



King's Research Portal

DOI:

[10.1055/a-1897-2330](https://doi.org/10.1055/a-1897-2330)

Document Version

Peer reviewed version

[Link to publication record in King's Research Portal](#)

Citation for published version (APA):

Bergner, L., Himmerich, H., & Steinberg, H. (2022). Die Therapie der Nahrungsverweigerung und der Anorexia nervosa in deutschsprachigen Psychiatrie-Lehrbüchern der vergangenen 200 Jahre. *Fortschritte der Neurologie Psychiatrie*. Advance online publication. <https://doi.org/10.1055/a-1897-2330>

Citing this paper

Please note that where the full-text provided on King's Research Portal is the Author Accepted Manuscript or Post-Print version this may differ from the final Published version. If citing, it is advised that you check and use the publisher's definitive version for pagination, volume/issue, and date of publication details. And where the final published version is provided on the Research Portal, if citing you are again advised to check the publisher's website for any subsequent corrections.

General rights

Copyright and moral rights for the publications made accessible in the Research Portal are retained by the authors and/or other copyright owners and it is a condition of accessing publications that users recognize and abide by the legal requirements associated with these rights.

- Users may download and print one copy of any publication from the Research Portal for the purpose of private study or research.
- You may not further distribute the material or use it for any profit-making activity or commercial gain
- You may freely distribute the URL identifying the publication in the Research Portal

Take down policy

If you believe that this document breaches copyright please contact librarypure@kcl.ac.uk providing details, and we will remove access to the work immediately and investigate your claim.

Die Therapie der Nahrungsverweigerung und der Anorexia nervosa in deutschsprachigen Psychiatrie-Lehrbüchern der vergangenen 200 Jahre

Therapy of food refusal and anorexia nervosa in German-language psychiatry textbooks of the past 200 years

Bergner, Himmerich, Steinberg – Fortschr Neurol Psychiatr

Keywords Essstörungen, AN, Anorexia nervosa, Nahrungsverweigerung, Psychiatriegeschichte, Therapie; *eating disorders, AN, anorexia nervosa, food refusal, history of psychiatry*

Abstract

Die vorliegende Arbeit zeigt auf, wie die Therapie der Anorexia nervosa (AN) und der Nahrungsverweigerung in den führenden Lehrbüchern der deutschsprachigen Schulpsychiatrie in den vergangenen 200 Jahren vermittelt wurde. Hierfür wurden 18 Lehrwerke bedeutender Psychiater ausgewählt. Diese wurden strukturiert analysiert, um jeweils das an Medizinstudenten und junge Nervenärzte an deutschsprachigen Universitäten weitergegebene Wissen zur Thematik zu ermitteln. Es zeigte sich, dass die AN erst Ende des 20. Jahrhunderts als ein eigenständiges Krankheitsbild erfasst und vermittelt wurde. Doch bereits zuvor wurden der Nahrungsverweigerung als Symptom eine große Bedeutung beigemessen und mannigfaltige Therapiekonzepte entwickelt. Beginnend im 19. Jahrhundert mit der Zwangsernährung mittels Magensonden wurden später Pharmakotherapien entwickelt sowie spezielle Diäten diskutiert. Bemerkenswert ist, dass bereits seit den Anfängen der akademischen Psychiatrie besondere Verhaltensweisen mit dem Patienten und eine Vorbildfunktion des Therapeuten als „Psychotherapie im weiteren Sinne“ beschrieben wurden, um Patienten zum Essen zu animieren. Die Therapie der Nahrungsverweigerung mittels strukturierter Psychotherapien wurde erst Ende des 20. Jahrhunderts mit der Anerkennung der AN als eigenständige Krankheitsentität etabliert. Hierbei zeigte sich im Verlauf der letzten Jahrzehnte ein grundlegender Wandel im Verständnis von möglichen auslösenden Faktoren dieser Erkrankung und möglichen psychotherapeutischen Interventionen.

This study shows how the therapy of anorexia nervosa (AN) and food refusal have been taught in leading textbooks in German-speaking academic psychiatry over the past 200 years. For this purpose, 18 textbooks of important school psychiatrists were selected. These were analyzed in a structured way to determine the knowledge on the subject taught at universities in German-speaking countries at a given period. We found that AN was not recorded and taught as a distinct disorder until the end of the 20th century. However, even before then, great attention had been paid to food refusal as a symptom and manifold therapeutic concepts had been developed. At the beginning of the 19th century, forced feeding using feeding tubes was established, whereas in the following years pharmacotherapies and special diets were developed. It is noteworthy that since the beginnings of academic psychiatry, some early forms of psychotherapy have been developed: As an example, special kinds of behavior were recommended when dealing with the patient, as the therapist was supposed to serve as a role model to encourage patients to eat. Therapies of food refusal by means of structured psychotherapeutic approaches were not established before AN was generally accepted as a distinct disease entity. In this context, the understanding of possible etiological factors leading to AN as well as potential psychotherapeutic interventions have changed fundamentally over the past decades.

Einleitung

Essstörungen zählen in der heutigen Psychiatrie und Psychosomatik zu den Erkrankungen mit der höchsten Mortalität und Morbidität [1]. Die Anorexia nervosa (AN) wurde im deutschsprachigen Raum jedoch erst Ende des 20. Jahrhunderts als eine eigene Krankheitsentität etabliert. Dennoch beschäftigte sich die Psychiatrie bereits seit ihren Anfängen mit der Nahrungsverweigerung als Symptom anderer psychischer Erkrankungen [2]. Wir führten eine systematische Sichtung von 18 der bedeutendsten psychiatrischen Lehrbücher der vergangenen 200 Jahre deutscher Schulpsychiatrie durch, um verschiedene Therapieansätze und ihnen zugrunde liegende Konzepte chronologisch abzubilden. Ziel war es, diese Funde anschließend historisch und im Hinblick auf aktuelle Therapiestandards einzuordnen.

