



Dies ist eine Leseprobe von Klett-Cotta. Dieses Buch und unser gesamtes Programm finden Sie unter www.klett-cotta.de

MENTALISIEREN IN KLINIK UND PRAXIS

Herausgegeben von Ulrich Schultz-Venrath

Mentalisieren ist die Fähigkeit, sich auf innerpsychische (mentale) Zustände (wie z. B. Gedanken, Gefühle, Wünsche, Bedürfnisse) von sich selbst und anderen zu beziehen und diese als dem Verhalten zugrundeliegend zu begreifen. Mentalisieren wird als wesentliche menschliche Kompetenz angesehen.

Die Fähigkeit des Mentalisierens ist bei verschiedenen psychischen Störungen unterschiedlich stark eingeschränkt oder nicht vorhanden. Dies hat häufig schwerwiegende Folgen. Die Mentalisierungsfähigkeit wiederherzustellen ist eine zentrale therapeutische Aufgabe in den verschiedenen Psychotherapien.

Die einzelnen Bände der Reihe stellen in kompakter Form die Anwendungsmöglichkeiten mentalisierungsbasierter Maßnahmen auf wichtigen Störungsfeldern vor.

Die Einzelbände behandeln folgende Themen:

1. Band: Mentalisieren in Gruppen
2. Band: Mentalisieren bei Depressionen
3. Band: Mentalisieren mit Kindern und Jugendlichen
4. Band: Mentalisieren mit Paaren
5. Band: Mentalisieren des Körpers
6. Band: Mentalisieren bei Persönlichkeitsstörungen
7. Band: Mentalisieren bei Traumatisierungen
8. Band: Mentalisieren bei Essstörungen
9. Band: Mentalisieren bei Psychosen (erscheint 2023)

Almut Zeeck & Sebastian Euler

Mentalisieren bei Essstörungen

Klett-Cotta

Klett-Cotta

www.klett-cotta.de

© 2023 by J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart

Alle Rechte vorbehalten

Cover: Bettina Herrmann, Stuttgart

unter Verwendung einer Abbildung von vizualni / Adobe Stock

Gesetzt von Eberl & Koesel Studio, Kempten

Gedruckt und gebunden von GGP Media GmbH, Pößneck

ISBN 978-3-608-98332-6

E-Book ISBN 978-3-608-12221-3

PDF-E-Book ISBN 978-3-608-20640-1

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.

Inhalt

1	Einleitung	9
2	Esstörungen	14
2.1	Störungsbilder	16
2.1.1	Komorbidität	21
2.2	Epidemiologie und Verlauf	23
2.3	Ätiologie	24
2.4	Körperliche Folgen von Essstörungen	30
2.5	Behandlung von Essstörungen	31
2.5.1	Evidenzbasierte Therapieansätze	32
2.5.2	Wirkfaktoren	34
2.5.3	Schwierigkeiten in der Behandlung	35
3	Grundlagen des Mentalisierungskonzeptes und der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT)	39
3.1	Grundlagen des Mentalisierungskonzeptes	39
3.1.1	Entwicklungspsychologie und Mentalisieren	44
3.1.2	Modi des psychischen Erlebens	48
3.1.3	Dimensionen des Mentalisierens	52
3.1.4	Epistemisches Vertrauen – »epistemic trust«	53
3.1.5	Mentalisieren und Psychopathologie	54
3.1.6	Mentalisieren und Psychotherapie – der Forschungsstand	55
3.2	Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	61
3.2.1	Ziele	62
3.2.2	Grundhaltung	63
3.2.3	Vorgehen und Interventionen	64
3.2.4	Gruppentherapie	73

4 Essstörungen aus Sicht des Mentalisierungs-	
konzeptes	82
4.1 Essstörungen und Mentalisieren	82
4.1.1 Generelle Einschränkungen der Mentalisierungs-	
fähigkeit	83
4.1.2 Beeinträchtigung der Dimensionen des	
Mentalisierens	86
4.2 Mentalisieren des Selbst	88
4.2.1 Affektwahrnehmung und -regulation	89
4.2.2 Selbstbild, Selbstwertregulation und Individuation	97
4.3 Körpererleben	101
4.4 Bindungsmuster und interaktionelle Probleme	110
4.4.1 Bindungsmuster	110
4.4.2 Interpersonelle Schwierigkeiten	113
4.4.3 Zusammenfassung: Bindung und Mentalisieren	
bei Essstörungen	118
 5 Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT)	
bei Essstörungen	122
5.1 Diagnostik und Indikationsstellung	126
5.1.1 Essstörung und Komorbidität	129
5.1.2 Fähigkeit zu Mentalisieren	130
5.1.3 Bindungsmuster und Vulnerabilität in Beziehungen	135
5.1.4 Indikationsstellung	137
5.1.5 Zusammenfassung	140
5.2 Ziele der Therapie	140
5.3 Therapeutische Grundhaltung	141
5.3.1 Position des Nichtwissens bei Essstörungen	145
5.3.2 Sicherheit geben	146
5.4 Struktur der Behandlung	148
5.4.1 Strukturieren	148
5.4.2 Krisenpläne	153
5.5 Phasenspezifisches Vorgehen	154
5.5.1 Psychoedukation	158
5.5.2 Fallformulierung	159
5.5.3 »Verträge« und weitere Instrumente	170

