



Jaite • Salbach • Jacobi

3. Auflage

Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter

Kognitiv-verhaltenstherapeutisches
Behandlungsmanual



Online-Material auf
psychotherapie.tools

BELTZ

Dr. Dipl.-Psych. Charlotte Jaite
Charité-Universitätsmedizin Berlin
Campus Virchow-Klinikum
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Augustenburger Platz 1
13353 Berlin
E-Mail: charlotte.jaite@charite.de

Apl.-Prof. Dr. Harriet Salbach
start: Psychotherapie & Coaching GmbH
Clayallee 177
14195 Berlin
h.salbach@start-psychotherapie.de

Prof. Dr. Corinna Jacobi
Professur »Klinische Psychologie und E-Mental-Health«
Institut für Klinische Psychologie
Technische Universität Dresden
Chemnitzer Str. 46
01187 Dresden
E-Mail: corinna.jacobi@tu-dresden.de

Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronische Systeme.



Dieses Buch ist erhältlich als:
ISBN 978-3-621-29198-9 Print
ISBN 978-3-621-29199-6 E-Book (PDF)

3., neu ausgestatte Auflage 2024

© 2024 Programm PVU Psychologie Verlags Union
in der Verlagsgruppe Beltz · Weinheim Basel
Werderstraße 10, 69469 Weinheim
Alle Rechte vorbehalten

Lektorat: Dagmar Kühnle Zerpa
Coverbild: © getty images / Eekhoff Picture Lab

Herstellung und Satz: Lelia Rehm
Gesamtherstellung: Beltz Grafische Betriebe, Bad Langensalza
Printed in Germany

Weitere Informationen zu unseren Autor_innen und Titeln finden Sie unter: www.beltz.de

Inhaltsübersicht

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	10
Vorwort zur 2. Auflage	13
I Störungsbild	15
1 Symptomatik	17
2 Epidemiologie und Komorbidität	22
3 Klassifikation und Diagnostik im Jugendalter	27
4 Ätiologie	36
5 Stand der Therapieforschung	45
II Therapie	51
6 Aufbau des praktischen Teils	53
7 Beginn der Behandlung	56
8 Bausteine der Psychotherapie	65
9 Medizinische Maßnahmen	136
10 Manual für eine Einzel- und/oder Gruppentherapie	148
11 Therapie in verschiedenen Settings	171
12 Fallbeispiele	179
Anhang	207
Literatur	209
Hinweise zum Online-Material	222
Sachwortverzeichnis	223

Inhalt

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter	10
Vorwort zur 2. Auflage	13
I Störungsbild	15
1 Symptomatik	17
1.1 Anorexia nervosa im Jugendalter	17
1.2 Bulimia nervosa im Jugendalter	19
2 Epidemiologie und Komorbidität	22
2.1 Verbreitung und Verlauf	22
2.2 Psychische Komorbiditäten	24
3 Klassifikation und Diagnostik im Jugendalter	27
3.1 Diagnosekriterien der Anorexia nervosa	27
3.2 Diagnosekriterien der Bulimia nervosa	29
3.3 Differentialdiagnosen	31
3.4 Standardisierte diagnostische Instrumente	32
4 Ätiologie	36
4.1 Prädisponierende Faktoren	36
4.2 Auslösende Faktoren	40
4.3 Aufrechterhaltende Faktoren	40
4.4 Risikofaktoren	42
5 Stand der Therapieforschung	45
5.1 Anorexia nervosa	45
5.2 Bulimia nervosa	47
5.3 Prognostische Faktoren	48

II	Therapie	51
6	Aufbau des praktischen Teils	53
7	Beginn der Behandlung	56
7.1	Motivationsklärung	56
7.2	Vorbereitende Phase	61
8	Bausteine der Psychotherapie	65
8.1	Spezifische Bausteine der Verhaltenstherapie im Jugendalter	65
8.1.1	Informationsvermittlung	65
8.1.2	Erarbeitung eines individuellen Störungsbildes und Formulierung von Therapiezielen	69
8.1.3	Normalisierung des Essverhaltens und Gewichts: Besprechung des Zielgewichts, Gewichtskontrolle, Therapievertrag	74
8.1.4	Veränderung von Problembereichen und dysfunktionalen Kognitionen	92
8.1.5	Behandlung der Körperbildstörung	99
8.1.6	Stabilisierung, Bilanzierung und Rückfallprophylaxe	101
8.2	Einbeziehung der Familie	103
8.2.1	Allgemeine Hinweise	103
8.2.2	Informationsvermittlung	105
8.2.3	Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells und Formulierung von Therapiezielen	106
8.2.4	Normalisierung des Essverhaltens	110
8.2.5	Bearbeitung familiärer Probleme	124
8.2.6	Typische Situationen und Fallstricke	128
8.3	Telefoncoaching	129
8.3.1	Telefoncoaching mit der Patientin	129
8.3.2	Telefoncoaching mit den Eltern	132
9	Medizinische Maßnahmen	136
	<i>Ulrich Hagenah</i>	
9.1	Somatische Rehabilitation	136
9.1.1	Körperliche Symptomatik	137
9.1.2	Somatische Differentialdiagnostik	140
9.1.3	Somatische Behandlung	142
9.1.4	Sondenernährung	142
9.2	Medikamentöse Behandlung	143
9.2.1	Behandlung der Kernsymptomatik bei Anorexia nervosa	143
9.2.2	Behandlung der Kernsymptomatik bei Bulimia nervosa	146

10	Manual für eine Einzel- und/oder Gruppentherapie	148
11	Therapie in verschiedenen Settings	171
11.1	Ambulante Therapie	171
11.2	Teilstationäre Behandlung	174
11.3	Stationäre Behandlung	176
12	Fallbeispiele	179
12.1	Kasuistik 1: 16-jährige Patientin mit Bulimia nervosa	179
12.1.1	Kasuistik 1: 1. Sitzung	179
12.1.2	Kasuistik 1: 2. bis 4. Sitzung	180
12.1.3	Kasuistik 1: 5. und 6. Sitzung	183
12.1.4	Kasuistik 1: 7. und 8. Sitzung	185
12.1.5	Kasuistik 1: 9. bis 13. Sitzung	188
12.1.6	Kasuistik 1: 14. bis 19. Sitzung	190
12.1.7	Kasuistik 1: 20. bis 30. Sitzung	191
12.1.8	Kasuistik 1: 31. bis 40. Sitzung	192
12.1.9	Kasuistik 1: 41. bis 45. Sitzung	194
12.1.10	Kasuistik 1: 46. und 47. Sitzung (Auffrischungssitzungen)	194
12.2	Kasuistik 2: 15-jährige Patientin mit Anorexia nervosa	195
12.2.1	Kasuistik 2: 1. Sitzung	195
12.2.2	Kasuistik 2: 2. bis 4. Sitzung	196
12.2.3	Kasuistik 2: 5. und 6. Sitzung	198
12.2.4	Kasuistik 2: 7. bis 10. Sitzung	199
12.2.5	Kasuistik 2: 11. bis 20. Sitzung	200
12.2.6	Kasuistik 2: 21. bis 33. Sitzung	202
12.2.7	Kasuistik 2: 34. bis 50. Sitzung	203
12.2.8	Kasuistik 2: 51. Sitzung	205

Anhang 207

Literatur	209
Hinweise zum Arbeitsmaterial	222
Sachwortverzeichnis	223

Verzeichnis der Arbeits- und Informationsblätter

INFO 1 Merkmale der Magersucht und Bulimie. Das Infoblatt richtet sich an Therapeutinnen, Patientinnen und deren Angehörige, es beschreibt kompakt die Merkmale der Magersucht und Bulimie.