Material und Methoden

Um eine systematische Übersicht der vergangenen 200 Jahre deutschsprachiger Schulpsychiatrie zu erhalten, wurde zunächst eine Auswahl bedeutender Lehrbücher aus dieser Zeit zusammengestellt, beginnend mit Johann Christian Reils Werk „Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen“ [3] von 1803 bis zum von Frank Schneider herausgegebenen Lehrbuch „Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie“ aus dem Jahr 2017 [4]. Besondere Aufmerksamkeit lag darauf, dass alle Epochen vertreten sind und keine großen zeitlichen Abstände zwischen den Werken liegen. Zum anderen wurden Autoren ausgewählt, die als bedeutsame Vertreter ihres Faches gelten und dementsprechend einen nachhaltigen Einfluss auf die Psychiatrie ihrer Zeit ausübten. Im Fokus der Untersuchung stand hierbei die Schulpsychiatrie, also das an den Hochschulen vermittelte Lehrbuchwissen, das als gesichertes und weit verbreitetes Wissen der jeweiligen Epoche gelten kann. Ausgewählt wurde für unsere Studie jeweils diejenige Lehrbuch-Auflage, die durch Umfang, Inhalt oder Verbreitung das Schaffen des entsprechenden Autors am repräsentativsten widerspiegelt. Die 18 Lehrwerke wurden zunächst nach relevanten Textstellen zu Essstörungen, verändertem Essverhalten und deren Therapie in ihrer Gesamtheit cursorisch durchgesehen. Relevantes Textmaterial wurde sorgfältig inhaltlich analysiert. Es handelt sich bei dieser Methode vornehmlich um ein Close-Reading-Verfahren, das eng mit den Texten selbst zu arbeiten versucht. Es wurde bereits in einer anderen historischen Längsschnittstudie angewandt [5]. Die gefundenen Textstellen werden dann in einem Längsschnitt kontextualisiert, um Kontinuitäten und Brüche in der Auffassung der deutschsprachigen Schulpsychiatrie zum konkreten Thema über einen großen historischen Zeitraum darzustellen. Hierdurch gelingt eine Übersicht, welches Wissen den Medizinstudenten und Ärzten über das Thema der Essstörungen in den vergangenen 200 Jahren vermittelt wurde. Zuletzt versuchten wir, unsere Resultate anhand aktueller Forschungsergebnisse

und therapeutischer Leitlinien auch nach dem heutigen Kenntnisstand einzuordnen. Eine Übersicht über die ausgewählten Lehrbücher findet sich in **Tabelle 1**.

Tabelle 1

Autor	Lebensdaten	Wiss. Beiträge	Titel des Lehrbuches	Erscheinungsort, -jahr
Johann Christian Reil	1759-1813	Schöpfer des Wortes „Psychiatrie“	Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Kurmethode auf Geisteszerrüttungen	Halle, 1803
Johann Christian August Heinroth	1773-1843	Erster Lehrstuhl für Psychiatrie; Schöpfer des Wortes „Psychosomatik“	Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung	Leipzig, 1818
Wilhelm Griesinger	1817-1868	Mitbegründer der empirisch-naturwissenschaftlichen Psychiatrie	Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten	Stuttgart, 1845
Heinrich Neumann	1814-1884	Konzept der Einheitspsychose	Lehrbuch der Psychiatrie	Erlangen, 1859
Richard v. Krafft-Ebing	1840-1902	Sexualforschung	Lehrbuch der Psychiatrie	Stuttgart, 1879
Emil Kraepelin	1856-1926	Empirische Psychiatrie und Nosologie	Psychiatrie (8. Auflage)	Leipzig, 1909-15
Karl Jaspers	1883-1969	Psychopathologie	Allgemeine Psychopathologie	Berlin, 1913
Eugen Bleuler	1857-1939	Beiträge zur Schizophrenie	Lehrbuch der Psychiatrie	Berlin, 1916
August Bostroem	1886-1944	Forschung zu Mb. Wilson, Bostroem Paralyse	Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie (4. Auflage)	Leipzig, 1941
Oswald Bumke	1877-1950	Psychoanalyse, Degenerationslehre	Lehrbuch der Geisteskrankheiten (6. Auflage)	München, 1944
Karl Leonhard	1904-1988	Klassifikation der endogenen Psychose	Grundlagen der Psychiatrie	Stuttgart, 1948
Kurt Kolle	1898-1975	Kombinierte Neurologie und Psychiatrie	Psychiatrie (4. Auflage)	München, 1955
Hans Hoff	1897-1969	Forensische Psychiatrie	Lehrbuch der Psychiatrie	Basel, 1956
Gerd Huber	1921-2012	Zoenästhesien bei Schizophrenie	Psychiatrie	Stuttgart, 1974
Manfred Bleuler	1903-1994	Endokrine Psychiatrie	Lehrbuch der Psychiatrie (15. Auflage)	Berlin, 1983
Helmut Rennert	1920-1994	Führender DDR-Psychiater	Neurologie und Psychiatrie sowie Grundzüge der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters (8. Auflage)	Leipzig, 1987
Rainer Tölle	1932-2014	Schlafentzug bei Depression	Psychiatrie (17. Auflage)	Berlin, 2014
Frank Schneider	1958	Neurobiologie der Schizophrenie	Facharztwissen Psychiatrie und Psychotherapie (2. Auflage)	Berlin, 2017

Ergebnisse

Relevanz der Thematik

Bemerkenswert ist zunächst, dass die große Mehrzahl der einbezogenen Autoren eine reduzierte Nahrungsaufnahme oder gar Nahrungsverweigerung generell als gravierendes Symptom einer psychischen Erkrankung mit dringlicher Therapiebedürftigkeit ansah ([6], S. 361, [7], Bd. 1, S. 241, [8], Bd. 1, S. 590, [9], S. 368, [10], S. 194, [11], S. 121, [12], S. 551, [13], S. 271, [14], S. 198, [15], S. 457).