5.6	Therapeutische Interventionen	176
5.6.1	Formen der Interventionen	176
5.6.2	Vorgehen orientiert am vorherrschenden Modus	184
5.7	Vorgehen bei zentralen Themen	189
5.7.1	Restriktives Essverhalten und Kontrolle	189
5.7.2	Essanfälle und Impulsregulation	192
5.7.3	Körpererleben	197
5.7.4	Selbsterleben	201
5.7.5	Interaktionen mit Angehörigen und in der Herkunftsfamilie	203
5.7.6	Umgang mit Medikamenten	206
5.8	Mentalisieren der therapeutischen Beziehung	207
5.9	Gruppentherapie	212
5.10	Schwer zu mentalisierende therapeutische Situationen	220
5.11	Fallbeispiel Anorexia nervosa	220
5.11.1	Anamnese	221
5.11.2	Persönlichkeitsdiagnostik	222
5.11.3	Mentalisierungsdiagnostik	223
5.11.4	Therapieverlauf	226
6	Komplexe Therapieprogramme	242
6.1	Stationäre und tagesklinische Behandlung von Essstörungen	242
6.2	Mentalisierungsbasierte stationäre und tagesklinische Behandlung von Essstörungen	246
6.3	Schnittstellen, Transfer in den Alltag	262
	Resümee und Ausblick	265
	Anhang	268
	Anhang 1: Diagnostische Kriterien nach ICD-10, ICD-11 und DSM-5	268
	Anhang 2: Psychoedukation, Einführung zu MBT bei Essstörungen	274

Literatur	276
Die Autorin und der Autor	301

KAPITEL 1

Einleitung

Essstörungen sind Erkrankungen, die in der Regel in der Pubertät und Adoleszenz beginnen – und damit in einer wichtigen, das weitere Leben eines Menschen prägenden Entwicklungsphase. Sie verlaufen oft über viele Jahre und gehen mit einem großen Leidensdruck und mit massiven Einschränkungen der Lebensqualität der Betroffenen, aber auch der Angehörigen, einher. Ihre Behandlung stellt nicht zuletzt wegen der zum Teil vitalen Gefährdung eine große Herausforderung dar. Die Ursachen von Essstörungen fordern von uns Psychotherapeuten, dass wir uns mit existenziellen Fragen und mit Schnittstellen zwischen gesellschaftlich-kulturellen Rahmenbedingungen, der individuellen, durch Beziehungserfahrungen geprägten Entwicklung eines Individuums und genetisch-biologischen Faktoren beschäftigen. Bis heute ist nur ein Bruchteil dieser Zusammenhänge verstanden.

In der Therapie der Essstörungen ist Psychotherapie die Methode der ersten Wahl. Über die letzten Jahrzehnte wurden störungsspezifische Ansätze entwickelt, deren Wirksamkeit gezeigt werden konnte. Eine grundsätzliche Wirksamkeit heißt aber nicht, dass alle Patientinnen¹ mit diesen therapeutischen Ansätzen gleichermaßen erreicht werden können: Bei Anorexia und Bulimia nervosa kommt es nach wissenschaftlichen Untersuchungen in nur ca. 50 % der Fälle zu Heilungen. Dies ist als unbefriedigend anzusehen.

Die psychotherapeutische Behandlung essgestörter Patientinnen geht mit Schwierigkeiten einher, die u. a. mit dem Erleben und Den-

1 Da es sich bei Menschen mit einer Anorexia oder Bulimia nervosa zu 90 % um Mädchen und Frauen handelt, wird in diesem Buch die weibliche Form verwendet – in allen anderen Fällen das generische Maskulinum. Andere Geschlechter sind jeweils mit gemeint (m/w/d).

ken der Betroffenen zu tun haben, welches für Therapeuten und Außenstehende oft nur begrenzt nachvollziehbar ist. Diese Schwierigkeit beim Verstehen kann sich auf die therapeutische Beziehung und den Behandlungserfolg auswirken. So kann es sein, dass Patientinnen das Vorgehen von Therapeuten als unpassend oder sogar bedrohlich erleben, da sie es mit ihren Überzeugungen und Empfindungen nicht in Einklang bringen können. Ein Beispiel ist die Überzeugung einer jungen Frau mit einer Anorexia nervosa, dass sie mindestens ein Kilogramm zunehmen und unförmig aussehen wird, wenn sie morgens ein Brot mit Butter und Marmelade essen würde. Sie verbindet das Essen eines Brotes mit dem Gefühl, sich nicht mehr unter Kontrolle zu haben und aufgrund ihrer schlechten Selbstdisziplin nicht mehr gemocht zu werden. Es würde hier wenig helfen zu betonen, dass ein Brot mit Marmelade nicht zu einer Gewichtszunahme führen wird und nichts damit zu tun hat, wie die junge Frau von anderen Menschen wahrgenommen wird. Das ist für Therapeuten eine große Herausforderung.

