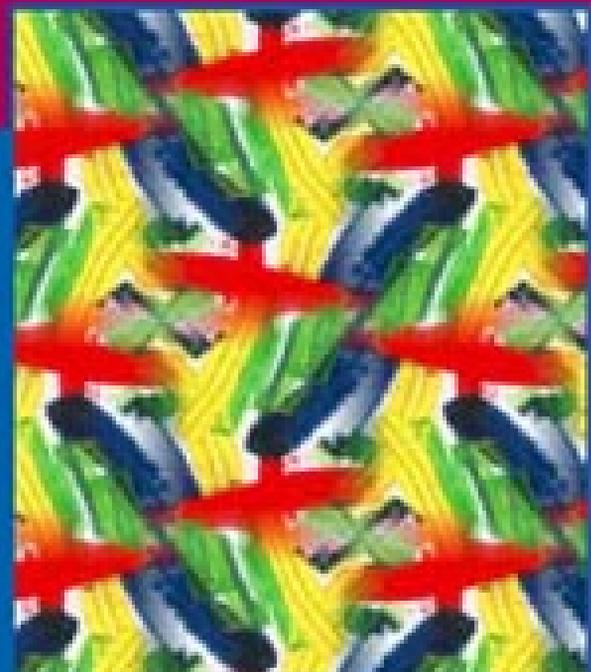

Praxis der Paar- und Familientherapie

herausgegeben von

M. Clerpka, A. Riehl-Ernste, M. Schmidt und K. A. Schneewind

Günter Reich

Familientherapie der Essstörungen



Hogrefe

Praxis der Paar- und Familientherapie

herausgegeben von

**Prof. Dr. Manfred Cierpka, PD Dr. Astrid Riehl-Emde,
Dr. Martin Schmidt und Prof. Dr. Klaus A. Schneewind**

Band 1

Familientherapie der Essstörungen

von

PD Dr. phil. Günter Reich



**Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle**

Familientherapie der Essstörungen

von

Günter Reich



**Hogrefe • Verlag für Psychologie
Göttingen • Bern • Toronto • Seattle**

PD Dr. phil. Günter Reich, geb. 1952. 1970-1977 Studium der Psychologie in Göttingen. Anschließend Weiterbildung in Paar- und Familientherapie, Psychoanalyse und Psychotherapie in Göttingen. 1986 Promotion. Ausbilder in psychoanalytischer Familien- und Paartherapie, Lehranalytiker und Dozent am Lou Andreas-Salomé-Institut für Psychoanalyse und Psychotherapie in Göttingen. 2000 Habilitation. Seit 1998 Leiter der Ambulanz für Familientherapie und für Essstörungen an der Klinik und Poliklinik für Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Göttingen.

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek

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

© by Hogrefe-Verlag, Göttingen • Bern • Toronto • Seattle 2003
Rohnsweg 25, D-37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien



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

Umschlaggrafik: Gabriele von Roden, Göttingen

Druck und Bindung: Druckerei Kaestner GmbH & Co. KG, D-37124 Göttingen/Rosdorf

Printed in Germany

Auf säurefreiem Papier gedruckt

ISBN 3-8017-1390-3

Inhaltsverzeichnis

Einleitung: Essen, Familie, Essstörungen	1
1 Beschreibung der Störungsbilder	5
1.1 Was sind „Essstörungen“?	5
1.2 Epidemiologie: Die Verbreitung von Essstörungen	6
1.3 Diagnostik und klinische Erscheinungsformen	7
1.3.1 Anorexia nervosa	7
1.3.2 Bulimia nervosa	9
1.3.3 Binge Eating Disorder (Essstörung mit „Fressanfällen“)	11
1.3.4 Adipositas	11
1.4 Körperschema-Störungen	12
1.5 Komorbidität	12
1.6 Prognose	12
2 Wie entstehen Essstörungen?	14
2.1 Die multifaktorielle Pathogenese	14
2.2 Soziale Einflüsse	14
2.3 Weibliche Rollenkonflikte	15
2.4 Genetische und andere biologische Faktoren	16
2.5 Persönlichkeitsfaktoren	16
2.6 Die Adoleszenz als „vulnerable Phase“ für die Entstehung von Essstörungen	17
3 Familie und Essstörungen	21
3.1 Die kausale und moderierende Rolle der Familie	21
3.2 Direkte Einflüsse der Familie auf das Essverhalten	22
3.3 Familiäre Beziehungen und Essstörungen	24
4 Familiendynamik bei Anorexie – Klinische Beobachtungen	25
4.1 Anorexie als Ausdruck von Konflikten um „die Grenze“	25
4.2 Familien anorektischer Patientinnen	25
4.3 Väter in Familien anorektischer Patientinnen und der ödipale Konflikt	29

