

Aus dem Institut für
Psychotherapie und Medizinische Psychologie
der Universität Würzburg
Vorstand (komm.): Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller

**Kriterien für eine stationäre versus ambulante Therapie
bei Patienten mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa**

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

vorgelegt von
Karin Wolf
aus
Würzburg

Würzburg, Juli 2006

Referent: Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller

Koreferent: Prof. Dr. med. H. Csef

Dekan: Prof. Dr. med. G. Ertl

Tag der mündlichen Prüfung: 9. Oktober 2007

Die Promovendin ist Ärztin

Inhaltsverzeichnis

1. Einleitung	Seite 1
2. Hintergrund	Seite 4
2.1 Essstörungen in der Geschichte	Seite 4
2.2 Anorexia nervosa	Seite 16
2.2.1 Diagnosekriterien	Seite 17
a) Definition nach ICD-10	Seite 17
b) Leitsymptome	Seite 18
2.2.2 Ursachen	Seite 19
a) Der psychodynamische Ansatz	Seite 20
b) Der systemtheoretische Ansatz	Seite 24
c) Der soziokulturelle Ansatz	Seite 25
d) Der biologische Ansatz	Seite 26
e) Der kognitiv-behaviorale Ansatz	Seite 28
2.3 Bulimia nervosa	Seite 34
2.3.1 Diagnosekriterien	Seite 34
a) Definition nach ICD-10	Seite 34
b) Leitsymptome	Seite 35
2.3.2 Ursachen	Seite 36
a) Prädisponierende Faktoren	Seite 37
b) Aufrechterhaltende Faktoren	Seite 39
c) Zusammenfassung	Seite 41
3. Therapieoptionen	Seite 42
3.1 Psychodynamische Therapie	Seite 44

3.1.1 <i>Ambulante Psychodynamische Therapie</i>	Seite 44
a) <i>Strategien bei Anorexie</i>	Seite 44
b) <i>Strategien bei Bulimie</i>	Seite 46
3.1.2 <i>Stationäre Psychodynamische Therapie</i>	Seite 51
3.2 Kognitive Verhaltenstherapie	Seite 58
3.2.1 <i>Ambulante kognitive Verhaltenstherapie</i>	Seite 58
3.2.2 <i>Stationäre kognitive Verhaltenstherapie</i>	Seite 64
3.3 Familientherapie	Seite 68
3.3.1 <i>Familientherapie bei ambulanter Behandlung</i>	Seite 69
3.3.2 <i>Familientherapie bei stationärer Behandlung</i>	Seite 70
3.4 Auswahl des Interventionssettings	Seite 72
3.4.1 <i>Einschätzung verschiedener Autoren</i>	Seite 72
3.4.2 <i>Leitlinien in der Psychotherapie</i>	Seite 74
3.4.3 <i>Empfehlung in den Leitlinien der AWMF</i>	Seite 76
3.5 Zielsetzungen und Hypothesen	Seite 78
4. Methodik	Seite 81
4.1 Rahmen	Seite 81
4.2 Stichprobe und Durchführung	Seite 81
4.3 Instrumentarium	Seite 83
4.4 Datenauswertung	Seite 85
5. Ergebnisse	Seite 86

5.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung	Seite 86
5.2 Bewertung der Kriterien	Seite 89
5.2.1 <i>Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexia nervosa</i>	Seite 89
5.2.2 <i>Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Bulimia nervosa</i>	Seite 94
5.3 Unterschiede in der Bewertung der Kriterien und Überprüfung der Hypothesen	Seite 101
5.3.1 <i>Geschlechtsspezifische Unterschiede</i>	Seite 101
5.3.2 <i>Arbeitsplatzbezogene Unterschiede</i>	Seite 103
5.3.3 <i>Berufsbezogene Unterschiede</i>	Seite 106
5.3.4 <i>Unterschiede aufgrund der Spezialisierung</i>	Seite 109
5.3.5 <i>Altersabhängige Unterschiede</i>	Seite 110
6. Diskussion	Seite 112
6.1 Erläuterungen zur Methodik	Seite 112
6.2 Diskussion der Ergebnisse	Seite 114
6.2.1 <i>Anorexia nervosa</i>	Seite 114
6.2.2 <i>Bulimia nervosa</i>	Seite 120
7. Zusammenfassung	Seite 127
8. Literaturverzeichnis	Seite 129
9. Anhang	Seite 143

1. EINLEITUNG

Die Geschichte vom Suppenkaspar

Von Heinrich Hoffmann

Der Kaspar, der war kerngesund,
Ein dicker Bub und kegelrund,
Er hatte Backen rot und frisch;
Die Suppe aß er hübsch bei Tisch.
Doch einmal fing er an zu schrei'n:
"Ich esse keine Suppe! Nein!
Ich esse meine Suppe nicht!
Nein, meine Suppe ess' ich nicht!"

Am nächsten Tag, - ja sieh nur her! -
Da war er schon viel magerer.
Da fing er wieder an zu schrei'n:
"Ich esse keine Suppe! Nein!
Ich esse meine Suppe nicht!
Nein, meine Suppe ess' ich nicht!"

Am dritten Tag, o weh und ach!
Wie ist der Kaspar dünn und schwach!
Doch als die Suppe kam herein,
Gleich fing er wieder an zu schrei'n:
"Ich esse keine Suppe! Nein!
Ich esse meine Suppe nicht!
Nein, meine Suppe ess' ich nicht!"

Am vierten Tage endlich gar
Der Kaspar wie ein Fädchen war.
Er wog vielleicht ein halbes Lot -
Und war am fünften Tage tot.

Als der Psychiater Heinrich Hoffmann (1809 – 1894) dieses Gedicht im Jahre 1845 schreibt, diskutiert die Fachwelt bereits über diese „neue Krankheit“, von der allerdings weniger Männer als junge Frauen betroffen sind.

Der Begriff der Anorexia nervosa wird jedoch erst Ende des 19. Jahrhunderts geprägt; insbesondere durch den Franzosen Ernest-Charles Lasègue (1816 - 1883) und den Engländer William Withey Gull (1816 – 1890).

Beide erforschen unabhängig voneinander die Merkmale dieser „neuen Krankheit“ und publizieren ihre Ergebnisse. Während die Beschreibungen der Symptome der Anorexie nahezu identisch und bis heute im Wesentlichen dieselben sind, gibt es doch verschiedene Ansichten, wie diese Krankheit am besten zu erklären und zu behandeln sei.

Gull vertritt die Ansicht, dass die Behandlung am ehesten Erfolg verspricht, wenn Arzt und medizinisches Personal sich dem Widerstand der Patientin keinesfalls beugen (Gull, 1874). Da Gull den Verwandten der Erkrankten oft diese moralische Stärke nicht zutraue, ließ er die Patientinnen vielfach zu Hause von einer Krankenschwester pflegen.

Auch Lasègue betont, dass der Arzt eine gewisse Autorität ausstrahlen müsse und sich nicht einschüchtern lassen dürfe. Dennoch warnt er, dass ein Übermaß an Insistieren ein Übermaß an Widerstand auslöse (Lasègue, 1873). Lasègue betont immer wieder, dass das Verhalten der Patientin unmittelbar zusammenhänge mit dem Eingreifen der Umgebung. Als Schlussfolgerung daraus ergab sich die „Parentectomie“ (die therapeutische Trennung von Patient und Familie durch Einweisung in ein Krankenhaus).

Auch heute noch stehen Ärzte und Psychotherapeuten vor der Frage, wo ihre Patientinnen besser versorgt werden. Essstörungen wie die Anorexia nervosa und die erst später bekannt gewordene Bulimia nervosa können sowohl ambulant also auch stationär behandelt werden.

Welches Therapiekonzept für welche Patientin geeignet ist und von welchen Kriterien diese Entscheidung abhängig ist, damit beschäftigt sich diese Arbeit.

Im folgenden wird ein Überblick gegeben über den derzeitigen Stand der Behandlung von Essstörungen sowie über die in der Literatur zu findenden Kriterien für eine ambulante versus stationäre Therapie bei Anorexie bzw. Bulimie. In Teil 3 wird die empirische Arbeit vorgestellt. Dabei ging es um die Frage, ob und wie weit die theoretisch begründeten Kriterien für eine stationäre Psychotherapie bei Anorexie und Bulimie auch in der Praxis von Bedeutung sind. Die im Theorieteil zusammengestellten Kriterien, die für eine stationäre Therapie bei Anorexie oder Bulimie sprechen, wurden in einem Fragebogen für Psychotherapeuten aufgenommen. Die Befragung richtete sich sowohl an niedergelassene Psychiater, psychologische Psychotherapeuten, Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und ärztliche Psychotherapeuten sowie an Psychotherapeuten, die an einer Klinik tätig sind.

Neben der deskriptiven Statistik erfolgte eine inhaltsanalytische Kategorisierung und Auflistung aller Antworten für die offenen Fragen. Mittels t-Test und Varianzanalyse wurden die Unterschiede auf Signifikanz überprüft. Die Ergebnisse wurden anschließend in Kapitel 5 dargestellt und in Kapitel 6 diskutiert. Eine Zusammenfassung der wichtigsten Ergebnisse findet sich am Ende der Arbeit.

2. HINTERGRUND

2.1 Essstörungen in der Geschichte

Essstörungen sind keine Erscheinung erst unserer Zeit. Zahlreiche Quellen geben Hinweise darauf, dass es zu fast jeder Zeit in der Geschichte Menschen gab, die ein pathologisches Essverhalten zeigten. Dennoch darf man diese Essstörungen nicht mit den Augen der Neuzeit betrachten. In vielen Fällen würde man den historischen Gestalten heute wohl den Stempel „Anorexia nervosa“ aufpressen und vergisst dabei, dass die Hintergründe der Krankheit in der Vergangenheit liegen und nicht immer nachvollziehbar sind. Kaum ein „Fastenwunder“ aus dem Mittelalter entspräche den heutigen Kriterien nach ICD 10. Dennoch gab es schon damals Menschen, die trotz reichhaltigen Angebots jegliche Nahrungsaufnahme verweigerten und in Folge dessen nicht selten starben. Aber die Geschichte der Essstörungen beginnt schon viel früher.

Eine besondere Rolle spielt das Fasten aus mystisch-religiösen Gründen. In zahlreichen unterschiedlichen Kulturen und Religionen sind Rituale bekannt, die mit vollständiger oder teilweiser Nahrungsenthaltung einhergehen. Ein einheitliches Motiv für das Fasten lässt sich hier nicht finden. Allein im Christentum werden viele verschiedene Gründe aufgeführt: Das Fasten sei eine Möglichkeit, die Christen miteinander zu verbinden, eine Form des „Mitleidens“ für die Qualen Christi und die Sünden anderer Menschen, vielleicht sogar der Weg zurück ins Paradies. Der Kirchenschriftsteller Tertullian (gest. um 220) äußerte sogar die Meinung, Gott gefalle die Magerkeit, da ein abgemagerter Körper das schmale Himmelstor leichter durchschreiten könne, ein ausgezehrter Körper bliebe im Grab am längsten erhalten (Schümmer, 1933).

Daneben kommt dem Fasten in der asketischen Lebensweise eine zentrale Bedeutung zu. Hierbei geht es nicht in erster Linie um Selbstkontrolle und Selbstzüchtigung, sondern vielmehr um die Loslösung von allen körperlichen Bedürfnissen. Ein Beispiel für einen solchen Asketen stellt Makarius von

Alexandrien (gest. um 394) dar. Einer Schrift aus dem 5. Jahrhundert zufolge ernährte er sich zunächst von einer kleinen Menge Brot, die er mit einem Griff aus einem Behälter mit schmalem Hals ziehen konnte. Später jedoch habe er noch strenger gefastet und nur noch sonntags einige Kohlblätter gegessen (Budge, 1904).

Seit dem 12. Jahrhundert steigt die Anzahl der weiblichen Heiligen, bei denen häufig strenges Fasten wesentlicher Bestandteil ihres Glaubensbekenntnisses war. Jacques de Vitry, ein Zeitgenosse der frommen Maria von Oignies (gest. 1213), berichtet, dass diese es geschafft habe, einmal 35 Tage ohne Nahrung auszukommen. Das Einzige, wonach sie sich in dieser Zeit gesehnt habe, war der Leib Christi. Die alltägliche Nahrung habe ihr Übelkeit verursacht, so dass sie auch in den letzten zwei Monaten vor ihrem Tod nichts anderes als die geweihte Hostie zu sich nehmen wollte (Thuston, 1952).

Diese Beschreibung ist kein Einzelfall. Häufig dauerte die Fastenaskese sogar mehrere Monate. Nikolaus von der Flüe (gest. 1487) habe sogar viele Jahre gefastet, so dass er über die Landesgrenzen hinaus berühmt gewesen sein soll (Nigg, 1946).

Dabei werden die Heiligen oft als schlaflos und übermäßig aktiv beschrieben. Sie wurden von den Gläubigen des Mittelalters verehrt und respektiert, bis die Kirche selbst Zweifel über diese extreme Form des Fastens äußerte. Man vermutete aufgrund der großen Aufmerksamkeit, die den Fastenden zuteil wurde, falsche Motive oder gar Betrug. Deshalb gab es schon bald eine Überprüfung der angeblichen Heiligkeit.

Der Arzt Johan Wier (1515-1588) beschreibt in seiner Abhandlung „De Commentitiis Jejunii“ (Über das vermeintliche Fasten) eine solche Überprüfung. Das heilige Mädchen aus Kent sei vom König in eine kleine Kammer im Kloster gesperrt und überwacht worden. Obwohl sie vorher behauptet hatte,

sich ausschließlich von der heiligen Kommunion zu ernähren, habe sie es keine drei Tage ohne Nahrung ausgehalten (Wier, 1577).

Ein anderer Fall handelt von einem Mädchen aus Venedig, das ebenfalls eingesperrt und beobachtet wurde. Sie hatte darum gebeten, ihre beiden Bibeln mitnehmen zu dürfen, was ihr gestattet wurde. Wie sich später herausstellte, war eine der Bibeln innen hohl und mit Lebensmitteln gefüllt. Diese Art des Betrugs wurde damals mit dem Tod bestraft (Wier, 1577).

Allerdings waren längst nicht alle Fastenwunder Betrüger. In einem Schriftstück des Mönchs Wolhard aus dem Jahre 895 wird der Fall der Dienstmagd Friderada von Treuchtlingen beschrieben. Diese habe nach einer unbekanntem Krankheit an unstillbarer Fresslust gelitten und sich hilfesuchend an die Nonne Diethild gewandt. Diese habe ihr ein Stück geweihtes Brot zu essen gegeben, woraufhin die Fresssucht tatsächlich verschwunden sei. Stattdessen seien Appetitlosigkeit und zunehmend auch Ekel vor Nahrung entstanden - mit Ausnahme der heiligen Hostie. Nachdem die Magd wochenlang gefastet hatte, habe Diethild versucht, sie wieder zum Essen zu bewegen: „Hab Mitleid, du Beklagenswerte, mit deinem Körper... Lass dich, teure Tochter nicht von der Sturheit irreführen. Spute dich, die Vernunft wieder einzusetzen, und iss und trink aus Sorgsamkeit für dich selbst... Finde deine Kräfte wieder zurück, damit du in der Lage sein wirst, in Frieden mit uns zu leben. Die Blässe deiner Haut zeigt, dass dich sonst bald der Tod holen wird“ (Habermas, 1986, S. 558). Friderada habe versucht, diesen Rat zu befolgen und zu trinken begonnen. Sofort seien ihr aber Tränen in die Augen gesprungen und sie sei erblindet. Nach zweitägigem Beten sei ihr sodann der Herr erschienen und habe ihr ihr Sehvermögen zurückgegeben. Allerdings hätte sie drei Jahre später immer noch nichts gegessen (Habermas, 1986).

Ähnlich erging es der heiligen Catharina von Siena (gest. 1380). Auch ihr Fasten stieß auf heftigen Widerstand. Interessant ist allerdings, dass sie nicht von göttlichem Ursprung ihrer Enthaltensamkeit, sondern von einem Leiden spricht.

In einem Antwortschreiben an einen Geistlichen, der ihr riet, für ein normales Essverhalten zu beten, versichert sie, dass sie das bereits tue. Weiterhin versuche sie sich zu zwingen, ein oder zwei Mahlzeiten täglich zu sich zu nehmen und bitte Gott sie zu begünstigen, so dass sie wie alle anderen Lebewesen leben könne (Bell, 1985).

Viele Autoren der Neuzeit betrachten die Nahrungsenthaltung als ein Werk des Teufels. Diese Sichtweise ist sehr alt. Aus einer Quelle des 5. Jahrhunderts geht ein solcher Fall hervor. Ein arabisches Mädchen, dem sich beim Baden ein „unsittlicher Anblick“ bot, wurde vom Teufel besessen. Obwohl sie 70 Tage lang weder Speise noch Getränke zu sich nahm, sah sie recht gesund aus. Sie sagte, sie werde nachts von einem Vogel gefüttert. Ihre Eltern brachten sie daraufhin in ein Kloster, wo man sich zunächst davon überzeugte, dass sie keine Betrügerin war. Danach sollte der Teufel ausgetrieben werden. Man gab dem Mädchen einige Stücke einer geweihten Hostie zu essen. Es gelang ihr jedoch nicht zu schlucken. Der Autor kommentiert dies mit folgenden Bibelworten: „Was für ein Einklang herrscht zwischen Christus und Belial?“ (2. Kor. 6,15) und „Ihr könnt nicht den Kelch des Herrn trinken und den Kelch der Dämonen. Ihr könnt nicht Gäste sein am Tisch des Herrn und am Tisch der Dämonen.“ (1. Kor. 10,21). So zwang man das Mädchen die Hostie mit Messwein hinunter zu spülen. Dadurch war der Teufel gezwungen, den Körper des Mädchens zu verlassen (Migne, 1861).

Der Exorzismus war lange Zeit die übliche Behandlung bei Menschen mit Essstörungen, obwohl seit dem 17. Jahrhundert zunehmend Zweifel über den dämonischen Ursprung der Krankheit auftauchten. Der englische Arzt Edward Jorden (1569-1632) leugnet in seiner Abhandlung von 1603 zwar nicht die Existenz von Hexen, Teufel oder Besessenheit, zieht jedoch eine natürliche Erklärung einer übernatürlichen vor. Symptome wie Muskelzucken, Schmerzunempfindlichkeit, regelmäßige „Anfälle“ und Beschwerden bei Essen und Trinken seien der Krankheit „suffocation of the mother“ (ein Synonym für Hysterie) zuzuschreiben (Walker, 1981).

Trotz dieser zunehmend medizinischen Sicht des pathologischen Essverhaltens ist die letzte Teufelsaustreibung erst im Jahr 1976 vollzogen worden. Es handelt sich hierbei um den Fall der Studentin Anneliese Michel aus Klingenberg. Das Mädchen war fromm erzogen worden und kämpfte seit ihrer Pubertät gegen schwere gesundheitliche Probleme. Sie bekam in Alter von 16 Jahren (im Jahr 1969) ihren ersten Krampfanfall, der sie für einige Zeit bewegungsunfähig machte. Da die Krämpfe in den folgenden Jahren immer öfter auftraten, gingen die Ärzte von einer Epilepsie aus und verschrieben ihr entsprechende Medikamente. Ab 1970 sah sie jedoch „Fratzen“ und verbreitete einen schrecklichen Gestank. Dazu wurde sie häufig von Depressionen geplagt. Sie selbst war sich sicher, vom Teufel besessen zu sein. Obwohl sie bei zahlreichen Psychiatern war, konnte ihr keine Therapie helfen. Wenn sie sich jedoch dem Gebet hingab, verschwanden ihre Leiden augenblicklich. Schließlich baten Anneliese und ihre Eltern den Priester einen Exorzismus durchzuführen. Zusammen mit seinem Kollegen Renz bat Pater Alt den Bischof von Würzburg um Erlaubnis, die ihm schließlich auch erteilt wurde. Die Teufelsaustreibung wurde in den folgenden neun Monaten fast siebzimal für je zwei bis sechs Stunden vollzogen. Für Anneliese war dies eine schwere Zeit. Sie war hyperaktiv, schimpfte, knurrte, brüllte oder zischte und fügte sich selbst Verletzungen zu. Sie konnte tagelang nichts essen, weil „es ihr nicht erlaubt war“, an anderen Tage dagegen aß sie ungewöhnlich viel. Versuchte man aber sie zum Essen zu zwingen, so spuckte sie alles wieder aus. Am 1. Juli 1976 starb Anneliese Michel. Die Obduktion bewies, dass sie verhungert war. Da ihr keine medizinische Hilfe zukam, wurden ihre Eltern und die beiden Priester wegen fahrlässiger Tötung verurteilt (Goodman, 1980, Mester, 1981).

Bis die Anorexia nervosa als Krankheit anerkannt wurde, dauerte es bis ins späte 19. Jahrhundert. Dazwischen bilden die Wundermädchen und lebenden Gerippe das fehlende Bindeglied zu den Fastenwundern aus religiösen Gründen. Ab dem 16. Jahrhundert galten diese Menschen als „spectaculum et miraculum“, da sie entgegen jeder Vorstellung der Ärzte und Laien mit einer

extrem geringen Menge an Nahrung leben konnten. Ähnlich den Meeresungeheuern zählten die Wundermädchen damals zu den Kuriositäten, die die Phantasie der Menschen beflügelte. Die Fastenden erlangten eine nie dagewesene Berühmtheit. Mit Hilfe von Flugblättern verbreiteten sich die Neuigkeiten über diese Attraktionen schneller und lockten zahlreiche Neugierige an. Das holländische Fastenwunder Engeltje van der Vlies (geb. 1787) zog im Sommer 1826 über tausend Besucher in den Ort Pijnacker und wurde sogar in einen englischen Reiseführer aufgenommen (Stipriaan & Vorstman, 1827).

Die Wundermädchen machten angesichts des hohen Interesses, das ihnen zuteil wurde, kein schlechtes Geschäft. Häufig waren unter den Neugierigen auch Würdenträger. Sie bedankten sich für das gebotene Schauspiel, oder zeigten sich einfach nur erkenntlich, indem sie das Wunder reich beschenkten. Nicht nur die Mädchen selbst, sondern auch die Bewohner der Gegend profitierten von ihrer Berühmtheit. Die ortsansässigen Jugendlichen verdienten an der fastenden Sarah Jacob, das „Welsh fasting girl“, ein beachtliches Taschengeld, indem sie Touristen Führungen zum Haus der Jacobs anboten (Thurston, 1952).

Auf den ersten Blick scheinen Wundermädchen und die Fastenwunder des Mittelalters sich kaum zu unterscheiden. Dennoch handelt es sich hier um eine eigene Kategorie. Die Wundermädchen waren dem Glauben längst nicht so eng verbunden wie die Heiligen, die aus göttlicher Inspiration heraus fasteten. Zudem stießen die Hungernden zunehmend auf Skepsis und Widerstand. Natürlich mussten auch die Wundermädchen sich zahlreichen Prüfungen unterziehen. Sie hatten jedoch oft Hilfe von denen, die sich von der Anerkennung des Wunders Gewinn erhofften.

Im Fall des „Welsh fasting girl“ kam der Betrug erst sehr spät ans Licht. Im Alter von zehn Jahren begann im Jahre 1867 ihre zweijährige Fastenzeit. Bei einer mehrtägigen Beobachtung durch einen Ausschuss von Leuten aus der Umgebung konnte ihr kein Betrug nachgewiesen werden. Daraufhin wurde ihr

der Ruf einer „miraculous faster“ zuteil und ihr Ruhm stieg. Als jedoch am 7. September 1869 in der „Times“ zu lesen war, dass Dr. Fowler, der Vize-Vorsitzende der Hunterian Society, sie für einen Fall von „simulative Hysteria“ hielt, gab es erneut Diskussionen. Sarah musste sich einer zweiten Überprüfung unterziehen. Diesmal wurde sie von vier erfahrenen Krankenschwestern vierzehn Tage lang beobachtet. Schon nach wenigen Tagen verschlechterte sich ihr Zustand rapide. Dennoch weigerten sich die Eltern, die Untersuchung einzustellen. Sie hatten geschworen, ihre Tochter nie zum Essen zu zwingen und Gott würde sie schon am Leben erhalten. Am 17. Dezember, acht Tage nach Beginn der Untersuchung, starb Sarah Jacob. Die Leichenschau ergab, dass das Mädchen regelmäßig gegessen haben musste (Cule, 1967, Fowler, 1871).

Der Betrug des „Welsh fasting girl“ löste eine Welle der Wut und Empörung aus. Die Eltern wurden schwer bestraft und Wunder wurden von nun an noch skeptischer betrachtet als je zuvor. „The Lancet“ schreibt nach Sarahs Tod: „Von Anfang an, sobald wir von diesem sogenannten Wunder erfuhren, haben wir nicht gezögert, es als eine grobe Art des Betrugs zu bezeichnen. Jeder Wissenschaftler weiß, dass die Annahme, die Temperatur und die Gewebebil- dung könne ohne Siechtum und körperlich Veränderung erhalten bleiben, eine Absurdität war, die allen bekannten Gesetzen und der Erfahrung widersprach. Der einzige medizinische Aspekt von Bedeutung in diesem Fall hätte die Hei- lung des Kindes sein sollen, und zwar hauptsächlich mit „moralischen Mit- teln“, die auf einer Krankenhausstation, in die das Mädchen schon vor langer Zeit hätte eingewiesen werden sollen, mühelos angewandt werden können... Die praktische Lehre ist klar – die Medizin sollte sich in keiner Weise, ob di- rekt oder indirekt, mit der Untersuchung von welch absurden Geschichten auch immer befassen, die von Zeit zu Zeit der Unwissenheit, dem Betrug oder dem Aberglauben entspringen. Das Opfer dieses Kindes sollte eindeutig genug sein, um alle künftigen Versuche zu einem solchen Betrug unter Strafe zu stellen.“

Obwohl der medizinische Begriff der Anorexia nervosa erst im Jahr 1873 geprägt wurde, findet man schon vorher Aufzeichnungen über mögliche Ursachen und Behandlungen.

Der griechische Arzt Alexander von Tralles (525 - 605) beschreibt die Auffassung dieser Krankheit in der Antike. Er setzt als bekannt voraus, dass auch der Appetitmangel entweder auf eine Dyskrasie (auf eine fehlerhafte Zusammensetzung der Körperflüssigkeiten) oder auf einer Anhäufung von Säften im Magen beruht (v. Tralles, 6. Jhd.).

Im Wesentlichen hängt bei Tralles also die Anorexie von der Zusammensetzung der Säfte ab. Um diese auszuscheiden, rät er zu bestimmten Speisen, die Erbrechen oder Diarrhoe verursachen.

Noch in der frühen Neuzeit gilt die antike Medizin als Leitfaden. Um 1700 erscheinen zahlreiche Veröffentlichungen über die Anorexie. Hierin werden die verschiedenen Ursachen des Appetitmangels erläutert, wobei neben den Magenbeschwerden auch psychische Faktoren berücksichtigt werden. So bezeichnet der Arzt Harderus im Jahr 1703 den Magen als Quelle allen Übels (Harderus, 1703). Er hält defekte Magennerven oder fehlerhafte Zusammensetzung der Säfte für den Auslöser der Anorexie. Allerdings spielt auch die „animus pathemata“ eine Rolle, insbesondere der Einfluss von Angst und Trauer auf die Körpersäfte. Gelehrte seien davon besonders häufig betroffen, da übermäßiges Studieren schlimme Auswirkungen haben könne.

Auch Erasmus Darwin (1731 - 1802), der Großvater des berühmten Charles Darwin (1809 - 1882) widmet sich gegen Ende des 18. Jahrhunderts in seinem Buch „Zoonomia“ der Anorexie. Er schreibt den Appetitmangel alter Leute den „fermented liquors“ (gegärte Flüssigkeiten) zu, zurückgehend auf einen Mangel an Magensaft und allgemeinen körperlichen Verfall. Weiterhin stellt er jedoch fest, dass er bei manch einer jungen Dame beobachtet hatte, wie sie dieser vollständigen Schwächung verfiel, jedoch nur gerade so weit, dass sie noch umhergehen konnte, was er ihrem freiwilligen Fasten zuschrieb, wenn sie sich für zu mollig hielt. Auf diese Weise habe ihre Gesundheit und ihre

Schönheit durch allzu starke Enthaltung eingebüßt, was niemals mehr rückgängig gemacht werden könne (Darwin, 1796).

Die Behandlung der Anorexia nervosa bestand damals – je nach Ursache – in verschiedenen Ansätzen. War die Anorexie mit Fallsucht verbunden, so gab man Opium. Desweiteren versuchte man auch Diät und körperliche Betätigung zum Wohl des Patienten einzusetzen, ebenso wie Wein, Mohnsaft, Analeptika, Stomachia und Vomitoria. Natürlich fehlte auch der damals so beliebte Aderlass nicht (Cheyne, 1727).

Mit Richard Morton (1637 - 1698) beginnt 1689 die erste detaillierte medizinische Beschreibung der Atrophia nervosa oder Phthisis nervosa (Morton, 1689a). Er bezieht sich darin auf die Begriffe der griechisch-römischen Medizin. In diesem Zusammenhang sei das Werk „De Re Medica“ von Aulus Cornelius Celsus (30 v. Chr. – 45 n. Chr.) erwähnt. Celsus unterscheidet die Krankheit, die er „tabes“ (Schwindsucht) nennt, in drei Formen: Atrophia, Kachexia und Phthisis (Celsus, 1. Jhd.). Bei der erstgenannten handelt es sich um eine Unterernährung, bei der der Körper durch Ausscheidung Substanzen verliert, durch die Nahrung aber keine neuen aufgenommen werden. Die Ursachen sucht Celsus in der Psyche (zu große Furcht oder Gier), erläutert sie aber nicht weiter (Schadewaldt, 1965). Die Kachexia komme v.a. bei chronisch Kranken vor, deren Körper geschwächt ist. Die Phthisis beschreibt Celsus als die Gefährlichste. Es handelt sich dabei um die Krankheit, die heute als Lungentuberkulose bekannt ist.

Morton widmet sich nicht nur mit der Phthisis, obwohl er sich mit seiner klaren Beschreibung der Tuberkulose damit einen Platz in der Geschichte der Medizin sicherte. Die Atrophia nervosa (auch „Phthisis nervosa“ oder „nervous consumption“) beschreibt er als ein Dahinsiechen des Körpers ohne nennenswertes Fieber, Husten oder Atemnot. Sie gehe mit Appetitmangel und schlechter Verdauung einher, gefolgt von einer erschlaffenden Schwächung des Körpers, der jeden Tag mehr Fleisch verliere (Morton, 1689b). Morton

hält die Krankheit für chronisch und schwer heilbar, wenn nicht rechtzeitig ein Arzt einschreitet. Im Endstadium, wenn der Körper anschwillt und Atemnot auftritt, könne der Arzt nur noch das Leiden mindern, aber eine Heilung sei nicht mehr möglich.

Die Ursache der *Atrophia nervosa* sieht Morton in einem „Verlust der Nerven-
spannung“, der die Funktion des Magens beeinträchtigt. Ungesunde Luft,
übermäßiger Alkoholgenuss sowie „starke Leidenschaften des Geistes“, die er
später als „Trauer und ängstliche Sorge“ spezifiziert, führen zu dieser Störung
der Nerven. Deshalb schlägt er neben Medikamenten für Nerven und Magen
auch eine psychologisch orientierte Behandlungsweise vor. Der Patient solle
alle Trauer und Sorgen abschütteln durch körperliche Betätigung und Unter-
haltung mit Freunden.

Obwohl Mortons Werk in mehrere Sprachen übersetzt wurde, fand er in der
damaligen Zeit kaum Anerkennung bei seinen Kollegen. Auch das Werk des
Leibarztes des schottischen Königs Robert Whytt (1714 - 1766) beschreibt
1764 dieses Syndrom (Whytt, 1765). Trotz detaillierter Beschreibung macht
auch seine Veröffentlichung die *Atrophia nervosa* nicht bekannt.

Stattdessen wurden Essstörungen im 18. und 19. Jahrhundert vielfach zum hy-
sterischen Syndrom erklärt. In der frühen Neuzeit, als andere noch von Beses-
senheit ausgingen, konzentrierte sich Thomas Sydenham bereits auf natürliche
Ursachen. Allerdings distanzierte er sich von der klassischen Auffassung der
Hysterie, die Hippokrates als „Phänomen der wandernden Gebärmutter“ defi-
niert. Er erkannte die Hysterie als psychosomatisches Leiden, das in Kachexie,
Anorexie und Chlorosis ausarten konnte (Veith, 1965).

Die wichtige Rolle, die der Sexualität in Zusammenhang mit der Hysterie zu-
kommt, beschreibt Philippe Pinel in seiner „*Nosographie Philosophique*“ von
1798 (Pinel, 1818): Ein siebzehnjähriges Mädchen verfiel plötzlich in eine
Manie, führte Selbstgespräche und verbrannte seine Kleider. Die Symptome

verschwanden, als man das Mädchen ablenkte und einige Reisen unternahm. Als jedoch erstmals die Menstruation ausblieb, bekam sie regelmäßig hysterische Anfälle. Sie wurde depressiv, hatte Krämpfe und war nicht mehr in der Lage zu essen. Dieser Zustand hielt gewöhnlich einige Tage an, danach traten außergewöhnlich Fressanfälle auf und anschließend erholte sie sich wieder. Die Amenorrhoe konnte Pinel erfolgreich behandeln, dennoch blieb das Mädchen schweigsam und bedrückt und lehnte die ihr dargebotenen Speisen ab. Pinel empfahl daraufhin regelmäßige Ausflüge, die zur völligen Genesung führten. Um jedoch einen Rückfall zu vermeiden, verweist er auf die Notwendigkeit einer baldigen Eheschließung; da eine ausreichende Genesung erst dann beendet sei, wenn der Wunsch der Natur erfüllt ist (Stone, 1973).

Wie man sieht, gab es in der Vergangenheit zahlreiche fragwürdige Therapieansätze. Auch mit der Frage, ob eine ambulante Behandlung sinnvoll ist, beschäftigten sich kluge Köpfe damals. Marcé beschreibt 1860 die Nahrungsverweigerung bei pubertierenden Mädchen als eine Art hypochondrischen Wahn. Er beobachtet, dass die Betroffenen nicht in der Lage sind die geringste Arbeit zu verrichten oder die leichteste Konversation frei von ihren Wahngedanken durchzuhalten. Gleichzeitig wenden die Unglücklichen aber viel Energie auf, um sich den Versuchen, sie zum Essen zu bringen, zu widersetzen. Sehr häufig müsse der Arzt vor ihrem hartnäckigen Widerstand kapitulieren (Marcé, 1860). Marcé hielt nichts von der auf den Magen konzentrierten traditionellen Behandlung, da dieses Organ nur unter dem Nahrungsmangel zu leiden hätte, die Ursache aber nicht dort zu finden sei. Die Wahnvorstellung war in diesem Fall der Ausgangspunkt und Kern der Krankheit. Primär um die Familie des Kranken zu entlasten und um ungestört arbeiten zu können, empfahl Marcé die Behandlung außerhalb der Familie. Die Kranken wurden anderswo untergebracht und sollten sich dort mit aller Macht darauf konzentrieren wieder zu essen.

Wie so eine Therapie aussehen sollte, beschreibt er am Fall der Mademoiselle X., 14 Jahre alt. Sie entwickelte eine Abneigung gegen das Essen, nachdem sie

ihre erste Menstruation hatte. Marcé beschreibt das Mädchen im Juni 1858 als deutlich untergewichtig und sehr hartnäckig. Nach einem ersten scheinbaren Erfolg fand der Arzt sie im März 1859 in noch schlechterem Zustand vor. Sie war deutlich geschwächt und fror ständig. Jedes Versprechen zu essen blieb erfolglos, solange sie sich bei ihrer Familie befand. Marcé holte das Mädchen aus ihrer gewohnten Umgebung und sorgte dafür, dass sie seine Anweisungen nun befolgte. Ihr Zustand verbesserte sich, so dass sie Ende Mai 1859 als geheilt galt. Dennoch gibt Marcé zu bedenken, dass er die dauerhafte Gesundheit der Patientin gefährdet sieht. In Gegenwart ihrer Familie, in der es seiner Ansicht nach an moralischer Führung mangelt, legt Fräulein X immer noch beim Essen ein unberechenbares und bizarres Verhalten an den Tag, was in Marcés Augen einen Rückfall wahrscheinlich macht (Marcé, 1860).

2.2 Anorexia nervosa

Die Anorexia nervosa ist eine Erkrankung, von der v.a. junge Mädchen zwischen 12 und 18 Jahren betroffen sind. Der Häufigkeitsgipfel liegt bei 14 Jahren. Warum die Magersucht gerade in diesem Alter auftritt und warum sie nicht alle Teenager betrifft, ist trotz verschiedener theoretischer Ansätze noch immer nicht ganz geklärt.

In Deutschland leiden etwa 1 % der weiblichen Bevölkerung an Anorexia nervosa. Besonders gefährdet sind Ballett-Tänzerinnen, Mannequins und Leistungssportler. Unter den Männern beträgt die Prävalenzrate etwa 0,1 %.

Nach Krauth, Buser und Vogel (2002) muss in Deutschland nach Sichtung der verfügbaren epidemiologischen Befunde von einer Neuerkrankungsrate von 2800 bis 6800 Fällen pro Jahr ausgegangen werden.

Wie gefährlich die Anorexie ist, verdeutlicht die hohe Mortalitätsrate der Erkrankung. Nielsen et al. (1998) fanden in einer Metaanalyse von zehn Mortalitätsstudien heraus, dass die Jahresmortalitätsrate zwischen 0,5% und 0,9% schwankt. Demnach sterben in Deutschland jährlich 74 – 392 Personen an den Folgen der Anorexie (Krauth, Buser & Vogel, 2002).