Bereits Griesinger formulierte 1845, dass eine ausreichende Ernährung ein wichtiger Teil der Therapie psychisch Kranker sei, da eine Unterversorgung mit Nährstoffen eine erhöhte Anfälligkeit für psychiatrische Erkrankungen bedeute und einen negativen Einfluss auf den Krankheitsverlauf habe ([6], S. 105-110). Kraepelin sah einige Jahre später eine ausreichende Nahrungszufuhr gar zuweilen als die entscheidendste therapeutische Maßnahme an, da eine Nahrungsverweigerung zum Tode führen könne ([8], Bd. 1, S. 457, 590).

In der konkreten Therapie einer verminderten Nahrungsaufnahme bis hin zur Nahrungsverweigerung haben sich über den betrachteten Zeitraum unterschiedliche Konzepte etabliert. Der entscheidende Wendepunkt findet sich im 1974 erschienenen Lehrbuch von Gerd Huber: Dieser erwähnte als erster betrachteter Lehrbuchautor die „Anorexia mentalis“ als eigenständiges Krankheitsbild [13]. Zuvor war bei allen Lehrbuchautoren unserer Studie eine verminderte Nahrungsaufnahme lediglich als Symptom mannigfaltiger anderer psychiatrischer Krankheiten beschrieben worden.

Dementsprechend finden sich in früheren Werken vornehmlich symptomatische Therapieansätze, die die bloße Gewichtssteigerung in den Vordergrund stellen und kausale Therapieansätze weitgehend vernachlässigen. So beschreiben bereits am Anfang des 19. Jahrhunderts die Autoren detailliert die Zwangsernährung mittels Sonde. Zudem wurde in diesem Jahrhundert eine geeignete Auswahl an Nahrungsmitteln, die abgemagerten Patienten zu verabreichen seien, ausführlich diskutiert. Der medikamentösen Therapie einer Nahrungsverweigerung wurde hingegen nur geringe Aufmerksamkeit gewidmet: Sie wurde lediglich in dem 1859 erschienenen Lehrbuch von Neumann und im 1941 herausgegebenen Werk von Bostroem erwähnt ([10], S. 212, [16], S. 139, 186).

Demgegenüber wurden schon früh den behandelnden Pflegern und Ärzten bestimmte Verhaltensweisen an die Hand gegeben, um ihre Patienten zum Essen zu animieren.

Psychotherapeutische Ansätze im engeren Sinne ließen sich erst in den aktuelleren Lehrbüchern finden. Erst 1974 beschreibt Gerd Huber die Psychotherapie als mögliche Behandlungsmethode der „Anorexia mentalis“, benennt zudem bereits konkret mögliche therapeutische Inhalte und Interventionen ([13], S. 270f.). Fortan bis hin zu den betrachteten aktuellen Werken wird die Psychotherapie als favorisierte Therapieform beschrieben. Ein aus historischer Sicht

bemerkenswerter Behandlungsansatz findet sich in dem von Wilhelm Griesinger und Heinroth beschriebenen „Drehstuhl“ wieder.

Im Folgenden sollen die einzelnen therapeutischen Konzepte näher erläutert werden.

Ernährung mittels Magensonde

Die Ernährung von Patienten gegen ihren Willen beschäftigte die Psychiatrie bereits im 19. Jahrhundert. Schließlich sah die weit überwiegende Mehrheit die Nahrungsverweigerung oder Unterernährung als ein ernst zu nehmendes Symptom mit schwerwiegenden Auswirkungen für den körperlichen und psychischen Zustand an ([6], S. 105-110), [7], S. 134-137, [8], Bd. 1, S. 457, [9], S. 152, [11], S. 121, [12], S. 551, [13], S. 271, [14], S. 198, [17], S. 126,).

Dementsprechend ausführlich werden schon Mitte des 19. Jahrhunderts mögliche Techniken zur Zwangsernährung beschrieben. Neumann widmet dieser Thematik in seinem Lehrwerk im Jahre 1859 sogar explizit mehrere Seiten: Er empfiehlt eine flexible Sonde, die bis in den Magen vorgeschoben werden müsse, wie in **Abbildung 1** illustriert. Bei Gegenwehr sei ein Beißkeil oder das Tragen einer Zwangsjacke vonnöten, der Kopf sollte während der Prozedur fixiert sein.

Abb. 1



Als mögliche Nahrungsmittel für die Ernährung über eine Sonde empfiehlt Neumann unter anderem Milch, Fleischbrühe, Eigelb, Brot und Mehl. Die Menge sollte dabei langsam gesteigert werden ([16], S. 207-209). Kraepelin beschreibt in seinem Werk ein ähnliches Vorgehen, ergänzt jedoch noch einige

Aspekte: So sollte die Lage der Sonde im Magen sichergestellt werden, um eine Aspiration zu vermeiden. Hierfür sollte Luft in die Sonde eingebracht werden und eine Auskultation des Magens erfolgen, um eine Fehllage in der Luftröhre auszuschließen. Außerdem empfahl Kraepelin, den Magen zunächst mit Salzsäure zu spülen und erst dann die Nahrung über die Sonde einzuflößen. Insgesamt beschreibt Kraepelin die Sondenernährung als unkomplizierten und harmlosen Eingriff. Die Anwendung sei über Monate bis Jahre hinweg durchführbar und sogar eine Gewichtssteigerung möglich. Risiken ergäben sich durch eine einseitige Ernährung mit „Skorbut“ als Folge, der man durch Verabreichung von ausreichend Gemüse und Fleisch vorbeugen könne. Als weitere Limitation des Verfahrens nennt er das sofortige Erbrechen nach der Verabreichung der Nahrung. In diesen Fällen sei eine Sondenernährung sinnlos ([8], Bd. 1, S. 620-623).

