

Aus der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie und Psychotherapie
der Universität Würzburg

Direktor: Professor Dr. med. Jürgen Deckert

**Soziodemographie, Psychopathologie und Persönlichkeitsfaktoren von
„Heavy Usern“ mit anorektischen und bulimischen Essstörungen**

Inaugural - Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde der
Medizinischen Fakultät
der
Julius-Maximilians-Universität Würzburg

vorgelegt von

Emilia Banduch

aus Bad Neustadt an der Saale

Würzburg, Dezember 2016

Referent: Prof. Dr. med. B. Pfuhlmann
Korreferent: Prof. Dr. med A. Warnke
Dekan: Prof. Dr. med. M. Frosch

Tag der mündlichen Prüfung: 29.09.2017

Die Promovendin ist Zahnärztin.

In Liebe meinen Eltern.

Inhaltsverzeichnis

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS	I
1 EINLEITUNG	1
1.1 Hintergründe und Begriffsdefinition der Anorexia und Bulimia nervosa	2
1.2 Epidemiologie von Essstörungen	3
1.3 Diagnosekriterien und Krankheitsbild	5
1.4 Ätiopathogenese gestörter Essmuster	10
1.5 Prognostische Faktoren, Verlauf und Langzeitprognose	14
1.6 Psychopathologie und Persönlichkeit von Patienten mit Essstörungen	16
2 HÄUFIGE INANSPRUCHNAHME MEDIZINISCHER DIENSTLEISTUNGEN	23
2.1 Definition und Bedeutung des Heavy Users im heutigen Gesundheitssystem	23
2.2 Die Probleme der Heavy User-Forschung	24
2.3 Das Profil des Heavy Users und bisherige Forschungsergebnisse	26
3 FRAGESTELLUNGEN DER STUDIE	30
4 METHODEN	31
4.1 Stichproben und Selektionskriterien	31
4.2 Untersuchungsmethoden	33
4.2.1 Eysenck Persönlichkeitsinventar	33
4.2.2 Freiburger Persönlichkeitsinventar	34
4.2.3 Fragebogen zur Abschätzung psychosomatischen Krankheitsgeschehens	36
4.2.4 State-Trait-Angstinventar	37
4.3 Statistische Auswertung	38

5	ERGEBNISSE	40
5.1	Analyse der Stichprobendaten	40
5.1.1	Allgemeine Daten bei Aufnahme und Entlassung	40
5.1.2	Soziodemographische Daten	43
5.1.3	Verlauf der Erkrankung	46
5.1.4	Psychopathologischer Aufnahmebefund	50
5.2	Auswertung der Fragebögen	53
5.2.1	Eysenck'sches Persönlichkeitsinventar (EPI)	53
5.2.2	Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)	56
5.2.3	Fragebogen zur Abschätzung psychosomatischen Krankheitsgeschehens (FAPK)	60
5.2.4	State-Trait-Angstinventar	66
6	DISKUSSION	70
6.1	Stichprobenvergleich	71
6.2	Diskussion der Fragebogenergebnisse	82
6.2.1	Persönlichkeitsdiagnostik	82
6.2.2	Anfälligkeit für psychosomatische Krankheitsentwicklung	86
6.2.3	Angst	90
7	ZUSAMMENFASSUNG	93
8	LITERATUR- UND QUELLENVERZEICHNIS	96
	TABELLENVERZEICHNIS	112
	ABBILDUNGSVERZEICHNIS	113
	ANHANG	114
	DANKSAGUNG	II
	LEBENS LAUF	III

Abkürzungsverzeichnis

AN	Anorexia nervosa
ANOVA	Analysis of variance
APA	American Psychiatric Association
BMI	Body Mass Index
BA	Bulimarexie
BED	Binge Eating Disorder
BN	Bulimia nervosa
CMR	Crude Mortality Rate
DSM	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders
EDNOS	Eating Disorder Not Otherwise Specified
ES	Essstörungen
EPI	Eysenck Persönlichkeitsinventar
FAPK	Fragebogen zur Abschätzung psychosomatischen Krankheitsgeschehens
FPI	Freiburger Persönlichkeitsinventar
HU	Heavy User
NHU	Nicht-Heavy User
ICD	International Classification of Diseases
PS	Persönlichkeitsstörungen
SIB	Self-Injurious Behaviour
SD	Standard Deviation
STAI	State-Trait Anxiety Inventory
WHO	World Health Organization

1 Einleitung

Essstörungen gehören im 21. Jahrhundert zu den häufigsten psychosomatischen Erkrankungen von Mädchen und jungen Frauen der westlichen Zivilisation. Durch das Aufgreifen dieser Störung in den modernen Medien, allen voran der Boulevardpresse und deren Präsentation erkrankter, meist im öffentlichen Leben stehender Personen, rückt das einstige Tabuthema immer mehr in den öffentlichen Blickpunkt. Es stellt sich schon zu Beginn die Frage, warum sie gerade in den Industrienationen dominiert, wo doch dem Grundbedürfnis zur Nahrungsaufnahme in der vorgelebten Konsummanie keine Grenzen gesetzt sind. Essstörungen sind demnach kultur- und wohlstandsabhängig. *„Hungern im Überfluss oder Fressen bis zum Erbrechen können nur in Wohlstandsgesellschaften als Ausdruck individueller und interpersoneller Probleme entstehen und als Symbol eines Protestes gegenüber gesellschaftlichen Bedingungen verstanden werden“*, schrieb Buddeberg-Fischer (2000; S.4). Doch allein das Auftreten massiver chronischer Krankheitsverläufe und hoher Mortalitätsraten, wie sie bei der Anorexie und Bulimie zu finden sind, lässt deutlich erkennen, dass es sich hier nicht nur um den Wunsch nach Imitierung ideologischer Körpermaße oder dem Hungerprozess als Art des Protestes als alleinige Ursache handeln kann. Hinter dieser Störung verbirgt sich ein weitreichender multifaktorieller und komplexer Krankheitsmechanismus mit ausgedehnten Komorbiditätsbeziehungen.

Trotz des stetigen Ausbaus medizinischer, psychiatrischer und psychologischer Versorgungsnetze in Deutschland nehmen die Einweisungen in betreuende Einrichtungen zu. Hierbei sticht vor allem eine Gruppe der Patienten ins Auge, die, obwohl sie nur einen kleinen Teil der Erkrankten ausmacht, einen Großteil der zur Verfügung stehenden Ressourcen durch immer wiederkehrende Einweisungen in Anspruch nimmt – wir sprechen hierbei von Heavy Usern. Etliche Studien beschäftigten sich bereits mit dem seit vielen Jahren bekannten Phänomen, welches sich zu einer enormen Belastung für das Gesundheitssystem entwickelt hat. Trotz gezielter Ursachenforschung ist es bislang nicht gelungen, ein hinreichendes Verständnis für diese „Therapieresistenz“ zu entwickeln, um gegensteuernd eingreifen zu können.

Diese Arbeit soll mit der Gegenüberstellung einer Vielnutzer-Gruppe von Essgestörten mit den in einer strukturierten Literaturanalyse erarbeiteten neuesten Studienergebnissen

zu Essstörungen und Heavy Usern Unterschiede, Gemeinsamkeiten und Auffälligkeiten aufzeigen. Die Ergebnisse sollen dazu beitragen, zukünftige Heavy User rechtzeitig zu identifizieren, um gezielter primär- und sekundärpräventiv eingreifen zu können.

1.1 Hintergründe und Begriffsdefinition der Anorexia und Bulimia nervosa

Bereits 1873 fand die Magersucht in Form der „Anorexia hysterica“ unter ihrem Erstentdecker, dem französischen Arzt Ernest-Charles Lasègue und dem Engländer Sir William Gull ihren Einzug in die dokumentierte Medizin. Letzterer prägte die heute übliche Bezeichnung der „Anorexia nervosa“ (Gull, 1874). Schon damals betonten beide Autoren unabhängig voneinander den psychogenen Charakter dieser Essstörung. Lasègue hob vor allem den Stellenwert familiärer Einflussfaktoren bei der Entstehung und dem Verlauf des Störungsbildes hervor. Dennoch stützten sich die weiteren medizinischen Untersuchungen hauptsächlich auf somatische Erklärungsansätze. Die nosologische Einteilung gestaltete sich aufgrund grundverschiedener Stellungnahmen zum Krankheitsmechanismus der Anorexia nervosa weiterhin schwierig. Wurde sie nach der Erstbeschreibung von einigen nun als ein Nervenleiden proklamiert und von anderen als eine Form der Melancholie beschrieben, nahm man später eine organbedingte, endokrine Störung als ursächlich an (Fichter, 1985). Auch die Abgrenzung zur Schizophrenie und Depression gestaltete sich zunächst schwierig (Thomä, 1961). Erst das Wiederaufgreifen des psychopathologischen Zusammenhangs dieser Erkrankung zu Beginn des 20. Jahrhunderts konnte das Verständnis für diese Störung erweitern und ermöglichte eine einheitliche Klassifikation.

Die Bulimie wurde als Nachzügler erst 1980 offiziell als eigenständiges Krankheitsbild erfasst, nachdem sie von Russel ein Jahr zuvor zum ersten Mal in einer Arbeit von der Magersucht abgegrenzt wurde. In seiner Abhandlung beschreibt er diese Form der Essstörung als eine „bedrohliche Variante der Anorexia nervosa“ (Russel, 1979). Diese neue, rätselhafte Erscheinungsform sollte in den nächsten Jahren nicht nur einen Bekanntheitsgrad epidemischen Ausmaßes erreichen (Palmer, 2004). Schnell fand man heraus, es handelte sich um ein bereits weit verbreitetes „modernes“ Problem der jungen Frauen der westlichen Zivilisation mit erschreckend hoher Prävalenz (Fairburn und Beglin, 1990).

Der Blick auf die Etymologie der Bulimia und Anorexia nervosa lässt bereits Rückschlüsse auf den Hauptaspekt der Erkrankungen zu. Die Bulimie leitet sich von dem altgriechischen "boulimia" (limos = Hunger; bous = Ochse) ab. Die Übersetzung in „Ochsenhunger“ verdeutlicht die Grundproblematik der Störung – immer wiederkehrende Heißhungeranfälle, ein unkontrollierbares Hungergefühl, das hier mit einem unstillbaren Verlangen tierischen Ursprungs verglichen wird.

Der Terminus „Anorexia nervosa“ beherbergt das griechische Wort „anorexis“, das in „Mangel an Begierde“ oder „ohne Appetit“ übersetzt werden kann. Dies ist zunächst irreführend in der Annahme, das Krankheitsbild würde aus der Appetitlosigkeit heraus entstehen. Was keinesfalls zutreffend ist, da die Hungergefühle in Wirklichkeit bewusst unterdrückt werden (Stahr et al., 1995). Der Zusatz „nervosa“, der den nosologischen Zusammenhang dieser Störungen verdeutlicht, betont den Stellenwert der psychischen Komponente im Rahmen dieser Störungsbilder.

Mittlerweile haben viele Begriffsmodifikationen der genannten Essstörungen ihren Weg in die Literatur gefunden. Neben der „juvenilen oder Pubertätsmagersucht“ wurden für die mittlerweile international gängige Bezeichnung der Anorexia nervosa auch die Synonyme „Pubertal-Dystrophie“, „psychogene Anorexie“, „Pubertätsneurose“, „Kachexia nervosa“ oder „Anorexia mentalis“ verwendet (Fichter, 2011). Die Bulimia nervosa ist auch unter den Synonymen „Ess-Brech-Sucht“, „Compulsive overeating“, „Food addiction“, „Binge-purge /Binge-vomit syndrom“ oder „Dietary chaos syndrom“ geläufig.

1.2 Epidemiologie von Essstörungen

Die Anorexia nervosa (AN) stellt die dritthäufigste chronische Störung der jugendlichen Bevölkerung dar (Emans, 2000; Nicholls und Viner, 2005). Sie betrifft etwa 0,3 bis 0,5 % der jungen Mädchen. Nach einem schrittweisen Anstieg der Inzidenz- und Prävalenzraten vor allem in der Gruppe der 15 - 24jährigen Frauen (Szmukler et al., 1986; Lucas et al., 1991) mit einem Höhepunkt in den 70er Jahren berichten jüngste epidemiologische Studien über eine weitgehende Konstanz der Neuerkrankungen mit Magersucht in den 80er und 90er Jahren (Hoek, 2006). In einer Fallzählung konnte Currin (2005) in den Jahren 1994 bis 2000 ebenfalls eine Stagnation feststellen.

Lediglich in der Risikogruppe der 15-19jährigen konnte in der jüngsten Metaanalyse ein Anstieg der Neuerkrankungen pro Jahr verzeichnet werden (Smink et al, 2012). Nach Smink et al. ist jedoch unklar, ob hierbei eine frühere Erkennung oder ein tatsächlich früherer Erkrankungsbeginn die tragende Rolle spielen. Die Inzidenz für die Anorexia nervosa liegt heute bei acht Neuerkrankungen pro 100000 Personen pro Jahr.

Nur wenige Studien liegen zur Epidemiologie der Bulimia nervosa (BN) vor. Die Angaben zur Inzidenz schwanken zwischen 6,6 und 13,5 pro 100000 Personen im Jahr (Hoek, 2006). Die teilweise sehr unterschiedlichen Inzidenzangaben resultieren unter anderem aus der hohen Komorbiditätsrate mit anderen psychischen Störungen.

Die Anzahl der Neuerkrankungen mit Bulimie erreichte in den 90er Jahren ihren Höhepunkt, was unter Umständen auf das verstärkte Interesse und erhöhte Augenmerk auf eine damals „neue Modeerscheinung“ zurückzuführen ist (Turnbull et al. 1996). Sie befindet sich bei einer Verringerung der Inzidenz in der Gruppe der 20 - 39jährigen seitdem leicht im Rückgang. Die Prävalenz wird mit etwa 1 % angegeben, allerdings weisen viele Autoren auf eine hohe Dunkelziffer hin. Da Patienten mit Essstörungen (ES) dazu neigen, die Erkrankung zu verheimlichen, nehmen den neuesten Untersuchungen zufolge nur etwa ein Drittel aller Anorexie-Fälle sowie eine Minderheit von 6 % der Bulimiker psychiatrische Behandlung in Anspruch (Hoek, 2006).

Essstörungen sind im Vergleich mit anderen psychischen Erkrankungen eher selten anzutreffen. Dennoch sind sie von hoher gesundheitspolitischer Relevanz. Die Gründe hierfür liegen nicht nur im häufigen Auftreten therapieresistenter Fälle, sondern auch in der hohen Zahl an Erkrankten, die kein charakteristisches Vollbild, sondern lediglich subklinische Expressionen von Essstörungen aufzeigen. So existieren Hinweise, dass subklinische Formen in der Gruppe der 16 - 24jährigen eine Prävalenz von bis zu 10 % haben können (Walsh et al., 2000).

Das größte Risiko, an einer AN oder BN zu erkranken, liegt nach wie vor in der Gruppe der 10 - 19jährigen. Dabei wurden in der Literatur zwei Erkrankungsgipfel eruiert. Sie liegen bei 14 und 18 Jahren (Herpertz-Dahlmann, 2009). Besorgniserregend ist ein zu verzeichnender Anstieg der kindlichen AN (10 - 14 Jahre). Bulimische Störungen im Kindesalter sind dagegen selten anzutreffen. Die bislang größte bundesweite Studie (NVS II, Max Rubner-Institut, 2008) zeigt, dass die Zahl der untergewichtigen Mädchen

zwischen dem 14. und 17. Lebensjahr von vier auf 10 % angestiegen ist. Models, Tänzerinnen und Leistungssportler stellen Berufsgruppen dar, die stärker gefährdet sind (Herpertz-Dahlmann, 2009). In der Gruppe der jungen Athleten werden Prävalenzraten von bis zu 19% angegeben (Pernick et al., 2006)

Aus den wenigen epidemiologischen Datensätzen zu Männern mit Essstörungen sticht ein Geschlechterverhältnis von etwa 10:1 zu Lasten der weiblichen Patienten hervor (Buddeberg-Fischer, 2000). An dieser Verteilung hat sich in den letzten Jahren nicht wesentlich etwas geändert.

1.3 Diagnosekriterien und Krankheitsbild

Hauptproblematik der Essstörungen ist sicherlich deren Identifizierung und diagnostische Einteilung. Bekannt ist zudem, dass diese „Psychosomatosen“ keine festen Entitäten verkörpern, sondern im Verlauf der Erkrankung ineinander übergehen, sich vermischen oder zeitweise die Charakteristik einer atypischen Essstörung annehmen können. Bulik et al. (1997) folgerten aus ihrer Studie, dass die Hälfte der anorektischen Patienten früher oder später eine Bulimie entwickelt. Ein umgekehrter Verlauf ist seltener anzutreffen. Cotrufo et al. (2005) sehen die Bulimie daher als eine „gescheiterte Form“ der Anorexia nervosa an.

Die heutigen Klassifikationssysteme orientieren sich an den von Hilde Bruch bereits 1973 definierten Kardinalsymptomen von Essstörungen. Bruch legte mit diesen den Grundstein für spätere empirische Forschungsansätze zu Essstörungen. Hierzu gehörten das Vorliegen einer Körperschemastörung, die Störung der interozeptiven, propriozeptiven und emotionalen Wahrnehmung sowie ein alles durchdringendes Gefühl der eigenen Unzulänglichkeit.

Die Klassifikation und Einordnung der Essstörungen basiert auf den Definitionen der Internationalen Klassifikation der Krankheiten in der 10. Revision (ICD-10) der World Health Organisation (WHO, 1992; ICD-GM-Version, 2012), die Essstörungen in Kapitel V unter der Rubrik „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ einordnet, sowie auf dem Diagnostischen und Statistischen Manual Psychischer Störungen (DSM-IV) der American Psychiatric Association (APA, 1994). Dieses liegt seit Mai 2013 in der neu überarbeiteten 5. Edition vor. Obwohl die hier

untersuchte Gruppe der essgestörten Patienten noch nach den Kriterien des DSM-IV eingeordnet wurde, beschreibt dieses Kapitel die neueste Version des DSM, da sie notwendige, schon seit langem geforderte Ansätze für eine einheitlichere internationale Klassifikation liefert.

Klassifikationskriterien nach ICD-10

Folgende diagnostische Leitlinien der ICD-10 beschreiben das Störungsbild der **Anorexia nervosa** (WHO, 1992; Dilling et al., 2000):

1. Das tatsächliche Körpergewicht bewegt sich mindestens 15 % unter dem erwarteten Gewicht (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelets-Index von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
 - a. Vermeidung von hochkalorischen Speisen
 - b. selbst induziertes Erbrechen
 - c. selbst induziertes Abführen
 - d. übertriebene körperliche Aktivitäten
 - e. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.
3. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich fest.
4. 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 ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption.) Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderung des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.
5. 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.

Die Nomenklatur der Anorexia nervosa sieht in den Leitlinien des ICD - 10 zudem eine subtypische Abgrenzung der Magersucht vor. Differenziert wird die rein restriktive (F50.00), von der bulimischen Form (F50.01), die mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsregulation verbunden ist.

Um von einer manifesten **Bulimia nervosa** (F50.2) sprechen zu können, müssen nach dem Diagnoseschlüssel der ICD - 10 folgende Krankheitsmerkmale vertreten sein:

1. Eine andauernde Beschäftigung mit dem Thema Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln sowie Essattacken, bei denen große Mengen an Nahrung innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden.
2. Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika.
3. Die psychopathologische Auffälligkeit besteht in einer krankhaften Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine genaue Gewichtsgrenze, die weit unter dem prämorbidem oder „gesunden“ Gewicht liegt.
4. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen.

Klassifikationskriterien nach DSM-IV

Der DSM-Katalog stellt die für die Forschung international gebräuchlicheren Leitlinien für Essstörungen dar. Für die Anorexia nervosa liegen folgende Kriterien vor (APA, 1994).

- A. Das Körpergewicht liegt unterhalb dem für die Körpergröße und Alter entsprechenden Minimum (dies entspricht weniger als 85 % des erwarteten Gewichtes).
- B. Trotz bestehendem Untergewicht besteht eine ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder Angst vor dem Dickwerden.
- C. Die Wahrnehmung hinsichtlich Gewicht, Größe und Form ist gestört. Das Körpergewicht hat einen unangemessenen Einfluss auf die Selbstbewertung, die Krankheit wird vehement verleugnet.

Folgende diagnostischen Merkmale des DSM beschreiben das Krankheitsbild der **Bulimia nervosa**:

- A. Wiederkehrende Episoden von Fressanfällen, die durch folgende Merkmale gekennzeichnet sind:
 - (1) Schnelle Aufnahme einer großen Nahrungsmenge innerhalb einer bestimmten Zeitspanne, wobei diese Nahrungsmenge erheblich größer ist, als die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum unter ähnlichen Bedingungen essen würden.
 - (2) Das Gefühl, das Essverhalten während dieser Episode nicht unter Kontrolle zu haben.
- B. Wiederholte, gegensteuernde Maßnahmen zur Verhinderung einer Gewichtszunahme, wie z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien oder Diuretika, Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.
- C. Fressanfälle und das Kompensationsverhalten kommen in einem Mindestzeitraum von drei Monaten im Durchschnitt mindestens ein Mal pro Woche vor.
- D. Andauernde, übertriebene Beschäftigung mit Gewicht und Figur, die einen starken Einfluss auf die Selbstbewertung haben.
- E. Die bulimische Symptomatik tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa auf.

Der DSM sieht zudem eine Subklassifizierung in den „Purging“- und „Non-purging“-Typ vor.

In den letzten Jahren waren Zweifel bezüglich der Brauchbarkeit der bestehenden Kriterien für die Diagnosestellung von Essstörungen aufgekommen. Eine immer größere Gruppe an Forschern forderte daher alternative, neue Ansätze und eine Überarbeitung der diagnostischen Kriterien für die AN und BN (Hebebrand et al., 2004; Herpertz-Dahlmann, 2009). Die Gründe hierfür lagen unter anderem im Fehlen empirischer Beweise für die Beständigkeit bestimmter Hauptkriterien. Hinterfragt wurden im Besonderen die Aussagekraft des niedrigen BMI und das Vorliegen einer Amenorrhoe bei der Anorexia nervosa (Garfinkel et al., 1996; Watson und Andersen, 2003). So ist ein niedriger BMI auch unter gesunden Individuen anzutreffen und das Ausbleiben der Regel scheint die Schwere der Symptomatik nicht zu beeinflussen. Auch zeigen menstruierende Patientinnen ähnliche psychopathologische Befunde wie die Gruppe der nicht-menstruierenden erkrankten Frauen (Herpertz-Dahlmann, 2009).

Einen weiteren Kritikpunkt der Autoren stellte die Auffangdiagnose EDNOS (Eating Disorder Not Otherwise Specified) dar, die alle Krankheitsbilder vereinte, die nicht eindeutig der AN oder BN zugeordnet werden konnten (Nielsen und Palmer, 2003). Jüngste wissenschaftliche Rechercharbeiten bestätigen die EDNOS nicht nur als die häufigste Erkrankung in klinischer Praxis (Button et al., 2005; Fairburn und Cooper, 2007), die insbesondere in der ambulanten Versorgung mit etwa 60 % noch stärker vertreten zu sein scheint (Hoek, 2006), sondern trotz ähnlicher Psychopathologie als die bislang am schlechtesten untersuchte Gruppe.

Das Kapitel „Ernährung und Essstörungen“ des DSM enthält in seiner neuesten Revision (DSM-V; APA), die im Mai 2013 veröffentlicht wurde, die nun schon seit langem geforderten Änderungen, anhand derer die Symptomatik der Psychosomaten klarer definiert wird. Einschneidend ist hierbei die offizielle Anerkennung der Binge-Eating-Störung (BED) als eigenständige Essstörung, die laut Hoek (2006) zwischen 1 – 2,6 % der Essgestörten vereinigt. Durch deren Erfassung als auch durch eine erweiternde Überarbeitung der Kriterien für AN und BN wurde die Gruppe der „Eating Disorders Not Otherwise Specified“ (EDNOS) zugunsten der AN und BN stark eingegrenzt.

Wie seit langem gefordert, wurde das bislang feste Kriterium der „Amenorrhoe“ für die Diagnose Anorexia nervosa ausgeklammert, so dass sowohl die Gruppe der Männer, als auch die Gruppe der Frauen und Mädchen, die trotz eindeutigem Untergewicht keine Amenorrhoe zeigen, bzw. noch zu jung oder bereits zu alt für den natürlichen Periodenzyklus waren, nun klarer eingeordnet werden kann. Auch die Leitlinien für die Bulimia nervosa wurden ausgeweitet, indem bereits diejenigen mit BN klassifiziert werden, die schon mindestens ein Mal (ursprünglich 2x) pro Woche Fressattacken an den Tag legen. Die Kriterien in der Gruppe der EDNOS-Erkrankten blieben unverändert.

Die in dieser Studie untersuchten Patienten wurden anhand der Vorgänger, dem DSM-III-R und DSM-IV, klassifiziert.

Differentialdiagnostik

Da die typischen Anzeichen einer Essstörung, wie Gewichtsabnahme, Appetitlosigkeit oder ein abnormales Essverhalten auch mit anderen Erkrankungen einhergehen können, müssen nach eingehender anamnestischer Untersuchung somatische und psychische Differentialdiagnosen zunächst ausgeschlossen werden. Hierzu gehören in erster Linie chronische Störungen, wie Malabsorptions- und Stoffwechselstörungen (z.B. Morbus Crohn, Zöliakie, Schilddrüsenfunktionsstörungen), seltener onkologische Erkrankungen oder chronische Infektionen (z.B. Tuberkulose), die internistisch abgegrenzt werden müssen. Anorektische Reaktionen oder psychogenes Erbrechen können zudem im Zusammenhang mit Belastungs- und Anpassungsstörungen, Suchterkrankungen, Psychosen des schizophrenen Spektrums, Persönlichkeitsstörungen (insbesondere vom Borderline-Typ) sowie depressiven Störungen stehen. Die genannten Erkrankungen führen zu einem ungewollten Gewichtsverlust und zeigen nicht die spezifische, ausgeprägte Angst, zu dick zu werden. (Herzog et al., 2004; Jacobi et al., 2004).

1.4 Ätiopathogenese gestörter Essmuster

Wie schon erwähnt, manifestieren sich Essstörungen am häufigsten in der frühen Adoleszenz, einem sensiblen Zeitpunkt der Entwicklung, der auch als „biopsychosoziale Umbruchphase“ bezeichnet wird (Buddeberg-Fischer, 2000). Im

Laufe dieses Prozesses sind die Jugendlichen einer Mehrfachbelastung ausgesetzt, dem Zusammenspiel von körperlichen und physiologischen Veränderungen, einer gesteigerten Rollenerwartung aus dem Umfeld, sowie dem Irrweg der Identitätssuche. Treten nun in diesem Abschnitt erhöhter Vulnerabilität gesteigerte psychische Belastungen auf, so kann dies zur Entstehung von Essstörungen führen. Bruch schrieb bereits 1973, dass atypisches Essverhalten als eine Maßnahme gesehen werden muss, um inneren Stress oder Anpassungsprobleme zu tarnen oder zu lösen (Selbstwertstabilisierung). Seitdem haben viele Entstehungsmodelle und Störungstheorien den Weg in die Literatur gefunden, die jedoch alle auf einem multifaktoriellen Entstehungsmechanismus aufbauen. Demzufolge liegt Essstörungen eine Interaktion prädisponierender Faktoren und von Faktoren, die wechselseitig die Störung aufrechterhalten oder gar hochschaukeln (Müller, 1996), zugrunde.

Die Bedeutung von Risiko- und Schutzfaktoren, die einen wesentlichen Einfluss auf die Entstehung und den Verlauf von Essstörungen haben, wurde bereits in vielen Studien untersucht und ist nach wie vor Gegenstand kontroverser Diskussionen. Nur wenige wurden bislang als eindeutige Prädiktoren isoliert. Auch ist unklar, inwieweit und in welcher Konstellation diese tatsächlich zur Krankheitsentstehung beitragen. Zudem treten Risikofaktoren oftmals kumuliert auf. Folgende Hauptrisikofaktoren für die Entwicklung einer Psychosomatose konnten in den jüngsten Studien herausgearbeitet werden: eine frühe Menarche, perfektionistische Züge, Hänseleien das Gewicht betreffend, wiederholtes Diätverhalten, einschneidende Lebensereignisse, familiäre Dysfunktionen sowie ein geringes Selbstbewusstsein (Nicholls und Viner, 2005).

Fairburn stellte in einer Fall-Kontrollstudie von 1999 außerdem das Auftreten einer AN in der Familie, Fettleibigkeit, um das Essen und Gewicht kreisende Gedanken, affektive Störungen, Substanzmissbrauch, Zwangsstörungen, prämorbidem Perfektionismus und eine negative Selbsteinschätzung als Risikofaktoren für eine Anorexia nervosa vor. Weiterhin konnte er die Fettleibigkeit der Eltern, eine frühe Menarche und psychische Störungen der Eltern als stärkere Faktoren für das Auftreten einer Bulimie diagnostizieren. Er stellte in seiner Übersichtsarbeit zwei Klassen von Risikofaktoren gegenüber – die, die das Risiko für psychische Störungen, und die, die das Risiko für diätetisches Verhalten erhöhten. Faktoren, die die Wahrscheinlichkeit für den Beginn einer Diät erhöhten, schienen als Risikofaktoren bei der Bulimia nervosa zudem mehr

Einfluss zu haben. In weiteren psychologischen Untersuchungen konnten höhere Neurotizismus- (Cervera, 2003) und Angstwerte (Yackobovitch-Gavan, 2009) zum Auftreten von Essstörungen beitragen.

Prädisponierend beeinflussend wirken neben genetischen und organischen Faktoren auch psychologische bzw. psychodynamische und soziokulturelle bzw. soziale Komponenten. Auf den nächsten Seiten wird auf die einzelnen Komponenten näher eingegangen.

Genetische Faktoren

Die Rolle genetisch-familiärer Faktoren bei der Pathogenese von Essstörungen wird seit langem diskutiert. Systematische Studien aus der Familien- und Zwillingsforschung konnten eine familiäre Häufung der Anorexia und Bulimia nervosa eindeutig nachweisen. Familienangehörige 1. Grades haben demnach nicht nur ein 7 bis 11fach höheres Risiko an einer Essstörung zu erkranken (Strober et al., 2000). Sie zeigen auch eine höhere Prävalenz depressiver Störungen, Zwangs- und Angsterkrankungen (Lilenfeld et al., 1998). Bulik et al. (2006) gaben in ihrer großen schwedischen Zwillingsstudie mit 31406 registrierten Zwillingen eine genetische Transmission der Anorexia nervosa von 56 % an. Auch die Ergebnisse weiterer Studien deuten insbesondere bei der Anorexia nervosa auf ein mögliches Mitwirken zusätzlicher erblicher Komponenten hin (Pinheiro et al., 2009).

In diesem Zusammenhang scheint vor allem auf biochemischer Ebene die Konzentration bestimmter Substanzen, sog. körpereigener Opiode und dem Hormon Serotonin einen Beitrag zur Erkrankung zu leisten, da ein niedriger Spiegel dieser Stoffe die Entstehung von Heißhunger bzw. Depressionen und unkontrolliertem Verhalten offenbar begünstigt (Hardy & Waller, 1988). Die Isolation von spezifischen Genvarianten, die für diese Dysregulation von Appetit und Energieverbrauch und damit für die Entstehung der AN verantwortlich sein könnten, ist bis dato noch nicht gelungen.

Soziokulturelle Faktoren

Viele Autoren haben in der zunehmenden Prävalenz von Essstörungen eine Parallelität zu gesellschaftlichen Entwicklungen beobachtet (Garner et al., 1980; Bruch, 1980). Soziokulturelle Erwartungen und Normen haben einen Nährboden geschaffen, der die Entstehung von Essstörungen unter dem weiblichen Geschlecht begünstigt. Die kulturelle Verfechtung übertriebener Schlankheitsideale favorisiert eine überkritische Auseinandersetzung und verzerrte subjektive Wahrnehmung der eigenen Person, unabhängig von ihrer tatsächlichen Gewichtssituation, und erleichtert den Einstieg in ein gestörtes Essverhalten. Keel und Klump (2003) dagegen haben lediglich in der Bulimie ein kulturgebundenes Syndrom erkannt, während sie den soziokulturellen Einfluss auf die Anorexia nervosa als gering einstufen.

Ebenfalls kontrovers diskutiert wird die soziale Herkunft essgestörter Individuen. Die Vielzahl psychiatrischer Erkrankungen zeigt eine stärkere Häufigkeit in niedrigeren sozioökonomischen Schichten. Während Studien eine stärkere Prävalenz der Bulimia nervosa und Adipositas in sozial schwächeren Schichten aufzeigen (Gard und Freeman, 1996; Kleiser et al., 2009), konnte die frühere Annahme, die Anorexia nervosa würde vordergründig in höheren sozialen Klassen vorkommen, in den Studien nur noch bedingt bestätigt werden (Jäger, 2008). McClelland und (2001) konnten in ihrer nationalen Studie noch 67,5 % der Patientinnen mit schwerer anorektischer Symptomatik den höheren sozialen Schichten zuordnen.

Familiäre und interpersonelle Faktoren

Neben gesellschaftlichen Aspekten wird auch den familiären Faktoren in der Ätiopathogenese von Essstörungen eine wichtige Rolle zugetragen. Insgesamt scheint eine dysfunktionale familiäre Interaktion in Familien mit essgestörten Mitgliedern öfter vertreten zu sein. Fairburn und Harrison (2003) haben zu hohe Erwartungen und Anforderungen, Streitigkeiten zwischen den Eltern, eine schwache Beziehung zwischen Eltern und Kind, sowie ein überprotektives Verhalten zu den prämorbidem interfamiliären Erfahrungen gezählt, die prädisponierend wirken können. Auch häufige Diäten innerhalb der Familie oder kritische, abwertende Bemerkungen bezüglich Essverhalten oder Körperfigur durch Familienangehörige sind relevant. Zwischen den

Familienstrukturen bulimischer und anorektischer Patientinnen lassen sich Unterschiede erkennen. Bulimiker befinden sich demnach häufiger in familiären Konfliktsituationen, erleben eine geringere emotionale Resonanz und Verbundenheit sowie eine höhere Impulsivität und Expressivität (Reich, 2005). Das Familienbild anorektischer Patientinnen ist von leistungs- und erfolgsorientierten Einstellungen geprägt. Vorgelebt wird ein harmoniebetontes Miteinander, das keinen Raum für das offene Austragen von Konflikten bietet und jegliche Form von Affekthandlungen und negativen Auseinandersetzungen unterbindet. Durch die überaus engen interfamiliären Beziehungen werden Bestrebungen nach Autonomie unterbunden.

Studien zu sexuellem Missbrauch und Essstörungen, vor allem im Rahmen einer Bulimia nervosa, zeigen nur einen geringen, aber komplexen Zusammenhang (Smolak und Murnen, 2002; Hund und Espelage, 2005), so dass hier nur eingeschränkt von einem Risikofaktor gesprochen werden kann.

1.5 Prognostische Faktoren, Verlauf und Langzeitprognose

Der Verlauf von Psychosomatosen ist oft langwierig und stellt die behandelnden Ärzte und Therapeuten vor eine schwierige Aufgabe. Nicht umsonst sind Studien zum Langzeitverlauf von Essstörungen für die Optimierung bestehender Therapiemuster von großer Bedeutung. Durch eine Vielzahl von Publikationen ist in den letzten Jahren viel über die psychiatrischen Komorbiditäten und körperlichen Folgeschäden im Langzeitvergleich in Erfahrung gebracht worden. Kernpunkt vieler Recherchen stellte jedoch die Identifikation spezifischer Merkmale dar, die für bzw. gegen einen guten Outcome (Behandlungserfolg) sprachen und das Verständnis für chronische Krankheitsabläufe und deren krankheitsunterhaltende Faktoren erweitern sollte.

Mittlerweile ist bekannt, dass die Anzahl „geheilte“ anorektischer Patienten bei langen Verlaufstrecken deutlich gestiegen ist. Die Letalität nach einem Verlauf von 10-20 Jahren ist jedoch nach wie vor hoch (Fichter, 2004). Einige Autoren sehen sich dadurch bestätigt, die AN sei eine nicht zu unterschätzende Erkrankung mit oft dramatischem Verlauf. Herzog et al. (2004) schwächen diese These ab und konstatieren darin lediglich einen „Polarisierungseffekt“, da mit größerem Katamneseintervall der Prozentsatz an

genesenen sowie verstorbenen Patientinnen steigt. Zudem sei die Sterblichkeitsrate eng mit der Dauer der Erkrankung verbunden (Herzog et al., 1997).

