

33 Essstörungen

In diesem Kapitel werden die Diagnosen Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung vorgestellt. Im Gegensatz zu dem Versuch, Entitäten möglichst spezifisch, von einander abgrenzbar, fassbar zu machen, bezieht sich die transdiagnostische Perspektive auf die Gemeinsamkeiten der Essstörungen. Alle Essstörungen teilen eine ausgeprägte „Kern-Psychopathologie“, die bei anderen psychischen Störungen nicht zu finden ist, nämlich die Überbewertung von Körper/Körperbild und Gewicht und deren Kontrolle. Dieses gemeinsame Merkmal ist von zentraler Bedeutung für die Aufrechterhaltung der Essstörungen.

33.1 Transdiagnostische Theorie der Essstörungen: Verschiedene Krankheiten oder doch alles verschiedene Ausprägung desselben?

M. Teufel, E.-M. Skoda

33.1.1 Hintergrund der transdiagnostischen Perspektive auf Essstörungen

Die aktuelle Studienlage bezüglich der Verläufe der verschiedenen Essstörungen zeigt, dass PatientInnen im Laufe der Zeit zwischen den verschiedenen ICD/DSM-Kategorien wechseln. Etwa die Hälfte derjenigen, die zunächst die Diagnose Anorexia nervosa erhalten haben, erfüllen im Verlauf die Kriterien für die Bulimia nervosa. Ebenso verlieren Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa aber auch im Verlauf oft Diagnosekriterien, sodass nur noch „unspezifische Essstörungen“ diagnostiziert werden können [774].

Über den Verlauf der Binge-Esstörung ist dabei bisher wenig bekannt [2427], aber auch hier sind im klinischen Alltag Bewegungen aus der Anorexia bzw. Bulimia nervosa in die Diagnose der Binge-Esstörung hinein oder hinaus beobachtbar.

Wenn also diese zeitliche Bewegung zwischen den Essstörungen mehr die Regel als die Ausnahme darstellt, so stellt sie die Behauptung in Frage, dass es sich bei diesen Formen der Störung tatsächlich um isolierte, getrennt voneinander zu betrachtende Erkrankungen handelt.



Merke

Die transdiagnostische Perspektive folgt der Hypothese, dass die verschiedenen ICD/DSM-Esstörungen durch gemeinsam zugrundeliegende Prozesse aufrechterhalten werden können. Die Schlussfolgerung liegt also nahe, dass die Persistenz dieser Störungen innerhalb einer einheitlichen transdiagnostischen Theorie zu verstehen ist [544], [776], [2677], [2876].

33

33.1.2 Prozess der Aufrechterhaltung von Essstörungen

Die transdiagnostische Theorie der Essstörungen stellt den Umfang der Prozesse dar, die jede Essstörung aufrechterhalten, unabhängig von distinkter ICD/DSM-Diagnose [773]. Der Umfang der aufrechterhaltenden Prozessbedingungen ist individuell unterschiedlich.

Wie bereits beschrieben teilen PatientInnen mit Essstörungen zentrale emotionale und kognitive Erlebens- und Verhaltensweisen, welche die „Kern-Psychopathologie“ für die Aufrechterhaltung der Störungen darstellen. Weitere klinische Merkmale können demnach aus der transdiagnostischen Theorie heraus, als direkt aus der „Kern-Psychopathologie“ stammend verstanden werden, einschließlich dem Gewichtskontrollverhalten (wie strenge Diät, selbstinduziertes Erbrechen und anderes Purging-Verhalten sowie Bewegungsdrang) und der Beschäftigung mit Ernährung, Gewicht und Figur [958].

Ein besonders bedeutsames Merkmal sind Essanfälle und Binge-Eating-Verhalten, was bei vielen PatientInnen mit Essstörungen unabhängig von ihrer ICD/DSM-Diagnose auftreten kann [773]. Impulsives und unkontrolliertes Essen, Essanfälle/Binge-Eating-Verhalten treten vornehmlich in Situationen auf, die emotionale Belastungen und Stimmungsschwankungen fördern, da dieses dysfunktionale Verhalten kurzzeitig die Stimmungslage und Affekte verbessern kann [960]. Essanfälle werden oft gefolgt von Phasen restriktiven Essverhaltens, welches dann neuerlich wieder durch Episoden von Binge-Eating-Verhalten unterbrochen wird (Circulus vitiosus). Diese „Binge-Ernährung“ wiederum erhält die Kern-Psychopathologie aufrecht, indem sie die Bedenken der PatientInnen hinsichtlich ihrer Fähigkeit, ihre Ernährung, Figur und Gewicht zu kontrollieren, verstärkt.