INFO 2 BMI-Altersperzentilen (Mädchen). Das Infoblatt richtet sich an Patientinnen (Mädchen unter 18 Jahren) und beinhaltet eine Abbildung der BMI-Altersperzentilkurven. Anhand dieser Darstellung können diese Kurven erläutert und individuell beschriftet werden.

INFO 3 BMI-Altersperzentilen (Jungen). Das Infoblatt richtet sich an Patienten (Jungen unter 18 Jahren) und beinhaltet eine Abbildung der BMI-Altersperzentilkurven. Anhand dieser Darstellung können diese Kurven erläutert und individuell beschriftet werden.

AB 1 Zwei Briefe an die Essstörung. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. In Form zweier Briefe können die persönlich wahrgenommenen Vor- und Nachteile der Essstörung formuliert werden.

AB 2 Folgeschäden. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen und dient der Auseinandersetzung mit körperlichen und psychischen Folgeschäden der Essstörung.

INFO 4 Folgeschäden von Magersucht und Bulimie. Das Infoblatt richtet sich an Patientinnen und Therapeutinnen im Rahmen der Psychoedukation. Es gibt einen Überblick über die verschiedenen körperlichen und psychischen Folgeschäden von Anorexie und Bulimie.

INFO 5 Regulation des Körpergewichts (Set-Point-Theorie). Das Infoblatt richtet sich an Patientinnen und Therapeutinnen im Rahmen der Psychoedukation. Es erläutert die Regulation des Körpergewichts anhand der Set-Point-Theorie.

AB 3 Therapievertrag (Anorexia nervosa). Das Arbeitsblatt richtet sich an Therapeutinnen. Es bietet eine Vorlage für einen Therapievertrag bei einer Behandlung von Anorexia nervosa.

AB 4 Therapievertrag (Bulimia nervosa). Das Arbeitsblatt richtet sich an Therapeutinnen. Es bietet eine Vorlage für einen Therapievertrag bei einer Behandlung von Bulimia nervosa.

INFO 6 Grundlage einer gesunden Ernährung (13-14J.). Das Infoblatt richtet sich an Therapeutinnen und Patientinnen. Es beschreibt Bestandteile und nennt empfohlene Mengen für eine gesunde Ernährung bei Mädchen und Jungen im Alter von 13–14 Jahren.

INFO 7 Grundlage einer gesunden Ernährung (15-18J.). Das Infoblatt richtet sich an Therapeutinnen und Patientinnen. Es beschreibt Bestandteile und nennt empfohlene Mengen für eine gesunde Ernährung bei Mädchen und Jungen im Alter von 15–18 Jahren.

AB 5 Individuelles Störungsmodell. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen und dient der Entwicklung eines individuellen Störungsmodells. Eingetragen werden die Faktoren, die für die Patientin Einfluss auf die Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Essstörung haben.

AB 6 Familiäre Beziehungen. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Im Rahmen der Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells werden die familiären Beziehungen betrachtet und die Intensität der Beziehungen sowie der Einfluss der Familienmitglieder auf die Familie erfasst.

AB 7 Problem- und Zielliste. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Nach der Erarbeitung eines individuellen Störungsmodells werden Therapieziele formuliert. Die Problem- und Zielliste dient der Erfassung von essstörungsspezifischen und -unspezifischen Problemen und den daraus abgeleiteten Therapiezielen.

AB 8 Anamnestische Gewichtskurve. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Es dient am Therapiebeginn dazu, mit der Patientin eine anamnestische Gewichtskurve zu erstellen, in der das Gewicht kurz vor Beginn der Erkrankung bis zum aktuellen Zeitpunkt dargestellt ist.

AB 9 Selbstbeobachtungsprotokoll. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Es ist während der gesamten Therapie einsetzbar und ermöglicht die fortlaufende Beobachtung einzelner Aspekte bezogen auf die Essstörung. Selbstbeobachtungsprotokolle dienen als Basis dafür, auslösende Bedingungen für das gestörte Essverhalten zu eruieren, die dann mithilfe von Verhaltensanalysen untersucht werden können.

AB 10 Verhaltensanalyse. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Verhaltensanalysen ermöglichen eine detaillierte Exploration der durch das Selbstbeobachtungsprotokoll herausgearbeiteten Auslösebedingungen für gestörtes Essverhalten. Betrachtet werden u. a. problematisches Verhalten, Anfälligkeitsfaktoren, Konsequenzen, Präventionsstrategien.

INFO 8 Regelmäßige Nahrungsaufnahme. Das Infoblatt richtet sich an Patientinnen. Es gibt Hinweise, worauf bei einer regelmäßigen Nahrungsaufnahme zu achten ist.

AB 11 Verbotene Nahrungsmittel. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. In der Tabelle werden als »verboten« deklarierte Nahrungsmittel sowie die Begründungen für das Verbot eingetragen.

AB 12 Nahrungsmittelkonfrontation bei Anorexia nervosa. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen mit Anorexia nervosa. Es begleitet Expositionsübungen zur Konfrontation mit abgelehnten Nahrungsmitteln und erfasst die Entwicklung von Angst-, Ekel- und Völlegefühlen zu verschiedenen Zeitpunkten.

AB 13 Nahrungsmittelkonfrontation bei Bulimia nervosa. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen mit Bulimia nervosa. Es begleitet Expositionsübungen zur Konfrontation mit verbotenen Nahrungsmitteln und erfasst die Entwicklung des Verlangens, diese zu essen, zu verschiedenen Zeitpunkten.

AB 14 Protokoll automatischer Gedanken. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Es dient der Identifikation und Modifikation automatischer Gedanken sowie der Folgen, die sich aus einer Neubewertung ergeben können.

AB 15 Tief verwurzelte Überzeugung. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Es dient der Identifikation irrationaler bzw. dysfunktionaler Überzeugungen, der Betrachtung ihrer Vor- und Nachteile sowie der Modifikation dieser Überzeugungen.

AB 16 Was ich an meinem Körper mag. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen und wird als Hausaufgabe mitgegeben. Es begleitet eine Expositionsübung, in der der Kör-

per detailliert im Spiegel betrachtet und einzelne Körperteile bewertet werden (Spiegelkonfrontation). Der Fokus liegt dabei auf einer positiven Bewertung der Körperteile.