Die Literaturangaben zu Outcome und Prognose sind sehr uneinheitlich. Jacobi et al. (2004) gehen bei 33 bis 55 % der Anorektiker mittelfristig (5 bis 6 Jahre nach Behandlungsende) von einem guten Behandlungserfolg bzw. einer vollständigen Remission aus. Die Prognose für eine vollständige Ausheilung ist bei adoleszenten Patientinnen deutlich günstiger, hier erfüllen langfristig 70 bis 86 % der Patienten nicht mehr die Kriterien einer Magersucht (Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Wentz et al., 2009). Steinhausen (2002) stellt in seiner Metaanalyse von 119 englischsprachigen Studien bei einem Drittel der Patientinnen einen guten Outcome und bei 20 % einen chronischen Verlauf fest. Auch er beschreibt bei früherem Beginn der Erkrankung eine günstigere Prognose. Einen gegenteiligen Effekt hat offenbar der frühkindliche, präpubertäre Ausbruch der Essstörung. Dieser mündet meist in einen langwierigen Verlauf.

In einer Studie der 90er Jahre wurde die Anorexia nervosa mit der höchsten Mortalitätsrate unter allen psychischen Störungen ausgezeichnet (Harris und Barraclough, 1998). Eine Meta-Analyse des Jahres 1995 von 42 publizierten Studien zeigte einen CMR (Crude Mortality Rate) von 5.9 %, bzw. 0,56 % pro Jahr oder 5,6 % pro Dekade (Sullivan, 1995). Dabei sterben 54% der Patienten an den Komplikationen der Essstörung, 27 % begehen Suizid und die verbleibenden 19% sterben aus unbekanntem oder anderen Gründen. Steinhausen (2002) stellte fest, dass der Beginn der Erkrankung in der Adoleszenz mit einer niedrigeren Mortalitätsrate assoziiert ist. Auch scheint ein Bingeeating/Purging-Verhalten bei einem niedrigen BMI das Mortalitätsrisiko zu erhöhen (Morris und Twaddle, 2007). Es ist doppelt so hoch, wie bei der Anorexia nervosa vom restriktiven Typ (Norrington und Sohlberg, 1993).

Aufgrund der noch relativ jungen Diagnose Bulimia nervosa sind Aussagen zum Langzeitverlauf der Essbrech-Sucht noch sehr dünn gesät. Gesichert scheint allerdings ein deutlich günstigerer Verlauf. Jacobi et al. (2004) gaben mittelfristig relativ hohe Remissionsraten von 50 bis 75 % an. Fichter und Quadflieg (1997) beschrieben bei ihrer Bulimie-Stichprobe nach sechs Jahren unter 60 % einen guten und bei fast 10 % einen schlechten Outcome. Untersuchungen mit einer langen Katamnesezeit von mindestens zehn Jahren geben volle Remissionen von 70 – 75 % an, wobei die Remissionsraten

zwischen fünf und 20 Jahren keine Veränderung aufzeigten (Keel et al., 2010; Keel und Brown, 2010). Die Autoren sehen in der Bulimia daher ab einer Erkrankungsdauer von fünf Jahren bereits ein chronisches Stadium. Die Chronifizierungs- als auch Sterberate ist jedoch niedriger als bei der Anorexia nervosa. Betont wird in der Literatur zudem die hohe Anzahl an nicht-klinischen Fällen, die vom Gesundheitssystem nicht erfasst werden und noch spärlich untersucht sind.

Als allgemeine Prädiktoren für einen negativen Outcome der Anorexia nervosa wurden beschrieben: ein später Krankheitsbeginn, eine längere Krankheitsdauer vor der Ersthospitalisation und damit das Vorliegen von somatischen Folgeschäden, eine Binge-eating/Purging – Symptomatik, ein niedriger BMI bei Aufnahme und Entlassung, sowie das Vorhandensein begleitender psychischer Störungen und sozialer Anpassungsprobleme (Zipfel et al., 2000; Jacobi et al., 2004).

Sehr uneinheitliche Ergebnisse finden sich in der Analyse prognostisch ungünstiger Merkmale auf der Seite der Bulimia nervosa, da sich die Autoren sehr oft widersprechen. Einigkeit besteht offenbar bei den Prädiktoren Dauer der Erkrankung bei Erstdokumentation sowie Lebenszeitprävalenz von Substanzmissbrauch, die für eine ungünstige Prognose zu stehen scheinen (Keel et al., 1999; Steinhausen und Weber, 2009). Wie bei der Magersucht scheint auch hier die psychiatrische Komorbidität, insbesondere Persönlichkeitsstörungen eine Rolle zu spielen (Fahy und Russel, 1993).

1.6 Psychopathologie und Persönlichkeit von Patienten mit Essstörungen

Anorektische und bulimische Frauen werden mit für die jeweilige Krankheit typischen Wesenszügen charakterisiert. Magersüchtige werden als in sich gekehrt und zurückgezogen bezeichnet. Durch ihre unterentwickelte Identität, ein geringes Selbstwertgefühl und ihre Introvertiertheit versuchen sie sich adäquat aber unauffällig an ihre Umwelt anzupassen (Bruch, 1973). Hohe Ansprüche an die eigene Person, Leistungsorientiertheit, Ordnungssinn, Kontrollzwang sowie perfektionistische Züge ergänzen das Bild der Anorektikerin (Casper, 1990; Halmi et al., 2000.) Magersüchtigen wird eine Gefühlstaubheit nachgesagt. Diese ist charakterisiert durch die Restriktion von Freude, Bedürfnissen und Emotionen. Die Individuen sind eingeschränkt, sich in andere hineinversetzen zu können, sie fühlen sich leer und betäubt, sind chronisch

dysphorisch und anhedonisch (Westen und Harnden-Fischer, 2001). Zwischenmenschliche Beziehungen gestalten sich aufgrund der kühlen, rigiden und depressiven Erscheinungsform als problematisch, intime Kontakte zum anderen Geschlecht sind meist unerwünscht. Nicht selten flüchten die Erkrankten in die Isolation. Der zwanghafte Charakter der Essstörung verleugnet vehement die Existenz der Magersucht. Die Realität, der Konflikt zwischen Geist und Körper, wird verdrängt. Bulimikerinnen scheinen neben vielen Parallelen auch gegensätzliche Facetten im Vergleich zur Magersucht zu besitzen. Sie werden gleichermaßen als zurückgezogene, labile mit Stimmungsschwankungen behaftete Persönlichkeiten bezeichnet, die mit einem geringen Selbstbewusstsein ringen (Leon et al., 1995). Doch sind hier die Attraktivität der eigenen Person und das Pflegen von intimen Beziehungen von überdurchschnittlicher Bedeutung (Striegel-Moore et al., 1993; Rodin et al., 1993; Muuss, 1986). Im Unterschied zu Anorektikern fallen sie durch eine höhere Ängstlichkeit und insbesondere durch ein impulsives Verhalten auf. Die Patientinnen sind eher verstört und beunruhigt, unfähig, Emotionen zu regulieren, was zu häufigen Gefühlsausbrüchen führt. Im Gegensatz zu Anorektikern, die enge Beziehungen aus Angst vor dem Gefühlserlebnis scheuen, suchen Bulimiker gezielt nach sozialen Bindungen, um ihre Gefühlsachterbahn zu stabilisieren (Westen und Harnden-Fischer, 2001). Nicht selten zeigen sie eine Neigung zur Extraversion. Hier wird die Erkrankung bewusst wahrgenommen, die Genusssucht intensiv erlebt, die Bulimikerin leidet. Die folgenden Scham- und Schuldgefühle, die mit Ekel und Angst einhergehen, verstärken den Minderwertigkeitskomplex. Die Krankheit wird nicht verdrängt, aber mit allen Mitteln vertuscht.

Die intensive gedankliche Beschäftigung mit dem Thema Essen und Körpergewicht bestimmt in beiden Fällen den Tagesablauf. Die erfolgreiche bzw. nicht erfolgreiche Reduktion des Körpergewichts den Selbstwert der Person. Hilde Bruch schrieb in ihrem Buch „Eating Disorders“ (1973), allen Essstörungen gemeinsam sei das starke Gefühl eigener Unzulänglichkeit. Schafft es die Erkrankte, ihr Gewicht zu verringern, verringert sie damit auch ihre Unvollkommenheit. Das Vorhandensein von psychischen Ausgangsproblemen, das Fehlen der Selbstakzeptanz und der Wunsch des Individuums, sich als Person zu „vervollständigen“, scheinen somit eine große Rolle in der Krankheitsentstehung zu spielen. Doch zeigen wissenschaftliche Untersuchungen, dass

die Erkrankung selbst einen krankheitsunterhaltenden Kreislauf in Gang setzt und eine Rückkopplung mit dem mentalen Ausgangszustand stattfindet.

Die Folgen des Hungerns manifestieren sich demnach nicht nur im körperlichen Erscheinungsbild. Längst ist bekannt, dass Unterernährung als länger andauernder physischer Ausnahmezustand infolge metabolischer Veränderungen auch zu einer Veränderung der Persönlichkeit und des Verhaltens der Person führt. Keys et al. (1950) haben in dem bekannten Minnesota-Starvation Experiment Verhaltensänderungen an auf eine strenge Diät gesetzte Soldaten untersucht. Bei einer Gewichtsabnahme von 15 - 25 % zeigten die Versuchspersonen neben einer ausgeprägten Depression, ein apathisches Verhalten sowie eine Reduktion des sexuellen Interesses. Zudem waren sie schnell gereizt, ängstlich, nervös und ermüdeten leicht. Ferner konnte eine Beeinträchtigung der Urteilsfähigkeit sowie die Entwicklung von neurotischen Zügen und Psychosen beobachtet werden. Die Hungernden legten weniger Wert auf Hygiene und ihre äußere Erscheinungsform. Die Soldaten reduzierten alle anderen Aktivitäten und zogen sich zurück. Sie fokussierten ihre Gedanken stattdessen intensiv und fast schon zwanghaft auf das Thema Essen.

Die genannten Folgen dieser unfreiwilligen Nahrungskarenz zeigen deutlich die Parallelen zu Essstörungen auf. Gerade die soziale Isolation und Introversion sowie das zwanghafte Muster spiegeln sich in der Anorexia nervosa wider. Die Psychoanalyse steht seitdem vor neuen Problemen. So ist es mitunter schwierig herauszufinden, welche Eigenschaften des Charakters ursprünglich sind und damit möglicherweise prädisponierend wirken, und welche tatsächlich im Rahmen der „Aushungerung“ bzw. des Abführens der Nahrung als Folge entstanden sind. Bekannt ist, dass Patientinnen, die an einer chronischen Essstörung leiden, ein höheres Risiko für die Entstehung weiterer psychiatrischer Störungen tragen (Herpertz-Dahlmann et al., 2005). Eine stärkere Psychopathologie zeigen auch Essstörungen mit einer Binge-eating/Purging-Symptomatik. Leon et al. (1995) konnten zudem die Neigung zu negativen Emotionen sowie ein „geringes interozeptives Bewusstsein“ (bestimmte Zustände des Körpers können nicht voneinander unterschieden werden) als Persönlichkeitsfaktoren herausfiltern, die die Entstehung von Essstörungen begünstigen.

Im Folgenden werden die in der Literatur am häufigsten genannten psychopathologischen Verhaltensauffälligkeiten beschrieben.

Persönlichkeitsstörungen und -akzentuierungen

Bereits vielfach diskutiert wurde das Zusammenspiel von Persönlichkeitsstörungen und Essstörungen. Ob und in wieweit sie sich gegenseitig verstärken, ist noch nicht vollständig geklärt, die Komorbidität zwischen beiden Störungen jedoch hoch (Ahrén-Moonga et al., 2008). Wie bei den Charakterzügen der Patienten ist es auch hier schwierig zu differenzieren, ob die Persönlichkeitsstörung zuerst auftrat, als Folge entstanden ist oder die Essstörung rückwirkend eventuell sogar verstärkt. Hierzu liefern die jüngsten Studien sehr uneinheitliche Ergebnisse.

In einer Metaanalyse von 2005 zeigten Cassin und von Ranson, dass in den untersuchten Studien die angegebenen Häufigkeiten von Persönlichkeitsstörungen bei Essgestörten zwischen 0 und 58 % stark schwanken. Die unbefriedigenden Ergebnisse lassen sich, so Cassin, auf self-report (Selbstangabe-) Methodik der Studien zurückführen, die zumeist schlechte und vielfach überschätzte Ergebnisse lieferten. Dass eine solche Charakterisierung keinen Bestand hat, konnte auch Kennedy et al. (1990) offen legen. Bei der Gegenüberstellung von Anorektikern und Bulimikern konnte in der Metaanalyse dennoch eine auffällige Verteilung der psychischen Abnormalitäten herausgearbeitet werden. Während in der Gruppe der Anorektiker eine hohe Zwanghaftigkeit und ein hartnäckiger, unbeirrter Charakter zum Vorschein kamen, zeigten sich die Bulimiker überdurchschnittlich impulsiv und zeigten einen übermäßigen Drang nach Neuem. Beide Autoren bestätigten überdies unter den Bulimikern eine hohe Prävalenz von Borderlinern bzw. von Merkmalen, die mit der Borderline-Störung in Verbindung stehen. Bottin et al. (2010) folgerten aus ihrer Studie, dass Anorektiker mit Binge-Purging Verhalten häufiger Persönlichkeitsstörungen aufzeigen als Personen mit restriktiver AN oder Bulimia nervosa und bestehende Achse-I-Komorbiditäten die Entwicklung von Persönlichkeitsstörungen zusätzlich begünstigen. Jedoch liegen auch Studien vor, die keine signifikanten Persönlichkeitsunterschiede zwischen den einzelnen Gruppen (AN, BN) eruieren konnten (Gartner et al., 1989), die Störungen aber bestätigen. So wurden bei 40 % der Essgestörten zwei oder mehr Diagnosen der Achse II festgehalten, bei 17 % sogar fünf bis sieben Diagnosen. Über die Hälfte der Patienten (57 %) erfüllte die Kriterien für mindestens eine Achse II Störung.

Angststörungen

Die Prävalenz von Angststörungen ist bei Patienten mit Essstörungen signifikant höher als in der Normalbevölkerung (Ahrén-Moonga et al., 2008). Godart et al. (2000) stellten in ihrer Forschungsarbeit unter 83 % der Anorektiker und 71 % der Bulimiker zeitlebens das Auftreten von mindestens einer Angstdiagnose fest, die in den meisten Fällen eine Sozialphobie darstellte. Auch Kaye et al. (2004) erörterten bei zwei Dritteln der Essstörungen eine Angststörung, die unter den AN, BN und BA allerdings eine gleiche Verteilung aufzeigte. Hier hoben die Autoren neben der Sozialphobie die Zwangsstörung als prägnanteste Angstdiagnose hervor. Beide Studien bestätigen, dass Angststörungen in den meisten Fällen den Essstörungen vorangehen. Kaye et al. konnten ihren Ausgangspunkt meist in der frühen Kindheit lokalisieren, was auf einen prädisponierenden Charakter hinweisen könnte. Bulik et al. (2003) fanden noch einen weiteren Zusammenhang. Anders als bei der Major Depression oder bei Substanzmissbrauch scheint sowohl bei Ess- als auch bei Angststörungen eine überdurchschnittliche Unsicherheit bezüglich der eigenen Handlungen gegeben zu sein.

SIB (Self - Injurious Behaviour) und Suizidales Verhalten

Vielfach wurde bestätigt, dass selbstverletzendes Verhalten (SIB) und Suizidversuche (Spender, 2005; Youssef et al., 2004) unter Essstörungen stärker verbreitet sind. In einer Studie von 2008 wird die Prävalenz des Self-Injurious Behaviour (SIB, ohne suizidale Absicht) mit 36,8 % angegeben (Ahrén-Moonga et al., 2008). Der Vergleich der Verteilung innerhalb der einzelnen Diagnosen zeigte mit 55,6 % eine deutlichere Präsenz unter den Bulimikern (AN: 20,0 %). Wiederum 36,8 % der untersuchten Essgestörten gaben Suizidgedanken an, und 26,3 % berichteten, in der Vergangenheit einen Suizidversuch unternommen zu haben. Auch hier zeigte sich eine Tendenz in Richtung der Bulimiker (38,9 % gegen 35,0 %). Obwohl sich die Häufigkeit von Suizidversuchen zwischen der AN und BN nicht stark unterscheidet, scheint die tatsächliche Suizidrate lediglich unter den Anorektikern stark erhöht zu sein (Franko und Keel, 2006). Diese liegt mit 2,3 % acht Mal höher als in der Normalbevölkerung (Pompili et al., 2004). Eine weitere Studie explorierte Persönlichkeitsfaktoren, die das Risiko für einen Suizid erhöhten (Youssef et al., 2004). Dabei zeigte sich unter Patienten mit restriktiver Anorexia nervosa ein depressives und antisoziales Verhalten

als suizidfördernd. In der purging-Variante der AN waren dies hysterische Merkmale, eine schüchterne, unsichere und gehemmte Persönlichkeit, sowie Obsession und ein niedriges Selbstbewusstsein. Eine höhere Suizidrate unter Bulimikern, die erbrechen, war mit Psychasthenie, Wut und Angst der Patientinnen assoziiert. Weitere Faktoren, die stark mit suizidalem Verhalten korrelierten waren Substanzmissbrauch, ein physischer oder sexueller Missbrauch in der Kindheit, impulsives Verhalten, Cluster-B Persönlichkeitsstörungen, Panikattacken, eine posttraumatische Belastungsstörung sowie der Schweregrad der Erkrankung (Franko und Keel, 2006; Bulik et al., 2008).

Esstörungen und Depression

Das Vorkommen von affektiven Störungen (Major und Minor Depression, Dysthymia) wird zwischen 25 und 80 % geschätzt (Ahrén-moonga et al., 2008). Hsu et al. (1992) folgerten bereits 1992 aus ihrer Studie, dass pessimistische, depressive und traurige Wesenszüge die Entstehung einer Essstörung möglicherweise begünstigen. Unterstützt wird diese These durch die Beobachtung, dass bestimmte Essmuster durch antidepressive Medikation eine Besserung aufzeigen, wenn die depressive Verstimmung mitbehandelt wird (Mitchel & DeZwaan, 1993; Advokat & Kutlesic, 1995). Eine Verbindung zwischen ES und Depression wird auch auf biochemischer Ebene angenommen. Beiden Erkrankungen scheint eine Störung der serotonergen Neurotransmission zugrunde zu liegen. Ein Mangel dieses Neurotransmitters wurde von vielen Autoren sowohl bei depressiven Erkrankungen als auch bei impulsivem Verhalten, einer Auffälligkeit der Bulimia nervosa, festgestellt (Grahame-Smith, 1992; Jimerson et al., 1990).

Dass eine schlechte Stimmungslage häufig den Ausgangspunkt für den Beginn von Essattacken darstellt, erklären manche Autoren mit der Intention, von den negativen Gedankengängen und Emotionen abzulenken und ein kurzzeitiges Wohlfühl schaffen zu wollen (McCarthy, 1990). Depression als komorbider Faktor scheint bei der Bulimie als auch Bulimarexie stärker vertreten zu sein (Casper, 1998), wobei die Dysthymie stärker mit der Essbrech-Sucht assoziiert, als die Major Depression (Perez et al., 2004).

Komorbider Substanzmissbrauch

Essstörungen und Substanzmissbrauch liegen nicht selten als komorbide Erkrankungen nebeneinander vor (Garfinkel et al., 1995; Krug et al., 2008b). Die Prävalenz von Substanzabusus oder Substanzabhängigkeit im Rahmen einer Essstörung als Erstdiagnose wird mit bis zu 50 % beschrieben (Root et al., 2010). Die Komorbidität scheint vor allem für die Bulimia nervosa und den Binge-eating/Purging-Typ der Anorexia nervosa zu sprechen (Holderness et al., 1994). Zwanghafte Verhaltenszüge, wie sie bei der restriktiven Form der Anorexia nervosa häufiger zu finden sind, scheinen hierbei als protektiver Faktor für die Entstehung von Substanzmissbrauch zu fungieren (Thompson-Brenner et al., 2008). Bushnell et al. (1994) gaben eine Prävalenz von Alkohol- und Drogenmissbrauch unter Bulimikern von 44 % an. Bekannt ist zudem ein gehäuftes Auftreten von Sucht innerhalb der Familie bulimischer Patienten, was von manchen auch als spezieller Risikofaktor beschrieben wird (Fichter, 2004). Die Lebenszeitprävalenz von Essstörungen unter drogenabhängigen Individuen ist ebenfalls höher als in der Normalbevölkerung (Nøkleby, 2012). Patienten mit Suchterkrankungen und Patienten mit Essstörungen zeigen dabei häufig ähnliche Verhaltensauffälligkeiten. Dazu zählen SIB und Suizidalität, Kleptomanie, psychiatrische Erkrankungen wie der Impulskontrollstörung.

2 Häufige Inanspruchnahme medizinischer Dienstleistungen

Seit Jahren wird im medizinischen Gesundheitssektor ein Anstieg einer schlecht zu therapierenden Patientengruppe registriert, die stationäre und ambulante medizinische Versorgungsleistungen stärker in Anspruch nimmt. Diese Patienten beanspruchen einen großen Teil des Gesundheitsbudgets und werden als Heavy User bezeichnet. Dieses Kapitel erörtert zunächst die Definition dieses Begriffs und dessen Interpretation für den medizinischen Bereich. Anschließend wird die Problematik der Heavy User-Forschung näher erläutert und zuletzt die bisherigen Studienergebnisse zu diesem Thema zusammengefasst.

2.1 Definition und Bedeutung des Heavy Users im heutigen Gesundheitssystem

Die Definition des Heavy Users (HU) ist in der Literatur sehr unterschiedlich. So ist das Erscheinungsbild beispielsweise unter den Synonymen Frequent, High oder Super Utilizer, Frequent Repeater, High Cost User oder Revolving Door Patient geläufig (Kastrup, 1987b; Roick, 2002). Auch im Wirtschaftssektor ist dieses Phänomen bereits seit langem bekannt. Hier reicht die Begriffspalette vom Heavy User bis zum Medium User, Light-User, Frequent User oder Non-User und ist ein zentrales Thema von Forschung und Marktanalysen zur Steigerung wirtschaftlicher Produktivität. Im klassischen Marketing werden Heavy User als Intensivkäufer, -kunden bzw. -verbraucher bezeichnet, die ein Produkt oder eine Dienstleistung besonders häufig nachfragen, und daher die zentrale Zielgruppe für Marketingmaßnahmen darstellen (Poth, Poth und Pradel, 2008). Durch das Erstellen charakteristischer Verbraucherprofile werden nicht nur Endprodukte, sondern ganze Strategien zur Vermarktung auf die Konsumenten abgestimmt, um höhere Kaufbereitschaft und damit höhere Abnahmezahlen zu erreichen (Hofbauer und SchöpfeL, 2009).

Seit den 70er Jahren beschäftigen sich nun auch verstärkt Wissenschaftler des Forschungsbereichs Gesundheitsökonomie mit der Untersuchung bestimmter Patientengruppen, die stationäre Versorgungsleistungen in hohem Maße nutzen. Da häufige stationäre Rehospitalisierungen zu den kostenintensivsten Versorgungsleistungen zählen, und die Kapazitäten des Gesundheitssystems seit

Jahrzehnten zunehmend strapazieren, hat sich die Identifizierung von Heavy Usern seit den 80er Jahren auch als Schwerpunkt der psychiatrischen Versorgungsforschung etabliert (Roick, 2002). Da psychiatrische Erkrankungen (wie Psychosen oder Depressionen) oftmals phasenweise ablaufen, gestaltet sich die Definition und Identifizierung eines Heavy Users hier besonders schwierig. Das Interesse der Forscher hat dennoch gute Gründe: eine Verringerung des Ressourcenverbrauchs zu erzielen, wie sie durch die Abnahme der Rehospitalisierungsrate am effektivsten erreicht werden könnte, sowie die Sicherung und Optimierung qualitativer Angebote in der Gesundheitsversorgung. Hier soll die Frage beantwortet werden, warum eine gewisse Gruppe von Patienten trotz vielfältiger psychiatrischer Therapieansätze keine Besserung des gesundheitlichen Status erreicht. Durch die Kenntnis der Ursachen des Heavy Use erhofft man sich die Entwicklung geeigneterer, alternativer Therapiekonzepte (Roick, 2002).

Durch das Review von Kent et al. (1995) ist mittlerweile bekannt, dass eine vergleichsweise kleine Gruppe von etwa 10 bis 30 Prozent der Patienten zirka 50 bis 80 Prozent der stationären psychiatrischen Versorgungsleistungen in Anspruch nimmt. Aus betriebswirtschaftlicher Sicht betrachtet erinnert diese Verteilung an das „Pareto-Prinzip“ als statistisches Phänomen aus der Wirtschaftsforschung. Auf viele Bereiche anwendbar beschreibt es eine Gesetzmäßigkeit, die ein natürliches, nicht-lineares Ungleichgewicht zwischen Aufwand und Ergebnis beschreibt. Wir sprechen auch von der sogenannten 80:20-Verteilung. Demnach würden z.B. 20 % der Kunden etwa 80 % des Aufwandes verursachen (Siegert, 2001). Der enorme Aufwand, alle Kunden bzw. Patienten zu analysieren ist nicht effektiv, da der Großteil der Kunden bzw. Patienten nur für 20 % des Umsatzes bzw. Aufwandes verantwortlich ist. In Anlehnung an dieses strategische Instrument ließen sich in der Medizin durch die Erforschung der Heavy User neue Lösungsstrategien zur Kosten- und noch viel wichtiger zur Therapieeffizienz erarbeiten.

2.2 Die Probleme der Heavy User-Forschung

Die Problematik der Untersuchungen von Heavy User-Stichproben zeigt sich bereits in deren Definition und Abgrenzung. Diverse Begriffskombinationen erschweren die

wissenschaftliche Eingrenzung des Heavy Users anhand der Literaturanalyse erheblich. Die Abgrenzung ist nach Roick (2002) der willkürlichen Entscheidung der Autoren unterworfen, ab wann es sich in einer Studie um Vielnutzer handelt bzw. ab wann von einer „starken Inanspruchnahme“ bei Patienten die Rede ist. Einheitliche Klassifizierungskriterien lassen noch auf sich warten. Um die Forschung voranzutreiben, wäre in erster Linie „eine Differenzierung zwischen „starker“ und „normaler“ Nutzung medizinischer Versorgung notwendig“ (a. a. O., S. 331). Auch ist unklar, in welchem Beobachtungszeitraum die Wiedereintritte zu zählen sind oder genauer gesagt, wie klein der Abstand zwischen den Wiedereintritten sein muss, um diese als solche zu identifizieren. Zudem stellt sich die Frage, bleibt der Heavy User ein Vielnutzer?

Sogar die Existenz der Heavy User wird kontrovers diskutiert. Uneinheitliche Studien, die das Phänomen abwechselnd belegen (Casper und Pastwa, 1990; Casper und Donaldson, 1990; Casper und Regan, 1993) bzw. abstreiten (Lucas et al. 2001), erschweren das Verständnis des Heavy User – Verhaltens. So ist es nicht verwunderlich, dass in der psychiatrischen Forschung immer noch von einem Rätsel gesprochen wird.

Die Literaturrecherche wirft noch weitere Fragen auf. Sind Heavy User nun als schwerer krank einzuordnen oder ist die Therapieresistenz in anderen Ursachen zu suchen? Auch legt die englische Verbalisierung „heavy user“ vordergründig ein negatives Bild dieser Gruppe nahe, dabei könnte doch eine verstärkte Inanspruchnahme psychiatrischer Hilfe durchaus auch als positives Feedback der Patienten gesehen werden und einen veränderten Umgang der Bevölkerung mit psychiatrischen Erkrankungen widerspiegeln? Demnach wäre „der heavy user eher ein Problem der Kostenträger und des behandelnden Personals, als ein Problem des zu behandelnden Patienten“, so Roick (2002, S. 332). So wäre ihrer Meinung nach zu klären, wie groß der Anteil der Vielnutzer ist, der klinische Institutionen als soziale Ressource oder aber zur Behandlung tatsächlicher medizinischer Probleme nutzt. Entsprechend groß müsste das Angebot der alternativen Therapiemöglichkeiten sein. Die Ursachen für die häufige Inanspruchnahme sind nach wie vor nicht klar. Sie müssen laut Krautgartner et al. (2002) nicht nur beim Patienten selbst liegen, sondern könnten auch im Bereich ihrer Lebenssituation oder im Fehlen adäquater Versorgungseinrichtungen zu suchen sein.

Obwohl die Problematik der „Drehtürpsychiatrie“ auch in Deutschland erkannt und mit reichlich Forschungsbudget gefördert wird (seit 2000 unterstützen nicht nur das „Bundesministerium für Bildung und Forschung“, sondern auch Spitzenverbände der gesetzlichen Krankenkassen die Institute), steckt die Heavy User-Forschung erst in den Kinderschuhen. So konnten bis dato weder eindeutige Risikofaktoren, Ursachen, noch Interventionsmöglichkeiten erarbeitet bzw. repliziert werden. Auch sind Ansichten vorhanden, wonach der Heavy Use nicht diagnosespezifisch ist. Die wenigen inhomogenen Ergebnisse jüngster Studien sollen im Folgenden kurz zusammengetragen werden.

2.3 Das Profil des Heavy Users und bisherige Forschungsergebnisse

Kent und Yellowlees (1995) haben in ihrer Studie diagnostische und soziale Faktoren einer Heavy User-Gruppe untersucht. Sie konnten das häufige Vorkommen von chronischen psychiatrischen Erkrankungen, komorbiden Persönlichkeitsstörungen sowie sekundärem Substanzmittelmissbrauch erarbeiten. Dieser hatte häufig eine schlechte soziale Integration zur Folge. Betont wurde in der Übersichtsarbeit von Kent et al. (1995) die Notwendigkeit, den Fokus zukünftiger Studien stärker auf die noch zu wenig untersuchten sozialen Aspekte, wie etwa der Obdachlosigkeit, der sozialen Isolation oder dem Sozialhilfestatus zu legen. Diese würden seiner Meinung nach signifikant zum „heavy use service“ beitragen.

Andreas et al. (2004) haben in einer groß angelegten Studie die Merkmale von 2375 Patienten aus verschiedenen psychosomatischen Rehabilitationskliniken exploriert. Den höchsten Ressourcenverbrauch verzeichneten ledige Patienten, die eine Ess- oder Persönlichkeitsstörung als Hauptdiagnose aufwiesen. Den niedrigsten Ressourcenverbrauch fanden die Autoren in der Gruppe der verheirateten Patienten mit komorbider, somatischer Begleiterkrankung. Richter (2001) kam in seiner Analyse zur Dauer stationärer psychiatrischer Erkrankungen jedoch zum gegenteiligen Schluss: er fand einen Zusammenhang zwischen begleitenden somatischen Erkrankungen und längerer Behandlungsdauer. Es konnten weiterhin ein jüngeres Alter, ein höherer Belastungsgrad und eine größere Therapiemotivation zu Beginn der stationären

Psychotherapie als Eigenschaften der Gruppe mit vermehrter Nutzung zusammenfasst werden.

Kuhl und Müller-Spahn (2006) haben in ihrer Schweizer Studie über 50 % der stationären psychiatrischen Eintritte als Wiedereintritte identifiziert. Dabei grenzten sie eine kleine Gruppe von Patienten (10,9 %) ab, die fünf oder mehr Aufenthalte innerhalb von sechs Jahren aufwies. Bei 15,4 % der Wiedereintritte lag der Abstand zwischen den Aufenthalten unter 15 Tagen. Der Gesamtmedianwert zwischen zwei Aufenthalten betrug in dieser Untersuchung 72 Tage. Auch konnten Tendenzen in den Diagnosegruppen herausgearbeitet werden. Demenzerkrankungen, akute psychotische Störungen sowie Belastungs- und Anpassungsstörungen wurden demnach mit weniger Wiedereintritten identifiziert. Schizophrenie und schizoaffektive Störungen konnten die meisten Aufenthalte verzeichnen.

Die Angaben zur Geschlechtsverteilung schwanken deutlich. Ein allgemein stärkeres Inanspruchverhalten psychiatrischer Angebote von Frauen (Geller et al., 2000) wurde ebenso dokumentiert, wie das von Männern (Roick et al., 2004; Weig und Cording, 1998).

Als mögliche Prädiktoren für einen Wiedereintritt wurden zudem ermittelt: Krankheitsverleugnung und Noncompliance (Roick, 2002), Aggressivität, Unangepasstheit und Impulsivität, Suizidalität, Delinquenz und Konsum sowie Manipulation und Belästigung (Freyberger et al., 2004).

Neben dem Begriff des Heavy Users etabliert sich parallel der Terminus „schwieriger Patient“ immer häufiger unter Medizinern und Psychologen. Hier handelt es sich nicht um die deutsche Übersetzung des Heavy Users, doch liegt die Vermutung nahe, dass sich ein schwieriger Patient schneller zum Vielnutzer entwickeln könnte. Der Vollständigkeit halber und um die Begriffe voneinander abzugrenzen, wird diese Patientenschilderung im Folgenden kurz beschrieben. So ist auch hier die Definition kompliziert. Als problematisch wird von manchen Autoren folgende Unterscheidung gesehen: Handelt es sich um einen „schwierigen Menschen“ oder einen schwierig zu behandelnden Patienten? Schwierig kann somit sowohl eine Eigenschaft der Person, durch die er „mit gewisser Wiederholungswahrscheinlichkeit in interpersonelle Schwierigkeiten“ gelangt, als auch eine „Aussage über ein Beziehungs- oder (...) ein

Passungsproblem in der Interaktion zwischen Therapeut, therapeutischer Technik und Problem des Patienten“ darstellen (Henningsen, 2010; S.1).

In einer englischen Studie von 1994 (Sharpe et al.) wurden Ärzte an drei Klinischen Instituten nach Eigenschaften und dem Auftreten von solchen Patienten befragt. Dabei schätzten die Internisten und Chirurgen, dass 22 % der fast 300 untersuchten Personen besonders schwer zu therapieren seien, und gaben auch hier insbesondere das Vorhandensein bestimmter „psycho-sozialer Faktoren“ als wichtige Komponente an. Die Studie konnte drei Hauptproblematiken bei der Behandlung schwieriger Patienten erarbeiten. Dies seien zum einen „medizinisch nicht erklärbare Krankheitssymptome“, „schwere, nicht behandelbare Erkrankungen“, sowie „begleitende soziale Probleme“. Gerade die Psychiatrie hat die Gruppe der schwierigen Patienten schon früher in Augenschein genommen, etwa Weig in seinem Sammelband von 1998. Unter anderen hat ebenfalls Weig 2009 die charakteristischen Besonderheiten dieser Gruppe in der psychiatrischen Versorgung untersucht. Dazu zählen die übermäßige Nutzung kostspieliger therapeutischer Leistungen, enorme Interaktionsprobleme mit dem klinischen Personal und anderen Patienten sowie eine hohe Komplikationsrate. Die Kernproblematik besteht laut Weig in schlechter Compliance, Aggressivität und stark störendem Verhalten, das unter jungen Männern häufiger anzutreffen ist. Zudem bestätigt Weig wie auch schon Kuhl und Müller-Spahn (2006) die Dominanz von Schizophrenie bzw. schizophrenen Psychosen und Cluster B- Persönlichkeitsstörungen unter schwierigen Patienten, die daneben nicht selten organische Hirnschädigungen, Substanzmissbrauch und eine Vielzahl anderer psychopathologischer Komorbiditäten aufweisen. Eine Lösung dieser besonderen Patienten-Problematik sieht er vor allem in „sozialpsychiatrischen Ansätzen“, die nicht nur ein generelles Umdenken erfordern, sondern auch die umfangreiche Betreuung des Personals beinhalten.

Essstörungen verursachen in Deutschland hohe direkte (Hospitalisations- und Rehabilitationsaufenthalte) und indirekte Kosten. Insbesondere letztere fallen als Folgekosten aufgrund von Arbeitsunfähigkeit und Produktivitätsausfall bei frühzeitigem Versterben sehr hoch aus. Krauth et al. (2002) schätzten diese auf 122 versus 112 Millionen Euro bei Anorexie bzw. Bulimie. Sie berechneten weiter, dass ein anorektischer Patient den Staat jährlich 5.300 Euro, der Bulimiker immerhin noch 1.300

Euro kostet. Haas et al. (2012) kalkulierten durchschnittlich 4646 Euro an stationären Kosten pro anorektischer Patientin. Bei durchschnittlichen stationären Gesamtkosten in Höhe von 12.800 Euro für eine Patientin mit AN (die durchschnittlichen Kosten für stationäre Therapien liegen bei 3.600 Euro; Krauth et al., 2002) gehören Essstörungen somit zu den kostenintensivsten Krankheitsbildern. Sie nehmen daher eine besondere Stellung unter den Heavy Usern ein.