Ein weiterer, in einzelnen Lehrbüchern beschriebener Ansatz zur Zwangsernährung ist die rektale Ernährung mittels „Nährklystieren“: Während Neumann im Jahr 1859 diese Methode schon als völlig ineffizient betrachtet hatte ([16], S. 207), beschreibt Kraepelin das Verfahren ein gutes halbes Jahrhundert später sehr ausführlich. Hochkalorische Nahrungsmittel wie Milch, Eier, Mehl und Traubenzucker seien in den vorher gespülten Darm einzubringen. Zur Ruhigstellung der Darmperistaltik empfiehlt Kraepelin den Einsatz von Opiaten. Auch er erzielte zumeist unbefriedigende Resultate, weshalb er dieses Verfahren als weniger effektiv als die Sondenernährung beschreibt. Bemerkenswert ist vielmehr, dass Kraepelin als einziger betrachteter Autor die Infusion von Öl und damit eine gewisse Zufuhr von Nährstoffen als Therapiemöglichkeit bei unterernährten Patienten aufführt. So beschreibt er subkutane „Öleinspritzungen“ von 200 bis 300 Gramm Öl als therapeutische Option für „verzweifelte Fälle“ ([8], Bd. 1, S. 620-624).

Im weiteren Verlauf des 20. Jahrhunderts wird die Zwangsernährung deutlich knapper behandelt, findet sich jedoch als mögliche Therapieoption auch in den aktuellen Lehrwerken [4, 9, 10, 12–15, 18].

Besondere Diäten und Pharmakotherapie

Darüber hinaus wurden auch bestimmte Nahrungsmittel als besonders geeignet für die Ernährung von unterernährten Patienten angesehen, entweder wegen ihrer hohen Kalorienmenge oder einer ihnen zugeschriebenen appetitsteigernden Wirkung. Als kalorienreiche Lebensmittel nannten die Lehrbuchautoren insbesondere Milch, Mehl und Brot ([6], S. 324, [8], Bd. 1, S. 591, [19], S. 237). Medikamentöse Therapieansätze zur Appetitsteigerung finden sich nur äußerst sporadisch in den betrachteten Lehrwerken: Lediglich Neumann und Bostroem beschreiben im Abstand von 100 Jahren einen konkreten pharmakologischen Ansatz. Im Jahr 1859 beschreibt Neumann den Einsatz von „Jodkalium“ zur Appetitsteigerung, zudem empfiehlt er „Brechweinstein“ als appetitsteigernde Substanz ([16], S. 86). Bei Letzterem handelt es sich um Kaliumantimonyltartrat, das ursprünglich

zum Auslösen von Erbrechen eingesetzt wurde ([20], S. 1388–1393). 1941 empfiehlt Bostroem Insulin zur Appetitsteigerung ([10], S. 212). In seinem Lehrbuch von 1974 beschreibt Gerd Huber den Einsatz von Antipsychotika in geringer Dosis zur Behandlung der „Anorexia mentalis“ ([13], S.271).

Aktuelle Lehrbücher beschreiben einen nur begrenzten Nutzen einer psychopharmakologischen Therapie von Essstörungen. Im von Schneider im Jahr 2017 herausgegebenen Lehrwerk wird explizit erwähnt, dass es für das Krankheitsbild der Anorexia nervosa noch keine etablierte pharmakologische Therapie gebe. Die Gabe von Psychopharmaka sei lediglich bei psychiatrischen Komorbiditäten sinnvoll, zum Beispiel die Einnahme von Antidepressiva bei einer Depression ([4], S. 428f.). Auch Tölle und Windgassen beschreiben keine spezifische psychopharmakologische Therapie der Anorexia nervosa, unterstreichen vielmehr die Bedeutung von Psychotherapie und somatischer Therapie mittels hochkalorischer Ernährung ([18], S. 103).

Besondere Verhaltensweisen im Umgang mit Essstörungen und Psychotherapie

Schon früh gab es Bestrebungen, ein gestörtes Essverhalten durch einen gezielten Umgang mit dem Patienten durch die Behandler positiv zu beeinflussen. Als „Psychotherapie im weiteren Sinne“ lassen sich die empfohlenen Verhaltensweisen von Ärzten und Pflegekräften beschreiben, die besonders im 19. Jahrhundert in den Lehrbüchern empfohlen wurden.

Hierbei stand zumeist ein Lern- oder Nachahmungsprozess im Zentrum des therapeutischen Settings, der durch eine Vorbildfunktion des Therapeuten beim Kranken ausgelöst werden sollte. Ein solcher Vorgang wird vom in Halle tätig gewesenen Reil im Zusammenhang mit der wahninduzierten Nahrungsverweigerung beschrieben. Patienten mit Verarmungswahn seien davon überzeugt, sich das angebotene Essen nicht leisten zu können. Reil habe daher vorgeschlagen, ihnen zu versichern, dass sie das Essen kostenlos erhielten und garantiert nichts dafür zahlen müssten ([3], S. 373). Rund 40 Jahre später beschreibt Neumann, wie Patienten mit Vergiftungswahn von der Harmlosigkeit der angebotenen Nahrung überzeugt werden könnten: Er empfiehlt, dass ein Arzt die gleiche Speise im Beisein des Patienten essen solle, um ihm zu zeigen, dass das Essen nicht vergiftet sei ([16], S. 206). Außerdem wurden durch die Psychiater auch allgemeine Verhaltensweisen beschrieben, um Patienten zum Essen zu animieren. So empfahl Griesinger in der Mitte des 19. Jahrhunderts das Essen in Gemeinschaft, zum Beispiel im Beisein eines persönlichen Vorbildes. Zugleich plädierte er jedoch dafür, das Essen nicht allzu stark zu thematisieren und den Patienten möglichst wenig mit der Thematik zu konfrontieren ([6], S. 362, 379). Sehr ähnlich beschreibt Kraepelin das Essen in Gemeinschaft als Strategie zur Appetitsteigerung. Genau wie Griesinger empfiehlt auch Kraepelin, die verminderte Nahrungsaufnahme möglichst nicht zu thematisieren. Das ständige Auffordern zum Essen würde vielmehr das Gegenteil bewirken und erst recht zur Nahrungsverweigerung beitragen.

