

Hans-Christoph Friederich · Wolfgang Herzog
Beate Wild · Stephan Zipfel · Henning Schauenburg

Anorexia nervosa

Fokale psychodynamische Psychotherapie

Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch
fundierte Psychotherapie

HOGREFE



Anorexia nervosa

**Praxis der psychodynamischen Psychotherapie –
analytische und tiefenpsychologisch fundierte Psychotherapie**

Band 5

Anorexia nervosa

von PD Dr. Hans-Christoph Friederich, Prof. Dr. Wolfgang Herzog,
PD Dr. Beate Wild, Prof. Dr. Stephan Zipfel
und Prof. Dr. Henning Schauenburg

Herausgeber der Reihe:

Prof. Dr. Manfred Beutel, Prof. Dr. Stephan Doering,
Prof. Dr. Falk Leichsenring und Prof. Dr. Günter Reich

Anorexia nervosa

Fokale psychodynamische Psychotherapie

von Hans-Christoph Friederich, Wolfgang Herzog,
Beate Wild, Stephan Zipfel und Henning Schauenburg

unter Mitarbeit von Sandra Schild und Miriam Komo-Lang

HOGREFE 

GÖTTINGEN · BERN · WIEN · PARIS · OXFORD · PRAG
TORONTO · BOSTON · AMSTERDAM · KOPENHAGEN
STOCKHOLM · FLORENZ · HELSINKI

Die Entwicklung des Manuals erfolgte im Rahmen der multizentrischen Psychotherapievergleichsstudie „ANTOP“, die durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung gefördert wurde.



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

Wichtiger Hinweis: Der Verlag hat gemeinsam mit den Autoren bzw. den Herausgebern große Mühe darauf verwandt, dass alle in diesem Buch enthaltenen Informationen (Programme, Verfahren, Mengen, Dosierungen, Applikationen etc.) entsprechend dem Wissensstand bei Fertigstellung des Werkes abgedruckt oder in digitaler Form wiedergegeben wurden. Trotz sorgfältiger Manuskripterstellung und Korrektur des Satzes und der digitalen Produkte können Fehler nicht ganz ausgeschlossen werden. Autoren bzw. Herausgeber und Verlag übernehmen infolgedessen keine Verantwortung und keine daraus folgende oder sonstige Haftung, die auf irgendeine Art aus der Benutzung der in dem Werk enthaltenen Informationen oder Teilen davon entsteht. Geschützte Warennamen (Warenzeichen) werden nicht besonders kenntlich gemacht. Aus dem Fehlen eines solchen Hinweises kann also nicht geschlossen werden, dass es sich um einen freien Warennamen handelt.

© 2014 Hogrefe Verlag GmbH & Co. KG
Göttingen • Bern • Wien • Paris • Oxford • Prag • Toronto • Boston
Amsterdam • Kopenhagen • Stockholm • Florenz • Helsinki
Merkelstraße 3, 37085 Göttingen

<http://www.hogrefe.de>

Aktuelle Informationen • Weitere Titel zum Thema • Ergänzende Materialien

Copyright-Hinweis:

Das E-Book einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung des Verlags unzulässig und strafbar.

Der Nutzer verpflichtet sich, die Urheberrechte anzuerkennen und einzuhalten.

Satz: ARThür Grafik-Design & Kunst, Weimar
Format: PDF

ISBN 978-3-8409-2582-5

Nutzungsbedingungen:

Der Erwerber erhält ein einfaches und nicht übertragbares Nutzungsrecht, das ihn zum privaten Gebrauch des E-Books und all der dazugehörigen Dateien berechtigt.

Der Inhalt dieses E-Books darf von dem Kunden vorbehaltlich abweichender zwingender gesetzlicher Regeln weder inhaltlich noch redaktionell verändert werden. Insbesondere darf er Urheberrechtsvermerke, Markenzeichen, digitale Wasserzeichen und andere Rechtsvorbehalte im abgerufenen Inhalt nicht entfernen.

Der Nutzer ist nicht berechtigt, das E-Book – auch nicht auszugsweise – anderen Personen zugänglich zu machen, insbesondere es weiterzuleiten, zu verleihen oder zu vermieten.