Warum nun das Thema Mentalisieren? Wir sind überzeugt, dass das Mentalisierungskonzept mit seinem theoretischen Modell und die Mentalisierungsbasierte Therapie mit ihren praktischen Vorgehensweisen Möglichkeiten bieten, die das Verständnis für das Erleben essgestörter Patientinnen erweitern und zu einer Verbesserung des therapeutischen Vorgehens beitragen können. Wir glauben, dass das Mentalisierungskonzept hilft, sich stärker am Denken und Erleben der Patientinnen zu orientieren und »schädliche« Interventionen und Interaktionen in der Behandlung zu vermeiden. Damit sind Interventionen gemeint, die die Patientinnen nicht erreichen, überfordern oder von ihnen eventuell sogar als Angriff wahrgenommen werden. Das Mentalisierungsmodell konzeptualisiert, inwieweit ein Mensch in der Lage ist, sein eigenes Fühlen, Denken und Handeln »von außen zu sehen« und zu reflektieren – und sich umgekehrt bei seinem Gegenüber vorzustellen, was mögliche Gefühle und Motive sind, die dessen Handeln bestimmen. Es wird angenommen, dass die Fähigkeit zu Mentalisieren eng mit den individuellen Möglichkeiten verbunden ist, Affekte und innere Zustände zu regulieren und zwischenmenschliche Situationen adäquat zu gestalten.

Eine Anzahl an Studien weist darauf hin, dass die Fähigkeit des Mentalisierens bei Menschen, die an einer Essstörung leiden, deutlich eingeschränkt ist (auch wenn dies nicht immer und nicht bezogen auf alle Aspekte des Mentalisierens der Fall sein muss). Auch Mangelernährung und Untergewicht scheinen Auswirkungen zu haben. Eine eingeschränkte Fähigkeit zu Mentalisieren kann ausgehend von dem oben genannten Beispiel bedeuten, dass die Überzeugungen der jungen Frau für sie eine unverrückbare Realität sind. Würde ein Therapeut versuchen, »seine Realität« dagegenzuhalten, würde sie sich unverstanden fühlen. Zunächst bedarf es von Seiten des Therapeuten also eines Versuchs, sich in die Welt der Patientin hineinzusetzen und sie verstehen zu wollen. Es kommt daher auch maßgeblich auf seine Mentalisierungsfähigkeit an. Ein mentalisierungsorientiertes Bemühen des Therapeuten wird vermutlich dazu führen, dass die junge Frau das Gefühl bekommt, dass dieser sich wirklich für ihr Erleben und ihre Not interessiert. Sie wird sich nicht nur in der therapeutischen Beziehung sicherer fühlen, sondern möglicherweise auch bereiter sein, den Äußerungen des Therapeuten zu folgen. Hinzu kommt, dass die Fähigkeit zu Mentalisieren zwar beim Einzelnen allgemein mehr oder weniger ausgeprägt sein kann, aber zusätzlich auch sehr von der aktuellen Situation und dem jeweiligen Kontext abhängig ist. Sie fluktuiert also, was auch in der Behandlung zu berücksichtigen ist.

Das Mentalisierungskonzept kann als ein grundlegendes Modell des psychischen Funktionierens verstanden werden. Einschränkungen der Fähigkeit zu Mentalisieren können die Vulnerabilität erhöhen, eine psychische Erkrankung zu entwickeln, die sich in Schwierigkeiten in Bezug auf sich selbst und in Beziehungen zu anderen äußert. Das Mentalisierungskonzept geht davon aus, dass es zentral ist, bei der Behandlung psychischer Störungen Einschränkungen des Mentalisierens zu berücksichtigen und diese Fähigkeit gezielt zu fördern, um eine Verbesserung der Affektregulation, der Wahrnehmung des eigenen Selbst und der Gestaltung zwischenmenschlicher Beziehungen zu erreichen. Eine Förderung dieser Fähigkeit wird also als zentraler Wirkmechanismus in der Psychotherapie verstanden.

Dieses Buch beschäftigt sich mit dem Thema Mentalisieren bei Essstörungen. Bislang findet sich nur eine begrenzte Anzahl an wissenschaftlichen Studien, die die Mentalisierungsfähigkeit bei Menschen mit einer Essstörung untersucht haben. Noch weniger Studien haben die Wirksamkeit der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) bei Essstörungen geprüft, auch wenn wir hoffen, dass sich dies in Zukunft ändern wird.

