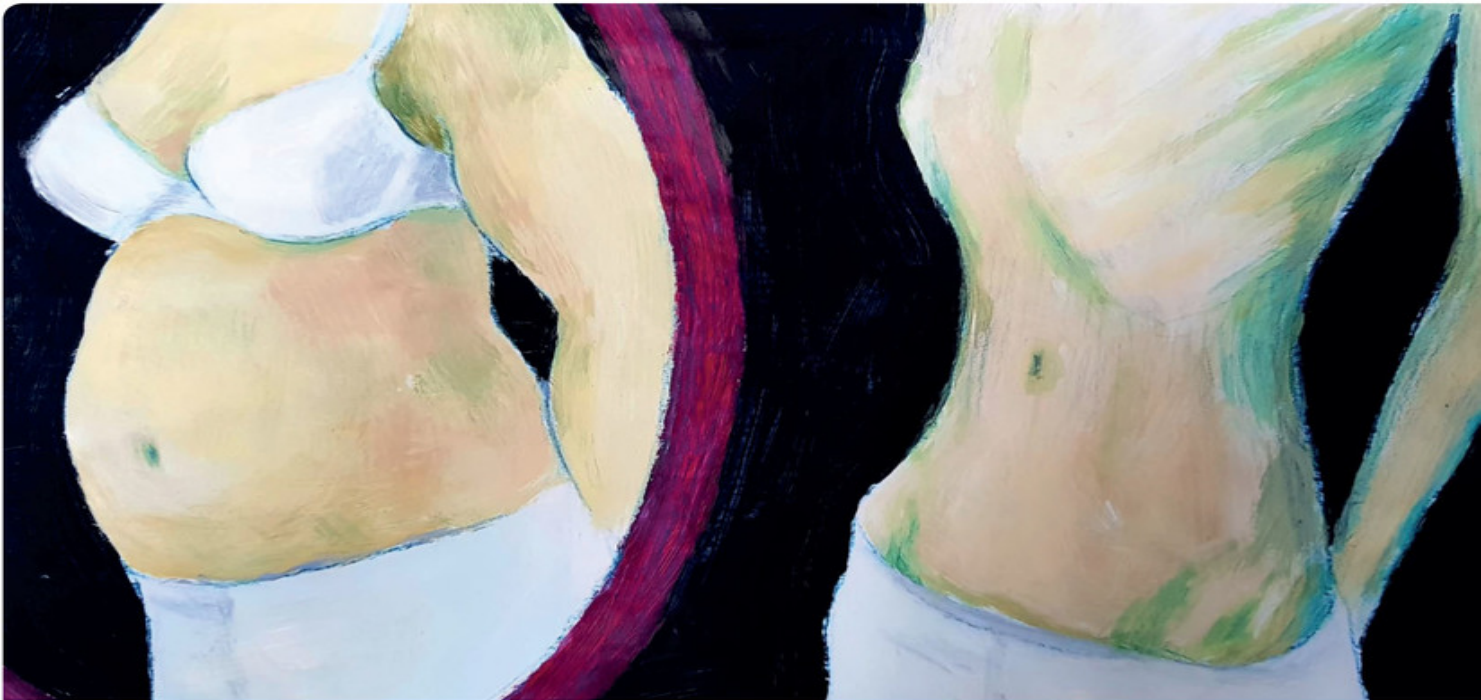


Thorsten Heedt



Essstörungen

Das Kurzlehrbuch

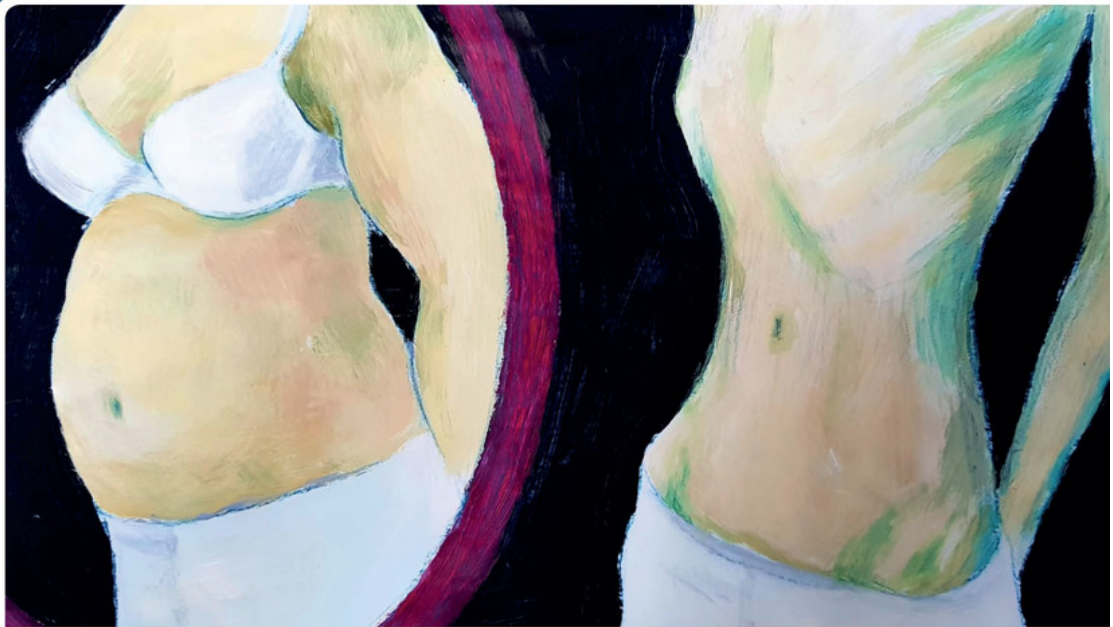


Thorsten Heedt



Essstörungen

Das Kurzlehrbuch



Thorsten Heedt

Essstörungen

Das Kurzlehrbuch

Impressum

Dr. med. Thorsten Heedt, MHBA

Facharzt für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Facharzt für Psychiatrie und Psychotherapie

Chefarzt

Wendelstein Klinik

Reutlinger Str. 20

72501 Gammertingen

thorsten.heedt@wendelsteinklinik.de

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.

Besonderer Hinweis

Die Medizin unterliegt einem fortwährenden Entwicklungsprozess, sodass alle Angaben, insbesondere zu diagnostischen und therapeutischen Verfahren, immer nur dem Wissensstand zum Zeitpunkt der Drucklegung des Buches entsprechen können. Hinsichtlich der angegebenen Empfehlungen zur Therapie und der Auswahl sowie Dosierung von Medikamenten wurde die größtmögliche

Sorgfalt beachtet. Gleichwohl werden die Benutzer aufgefordert, die Beipackzettel und Fachinformationen der Hersteller zur Kontrolle heranzuziehen und im Zweifelsfall einen Spezialisten zu konsultieren. Fragliche Unstimmigkeiten sollten bitte im allgemeinen Interesse dem Verlag mitgeteilt werden. Der Benutzer selbst bleibt verantwortlich für jede diagnostische oder therapeutische Applikation, Medikation und Dosierung.

In diesem Buch sind eingetragene Warenzeichen (geschützte Warennamen) nicht besonders kenntlich gemacht. Es kann also aus dem Fehlen eines entsprechenden Hinweises nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