AB 17 Bilanz ziehen. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Die Bilanzierung der Therapie dient dazu, den Therapieprozess zu reflektieren, Fortschritte der Patientin während des Therapieverlaufs herauszuarbeiten und dadurch ihre Selbstwirksamkeitserwartung zu fördern.

AB 18 Analyse von »kritischen« Situationen. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen. Es dient im Rahmen der Rückfallprophylaxe dazu, kritische Situationen zu erkennen und Strategien für den Umgang damit zu entwickeln.

INFO 9 Rückfallverhinderungsplan. Das Infoblatt richtet sich an Patientinnen. Es bietet eine Zusammenstellung verschiedener Strategien zur Normalisierung des Essverhaltens, zur Vermeidung von Rückfällen und zur Bewältigung kritischer Situationen.

AB 19 Analyse problematischer familiärer Interaktion. Das Arbeitsblatt richtet sich an Patientinnen und deren Familienmitglieder. Es dient der genauen Betrachtung familiärer Konfliktsituationen, wer in welcher Art und Weise daran beteiligt ist, welche Anfälligkeitsfaktoren es gibt und welche Konsequenzen sich daraus ergeben. Abschließend erfolgt eine Lösungsanalyse und die Entwicklung von Präventionsstrategien.

Vorwort zur 2. Auflage

Seit der ersten Auflage unseres Buches sind inzwischen zehn Jahre vergangen. Neue wissenschaftliche Erkenntnisse und klinische Erfahrungen haben zu einem verbesserten Verständnis der Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter beigetragen. Die Neuauflage dieses Therapiemanuals umfasst neben aktuellen Studienergebnissen auch die Veränderungen des DSM-5 und die neue S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen (2019). Der Text und die Arbeitsmaterialien wurden vollständig überarbeitet und stellenweise erweitert.

Das vorliegende kognitiv-verhaltenstherapeutische Behandlungsprogramm gliedert sich in einen theoretischen (Teil I: Störungsbild) und einen praktischen Teil (Teil II: Therapie). Teil I liefert ausführliche Informationen zur Symptomatik, Diagnostik, Epidemiologie, Komorbidität und Ätiologie von Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter. Der sich anschließende zweite Teil beschreibt die einzelnen Bausteine der kognitiven Verhaltenstherapie. Analog zum Therapiemanual von Jacobi et al. (2016) versteht sich dieses Buch nicht als Lehrbuch der Verhaltenstherapie, sondern als Therapiemanual zur Behandlung von Jugendlichen mit Anorexia und Bulimia nervosa unter Einbeziehung der Eltern/Familie. Wir halten das Einbeziehen der Eltern bzw. der Familie in die Therapie essenziell für den Behandlungserfolg, daher haben wir diesem Thema im Manual viel Raum gewidmet. Das Manual bietet konkrete Hinweise und Hilfen für die psychotherapeutische Praxis. Die zahlreichen Arbeits- und Informationsblätter vereinfachen die Durchführung der verschiedenen Interventionen. Dieses Buch versteht sich als Ergänzung zum Manual von Jacobi et al. (2016), welches sich auf die Behandlung von erwachsenen Patientinnen mit Anorexia und Bulimia nervosa fokussiert.

Im Therapiemanual verwenden wir für Patienten und Therapeuten in den meisten Fällen die weibliche Form. Natürlich sind hier gleichermaßen männliche Patienten und Therapeuten berücksichtigt.

Berlin und Dresden, im Januar 2021

*Charlotte Jaite
Harriet Salbach
Corinna Jacobi*

I Störungsbild

- 1 Symptomatik
- 2 Epidemiologie und Komorbidität
- 3 Klassifikation und Diagnostik im Jugendalter
- 4 Ätiologie
- 5 Stand der Therapieforschung

1 Symptomatik

1.1 Anorexia nervosa im Jugendalter

Bei der Anorexia nervosa kommt es durch Nahrungsrestriktion oder unzureichende Steigerung der Nahrungsaufnahme (z. B. bei Wachstum oder intensivem Sport) zu Untergewicht. Die eingeschränkte Nahrungsaufnahme kann bei Betroffenen sowohl zu kurzfristigen als auch langfristigen psychischen und körperlichen Folgeerscheinungen führen (vgl. Kap. 9).

Psychische Symptome

Pathologisches Essverhalten. Charakteristisch für Jugendliche mit einer Anorexia nervosa ist eine extensive Beschäftigung mit den Themen Ernährung und Figur (vgl. Abschn. 3.1). Die Betroffenen entwerfen z. B. für sich Diätvorschriften mit vergleichsweise hohen Eiweiß-, aber niedrigen Fett- und Kohlehydratanteilen. Sie kategorisieren in erlaubte (z. B. fettarmer Joghurt, Obst) und verbotene Nahrungsmittel (z. B. Schokolade, Pizza) und vermeiden zunehmend hochkalorische, kohlenhydratreiche und fetthaltige Nahrungsmittel bis hin zu einer andauernden Nahrungsverweigerung. Patientinnen im Kindesalter befürchten oftmals, durch Flüssigkeitsaufnahme an Gewicht zuzunehmen und stellen daher das Trinken ein (Lowinger et al., 1999). Viele der betroffenen Jugendlichen entwickeln im Verlauf der Anorexia nervosa ein wählerisches, zwanghaft ritualisiertes Essverhalten, das sich meist in einem sehr langsamen Essen, dem Kleinschneiden von Nahrungsmitteln und einer hochselektiven Nahrungsmittelauswahl äußert (Herpertz-Dahlmann & Hebebrand, 2008). Bei einigen Patientinnen kommt es außerdem immer wieder zu Essanfällen (»Binge Eating«) mit anschließendem selbstinduziertem Erbrechen oder anderen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (»Purging«; z. B. Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln oder Appetitzüglern). »Binge-Purge-Verhalten« ist bei Jugendlichen weniger verbreitet als bei erwachsenen Patientinnen, was u. a. auf die geringere Autonomie im Alltag und eine stärkere Kontrolle durch das soziale Umfeld in Familie und Schule bei dieser Altersgruppe zurückzuführen ist (Herpertz-Dahlmann & Hebebrand, 2008).