2.2.1 Diagnosekriterien

a) Definition nach ICD-10

Nach ICD-10 liegt eine Anorexia nervosa vor, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

1. Gewichtsverlust, oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme, was zu mindestens 15 % unter dem normalen oder dem nach Alter und Körpergröße zu erwartenden Gewichts führt. Der BMI liegt bei 17,5 oder niedriger.
2. Selbstinduzierter Gewichtsverlust durch Vermeidung kalorienreicher Nahrung, selbst induziertem Erbrechen oder Abführen, übertriebene körperliche Aktivität oder Einnahme von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
3. Gewichtsphobie durch gestörte Selbstwahrnehmung. Die Angst, zu dick zu werden, besteht als tief verwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
4. Bei Frauen Amenorrhoe, bei Männern Libidoverlust und erektile Dysfunktion.
5. Verzögerung der pubertären Reifung wenn die Erkrankung vor der Pubertät beginnt (Wachstumsstopp, fehlende Brustentwicklung, primäre Amenorrhoe bei Mädchen).

Bei der Magersucht werden zwei Subtypen unterschieden. Der *restriktive Typ* (*restricting type*) versucht die Gewichtsreduktion durch Nahrungsverweigerung und/oder verstärkte körperliche Aktivität zu erreichen. Beim *bulimischen*

Typ (binge-eating/purging type) wird das Hungern von regelmäßig auftretenden Heißhungerattacken unterbrochen. Der Gewichtsverlust wird durch Erbrechen und/oder Medikamentenmissbrauch (Laxantien, Diuretika) erreicht.

Neben der typischen Anorexia nervosa (F 50.0) wird auch eine atypische Anorexia nervosa (F 50.1) beschrieben. Es handelt sich um Störungen, die einige Kriterien der Anorexia nervosa erfüllen, das gesamte klinische Bild rechtfertigt die Diagnose jedoch nicht. Zum Beispiel können die Schlüsselsymptome wie deutliche Angst vor dem zu Dicksein oder die Amenorrhoe fehlen, trotz eines erheblichen Gewichtsverlustes und gewichtsreduzierendem Verhalten. Die Diagnose ist bei einer bekannten körperlichen Krankheit mit Gewichtsverlust nicht zu stellen.

b) Leitsymptome

Neben der Gewichtsabnahme und -phobie, die am Offensichtlichsten sind, zeichnet sich die Anorexia nervosa weiterhin durch folgende Merkmale aus:

- Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder Beschränkung auf bestimmte Lebensmittel (z.B. Vegetarismus)
- Auffälliges Essverhalten (sehr langsames Essen, Ritualisierung der Mahlzeiten, Horten von Nahrung)
- Erbrechen und/oder Laxantienabusus
- Exzessive Gewichtskontrollen (mehrmals täglich)
- Übertriebene körperliche Aktivität
- Mangelnde Krankheitseinsicht
- Hormonelle Störungen (Amenorrhoe, Libidoverlust)
- Körperschemastörungen

Dazu kommen zahlreiche somatische Störungen, von denen hier nur einige genannt werden sollen:

- Herz-Kreislaufschädigung
- Durchblutungsstörungen mit Akrozyanose
- Elektrolytstörungen (bes. Hypokaliämie)
- Lanugobehaarung
- Knochenstoffwechselstörungen
- Hirnatrophien
- Hormonstörungen (T3-, Noradrenalin- und Adrenalin Spiegel sind erniedrigt, STH- und Kortisol Spiegel sind erhöht)
- Hypoglykämie

Aus diesem Grund sollten neben der psychologischen Untersuchung immer auch die entsprechenden Laborparameter überprüft werden.

Häufig tritt die Essstörung im Zusammenhang mit weiteren psychischen Erkrankungen (v.a. mit Depressionen oder Persönlichkeitsstörungen vom Borderline-Typ) auf. Das Erkennen dieser Komorbidität kann durch Fragebögen und/oder Interviews erfolgen und therapeutisch von großem Nutzen sein.

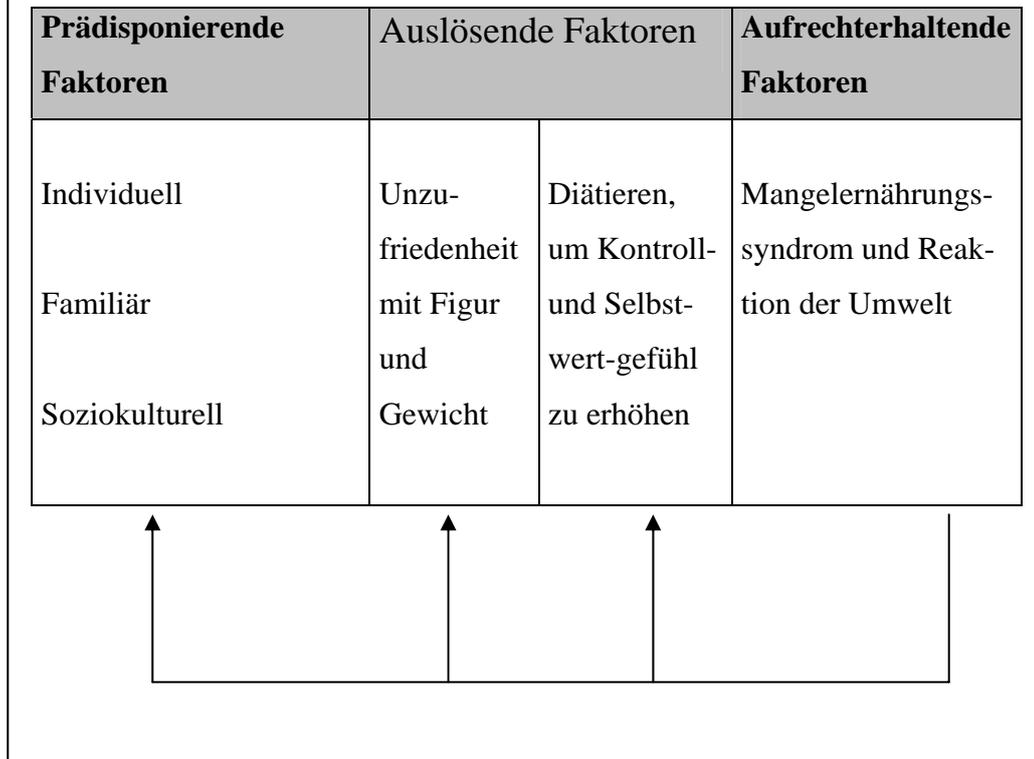
2.2.2 Ursachen

Über die Anorexie und deren Ursachen wurde in der Vergangenheit viel spekuliert (siehe Kapitel 2.1). Inzwischen weiß man, dass man nicht einen einzelnen Faktor herausgreifen und für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Magersucht verantwortlich machen kann. Die Krankheit kann nur durch eine multidimensionale Sichtweise erklärt werden, die sowohl somatische als auch psychologische und soziale Faktoren mit einbezieht.

Garner und Garfinkel haben 1997 ein Modell erstellt, bei dem sie zusätzlich zwischen prädisponierenden, auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren unterscheiden (s. Abbildung 2.1).

Abbildung 2.1: Anorexia nervosa als multifaktoriell bedingte Störung

(nach Garner & Garfinkel, 1997)



Meermann und Vandereycken beschreiben 1987 fünf Erklärungsansätze für die Anorexia nervosa, die im Folgenden erläutert werden sollen.

a) Der psychodynamische Ansatz

Diese Theorie basiert auf klinischen Interviews von Bruch (1973, 1978), die davon ausging, dass die interne Wahrnehmung von Anorexie-Patienten bereits in der infantilen Phase gestört ist. Das Kind hat, bedingt durch das Verhalten der Mutter (Nachlässigkeit, übermäßige Vorsicht oder Strenge), nicht gelernt, innere Stimuli exakt wahrzunehmen oder darauf zu reagieren. Diese interoceptive Wahrnehmungsstörung bedingt auch das pathologische Körperbild

der Magersüchtigen sowie deren überwältigendes Gefühl eigener Unzulänglichkeit.

Dementsprechend können folgende drei Gruppen von psychologischen Funktionsstörungen bei Magersüchtigen gefunden werden:

1. Eine Störung des Körperbildes
2. Eine Störung der Wahrnehmung oder Interpretation körperinterner Stimuli (z.B. ein gestörtes Erleben von Hunger, Sättigkeit und Müdigkeit)
3. Ein starkes Gefühl von Unfähigkeit, das Denken und Handeln bestimmt.

Somit erklärt sich auch die bei den Patientinnen häufig festgestellte hilflose Passivität, die schließlich zum Verlust der Kontrolle über eigene Bedürfnisse und Verhalten führt. Die Magersüchtigen erkennen ihren Körper nicht mehr als Teil ihrer selbst, sondern sehen sich und ihr Verhalten als ein Produkt ihrer Umwelt.

Die Pubertät und die damit verbundenen körperlichen Veränderungen stellen ein Risiko des totalen Kontrollverlusts dar. Der Versuch, mit dieser Angst fertig zu werden und gleichzeitig den Reifungsprozess des Körpers unter Kontrolle zu halten, führt zu einem kontinuierlichen, fast wahnhaften Streben nach Gewichtsreduzierung.

Bruchs Therapieempfehlungen beziehen sich deshalb v.a. darauf, das Gefühl der Hilflosigkeit möglichst früh zu erkennen und ein gesundes Selbstkonzept aufzubauen. Die Patientin soll sich ihrer eigenen Gefühle und Bedürfnisse bewusst werden und zu einem selbstbestimmten, aktiven Handeln ermutigt werden.

Eine gegensätzliche Meinung wird von Köhle et al. (2003) beschrieben, obwohl vom gleichen Ansatz – also von einer interozeptiven Wahrnehmungsstörung der Patientin - ausgegangen wird. Die Anorexie wird hier im weitesten Sinne als Abhängigkeits-Autonomiekonflikt verstanden. Hierbei liegt zunächst ein Konflikt vor, an dessen Lösung die Patientin scheitert. Die Magersucht wird als Folge dieses Scheiterns betrachtet. In der Adoleszenz ist dieser Grundkonflikt (Angst vor Einsamkeit bei Verwirklichung der Autonomiebestrebungen versus Angst vor Selbstaufgabe bei Erfüllung der Anlehnungswünsche) besonders ausgeprägt.

In Bezug auf die Anorexie zeigt sich das Scheitern der Bewältigung in ihrer ganz spezifischen Form. Das Hungern (als Konfliktbewältigungsstrategie) und der abgemagerte Körper werden als ikonographischer Selbsta Ausdruck, also als Zeichen des Eigen- oder Selbstseins, verstanden. Gäbe die Patientin das Hungern auf, so würde sich auch ihre magere Erscheinung – und damit das Zeichen ihrer Selbst – verlieren.

Die Patientin kann insbesondere zu Beginn der Behandlung nur schwer mit der Gewichtszunahme umgehen, da sie in ihrem ausmagernden Körper nicht das Symbol ihres Wunsches nach Individuation sieht, sondern die Summe all dessen, was ihre Persönlichkeit ausmacht.

Ein Beispiel dafür, wie stark die Ich-Funktionen in diesem Konflikt gestört sind, zeigt sich in der häufig vorzufindenden Abwehr der weiblichen Rolle. Insbesondere richtet sich die Ablehnung gegen die Inkorporationsaspekte der weiblichen Sexualität. Hierbei zeigen sich deutliche Parallelen zwischen Sexualität und Essen. Zum einen betrifft dies die genitalen Aspekte (Aufnehmen von Glied und Samen, Dickwerden durch Schwangerschaft), zum anderen auch die oralen Aspekte. Häufig finden sich bei Kindern auch Phantasien über „orale Schwängerung“. In ihrer Verweigerung zu essen sehen sie die Konfliktlösung, die neben dem intrapsychischen Erfolg (Angstreduktion) auch noch eine reale Wirkung hat. Durch das Abmagern verringern die Patienten

nicht nur die Ausprägung der sekundären Geschlechtsmerkmale, sondern auch sexuelle Phantasien, was wiederum das Gefühl der Selbstkontrolle steigert.

In der Therapie wird besonders viel Wert darauf gelegt, die Affektsignale, die dem Symptomhandeln (also dem Hungern, motorischer Hyperaktivität oder Phasen intensiven Kalorienzählens) vorausgehen, bewusst zu machen und zu nutzen. Das anorektische Verhalten und Sein der Patientin ist Ausdruck ihrer psychischen Konflikte. Erst wenn die Patientin diese bisher unterdrückten Konflikte und Gefühle wahrnehmen kann, können diese auch angegangen werden.

b) Der systemtheoretische Ansatz

Die Anorexia nervosa wird heutzutage als die paradigmatische psychosomatische Störung betrachtet, die mit einer Familiendysfunktion einhergeht. Die Patientin lehnt sich gegen die Wert- und Moralvorstellungen der traditionellen Familie auf.

Selvini-Palazzoli untersuchte 1974 die Kommunikationsmuster in Familien anorektischer Patientinnen. Häufig finden sich Ehestörungen, Schuldzuweisungen, ungenügende Konfliktlösestrategien, extreme Rigidität sowie eine Ablehnung der Meinung anderer Familienmitglieder.

Daraus entwickelte Selvini-Palazzoli im Jahre 1976 vier Interaktionshypothesen.

1. Zum einen existiert eine extrem rigide, symmetrische Art der Beziehungsdefinition, aus der die Patientin fliehen will. Die Anorexie erscheint ihr als einziger Ausweg.
2. Die Magersüchtige lehnt jede Verantwortung für ihr Verhalten ab, da sie es nicht kontrollieren kann.
3. Eine Verbündung zweier Familienmitglieder gegen ein drittes kann nicht akzeptiert werden.
4. Eigene Fehler werden nicht zugegeben, die Magersucht wird akzeptiert, da daran nichts geändert werden kann.

Minuchin, Rosman und Baker beschäftigten sich 1978 ebenfalls mit dem familiären Hintergrund von Anorektikerinnen. Allerdings befürworteten sie das Modell eines offenen Systems. Danach werden für die Entstehung und Auf-

rechterhaltung der Krankheit drei Bedingungen vorausgesetzt: Eine physiologische Verletzlichkeit des Kindes, eine Verwicklung in die Konflikte der Eltern und eine Familienorganisation, die sich durch Verstrickung, Rigidität, Überbehütung und mangelnder Konfliktbewältigung charakterisieren lässt.

Verstrickung bezieht sich auf die Intensität der Abgrenzung innerhalb der Familie. Während Loslösung sich durch klare Grenzen zwischen den Familienmitgliedern auszeichnet, fehlen diese bei der Verstrickung.

Die Rigidität bezeichnet ein fehlendes Maß an Anpassungsfähigkeit; der Status quo innerhalb der Familie wird um jeden Preis aufrechterhalten.

Von Überbehütung spricht man, wenn ein zu hoher Grad an Besorgnis um das Wohlergehen anderer Familienmitglieder vorliegt. Das anorektische Kind genießt die volle Aufmerksamkeit der Familie.

Die mangelnde Konfliktbewältigung ist gekennzeichnet durch ein Ausweichen und Verschieben von Problemen. Offene Konflikte werden gemieden und bleiben ungelöst.

Trotz aller Untersuchungen der Familien-Interaktionsmuster fehlt jedoch auch hier noch ein Beweis für den kausalen Zusammenhang mit der Entstehung der Anorexie.

c) Der soziokulturelle Ansatz

Die klassische Interpretation, die Patientin habe Angst vor dem Erwachsenwerden und lehne die weiblich Rolle ab, steht im Gegensatz zur feministischen Ansicht. Statt einer Ablehnung der Weiblichkeit versucht die Magersüchtige, sich dem weiblichen Idealbild unserer Gesellschaft anzupassen. Die Frau befürchtet, von Männern abgelehnt zu werden und strebt durch Dauerdiäten deren Anerkennung an. Die Kontrolle über ihr Körpergewicht wird für viele zum Ersatz für die Kontrolle über andere Lebensbereiche, über die sie keine Kon-

trolle haben. Lawrence schreibt 1979 darüber „In einer von Männern kontrollierten Welt, in der Frauen entwürdigt und dazu angehalten werden, ihren eigenen Körper als schmutzig anzusehen, kann Anorexia für die Frauen als logische Lösung für die Notwendigkeit angesehen werden, die Kontrolle über ihr Leben und sich selbst zu übernehmen. Dies ist jedoch eine Lösung, die symptomatisch ist für die hoffnungslose Lage, die sie zu verbessern versucht. Daher ist es eine Lösung, die grundsätzlich selbst zerstörerisch ist, und die versucht, Selbstkontrolle an Stelle einer effektiven Kontrolle über die Welt, in der die Frau lebt, einzusetzen“.

Dass die Magersucht insbesondere jüngere Menschen betrifft, liegt v.a. daran, dass deren Identitätsfindungsprozess noch nicht abgeschlossen ist und damit auch oft ein vermindertes Selbstwertgefühl vorhanden ist. Jede Abweichung von der gesellschaftlichen Norm kann diese Personen in eine schwere seelische Krise stürzen (Herpertz, 2002). In diesem speziellen Fall bedeutet dies, dass immer rigidere Formen des Fastens angewendet werden, um einer gesellschaftlich anerkannten „Idealfigur“ zu entsprechen.

d) Der biologische Ansatz

Seit Jahren wird auf der Suche nach den Ursachen der Anorexie eine genetische Disposition diskutiert. Walter H. Kaye, ein Psychiater der Universität in Pittsburgh, misst den Genen mehr Bedeutung zu als dem kulturellen Umfeld. In seiner Studie mit Magersüchtigen fanden sich bei 63% der Betroffenen in der Verwandtschaft ebenfalls Anorexie, bei 20% Bulimie (Ärztezeitung vom 28.05.2001).

Die Untersuchungen an monozygoten Zwillingen ergaben ebenfalls eine 1:3 Übereinstimmung der Erkrankung an Anorexia nervosa. Dennoch schließen diese Forschungen eine umweltbedingte Beeinflussung nicht aus, da die jeweiligen Zwillingspaare in derselben Familie aufgewachsen sind.

Andere Studien weisen auf eine Konkordanz für Anorexie von 55 % bei ein-eiigen Zwillingen, und von 5 % bei zweieiigen Zwillingen (Treasure &

Holland, 1989). Die Konkordanz für Bulimie betrug in dieser Studie 35 % bzw. 30 %.

Bulik, Sullivan und Kendler veröffentlichten 1998 jedoch Daten, die eine genetische Disposition der Bulimie in mehr als 80 % der Fälle nachwies. Dies hieße, die Bulimie wäre eine Erkrankung, die überwiegend vererbt wird.

So vorsichtig man diese Zahlen auch betrachten muss, so scheinen die zahlreichen Studien zumindest einen Hinweis zu geben, dass genetische Faktoren bei der Entstehung einer Anorexie oder Bulimie eine Rolle spielen.

Interessanter gestaltet sich die Frage, ob die Anorexie mit einem neuroendokrinen Defekt vergesellschaftet ist. Der in der Antike vermutete „Sitz“ der Essstörung wäre damit nun um ein paar Zentimeter nach oben gewandert. Statt der Hypophyse steht nun eine fragliche hypothalamische Dysfunktion im Zentrum der Forschung. Im Hypothalamus spielen sich wichtige Regulationsvorgänge des endokrinen Systems ab, die beim Vollbild der Anorexie gestört sind. Auch Körpertemperatur und Hunger werden von hypothalamischen Funktionen gesteuert.

Nach den empirischen Ergebnissen entwickelte Moore 1981 zwei mögliche Modelle. Das erste geht davon aus, dass ein hypothalamischer Defekt vorliegt, der durch die Ereignisse der Pubertät aktiviert wird. Hiermit ließe sich eine andauernde Amenorrhoe erklären, die häufig auch während und nach Gewichtszunahme anhält.

Im zweiten Modell ist der Hypothalamus nicht verändert, wird jedoch von höheren kortikalen Strukturen kontrolliert, die stressbedingt die Funktionen des Hypothalamus verändern können. Für diese Hypothese sprechen Untersuchungen, nach denen auf den Cortex cerebri oder das Limbische System ausgeübter Stress Amenorrhoe, Appetitverlust, Hypothermie und Hyperaktivität erzeugen können.

Insgesamt betrachtet müssen diese Ergebnisse jedoch zurückhaltend betrachtet werden, da im Moment noch unklar ist, ob diese Veränderungen ursächlich oder als Effekt der Anorexie einzustufen sind.

e) Der kognitiv-behaviorale Ansatz

Dieser Ansatz stützt sich auf die modernen Lerntheorien und bezieht behaviorale, kognitive und soziale Prozesse während der Entstehung und im Verlauf der Anorexie mit ein. Das Modell geht von kognitiven Defiziten, Körperwahrnehmungsstörungen und falschen Problemlösestrategien aus.

Im Rahmen der kognitiven Defizite bildet die Verleugnung ein Hauptproblem. Die Patienten erkennen weder ihre Krankheit an, noch die Tatsache, dass Andere sich um sie sorgen. Erklären lässt sich dies durch einen Mangel an affektiver Antwortbereitschaft; d.h. die Patienten verhindern durch Abwehrmechanismen, dass ihre Emotionen die Bewusstseinssebene erreichen.

Patienten, die Schwierigkeiten haben ihre Gefühle auszudrücken, zu erkennen oder zu erleben, fielen auch Nemiah auf. 1972 bezeichnete er diese Beobachtung als Alexithymie. Er hielt es allerdings für möglich, dass bei diesen Menschen eine Störung des neuralen Apparates zugrunde liegt und sie deshalb Emotionen nicht wie Gesunde erleben. Allerdings kann die Alexithymie zumindest teilweise durch die kognitive Beeinträchtigung erklärt werden, die durch den starken Gewichtsverlust bedingt ist.

Nach Bruch (1973, 1978) kann eine Behandlung erst dann erfolgreich sein, wenn die schlimmsten Effekte der Unterernährung behoben worden sind. Die ständigen Gedanken über das Essen oder Nichtessen schränken das Bewusstsein der Magersüchtigen so sehr ein, dass alle Bemühungen, die Patienten für ihre Situation zu sensibilisieren, zwangsläufig scheitern müssen. Bruch beschreibt das Verhalten der von ihr untersuchten Anorektikerinnen als egozentrisch und von magischem Denken durchzogen. Die Fähigkeit zum abstrakten

Denken und zu einer realistischen Selbsteinschätzung seien ihrer Meinung nach gestört.

Auch Garner und Bemis berichten von ähnlichen Aspekten der kognitiven Dysfunktionen. Besondere Aufmerksamkeit schenkten sie 1982 den „irrationalen Ideen“ der an Anorexia nervosa Erkrankten. Ihr Ziel war es, die Hintergründe für die Verzerrungen in der Verarbeitung und Interpretation der aktuellen Situation herauszufinden. Dabei fanden sie heraus, dass nicht nur ein irrationaler Aberglaube an eine Ursache-Wirkung-Beziehung vorliegt, sondern auch die Personifizierung und die dichotome Denkweise der Patientinnen zu einer fehlerhaften Argumentation führt.

Dass Magersüchtige ihren Körper nicht so wahrnehmen, wie er tatsächlich ist, hat Hilde Bruch bereits 1962 erkannt. Dieser zunächst theoretische Beitrag führte zu einer Reihe von Studien, die z.T. widersprüchliche Ergebnisse lieferten. Generell jedoch bestätigten die Forschungen die Hypothese, dass Anorektiker ihre Körperdimensionen überschätzen. Allerdings zeigte sich diese Tendenz auch bei einigen normalen Kontrollpersonen. Demnach erscheint es also, als wäre eine korrekte subjektive Schätzung der eigenen Körperform nicht die Norm, sondern als bestünde allgemein eine Neigung zum Überschätzen.

Der Grad der Körperwahrnehmungsstörung kann jedoch als Prädiktor dienen. Bei Patientinnen mit ausgeprägten Störungen zeigten sich in den Studien stärkere Verleugnungstendenzen, schlechtere Therapieerfolge und eine ausgeprägtere psychosexuelle Unreife (Meermann, Napierski & Vandereycken, 1986).

Bisher konnte die Ursache der Körperwahrnehmungsstörungen der Anorexia-nervosa-Patienten nicht einwandfrei geklärt werden. Möglicherweise handelt es sich hierbei auch um ein sekundäres Erscheinungsbild aufgrund der körperlichen Veränderungen.

Daneben muss auch die Verzerrung der inneren Wahrnehmung (z.B. Störung des Gefühls von Hunger/Sattheit, veränderte Geschmackswahrnehmung...) näher untersucht werden. Weitere Studien erscheinen hinsichtlich Prognose, Verlauf und Bewertung der verschiedenen therapeutischen Interventionen zweckmäßig.

Das eigene Aussehen ist für junge Mädchen besonders während der Pubertät wichtig. In dieser Reifeperiode, die von Angst und Unsicherheit geprägt ist, sind die Jugendlichen besonders empfänglich für die Meinung anderer. Das aktuelle Schönheitsideal oder Kränkungen über „Baby-Speck“ genügen manchmal schon, um das Selbstwertgefühl der jungen Frau zu zerstören. Indem sie sich schlank hungern versuchen sie nicht nur ihr Gewicht zu kontrollieren, sondern auch widersprüchlich erlebte sexuelle Triebimpulse zu vergeistigen und damit die physische Reifung zu verzögern. Gleichzeitig erfahren sie durch ihre Nahrungsverweigerung verstärkte Aufmerksamkeit durch Andere und üben somit auch eine gewisse Fremdkontrolle aus.

Schröder (1977) betrachtet die Entstehung der Anorexie und deren Aufrechterhaltung im Sinne der operanten Konditionierung: Leistung und gutes Benehmen dienen bis zum Eintritt der Pubertät als konditionierte Stimuli (CS) für das Gefühl der Selbstachtung; in diesem Fall als konditionierte Reaktion (CR). Mit Eintritt in die Reifephase gewinnt das körperliche Erscheinungsbild der Patientin an Bedeutung. Dieses ist von der Pubertierenden jedoch nicht direkt beeinflussbar. In dieser Phase treten aversive CS (z.B. abfällige Bemerkungen über die Figur der Patientin) auf und als Reaktion darauf wird das Problemverhalten (R_1 = Gewicht verlieren) ausgelöst. Das Verhalten R_1 wird positiv verstärkt, da das Mädchen sich schlank und attraktiver fühlt. Da das Hungern auch als Flucht vor zwischenmenschlichen Konfliktsituationen dient wird, kann man das auch als negative Verstärkung für R_1 betrachten. Die Patientin gewinnt durch ihr selbstkontrollierendes Verhalten (R_2) zugleich an Macht und Kontrolle über ihre Familie. R_2 wird ebenfalls von o.g. operanten Verstärkern

beeinflusst. Letztendlich werden alle Mahlzeiten zu aversiven Stimuli, die bei der Patientin Abscheu hervorrufen und damit wiederum die Nahrungsverweigerung verstärken.

Ein ähnliches Modell haben Otte, Basler und Schwoon 1978 entwickelt, in dem sie die Anorexie als Lernprozess zur Angstreduktion und Bestätigung beschreiben. Die bereits mehrmals beschriebene Angst vor dem Erwachsenwerden mit dem damit verbundenen Kontrollverlust über den Körper und die Emotionen wird durch Hungern zumindest teilweise kompensiert (negative Verstärkung). Zudem werden angstauslösende Situationen (z.B. die Sexualität betreffend) durch das Abnehmen vermieden (negative Verstärkung). Die eigentliche Schwierigkeit ist jedoch, dass Anorektiker dieses erlernte Problemlöseverhalten nun auch bei Belastungssituationen anwenden, die durch eben dieses Verhalten (z.B. Kachexie) ausgelöst worden sind.

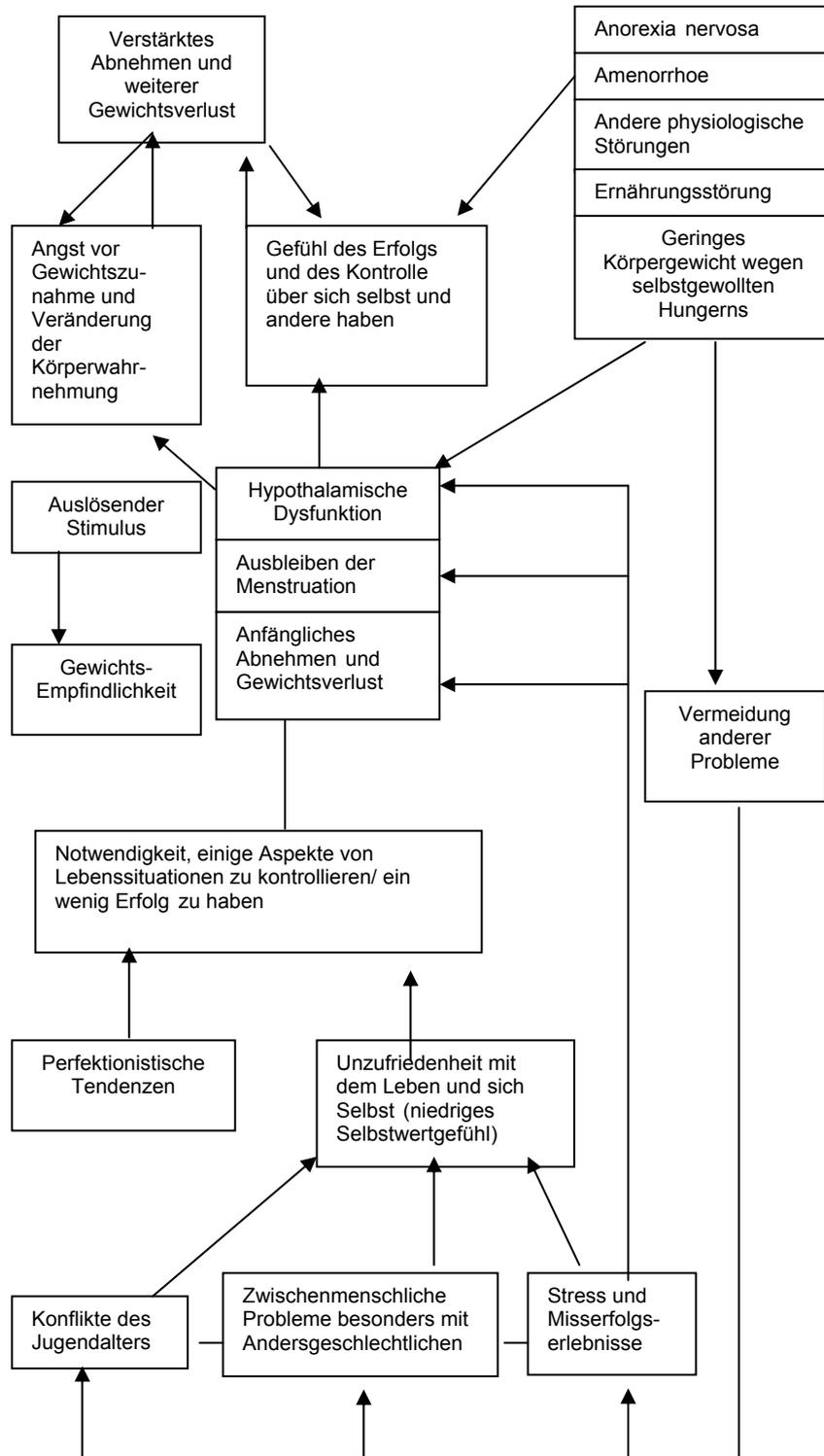
Ähnlich wie bei Schröder stellen auch Otte, Basler und Schwoon die Aufmerksamkeit der Bezugspersonen als soziale Verstärker dar. Die Patientin erfährt durch den Macht- und Kontrollgewinn eine Bestätigung ihres Verhaltens (positiver Verstärker). Dennoch erzeugen die Sorgen der Eltern um das Kind bei der Anorektikerin Angst und Hilflosigkeit. Um diese Gefühle zu bekämpfen verstärkt sie ihre bereits erprobte Taktik, um weitere Aufmerksamkeit zu erlangen. Je dramatischer der Gewichtsverlust, desto verzweifelter versuchen die Eltern auf die Patientin einzureden. Da allerdings sowohl liebevolle Zuwendung als auch Verärgerung das Verhalten des Kindes verstärken, können sie nicht reagieren und die Machtposition der Patientin wird gestärkt.

Der Zustand, auf den die Familie zusteuert, wird als kognitive Dissonanz bezeichnet. Dies ist eine Situation, bei der eine innere Überzeugung durch neue Informationen widerlegt wird. Die Patientin findet ihr Verhalten gut, obwohl alle äußerlichen Anzeichen dafür sprechen, dass es ihr schadet. Dieses Dilemma versucht die Anorektikerin zu beseitigen, indem sie die Differenzen miteinander in Einklang zu bringen versucht. Da sie weiß (oder zumindest

hört), dass ihr Zustand bedrohlich ist, ändert sie die eigenen Normen für körperliches Wohlergehen und Aussehen in eine neue, für sie gültige Norm. Dies führt dann auch zu den bereits erwähnten Körperwahrnehmungsstörungen.

Zusammenfassend sollen die wichtigsten, als Ursachen diskutierten Einflüsse der Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexia nervosa in einem Schema verdeutlicht werden (Abbildung 2.2).

Abbildung 2.2: Zusammenfassung (nach Slade, 1982)



2.3 Bulimia nervosa

Die Bulimie ist eine Erkrankung, die erst in der zweiten Hälfte der 70er Jahre häufiger beschrieben wurde (Boskind-Lodahl, 1976; Russell, 1979). 1980 wurde sie als eigene diagnostische Kategorie ins DSM-III (APA, 1980) aufgenommen und 1987 genauer spezifiziert (APA, 1987).

Gekennzeichnet ist sie durch wiederkehrende Essattacken und anschließende gewichtsreduzierende Maßnahmen (Erbrechen, Laxantien- und Diuretikaabusus, Fasten). Der Häufigkeitsgipfel liegt bei 18 – 20 Jahren. Viele Bulimikerinnen hatten oder haben gleichzeitig eine Anorexia nervosa.

Obwohl die beiden Essstörungen eng miteinander verwandt sind, gibt es mehr Patientinnen, die an Bulimie leiden als an Anorexie. Die Prävalenzrate der Bulimie liegt zwischen 1% und 3% bei Frauen, bei Männern tritt die Essstörung deutlich seltener auf und beträgt nur etwa ein Zehntel der Prävalenzrate der Frauen (Hsu, 1996, Steinhausen, 1997, Sullivan, 1998, Hebebrand, 1999 & Buddeberg-Fischer, 2000).

In Deutschland erkranken jährlich 8.100 – 10.000 Menschen neu an Bulimie, 49 – 440 Personen sterben daran (Krauth, Buser & Vogel, 2002).

2.3.1 Diagnosekriterien

a) Definition nach ICD-10

Nach ICD-10 liegt eine Bulimia nervosa vor, wenn folgende Kriterien erfüllt sind:

1. Häufige Essattacken (mind. zwei pro Woche über mind. drei Monate)

2. Die Gedanken an das Essen und die Gier zu essen spielen eine zentrale Rolle.
3. Einer Gewichtszunahme wird durch verschiedene Verhaltensweisen gegengesteuert:
 - selbstinduziertes Erbrechen
 - Missbrauch von Medikamenten wie Laxantien, Schilddrüsenpräparaten, Appetitzüglern und Diuretika
 - Strenge Fastenperioden
4. Gestörte Selbstwahrnehmung (als „zu fett“) mit Gewichtsphobie

Bei der Bulimie gibt es ebenfalls weitere Unterteilungen. Man unterscheidet zwei Subtypen danach, ob der Essattacke selbstinduziertes Erbrechen folgt (*purging type*) oder nicht (*nonpurging type*).

Zudem wird unterschieden, ob

- gleichzeitig eine Anorexia nervosa vorliegt.
- eine Anorexie in der Vorgeschichte bekannt ist, die direkt oder nach zeitlich unterschiedlichem Intervall in eine Bulimie überging.
- eine Bulimie ohne Anorexie in der Vorgeschichte vorliegt.

b) Leitsymptome

Neben den wiederholten Essattacken, bei denen große Mengen an Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden, zeichnet sich die Bulimia nervosa durch folgende Merkmale aus:

- Erbrechen nach den Heißhungerattacken

- Medikamentenmissbrauch
- Episoden restriktiver Nahrungszufuhr
- Menstruationsstörungen
- Störung des eigenen Körperbildes
- Teilweise zusätzliche Störung der Impulskontrolle, z.B.:
 - Ladendiebstahl
 - Alkohol-, Tabletten-, Drogenabusus
 - Unkontrolliertes Geldausgeben
 - Selbstverletzendes Verhalten

Die somatischen Störungen sind ähnlich wie die bereits erwähnten Störungen der Anorektikerinnen. Dazu kommen aber noch (besonders bedingt durch das Erbrechen):

- Zahnschäden
- Sialose (Vergrößerte Speicheldrüsen)
- Haarausfall
- Verdauungsstörungen
- Refluxösophagitis

Wie auch bei der Anorexie tritt die Bulimie häufig im Zusammenhang mit anderen psychischen Störungen auf, die eine Rolle bei der Behandlung spielen.

2.3.2 Ursachen

Schon die Suche nach den Ursachen der Anorexia nervosa beschäftigt seit Jahren Mediziner und Psychologen. Die Ursachenforschung einer so „jungen“ Krankheit wie der Bulimia nervosa gestaltet sich jedoch noch um einiges schwerer. Aufgrund ihrer Ähnlichkeit geht man jedoch weitgehend von den gleichen Faktoren aus.

a) Prädisponierende Faktoren

Das soziokulturell vorgegebene Schlankheitsideal

Wie bereits erwähnt, spielt die körperliche Attraktivität gerade für Frauen eine wesentliche Rolle. Seit Beginn der Sechzigerjahre hat sich das Schönheitsideal zu Gunsten extrem schlanker Frauen verändert. Um dem Druck der sozialen Norm zu entsprechen und damit auch das eigene Selbstwertgefühl zu steigern, führen etwa 20 % aller Frauen regelmäßig Diäten durch, ca. 6 % halten sich permanent an Diätvorschriften (Westenhöfer et al., 1987). Die positiven Konsequenzen bewirken, dass die Gewichtskontrolle nicht nur bei Anorektikerinnen extreme Formen annehmen kann. Die Beschäftigung der Bulimikerin mit ihrem (i.d.R. normalgewichtigen) Körper kann durchaus auch zu strengen Fastenperioden führen.