Dieses E-Book basiert auf der aktuellen Auflage der Printausgabe

Schattauer

www.schattauer.de

© 2021 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung

Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Printed in Germany

Cover: Jutta Herden, Stuttgart

unter Verwendung des Gemäldes »Verzerrt«, Acryl, © Nele Bäumer-Heedt 2021

Gesetzt von Eberl & Kösel Studio GmbH, Krugzell

Gedruckt und gebunden von CPI - Clausen & Bosse, Leck

Lektorat: Volker Drüke, Münster

Projektmanagement: Dr. Nadja Urbani, Stuttgart

ISBN 978-3-608-40043-4

E-Book ISBN 978-3-608-11693-9

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20536-7

Inhalt

Vorwort

1 Einleitung

2 Die Geschichte der Essstörungen

3 Formen von Essstörungen

4 Anorexia nervosa

4.1 Symptomatik

4.1.1 Hyperaktivität bei Anorexia nervosa

4.1.2 Intimität

4.1.3 Dymorphophobische Ängste

4.1.4 Medizinische Folgen der AN

4.2 Inzidenz

4.3 Prävalenz

4.4 Mortalität

4.5 Rückfall, Remission und Recovery

4.6 Diagnosekriterien der Anorexia nervosa

4.6.1 ICD-10-Kriterien

4.6.2 DSM-5

4.7 Die Anorexia nervosa als Suchterkrankung?

4.8 Reaktionen der Umgebung auf das Leben mit AN-Patienten

Adressieren stressvoller interpersoneller Reaktionen

4.9 Schwere und andauernde Anorexia nervosa (SEAN)

Cognitive Remediation Therapy (CRT)

Regulating Emotions and Changing Habits (REaCH)