Das Buch verfolgt folgende Ziele:

- eine Übersicht über zentrale psychische Problembereiche bei Essstörungen zu geben und diese mit Hilfe des Mentalisierungskonzeptes zu beschreiben;
- darzustellen, wie die Theorie des Mentalisierens helfen könnte, das Denken und Fühlen essgestörter Menschen besser nachzuvollziehen;
- zu zeigen, wie eine Orientierung an den Grundprinzipien der Mentalisierungsbasierten Therapie (MBT) und für die MBT charakteristische Interaktionen in der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen aussehen könnten;
- zu skizzieren, wie eine Orientierung an den Prinzipien der MBT in bisherige Therapieansätze und Behandlungssettings integriert werden kann.

Das Buch wird sich im Wesentlichen auf die Behandlung von jungen Erwachsenen und Erwachsenen beziehen. Die Ausführungen können aber auch für die Arbeit mit Kindern und Jugendlichen anregend und hilfreich sein.

Abschließend soll an dieser Stelle betont werden, dass die Autoren nicht der Überzeugung sind, dass die Mentalisierungsbasierte Therapie (MBT) in ihrer Adaptation für Essstörungen grundsätzlich eine »bessere« Therapie als die schon etablierten, störungsspezifischen Verfahren darstellt. Auch andere Therapien fördern vermutlich über verschiedene Wege die Mentalisierungsfähigkeit, wenn auch nicht explizit. Umgekehrt ist es unabdingbar, dass wesentliche Komponenten bestehender Verfahren – wie die konkrete Arbeit am Essverhalten und an einer Gewichtszunahme – auch in ein MBT-orientier-

tes Vorgehen bei Essstörungen integriert werden. Wir hoffen mit unserem Buch zeigen zu können, dass eine Orientierung am Mentalisierungskonzept und eine explizite Berücksichtigung des Mentalisierens in der Behandlung von Essstörungen eine große Chance bietet, die therapeutische Arbeit mit Patientinnen und Patienten und die Behandlungsergebnisse zu verbessern.

Freiburg und Zürich, im März 2023

Almut Zeeck und Sebastian Euler

KAPITEL 2

Essstörungen

Essstörungen sind Krankheitsbilder, bei denen ein biologisch notwendiges Verhalten, nämlich die Aufnahme von Nahrung, und die dieses Verhalten steuernde Wahrnehmung von Hunger und Sättigung sich in einer problematischen Weise verändern. Auf der Verhaltensebene wird die Nahrungsmenge entweder sehr stark eingeschränkt, sodass es zu einer Mangelernährung kommt, oder die Kontrolle über das Essen geht verloren. Häufig trifft auch beides zusammen zu. Psychische und soziale Faktoren spielen dabei eine entscheidende Rolle.

Das Essen und der eigene Körper bekommen eine spezifische psychische Bedeutung und werden mit problematischen Überzeugungen verknüpft – zum Beispiel der Überzeugung, nur liebenswert zu sein, wenn man dünn ist. Für manche Menschen steht dabei das Essen selbst im Vordergrund, für andere ihr Körper, der durch Einschränkungen der aufgenommenen Nahrungsmenge verändert und »kontrolliert« werden kann. Vor allem bei der Anorexia nervosa (AN) und der Bulimia nervosa (BN) ist das Erleben des Körpers ins Negative verschoben: Er wird in der Regel als unförmig, »dick« und hässlich empfunden. In Hinblick auf die psychische Funktionalität, welche Essen und Körper bekommen, werden folgende Aspekte als bedeutsam angenommen, denen individuell eine unterschiedliche Gewichtung zukommen kann: die Regulation aversiver affektiver Zustände, Fragen der Selbstdefinition und Identität sowie der Handlungsmacht und Kontrolle und die Regulation der Beziehung zu anderen Menschen (s. a. Kapitel 4).

Zur Entstehung von Essstörungen tragen viele Faktoren bei. Neben der individuellen Entwicklung und genetisch-biologischen Faktoren ist zu berücksichtigen, dass Essstörungen auch ein Phänomen

sind, welches vor einem sozialen und kulturellen Hintergrund verstanden werden muss. So spielen ökonomische Bedingungen, das Angebot an Nahrungsmitteln, das Ausmaß an körperlicher Arbeit sowie das in einer Gesellschaft vorherrschende Körperideal eine Rolle (Habermas 2015). Die sozialen Bedingungen und Ideale änderten sich im 19. und 20. Jahrhundert in den westlichen Industrienationen stark: Nahrung war immer mehr verfügbar, gleichzeitig nahm der Energieverbrauch ab, da körperliche Arbeit eine zunehmend geringere Rolle spielte. Vor allem nach dem II. Weltkrieg etablierte sich ein Ideal des schlanken Körpers in einer Zeit, in der parallel weniger der Hunger als das Problem zunehmenden Übergewichts entstand. Die Adipositas wurde als ein medizinisches Problem definiert und in den 1970er Jahren die heute noch geltenden Grenzen für Übergewicht und Adipositas eingeführt (Habermas 2015). Die AN spielte ab den 1960er und 1970er Jahren als Krankheitsbild eine immer größere Rolle, die BN folgte ab den 1980er Jahren.