Die individuellen Lernerfahrungen

Wie auch bei der Magersucht spielen die individuellen Lernerfahrungen im Zusammenhang mit Nahrungsaufnahme eine wesentliche Rolle bei der Entstehung einer Essstörung (Johnson & Maddi, 1986). Während bei der Anorexie das Nicht-Essen als Machtinstrument eingesetzt wird, wird bei der Bulimie das Essen zum Ersatz für positive Gefühle, wie z.B. Belohnung oder Entspannung. Die Nahrungsaufnahme hat bei der Bulimikerin, ähnlich wie bei der Mager-süchtigen die Nahrungsverweigerung, einen so außergewöhnlich hohen Stellenwert, dem alle anderen Gefühle untergeordnet sind. So kann die Patientin beim Essen der Wirklichkeit entfliehen, um unangenehme Situationen zu entgehen bzw. diese gar nicht erst zu erleben.

Dieses Fehlverhalten wird oft bereits in der frühen Kindheit erlernt. Wird ein trauriges Kind nicht getröstet, sondern mit Schokolade beruhigt, so ist die Wahrscheinlichkeit groß, dass das Kind später in ähnlichen Situationen wieder zum Essen greift, statt sich seinen Problemen zu stellen.

Dazu kommt, dass Bulimikerinnen ein gestörtes Empfinden über Hunger und Sättigung haben. Vandereycken, Norré und Meermann (1991) versuchen dies über folgende Ansätze zu erklären:

1. Die Veränderung des Hungergefühls:

Da während eines Fressanfalls v.a. süße Speisen verschlungen werden und Zucker rasch, also noch vor dem Erbrechen, resorbiert wird, erhöht sich der Insulinspiegel der Bulimikerin. Hierdurch wird das Hungergefühl verstärkt. Wenn die Nahrungsaufnahme vorzeitig unterbrochen wird, wird ein Zustand der Hypoglykämie erreicht. Somit kann der Verzehr eines Kekses bereits zu einem unkontrollierbaren Hungergefühl führen. Auch wenn der Zusammenhang zwischen Hypoglykämie und Bulimie nicht eindeutig bewiesen ist, so muss dieser Aspekt dennoch in Betracht gezogen werden.

2. Die Veränderung des Sättigungsgefühls:

Während des Ess-Brechzyklus erhält der Körper eine Vielzahl unterschiedlicher Informationen, die das Sättigungsgefühl verhindern. Dieses stellt sich nur dann ein, wenn enorme Mengen an Nahrung aufgenommen werden. Als Anpassung an dieses Verhalten nimmt der Magenumfang fortschreitend zu, so dass sehr viel gegessen werden kann, bevor das Gefühl der Sättigung eintritt.

Die Bedingungen in der Familie (der systemtheoretische Ansatz)

Der systemtheoretische Ansatz wurde bereits im Kapitel 2.2.2 b diskutiert und soll deshalb hier nur kurz erwähnt werden.

Man geht im Familiensystem essgestörter Kinder von spezifischen Interaktionsmustern aus (Rigidität, Verstrickung, Überbehütung, Konfliktvermeidung und Mangel an Konfliktbewältigung). Das essgestörte Kind versucht in diesem Modell die Stabilität des Systems aufrechtzuerhalten. Dazu gehört es auch, offene Konflikte, z. B. zwischen den Eltern, zu verhindern.

Die biologischen Faktoren

Wie auch bei der Anorexie, kann man bei der Bulimie in Bezug auf die biologischen Faktoren nur schwer zwischen Ursache und Folge der Essstörung unterscheiden. Angenommen wird eine primäre Störung des serotonergen Systems, die jedoch vermutlich eher eine Konsequenz des pathologischen Essverhaltens ist (Schweiger et al., 1988, Fairburn & Harrison, 2003).

Als Risikofaktor gilt jedoch ein genetisch bedingter erniedrigter Energieverbrauch mit der damit verbundenen Prädisposition zu höherem Gewicht (Striegel-Moore, Silberstein & Rodin, 1986). Um dem soziokulturellen Schönheitsideal zu entsprechen, müssen diese Personen ihre Kalorienzufuhr stark einschränken. Unterstützt wird diese Annahme durch die Beobachtung, dass viele Bulimikerinnen vor Entwicklung ihrer Essstörung übergewichtig waren (Mitchell et al., 1985).

b) Aufrechterhaltende Faktoren

Die psychologischen und biologischen Folgen der Mangelernährung

Untersuchungen an Anorektikerinnen ergaben, dass die ständigen diätetischen Bemühungen auch zu einer andauernden gedanklichen Beschäftigung mit dem Essen führen und teilweise bizarre Verhaltensweisen im Umgang mit Nahrung auslösen.

Auch intermittierende Mangelernährung, wie sie bei Bulimikerinnen zu finden ist, führt zu metabolischen und endokrinen Veränderungen. Diese bleiben auch noch einige Zeit bestehen, wenn die Betroffenen ihrem Körper wieder ausreichend Kalorien zuführen. Ein normales Essverhalten bedeutet unter diesen Bedingungen zunächst eine Zunahme des Körpergewichts, die jedoch von den

Patientinnen um jeden Preis vermieden werden will. Deshalb wird das eigene Essverhalten erneut strengen Kontrollen unterworfen und eine Normalisierung der biologischen Veränderungen verhindert (Laessle et al., 1987).

„Restrained Eating“ als Faktor für die Aufrechterhaltung von Essattacken

Die Patientinnen, die zeitweise ein gezügeltes Essverhalten („restrained eating“) zeigen, berichten darüber, dass sie schneller wieder Heißhungeranfälle bekommen (Polivy & Herman, 1985; Wardle, 1987). Bei Teilnehmern an Diät-Experimenten (Keys et al., 1950) traten während und nach Beendigung der Untersuchung erstmals Essattacken auf.

Weitere experimentelle Untersuchungen ergaben, dass „restrained eaters“ die strenge Kontrolle über ihr Essverhalten nicht immer aufrechterhalten können (besonders nicht, wenn in irgendeiner Form Stress auf sie ausgeübt wird) und dann noch mehr Nahrung zu sich nehmen, als Personen mit nicht-gezügelm Essverhalten. Herman und Polivy (1988) bezeichnen dies als „Counterregulation“, ein experimentelles Analogon zu bulimischen Heißhungeranfällen, die ebenfalls häufig nach Stress auftreten.

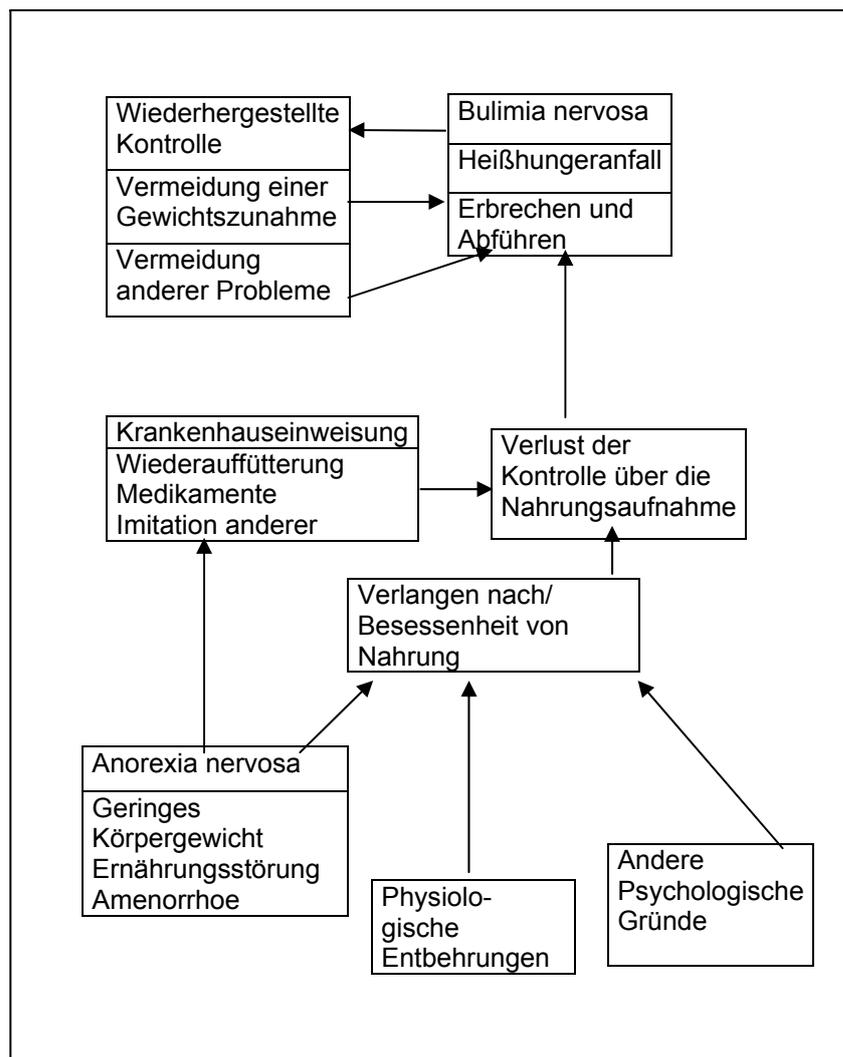
Erbrechen als Angstreduktion

Nach Rosen und Leitenberg (1985) werden Essanfälle v.a. durch das nachfolgende Erbrechen aufrechterhalten. Da die Angst vor dem Dicksein während des Essanfalls extrem ansteigt, sucht die Bulimikerin nach einer angstreduzierenden Maßnahme. Das anschließende Erbrechen führt also nach dem System der negativen Verstärkung zu einer Verstärkung bzw. Aufrechterhaltung des vorangehenden Verhaltens (= Essanfall). Diese Hypothese wurde von Rosen (1987) zumindest für eine Teilgruppe bulimischer Patientinnen bestätigt.

Zusammenfassung

Das nachfolgende Schema (Abbildung 2.3) fasst die Faktoren der Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimie noch einmal zusammen.

Abbildung 2.3: Entstehung und Aufrechterhaltung der Bulimia nervosa (nach Slade, 1982)



3. THERAPIEOPTIONEN

Nur eine Minderheit der Patientinnen, die unter einer Essstörung leiden, begeben sich in Therapie. Unter den Bulimikerinnen findet sich nach Fairburn und Mitarbeiter (2000) ein Anteil von 40 %, unter den Anorektikerinnen sind etwa ein Drittel der Patientinnen zu einer Therapie bereit (Deter & Herzog, 1995).

Magersüchtige lehnen eine Behandlung oft ab, da sie ihre Krankheit verleugnen und ihre gegenwärtige Situation nicht als Problem, sondern als Lösung betrachten. Die Angst vor dem Aufbrechen familiärer Konflikte und vor der Auseinandersetzung mit den eigenen Wünschen und Phantasien erhöhen ebenfalls den Widerstand. Hinzu kommen Schamgefühle bezüglich des Essverhaltens und der Essrituale. Im Verlauf der Behandlung spüren die Patientinnen jedoch häufig, dass sie Hilfe benötigen.

Über die Gründe, warum Bulimikerinnen eine Therapie ablehnen, ist wenig bekannt. Als mögliche Faktoren kommen nach Reich (2001) in Betracht:

- Angst, sich mit der Situation und den eigenen Problemen zu beschäftigen. Die Innenwelt erscheint den Patientinnen als gefährlich und beschämend. Kommen diese intrapsychischen Ereignisse ins Bewusstsein, so rufen sie Verachtung, Verurteilung oder Abwertung hervor (Reich, 1994).
- Hiermit verbunden zeigt sich auch der Wunsch, das Symptom beizubehalten bzw. die Angst davor, dieses aufzugeben, sowie das Bestreben, die eigene, als fehlerhaft erlebte Identität verborgen zu halten.
- Angst vor der Wiederbelebung traumatischer Ereignisse, desweiteren Angst vor der Zerstörung idealisierter Bilder von Personen und davor, dass bestehende Familienkonflikte wieder aufbrechen könnten.

Trotz eines anfangs häufig anzutreffenden Widerstandes profitieren sowohl Anorektikerinnen als auch Bulimikerinnen erheblich von einer Therapie. Die Heilungschancen sind besonders hoch, wenn die Behandlung innerhalb der ersten Jahre nach Beginn der Erkrankung erfolgt (Reas et al., 2000).

3.1 Psychodynamische Therapie

Die psychodynamisch orientierte Psychotherapie kann besonders hilfreich sein bei Patientinnen mit Störungen des Selbstwertgefühls, Traumata in der Anamnese, Reifungskrisen, akuten und chronischen Konflikten sowie bei psychiatrischer Komorbidität.

3.1.1 Ambulante Psychodynamische Therapie

Reich (2001) beschreibt die ambulante psychodynamische Behandlung in vier Phasen: Einleitungsphase, Stabilisierungsphase, Phase der Bearbeitung des psychodynamisch relevanten Konflikte und Abschlussphase.

a) Strategien bei Anorexie

In der **Einleitungsphase** steht neben der Exploration des Essverhaltens (Esstagebuch), des Selbstbildes und der möglichen affektiven Störungen auch hier die Information über den Ernst der Erkrankung im Vordergrund. Die Zusammenhänge zwischen Anorexie und inneren Konflikten werden thematisiert. Die Patientin soll den Therapeuten nicht als eine Person sehen, die ihr Essverhalten kontrollieren will, sondern als Helfer, der sich um die Probleme kümmert, die hinter der Essstörung stecken. Auf diese Weise wird die Behandlungsbereitschaft der Patientin gesteigert. Da eine Therapie aber nur dann erfolgreich sein kann, wenn sowohl körperliche als auch seelische Probleme angegangen werden, wird zu Beginn ein Behandlungsvertrag (s. Tabelle 5) aufgesetzt, in dem sich die Anorektikerin bereit erklärt, ein festgelegtes Minimalgewicht nicht zu unterschreiten.

Die Einhaltung der im Vertrag festgehaltenen Bedingungen über Gewicht und wöchentlicher Gewichtszunahme (gewöhnlich zwischen 500 g und 3 kg) wird

in der **Stabilisierungsphase** regelmäßig überprüft. Hält die Patientin diese Abmachungen nicht ein, folgen Konsequenzen ansteigender Härte (z.B. Beschränkung der körperlichen Aktivität, Verbot von Arbeit und Lernen, Krankenhauseinweisung). Die Verantwortung über ihr Gewicht obliegt allein der Patientin. Sie kann selbst entscheiden, was und wie viel sie isst, hat aber nur Zugang zu den Nahrungsmitteln, die andere Familienmitglieder zur gleichen Zeit auch essen. McGlynn (1980) berichtet über Erfolge durch die Kombination von Selbstüberwachung und aus der Ferne gespendetem Lob. Hierbei ist nur ein minimaler Kontakt zum Therapeuten nötig. Die Behandlung beinhaltet folgende Merkmale:

1. Die tägliche Kalorienzufuhr beträgt 2000 kcal.
2. Die Patientin überwacht und protokolliert die tägliche Nahrungsaufnahme
3. Eine Kopie der Protokolle wird wöchentlich an den Therapeuten geschickt
4. Die Patientin ruft den Therapeuten einmal pro Woche an, damit er Rückmeldung über ihre Gewichtskurve bekommt.

Oft wird von Verwandten von einem unregelmäßigen Essverhalten der Patientinnen berichtet. Sie nehmen vor dem nächsten Therapietermin in kurzer Zeit viel an Gewicht zu, um es nach dem Termin rasch wieder abzunehmen. Poole und Mitarbeiter (1978) schlagen deshalb vor, keine regelmäßigen Behandlungstermine auszumachen, sondern per Zufall durch den Therapeuten festlegen zu lassen. Die Patientin wird erst am Tag vorher angerufen und einbestellt. Da die Abstände zwischen den Terminen unregelmäßig sind, ist sie gezwungen, ihr Gewicht innerhalb der festgelegten Grenzen zu halten.

Die **Bearbeitung der psychodynamisch relevanten Faktoren** gestaltet sich bei Anorektikerinnen oft schwierig. Oft sind sie sich ihrer Symptome und Abwehrmechanismen durchaus bewusst, erleben diese aber als „normal“ (Hogan, 1985). Manche Patientinnen interpretieren ihr eigenes Verhalten in

isolierter, rationalisierender Weise und verleugnen, dass sie Konflikte haben und das eigene Erleben rationalisieren oder verdrängen. Die Grundeinstellung zum Therapeuten ist dann eher ablehnend, da sie behaupten, dass er ihnen nichts sagen könne, was sie nicht bereits wissen (Hogan, 1985). Dies sind jedoch alles nur Schutzmaßnahmen aus Angst davor, kontrolliert und beherrscht zu werden, und davor, unterdrückte Gefühle und Impulse nicht kontrollieren zu können. Im Verlauf der Behandlung zeigt der Therapeut der Patientin immer wieder, dass mit ihren Symptomen Gefühle vermieden werden und diese rücken dann ins Zentrum der Betrachtung. Anorektikerinnen versuchen jedoch ihren Standpunkt so lange wie möglich zu halten und werden dies nicht nur auf intellektueller, sondern auch auf moralischer Basis begründen. Sie projizieren die eigenen aggressiven oder triebhaften Impulse auf Andere und verurteilen diese (Hogan, 1985). Dieser moralischen Verurteilung kann auch der Therapeut unterliegen, wenn die Patientin versucht, ihn über Schuldgefühle zu manipulieren und zu kontrollieren. Häufig geschieht dies im Zusammenhang mit einer Verschlechterung der Symptomatik.

In der **Schlussphase** wird, wie bei der Bulimie, nochmals die Einstellung der Patientin zum Essen und der Zusammenhang mit ihren inneren Konflikten besprochen. Die Patientin diskutiert mit dem Therapeuten inwiefern sich Veränderungen im Selbstbild und dem eigenen Essverhalten ergeben haben. Prospektiv wird die Patientin auf zukünftige Entwicklungsschritte und mögliche Krisen hingewiesen.

b) Strategien bei Bulimie

Der erste Schritt in der **Einleitungsphase** ist eine genaue Abklärung des Essverhaltens, des aktuellen und des angestrebten Gewichts sowie die Vorstellung der Patientin von ihrem Körperbild. Ebenso wichtig ist es, die Akzeptanz oder Ablehnung der Veränderung des Körpers oder bestimmter Körperregionen zu explorieren. Um Hinweise auf Arzneimittelmisbrauch, ernährungsbedingte Mangelerscheinungen aber auch auf eine gleichzeitig bestehende affektive

Störung zu bekommen, werden die Bulimikerinnen gebeten, Essprotokolle oder Esstagebücher zu führen. Hierbei werden nicht nur Art und Menge der aufgenommenen Nahrungsmittel festgehalten, sondern auch wann, wo und warum gegessen wurde, ob gewichtsregulierende Maßnahmen eingeleitet wurden und welche Gefühle die Patientin vor, bei und nach dem Essen empfand.

Ebenfalls zu Beginn der Behandlung werden die individuelle Geschichte der Essstörung im biographischen Kontext thematisiert und Hypothesen gebildet über Auslöser, Entwicklung und Bedeutung der Bulimie. Der Patientin wird klargemacht, dass ihre Krankheit das Produkt einer Verschiebung von Konflikten und Regulationsstörungen auf den Körper ist.

In der folgenden **Stabilisierungsphase** werden die Patientinnen informiert über ihr eigenes Essverhalten, Diäten, Medikamente und die Folgen des Missbrauchs. Oft müssen Bulimikerinnen aufgeklärt werden, dass Heißhungerattacken nicht auf ihre Willensschwäche zurückzuführen sind, sondern durchaus körperliche Reaktionen auf Unterzuckerung des Organismus sein können (s. Kapitel 2.3.2 Ursachen der Bulimia nervosa). Die Patientin soll die Grundzüge einer gesunden Ernährung kennenlernen und Alternativen zu ihrem bisherigen Essverhalten erkennen.

Für die **Phase, in der die psychodynamisch relevanten Konflikte bearbeitet** werden, scheint die intensive Betrachtung der auslösenden Situationen für bulimische Essattacken ein wichtiger Ausgangspunkt zu sein. Wichtig ist hierbei, eine differenzierte Gefühlswahrnehmung zu erreichen, da die Patientinnen oft einzelne Gefühle nicht von einem diffusen Unwohlsein unterscheiden können. Diese Differenzierung ist aber Voraussetzung für eine konkrete Problembeschreibung.

Im weiteren Verlauf wird die Patientin mit ihren Abwehrmechanismen konfrontiert, um zu erarbeiten, welche Affekte und Probleme sie damit zu bewälti-

gen versucht. Es muss hierbei jedoch darauf geachtet werden, dass das Fortschreiten der Therapie schrittweise geschieht. Reich (2001) beschreibt das Verhalten von Bulimikerinnen während der Behandlung ebenfalls als „bulimisch“. Sie nehmen Interventionen rasch auf, ohne sie zu verarbeiten und drängen auf neue Interventionen. Vom eigenen Erleben berichten sie manchmal schnell und themenübergreifend, so dass Reich hier von einem „Erbrechen in den therapeutischen Raum hinein“ spricht. Ziel muss es sein, dass die Patientin sich und ihre Gefühle verstehen und akzeptieren lernt.

In der **Schlussphase** werden die bearbeiteten Konflikte nochmals zusammengefasst und auf die Symptomatik bezogen. Verschiedene Verhaltensbereiche und deren Verbindung werden diskutiert. Außerdem können mögliche zukünftige Konfliktsituationen zusammen mit Vorschlägen für das Verhalten der Patientin besprochen werden.

In Tabelle 3.1 werden die wichtigsten Schritte der psychodynamischen Therapie bei Bulimie und Anorexie noch einmal aufgezeigt.

Tabelle 3.1: Phasen und Schwerpunkte psychodynamischer Therapie bei Bulimie und Anorexie (nach Reich, 2001)

Phase 1: Diagnostik und Einleitung der Behandlung

Ablklärung der Symptomatik
Basis-Essverhalten
Körperbild sowie angestrebtes und tolerierbares Gewicht
Methoden der Gewichtskontrolle
Komorbidität
Körperliche Untersuchung

Hilfsmittel:

Esstagebuch, Essprotokoll, Fragebögen

Weitere zentrale Aspekte der Diagnostik:

Auslösende Situation und Entwicklung der Symptomatik
Entwicklung des Körperbildes
Erfahrungen in Sexualität und Partnerschaft
Einstellung zu Essen, Diät, Gewicht und Aussehen
Seelische Erkrankungen in der Familie
Umgang mit interpersonellen Grenzen
Umgang mit Konflikten
Ödipale Konstellation
Abwehrstruktur

Aufbau von Arbeitsbündnis und therapeutischer Beziehung:

Erklären der Regulierungs- und Abwehrfunktion der Symptomatik
Herausarbeiten der Verschiebung von Konflikten und Regulierungsstörungen auf den Körper
Betonung, dass seelische Probleme behandelt werden sollen und nicht nur Symptomveränderung, z.B. Gewichtszunahme, angestrebt wird

Hierbei besondere Schwerpunkte:

Bei Bulimie

Erste Bearbeitung der Scham
Erarbeiten der aktuell mit Essen, Essanfällen und Gegenregulierung verbundenen Affekte und Konflikte

Bei Anorexie

Erste Bearbeitung der Verleugnung
Erarbeiten der aktuell mit Essen, Gewichtszu- und -abnahme verbundenen Affekte und Konflikte

Phase 2: Stabilisierung

Information über Gewichtsschwankungen und Untergewicht sowie deren körperliche und seelische Folgen
Information über Auswirkungen von Laxantien und ähnlichen Medikamenten, Erbrechen und exzessiver Bewegung

Gestaltung des Essverhaltens und der Mahlzeitenstruktur
Bei Anorexie
Vereinbarung über ein Mindestgewicht
Vereinbarung über ein Zielgewicht und Schritte der Gewichtssteigerung
Vereinbarung der Kontrolle, z.B. beim Arzt des Vertrauens
Festlegung der Konsequenzen bei Nicht-Einhaltung

Phase 3: Bearbeitung Psychodynamisch Relevanter Faktoren

Beziehen der Symptomatik und des Handelns auf die Übertragungskonflikte
Stärkung des beobachtenden und erlebenden Ichs
Differenzierung der Affekt- und Konfliktwahrnehmung

Bearbeiten zentraler Abwehrmuster:

Bei Bulimie
Globalisierung
Entdifferenzierung
Übertreibung
Bulimischer Umgang mit der Therapie
Blockierung von Affekten

Bei Anorexie
Rationalisieren
Isolieren
Pseudo-Einsichten
Selbst-Sezieren
Reaktionsbildung
Altruistische Abtretung
Wendung gegen das Selbst
Vermeiden

Bearbeiten zentraler Konflikte und Ängste:

Bei Bulimie
Pseudo-Autonomie
Angst vor Intimität und Abhängigkeit
Unsicherheit bzgl. der Grenzen
Scham und Schamabwehr
Angst vor Bloßstellung und Entwertung des inneren Erlebens

Erleben und Integration der defekten Selbstanteile

Bei Anorexie
Kontrolle, Beherrschung, Wahrung der Grenzen
Angst vor Auflösung, Verlust der Kontrolle
Schuldkonflikte
Angst vor Kontrollverlust über das innere Erleben
Manipulation über Schuld und Verurteilung
Omnipotente Kontrolle

Phase 4: Abschluss

Bündelung der Konfliktlinien
Zentrieren der Konfliktlinien auf die Symptomatik
Bilanzierung
Abschied und Trauer: Erleben von Abhängigkeit und Verlust,

3.1.2. Stationäre Psychodynamische Therapie

Die stationäre Behandlung von Essstörungen gliedert sich in mehrere Phasen. Anfangs steht die Behandlung der Symptome im Vordergrund. Sie sollte später aber in eine langfristige, auch ambulante Therapie übergehen.

Herzog und Zeeck (2001) sehen bei der stationären Behandlung folgende Grundpfeiler:

- Erstellung eines Konzepts, das sowohl die psychodynamische Behandlung also auch die Symptombekämpfung beinhaltet.
- Die Normalisierung des Gewichts und die Behandlung der Symptome sind medizinische und psychologische Voraussetzungen, aber nicht unbedingt Hinweise für einen Therapieerfolg.
- Das anzustrebende Mindestgewicht entspricht der 10er Percentile der alters- und geschlechtsparallelen Normalbevölkerung (Hebebrand & Remschmidt, 1995). Zu schnelle Gewichtszunahme ist ebenso bedenklich wie zu langsame.
- Die stationäre Behandlung ist nur der Beginn eines langen therapeutischen Prozesses.
- Gerade die Therapie von Anorexie-Patientinnen stellt hohe Anforderungen an den Therapeuten. Deshalb sind hier Spezialisten gefragt, die über entsprechende Erfahrung und Fertigkeiten verfügen.

Behandlungsvorbereitung

Neben der Diagnostik, der Anamnese über Entwicklung und Ausprägung des Essstörung wird ein Familiengespräch angestrebt. Die Ergebnisse werden der Patientin dargestellt und mit ihr diskutiert (Hartmann & Herzog, 2000). Durch die gemeinsame Betrachtung wird ihr eine Möglichkeit zur Distanzierung gegeben. Es wird betont, dass die Patientin die Auftraggeberin ist, von der letztlich die Regeln ausgehen. Der Therapeut oder das therapeutische Team kann vorübergehend die Ich-Funktion stellvertretend für sie übernehmen, erkennt aber ihren Wunsch nach Autonomie an. In einem mehrseitigen Therapievertrag wird der Patientin das schrittweise Vorgehen von der Aufnahme bis zur ambulanten Nachbehandlung erklärt. Die ebenfalls hierin festgesetzten Vorschriften über Gewicht und Gewichtszunahme sowie über Belohnung und die Möglichkeit der vorzeitigen Entlassung bei Zurücknahme des Behandlungsauftrages werden von der Patientin akzeptiert. Der Vertrag ist zeitlich begrenzt. Die Entlassung richtet sich nach dem gemeinsam festgesetzten Basisgewicht.

(vgl. Tabelle 3.2: Inhalte der Therapievereinbarung für anorektische Patientinnen)

Tabelle 3.2: Inhalte der Therapievereinbarung für anorektische Patientinnen
(nach Herzog & Zeeck, 2001)

- Vorbereitung: Information über das Phasenmodell der Therapie
- Gewichtsnormalisierung:
○ Festlegen des Basisgewichts vor der Aufnahme, meist BMI = 18 –19 kg/m ²
○ Regelmäßige Gewichtszunahme (500-1500 g/Woche) bis zum Erreichen des Basisgewichts
○ Nach Erreichen des Basisgewichts mind. 8 Wochen stationär unter Standardbedingungen
○ Wiegen 2 mal/Woche
- Ernährung:
○ 2500 kcal, 3 Haupt- und 2 Zwischenmahlzeiten
○ alle gängigen Lebensmittel
○ Mahlzeiten mit Mitpatienten regulär, danach Zimmerruhe für 1 Stunde
○ Nach Erreichte des Basisgewichts: selbstständiges Planen, Einkaufen und Zubereiten von Mahlzeiten
- Ausgang: abhängig vom körperlichen Zustand, z.B. Gewicht
- Zugang zu verschiedenen Therapien:
○ Abhängig vom körperlichen Zustand, z.B. Gewicht
○ Einbeziehung der Familie obligat, Zeitpunkt und Methode variabel
- Entlassung: Information über die prinzipiellen Entlassungsmodalitäten

Nach Herzog und Zeeck (2001) bestehen die Therapieelemente des stationären Anorexieprogramms aus folgenden Punkten:

- Störungsspezifische ambulante Diagnostik
- Therapievertrag vor Aufnahme mit Bedenkzeit (i.d.R. eine Woche)
- Vereinbartes Basisgewicht
- Ausgang und Therapiezugang in Abhängigkeit vom körperlichen Zustand
- Somatische Betreuung
- Management- und einzeltherapeutische Funktion getrennt
- psychodynamische Einzeltherapie (2 mal wöchentlich)
- psychodynamische Gruppentherapie (3 mal wöchentlich)
- Gestaltungs- und/oder Musiktherapie mit Gruppe (2 mal wöchentlich)
- Konzentrierte Bewegungstherapie: 20 Einzelsitzungen, danach KBT-Gruppe (2 mal wöchentlich)
- Stationsgruppe mit Pflegepersonal und Patienten (1 mal wöchentlich)
- Essgespräche, therapeutisches Kochen, ggf. konkrete Essbegleitung (2 mal wöchentlich)
- Zimmervisite mit Arzt und Pflegepersonal (1 mal wöchentlich)
- Gruppervisite mit Oberarzt und Team (1 mal wöchentlich)
- Evtl. Familiengespräch
- Evtl. Sozialarbeit

Auf einige, wichtige Therapieelemente soll hier näher eingegangen werden.

Die *analytische Einzeltherapie* beschäftigt sich mit den Zusammenhängen zwischen Symptomen und Konflikten und arbeitet v.a. mit Übertragung und Gegenübertragung. Innerpsychische und interpersonelle Gefühle und Konflikte werden in der *analytischen Gruppentherapie* zusammen mit Anderen diskutiert.

In der *Stationsgruppe* sprechen die Patientinnen mit dem Pflegepersonal über Essrituale, typische Gewohnheiten und die Vertragsbedingungen. Je nach Situation kann auch der Umgang mit Essen und den Mahlzeiten thematisiert werden.

Die *Konzentrierte Bewegungstherapie (KBT)* hat sich als besonders hilfreich erwiesen. Zunächst wird die Patientin in 20 Einzelsitzungen an diese Methode herangeführt, die sie später in der Gruppe fortsetzt. Mit einer sofortigen Gruppentherapie fühlen sich viele Essgestörte überfordert (Carl & Herzog, 1996).

Während des Aufenthaltes sollte wenigstens ein *Familiengespräch* stattfinden, um die intrafamiliären Konstellationen aufzuklären. Dieses Gespräch kann auch in eine Familientherapie oder in familienorientierte Einzelgespräche übergehen (Herzog, 2001).

Die *Zimmer- und Gruppenvisiten* dienen dem Informationsaustausch zwischen Arzt, Pflegepersonal und Patientin. Dabei werden die verschiedenen Therapien und die dabei evtl. auftretenden Probleme besprochen und die Entwicklung des Essverhaltens anhand der Gewichtszunahme-Kurven diskutiert.

Idealtypischer Phasenverlauf der Behandlung

Besonders bei der Therapie der Anorexie lassen sich verschiedene Behandlungsphasen unterscheiden (Herzog & Zeeck, 2001).

Die ersten zwei bis vier Wochen werden als **Einstiegsphase** bezeichnet, in der sich die Patientin v.a. mit dem Essen und der Änderung ihres Essverhaltens beschäftigen soll. In dieser Phase fehlt die Krankheitseinsicht oft noch oder ist nur bruchstückhaft vorhanden. Der Umgang mit Essen und das Einschätzen von Nahrungsmengen fallen der Patientin schwer, besonders wenn sie ihre Essrituale noch nicht aufgegeben hat. Zu der Angst, ihre Autonomie zu verlieren, kommt auch die Frage, ob sie dem Behandlungsteam vertrauen kann. Oft

testet die Patientin in dieser Phase, ob sie ihren Therapeuten manipulieren und damit Macht auf ihn ausüben kann.

Als Ausdruck der inneren Widersprüche zeigen sich in der Gewichtskurve in dieser Phase oft Sprünge oder Stagnationen. Deshalb stehen die Symptomatik und symptomzentrierte Angebote zunächst im Mittelpunkt. Die Patientin wird immer wieder darauf hingewiesen, dass dem Team ihre Tricks und Manipulationsversuche bekannt sind, dass aber sie allein die Verantwortung für ihr Handeln trägt. Wesentliches Ziel in dieser Phase ist es, die Therapiebereitschaft der Patientin zu steigern und einen ersten Eindruck von ihrer Belastbarkeit und Dynamik zu erhalten.

Die nun folgende **Mittelphase** endet mit dem Erreichen des Basisgewichts. Zunächst nimmt die Patientin in einer scheinbar ruhigen Phase kontinuierlich an Gewicht zu. Als positive Resultate steigen auch Energie und Konzentrationsfähigkeit an. Doch nach einem Gewichtsanstieg um etwa 5-8 kg treten verstärkt Konflikte und die Ablehnung des eigenen Körpers in den Vordergrund. In dieser Phase wird meist nur ein langsamer Kurvenanstieg verzeichnet. Der Therapeut bespricht nun intensiv Körperschemastörungen, Essrituale und das Verhältnis zu Körper und Gewicht mit der Patientin. Gegen Ende der Mittelphase stabilisiert sich die physische und psychische Lage der Patientin. Das Gewicht steigt nun langsamer an und die Kurve nähert sich asymptotisch dem Basisgewicht. Da die Station zu einem vertrauten Ort geworden ist, treten nun bereits Ablösungskonflikte auf, die in der **Abschlussphase** das zentrale Thema sind. Hier kommt es sowohl vor, dass Patientinnen den Behandlungsabschluss hinauszögern, als auch, dass sie selbst Schritte unternehmen, die zu einer vorzeitigen Entlassung führen sollen. Die Therapie bereitet die Patientin nun auf mögliche nachfolgende Konflikte und die anschließende ambulante Nachbehandlung vor. Es müssen Vorbereitungen getroffen werden, die der Patientin das Leben außerhalb der Klinik möglich machen. Ein besonders wichtiger Punkt ist hierbei das Wissen um die richtige Nahrungsmenge, die die Patientin einkaufen und zu sich nehmen muss, um ihr Gewicht zu halten. Häufig fällt sie

ohne die vorportionierten Mahlzeiten der Klinik in ihr altes Essverhalten zurück.

Der Übergang von der geschützten Umgebung der Station zur Außenwelt, in der die Patientin auf sich allein gestellt ist, soll in dieser letzten, ca. 8-wöchigen Phase vereinfacht werden. Zugleich wird eine ambulante Langzeittherapie geplant.

3.2 Kognitive Verhaltenstherapie

Diese Therapieform basiert auf der Annahme, dass erlerntes Verhalten auch wieder verlernt werden kann. Zu diesem Zweck werden auch lerntheoretische Prinzipien genutzt. In der kognitiven Therapie wird besonderer Wert auf die Veränderung von irrationalen Denkweisen, Einstellungen und Verhaltensweisen gelegt.

3.2.1 Ambulante kognitive Verhaltenstherapie

Da sich die ambulante Verhaltenstherapie bei Anorexie und Bulimie nicht wesentlich unterscheidet, werden im Folgenden die gemeinsamen Elemente der kognitiven Verhaltenstherapie bei Essstörungen näher erläutert.

Benninghoven und Liebeck (1997) gliedern diese ambulante Therapie in drei Phasen: Eingangsphase, Mittelphase und Abschlussphase.

In Phase 1 (Eingangsphase) soll ein Vertrauensbündnis zwischen Therapeut und Patientin entstehen sowie eine Verhaltensanalyse erarbeitet werden. Ebenfalls werden die Therapieziele besprochen.

In Phase 2 (Mittelphase) geht es um das Durchbrechen des Kreislaufs „Essen - Erbrechen - Hungern - Essen“ bei Bulimie bzw. „Hungern - Gewichtskontrolle - weitere Gewichtsreduktion“ bei Anorexie. Ein gesundes Essverhalten wird ebenso thematisiert wie Methoden der Stressbewältigung und Problemlösung.

In der folgenden Phase 3 (Abschlussphase) wird die Patientin auf das Ende der Therapie vorbereitet. Dazu gehören auch prophylaktische Maßnahmen und Bewältigungsstrategien, um Rückfällen vorzubeugen.

Am Beginn der **Eingangsphase** steht die Diagnostik. In erster Linie sollte die Patientin selbst zu Wort kommen, von ihren Problemen, Gefühlen und Vorstellungen berichten und sich auch möglichst bald als Co-Therapeutin verstehen. Alle Interventionen sollen transparent durchgeführt werden, um die Compliance zu erhöhen. In der ersten Phase sollen auch gleich die Therapieziele festgelegt werden. Eine gute Hilfe können die „Goal Attainment Scales“ (Bolm, 1994) sein. Damit ist im Verlauf der Therapie auch ein Orientierungspunkt gegeben über den aktuellen Stand dessen, was man erreicht hat und was man erreichen wollte.