Weitere emotionale Probleme und Stimmungsschwankungen erhöhen die Wahrscheinlichkeit, dass PatientInnen wiederum ihre sehr restriktiven „Ernährungsregeln“ brechen. Ein erneutes Binge-Eating-Verhalten verbessert eine solche Stimmungslage vorübergehend und hält die PatientInnen davon ab, relevante Schwierigkeiten zu reflektieren. Damit kann es zu einer Möglichkeit werden,

mit diesen Schwierigkeiten (Frustration, Langeweile, Traurigkeit etc.) kurzfristig umzugehen. Wenn auf Essanfälligkeiten kompensatorisches Verhalten folgt, bleibt das Binge-Eating-Verhalten aufrechterhalten, da die dysfunktionale Überzeugung entsteht, den Körper von Kalorien „reinigen“ zu können.

Merke M!

Übergeordnetes Ziel bleibt transdiagnostisch das Verlieren von Gewicht [544], [776] (► Abb. 33.1).

33.1.3 Die Aufrechterhaltung ergänzende Dimensionen

Die erweiterte transdiagnostische Theorie beinhaltet zusätzliche aufrechterhaltende Prozesse, die ihrerseits wieder miteinander interagieren können und dadurch Veränderung erschweren (► Abb. 33.1).

Niedriger Selbstwert

Überforderungsgefühl, fehlendes Zutrauen und daraus erwachsende Hoffnungslosigkeit hinsichtlich der Fähigkeit zur Veränderung reduzieren die Lebensqualität und fördern depressive Überzeugungen. Sekundär erleben sich PatientInnen kompensatorisch wirksam durch Leistung im Bereich von Ernährung, Gewicht und Figur. So dient die teilweise exzessive Kontrolle über Nahrungszufuhr und Bewegung zur Aktivierung des Belohnungssystems und wirkt als aufrechterhaltender Verstärker [544], [778], [2760].

Interpersonelle Schwierigkeiten

Beispiele aufrechterhaltender Themenbereiche sind:

- familiäre Spannungen (die den Widerstand vor allem bei jüngeren PatientInnen verstärken)
- bestimmte zwischenmenschliche Konstellationen (beruflich oder familiär), die die Besorgnis über die Kontrolle von Essen, Form und Gewicht verstärken

- ungünstige zwischenmenschliche Erfahrungen, die häufig Episoden von Binge-Eating-Verhalten auslösen
- langfristige zwischenmenschliche Probleme, die das Selbstbewusstsein reduzieren und so dazu führen können, Erfolge durch die Kontrolle von Essen und Gewicht verspüren zu „müssen“ [544].

Dysfunktionales Emotionsmanagement

Eine Unfähigkeit, intensive Stimmungszustände zu tolerieren oder diese selbst zu verändern wird häufig über Symptome der Essstörung gelindert. Binge-Eating Verhalten, Erbrechen und exzessive Bewegung spielen eine zentrale Rolle bei der Modulation oder Kontrolle negativer Stimmungen [544].

Perfektionismus

In der dysfunktional-negativen Selbsteinschätzung kommt dem Erreichen eines individuellen „Perfektseins“ in distinkten Lebensbereichen bei Essstörungen eine große Wichtigkeit zu. Im Wesentlichen bezieht sich der krankheitswertige Perfektionismus auf die Überbewertung von Streben nach und Erreichen von persönlich anspruchsvollen Standards trotz negativer Folgen. Folglich werden subjektive Standards bezogen auf Essen, Gewicht und Figur angewendet und die Kontrolle letzterer verstärkt die Aspekte der Essstörung [544], [2677], [2760].