4.9.1 Die Früherkennung schwerer Anorexia-nervosa-Fälle

4.9.2 Die schwere Anorexia nervosa – ein Fall für palliative Behandlung?

5 »Anorexia by proxy«

6 Bulimia nervosa

6.1 ICD-10-Kriterien

6.2 Essanfälle

6.2.1 Auslösende Faktoren für Essanfälle

6.2.2 Funktion des Essanfalls

6.3 Medizinische Folgen der Bulimia nervosa

6.3.1 Gastrointestinale Folgen

6.3.2 Elektrolyte

6.3.3 Weitere medizinische Folgen

6.3.4 Psychische Folgen

6.4 Verlauf

7 Binge-Eating-Störung (BED)

7.1 Symptomatik

7.2 Prävalenz

7.3 Komorbiditäten

7.4 Neurobiologie

7.5 Therapie

8 Essstörungen bei Männern

9 Gemeinsamkeiten zwischen AN und BN

10 Differentialdiagnosen zu Essstörungen

11 Ätiologie der Essstörungen

11.1 Prädisponierende Faktoren

11.1.1 Risikofaktoren für AN

11.1.2 Genetik (BN und AN)

11.2 Molekulare Neuroanatomie der Anorexia nervosa

11.2.1 Die Rolle der weißen Substanz

11.3 Veränderungen von Zytokinen bei der Anorexia nervosa

11.4 Die Rolle von Zink und des Glutamatsystems

11.5 Die Rolle des Immunsystems bei der Anorexia nervosa

11.6 Mikrobiom

11.7 Bindung und Essstörungen

11.7.1 Bindungsunsicherheit und Mentalisierungsprobleme

11.8 Alexithymie bei der Anorexia nervosa

11.9 Das Selbst definierende Erinnerungen (SDMs)

11.10 Ernährungsphysiologie

11.11 Soziokulturelle Faktoren

11.11.1 Einfluss der Familie

11.12 Psychoanalytische Aspekte

11.13 Individuelle Faktoren

11.13.1 Niedriger Selbstwert

11.13.2 Perfektionismus

11.13.3 Impulsivität

11.14 Kognitive Faktoren

11.14.1 Core beliefs (Kernüberzeugungen)

11.15 Auslösende Faktoren

11.16 Aufrechterhaltende Faktoren

11.16.1 Gezügeltes Essverhalten

11.16.2 Stress, Coping und Emotionsregulation

11.16.3 Dysfunktionale

Informationsverarbeitungsprozesse

11.16.4 Therapieresistente Depression
und andere Komorbiditäten

12 Diagnostik

12.1 Somatische Diagnostik

12.2 Psychologische Testung

13 Therapie der Essstörungen

13.1 Grundsätze der Gesprächsführung

13.2 Kurzfristige Strategien

13.2.1 Gewichtssteigerung

13.2.2 Refeeding (Wiederernähren)

13.2.3 Ernährungsmanagement

13.3 Langfriststrategien

13.4 Selbstbeobachtung

13.5 Therapie der AN und BN im Einzelnen

13.5.1 Motivation erzeugen

13.5.2 Aufrechterhaltung von Motivation

13.5.3 Entwicklung eines individuellen
Störungsmodells und Therapieziele

13.5.4 Therapieziele

13.5.5 Psychoedukation

13.5.6 Gruppentherapie

13.5.7 Normalisierung von Essverhalten und
Körpergewicht

- 13.5.8 Selbstbestimmungsphase
- 13.5.9 Fremdkontrollphase
- 13.5.10 Einschränkungen bei Versagen der Fremdkontrollphase
- 13.5.11 Verhinderung von Essanfällen und Erbrechen
- 13.5.12 Kognitive Techniken
- 13.5.13 Veränderung des Körperbildes
- 13.6 Mögliche Therapieformen und deren Wirksamkeit
 - 13.6.1 Vergleich von Leitlinien für Essstörungen
 - 13.6.2 CBT-E
 - 13.6.3 Familientherapeutische Ansätze bei der Anorexia nervosa
 - 13.6.4 Gruppentherapie bei Essstörungen
 - 13.6.5 Weitere Verfahren
 - 13.6.6 Qualität von Studien bei Essstörungen
 - 13.6.7 Vergleich von Psychotherapieformen bei Essstörungen
 - 13.6.8 Das Outcome stationärer Behandlungen
 - 13.6.9 Langfristprognose der Essstörungen
- 13.7 Pharmakologische Behandlung der akuten Anorexia nervosa
- 13.8 KVT nach Fairburn
 - 13.8.1 Transdiagnostisches Modell der Essstörungen nach Fairburn
 - 13.8.2 Kognitive VT der Essstörung (CBT-E)
- 13.9 Maudsley Model of Treatment for Adults with Anorexia Nervosa (MANTRA)
- 13.10 Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)
- 13.11 Community Outreach Partnership Program (COPP)