4.4	Die Rolle des Essens in Familien anorektischer Patientinnen	30
4.5	Auslösende Situationen für Anorexie	30
4.6	Anorexie als Versuch zur Lösung interpersoneller Konflikte	31
5	Familiendynamik bei Bulimie – Klinische Beobachtungen	34
5.1	Bulimie als Ausdruck von Konflikten um Identität und Intimität	34
5.2	Familien bulimischer Patientinnen	34
5.3	Väter in Familien bulimischer Patientinnen und der ödipale Konflikt	38
5.4	Die Rolle des Essens in Familien bulimischer Patientinnen ..	40
5.5	Auslösende Situationen für Bulimie	40
5.6	Bulimie als Versuch zur Lösung interpersoneller Konflikte ..	41
6	Idealtypische Unterscheidung zwischen Bulimie und Anorexie	44
7	Sind die dargestellten Muster spezifisch?	45
8	Empirische Befunde	47
8.1	Untersuchungen zu Familien anorektischer und bulimischer Patientinnen	47
8.2	Die „Mischgruppe“: Familien bulimischer Anorektikerinnen	50
8.3	Sexueller Missbrauch bei Anorexie und Bulimie	51
8.4	Familien von Patientinnen mit Binge Eating Störung	51
8.5	Und die Männer?	52
9	Die familientherapeutische Behandlung von Anorexie und Bulimie	56
9.1	Familientherapie in der Behandlung von Essstörungen	56
9.2	Die Indikation zur Familientherapie und mögliche Kontra-Indikationen	57
9.3	Allgemeine Gesichtspunkte der Familientherapie bei Essstörungen	60

9.3.1	Wer sollte am Anfang eingeladen werden?	61
9.3.2	Wenn nicht alle Familienmitglieder kommen wollen oder kommen sollen	62
9.3.3	Etablierung eines Arbeitsbündnisses	64
9.3.4	Co-Therapie	64
9.3.5	Klärung des Therapieziels	65
9.3.6	Umgang mit Informationsfragen und dem Wunsch nach Ratschlägen	66
9.3.7	Umgang mit Beschuldigungen und Selbstbeschuldigungen ..	66
9.3.8	Die Einbeziehung der Großeltern	67
9.3.9	Umgang mit der Übertragungs-Gegenübertragungsdynamik ..	67
9.3.10	Techniken	68
9.3.11	Ein unverzichtbares Hilfsmittel: Das Genogramm	69
9.3.12	Besondere Vorgehensweisen im Umgang mit Essstörungen ..	71
9.4	Die drei Phasen der Anorexie-Behandlung	72
9.5	Die drei Phasen der Bulimie-Behandlung	77
10	Behandlungsverläufe	82
10.1	Familie Meixner: „Warum ist sie so schnell groß geworden?“ Therapie bei einer Patientin mit restriktiver Anorexie	82
10.2	Familie Weiß: „Da ist noch eine Rechnung offen“. Kombinierte Einzel- und Familienbehandlung einer Patientin mit bulimischer Anorexie	94
10.3	Familie Dauer: „Wer etwas für sich beansprucht, schädigt andere.“ Behandlung einer Anorexie bei einer jungen Erwachsenen	108
10.4	Familie Lungendorf: „Das geht niemanden etwas an.“ Makel und Verbergen in der Therapie einer Patientin mit Bulimie	117
10.5	Familie Naumann: „Zweiundzwanzig Jahre lang waren wir eine ganz normale Familie ...“ Behandlung bei einem Patienten mit bulimischer Anorexie	140
11	Schlussfolgerungen	156
	Literatur	158