33.1.4 Transtheoretische Therapie von Essstörungen

Die Therapie von Essstörungen stellt eine große Herausforderung dar. Die Erkrankungen werden, wie im transdiagnostischen Modell ersichtlich wird, häufig als sehr ich-synton und die Symptomatik oft nicht als Problem, sondern als effiziente Lösung eines Problems (z. B. niedriger Selbstwert, interpersonelle Schwierigkeiten usw.) erlebt. Umso wichtiger ist eine evidenzbasierte psychotherapeutische Herangehensweise. Insbesondere die kognitive Verhaltenstherapie und die fokale psychodynamische Therapie konnten am Beispiel der Behandlung der

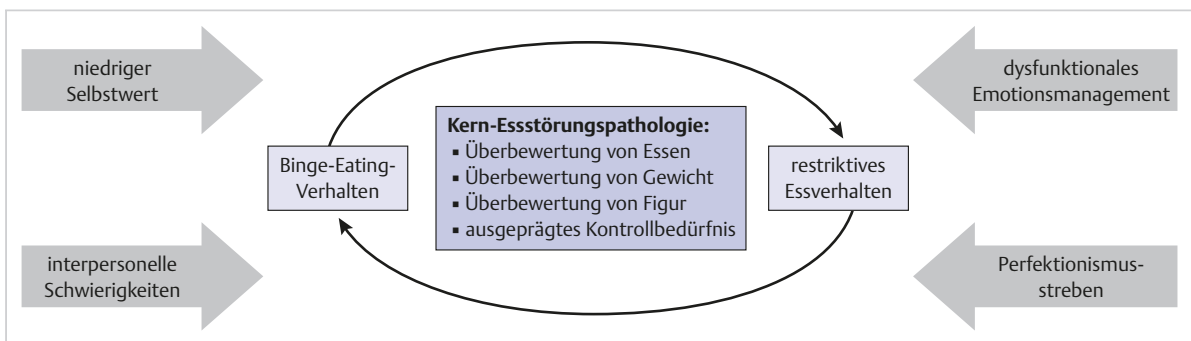


Abb. 33.1 Aufrechterhaltung der zentralen Essstörungspathologie aus transdiagnostischer Perspektive.

Tab. 33.1 Behandlungskonzept der Anorexia nervosa am Beispiel der manualisierten Therapien in ANTOP.

CBT-E (Cognitiv-behavioral therapy – enhanced)	FPT (Fokale psychodynamische Psychotherapie)
Module	Phasen
* Motivierung zur Behandlung	Anfangsphase:
* Interventionen zur Normalisierung des Essverhaltens und des Körpergewichts ggf. zum Abbau von Essanfällen und des Erbrechens	<ul style="list-style-type: none"> • <i>therapeutische Grundhaltung:</i> Halt geben, strukturieren, auf anorektisches Verhalten zentrieren, Einfühlen in inneres Erleben, Ohnmacht aushalten
* Vermittlung eines Störungsmodells	<ul style="list-style-type: none"> • Herstellung des Arbeitsbündnisses • Thematisierung proanorektischer Überzeugungen • Zielgewicht vereinbaren • Körperbildarbeit • Zentrieren auf Selbstwertproblematik und depressives Erleben
Interventionen zur Veränderung dysfunktionaler Kognitionen	
Interventionen zur Verbesserung des Körperbildes	
Interventionen zur Steigerung der sozialen Fertigkeiten	Mittlere Therapiephase:
Interventionen zur Verbesserung der Affektregulation	<ul style="list-style-type: none"> • <i>therapeutische Grundhaltung:</i> stärker zurückgenommen, Vermeidung kontrollierender Haltung, zunehmend affektive Inhalte thematisieren • Fokussieren auf affektiv-emotionales Erleben • Arbeit am Beziehungsfokus • strukturelle Beeinträchtigungen • Umgang mit Krisen
Interventionen zum Aufbau von Selbstwertgefühl und Ressourcen	
* Rückfallprophylaxe	Abschlussphase:
	<ul style="list-style-type: none"> • <i>therapeutische Grundhaltung:</i> Fördern der Autonomie, Trennung und Abschied thematisieren • Abschied • Stabilisierung des Erreichten • Umsetzen des Erlernten im Alltag • Rückfälle antizipieren • Symptompersistenz
Mit * markierte Interventionen sind essenziell, die anderen werden patientenspezifisch eingesetzt (Umfang, Intensität).	