In Hinblick auf das Schönheitsideal war nun Schlanksein und nicht mehr ein wohlgenährter Körper attraktiv. Dies galt zunächst für Frauen, während das Ideal bei Männern erst später »körperlicher« wurde: Bei ihnen gilt heute ebenfalls ein schlanker, vor allem aber ein sportlicher und muskulöser Körper als erstrebenswert (McCreary et al. 2007), wobei das Schönheitsideal weiter im Wandel ist: In den Medien werden in den letzten Jahren nun Frauen immer häufiger mit nicht nur schlankem, sondern auch athletischem Körper gezeigt (Homan et al. 2012; Thompson et al. 2004). Dies spiegelt sich in der Phänomenologie von Essstörungen: Während Körpergewicht, welches durch Muskulatur bedingt ist, von den meisten Patientinnen heute als »akzeptabel« erlebt wird, wird Gewicht, welches durch Fettgewebe verursacht ist, als nicht tolerierbar erlebt. Exzessives und zwanghaftes Sporttreiben, u. a. zum Verbrauch von Kalorien und zur Beeinflussung der Körperform, ist inzwischen ein häufiges Phänomen und Teil der Pathologie sowohl bei der AN als auch bei BN (Zeeck & Schlegel 2013).

Die Verknüpfung von übermäßiger Nahrungsaufnahme oder restriktivem Essen/Hungern mit moralischen Vorstellungen reicht lange zurück: Ein Kontrollverlust wie etwa die »Völlerei« zählte im

Mittelalter zu den Todsünden, während Fasten, Askese und Versagung mit Reinheit und mit der Annäherung an Gott und Selbstkontrolle im positiven Sinne assoziiert waren. Die Angst vor Übergewicht, die überwertige Idee zu dick zu sein und gesellschaftliche Praktiken wie Diätverhalten verbreiteten sich nach Habermas (2015) aber erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Eine moralische Bewertung des Essverhaltens findet sich auch im Erleben der Menschen mit einer Essstörung: Eine Einschränkung der Nahrungsaufnahme wird als positive Kontrolle und Selbstbeherrschung erlebt. Auf einer meist nicht bewussten Ebene wird sie mit der Fähigkeit assoziiert, Bedürftigkeit und Affekte in Schach zu halten (so z. B. Ärger, Neid oder Wünsche nach Nähe oder sexueller Befriedigung). Ein Kontrollverlust beim Essen, bei welchem Menschen mit einer Essstörung es häufig so erleben, als wenn sie sich »endlich alles nehmen, was sonst verboten ist«, wird moralisch als verwerflich empfunden und geht mit Scham- und Schuldgefühlen einher. Übergewicht steht unter anderem für mangelnde Selbstdisziplin und Trägheit.

2.1 Störungsbilder

Es werden drei große Gruppen von Essstörungen unterschieden: die Anorexia nervosa (AN), die Bulimia nervosa (BN) und die Binge-Eating-Störung (BES). Die BES wurde in die letzte, 2013 publizierte Fassung des *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders*, das amerikanische Klassifikationssystem für psychische Erkrankungen (DSM-5, American Psychiatric Association 2013), als weitere Essstörungskategorie mit aufgenommen und stellt nun auch in der neuen Ausgabe der Internationalen Klassifikation der Erkrankungen ICD-11 eine eigene Gruppe dar (World Health Organization 2022). Alle drei Essstörungen sind in den Klassifikationssystemen mit den frühkindlichen Fütterstörungen und anderem auffälligen Essverhalten in der Gruppe »Fütter- und Essstörungen« zusammengeführt worden, um deutlich zu machen, dass Essstörungen über die gesamte Lebensspanne hinweg vorkommen können (Gradl-Dietsch et al. 2020). Dazu zählen Krankheitsbilder wie die sogenannte

»Pica«² (das Essen nicht nahrhafter, nicht zum Verzehr bestimmter Stoffe), die Ruminationsstörung (wiederholtes Hochwürgen und Kauen von Nahrung) und eine Störung mit Vermeidung oder Einschränkung der Nahrungsaufnahme (im Englischen ARFID, *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*), welche Überschneidungen mit der in der ICD-10 bislang diagnostizierbaren »Fütterstörung im Kindesalter« aufweist. Charakteristisch ist bei Letzterer ein Desinteresse am Essen oder eine Vermeidung der Nahrungsaufnahme. Das Pica-Syndrom und die Fütterstörung treten bei Entwicklungsstörungen wie der Autismus-Spektrum-Störung gehäuft auf (Zeeck & Nickel 2023). Auf die frühkindlichen Ess- und Fütterstörungen wird in diesem Buch nicht weiter eingegangen.