Hilfreicher sei es vielmehr, bei der Nahrungsaufnahme völlig unbeteiligt zu wirken. Das medizinische Personal sollte im besten Fall beim Essen gar nicht zugegen sein ([8], Bd. 1, S. 619).

Wie bereits eingangs angeführt, findet sich mit dem Lehrbuch von Gerd Huber aus dem Jahr 1974 das erste Kompendium aus unserer Auswahl, das mit der „Anorexia mentalis“ eine Essstörung als eigenständige Erkrankung beschreibt. Es ist ebenso das erste berücksichtigte Lehrwerk, das einen psychotherapeutischen Ansatz zur Therapie dieser Erkrankung diskutiert ([13], S. 270f.). Die psychotherapeutischen Konzepte und die Hypothesen über die auslösenden Faktoren der Anorexia nervosa unterlagen in der folgenden Zeit einem starken Wandel.

Huber beschreibt die „Anorexia mentalis“ als „neurosenpsychologisch interpretierbar“ und durch Psychotherapie heilbar. Als zentralen Auslöser dieser Erkrankung nennt er die Ablehnung der Weiblichkeit durch die Patientinnen: Durch die Abmagerung versuchten sie, die Entstehung eines weiblichen Körperbaus in der Pubertät zu verhindern. Ferner sei die sexuelle Entwicklung verzögert und es bestünde eine Abwehr gegen den Sexualtrieb. Die meist sehr ehrgeizigen Patientinnen hätten zudem oft eine gestörte Beziehung zur eigenen Mutter. Diese beschriebenen Konflikte sollten durch eine Psychotherapie bearbeitet werden, die Einstellung zum eigenen Körper und zur Sexualität normalisiert werden. Dabei sei es aufgrund der meist beeinträchtigten Beziehung zur Mutter ratsam, eine zeitweilige Lösung vom Elternhaus anzustreben ([13], S. 271f.).

Diese zu bearbeitenden Themen für eine Psychotherapie werden auch von Manfred Bleuler in seinem 1983 in der Bundesrepublik erschienen Buch aufgeführt. Bemerkenswert ist zudem, dass er der erste der betrachteten Autoren ist, der die Angst vor dem Dicksein als weiteren zentralen Auslöser der „Anorexia nervosa“ sieht. Weiterhin ergänzt er, dass betroffene Patientinnen ihr Körpergewicht meist als zu hoch empfinden würden, und dass in fortgeschrittenen Krankheitsstadien das Denken und Handeln vollkommen auf das Essen beschränkt seien ([14], S. 544). Im Lehrbuch-Pendant der DDR findet die „Pubertätsmagersucht“ durch Helmut Rennert nur geringe Rezeption: Eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpergewichts wird ebenso wenig beschrieben wie die Angst vor dem Dickwerden. Vielmehr werden hier wieder, wie bei Huber, die Ablehnung der Geschlechterrolle und die Furcht vor dem Erwachsenwerden als Ursachen benannt. Bemerkenswert ist außerdem, dass Rennert die Erkrankung als einen „suchtartigen Vorgang“ beschreibt und die Nahrungsverweigerung als „Selbstkasteiung“ durch die betroffenen Patientinnen betrachtet ([15], S. 457).

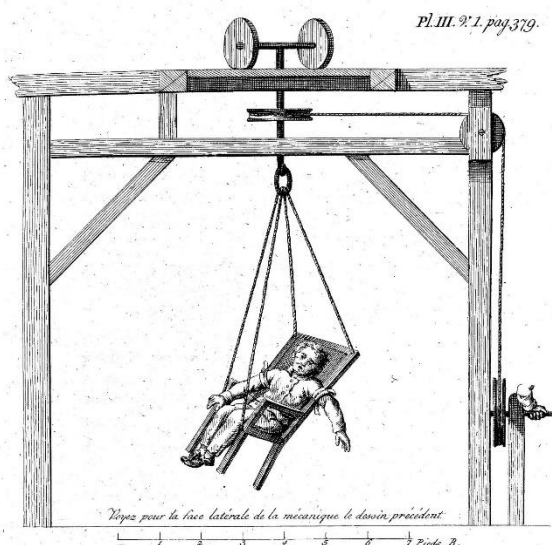
In den aktuellen Lehrbüchern wird wieder ein gestörtes Körperschema als zentrales Symptom der Anorexia nervosa beschrieben: Sowohl in den von Schneider als auch von Tölle und Windgassen herausgegebenen Lehrbüchern wird die Angst zu dick zu sein als zentrale Überzeugung von erkrankten Patientinnen beschrieben. Zudem sehen diese Autoren eine verzögerte psychische Entwicklung in der Pubertät und die ständige Beschäftigung mit der Thematik des Essens als

bedeutsame Merkmale dieser Erkrankung an ([4], S. 424, [18], S. 98-103). Während Tölle und Windgassen noch die bereits von früheren Autoren beschriebenen Konflikte mit der Mutter und eine Abwehr gegen die Rolle als Frau beschreiben, fehlt diese Darstellung im Lehrbuch von Schneider ([18], S. 102f.). Beiden Lehrbüchern gemein ist, dass sie konkrete Therapieansätze für die Durchführung einer Psychotherapie geben. Während Tölle und Windgassen die Kombination aus psychodynamischer Therapie und Verhaltenstherapie empfehlen ([18], S. 103), empfiehlt Schneiders Buch ein multimodales Therapiekonzept samt kognitiver Verhaltenstherapie: Übergeordnetes Therapieziel sei die Normalisierung und selbstständige Steuerung des eigenen Essverhaltens. Dies gelinge vor allem durch eine Analyse der eigenen Essgewohnheiten. Ferner müsse das gestörte Körperschema behandelt sowie die „Einstellung zum eigenen Körper“ generell hinterfragt und durch den Therapeuten thematisiert werden ([4], S. 428f.). Als Ergänzung zur Psychotherapie schlagen beide Lehrbücher eine Ernährungsberatung, Familientherapie sowie die Formulierung von Behandlungsverträgen für das Erreichen der Therapieziele vor [4, 18].