3 Fragestellungen der Studie

1. Kann man Heavy User anhand von sozialen Parametern, dem Krankheitsverlauf und von Persönlichkeitsfaktoren identifizieren?
2. Mit welchem Erfolg wurden die Heavy User an der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums in Würzburg therapiert?
3. Unterscheiden sich die Heavy User von den Nicht-Heavy Usern (NHU)? Unterscheiden sich die Vielnutzer innerhalb der Diagnosen?
4. Welche Aussagen lassen die testpsychologischen Ergebnisse über die Gruppe der Heavy User zu? Zeigen die hier auffälligeren Patienten eine höhere Anzahl vorhergegangener stationärer Aufenthalte?

4 Methoden

Die Datensammlung erfolgte anhand von Patientenakten und Testunterlagen. Die verwendeten Daten waren im Rahmen der regulären stationären Behandlung von Patienten mit einer F50- Störung im Zeitraum vom 01.10.1997 bis 31.08.2008 in der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Universitätsklinikums Würzburg erfasst worden. Die für die Arbeit ermittelten Daten wurden in einem Erfassungsbogen zusammengetragen. Der Untersuchung hat die Ethikkommission der Klinik zugestimmt.

Aus den Krankenblättern entnommen wurden zunächst alle die letzte stationäre Therapie betreffenden Parameter. Dazu zählten Diagnose (nach der Klassifikation der ICD-10), BMI bei Aufnahme und Entlassung, Aufenthaltsdauer und Therapieverlauf. Erfasste soziodemographische Parameter waren Familienstand, Wohnsituation und die aktuelle berufliche Position. Zuletzt wurden auch unter Zuhilfenahme vorhergegangener dokumentierter Aufnahmen Daten zu Verlauf und Entstehung der Essstörung sowie Angaben zu psychopathologischen Zusammenhängen innerhalb der Familie aus den Patientenakten ermittelt. Daten zu somatischen Befunden und kognitiven Leistungen dieser Patientinnen wurden in einer separaten Studie von Wälzlein (2016) behandelt.

Die Analyse der testpsychologischen Untersuchungen stellte einen wesentlichen Teil dieser Studie dar. Aufgenommen wurden die Ergebnisse der Tests, die zu Beginn des letzten Aufenthaltes durchgeführt worden sind.

4.1 Stichproben und Selektionskriterien

Die ursprüngliche Studiengruppe umfasste insgesamt 4 männliche und 39 weibliche erwachsene Patienten im Alter zwischen 18,2 und 51,2 Jahren ($M= 28,3$ Jahre; $SD \pm 9,2$). Es fand anhand der Dokumentation in den Krankenakten zunächst eine Subklassifizierung in die Krankheitsbilder Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), Bulimarexie (BA), atypische Anorexie und atypische Bulimie nach den Kriterien des ICD-10 statt.

Nicht berücksichtigt wurden in der vorliegenden Arbeit aufgrund der zu kleinen Untersuchungsgruppe das männliche Beobachtungskollektiv ($N=4$; 9,3 %), sowie die

Patientinnen mit atypischen Essstörungen (N=3; 7,0 %). Um die Vielnutzer auswerten zu können, mussten die verbliebenen Patientinnen mindestens drei stationäre Aufenthalte aufweisen. Die geforderten Voraussetzungen wurden von einem Beobachtungskollektiv aus 23 Patientinnen erfüllt. Folgende Aufteilung nach Diagnosen hat sich ergeben: es konnten neun Patientinnen als Anorektikerinnen (39,1 %), sechs als Bulimikerinnen (26,1 %) und acht (34,8 %) als Patientinnen mit bulimarektischer Symptomatik klassifiziert werden.

Das Ziel der vorliegenden Studie lag primär in der Beschreibung der Ergebnisse für die Gruppe der Heavy User. Lagen genügend Daten vor, so wurden die Parameter stets auch innerhalb der HU- Diagnosen geprüft bzw. mit den Angaben der Nicht-Heavy User verglichen, die maximal zwei Aufenthalte vorweisen durften. Die Gruppe der NHU enthielt 13 weibliche Patientinnen und zeigte folgende Einteilung nach Diagnosen: drei Frauen (23,1 %) zeigten ein anorektisches, sieben ein bulimisches (53,8 %) und wieder drei Patientinnen (23,1 %) ein bulimarektisches Verhalten. Aufgrund der kleinen Untersuchungsgruppe der NHU und einer ungünstigen Diagnosenverteilung wurden die Variablen innerhalb dieses Vergleichskollektivs nicht zu einem Subgruppenvergleich herangezogen.

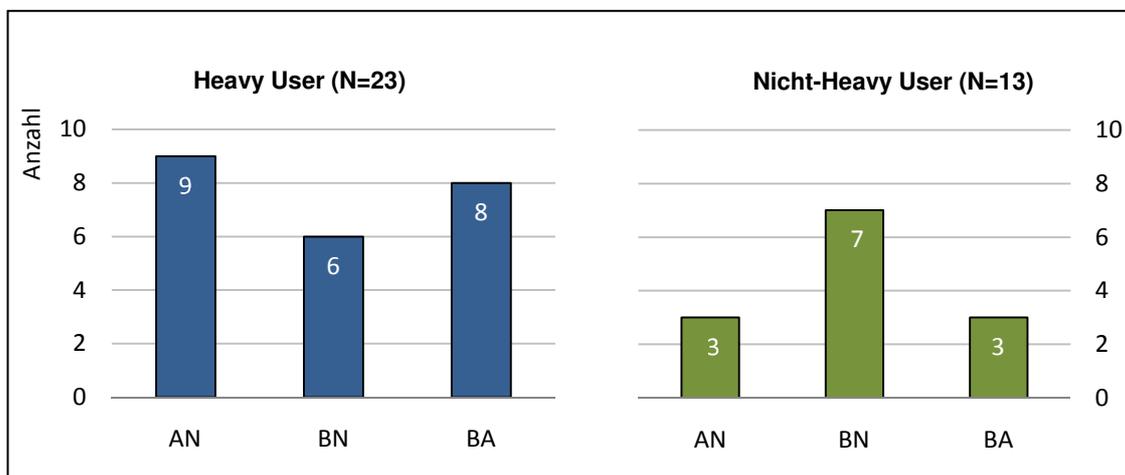


Abbildung 1: Diagnosenvergleich in der Gruppe der HU und NHU (AN=Anorexia nervosa, BN=Bulimia nervosa, BA=Bulimarexie)

Die Daten zweier weiterer Gruppen wurden im Laufe der Exploration ausgewertet. Es sollte überprüft werden, ob sich die „Heavy User mit richterlicher Unterbringung“ und die „Heavy User mit schlechtem Outcome“ nochmals unterscheiden bzw. die zuvor isolierten auffälligen Faktoren noch stärker betont wurden, also z.B. eine stärkere

Psychopathologie aufgezeigt wurde. Aus dem Patientenkollektiv konnten sieben Patientinnen ermittelt werden, die über einen richterlichen Beschluss untergebracht wurden.

4.2 Untersuchungsmethoden

Im Folgenden werden die psychologischen Untersuchungsverfahren EPI, FPI, FAPK und STAI näher erläutert. Es wird im Kurzen das jeweilige theoretische Grundkonzept, Aufbau und Durchführung des Testsystems sowie das Auswertungsverfahren vorgestellt.

4.2.1 Eysenck Persönlichkeitsinventar

Das Eysenck Persönlichkeitsinventar wurde als Weiterentwicklung des Maudsley-Personality-Inventory (MPI) als faktorenanalytisches Persönlichkeitskonstrukt 1968 von Eysenck eingeführt. Es basiert auf dessen Persönlichkeitsmodell, das eine genetische Verankerung der Hauptmerkmale des Menschen annimmt. Der Autor sieht in der Persönlichkeit des Menschen „die mehr oder weniger stabile und dauerhafte Organisation des Charakters, Temperaments, Intellekts und Körperbaus eines Menschen, die seine einzigartige Anpassung an die Umwelt festlegt“ (Eysenck, 1953; S. 2). Er bestimmte zwei Hauptfaktoren der Persönlichkeit, die Extraversion und den Neurotizismus, die er auf bipolaren Dimensionsschienen einordnete. Nach Eysenck hat die Ausprägung der Dimensionen „Introversion bis Extraversion“ und „Labilität bis Stabilität“ eine sehr starke Aussagekraft über den Charakter des Individuums. Der typisch Extravertierte hat nach Eysenck folgende Verhaltensdispositionen: er ist lebhaft und aktiv, ist gern in Gesellschaft, leichtmütig und zumeist unkontrolliert. Der introvertierte Mensch dagegen ist zurückhaltend und vorsichtig, bedacht, distanziert, sorgenvoll und kontrolliert. Ein ausgeprägter Neurotizismus äußert sich durch emotionale Überempfindlichkeit, Schüchternheit und ein geringes Selbstwertgefühl. Ein solches Individuum ist ängstlich und angespannt, klagt häufig über diffuse somatische Beschwerden und neigt besonders zur Entwicklung neurotischer Beschwerden.

Der Fragebogen besteht aus zwei parallelen Formen (A und B) mit insgesamt 114 Items, also 57 Items je Form. Weiterhin entfallen pro Form je 24 Items auf die Skalen

Extraversion und Neurotizismus und je neun Items auf die Lügenskala, die die Reaktions- oder Verfälschungstendenz darstellt. Alle Items werden dichotom im “stimmt – stimmt nicht“ - Schema nach ihrem Zutreffen für den Probanden beurteilt. Sie sind in Form von Fragen formuliert.

Nach der Auswertung anhand von Schablonen werden die ermittelten Rohwerte der Testpersonen für die einzelnen Skalen in Stanine-Werte umgewandelt, wobei eine Differenzierung in männliche und weibliche Probanden stattfindet. Werte ab 5 auf der Lügenskala führen zu falschen Interpretationen. Der Test ist nicht bildungsgradabhängig und kann von Testpersonen ab 14 Jahren durchgeführt werden.

4.2.2 Freiburger Persönlichkeitsinventar

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar wurde in seiner ersten Version bereits 1970 von Fahrenberg und Selg beschrieben und entwickelt. 1982 als englischsprachiger Vorgänger von der normierten und revidierten Auflage des FPI-R abgelöst, und 1999 erneut überarbeitet, liegt das System seit 2010 nun in der 8. Erweiterung vor. Es handelt sich um einen mehrdimensionalen Persönlichkeitstest, der im klinischen und nichtklinischen Diagnostikbereich zur Selbst- und Fremdeinstufung wichtiger Persönlichkeitsstrukturen zur Anwendung kommt. Die Beurteilung der interindividuellen Antwortmuster der Testpersonen und deren korrelativer Zusammenhänge erlaubt die quantitative Zuordnung der Individuen entlang operational definierter Eigenschaftsdimensionen. Im Zuge dieses rationellen Verfahrens kann mit relativ geringem Zeitaufwand für Forschung und Praxis eine große Bandbreite an Informationen zur Testperson gesammelt werden.

Der FPI besteht aus zwölf Skalen und 212 Items. Folgende Faktoren wurden von den Autoren als wichtige psychologische Konstrukte identifiziert, und in Form von neun Hauptskalen und drei zusätzlichen Skalen zusammengefasst.

Skala 1 Nervosität	Skala 7 Dominanzstreben
Skala 2 Aggressivität	Skala 8 Gehemmtheit
Skala 3 Depressivität	Skala 9 Offenheit
Skala 4 Erregbarkeit	Skala E Extraversion
Skala 5 Geselligkeit	Skala N Emotionale Labilität
Skala 6 Gelassenheit	Skala M Maskulinität

Ergänzt wurden die Hauptskalen durch die bekannten Eysenck'schen Dimensionsskalen „Extraversion“ und „Neurotizismus“. Die Fragen zielen auf die Selbstschilderung von Verhalten, Einstellungen, Gewohnheiten und körperlichen Beschwerden der Probanden ab.

Der FPI kann von allen Probanden ab einem Alter von 16 Jahren, mit der Ausnahme von Testpersonen mit stark unterdurchschnittlicher Intelligenz, im Einzel- oder Gruppenversuch und einer durchschnittlichen Bearbeitungsdauer von 20 - 30 Minuten durchgeführt werden. Die 212 Items müssen von den Testpersonen selbständig im stimmt/stimmt nicht- Schema beantwortet werden. Um die Möglichkeit absichtlicher Falschaussagen gering zu halten, ist der Test an eine gute Motivation zu Beginn des Verfahrens gebunden.

Nach der Auszählung und Skalenzuordnung der einzelnen Itemantworten mittels Itemschlüssel erfolgt die objektive Auswertung des FPI anhand von Normtabellen, die die Umrechnung der ermittelten Rohwertangaben in standard nine - Werte ermöglichen, und dabei Alter und Geschlecht mitberücksichtigen. Diese neunstufige Stanine-Skala mit einem Mittelwert von $M=5$ und einer Standardabweichung von $s=2$ stellt eine Grobnormierung dar, die für die praktische Testdiagnostik ausreichend ist. Ein Stanine-Wert von einschließlich 4 - 6 markiert den Normbereich, hier wird eine prozentuale Häufigkeit von 54 Prozent erwartet. Mittels Übertragung der individuellen Werte als Standardwerte in den FPI - Auswertungsbogen kann ein FPI - Profil erstellt und die Testinterpretation graphisch veranschaulicht werden.

4.2.3 Fragebogen zur Abschätzung psychosomatischer Krankheitsgeschehens

Dieses Forschungs- und Diagnostikinstrument, das von C. Koch 1981 erstmals beschrieben und entwickelt wurde, dient der Erfassung pathopsychischer Faktoren, die für die Entstehung und Aufrechterhaltung von somatischen Beschwerden mitverantwortlich sein könnten. Insbesondere im Bereich der Psychosomatik und depressiver Störungen eingesetzt, dient es der zentralen Klärung psychisch gestörter Realitätsbezüge, und hat laut Koch zum Ziel, den Bereich des psychosomatischen Zusammenhangs herauszufiltern, „der sich im Symptom nicht unmittelbar materialisiert“ (Koch, 1981; S.6).

Der FAPK besteht aus insgesamt zehn Skalen und 202 Items. Die zehn Hauptpunkte gliedern sich wie folgt auf:

- (1) Realitätsbezug
- (2) Fantasie
- (3) Emotionale Beziehungsleere
- (4) Soziale Anpassung
- (5) Aggression
- (6) Aggressionsunfähigkeit
- (7) Hypochondrie
- (8) Regression
- (9) Abwehr sexueller Empfindungen
- (10) Belastungsfaktoren

Die Skalen „Realitätsbezug“ und „Fantasie“ untersuchen die Verarbeitung von Konflikten im Alltagsgeschehen sowie die Phantasieleistung und das soziale Vorstellungsvermögen des Individuums. Die Tendenz des Probanden, Gefühle zu verleugnen oder sie gar abzuwehren prüft die Skala „Emotionale Beziehungsleere“. Der Bereich „Soziale Anpassung“ veranschaulicht die Neigung der erkrankten Person, durch eine übertriebene Adaptation an gesellschaftliche Verhaltens- und Denkmuster Problemsituationen aus dem Weg zu gehen.

Das Umgehen des Patienten mit äußeren Widersprüchen examinieren die Skalen „Aggression“ und „Aggressionsunfähigkeit“. Inwieweit die Aufmerksamkeit der

untersuchten Person auf das Körper- bzw. Krankheitsgeschehen gerichtet ist, prüft die Skala „Hypochondrie“. Die Neigung zu symbiotischer Vereinigung von Ich- und Objektwelt und damit der Unselbständigkeit des Individuums thematisiert die Skala „Regression“, die Unterdrückung von Triebregungen die Skala „Abwehr sexueller Empfindungen“.

Der letzte Faktor des FAPK, die Skala „Belastungsfaktoren“, wird gesondert betrachtet. Hier werden im genaueren soziale Komponenten herausfiltert, die als Auslöser einer psychischen Konfliktsituation fungieren könnten.

4.2.4 State-Trait-Angstinventar

Basierend auf dem amerikanischen Original „Manual for the State-Trait-Anxiety Inventory“ von Spielberger et al. aus dem Jahre 1970, stellte die deutschsprachige Adaptation des Handbuches von Laux et al. (1981) die Grundlage des Testsystems dar. Das in der Stress- und Angstforschung häufig verwendete Untersuchungsverfahren thematisiert die Grundannahmen des von Spielberger und Mitarbeitern entwickelten Trait-State-Angstmodells (1966; 1972; 1975), der Differenzierung der Angst als Zustandsprodukt (*State-Angst*) und als relativ konstantes Persönlichkeitsmerkmal (*Trait-Angst*). Die *State-Angst* erfasst einen vorübergehenden, psychischen Zustand, der je nach Situation und Zeitabschnitt stärker oder schwächer ausgeprägt sein kann, und durch aktuelle „Anspannung, Besorgtheit, Nervosität, innere Unruhe und Furcht vor zukünftigen Ereignissen“ definiert wird. Die *Trait-Skala* untersucht die relativ stabile habituelle Ängstlichkeit, d.h. die individuelle Neigung des Probanden, mit Angst zu reagieren. Die beiden Skalen können im Rahmen der Auswertung sowohl zusammen interpretiert, als auch als Einzelaussage untersucht werden. Der STAI kommt sowohl im klinischen als auch experimentellen Bereich, sowie interkulturell durch zahlreiche Übersetzungen als breit anwendbares Instrument zum Einsatz

Das Testsystem besteht aus zwei separierten Selbstbeschreibungsskalen (Form X1 und Form X2), die jeweils 20 Feststellungen in Form von kurzen, sachlichen Zustandsaussagen enthalten.

Die *Form X1* (State-Skala) enthält Feststellungen, die sich darauf beziehen, wie sich der Proband in diesem Moment fühlt. Die Hälfte der Items ist zu Positiv-, die Hälfte zu

Negativaussagen formuliert (z.B.: „*Ich bin ruhig.*“; „*Ich bin nervös.*“). Zur Beantwortung steht ihm ein vierstufiges Muster zur Verfügung, mit dem er die **Ausprägung** seiner aktuellen Gefühle darstellen kann (*überhaupt nicht/ ein wenig/ ziemlich/sehr*).

Die Form X2 (Trait-Skala) enthält Feststellungen, die sich darauf beziehen, wie sich der Proband im Allgemeinen, also situationsunabhängig, fühlt. Hier sind 13 der Aussagen positiv und 7 negativ formuliert (z.B.: „*Ich bin ausgeglichen.*“; „*Ich mache mir zu viele Gedanken über unwichtige Dinge.*“). Die Testperson kann auf einer vierstufigen Antwortskala wählen, die die **Häufigkeit** der jeweiligen Befindlichkeit darstellt (*fast nie/manchmal/oft/fast immer*).

Der STAI ist aufgrund des leicht verständlichen, transparenten Konstrukts und der relativ kurzen Bearbeitungszeit von etwa fünf Minuten je Skala für einen weiten Personenkreis ab 15 Jahren als objektiver und ökonomischer Einzel- oder Gruppentest geeignet. Je nach Fragestellung ist es möglich, die beiden Skalen nach der Auswertung zusammen oder getrennt zu behandeln. Dazu werden die Rohwerte durch ein Aufaddieren der einzelnen Items je Skala bestimmt. Vor der Summierung muss jedoch eine Inversion der Aussagen, die in Richtung Angstfreiheit formuliert sind, stattfinden. Es kann ein Gesamtscore von minimal 20 Punkten bei maximaler Angstfreiheit und höchstens 80 Punkten bei stärkster Angstaussprägung je Skala erreicht werden. Für die Trait-Angst liegen t-Werte, Stanine und Prozentränge, sowie Referenzwerte studentischer und unterschiedlicher klinischer Gruppen zur Verfügung, die nach Geschlecht und Altersgruppen differenziert wurden. Für die State-Skala liegen keine Normen vor, da sie als sensibler Indikator zur Veränderungsmessung verwendet wird, und nur als „Maß für die Intensität eines emotionalen Zustands“ gesehen werden kann. Die Trait-Version hat sich gegenüber situativen Bedingungen als sehr robust erwiesen.

4.3 Statistische Auswertung

Die Auswertung der Daten erfolgte mit dem Programm *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) in der 20. Version. Zur Analyse der qualitativen und quantitativen Merkmalseigenschaften der Stichprobe wurden im Zuge der deskriptiven Statistik die

Kennwerte Mittelwert, Standardabweichung, Standardfehler, Minimal- sowie Maximalwert errechnet und Häufigkeitstabellen erstellt.

Um Unterschiede zwischen Heavy Usern und Nicht-Heavy Usern sowie innerhalb der einzelnen Diagnosegruppen auf dem nominalen und ordinalen Skalenniveau zu explorieren, wurden Kreuztabellen erstellt und Berechnungen mittels Chi-Quadrat-Test bzw. Fisher's-Exact-Test bei der Gegenüberstellung von nur zwei Diagnosegruppen bei zu geringer Häufigkeit durchgeführt. Mittelwertvergleichsmessungen erfolgten mithilfe einer Univarianzanalyse (oneway ANOVA) und t-Tests, nachdem zuvor die Homogenität der Varianzen durch die Levene-Statistik überprüft wurde. Die intervallskalierten Variablen wurden aufgrund der kleinen Stichprobe stets auf ihre Normalverteilung untersucht (Kolmogorov-Smirnov-Test). Wurden die Testvoraussetzungen nicht erfüllt, erfolgte eine nichtparametrische Korrektur der Berechnungen mittels Kruskal-Wallis-Test (H-Test) bzw. Mann-Whitney-Test (U-Test). Um ordinalskalierte bzw. nicht normalverteilte Variablen auf die Stärke ihrer Zusammenhänge zu untersuchen, wurde der Korrelationskoeffizient nach Spearman berechnet. Bei intervallskalierten und normalverteilten Variablen wurde nach Pearson korreliert.

Unterschiede waren signifikant bei einem Alphafehler von 5 % ($p \leq 0,05$), hochsignifikant bei 1 % ($p \leq 0,01$). Bei einer Irrtumswahrscheinlichkeit von 10 % ($p < 0,10$) wurden zusätzlich die Trends angegeben. Es wurde stets zweiseitig getestet. Da innerhalb einer kleinen Stichprobe lediglich große Effekte zum Vorschein treten, hat die hier untersuchte Stichprobe nur eine eingeschränkte repräsentative Funktion für Heavy User mit Essstörungen. Die Untersuchung ist daher als hypothesengenerierend zu bezeichnen.

5 Ergebnisse

Die HU werden im Folgenden anhand allgemeiner Daten bei Aufnahme und Entlassung, Angaben zum Krankheitsverlauf, soziodemografischer Faktoren sowie des psychopathologischen Aufnahmebefundes beschrieben. Dies soll einen Überblick über den Status der Erkrankung und das Personenbild des Heavy Users verschaffen. Neben der Untersuchung der einzelnen Diagnosegruppen (AN, BN, BA) wurde stets ein Vergleich mit den NHU durchgeführt.

5.1 Analyse der Stichprobendaten

5.1.1 Allgemeine Daten bei Aufnahme und Entlassung

Die HU unterschieden sich hinsichtlich Alter, BMI und Aufenthaltsdauer des letzten dokumentierten Klinikaufenthaltes von den NHU (Tab.1). Das Durchschnittsalter der Heavy User betrug 28,8 Jahre. Das Mindestalter lag bei 18,8, das Höchstalter bei 51,2 Jahren. Die genaue Altersverteilung gibt Abbildung 2 wieder.

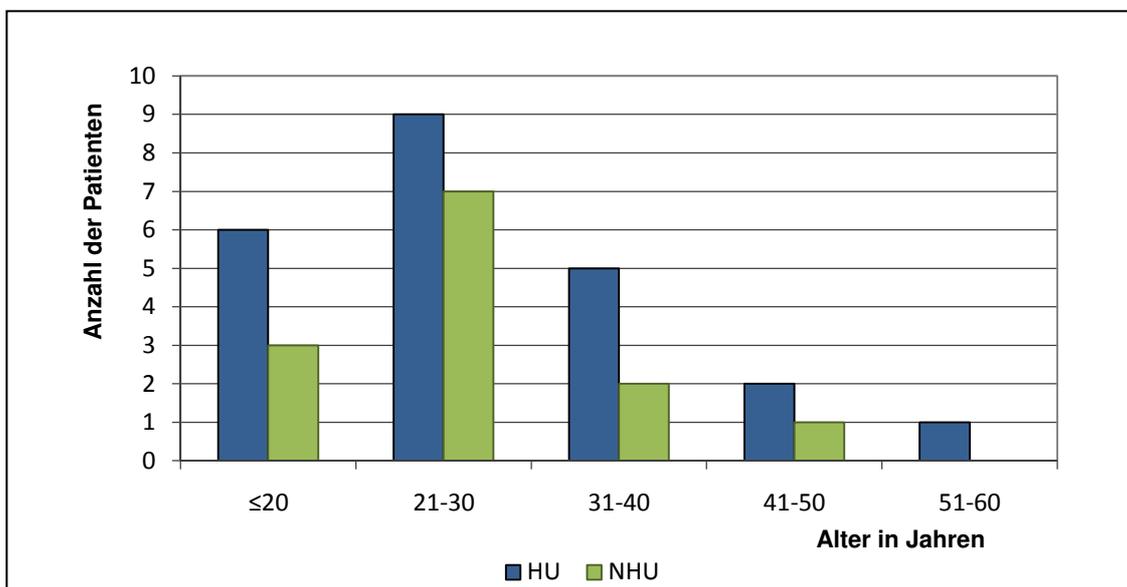


Abbildung 2: Altersverteilung der Stichprobe

In der Gruppe der Nicht-Heavy User betrug das Durchschnittsalter 26,6 Jahre. Die jüngste Patientin dieser Gruppe war 18 und die älteste 42 Jahre alt. Damit war die

Gruppe zwar jünger, der Altersunterschied jedoch nicht signifikant. Im Subgruppenvergleich stellten in der Gruppe der HU die Anorektikerinnen mit einem Mittelwert von 26,0 Jahren die jüngste, die Bulimikerinnen mit 31,6 Jahren die älteste Patientengruppe dar (Tab.2). Diese Altersverteilung konnte auch in der Gruppe der NHU bestätigt werden (AN: M=22,8; BN: M=28,7; BA: M=25,5). Die Altersunterschiede zwischen den Diagnosen zeigten keine signifikanten Nennwerte.

Tabelle 1: Ergebnisse und Vergleich der allgemeinen Daten der Gruppen HU und NHU

	HU		NHU		p-Wert
	N=23		N=13		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
<i>Alter bei Aufnahme</i> ^a	28,8	9,6	26,6	7,8	n.s.
<i>BMI bei Aufnahme</i> ^b	15,9 ¹	5,9	20,4	7,8	*
<i>BMI bei Entlassung</i> ^b	18,9 ¹	4,0	21,7 ²	6,1	n.s.
<i>Aufenthaltsdauer</i> ^c	136,8 ¹	94,6	81,9	43,4	*

^a in Jahren; ^b in kg/m²; ^c in Tagen; reduzierte Anzahl der Angaben: ¹ N=22; ² N=11; n.s.: nicht signifikant. *p<0,05; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Tabelle 2: Ergebnisse der allgemeinen Daten der Heavy User im Diagnosenvergleich

	<i>Gruppe 1</i>		<i>Gruppe 2</i>		<i>Gruppe 3</i>	
	Anorexie		Bulimie		Bulimarexie	
	N=9		N=6		N=8	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
<i>Alter bei Aufnahme</i> ^a	26,0	6,4	31,6	10,0	29,8	12,5
<i>BMI bei Aufnahme</i> ^b	13,2	2,3	22,2 ¹	9,4	15,1	3,2
<i>BMI bei Entlassung</i> ^b	17,7	3,0	21,9 ¹	7,0	18,3	1,3
<i>Aufenthaltsdauer</i> ^c	168,3	123,1	98,6 ¹	80,9	125,3	57,6

^a in Jahren; ^b in kg/m²; ^c in Tagen; reduzierte Anzahl der Angaben: ¹ N=5; M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Der durchschnittliche *Body Mass Index* der Heavy User bei Aufnahme betrug 15,9 kg/m². Damit unterschieden sie sich signifikant von den Nicht-Heavy Usern (BMI-Mittelwerte: AN: M=16,6; BN: M=24,2; BA: M=17,1), deren Index mit

durchschnittlichen $20,4 \text{ kg/m}^2$ deutlich höher lag ($p=0,011$). Erwartungsgemäß fand sich auch ein signifikant niedrigerer BMI in der Gruppe der Anorektiker im Vergleich zur Gruppe der Bulimiker ($AN < BN$; $p=0,007$). Mit einer Tendenz zur Signifikanz konnte auch eine leichte Abweichung zur Gruppe der Bulimarexie verzeichnet werden ($BA < BN$; $p=0,063$). Der niedrigste Wert wurde mit einem BMI von 10,4, der höchste mit einem Wert von 38,1 dokumentiert.

Der durchschnittliche *Entlassungs-BMI* lag bei $18,9 \text{ kg/m}^2$ ($SD \pm 4,0$). HU und NHU unterschieden sich nicht signifikant. In der Gruppe der Anorektiker fand die größte Gewichtszunahme von 34,1 % von $13,2 \text{ kg/m}^2$ auf einen durchschnittlichen BMI von $17,7 \text{ kg/m}^2$ statt. Eine Verbesserung der Gewichtssituation erreichten auch die Patientinnen mit Bulimarexie. Diese kamen auf einen Entlassungs-BMI von $18,3 \text{ kg/m}^2$ und damit auf eine Gewichtssteigerung von 21,2 %. In der Gruppe der Bulimiker, die im Durchschnitt einen BMI im Normbereich aufzeigte, konnte eine Gewichtsabnahme von 1,4% beobachtet werden.

Die durchschnittliche *Aufenthaltsdauer* der essgestörten Heavy User des letzten Aufenthalts an der Uniklinik Würzburg betrug 136,8 Tage ($SD \pm 94,6$), wobei zwischen 3 und 367 Tagen eine große Spannweite zu erkennen ist. Die durchschnittlich längsten Klinikaufenthalte konnten die Anorektikerinnen mit 168,3 Tagen, die kürzesten die Bulimikerinnen mit nur 98,6 Tagen verzeichnen. Ein signifikanter Unterschied zwischen den Diagnosen konnte nicht beobachtet werden. Die NHU wurden mit nur 81,9 Tagen signifikant kürzer behandelt ($p=0,026$). Der Unterschied zwischen den Diagnosegruppen war hier nicht so stark ausgeprägt (AN : $M=80,0$; BN : $M=78,1$; BA : $M=92,3$). Die im Durchschnitt längsten Aufenthalte ergaben sich in der NHU- Gruppe unter den Bulimarektikern.

Tabelle 3 zeigt einen Überblick über den Rechtsstatus der Aufnahme, den Therapieabschluss und das Behandlungsergebnis der HU und NHU.

Tabelle 3: Therapieantritt und Therapieabschluss der HU und NHU

	HU		NHU	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Therapieabschluss				
<i>regulär entlassen</i>	16	69,6	10	76,9
<i>abgebrochen</i>	7	30,4	3	23,1
Outcome				
<i>gut</i>	12	52,2	7	53,8
<i>schlecht</i>	11	47,8	6	46,2
Rechtsstatus				
<i>richterlich untergebracht</i>	7	30,4	-	-
<i>freiwillig behandelt</i>	16	69,6	13	100,0

Ein guter Outcome wurde in dieser Studie mit der Normalisierung von Gewicht und Essverhalten definiert. Die Gruppen unterschieden sich im Therapieabschluss bzw. Outcome nicht signifikant voneinander. Allerdings wurden nur HU richterlich untergebracht ($p=0,034$). 57,1 % der Heavy User mit richterlichem Beschluss haben die Therapie nach durchschnittlich 74,5 Tagen (SD $\pm 89,3$) abgebrochen (N=4 von 7). Die Gründe für den vorzeitigen Abbruch gegen ärztlichen Rat wurden in dieser Studie nicht betrachtet. Die Abbruchquote war unter den freiwilligen Patientinnen deutlich niedriger (N=3 von 16; $p=0,066$). Patientinnen, die die Therapie abgebrochen haben, verließen nach durchschnittlich 83,0 Tagen (SD $\pm 87,5$) die Klinik (Gruppe ohne Abbruch: M=157,0 Tage; SD $\pm 91,6$).

5.1.2 Soziodemographische Daten

Die folgende Tabelle (Tab. 4) zeigt die familiäre bzw. berufliche Situation der Heavy User und Nicht-Heavy User zur Zeit der letzten Aufnahme.

Tabelle 4: Soziodemographischer Vergleich der HU und NHU

	<i>HU</i>		<i>NHU</i>	
	<i>N</i>	<i>%</i>	<i>N</i>	<i>%</i>
Familiärer Stand				
<i>Single</i>	15	65,3	7	53,9
<i>Partnerschaft</i>	5	21,7	6	46,1
<i>Verheiratet</i>	3	13,0	-	-
Wohnsituation				
<i>Allein</i>	10	43,5	5	38,5
<i>Bei Eltern</i>	8	34,8	6	46,1
<i>Mit Partner</i>	3	13,0	2	15,4
<i>WG</i>	1	4,3	-	-
<i>Betreutes Wohnen</i>	1	4,3	-	-
Berufliche Situation				
<i>Schüler Hauptschule</i>	-	-	1	7,7
<i>Schüler Realschule</i>	-	-	-	-
<i>Schüler Gymnasium</i>	3	13,0	2	15,4
<i>Ausbildung</i>	4	17,4	-	-
<i>Akademiker</i>	-	-	1	7,7
<i>Angestellte</i>	4	17,4	4	30,8
<i>Arbeiter</i>	1	4,3	2	15,4
<i>Arbeitslos</i>	7	30,4	3	23,0
<i>Berentet</i>	4	17,4	-	-
Höchster Schulabschluss				
<i>Kein Abschluss</i>	-	-	1	7,7
<i>Hauptschule</i>	3	13,0	6	46,2
<i>Realschule</i>	12	52,2	2	15,4
<i>Gymnasium</i>	8	34,8	4	30,7

Die essgestörten Vielnutzer unterschieden sich in einigen soziodemographischen Variablen von den Nicht-Heavy Usern. So wohnte der Großteil der HU allein, während die zweite Gruppe vorwiegend bei den Eltern lebte. Der Fisher's Exact-Test zeigte eine tendenzielle Signifikanz in der beruflichen Situation. Standen in der Gruppe der NHU 53,9 % der Patientinnen in einem Arbeitsverhältnis, so waren es unter den Heavy Usern lediglich 21,7 % ($p=0,071$). Vier HU-Patientinnen waren aufgrund der Erkrankung

bereits berentet. Damit waren unter den Vielnutzern doppelt so viele Frauen ökonomisch nicht aktiv wie unter den NHU (47,8 % vs. 23,1 %).

Der Diagnosenvergleich in der Gruppe der HU zeigte, dass der Großteil der Bulimikerinnen in einer Partnerschaft lebte (83,3 %), während lediglich eine Anorektikerin (11,1 %) eine feste Beziehung angab (AN vs. BN: $p=0,011$). Auch der Großteil der Bulimarektiker war ungebunden (N= 6 von 8; 75 %). Dies verdeutlichte den Zusammenhang zwischen anorektischer Symptomatik und einem Single-Beziehungsstatus (AN/BA vs. BN: $p=0,009$). Unter den Heavy Usern befanden sich drei Gymnasiastinnen. Alle drei zeigten eine bulimische Symptomatik. Von den sieben arbeitslosen HU waren vier anorektisch, eine bulimisch und zwei bulimarektisch. Von den berenteten Frauen litten zwei an Anorexie und jeweils eine an Bulimie bzw. Bulimarexie. Zwischen den Diagnosen errechneten sich keine Signifikanzen.

Zum Zeitpunkt der letzten Aufnahme konnten alle HU einen Schulabschluss vorweisen, nur ein NHU hatte keinen Abschluss. Der Großteil der HU zeigte einen mittleren Schulabschluss (Realschule), 46,2 % der NHU einen Hauptschulabschluss. Einen niedrigen Bildungsgrad („Hauptschulabschluss“ oder „kein Abschluss“) wiesen damit 53,8 % der NHU, aber nur 13 % der HU auf. Im Fisher´s-Exact-Test war der Unterschied signifikant ($p=0,018$).