Einleitung: Essen, Familie, Essstörungen

Essstörungen beschäftigen seit ca. zehn Jahren verschiedene Personenkreise und Berufsgruppen immer intensiver. Ambulant und im stationären Bereich tätige Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten müssen eine ständig steigende Zahl anorektischer und bulimischer Mädchen und junger Frauen oder Adipöse männlichen und weiblichen Geschlechts behandeln. Vielerorts sind Beratungsstellen und Therapiezentren entstanden, die sich ausschließlich diesen Krankheitsbildern widmen. Berufsgruppen, die mit Jugendlichen oder jungen Erwachsenen zu tun haben, wie z. B. Lehrer und Erzieher sind nahezu täglich mit Essstörungen konfrontiert. Gab es vor zehn oder fünfzehn Jahren in den Schulklassen der Oberstufe in einem Jahrgang eine Betroffene, so finden sich heute regelhaft in jeder Klasse mindestens eine manifest anorektische oder bulimische Schülerin, bei der die Mitschülerinnen und Mitschüler sowie die Pädagogen um diese Erkrankung wissen. Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen und Hautärzte sind mit der Problematik ebenso konfrontiert wie Eltern, Geschwister, Freundinnen, Partner und Bekannte.

Die Behandlungsfälle von Essstörungen haben zugenommen

Der vorliegende Band befasst sich vorwiegend mit den familiären Hintergründen und der Familientherapie von Magersucht und Bulimie. Diese Krankheitsbilder werden zudem kurz vorgestellt, ebenso die Adipositas und die seit einigen Jahren beschriebene Binge Eating Disorder (Essstörung mit „Fressanfällen“). Um die Familientherapie von Magersucht und Bulimie ihren biopsychosozialen Rahmen einordnen zu können, werden auch die anderen hier wirksamen Einflüsse beschrieben. Aus den dargestellten Behandlungsverläufen werden zudem auch wörtliche Gesprächspassagen zitiert, um den Leserinnen und Lesern einen möglichst lebendigen Eindruck in das Vorgehen zu vermitteln.

Essen, Fasten und Essstörungen sind intensiv mit der Regulierung sozialer Beziehungen verbunden. Hippokrates und andere glaubten fest an die heilende Wirkung des Fastens als Reinigung des Körpers und der Seele von Giften, der Befreiung von Krankheiten und der Lösung innerer Verstrickungen. In Japan galt es lange als große Demütigung eines Gegners, wenn man gegen ihn fastete und, sozusagen auf seiner Türschwelle, verhungerte. Fasten wurde und wird als politisches Druckmittel eingesetzt. Mahatma Gandhi führte 17 Hungerstreiks durch, um die Unabhängigkeit Indiens von England zu erkämpfen. In England setzten Frauen Hungerstreiks ein, um das Wahlrecht zu bekommen. Franz Kafka lässt seinen „Hungerkünstler“ unter anderem sagen: „... immerfort wollte ich, dass ihr mein Hungern bewundert ...“ (Kafka, 1924, S. 171). Die Prinzessin Margarethe von Ungarn wurde im 13. Jahrhundert als Kind von ihrem Vater in ein Kloster gegeben, da dieser ein Versprechen einzulösen hatte. Er brach dieses allerdings, als sei-

Essen und Fasten als Regulatoren sozialer Beziehungen

ne Tochter in das heiratsfähige Alter kam, um sie zu vermählen. Sie begann zu fasten und weigerte sich, mit der Familie zu essen. Allerdings bereitete sie gern die Mahlzeiten für andere zu. Auf Grund ihrer Kachexie verstarb sie im Alter von 26 Jahren an einer fieberhaften Infektion. Höchstwahrscheinlich handelt es sich hier um einen der ersten Fälle von Magersucht, von dem berichtet wird. Dabei ist allerdings zu beachten, dass ein wesentliches Kriterium der Anorexie eventuell nicht vorliegt, nämlich die Angst vor der Gewichtszunahme. Diese kennzeichnet die „modernen“ Essstörungen Magersucht und Bulimie und unterscheidet sie von anderen und anders motivierten Formen des Fastens (vgl. Habermas, 1994).

**Die elementare
Verbindung von
Familie und
Essen**

Auch Familie und Essen stehen in inniger Verbindung. Die Familie sorgt für die Ernährung und damit für das Überleben der Säuglinge, Kinder und Jugendlichen. Diesen elementaren Zusammenhang haben wir in unserem Lebenskontext weitgehend aus den Augen verloren. Er kommt uns erst in den seltenen und extremen Fällen von Vernachlässigung wieder zu Bewusstsein, in denen Familien diese Funktion nicht erfüllen. Die Nahrungsaufnahme ist im ersten Lebensjahr des Menschen zugleich ein wesentliches, wenn nicht das wesentliche Medium, in dem sich der Kontakt zur Umwelt, zu den ersten Beziehungspersonen abspielt. Hier finden zentrale Prozesse der Kommunikation und der wechselseitigen Einstimmung statt. Zugleich können sich hier erste Konfliktszenarien entwickeln.