Im Folgenden werden die diagnostischen Kriterien der drei Essstörungen beschrieben (siehe auch Tab. 2-1, S. 20; in Anhang 1 finden sich die detaillierten Kriterien nach ICD und DSM).

Anorexia nervosa. Die AN ist vor allem durch ein selbst herbeigeführtes Untergewicht und eine Körperbildstörung charakterisiert. Trotz bestehenden Untergewichts wird der Körper als »zu dick« erlebt und das Gewicht wird durch restriktives, oft von strengen Regeln bestimmtes Essverhalten reduziert oder im Bereich des Untergewichts gehalten. An Verhaltensweisen, die gewichtsregulierend wirken sollen, können exzessives Sporttreiben, selbstinduziertes Erbrechen oder ein Abführmittel- oder Diuretika-Missbrauch hinzukommen (»aktive Form« der AN). Die Mangelernährung hat Folgen auf körperlicher, psychischer und sozialer Ebene: So verstärken sich bei Untergewicht zwanghaft-ritualisierte Verhaltensweisen, die Gedanken engen sich auf die Beschäftigung mit der Ernährung sowie dem Gewicht ein und Affekte sind weniger spürbar. Ein sozialer Rückzug ist häufig (Zeeck & Ehrlich 2021).

Bulimia nervosa. Für die BN sind Essanfälle charakteristisch, bei denen die Kontrolle über das Essverhalten verloren geht. Um nicht an Gewicht zuzunehmen, werden gegenregulierende Maßnahmen – wie

2 Nach lat. Pica = Elster

z. B. selbstinduziertes Erbrechen oder exzessives Sporttreiben – eingesetzt. Vor Essanfällen erleben manche Betroffene ein regelrechtes *craving* (starkes Verlangen/Gier), welches so stark ausgeprägt sein kann, dass sie sogar kaum genießbare Dinge zu sich nehmen oder sich durch umfangreiche Einkäufe verschulden.

Binge-Eating-Störung. Die BES ist ebenfalls durch Essanfälle charakterisiert, aber ohne dass es zu gegenregulierenden Maßnahmen kommt. Daher sind 60–70% der Betroffenen übergewichtig (de Zwaan & Friederich 2006). Die Kriterien für einen Essanfall beinhalten unter anderem, dass innerhalb eines begrenzten Zeitraums (z. B. zwei Stunden) sehr viel mehr gegessen wird als üblich, ein Gefühl des Kontrollverlustes auftritt und die Essanfälle zu einem Leidensdruck führen (American Psychiatric Association 2013). Für eine Übersicht über die Hauptsymptome bei Essstörungen siehe unten Tab. 2-1.

Alle drei Essstörungen (AN, BN, BES) sind zwar jeweils als eigenständige Gruppe definiert, die Grenzen zwischen ihnen sind aber unscharf und fließend: So kann eine AN im Kindesalter im weiteren Verlauf in ca. einem Drittel bis in der Hälfte der Fälle in eine BN übergehen (Bulik et al. 1997; Eddy et al. 2008). Da Essstörungen in der Regel über mehrere Jahre verlaufen, kann es so dazu kommen, dass über die Zeit verschiedene Diagnosen vergeben werden müssen:

Ein Mädchen nimmt im 15. Lebensjahr stark an Gewicht ab, weil es seinen Körper als unerträglich »fett« erlebt und daher kaum noch kalorienreiche Speisen zu sich nimmt. Es entwickelt eine AN, die vor allem über ein selbst herbeigeführtes Untergewicht definiert ist. Die massive Einschränkung der Nahrungsmenge führt nach einer gewissen Zeit zu Heißhunger und zu Essanfällen, in denen das Mädchen die Kontrolle über das Essverhalten verliert. Aus Angst vor einer Gewichtszunahme beginnt es, selbstinduziert zu erbrechen und viel Sport zu treiben. Steigt das Gewicht trotzdem bis in den normalen Bereich an, liegt eine BN vor, deren Hauptkriterien Essanfälle und einer Gewichtszu-

nahme entgegenregulierende Verhaltensweisen (bei Normalgewicht) sind. Im Alter von 19 Jahren konnte es die junge Frau mit therapeutischer Unterstützung schaffen, das selbstinduzierte Erbrechen aufzugeben und ihren Körper zunehmend zu akzeptieren – sie muss nicht mehr so fokussiert auf ihr Gewicht achten, hungern oder Sport treiben, um dieses zu regulieren. Es kommt aber trotzdem noch zweimal pro Woche zu einem Kontrollverlust beim Essen (ohne Gegenregulation durch selbstinduziertes Erbrechen oder exzessiven Sport), wenn sie emotional sehr angespannt ist. Nun erfüllt sie die Diagnose einer BES. Als es im Alter von 25 Jahren zu einer sehr schmerzhaften Trennung und dem Tod des Vaters kommt, beginnt sie erneut zu hungern und gerät ins Untergewicht – d.h. es wird nun erneut eine AN diagnostiziert.