Im Rahmen der Familienanamnese konnten auch Daten zum *Missbrauch in der Kindheit* erhoben werden. Zwei von 20 Heavy Usern gaben an, sexuell missbraucht worden zu sein. Dies entsprach 10 % der Stichprobe. Von diesen Essgestörten war eine bulimisch und eine bulimarektisch. In der Gruppe der NHU wurde eine Vorgeschichte von sexuellem Missbrauch dokumentiert. 35 % der Heavy User berichteten, in der Kindheit Gewalt erlebt zu haben (N=7 von 20). Davon waren ein Anorektikerin, zwei Bulimikerinnen und vier Bulimarektikerinnen betroffen. In der Gruppe der NHU erzählte lediglich eine Patientin (7,7 %) von Gewalt in der Kindheit. Hier zeigte sich ein tendenzieller Zusammenhang zwischen einer gewaltgeprägten Kindheit und einem Vielnutzerverhalten ($p=0,074$). Bulimische bzw. bulimarektische Heavy User wurden häufiger mit Missbrauch in der Kindheit konfrontiert (12,5 vs. 53,8 %) als die restriktiven Anorektiker ($p=0,058$).

5.1.3 Verlauf der Erkrankung

Das Durchschnittsalter der Heavy User bei Auftreten der Erkrankung betrug 17,2 Jahre (SD $\pm 5,73$). Der früheste Krankheitsausbruch lag bei 11 Jahren, der späteste wurde im 31. Lebensjahr verzeichnet. Die NHU erkrankten mit 19,4 Jahren (SD $\pm 7,0$) später an der Essstörung (Tab. 5).

Tabelle 5: Darstellung der Ergebnisse zum Verlauf der Erkrankung für die HU und NHU

	HU N=23		NHU N=13		p-Wert
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
Alter bei Beginn der Erkrankung ^a	17,2	5,7	19,4	7,0	n.s.
Dauer der Erkrankung ^a	11,2	9,0	7,0	5,8	n.s.
Alter bei 1. stat. Therapie ^a	21,5 ¹	6,4	25,1 ³	7,0	n.s.
Anzahl Therapien stationär	7,0	6,5	0,5	0,5	***
Anzahl Therapien ambulant	2,7 ²	2,3	1,3 ⁴	0,8	*

^a in Jahren; reduzierte Anzahl der Angaben: ¹ N=20; ² N=16; ³ N=12; ⁴ N=11; n.s.: nicht signifikant. * p<0,05. *** p<0,000
M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Tabelle 6: Vergleich der Ergebnisse zum Krankheitsverlauf für die Diagnosen AN, BN und BA in der Gruppe der HU

	Gruppe 1 Anorexie N=9		Gruppe 2 Bulimie N=6		Gruppe 3 Bulimarexie N=8	
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>
Alter Beginn der Erkrankung ^a	17,3	5,1	20,0	7,3	15,0	4,8
Dauer der Erkrankung ^a	8,1	5,2	11,4	9,0	14,5	11,9
Alter bei 1. Stat. Therapie ^a	20,1 ¹	6,5	22,8 ²	7,4	21,9 ¹	6,1
Anzahl Therapien stationär	6,1	5,3	10,5	9,7	5,4	4,4
Anzahl Therapien ambulant	2,2 ²	2,0	2,3 ³	1,3	3,5 ²	3,0

^a in Jahren; reduzierte Anzahl der Angaben: ¹ N=7; ² N=6; ³ N=4
M=Mittelwert; SD=Standardabweichung

Die Diagnosegruppen der HU unterschieden sich im *Alter bei Beginn der Erkrankung* nicht signifikant. Die Bulimikerinnen erkrankten mit im Durchschnitt 20,0 Jahren später. Das Kollektiv der Bulimarektikerinnen zeigte den frühesten Ausbruch der Essstörung bei durchschnittlich 15,0 Jahren (siehe Tab. 6). Diese Reihenfolge konnte auch in der Gruppe der NHU gefunden werden (AN: M=18,8; BN: 20,8; BA: M=16,8). Unterteilt man den Krankheitsbeginn in den Status Jugendlicher bzw. Erwachsener, so erkrankten in der Gruppe der Heavy User 73,9 % und unter den NHU 53,8 % als Jugendliche.

Nicht signifikant, jedoch länger war die Krankheitsdauer bei den HU im Vergleich zu den NHU, nämlich 4,2 Jahre (Tab. 5). Im Diagnosenvergleich der HU zeigte sich die durchschnittlich kürzeste *Erkrankungsdauer* unter den Patientinnen mit Anorexia nervosa. Diese lag bei 8,1 Jahren (SD $\pm 5,2$). Mit der Erkrankung lebten die Bulimarektikerinnen seit 14,5 Jahren am längsten. Die Angaben schwankten hierbei von 1,5 bis 37,0 Jahren. Die durchschnittlich längste Erkrankungsdauer fand sich unter den NHU in der Gruppe der Bulimiker (AN: M= 4,2; BN: M=7,8; BA: M=7,7).

Die essgestörten Heavy User waren bei ihrem *ersten stationären Krankenhaus-Aufenthalt* mit im Durchschnitt 21,5 Jahren (SD $\pm 6,4$) älter als die NHU (M=25,1). Damit traten sie ihre 1. stationäre Therapie etwa 3,6 Jahre früher an als die NHU-Gruppe. Dieses Ergebnis war nicht signifikant. Auch die einfaktorielle Varianzanalyse zeigte zwischen den Diagnosen keine signifikanten Unterschiede auf. Die Bulimarektikerinnen erkrankten als erste mit 15,0 Jahren, wurden aber erst nach 6,9 Jahren stationär behandelt. Der zeitliche Abstand zwischen Auftreten der Essstörung und erster klinischer Therapie war bei den Bulimikerinnen am geringsten, die mit 20 Jahren erkrankten und nach 2,8 Jahren im Durchschnitt eingewiesen wurden. Bei den Anorektikerinnen dauerte es noch 2,8 Jahre, nachdem sie mit im Durchschnitt 17,3 Jahren zuerst erkrankten. Auch in der Gruppe der NHU zeigten die Bulimikerinnen das höchste und die Anorektikerinnen das niedrigste Durchschnittsalter bei Ersthospitalisation (AN: M=22,5; BN: M=26,7; BA: M=24,7).

Ein hochsignifikanter Unterschied zeigte sich in der *Anzahl vorhergegangener stationärer Therapien* ($p \leq 0,000$). Die Heavy User wurden im Durchschnitt 7,0 Mal stationär behandelt. Das Minimum lag hierbei bei 2, das Maximum bei 26 vorhergegangenen stationären Therapien vor der letzten dokumentierten Aufnahme. Die meisten Behandlungen gingen dabei auf die Bulimiker zurück ($M=10,5$). In der Gruppe der NHU handelte es sich bei der dokumentierten Aufnahme meist um die 1. stationäre Behandlung. Die Vielnutzer konnten zudem mehr ambulante Therapien vorweisen ($p=0,033$), die von allen Diagnosegruppen allerdings deutlich seltener in Anspruch genommen wurden. Die Anzahl bewegte sich zwischen 0 und 7 Therapien. Ambulante Behandlungen wurden von HU mit Bulimarexie am häufigsten genutzt, während sie am seltensten stationär eingewiesen wurden.

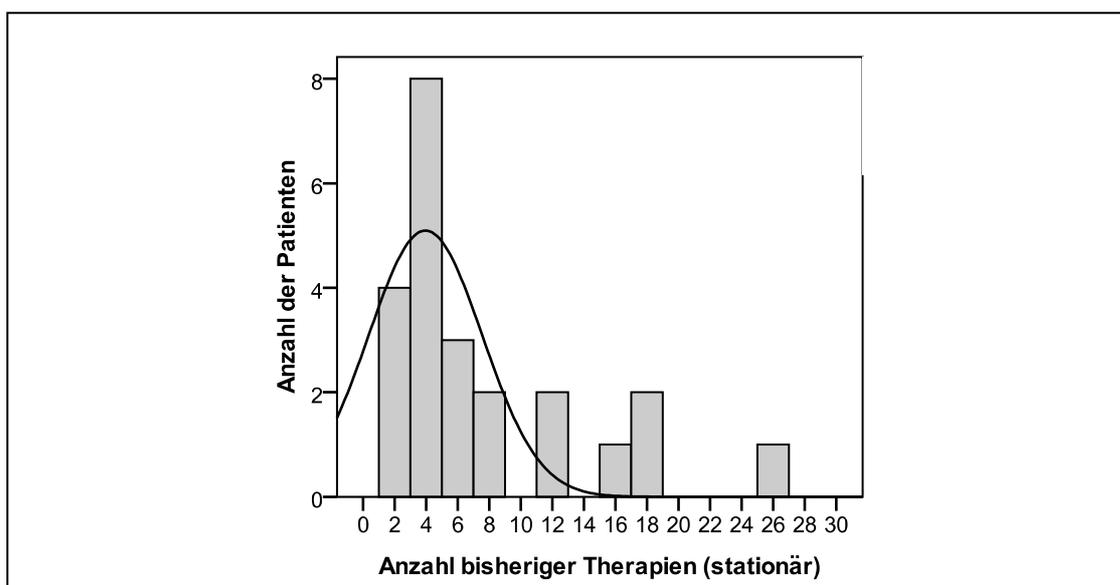


Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung der Anzahl stationärer Therapien vor dem letzten dokumentierten Aufenthalt der HU

Anhand der Patientenakten wurden zudem Daten zu *suizidalem Verhalten und Substanzmissbrauch* im Verlauf der Erkrankung ausgewertet. 77,3 % der Heavy User gaben an im Verlauf der Erkrankung Suizidgedanken gehabt zu haben (N=17 von 22). An Suizid dachten 55,6 % der Anorektikerinnen (N=5), ausnahmslos alle Bulimikerinnen (N=6) und ebenso die Mehrzahl der bulimarektischen Patientinnen (N=6, 85,7 %). Eine Tendenz zur Signifikanz zeigte der Vergleich der Gruppen AN und BN/BA. 92,3 % der bulimisch auffälligen Patientinnen gaben Suizidgedanken an

($p=0,067$). Lediglich 36,4 % der NHU dachten im Verlauf der Erkrankung an Suizid (N=4 von 11). Der Unterschied zu den HU war tendenziell signifikant ($p=0,052$).

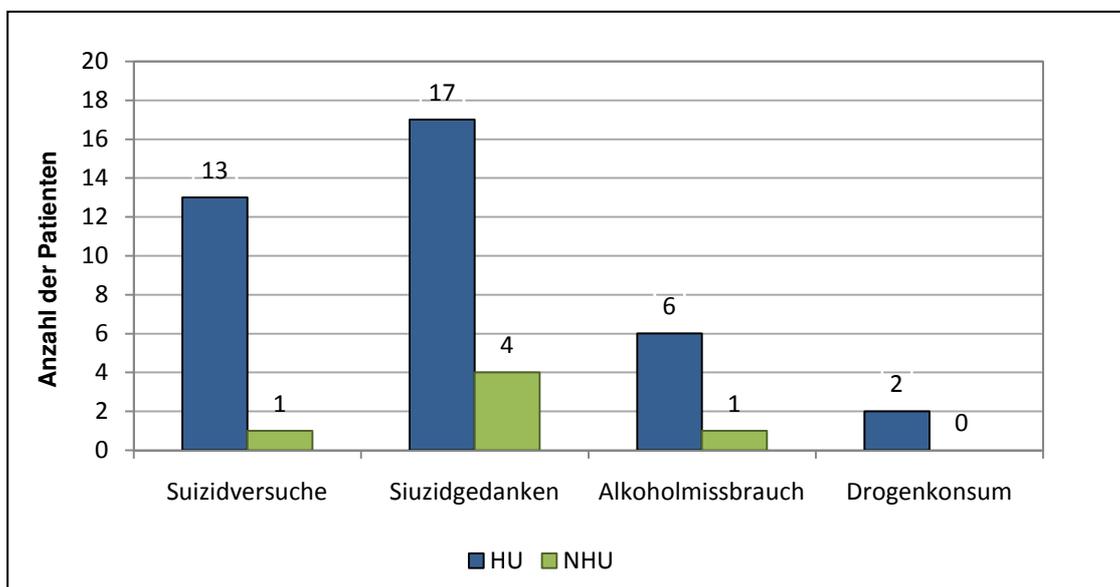


Abbildung 4: Angaben zur Suizidalität und Substanzmissbrauch im Verlauf der Erkrankung der HU und NHU

Mehr als die Hälfte der essgestörten Heavy User (61,9 %, N=13 von 21) hatte zur Zeit der Aufnahme bereits einen oder mehrere Suizidversuche hinter sich. Unter den Anorektikerinnen waren dies 55,6 % (N=5), bei den Bulimikerinnen 83,3 % (N=5) und den bulimarektischen Patientinnen 50 % (N=3 von 6). Bei allen Anorektikerinnen führten die Suizidgedanken zum tatsächlichen Versuch sich das Leben zu nehmen. Im Vergleich zu den NHU ist hier eine deutliche Signifikanz zu erkennen: nur eine Patientin unter den NHU wollte Suizid begehen ($p=0,004$).

Fast ein Drittel der HU gab an, während ihrer Erkrankung Alkohol konsumiert zu haben (28,6 %, N=6 von 21). Dies waren 22,2 % (N=2 von 9) der AN, 40 % (N=2 von 5) der BN und 28,6 % (N=2 von 7) der BA. Zwei der Heavy User gaben außerdem Drogenkonsum im Verlauf der Erkrankung an (8,7 %). Beide Patientinnen zeigten eine bulimische Symptomatik (BN+BA). Substanzmissbrauch unter den NHU wurde seltener dokumentiert. Hier war nur von einer Patientin (7,7 %,) ein Alkoholkonsum bekannt.

Bei 5 von 22 Heavy User - Patientinnen waren *Delikte* aus der Vergangenheit bekannt (22,7 %). Das häufigste Vorkommen fand man unter den Anorektikerinnen mit 44,4 %

(N=4), gefolgt von einer Bulimikerin (20 %). Keine Patientin aus der Gruppe der Bulimarektiker hatte sich bisher strafbar gemacht. Unter den NHU fand sich nur eine Patientin (7,7 %; N=1 von 13) mit Delikten.

5.1.4 Psychopathologischer Aufnahmebefund

Aufgrund von vielen fehlenden Angaben werden im Folgenden nur die wichtigsten bei Aufnahme dokumentierten psychopathologischen Befunde aufgezählt. Abbildung 5 gibt die häufigsten psychopathologischen Auffälligkeiten der HU und NHU wieder.

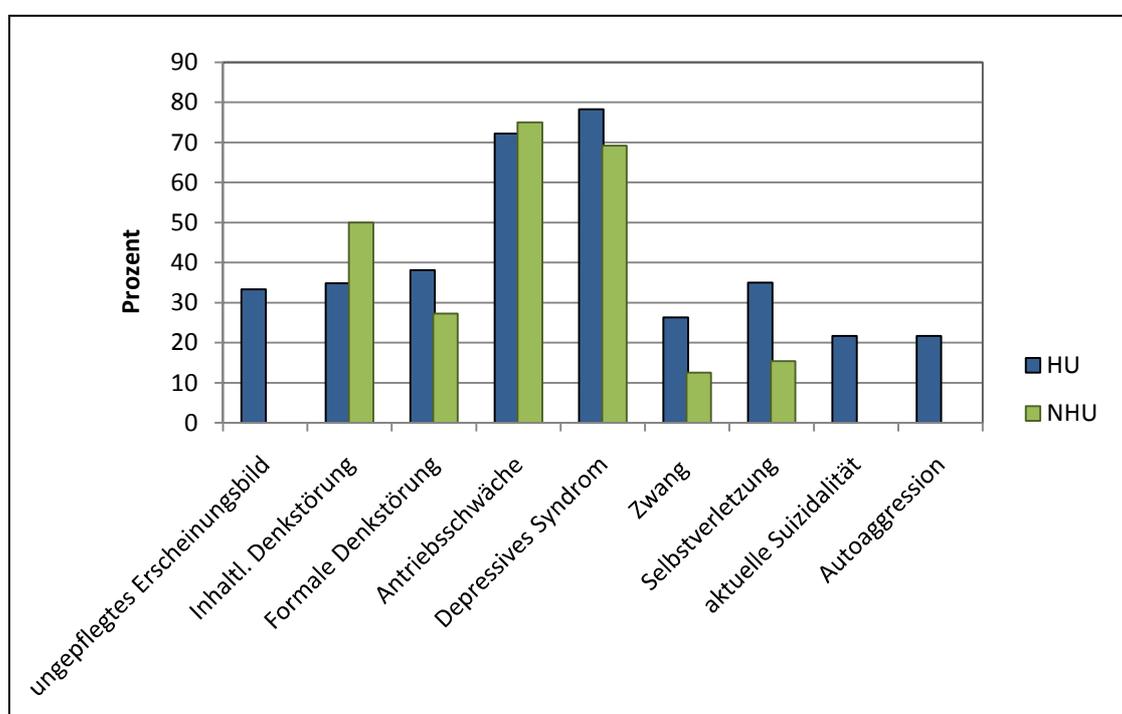


Abbildung 5: Psychopathologischer Befund der HU und NHU zur Zeit der Aufnahme

Zur Beurteilung des äußeren Erscheinungsbildes fand man unter den HU lediglich Angaben zu zwölf der 23 Patientinnen. Acht der Frauen (66,7 %) stellten sich mit einem gepflegten Äußeren vor. 33,3 % (N=4) fielen durch ein vernachlässigtes Erscheinungsbild auf. Darunter fanden sich zwei Bulimikerinnen und zwei bulimarektische Patientinnen. Alle NHU (N=10 von 13) erschienen mit einem gepflegten Erscheinungsbild zur Therapie ($p=0,096$).

Bei 19 HU lagen Angaben zu *inhaltlichen Denkstörungen* vor. Diese zeigten sich bei acht der Vielnutzer (34,8 %), davon waren sechs (75 %) leichte Ausprägungen und zwei (25 %) mittelgradige. Eine schwere Form der inhaltlichen Denkstörung wurde bei keiner Patientin erfasst. Die Diagnosegruppen unterschieden sich nicht signifikant. In der Gruppe der NHU fielen 50 % der Frauen mit inhaltlichen Schwächen auf (N=5 von 10). Diese waren bei vier Frauen leicht und bei einer Patientin mittelgradig ausgeprägt. 8 von 21 dokumentierten Fällen der HU-Stichprobe wiesen *formale Denkstörungen* auf (38,1 %). Davon zeigten sechs (75 %) Frauen eine leichte, eine (12,5 %) eine mittelgradige und ebenfalls nur eine Patientin eine schwere Störung auf. Unter den NHU konnten nur 3 von 11 Patientinnen mit einer leichten formalen Denkstörung identifiziert werden (27,3 %).

72,2 % der HU zeigte zu Beginn der Therapie eine *Antriebsschwäche* (N=13 von 18). Innerhalb der Diagnosen waren dies die Hälfte der Anorektikerinnen (N=6), alle Bulimikerinnen (N=5 von 5) und 71,4 % der Bulimarektikerinnen (N=5 von 7). Bei 33,3 % (N=6) der HU-Patientinnen wurde eine leichte und bei 38,9 % (N=7) eine starke Antriebsschwäche dokumentiert. Diese war mit 80 % stärker auf der Seite der Bulimiker im Vergleich zur zusammengefassten Gruppe der AN und BA mit 21,4% ($p=0,038$) vertreten. Eine Patientin mit der Diagnose AN zeigte einen gesteigerten Antrieb. In der Gruppe der NHU zeigten 75 % (N=9 von 12) einen verminderten Antrieb.

Eine *depressive Symptomatik* konnte bei 18 von 21 HU - Patientinnen (85,7 %) beobachtet werden. 21,7 % der Heavy User (N=5) fielen mit Stimmungsschwankungen auf. Eine solche „schwankende Gefühlslage“ war nur bei Patientinnen mit bulimischer Symptomatik zu erkennen. Unter den anorektischen Patientinnen war die Stimmung durchgehend gedrückt. Bei 81,0 % der Frauen zeigte sich die Schwingungsfähigkeit vermindert (N=17).

35 % der Heavy User (N=7 von 20) fielen aktuell bei der Aufnahme durch *selbstverletzende Handlungen* auf. Die Auswertung zeigte, dass die Mehrzahl der Bulimikerinnen (75 %) zur Selbstverletzung neigte. Dies galt im Vergleich nur für 12,5 % der Bulimarektikerinnen und 37,5 % der Anorektikerinnen. *Passive Autoaggression* lag nur in der HU-Gruppe vor ($p=0,081$). *Suizidalität* bzw. Suizidgefährdung bei Aufnahme konnte bei 21,7 % der Patientinnen (N=5 von 23)

festgestellt werden. Davon waren jeweils 33,3 % der AN bzw. BN betroffen. Keine der Anorektikerinnen mit bulimischer Komponente war zur Zeit der Aufnahme suizidal. Damit lagen in der Diagnosegruppe Bulimarexie der HU- Stichprobe am seltensten selbstverletzendes Verhalten und aktuelle Suizidalität vor.

Die psychiatrischen Komorbiditäten der HU und NHU sind in Abbildung 6 dargestellt. Das Diagramm verdeutlicht die hohe Prävalenz von begleitenden psychischen Erkrankungen in der Gruppe der HU. Diese waren mit 91,3 % unter den Vielnutzern im Vergleich mit 69,2 % unter den NHU stärker vertreten, aber ohne statistische Signifikanz.

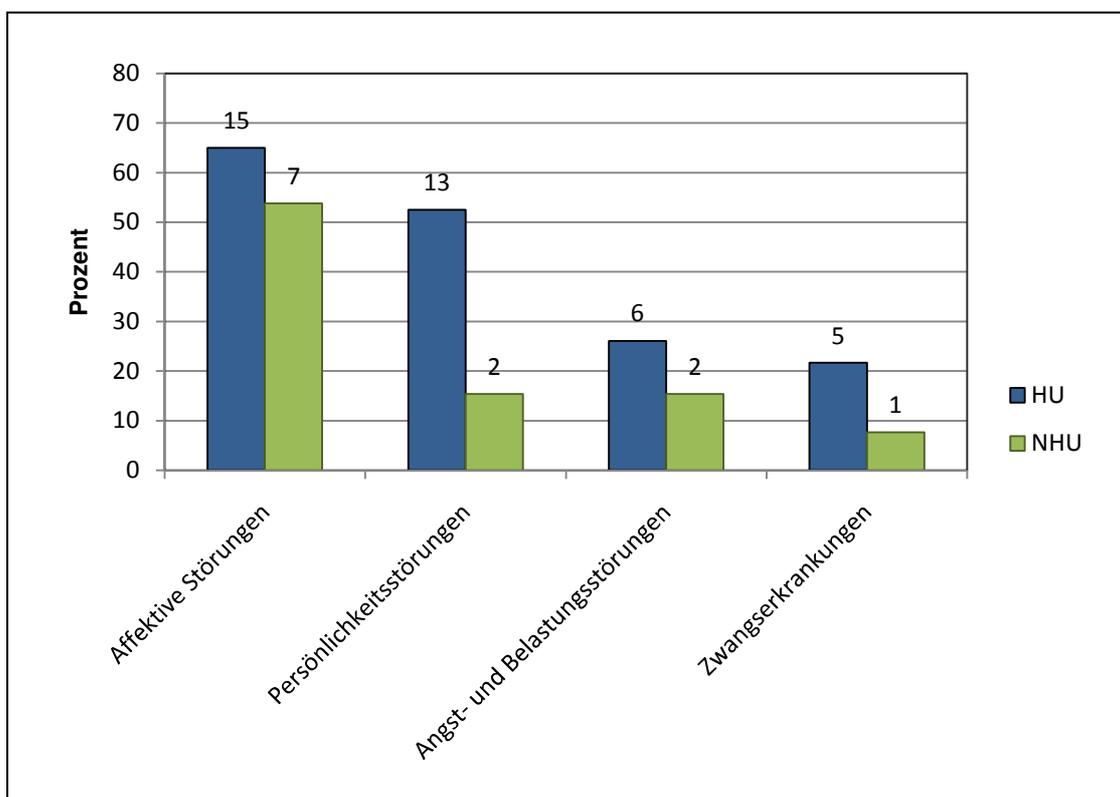


Abbildung 6: Prozentuale Darstellung der psychiatrischen Komorbiditäten in der Gruppe der HU und NHU (Zahlenwerte außerhalb der Balken geben die Anzahl der Patienten an)

Persönlichkeitsstörungen waren unter den HU signifikant häufiger vertreten als in der NHU-Gruppe ($p=0,033$). Hiervon waren bulimische bzw. bulimarektische Patientinnen stärker betroffen. Begleitende affektive Störungen traten ebenfalls in beiden Gruppen häufig (65,0 % vs. 53,8 %) auf. Angst- und Belastungsstörungen dagegen selten (26,1 % vs. 15,4 %). Deutlich häufiger, jedoch nicht statistisch signifikant, waren in der Gruppe

der HU Zwangserkrankungen vertreten. Der Diagnosenvergleich in der HU-Stichprobe zeigte keine signifikanten Unterschiede.

Das Vorhandensein einer Persönlichkeitsstörung war mit einem guten Outcome assoziiert ($p=0,022$). Patientinnen ohne Persönlichkeitsstörung dagegen brachen die Therapie häufiger ab ($p=0,016$) und hatten in dieser Studie weniger stationäre Aufenthalte als die Frauen mit Persönlichkeitsstörung ($M=5,3$; $SD \pm 4,2$ vs. $M=8,8$; $SD \pm 8,1$; nicht signifikant).

5.2 Auswertung der Fragebögen

5.2.1 Eysenck'sches Persönlichkeitsinventar (EPI)

Ein Kollektiv aus 15 Heavy Usern (AN= 5, BN= 3, BA= 7) und 11 Nicht-Heavy Usern nahm am EPI-Testverfahren zu Beginn der letzten Aufnahme teil. Aufgrund der geringen Anzahl an bulimischen Patientinnen erfolgte der Mittelwertvergleich für die Diagnosen der HU nur für die Subgruppen Anorexia nervosa und Bulimarexie.

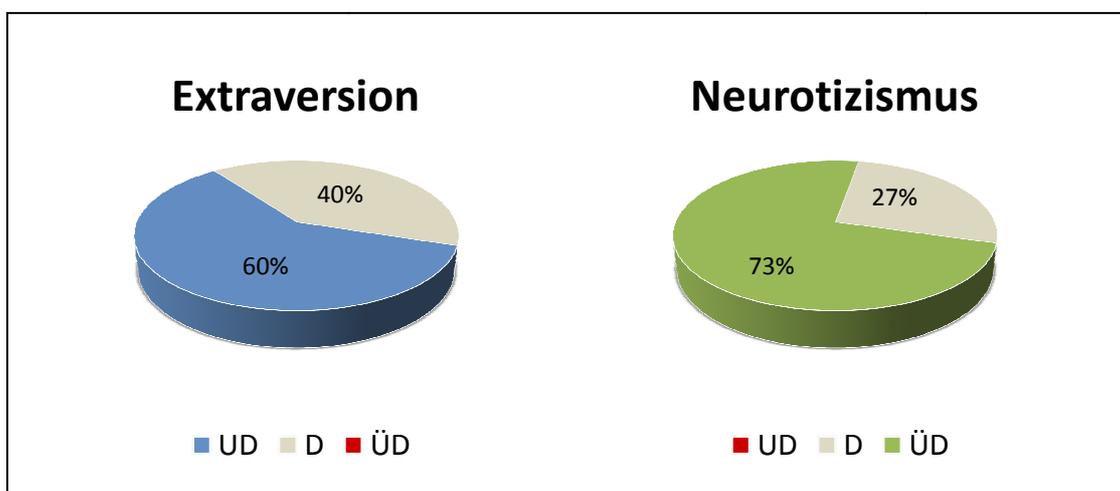


Abbildung 7: Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen der HU auf den EPI-Skalen (UD = unterdurchschnittlich; D = durchschnittlich; ÜD = überdurchschnittlich)

Die prozentuale Verteilung auf der Skala „Extraversion“ und „Neurotizismus“ ist in Abbildung 7 dargestellt. 60 % der Heavy User bewegten sich auf der E-Skala im unterdurchschnittlichen Bereich zwischen Stanine-Werten von 1 - 3 und tendierten damit

stark zu introvertiertem Verhalten. Im Normbereich zwischen 4 und 6 Stanine lagen 40 % der Patientinnen. Keine der Testteilnehmerinnen zeigte sich betont extravertiert.

Der Großteil der Heavy User (73,3 %) zeigte sich mit hohen Werten auf der N-Skala emotional labil. 26,7 % bewegten sich auf der Neurotizismusskala im durchschnittlichen Bereich. Keine der Probandinnen beschrieb sich als emotional überdurchschnittlich stabil.

Die Ergebnisse der deskriptiven Datenanalyse für die Gruppe der Heavy User und Nicht-Heavy User lassen sich Tabelle 7 entnehmen.

Tabelle 7: Ergebnisse der EPI-Skalen in den Gruppen HU und NHU

EPI-Dimensionen	HU			NHU		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Extraversionsskala (Introversion – Extraversion)	3,1	1,9	1–6	4,2	2,1	2–7
Neurotizismusskala (Emot. Stabilität – Labilität)	7,6	1,7	4–9	6,2	2,0	3-9

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Der Mittelwertvergleich mittels t-Test für unabhängige Stichproben (Mann-Whitney-U-Test) zeigte eine tendenzielle Signifikanz auf der Neurotizismusskala ($p=0,064$). Damit zeigten die HU eine stärkere Ausprägung der emotionalen Labilität. Auf der E-Skala bewegten sich die NHU bei einem Mittelwert von 4,2 im Gegensatz zur Gruppe der HU im Normbereich. In der HU-Gruppe korrelierten hohe Introversionswerte mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen ($r=0,564$; $p=0,029$).

Für die Diagnosen AN und BA konnte folgende Verteilung der Mittelwerte innerhalb der Persönlichkeits-Dimensionen errechnet werden (Tab. 8):

Die anorektischen HU zeigten auf den EPI-Skalen im Vergleich mit den bulimarektischen Patientinnen sowohl eine stärkere Ausprägung des introvertierten als auch des neurotischen Charakters. Ein signifikanter Unterschied wurde nicht gefunden.

Die bulimischen HU (N=3) erreichten auf der Skala „Extraversion“ einen Mittelwert von 5,3 (SD $\pm 0,58$). Damit war diese Gruppe extravertierter und offener im Umgang mit

anderen. Auf der Skala „Neurotizismus“ konnte ein Mittelwert von 7,3 (SD \pm 0,58) errechnet werden. Im Vergleich mit der Diagnose AN und BA war bei den Patientinnen mit bulimischer Symptomatik die emotionale Instabilität am geringsten ausgeprägt.

Tabelle 8: Ergebnisse der EPI-Skalen für die Diagnosen AN und BA der HU

EPI-Dimensionen	Gruppe 1 Anorexie N=5			Gruppe 3 Bulimarexie N=7		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Extraversionsskala (Introversion – Extraversion)	2,2	1,30	1-4	2,7	1,98	1-6
Neurotizismusskala (Emot. Stabilität – Labilität)	8,0	2,24	4-9	7,4	1,72	5-9

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Die HU mit richterlicher Unterbringung (N=5) erreichten auf der Skala „Extraversion“ einen niedrigeren Mittelwert als die HU mit freiwilligem Therapieantritt (N=10) (M=2,60 vs. 3,30) und zeigten damit eine etwas stärkere Ausprägung des introvertierten Charakters. Auf der Neurotizismusskala zeigten die unfreiwilligen HU bei einem Mittelwert von 6,60 eine etwas geringere Ausprägung des neurotischen Charakters als die Freiwilligengruppe (M=8,10). Der Gruppenvergleich lieferte keine signifikanten Kennwerte.

Auch die HU mit schlechtem Outcome zeigten auf der Skala „Extraversion“ einen niedrigeren Mittelwert als die HU mit gutem Therapieabschluss (2,40 vs. 3,40). Damit war unter diesen Vielnutzern die Introversion stärker ausgeprägt. Auf der Skala „Neurotizismus“ erreichten die HU mit schlechtem Outcome einen niedrigeren Durchschnittswert (M=6,20), der im Vergleich mit den erfolgreichen Patientinnen (M=8,30) eine leichtere Ausprägung des emotional instabilen Charakters widerspiegelte. Dieses Ergebnis war tendenziell signifikant ($p=0,055$).

5.2.2 Freiburger Persönlichkeitsinventar (FPI)

Es nahmen 14 HU-Patientinnen (AN=4, BN=3, BA=7) und 8 NHU-Patientinnen an dem FPI-Testverfahren zu Beginn des letzten stationären Aufenthaltes teil. Aufgrund des kleinen Untersuchungskollektivs der Bulimiker wurden nur die Subgruppen Anorexia nervosa und Bulimarexia für den Mittelwertvergleich für die HU-Diagnosen herangezogen. Die Testinterpretation folgte dem in 4.2.2 beschriebenen Schema. Tabelle 9 gibt die Verteilung der Mittelwerte der FPI-Skalen für die HU und NHU wieder. Die graphische Darstellung der FPI-Profile findet sich als Abbildung 11 im Anhang.

Tabelle 9: Vergleich der Ergebnisse der FPI-Skalen der HU und NHU (rot markierte Werte liegen außerhalb des Normbereichs)

FPI-Skalen	HU			NHU		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>
<i>FPI1 Nervosität</i>	5,29	2,05	2-8	4,88	1,81	2-7
<i>FPI2 Aggressivität</i>	4,07	2,24	1-9	3,88	1,13	2-5
<i>FPI3 Depressivität</i>	5,57	1,79	2-8	5,25	2,32	1-8
<i>FPI4 Erregbarkeit</i>	4,14	2,41	1-9	4,13	1,96	1-7
<i>FPI5 Geselligkeit</i>	4,07	2,56	1-8	4,75	2,19	1-9
<i>FPI6 Gelassenheit</i>	3,79	1,63	1-6	3,25	1,17	2-5
<i>FPI7 Dominanz</i>	4,43	2,07	1-9	3,88	1,89	1-6
<i>FPI8 Gehemtheit</i>	4,86	2,21	1-8	3,63	1,92	2-8
<i>FPI9 Offenheit</i>	4,36	1,74	1-7	2,88	1,55	1-4
<i>FPIE Extraversion</i>	3,64	1,95	1-8	3,88	1,81	2-7
<i>FPIN Neurotizismus</i>	5,00	1,84	1-8	5,50	2,07	1-7
<i>FPIM Maskulinität</i>	4,57	2,07	1-7	3,75	1,49	1-5

M=Mittelwert, *SD*=Standardabweichung, *R*=Range

Auffallend ist eine überwiegend homogene Streuung der HU-Mittelwerte innerhalb des Normbereichs zwischen 4 und 6 Stanine. Den höchsten Wert erzielten die Heavy User auf der Skala „Depressivität“ (FPI3). Hier lag der ermittelte Zahlenwert noch im durchschnittlichen Bereich bei 5,57 Stanine, mit der Tendenz zur labilen

Stimmungslage. Der niedrigste Wert wurde auf der Skala „Extraversion“ mit 3,64 Stanine errechnet. Lediglich zwei Variablen fielen im Vergleich zur Normstichprobe durch niedrigere Werte auf. Auf der Skala FPI6 lag der ermittelte Wert bei 3,79 Stanine, auf der Skala FPIE erreichten die HU 3,64 Stanine. Damit dokumentierte sich unter den Heavy Usern eine Abweichung vom Normprofil in den Determinanten „Gelassenheit“ und „Extraversion“. In der Tendenz zeigte sich die Gruppe der HU eher beherrscht, neigte zu Verstimmungen, aber nicht zu spontaner Aggressivität oder Dominanzstreben, schilderte eine geringere Impulsivität sowie ein geringes Kontaktbedürfnis mit einem Hang zur Dissimulation eigener Schwächen und Fehler. In der Selbstschilderung wurden eher feminine Formulierungen gewählt. Im Profil konnte somit eine emotional unauffällige, introvertierte Persönlichkeit dargestellt werden, die eher zurückhaltend, zögernd und leicht irritierbar ist.

Wie Tabelle 9 zu entnehmen ist, unterschieden sich die NHU auf deutlich mehr Skalen des FPI von der gesunden Eichstichprobe als die HU. Sie bewegten sich auf sieben Skalen (FPI2, FPI6, FPI7, FPI8, FPI9, FPIE, FPIM) außerhalb des Normbereichs von 4 - 6 Stanine. Signifikant unterschieden sich die HU von den NHU nur auf der Skala „Offenheit“ (FPI9). Hier waren die NHU tendenziell verschlossener und unkritischer als die HU ($p=0,060$). Sie neigten dabei überdurchschnittlich stark zur Dissimulation eigener Schwächen und Fehler.

