ist (vgl. Bardone-Cone et al. 2010; Berkman et al. 2007; Frank 2005; Hartman McGilley und Szablewski 2010; Noordenbos 2013; Yu et al. 2013). **Entsprechend heterogen sind auch die Ergebnisse**, wie ein Review von Berkman et al. (2007) zeigt: 5 bis 15 Jahre nach Untersuchungsbeginn erfüllen je nach Studie zwischen 24 und 82% der Stichprobe nicht mehr die diagnostischen Kriterien für eine Essstörung. In seinem Review zum Verlauf der Anorexie ermittelte Steinhausen (2002) eine durchschnittliche Remissionsrate von 46%, 33% zeigten eine Verbesserung und 20% eine Chronifizierung der Symptomatik. Mit zunehmender Katamnesedauer stieg die Mortalitätsrate, aber auch die Anzahl derjenigen, die die Essstörung überwunden hatten. Bis zu 30% der Betroffenen erleiden einen Rückfall innerhalb des ersten Jahres nach stationärer Behandlung (Zipfel et al. 2008). In der amerikanischen Längsschnittstudie von Stice et al. (2013b) an knapp 500 jungen Frauen lag die 1-Jahres-Remissionsrate für die Anorexia nervosa bei 75% und für die atypische Form bei 71% – allerdings traten bei 25% (Anorexie) bzw. 21% (atypische Anorexie) Rückfälle in die Symptomatik auf.

Dabei ist die Prognose für Jugendliche insgesamt besser als für Erwachsene (Herpertz-Dahlmann et al. 2001; Herpertz-Dahlmann 2002). Steinhausen et al. (2003) fanden in einer Follow-up-Untersuchung in fünf europäischen Zentren (darunter zwei in Deutschland) nach rund sechs Jahren 70% der vormals betroffenen Jugendlichen ohne Essstörungsdiagnose vor; allerdings konnte nur rund die Hälfte als völlig psychisch gesund eingestuft werden – in die Studie wurden alle Arten von Essstörungen einbezogen.

In den erwähnten **Studien an deutschen Stichproben** waren rund die Hälfte der KlientInnen mehr als ein Jahrzehnt nach Behandlungsbeginn remittiert (Fichter et al. 2006; Löwe et al. 2001). Schwierigkeiten im psychosozialen und psychosexuellen Bereich sowie eine erhöhte generelle Psycho-

pathologie blieben jedoch bei vielen KlientInnen bestehen (Fichter et al. 2006). Im Follow-up nach 21 Jahren waren 29% der Betroffenen nicht arbeitsfähig, der Großteil stammte aus der Gruppe mit einem ungünstigen Verlauf der Erkrankung (Löwe et al. 2001).

In Langzeituntersuchungen leiden Personen mit Anorexie im weiteren Verlauf häufiger als gesunde Kontrollpersonen an psychiatrischen Symptomen (Steinhausen 2002), insbesondere Depressionen, autistischen Störungen sowie Angst- und Zwangsstörungen (Berkman et al. 2007). Möglicherweise sind für die hohe Prävalenz psychischer Störungen im Erwachsenenalter auch Veränderungen in der Hirnentwicklung infolge einer Anorexie im Jugendalter verantwortlich, so genannte „biologische Narben“ (Herpertz-Dahlmann et al. 2011a).

Zusammenfassend können (nach einigen Jahren) ca. 50–70% der Betroffenen als remittiert angesehen werden, bis zu 30% können ihren Zustand verbessern, bis zu 20% leiden an einer chronifizierten Essstörung. Im Genesungsprozess treten häufig Rückfälle auf, zudem bleiben Schwierigkeiten im psycho-sozialen Bereich und eine erhöhte Psychopathologie bei vielen Betroffenen bestehen.

Übergang in eine andere Essstörung

Betroffene durchlaufen nicht selten verschiedene Essstörungsdiagnosen (Castellini et al. 2011; Fichter und Quadflieg 2007). Bei anorektischen KlientInnen findet sich im Gesundungsprozess häufig eine bulimische Phase oder ein Wechsel vom restriktiven in den binge-eating/purging-Subtypus (American Psychiatric Association 2006; Berkman et al. 2007).