Im Anschluss an die diagnostische Phase soll schnellstmöglich eine konkrete Veränderung des Essverhaltens herbeigeführt werden. Dies beginnt mit einer umfassenden Aufklärung über gesunde Ernährung. Die Patientinnen wissen zwar viel über Diätmaßnahmen, sind aber über die Grundzüge einer ausgewogenen Ernährung meist nicht informiert. Deshalb muss der Therapeut zunächst als Ernährungsberater fungieren und die Wesenszüge und Zusammenhänge eines gesunden Essverhaltens vermitteln. Daran schließen sich einige strukturierte Esstage an. Diese bestehen aus drei Haupt- und zwei Zwischenmahlzeiten. Wichtig ist jedoch, dass die Patientin auf diese Konfrontation gut vorbereitet wird und sich dieser meist angstausslösenden Vorstellung gewachsen fühlt. Hilfreich kann die Externalisierung innerer Dialoge sein. Die Patientin soll Argumente für und gegen eine gesunde Ernährung aussprechen. Dies kann beispielsweise in einem Rollenspiel geschehen, in dem der Therapeut die mit der Essstörung verbundenen Gedanken verbalisiert. Dadurch wird die Patientin aufgefordert, die Gründe für eine angestrebte Veränderung selbst zu formulieren. Im Anschluss wird das Rollenspiel reflektiert. Solche Externalisierungen dienen in dieser Phase dem Therapeuten der Informationsgewinnung über die Emotionen seiner Patientin und die damit verbundenen Vermeidungsstrategien. Für die Patientin ist es eine Vorbereitung auf das, was sie im Verlauf der Therapie noch zu erwarten hat.

Manchmal gelingt es einer Patientin trotz Motivation und dem Bewusstsein über die Ätiologie und aufrechterhaltenden Faktoren ihrer Essstörung nicht, ihr Essverhalten zu ändern. In solchen Fällen bietet sich die Exposition mit Reaktionsverhinderung (Wilson et al., 1991) an. Der Therapeut begibt sich zusammen mit der Patientin in die konkrete angstausslösende Situation und bleibt bei ihr, bis die Angst deutlich nachlässt. In Bezug auf die Bulimie heißt das, dass der Therapeut sich mit der Patientin in ein Restaurant begibt, mit ihr isst und beide solange bleiben, bis der Drang, Gegenmaßnahmen einzuleiten, verebbt. Die Exposition sollte jedoch keine Routinemaßnahme werden, da es im Sinne des Selbstmanagementansatzes (Kanfer et al., 1996) meist günstiger für den Verlauf der Therapie ist, wenn die Patientin die angestrebten Veränderungen des Essverhaltens selbstständig schafft.

Um den Prozess der Veränderung zu unterstützen, werden verschiedene Selbst- und Stimuluskontrolltechniken eingesetzt. Beispielsweise sollen die Patientinnen ihre Waage aus dem Haus geben, um nicht mehr gewichtsorientiert zu essen. Bulimikerinnen werden beim Einkaufen für die strukturierten Esstage begleitet. Dadurch wird verhindert, dass Nahrungsmittel gehortet und damit verfügbar sind. Im Falle extremer Ess-Brechzyklen, die mehrere Stunden dauern, können zwischengeschaltete Aufzeichnungen im Esstagebuch hilfreich sein. Die Patientin soll nach einer Stunde eine Pause machen und protokollieren, was sie gegessen hat, wie sie sich fühlt, was sie noch essen will etc. Damit werden die mit dem Essen verbundenen Zwänge unterbrochen und auf Dauer „aufgeweicht“.

In der anschließenden **zweiten Phase** der Therapie werden die eingeleiteten Veränderungen gefestigt. Die zunächst einzelnen strukturierten Esstage werden auf mehrere Tage in der Woche ausgeweitet. Um die Fortschritte zu dokumentieren, wird ein Esstagebuch angelegt bzw. weitergeführt. Es werden alle Vor- und Nachteile des strukturierten Essens im Vergleich zum gestörten Essverhalten erlebt und besprochen. Die Patientin soll sich bewusst für die Veränderung entscheiden. Deshalb soll die Möglichkeit bestehen bleiben,

Veränderungen im Essverhalten wieder rückgängig zu machen. Viele Patientinnen berichten über Phasen, in denen ihre Essstörung weniger ausgeprägt ist (z.B. in Gegenwart Anderer). Dies wird vom Therapeuten als Beleg aufgeführt, dass die Person auch ohne Essstörung leben kann. Dadurch wird die veränderungsbereite Seite der Ambivalenz bei der Patientin gefördert.

Parallel dazu soll in dieser Phase das Streben nach Schlankheit gehemmt werden. Die Patientin soll z.B. anhand von Zeitschriften das gesellschaftliche Schönheitsideal und die damit assoziierten Stereotypen (wie Erfolg, Leistungsfähigkeit, Jugendlichkeit etc.) erforschen. Im nächsten Schritt geht es dann darum, das eigene Schönheitsideal zu erkennen. Wie sieht sich die Patientin selbst, was bedeutet Schönheit für sie und warum ist das so wichtig. Der Therapeut achtet gezielt auf den soziokulturellen Einfluss der genannten Vorstellungen. Aus diesem Selbstschema werden Handlungs- und Zielkomponenten erarbeitet und analysiert. Dies könnte folgendermaßen aussehen: Das Ziel, besonders schlank (d.h. schön) zu sein, demonstriert Leistungsfähigkeit und Anerkennung. Um dies zu erreichen, wird Gewicht reduziert (Handlung). Da sich aber das Ziel immer wieder verschiebt (Anorexie) bzw. nicht erreicht wird (Bulimie) kommt es zwangsläufig zu negativen Emotionen und selbstabwertenden Kognitionen. Um dieses Selbstschema zu verändern, wendet der Therapeut v.a. die klassischen kognitiven Methoden an. Durch die kognitive Umstrukturierung mit den Mitteln des sokratischen Dialogs (Beck et al., 1992; Wilson, 1993) werden die individuellen und soziokulturellen Schlankkeitsvorstellungen kritisch hinterfragt. Hierzu werden Situationen aus dem Leben der Patientin näher betrachtet und auf einen Zusammenhang von körperlicher Erscheinung mit anderen Fähigkeiten und Persönlichkeitszügen überprüft.

Gemeinsam mit der Patientin werden dann andere Möglichkeiten erarbeitet, um die Ziele zu erreichen, die im Selbstschema mit Schönheit und Attraktivität verbunden sind. Wichtig ist, dass diese Möglichkeiten nicht nur theoretisch diskutiert werden, sondern dass die Patientin sie auch in der Realität erprobt.

Damit wird eine sehr viel stabilere Veränderung im Erleben und Verhalten erreicht (Bandura, 1986).

Wie bereits erwähnt verspüren Patientinnen mit einer Essstörungen (besonders Anorektikerinnen) ein starkes Kontrollbedürfnis. In diesem Zusammenhang tritt im Verlauf der Therapie das Problem auf, dass zum Erreichen des Therapieziels (eine gesunde und ausgewogene Ernährung) zunächst ein hoher Aufwand an kognitiver Kontrolle über das Essverhalten nötig ist. Diesen Kontrollzwang zu bekämpfen ist aber ebenfalls ein erklärtes Therapieziel. Aus diesem Grund ist es wichtig, dass die Patientinnen nicht nur strukturierte Esstage einlegen, sondern auch wieder lernen, Hunger und Sättigung wahrzunehmen. Die Aufgabe der Patientin besteht darin, ihre Körpersignale zu beobachten und zu interpretieren. In ihrem Esstagebuch schreibt sie auf, wann sie das Gefühl hat, satt zu sein. Es wird angestrebt, dass die Patientin ihr Essverhalten nicht mehr kognitiv kontrolliert, sondern nach ihren Körperwahrnehmungen gestaltet.

Ein weiteres Problem stellt die Gewichtsphobie bei Anorektikerinnen dar. Eine Veränderung des Essverhaltens und eine damit verbundene Gewichtszunahme löst bei den Patientinnen meist große Angst aus. Oft sind die Vorstellungen dessen, wie hoch die Gewichtszunahme bei ausgewogener Ernährung ausfällt jenseits dessen, was realistisch ist. Da jedoch jeder Körper anders reagiert, sollte der Therapeut sich mit Aussagen, die die zu erwartende Gewichtszunahme betreffen, zurückhalten. Stattdessen ist eine kritische Hinterfragung der angstauslösenden Gründe (z.B. „Wenn ich fünf Kilogramm zunehme, bin ich nicht mehr attraktiv“) sinnvoll. In diesem Fall könnte der Therapeut die Patientin bitten, sich in die Position eines Beobachters zu versetzen und fragen, woran sie es zuerst bemerken würde, wenn sie zwei Kilogramm zugenommen hat und wie sich ihrer Meinung nach das Verhalten ihrer Mitmenschen verändern würde. Ein wirksames Mittel, die Angst zu bekämpfen ist, auf eine Maßnahme zurückzugreifen, die der Patientin bekannt ist. Besonders wenn die strukturierten Esstage als Verhaltensexperiment eingeführt werden, kann die Erfahrung, die die Patientin mit der Gewichtsreduktion gemacht hat,

als Stärke dargestellt werden („Stellen Sie sich vor, Sie würden durch die Umstellung der Ernährung fünf Kilogramm zunehmen. Wie lange würden Sie Ihrer Meinung nach brauchen, um diese fünf Kilogramm wieder abzunehmen?“). Durch die Möglichkeit, die Veränderung rückgängig machen zu können, erscheint das Verhaltensexperiment der Patientin weniger angstauslösend.

Da bereits in Phase 1 die auslösenden und aufrechterhaltenden Faktoren der Essstörung erfasst wurden, werden nun Alternativen besprochen. Ein jahrelang praktiziertes Verhalten lässt sich nur schwer aufgeben, wenn nicht gleichzeitig ein „Ersatz“ angeboten wird, um den Verlust auszugleichen. Wie diese Alternativen aussehen, ist individuell verschieden. Gibt eine Bulimikerin im Eingangsgespräch an, dass ihre Essattacken nur dann auftreten, wenn sie allein zu Hause ist, so ist dies meist ein Ausdruck dafür, dass sie beim Essen abschalten und ihre Ängste vergessen kann. Hier kann durch das Erlernen von gezielten Entspannungstechniken ein alternative Verhalten erreicht werden. Vielen Patienten fällt es jedoch schwer, sich in der konkreten Situation auf eine Alternative zu besinnen. Deshalb empfiehlt es sich, sie während der Therapie Aufzeichnungen machen zu lassen über die gesammelten Alternativen. Darauf kann die Patientin immer dann zurückgreifen, wenn sie befürchtet in ihr altes Verhaltensmuster zurückzufallen.

Unabhängig davon müssen bei allen Formen von Essstörungen allgemeine Stressbewältigungstechniken erlernt werden, da oft keine einzelnen Stimuli erkennbar sind. Auf der Basis eines allgemeinen Problemlösemodells werden deshalb generell gültige Bewältigungsstrategien erarbeitet, die die Patientin schließlich auch selbstständig auf neue Situationen anwenden kann.

Diese Möglichkeiten der Problembewältigung finden besonders in der **Abschlussphase** Anwendung. Die Patientin wird darauf vorbereitet, dass sie möglicherweise einzelne Rückfälle erleiden wird, diese aber keinesfalls eine Katastrophe sein müssen. Die als erfolgreich angesehenen Lösungsstrategien werden in der letzten Phase der Therapie noch einmal reflektiert und dienen

der Patientin auch in Zukunft in schwierigen Lebenslagen. Der Patientin wird klargemacht, dass sie einen wesentlichen Teil zum erfolgreichen Abschluss der Therapie beigetragen hat und auf zukünftige Probleme vorbereitet ist.

3.2.2 Stationäre kognitive Verhaltenstherapie

Die erste Phase der stationären Verhaltenstherapie unterscheidet sich kaum von der ambulanten. Im Wesentlichen geht es darum, die Einweisungsdiagnose sowohl medizinisch als auch psychologisch zu überprüfen sowie einen Überblick über Art und Schwere der Erkrankung zu bekommen. Weiterhin werden Ursachen und aufrechterhaltende Faktoren soweit wie möglich besprochen. Die Erwartungen der Patientin sowie evtl. bestehende psychotherapeutische Erfahrungen sollen ebenso thematisiert werden wie der Ablauf der geplanten Behandlung. Oft wird neben dem Therapievertrag eine Probezeit vereinbart, in der die Patientinnen eigenverantwortlich ihr Gewicht verändern können.

Verhaltenstherapeutische Diagnostik (Lazarus, 1978; Schulte, 1974) beinhaltet Problemanalyse, Situationsanalyse, Verhaltensanalyse, Bedingungsanalyse und Funktionsanalyse, wobei Verhaltens- und Bedingungsanalyse das zentrale Element der Diagnostik darstellen. Die Verhaltensanalyse beinhaltet das beobachtbare Verhalten, die symptombezogenen Gefühle der Patientin, Reaktionen auf das Verhalten sowie Häufigkeit und Intensität des Verhaltens. Bei der Bedingungsanalyse wird untersucht, ob das Verhalten respondent oder operant gesteuert wird. Bei der Funktionsanalyse wird die langfristige Bedeutung des Verhaltens im Leben der Patientin beschrieben (Beisel & Leibl, 1997). Da es in der Verhaltenstherapie aber keine einheitliche Definition und Verwendung der Verhaltens-, Bedingungs- und Funktionsanalyse gibt, können Diagnose-schemata wie das SORK-Schema (Situation – Organismus – Reaktion – Konsequenz) hilfreich sein (s. Tabelle 3.3). Entsprechend der Verhaltensanalyse können kurzfristige und langfristige Therapieziele abgeleitet werden.

Tabelle 3.3: Beispiel einer Verhaltensanalyse (nach Beisel & Leibl, 1997)

S	O	R	K
Auslösesituation	Organismus (Gedanken, Gefühle, körperliche Reaktionen)	Reaktion (Verhalten)	Konsequenz (kurzfristige neg./pos. Langfristige neg./pos.)
Beispiele Ungewohnte, neue Situation (z.B. neuer Arbeitsplatz)	„Ich darf mich nicht blamieren, keine Fehler machen“ - Angst, Verunsicherung, Hilflosigkeit - Anspannung, Aufregung - Mangel- ernährung	- Heißhunger- anfall - Erbrechen	- Ablenkung, Entspannung - Scham- und Schuldgefühle Vermeidung von Gewichtszunahme - Sozialer Rückzug, mangelnde Fähigkeit mit neuen Situationen umgehen zu können - Verminderung des Selbstwertgefühls - Körperliche Schädigung

Die Therapie beinhaltet essstörungsspezifische Maßnahmen sowie die Aufarbeitung der zugrundeliegenden Probleme. Zu den Interventionen zur Normalisierung des Essverhaltens gehört auch die Selbstbeobachtung durch die Patientin. Anhand von Esstagebüchern können Auslöser und Verstärker für ihr spezifisches Essverhalten erkannt werden. Außerdem geben die Protokolle

Auskunft darüber, inwiefern die Patientin in der Lage ist, sich ausgewogen zu ernähren. Eine Ernährungsberatung ist oft nötig.

Da Patientinnen mit Essstörungen oft heimlich und unregelmäßig essen, sind regelmäßige Mahlzeiten am Gemeinschaftstisch Pflicht. Für diesen therapeutisch betreuten Tisch gibt es Regeln, die von allen eingehalten werden müssen. Die Patientinnen müssen hier wieder erlernen, in ausreichender Menge und angepasster Geschwindigkeit zu essen. Anorektikerinnen essen gewöhnlich eher langsam während Patientinnen mit Heißhungeranfällen sehr schnell essen. Oft kommen die Patientinnen hier zum ersten Mal seit langem wieder mit Nahrungsmitteln in Kontakt, die sie als „verboten“ ansehen. Die Liste der verbotenen Nahrungsmittel soll dadurch langsam abgebaut werden. Um das verlorene Bewusstsein für eine gesunde und ausgewogene Ernährung zu stärken, wird oft die Teilnahme an sog. Lehrküchen angeboten. Unter Anleitung wird Grundwissen über die ausgewogene Zusammenstellung und Zubereitung von Mahlzeiten vermittelt (Laessle et al., 1988).

Wie immer spielt auch bei dieser Therapie die Informationsvermittlung eine wesentliche Rolle. Die Patientin soll den Zusammenhang zwischen Fehlernährung und den damit verbundenen körperlichen, psychischen und sozialen Veränderungen begreifen.

Zu den Problembereichen der Patientinnen zählen u.a. eine fehlende Tagesstruktur, zu hohes oder zu geringes Aktivitätsniveau, mangelndes Selbstwertgefühl, Defizite im Kontakt- und Kommunikationsbereich, die eingeschränkte Fähigkeit, eigene Emotionen wahrzunehmen und auszudrücken, allgemeine Probleme beim Lösen von Problemen, extremes Leistungsdenken, Verunsicherung in der psychosexuellen Entwicklung, mangelnde oder überstarke Impulskontrolle, Beziehungsprobleme bes. im familiären Bereich und kognitive Dysfunktionen. Die individuellen Problembereiche können mit einer Verhaltens- und Bedingungsanalyse erfasst und anschließend behandelt werden. Die Aufarbeitung dieser Probleme kann in Einzel- oder Gruppentherapie erfolgen.

Meist wird jedoch in Gruppen gearbeitet, um den sozialen Rückzug aufzuhalten und die Kontaktscheu jeder einzelnen Patientin abzubauen. Zudem wird der Austausch mit anderen Betroffenen oft als motivationsfördernd erlebt. Themen in der Gruppen können die lerngeschichtliche Entwicklung der Essstörung, allgemeine Problemlösestrategien oder Selbstsicherheitstraining sein. Weiterhin werden Aktivitäten gefördert, Verantwortungsbewusstsein geweckt und v.a. das Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten gestärkt. Um die emotionale Wahrnehmung zu fördern, werden auch Bewegungserfahrungsgruppen, progressive Muskelentspannung nach Jacobson, Kontakt- und Körperausdrucksübungen oder imaginative Übungen eingesetzt.

Die letzte Phase der Therapie dient im Wesentlichen der Stabilisierung von neu erlerntem Verhalten sowie der Rückfallprophylaxe. Da das veränderte Verhalten im gewohnten Umfeld gezeigt werden soll, kann der Patientin in der Abschlussphase gestattet werden, zur Verhaltenserprobung nach Hause zu fahren. Die Patientin kann bei dieser Gelegenheit auch wieder erste Kontakte mit Freunden aufnehmen. Dennoch sollte im Anschluss an die stationäre Therapie eine ambulante Therapie und/oder der regelmäßige Besuch einer Selbsthilfegruppe in Erwägung gezogen werden.

3.3 Familientherapie

Da die Familie bei der Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung oft eine wichtige Rolle spielt empfiehlt es sich, die Familie in die Behandlung mit einzubeziehen. Häufig fühlen sich die Eltern mit einem essgestörten Kind überfordert. Teilweise führt das zu schwerwiegenden Fehlern in der Erziehung. Harper (1983) berichtet davon, dass Eltern schädliche, nicht verordnete Medikamente für die magersüchtige Tochter besorgen, deren lebensbedrohlichen Zustand beharrlich abstreiten oder gegen die Behandlungspläne des Therapeuten arbeiten. In diesen Fällen ist die Stabilisierung der häuslichen Umgebung von zentraler Bedeutung. Es werden Maßnahmen ergriffen, die von erzieherischen Maßnahmen bis rechtlich-administrativen Eingriffen reichen (Harper, 1983):

- a) Instruktion und Konfrontation
 - unmissverständliche Information über medizinische Risiken
 - Appell an die Verantwortung, die sie als Eltern tragen
 - Erläuterung des Zusammenhangs zwischen der familiären Situation und der Essstörung der Patientin

- b) Freiwillige Veränderung des Wohnsitzes
 - Zustimmung der Eltern, dass ihr Kind in einem Internat, einer Wohngemeinschaft oder bei Verwandten wohnen könnte

- c) Rechtliche oder administrative Interventionen
 - freiwillige oder unfreiwillige Aufgabe des Sorgerechts
 - bei einem schwergestörten Elternteil kann die Zwangseinweisung oder die Ingewahrsamnahme des Kindes nötig werden

Welche Maßnahmen ergriffen werden müssen, ist individuell verschieden. Wichtig ist jedoch immer, dass eine Übereinstimmung zwischen Patientin, Familie und Therapeut besteht.

Der familienorientierte System-Ansatz sieht vor, dass zunächst die Symptome der Anorexie eliminiert werden müssen, um anschließend das Familiensystem neu zu strukturieren (Minuchin, Rosman & Baker, 1978). Weiterhin müssen dysfunktionale Verhaltensmuster in der Familie aufgeklärt werden, die zur Symptomaufrechterhaltung oder –verstärkung beitragen. Letztlich müssen die Familienstrukturen so verändert werden, dass ein Rückfall oder das Auftreten eines neuen Symptoms verhindert werden (Liebman, Sargent & Silver, 1983).

3.3.1 Familientherapie bei ambulanter Behandlung

Wenn die essstörungsspezifischen Symptome eliminiert sind, konzentriert sich die Therapie auf die zwischenmenschlichen Probleme. Innerhalb der Familie wird eine Umstrukturierung angestrebt. Die geschieht am besten in einer ambulanten Familientherapie, bei der sich die Familienmitglieder mit Aufgaben innerhalb der verschiedenen Subsysteme beschäftigen. Dadurch sollen die zwischenmenschlichen Beziehungen innerhalb der Familie verbessert und die Veränderungen bezüglich Struktur und Funktion der Familie beschleunigt werden.

Schrittweise wird der Schwerpunkt zu den Problemen der Eltern verlagert. Es empfiehlt sich gelegentlich, eine gesonderte Partnertherapie anzustreben. Altersspezifische Entwicklungsprobleme werden mit den Elternteilen separat besprochen. Während der Einzelsitzung mit der Patientin werden Problemlösestrategien für die Stressbewältigung aufgezeigt, ferner häuft daran gearbeitet werden, die Frustrationstoleranz zu verbessern.

Ziele sind also die Loslösung der Patientin von den Konflikten der Eltern, Lösen der elterlichen Probleme und evtl. eine individuelle Psychotherapie für die Patientin (Liebman, Sargent & Silver, 1983).

Die Familientherapie ist besonders erfolgreich bei jungen Patientinnen, da diese meist noch nicht in ein chronisch gestörtes Familienschema verwickelt sind. Dennoch ergeben sich Schwierigkeiten in der Therapie (Liebman, Sargent & Silver, 1983), wenn

- die Essstörung schon seit mehr als einem Jahr besteht
- die psychosoziale Entwicklung der Patientin schon vorher auffällig war
- die Eltern getrennt oder geschieden sind oder ein Elternteil verstorben ist
- ein Elternteil schwere psychopathologische Veränderungen zeigt.

Im Allgemeinen ist eine Familientherapie jedoch sehr erfolgreich (Minuchin, Rosman & Baker, 1978).

3.3.2 Familientherapie bei stationärer Behandlung

Bei einer kurzfristigen Einweisung (3-4 Wochen) geht es vor allem darum, die dysfunktionalen Familienkoalitionen aufzulösen und durch eine Verringerung der Symptome den Prozess des Ablösens zu unterstützen. Außerdem werden der Patientin und ihrer Familie neue Problemlösestrategien vorgestellt, die im Verlauf effektiv eingesetzt werden können. In dieser Phase ist es wichtig, dass die Patientin durch ihre Einweisung nicht in ihrer Machtposition in der Familie bestärkt wird oder die Eltern die Einweisung als Beweis ihres erzieherischen Versagens verstehen (Liebman, Sargent & Silver, 1983).

Während des stationären Aufenthaltes werden familientherapeutische Sitzungen zum Mittagessen abgehalten (Rosman, Minuchin & Liebman, 1975). Hierdurch soll zum einen der Vorgang der Gewichtszunahme beschleunigt werden, zum anderen muss die Patientin lernen, gemeinsam mit den Eltern zu

essen, ohne dass sich ein erneuter Machtkampf entwickelt. Weiterhin wirkt sich das Verständnis für intrafamiliäre Konflikte und deren Einfluss auf die Essstörung positiv aus. Die Patientin steht nicht mehr allein im Zentrum des Interesses und verliert damit auch an manipulativer Macht.

Eine Esssitzung könnte beispielsweise so ablaufen, dass der Therapeut die Eltern beauftragt, ihre Tochter zum Essen zu bewegen. Wenn die Patientin die Nahrungsaufnahme weiter verweigert, so berichten Collins, Hodas und Liebman (1983) sogar von gewaltsamen Fütterungsversuchen durch die Eltern. Gelingt es den Eltern nicht, dass die Patientin kooperiert, so bespricht der Therapeut anschließend das Verhalten der Tochter, deren Macht und die Methoden, mit denen sie sie besiegt hat. Die Esssitzungen sollen den Übergang von stationärem zu ambulantem Aufenthalt erleichtern. Durch die therapeutische Unterstützung fällt es den Eltern leichter zusammenzuarbeiten, und die gestörten Essgewohnheiten ihres Kindes nicht länger zu tolerieren. Dies ist eine wesentliche Voraussetzung für ihre spätere Aufgabe, wenn sie allein für die Kontrolle über das Essverhalten ihrer Tochter verantwortlich sind.

3.4 Auswahl des Interventionssettings

3.4.1 Einschätzung verschiedener Autoren

Ob eine ambulante oder eine stationäre Behandlung erfolgt, hängt von verschiedenen Kriterien ab. Die meisten Autoren befürworten prinzipiell eine ambulante Therapie. Meermann und Vandereycken (1987) begründen dies damit, dass die Patientin möglichst nicht aus ihrer gewohnten Umgebung gerissen werden sollte.

Auch Selvini-Palazzoli (1974) sieht in einer Einweisung den letzten Schritt, der nur dann gegangen werden sollte, wenn es keine andere Alternative mehr gibt. Sie räumt ein, dass eine stationäre Therapie dem körperlichen Zustand der Patientin zwar nütze, aber gibt zugleich zu bedenken, dass damit auch die zwischenmenschlichen Beziehungen zerstört werden können, die einen positiven Einfluss auf die Heilung haben können.

Anyan und Schowalter (1983) gehen einen Schritt weiter und beziehen die Patientin und deren Angehörige mit in die Interventionsentscheidung ein. Sie haben ein Schema entworfen, das die Empfehlung einer stationären versus ambulanten Behandlung erleichtern soll. Hierbei werden sechs Faktoren berücksichtigt:

- a) Patienteneinschätzung
 - 1. Der körperliche Zustand der Patientin.
 - 2. Die Krankheitseinsicht der Patientin bzw. das Fehlen der Krankheitseinsicht.
 - 3. Die Meinung der Patientin, an welchem Ort sie glaubt, gesund werden zu können (zu Hause oder im Krankenhaus).

b) Familieneinschätzung

1. Das Vorhandensein von Eheproblemen.
2. Die Erkenntnis der Eltern, dass eine Therapie nötig ist, sowie ihre Fähigkeit im Sinne der Behandlung miteinander zu kooperieren.
3. Das Ausmaß von Ärger oder Angst der Eltern über die Krankheit des Kindes.

Die verschiedenen Kriterien für eine Entscheidung zu einer stationären Behandlung lassen sich in drei Kategorien zusammenfassen (Pierloot, Vandereycken & Verhaest, 1982; Hodas, Liebman & Collins, 1982):

1. Medizinische Kriterien

- extremer Gewichtsverlust (z.B. 30 % oder mehr unter dem statistischen Normalgewicht)
- Veränderungen wichtiger Körperfunktionen (z.B. orthostatische Hypotonie, Bradycardie, Hypothermie)
- Anomalien im Elektrolythaushalt, besonders Hypokaliämie (z.B. durch Laxantien- und/oder Diuretika-Missbrauch, Erbrechen)
- Stark kachektische Patientin mit zusätzlich auftretender Infektion
- Suizidgefahr.

2. Psychosoziale Kriterien

- ausgeprägte Familienstörungen
- soziale Isolation (mit Unfähigkeit zu lernen und zu arbeiten)

3. Psychotherapeutische Kriterien

- Versagen vorangegangener Behandlungsversuche
- Motivationsmangel oder Verweigerung einer ambulanten Behandlung.

3.4.2 Leitlinien in der Psychotherapie

a) Was sind Leitlinien?

Wie bereits aus Kapitel 2.1 (Essstörungen in der Geschichte) ersichtlich wird, so gab es lange Zeit keine einheitlichen Kriterien für die Diagnose und Therapie von Essstörungen. Obwohl sich heute wohl kein Arzt mehr der Meinung von Pinel (1818) anschließen würde, der eine Eheschließung der Patientin als Lösung betrachtete, entstand dennoch der Wunsch nach einheitlichen Kriterien für eine therapeutische Vorgehensweise.

Im fünften Buch des Sozialgesetzbuches von 1988 (SGB V) ist im § 2 bereits die Forderung danach enthalten, dass Qualität und Wirksamkeit der Leistungen dem aktuellen Kenntnisstand zu entsprechen und den medizinischen Fortschritt zu berücksichtigen haben. Weiterhin ist darin verankert, dass Krankenkassen, Leistungserbringer und Versicherte darauf zu achten haben, dass die Leistungen wirksam und wirtschaftlich erbracht werden.

Leitlinien sind als Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“ definiert und sollen befolgt werden, lassen aber bei entsprechender Begründung einen Handlungsspielraum zu. Sie werden nicht als juristisch verbindlich angesehen. „Richtlinien“ oder „Standards“ hingegen sollen Regelungen des Handelns oder Unterlassens vorbehalten bleiben, die für den Rechtsraum dieser Institution verbindlich sind (Vogel & Schieweck, 2000).

Die Definition für Leitlinien (nach BÄK/KBV, 1997) beinhaltet folgende Punkte:

- Leitlinien sind systematisch entwickelte Entscheidungshilfen über die angemessene Vorgehensweise bei speziellen gesundheitlichen Problemen.
- Leitlinien stellen den nach einem definierten, transparent gemachten Vorgehen erzielten Konsens der in einem Fachgebiet wichtigen Experten aus unterschiedlichen Fachbereichen und Arbeitsgruppen (ggf. unter Berücksichtigung von Patienten) zu bestimmten Vorgehensweisen dar, und zwar auf der Grundlage systematischer Recherche und Bewertung der wissenschaftlichen Evidenz.
- Leitlinien sind wissenschaftlich begründete und praxisorientierte Handlungsempfehlungen.
- Leitlinien sind Orientierungshilfen im Sinne von „Handlungs- und Entscheidungskorridoren“, von denen in begründeten Fällen abgewichen werden kann und sogar muss.
- Leitlinien werden regelmäßig auf ihre Aktualität hin überprüft und ggf. fortgeschrieben.

b) Ziele von Leitlinien

Die Ziele von Leitlinien werden nach BÄK/KBV (1997) wie folgt definiert:

Leitlinien dienen

- der Sicherung und Verbesserung der gesundheitlichen Versorgung der Bevölkerung,
- der Berücksichtigung systematisch entwickelter Entscheidungshilfen in der Berufspraxis von Ärzten und anderen Leistungserbringern,
- der Motivation zu wissenschaftlich begründeter und ökonomisch angemessener Vorgehensweise unter Berücksichtigung der Bedürfnisse und Einstellungen der Patienten,
- der Vermeidung unnötiger und überholter medizinischer Maßnahmen und unnötiger Kosten,

- der Verminderung unerwünschter Qualitätsschwankungen im Bereich der medizinischen Versorgung,
- der Information der Öffentlichkeit (Patienten, Kostenträger, Verordnungsgeber, Fachöffentlichkeit u.a.) über notwendige und allgemein übliche ärztliche Maßnahmen bei speziellen Gesundheitsrisiken und Gesundheitsstörungen.

3.4.3 Empfehlung in den Leitlinien der AWMF

Die Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften (AWMF) bemüht sich seit 1995, Leitlinien für medizinische Leistungen zu erstellen. Nach ihrer Vorstellung sind Leitlinien Empfehlungen für ärztliches Handeln in charakteristischen Situationen. Sie sollen Diagnostik, Indikation, Gegenindikation und Therapie einschließlich adjuvanter Maßnahmen und Nachbehandlung enthalten. Dennoch soll eine gewisse Flexibilität möglich sein (AWMF, 2000).

Für die Frage der Settingauswahl in der Therapie von Essstörungen (ambulant oder stationär) enthalten die Leitlinien folgende Empfehlungen (Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, 2003):

a) Anorexia nervosa

In den erwähnten Leitlinien nach AWMF wird eine ambulante Therapie empfohlen, sofern nicht folgende Kriterien für eine stationäre Behandlung erfüllt sind:

Medizinische Kriterien

- Kritisches Untergewicht oder Gewichtsverlust
- Somatische Komplikationen
- Suizidgefahr

- Komorbidität mit schwerwiegenden anderen psychiatrischen Erkrankungen.

Psychosoziale Kriterien

- Festgefahrene familiäre Interaktion
- Soziale Isolation
- Scheitern ambulanter Therapieversuche.

b) *Bulimia nervosa*

Eine ambulante Therapie wird durchgeführt, wenn nicht folgende Kriterien für eine stationäre Behandlung erfüllt sind:

Medizinische Kriterien

- Somatische Komplikationen (z.B. ausgeprägte Elektrolytstörungen)
- Hohe Heißhungerattackenfrequenz (fakultativ)
- Bulimie kombiniert mit anderen Störungen der Impulskontrolle
- Insbesondere Automutilation
- Substanzmissbrauch
- Borderline-Persönlichkeitsstörung

Psychosoziale Kriterien

- Festgefahrene familiäre Interaktion
- Soziale Isolation
- Scheitern ambulanter Therapieversuche.

3.5 Zielsetzungen und Hypothesen

Betrachtet man die oben genannten Kriterien, so fällt auf, dass in den Leitlinien der AWMF längst nicht alle Punkte eingearbeitet sind, die andere Autoren als wichtig erachten. So wird z.B. der Aspekt Therapiemotivation bzw. Therapievorbereitung in den Leitlinien nicht beachtet, die wichtigen Begriffe wie „kritisches Untergewicht“ bzw. „hohe Heißhungerattackenfrequenz“ werden nicht definiert. Der Punkt „Suizidgefahr“ erscheint bei den Leitlinien für die stationäre Therapie der Bulimiepatientinnen überhaupt nicht.

In dieser Studie soll beispielhaft die Bedeutung von Leitlinien für den gegenwärtigen Versorgungsalltag in der Psychotherapie untersucht werden. Am Beispiel der differenziellen Indikationsstellung für ambulante versus stationäre Psychotherapie bei Patienten mit Bulimia nervosa und Anorexia nervosa wird gefragt, welche Kriterien bei praktizierenden Psychotherapeuten im ambulanten und stationären Setting von Bedeutung sind, wenn es um die differenzielle Entscheidung ambulante oder stationäre Therapie bei Essstörungen geht. Diese Angaben werden auf Übereinstimmung mit den Kriterien der Leitlinien bzw. der Literatur untersucht.

Hypothese 1: Es werden geschlechtsspezifische Unterschiede dahingehend erwartet, dass männliche Therapeuten eher eine stationäre Psychotherapie empfehlen als weibliche.

Essstörungen sind beim weiblichen Geschlecht weit verbreitet. Auch wenn es sich bei diesen Essstörungen nicht immer gleich um eine manifeste Anorexie oder Bulimie handelt, so machen doch viele Frauen im Laufe ihres Lebens mehrere Diäten, häufig auch sog. „Crash-Diäten“. Diese sind ungesund und langfristig auch ineffektiv, was zu Frustration und Depression führen kann. Dennoch quälen sich zahlreiche Frauen, um der Idealvorstellung eines schlan-

ken Körpers näher zu kommen. Da diese Art der Essstörung sehr häufig ist, ist es durchaus wahrscheinlich, dass auch Therapeutinnen bereits eigene Erfahrungen damit gemacht haben. Deshalb können Frauen die Beweggründe von anorektischen oder bulimischen Patientinnen vermutlich besser nachvollziehen und sind toleranter in Bezug auf die Kriterien. Anzunehmen ist deshalb, dass Frauen einer Patientin mit Essstörung eher zu einer ambulanten Therapie raten.

Männer haben selten persönliche Erfahrungen mit Diäten und Essstörungen gemacht und sind deshalb leichter zu verunsichern durch die Symptome einer Anorexie oder Bulimie. Deshalb werden männliche Therapeuten für ihre Patientinnen vermutlich eher eine stationäre Therapie bevorzugen.

Hypothese 2: Es wird erwartet, dass ambulant tätige Psychotherapeuten eher eine stationäre Psychotherapie empfehlen als stationär tätige.

Da magersüchtige Patientinnen i.d.R. schwer zu behandeln sind, zum einen weil sie ihre Krankheit verleugnen, zum anderen weil sie nicht gesund werden wollen (s.o.), werden ambulant tätige Therapeuten zunächst eine stationäre Therapie bevorzugen. Wenn die Patientin somatisch und psychisch vorbehandelt ist, dann ist auch die anschließende ambulante Therapie vereinfacht.

Umgekehrt ist zu erwarten, dass stationär tätige Psychotherapeuten aufgrund ihrer täglichen Arbeit mit extrem auffälligen Patienten von den Symptomen einer anorektischen oder bulimischen Patientin kaum schockiert sein werden. Sie werden deshalb grenzwertige Situationen (z.B. extremes Untergewicht) länger tolerieren und erst spät zu einer stationären Aufnahme raten.

Hypothese 3: Es wird erwartet, dass ärztliche Psychotherapeuten eher als Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten eine stationäre Psychotherapie empfehlen.

Da für Ärzte das körperliche Wohlergehen vorrangig ist, ist anzunehmen, dass sie eine untergewichtige Patientin lieber stationär behandeln lassen. In einer

Klinik sind Änderungen der somatischen Funktionen (z.B. Elektrolytstörungen) schneller sichtbar und behandelbar als das ambulant möglich wäre.