Das entgeltliche oder unentgeltliche Einstellen des E-Books ins Internet oder in andere Netzwerke, der Weiterverkauf und/oder jede Art der Nutzung zu kommerziellen Zwecken sind nicht zulässig.

Das Anfertigen von Vervielfältigungen, das Ausdrucken oder Speichern auf anderen Wiedergabegeräten ist nur für den persönlichen Gebrauch gestattet. Dritten darf dadurch kein Zugang ermöglicht werden.

Die Übernahme des gesamten E-Books in eine eigene Print- und/oder Online-Publikation ist nicht gestattet. Die Inhalte des E-Books dürfen nur zu privaten Zwecken und nur auszugsweise kopiert werden.

Diese Bestimmungen gelten gegebenenfalls auch für zum E-Book gehörende Audiodateien.

Anmerkung:

Sofern der Printausgabe eine CD-ROM beigelegt ist, sind die Materialien/Arbeitsblätter, die sich darauf befinden, bereits Bestandteil dieses E-Books.

Inhaltsverzeichnis

Vorwort	1
1 Beschreibung der Störung	5
1.1 Bezeichnung	5
1.2 Definition	5
1.3 Epidemiologische und soziodemografische Daten	8
1.4 Prädisponierende Faktoren	8
1.5 Verlauf und Prognose	9
1.6 Differenzialdiagnose	10
1.6.1 Psychische Differenzialdiagnosen	10
1.6.2 Somatische Differenzialdiagnosen	11
1.7 Komorbidität	12
1.8 Diagnostische Verfahren und Dokumentationshilfen	12
2 Störungstheorien und -modelle	15
2.1 Psychodynamisches Krankheitsverständnis	15
2.1.1 Intrapsychische Dynamik	15
2.1.2 Interpersonelle Dynamik	17
2.2 Kognitionstheoretische Modellvorstellungen	19
2.3 Familiendynamische Aspekte	20
2.4 Soziokulturelle Aspekte	20
2.5 Biologische Aspekte	21
3 Diagnostik	23
3.1 Operationalisierte Psychodynamische Diagnostik	23
3.2 Erstinterview und Fokusbildung	24
3.3 Operationalisierte psychodynamische Diagnostik der Anorexie	25
3.3.1 Beziehungsmuster	26
3.3.2 Konfliktthemen	26
3.3.3 Strukturelle Beeinträchtigungen	29
3.4 Therapeutischer Umgang mit dem Fokus	30
4 Behandlung	32
4.1 Therapeutisches Setting	32
4.2 Therapeutischer Rahmen	32

4.3	Allgemeine Therapieprinzipien	35
4.3.1	Grundzüge der psychodynamischen Therapie	35
4.3.2	Umgang mit Übertragungs- und Gegenübertragungs- dynamik	35
4.3.3	Arbeit am Körperbild	36
4.3.4	Einbezug der Familie (Das orientierende Familien- gespräch)	38
4.4	Allgemeiner Aufbau der Behandlung und Anfangsphase . .	41
4.4.1	Diagnostik, Arbeitsbündnis und Fokusbildung	41
4.4.2	Therapeutische Grundhaltung	42
4.4.3	Arbeiten am Arbeitsbündnis	43
4.4.4	Thematisierung proanorektischer Überzeugungen	46
4.4.5	Zentrieren auf Selbstwertproblematik und depressives Erleben	48
4.4.6	Ergänzungen in der Anfangsphase	49
4.5	Mittlere Therapiephase (Arbeit am Therapiefokus)	50
4.5.1	Therapeutische Grundhaltung	50
4.5.2	Fokussieren auf affektiv-emotionales Erleben	51
4.5.3	Weitere Arbeit am Beziehungsfokus	54
4.5.4	Strukturelle Beeinträchtigungen	56
4.6	Abschlussphase	63
4.6.1	Therapeutische Grundhaltung	63
4.6.2	Stabilisieren des Erreichten	64
4.6.3	Umsetzen des Gelernten im Alltag	65
4.6.4	Rückfälle antizipieren	65
4.6.5	Symptompersistenz	66
4.6.6	Nachsorge	66
4.7	Probleme bei der Durchführung	68
4.8	Adjuvante Therapien	70
4.8.1	Adjuvante Psychopharmakatherapie	70
4.8.2	Adjuvante Einnahme von hochkalorischen Nahrungs- ergänzungsmitteln	71
5	Fallbeispiele	72
5.1	Frau P., 26 Jahre (Anorexie vom Binge-Purging-Typus) . . .	72
5.2	Frau R., 19 Jahre (Anorexie vom restriktiven Typus)	78
6	Wirksamkeit	85
6.1	Wissenschaftlicher Hintergrund	85
6.2	Die ANTOP-Studie	87
6.2.1	Studiendesign und Teilnehmerinnen	87
6.2.2	Ergebnisse	88
6.2.3	Fazit	90