Wie viele das Vollbild der Bulimia nervosa entwickeln, ist je nach Studie sehr unterschiedlich; Fichter et al. (2006) stellten bei knapp 10% der ursprünglichen Anorexiepatientinnen nach zwölf Jahren die Diagnose Bulimia nervosa fest, bei 19% fand sich eine nicht näher bezeichnete Essstörung. Keine der Betroffenen entwickelte eine Binge-Eating-Störung.

Die Anorexia nervosa erweist sich insgesamt als vergleichsweise stabile diagnostische Kategorie (Fichter und Quadflieg 2007; van Son et al. 2010), was Keel et al. (2012) in ihrem aktuellen Review bestätigen: ungefähr 18% der Betroffenen entwickeln nach einer Anorexie eine Bulimie, wobei dies vor allem Betroffene des binge-eating/purging-Subtyps sind. Es ist ihren Analysen nach 30mal wahrscheinlicher, in der Kategorie „Anorexia nervosa“ zu verbleiben als in die Kategorie „Bulimia nervosa“ zu wechseln. Auch in der Längsschnittstudie an jungen amerikanischen Frauen von Stice et al. (2013b) über acht Jahre hinweg war die Anorexie die deutlich stabilste Diagnose.

Einflussfaktoren auf den Verlauf

Was Einflussfaktoren auf die Heilungschancen angeht, ist die **Datenlage ebenfalls heterogen** (Berkman et al. 2007; Steinhausen 2007). Vergleichsweise gut empirisch belegt sind der negative Einfluss von komorbiden psychischen Störungen wie affektiven und Angststörungen sowie Substanzmissbrauch, geringer psycho-sozialer Anpassung, längerer Krankheitsdauer und niedrigem Ausgangsgewicht auf den Krankheitsverlauf; auch ein höheres Alter bei Erkrankungsbeginn wirkte sich in etlichen (wenngleich nicht allen) Studien negativ aus (Berkman et al. 2007; Button et al. 2009; Deter et al. 2005; Karatzias et al. 2010; Steinhausen et al. 2003); Norris et al. (2011) weisen allerdings darauf hin, dass eine Erkrankung im Kindesalter wiederum mit einer negativen Prognose in Zusammenhang stehen könnte, so dass keineswegs gilt: je jünger zu Erkrankungsbeginn, desto besser. Steinhausen (2007) nennt in einer Übersicht weiterhin bulimische Symptome als negative Einflussfaktoren auf den Verlauf, in der Studie von Zerwas et al. (2013) an 680 weiblichen Betroffenen waren vor allem selbstinduziertes Erbrechen sowie hohe Ängstlichkeit negativ mit dem Verlauf assoziiert. Auch in der 12-Jahres-Katamnese von Deter et al. (2005) erwies sich Purging-Verhalten als negativer Prädiktor, weiterhin niedrige Werte von Albumin und hohe Werte von Glutamat-Oxalacetat-Transaminase. Die Veränderungsmotivation, die die/der Betroffene vor Beginn der Behandlung zeigt, steht ebenfalls für alle Essstörungen in Zusammenhang mit deren Ergebnis (Clausen et al. 2013).

Ein Aufnahme-BMI von weniger als 13 kg/m^2 bedingt eine deutlich erhöhte Mortalität; zudem ist auch nach 10 Jahren der BMI niedriger als bei Betroffenen mit einem BMI größer 13 kg/m^2 bei Aufnahme (Hebebrand 2004).

In den **deutschen Studien** waren ebenfalls schwerwiegende psychische und soziale Probleme zu Behandlungsbeginn, sexuelle Probleme, Impulsivität, lange Erkrankungs- und Behandlungsdauer sowie ein geringes Ausgangsgewicht mit einem schlechteren Verlauf assoziiert (Löwe et al. 2001; Fichter et al. 2006). Der Behandlungserfolg scheint dabei stärker von der allgemeinen Psychopathologie als von der Essstörungspathologie zu einem früheren Zeitpunkt beeinflusst zu werden (Fichter et al. 2003). Bei der Bulimia nervosa und der Binge-Eating-Störung ist hingegen vor allem die frühere Essstörungspathologie ausschlaggebend.

Wesentliche Einflussfaktoren auf den Verlauf der Anorexia nervosa sind somit: komorbide psychische Störungen, psycho-soziale Anpassung, Ausgangsgewicht, Krankheitsdauer, Purging-Verhalten und das Ausmaß der Veränderungsmotivation.