Für Psychologen ist das körperliche Erscheinungsbild zwar auch nicht ganz unwichtig, aber für die Entscheidung über die Art der Behandlung nicht allein ausschlaggebend. Der psychische Zustand der Patientin spielt hierbei die entscheidende Rolle. Aus diesem Grund werden sich Psychologen bei einer kritisch untergewichtigen Patientin weniger Veranlassung zu einer stationären Aufnahme sehen als bei einer Patientin, die deutliche psychische Auffälligkeiten vorweist. Psychologen werden deshalb zunächst eine ambulante Therapie vorziehen.

Hypothese 4: Es ist zu erwarten, dass Tiefenpsychologen/Psychoanalytiker eher als Verhaltenstherapeuten eine stationäre Psychotherapie empfehlen.

Verhaltenstherapeuten werden eher dazu neigen, anorektische und bulimische Patienten ambulant zu behandeln, bzw. die Grenze für eine stationäre Therapie höher ansetzen als Tiefenpsychologen. Verhaltenstherapeuten beschäftigen sich täglich mit Patienten, deren Verhalten von der Norm abweicht und sind daher wenig beunruhigt von den Verhaltensauffälligkeiten, die bei Patienten mit Essstörungen auftreten.

Tiefenpsychologen wollen bei Patienten mit auffälligem Problemverhalten zunächst eine Änderung dieses Verhaltens. Erst im Anschluss daran soll die eigentliche Konfliktverarbeitung i.S. einer Psychotherapie beginnen. Die stationäre Therapie ist also als vorbereitende Maßnahme bei vielen Tiefenpsychologen und Psychoanalytikern zu verstehen.

4. METHODIK

4.1 Rahmen

Die vorliegende Querschnittsstudie wurde durchgeführt im Institut für Psychotherapie und Medizinische Psychologie der Universität Würzburg. Die Untersuchung richtete sich an ärztliche und psychologische Psychotherapeuten, sowie an Kinder- und Jugendlichen Psychotherapeuten, die in ihrer Arbeit mit Patientinnen konfrontiert werden, die an Essstörungen leiden. Die Erhebung erfolgte in der Zeit von September 2003 bis November 2003.

4.2 Stichprobe und Durchführung

Die Erhebung erfolgte sowohl bei niedergelassenen Ärzten und Psychotherapeuten als auch bei solchen Psychotherapeuten, die in Kliniken tätig sind.

Anhand des internetbasierten Therapeuten- und Ärzteverzeichnisses der Kassenärztliche Vereinigung Bayern (KVB) wurden die Adressen aller in Unterfranken niedergelassenen Psychotherapeuten (genaue Auflistung: s.u.) erfasst. Diese wurden in einem Begleitschreiben (s. Anhang) um ihre Unterstützung gebeten. Anhand des beigefügten Fragebogens (s. Anhang) sollten Kriterien isoliert werden, nach denen sie eine stationäre Behandlung einer ambulanten vorziehen würden und umgekehrt. Nach dem Ausfüllen des Fragebogens konnten die Teilnehmer den beigefügten Rückumschlag verwenden, um den Bogen unfrei zurückzusenden. Rücksendung und Datenerhebung erfolgten anonym. Die Zugehörigkeit des Ausfüllers zu einer der nachfolgend genannten Teilstichproben war durch eine leicht abweichende Gestaltung der Fragebögen möglich.

Weiterhin wurden 20 Kliniken in Deutschland ausgewählt, denen jeweils 10 Bögen zugeschickt wurden. Die Chefärzte der Kliniken wurden gebeten (s. Anhang), die Fragebögen an Psychotherapeuten und Ärzte auszuteilen, die diese dann ebenfalls unfrei zurücksenden konnten.

Die Kosten für die Versendung der Fragebögen übernahm die LVA Unterfranken. Die Kosten für die Rücksendung („Porto zahlt Empfänger“) gingen zu Lasten des Instituts für Psychotherapie und Medizinische Psychologie.

Im einzelnen wurden angeschrieben:

Psychiater:

19 mit Gebietsbezeichnung „Psychiatrie und Psychotherapie“

11 mit Gebietsbezeichnung „Kinder- und Jugendpsychiatrie“

41 Nervenärzte (Fachärzte für Neurologie und Psychiatrie)

Psychologische Psychotherapeuten und Kinder-/Jugendpsychotherapeuten:

130 Psychologische Psychotherapeuten

27 Kinder- und Jugendpsychotherapeuten

Ärztliche Psychotherapeuten:

64 Ärzte für Psychotherapie

6 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

45 Hausärzte mit Zusatzbezeichnung „Psychotherapeut“

Insgesamt wurden 343 Fragebögen an niedergelassene Ärzte, Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten (im weiteren PP/KJP genannt) versendet.

Weitere 200 Fragebögen wurden an 20 Kliniken in Bayern und angrenzende Regionen aus Baden-Württemberg und Hessen verschickt, die gemäß einer Internetrecherche Patientinnen mit Essstörungen behandeln.

Am Ende des Erhebungszeitraums lagen insgesamt 144 (26,5 %) auswertbare Fragebögen vor, die die Basis für die weitere Auswertung darstellten. Der Rücklauf der ambulant tätigen Ärzte und Psychotherapeuten betrug 32,4% (111 zurückgeschickte Bögen von 343 verschickten), von den stationär tätigen Personen erreichten uns am Ende des Erhebungszeitraums 33 (16,5 % von den verschickten) auswertbare Fragebögen.

4.3 Instrumentarium

Der für die vorliegende Untersuchung entwickelte Fragebogen ist zweigeteilt. Auf der linken Seite wurden die Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexia nervosa abgefragt, auf der rechten die Kriterien für eine stationäre Therapie bei Bulimia nervosa (s. Anhang).

Die jeweils ersten 19 Items sind mit einer fünfstufigen Antwortmöglichkeit versehen, die von „überhaupt nicht“ und „ein wenig“ über „ziemlich“ und „stark“ bis „sehr stark“ reicht (Likert Skala). In diesen 19 Items wird die Relevanz der in den Leitlinien genannten sowie weiterer Kriterien erfragt.

Daran schließen sich je 3 offene Fragen an, in denen das jeweilige Hauptkriterium für die Therapieentscheidung erfragt wird, eine Definition von „kritischem Untergewicht“ bzw. „hohe Frequenz an Heißhungerattacken“ sowie weitere wichtige Kriterien erfasst werden sollen.

Die jeweils nächsten beiden Fragen beziehen sich auf die Erfahrung des Arztes bzw. Psychotherapeuten mit Anorexie-/Bulimie-Patienten. Hierbei soll die Zahl der Patienten/Patientinnen eingetragen werden, die pro Jahr zum Erstgespräch kommen, sowie die Anzahl der Patienten/Patientinnen, die der Arzt oder Psychotherapeut pro Jahr behandelt.

Die letzten 5 Items erfragen einige Basisdaten zu den berufsbezogenen und soziodemographischen Merkmalen des Teilnehmers.

Berufsbezogene Daten:

Antwortmöglichkeit:

Berufsbezeichnung	ärztl. Psychotherapeut, Psychiater, Psychol. Psychotherapeut, Kinder- und Jugendlichen-psychotherapeut, sonstige (mit Erläuterungsmöglichkeit)
Tätigkeitsfeld	ambulant als PT, stationär als PT, stationär als PT in leitender Position, nicht klinisch tätig (mit Erläuterungsmöglichkeit)
Therapeutische Orientierung	verhaltenstherapeutisch, tiefenpsychologisch/psychoanalytisch, andere (mit Erläuterungsmöglichkeit)

Soziodemographische Daten:

Geschlecht	m/w
Alter	unter 40 Jahre, 40-50 Jahre, über 50 Jahre

4.4 Datenauswertung

Die statistische Auswertung der Studie erfolgte mit dem Programm SPSS (Statistical Package for Social Sciences) für Windows, Version 11.0.

Angewandte Methoden

1. Deskriptive Statistik

Prüfung auf Normalverteilung, Minimum, Maximum, Mittelwert, Standardabweichung.

2. Auflistung und inhaltsanalytische Kategorisierung aller Antworten für die offenen Fragen (s. Anhang).

3. Unterschiedsprüfungen

t-Test für unabhängige Stichproben und Intervallskalenniveau, Varianzanalyse bei mehreren Stichproben und Intervallskalenniveau.

5. ERGEBNISSE

5.1 Rücklauf und Stichprobenbeschreibung

An der Studie beteiligten sich insgesamt 144 (26,5%) Ärzte und Psychologen. Im Einzelnen waren es 44 Psychologische Psychotherapeuten und KJP (28% von 157 verschickten Bögen), 23 Psychiater (32,4% von 71 verschickten Bögen), 25 ärztliche Psychotherapeuten (39,1% von 64 verschickten Bögen), 4 Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapeut (66,7% von 6 verschickten Bögen) und 15 Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapeut (33,3% von 45 verschickten Bögen).

Von den 200 an Kliniken verschickten Bögen lagen am Ende des Erhebungszeitraums 33 ausgefüllte Fragebögen (16,5%) zur Auswertung vor (Tabelle 5.1).

Tabelle 5.1: Rücklauf

Berufsgruppe	Verschickte Bögen	Rücklauf	Prozent
Psycholog.Psychotherapeuten und Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten (PP/KJP)	157	44	28,0
Psychiater	71	23	32,4
ärztliche Psychotherapeuten	64	25	39,1
Fachärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapeut	6	4	66,7
Hausärzte mit Zusatzbezeichnung Psychotherapeut	45	15	33,3
Summe der ambulant Tätigen	343	111	32,4
Kliniken	200	33	16,5
Total	543	144	26,5

Unter den Befragten befanden sich 83 Frauen (57,6%) und 58 Männer (40,3%). 3 Teilnehmer (2,1%) machten keine Angaben über ihr Geschlecht (Tabelle 5.2)

Tabelle 5.2:

Geschlechterverteilung der verwertbaren Fragebögen

Geschlecht	Häufigkeit	Prozent
männlich	58	40,3
weiblich	83	57,6
keine Angabe	3	2,1
Total	144	100,0

Unter den Altersgruppen waren die 40- bis 50-Jährigen am Häufigsten vertreten (72 Teilnehmer, 50%), gefolgt von den über 50-Jährigen (41 Teilnehmer, 28,5%). 28 Teilnehmer (19,4%) waren unter 40 Jahre alt, 3 Teilnehmer (2,1%) machten keine Angaben über ihr Alter (Tabelle 5.3).

Tabelle 5.3: Altersverteilung

Alter	Häufigkeit	Prozent
unter 40	28	19,4
40 - 50	72	50,0
über 50	41	28,5
keine Angabe	3	2,1
Total	144	100,0

Der größte Anteil der Teilnehmer gab an, ambulant als Psychotherapeut tätig zu sein (114 Teilnehmer, 79,2 %), außerdem beteiligten sich 22 stationär tätige Psychotherapeuten (15,3%). Stationär in einer leitenden Position waren 8 Teilnehmer (5,6%) tätig (Tabelle 5.4).

Tabelle 5.4:

Häufigkeitsverteilung ambulant/stationär

ambulant/stationär	Häufigkeit	Prozent
ambulant als PT	114	79,2
stationär als PT	22	15,3
stationär als PT in leitender Position	8	5,6
Total	144	100,0

Unter den teilnehmenden Ärzten, PP und KJP sind 39 (27,1%) überwiegend verhaltenstherapeutisch tätig, 85 (59%) überwiegend tiefenpsychologisch/psychoanalytisch, weitere 16 (11,1%) gaben andere Orientierungen an (z.B. verhaltenstherapeutisch und tiefenpsychologisch, verhaltenstherapeutisch und gesprächstherapeutisch, tiefenpsychologisch und transaktionsanalytisch...). 4 Teilnehmer (2,8%) machten keine Angaben (Tabelle 5.5).

Tabelle 5.5:

Therapeutische Orientierung

Therapeutische Orientierung	Häufigkeit	Prozent
Verhaltenstherapie	39	27,1
TP/Psychoanalyse	85	59,0
andere	16	11,1
keine Angabe	4	2,8
Total	144	100,0

5.2 Bewertung der Kriterien

5.2.1 Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexia nervosa

Für die 19 vorgegebenen Items mit möglichen Kriterien war auf einer Likert-Skala die Relevanz einzuschätzen. Besonders wichtig wurden bei Anorexie die folgenden Items eingeschätzt: „Suizidgefahr“ (Mittelwert $M= 4,60$, Standardabweichung $S= 0,72$), „kritisches Untergewicht“ ($M= 4,59$, $S= 0,65$), „Scheitern ambulanter Behandlungsversuche“ ($M= 4,39$, $S= 0,82$), „Somatische Komplikationen“ ($M= 4,36$, $S= 0,86$) und „Wunsch nach stationärer Therapie“ ($M= 4,07$, $S= 0,95$) (vgl. Tabelle A1 im Anhang).

Bei den folgenden drei Fragen nach dem Hauptkriterium, der Definition des Begriffs „kritisches Untergewicht“ und der Frage nach weiteren Kriterien waren mehrere Nennungen möglich sowie eigene, nicht im Fragebogen erfasste Kriterien. Die Auflistung der inhaltsanalytischen Kategorisierung mit entsprechenden Beispielantworten befindet sich im Anhang.

Bezüglich der Frage nach dem Hauptkriterium für eine stationäre Therapie bei Anorexia nervosa standen „kritisches Untergewicht“ und „Suizidgefahr“ (zusammengefasst unter „Lebensgefahr“) an erster Stelle (68 Nennungen, 47,2%). Häufig wurden die beiden o.g. Punkte auch im Zusammenhang mit somatischen Komplikationen genannt (26 Nennungen, 18,1%). Das Kriterium „somatische Komplikationen“ allein wurde allerdings nur 6 mal aufgeführt (4,2%). Das Scheitern ambulanter Therapieversuche empfanden 5 Teilnehmer (3,5%) als Hauptkriterium. Unter „Sonstige“ (18 Nennungen, 12,5%) wurden mehrere selten genannte Kriterien summiert, wie z.B. „Therapiemotivation“, „soziale Isolation“, „fehlende Krankheitseinsicht“, „Dauer der Erkrankung“ oder „Amenorrhoe“. 16 Teilnehmer (11,1%) ließen diese Frage unbeantwortet, 5 Teilnehmer (3,5%) konnten kein Hauptkriterium isolieren (s. Abbildung 1).

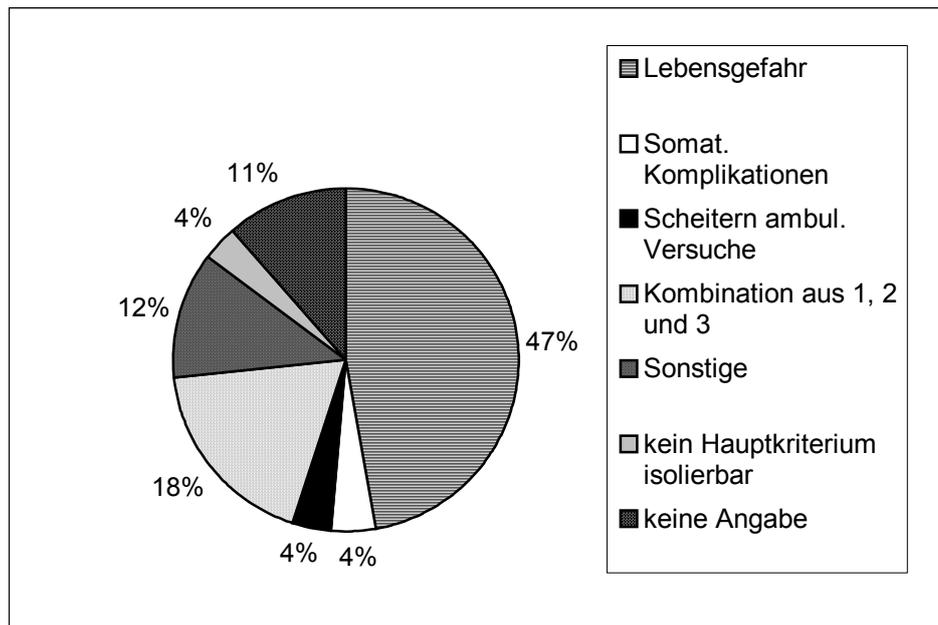


Abbildung 1: Bestimmung des Hauptkriteriums für eine stationäre Therapie bei Anorexie

Da die Frage nach der Definition des Begriffs „kritisches Untergewicht“ offen gestellt war, wurden nicht nur Gewichts- bzw. BMI-Grenzen genannt, sondern auch weitere individuell verschiedene Kriterien. Die meisten Teilnehmer (58 Nennungen, 40,3%) jedoch zogen ihre Grenze bei einem BMI < 17,5 bzw. > 30% unter dem altersentsprechenden Normalgewicht. Weitere 29 Teilnehmer (20,1%) hielten ein Untergewicht erst dann für kritisch, wenn es unter einem BMI von 15 liegt. Ein BMI < 13 wurde nur noch von 4 Teilnehmern (2,8%) genannt. Unabhängig vom tatsächlichen Gewicht hielten 15 Teilnehmer (10,4%) es dann für kritisch, wenn somatische Komplikationen drohen oder auftreten. 8 Teilnehmer (5,6%) machten diese Entscheidung vom Einzelfall abhängig. Unter „Sonstige“ (11 Nennungen, 7,6%) wurden weitere Kriterien zusammengefasst (z.B.: „Erreichen der 40 kg-Grenze“, „< 30 kg“ oder „laut BMI“). Die Frage blieb von 19 Teilnehmern (13,2%) unbeantwortet (s. Abbildung 2).

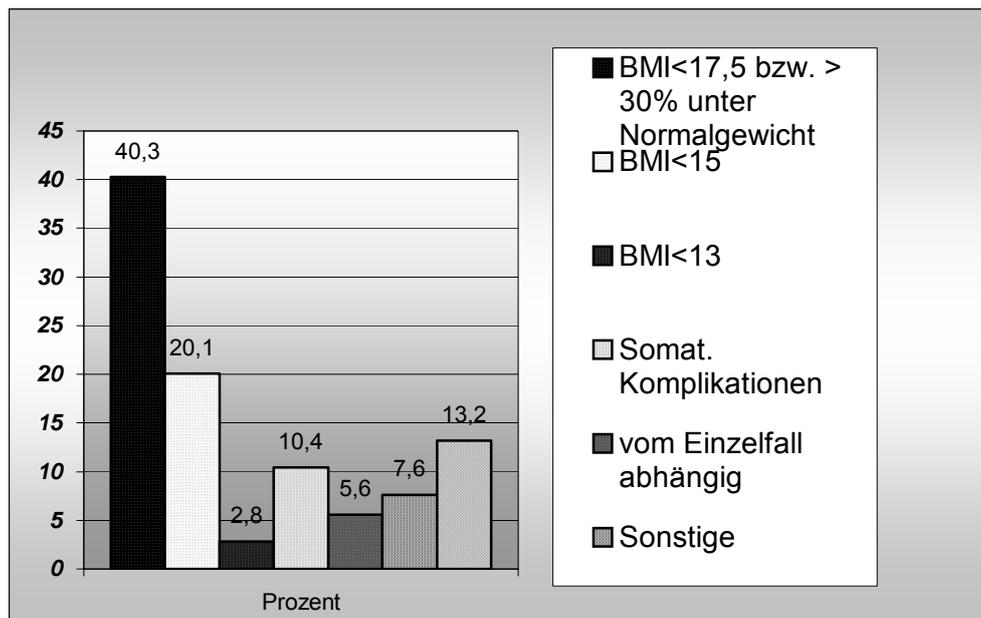


Abbildung 2: Definition des Begriffs „kritisches Untergewicht“

Auf die Frage „Welche weiteren Kriterien für eine stationäre Einweisung bei Anorexia nervosa halten Sie für wichtig?“ folgte eine Summation der o.g. Kriterien, die im Einzelfall nicht als Hauptkriterium betrachtet wurden. Viele Teilnehmer (46 Teilnehmer, 31,9%) beantworteten diese Frage aber gar nicht. Das einzige bisher nicht genannte Kriterium, das von 7 Teilnehmern (4,9%) genannt wurde, betrifft die gedankliche und strukturelle Einengung der Patientin. Desweiteren wurde auch hier wieder „Lebens- oder Gesundheitsgefährdung“ von 23 Teilnehmern (16,0 %), „Therapiemotivation“ von 22 Teilnehmern (15,3%), „Scheitern oder Stagnieren einer ambulanten Therapie“ von 13 Teilnehmern (9,0%) sowie die soziale und familiäre Situation von 19 Teilnehmern (13,2%) aufgeführt. Unter „Sonstige“ (14 Nennungen, 9,7%) wurden u.a. „Leidensdruck“, „Persönlichkeitsstörung“ oder „Gefahr der Chronifizierung“ genannt (vgl. Tabelle A2 im Anhang).

Die Frage „Wie viele Patienten/Patientinnen mit Anorexie kommen durchschnittlich pro Jahr zu Ihnen zum Erstgespräch?“ wurde von 109 **ambulant tätigen Psychotherapeuten** beantwortet (95,6%). Die Meisten (77 Teilnehmer, 67,5%) sehen jährlich etwa 1-5 Patienten zum Erstgespräch. Weitere 17

Teilnehmer (14,9%) führen mit 6-10 anorektischen Patienten pro Jahr Erstgespräche und 10 Teilnehmer (8,8%) gaben an, jährlich zwischen 11 und 20 Anorexiepatienten erstmals zu sehen. 21-40 Patienten pro Jahr kommen zu 2 Teilnehmern (1,8%). 3 Teilnehmer (2,6%) führten bisher keine Erstgespräche mit an Anorexie erkrankten Patienten (s. Abbildung 3).

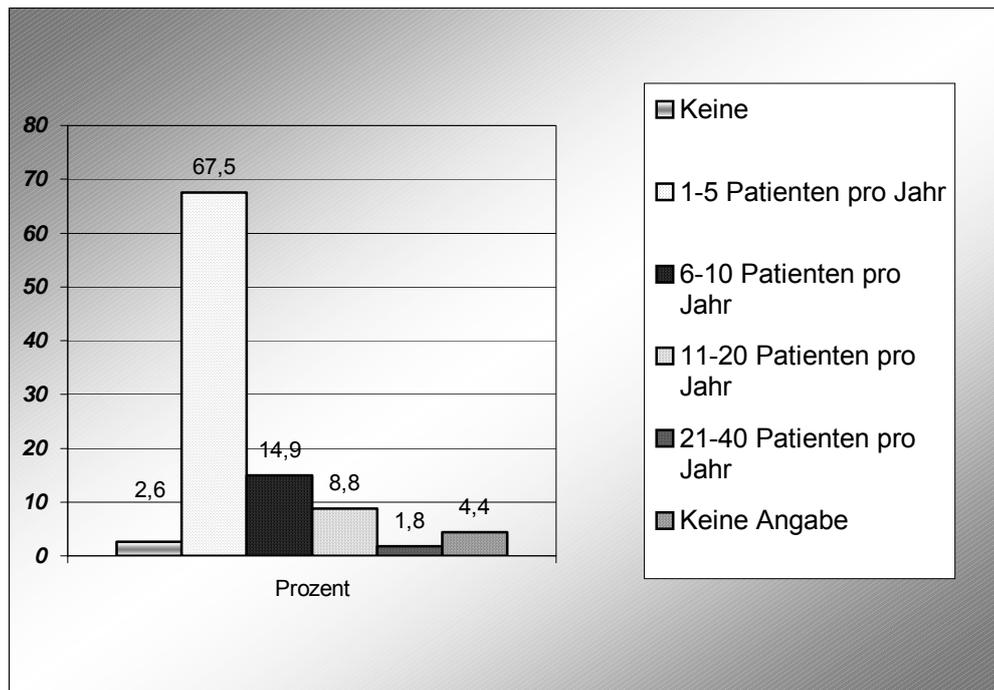


Abbildung 3: Erstgespräche/Jahr (ambulant) bei Anorexie

Bei den **stationär tätigen Ärzten, PP und KJP** zeigt sich ein relativ ausgewogenes Verhältnis. Jeweils 6 Teilnehmer (je 20%) gaben an, 1-5 Patienten bzw. 11-20 Patienten pro Jahr beim Erstgespräch kennen zu lernen. Knapp dahinter liegen die Angaben, zum Erstgespräch kämen jährlich 6-10 Patienten bzw. 21-40 Patienten (jeweils 5 Nennungen, 16,7%). Darüber liegen die von jeweils 2 Teilnehmern (6,7%) angegebenen 41-60 Patienten pro Jahr und über 60 Patienten pro Jahr. 4 Teilnehmer (13,3%) machten darüber keine Aussage (s. Abbildung 4).

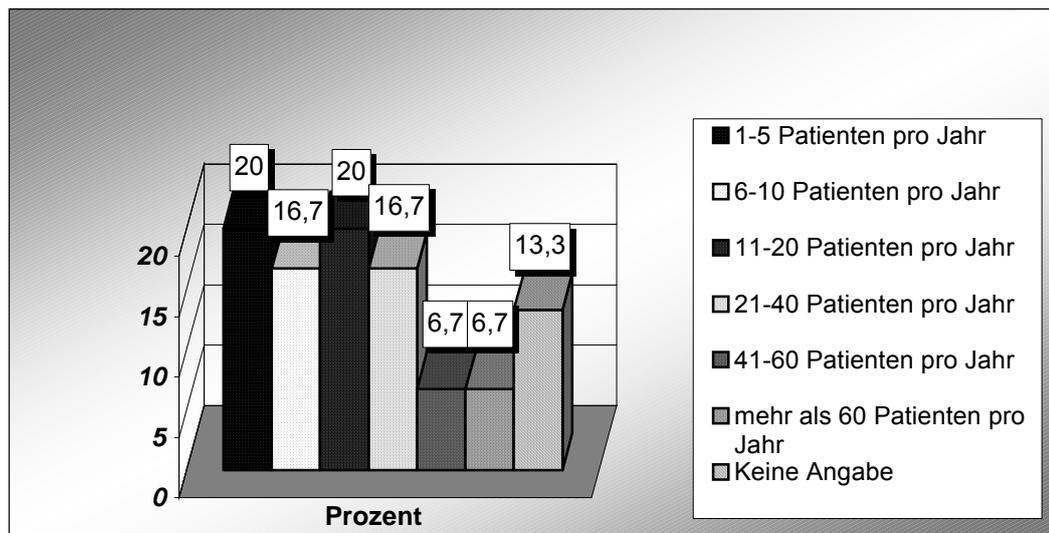


Abbildung 4: Erstgespräche/Jahr (stationär) bei Anorexie

Auch bei der Frage nach der Anzahl der pro Jahr behandelten Anorexiepatienten gab es bei den ambulant tätigen Psychotherapeuten größere Unterschiede als bei den Klinikern. 17 Teilnehmer (14,9% der ambulant tätigen Psychotherapeuten) behandeln gar keine Patienten mit dieser Diagnose. Die Antwortvergabe „1-5 Patienten pro Jahr“ wurde von 78 Niedergelassenen (68,4%) und von 6 Klinikern (20%) angekreuzt. Bereits in der nächsten Gruppe (6-10 Patienten pro Jahr) sind es nur noch 9 ambulant tätige Teilnehmer (7,9%) und 4 stationär Tätige (13,3%). Behandlungszahlen zwischen 11 und 20 Patienten pro Jahr kommen bei 4 ambulant arbeitenden (3,5%) und bei 5 stationär arbeitenden Teilnehmern (16,7%) vor. Nur noch 2 der ambulant tätigen Ärzte, PP und KJP (1,8%) behandeln jährlich 21-40 Patienten, bei den Klinikern sind es 4 (13,3%). Stationär kommen auch noch höhere Behandlungszahlen vor. Zwischen 41 und 60 Patienten werden von 4 Teilnehmern (13,3%) jährlich behandelt, über 60 pro Jahr geben weitere 4 stationär tätige Teilnehmer (13,3%) an. Die Frage blieb von 4 Niedergelassenen und 3 Klinikern unbeantwortet (s. Abbildung 5).

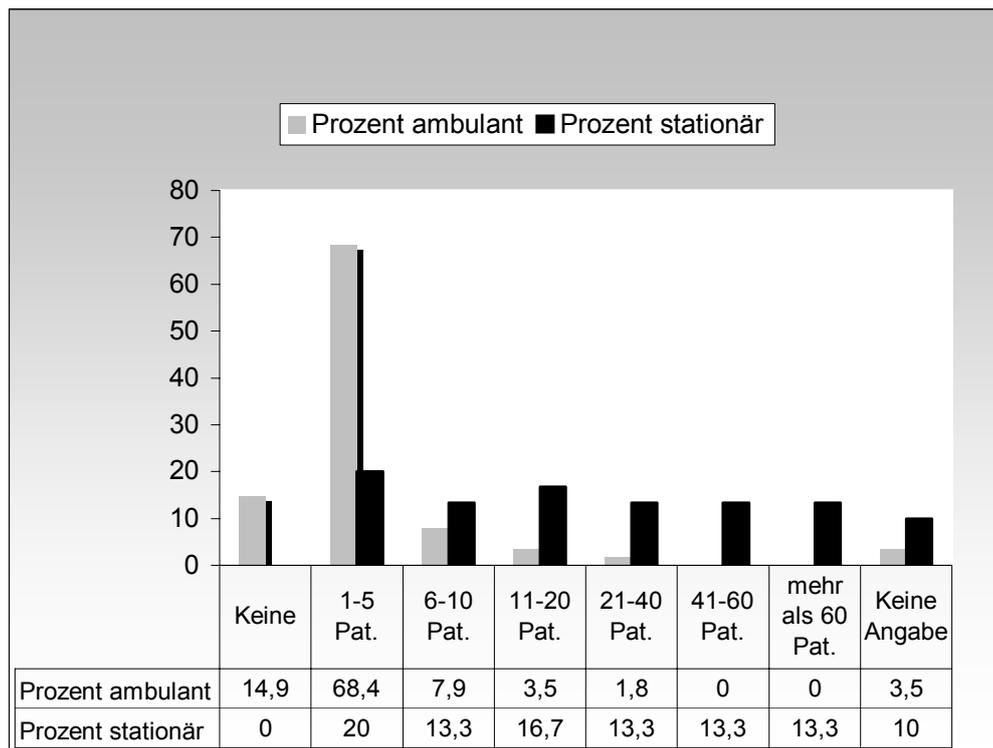


Abbildung 5: Behandlungszahlen/Jahr bei Anorexie ambulant und stationär

5.2.2 Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei *Bulimia nervosa*

Auch hier war bei den ersten 19 Items die Relevanz der Kriterien auf einer Likert-Skala einzuschätzen. Besonders die Kriterien „Suizidgefahr“ (M= 4,53, S= 0,76), „Scheitern ambulanter Therapieversuche“ (M= 4,26, S= 0,83), „Somatische Komplikationen“ (M= 4,06, S= 1,01) und „Wunsch der Patientin“ (M= 3,98, S= 1,00) wurden als wichtig erachtet (vgl. Tabelle A3 im Anhang).

An diese 19 Items schlossen sich drei offene Fragen an: Die erste bezieht sich auf die Isolierung des Hauptkriteriums, die zweite auf die Definition des Begriffs „hohe Frequenz an Heißhungerattacken“, die dritte Frage betrifft weiteren Kriterien. Im Anhang befindet sich eine genaue Auflistung der Antworten mit den inhaltsanalytischen Kategorien.

Die Frage „*Welches Kriterium würden Sie als Hauptkriterium für eine stationäre Therapie der Bulimie ansehen?*“ wurde von 121 Teilnehmern (84%) beantwortet. Wie auch schon bei der Anorexie steht auch bei der Bulimie das Kriterium „Lebensgefahr“ (33 Nennungen, 22,9%) an erster Stelle. Für 18 Teilnehmer (12,5%) spielt das Vorhandensein somatischer Komplikationen die entscheidende Rolle. Für 17 Teilnehmer (11,8%) ist das Hauptkriterium der Bulimie eine hohe Frequenz an Ess-Brechattacken, während weitere 17 Teilnehmer (11,8%) eine stationäre Therapie primär von der Therapiemotivation der Patientin abhängig machen. Die Antwort „Scheitern ambulater Therapieversuche“ wurde von 13 Befragten (9,0%) angeführt. Unter „Sonstige“ (23 Nennungen, 16,0%) wurden mehrere selten genannte Antworten gruppiert (genaue Auflistung s. Anhang). Die Frage blieb von 23 Teilnehmern (16,0%) unbeantwortet (s. Abbildung 6)

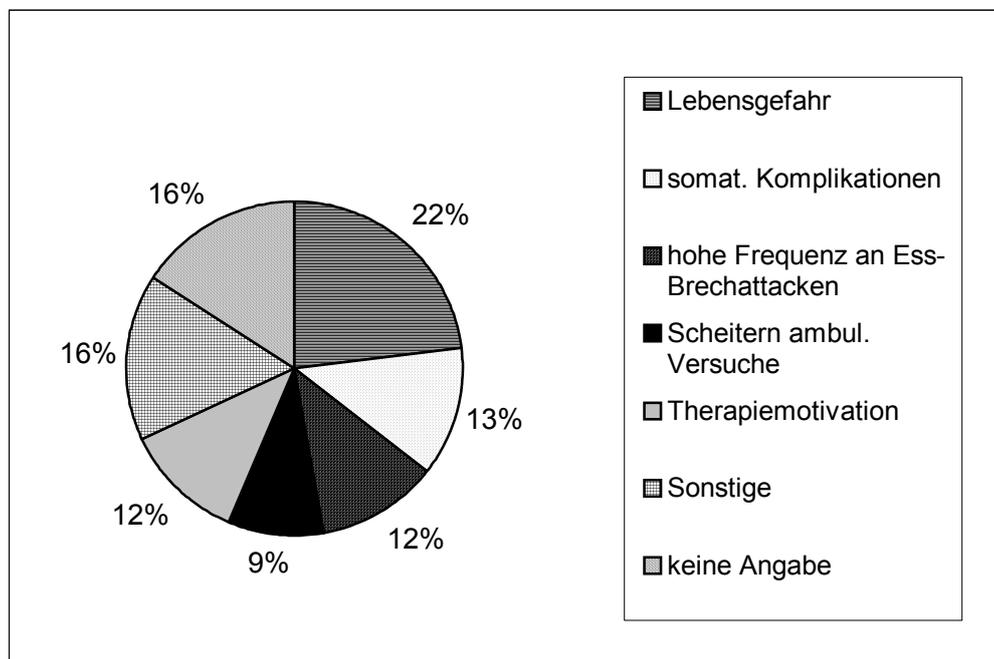


Abbildung 6: Bestimmung des Hauptkriteriums bei Bulimie

In der nächsten Frage sollten die Teilnehmer bewerten, ab welcher Frequenz von Heißhungerattacken sie eine stationären Therapie vorschlagen würden. 32 Befragte (22,2%) entschieden sich für „mehrmals täglich“. Eine ebenso große Anzahl (32 Befragte, 22,2%) hielten bereits „3-5 x pro Woche“ für ausreichend. Weitere 25 Teilnehmer (17,4%) würden bei täglichen Heißhungerattacken zu eine stationäre Therapie raten. Für 13 Psychotherapeuten (9,0%) genügt es, wenn die Patientin zweimal wöchentlich unter Heißhungerattacken leidet. Für 16 der Befragten (11,1%) ist die Frequenz überhaupt nicht entscheidend. Unter „Sonstige“ wurden die Kriterien „somatische Komplikationen“, „Kontrollverlust“ und „vom klinischen Bild abhängig“ zusammengefasst. Diese Antwortkategorie wurde von 4 Teilnehmern (2,8%) angegeben. 22 Teilnehmer (15,3%) beantworteten die Frage nicht (s. Abbildung 7).

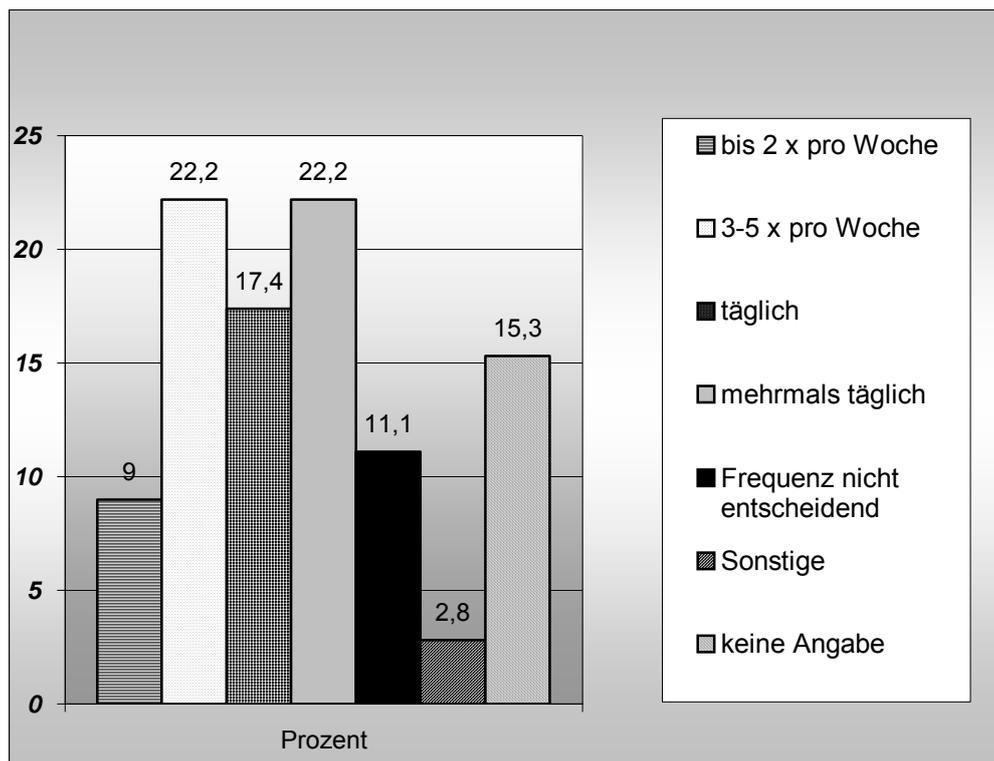


Abbildung 7: Definition des Begriffs „hohe Frequenz an Heißhungerattacken“

Wie auch schon bei der Anorexie wurde die Frage nach weiteren Kriterien oft nicht beantwortet (55 Teilnehmer, 38,2%). Bei den verbleibenden 89 Teilnehmern wurden hier die Kriterien aufgeführt, die im Einzelfall nicht als Hauptkriterium betrachtet wurden. 22 Teilnehmer (15,3%) nannten das Kriterium „Lebens- oder Gesundheitsgefahr“, 18 Teilnehmer (12,5%) führten „familiäre oder soziale Probleme“ auf. „Therapiemotivation“ sowie „Scheitern ambulanter Therapieversuche“ wurde von jeweils 12 Befragten (8,3%) angegeben. 25 Teilnehmer (17,4%) gaben Antworten, die in der Kategorie „Sonstige“ zusammengefasst wurden (vgl. Tabelle A4 im Anhang).