VI

7	Weiterführende Literatur	92
8	Literatur	93
	Anhang	99
	Gewichtskurve	101
	Ernährungsleitfaden für Anorexie-Patientinnen	102
	Autoren und Mitwirkende bei diesem Band	110

Vorwort

Die Magersucht löst im Gegenüber wie keine andere Erkrankung Reaktionen von „mitfühlender Identifizierung mit den Betroffenen, über Neugierde und Verwunderung bis zur Bewunderung“ aus (Habermas, 1994, S. 14).

Das restriktive Essverhalten und das damit selbst herbeigeführte massive Untergewicht stellen das augenscheinliche Kernmerkmal der Magersucht dar. Aus psychodynamischer Sicht hat der Triumph über das mächtige Gefühl „Hunger“ und der Verzicht auf andere elementare Bedürfnisse für die Patientin¹ eine wichtige Funktion in der Stabilisierung des fragilen Selbst-, Identitäts- und Autonomiegefühls. Damit verbunden sind Gefühle der Einzigartigkeit und des Besondersseins. Die selbstdestruktiven Folgen der forcierten Unabhängigkeitsbestrebungen sind eine zunehmende Unterernährung bis hin zum Tod sowie eine soziale Isolierung mit einem Verlust an positiven zwischenmenschlichen Kontakten. Dies ist seinerseits verunsichernd und hat eine weitere Intensivierung der anorektischen Symptomatik zur Folge. Die Wahl des Symptoms „restriktives Essverhalten“ wird sowohl von konstitutionellen (genetischen, epigenetischen, endokrinologischen etc.) Faktoren als auch von soziokulturellen Aspekten beeinflusst.

Die Behandlung der Magersucht gilt als herausfordernd. Verantwortlich hierfür ist zunächst die ausgeprägte Schwierigkeit, die Patientin überhaupt für eine Therapie zu gewinnen bzw. mit ihr ein vorgegebenes Therapiesetting aufrecht zu erhalten. Dies hängt mit der starken Bindung der Patientin an ihre Symptomatik (bei oft partieller Krankheitsverleugnung), deren ausgeprägtem Vermeidungscharakter, ihrem Autonomiebedürfnis und der starken subjektiven Gratifikation der Symptomatik zusammen. Deshalb ist tatsächlich das Grundziel jeder Anorexie-Behandlung zunächst die Gewinnung der Patientin für die Therapie bzw. den therapeutischen Prozess. Für den Behandlungserfolg ist dabei ein möglichst frühzeitiger Behandlungsbeginn von essenzieller Bedeutung. Nicht zuletzt, da chronisches Untergewicht und die damit vergesellschafteten psychophysiologischen Anpassungsprozesse zu einer zusätzlichen Verfestigung der Symptomatik führen.

1 Aus Gründen der besseren Lesbarkeit wird auf die gleichzeitige Verwendung männlicher und weiblicher Sprachformen verzichtet. Sämtliche Personenbezeichnungen gelten gleichwohl für beiderlei Geschlecht. Aufgrund des häufigeren Auftretens der Magersucht bei Frauen wurde für Anorexie-Patientinnen durchgehend die weibliche Sprachform verwendet.