2.3 Bulimia nervosa

Die Bulimia nervosa wurde 1979 von Gerald Russel in seinem Aufsatz „Bulimia nervosa: An ominous variant of anorexia nervosa?“ beschrieben und ist seit 1980 Bestandteil des DSM.

Im DSM-5 wurde – im Vergleich zur Vorgängerversion – die für die Diagnose erforderliche Häufigkeit von Binge-Eating und Kompensationsverhalten von zwei- auf einmal pro Woche reduziert. Außerdem wird auf die Subtypen verzichtet.

Umstritten ist die Beschränkung auf sogenannte „objektive“ Essanfälle, bei denen eine abnorm große Menge an Nahrungsmitteln verspeist wird. Da Betroffene mit „subjektiven“ Essanfällen, die also nur individuell als zu groß empfunden werden, sich in vielen Aspekten der Symptomatik, Komorbidität und Prognose nicht wesentlich von solchen mit „objektiven“ Essanfällen unterscheiden, plädieren einige ForscherInnen für die Ausweitung der Kriterien auf jegliche Art von Essanfällen (Uher und Rutter 2012) bzw. dafür, genauer nach der Art der Essanfälle zu differenzieren (Mond 2013). Gleiches wird für die Binge-Eating-Störung vorgeschlagen.

Im Folgenden werden wiederum zunächst die **diagnostischen Kriterien der Bulimia nervosa** nach ICD-10 und DSM-5 vorgestellt (vgl. Kapitel 2.3.1). Kapitel 2.3.2 beschäftigt sich mit der **Verbreitung** der Bulimie und Kapitel 2.3.3 mit deren **Verlauf**.

2.3.1 Diagnostische Kriterien

Die wichtigsten diagnostischen Kriterien der Bulimie sind Essanfälle mit kompensatorischen Maßnahmen (vgl. Abbildung 6). Bei letzteren können Erbrechen, Medikamente und Abführmittel zum Einsatz kommen, oder aber die Betroffenen versuchen einer Gewichtszunahme durch Fasten oder exzessive sportliche Betätigung („Sportbulimie“) entgegen zu wirken. In einer Untersuchung von Fichter (2005) berichteten mehr als 70 % der bulimischen und um die 80 % der anorektischen KlientInnen exzessive körperliche Betätigung.

Das DSM-5 macht keine konkrete Aussage zum Körpergewicht, bei Untergewicht ist jedoch eine Anorexie zu diagnostizieren (vgl. Kriterium E) (American Psychiatric Association 2013). Das National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) (British Psychological Society 2004) gibt in seinen von britischen Experten zusammengestellten Leitlinien an, dass die Diagnose der Anorexie vor der der Bulimie Vorrang hat.

Hingegen impliziert die Formulierung in der ICD-10: „Die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbi-

den, vom Arzt als optimal oder ‚gesund‘ betrachteten Gewicht“, dass die KlientIn untergewichtig ist bzw. zumindest sein will. Geht man davon aus, dass die/der Betroffene die von ihr/ihm definierte Gewichtsgrenze auch einhält, so müsste eine Bulimie mit Normalgewicht als atypisch diagnostiziert werden (Jacobi et al. 2000). Allerdings ist der entsprechende Satz in der ICD nicht eindeutig formuliert und könnte folglich auch lediglich die „Gewichtssphobie“ der Betroffenen zum Ausdruck bringen.

Abbildung 6: Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

ICD-10 (F 50.2)

DSM-5 (DSM-IV:307.51)

Essanfälle

1. Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die/der Betroffene erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.

A. Wiederholte Episoden von Binge Eating (Essanfällen). Eine Episode von Essanfällen ist durch die beiden folgenden Kriterien charakterisiert:

- 1) Essen einer Nahrungsmenge in einem abgrenzbaren Zeitraum (z. B. in einem zweistündigen Zeitraum), die definitiv größer ist als die meisten Menschen in einem ähnlichen Zeitraum unter ähnlichen Umständen essen würden.
- 2) Ein Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode (z. B. ein Gefühl, dass man nicht mit dem Essen aufhören kann bzw. nicht kontrollieren kann, was und wie viel man isst).