Essen bleibt auch im weiteren Leben überlebensnotwendig. Es bleibt weiterhin ein wesentliches Medium von Beziehungsgestaltung und Beziehungserfahrung, von Entspannung, Regression und Lust, aber auch von Konflikten – ein Regulator und Barometer für interpersonelle und intrapsychische Prozesse auf verschiedenen Ebenen. Ob regelmäßig oder unregelmäßig gegessen wird, wer zu welcher Mahlzeit anwesend ist, ob zu bestimmten Zeiten bestimmtes gegessen wird: hierdurch wird ein elementarer Rhythmus des Essverhaltens internalisiert, der die betreffenden Individuen nachhaltig prägt. Ebenso tun dies Einstellungen zum Essen: Geschmacksvorlieben, Äußerungen von Abneigung oder Ekel, ob lustvoll, ob impulsiv, ob kontrolliert oder gezwungen gegessen wird, ob beim Essen gesprochen oder geschwiegen wird, ob die Mahlzeiten friedlich verlaufen oder im Streit, ob Essen als Trost angesehen wird oder als Strafe. Durch Essen wird ein äußeres Objekt in den eigenen Körper eingeführt. Hierdurch werden körperliche und psychische Grenzen definiert. Für die Entwicklung des Gefühls für Grenzen kann entscheidend sein, wer darüber bestimmt, wann, wie oft und wie viel gegessen wird, wann und in welchem Maße die Grenze überschritten werden darf. Damit ist zugleich die Dimension der Macht und der Kontrolle angesprochen: Wer sagt, wann es genug ist, wann jemand hungrig oder satt ist, was wem schmeckt oder zu schmecken hat und warum?

**Regulierung von
Lebensrhythmen,
Grenzen
und Macht
durch Essen**

Essen ist mit Werten und Idealen verbunden: Eventuell werden Bescheidenheit und Selbstdisziplin erwartet. „Gier“ kann verpönt oder geduldet sein. Einfach aus Lust noch etwas zu nehmen, kann Missbilligung hervorrufen oder gewünscht sein.

**Essen, Werte,
Ideale**

Essen kann Ausdruck von Liebe, Sympathie oder Abneigung sein oder so erlebt werden. Wird etwas gern gegessen, so fühlt sich die Köchin oder der Koch geachtet, angenommen. Wird etwas kritisiert oder zurückgewiesen, so kann dies als Missachtung oder Ablehnung empfunden werden oder diese tatsächlich ausdrücken.

**Essen und
Sympathie**

Essen kann mit Gefühlen von Identität und Zugehörigkeit verbunden sein: „Wir essen Fisch nur mit Reis.“ „Bei uns gibt es am Wochenende immer Obstkuchen.“ „Wir hätten sonntags niemals Bratkartoffeln gegessen.“ „Wir haben Suppen schon immer verabscheut.“ „Wir probieren jede Woche ein neues Rezept aus.“

**Essen, Identität,
Loyalität**

Schließlich kann Essen zu einer Loyalitätsfrage werden. Dies kann plump und offen geschehen: „Welchen Kuchen magst Du lieber, den von Deiner Mutter oder den von mir?“ Sie kann sich auch subtil bemerkbar machen, in einer stillen, zunächst nicht lokalisierbaren Unzufriedenheit über „Kleinigkeiten“: „An der Tomatensuppe fehlen mir doch die Nelken, aber ich will mich nicht so anstellen“, oder aber heftig aufbrechen, z. B. an emotional besetzten Festtagen, wenn es statt des unbewusst erwarteten Bratens vereinbarungsgemäß doch nur Rohkostsalat mit Joghurt-Dressing gibt.

Wie das Essen so kann auch der Verzicht darauf, das Diät halten oder Fasten, mit dem Problem der Grenze, der Kontrolle, Werten und Idealen, mit Identitäten und Loyalitäten verknüpft sein. Zudem kann nicht nur um das Essen und das Kochen sondern auch um den Verzicht, die Selbstdisziplin rivalisiert werden.