In der nächste Frage wurden die Teilnehmer gebeten, die Anzahl an Patienten/Patientinnen mit Bulimie anzugeben, die durchschnittlich pro Jahr zu ihnen zum Erstgespräch kommt. Mehr als die Hälfte der **ambulant tätigen Psychotherapeuten** (62 Nennungen, 54,4%) gab an, jährlich eine/n bis fünf Patienten/Patientinnen mit Bulimie erstmals zu sehen, weitere 25 Teilnehmer (21,9%) antworteten, bei ihnen seien es sechs bis zehn Patienten/Patientinnen pro Jahr. Die nächsthöheren Antwortkategorie „11-20 Patienten/Patientinnen pro Jahr“ wurde noch von 17 Befragten (14,9%) gewählt, während nur einer der ambulant tätigen Psychotherapeuten (0,9%) mehr als zwanzig Patienten/Patientinnen mit Bulimie zum Erstgespräch sieht. 3 Teilnehmer (2,6%) gaben an, dass bisher keine Patienten/Patientinnen zum Erstgespräch zu ihnen gekommen sei und weitere 6 Teilnehmer (5,3%) ließen die Frage offen (s. Abbildung 8).

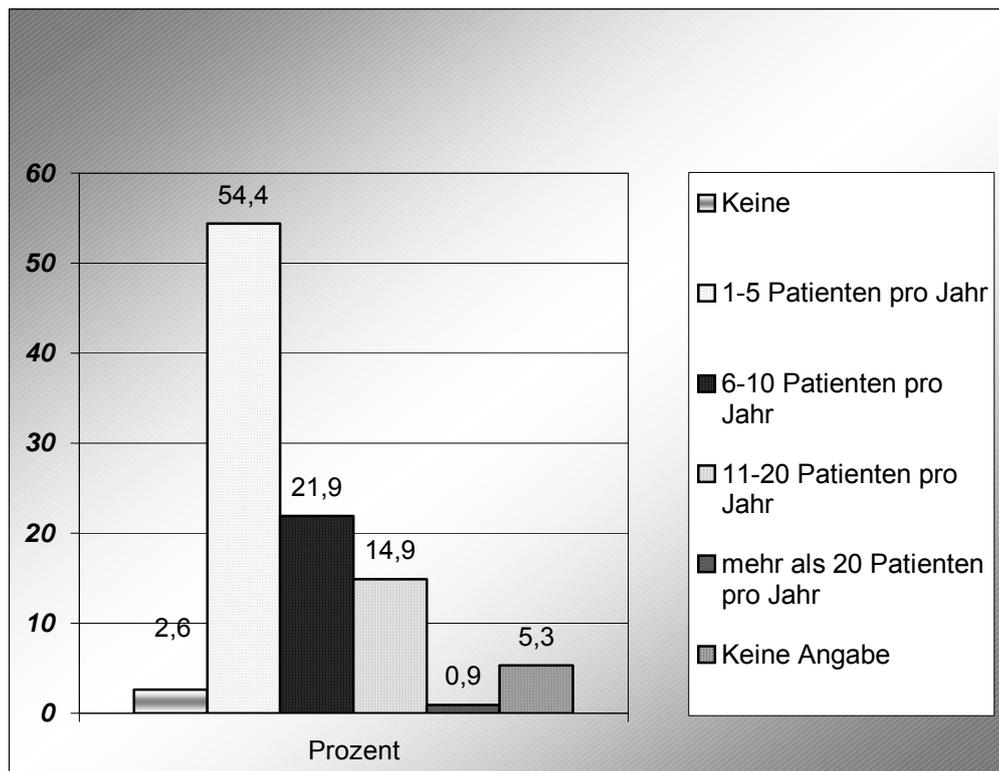


Abbildung 8: Erstgespräche/Jahr (ambulant) bei Bulimie

Bei den **stationär tätigen Psychotherapeuten** ergab sich bezüglich dieser Frage ein ausgewogeneres Verhältnis. 5 der stationär tätigen Ärzte und PP/KJP führen Erstgespräche mit „1-5 Patienten/Patientinnen pro Jahr“. Jeweils 7 Teilnehmer (23,3%) gaben an „6-10 Patienten/Patientinnen pro Jahr“ bzw. „11-20 Patienten/Patientinnen pro Jahr“ zum Erstgespräch zu sehen. Die Antwortkategorie „21-40 Patienten/Patientinnen pro Jahr“ wurde noch von 6 Teilnehmern (20,0%) gewählt, während nur noch ein Psychotherapeut (3,3%) angab, mit mehr als 40 Patienten/Patientinnen jährlich Erstgespräche zu führen. 4 Befragte (13,3%) machten hierzu keine Angabe (s. Abbildung 9).

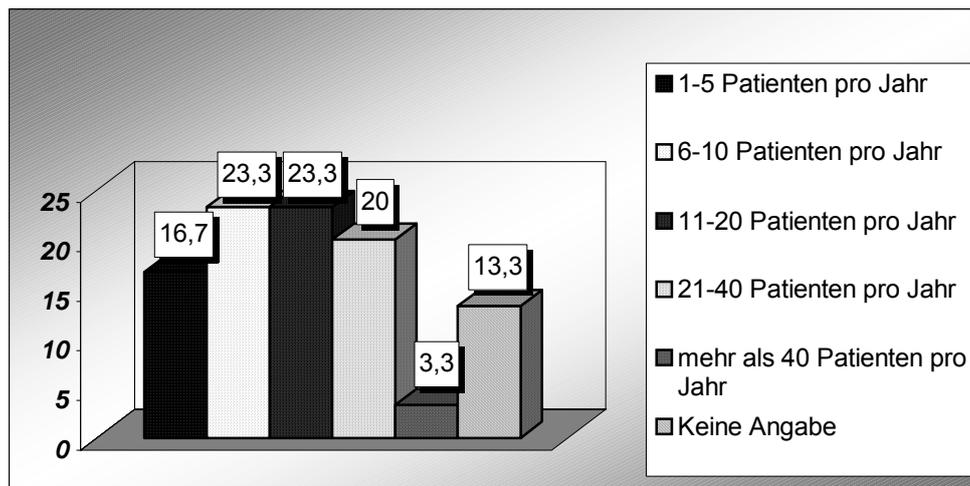


Abbildung 9: Erstgespräche/Jahr (stationär) bei Bulimie

Auch bei der Frage „Wie viele Patienten/Patientinnen mit Bulimie behandeln Sie durchschnittlich pro Jahr?“ ergaben sich bei den ambulant tätigen Psychotherapeuten größere Unterschiede als bei den stationär Tätigen. Die Antwortmöglichkeit „keine Patienten“ wurde nur von 12 ambulant tätigen Ärzten, PP und KJP (10,5%) gegeben, bei den Klinikern gar nicht. „1-5 Patienten pro Jahr“ behandeln 74 der ambulant (64,9%) und 5 der stationär arbeitenden Teilnehmer (16,7%). 13 der ambulant tätigen Befragten (11,4%) sowie 5 der stationär Tätigen (16,7%) gaben an, jährlich 6-10 Patienten mit Bulimie zu behandeln. Zwischen 11 und 20 Patienten werden von 8 ambulant tätigen Psychotherapeuten (7,0%) behandelt; bei den Klinikern sind es 7 (23,3%). Nur noch zwei niedergelassene Ärzte, PP und KJP (1,8%), aber 6 stationär Tätige (20,0%) gaben an, dass pro Jahr zwischen 21 und 40 Patienten mit Bulimie zur Behandlung kämen. Höhere Behandlungszahlen finden sich nur noch bei den stationär arbeitenden Psychotherapeuten. Einer (3,3%) gab an, 41 – 60 Patienten pro Jahr zu sehen, weitere 3 (10,0%) sogar über 60 Patienten mit Bulimie pro Jahr. Diese Frage blieb von 5 ambulant tätigen Teilnehmern (4,4%) und von 3 stationär tätigen Teilnehmern (10,0%) unbeantwortet (s. Abbildung 10).

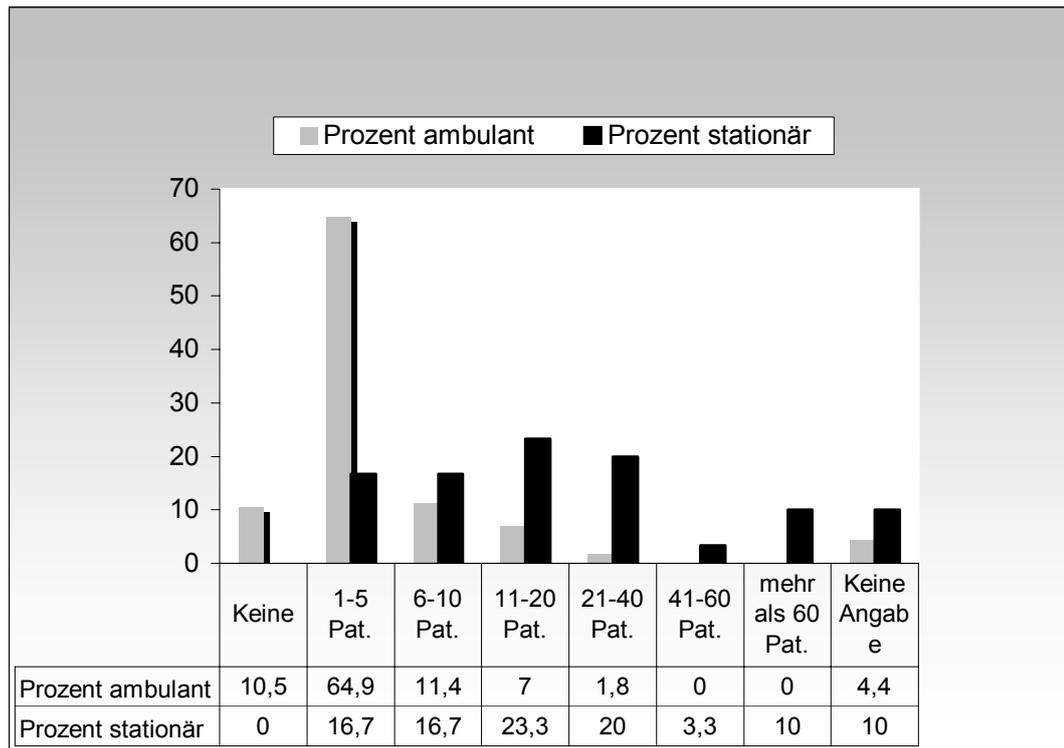


Abbildung 10: Behandlungszahlen/Jahr bei Bulimie ambulant und stationär

5.3 Unterschiede in der Bewertung der Kriterien und Überprüfung der Hypothesen

Im folgenden Kapitel sollen die in Kapitel 3.5 aufgestellten Hypothesen hinsichtlich der Unterschiede in der Bewertung der Items überprüft und aufgezeigt werden. Untersucht werden die Variationen, die sich nach Geschlecht, Arbeitsplatz, Beruf, Spezialisierung und Alter ergeben haben.

5.3.1 Geschlechtsspezifische Unterschiede

Hypothese 1: Es werden geschlechtsspezifische Unterschiede dahingehend erwartet, dass männliche Therapeuten eher eine stationäre Psychotherapie empfehlen als weibliche.

Die Prüfung auf geschlechtsspezifische Unterschiede bei der Bewertung der Kriterien für eine stationäre Aufnahme bei *Anorexie* ergab kaum signifikante Unterschiede. Auffallend ist nur, dass für die männlichen Probanden das Kriterium „Therapiemotivation“ tendenziell wichtiger erscheint als für die weiblichen ($p=0,057$; t-Test; vgl. Tabelle 5.6).

Die Bewertung der Kriterien bei *Bulimie* ergab, dass hier das Kriterium „Therapiemotivation“ von den Männern für wichtiger gehalten wurde als von den Frauen ($p=0,043$; t-Test). Dafür bewerteten Frauen eine Bulimie in Zusammenhang mit Depressionen (Kriterium: „Komorbidität mit Depression“) stärker als ihre männlichen Kollegen ($p=0,045$; t-Test).

Insgesamt kann also die Hypothese, dass Männer eher zu einer stationären Therapie raten als Frauen, nicht bestätigt werden.

Tabelle 5.6: Geschlechtsspezifische Unterschiede

n = Fallzahl, M = Mittelwert, s = Standardabweichung, p-Wert (t-Test).

Kriterium	Geschlecht	n	M	s	p-Wert
<i>Bei Anorexie</i>					
Therapiemotivation	männlich	47	3,53	0,929	0,057 (n.s.)
	weiblich	62	3,15	1,114	
<i>Bei Bulimie</i>					
Komorbidität mit Depression	männlich	56	2,66	1,049	0,045
	weiblich	83	3,05	1,147	
Therapiemotivation	männlich	45	3,49	0,991	0,043
	weiblich	62	3,06	1,099	

5.3.2 Arbeitsplatzbezogene Unterschiede

Hypothese 2: Es wird erwartet, dass ambulant tätige Psychotherapeuten eher eine stationäre Psychotherapie empfehlen als stationär tätige.

a) Untersuchung der Unterschiede in der Bewertung der Kriterien für stationäre Therapie bei Anorexie

Die Untersuchung in Bezug auf die Kriterien bei Anorexie ergab signifikante Unterschiede in sechs Bereichen: Suizidgefahr ($p=0,048$), Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen ($p=0,014$), Komorbidität mit Borderline-Persönlichkeitsstörung ($p=0,036$), familiäre Probleme ($p=0,001$) und soziale Isolation ($p=0,002$). Diese sechs Kriterien waren alle für die stationär tätigen Psychotherapeuten von größerer Relevanz als für die ambulant Tätigen (vgl. Tabelle 5.7).

Damit zeigte sich genau das Gegenteil dessen, was ursprünglich erwartet wurde, und die Hypothese muss verworfen werden.

Tabelle 5.7: Arbeitsplatzspezifische Unterschiede bei der Bewertung der Kriterien für stationäre Aufnahme bei Anorexie

n = Fallzahl, M = Mittelwert, s = Standardabweichung, p-Wert (t-Test).

Kriterium	Arbeitsplatz	n	M	s	p-Wert
Gewicht	ambulant	77	3,92	0,943	n.s.
	stationär	24	4,25	0,847	
Untergewicht	ambulant	108	3,41	1,340	n.s.
	stationär	28	3,68	1,090	
Kritisches Untergewicht	ambulant	106	4,58	0,675	n.s.
	stationär	28	4,64	0,559	
Somatische Komplikationen	ambulant	99	4,34	0,894	n.s.
	stationär	26	4,42	0,758	
Suizidgefahr	ambulant	103	4,55	0,776	0,048
	stationär	27	4,78	0,424	
Komorbidität mit psych. Erkrank.	ambulant	110	3,09	1,185	0,014
	stationär	30	3,67	0,884	
Komorbidität mit Depression	ambulant	112	2,98	1,237	n.s.
	stationär	30	3,40	1,003	
Komorbidität mit Borderline	ambulant	113	3,58	1,186	0,036
	stationär	30	4,00	0,871	
Familiäre Probleme	ambulant	112	3,33	1,276	0,001
	stationär	30	4,07	0,980	
Soziale Isolation	ambulant	113	3,04	1,213	0,002
	stationär	30	3,80	1,031	
Scheitern amb. Versuche	ambulant	112	4,38	0,861	n.s.
	stationär	30	4,43	0,626	
Therapiemotivation	ambulant	86	3,28	1,059	n.s.
	stationär	26	3,50	1,030	
Fehlende Krankheitseinsicht	ambulant	112	3,24	1,351	n.s.
	stationär	30	3,00	1,287	
Vorbereit. f. eine amb. Therapie	ambulant	111	3,22	1,099	n.s.
	stationär	30	3,40	0,932	
Wunsch nach stat. Therapie	ambulant	113	4,09	0,960	n.s.
	stationär	30	4,00	0,910	
Substanzmissbrauch	ambulant	113	3,31	1,070	n.s.
	stationär	30	3,57	0,858	
Störung der Impulskontrolle	ambulant	113	3,27	1,088	0,011
	stationär	30	3,83	0,913	
Automutilation	ambulant	107	3,57	1,038	n.s.
	stationär	30	3,87	0,900	
Leitlinien	ambulant	109	3,20	0,941	n.s.
	stationär	28	2,89	1,066	

b) Untersuchung der Unterschiede in der Bewertung der Kriterien für stationäre Therapie bei Bulimie

Auch bei der Einschätzung der Kriterien bei Bulimie stellte sich heraus, dass niedergelassene Psychotherapeuten offenbar weniger schnell zu einem Klinikaufenthalt raten. Die Items „Gewicht“ ($p=0,036$) und „Mindestens zwei Heißhunger-Attacken pro Woche über drei Monate“ ($p=0,001$) wurden von den stationär Tätigen deutlich stärker bewertet als von den ambulant Tätigen. Die Komorbidität mit psychischen Erkrankungen ($p=0,004$) und speziell mit Depression ($p=0,013$) scheint ebenfalls besonders wichtig zu sein für Psychotherapeuten, die in einer Klinik beschäftigt sind. Wie auch schon bei der Bewertung der Anorexie-Kriterien aufgefallen ist, legen auch hier die stationär tätigen Psychotherapeuten besonderen Wert auf das familiäre und soziale Umfeld der Patientin („Familiäre Probleme“ $p=0,021$; „Soziale Isolation“ $p=0,002$). Besonders bei Bulimie-Patientinnen scheint auch noch die Störung der Impulskontrolle ($p=0,033$) eine wichtige Rolle zu spielen (vgl. Tabelle 5.8).

Die Hypothese bestätigt sich also auch hier nicht.

Tabelle 5.8: Arbeitsplatzspezifische Unterschiede bei der Bewertung der Kriterien für stationäre Aufnahme bei Bulimie

n = Fallzahl, M = Mittelwert, s = Standardabweichung, p-Wert (t-Test).

Kriterium	Arbeitsplatz	n	M	s	p-Wert
Gewicht	ambulant	79	3,00	1,074	0,036
	stationär	23	3,52	0,898	
Mind. 2 HH-Att./Wo. über 3 Monate	ambulant	113	2,12	1,084	0,001
	stationär	29	3,00	1,165	
Hohe Frequenz an Heißhungerattacken	ambulant	113	3,22	1,100	n.s.
	stationär	30	3,60	0,894	
Somat. Kompl.	ambulant	105	4,02	1,028	n.s.
	stationär	27	4,15	0,949	
Suizidgefahr	ambulant	105	4,49	0,810	n.s.
	stationär	28	4,68	0,476	
Komorb. mit psych. Erkrankungen	ambulant	112	2,89	1,110	0,004
	stationär	30	3,53	0,937	
Komorbidität mit Depression	ambulant	112	2,77	1,131	0,013
	stationär	30	3,33	0,922	
Kom. mit Borderline	ambulant	113	3,42	1,148	n.s.
	stationär	30	3,77	0,898	
Familiäre Probleme	ambulant	112	3,14	1,265	0,021
	stationär	30	3,73	1,081	
Soziale Isolation	ambulant	113	2,93	1,178	0,002
	stationär	30	3,67	0,994	
Scheitern amb. Versuche	ambulant	113	4,25	0,861	n.s.
	stationär	30	4,30	0,702	
Therapiemotivation	ambulant	84	3,15	1,070	n.s.
	stationär	25	3,56	1,003	
Fehlende Krankheitseinsicht	ambulant	109	2,75	1,362	n.s.
	stationär	30	2,67	1,269	
Vorbereitung für eine amb. Therapie	ambulant	110	2,99	1,071	n.s.
	stationär	30	3,13	1,074	
Wunsch nach stationärer Therapie	ambulant	111	4,02	0,981	n.s.
	stationär	30	3,83	1,053	
Substanzmissbrauch	ambulant	111	3,09	1,100	n.s.
	stationär	30	3,43	0,898	
Störung der Impulskontrolle	ambulant	111	3,17	1,069	0,033
	stationär	30	3,63	0,928	
Automutilation	ambulant	105	3,48	1,057	n.s.
	stationär	30	3,77	0,935	
Leitlinien	ambulant	106	3,04	0,872	n.s.
	stationär	29	2,86	1,060	

Es zeigt sich, dass sowohl bei der Befragung in Bezug auf Patientinnen mit Anorexie als auch bei der, die auf Bulimie-Patientinnen bezogen ist, dass stationär Tätige zahlreiche Kriterien stärker bewerten als ihre ambulant arbeitenden Kollegen. Es ist also genau umgedreht: Die Psychotherapeuten, die bereits stationär tätig sind, empfehlen auch eher eine stationäre Therapie.

Die Hypothese wurde widerlegt.

5.3.3 Berufsbezogene Unterschiede

Hypothese 3: Es wird erwartet, dass ärztliche Psychotherapeuten eher als Psychologische Psychotherapeuten sowie Kinder-/Jugendlichenpsychotherapeuten eine stationäre Psychotherapie empfehlen.

a) Untersuchung der Unterschiede in der Bewertung der Kriterien für stationäre Therapie bei Anorexie

Signifikante Unterschiede ergaben sich in vier Bereichen. Das Kriterium „Untergewicht“ ($p=0,040$) wird von Psychologen als wichtiger empfunden als von Ärzten. Umgekehrt raten Ärzte bei somatischen Komplikationen ($p=0,013$) sowie bei familiären Problemen ($p=0,030$) schneller zu einer stationären Therapie als Psychologische Psychotherapeuten und Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten. Der Wunsch nach stationärer Therapie ($p=0,003$) wiederum beeinflusst die Entscheidung für eine stationäre Therapie bei Psychologen deutlich stärker als bei Ärzten (vgl. Tabelle 5.9).

Da zwei Kriterien von den befragten Ärzten und ebenfalls zwei Kriterien von den Psychologen stärker bewertet wurden, lässt diese Beobachtung nicht den Schluss zu, dass Ärzte insgesamt eher zu einer stationären Therapie raten. Die Hypothese kann nicht bestätigt werden.

Tabelle 5.9: Berufsbezogene Unterschiede bei der Bewertung der Kriterien für stationäre Aufnahme bei Anorexie

n = Fallzahl, M = Mittelwert, s = Standardabweichung, p-Wert (t-Test).

Kriterium	Beruf	n	M	s	p-Wert
Gewicht	Arzt	60	4,00	1,025	n.s.
	Psychologe	41	4,00	0,775	
Untergewicht	Arzt	83	3,29	1,375	0,040
	Psychologe	53	3,74	1,112	
Kritisches Untergewicht	Arzt	80	4,56	0,633	n.s.
	Psychologe	54	4,63	0,681	
Somatische Komplikationen	Arzt	73	4,52	0,818	0,013
	Psychologe	52	4,13	0,886	
Suizidgefahr	Arzt	78	4,68	0,693	n.s.
	Psychologe	52	4,48	0,754	
Komorbidität mit psych. Erkrankung.	Arzt	86	3,20	1,083	n.s.
	Psychologe	54	3,24	1,258	
Komorbidität mit Depression	Arzt	87	3,02	1,110	n.s.
	Psychologe	55	3,15	1,339	
Komorbidität mit Borderline	Arzt	88	3,67	1,132	n.s.
	Psychologe	55	3,67	1,156	
Familiäre Probleme	Arzt	87	3,67	1,148	0,030
	Psychologe	55	3,20	1,366	
Soziale Isolation	Arzt	88	3,31	1,226	n.s.
	Psychologe	55	3,04	1,186	
Scheitern ambulanter Versuche	Arzt	87	4,46	0,696	n.s.
	Psychologe	55	4,27	0,971	
Therapiemotivation	Arzt	65	3,40	1,012	n.s.
	Psychologe	47	3,23	1,108	
Fehlende Krankheitseinsicht	Arzt	88	3,10	1,322	n.s.
	Psychologe	54	3,33	1,360	
Vorbereitung für eine ambulante Therapie	Arzt	86	3,24	1,017	n.s.
	Psychologe	55	3,27	1,146	
Wunsch nach stationärer Therapie	Arzt	88	3,89	0,952	0,003
	Psychologe	55	4,36	0,868	
Substanzmissbrauch	Arzt	88	3,35	1,051	n.s.
	Psychologe	55	3,38	1,009	
Störung der Impulskontrolle	Arzt	88	3,38	1,097	n.s.
	Psychologe	55	3,42	1,049	
Automutilation	Arzt	85	3,67	1,062	n.s.
	Psychologe	52	3,58	0,936	
Leitlinien	Arzt	85	3,07	0,936	n.s.
	Psychologe	52	3,25	1,027	

b) Untersuchung der Unterschiede in der Bewertung der Kriterien für stationäre Therapie bei Bulimie

Auch Patientinnen mit Bulimie werden beim Auftreten von somatischen Komplikationen ($p=0,045$) von Ärzten lieber in eine Klinik geschickt. Psychologen sind dabei etwas zurückhaltender. Außerdem raten Ärzte bei selbstmordgefährdete Patienten ($p=0,048$) ebenfalls eher zu einer stationären Therapie als psychologische Therapeuten und Kinder- und Jugendpsychotherapeuten. Umgekehrt verhält es sich, wenn die Bulimikerin den Wunsch äußert, stationär behandelt zu werden ($p=0,000$). Psychologen erachten diesen Wunsch als wichtigeres Kriterium für eine stationäre Therapie, Ärzten erscheint dies weniger wichtig (vgl. Tabelle 5.10).

In diesem Fall wurden zwar doppelt so viele Kriterien von Ärzten höher eingestuft als von den Psychologen, jedoch ergab sich bei den meisten Items keine unterschiedliche Bewertung, so dass diese Hypothese ebenfalls nicht bestätigt wurde.

Tabelle 5.10: Berufsbezogene Unterschiede bei der Bewertung der Kriterien für stationäre Aufnahme bei Bulimie

n = Fallzahl, M = Mittelwert, s = Standardabweichung, p-Wert (t-Test).

Kriterium	Beruf	n	M	s	p-Wert
Somatische Komplikationen	Arzt	79	4,19	0,948	0,045
	Psychologe	53	3,83	1,069	
Suizidgefahr	Arzt	81	4,63	0,697	0,048
	Psychologe	52	4,37	0,817	
Wunsch nach stationärer Therapie	Arzt	88	3,75	0,974	0,000
	Psychologe	53	4,36	0,922	

5.3.4 Unterschiede aufgrund der Spezialisierung

Hypothese 4: Es ist zu erwarten, dass Tiefenpsychologen/Psychoanalytiker eher als Verhaltenstherapeuten eine stationäre Psychotherapie empfehlen.

In der Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexie sowie bei Bulimie ergaben sich nur wenige signifikante Unterschiede. Die drei Bereiche, in denen sich signifikant abweichende Bewertungen nachweisen ließen, sind bei Anorexie und Bulimie die gleichen. Fehlende Krankheitseinsicht (Anorexie: $p=0,010$; Bulimie: $p=0,032$) wurde genau wie der Wunsch der Patientin nach einer stationären Therapie (Anorexie: $p=0,001$; Bulimie: $p=0,000$) von Verhaltenstherapeuten stärker bewertet als von tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch arbeitenden Therapeuten. Verhaltenstherapeuten gaben ebenfalls an, ihre Entscheidung stärker von den Leitlinien abhängig zu machen (Anorexie: $p=0,031$; Bulimie: $p=0,006$) als Tiefenpsychologen und Psychoanalytiker (vgl. Tabelle 5.11).

Daraus ergibt sich, dass die ursprünglich aufgestellte Hypothese verworfen werden muss.

Tabelle 5.11: Unterschiede aufgrund der Spezialisierung bei der Bewertung der Kriterien für stationäre Aufnahme

n = Fallzahl, M = Mittelwert, s = Standardabweichung, p-Wert (t-Test).

Kriterium	Spezialisierung	n	M	s	p-Wert
Bei Anorexie					
Fehlende Krankheitseinsicht	VT	37	3,62	1,277	0,010
	TP/PA	85	2,93	1,361	
Wunsch nach stationärer Therapie	VT	38	4,50	0,688	0,001
	TP/PA	85	3,88	0,969	
Leitlinien	VT	36	3,47	0,810	0,031
	TP/PA	83	3,07	0,960	
Bei Bulimie					
Fehlende Krankheitseinsicht	VT	36	3,08	1,339	0,032
	TP/PA	83	2,51	1,329	
Wunsch nach stationärer Therapie	VT	37	4,51	0,692	0,000
	TP/PA	84	3,77	0,986	
Leitlinien	VT	34	3,41	0,743	0,006
	TP/PA	83	2,92	0,927	

5.4.4 Altersabhängige Unterschiede

Es ergaben sich bei der Überprüfung der altersabhängigen Bewertung nur zwei Bereiche, in denen sich signifikante Unterschiede nachweisen ließen. Die über 50-Jährigen bewerteten das Kriterium „Substanzmissbrauch“ ($p=0,034$) bei *Anorexie* am stärksten, gefolgt von den 40 – 50-Jährigen. Die unter 40-Jährigen empfanden dieses Kriterium am wenigsten wichtig für eine stationäre Therapie.

Auch hinsichtlich der Bewertung von Leitlinien zeigten sich signifikante Unterschiede. Hier äußerte sich die Gruppe der unter 40-Jährigen kritischer ($p=0,044$) als die anderen beiden Gruppen (vgl. Tabelle 5.12).

Bei altersabhängigen Bewertung der Kriterien bei *Bulimie* ließen sich keine signifikanten Unterschiede nachweisen.

Tabelle 5.12: Altersabhängige Unterschiede bei der Bewertung der Kriterien für stationäre Aufnahme bei Anorexie

n = Fallzahl, M = Mittelwert, s = Standardabweichung, p-Wert (Varianzanalyse).

Kriterium	Alter	n	M	s	p-Wert
Substanzmissbrauch	unter 40	28	3,11	0,994	0,034
	40 - 50	71	3,28	1,058	
	über 50	41	3,71	0,955	
Leitlinien	unter 40	26	2,73	1,002	0,044
	40 - 50	68	3,26	0,891	
	über 50	41	3,24	1,019	

6. DISKUSSION

Ziel der vorliegenden Studie war zu prüfen, welche Kriterien bei der differenziellen Indikation für eine ambulante oder stationäre Therapie bei Essstörungen von Psychotherapeuten als wichtig eingeschätzt werden. Darüber hinaus soll Auskunft gegeben werden, ob und wie stark die in den bestehenden Leitlinien vorhandenen Vorgaben zur Indikationsstellung für eine stationäre Therapie bei Patienten mit Anorexie oder Bulimie in der Praxis Anwendung finden. Zugrunde wurden jene Kriterien gelegt, die sich zu dieser Frage in der Literatur finden. Schließlich wurde untersucht, wie die in diesem Zusammenhang häufig erwähnten Schlüsselbegriffe „kritisches Untergewicht“ und „häufige Frequenz an Heißhungerattacken“ von den Befragten definiert werden.

6.1 Erläuterungen zur Methodik

Bevor die Ergebnisse im Einzelnen diskutiert werden, sei zunächst auf einige methodische Einschränkungen hingewiesen.

Die Befragung wurde bei ambulant und bei stationär tätigen Ärzten, Psychotherapeuten und Psychiatern durchgeführt. Rücklauf und Repräsentativität der stationär und der ambulant Befragten sind aus verschiedenen Gründen jeweils getrennt zu betrachten. Zunächst konnten wir bei den Niedergelassenen unmittelbar die Zielgruppe – über das Ärzteregister der Kassenärztlichen Vereinigung – identifizieren und eine systematische Stichprobe im gewünschten Umfang ziehen (n= 343), geschichtet für die genannten Gruppen der Psychotherapeuten/Ärzte. Demgegenüber konnten die stationär tätigen Ärzte/Psychotherapeuten nur indirekt angesprochen werden, indem wir die Fragebögen an Kliniken zur Behandlung von Anorexie/Bulimie geschickt haben (jew. 10 pro Klinik, bei insgesamt 20 Kliniken). In der Auswertung muss offen bleiben, ob die Bögen in allen Kliniken weitergereicht/verteilt wurden, ob sie gleichmäßig auf alle Therapeuten verteilt wurden und ob die Bearbeitung dort unabhängig voneinander erfolgt ist.

Während die Rücklaufquote bei den Niedergelassenen 32,4% beträgt, sind es bei den Kliniktherapeuten 16,5%. Da jedoch von den insgesamt 144 zurückgeschickten Fragebögen 111 Bögen von ambulant Tätigen ausgefüllt wurden, sind diese natürlich überrepräsentiert. Die Bewertung der Kriterien repräsentiert also primär die Ansicht der niedergelassenen Psychotherapeuten und Psychiater.

Hinzu kommt, dass eine Klinik uns informiert hat, dass sie keine Patienten mit Essstörungen behandelt. Somit reduziert sich die Zahl der ursprünglich an Kliniken verschickten 200 Fragebögen auf 190, die theoretisch ausfüllbar gewesen wären. Streng genommen wäre also bei den stationär Tätigen der Rücklauf der Fragebögen von 16,5 % (33 ausgefüllte und zurückgeschickte von 200 verschickten Fragebögen) auf 17,4 % (33 von 190 Bögen) zu korrigieren.

Da allerdings auch einige Teilnehmer einen ausgefüllten Fragebogen zurückgeschickt haben, ohne je eine Patientin mit Essstörung gesehen oder behandelt zu haben, sind diese Bewertungen eher als subjektive und theoretische Ansicht zu verstehen. Die Aufnahme dieser Antworten in die Auswertung der Studie, die als Grundlage die therapeutische Erfahrung der Teilnehmer voraussetzt, könnte das Ergebnis verfälscht haben.

Als weiteres Problem haben sich die offenen Fragen erwiesen. Zum einen wurden sie nur von einem Teil der Befragten beantwortet. So lag z.B. bei der Frage nach weiteren Kriterien der Anteil derer, die die Frage unbeantwortet ließen, bei Anorexie bei 31,9%, bei Bulimie bei 38,2%. Bezogen auf die Gesamtstichprobe kann man also die Antworten nicht mehr als repräsentativ bezeichnen.

Zudem zeigte sich, dass einige Fragen offensichtlich missverstanden wurden. Die Frage nach „weiteren Kriterien“ zielte eigentlich auf weitere, nicht im Fragebogen genannte Indikationskriterien für eine stationäre Therapie. Bei der Auswertung der Antworten ergab sich jedoch, dass unter diesem Punkt häufig

lediglich eine Zusammenfassung der Kriterien erfolgte, die nicht als Hauptkriterium genannt wurden.

Bei der Frage nach einem Hauptkriterium wurde oft nicht nur ein Kriterium genannt, sondern eine ganze Reihe von Kriterien aufgezählt. Diese Mehrfachnennungen machten die Einteilung in Kategorien schwierig, da hierfür Antwortprioritäten angenommen werden mussten, die vom Teilnehmer nicht angegeben waren.

Vor dem Hintergrund der erwähnten methodischen Einschränkungen sollten die Ergebnisse eher vorsichtig interpretiert werden. Sie können jedoch als Ausgangspunkt für weitere Studien auf diesem Gebiet dienen.

6.2 Diskussion der Ergebnisse

6.2.1 Anorexia nervosa

Für die Bewertung der Indikationskriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexia nervosa erschienen Merkmale, die mit einer Gefahr für Leben („Suizidgefahr“, „kritisches Untergewicht“) und Gesundheit („somatische Komplikationen“) der Patientin einhergehen, am wichtigsten. Weiterhin zeigte sich, dass insbesondere bereits gescheiterte ambulante Behandlungsversuche sowie der Wunsch der Patientin nach stationärer Therapie aus Sicht der Antwortenden für eine stationäre Aufnahme sprechen.

Dieses Ergebnis deckt sich mit den bisher beschriebenen Ergebnissen anderer Autoren (s. Kapitel 3.4.1).

Interessant ist allerdings, dass das Kriterium „Wunsch der Patientin“ bisher nicht in die Leitlinien aufgenommen wurde, obwohl bereits Anyan und Schowalter (1983) von der Bedeutung der Patientenselbsteinschätzung berichtet haben.

Besonders die befragten Psychologen (PP und KJP) ($p=0,003$) sowie die Verhaltenstherapeuten ($p=0,001$) schätzten dieses Merkmal als wichtig ein. Inter-

essant hierbei ist, dass unter den Verhaltenstherapeuten keine signifikanten Unterschiede zwischen ärztlichen Psychotherapeuten und PP/KJP nachzuweisen waren, umgekehrt aber unter den Psychologen (PP/KJP) die Verhaltenstherapeuten signifikant anders bewertet haben als die tiefenpsychologisch/psychoanalytisch tätigen Kollegen ($p=0,005$; s. Tabelle A5 im Anhang). Offenbar stehen für Ärzte doch eher die körperlichen Folgen der Essstörung im Vordergrund. Dies erklärt auch die stärkere Bewertung des Kriteriums „somatische Komplikationen“ bei dieser Berufsgruppe ($p=0,013$). Interessant in diesem Zusammenhang ist auch, dass Psychologen bereits bei Untergewicht (nicht erst bei kritischem Untergewicht) eine stationäre Therapie bevorzugen würden ($p=0,040$). Somit erscheint die körperliche Verfassung der Patientin nicht unwichtig, aber auch nicht das entscheidende Kriterium zu sein. Definitionsgemäß müsste noch nicht einmal eine Anorexia nervosa (mit $BMI < 17,5$) vorliegen. Vielmehr scheint die Psyche und der Wunsch nach Heilung für PP/KJP im Vordergrund zu stehen.