13.12 Körperbildtherapie bei AN und BN nach Legenbauer und Vocks

13.12.1 Der Begriff des Körperbildes

13.12.2 Störungen des Körperbildes

13.12.3 Perzeptive Komponente

13.12.4 Kognitive Komponente

13.12.5 Affektive Komponente bei Betrachtung des Körpers

13.12.6 Behaviorale Komponente

13.12.7 Allgemeine soziokulturelle Faktoren

13.12.8 Spezifische soziokulturelle Faktoren

13.12.9 Körperliche Faktoren

13.12.10 Individuelle Lerngeschichte

13.12.11 Persönlichkeitsmerkmale

13.12.12 Aufrechterhaltende Bedingungen

13.12.13 Diagnostik von Körperbildstörungen

13.12.14 Perzeptive Komponente des Körperbilds feststellen

13.12.15 Kognitive und affektive Komponente des Körperbilds

13.12.16 Wirksamkeit von Körperbildtherapie bei AN und BN

13.12.17 Körperbildtherapie

13.12.18 Voraussetzungen bei Therapeuten

13.12.19 Therapiebausteine Körperbildtherapie

13.12.20 Zeitliche Struktur

13.12.21 Erarbeitung eines Störungsmodells zum negativen Körperbild

13.12.22 Entstehungsbedingungen: Soziokulturelle Faktoren/Körperbildtherapie

- 13.12.23 Aufrechterhaltende Bedingungen: Körperbild
- 13.12.24 Kognitive Techniken zum Körperbild
- 13.12.25 Vermittlung des kognitiven Modells
- 13.12.26 Rollenspiele
- 13.12.27 Protokollierungstechnik
- 13.12.28 Selbstinstruktion nach Meichenbaum (1991)
- 13.12.29 Körperkonfrontation

13.13 Feedbackbasierte Behandlungen bei Essstörungen

13.14 Anwendung von Virtual Reality bei Essstörungen

14 Wo steht die Essstörungsforschung derzeit?

15 Hypothesen und zukünftige Ansatzpunkte

15.1 Home treatment

15.2 SIRT1

15.3 Störung histaminergener Bahnen bei der Anorexia nervosa

15.4 Behandlung mit PEA

15.5 Das Pilzgift Psilocybin

15.6 Wärmeanwendung bei Anorexia nervosa

15.7 Die Notwendigkeit biopsychosozialer Gesamtmodelle

15.7.1 Die Verknüpfung von Metabolismus, endokrinen Faktoren, psychologischen Faktoren und einem veränderten Belohnungssystem

16 Zehn lesenswerte Artikel über Essstörungen

17 Nützliche Webadressen

18 Schlusswort – Plädoyer für eine moderne Anorexieforschung

Sachverzeichnis

Für meine geliebte Clara

Vorwort

Vor vielen Jahren war ich als Assistenzarzt an der LVR-Klinik Essen in der Psychosomatik tätig. Dort gab es ein paar Behandlungsschwerpunkte, u. a. eine Traumaambulanz (in der ich vorrangig tätig war), eine Spezialambulanz für Transsexualität und nicht zuletzt ein spezialisiertes Setting für Essstörungen. Ich arbeitete in der Traumaambulanz, aber auch in der allgemeinen psychosomatischen Ambulanz. Dort wurde geprüft, ob es Sinn macht, die Patienten für das Essstörungssetting stationär aufzunehmen oder ob eine ambulante Behandlung indiziert ist. Mir ist besonders in Erinnerung geblieben, dass häufig das Thema Autonomie eine große Rolle spielte. Patientinnen, die im familiären System verstrickt waren und in dem die Anorexie das einzige Feld blieb, wo sie sich ihrer Autonomie sicher sein konnten, nach dem Motto »Ok, Mama und Papa, Ihr redet mir überall herein, aber über mein Gewicht bestimme ich gefälligst selber!« Natürlich interferierte dies mit allgemeinen Pubertäts- und sonstigen Reifungsthemen, die jeder durchläuft, aber das Autonomie-Abhängigkeit-Thema war allenthalben spürbar. Außerdem meldeten sich die Patienten fast nie selbst an, sondern die Mutter oder jemand sonst aus der Familie meldeten sich aus Besorgnis. Ich ging also davon aus, dass es sich hierbei um ein innerfamiliär verursachtes Problem handeln könne. Dies greift aber zu kurz, wie dieses Buch zeigen wird. Die

Patienten selbst hielten sich in der Regel übrigens für völlig normal.