Kompensatorische Maßnahmen

2. Der/die Betroffene versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzuwirken:

- selbstinduziertes Erbrechen
- Missbrauch von Abführmitteln
- zeitweilige Hungerperioden
- Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.

Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.

B. Wiederholte unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen, um eine Gewichtszunahme zu verhindern, wie beispielsweise selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Diuretika oder anderen Medikamenten, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa

ICD-10 (F 50.2)

DSM-5 (DSM-IV:307.51)

Chronizität

C. Binge Eating (Essanfälle) und unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen treten beide durchschnittlich mindestens einmal pro Woche über drei Monate hinweg auf.

„Gewichtsphobie“, Einfluss Körperbild auf Selbstachtung

3. Es besteht eine krankhafte Furcht davor, dick zu werden; die/der Betroffene setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.

D. Die Selbstbewertung wird in übertriebenem Maße von Körperform und -gewicht abhängig gemacht.

Abgrenzung zur Anorexia nervosa

3. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen.

E. Die Störung tritt nicht ausschließlich während Episoden einer Anorexia nervosa auf.

Betreffend die Körperbildstörung fehlt die perzeptive Komponente (sich selbst als zu dick erleben), es wird lediglich die kognitiv-affektive Komponente erfasst (vgl. Kapitel 13.2) (Legenbauer et al. 2014).

Wiederum kann im DSM-5 der **Schweregrad** eingeordnet werden anhand der Häufigkeit der Kompensationsmaßnahmen: 1- bis 3 mal pro Woche bedeutet eine milde, 4- bis 7 mal eine mäßige, 8- bis 13 mal eine schwerwiegende und 14 mal oder häufiger eine extreme Ausprägung der Bulimie.

Zudem kann, wie auch bei der Anorexie, ein **Zustand in Remission** spezifiziert werden (American Psychiatric Association 2013): partiell, falls einige Diagnosekriterien weiterhin erfüllt werden, vollständig, wenn dies über einen längeren Zeitraum hinweg nicht der Fall ist.

2.3.2 Verbreitung

Die meisten Untersuchungen in Europa und den USA ergeben eine **Lebenszeitprävalenz** zwischen 1% und 1,5% für junge Frauen, für Männer liegt der Wert bei rund einem Zehntel dieses Werts (Wunderer et al. 2013).

Die aktuelle Längsschnittstudie über acht Jahre hinweg, die Stice et al. (2013b) an fast 500 jungen amerikanischen Frauen durchführten, erbrachte im Alter von 20 Jahren eine Lebenszeitprävalenz von 2,6% für Bulimia ner-

vosa nach den neuen – weniger strengen – Kriterien des DSM-5. Auf dieser diagnostischen Basis ist in jedem Fall von einer um rund 30 % erhöhten Lebenszeitprävalenz von absolut ca. 2 % auszugehen (Smink et al. 2013).

Die **Punktprävalenz** wird in zweifstufigen Studien auf rund 1 % für die Hauptrisikogruppe junger Frauen beziffert (Smink et al. 2012). Die Prävalenzraten für die Bulimie sind in den letzten Jahrzehnten eher rückläufig (Currin et al. 2005; Keel et al. 2006).

Smink et al. (2012) nehmen für die Allgemeinbevölkerung eine 1-Jahres-Prävalenz von 1 000 je 100 000 Personen je Jahr für die Bulimie an. In der Primärversorgung kommen 150 Betroffene pro Jahr neu hinzu, in der psychiatrischen bzw. psychosomatischen Versorgung sind es nur mehr 75. **Wiederum zeigt sich, dass ein großer Teil der Betroffenen keinen Zugang zu professioneller Hilfe findet.**

2.3.3 Verlauf

Zunächst werden **Mortalitäts- und Remissionsraten** beschrieben, anschließend die **Häufigkeit, mit der die Bulimie in eine andere Essstörung übergeht** sowie **Einflussfaktoren auf den Verlauf** dargestellt.

Mortalitätsrate

Die Mortalitätsrate der Bulimie ist wesentlich niedriger als die der Anorexie, sie ist den meisten Studien zufolge gegenüber der Allgemeinbevölkerung nicht signifikant erhöht (Berkman et al. 2007; Button et al. 2009; Keel et al. 2003; Keel et al. 2012).