Dass Verhaltenstherapeuten dem Wunsch der Patientin nach stationärer Behandlung eher nachzukommen gewillt sind, als es Tiefenpsychologen oder Psychoanalytiker sind, lässt sich evtl. mit ihrem Therapieansatz erklären. Verhaltenstherapeuten sind auf die Mitwirkung der Patientin stärker angewiesen als ihre Kollegen. Ein Entgegenkommen des Therapeuten kann den Therapieverlauf positiv beeinflussen und die Arbeit des Verhaltenstherapeuten erleichtern.

Umgekehrt können Verhaltenstherapeuten mit uneinsichtigen Patientinnen nur schwer an einer Verhaltensänderung arbeiten. Deshalb überrascht auch das Ergebnis nicht, dass Verhaltenstherapeuten das Item „Fehlende Krankheitseinsicht“ stärker bewertet haben als Tiefenpsychologen und Psychoanalytiker ($p=0,010$).

Ebenfalls nicht in den Leitlinien zu finden ist der Punkt „Therapiemotivation“, der tendenziell von den befragten Männern als wichtiger empfunden wurde als von den Frauen ($p=0,057$). Vielleicht liegt diese unterschiedliche Bewertung daran, dass Frauen sich insgesamt besser in eine Patientin mit Anorexie hin-

einfehlen können und deshalb eine andere Zugangsmöglichkeit zu den Betroffenen haben, so dass eine zunächst mangelnde Therapiemotivation noch kein Grund ist, eine ambulante Therapie nicht zu versuchen.

Signifikante Unterschiede in der Bewertung der Kriterien ergaben sich aufgrund des Arbeitsplatzes des Psychotherapeuten (ambulant oder stationär) bei den Items Suizidgefahr ($p=0,048$), Komorbidität mit psychischen Erkrankungen ($p=0,014$), Komorbidität mit Borderline ($p=0,036$), Störung der Impulskontrolle ($p=0,011$), soziale Isolation ($p=0,002$) und familiäre Probleme ($p=0,001$). All diese Kriterien wurden von den stationär Tätigen stärker bewertet als von den ambulant Tätigen. Die stärksten Unterschiede in der Bewertung ergaben sich hierbei bei den beiden zuletzt genannten Items. Offenbar sehen die stationär tätigen Psychotherapeuten ein soziales Netz (wie in Kap. 3.3 beschrieben) als wichtige Voraussetzung für eine ambulante Therapie. Die stationär Tätigen sehen bei ihrer täglichen Arbeit allerdings nur die Patientinnen, bei denen die ambulante Therapie nicht möglich oder erfolgreich war. Aus diesem Grund sehen ambulant Tätige dieses Problem möglicherweise nicht als so relevant an, wenn sie bereits sozial schwierige Fälle erfolgreich behandelt haben.

Bei den anderen o.g. Kriterien mit signifikant unterschiedlichen Bewertungen spielen v.a. Selbst- und Fremdschutz eine Rolle. Dass Psychotherapeuten, die in einer Klinik arbeiten, solche Patienten lieber stationär beobachten wollen, um notfalls jederzeit einschreiten zu können, wäre ein gut nachvollziehbarer Grund für die stärkere Bewertung. Vermutlich spielt bei den niedergelassenen Psychotherapeuten das Gesamtbild eine stärkere Rolle als einzelne Kriterien. Damit ließen sich die insgesamt stärkere Bewertung durch die stationär Tätigen erklären.

Zu dem oben genannten Kriterium „Familiäre Probleme“ ist hinzuzufügen, dass sich neben dem Unterschied zwischen ambulant und stationär tätigen Psychotherapeuten auch Ärzte dieses Item signifikant stärker bewertet haben

als PP/KJP. Dennoch gibt es zwischen diesen beiden Gruppen keinen Zusammenhang. Weder die Überprüfung, ob die Bewertung von stationär tätigen Ärzten sich von ambulant tätigen unterscheidet, noch die Überprüfung der Ergebnisse von stationär tätigen Ärzten und stationär tätigen PP/KJP ergab signifikante Unterschiede. Vielmehr ist es so, dass die Gesamtheit der Ärzte, unabhängig von ihrem Arbeitsplatz, Patientinnen mit familiären Problemen lieber stationär behandeln lassen würde. In der durchgeführten Befragung wurde allerdings nicht danach gefragt, wie viel Erfahrung die Teilnehmer mit unterschiedlichen Therapieformen haben. Möglicherweise haben die befragten Ärzte wenig bzw. schlechte Erfahrung mit Familientherapien gemacht und halten deshalb Probleme innerhalb der Familie für einen schwer ambulant behandelbaren Faktor.

Für die Gruppe der über 50-Jährigen erschien das Item „Substanzmissbrauch“ wichtiger als für die anderen Altersgruppen ($p=0,034$). Da die Substanzen nicht näher definiert sind, können sowohl Laxantien und Appetitzügler gemeint sein, als auch das weite Feld der bewusstseinsweiternden Substanzen. Möglicherweise gehen ältere Psychotherapeuten eher von letzterem aus und schätzen so die Zugangsmöglichkeit des Therapeuten schlechter ein. Ausgehend vom anderen Fall erachten die über 50jährigen Therapeuten wohl eine stationäre Überwachung als effektiver, da die Medikamenteneinnahme dort gezielt kontrolliert werden kann.

Die Leitlinien sind eine wichtige Entscheidungshilfe besonders für Verhaltenstherapeuten ($p=0,031$) und für die über 40-Jährigen ($p=0,044$). Es ergab jedoch kein Zusammenhang zwischen diesen beiden Gruppen.

Dass die 40-50-Jährigen sich am stärksten von den Leitlinien führen lassen könnte daran liegen, dass die älteren Psychotherapeuten bereits über genug eigene Erfahrung verfügen, um sich nicht mehr an niedergeschriebenen Leitlinien orientieren zu müssen. Bei den jüngeren Psychotherapeuten spielt vielleicht eine Rolle, dass die vorhandenen Leitlinien nicht genug bekannt sind.

Dass Verhaltenstherapeuten sich stärker als Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen an Leitlinien orientieren, könnte mit dem unterschiedlichen Arbeitsansatz zusammenhängen. Verhaltenstherapeuten gehen von gemeinsamen pathologischen Verhaltensweisen aller Patienten mit Essstörungen aus, die sie im folgenden behandeln. Deshalb erscheinen Leitlinien, in denen diese Pathologien aufgeführt sind, die Entscheidung der Verhaltenstherapeuten für eine stationäre Therapie zu erleichtern. Psychoanalytiker und Tiefenpsychologen gehen von individuellen Störungen aus, die bei jeder Patientin anders aussehen können, und interessieren sich wohl deshalb auch weniger für die Kriterien, die lt. Leitlinien für eine stationäre Therapie erfüllt sein sollen.

Ausgehend von den Ergebnissen zu den vorgegebenen Items gab es bei der Frage nach dem Hauptkriterium für eine stationäre Therapie bei Anorexie keine Überraschungen. Die Punkte „Lebensgefahr“, „somatische Komplikationen“ und „Scheitern ambulanter Behandlungsversuche“ machten den Großteil der gegebenen Antworten aus.

Interessanter gestaltete sich die Frage nach einer Definition von „kritischem Untergewicht“, da hier fast die Hälfte der Befragten die Grenze bereits bei einem BMI < 17,5 bzw. > 30% unter dem altersentsprechenden Normalgewicht zogen. Definitionsgemäß wäre damit jede Patientin mit der Diagnose Anorexie bereits kritisch untergewichtig und müsste stationär behandelt werden.

Diese Ansicht vertreten – entgegen der Vorgabe in den Leitlinien – offensichtlich viele Ärzte und Psychotherapeuten. Jäger (2002) schreibt von einer heute gängigen Ansicht, nach der man bei einer Patientin mit Anorexie initial eine stationäre Therapie anstrebe. Damit werde die Wiederherstellung eines gesunden Gewichts unter psychotherapeutischer Anleitung erreicht.

Dass die Frage nach weiteren Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexie keine wesentlichen neuen Erkenntnisse hervorbrachte, lag vermutlich daran, dass die Frage missverstanden oder gar nicht beantwortet wurde. Den-

noch sollte das Kriterium „gedankliche und strukturelle Einengung“ in weiterführenden Studien näher untersucht werden.

Bei den ambulant tätigen Psychotherapeuten zeigte sich, dass über die Hälfte der Befragten jährlich 1-5 Patienten mit Anorexie zum Erstgespräch sehen.

Bedenkt man die in epidemiologischen Studien und Übersichtsarbeiten genannte Inzidenz (2800 – 6800/Jahr) in Deutschland (z.Zt. etwa 80 Mio. Einwohner) und die Tatsache, dass nur etwa ein Drittel der Patienten mit Anorexie therapiebereit sind (2267 Patienten), so bleiben rechnerisch bezogen auf Unterfranken (1,3 Mio. Einwohner) 36 neuerkrankte Patienten. Selbst wenn man nun davon ausgeht, dass die Teilnehmer, die keine Angaben gemacht haben, keine Erstgespräche mit Patienten mit Anorexie geführt haben und man in jeder Antwortkategorie die kleinstmögliche Anzahl an Patienten annimmt, so bleiben dennoch 331 Patienten, die sich jährlich zum Erstgespräch bei einem niedergelassenen Psychotherapeuten vorgestellt haben.

Dies lässt zwei mögliche Schlussfolgerungen zu: Entweder ist die Inzidenz der Anorexie in Unterfranken deutlich höher als in anderen Regionen, oder die Frage wurde von den Teilnehmern falsch verstanden. Möglich wäre auch, dass einige Patienten mehrere Erstgespräche bei verschiedenen Psychotherapeuten hatten.

Dass die Zahl der Erstgespräche in den Kliniken höher liegt, ist nachvollziehbar. Zum Einen sind diese Kliniken auf Verhaltensauffälligkeiten wie Essstörungen spezialisiert, so dass sich eine unsichere Patientin dort eher verstanden fühlt, zum Anderen sind in einer Klinik mehr Ärzte und Psychotherapeuten beschäftigt als in einer niedergelassenen Praxis. So können auch mehr Erstgespräche zur selben Zeit geführt werden.

In Unterfranken leben z.Zt. etwa 1,3 Millionen Menschen. Etwa die Hälfte davon sind Frauen. Bei einer Prävalenz von 1% der weiblichen Bevölkerung wären also rein rechnerisch 6 500 Patientinnen mit Anorexie in dieser Region zu finden (da die Erkrankungsrate der Anorexie bei Männern nur etwa ein Zehntel der Prävalenzrate bei Frauen ausmacht, werden sie in diesem Rechenbei-

spiel weggelassen). Ausgehend davon, dass ein Drittel davon (2167 Patientinnen) in Behandlung ist, blieben für die 343 niedergelassenen Praxen je 6 Patientinnen. Bedenkt man nun, dass die Patientinnen mit Anorexie nicht nur bei niedergelassenen Psychotherapeuten behandelt werden können, sondern auch in einer Klinik, so ist die Angabe, dass mehr als 50% der befragten ambulant Tätigen jährlich 1-5 Patienten behandeln, durchaus plausibel.

Bei den stationär tätigen Befragten ergaben sich insgesamt weniger deutliche Abstufungen. Zum einen mag das an der geringeren Anzahl der Teilnehmer liegen, zum anderen auch daran, dass in Kliniken mehr Betten bzw. Behandlungsplätze verfügbar sind. Je nach Schwerpunkt der Klinik oder des Arztes, der den Fragebogen ausgefüllt hat, sind deshalb Behandlungszahlen zwischen „1-5 Patienten pro Jahr“ und „mehr als 60 Patienten pro Jahr“ möglich.

6.2.2 Bulimia nervosa

Die Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Bulimie zeigte, wie auch schon bei der Anorexie, einen Schwerpunkt auf Lebens- und Gesundheitsgefährdung (Suizidgefahr, somatische Komplikationen) und einen weiteren auf der Therapiemotivation (Scheitern ambulanter Behandlungsversuche, Wunsch der Patientin nach stationärer Therapie).

Von diesen vier Kriterien sind zwei in den Leitlinien der AWMF zu finden: Somatische Komplikationen und Scheitern ambulanter Therapieversuche.

Die Studie belegt die Aussage vieler Autoren, die die Suizidgefahr bei Bulimie-Patienten höher einschätzen, als die von Anorexie-Patienten. Bereits 1979 fand Russell in einer der ersten Studien mit Bulimikerinnen heraus, dass 11 seiner 30 Patientinnen bereits Selbstmordversuche in der Anamnese hatten.

Eine neuere, großangelegte Studie von Favaro und Santonastaso (1997) ergab bei 495 Probanden mit Essstörungen, dass 13% mindestens einen Suizidversuch unternommen hatten. Selbstmordversuche waren bei Patienten mit Anorexie vom binge-eating/purging-Typ und bei Patienten mit Bulimie häufiger als in den anderen diagnostischen Untergruppen.

So ist allerdings nicht ganz nachvollziehbar, warum dieses Kriterium für eine stationäre Therapie in den Leitlinien der AWMF bei Anorexie aufgeführt wird, bei Bulimie aber fehlt.

Die Items „Suizidgefahr“ ($p=0,048$) und „somatische Komplikationen“ ($p=0,045$) wurden besonders von Ärzten als wichtig erachtet. Dies würde die o.g. Vermutung, dass Ärzten der körperliche Zustand der Patientin wichtiger ist als Psychologen (PP/KJP) bestätigen.

Das Kriterium „Wunsch der Patientin“ fehlt in den Leitlinien für die Bulimie wohl aus denselben Gründen wie bei den Leitlinien für die Anorexie. Möglicherweise sind die Befragten von einer Situation ausgegangen, in der alle sonstigen Kriterien eher für eine ambulante Therapie sprechen. Damit ergäben sich bei einer von der Patientin erwünschten stationären Therapie lediglich Auswirkungen auf die Compliance, nicht aber auf alle anderen Therapiebereiche.

Besonders wichtig war dieses Kriterium den Verhaltenstherapeuten ($p=0,001$) und PP/KJP ($0,001$). Eine Untersuchung zeigte, dass sich unter den Psychologen (PP/KJP) eine signifikant unterschiedliche Bewertung zeigte. Im Vergleich zu den Tiefenpsychologen und Psychoanalytikern dieser Gruppe bewerteten die Verhaltenstherapeuten den Wunsch der Patientin stärker ($p=0,008$; s. Tabelle A5 im Anhang). Umgekehrt zeigte sich in der Gruppe der Verhaltenstherapeuten keine signifikant unterschiedliche Bewertung von Ärzten und Psychologen (PP/KJP).

Ebenfalls wichtig war Verhaltenstherapeuten die fehlende Krankheitseinsicht ($p=0,032$). So ist auch im Umgang mit Bulimikerinnen der Überpunkt der Therapiemotivation für Verhaltenstherapeuten ein wesentlicher Entscheidungsfaktor für eine stationäre Therapie. Als Grund kann man hier wohl anführen, dass eine Verhaltensänderung immer eng mit der Motivation der Patientin verknüpft ist.

Die Therapiemotivation wurde von Männern, wie auch schon bei der Anorexie, stärker bewertet als von Frauen ($p=0,043$). Wie bereits erläutert, könnte das daran liegen, dass Frauen i.A. empathischer sind als Männer und deshalb durchaus in der Lage sind, eine zunächst unwillige Patientin zu motivieren und zu therapieren.

Frauen bewerteten dagegen eine Komorbidität mit Depression höher als ihre männlichen Kollegen ($p=0,045$). Laut Aussage des Max-Planck-Institut für Psychiatrie liegt die Prävalenz der Depressionen für Männern bei 4,4 %, für Frauen bei 13,5 %. Frauen sind also häufiger betroffen. Möglicherweise haben sogar die befragten Psychotherapeutinnen bereits eigene Erfahrung mit Depressionen gemacht und können sich deshalb besser in die schwierige Lage der Patientin hineinversetzen.

Dieses Kriterium wurde auch von den stationär tätigen Psychotherapeuten stärker bewertet als von den ambulant tätigen ($p=0,013$). Ein Zusammenhang zwischen stationär tätigen Frauen und Männern bzw. zwischen Frauen, die stationär arbeiten und solchen, die ambulant tätig sind ließ sich nicht nachweisen.

Da die stationär Tätigen ebenfalls die Kriterien „Komorbidität mit psychischen Erkrankungen“ ($p=0,004$) und „Störung der Impulskontrolle“ ($p=0,033$) als wichtiger empfanden als ihre niedergelassenen Kollegen, kann man wohl annehmen, dass gerade bei der Bulimie ein weiterer pathologischer Faktor in der Psyche ein schwerwiegendes Hindernis für die ambulante Therapie darstellt. Möglicherweise haben die stationär tätigen Psychotherapeuten die Erfahrung gemacht, dass bei diesen Patientinnen die Behandlung besonders schwierig oder langwierig ist und deshalb einer stationären Kontrolle bedarf. Wahrscheinlich haben sie auch schon zahlreiche gescheiterte ambulante Therapien bei dieser Patientengruppe gesehen, so dass sie – im Gegensatz zu ihren ambulant tätigen Kollegen – eine Behandlung außerhalb der Klinik von vorn herein ablehnen.

Wie auch schon bei der Anorexie zeigte sich bei der Auswertung der Kriterien für eine stationäre Aufnahme bei Bulimie, dass die stationär Tätigen erhöhten

Wert auf ein soziales Netz legen. Die Items „Familiäre Probleme“ ($p=0,021$) und „Soziale Isolation“ ($p=0,002$) wurden deutlich stärker bewertet als von den ambulant Tätigen.

Während die stationär tätigen Psychotherapeuten jedoch bei Anorexie bezogen auf das Gewicht nicht signifikant anders entschieden haben als die ambulant tätigen, zeigte sich nun, dass die stationär Tätigen das Gewicht bei einer Bulimikerin als wichtigen Faktor für eine stationäre Aufnahme betrachten ($p=0,036$). Vielleicht sind die Teilnehmer hier auch von einer bulimischen Form der Anorexie ausgegangen, die natürlich höhere Erwartungen an den Psychotherapeuten stellt.

Andererseits wurde auch das Kriterium „mind. zwei Heisshungerattacken/Woche über 3 Monate“ von den stationär Tätigen höher bewertet als von den ambulant Tätigen ($p=0,001$). Das ist insofern interessant, weil damit definitionsgemäß jede an Bulimie erkrankte Patientin stationär aufgenommen werden müsste. Möglicherweise halten die stationär tätigen Psychotherapeuten also mindestens eine stationäre Behandlung im Verlauf der Erkrankung für unabdingbar.

In Bezug auf die Leitlinien ergab sich, dass die befragten Verhaltenstherapeuten sich stärker daran orientieren als die Tiefenpsychologen und Psychoanalytiker. Wie bereits oben beschrieben könnte das daran liegen, dass die Leitlinien eher verhaltenstherapeutisch orientiert sind, also als eine Aufzählung der pathologischen Einzelheiten im Verhalten von Essgestörten bezeichnet werden könnte. Für Tiefenpsychologen und Psychoanalytiker dagegen ist die Ursache der Störung (und damit der Therapieansatz) in der jeweils persönlichen Geschichte der Patientin zu suchen. Deshalb sind die in den Leitlinien beschriebenen Faktoren für Tiefenpsychologen und Psychotherapeuten weniger entscheidend.

Bei der Frage nach dem Hauptkriterium wurden die Kriterien „Lebensgefahr“ und „somatische Komplikationen“ am häufigsten genannt. Da diese beiden Items bereits vorher als wichtig eingestuft wurden, überrascht dieses Ergebnis

wenig. Ebenfalls wichtig erschienen die Kriterien „Hohe Frequenz an Ess-Brechattacken“ und „Therapiemotivation“. Bei letzterem spielte v.a. der Wunsch der Patientin nach einer stationären Therapie eine Rolle.

Was für die einzelnen Teilnehmer der Begriff „hohe Frequenz an Heißhungerattacken“ bedeutet, sollte in der nächsten Frage geklärt werden. Die meisten Befragten beantworteten dies mit „mehrmals täglich“ oder „3-5 x pro Woche“. Gleich darauf folgte mit geringem prozentualem Abstand die Antwort „bei täglichen Heißhungerattacken“.

Diese Erkenntnis deckt sich zumindest teilweise mit der Einteilung der Schweregrade von Bulimie, die Feiereis (1989) aufstellte.

Demnach wäre Schweregrad I bei Heißhungerattacken 2-3 mal pro Woche über eine Dauer von mind. 6 Monaten. Voraussetzung ist hierbei, dass keine schweren psychischen Veränderungen oder Suizidgedanken vorhanden sind sowie die Bereitschaft zur Therapie.

Bei Schweregrad II treten die Heißhungerattacken täglich auf über die Dauer von 1-2 Jahren. Es zeigen sich mittelschwere psychische Veränderungen, phasenhafte depressive Verstimmung und Suizidgedanken.

Bei Schweregrad III zeigen sich mehrfach tägliche Heißhungerattacken bei erheblicher Depressivität, Medikamentenabusus und Suizidgefahr.

Die Frage nach weiteren Kriterien für eine stationäre Therapie bei Bulimie ergab auch hier keine wesentlichen Erkenntnisse. Wie schon bei der Frage nach weiteren Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexie wurden hier Kriterien aufgezählt, die von den einzelnen Befragten zwar als wichtig, jedoch nicht als Hauptkriterium erachtet wurden. Da die Frage von den meisten Teilnehmern gar nicht beantwortet wurde, war sie entweder missverständlich gestellt, oder es gibt keine weiteren Kriterien, die näher untersucht werden müssten. Da dies nicht eindeutig zu beantworten ist, sollte es in weiterführenden Studien untersucht werden.

Zum Erstgespräch bei ambulant tätigen Psychotherapeuten, Ärzten oder KJP kommen nach deren Angaben am ehesten jährlich 1-5 Patienten/Patientinnen. Bei einer Inzidenz in Deutschland von 8 100 bis 10 000 wären dies in Unterfranken rechnerisch max. 163 Patienten mit Bulimie. Von diesen 163 Patienten sind statistisch gesehen etwa 40 % (66 Patienten) therapiebereit. Nimmt man auch hier wieder an, dass alle Teilnehmer, die die Frage unbeantwortet ließen, keine Erstgespräche mit Bulimie-Patienten geführt haben und in jeder Antwortkategorie die kleinstmögliche Patientenzahl angenommen wird, so müssten in Unterfranken 419 Erstgespräche pro Jahr mit niedergelassenen Psychotherapeuten geführt worden sein.

Auch hier stellt sich die Frage, ob Unterfranken eine ungewöhnlich hohe Neuerkrankungsrate aufweist, oder ob die Frage von den Teilnehmern bewusst oder unbewusst falsch beantwortet wurde.

Die insgesamt ausgeglichene Antwortstatistik bei den stationär Tätigen erklärt sich zum einen aus der geringeren Teilnehmerzahl, zum anderen aus der Spezialisierung der Klinik auf Essstörungen. So werden in größeren Kliniken mit mehr Personal mehr Erstgespräche in kürzerer Zeit geführt.

Die Prävalenzrate der Bulimie liegt in Deutschland bei 1-3 % für Frauen, bei 0,1 – 0,3 % für Männer. Aufgrund der geringen Prävalenz der Bulimie unter den Männern werden diese hier weggelassen. In Unterfranken leben z.Zt. ca. 1,3 Mio. Menschen, wovon etwa 50 % Frauen sind. Ausgehend von einer Prävalenz von 2 % kann die Anzahl der Frauen mit Bulimie in dieser Region also auf etwa 13 000 Frauen geschätzt werden. Davon sind etwa 40 % (5 200 Patientinnen) zu einer Therapie bereit. Teilt man diese Zahl durch die 343 Praxen der niedergelassenen Psychotherapeuten, so bleiben für jede Praxis durchschnittlich 15 Patientinnen. Da hier die stationären Therapieplätze noch nicht mit eingerechnet sind, so ist die Aussage, dass über 50 % der ambulant Tätigen zwischen 1 und 5 Patientinnen pro Jahr behandeln, glaubwürdig. Dafür gaben die meisten stationär Tätigen eine Behandlungszahl zwischen 11 und 20 Patientinnen pro Jahr an. Da hier auch Behandlungszahlen bis zu über 60 Patienten/Patientinnen pro Jahr genannt wurden, gleicht sich das Ergebnis insge-

samt den rechnerischen Erwartungen der Prävalenz von Bulimie in Unterfranken an.

7. ZUSAMMENFASSUNG

In der modernen Medizin sollen Entscheidungen über Diagnostik und Therapie möglichst schnell und fachlich begründet getroffen werden. Leitlinien sollen hierzu eine Hilfestellung bieten. In der vorliegenden Arbeit wird - am Beispiel der Frage der differenziellen Therapiezuweisung bei Essstörungspatient/inn/en (ambulant vs. stationär) - untersucht, inwieweit Leitlinien das klinische Vorgehen von Ärzten und Psychotherapeuten (PP/KJP) beeinflussen.

Die Befragung erfolgte an 343 niedergelassenen Psychotherapeut/inn/en sowie 200 stationär tätigen Psychotherapeut/inn/en; insgesamt beteiligten sich 144 Teilnehmer (111 Niedergelassene und 33 stationär Tätige; Rücklaufquote 32,4 % bei den ambulant Tätigen, 16,5 % bei den stationär Tätigen).

In dem eigens dafür entwickelten Fragebogen waren sowohl bereits in den Leitlinien vorhandene, als auch völlig neue Kriterien zu bewerten (Teil 1 für Anorexia nervosa, Teil 2 für Bulimia nervosa).

Es zeigte sich, dass die Kriterien, die Leben und/oder Gesundheit der Patientin sowie die Therapiemotivation insgesamt betreffen sowohl bei Patientinnen mit Anorexie als auch bei Patientinnen mit Bulimie am stärksten bewertet wurden. Während der Versuch, den Begriff „hohe Frequenz an Heisshungerattacken“ zu definieren, zu keinem einheitlichen Ergebnis geführt hat, so wurde der Begriff „kritisches Untergewicht“ von den meisten Befragten mit BMI < 17,5 bzw. > 30 % unter dem Normalgewicht angegeben. Interessant ist dieses Ergebnis v.a. deshalb, weil damit bereits jede an Anorexie erkrankte Patientin auch gleichzeitig kritisch untergewichtig wäre und damit lt. Leitlinien stationär behandelt werden müsste.

Entgegen der Hypothese, dass männliche Teilnehmer eher zu einer stationären Therapie raten, zeigten sich keine geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Bewertung durch die Psychotherapeuten.

Auch die Annahme, dass ambulant tätige Psychotherapeuten eher zu einer stationären Therapie raten als stationär Tätige, wurde nicht bestätigt. Es zeigte

sich vielmehr, dass stationär Tätige die Kriterien überwiegend stärker bewertet haben als ihre ambulant tätigen Kollegen.

Die Frage, welche Berufsgruppe die Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexie-Patientinnen stärker bewertet, konnte nicht eindeutig geklärt werden, da Ärzte nur bei den erfragten Bulimie-Kriterien eher als Psychologen (PP/KJP) zu einer stationären Behandlung rieten.

Weiterhin zeigte sich, dass Verhaltenstherapeuten zahlreiche Kriterien signifikant anders bewerten als Tiefenpsychologen oder Psychoanalytiker. Allerdings fiel diese Beurteilung entgegen der Erwartung so aus, dass Verhaltenstherapeuten mit der Empfehlung für eine stationäre Therapie weniger zögerlich scheinen als tiefenpsychologisch oder psychoanalytisch tätige Therapeuten.

Insgesamt bestätigte die Untersuchung die Vermutung, dass neben den in den Leitlinien verankerten Kriterien in der Praxis noch zahlreiche andere Gründe für eine stationäre Therapie bei Patientinnen mit Anorexie oder Bulimie relevant sind. Unter den bereits in den Leitlinien bestehenden Kriterien wurden die Bereiche „Lebensgefahr“ und „Therapiemotivation“ als besonders wichtig erachtet. Eine bestehende „Suizidgefahr“ schließlich wurde nicht nur bei Anorexie (wie auch in den Leitlinien), sondern auch bei Bulimie als Kriterium für die Empfehlung einer stationären Therapie angegeben.

Auch wurde das bisher nicht in den Leitlinien verankerte Kriterium „Wunsch der Patientin nach stationärer Therapie“ für wichtig erachtet.

Da die Begriffe „kritisches Untergewicht“ sowie „hohe Frequenz an Heißhungerattacken“ von den Befragten ganz unterschiedlich definiert wurden, wäre eine nähere Definition dazu in den Leitlinien wünschenswert.

Letztlich kann die Aussage dieser Arbeit jedoch nur einen richtungsweisenden Hinweis geben. Aufgrund der methodischen Einschränkungen wären weiterführende, größer angelegte Untersuchungen nötig, um diese Ergebnisse zu bestätigen und ggf. zu differenzieren.

8. LITERATURVERZEICHNIS

Adler et al. (2003): Uexkuell Psychosomatische Medizin. Modelle ärztlichen Denkens und Handelns. München-Jena, Urban & Fischer.

American Psychiatric Association (1980): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed.). Washington, DC, American Psychiatric Press.

American Psychiatric Association (1987): Diagnostic and statistical manual of mental disorders (3rd ed., rev.). Washington, DC, American Psychiatric Press.

Anyan, W. R. & Schowalter, J. E. (1983): A comprehensive approach to anorexia nervosa. Journal of the American Academy of Child Psychiatry, 22: 122–127.

Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften / AWMF (2000): Erarbeitung von Leitlinien für Diagnostik und Therapie. (URL: <http://www.uni-duesseldorf.de/AWMF>; Zugriff am 13.05.03).

Bandura, A. (1986): Social foundations of action and thought. New Jersey, Prentice-Hall, Inc.

Beck, A. T., Rush, A. J., Shaw B. F. & Emery, G. (1992): Kognitive Therapie der Depression. München, PVU.

Beisel, S. & Leibel, C (1997): Stationäre Verhaltenstherapie bei Eßstörungen. In: G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.): Psychotherapie der Eßstörungen (S. 108-126). Stuttgart, Thieme.

Bell, R. M. (1985): Holy anorexia. Chicago-London, University of Chicago Press.

Benninghoven, D. & Liebeck, H. (1997): Ambulante kognitive Verhaltenstherapie bei Eßstörungen. In: G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.): Psychotherapie der Eßstörungen (S. 89–107). Stuttgart, Thieme.

Bolm, W. (1994): Goal Attainment Scaling: Gütemaß und praktische Erfahrungen bei 397 psychiatrischen Behandlungsverläufen. Zeitschrift für Klinische Psychologie, Psychopathologie und Psychotherapie, 42: 128-138.

Boskind-Lodahl, M. (1976): Cinderella`s step-sisters: A feminist perspective on anorexia nervosa and bulimia. Signs, Journal of Women in Culture and Society, 2: 342-356.

Bruch, H. (1962): Perceptual and conceptual disturbances in anorexia nervosa. Psychosomatic Medicine, 24: 187-194.

Bruch, H. (1973): Eating Disorders. Obesity, Anorexia Nervosa, and the Person Within. New York, Basic Books.

Bruch, H. (1978): The Golden Cage. The Enigma of Anorexia Nervosa. Cambridge, Harvard University Press.

Buddenberg-Fischer, B. (2000): Früherkennung und Prävention von Eßstörungen. Eßverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen. Stuttgart, Schattauer.

Budge, E. A. W. (1904): The book of paradise, being the histories and sayings of the monks and ascetics of the Egyptian desert by Palladius, Hieronymus and others. Leipzig-London W. Drugulin.

Bulik, C. M., Sullivan, P. F. & Kendler, K. S. (1998): Heritability of binge-eating and broadly defined bulimia nervosa. Biol Psychiatry, 44: 1210-18

Bundesärztekammer, Kassenärztliche Bundesvereinigung (1997): Beurteilungskriterien für Leitlinien in der medizinischen Versorgung. Deutsches Ärzteblatt, 94, A 2154-2155, B1622-1623, C-1754-1755.

Carl, A. & Herzog, T. (1996): Konzentrative Bewegungstherapie in der stationären Behandlung von Essstörungen. In: W. Herzog, & D. Munz (Hrsg.): Analytische Psychotherapie bei Essstörungen. Therapieführer (S. 129-140). Stuttgart, Schattauer.

Celsus, A. Cornelius (1. Jhrd.): Über die Arzneiwissenschaft. In acht Büchern (Übersetzung von E. Scheiler, 1906); Braunschweig, Friedrich Vieweg.

Cheyne, G. (1727): Eene proeve om gezond en lang te leeven. Amsterdam, R. und J. Wetstein/W. Smith. (Übersetzt von J. de Witt; 1. englische Edition: An essay on health and long life; London 1724).

Collins, M., Hodas, G. R. & Liebman, R. (1983): Interdisciplinary model for the inpatient treatment of adolescents with anorexia nervosa. Journal of Adolescent Health Care, 4: 3-8.

Cule, J. (1967): Wreath on the crown: the story of Sarah Jacob the Welsh fasting girl. Llandysyl, Gomerian Press.

Darwin, E. (1796): Zoonomia, or the laws of organic life. London, J. Johnson. (2. Auflage; deutsche Ausgabe 1795-99).

Deter, H.-C. & Herzog, W. (1995): Langzeitverlauf einer Anorexia Nervosa. Eine 12-Jahres-Katamnese. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.

Fairburn, C. G., Cooper, Z. u. Mitarb. (2000): The natural course of bulimia nervosa and binge eating disorder in young women. Arch. Gen. Psychiatry, 57: 659-665.

Fairburn, C. G. & Harrison, P. J. (2003): Eating disorders. *The Lancet*, 361: 407-416.

Favaro, A. & Santonastaso, P. (1997): Suicidality in eating disorders: clinical and psychological correlates. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 95: 508-514.

Feiereis, H. (1989): Diagnostik und Therapie der Magersucht und Bulimie. München, Marseille Verlag.

Fowler, R. (1871): A complete history of the case of the Welsh fasting-girl (Sarah Jacob) with comments thereon; and observations on death from starvation. London, H. Renshaw.

Garfinkel, P. E. & Garner, D. M. (1986): Anorexia nervosa and adolescent mental health. *Advances in Adolescent Mental Health*, 1: 163-204.

Garner, D. M. & Bemis, K. M. (1982): A cognitive-behavioral approach to anorexia nervosa. *Cognitive Therapy and Research*, 6: 123-150.

Garner, D. M. & Garfinkel, G. E. (Eds.) (1997): *Handbook of Treatment for Eating Disorders*. New York, Guilford.

Goodman, F. D. (1980): Anneliese Michel und ihre Dämonen: Der Fall Klingenberg in wissenschaftlicher Sicht. Stein am Rhein, Christiana Verlag.

Gull, W. W. (1874): Anorexia nervosa (apepsia hysterica, anorexia hysterica). *Translations of the clinical society of London*, 7: 22-28.

Habermas, T. (1986): Friderada: a case of miraculous fasting. *International Journal of Eating Disorders*, 5: 555-562.

- Harderus, J. R. (1703): *Disputatio inauguralis medica de anorexia*. Basel.
- Harper, G. (1983): Varieties of parenting failure in anorexia nervosa: Protection and parentectomy, revisited. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22: 134-139.
- Hartmann, A. & Herzog, T. (2000): Eine integrierte Datenbankstruktur als Werkzeug des Qualitätsmanagements. In: T. Herzog & B. Stein (Hrsg.): *Qualitätsmanagement in Psychotherapie und Psychosomatik* (S. 91-97). Stuttgart, Thieme.
- Hebebrand, J. & Remschmidt, H. (1995): Das Körpergewicht unter genetischen Aspekten. *Medizinische Klinik*, 90 (7): 403-410.
- Hebebrand, J. (1999): Eßstörungen. In: P. Schauder & G. Ollenschläger (Hrsg.): *Ernährungsmedizin. Prävention und Therapie* (S. 345-354). München, Urban & Fischer.
- Herpertz, St. (2002): Anorexia nervosa: Psychoanalytische Therapie. In W. Senf & M. Broda (Hrsg.): *Praxis der Psychotherapie* (S. 474 – 480). Stuttgart, Thieme Verlag.
- Herzog, T. (2001): Familientherapie bei Essstörungen. In: M. Wirsching & P. Scheib (Hrsg.): *Lehrbuch der Paar- und Familientherapie*. Berlin, Springer.
- Herzog, T. & Zeeck, A. (2001): Stationäre psychodynamisch orientierte Therapie bei Anorexie und Bulimie. In: G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.): *Psychotherapie der Essstörungen* (S.79-93). Stuttgart, Thieme.
- Hodas, G., Liebman, R & Collins, M. J. (1982): Pediatric hospitalization in the treatment of anorexia nervosa. In: H. T. Harbin (Ed.), *The Psychiatric Hospital and the Family* (pp. 131-141). Jamaica (N.Y.), Spectrum Publications.

Hogan, C. C. (1985): Technical Problems in Psychoanalytic Treatment. In: C. P. Wilson (Ed.): Fear of Being Fat. The Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia (pp. 153-168). Revised Edition. New York, London, Jason Aronson.

Hsu, L. K. G. (1983): The aetiology of anorexia nervosa. *Psychological Medicine*, 13: 231-238.

Hsu, L. K. G. (1996): Epidemiology of the eating disorders. *The Psychiatric Clinics of North America*, 19: 681-700.

Jäger, B. (2002): Anorexie und Bulimie. *MMH Info*, 10: 18.

Johnson, C. C. & Maddi, K. L. (1986): Factors that affect the onset of bulimia. *Seminars in Adolescent Medicine*, 2: 11-19.

Krauth, C., Buser, K. & Vogel, H. (2002, in press): How high are the costs of eating disorders – anorexia nervosa and bulimia nervosa – for German society? *The European Journal of Health Economics*.

Laessle, R. G., Schweiger, U., Daute-Herold, U., Schweiger, M., Fichter, M. M. & Pirke, K. M. (1988): Nutritional knowledge in patients with eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 7 (1): 63-73

Laessle, R. G., Waadt, S., Schweiger, U. & Pirke, K. M. (1987): Zur Therapierelevanz psychobiologischer Befunde bei Bulimia nervosa. *Verhaltensmodifikation und Verhaltensmedizin*, 8: 297-313.