Besonders an der Anorexie sterben immer noch viel zu viele Patientinnen. Es handelt sich um ein ungelöstes Problem der Medizin, so wie es früher die Poincaré-Vermutung in der Mathematik war. Dieses Buch soll einen kleinen Überblick über das spannende Thema der Essstörungen geben und dazu beitragen, dass diesen Patientinnen besser geholfen werden kann. Dies ist auch umso wesentlicher, als dass die Mortalität dieser Patientenklientel auch im Vergleich zu anderen schweren psychischen Erkrankungen erschreckend hoch ist. Es sei noch erwähnt, dass meist die weibliche Anrede in diesem Buch verwendet wird, denn die Mehrzahl der Patienten sind Frauen, und dass sich alle Erkenntnisse, die hier vorgestellt werden, sämtlich auf den Erwachsenenbereich beziehen, da ich kein Kinder- und Jugend-Psychiater bin und daher zur Behandlung unter 18-Jähriger nichts sagen kann und darf.

Möge Ihnen dieses Buch ein Wegweiser sein und als Anregung zu weiterem Selbststudium dienen.

Wem dieses Buch schließlich gefallen hat, dem seien noch meine beiden anderen bei Schattauer erschienenen Bücher ans Herz gelegt, die zwei gleichfalls sehr wesentliche psychiatrische Themenkomplexe behandeln, nämlich »Psychotraumatologie« sowie »Borderline-Persönlichkeitsstörung – das Kurzlehrbuch«.

Thorsten Heedt, im Sommer 2021

Literatur

Heedt T. Psychotraumatologie. Stuttgart: Schattauer 2017.

Heedt T. Borderline-Persönlichkeitsstörung – das Kurzlehrbuch. Stuttgart: Schattauer 2019.

1 Einleitung

Neulich las ich einen für mich überraschenden Artikel, dort wurde die Anorexie als »monosymptomatische Schizophrenie« (Petric 2019) interpretiert. Die Schizophrenie ist eine der Erkrankungen, mit denen man als Psychiater ständig konfrontiert ist: Patienten, die sich abgehört fühlen, beobachtet, verfolgt, von Strahlen, die aus der Wand kommen, kontrolliert, vom Nachbarn beeinflusst usw., die häufig kommentierende Stimmen hören und oft einem systematisierten Wahn unterliegen: Da wird eine Weltverschwörung angenommen o. Ä. Die Erkrankung ist zwar zunächst erschreckend, kann aber mittlerweile doch recht gut behandelt werden, falls sich der Patient auf die Behandlung einlässt und nicht die mühselig eindosierten Medikamente nach vier Wochen schon wieder absetzt (was allerdings die Hälfte der Patienten einer langfristigen Medikamenteneinnahme vorziehen).

Auch bei der Anorexie scheint die Patientin oft wahnhaft daran festzuhalten, dass sie zu dick sein könnte. Man kann sich drehen und wenden, wie man will, logische Erläuterungen anbieten, wie man will – dieses fast schon wahnhaft anmutende Festhalten an der irrationalen Überzeugung bleibt bestehen.

Ist die Anorexie also eine Spielform der Schizophrenie? Ganz so einfach ist die Angelegenheit leider nicht. Mit ähnlicher Berechtigung könnte man die Anorexie dann als

»monosymptomatischen Autismus« o. Ä. hinstellen. Es handelt sich vielmehr um ein komplexes Wechselspiel aus genetischen, metabolischen und psychiatrischen Faktoren, wie dieses Buch aufzeigen wird.

Derzeit geben uns die Essstörungen noch einige Rätsel auf. Vielleicht können Sie selbst nach der Lektüre dieses Buches die Zusammenhänge besser verstehen und Ihren Patienten in der Folge noch besser gerecht werden als bisher.

Die Essstörungen sind nicht allein psychogen verursacht. Es handelt sich vielmehr um komplexe Störungsbilder, bei denen genetische, neurobiologische, metabolische, psychiatrische und kulturelle Faktoren zusammenwirken. In den letzten Jahren rückten hierbei vor allem Auffälligkeiten im Mikrobiom (Bakterienbesatz des Darms) und neurobiologische Auffälligkeiten, z. B. im Belohnungssystem des Gehirns, zunehmend in den Fokus.

Literatur zu Kapitel 1

Petric D (2021). Is the anorexia monosymptomatic schizophrénia?

https://www.researchgate.net/profile/Domina_Petric/publication/330937044_Is_the_anorexia_monosymptomatic_schizophrénia/links/5c5c793e45851582c3d58d11/Is-the-anorexia-monosymptomatic-schizophrénia.pdf (5. Januar 2021).