Diät halten

Essen ist intensiv mit Gewicht und Aussehen verbunden, mit der ersehnten Schlankheit und dem gefürchteten Übergewicht, mit dem Gefühl, attraktiv oder abstoßend zu wirken. Auch Aussehen und Schlankheit kann in Familien einen hohen Wert darstellen, der zu Konkurrenz, Kränkungen, Verletzungen und Gefühlen der Unzulänglichkeit beiträgt. Essen ist auch auf diese Weise mit dem Körpergefühl und der Einstellung zum eigenen Körper verbunden.

**Essen, Gewicht,
Aussehen**

Essstörungen können durch Konflikte auf allen angesprochenen Ebenen gefördert werden. Besteht z. B. eine Unsicherheit bezüglich der eigenen Grenzen und der Kontrolle darüber, so kann Essen bzw. Fasten ein Mittel werden, diese zu sichern. Dabei muss es nicht unbedingt so sein, dass Grenzüberschreitungen oder Einschränkungen der Autonomie über das Essen stattfanden. Hier spielt der Abwehrmechanismus der Verschiebung eine zentrale Rolle. Oft werden solche Konflikte auf das Essen verschoben, weil

**Verschiebung
von Konflikten
auf das Essen**

sie hier leichter zum Ausdruck gebracht werden können als in dem zu Grunde liegenden Konfliktbereich. Oft werden sie dort gar nicht bemerkt, sondern zeigen sich zunächst im Essen. Aufgabe der Familientherapie ist es, den Familienmitgliedern zu helfen, die Konflikte so auszutragen, dass das Essverhalten nicht mehr das „Schlachtfeld“ hierfür sein muss.

1 Beschreibung der Störungsbilder

1.1 Was sind „Essstörungen“?

Als „essgestört“ werden Menschen beschrieben, „für die das Essen die missbräuchliche Funktion hat, Probleme, die ansonsten unlösbar erscheinen, auf diese Art zu bewältigen“ (Bruch, 1991, S. 13).

Eine Definition von „Essstörung“

Essstörungen werden derzeit im DSM-IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association) als Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, nicht näher bezeichnete Essstörungen („Eating disorders not otherwise specified“) und Binge Eating Störung („Essstörung mit Fressanfällen“, deutsche Fassung des DSM-IV) definiert. Der ICD-10 unterscheidet neben der Anorexie und der Bulimie mit jeweils auch atypischen Formen „Essattacken bei anderen psychischen Störungen“, „Erbrechen bei anderen psychischen Störungen“, „andere Essstörungen“ und „nicht näher bezeichnete Essstörungen“. Mit Übergewicht und Adipositas werden nach internationalen Klassifikationen Abweichungen von Normalgewicht nach oben bezeichnet. Sie sind definitionsgemäß keine Essstörungen und nicht zwangsläufig mit pathologischem Essverhalten verbunden.

Diagnosen von Essstörungen

Im Vorfeld klinisch zu diagnostizierender Essstörungen finden sich häufig Formen gestörten Essverhaltens, in denen ein mehr oder weniger starker Missbrauch des Essens im Sinne von Hilde Bruch und eine gestörte Wahrnehmung bzw. übermäßig kritische Einstellung zum eigenen Körper vorliegt. In der Regel treten beide Faktoren, der missbräuchliche Umgang mit dem Essen bzw. Nicht-Essen und die gestörte Einstellung zum Körper, gemeinsam auf. Von dieser „Grauzone“, die viele Menschen betrifft, ausgehend, ist der Übergang zu den klinisch manifesten und weiter unter noch genauer zu definierenden Essstörungen fließend.

Gestörtes Essverhalten im Vorfeld von Essstörungen

Bei gestörtem Essverhalten ist das Essen

- angstbesetzt
- überwiegend außenorientiert
- rigide
- chaotisch
- abwechselnd rigide und chaotisch
- „das“ Mittel zur Stressbewältigung
- in starkem Maße stimmungsabhängig
- stark gewichtsabhängig
- die Gedanken/das Erleben beherrschend.