Verzehrt Nahrungsmenge einer jugendlichen Patientin mit Anorexia nervosa im Verlauf des Tages

8:00 Uhr	½ trockenes Brötchen und Tee
12:00 Uhr	1 kleiner Teller Salat ohne Dressing und 10 Nudeln
15:30 Uhr	1 Glas Cola light
18:00 Uhr	1 Scheibe Brot mit Marmelade und Tee

Körperbildstörung (Body-Image-Störung). Aus dem gestörten Essverhalten der jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa resultieren auch Veränderungen in der Wahrnehmung des eigenen Körperbildes. Damit verbunden sind Verzerrungen der kognitiven Wahrnehmung von Figur und Körperumfang. Als Folge sehen magersüchtige Patientinnen beispielsweise ihren Brust-, Hüft- und Bauchumfang deutlich überproportioniert. Durch diese Überschätzung des eigenen Körperbildes entpathologisieren magersüchtige Patientinnen ihre Figur und ihr Gewicht. Sie nehmen ihr objektiv bestehendes Untergewicht nicht wahr bzw. verleugnen es (Cash et al., 1997). Aber auch auf emotionaler Ebene verändert sich bei den Betroffenen die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes. Sie erleben sich als unattraktiv, unförmig, hässlich und zu dick. Um diese negativen Emotionen zu kompensieren, entwickeln Betroffene oftmals Vermeidungs- und Kontrollverhalten und vernachlässigen körperbezogene positive Aktivitäten. Das auf den eigenen Körper bezogene Vermeidungs- und Kontrollverhalten bezieht sich beispielsweise auf Aktivitäten (z. B. Sport oder Sexualität) oder Orte, an denen es üblich ist, sich leicht bekleidet zu zeigen (z. B. im Schwimmbad oder in der Sauna). Die Vernachlässigung körperbezogener positiver Aktivitäten kann sich in den Bereichen »Gesundheit und Fitness« (z. B. Entspannungsübungen machen), »Sinnliche Erfahrungen« (z. B. eine Massage erhalten) und »Körperpflege und Aussehen« (z. B. ein Vollbad nehmen) äußern (Cash et al., 1997). Eine ausführliche Darstellung der Körperbildstörung liefert das Manual von Vocks et al. (2018).

Selbstwertprobleme. Ein weiteres Kennzeichen magersüchtiger Patientinnen ist eine ausgeprägte Selbstwertproblematik (Jacobi, 2000; Jacobi et al., 2003), die sich in Selbstunsicherheit und in Gefühlen von Wertlosigkeit äußert. Diese Selbstunsicherheit vieler Jugendlicher mit Anorexia nervosa betrifft nicht nur die eigene Rolle in Familie und Gesellschaft, sondern bezieht sich auch auf die Bedeutung der eigenen Person, die mit Gedanken der eigenen Wertlosigkeit assoziiert wird. Selvini Palazzoli spricht im Zusammenhang der Selbstwertproblematik der Anorexia-nervosa-Patientinnen von »ein[em] Gefühl von Isolierung und eine[r] dunkle[n] Ahnung von Hilflosigkeit und Nutzlosigkeit« (Selvini Palazzoli, 1982, S. 110).

Jugendliche mit Anorexia nervosa machen ihr Selbstwertgefühl übermäßig von Figur und Gewicht abhängig. Das Körpergewicht kontrollieren zu können, bedeutet für Betroffene auch eine wiedererlangte Autonomie über das eigene Leben. Darüber hinaus setzen magersüchtige Jugendliche häufig eine ausgeprägte Leistungsorientierung in Schule und Beruf als Kompensationsmittel des negativen Selbstwertgefühls ein.

Psychosoziale und sexuelle Probleme. Das Untergewicht von Patientinnen mit Anorexia nervosa führt auch zu Schwierigkeiten in Familie und Peergroups. Das von außen sichtbare geringe Körpergewicht magersüchtiger Patientinnen löst bei Eltern, Geschwistern und Freunden Besorgnis aus. Die Betroffenen selber leugnen jedoch oftmals die Schwere ihrer Essstörung, sodass es verstärkt zu familiären Konflikten kommen kann. Häufig entwickeln Jugendliche auch Probleme in interpersonellen Beziehungen in Schule und Peergroups und schränken soziale Kontakte zu Mitschülern und Freunden zunehmend ein. Außerdem kommt es oft bei den Jugendlichen zu Leistungseinbrüchen in Schule und Beruf. Als sensibler Bereich zwischenmenschlicher

Beziehungen ist die Sexualität besonders betroffen. Magersüchtige Patientinnen haben zumeist keine sexuellen Kontakte. Durch ihre Erkrankung versäumen sie es, wichtige soziale und sexuelle Erfahrungen in Pubertät und Adoleszenz zu machen.

Depression. Bei Anorexia-nervosa-Patientinnen kommt es während des akuten Krankheitszustandes häufig zu depressiven Verstimmungen (vgl. Abschn. 2.2). Jugendliche berichten oft von einer gedrückten Stimmungslage, Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit und sind leicht irritierbar. Die klinische Ausprägung der Depression reicht von leichter depressiver Stimmungslage bis hin zu schweren depressiven Episoden. Bei den Patientinnen zeigen sich besonders in Folge des Starvationszustandes vermehrt depressive Symptome (Herpertz-Dahlmann et al., 1995), die sich oftmals durch eine Normalisierung des Gewichts und des Essverhaltens reduzieren (Meehan et al., 2006; Woodside et al., 2006).

Perfektionismus. Charakteristisch für Anorexia-nervosa-Patientinnen sind weiterhin ein starkes Streben nach Perfektionismus und eine damit einhergehende ausgeprägte Leistungsorientierung. Perfektionismus ist insbesondere mit dem Störungsbild der Anorexia nervosa assoziiert und bleibt oftmals auch nach Rückgang der Essstörungssymptomatik bestehen. Obwohl die Konzentrationsfähigkeit und die allgemeine Leistungsfähigkeit im Verlauf der Anorexia nervosa starvationsbedingt abnehmen, setzen Jugendliche sich dennoch hohe Leistungsstandards. Einige jugendliche Patientinnen berichten sogar von einer regelrechten Arbeitssucht (Herpertz-Dahlmann, 2008). Bei magersüchtigen Patientinnen stehen im Mittelpunkt der Bemühungen um Perfektion oftmals hohe Anforderungen an sich selbst, bezogen auf die Themen Essen, Figur und Gewicht. Darüber hinaus streben sie auch sehr gute Leistungen in Schule bzw. Beruf oder bei sportlichen Aktivitäten an. Oftmals versuchen Betroffene, durch ihre perfektionistischen Ansprüche ihr niedriges Selbstwertgefühl zu stärken. Aufgrund ihrer selbstkritischen Haltung herrscht jedoch eine ständige Unzufriedenheit in der Bewertung der eigenen Person vor.

1.2 Bulimia nervosa im Jugendalter

Aufgrund vieler symptomspezifischer Übereinstimmungen der der Anorexia und Bulimia nervosa zeigen sich deutliche Parallelen in den körperlichen (vgl. Kap. 9) und psychischen Veränderungen der davon betroffenen jugendlichen Patientinnen.

