

Anorexia nervosa (ICD 10: F50.0)

1. Diagnostische Kriterien

Hauptsymptome:

- Selbst herbeigeführter Verlust des Körpergewichtes auf einen BMI¹ von 17,5 oder weniger
- Körperschema-Störung: intensive Angst vor Gewichtszunahme trotz starken Untergewichts
- Endokrine Störung: Amenorrhoe b. Frauen

Weitere Symptome: intensive Beschäftigung mit Nahrung, deren Zubereitung und Aufnahme; neben Fasten: Laxantien-Abusus, Erbrechen, exzessives Sporttreiben; Verleugnung des niedrigen Gewichts; starker Bewegungsdrang

Körperlich: Durchblutungsstörungen (Hände, Füße), Hypotonie, Verlangsamung des Herzschlages, Elektrolytstörungen, Osteoporose, urogenitale Erkrankungen, Zahndefekte (bei Erbrechen)

Weitere diagnostische Kategorien:

- Neben der genannten Symptomatik werden die folgenden Varianten der Anorexie beschrieben:
- Atypische Anorexie (ICD 10 F 50.1): ein Hauptsymptom zum typischen Bild fehlt (z. B. BMI < 17,5)
- Restriktiver Subtyp (DSM IV): Einschränkung der Nahrungsaufnahme u. andere Maßnahmen (z. B. Sport) (ICD 10 F 50.00)
- Bulimischer Subtyp (DSM IV): zusätzlich Eßanfälle, gegensteuernde Maßnahmen, z. B. Erbrechen (ICD 10 F 50.01)
- Differentialdiagnostik: andere Ursachen der Gewichtsabnahme, z. B. maligne Erkrankungen, affektive Störungen
- Psychische Komorbidität: Affektive Störungen, Zwangsstörungen, zwanghafte Züge, Angststörungen, ängstlich-vermeidende Persönlichkeitsstörungen
- Soziale Langzeitfolgen: Arbeitsunfähigkeit, Vereinsamung, hohe Suizidrate

2. Epidemiologie

- Lebenszeitprävalenz: bei Frauen ca. 0,5 %
- Geschlechterverhältnis: ca. 10 : 0,5 Frauen : Männer
- Punktprävalenz: z. T. 1,3 % bei Schülerinnen zwischen 11 u. 20 Jahren
- Erstmanifestation: hauptsächlich 14. bis 18. Lebensjahr, auch: 3. Lebensjahrzehnt
- Risikogruppen: Frauen aus höheren Sozialschichten, Sportlerinnen, Ballett-Tänzerinnen
- Verlauf: unbehandelt hohes Chronifizierungsrisiko, behandelt: ca. 50 % Heilung, ca. 25 % Besserung, 25 % Chronifizierung, hohe Mortalität (15 % nach 20 Jahren)

3. Krankheitsmodelle

- Genetische Faktoren durch Zwillingsstudien nachgewiesen. Art der Einflüsse bislang unklar.
- Soziale Einflüsse, insbesondere das Schlankheitsideal, Leistungsorientierung und hiermit verbundene weibliche Rollenkonflikte
- Es können verschiedene biographische und Konfliktkonstellationen zu Grunde liegen. Bei uneinheitlicher Persönlichkeitsstruktur zeigen sich oft prämorbid zwanghafte Züge, starke

¹ BMI (Body Maß Index): Körpergewicht in kg geteilt durch Körpergröße in m zum Quadrat.

Leistungsorientierung und Perfektionismus, Versagensängste, Neigung zu altruistischer Abtretung, Autonomieprobleme.

- Psychodynamische Sicht: Auslösende Konflikte i. d. R. um Autonomie und weibliche Identität zentriert, die als beängstigend erlebt werden. Die Konflikte werden auf die Nahrung und den Körper verschoben. Nahrungsrestriktion führt zu einem Rückgängigmachen adoleszenter Entwicklungsschritte, z. B. der Loslösung von der Familie und der Möglichkeit sexueller Erfahrungen. Gleichzeitig entsteht ein Gefühl von Überlegenheit (Askese-Ideal) und omnipotenter Kontrolle.
- Lerntheorie: Anorexie verstärkt sich durch körperliche Veränderungen (Hunger-Sättigungsregulation, Freisetzung v. Endorphinen) sowie durch Selbstkontrolle und Abgrenzung, die als Erfolg („Selbstwirksamkeit“) erlebt wird, z.T. selbst.

4. Behandlung

Drei „Säulen“:

- Stabilisierung des Eßverhaltens und schrittweise Gewichtszunahme (regelmäßige ärztliche Kontrolle),
- Bearbeitung der seelischen Konflikte
- Einbeziehung der Familie (insbesondere bei noch im Elternhaus lebenden Pat.)

Wahl des Therapiesettings (ambulant o. stationär) abhängig von Schwere und Verlauf. Stationäre Psychotherapie bei BMI < 14,5, ausgeprägter Komorbidität (z. B. Depressionen), raschem Gewichtsverlust, festgefahrener familiärer Interaktion.

Stationäre internistische Behandlung bei BMI < 12,5 zwingend notwendig, mit Auffütterung (ggf. Sonde) im Rahmen eines psychosomatischen Gesamtbehandlungsplanes

Auch bei chronischen Anorektikerinnen ist eine psychosomatische Betreuung zur Minderung der Langzeitfolgen (s.o.) notwendig.

5. Besonderheiten der Arzt-Patient-Beziehung

- Wegen Verleugnungstendenzen muß Krankheitseinsicht oft erst erarbeitet werden.
- Manipulationen, Heimlichkeiten und Lügen können das Arbeitsbündnis belasten.
- Typische Interventionsfehler:
 - Vermeiden von Konfrontationen oder zu starke Rigidität bei Nichteinhalten von Vereinbarungen.
 - Komplizenschaft mit der Patientin (gegen die Angehörigen) oder Verclinchung (Therapeut zu starr in der Elternrolle).

6. Literatur

Reich G, Cierpka M (2001) Psychotherapie der Eßstörungen. Thieme, Stuttgart, 2. Aufl.

Reich G (2003) Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe, Göttingen

Reich G, Götz-Kühne C, Killius U (2004) Magersucht, Bulimie, Binge Eating. Trias, Stuttgart