2 Die Geschichte der Essstörungen

[Skrabanek \(1983\)](#) hat die historische Entwicklung der folgenreichsten der Essstörungen, der Anorexie (im Folgenden als AN abgekürzt), dargestellt:

Zwischen dem 5. und 13. Jahrhundert wurde sie in der theologischen Literatur als übernatürliches Phänomen beschrieben. Zwischen dem 16. und 18. Jahrhundert wurde sie als Anorexia mirabilis oder Inedia prodigiosa bezeichnet.

Als Phase der »Heiligen Anorektiker« wurde beschrieben, wenn Essensvermeidung mit einem asketischen Zustand in Verbindung gebracht wurde, der Fähigkeit zur Selbstdisziplin als Weg zu Gott.

Im 19. Jahrhundert beschrieb der französische Psychiater Marcé erstmals die AN, und zwar als »hypochondrisches Delir« (Marcé 1860). Die klinische Entität wurde erstmals von Lasègue und Gull beschrieben (Pearce 2004). 1873 beschrieb man erstmals die exzessive physische Aktivität, und Gull definierte den Terminus »Anorexia nervosa«. Marcé hielt es für eine seelische Krankheit. Am Anfang des 20. Jahrhundert wurde sie hingegen als psychologische oder als endokrine Störung aufgefasst. Simmonds vermutete 1914, dass die Ursache eine Hypophyseninsuffizienz wäre ([Simmonds 1914](#)). 1938

beschrieb Farquharson die AN als eine metabolische Störung psychologischer Herkunft (Farquharson 1938). Infolge des Aufkommens der Psychoanalyse wurden die metabolischen Veränderungen schließlich nur noch als Sekundärfolge angesehen. Leider wurden bis zum heutigen Tage die metabolische und endokrine Seite der Erkrankung sträflich vernachlässigt (Duriez et al. 2019). Heute wird klarer, dass metabolische und endokrine Veränderungen, Veränderungen im Belohnungssystem des Gehirns sowie weitere neurophysiologische Aspekte möglicherweise eigenständige Bedeutung haben (ebd.). Dies ist in Abb. 2-1 graphisch dargestellt.

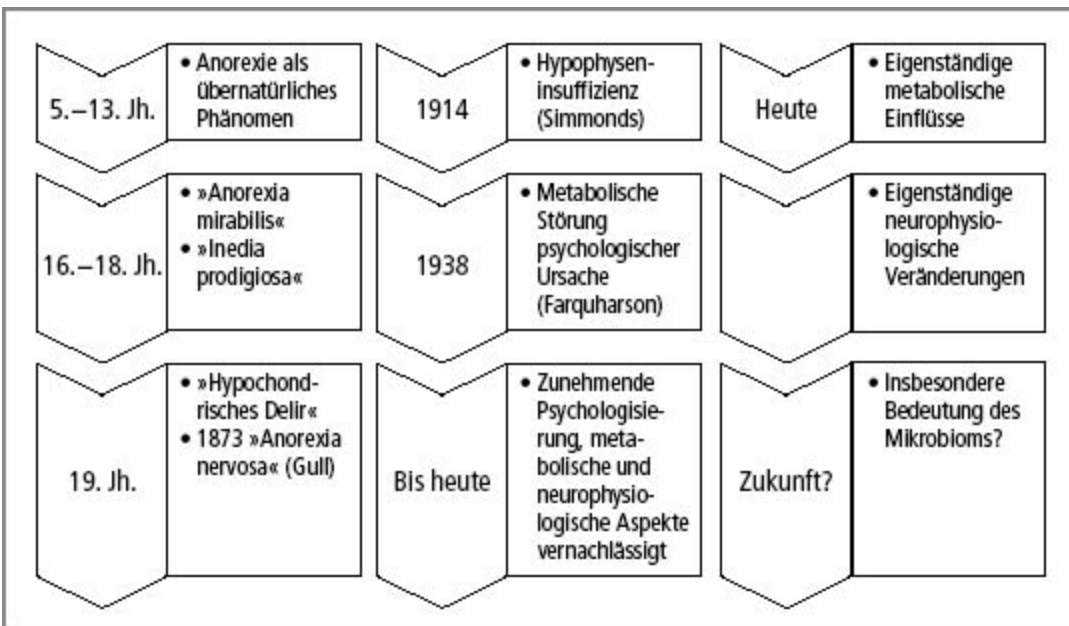


Abb. 2-1 Geschichte der Anorexie

Literatur zu Kapitel 2

Duriez P, Ramoz N et al. (2019). A Metabolic Perspective on Reward Abnormalities in Anorexia Nervosa. Trends Endocrinol Metab; 30(12): 915-

928.