Anorexia nervosa in der ANTOP-Studie (Anorexia Nervosa Treatment in OutPatients), der bis heute größten multizentrischen, ambulanten Therapiestudie, weiterführende Ergebnisse liefern [2118], [2876] (s. ► Tab. 33.1). Auch hier wird deutlich, dass nicht nur Transdiagnostik bei Essstörungen wichtig ist, sondern auch eine transtheoretische Arbeit. In der Übersicht ersichtlich sind hierbei beispielhaft verschiedene mögliche Interventionen und deren Entsprechungen in den beiden manualisierten Psychotherapien (am Beispiel der Anorexie) aufgeführt.

An diesem Beispiel wird deutlich, wie Herangehensweisen mit unterschiedlichem Blickwinkel und differenter Theoriebasierung (CBT versus FPT) letztlich ähnliche Foki bedienen und durch unterschiedliche diagnostische, planerische und therapeutische Schritte ähnliche Ziele adressieren und erreichen. Dies spiegelt sich auch in den ANTOP-Ergebnissen hinsichtlich der zentralen Outcome-Variablen (Gewichtszunahme und psychische Symptomlast) wider, in denen keine Unterschiede durch diese spezialisierten Therapien gefunden wurden. Sehr wohl allerdings fanden sich Unterschiede zum optimierten Treatment as usual (TAU-o; optimierte Regelbehandlung, nicht an Zentren mit Essstörungsexpertise). Dieses Vorgehen

führte z. B. zu häufigerer stationärer Behandlungsnotwendigkeit [2876].

In den folgenden Unterkapiteln wird auf die distinkten Krankheitsbilder Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung eingegangen. Die, am Beispiel im Untergewichtsbereich (Anorexia nervosa in ANTOP) in der o.g. Übersicht beschriebenen, relevanten Therapieinhalte finden sich bei allen Essstörungen in unterschiedlicher Ausprägung wieder.

33.2 Anorexia nervosa

G. Resmark, H.-C. Friederich

33.2.1 Geschichte der Anorexia nervosa

Die Krankheitsbezeichnung „Anorexia nervosa“ geht auf den englischen Arzt Sir W. W. Gull zurück, der 1888 einen Artikel zum Störungsbild Anorexia nervosa veröffentlichte [1052]. Zusammen mit dem Franzosen E. Lasègue („Anorexia hysterica“ [1528]) zählt der Engländer zu den

Erstbeschreibern der Magersucht. Die beiden Wissenschaftler haben maßgeblich zum heutigen Verständnis der Symptomatik der Magersucht beigetragen. Beide Autoren betonten die psychischen Ursachen der Erkrankung, die Widersprüchlichkeit der Symptome, die fehlende Krankheitseinsicht sowie die Gefahr, die Schwere der Erkrankung zu verkennen. Die Anorexia nervosa ist damit die erste Essstörung, die als eigenständige Krankheitsentität beschrieben wurde.

Historische Fallbeschreibungen des selbstinduzierten Hungerns gehen deutlich weiter zurück. Ein Fall, der in England im Jahr 1667 das öffentliche Interesse weckte, war die 18-jährige Martha Taylor. Der Fall erlangte besondere Bedeutung, da die wundersame Fähigkeit, auf Nahrung zu verzichten, nicht ausschließlich in religiösen und philosophischen, sondern erstmalig intensiv auch in medizinischen Fachkreisen diskutiert wurde. In der Kulturgeschichte des übertriebenen Fastens standen bis dato religiöse Motive im Vordergrund, mit Fallbeschreibungen von asketischen Fastenheiligen (z. B. Katharina von Siena), die bis ins 12. Jahrhundert zurückreichen. Im Zeitalter des Aufschwungs der naturwissenschaftlichen Medizin dominierte ein somatisches Krankheitsverständnis der Magersucht, nicht zuletzt durch die von Simmonds 1914 beschriebene Nekrose der vorderen Hypophyse als Ursache der Erkrankung [2417].

Die Grundlagen für die heutigen Behandlungskonzepte verdanken wir jedoch der systematischen Erforschung der Magersucht durch namhafte PsychotherapeutInnen. Exemplarisch kann hier das Buch „Der goldene Käfig“ der deutsch-amerikanischen Psychoanalytikerin Hilde Bruch genannt werden [413]. Die Krankheitsbezeichnung der Anorexia nervosa („nervös bedingte Appetitlosigkeit“) ist irreführend, da die Betroffenen sehr wohl ein körperliches Hungergefühl wahrnehmen und es beim Binge-Purging-Subtyp der Magersucht regelmäßig zum Auftreten von Essanfällen kommt. Für die Pathogenese sehr viel bedeutsamer sind das Streben nach Schlankheit und die Gewichtsphobie.