Der „Drehstuhl“ als historische Therapie

Heinroth und Griesinger beschreiben Anfang bzw. Mitte des 19. Jahrhunderts den Einsatz eines „Drehstuhls“ zur Behandlung einer Mangelernährung bei suizidalen oder „melancholischen“ Patienten. **Abbildung 2** zeigt diese auch als „Schwingmaschine“ bezeichnete Apparatur. Hierbei handelte es sich um einen Stuhl, der an der Decke befestigt wurde und samt Patienten gedreht wurde, wobei beide Lehrbuchautoren keine detaillierte Beschreibung des Verfahrens formulieren. Laut Heinroth sei das Verfahren besonders dafür geeignet, Nahrungsverweigerung mit suizidaler Absicht zu therapieren ([6], S. 324, [21], Bd. 2, S. 107).

Abb. 2



Diskussion

Ernährung mittels Magensonde

Die zwangsweise Ernährung von abgemagerten Patienten mit einer Magensonde hatte sich im deutschsprachigen Raum im 19. Jahrhundert etabliert und war als Behandlungsmaßnahme weitgehend anerkannt. Die intensiv unter den Psychiatern geführte Diskussion über die Indikation und Methodik spiegelt sich auch in den analysierten Lehrbüchern wider. Hierbei wurde eine stete Verbesserung der genutzten Apparaturen und Techniken angestrebt: Waren zu Beginn des 19. Jahrhunderts noch starre Röhren im Einsatz, wurden im Laufe des Jahrhunderts flexible Schläuche entwickelt. Hierdurch konnte die Verletzungsgefahr weitgehend reduziert werden, die zuvor von Kritikern als wichtiges Argument gegen eine Ernährung durch eine Magensonde genannt wurde. Gleichwohl blieb die Ernährung über eine Magensonde stets das „Mittel der letzten Wahl“ und wurde erst bei starker Abmagerung angewandt [22].

Heute wird die Ernährung über eine Magensonde vor allem bei stark untergewichtigen Patientinnen mit Anorexia nervosa eingesetzt. Es existieren im deutschsprachigen Raum auch weiterhin keine einheitlichen Empfehlungen, wann eine Sondenernährung indiziert ist, ihr Einsatz bleibt eine individuelle Entscheidung. Unterschieden wird eine zwangsweise Ernährung bei lebensbedrohlicher Abmagerung von der freiwilligen Anlage einer Magensonde mit Toleranz durch die Patientinnen. Studien zeigen, dass sich mit dem Einsatz nasogastraler Sonden eine stärkere Gewichtszunahme erzielen lässt als bei rein oraler Ernährung [23]. Die Gewichtssteigerung hat eine hohe Bedeutung in der Therapie stark untergewichtiger AN-Patientinnen. Sie reduziert die somatischen Komplikationen als Folge der Kachexie wie veränderte Elektrolytkonzentrationen, Amenorrhoe, veränderte Vitalparameter, reduzierte Knochendichte und strukturelle Hirnveränderungen [24]. Zudem ist die mit der Gewichtssteigerung einhergehende Verbesserung kognitiver Funktionen eine wichtige Voraussetzung für den Beginn einer anschließenden Psychotherapie, die oft erst nach einer deutlichen Gewichtssteigerung möglich wird [25, 26]. Daher dient die Gewichtssteigerung nicht nur der Verbesserung der somatischen Funktionen, sondern ebenso der Verbesserung des psychischen Status. Bei einer höheren Gewichtssteigerung und höherem Körpergewicht bei Entlassung ist zudem eine Rehospitalisierung seltener nötig [27].

Das grundsätzliche Prinzip der Sondenernährung hat sich gegenüber der Ende des 19. Jahrhunderts angewandten Technik nicht wesentlich verändert: Es werden flexible Sonden eingesetzt, die über die Nase bis in den Magen vorgeschoben werden. Anders als von Kraepelin beschrieben, ist eine langfristige Ernährung über „Jahre“ heute nicht mehr vorgesehen, die Sonde soll lediglich kurzzeitig die Ernährung sichern ([8], Bd. 1, S. 622, [28], S. 108f.).

Eine rektale Ernährung mittels Klystier, wie sie Kraepelin am Anfang des 20. Jahrhunderts beschreibt ([8], Bd. 1, S. 623), ist vor allem in den 1860er-Jahren in der deutschsprachigen Psychiatrie diskutiert worden, so auch im 1859 erschienenen Lehrbuch von Heinrich Neumann ([16], S. 207). Historischer Hintergrund ist eine zu dieser Zeit einsetzende skeptische Haltung gegenüber der oftmals rigoros durchgeführten Zwangsbehandlung in den vorhergehenden Jahren. Die als „No Restraint“-Bewegung zunächst in Großbritannien hervorgetretene und von dem Psychiater John Conolly vorangebrachte Forderung nach einer humanen, aktiv therapeutischen Einstellung der Psychiatrie fand auch im deutschsprachigen Raum große Beachtung. Einer der deutschen Wegbereiter war dabei Wilhelm Griesinger [29]. Der Einsatz eines Klysters wurde als verträglichere Zwangsmaßnahme im Vergleich zur Magensonde betrachtet. Allerdings erwies sich diese Behandlungsmethode zunehmend als ineffizient und verschwand aus den Lehrbüchern [22]. In aktuellen Leitlinien wird eine Ernährung mit Klystieren nicht empfohlen ([28], S. 108f.).