Eine gestörte Körperwahrnehmung zeichnet sich aus durch

- ständige Kontrolle oder kritische Beobachtung des Körpers und seiner

Gestörte Körperwahrnehmung

- Veränderungen, z. B. durch häufiges Wiegen, Messen des Körperfanges, u. a. durch „maßgebende“ Kleidungsstücke, ständiges Beobachten im Spiegel
- starke Abhängigkeit der Stimmung von geringfügigen Schwankungen oder Veränderungen
 - starke Verunsicherung, wenn die äußere Erscheinung nicht den vermeintlichen Normvorstellungen entspricht
 - ständiges Vergleichen mit anderen
 - starke Unzufriedenheit und intensiver Beschäftigung mit einzelnen Körperteilen
 - Vermeiden von Wiegen und Anschauen des Körpers im Spiegel
 - Übertreibung oder Vernachlässigung der Körperpflege.

1.2 Epidemiologie: Die Verbreitung von Essstörungen

Verbreitung von Essstörungen bei Mädchen und jungen Frauen

Die Prävalenz von Anorexie und Bulimie wird mit ca. 5% der Frauen im Alter zwischen 14 und 35 Jahren angegeben. Diese beiden Formen der Essstörung betreffen zu ca. 95% Frauen. Die Anorexia nervosa beginnt typischerweise um die Zeit der Pubertät, im Alter zwischen 14 und 18 Jahren. Es werden allerdings auch Ersterkrankungen vor dem 10. und nach dem 25. Lebensjahr beschrieben. Das Alter der Ersterkrankung für die Bulimie ist in der Regel höher. Es wird von einem Manifestationsmaximum im 18. Lebensjahr berichtet (vgl. Krüger et. al., 2001). Die Behandlungsfälle beider Erkrankungen haben in den letzten 20 Jahren zugenommen, in den letzten zehn Jahren z. T. drastisch. Ob dies einer echten Zunahme der Erkrankungsfälle entspricht, ist wahrscheinlich, aber nicht unumstritten (Habermas, 1996). Frauen aller sozialen Schichten sind betroffen. Anorexie kommt gehäuft in den höheren Sozialschichten vor (Gard & Freeman, 1996; McClelland & Crisp, 2001).

Essstörungen, soziale Schicht und Risikogruppen

Restriktives Essverhalten, ein extremes Schlankeitsideal, Sorgen um das Gewicht und eine Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper sind in starkem Maße mit der Zugehörigkeit zu höheren sozialen Schichten und dem entsprechenden Wertesystem verbunden (McClelland & Crisp, 2001; Ogden & Thomas, 1999). Diätverhalten ist ein wesentlicher Vorläufer für die Entwicklung von Essstörungen (Hsu, 1996; Pudiel & Westenhöfer, 1998). In nicht-westlichen Gesellschaften nimmt die Prävalenz von Essstörungen mit der von Diätverhalten zu (Hsu, 1996). In Europa ist ein erheblicher Teil junger Mädchen und Frauen der Hochrisikogruppe für Essstörungen zuzuordnen. Hier befinden sich nach einer von der Europäischen Union geförderten Studie an ca. 4.400 Schülerinnen in Westeuropa ca. 8% der Mädchen im Alter zwischen 11 und 13 und 14% der weiblichen Jugendlichen

zwischen 14 und 19 Jahren. Fast 50% der Mädchen zwischen 11 und 13 Jahren in Westeuropa haben bereits eine Diät gemacht. Ca. 40% der normalgewichtigen und der untergewichtigen Mädchen und weiblichen Jugendlichen zwischen 11 und 19 Jahren fühlen sich zu dick (Kabera, 1999). Zudem gibt es für die Entwicklung von Anorexie und Bulimie besondere Risikogruppen, in denen diese Erkrankungen häufiger als zu erwarten auftreten. Hierzu gehören Sportlerinnen und Sportler, Ballettschülerinnen (Hsu, 1996), Gymnastinnen und Studentinnen und auch Patientinnen und Patienten mit Diabetes mellitus (Herpertz et al., 1998).