Psychische Symptome

Pathologisches Essverhalten. Wie Jugendliche mit Anorexia nervosa weisen auch jugendliche Patientinnen mit Bulimia nervosa ein pathologisches Essverhalten auf, das einem extremen Schlankheitsideal folgt. Im Unterschied zu Betroffenen mit Anorexia nervosa sind bulimische Patientinnen meist normalgewichtig. Sie ernähren sich zumeist restriktiv wie magersüchtige Patientinnen, zählen Kalorien und bevorzugen Nahrungsmittel mit einem geringen Energiewert. Patientinnen mit Bulimia nervosa können jedoch dieses gezügelte Essverhalten nicht aufrechterhalten und es kommt zu regelmäßig auftretenden Essanfällen. Sie nehmen bei Essanfällen in kurzer Zeit

eine große Nahrungsmenge, zumeist Lebensmittel mit einem hohen Energiewert (z. B. Schokolade oder Chips), mit etwa 3000 bis 4000 kcal zu sich und missachten damit ihre selbst gesetzten Essregeln. Die Patientinnen erleben dabei einen Kontrollverlust, d. h., sie haben das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben. Objektive Essanfälle sind von subjektiven Essanfällen abzugrenzen. Von subjektiven Essanfällen spricht man, wenn die verzehrte Nahrungsmenge nicht übermäßig groß ist, von der Patientin jedoch so wahrgenommen und ein Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme erlebt wird.

Um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, setzen bulimische Patientinnen gegensteuernde Maßnahmen ein, wie selbstinduziertes Erbrechen, Laxanzien oder Diuretika. Gewichtsregulierende Maßnahmen haben für Betroffene auch eine »selbstreinigende« Funktion, um Schuldgefühle, die durch die Missachtung der selbstdefinierten Essregeln entstanden sind, zu kompensieren.

Körperbildstörung (Body-Image-Störung). Jugendliche bulimische Patientinnen zeigen wie Patientinnen mit Anorexia nervosa eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körperbildes und der Körperproportionen. Auch sie nehmen ihre Figur verzerrt wahr und meinen, unattraktiv, unförmig und zu dick zu sein. Sie glauben, damit ihrem selbstdefinierten Schlankheitsideal nicht gerecht zu werden. Patientinnen mit Anorexia oder Bulimia nervosa scheinen sich in der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers nicht zu unterscheiden. Die zumeist normalgewichtigen Bulimia-nervosa-Patientinnen pathologisieren jedoch durch Überschätzung der eigenen Körperproportionen ihre Figur im Vergleich zu Patientinnen mit Anorexia nervosa, die ihr abgemagertes Erscheinungsbild entpathologisieren (Cash et al., 1997). Bulimische Patientinnen erleben ihren eigenen Körper überwiegend negativ. Analog zu magersüchtigen Patientinnen versuchen sie, negative Emotionen in Bezug auf ihren Körper durch Vermeidungs- und Kontrollverhalten zu reduzieren und vernachlässigen oftmals körperbezogene positive Aktivitäten. Ausführliche Informationen zur Körperbildstörung enthält das Manual von Vocks et al. (2018).

Selbstwertprobleme. Auch bulimische Patientinnen weisen häufig Beeinträchtigungen in ihrem Selbstwertgefühl auf (Jacobi, 2000; Jacobi et al., 2003). Das Selbstwertgefühl von jugendlichen Patientinnen mit Bulimia nervosa steht – analog zu Jugendlichen mit Anorexia nervosa – in Abhängigkeit zu subjektiv wahrgenommenen Merkmalen ihrer Figur und ihres Gewichtes und der Wichtigkeit, ihre Nahrungsaufnahme zu kontrollieren. Bei vielen bulimischen Patientinnen geht die negative Selbstbewertung über essensbezogene Themen hinaus und wird als Teil der eigenen Identität erlebt (Fairburn et al., 2003). Die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls ausschließlich von Figur und Gewicht führt bei Betroffenen zu einem strikten Diäthalten, das nicht dauerhaft durchgehalten werden kann. Dadurch werden Essanfälle begünstigt, die kompensatorische Verhaltensweisen, wie selbstinduziertes Erbrechen oder den Missbrauch von Laxanzien oder Diuretika, zur Folge haben. Diese Problematik beschreibt Fairburn in seinem Teufelskreismodell der Bulimia nervosa (Fairburn et al., 2003).

Psychosoziale und sexuelle Probleme. Jugendliche bulimische Patientinnen zeigen mehrheitlich als Folge der beschriebenen Selbstwertproblematik und der veränder-

ten Rollenerwartungen in Schule und Beruf eine defizitäre Entwicklung ihrer sozialen Kompetenzen. Auch sie ziehen sich wie Anorexia-nervosa-Patientinnen im Verlauf der Essstörung oftmals aus Peergroups zurück und berichten von konfliktreichen familiären Interaktionsmustern. Es wird angenommen, dass sich Jugendliche mit Bulimia nervosa durch ein geringes Selbstwertgefühl und defizitäre soziale Kompetenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen bzw. in Konfliktsituationen übermäßig belastet fühlen (Fairburn, 1993). Im Unterschied zu jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa berichten jugendliche bulimische Patientinnen häufiger von sexuellen Kontakten, allerdings bewerten sie Sexualität nur eingeschränkt positiv.

Depression. Depressive Verstimmungen, wie eine gedrückte Stimmung, Schuldgefühle oder Schlafprobleme, sind typische Begleitsymptome einer Bulimia nervosa (vgl. Abschn. 2.2). Die klinische Ausprägung der Depression kann von einer leichten depressiven Stimmung bis hin zu schweren depressiven Episoden reichen. Ferner kommt es bei bulimischen Patientinnen verstärkt nach Essanfällen mit selbstinduziertem Erbrechen zu Selbstkritik, Schuldgefühlen und einer depressiven Stimmungslage.

Es wird angenommen, dass durch restriktives Essverhalten bei bulimischen Patientinnen auch ohne Untergewicht die Entwicklung von depressiven Symptomen begünstigt wird (Jacobi et al., 2008).

Impulsivität. Im Gegensatz zu magersüchtigen Patientinnen zeigen bulimische Patientinnen ein ausgeprägtes Neugierverhalten und sind weniger kontrolliert und frustriationsintoleranter (Fassino et al., 2002; Hueg et al., 2006; Rosval et al., 2006). Störungen der Impulskontrolle (z. B. Promiskuität und Ladendiebstahl) sowie selbstverletzende Verhaltensweisen sind bei der Bulimia nervosa häufig zu beobachten (Stein et al., 2004).

Psychische Symptome bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

- ▶ Pathologisches Essverhalten
- ▶ Körperbildstörung
- ▶ Selbstwertprobleme
- ▶ Psychosoziale und sexuelle Probleme
- ▶ Depression
- ▶ Perfektionismus, insbesondere bei magersüchtigen Patientinnen
- ▶ Impulsivität, vor allem bei bulimischen Patientinnen

2 Epidemiologie und Komorbidität

2.1 Verbreitung und Verlauf

Verbreitung. Für die Anorexia nervosa werden Lebenszeitprävalenzen für Mädchen und Frauen im Alter von 15 bis 24 Jahren von 0,3 bis 1 % berichtet (Hoek et al., 2003; Hoek, 2006).