Die von Kraepelin beschriebene subcutane Verabreichung von Öl ([8], Bd. 1, S. 624) wird heute ebenfalls nicht mehr angewandt, wenngleich auch eine parenterale Ernährung von stark untergewichtigen Patienten eine Option darstellt. Hierbei werden jedoch speziell entwickelte Nährlösungen intravenös verabreicht, es wird jedoch aufgrund der hohen Komplikationsrate geraten, den Einsatz auf Fälle von extrem untergewichtigen Patienten als lebensrettende Maßnahme zu beschränken [30]. Anstelle einer intravenösen Ernährung können für Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa vom Binge-Purge Typ, die den Mageninhalt nach Sondenernährung wieder erbrechen, eine 1:1-Betreuung für einen angemessenen Zeitraum nach der Magensondenernährung oder eine Ernährung mittels nasoduodenaler Sonde erwogen werden, so dass der Mageninhalt nicht mehr erbrochen werden kann.

Pharmakotherapie

Die Gabe von Medikamenten zur Appetitsteigerung wurde in den betrachteten Lehrwerken nur sporadisch diskutiert, in unserer Auswahl bedeutender Psychiater fanden sich nur zwei Autoren, die einen solchen Ansatz beschrieben. Heinrich Neumann diskutierte 1859 den Einsatz von „Jodkalium“ und „Brechweinstein“, August Bostroem im Jahr 1941 die Gabe von Insulin zur Appetitsteigerung ([10], S. 212, [16], S. 139, 196). Aus heutiger Sicht haben diese genannten Substanzen lediglich historische Bedeutung bei der Behandlung von abnormem Essverhalten, keines wird heutzutage bei der Behandlung von Essstörungen eingesetzt. Ihre Domäne lag schon damals vielmehr in der Therapie anderer psychischer Leiden: So war der „Brechweinstein“, der bei dem behandelten Patienten ein Erbrechen auslösen sollte, ein klassischer Vertreter der zu dieser Zeit üblichen Zwangsmaßnahmen und wurde vor allem für die Therapie von affektiven Störungen eingesetzt. So empfahl Heinroth 1818 den Einsatz von Brechmitteln zur Therapie der „Melancholie“, bei der durch

eine Reinigung des Gastrointestinaltraktes eine Heilung erreicht werden könne ([21], Bd. 2, S. 118-120).

Insulin wurde hingegen vornehmlich für die Behandlung von Schizophrenien eingesetzt, insbesondere Mitte des 20. Jahrhunderts, als August Bostroem es auch als Mittel zur Appetitsteigerung beschrieb ([10], S. 212). Mittels „Insulin-Schocktherapie“ wurde ein hypoglykämisches Koma induziert, bei jedem dritten Patienten sei im Anschluss eine Verbesserung der Symptome eingetreten. Mit der Entdeckung des ersten Antipsychotikums Chlorpromazin im Jahr 1953 endete allmählich die Ära der Insulinschocktherapie [31].

Bis heute ist gegen die meisten Essstörungen keine spezifische psychopharmakologische Therapie etabliert. Einzig gegen Bulimia nervosa ist das SSRI Fluoxetin, gegen Binge Eating Disorder in einigen Ländern auch Lisdexamfetamin zugelassen [32]. Für Patienten mit Anorexia nervosa werden derzeit mehrere medikamentöse Therapieansätze erforscht. Hierbei wurden bereits verschiedene Substanzgruppen untersucht: Die Einnahme von Hormonen wie Ghrelin, Testosteron und Estrogen zeigten keine signifikanten Effekte auf das Essverhalten und das Gewicht. Auch Benzodiazepine erbrachten keinen Benefit [33]. Als einer der von uns betrachteten Autoren empfahl Huber im Jahr 1974 den Einsatz von niedrig dosierten Antipsychotika zur Appetitsteigerung bei Patientinnen mit der Diagnose „Anorexia mentalis“ ([13], S. 271). Dies erscheint besonders bemerkenswert, da derzeit insbesondere atypische Antipsychotika als eine der erfolgversprechendsten Substanzklassen für die Therapie der Anorexia nervosa diskutiert werden. Ein Gewichtsanstieg bei einigen dieser Psychopharmaka ist als unerwünschte Nebenwirkung bekannt, besonders bei Clozapin, Olanzapin und in schwächerer Ausprägung auch bei Aripiprazol, Quetiapin und Risperidon [34]. Ein Einsatz dieser potentiell gewichtssteigernden Substanzen ist daher für Patientinnen mit Anorexia nervosa naheliegend. Zudem zeigen aktuelle Studien Ähnlichkeiten im Genom von Patienten mit Anorexia nervosa und schizophrenen Störungen [35]. Auch bei den Symptomen gibt es bemerkenswerte Überschneidungen in beiden Patientengruppen: Die Überzeugung, zu dick zu sein, kann wahnhaftes Ausmaß bei Patientinnen mit AN annehmen, eine Distanzierung hiervon ist oft nicht möglich [36]. Tatsächlich konnten Antipsychotika bereits in randomisierten kontrollierten Studien als potentielle medikamentöse Therapie der Anorexia nervosa überzeugen: Besonders Olanzapin und Aripiprazol scheinen derzeit als Therapieoptionen erfolgversprechend zu sein [37]. In der bisher größten randomisierten kontrollierten Studie zur pharmakologischen Therapie der Anorexia nervosa zeigte sich eine signifikant höhere Gewichtszunahme bei Olanzapin-Einnahme gegenüber Placebo. Auf wichtige psychopathologische Charakteristika der Anorexia nervosa wie Zwangsgedanken oder das gestörte Körperbild hatte die Einnahme von Olanzapin hingegen keinen Einfluss, für die spezifische Behandlung der Anorexia nervosa sind Antipsychotika bisher nicht zugelassen [38].