Im Vergleich mit den HU beschrieben sich die NHU folgendermaßen: Die Patientinnen waren beherrscht, noch leichter irritierbar, zögernd und gaben noch schneller nach. Sie waren emotional stabil und äußerten nicht viele körperliche Beschwerden. In der Tendenz zeigten sie sich eher ruhig und schwer erregbar. Ihre Selbstschilderung war typisch weiblich.

In der folgenden Auflistung wird die deskriptive Analyse der FPI - Werte der Patientinnen mit restriktiv-anorektischem und bulimarektischem Essverhalten veranschaulicht (Tab. 10).

Tabelle 10: Ergebnisse der FPI-Skalen der HU im Diagnosenvergleich (Anorexie und Bulimarexie; rot markierte Werte liegen außerhalb des Normbereichs)

FPI-Skalen	Gruppe 1 Anorexie N=4			Gruppe 3 Bulimarexie N=8		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>R</i>
<i>FPI1 Nervosität</i>	4,25	2,63	2-7	5,43	1,90	3-8
<i>FPI2 Aggressivität</i>	4,75	2,87	3-9	3,57	2,44	1-8
<i>FPI3 Depressivität</i>	5,25	2,50	2-8	5,43	1,81	3-8
<i>FPI4 Erregbarkeit</i>	5,50	2,38	4-9	3,43	2,23	1-6
<i>FPI5 Geselligkeit</i>	3,25	2,87	1-7	3,86	2,19	1-6
<i>FPI6 Gelassenheit</i>	2,75	0,96	2-4	3,57	1,62	1-5
<i>FPI7 Dominanz</i>	3,25	1,50	2-5	5,00	2,58	1-9
<i>FPI8 Gehemmtheit</i>	6,00	1,63	4-8	4,86	2,27	1-7
<i>FPI9 Offenheit</i>	4,50	2,08	2-7	4,00	1,63	1-6
<i>FPIE Extraversion</i>	2,75	2,06	1-5	3,14	1,07	2-5
<i>FPIN Neurotizismus</i>	4,75	2,87	1-7	5,14	1,77	3-8
<i>FPIM Maskulinität</i>	4,75	2,22	2-7	4,57	2,15	1-7

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung; R=Range

Die Diagnosegruppe mit anorektischem Essverhalten erreichte ihren höchsten Wert auf der Skala „Gehemmtheit“ (FPI8) mit grenzwertigen 6,00 Stanine, womit diese Patientinnen im Vergleich zur Gesamtgruppe (M=4,86) stärker zur Schüchternheit neigten. Die niedrigsten Werte wurden auch hier auf der Skala „Gelassenheit“ (FPI6) und „Extraversion“ (FPIE) erreicht, die mit jeweils 2,75 Stanine noch stärker vom Normbereich abwichen. Tendenziell klagten die Anorektiker seltener über körperliche Beschwerden, waren zufriedener, jedoch leichter erregbar und introvertierter als die Gesamtstichprobe.

Der anorektische Heavy User konnte anhand der vorliegenden Ergebnisse wie folgt charakterisiert werden: Die selbstgenügsamen Patientinnen hatten ein geringes Kontaktbedürfnis, waren zögernd und leicht zu irritieren, nachsichtig, passiv zurückhaltend und gehemmt im Umgang mit anderen.

Die Gruppe der bulimarektischen Patientinnen zeigte im FPI die häufigsten statistisch auffälligen Abweichungen von der Normstichprobe. Sie erreichte auf fünf der zwölf

Skalen (FPI 2, FPI 4, FPI 5, FPI 6, FPIE) kleinere Werte. Der niedrigste Stanine-Wert wurde auf der Skala FPIE „Extraversion“ mit 3,14 Stanine erreicht, der höchste auf der Skala FPI1 „Nervosität“ und der Skala FPI3 „Depressivität“ mit jeweils 5,43 Stanine. Damit klagten die Patientinnen im Vergleich zur Gesamtstichprobe bzw. den anorektischen Patienten häufiger über körperliche Beschwerden. In der Tendenz waren sie eher missgestimmt, weniger selbstkritisch, diskret kontaktfähig, und beschrieben sich vermehrt aus der Sicht einer weiblichen Person. Das FPI - Profil zeichnete folgendes Bild der bulimarektischen Patientinnen: Es handelte sich um emotional beherrschte Frauen, die eine geringe Spontaneität aufzeigten, und sich zurückhaltend, ungesellig und zögernd verhielten.

Der Mittelwertvergleich mittels t-Test-Verfahren für unabhängige Stichproben lieferte keine signifikante Diskrepanz zwischen den Diagnosebildern.

Heavy User mit bulimischer Symptomatik bewegten sich auf den Skalen FPI 1, FPI 3 und FPI 8 außerhalb des Normbereichs. Die höchsten Werte von jeweils 6,33 Stanine wurden auf den Skalen FPI 1 „Nervosität“ und FPI 3 „Depressivität“ erreicht, den niedrigsten Wert verzeichneten die Frauen auf der Skala FPI 8 „Gehemmtheit“ mit 3,33 Stanine. Somit waren die Frauen kontaktfreudiger und missgestimmter als die Anorektiker bzw. Bulimarektiker, und zeigten sich psychosomatisch auffälliger. Das Profil des Bulimikers ließ sich wie folgt beschreiben: Die Patientinnen klagten häufig über körperliche Beschwerden, waren emotional unauffällig, stimmungslabil und selbstunsicher, normal erregbar, gesellig und belastbar, zeigten kein Dominanzstreben, waren ungehemmt im Umgang mit anderen, nicht verschlossen und extravertiert.

Die HU mit schlechtem Outcome unterschieden sich signifikant von den Vielnutzern mit gutem Outcome auf der Skala „Erregbarkeit“ (FPI4). Patientinnen, die das Therapieziel nicht erreicht haben waren demnach ruhiger und zeigten eine sehr hohe Frustrationstoleranz ($p=0,043$). Niedrige Werte auf dieser Skala korrelierten zudem mit einer höheren Anzahl an stationären Therapien (nach Spearman: $r=0,551$; $p=0,041$).

HU mit richterlicher Einweisung unterschieden sich im FPI nicht signifikant von den freiwilligen HU-Patientinnen.

5.2.3 Fragebogen zur Abschätzung psychosomatischen Krankheitsgeschehens (FAPK)

Insgesamt nahmen 15 Heavy User- und 11 Nichtheavy User- Patientinnen bei ihrer Aufnahme am *Fragebogen zur Abschätzung psychosomatischen Krankheitsgeschehens* teil. Es fand ein Vergleich der Mittelwerte mit den Skalenmittelwerten der gesunden Kontrollgruppe aus der Validierungsstudie des FAPK statt. Hierfür wurde der t-Test für eine Stichprobe herangezogen. Für den Subgruppenvergleich innerhalb der HU-Stichprobe wurde die Diagnose Bulimia nervosa aufgrund der geringen Anzahl an Testteilnehmern ausgeklammert (AN=5, BN=2, BA=8).

Im Folgenden werden die Ergebnisse der FAPK-Auswertung für die Gesamtstichprobe der Heavy User dargestellt (Tab.11) und mit der gesunden Kontrollgruppe von Koch verglichen.

Tabelle 11: Darstellung und Vergleich der FAPK-Ergebnisse der HU mit der Kontrollgruppe von Koch

	<i>HU</i>		<i>K-Gruppe</i>		<i>p-Wert</i>
	<i>N=15</i>		<i>N=77</i>		
<i>FAPK-Skalen</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
<i>FAPK 1 Realitätsbezug</i>	15,73	6,24	21,82	3,57	0,002
<i>FAPK 2 Phantasie</i>	8,87	4,44	8,04	3,44	0,483
<i>FAPK 3 Emot. Beziehungsleere</i>	9,27	6,11	3,32	2,97	0,002
<i>FAPK 4 Soziale Anpassung</i>	7,53	2,59	5,08	3,37	0,003
<i>FAPK 5 Aggression</i>	2,53	2,39	2,38	2,04	0,807
<i>FAPK 6 Aggressionsunfähigkeit</i>	4,73	3,20	1,61	1,79	0,002
<i>FAPK 7 Hypochondrie</i>	7,53	3,18	6,42	3,18	0,197
<i>FAPK 8 Regression</i>	8,27	4,57	6,73	3,94	0,214
<i>FAPK 9 Abwehr sex. Empfindungen</i>	7,27	4,45	4,09	2,71	0,015
<i>FAPK 10 Belastungsfaktoren</i>	7,67	3,68	3,29	2,18	0,000

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

Der Mittelwertvergleich zeigte, dass sich die Heavy User auf vielen Skalen des FAPK signifikant von der gesunden Kontrollgruppe Kochs unterschieden. Stark signifikante

Werte errechneten sich auf den Skalen (FAPK1) „Realitätsbezug“ ($p=0,002$), (FAPK3) „Emotionale Beziehungsleere“ ($p=0,002$), (FAPK4) „Soziale Anpassung“ ($p=0,003$), (FAPK6) „Aggressionsunfähigkeit“ ($p=0,002$) und (FAPK9) „Abwehr sexueller Empfindungen“ ($p=0,015$). Ein hochsignifikanter Unterschied konnte auf der Skala „Belastungsfaktoren“ (FAPK10) eruiert werden ($p\leq 0,000$). Nachstehend werden die Ergebnisse der einzelnen Skalen näher ausgeführt.

FAPK1 (Realitätsbezug)

Das Ergebnis der Auswertung der Skala „Realitätsbezug“ zeigte im Vergleich mit der Kontrollgruppe eine deutliche Abweichung in negativer Richtung. Der niedrige Mittelwert von 15,73 (SD $\pm 6,24$) auf einer Skala von 0 – 26 machte deutlich, dass kein stabiler Bezug der Probanden zur Realität gegeben war. Die Patientinnen zogen sich passiv von ihrem Umfeld zurück. Berücksichtigt man die Standardabweichung der Normstichprobe (SD $\pm 3,57$), so lagen 33,4 % der HU innerhalb dieser Abweichung, 6,7 % der Essgestörten bewegten sich im überdurchschnittlichen und 60% im unterdurchschnittlichen Bereich. Der errechnete Mittelwert korrespondiert mit den überlieferten Mittelwerten der Untersuchungsstichproben für Patienten mit funktionellen Beschwerden (M=16,50; SD $\pm 5,03$) und für die Gruppe neurotisch depressiver Patienten (M=12,65; SD $\pm 5,18$; vgl. Koch, 1981).

FAPK2 (Phantasie)

Die Probandinnen erreichten auf einer Skala von 0 bis 19 in dem Bereich „Phantasie“ einen leicht erhöhten Mittelwert von 8,87 (SD $\pm 4,44$). Die Patientinnen zeigten sich damit nicht reduziert auf eine auf Tatsachen fixierte Denkweise, sondern konnten eine normale, bewusste Phantasieleistung nachweisen. 53,3 % (N=8) der Frauen bewegten sich auf der Skala im unterdurchschnittlichen Bereich von 3-7, 33,4 % (N=5) legten ein sehr hohes Vorstellungsvermögen an den Tag. Die Berechnung mittels t-Test ergab keinen signifikanten Unterschied im Vergleich zur gesunden Kontrollgruppe.

FAPK3 (Emotionale Beziehungsleere)

Auf der Skala „Emotionale Beziehungsleere“ (0 bis 24) erreichten die Probandinnen einen Mittelwert von 9,27 und eine Standardabweichung von 6,11. Das Ergebnis war im

Vergleich zur Kontrollgruppe hoch signifikant ($p=0,002$). So lagen nur zwei Patientinnen (13,3 %) unterhalb des Kontrollmittelwertes und tendierten damit nicht zu kognitiver oder affektiver Abwehr von Gefühlen, während der Großteil der Untersuchungsgruppe (80 %; $N=13$) in hohem Maße unfähig war, Emotionen zuzulassen. In Kombination mit dem niedrigen Wert für die Skala „Realitätsbezug“ kann dieser Befund laut Koch (1981) die Möglichkeit einer durch symptomatische Beschwerden überspielten Depression aufzeigen. Es fand sich ein mittelhoher Zusammenhang zwischen den Skalen FAPK1 und FAPK3 ($r=0,706$; $p=0,003$).

FAPK4 (Soziale Anpassung)

Bei einem Mittelwert von 7,53 ($SD \pm 2,59$) lag der errechnete Wert erneut deutlich über dem der Kontrollgruppe ($p=0,003$). Damit zeigten sich die Heavy User sehr bemüht, sich unauffällig und ohne aktives Eingreifen in ihre Umwelt zu integrieren. Auf einer möglichen Skala von 0 (unangepasst) – 20 (angepasst) erreichten nur 2 Patientinnen (13,3 %) einen unterdurchschnittlichen Wert von 3. 80 % der Essgestörten ($N=12$) gaben mit Werten von 6 bis 11 an, psychosozialen Konflikten vermehrt aus dem Weg zu gehen. Auch hier näherten sich die Mittelwerte den Untersuchungsgruppen der neurotisch depressiven Patienten ($M=7,59$; $SD \pm 3,43$) und der Personen mit funktionellen Beschwerden ($M=7,49$; $SD \pm 4,52$) an.

FAPK5 (Aggression)

Die HU unterschieden sich auf der Skala „Aggression“ bei einem Mittelwert von 2,53 ($SD \pm 2,39$) nicht signifikant von der Vergleichsstichprobe. Damit fielen die Teilnehmer nicht durch erhöhte aggressive Verhaltenstendenzen auf. Auf einer Itemskala von 0-10 bewegten sich sieben Patientinnen (46,7 %) dennoch im überdurchschnittlichen Bereich zwischen 3 und 7 Punkten und neigten damit schneller zum Ausdruck von Aggressionen. Acht der Essgestörten (53,3 %) hingegen erreichten auf der Skala einen Bereich von 0 – 2 Punkten, wobei bei 33,3 % der Minimalwert von 0 und damit das Fehlen jeglicher Aggressivität aufgezeigt werden konnte. Die Skala FAPK5 korrelierte negativ mit der Anzahl der stationären Therapien ($r=0,562$; $p=0,029$). Ein schwacher Zusammenhang konnte zwischen höheren Wert dieser Skala und Suizidversuchen ermittelt werden ($r=0,518$; $p=0,070$).

FAPK6 (Aggressionsunfähigkeit)

Auf dieser Skala zeigte sich eine deutliche Signifikanz ($p=0,002$) zwischen dem Mittelwert der HU-Stichprobe (4,73; SD $\pm 3,20$) und der Kontrollgruppe (1,61; SD $\pm 1,79$). Im Bereich „Aggressionsunfähigkeit“ sind Ausprägungen von 0-10 möglich. 13 % (N=3) der Testteilnehmerinnen erzielte einen Wert von 0 bis 1. Sie waren damit fähig, unangenehme Zustände in ihrem Sinne zu verändern, und konnten sich aktiv mit ihrer Umwelt auseinandersetzen. Im überdurchschnittlichen Bereich und außerhalb der Standardabweichung bewegten sich 39 % der Patientinnen (N= 9), damit waren diese Essgestörten höchst unfähig, ihre Aggressionen angemessen zum Ausdruck zu bringen. Hier korrespondierte der errechnete Mittelwert abermals mit der Untersuchungsgruppe der neurotisch depressiven Probanden (M=4,96; SD $\pm 2,73$).

FAPK7 (Hypochondrie)

Bei einem Mittelwert von 7,53 (SD $\pm 3,18$) auf einer Skala von 0 - 21 war der FAPK-Wert zwar höher als in der Vergleichsstichprobe, zeigte allerdings keinen signifikanten Unterschied. Damit wurden die somatisch empfundenen Beschwerden von den Heavy Usern nicht gezielt zu kommunikativen Zwecken genutzt. Unterdurchschnittliche Werte von 2 – 5 erreichten drei Patientinnen (20 %), acht Frauen (53,3 %) beschäftigten sich dennoch überdurchschnittlich oft mit ihren eigenen Körpervorgängen, von ihnen lagen vier außerhalb der Standardabweichung (26,7 %).

FAPK8 (Regression)

Bei einem Mittelwert von 8,27 (SD $\pm 4,57$) auf einer Skala von 0 – 23 zeigte sich im Vergleich mit Kochs Kontrollgruppe kein signifikanter Unterschied. Aufgrund des leicht erhöhten Wertes kann man lediglich von einer diskreten Unselbständigkeit der Individuen sprechen. Hier errechneten sich bei sechs der Patientinnen (40 %) unterdurchschnittliche Angaben. Dennoch neigten sieben Frauen (46,7 %) noch deutlich zu einem regressiven Realitätsbezug.

FAPK9 (Abwehr sexueller Empfindungen)

Die Gesamtstichprobe der Heavy User unterschied sich signifikant von der Vergleichsgruppe ($p=0,015$) hinsichtlich der Unterdrückung sexueller Empfindungen.

Während fünf Frauen (33,3 %) keinerlei Berührungsängste bei dem Thema zeigten, konnte bei 66,7 % der Patientinnen eine Unterdrückung von Triebregungen dargestellt werden. Hier tendierten die Ergebnisse wiederum zur Vergleichsgruppe der neurotisch depressiven Patienten ($M=7,09$; $SD \pm 4,38$).

FAPK10 (Belastungsfaktoren)

Der deutlichste Unterschied zwischen den Gruppen verzeichnete sich im FAPK auf der Skala 10, die die Anzahl der Belastungsfaktoren misst. Hier war das Ergebnis höchst signifikant ($p \leq 0,000$). Damit gaben die Heavy User durchschnittliche 7,67 belastende Komponenten aus ihrem Leben an. Neun Frauen (60 %) bewegten sich sogar zwischen Werten von 8 bis 13. Auch hier konnte wieder ein Bezug zur Vergleichsgruppe der neurotisch depressiven Patienten ($M=6,83$; $SD \pm 3,35$) festgestellt werden.

Nachfolgend werden die Ergebnisse der FAPK-Skalen der Subgruppen AN und BA der HU-Stichprobe aufgeführt (Tab.12).

Der Mittelwertvergleich zeigte zwischen den Subgruppen Anorexie und Bulimarexie keine signifikanten Unterschiede. Im direkten Vergleich der FAPK-Profile ließen sich jedoch tendenzielle Differenzen erkennen. So fielen die Anorektiker mit einem geringeren Realitätsbezug und einer stärkeren Abwehr von Gefühlen auf, und neigten eher zu aggressiven und unreifen Verhaltenstendenzen. Die Essgestörten mit bulimisch-anorektischer Symptomatik zeigten eine bessere Phantasieleistung, stärkere soziale Anpassung sowie Aggressionsunfähigkeit.

Der Mittelwertvergleich mittels Mann-Whitney-U-Test ergab keine Signifikanzen zwischen den Gruppen HU ($N=15$) und NHU ($N=11$). Im Vergleich mit der gesunden Normstichprobe von Koch ließen sich Unterschiede zu den bereits beschriebenen Ergebnissen der Heavy User feststellen (Tab. 13).

Tabelle 12: Vergleich der Ergebnisse für die FAPK-Skalen für die Diagnosen AN und BA der HU

FAPK-Skalen	<i>Gruppe 1 Anorexie N=5</i>			<i>Gruppe 3 Bulimarexie N=8</i>		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
<i>FAPK 1 Realitätsbezug</i>	12,20	5,40	6-18	17,00	6,80	8-26
<i>FAPK 2 Phantasie</i>	8,40	2,97	5-12	9,38	5,81	3-19
<i>FAPK 3 Emot. Beziehungsleere</i>	10,60	5,13	6-17	9,88	6,92	0-20
<i>FAPK 4 Soziale Anpassung</i>	7,80	3,42	3-11	8,13	1,73	5-11
<i>FAPK 5 Aggression</i>	3,40	3,27	0-7	2,25	2,05	0-5
<i>FAPK 6 Aggressionsunfähigkeit</i>	4,60	2,41	2-8	5,75	3,45	0-10
<i>FAPK 7 Hypochondrie</i>	7,80	4,27	2-12	7,50	2,93	3-12
<i>FAPK 8 Regression</i>	9,00	4,90	4-15	8,75	4,77	2-18
<i>FAPK 9 Abwehr sex. Empfindungen</i>	8,00	3,61	3-13	8,38	4,37	1-13
<i>FAPK 10 Belastungsfaktoren</i>	7,20	2,68	6-12	7,25	4,43	1-15

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

So unterschieden sich die Nicht-Heavy User zwar ebenfalls auf den Skalen „Realitätsbezug“ (FAPK1), „Emotionale Beziehungsleere“ (FAPK3), „Aggressionsunfähigkeit“ (FAPK6) und „Belastungsfaktoren“ (FAPK10) signifikant von der gesunden Vergleichsgruppe. Mit Ausnahme der Skala FAPK1 waren die Unterschiede allerdings nicht so stark ausgeprägt wie in der Gruppe der HU (vgl. Tab. 11). Zudem zeigten sie sich weniger sozial angepasst (FAPK4; $p=0,074$) und tendierten nicht zur „Abwehr sexueller Empfindungen“ (FAPK9). Der größte Kontrast konnte auf der Skala „Phantasie“ (FAPK2) ermittelt werden. Hier zeigten die Nicht-Heavy User eine weit bessere Fähigkeit zur bewussten Phantasieleistung als die Kontrollgruppe von Koch. 5 der 15 Testteilnehmer wurden richterlich eingewiesen. Die Ergebnisse dieser beiden Gruppen unterschieden sich nicht signifikant voneinander. Auffällig zeigte sich dennoch die Verteilung der Mittelwerte auf den Skalen „Soziale Anpassung“ (FAPK4) und „Belastungsfaktoren“ (FAPK10). So gingen die Patientinnen mit richterlichem Beschluss Konflikten mit der Umwelt noch stärker aus dem Weg als die Patientinnen

ohne Zwangseinweisung ($M= 8,80 \pm 2,49$ vs. $M= 6,90 \pm 2,51$). Letztere gaben bei einem Mittelwert von 5,80 ($\pm 4,03$) weniger Belastungsfaktoren im alltäglichen Leben an, als die Freiwilligengruppe ($M=8,60 \pm 3,31$; nicht signifikant).

Tabelle 13: Vergleich der FAPK-Mittelwerte der NHU mit der Kontrollgruppe von Koch

FAPK-Skalen	NHU N=11		K-Gruppe N=77		p-Wert
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	
<i>FAPK 1 Realitätsbezug</i>	16,18	4,54	21,82	3,57	0,002
<i>FAPK 2 Phantasie</i>	11,09	3,51	8,04	3,44	0,016
<i>FAPK 3 Emot. Beziehungsleere</i>	9,09	7,02	3,32	2,97	0,021
<i>FAPK 4 Soziale Anpassung</i>	7,18	3,49	5,08	3,37	0,074
<i>FAPK 5 Aggression</i>	3,09	2,21	2,38	2,04	0,311
<i>FAPK 6 Aggressionsunfähigkeit</i>	3,82	2,89	1,61	1,79	0,030
<i>FAPK 7 Hypochondrie</i>	6,45	3,33	6,42	3,18	0,973
<i>FAPK 8 Regression</i>	7,73	4,25	6,73	3,94	0,454
<i>FAPK 9 Abwehr sex. Empfindungen</i>	7,18	5,71	4,09	2,71	0,103
<i>FAPK 10 Belastungsfaktoren</i>	6,64	3,91	3,29	2,18	0,017

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung

9 der 15 HU-Probandinnen haben das Therapieziel am Ende der Behandlung erreicht. Ein signifikanter Unterschied zur Gruppe mit schlechtem Outcome konnte nicht errechnet werden. Der hochsignifikante Faktor „Abwehr sexueller Empfindungen“ (FAPK9) war bei den Heavy Usern mit ausbleibendem Therapieerfolg nochmals stärker ausgeprägt als in der Gesamtstichprobe ($M= 7,83$ vs. $7,27$).

5.2.4 State-Trait-Angstinventar

An dem STAI-Testverfahren haben zu Beginn ihres letzten Aufenthaltes 14 HU und 12 NHU-Patientinnen teilgenommen. Aufgrund des geringen Gruppenumfangs wurden die Heavy User mit bulimischer Symptomatik (N=3) nicht für den Mittelwertvergleich zwischen der Subgruppen herangezogen. Vergleiche zwischen den Gruppen Anorexia

und Bulimarexia nervosa wurden anhand der t-Test-Analyse für unabhängige Stichproben erstellt. Aus der deskriptiven Datenanalyse ergaben sich folgende State- und Trait- Werte für die Gruppen HU und NHU.

Tabelle 14: Darstellung der Ergebnisse der STAI-Skalen für die Gruppen HU und NHU

STAI-Skalen	HU N=14			NHU N=12		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Aktuelle Ängstlichkeit (STATE-Skala)	56,43	12,21	33 - 71	54,00	10,39	40 - 69
Allgemeine Ängstlichkeit (TRAIT-Skala)	54,50	14,76	29 - 77	57,33	11,31	35 - 73

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, R=Range

Auf einer Punkteskala von 20-80 erreichten die Heavy User auf der State-Skala einen Mittelwert von 56,43 (SD \pm 12,21). Da wie bereits in der Testbeschreibung erwähnt keine Normierung für die State-Skala vorliegt und sie lediglich eine Intensitätsangabe der Angst darstellt, wurde hier nur zwischen durchschnittlichen bzw. überdurchschnittlichen Rohwerten differenziert. Somit konnte bei 78,6 % der Heavy User zu Beginn der Therapie eine aktuell erhöhte Ängstlichkeit dokumentiert werden. Anhand der Normtabellen konnte ebenfalls bei 78,6 % der Patientinnen eine allgemein erhöhte, habituelle Ängstlichkeit herausgearbeitet werden.

Wie Tabelle 14 zu entnehmen ist, erreichten die Nicht-Heavy User auf der State-Skala einen aktuellen Angstwert von 54,00 (SD \pm 10,39), sowie auf der Trait- Skala einen habituellen Angstwert von 57,33 (SD \pm 11,31). Sie zeigten eine geringfügig schwächere Angstaussprägung zum Zeitpunkt der Testaufnahme und eine diskret höhere allgemeine Ängstlichkeit im Vergleich mit der Gruppe der HU (56,43 vs. 54,50). Insgesamt konnte bei 66,6 % der NHU eine überdurchschnittliche Zustandsangst und bei 83,33 % eine überdurchschnittliche Neigung, auf bestimmte Situationen mit Angst zu reagieren, festgestellt werden.

Die Korrelationsanalyse nach Spearman zeigte einen Zusammenhang zwischen den Angst-Dimensionen auf. Heavy User mit hohen State-Werten beschrieben sich damit auch im Allgemeinen als ängstlicher ($r=0,491$; $p=0,075$). Die Anzahl stationärer Therapien korrelierte nicht mit den Angstaussprägungen.

Die Ergebnisse des Subgruppenvergleichs zwischen anorektischen und bulimarektischen HU-Patientinnen können der Tabelle 15 entnommen werden.

Tabelle 15: Vergleich der STAI-Angst-Werte zwischen den Diagnosen AN und BA

STAI-Skalen	Gruppe 1 Anorexie N=5			Gruppe 3 Bulimarexie N=6		
	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>	<i>M</i>	<i>SD</i>	<i>Range</i>
Aktuelle Ängstlichkeit (STATE-Skala)	61,60	6,03	56 - 71	48,50	14,88	33 - 67
Allgemeine Ängstlichkeit (TRAIT-Skala)	63,80	5,02	56 - 69	50,67	17,64	30 - 77

M=Mittelwert, SD=Standardabweichung, R=Range

Die t-Test-Analyse lieferte keine signifikanten Diskrepanzen zwischen den Diagnosen Anorexia nervosa und Bulimarexie. Die generelle Disposition, ängstlich zu reagieren, als auch die Zustandsangst zum Zeitpunkt der Messung war unter den Heavy Usern mit anorektischer Symptomatik höher.

Alle Bulimiker (N=3) äußerten zu Therapiebeginn eine erhöhte Zustandsangst (M=63,67; SD $\pm 2,89$), die im Vergleich mit den restriktiv anorektischen und bulimarektischen Probanden noch höhere Werte aufwies. Während sich eine Patientin im Allgemeinen als durchschnittlich ängstlich beschrieb, schilderten die beiden anderen Bulimikerinnen eine überdurchschnittliche habituelle Ängstlichkeit. Die Trait-Angst lag bei einem Wert von 46,67 (SD $\pm 15,37$) unter dem Mittelwert der Gesamtstichprobe bzw. der Diagnose AN und BA.

Alle richterlich untergebrachten essgestörten HU (N=4) zeigten eine erhöhte allgemeine Ängstlichkeit (M=59,75; SD $\pm 9,61$), bei 75 % (N=3) von ihnen war auch die

Zustandsangst zum Testzeitpunkt bei einem Mittelwert von 58,25 (SD \pm 13,75) überdurchschnittlich hoch. Im Vergleich mit der Gesamtstichprobe bzw. mit der Gruppe der NHU wiesen die Patientinnen mit richterlichem Beschluss auf beiden Skalen die höchsten Werte auf.

10 der 14 Testteilnehmerinnen haben die stationäre Therapie an der Klinik mit Erfolg, d.h. mit einer Normalisierung ihres Gewichtes bzw. ihres Essverhaltens abgeschlossen. Folgende Testergebnisse ließen sich in der Gruppe „Therapieziel nicht erreicht“ festhalten: Alle Probandinnen mit schlechtem Outcome erreichten überdurchschnittliche Werte auf der State-Skala (M:64,00; SD \pm 8,87). 75 % der Patientinnen (N=3) zeigten ebenfalls überdurchschnittliche Ergebnisse auf der Skala „Allgemeine Ängstlichkeit“ (M=56,25; SD \pm 16,01).

Die Heavy User erzielten zusammenfassend die niedrigsten Werte auf der Skala „Habituelle Ängstlichkeit“. Aus dieser Gruppe zeigten die Patientinnen mit richterlicher Unterbringung gleichzeitig die höchsten Werte auf. Die geringste Zustandsangst konnte bei den NHU, die größte aktuelle Ängstlichkeit bei den Patienten mit schlechtem Outcome festgestellt werden. In Abbildung 8 werden die durchschnittlichen Mittelwerte der einzelnen Gruppen dargestellt.

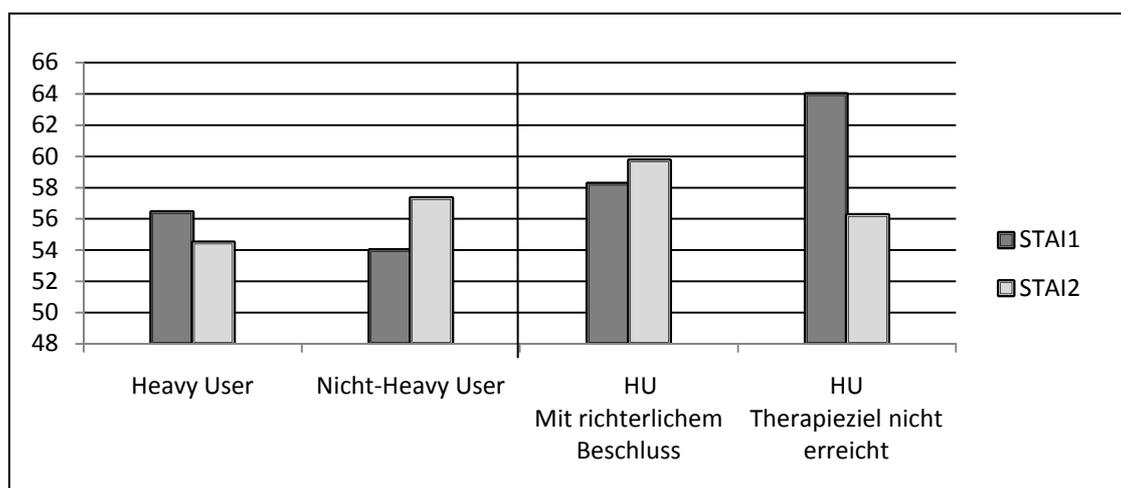


Abbildung 8: Darstellung der State- und Trait-Mittelwerte der HU, NHU, HU mit richterlichem Beschluss und HU mit schlechtem Outcome

6 Diskussion

Die vorliegende Arbeit befasste sich mit der Untersuchung von Heavy Usern mit Essstörungen, die mindestens drei stationäre Therapien in Anspruch genommen haben. Im Vergleich mit einer Nicht-Heavy User-Gruppe wurden die Vielnutzer auf signifikante Merkmale untersucht, die es ermöglichen sollten, ein Profil des Heavy Users mit Essstörungen zu erstellen. Die Ergebnisse zeigten, dass sich die Vielnutzer von den Nicht-Heavy Usern in einigen Faktoren unterscheiden.

Im Fokus dieser Studie stand die Analyse von klinischen, soziodemographischen, psychischen und psychopathologischen Merkmalen, die im Rahmen der stationären Behandlung einer schwer zu therapierenden Gruppe von Essgestörten gesammelt wurden und künftig zur Identifizierung solcher Vielnutzer beitragen könnten. Da die Heavy User - Forschung erst in den Kinderschuhen steckt und wenige Daten zu diesem Thema vorliegen, gestaltete sich die eindeutige Zuordnung dieser Gruppe auf quantitativem bzw. qualitativem Wege schwierig. Um eine adäquate Gruppengröße zu erreichen wurden nach dem Vergleich mit der Literatur (Roick et al., 2002) diejenigen Patienten in dieser Studie als Vielnutzer behandelt, die mindestens drei stationäre Therapien in einer psychiatrischen Klinik mit der Hauptdiagnose einer Essstörung durchlaufen hatten. Um diese Gruppe auf ihre Therapieresistenz noch weiter einzuengen, wurden die Heavy User zusätzlich gemäß der Variablen „Einweisung mit richterlichem Beschluss“ und „Therapieerfolg des letzten Aufenthaltes“ aufgeteilt. Damit sollte exploriert werden, ob die auffälligen Merkmale in diesen Gruppen noch deutlicher hervortraten bzw. welche Faktoren den positiven Therapieabschluss stärker behinderten oder die Non-Compliance förderten. Aufgrund der kleinen Fallzahlen konnten die vorliegenden Daten nur in begrenztem Rahmen einer statistischen Analyse unterzogen werden. Analysen bezüglich diagnosespezifischer Unterscheidungsmerkmale konnten in der Heavy User - Gruppe nur eingeschränkt durchgeführt werden. Für die Stichprobe der Heavy User wurden daher hauptsächlich im Sinne einer explorativen Datenanalyse Mittelwerte, Standardabweichung und Minimal- bzw. Maximalscores errechnet und ein vorsichtiger Profilvergleich der Heavy User nach Diagnosen bzw. Gruppen durchgeführt. Damit sollte auch geprüft werden, ob Essstörungen hinsichtlich ihrer Therapieresistenz nach Diagnosen getrennt betrachtet

werden sollten, oder ob die Kriterien, die für einen Vielnutzer sprachen, zwischen den Diagnosen bestehen blieben.

Aus methodischer Sicht ergeben sich weitere Einschränkungen:

- (1) Aufgrund von fehlenden internationalen Klassifikationskriterien erfolgte die Definition und Einteilung des Heavy Users dezisionistisch. Zum Vergleich wurden die Kriterien der Studie von Roick et al. (2002) zu Heavy Usern psychiatrischer Versorgungsdienste herangezogen.
- (2) Der Vergleich mit anderen Studien zu Essstörungen ist schwierig, da der Großteil Untersuchungen an adoleszenten Essgestörten durchführte. Studien mit erwachsenen Anorektikern bzw. Bulimikern, wie sie in dieser Arbeit vorzufinden sind, sind selten.
- (3) Die Übertragung der Daten in den Erfassungsbogen zeigte zum Teil Dokumentationslücken in den Krankenakten, die die Datenmenge nochmals reduzierte. Da nicht jede Patientin zu Beginn des letzten Aufenthaltes an einem psychologischen Testverfahren teilgenommen hat, verkleinerte dies nochmals die nutzbare Information.
- (4) Patientendaten, die laut Dokumentation aus dem Untersuchungsgespräch heraus aufgenommen wurden, müssen kritisch betrachtet werden. Es könnten aus Gründen der sozialen Erwünschtheit oder als Folge der Krankheitsverleugnung Fakten zum Verlauf der Erkrankung verleugnet oder übertrieben dargestellt werden. Dies trifft auch auf die Bearbeitung der psychologischen Testverfahren zu.
- (5) Unberücksichtigt blieb der Zeitraum zwischen den Wiederaufnahmen, der für das HU-Verhalten weitere Informationen geliefert hätte. Da Hinweise auf die protektive Wirkung von längeren Behandlungen existieren, sollte dieser Zusammenhang in Zukunft näher untersucht werden.