Farquharson RF (1938). Anorexia nervosa: a metabolic disorder of psychologic origin. *J Am Med Assoc*; 111: 1085.

Marcé L-V (1860). Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. *Annales médico-psychologiques*; 6(1): 15-28.

Pearce JMS (2004). Richard Morton. Origins of Anorexia nervosa. *Eur Neurol*; 52(4): 191-192.

Simmonds M (1914). Ueber embolische Prozesse in der Hypophysis. *Arch Pathol Anat*; 217: 226-239.

Skrabanek P (1983). Notes towards the history of anorexia nervosa. *Janus*; 70(1-2): 109-128.

3 Formen von Essstörungen

Die wichtigsten Formen der Essstörungen sind die Anorexia nervosa (AN), die Bulimia nervosa (BN) sowie die Binge-Eating-Störung (BED, wo man ähnlich der Bulimie Essanfälle hat, nur mit dem kleinen, aber bedeutsamen Unterschied, dass in diesem Fall das zu viel Aufgenommene nicht erbrochen wird). Es sind zudem noch atypische Formen benannt, wo jeweils nicht alle Diagnosekriterien erfüllt werden (American Psychiatric Association 2013; Dilling et al. 2000; de Zwaan & Herzog 2011). Ich habe mir erlaubt, als Sonderform noch die »Anorexia by proxy« aufzunehmen.

Hauptsymptom sind jeweils ausgeprägte Veränderungen des Essverhaltens, z. B. ein pathologischer Umgang mit Nahrung sowie die Unfähigkeit, genug zu sich zu nehmen oder das Auftreten von Essanfällen und die übermäßige Beschäftigung mit den Themen Figur, Nahrung und Gewicht, auch Störungen des Körperbildes, Selbstwertprobleme, psychosoziale und sexuelle Probleme, Depressionen und ausgeprägte Leistungsorientierung (Legenbauer & Vocks 2014; Fairburn et al. 2012).

Literatur zu Kapitel 3

Association AP. Diagnostische Kriterien DSM-5 (2020). Deutsche Ausgabe herausgegeben von Peter Falkai und Hans-Ulrich Wittchen, mit

herausgegeben von Manfred Döpfner, Wolfgang Gaebel, Wolfgang Maier, Winfried Rief, Henning Saß und Michael Zaudig. Göttingen: Hogrefe.

Dilling H, Mombour WH, Schmidt MH, Schulte-Markwort E (Hrsg) (2000). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F); klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern: Huber.

Fairburn CG, Czaja J, Bohn K (2012). Kognitive Verhaltenstherapie und Essstörungen. Mit 8 Tabellen. Stuttgart: Schattauer.

Legenbauer T, Vocks S (2005). Manual der kognitiven Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie. Mit 123 Arbeitsblättern, 2 Tabellen; inklusive einer CD-ROM mit allen Arbeitsmaterialien. Heidelberg: Springer.

Zwaan M de, Herzog W (2011). Diagnostik der Essstörungen. Was wird das DSM-5 bringen? Der Nervenarzt; 82(9): 1100-1106.

4 Anorexia nervosa

4.1 Symptomatik

Bei der Anorexia nervosa besteht die Unfähigkeit, ein normales Körpergewicht zu halten. Affektiv ist die Angst vor Gewichtszunahme (Gewichtspohobie) kennzeichnend. Selbst bei erheblichem Untergewicht fühlen sich die Betroffenen zu dick (Cash & Deagle 1997; Heilbrun & Witt 1990). Die Patienten nehmen weniger zu sich (restriktiver Typus) oder üben zu viel Sport aus, erbrechen oder nehmen Laxanzien ein (beim Binge-Eating/Purging-Typus). Subjektiv hingegen sehen sich die Patienten als besonders diszipliniert an und werten die Gewichtsabnahme als positiv.

Kognitiv zeigt sich eine fehlende Krankheitseinsicht, zwanghaft wird über das Essen nachgedacht, es zeigen sich eine besondere Leistungsorientierung sowie ein übertriebener Perfektionismus, außerdem besteht häufig ein niedriges Selbstwertgefühl (Jacobi et al. 2000).

Auch zeigen die Patienten bizarre Verhaltensweisen, wie das Zerschneiden des Essens in winzigste Stücke, oder sie kauen lange und spucken die Nahrung dann doch aus. Im Sinne der sogenannten »altruistischen Abtretung« werden hochkalorische Mahlzeiten für andere hergestellt, sodass sie selbst umso mehr auf die eigene Verzichtleistung stolz sein können. Übermäßig häufiges Wiegen, langes Joggen

oder vielstündiges Spaziergehen gehören ebenfalls zum üblichen Verhaltensrepertoire (Holtkamp et al. 2004).