Lasègue, E. Ch. (1873): De l'anorexie hystérique. *Archives générales de médecine*, 21 : 385-403.

Lauth, G., Brack, U. & Linderkamp, F. (2001): *Verhaltenstherapie mit Kindern und Jugendlichen*. Weinheim, Beltz.

Lawrence, M. (1979): Anorexia nervosa – The control paradox. *Women`s Studies International Quarterly*, 2: 93-101.

Lazarus, A. A. (1978): Multimodale Verhaltenstherapie: Die Behandlung des BASIC-ID. In: A. A. Lazarus (Hrsg.): *Multimodale Verhaltenstherapie* (S. 27-42). Frankfurt, Fachbuchhandlung für Psychologie.

Liebman, R., Sargent, J. & Silver, M. (1983): A family systems orientation to the treatment of anorexia nervosa. *Journal of the American Academy of Child Psychiatry*, 22: 128-133.

Marcé, L-V. (1860): Note sur une forme de délire hypochondriaque consécutive aux dyspepsies et caractérisée principalement par le refus d'aliments. *Annales médico-psychologiques*, 6 (1), 15-28.

McGlynn, F. D. (1980): Successful treatment of anorexia nervosa with self-monitoring and long distance praise. *Journal of Behaviour Therapy and Experimental Psychiatry*, 11: 283-286.

Meermann, R, Napiersky, C. & Vandereycken, W. (1986): Experimental body image research anorexia nervosa patients. In: B. J. Blinder, B. F. Chaitin, E. Friedman & R. Goldstein (Eds.): *Modern Concepts of the Eating Disorders: Diagnosis, Treatment, Research*. Jamaica (New York), Spectrum Publications.

Meermann, R. & Vandereycken, W. (1987): *Therapie der Magersucht und Bulimia nervosa*. Berlin, Walter de Gruyter.

Meermann, R. & Vandereycken, W. (1991): *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis*. Stuttgart, Schattauer.

Mester, H. (1981): Besessenheit – psychodynamisch betrachtet. *Psychotherapie und medizinische Psychologie*, 31: 101-112.

Migne, J. P., (Hrsg). (1861): *Sancti Prosperi Acquitani, opera omnia*. Band 1: *Liber de promissionibus et praedictionibus*, in *Patrologiae cursus completus (Patrologia Latina, Band 51)*; Paris, d`Amboise.

Minuchin, S., Rosman, B. & Baker, L. (1978): *Psychosomatic Families: Anorexia Nervosa in Context*. Cambridge, Harvard University Press.

Michell, J. E., Hatsukami, D., Eckert, E. D. & Pyle, R. L. (1985): Characteristics of 275 patients with bulimia. *American Journal of Psychiatry*, 142: 482-485.

Moore, D. C. (1981): Anorexia nervosa. In: S. J. Mulé (Ed.): *Behavior in Excess. An Examination of the Volitional Disorders* (pp. 221-245). New York, Free Press.

Morton, R. (1689 a): „*Phthisiologia seu exercitationes de phthisi tribus libris comprehensae. Totumque opus variis historiis illustratum*“; Samuel Smith, London (1. deutsche Ausgabe: Helmstädt 1780).

Morton, R. (1689 b): *Phthisiologia, or, a treatise of consumptions. Wherein the difference, nature, causes, signs, and cure of all sorts of consumptions are explained*. London, Samuel Smith, Benjamin Walford.

Nemiah, J. (1972): The psychosomatic nature of anorexia nervosa: Discussion. *Advanced in Psychosomatic Medicine*, 7: 316-321.

Nielsen, S., Möller-Madsen, S., Isager, T. et al. (1998): Standardized mortality in eating disorders – a quantitative summary of previously published and new evidence. *Journal of Psychosomatic Research*, 44: 423-434.

Nigg, W. (1946): *Große Heilige*. Zürich, Artemis Verlag.

Orbach, S. (1978): *Fat is a Feminist Issue*. London-New York, Paddington Press.

Orbach, S. (1985): *Visibility/invisibility: Social considerations in anorexia nervosa - A feminist perspective*. S. W. Emmett (Ed.): *Theory and Treatment of Anorexia Nervosa and Bulimia*. (pp. 127-138), New York, Brunner/Mazel.

Otte, H., Basler, H. D. & Schwoon, D. R. (1978): *Zur Theorie und Behandlung der Anorexia nervosa aus verhaltenstherapeutischer Sicht*. *Therapiewoche*, 28: 8037-8055.

Pierloot, R., Vandereycken, W. & Verhaest, S. (1982): *An inpatient treatment program for anorexia nervosa patients*. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 66: 1-8.

Pinel, P. (1818): *“Nosographie philosophique ou la méthode de l’analyse appliquée à la médecine”*. Paris, J. A. Brosson (6. Auflage, deutsche Ausgabe: Tübingen 1799-1800, Kassel 1829).

Polivy, J. & Herman, C. P. (1985): *Dieting and binging: A causal analysis*. *American Psychologist*, 40: 193-201.

Polivy, J., & Herman, C. P. (1988): *Diagnosis and treatment of normal eating*. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 55: 635-644.

Poole, A. D., Sanson-Fisher, R. W. & Young, P. (1978): *A behavioural programme for the management of anorexia nervosa*. *Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 12: 49-53.

Reas, D. L., Williamson, D. A. & Mitarb. (2000): *Duration of illness predicts outcome for bulimia nervosa: A long-term follow-up study*. *International Journal of Eating Disorders*, 27: 428-434.

Reich, G. (1994): Defektes Selbst- Defekter Körper- Destruktiver Narzissmus bei der Bulimie. In: G. H. Seidler (Hrsg.): Das Ich und das Fremde. Klin. und sozialpsychol. Analysen des destruktiven Narzissmus (S. 202-228). Opladen, Westdeutscher Verlag.

Reich, G. (2001): Ambulante psychodynamische Therapie bei Bulimie und Anorexie. In: G. Reich & M. Cierpka (Hrsg.): Psychotherapie der Essstörungen (S. 68-78). Stuttgart, Thieme.

Rosen, J. C. (1988): A review of behavioural treatments for bulimia nervosa. Behavior Modification, 11: 464-486.

Rosen, J. C. & Leitenberg, H. (1985): Exposure plus response prevention treatment of bulimia. In: D. M. Garner & P. E. Garfinkel (Eds.): Handbook of psychotherapy for anorexia nervosa and bulimia. New York, Guilford Press.

Rosman, B. L., Minuchin, S. & Liebman, R. (1975): Family lunch session: An introduction to family therapy in anorexia nervosa. American Journal of Orthopsychiatry, 45: 846-853.

Russell, G. F. M. (1979): Bulimia nervosa. An ominous variant of anorexia nervosa. Psychological Medicine, 9: 429-448.

Schadewaldt, H. (1965): Medizingeschichtliche Betrachtungen zum Anorexie-Problem. J. E. Meyer & H. Feldmann (Hrsg.): Anorexia nervosa (S. 1-14). Stuttgart, Georg Thieme.

Schröder, G. (1977): Verhaltenstherapie bei Kindern und Jugendlichen. Erfahrungen und Hinweise aus der Praxis. München, Pfeiffer.

Schümmer, J. (1933): Die altchristliche Fastenpraxis. Mit besonderer Berücksichtigung der Schriften Tertullians. Münster, Aschendorff.

Schulte, D. (1974): Diagnostik in der Verhaltenstherapie. München, Urban & Schwarzenberg.

Schweiger, U., Laessle, R. G., Fichter, M. M. & Pirke, K. M. (1988):
Consequences of binges for bulimia: A pilot study. *International Journal of Eating Disorders*, 7: 663-672.

Selvini-Palazzoli, M. (1974): Self Starvation. From the Intrapsychic to the Transpersonal Approach to Anorexia Nervosa. London, Chaucer.

Selvini-Palazzoli, M., Boscolo, L., Cecchin, G. & Prata, G. (1976): Het gezin van de anorexie-patient en het gezin van de schizofreen. Een transactionele studie. *Tijdschrift voor Psychotherapie*, 2: 53-61.

Slade, P. D. (1982): Towards a functional analysis of anorexia nervosa and bulimia nervosa. *British Journal of Clinical Psychology*, 21: 167-179.

Smead, V. S. (1983): Anorexia nervosa, bulimarexia and bulimia: Labelled pathology and the Western female. *Women & Therapy: A Feminist Quarterly*, 2 (1): 19-35.

Steinhausen, H. C., Winkler, C. & Meier, M. (1997): Eating Disorders in adolescence in a Swiss Epidemiological Study. *International Journal of Eating Disorders*, 22: 147-151.

Stipriaan Luisius, A. van & Vorstman, J. G. (1827): Algemeen verslag aan de provintiale commissie van geneeskundig onderzoek en toezicht, residerende te Gravenhage in de zaak van zekere Engeltje van der Vlies, te Pijnacker. Delft, P. de Groot.

Stone, M. H. (1973): Child psychiatry before the twentieth century. *International Journal of Child Psychotherapy*, 2: 264-308.

Striegel-Moore, R. H., Silberstein, L. R. & Rodin, J. (1986): Toward an understanding of risk factors for bulimia. *American Psychologist*, 41: 246-263.

Sullivan, P. F., Bulik, C. M. & Kendler, K. S. (1998): The epidemiology and classification of bulimia nervosa. *Psychological Medicine*, 28: 599-610.

Thurston, H. (1952): *The physical phenomena of mysticism* (hrsg von J. H. Crehan). London, Burns/Oates.

Treasure, J. & Holland, A. (1989): Genetic vulnerability to eating disorders: evidence from twin and family studies. In: Remschmidt, H. & Schmidt, M.H. (Hrsg.). *Child and youth psychiatry: European perspectives* (S. 59-68). New York, Hogrefe and Huber.

Vandereycken, W., Norré, J. & Meermann, R. (1991): Bulimia nervosa. In: R. Meermann & W. Vandereycken (Hrsg.): *Verhaltenstherapeutische Psychosomatik in Klinik und Praxis* (S. 214). Stuttgart, Schattauer.

Vandereycken, W. & Vanderlinden, J. (1983): Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (4): 101-107.

Vandereycken, W., Van Deth, R. & Meermann, R. (1990): *Hungerkünstler, Fastenwunder, Magersucht*. Zülpich, Biermann.

Veith, I. (1965): *Hysteria. The history of a disease*. Chicago-London, University of Chicago Press.

Vogel, H. & Schieweck, R. (2000): Leitlinien für die psychotherapeutische Versorgung – ein Handlungsprogramm im Dickicht der Gesundheitsversorgung. In: M. Bassler (Hrsg.): Leitlinien zur stationären Psychotherapie – Pro und Contra (S. 312 – 334). Gießen, Psychosozial-Verlag.

Von Tralles/Trallianus, A. (6. Jh.): Alexander von Tralles. Original-Text und Übersetzung nebst einer einleitenden Abhandlung (Übersetzung von T. Puschmann). Wien 1878-79, Wilhelm Braumüller.

Walker, D. P. (1981): Unclean spirits. Possession and exorcism in France and England in the late sixteenth and early seventeenth centuries. London, Scolar Press.

Wardle, J. (1987): Compulsive dieting and dietary restraint. *British Journal of Clinical Psychology*, 26: 47-55.

Whytt, R. (1765): Observations on the nature, causes, and cure of those disorders which have been commonly called nervous, hypochondriac or hysteric: to which are prefixed some remarks on the sympathy of the nerves. London-Edinburgh, T. Becket etc. (2. Auflage: 1764).

Wier, J. (1577): *De lamiis liber: item de commentitiis jejuniis*. Basel, Oporinus. (Deutsche Übersetzung von H.P. Rebenstock, 1586).

Wilson, G. T., Eldredge, K. L., Smith, D. & Niles, B. (1991): Cognitive-behavioural treatment with and without response prevention for bulimia. *Behaviour Research and Therapy*, 29 (6): 575-583.

Wilson, G. T. & Fairburn, C. G. (1993): Cognitive treatments for eating disorders. Special Section: Recent developments in cognitive and constructivist psychotherapies. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 61 (2): 261-269.

Yager, J. (1982): Family issues in the pathogenesis of anorexia nervosa.
Psychosomatic Medicine, 44: 43-60.

9. ANHANG

Anhang 1: Anschreiben

Anhang 2: Fragebogen

Anhang 3: Antwortkategorien bzgl. der Frage nach einer Definition von „hohe Frequenz an Heißhungerattacken“

Anhang 4: Antwortkategorien bzgl. der Frage nach dem Hauptkriterium bei Anorexie

Anhang 5: Antwortkategorien bzgl. der Frage nach einem Hauptkriterium von Bulimie

Anhang 6: Antwortkategorien bzgl. der Frage nach einer Definition des Begriffs „kritisches Untergewicht“

Anhang 7: Antwortkategorien bzgl. der Frage nach weiteren Kriterien bei Anorexie

Anhang 8: Antwortkategorien bzgl. der Frage nach weiteren Kriterien bei Bulimie

Tabelle A1: Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexie nervosa

Tabelle A2: Häufigkeitsverteilung der Kategorien bei der Frage nach weiteren Kriterien bei Anorexia nervosa

Tabelle A3: Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Bulimia nervosa

Tabelle A4: Häufigkeitsverteilung der Kategorien bei der Frage nach weiteren Kriterien bei Bulimia nervosa

Tabelle A5: Bewertungsunterschiede innerhalb der Gruppe der befragten Psychologen

Anhang 1: Anschreiben

INSTITUT FÜR
PSYCHOTHERAPIE UND MED. PSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG

Vorstand: Prof. Dr. Dr. H. Lang

97070 WÜRZBURG

Klinikstraße 3
Telefon 0931 - 31 - 27 13
Fax 0931 - 888-7117

Institut für Psychotherapie u. Med. Psychologie; Klinikstraße 3; 97070 Würzburg

Untersuchung zu Kriterien für stationäre/ambulante Behandlung bei Essstörungen

Bitte um Unterstützung

Sehr geehrte(r) Frau/Herr.....,

im Rahmen einer Untersuchung zu den Behandlungskonzepten bei Essstörungen (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa) interessieren wir uns für die Kriterien, anhand derer die behandelnden Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten eine stationäre Psychotherapie gegenüber einer ambulanten Therapie empfehlen – und umgekehrt. Um hier zuverlässige Daten zu erhalten, haben wir einen Fragebogen konstruiert, den wir Ihnen in der Anlage zusenden.

Wir bitten Sie herzlich, den Fragebogen auszufüllen (dürfte ca. acht Minuten dauern) und anschließend in dem beigefügten Freiumschlag an uns zurückzusenden.

Sofern Sie weitere Fragen haben, können Sie sich gerne unter der oben genannten Anschrift an uns wenden.

Wir verbleiben mit freundlichen Grüßen und bestem Dank


Prof. Dr. Dr. Hermann Lang


Dr. Heiner Vogel


cand. med.

Karin Wolf

Anlage



**INSTITUT FÜR
PSYCHOTHERAPIE UND MED. PSYCHOLOGIE
DER UNIVERSITÄT WÜRZBURG**

Vorstand: Prof. Dr. Dr. H. Lang

97070 Würzburg, Klinikstraße 3 – Telefon: 0931-31-2713, Fax: 0931-888-7117
Internet: www.uni-wuerzburg.de/psychotherapie – email: h.vogel@mail.uni-wuerzburg.de

Fragebogen zur Therapie von Essstörungen

Sehr geehrte Frau Kollegin, sehr geehrter Herr Kollege,
die Therapie von Essstörungen bedarf ständiger Weiterentwicklung und Verbesserung. Je besser die Therapie auf die Situation der einzelnen Patienten abgestimmt ist, desto höher ist die Aussicht auf Erfolg.

Im Rahmen eines Forschungsvorhabens der Universität Würzburg versuchen wir deshalb, Näheres über die Kriterien für die Einleitung einer stationären Behandlung bei Essstörungen im Versorgungsalltag zu erfahren.

Der folgende Fragebogen befasst sich speziell mit den Kriterien, die für eine stationäre Therapie bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sprechen.

Wir bitten Sie, jede Frage zu beantworten. Weitere Anmerkungen und Hinweise können Sie gerne separat notieren und uns mit dem Fragebogen zusenden.

Wir gehen bei den nachfolgenden Fragen zunächst von einer **stationären psychotherapeutischen** Behandlung aus. Sollten Sie bei einigen Punkten eine psychiatrische oder internistische Therapie als sinnvoller erachten, so machen Sie dies bitte durch ein Zeichen („P“ für psychiatrisch, „I“ für internistisch) in der Spalte „andere Klinik“ erkennbar.

Wir möchten Sie bitten, uns den Fragebogen nach der Bearbeitung mit dem beige-fügten Freiumschlag an die o. g. Adresse zu schicken.

Anorexia nervosa							
Kriterium spricht für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung von Anorexia nervosa		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	andere Klinik (P/I)?
1.	Gewicht und Essverhalten	í	í	í	í	í	
1.1	Untergewicht (BMI < 17,5 bzw. > 30 % unter dem altersentsprechenden Normgewicht)?	í	í	í	í	í	
1.2	Kritisches Untergewicht	í	í	í	í	í	
2.	Somatische Komplikationen (z.B. Elektrolytstörungen)	í	í	í	í	í	
3.	Suizidgefahr	í	í	í	í	í	
4.	Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (allgemein)	í	í	í	í	í	
4.1	Komorbidität mit Depression	í	í	í	í	í	
4.2	Komorbidität mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	í	í	í	í	í	
5.	Festgefahrene familiäre Interaktion (z.B. Eheprobleme bei den Eltern der Patientin)	í	í	í	í	í	
6.	Soziale Isolation (z.B. keine Freunde)	í	í	í	í	í	
7.	Scheitern ambulanter Behandlungsversuche	í	í	í	í	í	

Bulimia nervosa							
Kriterium spricht für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung von Bulimia nervosa		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	andere Klinik (P/I)?
1.	Gewicht und Essverhalten	í	í	í	í	í	
1.1	Mindestens zwei Heißhungerattacken pro Woche über drei Monate	í	í	í	í	í	
1.2	Hohe Frequenz von Heißhungerattacken	í	í	í	í	í	
2.	Somatische Komplikationen (z.B. Elektrolytstörungen)	í	í	í	í	í	
3.	Suizidgefahr	í	í	í	í	í	
4.	Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen (allgemein)	í	í	í	í	í	
4.1	Komorbidität mit Depression	í	í	í	í	í	
4.2	Komorbidität mit Borderline-Persönlichkeitsstörung	í	í	í	í	í	
5.	Festgefahrene familiäre Interaktion (z.B. Eheprobleme bei den Eltern der Patientin)	í	í	í	í	í	
6.	Soziale Isolation (z.B. keine Freunde)	í	í	í	í	í	
7.	Scheitern ambulanter Behandlungsversuche	í	í	í	í	í	

Anorexia nervosa							
Kriterium spricht für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung von Anorexia nervosa		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	andere Klinik (P/I)?
8.	Therapiemotivation / Therapievorbereitung	↑	↑	↑	↑	↑	
8.1	Fehlende Krankheitseinsicht	↑	↑	↑	↑	↑	
8.2	Stationäre Aufnahme zur Vorbereitung einer ambulanten Behandlung	↑	↑	↑	↑	↑	
8.3	Wunsch der Patientin nach stationärer Therapie	↑	↑	↑	↑	↑	
9.	Substanzmissbrauch (z.B. Laxantien)	↑	↑	↑	↑	↑	
10.	Andere Störungen der Impulskontrolle	↑	↑	↑	↑	↑	
11.	Automutilation	↑	↑	↑	↑	↑	
12.	Wie stark machen Sie eine stationäre Aufnahme von den bestehenden Leitlinien abhängig?	↑	↑	↑	↑	↑	

Welches Kriterium würden Sie als Hauptkriterium für eine stationäre Behandlung der Anorexie ansehen?

.....

.....

.....

Bulimia nervosa							
Kriterium spricht für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung von Bulimia nervosa		überhaupt nicht	ein wenig	ziemlich	stark	sehr stark	andere Klinik (P/I)?
8.	Therapiemotivation / Therapievorbereitung	↑	↑	↑	↑	↑	
8.1	Fehlende Krankheitseinsicht	↑	↑	↑	↑	↑	
8.2	Stationäre Aufnahme zur Vorbereitung einer ambulanten Behandlung	↑	↑	↑	↑	↑	
8.3	Wunsch der Patientin nach stationärer Therapie	↑	↑	↑	↑	↑	
9.	Substanzmissbrauch (z.B. Laxantien)	↑	↑	↑	↑	↑	
10.	Andere Störungen der Impulskontrolle	↑	↑	↑	↑	↑	
11.	Automutilation	↑	↑	↑	↑	↑	
12.	Wie stark machen Sie eine stationäre Aufnahme von den bestehenden Leitlinien abhängig?	↑	↑	↑	↑	↑	

Welches Kriterium würden Sie als Hauptkriterium für eine stationäre Behandlung der Bulimie ansehen?

.....

.....

.....

Anorexia nervosa

Wie würden Sie den Begriff „kritisches Untergewicht“ (vgl. Frage 1.2, links) definieren?

Welche weiteren Kriterien für eine stationäre Einweisung bei Anorexia nervosa halten Sie für wichtig?

Wie viele Patienten/Patientinnen mit Anorexie kommen durchschnittlich pro Jahr zu Ihnen **zum Erstgespräch** (nicht Erstgespräch bei Wiederaufnahme)?

Wie viele Patienten/Patientinnen mit Anorexie **behandeln Sie** durchschnittlich pro Jahr?

Bulimia nervosa

Ab welcher Frequenz an Heißhungerattacken (vgl. Frage 1.2, rechts) würden Sie zu einer stationären Therapie raten?

Welche weiteren Kriterien für eine stationäre Einweisung bei Bulimia nervosa halten Sie für wichtig?

Wie viele Patienten/Patientinnen mit Bulimie kommen durchschnittlich pro Jahr zu Ihnen **zum Erstgespräch** (nicht Erstgespräch bei Wiederaufnahme)?

Wie viele Patienten/Patientinnen mit Bulimie **behandeln Sie** durchschnittlich pro Jahr?

Abschließend möchten wir Sie noch um einige Angaben zu Ihrer Person bitten, die die Auswertung des Fragebogens erleichtern:

Sie sind: ڤ ärztl. Psychotherapeut ڤ Psychiater ڤ psychol. Psychotherapeut ڤ Kinder-/Jugendl.-psychotherapeut ڤ (sonst.) _____

Sie sind: ڤ männlich ڤ weiblich

Sie sind: ڤ unter 40 Jahre ڤ 40-50 Jahre ڤ über 50 Jahre alt

Sie arbeiten: ڤ ambulanz als PT ڤ stationär als PT ڤ stationär als PT und in lfd. Position ... ڤ nicht klinisch, sondern: _____

Überwiegende therapeutische Orientierung: ڤ verhaltenstherapeutisch ڤ tiefenpsych./psychoanalytisch ڤ andere und zwar: _____

Sofern Sie an den Ergebnissen dieser Studie interessiert sind, bitten wir Sie wegen der notwendigen Anonymität dieses Fragebogens um eine kurze Nachricht mit separater Post oder e-mail (Adresse siehe Deckblatt).

Vielen Dank für Ihre Mitwirkung !

Anhang 3:

Antwortkategorien bzgl. der Frage nach einer Definition von „hohe Frequenz an Heißhungerattacken“

	Kategorie	Beispielantworten
1	1-2 x pro Woche	2 x wöchentlich 2 x pro Woche über 3 Monate 1 x pro Woche
2	3 – 5 x pro Woche	> 3 x pro Woche 4-5 x wöchentlich 2-4 x pro Woche 2-3 x pro Woche über 2 Monate mehrmals pro Woche
3	täglich	Täglich Täglich oder mehr als 4 x pro Woche Täglich über mehrere Monate
4	Mehrmals täglich	Ab 2 x täglich 3 x täglich mehrmals täglich mehrmals täglich, 4-7 x pro Woche ab 3 x täglich mehrmals täglich über einen längeren Zeitraum 5-8 x pro Tag
5	Frequenz nicht entscheidend	Allein kein Kriterium Unabhängig von der Frequenz Vom Einzelfall abhängig Einzelfallentscheidung Keine fixe Zahl Nicht als alleiniges Kriterium ausreichend
6	Sonstige	Bei Kontrollverlust Somatische Komplikationen Vom klinischen Bild abhängig

Anhang 4:

Antwortkategorien bzgl. der Frage nach dem Hauptkriterium bei Anorexie

	Kategorie	Beispielantworten
1	Lebensgefahr	Suizidgefahr kritisches Untergewicht BMI<14,5 Lebensbedrohlicher Zustand der Patientin Schwere des Krankheitsbildes
2	Somatische Komplikationen	Entgleisung der somatischen Parameter Somatische Komplikationen Gesundheitsgefährdung
3	Scheitern ambulanter Therapieversuche	Mangelnde Kooperation bzw. Scheitern ambulanter Versuche Fehlende Motivation für eine ambulante Therapie Ambulante Therapie nicht möglich
4	Kombination aus 1, 2 und 3	s.o.
5	Sonstige	Amenorrhoe Fehlende Krankheitseinsicht Dauer der Erkrankung Soziales Umfeld Depression Notwendigkeit eines hochstrukturierten intensiven Rahmens Einschränkungen im Alltag Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen Wunsch der Patientin Körperschemastörungen Bestehende Diagnose einer Anorexia nervosa
6	Kein Hauptkriterium zu isolieren	Kein Hauptkriterium Kein einzelnes Hängt vom Zusammenhang ab

Anhang 5:

Antwortkategorien bzgl. der Frage nach einem Hauptkriterium von Bulimie

	Kategorie	Beispielantworten
1	Lebensgefahr	Suizidgefahr Lebensbedrohlichkeit Vitale Bedrohung Kritisches Untergewicht
2	Somatische Komplikationen	Elektrolytstörungen Herzrhythmusstörungen Somatisch oder psychisch kritische Situationen Akute Dekompensation Stoffwechsellentgleisungen Schwere körperliche Erkrankung
3	Hohe Frequenz der Ess-Brech- Attacken	Hohe Heißhungerattackenfrequenz Mehrmals täglich Erbrechen Häufiges Erbrechen
4	Scheitern ambulanter Therapieversuche	Mangelnder ambulanter Therapieerfolg Scheitern ambulanter Therapie bei guter Motivation
5	Therapiemotivation	Wunsch der Patientin Motivation Wunsch nach stationärer Therapie Mangelnde Therapiemotivation Mangelnde Fähigkeit sich auf ein ambulantes Setting einzulassen
6	Sonstige	Leidensdruck Bestehende Diagnose einer Bulimia nervosa Soziale Probleme Komorbidität Entfernung aus dem häuslichen Milieu Vorbereitung zu einer ambulanten Therapie Ausgeprägter Autonomie- Abhängigkeitskonflikt Fehlende Impulskontrolle Fehlende Krankheitseinsicht

Anhang 6:

Antwortkategorien bzgl. der Frage nach einer Definition des Begriffs „kritisches Untergewicht“

	Kategorie	Beispielantworten
1	BMI<17,5 bzw. >30 % unterhalb des Normalgewichts	BMI<16 BMI<17,5 Mehr als 30% Untergewicht >30% unterhalb des Normalgewichts 35 – 40% unter der Norm weniger als 70% des Normalgewichts
2	BMI<15	BMI<15 BMI 14,5 BMI<14 BMI<16
3	BMI<13	BMI<13 BMI<12
4	Somatische Komplikationen	Somat. Komplikationen Gefahr des Auftretens von Komplikationen Aufreten psychosomatischer Folgen Irreversible körperliche Folgeschäden Regelmäßige und wiederholte somatische Komplikationen Lebensbedrohliche Komplikationen Funktionsausfälle Akute körperliche Gefährdung
5	Vom Einzelfall abhängig	Einschränkung körperlicher und geistiger Leistungsfähigkeit Körperliche Belastung nicht möglich Im Zusammenhang medizinischer Aspekt und Bewältigungsstrategien Je nach Fall Vom Aussehen abhängig Wird im Einzelfall entschieden Subjektives Schwächegefühl
6	Sonstige	BMI<3.Percentile < 30 kg Annähern oder Erreichen der 40 kg – Grenze Nach Leitlinien Weniger als 50 kg 20% laut BMI laut BMI unter 3. Percentile zur Größe

Anhang 7:

Antwortkategorien bzgl. der Frage nach weiteren Kriterien bei Anorexie

	Kategorie	Beispielantworten
1	Gesundheits- oder Lebensgefahr	Suizidgefahr Kritisches Untergewicht Schneller akuter Gewichtsverlust Lebensbedrohliche Elektrolyt- und Eiweissstörung Erbrechen Vitale Gefährdung Exsikkose Bradykardie Somatische Komplikationen Selbstgefährdung
2	Familiäre oder soziale Situation	Trennung vom sozialen Umfeld Soziale Schwierigkeiten Familiäre Probleme Soziale Isolation Familiendynamik Festgefahrene familiäre Situation Abstand zur einengenden Mutter Abstand von häuslicher Umgebung Symptomverstärkendes Umfeld Abnabelung von den Eltern
3	Therapiemotivation	Fehlende Compliance Behandlungsmotivation Wunsch der Patientin Mindestmotivation Einverständnis der Patientin Krankheitseinsicht Fähigkeit zur Selbstkontrolle Wunsch der Familie/ des Partners
4	Scheitern ambulanter Versuche bzw. Stagnation	Stagnation in ambulanter Therapie Scheitern ambulanter Therapie Therapieverfahren, die ambulant nicht anzubieten sind Kein ambulanter Therapieplatz verfügbar
5	Gedankliche und strukturelle Einengung	Gedankliche Einengung auf Essen und Gewicht Formale und inhaltliche Denkstörung Strukturelle Defizite Ausmaß des Verlustes der Selbststeuerung Gedankliche und verhaltensmäßige Einengung Ständige Beschäftigung mit dem Thema Essen

6	Sonstige	Ausprägung der Persönlichkeitsveränderung Körperschemastörung Introspektionsfähigkeit Leidensdruck Krisenintervention Traumatisierung in der Vorgeschichte Dauer der Erkrankung
---	----------	--

Anhang 8:

Antwortkategorien bzgl. der Frage nach weiteren Kriterien bei Bulimie

	Kategorie	Beispielantworten
1	Gesundheits- oder Lebensgefahr	Suizidgefahr Elektrolytstörungen Exzessives Übergewicht Organische Schäden Körperliche Folgerkrankungen Vitale Gefährdung Synkopale Anfälle Somatische Komplikationen
2	Familiäre oder soziale Situation	Festgefahrene Verhaltensmuster Leidensdruck der Patientin oder des Umfeldes Soziale Isolation Familiäre Probleme Gestörte familiäre Interaktion Festgefahrene familiäre Situation Belastungsfaktoren im Umfeld
3	Scheitern ambulanter Therapieversu- che	Scheitern des ambulanten Settings Kein ambulanter Therapieplatz vor Ort verfügbar Stagnation in ambulanter Therapie Therapieresistenz
4	Motivation	Krankheitseinsicht/Motivation Wunsch der Patientin Mindestmotivation Inkompliance
5	Sonstige	Frequenz des Erbrechens Leidensdruck Introspektionsfähigkeit Weiteres Suchtverhalten Maß des Kontrollverlusts Krisenintervention Komorbidität Traumatisierung in der Vorgeschichte Gedankliche und verhaltensmäßige Einengung Vorbereiten einer ambulanten Therapie Erhebliche Einschränkung der Alltagstätigkeit Persönlichkeitsstruktur Dauer der Erkrankung Gefahr der Chronifizierung Körperschemastörung Konfliktfähigkeit

Tabelle A1: Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Anorexie nervosa

Fragennummer im Fragebogen	Kriterium	Mittelwert	Standardabweichung
1	Gewicht	4,00	0,93
1.1	Untergewicht	3,46	1,29
1.2	Kritisches Untergewicht	4,59	0,65
2	Somatische Komplikationen	4,36	0,87
3	Suizidgefahr	4,60	0,72
4	Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen	3,21	1,15
4.1	Komorbidität mit Depression	3,07	1,20
4.2	Komorbidität mit Borderline	3,67	1,14
5	Familiäre Probleme	3,49	1,25
6	Soziale Isolation	3,20	1,25
7	Scheitern ambulanter Therapieversuche	4,39	0,82
8	Therapiemotivation/Therapievorbereitung	3,33	1,05
8.1	Fehlende Krankheitseinsicht	3,19	1,34
8.2	Vorbereitung zur ambulanten Therapie	3,26	1,07
8.3	Wunsch der Patientin	4,07	0,95
9	Substanzmissbrauch	3,36	1,03
10	Andere Störungen der Impulskontrolle	3,39	1,08
11	Automutilation	3,64	1,01
12	Stationäre Aufnahme wird abhängig gemacht von den bestehenden Leitlinien	3,14	0,97

Tabelle A2:
Häufigkeitsverteilung der Kategorien bei der Frage nach weiteren Kriterien bei Anorexia nervosa

Weitere Kriterien (Anorexie)	Häufigkeit (n)	Prozent
Lebens- oder Gesundheitsgefährdung	23	16,0 %
familiäres oder soziales Umfeld	19	13,2 %
Therapiemotivation	22	15,3 %
Scheitern ambulanter Versuche bzw. Stagnation	13	9,0 %
gedankliche u. strukturelle Einengung	7	4,9 %
Sonstige	14	9,7 %
keine Angaben	46	31,9 %
Total	144	100,0 %

Tabelle A3: Bewertung der Kriterien für eine stationäre Therapie bei Bulimia nervosa

Fragennummer im Fragebogen	Kriterium	Mittelwert	Standardabweichung
1	Gewicht	3,12	1,06
1.1	Mind. 2 Heißhungerattacken/Woche über drei Monate	2,30	1,15
1.2	Hohe Frequenz von Heißhungerattacken	3,30	1,07
2	Somatische Komplikationen	4,05	1,01
3	Suizidgefahr	4,53	0,76
4	Komorbidität mit anderen psychischen Erkrankungen	3,03	1,10
4.1	Komorbidität mit Depression	2,89	1,11
4.2	Komorbidität mit Borderline	3,50	1,11
5	Familiäre Probleme	3,27	1,25
6	Soziale Isolation	3,08	1,18
7	Scheitern ambulanter Therapieversuche	4,26	0,83
8	Therapiemotivation/Therapievorbereitung	3,25	1,06
8.1	Fehlende Krankheitseinsicht	2,73	1,34
8.2	Vorbereitung zur ambulanten Therapie	3,02	1,07
8.3	Wunsch der Patientin	3,98	1,00
9	Substanzmissbrauch	3,16	1,07
10	Andere Störungen der Impulskontrolle	3,27	1,06
11	Automutilation	3,54	1,04
12	Abhängig von den Leitlinien	3,00	0,91

Tabelle A4:
Häufigkeitsverteilung der Kategorien bei der Frage nach weiteren Kriterien bei Bulimia nervosa

Weitere Kriterien (Bulimie)	Häufigkeit	Prozent
Lebens- oder Gesundheitsgefährdung	22	15,3
familiäres oder soziales Umfeld	18	12,5
Therapiemotivation	12	8,3
Scheitern ambulanter Versuche	12	8,3
Sonstige	25	17,4
keine Angaben	55	38,2
Total	144	100,0

Tabelle A5:
Bewertungsunterschiede innerhalb der Gruppe der befragten Psychologen:

Bei Anorexie

Kriterium	Spezialisierung	n	M	s	p-Wert
Wunsch nach stationärer Therapie	VT	33	4,55	0,666	0,005
	TP/PA	17	4,00	1,118	

Bei Bulimie

Kriterium	Spezialisierung	n	M	s	p-Wert
Wunsch nach stationärer Therapie	VT	32	4,53	0,718	0,008
	TP/PA	16	4,00	1,211	

Danksagung

Die Autorin bedankt sich herzlich bei

- Herrn Prof. Dr. med. Dr. phil. H. Faller für die Überlassung des Themas dieser Arbeit.
- Herrn Prof. Dr. med. H. Csef für die Übernahme des Korreferats.
- Herrn Dr. phil. H. Vogel für die gute Betreuung und die vielen hilfreichen Anregungen während der Entwicklung und Ausarbeitung dieser Studie.
- Der LVA Unterfranken für die Übernahme der Kosten, die durch das Versenden der Fragebögen entstanden.
- Ihrer Familie, die sie während des Studiums finanziell und emotional unterstützt hat.
- Anke, Christian und Johannes, die mit ihren Computerkenntnissen so manches Dokument gerettet haben.

Lebenslauf

ZUR PERSON

Persönliche Daten

Karin Wolf
geb. am 30. April 1974 in Würzburg

AUSBILDUNG

Schule

09/1980 – 07/1986 Volksschule Volkach
(Grund- und Hauptschule)
09/1986 – 07/1990 Mädchenrealschule der
Franziskanerinnen Volkach
1990 Realschulabschluss

Berufsausbildung

09/1990 – 03/1993 Ausbildung zur
Pharmazeutisch-technischen Assistentin
(PTA) in Würzburg

Berufstätigkeit

04/1993 – 08/1995 PTA bei Abtswinder
Naturheilmittel

Abitur

09/1995 – 07/1998 Bayernkolleg Schweinfurt
1998 Abitur

Studium

seit dem WS 1998/99 an der Julius-Maximilians-
Universität Würzburg

09/2000 Physikum
08/2001 1. Staatsexamen
03/2004 2. Staatsexamen
06/2005 3. Staatsexamen

Praktisches Jahr

19.04.04 – 08.08.04 Universitätsklinik Würzburg
im Fach Anästhesiologie
09.08.04 – 05.09.04 Poliklinik Würzburg
im Fach Innere Medizin
06.09.04 – 28.11.04 Juliussspital Würzburg
im Fach Innere Medizin
29.11.04 – 20.03.04 Juliussspital Würzburg
im Fach Chirurgie

ärztliche Tätigkeit

seit 01.08.05 in der Klinik und Poliklinik für
Anästhesiologie des Universitätsklinikums
Würzburg

Würzburg, den 28. Juli 2006