Weitaus verbreiteter als die genannten Formen von Essstörungen sind Übergewicht und Adipositas. Deren Prävalenz steigt kontinuierlich. In der Bundesrepublik Deutschland ist ca. jeder zweite Erwachsene übergewichtig (BMI > 25) und jeder fünfte bis sechste adipös (BMI > 30, Leitlinienentwurf der Deutschen Adipositas-Gesellschaft 1999)¹. Die Prävalenz der Adipositas liegt je nach Geschlecht und Altersgruppe zwischen 5% bis 45%, mit einer Häufung zwischen 45 und 64 Jahren (Pudel & Westenhöfer, 1998). In westlichen städtischen Gesellschaften zeigt sich ein negatives Verhältnis zwischen sozialem Status und Adipositas: Je höher die eigene soziale Schicht und die der Eltern desto weniger verbreitet ist sie. In traditionellen Gesellschaften scheint dies umgekehrt zu sein. Neben Umwelteinflüssen scheinen genetische Faktoren bei der Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas eine erhebliche Rolle zu spielen. Übergewicht und Adipositas werden nicht zu den Essstörungen gerechnet, da sie nicht per se mit gestörtem Essverhalten und entsprechend gestörten Einstellungen einhergehen und nicht regelhaft Ausdruck seelischer Probleme oder Konflikte sind. Es gibt allerdings eine Untergruppe von Übergewichtigen und Adipösen, deren ungünstiges Ess- und Bewegungsverhalten durch seelische bzw. interpersonelle Konflikte bedingt ist. Vermutlich gibt es hier sehr starke Überschneidungen zu Patientinnen und Patienten mit Binge Eating Störung. Zudem können Übergewicht und Adipositas mit erheblichen intrapsychischen und interpersonellen Problemen einhergehen, die ebenfalls der fachkundigen Behandlung bedürfen (vgl. Cuntz, 2001; v. Hippel & Pape, 2001).

**Übergewicht,
Adipositas und
Essstörungen**

1.3 Diagnostik und klinische Erscheinungsformen

1.3.1 Anorexia nervosa

Die Betroffenen haben eine große Angst davor, dick zu werden und halten ihr Körpergewicht bewusst deutlich unter der altersentsprechenden Norm.

¹ Der Body Mass Index (BMI, auch: Quetelets-Index) ist der Quotient aus dem Körpergewicht in kg zur Körperoberfläche (Quadrat der Körpergröße in Meter).

Merkmale der Anorexie

Die Beeinflussung des Körpergewichts kann durch extreme Nahrungsrestriktion, durch Erbrechen, Abführmittel-, Appetitzügler- oder Diuretikamissbrauch erreicht werden. Das Verhältnis zum eigenen Gewicht, zur eigenen Figur und die Wahrnehmung der eigenen Körpererscheinung sind auffällig verändert. Die Betroffenen erleben sich unabhängig vom tatsächlichen Gewicht als zu dick und können die eigene Figur und ihren Körper nicht realistisch wahrnehmen oder darstellen. Hinzu kommen eine intellektuelle und körperliche Hyperaktivität, ein erstaunliches Leistungsstreben trotz körperlicher Einschränkung und eine sekundäre Amenorrhoe. Eine Amenorrhoe wird dann angenommen, wenn die Periode nur unter Hormoneinnahme auftritt. Die Amenorrhoe tritt bei bis zu 50% der Patientinnen schon vor oder zu Beginn der Gewichtsabnahme auf.

Die „Gewichtspahobie“

Für das Verständnis der bei der Anorexie wirksamen seelischen Faktoren wird die „Gewichtspahobie“ zum entscheidenden Kriterium, das sie von anderen Formen des Fastens, die z.B aus religiösen oder politischen Motiven, aber auch im Zusammenhang mit anderen seelischen Erkrankungen, z. B. Depressionen oder Hysterien, unterscheidet (Habermas, 1996).

In der ICD-10 der WHO (International Classification of Mental and Behavioral Disorders) wird eine Anorexia nervosa (F 50.0) folgendermaßen diagnostiziert:

Kriterien der ICD-10 für Anorexia nervosa (F 50.0)

Diagnostische Kriterien der Anorexie

1. Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten oder Quetelets-Index (BMI, vgl. oben) von 17,5 oder weniger
2. Gewichtsverlust selbst herbeigeführt durch:
 - a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
 - b. selbstinduziertes Erbrechen
 - c. selbstinduziertes Abführen
 - d. übertriebene körperliche Aktivitäten
 - e. Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika
3. Körperschema-Störung als eine tief verwurzelte überwertige Idee; sehr niedrige Gewichtsschwelle
4. Endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse): Amenorrhoe (bei Männern: Libido- und Potenzverlust)
Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt

„Atypische Anorexie“

Sind nicht alle genannten Bedingungen erfüllt, handelt es sich nach der ICD-10 um eine atypische Anorexia nervosa (F 50.1). Hierunter fallen z. B. Frauen, die untergewichtig sind, restriktiv essen, eine Körperschemastörung aufweisen und eine sekundäre Amenorrhoe haben, deren Gewicht aber