Die Bulimia nervosa ist häufiger zu beobachten als die Anorexia nervosa. Für das Vollbild der Bulimia nervosa wird von einer Lebenszeitprävalenz für Mädchen bzw. Frauen zwischen 1 und 4 % berichtet (Hoek et al., 2003). Prävalenzangaben, die sich auf weibliche Jugendliche beziehen, liegen bei 1,3 %, für das männliche Geschlecht bei 0,5 % (Swanson et al., 2011). Partielle Essstörungen, die nicht alle diagnostischen Kriterien erfüllen, sind deutlich weiterverbreitet, etwa 10 bis 15 % der Jugendlichen sind betroffen (Neumark-Sztainer et al., 2000).

Das Vollbild der Anorexia nervosa ist in der Allgemeinbevölkerung mit einer Inzidenz von etwa acht Neuerkrankungen jährlich pro 100.000 Personen zu beobachten (Hoek et al., 2003; Hoek, 2006). Die Inzidenz der Bulimia nervosa liegt mit etwa 13 Neuerkrankungen auf 100.000 Personen pro Jahr etwas höher (Hoek, 2006).

Aufgrund erheblicher Schwankungen der epidemiologischen Daten kann nur schwer beurteilt werden, ob die Häufigkeit der beschriebenen Essstörungen in den letzten Jahrzehnten gestiegen ist. Insgesamt sprechen empirische Studien mehrheitlich gegen einen Anstieg der Inzidenz der Anorexia nervosa, sie weisen vielmehr darauf hin, dass sich seit den 1970er-Jahren die Inzidenzraten stabilisiert haben (Smink et al., 2016). Allerdings gibt es Hinweise, dass die kindliche Anorexia nervosa (Erkrankungsalter unter 14 Jahren) zunimmt, so ist ein Anstieg stationärer Behandlungen von Kindern mit Anorexia nervosa zu beobachten (Herpertz-Dahlmann & Dahmen, 2019). Dagegen scheint in den letzten drei Jahrzehnten in Westeuropa die Inzidenz der Bulimia nervosa eher abgenommen zu haben (Hoek, 2016).

Die Anorexia und die Bulimia nervosa entwickeln sich in aller Regel in der Jugend oder im jungen Erwachsenenalter, vereinzelt treten sie vor der Pubertät auf. Die Anorexia nervosa manifestiert sich im Allgemeinen früher als die Bulimia nervosa. In epidemiologischen Studien wird auf eine Verteilung der Anorexia nervosa mit zwei Erkrankungsgipfeln im Alter von 14 und 18 Jahren hingewiesen (APA, 2000). Die Bulimia nervosa entwickelt sich bei der Mehrzahl der Betroffenen zwischen dem 16. und 19. Lebensjahr. Bulimische Essstörungen im Kindesalter (< 14. Lebensjahr) sind sehr selten und entsprechen der Symptomatik in der Adoleszenz (Bryant-Waugh et al., 1995).

Bei jungen Frauen im Alter von 12 bis 35 Jahren sind Anorexia und Bulimia nervosa weiterverbreitet als bei jungen Männern, sie sind mindestens zwölfmal häufiger betroffen (Fichter, 2019).

In bestimmten adolescenten »Risikogruppen« zeigen sich höhere Prävalenzraten essstörungsrelevanter Symptome, die Prävalenz von vollsyndromaler Anorexia und Bulimia nervosa liegen jedoch nicht über denen von Kontrollpersonen. Hierzu zählen Berufsgruppen, die in besonderer Weise mit dem gesellschaftlichen Schlankheitsideal konfrontiert werden (z. B. Models), aber auch junge Leistungssportlerinnen ästhetischer Sportarten, z. B. Balletttänzerinnen und Turnerinnen. In Studien mit jugendlichen rhythmischen Sportgymnastinnen konnte ein erhöhtes Auftreten von Essstörungssymptomen festgestellt werden (Byrne & McLean, 2002; Klentrou & Plyley, 2003; Sundgot-Borgen & Torstveit, 2004).

Verlauf. Kennzeichnend für den Verlauf der Anorexia nervosa ist eine hohe Persistenz und Chronifizierungsrate. Selten kommt es zu einer Heilung in den ersten zwei Jahren. Nach einer Studie von Herzog et al. (1996) sind die Betroffenen durchschnittlich sechs Jahre erkrankt, bis eine Heilung eintritt.

In einer Übersichtsarbeit von Steinhausen (2002) zum Verlauf der Anorexia nervosa bei jugendlichen und erwachsenen Patientinnen wird von Heilungsraten um 50 % berichtet, bei 30 % der Patientinnen schien die Essstörungssymptomatik verbessert und 20 % verliefen chronisch. In Studien mit mittleren oder langfristigen Katamnesezeiträumen zeigen sich bei adolescenten Betroffenen Heilungsraten von 70 und 80 % (Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Steinhausen et al., 2000). Die Verlaufsforschung der letzten Jahrzehnte hat zeigen können, dass sich die Heilungsprognose für adolescenten Anorexia nervosa-Patientinnen verbessert hat und günstiger ausfallen scheint als bei erwachsenen Patientinnen (Herpertz-Dahlmann, 2015). Allerdings ist das Störungsbild der Anorexia nervosa mit einer deutlich erhöhten Mortalitätsrate assoziiert. Die standardisierte Sterblichkeitsrate liegt einer Metaanalyse zufolge bei 5,9 % (Arcelus et al., 2011). Damit ist die Anorexia nervosa die psychische Störung mit der höchsten Mortalitätsrate. In den meisten Fällen sind medizinische Komplikationen aufgrund des andauernden Starvationszustandes, aktiver Suizid bzw. Suizid durch Nahrungsverweigerung Todesursachen. Auch für die Bulimia nervosa zeigt sich eine erhöhte Mortalitätsrate im Vergleich zur Normalbevölkerung, sie ist allerdings niedriger als die der Anorexia nervosa. In einer Metaanalyse (Arcelus et al., 2011) wird eine standardisierte Mortalitätsrate der Bulimia nervosa von 1,9 % berichtet. Bei 15–19-jährigen weiblichen Jugendlichen zählen die Anorexia und Bulimia nervosa weltweit zu der zwölfthäufigsten Ursache (unter mehr als 300 körperlichen und psychischen Erkrankungen) für den krankheits- und mortalitätsbedingten Verlust von Lebensjahren (DALYs, disability adjusted life years) (Erskine et al., 2016).

Untersuchungen an unbehandelten bulimischen Patientinnen machen deutlich, dass viele Betroffene einen fluktuierenden Spontanverlauf aufweisen. In einer prospektiven populationsbasierten Studie (Allen et al., 2013) über einen Zeitraum von sechs Jahren (14. bis 20. Lebensjahr) wiesen im Alter von 20 Jahren 56,2 % der Adolescenten mit Bulimia nervosa eine vollständige Remission auf, während bei 37,6 % eine subklinische Essstörung oder das Vollbild einer Bulimia nervosa vorlag.