Ausnahmen bilden die Untersuchungen von Crow et al. (2009b) sowie von Suokas et al. (2013), die, jeweils an einer großen Anzahl ausschließlich bzw. vorwiegend ambulanter KlientInnen, ein erhöhtes Mortalitäts- und Suizidrisiko feststellten; auch Smink et al. (2013) gehen in ihrem Review von einem erhöhten Mortalitäts- und Suizidalitätsrisiko aus. 25–35 % der Betroffenen unternehmen mindestens einen Suizidversuch (Keel 2010), allerdings geht dieser offenbar seltener tödlich aus als bei der Anorexie.

Remission

Wie bei der Anorexie sind die Ergebnisse sehr unterschiedlich – je nach Studiendesign, Stichprobe und Definition von Remission (Berkman et al. 2007; Yu et al. 2013).

In ihrem Review kommen Steinhausen und Weber (2009) zu dem Schluss, dass rund 45 % der Betroffenen die Essstörung komplett überwin-

den, 27 % partiell und 23 % einen chronischen Verlauf zeigen⁴. 22,5 % wechseln im Verlauf in andere Essstörungsdiagnosen, die meisten in die Kategorie der nicht näher bezeichneten Essstörungen. Die Ergebnisse sind dabei in hohem Maße abhängig vom Zeitpunkt des Follow-up: die höchsten Remissionsraten zeigen sich nach 4–9 Jahren, bei kürzeren, aber auch bei längeren Intervallen fallen die Ergebnisse schlechter aus.

Keel et al. (2010) berichten hingegen eine Remissionsrate von 75 % für Frauen nach 20 Jahren, van Son et al. (2010) eine Remissionsrate von gut 60 % für ihre repräsentative Stichprobe neu erkrankter Personen in den Niederlanden. In der Längsschnittstudie von Stice et al. (2013b) lag die 1-Jahres-Remissionsrate bei 100 % für Bulimie und ihre subsyndromale Ausprägung, die Rückfallrate bei 23 % (Bulimie) bzw. 27 % (subsyndromale Bulimie).

Entsprechend ist die Gefahr eines Rückfalls in die bulimische Symptomatik hoch, insbesondere in den ersten Jahren nach Behandlungsbeginn (Fairburn et al. 2000; Keel und Mitchell 1997; Quadflieg und Fichter 2003); fast jede/r dritte Betroffene erleidet einen Rückfall in den ersten sechs Jahren nach der Indexbehandlung (Quadflieg und Fichter 2008).

In der **deutschen Untersuchung** von Fichter und Quadflieg (2004) zeigten im 12-Jahres-Follow-up 70 % der KlientInnen keine klinische Essstörung mehr, 13 % eine nicht näher bezeichnete Essstörung und 10 % weiterhin eine Bulimie. Viele Betroffene waren – selbst bei Remission der bulimischen Symptomatik – über Jahre hinweg beeinträchtigt in ihrer sozialen Integration und Sexualität (Quadflieg und Fichter 2008).

Unbehandelt weist die Bulimie – wie auch die „Restkategorie“ der nicht anderweitig klassifizierten Essstörungen – einen fluktuierenden Verlauf auf, das heißt, es kommt nicht selten zu Remissionen, denen dann aber oftmals wiederum Rückfälle folgen (Jacobi et al. 2011).

Zusammenfassend ergibt sich somit eine ähnliche Situation wie bei der Anorexie: rund 50–70 % der Betroffenen können die Bulimie überwinden, bis zu 30 % remittieren partiell, bis zu 20 % zeigen einen chronifizierten Verlauf. Wiederum ist die Rückfallrate vor allem in den ersten Jahren nach Behandlungsbeginn hoch.

Übergang in eine andere Essstörung

Der Übergang der Bulimie in eine vollständig ausgeprägte Anorexie ist in den meisten Langzeitstudien selten (Fairburn et al. 2000; Fichter und Quadflieg 2004, 2007; Keel et al. 1999; Quadflieg und Fichter 2008; Stice et al.

4 Basis dieser Schätzung sind diejenigen 27 Studien, die das Behandlungsergebnis am stärksten differenzieren (d. h. in drei Gruppen: Remission, Verbesserung, Chronizität)