Nach der deutschen S3-Leitlinie zur Diagnostik und Therapie von Essstörungen (Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie & Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin, 2010) soll körperlich stabilen Patientinnen (Body-Mass-Index mindestens 15 kg/m²) ohne schwerwiegende somatische oder psychische Komorbidität primär eine ambulante psychotherapeutische Behandlung angeboten werden. Mit der systematischen Untersuchung der Wirksamkeit entsprechender ambulanter Psychotherapie wurde jedoch erst in den letzten Jahren intensiver begonnen, sodass die Therapieleitlinie für Essstörungen mit dem Stand vom Dezember 2010 noch zum Ergebnis kommt, dass keine hinreichend effektive, evidenzbasierte Behandlungsform für Erwachsene mit Anorexia nervosa vorliegt. Im Rahmen der Förderung von Psychotherapieverbänden durch das Bundesministerium für Bildung und Forschung (BMBF) im Zeitraum von 2006 bis 2013 war es möglich, die Wirksamkeit ambulanter psychodynamischer Psychotherapie zur Behandlung der Magersucht zu prüfen. Im Rahmen einer großangelegten, multizentrischen, randomisiert-kontrollierten Studie (*Anorexia Nervosa Treatment of Outpatients*, ANTOP) konnte nachgewiesen werden, dass ein manualisiertes und spezifisch auf das Erkrankungsbild angepasstes psychodynamisches Vorgehen der bisher üblichen Behandlung zum Zeitpunkt der 1-Jahres-Katamnese überlegen war (vgl. auch Kapitel 5.2). In diesem Band der Reihe „Praxis der psychodynamischen Psychotherapie“ soll deshalb das im Rahmen der Studie erarbeitete Manual für die fokale psychodynamische Behandlung der Anorexia nervosa vorgestellt werden. Wir danken den Herausgebern der Reihe für die Möglichkeit, mit diesem Band zu einer Verbesserung der ambulanten Psychotherapie der Magersucht beizutragen.

Das Erkrankungsbild der Magersucht ist durch zahlreiche Paradoxien gekennzeichnet: Autonomieideal und Geborgenheitswünsche, Selbstunsicherheit und „splendid isolation“, Horten von Nahrungsmitteln und Hunger leiden. Nicht zuletzt diese Aporien machen die Faszination, aber auch die Herausforderung des Krankheitsbildes aus. Das Ziel unseres Manuals ist es, ein tieferes Verständnis von der widersprüchlichen Erlebniswelt anorektischer Patientinnen zu vermitteln. Gleichzeitig werden Empfehlungen für störungsspezifische Adaptation psychodynamischer Interventionen sowie für eine therapeutische Haltung gegeben, die das Ziel haben, das therapeutische Verhaltensrepertoire sowie die Kompetenzen für die Behandlung von Anorexie-Patientinnen zu erweitern.

Bei der Erarbeitung dieses Manuals haben uns viele Patientinnen und ihre Familien sowie auch viele Kolleginnen und Kollegen geholfen, denen wir an dieser Stelle herzlich danken möchten. Besonders erwähnt seien C. Growther, I. Eisler und U. Schmidt aus der Maudsley-Gruppe (Institute of Psychiatry, Kings-College London, U. K.), die Mitglieder der Arbeitsgruppe Anorexie, die die deutschen Leitlinien für Essstörungen (Leitung: St. Herpertz) bzw. Magersucht-Patientinnen (Leitung: A. Zeeck) erstellen, die Therapeutinnen

und Therapeuten der ANTOP-Studie, die beim Workshop wertvolle Anregungen zum Manual gegeben haben, sowie H. Kächele, A. Sandholz und T. Grande, die wichtige Erfahrungen aus Supervisionen psychodynamischer Therapien von Patientinnen mit Magersucht beitrugen.

Heidelberg und Tübingen,

April 2014

*Hans-Christoph Friederich
Wolfgang Herzog
Beate Wild
Stephan Zipfel
Henning Schauenburg*

1 Beschreibung der Störung

1.1 Bezeichnung

Die Fallberichte des Franzosen E.-C. Lasegue („Anorexia hysterica“) und des Engländers W. Gull (Anorexia nervosa), die um 1870 veröffentlicht wurden, gelten als Erstbeschreibungen der Magersucht. Beide Autoren betonten die psychische Verursachung der Magersucht und die fehlende Krankheitseinsicht der Betroffenen. Die Magersucht ist damit die Erste als eigenständige Entität beschriebene Essstörung. Übertriebenes Fasten aus religiösen Motiven allerdings ist sehr viel länger bekannt, mit Fallbeschreibungen von asketischen Fastenheiligen, die bis ins 12. Jahrhundert zurückreichen.