Im Vergleich zu erwachsenen Patientinnen ist der Verlauf der Bulimia nervosa nach Therapie bei Betroffenen im Jugendalter deutlich unklarer.

Befunde aus Therapiestudien zum Verlauf behandelter jugendlicher Patientinnen mit einem 6-Monats- bis zu einem 1-Jahres-Follow-up berichten von Abstinenzraten für Essanfälle und gegensteuernde Maßnahmen von 29 % bis 41 % (Le Grange et al., 2007; Schmidt et al., 2007).

In einer dänischen Studie, die den Therapieverlauf nach ambulanter Behandlung bei Jugendlichen mit Bulimia nervosa in einer Essstörungsspezialambulanz evaluierte, ergab sich eine durchschnittliche Behandlungsdauer bis zur Teilremission von 16 Monaten und bis zu einer vollständigen Remission von 26 Monaten (Helverskov et al., 2010).

Viele Patientinnen mit Bulimia nervosa erleiden jedoch nach erfolgreicher Behandlung wieder Rückfälle. Die Zahlen hierzu sind allerdings nicht einheitlich und schwanken zwischen 30 und 85 % innerhalb eines Zeitraumes von sechs Monaten bis sechs Jahren (Keel et al., 1997).

In einer 12-Jahres-Katamnesestudie kam es bei 70 % der Bulimia-nervosa-Patientinnen im Erwachsenenalter zu einer Remission, 13 % hatten eine unspezifische Essstörung und 10 % erfüllten noch die Kriterien für eine Bulimia nervosa (Fichter et al., 2008). Der Übergang von einer Bulimia nervosa in eine Anorexia nervosa oder Binge-Eating-Störung scheint selten zu sein (Fichter et al., 2008).

2.2 Psychische Komorbiditäten

Anorexia nervosa. Patientinnen mit Anorexia nervosa zeigen ein breites Spektrum psychischer Komorbiditäten. Zu den häufigsten komorbiden Störungen zählen depressive Störungen sowie Angst- und Zwangserkrankungen (O'Brian et al., 2003). Studien zur psychischen Komorbidität bei adolescenten Patientinnen liegen nur vereinzelt vor, sie berichten aber von ähnlich hohen Komorbiditätsraten (Bühren et al., 2014; Salbach-Andrae et al., 2008).

Die Prävalenzraten zu komorbiden depressiven Störungen variieren mit Angaben zwischen 31 und 89 % (Godart et al., 2007). In vielen Fällen ist die depressive Symptomatik Folge des Starvationszustandes und reduziert sich mit der Normalisierung des Gewichts.

Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa liegen zudem oft auch komorbide Zwangssymptome oder -störungen vor. 10 bis 70 % der Betroffenen erfüllen im Laufe ihres Lebens die Kriterien einer Zwangsstörung nach DSM-III-R oder DSM-IV (Godart et al., 2000; Kaye et al., 2004a). Nach Ergebnissen einer großen schwedischen Register-Studie scheint das Risiko für komorbide Zwangsstörungen bei männlichen Betroffenen (37-fach erhöht) im Vergleich zu weiblichen Personen (16-fach erhöht) besonders hoch zu sein (Cederlöf et al., 2015).

Im Zusammenhang mit einer Anorexia nervosa sind weiterhin häufig ausgeprägte Ängste zu beobachten. An einer komorbiden Angststörung leiden 20 bis 60 % aller Patientinnen. Bei adolescenten Betroffenen treten die Soziale Phobie, die Spezifische

Phobie und die Panikstörung mit und ohne Agoraphobie gehäuft auf (Godart et al., 2000; Godart, 2006).

Die genannten Diagnosen sollten allerdings nur dann neben einer Anorexia nervosa vergeben werden, wenn sich die Befürchtungen der Patientinnen im Rahmen dieser Störungsbilder nicht ausschließlich auf das Thema Essen, die Figur und das Gewicht fokussieren (Schweiger, 2008). Mit zunehmendem Alter der Jugendlichen sind zudem beginnende komorbide Persönlichkeitsstörungen zu beobachten. Es wird vermutet, dass eine Anorexia nervosa vermehrt mit beginnenden vermeidenden, abhängigen und anankastischen Persönlichkeitsstörungen assoziiert ist (Lilenfeld et al., 2006; Serpell, 2002).

Psychische Komorbiditäten bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa

- ▶ Depressionen
- ▶ Zwangssymptome oder -störungen
- ▶ Angststörungen
- ▶ Beginnende Persönlichkeitsstörungen, insbesondere vermeidende, abhängige und anankastische Persönlichkeitsstörungen

Bulimia nervosa. Auch bei Jugendlichen mit Bulimia nervosa treten neben der Kernsymptomatik häufig komorbide psychische Störungen auf. Nach einer repräsentativen amerikanischen Studie weisen 88 % der Jugendlichen mit Bulimia nervosa mindestens eine komorbide Störung auf. Die Prävalenz psychischer Komorbiditäten bei adoleszenten Betroffenen ist somit vergleichbar mit der bei erwachsenen Patientinnen (Swanson et al., 2011). Hohe Komorbiditätsraten finden sich auch in einer deutschen Stichprobe von jugendlichen ambulanten Patientinnen. Zu den häufigsten komorbiden Störungen im Jugendalter zählen Depressionen und Angststörungen (Jaite et al., 2013). Die Prävalenz für depressive Störungen liegt bei 20 bis 70 % (Herpertz-Dahlmann, 2002). Die Befundlage hinsichtlich der Reihenfolge des Auftretens der depressiven Störung und der Bulimia nervosa ist – analog zur Anorexia nervosa – nicht eindeutig. Entwicklungsperspektivisch geht die Bulimia nervosa der depressiven Störung meist voraus. Komorbide Angststörungen sind bei 30 bis 70 % der Betroffenen zu beobachten (Godart et al., 2000). Dabei handelt es sich vorwiegend um die Soziale Phobie, die Generalisierte Angststörung und die Posttraumatische Belastungsstörung.

Komorbide Zwangsstörungen sind bei Bulimia nervosa im Vergleich zu Anorexia nervosa weniger bedeutsam. Die Zahlen zur Lebenszeitprävalenz von Zwangsstörungen schwanken zwischen 3 und 43 % (Pearlstein, 2002).

Häufig berichten Patientinnen mit Bulimia nervosa von einem vermehrten Alkohol- und Drogenkonsum, um soziale Ängste zu unterdrücken und negative Gefühle zu kompensieren. Auch andere Störungen der Impulskontrolle (z. B. Promiskuität und Ladendiebstahl) sowie selbstverletzende Verhaltensweisen sind bei der Bulimia nervosa häufig (Stein et al., 2004). Darüber hinaus weisen Jugendliche mit Bulimia ner-

vosa eine erhöhte Suizidalität auf im Vergleich zu anderen Essstörungen. Etwa 50 % der Betroffenen im Jugendalter berichten von Suizidgedanken und etwa 30 % von Suizidversuchen (Swanson et al., 2011).