Die Therapiegeschichte der Anorexia nervosa (AN) in Deutschland begann in den 1960er-Jahren mit der Einrichtung der ersten Behandlungsplätze für betroffene Mädchen und Frauen in Abteilungen für Kinder- und Jugendpsychiatrie sowie psychosomatischen Kliniken mit vorwiegend tiefenpsychologischer Orientierung. In der heutigen multimodalen Behandlung von PatientInnen mit AN in spezialisierten Zentren haben sowohl tiefenpsychologische als auch verhaltenstherapeutische Sichtweisen Eingang in die Behandlung gefunden.

Merke

Ferner kommt der familientherapeutischen Behandlung von PatientInnen mit AN im Jugendalter eine zentrale Bedeutung zu.



Fallbeispiel



Clara ist 16 Jahre alt. Bei einer Größe von 1,63 m wiegt sie 42 kg. Clara ist eine ehrgeizige Schülerin, strebt einen Abiturschnitt von 1,0 an. Vor ca. 2 Jahren hat sie einen Vortrag über Adipositas und Arterienverkalkung gehört, der ihr Angst gemacht hat. Danach hat sie fetthaltige Nahrungsmittel mehr und mehr von ihrem Speiseplan gestrichen und begonnen, sich vegetarisch zu ernähren. Aktuell isst sie zum Frühstück ein halbes Brötchen ohne Belag zum Mittagessen einen Apfel oder eine Mandarine und abends Salat oder Magerquark mit Obst. Über den Tag trinkt sie 2–3 Tassen Brennesseltee und 1,5 Liter Cola light. Einmal im Monat hat sie solch einen Heißhunger auf Süßes, dass sie innerhalb kurzer Zeit zwei Tafeln Schokolade in sich hineinstopft. Danach hat sie ein furchtbar schlechtes Gewissen. Sie hat sogar schon überlegt, sich den Finger in den Hals zu stecken, findet das aber abstoßend.

Clara geht täglich 5 km Joggen und macht abends in ihrem Zimmer 100 Sit-ups. Vor 6 Wochen ist ihre Menstruation ausgeblieben. Sie friert ständig, fühlt sich nach dem Essen aufgebläht, ihre Haut ist trocken, und ihre Haare sind dünner geworden, und manchmal wird es ihr beim Aufstehen schwindelig. Abgesehen davon versteht Clara aber überhaupt nicht, warum ihre Eltern so ein Theater machen und sie drängen, zum Arzt zu gehen. „Ich bin doch nicht krank!“ antwortet sie gereizt.

33.2.2 Diagnostische Kriterien

Die Magersucht ist aufgrund des massiven Untergewichts in der Regel leicht zu erkennen („Blickdiagnose“). Die diagnostischen Kriterien nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation [2819] und des Diagnostischen und Statistischen Manuals der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft DSM-5 [781] definieren als Kernmerkmale der Erkrankung

- das Untergewicht,
- die Körperbildstörung und
- die Gewichtsphobie (s. ▶ Tab. 33.2 u. Übersicht).

Ferner wird in beiden Klassifikationssystemen zwischen zwei Subgruppen unterschieden. PatientInnen mit einem restriktiven Essverhalten werden als restriktive Form definiert, während PatientInnen mit der Binge-Purging-Form zusätzlich Essanfälle und/oder aktive Maßnahmen zur Gewichtsregulation wie Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln etc. einsetzen. Längsschnittstudien weisen darauf hin, dass regelmäßige Übergänge von der restriktiven in die Binge-Purging-Form beobachtet werden können, sodass die Validität und Eigenständigkeit dieser beiden Subgruppen nicht gesichert ist.

Übersicht

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10

Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI (s. Infobox „Definition“) von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.

- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von hochkalorienreichen Speisen; und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
 - selbstinduziertes Erbrechen;
 - selbstinduziertes Abführen;
 - übertriebene körperliche Aktivität;
 - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
- Körperschemastörung in Form einer massiven Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee. Die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.

- Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. Eine Ausnahme stellt das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie zur Kontrazeption dar. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.
- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhö bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein.

Definition

Body-Mass-Index (BMI)

Der Body-Mass-Index (BMI) ist definiert als Körpergewicht in Kilogramm dividiert durch das Quadrat der Körpergröße in Metern (kg/m^2).

Ein Entwurf der 11. Revision der ICD wurde im Juni 2018 auf Englisch online publiziert [2822]. Die Publikation der finalen Version sowie die deutsche Übersetzung stehen noch aus.

In der geplanten ICD-11 soll das Gewichtskriterium im Erwachsenenalter von $\leq 17,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ auf $\leq 18,5 \text{ kg}/\text{m}^2$ „ge-lockert“ werden, während es im DSM-5 komplett abgeschafft und durch die Umschreibung „ein Gewicht, das unterhalb des minimal zu erwartenden Gewichts liegt.“ ersetzt wurde. Des Weiteren wird in der zukünftigen ICD-11, wie bereits im DSM-5, auf die mit dem Untergewicht assoziierten endokrinen Störungen bei Frauen (Amenorrhö) und bei Männern (Libido- und Potenzverlust) als diagnostische Kriterien verzichtet. Insbesondere das Kriterium der Amenorrhö hat sich in der klinischen Praxis als nicht sinnvoll erwiesen, da es unter der Einnahme von Kontrazeptiva, bei Jugendlichen vor Eintritt der Menarche und bei postmenopausalen Frauen nicht verwendbar ist.

Des Weiteren zeigt eine signifikante Subgruppe von PatientInnen keine Gewichtsphobie. Im DSM-5 sowie im Entwurf des ICD-11 wird daher das Gewichtsphobiekriterium erweitert, sodass unabhängig von der phobischen Komponente Verhaltensweisen zur Stabilisierung des Un-

Tab. 33.2 Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa nach DSM-5 [781].

Kriterium	Kennzeichen
A	Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche unter Berücksichtigung von Alter, Geschlecht, Entwicklungsverlauf und körperlicher Gesundheit zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt. Signifikant niedriges Gewicht ist definiert als ein Gewicht, das unterhalb des minimal zu erwartenden Gewichts liegt.
B	Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt trotz des signifikant niedrigen Gewichts.
C	Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichtes, übertriebener Einfluss des Körpergewichtes oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichtes.
Restriktiver Typ	Während der letzten 3 Monate hat die Person keine wiederkehrenden Essanfälle gehabt oder kein Purging-Verhalten gezeigt.
Binge-Eating/Purging-Typ	Während der letzten 3 Monate hat die Person wiederkehrende Essanfälle gehabt oder Purging-Verhalten gezeigt.

tergewichtes für die Erfüllung des Kriteriums ausreichen (s. ► Tab. 33.2).

Ein weiteres Kernsymptom ist die gestörte Wahrnehmung des eigenen Körperbildes. Trotz massivem Untergewicht erleben sich die Betroffenen als zu dick und sind

unzufrieden mit ihrer Körpermitte. Basierend auf Untersuchungen der letzten Jahre wird weniger von einer Körperschemastörung (sensorische/physische Wahrnehmungsstörung), sondern vorherrschend von einer gestörten kognitiv-emotionalen Bewertung als Ursache der verzerrten Körperwahrnehmung ausgegangen.

Durch die Unterernährung kommt es zu typischen körperlichen Veränderungen: Kältegefühl, Zyanose der Hände, Dünnerwerden der Haare und Haarverlust, trockene Haut und brüchige Nägel, gelegentlich Gelbfärbung der Haut, Lanugo-Behaarung v.a. im Gesicht, an Schultern und Armen, Völlegefühl/Magenschmerzen nach dem Essen (selbst bei kleinen Mahlzeiten) bedingt durch eine verzögerte Magenentleerungsgeschwindigkeit durch langdauerndes Fasten, Darmträgheit und Obstipation.

33.2.3 Epidemiologie

Die etwas breitere Fassung der diagnostischen Kriterien für die AN gemäß DSM-5 hat insgesamt zu einem leichten Anstieg der Inzidenz- und Prävalenzzahlen geführt [803]. Für Frauen mit AN liegt die 12-Monats-Prävalenz für das Risikoalter zwischen 15 und 35 Jahren bei 0,4%. Frauen in diesem Altersspektrum haben im Vergleich zu Männern ein mehr als 12-fach höheres Risiko, an einer AN zu erkranken.