Das Erkrankungsbild der Magersucht wurde erstmals um 1870 beschrieben

Die heutige Bezeichnung der Anorexia nervosa („nervös bedingte Appetitlosigkeit“) ist irreführend, da es den Betroffenen nicht an Appetit fehlt. Im Gegenteil, Patientinnen mit einer Anorexia nervosa vom Binge-Purging-Typ zeigen ähnlich wie Bulimie-Patientinnen wiederholt auftretende Essanfälle. Im Vordergrund steht vielmehr die Angst vor der Gewichtszunahme und den damit einhergehenden Veränderungen. Die Gewichtsphobie als zentrales Motiv für das Fasten und als bedeutendes differenzialdiagnostisches Kriterium wurde vor allem durch die deutsch-amerikanische Psychoanalytikerin Hilde Bruch betont. In ihrem populären Buch „Der Goldene Käfig – das Rätsel der Magersucht“ (Bruch, 1980) hat sie auf entscheidende Weise das Bewusstsein und das Verständnis für die Erkrankung nicht nur bei Ärzten und Therapeuten, sondern auch in der Bevölkerung geprägt und geschärft.

1.2 Definition

Die diagnostischen Kriterien nach der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) der Weltgesundheitsorganisation (WHO/Dilling et al., 2000) und des Diagnostischen und Statistischen Manuals (DSM-5) der Amerikanischen Psychiatrischen Gesellschaft (American Psychiatric Association, 2013) zeigen für das Erkrankungsbild der Anorexia nervosa bis auf wenige Ausnahmen eine weitestgehende Übereinstimmung (vgl. Tab. 1). Im Mai 2013 ist die 5. Revision des DSM auf Englisch erschienen. Da die offizielle deutsche Übersetzung des DSM-5 zum Zeitpunkt der Drucklegung noch nicht vorlag, sind die diagnostischen Kriterien gemäß dieser Klassifikation in Tabelle 1 in Englisch aufgeführt.

Tabelle 1: Diagnostische Kriterien für Anorexia nervosa nach ICD-10 (WHO/Dilling et al.; 2000) und DSM-5 (Abdruck erfolgt mit Genehmigung aus *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, Fifth Edition*. © 2013. American Psychiatric Association. Alle Rechte vorbehalten.)

ICD-10 (F50.0)	DSM-5
1. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Body-Mass-Index von 17,5kg/m ² oder weniger.	A. Restriction of energy intake relative to requirements, leading to a significantly low body weight in the context of age, sex, developmental trajectory, and physical health. <i>Significantly low weight</i> is defined as a weight that is less than minimally normal, or, for children and adolescents, less than that minimally expected.
2. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch: a. Vermeiden von hochkalorischen Speisen; sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen: b. selbst induziertes Erbrechen; c. selbst induziertes Abführen; d. übertriebene körperliche Aktivitäten; e. Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.	B. Intense fear of gaining weight or becoming fat, or persistent behavior that interferes with weight gain, even though at a significantly low weight.
3. Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überwertige Idee.	C. Disturbance in the way in which one's body weight or shape is experienced, undue influence of body weight or shape on self-evaluation, or persistent lack of recognition of the seriousness of the current low body weight.
4. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust.	
5. Bei Beginn der Erkrankung in der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert.	
<i>Subtypen – Differenzialdiagnose:</i> <i>F50.00:</i> Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc.) <i>F50.01:</i> Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme (Erbrechen, Abführen etc. u. U. in Verbindung mit Heißhungerattacken).	<i>Specify whether:</i> <i>Restricting type:</i> During the last 3 months, the individual has not engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i. e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas). <i>Binge-eating/purging type:</i> During the last 3 months, the individual has engaged in recurrent episodes of binge eating or purging behavior (i. e., self-induced vomiting or the misuse of laxatives, diuretics, or enemas).