Zudem tritt eine einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS) vermehrt komorbid bei einer Bulimia nervosa auf (Herpertz- Dahlmann, 2009).

Psychische Komorbiditäten bei Jugendlichen mit Bulimia nervosa

- ▶ Depressionen
- ▶ Zwangssymptome oder -störungen
- ▶ Angststörungen
- ▶ Alkohol- und Drogenmissbrauch
- ▶ Störungen der Impulskontrolle
- ▶ Einfache Aktivitäts- und Aufmerksamkeitsstörung (ADHS)
- ▶ Beginnende Persönlichkeitsstörungen, insbesondere die Borderline- und die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung

Persönlichkeitsstörungen sind bei Jugendlichen im Vergleich zu erwachsenen Patientinnen mit Bulimia nervosa seltener vorzufinden. Bei etwa der Hälfte der Jugendlichen liegt eine komorbide Persönlichkeitsstörung vor, wobei die Borderline- und die ängstlich vermeidende Persönlichkeitsstörung am häufigsten auftreten (Bottin et al., 2010; Magallon-Neri et al., 2014).

3 Klassifikation und Diagnostik im Jugendalter

3.1 Diagnosekriterien der Anorexia nervosa

Die diagnostischen Kriterien nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (Remschmidt et al., 2006) umfassen für die Anorexia nervosa ein Körpergewicht, das mindestens 15 % unter dem erwarteten Gewicht liegt oder einen Body-Mass-Index $\leq 17,5$, einen selbsterbeigeführten Gewichtsverlust, eine Körperschemastörung und ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme sowie eine weitreichende endokrine Störung, die bei Patientinnen im Kindesalter zu einem Stillstand oder einer Verzögerung der pubertären Entwicklung mit einem Ausbleiben der Menarche und bei Frauen zu einer Amenorrhoe führen kann (vgl. Abschn. 9.1.1).

Die Anwendung des BMI als Gewichtskriterium ist jedoch nicht auf das Kindes- und Jugendalter und beide Geschlechter übertragbar, ohne dass es zu systematischen Fehlern kommt. Um eine genauere Aussage über die pathologische Abweichung des Körpergewichts von der Altersnorm machen zu können, wird als Alternative zu dem genannten Gewichtskriterium die Anwendung von altersbezogenen BMI-Perzentilkurven empfohlen, sodass der BMI sowohl zur Beurteilung des für die Körperhöhe adjustierten Gewichts als auch für die Entwicklungsabhängigkeit dieses Index Berücksichtigung findet (Hebebrand et al., 2004). Für das Kindes- und Jugendalter wird daher als Gewichtskriterium das Unterschreiten der 10. BMI-Altersperzentile vorgeschlagen (Hebebrand et al., 2004). Entsprechende altersbezogene BMI-Perzentilkurven für Deutschland liegen von Kromeyer-Hauschild et al. (2001) vor (s. a. INFO 2 und 3).

INFO
2, 3

Tabelle 3.1 Kriterien der Anorexia nervosa nach ICD-10

ICD-10: F50.0	
(1)	Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder Body-Mass-Index $\leq 17,5$.
(2)	Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: <ul style="list-style-type: none">▶ Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder▶ selbstinduziertes Erbrechen▶ selbstinduziertes Abführen▶ übertriebene körperliche Aktivität▶ Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika u. a.
(3)	Körperschemastörung mit der Angst, zu dick zu werden.
(4)	Endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse), bei Frauen mit Amenorrhoe, bei Männern mit Libido- und Potenzverlust.
(5)	Bei Beginn vor der Pubertät ist die pubertäre Entwicklung verzögert.

ICD-10: F50.0**F50.00**

Anorexia nervosa ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme:

- ▶ kein Erbrechen, keine Abführmittel oder Diuretikamissbrauch.

F50.01

Anorexia nervosa mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme:

- ▶ selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmisbrauch o. Ä., evtl. treten auch Essanfälle auf.

Im DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013; 2015) wird Untergewicht als »signifikant niedriges Gewicht« definiert, d. h. ein Gewicht, das unterhalb des Minimums des normalen Gewichts liegt (Kriterium A). Darüber hinaus muss eine ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme vorliegen oder die Furcht davor, »dick« zu werden. Das Kriterium gilt auch dann als erfüllt, wenn Verhaltensweisen beobachtbar sind, die einer Gewichtszunahme entgegenwirken, obwohl Untergewicht besteht (Kriterium B). Das bedeutet, die Angst vor einer Gewichtszunahme muss nicht explizit von den Betroffenen geäußert werden. Als weiteres diagnostisches Kriterium definiert das DSM-5 eine Körperschemastörung und einen übertriebenen Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung (Kriterium C).

Das Kriterium einer endokrinen Störung ist im DSM-5, anders als in der ICD-10 und dem DSM-IV, nicht mehr enthalten, da es bei jungen Patientinnen vor der Menarche, bei Männern und bei der Einnahme von Kontrazeptiva schwer anwendbar ist.

Das DSM-5 ermöglicht eine Schweregradeinteilung anhand des Ausmaßes an Untergewicht (leicht: BMI $\geq 17,0$ kg/m²; mittel: BMI 16,0–16,9 kg/m²; schwer: BMI 15,0–15,9 kg/m²; extrem: BMI $< 15,0$ kg/m²).

In beiden Klassifikationssystemen, ICD-10 und DSM-5, findet die Differenzierung in zwei Subtypen der Anorexia nervosa Berücksichtigung. In der ICD-10 erfolgt diese Spezifizierung der Diagnose über die Kodierung in der fünften Stelle (F50.00 bzw. F50.01). Das DSM-5 unterscheidet den »restriktiven Typus« und den »Binge-Eating-/Purging-Typus« und definiert zusätzlich noch ein Zeitkriterium, d. h. das jeweilige Verhalten muss während der letzten drei Monate aufgetreten sein. Patientinnen mit einem »restriktiven Typus« der Anorexia nervosa zeigen durchgängig einen eingeschränkten und kalorienreduzierten Essstil und setzen keine aktiven Maßnahmen zur Gewichtsreduktion ein. Bei Jugendlichen mit einem »Binge-Eating-/Purging-Typus« der Anorexia nervosa kommt es immer wieder zu Essanfällen, auf die sie mit kompensatorischen Maßnahmen reagieren. »Binge-Purge-Verhalten« ist im Kindes- und Jugendalter weniger verbreitet als bei erwachsenen Patientinnen, was u. a. auf eine geringere Autonomie im Alltag und eine stärkere Kontrolle durch das soziale Umfeld in diesem Alter zurückzuführen ist. Die beiden Subtypen der Anorexia nervosa lassen sich empirisch anhand unterschiedlicher Merkmale voneinander abgrenzen. So scheinen neben impulsiven Verhaltensweisen wie Eigentumsdelikten, Alkohol- und Drogenmissbrauch auch prämorbid übergewichtige Probleme und Persönlichkeitsstö-