6.1 Stichprobenvergleich

Die in dieser Arbeit untersuchte Gesamtstichprobe von 36 Patientinnen mit der Hauptdiagnose einer Essstörung beinhaltete einen sehr großen Heavy User-Anteil (n=23; 63,9 %). Die Literatur spricht von 10 - 30 % an stationär behandelten Patienten,

die durch häufige Wiederaufnahmen ca. 50 - 80 % der Versorgungsleistungen in Anspruch nehmen (Kent et al., 1995). Die höhere Anzahl an Heavy Users in dieser Arbeit könnte damit begründet werden, dass Essstörungen (insbesondere die Anorexia nervosa) oft mit einem langwierigen Verlauf einhergehen und zu den psychiatrischen Erkrankungen junger Menschen mit der höchsten Chronizität gehören (Nicholls und Viner, 2005). Wie bereits erwähnt, sind die Kriterien zur Identifizierung und Definition eines Heavy Users in der Literatur vielfältig und sehr uneinheitlich (Kent et al., 1995), so dass manche Autoren bereits ab der 1. Wiederaufnahme, andere erst ab dem 10. Aufenthalt von einem Vielnutzerverhalten sprechen. In Anlehnung an die Studie von Roick et al. (2002) und um eine adäquate Stichprobengröße zu erreichen, mussten die HU dieser Studie mindestens 3 stationäre Aufenthalte aufzeigen. Darüber hinaus existieren Studien, die wiederum anführen, dass die Prädiktoren für eine Rehospitalisierung unabhängig von der Anzahl an vorangegangenen Aufenthalten bestehen bleiben (Rabinowitz et al., 1995). So scheint ein Vergleich mit anderen HU-Untersuchungen zwar schwierig, in Anbetracht der letztgenannten Studienergebnisse jedoch legitim. Die Verteilung der F50 - Diagnosen in der untersuchten Stichprobe war ebenfalls auffällig. Aus der Literatur ist bekannt, dass die Langzeitprognose der Bulimia nervosa im Vergleich zur Anorexie günstiger ist (Fichter und Quadflieg, 2004). Dies könnte erklären, weshalb die Bulimiker in der Gruppe der Vielnutzer den kleinsten (n=6; 26,9 %) und in der Gruppe der Nicht-Heavy User den größten Anteil darstellten (n=7; 53,8 %).

Alter, BMI bei Aufnahme und Entlassung

Das Durchschnittsalter der HU war höher als das der NHU (28,8 vs. 26,6 Jahre). Der Unterschied war nicht signifikant. Die Bulimiker stellten in beiden Gruppen die älteste, die Anorektiker die jüngste Diagnosegruppe dar. Das höhere Alter hospitalisierter bulimischer Patienten im Vergleich mit Anorektikern ist aus der Literatur bekannt und konnte damit bestätigt werden (Casper et al., 1980; Fairburn und Harrison, 2003). Die Ergebnisse lieferten keine Hinweise auf eine atypische Altersverteilung bei stationierten essgestörten Patienten mit Vielnutzerverhalten.

Ein niedrigerer BMI bei Aufnahme konnte als ein signifikantes Merkmal in der Gruppe der HU herausgearbeitet werden (15,9 vs. 20,4kg/m²). Dieses Ergebnis wurde erwartet,

da in der Literatur ein niedriger Ausgangs-BMI vielfach mit einem schlechteren Outcome bzw. ungünstigeren Prognose assoziiert ist (Zipfel et al., 2000; Löwe et al., 2001; Jacobi et al., 2004) und anorektische bzw. bulimarektische Patientinnen in der HU-Gruppe stärker vertreten waren. Im Subgruppenvergleich unterschieden sich die Diagnosen der HU signifikant untereinander. Da sich Bulimiker auch innerhalb eines normalen Gewichtsbereichs bewegen können und sie in der NHU stärker vertreten sind, wird das Ergebnis durch diese Diagnosenverteilung in der NHU-Gruppe sicherlich beeinflusst. Doch zeigte die Mittelwertanalyse, dass alle NHU-Diagnosen höhere Werte aufwiesen, als die Vergleichsdiagnosen in der HU-Stichprobe. Somit könnte ein niedrigerer BMI tatsächlich als spezifisches Merkmal eines HU mit ES fungieren, der beweist, dass nicht nur ein höheres Ausmaß an Psychopathologie, sondern auch eine stärkere somatische Ausprägung der Erkrankung die HU auszeichnet.

Der BMI bei Entlassung war in der Gruppe der HU wiederum kleiner als unter den NHU (18,9 vs. 21,7; nicht signifikant). Ein niedrigerer BMI bei Entlassung wurde ebenfalls mit einer schlechteren Prognose assoziiert (Jacobi et al., 2004).

Dauer des letzten stationären Aufenthaltes

Aufgrund des breiten bundesweiten Angebotes an unterschiedlichen stationären Behandlungsprogrammen, was mitunter aus der Spezialisierung der Institute resultiert, schwankt die Behandlungsdauer von Essstörungen an den Kliniken erheblich. Diese kann durchaus nur vier Wochen oder länger als ein Jahr betragen (von Wietersheim et al., 2003). Die Heavy User dieser Studie wurden bei ihrem letzten Aufenthalt an der Uniklinik Würzburg im Durchschnitt 136,8 Tage behandelt. Dies entspricht 19,5 Wochen. Von Wietersheim et al. (2003) haben in ihrer bundesweiten multizentrischen Studie 1247 Patienten mit Essstörungen auch auf die Dauer ihrer Therapien untersucht. Sie errechneten unter ihren Patienten einen Median von 11 Wochen. Dies kommt in unserer Studie nur dem Wert der NHU-Gruppe sehr nahe, die im Durchschnitt 81,9 Tage, also 11,7 Wochen und damit signifikant kürzer behandelt wurde. In der Vergleichsstudie betrug der Mindestaufenthalt 30,1 Tage, der längste Aufenthalt 195 Tage. Die Ergebnisse der Heavy User zeigten zwischen 3 und 367 Tagen (0,4 bis 52,4 Wochen) eine sehr große Spannweite. Hier ist ersichtlich, dass die HU zwar signifikant

länger behandelt wurden, einige Patientinnen allerdings nur wenige Tage in der Klinik blieben.

Da Patienten mit Bulimie seltener einen lebensbedrohlichen körperlichen Zustand erreichen, werden sie oft kürzer behandelt als anorektische Patienten. Dies konnte auch in dieser Studie sowohl in der Gruppe der HU als auch der NHU aufgezeigt werden. Der Unterschied zwischen den Diagnosen war in der HU-Stichprobe zwar nicht signifikant, doch stärker ausgeprägt als unter den NHU. Hier wurden vor allem die Vielnutzer mit anorektischem bzw. bulimarektischem Essverhalten viel länger behandelt. Dies bestätigte Ergebnisse aus der Literatur, wonach rehospitalisierte Anorektiker unter psychiatrisch betreuten Patienten mit nicht-organischen Beschwerden die längste Aufenthaltsdauer pro Aufnahme zeigten (McKenzie und Joyce, 1992).

Ein langer Aufenthalt scheint das Risiko für zukünftige multiple Wiederaufnahmen zu erhöhen (Korkeila et al., 1998). Jäger et al. (2013) gaben in ihrer Studie an, dass Patienten mit einer langen Behandlungsdauer Gemeinsamkeiten mit Heavy Usern aufzeigen. Ein langer Aufenthalt könnte für die Vorhersage einer Wiederaufnahme daher geeignet sein.

Therapieabschluss

30,4 % der HU beendeten die stationäre Behandlung vorzeitig gegen ärztlichen Rat. Die Abbruchquote war in der Gruppe der NHU etwas niedriger (23,1 %). Aus Studien ist bekannt, dass der Abbruch einer Therapie eine Vorhersage über das zukünftige „Inanspruchverhalten“ von Essgestörten ermöglichen kann. Zeeck und Herzog (2000) haben festgestellt, dass 43 % der Anorektikerinnen nach vorzeitigem Abbruch der Therapie innerhalb von drei Monaten wieder psychiatrische Angebote nutzten. Zudem assoziierten sie einen regulären Therapieabschluss mit häufigeren Depressionen und einen Therapieabbruch seitens der Patienten mit einer geringeren psychiatrischen Komorbidität. Dieser Zusammenhang konnte unter den HU dieser Studie bestätigt werden. Persönlichkeitsstörungen waren in der Gruppe der HU signifikant häufiger vertreten als in der NHU-Gruppe, während sie bei HU-Patientinnen mit Therapieabbruch signifikant seltener vorlagen. Die Wechselbeziehung zwischen Persönlichkeitsstörungen und Outcome bzw. Abbruch der Therapie müsste in einer

größeren HU-Stichprobe speziell unter der Berücksichtigung von Langzeittherapien näher betrachtet werden.

Richterliche Unterbringungen wurden nur in der Gruppe der HU dokumentiert (signifikant) und führten zu einem stärkeren Abbruchverhalten (57,1 % dieser HU brachen die Therapie vorzeitig ab). Es existieren Hinweise aus der Literatur, die belegen, dass HU nicht häufiger zwangseingewiesen werden (Stulz et al., 2012). Da ES nicht selten einen lebensbedrohlichen Zustand erreichen, die eine Zwangseinweisung erfordern, scheinen HU mit Essstörungen hier eine Sonderstellung einzunehmen.

Manifestationsalter und Dauer der Erkrankung

Die Heavy User erkrankten mit durchschnittlich 17,2 Jahren nicht signifikant früher an der Essstörung als die Nicht-Heavy User (M=19,4 Jahre). Dieses Ergebnis deckt sich nicht mit der wissenschaftlichen Annahme, dass ein früherer Krankheitsbeginn der Essstörung mit einer günstigeren Prognose einhergeht. Doch bestätigt es Studien aus der Heavy User-Forschung, wonach ein jüngeres Alter bei Krankheitsausbruch mit häufigeren Rehospitalisierungen (Langdon et al., 2001) und den höchsten Kosten in der psychiatrischen Versorgung assoziiert ist (Baca-Garcia et al., 2008). Im Diagnosenvergleich unterschieden sich die HU nicht signifikant. Sowohl in der Gruppe der HU als auch der NHU erkrankten die Patientinnen mit Bulimarexie als erste (15,0 vs. 16,8) und die Patientinnen mit Bulimie als letzte (20,0 vs. 20,8). Der aus der Literatur bekannte spätere Krankheitsausbruch der Bulimia nervosa konnte damit bestätigt werden. Da alle NHU-Diagnosen im Durchschnitt einen späteren Krankheitsausbruch zeigten als ihr Pendant in der Vielnutzergruppe, könnte das „Alter bei Beginn der Erkrankung“, obwohl in dieser Studie nicht signifikant, für die Identifikation von Heavy Usern in Zukunft relevant sein.

In der Gruppe der Heavy User dauerte die Erkrankung bereits durchschnittlich 11,2 Jahre, die Nicht-Heavy User litten seit 7,0 Jahren an der Essstörung. Aus der Literatur ist bekannt, dass die Mehrzahl der Anorexie-Patienten nach durchschnittlich sechs Jahren genest (Herzog et al., 2006). Es stellt sich die Frage, ob bei diesem Ergebnis bereits von einem chronischen Verlauf der Störung gesprochen werden kann. Während einige Autoren ab einer Erkrankungsdauer von zehn Jahren bereits ein chronisches

Stadium sehen (Noordenbos et al., 2002), ist Theander (1992) der Meinung, dass erst nach einer Dauer von mindestens 15 Jahren von einer Chronizität auszugehen ist. Würde man die Trennlinie bei zehn Jahren ansetzen, wäre in dieser Untersuchung die Anzahl chronisch Erkrankter mit 39,1 % (bei 15 Jahren: 21,7 %) im Vergleich mit anderen Studien deutlich höher (Steinhausen, 2002; 2009).

Aufgrund von fehlender Krankheitseinsicht und dem Drang, die Erkrankung zu verheimlichen, erfolgt eine stationäre Behandlung der Anorexia und Bulimia nervosa oft erst nach Jahren. Eine längere Erkrankungsdauer vor der ersten Behandlung wird als Prädiktor für einen längeren Verlauf bzw. eine Nonremission angegeben (Zipfel et al., 2000; Herzog et al., 2006). Allerdings existieren auch Studien, die diesen Zusammenhang nicht nachweisen konnten. Castro et al. (2004) sahen in der Dauer der Erkrankung bis zur Ersttherapie (AN) keinen Prädiktor für eine Rehospitalisation. Die Heavy User dieser Studie wurden 4,3 Jahre nach Ausbruch der Essstörung das erste Mal stationär behandelt. Bei den Nicht-Heavy Usern betrug die durchschnittliche Dauer der Essstörung vor der 1. stationären Therapie sogar 5,7 Jahre. Damit scheint die Dauer der Erkrankung bis zur 1. Therapie in dieser Arbeit kein Prädiktor für einen „Heavy Use“ zu sein.

Alter bei Ersthospitalisation

Die HU wurden im Vergleich mit den NHU nicht signifikant früher zum ersten Mal hospitalisiert (21,5 Jahre vs. 25,1 Jahre). Die Mittelwerte für das Alter bei 1. stationärer Therapie lagen in den einzelnen Diagnosegruppen der HU sehr nahe beieinander (20,1 vs. 22,8 vs. 21,9), so dass ein jüngeres Alter bei erster Behandlung als ein diagnosekonstantes Merkmal der HU gesehen werden kann. Obwohl das höhere Durchschnittsalter der bulimischen NHU sicherlich das Ergebnis beeinflusst, zeigten alle HU-Diagnosen im Vergleich mit den NHU-Diagnosen ein niedrigeres Alter bei der 1. stationären Behandlung. Die Literaturrecherche zeigte, dass ein höheres Alter mit einer häufigeren Nutzung allgemeinmedizinischer Versorgungsleistungen assoziiert ist, doch ist bei der übermäßigen Nutzung psychiatrischer Dienste eine inverse Beziehung zum Alter festgestellt worden. Kastrup (1987a) untersuchte eine dänische Kohorte von 12737 Patienten in psychiatrischen Institutionen, die zum ersten Mal hospitalisiert wurden. Nach zehn Jahren konnte er respektiv ein jüngeres Alter (15 - 24 Jahre) als

wichtigsten Risikofaktor für häufige Wiederaufnahmen für die Diagnosen Schizophrenie, Persönlichkeitsstörungen und Substanzmissbrauch herausarbeiten. Ein jüngeres Alter bei Ersthospitalisation bzw. bei erstem Kontakt mit einem psychiatrischen Servicedienst ist als Prädiktor für eine häufige bzw. starke Inanspruchnahme auch aus weiteren Studien bekannt (Lewis und Joyce, 1990; Lay et al., 2006; Langdon et al., 2001; Webb et al., 2007). Zudem existiert eine Studie, die 101 anorektische adoleszente Patientinnen bei ihrer Erstbehandlung nach ihrer vollständigen Gewichtsstabilisierung auf Faktoren untersuchte, die eine Rehospitalisation vorhersagten und ebenfalls ein niedriges Durchschnittsalter (jünger als 15) eruieren konnte (Castro et al., 2004).

Ein niedriges Alter bei Ersthospitalisation kann in dieser Arbeit daher als ein nicht signifikantes, aber prägnantes Merkmal der HU beschrieben werden, das durchaus als Prädiktor fungieren könnte. Dies müsste in weiteren Studien und einer größeren HU-Stichprobe überprüft werden.

Anzahl bisheriger Therapien

Wie erwartet errechnete sich der größte Unterschied zwischen den HU und NHU in der Variable „Anzahl bisheriger stationärer Behandlungen“ ($M=7,0$ vs. $0,5$). Eine Vergleichsstudie von Rabinowitz et al. (1995), die ihre Heavy User-Gruppe durch mindestens vier Wiederaufnahmen definierte, beschrieb im Durchschnitt $6,17$ stationäre Aufenthalte der Vielnutzer. Dieser Wert ist mit den Ergebnissen dieser Arbeit durchaus vergleichbar. Der Diagnosenvergleich in der Gruppe der Vielnutzer war nicht signifikant, doch fiel auf, dass bei den Bulimikerinnen die meisten stationären Aufenthalte verzeichnet wurden ($M=10,5$). Die Bulimarektikerinnen zeigten im Vergleich mit Patientinnen mit AN und BN zwar im Durchschnitt die wenigsten stationären Therapien ($5,4$ vs. AN= $6,1$ vs. BN= $10,5$), doch wurden sie am häufigsten ambulant behandelt ($3,5$ vs. AN= $2,2$ vs. BN= $2,3$). Hier könnte man annehmen, dass eine bessere ambulante Versorgung die Anzahl an stationären Behandlungen reduziert. Allerdings korrelierten die Anzahl stationärer bzw. ambulanter Therapien in dieser Stichprobe nicht. Ein weiteres Erklärungsmodell wäre, dass Bulimarektiker

möglicherweise besser auf eine ambulante Therapie ansprechen. Hierzu konnte aus der Literatur keine vergleichbare Aussage gefunden werden.

Die Anzahl vorhergegangener Therapien scheint nicht nur der aussagekräftigste Faktor zur Vorhersage künftiger Wiederaufnahmen (Korkeila et al., 1998), sondern auch der Anzahl der in der Psychiatrie verbrachten Tage zu sein (Havassy und Hopkin, 1989). Die HU dieser Studie zeigten eine signifikant längere Aufenthaltsdauer bei der letzten Aufnahme als die NHU-Gruppe, doch korrelierte die Länge der Behandlung nicht mit der Anzahl der stationären Therapien. Häufige stationäre Aufnahmen stehen laut Patton (1988) zudem im Zusammenhang mit einer höheren Mortalitätsrate und sind ein Indikator für stärkere Suizidalität. Die HU dieser Studie haben mehr Suizidversuche als auch mehr Suizidgedanken im Verlauf der Erkrankung angegeben. Eine positive Korrelation konnte nicht errechnet werden.

Soziodemographie

Polk-Walker et al. (1993) fanden heraus, dass verheiratete oder geschiedene Patienten nach einer psychiatrischen Behandlung seltener rehospitalisiert werden, als getrennte bzw. verwitwete Patienten und Singles. Zwar waren Singles in der HU-Gruppe häufiger vertreten als unter den NHU (65,3 % vs. 53,9 %), diese zeigten jedoch im Durchschnitt die gleiche Anzahl an stationären Wiedereinweisungen ($M=7$) wie die HU, die in einer Beziehung lebten. Ein Single-Dasein konnte daher als Merkmal für die Essgestörten mit anorektischer Symptomatik zwar bestätigt werden, die Ergebnisse dieser Studie lassen eine Partnerschaft als psychoprotektiven Faktor jedoch nicht erkennbar werden.

Patienten, die häufig rehospitalisiert werden, fehlt oft eine angemessene soziale und familiäre Unterstützung. Daher wohnt ein Großteil der Vielnutzer oft allein (Øiesvold et al., 2000; Langdon et al., 2001) und ist ohne Beschäftigung. Vielnutzer und NHU unterschieden sich in ihrer aktuellen beruflichen Situation. Der Großteil der HU war bei Aufnahme arbeitslos oder aufgrund ihrer Erkrankung frühzeitig berentet und damit ökonomisch nicht aktiv (47,8 %). Dies traf in der Gruppe der NHU nur bei 23,0 % der Patienten zu. Damit konnten die Ergebnisse aus der HU-Forschung repliziert werden, wonach häufigere Inanspruchnahmen öfter unter arbeitslosen Patienten vorgefunden

wurden (Havassy und Hopkin, 1989; Sullivan et al., 1993; Stulz et al., 2012). In dieser Studie wohnten 43,5 % der HU allein, unter den NHU waren dies 38,5 %.

Die Vielnutzer und NHU unterschieden sich signifikant im Schulabschluss. Während 53,8 % der NHU einen niedrigen Bildungsgrad („Hauptschulabschluss“ oder „kein Abschluss“) aufwiesen, waren es unter den HU lediglich 13 %. Der Diagnosenvergleich in der Gruppe der HU zeigte keinen signifikant höheren Schulabschluss der Patientinnen mit anorektischer Symptomatik. Damit zeigte diese Variable eine diagnoseunspezifische Charakterisierung der HU. Schomerus et al. (2013) haben eine Gruppe depressiver Patienten, die gezielt nach psychiatrischer Hilfe suchten, auf individuelle Persönlichkeitsfaktoren untersucht. Sie eruierten, dass u.a. ein höherer Bildungsgrad das selbständige Aufsuchen von psychiatrischen Einrichtungen vorhersagte.

Missbrauch in der Kindheit

In dieser Studie konnte ein geringer positiver Zusammenhang zwischen einer gewaltgeprägten Kindheit und einem Vielnutzerverhalten festgestellt werden. Ein Missbrauch in der Kindheit wurde unter HU-Patientinnen mit bulimischer Symptomatik häufiger dokumentiert als unter restriktiven Anorektikerinnen (53,8 % vs. 12,5 %). Damit wurde die höhere Prävalenz von körperlicher Gewalt bzw. sexuellem Missbrauch unter Bulimikern bestätigt (Wonderlich et al., 1997). Diese wird von vielen Autoren nicht als spezifischer Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen gesehen, sondern scheint vielmehr im Zusammenhang mit psychiatrischen Störungen (Welch und Fairburn, 1994) als auch häufigeren Suizidversuchen sowie Substanzmissbrauch zu stehen (Fullerton et al., 1995). Die Heavy User dieser Studie zeigten nicht nur eine höhere psychiatrische Komorbidität (insbesondere Persönlichkeitsstörungen) als die NHU, sondern haben zudem signifikant mehr Suizidversuche unternommen. Die Untersuchung des Faktors „Missbrauch in der Kindheit“ bestätigte, dass er in engen Komorbiditätsbeziehungen mit anderen Störungen steht und zum multimorbiden Bild des Heavy Users beiträgt.

Suizidversuche und Substanzmissbrauch

Wie in den Ergebnissen dargestellt, gaben 77,3 % der Heavy User an, im Verlauf der Erkrankung an Suizid gedacht zu haben. Patientinnen mit bulimischer Symptomatik neigten dabei stärker zu Suizidgedanken, was, wie in Kapitel 1.5 beschrieben, von anderen Studien bestätigt wurde. Der HU- Wert liegt im Vergleich mit der Literatur deutlich höher. Ahrén-Moonga et al. (2008) haben in ihrer Arbeit lediglich bei 36,8 % der Essgestörten suizidale Gedanken festgestellt. Dieses Ergebnis kommt den Patientinnen der NHU-Gruppe nahe. Hier dachten im Verlauf der Erkrankung 36,4 % daran, sich das Leben zu nehmen. Schätzungen zufolge haben 13,5 % der Population im Laufe des Lebens suizidale Gedanken (Kessler et al., 1999).

Nur eine Essgestörte unter den NHU hat tatsächlich versucht, sich das Leben zu nehmen (8,3 %). Dagegen hat jeder 2. Heavy User im Verlauf der Erkrankung einen oder mehrere Suizidversuche unternommen (61,9 %). Hier liegt im Vergleich mit der Studie von Ahrén-Moonga et al. (2008) wiederum ein viel höherer Wert vor (61,9 % vs. 26,3 %). Die Stichprobe der Autoren zeigt zwar einen ähnlichen Aufbau des Untersuchungskollektivs (kleines Kollektiv; n=38) mit einer vergleichbaren Altersverteilung. Allerdings wurden auch EDNOS-Patienten mit anorektischer bzw. bulimischer Symptomatik in die Untersuchung miteinbezogen und es fehlen Angaben zur Dauer der Erkrankung. Hierdurch ließe sich der geringere Anteil an Suizidversuchen erklären. Bei den HU persistierte die Essstörung seit durchschnittlich 11,2 Jahren. Mit der Dauer der Erkrankung steigt die Wahrscheinlichkeit einer psychiatrischen Komorbidität (Herpertz-Dahlmann et al., 2005), wie z.B. einer Major Depression. Diese ist wiederum mit einer höheren Suizidrate assoziiert (Corcos et al., 2002).

In der Literatur sind häufigere stationäre und ambulante Behandlungen stärker mit parasuizidalem Verhalten, d.h. einer „Handlung mit nicht tödlichem Ausgang, bei der sich eine Person absichtlich Verletzungen oder Beschädigungen zufügt“, assoziiert (Stein et al., 2004). Hier konnte gezeigt werden, dass bei Patienten mit häufigen Wiederaufnahmen das Risiko für Suizidversuche signifikant steigt.

Die HU hatten bei Aufnahme (signifikant) als auch zum Zeitpunkt der Entlassung einen niedrigeren BMI als die NHU. Viele Studien belegen die inverse Beziehung zwischen BMI und Suizidrisiko (Mukamal und Miller, 2009; Mukamal et al., 2010; Bjerkeset et

al., 2008). Wissenschaftler der Portland State University stellten fest, dass mit jeweils fünf kg/m^2 des BMI das Suizidrisiko bei Männern und Frauen um 18 bis 24 Prozent sinkt (Kaplan et al. 2007). Die HU und NHU unterschieden sich durch 4,5 kg/m^2 des Aufnahme-BMI, eine Korrelation zwischen BMI und Suizidversuchen konnte nicht errechnet werden.

Im Hinblick darauf, dass 6-10 % der Personen, die einen Suizidversuch unternehmen, auch tatsächlich an Suizid versterben (APA, 2003), stellen Suizidgedanken und Suizidversuche starke Prädiktoren dar, die eine wiederholte stationäre Behandlung rechtfertigen. Laut Patton (1988) steigt die Mortalität unter Essstörungen mit der Anzahl an wiederkehrenden Einweisungen aufgrund von Essproblemen und bleibt mindestens acht Jahre nach erster Feststellung hoch. Dies verleiht der Behandlungsnotwendigkeit von HU mit ES nochmals Nachdruck.

Einen weiteren Risikofaktor für eine erhöhte Suizidrate sehen viele Autoren im Substanzmissbrauch, der bei Patienten mit Suizidversuch in der Vergangenheit doppelt so hoch ist (Fedorowicz, et al., 2007). Dieser ist in der HU-Gruppe stärker vertreten, aber nicht signifikant. Fast ein Drittel der Essgestörten gab an, während ihrer Erkrankung Alkohol konsumiert zu haben (28,6 %). Zwei Heavy User gaben außerdem Drogenkonsum im Verlauf der Erkrankung an (8,7 %). Ein Substanzmissbrauch war damit bei 8 Patientinnen gegeben (38,1 %). Nur ein NHU zeigte einen stärkeren Substanzmittelgebrauch (7,7 %, Alkoholkonsum).

Die stärkere Nutzung psychiatrischer Ressourcen korrelierte in vielen Studien mit begleitendem Substanzmissbrauch, der auch als Prädiktor für multiple Wiederaufnahmen diskutiert wird (Kent et al., 1995; Botha et al., 2010). In dieser Arbeit fand sich kein signifikanter Zusammenhang dieser Variablen, doch wiesen die HU mit Substanzmissbrauch doppelt so viele stationäre Therapien auf wie HU ohne Substanzmissbrauch ($M=5,17$ vs. $10,11$).

Damit sind viele der bekannten Risikofaktoren für Suizidalität in unserer HU-Gruppe vertreten: ein niedriger BMI, häufige stationäre und ambulante Therapien, Substanzmittelmissbrauch und psychiatrische Komorbidität.

Psychopathologie

Die psychiatrische Komorbidität war in beiden Untersuchungsgruppen hoch, in der Gruppe der HU aber erwartungsgemäß höher (91,3 % vs. 69,2 %) als unter den NHU. Der größte Unterschied zwischen HU und NHU zeigte sich bei komorbiden Persönlichkeitsstörungen, die unter den Vielnutzern signifikant häufiger vorzufinden waren (52,5 % vs. 15,4 %). Begleitende affektive Störungen waren ebenfalls in beiden Gruppen häufig (65,0 % vs. 53,8 %). Angst- und Belastungsstörungen waren selten und zeigten sich nur in der Gruppe der Vielnutzer. Damit konnten die Ergebnisse aus der Literatur bestätigt werden, wonach insbesondere (komorbide) Persönlichkeitsstörungen, aber auch affektive Störungen mit häufigen Wiederaufnahmen assoziiert wurden (Kent et al., 1995; Sullivan et al., 1993; Roick et al., 2002; Morlino et al., 2011). Patienten mit der Diagnose einer Psychose oder Persönlichkeitsstörungen scheinen zudem auch schneller eingewiesen zu werden (Korkeila et al., 1998). Wie bereits erwähnt, wurde in dieser Studie die Zeitspanne zwischen den Wiederaufnahmen nicht aufgenommen, sollte in zukünftigen Arbeiten über HU aber berücksichtigt werden.

Der Faktor „komorbide Persönlichkeitsstörung“ war in dieser Studie mit einem besseren Outcome assoziiert. Einen ähnlichen Zusammenhang fanden Huber und Klug (2016), die die Effektivität von Langzeitbehandlungen bei rezidivierenden, psychischen Störungen (wie Depression) untersuchten. Diese profitierten vor allem dann von den Langzeittherapien, wenn komorbide PS beteiligt waren. Es müsste nachuntersucht werden, ob sich diese Ergebnisse innerhalb größerer Stichproben replizieren lassen, d.h. ob und warum HU mit PS tatsächlich auf die gängigen Therapien besser ansprechen. In diesem Fall wären alternative Behandlungskonzepte angezeigt.

6.2 Diskussion der Fragebogenergebnisse

6.2.1 Persönlichkeitsdiagnostik

Die Untersuchung von Persönlichkeitsmerkmalen stellte eines der zentralen Themen dieser Studie dar. Im Besonderen sollten Variablen hinsichtlich psychovulnerabler und psychoprotektiver Qualitäten unterschieden werden. Die Ergebnisse der Fragebögen werden im Folgenden diskutiert. Da wenige Vergleichsstudien existieren, die ein

Persönlichkeitsprofil von Heavy Usern erstellt haben, erfolgte ein Vergleich der Ergebnisse mit Studien zu Essstörungen, die Prädiktoren und Charaktereigenschaften der Essgestörten untersuchten.

Eysenck Persönlichkeitsinventar

Die Heavy User zeigten auf den Dimensionsebenen „Introversion – Extraversion“ und „Labilität – Stabilität“ (Neurotizismus) deutliche Ausprägungen außerhalb des Normbereichs. Wie in den Ergebnissen dargestellt, konnte 60 % der Heavy User im EPI-Testverfahren ein introvertierter Charakter zugeordnet werden. 40 % zeigten auf der Skala „Extraversion“ keine charakteristische Ausprägung. Keine der Testteilnehmerinnen zeigte ein betont extravertiertes Verhalten. Da sich auch drei Bulimiker unter den Testteilnehmern der HU-Gruppe befanden, und diese Essstörung oft mit einem extravertierten Verhalten einhergeht (De Silva und Eysenck, 1987; Vitousek und Manke, 1994), überraschte dieses Ergebnis. Die bulimischen HU erreichten im Subgruppenvergleich zwar deutlich höhere Werte ($M= 5,3$) als die Diagnosen AN ($M= 2,2$) und BA ($M=2,7$), diese lagen jedoch alle im Normbereich. Der Vergleich der E-Skala-Werte der HU-Gruppe mit der NHU-Gruppe zeigte keinen signifikanten Unterschied.

Auf der Neurotizismusskala lagen 73,3 % der Heavy User mit ihren Werten im überdurchschnittlichen Bereich, der eine emotional instabile Persönlichkeit offen legte. Keine der Patientinnen tendierte zu einem besonders selbstsicheren Verhalten. Im Vergleich mit den NHU zeigten die Vielnutzer eine in der Tendenz signifikant stärkere Ausprägung der emotionalen Instabilität. Die Mittelwerte der einzelnen Diagnosen in der Gruppe der HU lagen auf dieser Skala sehr nahe beieinander und unterschieden sich nicht signifikant. Daher scheint ein neurotischer Charakter ein diagnoseunspezifisches Merkmal für die untersuchten Heavy User mit Essstörungen zu sein.

Aus der Literatur ist die Beziehung zwischen einem höheren Ausmaß des Neurotizismus und Essstörungen bekannt (Díaz-Marsá et al., 2000; Cervera et al., 2003). Eine stärkere Empfindlichkeit gegenüber Stress oder bestimmten Lebenssituationen wird von vielen Autoren als unabhängiger Risikofaktor für die Entstehung von Essstörungen gesehen (Kendler et al., 1991; Bulik et al., 2006). Miller et al. (2006) sahen insbesondere in der Kombination von Neurotizismus UND

Introversion eine riskante Konstellation, die ein gestörtes Essverhalten in ihrer nicht-klinischen Stichprobe vorhersagen konnte. Da wie oben erwähnt 60 % der HU introvertierte Persönlichkeiten darstellten sowie 73,3 % der Patienten emotional instabil waren, kann hier durchaus angenommen werden, dass das Zusammenspiel beider Faktoren nicht nur ein stärkeres Potential besitzt, um Essstörungen entstehen, sondern sie auch persistieren zu lassen.

Als gesichert scheint zudem der Zusammenhang dieser Persönlichkeitsdimensionen mit depressiven und anderen psychischen Erkrankungen (Jylhä und Isometsä, 2006). Richter (2000) identifizierte prämorbidem Neurotizismus und Introversion mit einem höheren Risiko für einen ungünstigen bzw. chronischen Krankheitsverlaufs sowie als Prädiktor für das Auftreten einer Depression. Auch dieser Zusammenhang wurde in dieser Studie angedeutet. Die essgestörten HU mit komorbiden Persönlichkeitsstörungen zeigten die niedrigsten Werte auf der Skala „Extraversion“ auf.

Die Ergebnisse dieser Arbeit bekräftigen überdies Untersuchungen, die eine signifikante Assoziation dieser Persönlichkeitsfaktoren mit der stärkeren bzw. häufigeren Nutzung psychiatrischer Versorgungsdienste dokumentieren (Goodwin et al, 2002; ten Have et al., 2005).

Zusammenfassend kann festgehalten werden, dass ein neurotischer Charakter einen stärkeren Vulnerabilitätsfaktor für die Entwicklung eines Vielnutzerverhaltens darstellen könnte und Extraversion eine mögliche psychoprotektive Qualität aufweist.

Freiburger Persönlichkeitsinventar

Das Freiburger Persönlichkeitsinventar ist ein im deutschsprachigen Raum sehr häufig genutztes Instrument zur Persönlichkeitsdiagnostik. Die Interpretation dieses Fragebogens muss jedoch kritisch betrachtet werden, da hier nicht zwischen habituellen Persönlichkeitsmerkmalen und aktuell gestörten Verhaltensmustern z.B. aufgrund einer organischen Beeinträchtigung differenziert wird (v. Zerssen und Möller, 1980).

Wie in den Ergebnissen dargestellt, fiel beim Betrachten des Profils des HU eine überwiegend homogene Streuung der Stanine-Mittelwerte auf. Die HU beschrieben sich damit entlang der Persönlichkeitsdimensionen größtenteils wie die (gesunde)

Eichstichprobe von Fahrenberg et al. (1978). Eine Abweichung vom Normprofil wurde nur auf den Skalen „Gelassenheit“ (FPI6) und „Extraversion“ (FPIE) festgestellt. Letztere bestätigte nochmals den introvertierten Charakter des HU, der im EPI bereits vorweggenommen wurde. Der HU ließ sich anhand dieser Ergebnisse als emotional unauffällig, introvertiert und leicht irritierbar mit geringem Selbstvertrauen beschreiben. Der unauffällige Wert auf der Skala „Neurotizismus“ (FPIN) im Vergleich mit der EPIN-Skala lässt sich möglicherweise damit erklären, dass das Eysenck-Inventar als spezifisches Testverfahren Extraversion und Neurotizismus als Persönlichkeitsstrukturen mit differenzierteren Fragen genauer prüft.

Im Vergleich mit den NHU zeichnete sich lediglich ein in der Tendenz signifikanter Unterschied auf der Skala „Offenheit“ (FPI9) ab. Damit waren die Vielnutzer etwas offener und selbstkritischer. Sie neigten nicht so stark zur Dissimulation eigener Schwächen und Fehler. Da der Diagnosenvergleich in der Gruppe der HU auf dieser Skala eine enge Streuung der Mittelwerte aufzeigte, scheint dieses Merkmal zudem diagnoseunspezifisch zu sein und könnte zur Beschreibung eines HU mit Essstörungen beitragen.

Ein signifikanter Zusammenhang ließ sich zwischen einem schlechten Outcome und einer stumpfen Persönlichkeit (FPI4, Erregbarkeit) eruieren. Niedrige Werte auf dieser Skala korrelierten zudem mit einer höheren Anzahl an stationären Therapien. Hier ist es schwierig abzugrenzen, ob die wiederholten Behandlungen bzw. der lange Krankheitsverlauf die Patienten in der Folge „abstumpfen“ ließen oder ob ruhige, stumpfe Charaktere stärker zur Nutzung psychiatrischer Versorgungsdienste neigen.