»Atypische Formen« oder »nicht näher bezeichnete Essstörungen« – das heißt Essstörungen, bei denen nicht alle Kriterien für die drei großen Gruppen von Essstörungen erfüllt werden – stellen klinisch die größte Gruppe dar (Fairburn 2003). Unter anderem vor diesem Hintergrund und wegen der Übergänge zwischen den verschiedenen Essstörungen schlug die Arbeitsgruppe um Christopher Fairburn ein »transdiagnostisches Modell« vor (Fairburn et al. 2003 – s. a. Kap. 2.3). Die Tatsache, dass viele schwer beeinträchtigte Menschen mit einer Essstörung in die unspezifische, nicht näher bezeichnete Gruppe fielen und so Schwierigkeiten hatten eine adäquate Behandlung zu bekommen, war auch einer der Gründe dafür, dass die Kriterien für AN und BN in den neuen Ausgaben der Klassifikationssysteme DSM-5 und ICD-11 weiter gefasst wurden, sodass nun mehr Betroffene die Kriterien für eine der drei Essstörungen erfüllen und nicht einer »Restkategorie« zugeordnet werden müssen (American Psychiatric Association 2013; World Health Organization 2022). Die wichtigsten Änderungen im Vergleich zu den Vorgängerversionen sind, dass das Gewichtskriterium bei der AN verändert wurde – es reicht ein Gewicht bzw. Body Mass Index (BMI) von unter $18,5 \text{ kg/m}^2$ (statt früher $17,5 \text{ kg/m}^2$) bzw. ein Gewicht unterhalb der 5. Altersperzentile für die Diagnose aus. Auch fällt das Kriterium einer endo-

krinen Störung weg, welche vor allem am Vorliegen einer Amenorrhoe festgemacht wurde, die nicht vorliegt, wenn Hormonpräparate eingenommen werden, und für Jungen/Männer unpassend ist. Bei der BN änderte sich vom DSM-IV zum DSM-5 das Häufigkeits- und Zeitkriterium, welches erstmals in die neue ICD-Klassifikation aufgenommen wird: Es muss nun zu einem Essanfall pro Woche in den letzten drei Monaten gekommen sein – anstelle von durchschnittlich zwei Essanfällen pro Woche.

AN und BN beginnen fast immer in der Pubertät und Adoleszenz – die BN etwas später als die AN. Der früheste Beginn liegt bei ca. neun bis zehn Jahren (Herpertz-Dahlmann 2015). Eine Binge-Eating-Symptomatik kann sogar schon im Alter von sechs Jahren, im Sinne eines *Loss of Control Eating*³ auftreten. Hier ist aber umstritten, ob schon von einer BES gesprochen werden sollte. Die vulnerable Phase für die Entstehung einer Essstörung ist damit die Zeit des Erwachsenwerdens mit ihren gravierenden körperlichen und seelischen Veränderungen. Während von AN und BN überwiegend Mädchen und Frauen betroffen sind (siehe auch Kap. 2.2), ist das Geschlechterverhältnis bei der BES etwas ausgewogener – mit zwei Drittel Frauen und einem Drittel Männer (Herpertz et al. 2015).

Tab. 2-1: Zentrale Symptome von Essstörungen

- Anorexia nervosa (AN)
 - selbst herbeigeführtes Untergewicht
 - Angst vor Gewichtszunahme
 - Veränderung der Wahrnehmung des eigenen Körpers (»Körperbildstörung«)
- Bulimia nervosa (BN)
 - Essanfälle (Kontrollverlust)
 - Maßnahmen, die einer Gewichtszunahme entgegensteuern (z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Hungerphasen, exzessiver Sport)
 - Körperunzufriedenheit
- Binge-Eating-Störung (BES)
 - Essanfälle (Kontrollverlust)
 - Fehlen o. g. gegenregulierender Maßnahmen

3 Kontrollverlust beim Essen – der Begriff »loss of control eating« wird in der wissenschaftlichen Literatur gebraucht.

2.1.1 Komorbidität

Bei Essstörungen besteht oft eine Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen wie Depressionen, Angststörungen oder Suchterkrankungen. Diese Störungen können auch sekundär bedingt, d. h. eine Folge der Essstörung sein oder sich im Rahmen der Essstörung verstärken. So kann sich beispielsweise eine depressive Symptomatik entwickeln, wenn sich eine junge Frau mit einer BN immer stärker sozial isoliert und nur noch mit Essanfällen und Erbrechen sowie nachfolgenden Schuldgefühlen beschäftigt ist. Es kann auch zu vermehrtem Alkoholkonsum kommen, um das Erbrechen zu erleichtern und die Stimmung zu regulieren. Komorbide Störungen, wie z. B. eine Angsterkrankung, können aber auch schon vorher bestehen (Godart et al. 2002; Swinbourne et al. 2012). Dann werden sie oft von der Essstörung »kaschiert« und erst wieder »sichtbarer«, wenn sich die Symptome der Essstörung bessern.