Die Inzidenz von AN ist seit 1930 – wohl hauptsächlich in den 60er-Jahren – von 0,1 auf ca. 5,0 pro 100.000 Personen in der Bevölkerung angestiegen. In den Dekaden seit 1970 scheint die Inzidenzrate relativ stabil zu sein.

Merke

Spezielle Gruppen wie z. B. LeistungssportlerInnen oder BalletttänzerInnen haben ein erhöhtes Risiko, an einer AN zu erkranken.



Obwohl die Erkrankung kulturunabhängig nachweisbar zu sein scheint, ist die Prävalenz in den westlichen Industrienationen größer als in nicht industrialisierten Ländern. Das Auftreten der AN ist im Gegensatz zur Bulimia nervosa auf dem afrikanischen sowie südamerikanischen Kontinent selten, was auch für unterschiedliche genetische Risiken oder Gen-Umwelt-Interaktionen spricht.

33.2.4 Ätiologie

In der Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung ist, wie bei anderen psychischen Erkrankungen, von einem komplexen Zusammenwirken biologischer, soziokultureller, familiärer und intrapsychischer Faktoren auszugehen. Hinweise für ein einfaches, monokausales Krankheitsmodell existieren nicht.

Genetische Aspekte

Die Zwillingsforschung weist auf eine hohe erbliche Komponente der Magersucht hin. Bei eineiigen Zwillingspaaren wird der relative Anteil genetischer Faktoren auf 48–74% geschätzt [441]. Trotz der hohen Heritabilität der Erkrankung ist die Befundlage zu Kandidatengen der Erkrankung uneinheitlich und teilweise widersprüchlich. In der bislang größten genomweiten Assoziationsstudie (GWAS an 3500 PatientInnen) zeigte sich erstmals ein signifikanter Locus auf dem Chromosom 12 in einer Genregion, die auch mit metabolischen und immunologischen Erkrankungen assoziiert ist [678]. Ferner weisen Vergleiche von GWAS zu PatientInnen mit AN und zu anthropometrischen Merkmalen darauf hin, dass ähnliche Genvarianten sowohl für einen niedrigen BMI als auch für eine AN prädisponieren [1190]. Ähnliche Vergleichsansätze (genetische Korrelationen) ergaben für PatientInnen mit AN negative Korrelationen mit metabolischen Markern (z. B. ungünstige Lipidphänotypen) sowie positive genetische Zusammenhänge mit anderen psychischen Erkrankungen (z. B. Schizophrenie, Zwangserkrankungen).

Basierend auf der molekularbiologischen Forschung ist somit davon auszugehen, dass zahlreiche Gene in unterschiedlichem Umfang und in Wechselwirkung mit Umwelteinflüssen für die Ausgestaltung der verschiedenen phänotypischen Merkmale der Magersucht verantwortlich sind.

Merke

Ferner zeigen die molekularbiologischen Untersuchungen, dass die Magersucht nicht nur eine psychische, sondern auch eine metabolische Störung darstellt.



Psychobiologische Aspekte

Der Erkrankungsbeginn der Magersucht liegt typischerweise in der Pubertät. Diese stellt eine Phase intensiver Hirnreifung dar, die unter dem Einfluss von hormonellen Veränderungen steht. Die neurowissenschaftliche Forschung der letzten Jahre zeigt, dass PatientInnen mit AN Veränderungen in Hirnregionen aufweisen, die in besonderem Maße der Hirnreifung in der Pubertät unterliegen. Hierzu zählen neuronale Veränderungen in frontostriatalen Netzwerkpfaden als auch dem mesolimbischen Belohnungssystem, die für Selbstregulation und motivationales Verhalten eine zentrale Rolle spielen [825], [2858]. Untersuchungen zur dopaminergen und serotonergen Neurotransmission unterstützen die veränderte Responsivität in diesen Netzwerken.

Die neuronalen Veränderungen sind mit kognitiv-motivationalen Einschränkungen assoziiert, wie z. B. einer vermehrten Rigidität im Denken und Handeln oder auch einer veränderten Belohnungssensitivität. Aus neurowis-