Eine Studie von Böhle et al. (1990) untersuchte am FPI die Ausprägung der Persönlichkeitsmerkmale von Patienten mit Anorexia und Bulimia nervosa. Beide Gruppen zeigten sich depressiver (FPI3), neigten stärker zur Nervosität (FPI1), waren neurotischer (FPIN), ungeselliger (FPI5) und unruhiger (FPI4) als gesunde Probanden. Diese Ergebnisse konnten in dieser HU-Studie nur teilweise repliziert werden. So fanden sich Tendenzen zu nervöser Depression und Ungeselligkeit, die leicht reizbaren und unruhigen Charakterzüge konnten aber, wie oben bereits erwähnt, nicht bestätigt werden. Unterschiede zwischen den einzelnen Diagnosegruppen der HU waren nur gering und statistisch nicht signifikant.

6.2.2 Anfälligkeit für psychosomatische Krankheitsentwicklung

Der FAPK - Fragebogen prüft, welche psychischen Strukturen bei gleichzeitiger Anwesenheit eines somatischen Symptoms zur Entstehung oder Aufrechterhaltung dieser körperlichen Beschwerden beitragen könnten. Im weitesten Sinne wurde er entwickelt, um zwischen psychosomatisch kranken und neurotischen Patienten zu differenzieren (Koch, 1981) und die Ausprägung der Psychophysiologie zu bestimmen. Die Heavy User unterschieden sich auf etlichen Skalen des FAPK signifikant von der gesunden Kontrollgruppe aus der Validierungsstudie von Koch. Diese Befunde werden im Folgenden diskutiert.

Wie in den Ergebnissen dargestellt, zeigten die HU einen stark *gestörten Realitätsbezug* (FAPK1). Damit waren sie nicht fähig, mit den Widersprüchen aus der Umwelt umzugehen und zogen sich passiv zurück. Dies ist nach Koch (1981) stark mit der Neigung zur Entwicklung eines psychosomatischen Krankheitsgeschehens vergesellschaftet. Die Ergebnisse der HU korrespondierten mit den überlieferten Mittelwerten für Patienten mit funktionellen Beschwerden und für neurotisch depressive Patienten (Koch, 1981).

Die Vielnutzer waren in ihrer *emotionalen Kommunikationsfähigkeit* (FAPK3) stark eingeschränkt. Sie zeigten im Vergleich mit der Kontrollgruppe eine ausgeprägte kognitive bzw. affektive Abwehr von Gefühlen. 80 % der Probanden waren unfähig, Emotionen zuzulassen. In Kombination mit dem niedrigen Wert auf der Skala „Realitätsbezug“ kann dieser Befund laut Koch (1981) die Möglichkeit einer durch symptomatische Beschwerden überspielten Depression aufzeigen. Die negative Korrelation der Skalen FAPK3 und FAPK4 wurde in dieser Studie bestätigt.

Ein weiterer signifikanter Unterschied zur Kontrollgruppe zeichnete sich bezüglich der *Anpassung an bestehende gesellschaftliche und familiäre Verhältnisse* (FAPK4) ab. Die HU waren höchst unfähig, psychosoziale Konflikte mit der Umwelt zu ertragen. In der Folge verhielten sie sich möglichst unauffällig und verzichteten bewusst auf ein aktives Eingreifen in das Umfeld. Vergleichbare Ausprägungen auf dieser Skala zeigten sich auch bei neurotisch depressiven Patienten und Probanden mit funktionellen Beschwerden (Koch, 1981).

Die Vielnutzer zeigten eine starke Ausprägung der *Aggressionsunfähigkeit* (FAPK6). Sie waren nicht in der Lage, Aggressionen angemessen zum Ausdruck zu bringen, wodurch unangenehme und störende Situationen nicht aktiv behoben, sondern stillschweigend ertragen wurden. Dieser Befund bestätigte die Ergebnisse von Krug et al. (2008a), wonach Essstörungen mit einem „inadäquaten“ Umgang mit Wut und Ärger einhergehen. Bekannt ist, dass die Unterdrückung von Aggressionen häufig eine autoaggressive Verhaltensweise nach sich zieht, die wiederum die Entstehung einer „Psychosomatose“ bedingen kann (Koch, 1981). Hier korrespondierte der errechnete Mittelwert abermals mit der Untersuchungsgruppe der neurotisch depressiven Probanden

Ein signifikanter Unterschied zur gesunden Kontrollgruppe konnte im Weiteren in der *Unterdrückung von sexuellen Empfindungen* (FAPK9) festgestellt werden. Der Großteil der Vielnutzer (66,7 %) beschrieb die Unterdrückung von Triebregungen. Hier waren die Ergebnisse wiederum mit den Werten der neurotisch depressiven Patienten vergleichbar (Koch, 1981).

Die deutlichste Ausprägung in dem FAPK fand sich auf der Skala „*Belastungsfaktoren*“ (FAPK10). Die Heavy User zählten signifikant mehr belastende Komponenten aus ihrem Leben auf. 60 % der Frauen gaben acht bis 13 Belastungsfaktoren an. Auch hier konnte wieder eine Beziehung zur Vergleichsgruppe der neurotisch depressiven Patienten von Koch (1981) festgestellt werden.

Die Heavy User unterschieden sich auf den Skalen FAPK1 – FAPK10 nicht signifikant von den NHU. Die fehlenden Unterschiede werden im Folgenden diskutiert.

Ein langwieriger Krankheitsverlauf von Essstörungen geht häufig mit einer stärkeren Psychopathologie einher (Herpertz-Dahlmann et al., 2005), die einen Rückzug von der Realität zur Folge hat. Im Vergleich mit den NHU zeigten die HU keinen auffallend schlechteren *Realitätsbezug*. Die Realitätsbewältigung scheint damit einen Faktor darzustellen, der zwar eine Rolle bei Essstörungen spielt, aber keine Aussagen über zukünftige Rehospitalisierungen zulässt.

Die NHU unterschieden sich im Gegensatz zur HU-Gruppe auf der Skala „*Phantasie*“ (FAPK2) signifikant von der Vergleichsgruppe von Koch. Damit waren ihr soziales Vorstellungsvermögen und die Fähigkeit zur bewussten Phantasieleistung stärker

ausgeprägt als unter den Vielnutzern. Durch dieses Ergebnis könnte man annehmen, dass Patienten mit einer höheren Einbildungskraft und Kreativität besser auf eine Therapie ansprechen.

Die *Abwehr von Emotionen* (FAPK3) war bei den HU im Vergleich mit der Kontrollgruppe hochsignifikant, im Vergleich mit der Gruppe der NHU allerdings nicht signifikant stärker ausgeprägt. Damit konnte lediglich die aus der Literatur bekannte Gefühlstaubheit unter Essstörungen bestätigt werden. Westen und Harnden-Fischer (2001) haben vor allem anorektische Patientinnen als gefühlkontrollierte Persönlichkeiten identifiziert, die sich durch Restriktion von Emotionen und Bedürfnissen häufig leer und dysphorisch fühlen. Eine emotionale Beziehungsleere sahen die Autoren unter bulimischen bzw. bulimarektischen Patientinnen nicht so stark ausgeprägt. Hier stünde vielmehr eine emotionale Dysregulation im Vordergrund, die in ein unkontrolliertes, impulsives Verhalten mündet. Die von Westen und Harnden-Fischer geschilderten Persönlichkeitsprofile spiegelten sich in den Ergebnissen der anorektischen und bulimischen HU dieser Studie wider. Eine Ausnahme stellten die Bulimarektiker dar. Diese zeigten ebenfalls eine sehr starke Gefühlsleere auf und glichen damit stärker dem anorektischen Profil.

Casper (1990) bestätigte diese emotionale Zurückhaltung auch bei remittierten anorektischen Patienten. Er sah aber vor allem im gleichzeitigen Auftreten eines *autoritätskonformen Charakters*, der sich stärker an traditionelle Werte bindet, ein psychologisches Risikokonstrukt für die Entstehung einer Essstörung. Stärker an soziale Strukturen angepasst zeigten sich in dieser Untersuchung die Vielnutzer, während die NHU nur eine tendenzielle Neigung zu einer gesellschaftlichen Adaptation (FAPK4) äußerten. In Anlehnung an die letztgenannte Studie könnte die stärkere Ausprägung dieser Skalen-Kombination (FAPK3 UND FAPK4) auch als krankheitsunterhaltende Konstellation und als Risikofaktor für eine Nonremission gesehen werden, die mit häufigeren stationären Wiederaufnahme einhergehen kann.

Weder die HU noch die NHU zeigten ein signifikant stärkeres *aggressives Verhalten* als die gesunde Stichprobe von Koch. Der Mittelwert der NHU war etwas höher als in der Vielnutzergruppe (3,09 vs. 2,53). Die Literaturanalyse zeigte, dass manche Autoren von einer höheren Prävalenz aggressiver Störungen bei Essgestörten ausgehen, da in beiden Fällen eine serotonerge Dysregulation vorzufinden ist (Fava et al., 1995). Diese

Konstellation konnte in dieser Studie nicht nachgewiesen werden. Hier zeigte sich sogar ein signifikant negativer Zusammenhang zwischen der Anzahl an Aufenthalten und der Ausprägung der Aggressivität. Damit konnten auch die Ergebnisse von einigen Studien aus der Heavy User - Forschung, die in der Aggressivität ein charakteristisches Merkmal von „Systemsprengern“ bzw. schwierigen Patienten (Freyberger et al., 2004; Weig, 2009) sehen, nicht bestätigt werden. Die Kombination von Essstörungen und erhöhter Aggressivität scheint zudem signifikant mit Suizidversuchen assoziiert (Thompson et al., 1999). Dieser Zusammenhang konnte wiederum bestätigt werden.

Die *Aggressionsunfähigkeit* (FAPK6) war unter den Vielnutzern etwas stärker ausgeprägt, als in der Gruppe der NHU (M=4,73 vs. 3,82). Die Unterdrückung von Ärger und Wut ist vor allem bei bulimischer Symptomatik festgestellt worden (Waller et al., 2003; Meyer et al., 2005). In dieser Studie zeigten jedoch die Bulimarektiker und Anorektiker die höchsten Werte auf der Skala. Bekannt ist, dass unter Individuen, die nicht aktiv in die Umwelt eingreifen können, ein autoaggressives Verhalten, wie Selbstverletzung oder Suizidversuche bzw. parasuizidales Verhalten, koexistieren kann (Krug et al., 2008a). Ein Zusammenhang zwischen Suizidversuchen und hohen Werten auf der Skala FAPK6 konnte nicht gefunden werden.

Weder die HU noch die NHU neigten im Vergleich mit der Kontrollgruppe zur *Hypochondrie*. Obwohl sich 53,3 % der HU überdurchschnittlich oft mit ihren eigenen Körpervorgängen beschäftigten, kann man anhand dieser Studie annehmen, dass unter HU mit Essstörungen hypochondrische Ängste keinen zusätzlichen Einfluss auf die hohe Inanspruchnahme von Gesundheitsleistungen haben.

Auf der Skala FAPK8 „*Regression*“ unterschied sich keine der untersuchten Gruppen signifikant von der gesunden Kontrollgruppe. Eine stärkere Unselbständigkeit durch einen höheren Anteil an kindlichen Verhaltensweisen konnte daher nicht als charakteristisches Merkmal der HU herausgearbeitet werden.

Die *Unterdrückung sexueller Empfindungen* war unter den Vielnutzern nur geringfügig stärker ausgeprägt als in der NHU-Gruppe (7,27 vs. 7,18). Diese unterschied sich im Gegensatz zu den HU auf der Skala FAPK9 nicht signifikant von der gesunden Kontrollgruppe. In der Literatur wurde ein dysfunktionales, psychosexuelles Verhalten bei gestörtem Essverhalten bereits vielfach dokumentiert (Pinheiro et al., 2010). Dieses wird einerseits durch physiologische, hormonelle Veränderungen in Form des

Hypogonadismus als Folge der körperlichen Auszehrung begründet (Tuiten et al., 1993), was durch den Wiederanstieg des Sexualtriebes bei Gewichtszunahme bestätigt wird. Von anderen Autoren dagegen wird angenommen, dass im Rahmen eines Entwicklungskonfliktes in der Adoleszenz sexuelle Impulse über eine orale Impulskontrolle gezielt unterdrückt werden (Reich, 2010), was zu der Annahme führt, die Abwehr der Sexualität könnte in manchen Fällen die Ursache für die Essstörungen darstellen. Eddy et al. (2004) resultieren aus ihren Ergebnissen, dass nicht die Art oder Symptomatik der Essstörungen, sondern vielmehr der Charakter der Persönlichkeit das individuelle sexuelle Verhalten beeinflusst. In Anlehnung an die erarbeiteten Persönlichkeitscluster von Westen und Harnden-Fischer (2001) unter Essstörungen, fanden sie unabhängig von der Diagnose einen Zusammenhang zwischen der emotional eingeschränkten, überkontrollierten Persönlichkeit und einem kindlichen bzw. restriktiven Umgang mit der Sexualität. Ein emotional dysregulierter, unkontrollierter Charakter dagegen stand in engem Zusammenhang mit einer impulsiven Sexualität. Diese Annahme konnte in dieser Studie in der Gruppe der HU bestätigt werden. Zwar zeigte sich kein linearer Zusammenhang zwischen der „Abwehr sexueller Empfindungen“ (FAPK9) und der Skala „Regression, Unselbstständigkeit“ (FAPK8), doch korrelierte der FAPK9 mit der „Emotionalen Beziehungsleere“ (FAPK3) und damit der Abwehr der Gefühle. Fichter et al. (2006) haben zudem sexuelle Probleme als Prädiktoren für einen ungünstigen Verlauf der AN angegeben.

Wie die HU unterschieden sich auch die NHU auf der Skala FAPK10 signifikant von der gesunden Stichprobe. Das bedeutet, dass beide Gruppen sich durch viele Komponenten in ihrem Leben stark belastet fühlten, die Vielnutzer im Durchschnitt aber einen Belastungsfaktor mehr angaben (7,67 vs. 6,64).

6.2.3 Angst

Im Vergleich mit der Eichstichprobe von Laux et al. (1981) zeigten die essgestörten Heavy User sowohl eine aktuell erhöhte als auch eine im Allgemeinen stärker ausgeprägte Ängstlichkeit. Damit konnte das aus der Literatur bekannte höhere Angstniveau unter Essgestörten auch unter den Vielnutzern bestätigt werden.

Der Mittelwert der Skala X1 lag bei den Heavy Usern bei 56,43 (SD \pm 12,21). Hier liegt im Vergleich mit der Eichstichprobe von Laux et al. (1981) (M=36,95) eine deutliche Abweichung vor, die unter 78,6 % der HU eine überdurchschnittliche Intensität der aktuellen Angst hervorhebt. Wie schon erwähnt, ist die Interpretation dieses Wertes durch eine starke Situationsabhängigkeit dieser Skala und die fehlende Normierung allerdings eingeschränkt. Eine stationäre Einweisung in eine psychiatrische Klinik kann für eine Person durchaus einen bedrohlichen Zustand darstellen. Hier musste in Betracht gezogen werden, dass insbesondere unter den unfreiwillig eingewiesenen Patientinnen, die in dieser Untersuchungsgruppe 30,4 % der HU darstellten, die Einweisung mit einer größeren psychischen Belastung einherging und sich auf die aktuellen Angstwerte auswirkte. Diese Hypothese konnte beim Betrachten des Subgruppen-Vergleichs zwar nicht signifikant bestätigt werden, allerdings wiesen die HU mit richterlichem Beschluss mit im Durchschnitt 59,75 (SD \pm 9,61) Punkten nochmals einen höheren aktuellen Angstscore auf. Bei einem Durchschnittswert von 54,00 (SD \pm 10,39) unterschieden sich die NHU in ihrer Zustandsangst nicht signifikant von den HU. Diese war bei 66,6 % der NHU überdurchschnittlich stark ausgeprägt.

Der Mittelwert der Skala X2 betrug in der Gruppe der HU durchschnittlich 54,50 (SD \pm 14,76). Damit zeigten 78,6 % der Vielnutzer eine allgemein erhöhte Ängstlichkeit. Entgegen der Erwartungen wurde eine diskret höhere habituelle Angst in der Gruppe der NHU (57,33; SD \pm 11,31) errechnet (nicht signifikant). 83,3 % der NHU zeigten eine überdurchschnittliche Neigung, auf bestimmte Situationen mit Angst zu reagieren. Hier wurde aus folgendem Kontext ein konträres Ergebnis erwartet: Obwohl einige Autoren eine Verbesserung der Angstwerte bzw. -symptomatik nach einem Gewichtszuwachs nachweisen konnten, wurde die Persistenz von milden bis moderaten Angstgefühlen auch noch nach jahrelanger Genesung von der ES festgestellt (Pollice et al., 1997; Wagner et al., 2006). Daher liegt der Schluss nahe, dass eine Mangelernährung den Schweregrad der Angst zwar negativ beeinflusst, eine allgemein erhöhte Ängstlichkeit als ursächlicher Faktor in der Pathogenese von Essstörungen allerdings berücksichtigt werden muss. In dieser Studie wurde daher angenommen, eine habituelle Ängstlichkeit des Individuums könnte einen krankheitsunterhaltenden Faktor darstellen, der die Remission verzögert und zu häufigeren stationären Behandlungen führt. Den Ergebnissen zufolge konnte die Angst als Charaktereigenschaft den HU zwar

zugeordnet werden, als Unterscheidungsmerkmal zwischen HU und NHU kann sie jedoch nicht herangezogen werden.

7 Zusammenfassung

Trotz der stetigen Modernisierung medizinischer und psychiatrischer Versorgungskonzepte steigt die Anzahl der jährlichen Einweisungen in psychiatrische Kliniken. Hierbei rückt vor allem eine kleine Patientengruppe in den Fokus der psychiatrischen Versorgungsforschung, die einen Großteil der zur Verfügung stehenden Ressourcen durch immer wiederkehrende Einweisungen in Anspruch nimmt. Trotz umfangreicher Forschungsprojekte ist es bisher nicht gelungen, die Ursachen dieses Heavy User-Verhaltens zu identifizieren.

Essstörungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter und sind durch die hohe Anzahl an therapieresistenten Fällen und stationären Wiederaufnahmen von hoher gesundheitspolitischer Relevanz. Diese Arbeit sollte mit der Gegenüberstellung von Vielnutzern mit Essstörungen gegenüber NHU und den jüngsten Studienergebnissen zu Heavy Usern Unterschiede sowie Gemeinsamkeiten aufzeigen. Die Ergebnisse sollten dazu beitragen, angehende Heavy User rechtzeitig zu identifizieren, um gezielter primär- und sekundärpräventiv eingreifen zu können.

Die vorliegende Arbeit analysierte eine Heavy User- Gruppe (N=23) mit der Hauptdiagnose einer Essstörung, die bis zum Zeitpunkt der Untersuchung mindestens drei stationäre Therapien in Anspruch genommen hat. Es fand ein Vergleich dieser Patienten mit einer Nicht-Heavy User- Gruppe (N=13) mit Essstörungen statt, die maximal zwei Aufenthalte verzeichnen durfte. In einer explorativen Datenanalyse sollten Faktoren ermittelt werden, die zur Beschreibung von Vielnutzern mit Essdiagnosen herangezogen werden könnten. Das Erarbeiten von klinischen, soziodemographischen, familiären und psychopathologischen sowie Persönlichkeitsmerkmalen ergab folgendes Profil des Heavy Users:

Klinische und soziodemographische Merkmale

Die Heavy User zeigten einen signifikant niedrigeren BMI, d.h. eine stärkere Ausprägung der Erkrankung als auch eine signifikant längere Aufenthaltsdauer bei der letzten Aufnahme als die Nicht-Heavy User. Ein größerer Anteil der Heavy User-

Patientinnen war ökonomisch nicht aktiv bzw. stand zur Zeit der Aufnahme in keinem Arbeitsverhältnis. Vier der HU-Patientinnen waren aufgrund der Essstörung bereits berentet. Die Variable „Partnerschaft“ stellte keinen psychoprotektiven Faktor dar, der vor Wiederaufnahmen schützte. Ein weiteres signifikantes Merkmal stellte der höhere Bildungsgrad der HU im Vergleich mit der NHU-Gruppe dar. Richterliche Einweisungen, die nur in der HU-Gruppe vertreten waren, führten zu einem stärkeren Abbruchverhalten im Vergleich zu HU ohne Einweisung. HU und NHU unterschieden sich nicht im Outcome.

Krankheitsverlauf

Die HU-Patientinnen dieser Studie wiesen signifikant mehr ambulante Therapien auf. Diese schienen vor allem bei den bulimarektischen Patientinnen einen präventiven Effekt zu haben, da diese Gruppe die wenigsten stationären und die meisten ambulanten Therapien in Anspruch genommen hat. Die Variablen „Alter bei Ersthospitalisation“ als auch „Alter bei Beginn der Erkrankung“ sollten, obwohl in dieser Studie nicht signifikant, ausgehend von den Ergebnissen der Literaturrecherche in zukünftigen Studien nicht unberücksichtigt bleiben. In der Tendenz signifikant zeigten sich in dieser Studie die Variablen „Kindesmissbrauch in Form von physischer Gewalt“ sowie „Suizidversuche“ im Verlauf der Erkrankung.

Psychopathologischer Aufnahmebefund und psychiatrische Komorbidität

Die HU-Gruppe zeigte eine hohe Prävalenz psychiatrischer Komorbiditäten. Eine statistische Auffälligkeit stellte der signifikant höhere Anteil an Persönlichkeitsstörungen unter den HU dar. Patientinnen mit einer PS brachen die Therapie zudem seltener ab und beendeten die Therapie häufiger mit einem guten Outcome. Selbstverletzendes Verhalten war häufiger, aktuelle Suizidalität bei Aufnahme nur in der HU-Gruppe vorzufinden.

Persönlichkeitsdiagnostik

Die Ergebnisse der Persönlichkeitsdiagnostik können wie folgt beschrieben werden:

Im *EPI-Testverfahren* konnten in der HU-Stichprobe signifikant höhere Neurotizismuswerte errechnet werden, die in Kombination mit höheren Introversionswerten eine Aussagekraft über die Therapieresistenz haben könnten. Angedeutet wurde die protektive Qualität eines extravertierten Charakters.

Die *FPI-Testergebnisse* stellten den HU im Vergleich mit der NHU-Stichprobe als signifikant offener und selbstkritischer dar. Die NHU waren stärker auf einen guten Eindruck bedacht, als die therapieresistenten Patientinnen. Eine große Gewichtung zeigte der Faktor „Erregbarkeit“. Ruhige Persönlichkeiten nutzten signifikant mehr stationäre Aufenthalte und schlossen die Therapie mit einem schlechteren Outcome ab, als leicht erregbare und frustrierte Charaktere.

Im *FAPK* zeigten die HU auf etlichen Skalen signifikante Abweichungen von der Norm. Dies verdeutlichte die Bedeutung der psychischen Komponente innerhalb der somatischen Störung. Der Vergleich mit den NHU legte zudem nahe, dass eine bessere Phantasieleistung der Essgestörten möglicherweise vor einer Therapieresistenz schützt. Niedrige Werte auf der Skala „Aggressivität“ korrelierten mit einer höheren Anzahl an stationären Aufnahmen.

Die Ergebnisse des *STAI-Testverfahrens* bestätigten zwar die stärkere Ausprägung sowohl der habituellen als auch der aktuellen Angst unter Essgestörten, diese konnte jedoch nicht als signifikantes Merkmal für die Gruppe der HU eruiert werden.

Schlussfolgerung

Heavy User mit der Hauptdiagnose einer Essstörung scheinen spezifische soziodemographische, diagnostische und Persönlichkeitsmerkmale aufzuweisen, die eine rechtzeitige Identifizierung dieser Patientengruppe ermöglichen könnten. Die Ergebnisse dieser Studie verdeutlichen den Heavy Use als multifaktorielles Geschehen und betonen die Notwendigkeit einer frühen Identifikation und Intervention. Da die bisherigen Studienergebnisse sehr uneinheitliche Resultate lieferten, sind weitere Untersuchungen dieser Patientengruppe unerlässlich. Die Entwicklung alternativer und individueller Therapieansätze ist angezeigt, um passende Versorgungsangebote für diese therapieresistenten Patienten zu schaffen und aus ökonomischer Sicht die Anzahl der Therapien zu reduzieren.

8 Literatur- und Quellenverzeichnis

- Advokat, C., & Kutlesic, V. (1995). Pharmacotherapy of the eating disorders: a commentary. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*, 19(1), 59-66.
- Ahrén-Moonga, J., Holmgren, S., von Knorring, L., & af Klinteberg, B. (2008). Personality traits and self-injurious behaviour in patients with eating disorders. *European Eating Disorders Review*, 16(4), 268-275.
- American Psychiatric Association (APA) (1994): *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th edition (DSM-IV)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- American Psychiatric Association (APA) (2003). Workgroup on Suicidal Behaviors. Practice guideline for the assessment and treatment of patients with suicidal behaviors. *American Journal of Psychiatry*, 160(11), 1–60.
- American Psychiatric Association (APA) (2013). *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 5th edition (DSM-V)*. Washington DC: American Psychiatric Association.
- Andreas, S., Dirmaier, J., Lang, K., Watzke, B., Koch, U., Ranneberg, J., & Schulz, H. (2004). Lassen sich Zusammenhänge zwischen Patientenmerkmalen und dem fachspezifischen Ressourcenverbrauch in der stationären Behandlung von Patienten mit psychischen/psychosomatischen Störungen bestimmen? *Psychotherapie Psychosomatik Medizinische Psychologie*, 54(07), 280-288.
- Baca-Garcia, E., Perez-Rodriguez, M. M., Basurte-Villamor, I., Quintero-Gutierrez, F. J., Sevilla-Vicente, J., Martinez-Vigo, M., Artes-Rodriguez, A., del Moral, A.L.F., Jimenez-Arriero, M.A., & de Rivera, J. L. G. (2008). Patterns of mental health service utilization in a general hospital and outpatient mental health facilities. *European Archives of Psychiatry and Clinical Neuroscience*, 258 (2), 117-123.
- Bjerkset, O., Romundstad, P., Evans, J., & Gunnell, D. (2008). Association of adult body mass index and height with anxiety, depression, and suicide in the general population: the HUNT study. *American Journal of Epidemiology*, 167(2), 193-202.
- Böhle, A., von Wietersheim, J., Wilke, E., & Feiereis, H. (1990). Social integration of patients with anorexia nervosa and bulimia. *Zeitschrift für Psychosomatische Medizin und Psychoanalyse*, 37(3), 282-291.
- Botha, U. A., Koen, L., Joska, J. A., Parker, J. S., Horn, N., Hering, L. M., & Oosthuizen, P. P. (2010). The revolving door phenomenon in psychiatry: comparing low-frequency and high-frequency users of psychiatric inpatient services in a developing country. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45(4), 461-468.

- Bottin, J., Salbach-Andrae, H., Schneider, N., Pfeiffer, E., Lenz, K., & Lehmkuhl, U. (2010). Persönlichkeitsstörungen bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*, 38(5), 341-350.
- Bruch, H. (1973). *Eating disorders: Obesity, anorexia nervosa, and the person within*. New York: Basic Books.
- Bruch, H. (1980). *Der goldene Käfig. Das Rätsel der Magersucht*. Frankfurt am Main: Fischer.
- Buddeberg-Fischer, B. (2000). *Früherkennung und Prävention von Essstörungen: Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen*. Stuttgart: Schattauer.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Fear, J., & Pickering, A. (1997). Predictors of the development of bulimia nervosa in women with anorexia nervosa. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 185(11), 704-707.
- Bulik, C. M., Tozzi, F., Anderson, C., Mazzeo, S. E., Aggen, S., & Sullivan, P. F. (2003). The relation between eating disorders and components of perfectionism. *American Journal of Psychiatry*, 160(2), 366-368.
- Bulik, C. M., Sullivan, P. F., Tozzi, F., Furberg, H., Lichtenstein, P., & Pedersen, N. L. (2006). Prevalence, heritability, and prospective risk factors for anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 63(3), 305-312.
- Bulik, C. M., Thornton, L., Pinheiro, A. P., Plotnicov, K., Klump, K. L., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Mitchell, J., Nutzinger, D., Strober, M., Treasure, J., Woodside, B., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2008). Suicide attempts in anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 70(3), 378-383.
- Bushnell, J.A., Wells, J.E., McKenzie, J.M., Hornblow, A.R., Oakley-Browne, M.A., & Joyce, P.R. (1994). Bulimia comorbidity in the general population and in the clinic. *Psychological Medicine*, 24(3), 605-611.
- Button, E. J., Benson, E., Nollett, C., & Palmer, R. L. (2005). Don't forget EDNOS (eating disorder not otherwise specified): patterns of service use in an eating disorders service. *Psychiatric Bulletin*, 29(4), 134-136.
- Casper, E. S., & Donaldson, B. (1990). Subgroups in the population of frequent users of inpatient services. *Hospital and Community Psychiatry*, 41(2), 189-191.
- Casper, E. S., & Pastva, M. G. (1990). Admission histories, patterns, and subgroups of the heavy users of a state psychiatric hospital. *Psychiatric Quarterly*, 61(2), 121-134.
- Casper, E. S., & Regan, J. R. (1993). Reasons for admission among six profile subgroups of recidivists of inpatient services. *The Canadian Journal of Psychiatry*, 38(10), 657-661.

- Casper, R. C., Eckert, E. D., Halmi, K. A., Goldberg, S. C., & Davis, J. M. (1980). Bulimia: Its incidence and clinical importance in patients with anorexia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, 37(9), 1030-1035.
- Casper, R. C. (1990). Personality features of women with good outcome from restricting anorexia nervosa. *Psychosomatic Medicine*, 52(2), 156-170.
- Casper, R. C. (1998). Depression and eating disorders. *Depression and Anxiety*, 8(S1), 96-104.
- Cassin, S. E. & von Ranson, K.M. (2005): Personality and eating disorders: a decade in review. *Clinical Psychology Review*, 25(7), 895–916.
- Castro, J., Gila, A., Puig, J., Rodriguez, S., & Toro, J. (2004). Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 22-30.
- Cervera, S., Lahortiga, F., Angel Martínez-González, M., Gual, P., Irala-Estévez, J. D., & Alonso, Y. (2003). Neuroticism and low self-esteem as risk factors for incident eating disorders in a prospective cohort study. *International Journal of Eating Disorders*, 33(3), 271-280.
- Cotrufo, P., Gnisci, A., & Caputo, I. (2005). Brief report: Psychological characteristics of less severe forms of eating disorders: An epidemiological study among 259 female adolescents. *Journal of adolescence*, 28(1), 147-154.
- Currin, L., Schmidt, U., Treasure, J., & Jick, H. (2005). Time trends in eating disorder incidence. *The British Journal of Psychiatry*, 186(2), 132-135.
- De Silva, P., & Eysenck, S. (1987). Personality and addictiveness in anorexic and bulimic patients. *Personality and Individual Differences*, 8(5), 749-751.
- Díaz-Marsá, M., Luis, J., & Sáiz, J. (2000). A study of temperament and personality in anorexia and bulimia nervosa. *Journal of Personality Disorders*, 14(4), 352-359.
- Dilling, H., Mombour, W., & Schmidt, M. H. Weltgesundheitsorganisation (Hrsg) (2000). *Internationale Klassifikation psychischer Störungen. ICD-10, Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien*, 5.Auflage. Bern: Huber.
- Eddy, K. T., Novotny, C. M., & Westen, D. (2004). Sexuality, personality, and eating disorders. *Eating disorders*, 12(3), 191-208.
- Emans, S. J. (2000). Eating disorders in adolescent girls. *Pediatrics International*, 42(1), 1-7.
- Eysenck, H. J. (1953). *The structure of human personality*. London: Methuen.
- Fahrenberg, J., Selg H., & Hampel R. (1978). *Das Freiburger Persönlichkeitsinventar FPI* (3.erg.Aufl.). Göttingen: Hogrefe.

- Fahy, T. A., & Russel, G. F. (1993). Outcome and prognostic variables in bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *14*(2), 135-145.
- Fairburn, C. G., & Beglin, S. J. (1990). Studies of the epidemiology of bulimia nervosa. *The American Journal of Psychiatry*, *147*(4), 401 -408.
- Fairburn, C. G., Cooper, Z., Doll, H. A., & Welch, S. L. (1999). Risk factors for anorexia nervosa: three integrated case-control comparisons. *Archives of General Psychiatry*, *56*(5), 468-476.
- Fairburn, C. G., & Harrison, P. J. (2003). Eating disorders. *The Lancet*, *361*(9355), 407-416.
- Fairburn, C. G., & Cooper, Z. (2007). Thinking afresh about the classification of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(S3), 107-110.
- Fava, M., Rappe, S. M., West, J., & Herzog, D. B. (1995). Anger attacks in eating disorders. *Psychiatry Research*, *56*(3), 205-212.
- Fedorowicz, V. J., Falissard, B., Foulon, C., Dardennes, R., Divac, S. M., Guelfi, J. D., & Rouillon, F. (2007). Factors associated with suicidal behaviors in a large French sample of inpatients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *40*(7), 589-595.
- Fichter, M. M. (1985). *Magersucht und Bulimia. Empirische Untersuchung zur Epidemiologie, Symptomatologie, Nosologie und zum Verlauf*. Berlin: Springer.
- Fichter, M. M. (2004). *Anorektische und bulimische Essstörungen. Psychische Erkrankungen-Klinik und Therapie*. München: Urban & Fischer.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (1997). Six-year course of bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *22*(4), 361-384.
- Fichter, M. M., & Quadflieg, N. (2004). Twelve-year course and outcome of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, *34*(8), 1395-1406.
- Fichter, M. M., Quadflieg, N., & Hedlund, S. (2006). Twelve-year course and outcome predictors of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, *39*(2), 87-100.
- Fichter, M. M. (2011). Essstörungen. In: H.-J. Möller, G. Laux, H.-P. Kapfhammer, (Hrsg.) *Psychiatrie, Psychosomatik, Psychotherapie* (S. 2087-2111). Berlin: Springer.
- Franko, D. L., & Keel, P. K. (2006). Suicidality in eating disorders: occurrence, correlates, and clinical implications. *Clinical Psychology Review*, *26*(6), 769-782.
- Freyberger, H. J., Ulrich, I., Dudeck, M., Barnow, S., Kleinwort, K., & Steinhart, I. (2004). Woran scheitert die Integration in das psychiatrische Versorgungssystem?

- Qualitative Ergebnisse einer Untersuchung zur » Systemsprengerproblematik «in Mecklenburg-Vorpommern. *Sozialpsychiatrische Information*, 34, 16-21.
- Fullerton, D. T., Wonderlich, S. A., & Gosnell, B. A. (1995). Clinical characteristics of eating disorder patients who report sexual or physical abuse. *International Journal of Eating Disorders*, 17(3), 243-249.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D. S., Kennedy, S., Kaplan, A.S., & Woodside, D. B. (1995). Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. *American Journal of Psychiatry*, 152(7), 1052-1058.
- Garfinkel, P. E., Lin, E., Goering, P., Spegg, C., Goldbloom, D., Kennedy, S., Kaplan, A. S., & Woodside, D. B. (1996). Should amenorrhoea be necessary for the diagnosis of anorexia nervosa? Evidence from a Canadian community sample. *The British Journal of Psychiatry*, 168(4), 500-506.
- Gard, M. C., & Freeman, C. P. (1996). The dismantling of a myth: a review of eating disorders and socioeconomic status. *International Journal of Eating Disorders*, 20(1), 1-12.
- Garner, D. M., Garfinkel, P. E., Schwartz, D., & Thompson, M. (1980). Cultural expectations of thinness in women. *Psychological Reports*, 47(2), 483-491.
- Gartner, A. F., Marcus, R. N., Halmi, K., & Loranger, A. W. (1989). DSM-III-R personality disorders in patients with eating disorders. *The American Journal of Psychiatry*, 146(12), 1585-1591.
- Geller, J. L., Fisher, W. H., McDermeit, M., & Brown, J. M. (2000). Reprints from the past: The effects of public managed care on patterns of intensive use of inpatient psychiatric services. *Psychiatric Services*, 51(11), 1385-1391.
- Godart, N. T., Flament, M. F., Lecrubier, Y., & Jeammet, P. (2000). Anxiety disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa: co-morbidity and chronology of appearance. *European Psychiatry*, 15(1), 38-45.
- Goodwin, R. D., Hoven, C. W., Lyons, J. S., & Stein, M. B. (2002). Mental health service utilization in the United States. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 37(12), 561-566.
- Grahame-Smith, D. G. (1992). Serotonin in affective disorders. *International Clinical Psychopharmacology*, 6(S4), 5-13.
- Gull, W.W (1874). Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Transactions of the Clinical Society of London*, 7, 22-28.
- Haas, L., Stargardh, T., Schreyoegg, J., Schlösser, R., Danzer, & G., Klapp, B.F. (2012). Inpatient costs and predictors of costs in the psychosomatic treatment of anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 45(2), 214-221.