Die frühere Annahme, dass Menschen mit einer Essstörung immer »schwer gestört« seien – damit war in der Regel gemeint, dass sie eine Persönlichkeitsstörung haben –, ist in dieser Pauschalität nicht richtig. Es findet sich das ganze Spektrum: Menschen, die beziehungs- und leistungsfähig sind und über gute psychische Fähigkeiten verfügen, in einer Krisenzeit aber trotzdem eine Essstörung entwickeln; und Menschen, die nur über eingeschränkte psychische Bewältigungsmöglichkeiten verfügen und/oder schwere emotionale, körperliche oder sexuelle Traumatisierungen erlebt haben. Eine Essstörung kann folglich ein »Lösungsversuch« für unterschiedliche zugrundeliegende Probleme sein. In Hinblick auf Persönlichkeitszüge lässt sich aber sagen, dass Menschen mit einer restriktiven AN eher ängstlich-zwanghafte und perfektionistische Züge aufweisen, während Menschen mit einer BN oder BES in einem höheren Ausmaß impulsive Züge zeigen (Cassin & Ranson 2005; Dahlenburg et al. 2019; Dufresne et al. 2020; Lilenfeld et al. 2006). Westen und Harden-Fischer (2001) sowie Thompson-Brenner und Westen (2005) unterscheiden im Weiteren drei Persönlichkeits»profile«, die sich bei Essstörungen finden lassen: ein Profil, welches sich durch geringe Kontrolle und Dysregulation auszeichnet (»dysregulated/undercontrolled«), ein Profil, bei welchem die Betroffene

nen vor allem zwanghafte Züge zeigen und »eingengt« (*constricted*) erscheinen, sowie ein hochfunktionales, perfektionistisches Profil (*high-functioning/perfectionistic*).

Betrachtet man abschließend noch die Komorbidität mit Persönlichkeitsstörungen, so ist die Borderline-Persönlichkeitsstörung (BPS) bei der BN häufiger als bei der AN, während bei dieser die zwanghafte Persönlichkeitsstörung überwiegt (Martinussen et al. 2016). Umgekehrt weisen über die Hälfte aller Menschen mit einer BPS auch ein gestörtes Essverhalten auf (Khosravi 2020). Dies passt zu Befunden von Miller et al. (2019), dass affektive Instabilität, Impulsivität und unangemessene Wut vor allem mit einer bulimischen Symptomatik assoziiert sind, eine Beeinträchtigung des Identitätserlebens hingegen eher mit einer AN.

Wichtig ist in der Diagnostik (Tab. 2-2 und Kap. 5.1) eine individuelle Beurteilung, bei der neben der Essstörung auch komorbide Störungen einschließlich einer möglichen Persönlichkeitsstörung und deren Schweregrad oder eine Persönlichkeitsproblematik berücksichtigt werden sollten. Eine Persönlichkeitsdiagnostik schließt neben einer Beurteilung des psychischen Funktionsniveaus eine optionale Spezifizierung von beeinträchtigten Persönlichkeitsmerkmalen ein (s. Systematik der ICD-11 sowie das alternative Modell für Persönlichkeitsstörungen des DSM-5) (Euler 2022).

Tab. 2-2: Diagnostik

- Art der Essstörung
 - Restriktiv
 - Ausmaß an Kontrollverlust
 - Unter-/Normal-/Übergewicht
 - Gegenregulierende Maßnahmen
- Komorbide Störungen
 - Angst, Depression, Zwangserkrankung, Suchterkrankungen
 - Vorbestehend oder sekundär
- Persönlichkeit
 - Komorbide Persönlichkeitsstörung (schwer, mittel, leicht) oder Persönlichkeitsproblematik (ICD-11)
 - Persönlichkeitsmerkmale nach ICD-11: negative Affektivität, Distanziertheit, Dissozialität, Enthemmung und Anankasmus
 - »Strukturniveau«, z. B. nach OPD-2 oder Einschränkung psychischer Funktionen (Identität, Selbststeuerung, Empathie, Nähe) nach DSM-5
- Traumatische Beziehungserfahrungen (Missbrauch oder Vernachlässigung) bzw. komplexe posttraumatische Belastungsstörung (ICD-11)