Auch die Wahrnehmung verändert sich, schon die Aufnahme geringer Nahrungsmengen kann zu Völlegefühl und Unwohlsein führen, und Hunger wird nicht mehr wahrgenommen (Papezová et al. 2005; Legenbauer & Vocks 2014). Die AN beginnt meist mit strenger Diät in der Adoleszenz und manifestiert sich dann vor dem Hintergrund eines belastenden Lebensereignisses.

Fallbeispiel

Ich hatte ein wirklich gutes Gefühl. Eine Woche lang in drei Einzelgesprächen und einer Gruppenstunde tiefsinnige Erkenntnisse über die psychodynamischen Zusammenhänge in der Lebensgeschichte der Patientin gewonnen. Ich hatte immer besser verstanden, wie das alles zusammenhängt. Die Patientin war aus meiner Sicht hochmotiviert. Wir hatten das Vorgehen im Detail besprochen, alles war bisher reibungslos verlaufen.

Die Waage zeigte 44 Kilogramm an, ein Kilogramm weniger als letzte Woche. »Ich versteh das auch nicht«, jammerte sie, »ich hab mich doch an alles gehalten! Ich will doch unbedingt zunehmen, das können Sie mir glauben!«

4.1.1 Hyperaktivität bei Anorexia nervosa

Viele der Patientinnen sind erschreckend hyperaktiv. Södersten und Kollegen (Södersten et al. 2019) fordern eine radikale Abkehr vom bisherigen Mainstream-Denken in der Anorexieforschung. Die zentrale Annahme der Körperbildstörung als zentrales kausales Agens vernachlässige die Hyperaktivität als Kernsymptom. Ruhelosigkeit und fortgesetzte motorische Aktivität seien konstitutiv für die AN. Ruhelosigkeit wurde schon in den ersten Beschreibungen der Krankheit stark hervorgehoben, sie wurde aber später zunehmend als sekundäres Phänomen hingestellt. Dies sei umso überraschender, als dass Hyperaktivität schon lange vor der AN-Symptomatik bestehe (Davis et al. 2005). Schon der berühmte Urvater der modernen Psychiatrie Pierre Janet stellte fest, dass die übertriebene motorische Aktivität oft der Nahrungsverweigerung vorausgeht ([Janet 1901](#)). Diese übertriebene Aktivität würde das Gefühl der Euphorie befördern, wie man es bei ekstatischen Heiligen kenne, was dann Nahrungsaufnahme überflüssig mache ([Janet 1907](#)). Hier wurde bereits in jüngerer Zeit ein pharmakologischer Versuch unternommen, diesen tückischen Teufelskreis von restriktivem Essverhalten und exzessiver Aktivität zu durchbrechen, und zwar mit der Off-Label-Behandlung mit Metreleptin. Hierbei handelt es sich um rekombinantes menschliches Leptin. Möglicherweise könnte es in der Zukunft eine Rolle bei der Behandlung der AN spielen (Hebebrand & Herpertz-Dahlmann 2019).

Fallbeispiel

Als ich in der psychiatrischen Fachklinik begonnen hatte, musste ich als junger Assistenzarzt feststellen, dass die anorektischen Patientinnen nach dem Mittagessen eine halbe Stunde »Nach-Ruhe« einzuhalten hatten. Ich dachte mir: »Was soll denn das? Ist ja wie im Gefängnis hier!« Anschließend erfuhr ich, dass die Patienten, die zur Gewichtszunahme hier sein sollten, regelmäßig 5-mal die Woche 1,5 Stunden lang auf dem Spinning-Fahrrad trainierten. Eine Patientin, die zur Aufnahme anstand, rannte 100-mal die Treppe rauf und runter, eine andere stundenlang ziellos in einem Affenzahn durch die Innenstadt, natürlich aus Angst vor Gewichtszunahme – oder »weil's halt gesund ist«.

Binge eating/Purging bei der AN

Essanfälle kommen nicht nur bei der Binge-Eating-Störung und der Bulimie vor, sondern auch bei einem Subtypus der Anorexia nervosa, dem Binge-Eating/Purging-Typus, wenn innerhalb der letzten drei Monate Essanfälle oder kompensatorisches Verhalten wie Erbrechen oder Abführmittelmissbrauch vorkommen. Der restriktive Typus liegt hingegen vor, wenn vorrangig durch Diäten, Fasten und übermäßige körperliche Betätigung Gewichtsabnahme erzielt wird.

4.1.2 Intimität