Beide Klassifikationssysteme definieren als Kernmerkmale der Erkrankung das Untergewicht, die Körperschemastörung und die Gewichtsphobie. Ferner wird in beiden Klassifikationssystemen zwischen zwei Subgruppen von Anorexie-Patientinnen unterschieden. Patientinnen mit der asketischen Form zeigen durchgängig ein extrem restriktives Essverhalten, während Patientinnen vom Binge-Purging-Typus zusätzlich Essanfälle aufweisen und aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion wie Erbrechen und/oder Missbrauch von Laxanzien und Diuretika einsetzen. Die Validität dieser Subtypen ist nicht gesichert, da Betroffene häufiger Übergänge zwischen den beiden Subtypen zeigen. Vor allem in den ersten 3 Jahren nach Ausbruch der Erkrankung lässt sich häufig ein Übergang der restriktiven Form in die Binge-Purging-Form beobachten. Entsprechend wurde in der aktuellen 5. Revision des DSM ein Zeitfenster von 3 Monaten festgelegt, d. h. der Subtyp wird bestimmt basierend auf der vorherrschenden Symptomatik in den letzten 3 Monaten vor Diagnosestellung.

Diagnostische Kernmerkmale: Untergewicht, Körperschemastörung, Gewichtsphobie

Die ICD-10 definiert das Gewichtskriterium über den Body-Mass-Index (BMI) von $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$, was international für erwachsene Anorexie-Patientinnen eine breitere Anwendung gefunden hat. Der BMI $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$ sollte jedoch nicht für Kinder- und Jugendliche angewendet werden. Zur besseren Adjustierung des Gewichtes an Entwicklungsphasen wird empfohlen, bei Kindern und Jugendlichen mit Altersperzentilen-Kurven zu arbeiten. Als Gewichtskriterium für eine Magersucht im Kindes- und Jugendalter wird eine Unterschreitung der 10. Altersperzentile vorgeschlagen (Heberbrand et al. 2004). In der 5. Revision des DSM wurde das Gewichtskriterium der 4. Revision („ $< 85\%$ des zu erwartenden Gewichtes“; vgl. Saß et al., 2003) abgeschafft und durch die Umschreibung „a weight less than minimally normal“ ersetzt (American Psychiatric Association, 2013).

Die Validität der restriktiven und der Binge-Purging-Form ist nicht gesichert, da häufig Übergänge zwischen den beiden Formen auftreten

Die ICD-10 umfasst als weiteres Klassifikationskriterium der Magersucht endokrine Störungen bei Frauen (Amenorrhoe) und bei Männern (Libido- und Potenzverlust). Das Kriterium der Amenorrhoe ist in der klinischen Praxis häufig nicht zu beurteilen, da es unter der Einnahme von Kontrazeptiva, bei Jugendlichen vor Eintritt der Menarche und bei postmenopausalen Frauen nicht verwendbar ist. Im DSM-5 wurde daher entschieden, komplett auf dieses Kriterium zu verzichten. Dennoch sei an dieser Stelle darauf hingewiesen, dass Anorexie-Erkrankte mit Amenorrhoe eine niedrigere Knochendichte und ein höheres Osteoporose-Risiko aufweisen als Betroffene mit regelmäßiger Menstruation.

In der ICD-10 wird das Gewichtskriterium mit einem BMI $\leq 17,5 \text{ kg/m}^2$ angegeben. Im DSM-5 wurde das Gewichtskriterium gelockert und nicht präzise definiert.

Ferner wurde in der 5. Überarbeitung des DSM die Formulierung aus dem DSM-IV-TR verändert, die eine bewusste „Verweigerung“ (vgl. Tab. 1; vgl. auch Saß et al., 2003) der Aufrechterhaltung eines minimalen Gewichts durch die Betroffenen suggeriert hat. Diese Formulierung ist weder geeignet für die Erfassung von Patientinnen, die sich im Stadium der Krankheitsverleugnung befinden, noch angemessen für Betroffene, die motiviert sind und denen es