- Halmi, K. A., Sunday, S. R., Strober, M., Kaplan, A., Woodside, D. B., Fichter, M., Treasure, J., Berrettini, W. H., & Kaye, W. H. (2000). Perfectionism in anorexia nervosa: variation by clinical subtype, obsessionality, and pathological eating behavior. *American Journal of Psychiatry*, *157*(11), 1799-1805.
- Hardy, B. W., & Waller, D. A. (1988). Bulimia as substance abuse. In: W.G. Johnson (Ed.). *Advances in eating disorders*. New York: JAI Press.
- Harris, E. C. & Barraclough, B. (1998). Excess mortality of mental disorder. *British Journal of Psychiatry*, *173*(1) 11-53.
- Havassy, B. E. & Hopkin, J. T. (1989). Factors predicting utilization of acute psychiatric inpatient services by frequently hospitalized patients. *Psychiatric Services*, *40*(8), 820-823.
- Hebebrand, J., Casper, R., Treasure, J., & Schweiger, U. (2004). The need to revise the diagnostic criteria for anorexia nervosa. *Journal of Neural Transmission*, *111*(7), 827-840.
- Henningsen, P. (2010): Der "schwierige" Patient aus psychodynamischer Sicht. In: Huber, D. & Krämer, S. (Hg.)..*Psychotherapie für die Praxis: schwierige Patienten in der Psychotherapie*.München: CIP, 1-8.
- Herpertz-Dahlmann, B., Muller, B., Herpertz, S., Heussen, N., Hebebrand, J., Remschmidt, H. (2001) Prospective 10-year follow-up in adolescent anorexia nervosa - course, outcome, psychiatric comorbidity, and psychosocial adaptation. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, *42*(5), 603-12.
- Herpertz-Dahlmann, B., Hagenah, U., Vloet, T., & Holtkamp, K. (2005). Essstörungen in der Adoleszenz. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, *54*(4), 248-67.
- Herpertz-Dahlmann, B. (2009). Adolescent eating disorders: definitions, symptomatology, epidemiology and comorbidity. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *18*(1), 31-47.
- Herzog, W., Schellberg, D., & Deter, H. C. (1997). First recovery in anorexia nervosa patients in the long-term course: a discrete-time survival analysis. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, *65*(1), 169-177.
- Herzog, W., Munz, D., & Kächele, H. (Hrsg.) (2004). *Essstörungen: Therapieführer und psychodynamische Behandlungskonzepte*. Stuttgart: Schattauer.
- Herzog, W., Friederich, H. C., Wild, B., Löwe, B., & Zipfel, S. (2006). Magersucht. *Therapeutische Umschau*, *63*(8), 539-543.
- Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, *19*(4), 389-394.

- Hofbauer, G., & Schöpfel, B. (2009). *Professionelles Kundenmanagement. Ganzheitliches CRM und seine Rahmenbedingungen*. Erlangen: John Wiley & Sons.
- Holderness, C. C., Brooks-Gunn, J., & Warren, M. P. (1994). Comorbidity of eating disorders and substance abuse review of the literature. *International Journal of Eating Disorders*, 16(1), 1-34.
- Huber, D., & Klug, G. (2016). Münchner Psychotherapiestudie. *Psychotherapeut*, 61(6), 462-467.
- Hund, A. R., & Espelage, D. L. (2005). Childhood sexual abuse, disordered eating, alexithymia, and general distress: a mediation model. *Journal of Counseling Psychology*, 52(4), 559-573.
- Hsu, L. K., Crisp, A. H., & Callender, J. S. (1992). Psychiatric diagnoses in recovered and unrecovered anorectics 22 years after onset of illness: a pilot study. *Comprehensive Psychiatry*, 33(2), 123-127.
- Jacobi, C., Paul, T., & Thiel, A. (2004). *Essstörungen*. Göttingen: Hogrefe.
- Jäger, B. (2008). Soziokulturelle Aspekte der Essstörungen. In: S. Herpertz, M. de Zwaan & S. Zipfel (Hrsg.), *Handbuch Essstörungen und Adipositas*, (S. 75-81). Heidelberg: Springer.
- Jäger, M., Theodoridou, A., Hoff, P., & Rössler, W. (2013). Intersection of acute psychiatric wards and sheltered housing-parameters of patients with long inpatient episodes. *Psychiatrische Praxis*, 40(8), 439-446.
- Jimerson, D. C., Lesem, M. D., Kaye, W. H., Hegg, A. P., & Brewerton, T. D. (1990). Eating disorders and depression: is there a serotonin connection? *Biological Psychiatry*, 28(5), 443-454.
- Jylhä, P., & Isometsä, E. (2006). The relationship of neuroticism and extraversion to symptoms of anxiety and depression in the general population. *Depression and Anxiety*, 23(5), 281-289.
- Kaplan, M. S., McFarland, B. H., & Huguet, N. (2007). The relationship of body weight to suicide risk among men and women: results from the US National Health Interview Survey Linked Mortality File. *The Journal of Nervous and Mental Disease*, 195(11), 948-951.
- Kastrup, M. (1987a). Who became revolving door patients? *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(1), 80-88.
- Kastrup, M. (1987b). The use of a psychiatric register in predicting the outcome "revolving door patient". *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 76(5), 552-560.

- Kaye, W. H., Bulik, C. M., Thornton, L., Barbarich, N., & Masters, K. (2004). Comorbidity of anxiety disorders with anorexia and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *161*(12), 2215-2221.
- Keel, P. K., Mitchell, J. E., Miller, K. B., Davis, T. L., & Crow, S. J. (1999). Long-term outcome of bulimia nervosa. *Archives of General Psychiatry*, *56*(1), 63-69.
- Keel, P. K., & Klump, K. L. (2003). Are eating disorders culture-bound syndromes? Implications for conceptualizing their etiology. *Psychological Bulletin*, *129*(5), 747-769.
- Keel, P. K., & Brown, T. A. (2010). Update on course and outcome in eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(3), 195-204.
- Keel, P. K., Gravener, J. A., Joiner, T. E., & Haedt, A. A. (2010). Twenty-year follow-up of bulimia nervosa and related eating disorders not otherwise specified. *International Journal of Eating Disorders*, *43*(6), 492-497.
- Kendler, K. S., MacLean, C., Neale, M., Kessler, R., Heath, A., & Eaves, L. (1991). The genetic epidemiology of bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *148*(12), 1627-1637.
- Kennedy, S. H., McVey, G., & Katz, R. (1990). Personality disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Psychiatric Research*, *24*(3), 259-269.
- Kent, S., Fogarty, M., & Yellowlees, P. (1995). A review of studies of heavy users of psychiatric services. *Psychiatric Services*, *46* (12), 1247-1253.
- Kent, S., & Yellowlees, P. (1995). The relationship between social factors and frequent use of psychiatric services. *Australasian Psychiatry*, *29*(3), 403-408.
- Kessler, R. C., Borges, G., & Walters, E. E. (1999). Prevalence of and risk factors for lifetime suicide attempts in the National Comorbidity Survey. *Archives of General Psychiatry*, *56*(7), 617-626.
- Keys, A., Brožek, J., Henschel, A., Mickelsen, O., & Taylor, H. L. (1950). *The biology of human starvation: Volume II*. Minneapolis: The University of Minnesota Press.
- Kleiser, C., Rosario, A. S., Mensink, G. B., Prinz-Langenohl, R., & Kurth, B. M. (2009). Potential determinants of obesity among children and adolescents in Germany: results from the cross-sectional KiGGS Study. *BMC Public Health*, *9*(46), 1-14.
- Koch, C. (1981). *Fragebogen zur Abschätzung Psychosomatischen Krankheitsgeschehens (FAPK). Theoretische Grundlagen und Handanweisung* (2. Auflage). Weinheim: Beltz.

- Korkeila, J. A., Lehtinen, V., Tuori, T., & Helenius, H. (1998). Frequently hospitalised psychiatric patients: a study of predictive factors. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 33(11), 528-534.
- Krautgartner, M., Scherer, M., & Katschnig, H. (2002). Psychiatrische Krankenhausstage: Wer konsumiert die meisten? *Psychiatrische Praxis*, 29(07), 355-363.
- Krauth, C., Buser, K., & Vogel, H. (2002). How high are the costs of eating disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa- for German society? *European Journal of Health Economics*, 3(4), 244-250.
- Krug, I., Bulik, C. M., Vall-Llovera, O. N., Granero, R., Agüera, Z., Villarejo, C., Jiménez-Murcia, S., & Fernández-Aranda, F. (2008a). Anger expression in eating disorders: Clinical, psychopathological and personality correlates. *Psychiatry Research*, 161(2), 195-205.
- Krug, I., Treasure, J., Anderluh, M., Bellodi, L., Cellini, E., di Bernardo, M., Granero, R., Karwautz, A., Nacmias, B., Penelo, E., Ricca, V., Sorbi, S., Tchanturia, K., Wagner, G., Collier, D. & Fernández-Aranda, F. (2008b). Present and lifetime comorbidity of tobacco, alcohol and drug use in eating disorders: A European multicenter study. *Drug and Alcohol Dependence*, 97(1), 169-179.
- Kuhl, H.-C., & Müller-Spahn, F. (2006). Psychiatrische Rehospitalisierungen in Basel-Stadt: Häufigkeit, Abstand und Einflussfaktoren. *Schweizer Zeitschrift für Psychiatrie und Neurologie*, 4, 27-32.
- Langdon, P.E., Yágüez, L., Brown, J., Hope, A. (2001). Who walks through the 'revolving-door' of a British psychiatric hospital? *Journal of Mental Health*, 10(5), 525-533.
- Lasègue, E.-C. (1873). On hysterical anorexia. *Medical Times and Gazette*, 2, 265–266.
- Laux, L., Glanzmann, P., Schaffner, P., & Spielberger, C. D. (1981). *STAI: Das State-Trait-Angstinventar*. Weinheim: Beltz.
- Lay, B., Lauber, C., & Rössler, W. (2006). Prediction of in-patient use in first-admitted patients with psychosis. *European Psychiatry*, 21(6), 401-409.
- Leon, G. R., Fulkerson, J. A., Perry, C. L., & Early-Zald, M. B. (1995). Prospective analysis of personality and behavioral vulnerabilities and gender influences in the later development of disordered eating. *Journal of Abnormal Psychology*, 104(1), 140-149.
- Lewis, T., & Joyce, P. R. (1990). The new revolving-door patients: results from a national cohort of first admissions. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 82(2), 130-135.
- Lilenfeld, L. R., Kaye, W. H., Greeno, C. G., Merikangas, K. R., Plotnicov, K., Pollice, C., Rao, R., Strober, M., Bulik, C. M., & Nagy, L. (1998). A controlled family study

- of anorexia nervosa and bulimia nervosa: psychiatric disorders in first-degree relatives and effects of proband comorbidity. *Archives of General Psychiatry*, 55(7), 603-610.
- Löwe, B., Zipfel, S., Buchholz, C., Dupont, Y., Reas, D. L., & Herzog, W. (2001). Long-term outcome of anorexia nervosa in a prospective 21-year follow-up study. *Psychological Medicine*, 31(05), 881-890.
- Lucas, A. R., Beard, C. M., O'Fallon, W. M., & Kurland, L. T. (1991). 50-year trends in the incidence of anorexia nervosa in Rochester, Minn.: a population-based study. *American Journal of Psychiatry*, 148(7), 917-922.
- Lucas, B., Harrison-Read, P., Tyrer, P., Ray, J., Shipley, K., Hickman, M., ... & Lowin, A. (2001). Costs and characteristics of heavy inpatient service users in outer London. *International journal of social psychiatry*, 47(1), 63-74.
- McCarthy, M. (1990). The thin ideal, depression and eating disorders in women. *Behaviour Research and Therapy*, 28(3), 205-214.
- McClelland, L., & Crisp, A. (2001): Anorexia nervosa and social class. *International Journal of Eating Disorders*, 29(2), 150-156.
- McKenzie, J. M., & Joyce, P. R. (1992). Hospitalization for anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 11(3), 235-241.
- Miller, J. L., Schmidt, L. A., Vaillancourt, T., McDougall, P., & Laliberte, M. (2006). Neuroticism and introversion: A risky combination for disordered eating among a non-clinical sample of undergraduate women. *Eating Behaviors*, 7(1), 69-78.
- Mitchell, J. E., & de Zwaan, M. (1993). Pharmacological treatments of binge eating. In: Fairburn, C. G., & Wilson, G. O. (Eds.): *Binge Eating: Nature, Assessment and Treatment*. New York: Guildford Press.
- Meyer, C., Leung, N., Waller, G., Perkins, S., Paice, N., & Mitchell, J. (2005). Anger and bulimic psychopathology: Gender differences in a nonclinical group. *International Journal of Eating Disorders*, 37(1), 69-71.
- Morlino, M., Calento, A., Schiavone, V., Santone, G., Picardi, A., & De Girolamo, G. (2011). Use of psychiatric inpatient services by heavy users: findings from a national survey in Italy. *European Psychiatry*, 26(4), 252-259.
- Morris, J., & Twaddle, S. (2007). Anorexia nervosa. *British Medical Journal*, 334(7599), 894-898.
- Mukamal, K. J., & Miller, M. (2009). BMI and risk factors for suicide: why is BMI inversely related to suicide? *Obesity*, 17(3), 532-538.

- Mukamal, K. J., Rimm, E. B., Kawachi, I., O'Reilly, E. J., Calle, E. E., & Miller, M. (2010). Body mass index and risk of suicide among one million US adults. *Epidemiology*, *21*(1), 82-86.
- Muuss, R. E. (1986). Adolescent eating disorder: Bulimia. *Adolescence*, *21*(82), 257-267.
- Nicholls, D., & Viner, R. (2005). Eating disorders and weight problems. *British Medical Journal*, *330*(7497), 950-953.
- Nielsen, S., & Palmer, B. (2003). Diagnosing eating disorders – AN, BN and the others. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *108*(3), 161-162.
- Nøkleby, H. (2012). Comorbid drug use disorders and eating disorders-a review of prevalence studies. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs*, *29*(3), 303-314.
- Noordenbos, G., Oldenhave, A., Muschter, J., & Terpstra, N. (2002). Characteristics and treatment of patients with chronic eating disorders. *Eating Disorders*, *10*(1), 15-29.
- Norrington, C. E. A., & Sohlberg, S. S. (1993). Outcome, recovery, relapse and mortality across six years in patients with clinical eating disorders. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, *87*(6), 437-444.
- Øiesvold, T., Saarento, O., Syttema, S., Vinding, H., Göstas, G., Lönnerberg, O., Muus, S., Sandlung, M. & Hansson, L. (2000). Predictors for readmission risk of new patients: the Nordic Comparative Study on Sectorized Psychiatry. *Acta psychiatrica scandinavica*, *101*(5), 367-373.
- Palmer, R. (2004). Bulimia nervosa: 25 years on. *The British Journal of Psychiatry*, *185*(6), 447-448.
- Patton, G. C. (1988). Mortality in eating disorders. *Psychological Medicine*, *18*(4), 947-951.
- Perez, M., Joiner, T. E., & Lewinsohn, P. M. (2004). Is major depressive disorder or dysthymia more strongly associated with bulimia nervosa? *International Journal of Eating Disorders*, *36*(1), 55-61.
- Pernick, Y., Nichols, J. F., Rauh, M. J., Kern, M., Ji, M., Lawson, M. J., & Wilfley, D. (2006). Disordered eating among a multi-racial/ethnic sample of female high-school athletes. *Journal of Adolescent Health*, *38*(6), 689-695.
- Pinheiro, A. P., Root, T., & Bulik, C. M. (2009). The genetics of anorexia nervosa: current findings and future perspectives. *International Journal of Child and Adolescent Health*, *2*(2), 153-164.
- Pinheiro, A. P., Raney, T. J., Thornton, L. M., Fichter, M. M., Berrettini, W. H., Goldman, D., Halmi, K.A., Kaplan, A.S., Strober, M., Treasure, J., Woodside, D.B.,

- Kaye, W.H., & Bulik, C. M. (2010). Sexual functioning in women with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 43(2), 123-129.
- Plank, C. (2014). Somatische Befunde und kognitive Leistungen von „Heavy Usern“ mit anorektischen und bulimischen Essstörungen. In Druck.
- Polk-Walker, G. C., Chan, W., Meltzer, A. A., Goldapp, G., Williams, B., & Whall, A. L. (1993). Psychiatric recidivism prediction factors. *Western Journal of Nursing Research*, 15(2), 163-176.
- Pollice, C., Kaye, W. H., Greeno, C. G., & Weltzin, T. E. (1997). Relationship of depression, anxiety, and obsessionality to state of illness in anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 21(4), 367-376.
- Pompili, M., Mancinelli, I., Girardi, P., Ruberto, A., & Tatarelli, R. (2004). Suicide in anorexia nervosa: A meta-analysis. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 99-103.
- Poth, L. G., Poth, G. S., & Pradel, M. (2008). *Gabler Kompakt-Lexikon Marketing*. 3. Auflage. Wiesbaden: Gabler.
- Rabinowitz, J., Mark, M., Popper, M., Slyuzberg, M., & Munitz, H. (1995). Predicting revolving-door patients in a 9-year national sample. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 30(2), 65-72.
- Reich, G. (2005). Familienbeziehungen und Familientherapie bei Essstörungen. *Praxis der Kinderpsychologie und Kinderpsychiatrie*, 54(4), 318-36.
- Reich, G. (2010). Psychodynamische Aspekte von Bulimie und Anorexie. In: G. Reich, M. Cierpka (Hrsg.). *Psychotherapie der Essstörungen*, 72-92.
- Richter, D. (2001). Die Dauer der stationären psychiatrischen Behandlung. *Fortschritte der Neurologie· Psychiatrie*, 69(01), 19-31.
- Richter, G. (2000). Depression und Persönlichkeit - Konzepte und Ergebnisse. *Psychotherapie*, 5(1), 54-69.
- Rodin, J., Striegel-Moore, R. H., & Silberstein, L. R. (1993). Vulnerability and resilience in the age of eating disorders: risk and protective factors for bulimia nervosa. In: J. Rolf, A. S., Masten, D., Cicchetti, K., H. Neuchterlein, & S. Weintraub (Eds.): Risk and protective factors in the development of psychopathology (S. 361-383). Cambridge, MA: Cambridge University Press.
- Roick, C. (2002). Heavy User: Geheimnisvolle Forschung. *Psychiatrische Praxis*, 29(07), 331-333.
- Roick, C., Heider, D., Kilian, R., & Angermeyer, M. C. (2002). Patienten mit starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung. Eine Analyse von

- Krankenkassendaten aus der Sicht der Stadt Leipzig. *Psychiatrische Praxis*, 29(07), 343-349.
- Roick, C., Heider, D., Stengler-Wenzke, K., & Angermeyer, M. C. (2004): Analyse starker Inanspruchnahme stationär-psychiatrischer Versorgung aus drei unterschiedlichen Perspektiven. *Psychiatrische Praxis*, 31(05), 241-249.
- Root, T. L., Pinheiro, A. P., Thornton, L., Strober, M., Fernandez-Aranda, F., Brandt, H., Crawford, S., Fichter, M. M., Halmi, K. A., Johnson, C., Kaplan, A. S., Klump, K. L., La Via, M., Mitchell, J., Woodside, D. B., Rotondo, A., Berrettini, W. H., Kaye, W. H., & Bulik, C. M. (2010). Substance use disorders in women with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 43(1), 14-21.
- Russell, G. (1979). Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 9(3), 429-448.
- Schomerus, G., Appel, K., Meffert, P. J., Luppä, M., Andersen, R. M., Grabe, H. J., & Baumeister, S. E. (2013). Personality-related factors as predictors of help-seeking for depression: a population-based study applying the behavioral model of health services Use. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 48(11), 1809-1817.
- Sharpe, M., Mayou, R., Seacroatt, V., Surawy, C., Warwick, H., Bulstrode, C., Dawber, R. & Lane, D. (1994). Why do doctors find some patients difficult to help? *QJM: An International Journal of Medicine*, 87(3), 187-193.
- Smink, F. R., van Hoeken, D., & Hoek, H. W. (2012). Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Current Psychiatry Reports*, 14(4), 406-414.
- Smolak, L., & Murnen, S. K. (2002). A meta-analytic examination of the relationship between child sexual abuse and eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 31(2), 136-150.
- Siegert, W. (2001). *Praxis Lexikon Management Training*. Renningen: Expert-Verlag.
- Spender, Q. (2005). Assessment of adolescent self-harm. *Current Paediatrics*, 15(2), 120-126.
- Spielberger, C. D., Gorsuch, R. L., & Lushene, R.E. (1970). *Manual for the State-Trait Anxiety Inventory*. Palo Alto, California: Consulting Psychologists Press.
- Stahr, I., Barb-Priebe, I., & Schulz, E. (1995). *Essstörungen und die Suche nach Identität. Ursachen, Entwicklungen und Behandlungsmöglichkeiten*. Weinheim: Juventa.
- Stein, D., Lilienfeld, L. R., Wildman, P. C., & Marcus, M. D. (2004). Attempted suicide and self-injury in patients diagnosed with eating disorders. *Comprehensive Psychiatry*, 45(6), 447-451.

- Steinhausen, H. C. (2002). The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *American Journal of Psychiatry*, *159*(8), 1284-1293.
- Steinhausen, H. C. (2009). Outcome of eating disorders. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America*, *18*(1), 225-242.
- Steinhausen, H. C., & Weber, S. (2009). The outcome of bulimia nervosa: findings from one-quarter century of research. *American Journal of Psychiatry*, *166*(12), 1331-1341.
- Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R., & Rodin, J. (1993). The social self in bulimia nervosa: Public self-consciousness, social anxiety, and perceived fraudulence. *Journal of Abnormal Psychology*, *102*(2), 297.
- Strober, M., Freeman, R., Lampert, C., Diamond, J., & Kaye, W. (2000). Controlled family study of anorexia nervosa and bulimia nervosa: evidence of shared liability and transmission of partial syndromes. *American Journal of Psychiatry*, *157*(3), 393-401.
- Stulz, N., Bielinski, D., Junghan, U. M., & Hepp, U. (2012). Stationärer Heavy Use und die Inanspruchnahme institutioneller ambulanter Dienste in einem Schweizerischen Versorgungssystem. *Psychiatrische Praxis*, *39*(07), 332-338.
- Sullivan, P. F. (1995). Mortality in anorexia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, *152*(7), 1073-1074.
- Sullivan, P. F., Bulik, C. M., Forman, S. D., & Mezzich, J. E. (1993). Characteristics of repeat users of a psychiatric emergency service. *Psychiatric Services*, *44*(4), 376-380.
- Szmukler, G., McCance, C., McCrone, L., & Hunter, D. (1986). Anorexia nervosa: a psychiatric case register study from Aberdeen. *Psychological Medicine*, *16*(01), 49-58.
- ten Have, M., Oldehinkel, A., Vollebergh, W., & Ormel, J. (2005). Does neuroticism explain variations in care service use for mental health problems in the general population?. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, *40*(6), 425-431.
- Theander, S. (1992). Chronicity in anorexia nervosa: Results from the Swedish long-term study. In: W. Herzog, H. Deter, & W. Vandereyken (Eds). *The course of eating disorders* (pp. 214-227). New York: Springer.
- Thomä, H. (1961). *Anorexia nervosa*. Stuttgart: Klett.
- Thompson-Brenner, H., Eddy, K. T., Franko, D. L., Dorer, D., Vashchenko, M., & Herzog, D. B. (2008). Personality pathology and substance abuse in eating disorders: a longitudinal study. *International Journal of Eating Disorders*, *41*(3), 203-208.

- Thompson, K. M., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., & Mitchell, J. E. (1999). The neglected link between eating disturbances and aggressive behavior in girls. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 38(10), 1277-1284.
- Tuiten, A., Panhuysen, G., Everaerd, W., Koppeschaar, H., Krabbe, P., & Zelissen, P. (1993). The paradoxical nature of sexuality in anorexia nervosa. *Journal of sex & marital therapy*, 19(4), 259-275.
- Turnbull, S., Ward, A., Treasure, J., Jick, H., & Derby, L. (1996). The demand for eating disorder care. An epidemiology study using the general practice research database. *The British Journal of Psychiatry*, 169(6), 705-712.
- Vitousek, K., & Manke, F. (1994). Personality variables and disorders in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Journal of Abnormal Psychology*, 103(1), 137-147.
- von Wietersheim, J., Kordy, H., & Kächele, H. (2003). Stationäre psychodynamische Behandlungsprogramme bei Essstörungen. Die Multizentrische Studie zur psychodynamischen Therapie von Essstörungen (MZ-ESS). In: W. Herzog, D. Munz & H. Kächele (Hrsg.): *Essstörungen. Therapieführer und Psychodynamische Behandlungskonzepte* (2. Auflage), S. 3-15. Stuttgart: Schattauer.
- von Zerssen, D., & Möller, H. J. (1980). Psychopathometrische Verfahren in der psychiatrischen Therapieforschung. *Evaluationsforschung in der Psychiatrie: Fragestellungen und Methoden*. Stuttgart: Enke.
- Wagner, A., Barbarich-Marsteller, N. C., Frank, G. K., Bailer, U. F., Wonderlich, S. A., Crosby, R. D., Henry, S. E., Vogel, V., Plotnicow, K., McConaha, C., & Kaye, W. H. (2006). Personality traits after recovery from eating disorders: Do subtypes differ? *International Journal of Eating Disorders*, 39(4), 276-284.
- Waller, G., Babbs, M., Milligan, R., Meyer, C., Ohanian, V., & Leung, N. (2003). Anger and core beliefs in the eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 118-124.
- Walsh, J. M., Wheat, M. E., & Freund, K. (2000). Detection, evaluation, and treatment of eating disorders. *Journal of General Internal Medicine*, 15(8), 577-590.
- Watson, T. L., & Andersen, A. E. (2003). A critical examination of the amenorrhea and weight criteria for diagnosing anorexia nervosa. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 108(3), 175-182.
- Webb, S., Yágüez, L., & Langdon, P. E. (2007). Factors associated with multiple re-admission to a psychiatric hospital. *Journal of Mental Health*, 16(5), 647-661.
- Welch, S. L., & Fairburn, C. G. (1994). Sexual abuse and bulimia nervosa. *American Journal of Psychiatry*, 151(3), 402-407.
- Weig, W. & Cording, C. (Hrsg.) (1998). *Der „schwierige“ Patient im Psychiatrischen Krankenhaus*. Regensburg: Roderer.

- Weig, W. (2009). Der „schwierige“ Patient in der psychiatrischen Versorgung. *Der Nervenarzt*, 80(7), 847-854.
- Wentz, E., Gillberg, I. C., Anckarsater, H., Gillberg, C., Rastam, M. (2009) Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. *British Journal of Psychiatry*, 194(2), 168-74.
- Westen, D., & Harnden-Fischer, J. (2001). Personality profiles in eating disorders: rethinking the distinction between axis I and axis II. *American Journal of Psychiatry*, 158(4), 547-562.
- Wonderlich, S. A., Brewerton, T. D., Jolic, Z., Dansky, B. S., & Abbott, D. W. (1997). Relationship of childhood sexual abuse and eating disorders. *Journal of the American Academy of Child & Adolescent Psychiatry*, 36(8), 1107-1115.
- World Health Organization (WHO) (1992) *International Classification of Diseases, 10th Revision*. Geneva: World Health Organization.
- Yackobovitch-Gavan, M., Golan, M., Valevski, A., Kreitler, S., Bachar, E., Lieblich, A., Mitrani, E., Weizman, A., & Stein, D. (2009). An integrative quantitative model of factors influencing the course of anorexia nervosa over time. *International Journal of Eating Disorders*, 42(4), 306-317.
- Youssef, G., Plancherel, B., Laget, J., Corcos, M., Flament, M. F., & Halfon, O. (2004). Personality trait risk factors for attempted suicide among young women with eating disorders. *European Psychiatry*, 19(3), 131-139.
- Zeeck, A., & Herzog, T. (2000). Behandlungsabbrüche bei der stationären Behandlung der Anorexia nervosa. *Der Nervenarzt*, 71(7), 565-572.
- Zipfel, S., Löwe, B., Reas, D. L., Deter, H. C., & Herzog, W. (2000). Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *The Lancet*, 355(9205), 721-72.

Tabellenverzeichnis

Tabelle 1: Ergebnisse und Vergleich der allgemeinen Daten der Gruppen HU und NHU

Tabelle 2: Ergebnisse der allgemeinen Daten der Heavy User im Diagnosenvergleich

Tabelle 3: Therapieantritt und Therapieabschluss der HU und NHU

Tabelle 4: Soziodemographischer Vergleich der HU und NHU

Tabelle 5: Darstellung der Ergebnisse zum Verlauf der Erkrankung für die HU und NHU

Tabelle 6: Vergleich der Ergebnisse zum Krankheitsverlauf für die Diagnosen AN, BN und BA in der Gruppe der HU

Tabelle 7: Ergebnisse der EPI-Skalen in den Gruppen HU und NHU

Tabelle 8: Ergebnisse der EPI-Skalen für die Diagnosen AN und BA der HU

Tabelle 9: Vergleich der Ergebnisse der FPI-Skalen der HU und NHU (rot markierte Werte liegen außerhalb des Normbereichs)

Tabelle 10: Ergebnisse der FPI-Skalen der HU im Diagnosenvergleich (Anorexie und Bulimarexie; rot markierte Werte liegen außerhalb des Normbereichs)

Tabelle 11: Darstellung und Vergleich der FAPK-Ergebnisse der HU mit der Kontrollgruppe von Koch

Tabelle 12: Vergleich der Ergebnisse für die FAPK-Skalen für die Diagnosen AN und BA der HU

Tabelle 13: Vergleich der FAPK-Mittelwerte der NHU mit der Kontrollgruppe von Koch

Tabelle 14: Darstellung der Ergebnisse der STAI-Skalen für die Gruppen HU und NHU

Tabelle 15: Vergleich der STAI-Angst-Werte zwischen den Diagnosen AN und BA

Abbildungsverzeichnis

Abbildung 1: Diagnosenvergleich in der Gruppe der HU und NHU (AN=Anorexia nervosa, BN=Bulimia nervosa, BA=Bulimarexie)

Abbildung 2: Altersverteilung der Stichprobe

Abbildung 3: Häufigkeitsverteilung der Anzahl stationärer Therapien vor dem letzten dokumentierten Aufenthalt der HU

Abbildung 4: Angaben zur Suizidalität und Substanzmissbrauch im Verlauf der Erkrankung der HU und NHU

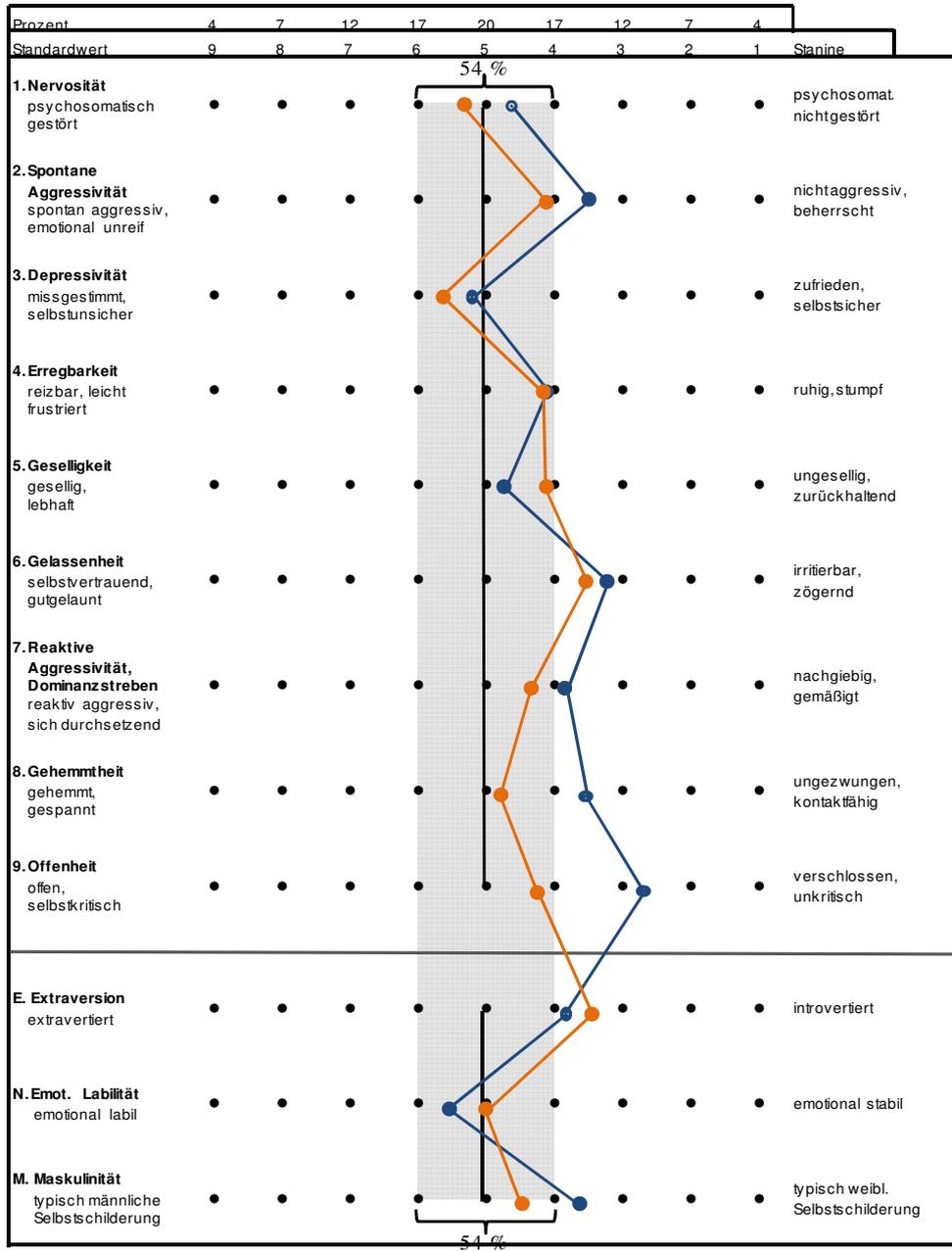
Abbildung 5: Psychopathologischer Befund der HU und NHU zur Zeit der Aufnahme

Abbildung 6: Prozentuale Darstellung der psychiatrischen Komorbiditäten in der Gruppe der HU und NHU (Zahlenwerte außerhalb der Balken geben die Anzahl der Patienten an)

Abbildung 7: Ausprägung der Persönlichkeitsdimensionen der HU auf den EPI-Skalen (UD = unterdurchschnittlich; D = durchschnittlich; ÜD = überdurchschnittlich)

Abbildung 8: Darstellung der State- und Trait-Mittelwerte der HU, NHU, HU mit richterlichem Beschluss und HU mit schlechtem Outcome

Anhang



— HU — NHU

Danksagung

An erster Stelle gilt mein Dank Herrn *Prof. Dr. phil. Dr. med. habil. Armin Schmidtke* für die Überlassung des Themas und die umfassende wissenschaftliche Betreuung.

Ich bedanke mich sehr herzlich bei Herrn *Prof. Dr. med. Bruno Pfuhlmann* für die Übernahme der Dissertation und die abschließende Betreuung der Arbeit.

Ein großes Dankeschön geht auch an Herrn *Prof. Dr. med. Andreas Warnke* für die Übernahme des Korreferats.

Ein großer Dank gilt auch Herrn *Prof. Dr. med. Jürgen Deckert* für seine Unterstützung.

Außerdem danke ich Frau *Dipl. Psych. Roxane Sell* für die freundliche Hilfe beim Erstellen der SPSS-Maske sowie Frau *Dipl. Math. Sabine Karl* vom Institut für Mathematik für ihre kompetente Beratung und Durchsicht der Statistik.

Ferner möchte ich mich bei allen beteiligten Mitarbeitern der Klinik und Poliklinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie der Universität Würzburg für die freundliche Unterstützung während meiner Arbeit danken.

Ein besonderer Dank gilt Frau Christina Plank, die mich mit ihrer wertvollen und tatkräftigen Unterstützung während der gesamten Zeit bereichert hat.

Ein herzliches Dankeschön gilt meiner Schwester für die unermüdlichen Hilfestellungen, die vor allem in der Endphase der Fertigstellung ein Fels in der Brandung waren.

Von ganzem Herzen möchte ich mich bei meiner Familie, meinen Eltern, meinen Freunden für die ausdauernden motivierenden Worte und die allzeit gebotene liebevolle Unterstützung in den letzten Jahren bedanken.