Ein möglicher Einsatz von Antidepressiva (SSRI) für die Therapie der Anorexia nervosa wird erst im aktuellsten Lehrbuch von Schneider aus dem Jahr 2017 erwähnt: Die Anwendung solle auf Patienten mit depressiven Symptomen beschränkt werden und im Idealfall erst nach dem Eintreten einer Gewichtssteigerung erfolgen ([4], S. 428f.). In aktuellen Leitlinien werden Antidepressiva nicht als spezifische Therapie der Anorexia nervosa empfohlen, kontrollierte randomisierte Studien haben keine Verbesserung der Gewichtsentwicklung gegenüber Placebo gezeigt ([28], S. 155). Folglich sollte der Einsatz von Antidepressiva lediglich für die Therapie von depressiven Symptomen erwogen werden. Auch in diesen Fällen sollte zunächst eine Gewichtssteigerung forciert werden, da eine depressive Symptomatik eine häufige Begleiterscheinung von Abmagerungszuständen ist. Eine Verbesserung der depressiven Symptomatik tritt in der Regel bei einer Steigerung des Körpergewichts ein [39]. Dies macht den Einsatz von Antidepressiva in vielen Fällen obsolet und eine kritische Indikationsstellung nötig: Etwa in jenen Fällen, bei denen trotz einer Gewichtssteigerung die depressiven Symptome sistieren. Eine positive Familienanamnese für affektive Störungen und depressive Episoden vor Auftreten der Essstörung weisen auf eine von der Anorexie unabhängige depressive Erkrankung hin, auch in diesen Fällen können Patientinnen von einer Therapie mit Antidepressiva profitieren.

Besondere Verhaltensweisen im Umgang mit Essstörungen und Psychotherapie

Unter den ausgewählten Lehrbuchautoren empfohlen unter anderem Griesinger und Kraepelin besondere Verhaltensweisen im Umgang mit nahrungsverweigernden Patienten. So rieten sie zum Essen in Gemeinschaft, wobei das medizinische Personal bestenfalls nicht anwesend sein sollte. Ferner sollten die Patientinnen gar nicht mit ihrer Nahrungsverweigerung konfrontiert werden, das Thema „Essen“ bestenfalls überhaupt nicht thematisiert werden. In heutigen Therapiekonzepten gegen Anorexia nervosa wird auf den Stellenwert eines bedachten Umgangs mit betroffenen Patientinnen hingewiesen, die Behandlung sollte in auf Essstörungen spezialisierten Kliniken und bei hierfür ausgebildetem Personal stattfinden [40]. Besondere Herausforderungen im therapeutischen Umgang mit betroffenen Patientinnen sind die oftmals nur gering ausgeprägte Krankheitseinsicht und eine dementsprechend eingeschränkte Therapiemotivation, welche jedoch als ein entscheidender Prädiktor für eine erfolgreiche Therapie gilt [41, 42]. Anders als von Kraepelin und Griesinger im Falle einer Nahrungsverweigerung empfohlen, sollte die Thematik der Ernährung und das Thema „Essen“ nicht tabuisiert werden, sondern eine zentrale Rolle in der therapeutischen Bearbeitung einnehmen. Die Beschäftigung mit Ernährung und Lebensmitteln ist bei Patientinnen mit Anorexia nervosa oft ein übergeordnetes Thema, das maßgeblich den Alltag und das Verhalten bestimmt. Dies sollte den Patientinnen aufgezeigt werden, ferner sollte die persönliche Motivation

der Patientin für das veränderte Essverhalten erfragt werden, um mögliche Inhalte einer Therapie zu eruieren ([43], S. 1265f.).

Eine strukturierte Psychotherapie ist schließlich zentraler Bestandteil der Therapie von Patientinnen mit einer Anorexia nervosa. Die aktuelle Leitlinie nennt vier evidenzbasierte Verfahren für die Therapie erwachsener Patientinnen: Die erweiterte kognitive Verhaltenstherapie (CBT-E), Fokale psychodynamische Psychotherapie (FPT), Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) und Specialist Supportive Clinical Management (SSCM). Die Verfahren werden nach derzeitigem Kenntnisstand als gleichwertig betrachtet, es hat sich bisher keine Therapieform als überlegen hinsichtlich der Gewichtszunahme herausgestellt ([28], S. 96).

Mögliche Inhalte einer Psychotherapie können dabei krankheitsauslösende Faktoren, die Bearbeitung von Persönlichkeitsmerkmalen oder auch dysfunktionale Beziehungen mit dem sozialen Umfeld und der Familie sein [44]. Die von Huber postulierte Ablehnung der eigenen Weiblichkeit als Motivation für eine Nahrungsverweigerung gilt aus heutiger Sicht nicht mehr als zentraler auslösender Faktor. Als wegweisend kann hingegen Hubers Ansicht betrachtet werden, die Psychotherapie als Mittel der Wahl anzusehen, sie ist noch heute die entscheidende Komponente in der Therapie von Patientinnen mit Anorexia nervosa. Auch Konflikten mit dem Elternhaus werden noch heute eine ätiologische Bedeutung beigemessen. Huber empfahl in solchen Fällen eine Trennung vom Elternhaus. Heute wird besonders bei jugendlichen Patientinnen eine Familientherapie als vorteilhaft angesehen, um mögliche Konflikte in der Familie zu bearbeiten ([28], S. 97). Anders als Huber sieht die systemische Familientherapie jedoch keine Lösung vom Elternhaus, sondern vielmehr eine enge therapeutische Beziehung der Familienmitglieder untereinander vor. Es sollen hierbei zunächst Probleme in der Beziehung untereinander und der Kommunikation miteinander erkannt, im Anschluss neue und funktionale Kommunikationsstrategien herausgearbeitet werden [44]. Auch bei der Nahrungsaufnahme selbst kann die Familie als Ressource aktiviert werden: So können der Familie Essenspläne bereitgestellt werden, Familienmitglieder während des Essens die Patientin unterstützen und die Motivation für eine moderate Ernährungsweise fördern [45].

Manfred Bleulers Ausführungen aus dem Jahr 1983 über mögliche auslösende Faktoren der Anorexia nervosa erscheinen gleich in mehrfacher Hinsicht aktuell. Sowohl die Furcht vor dem Dickwerden als auch ein gestörtes Körperschema gelten als zentrale Charakteristika der Anorexia nervosa und werden im DSM-5 als Diagnosekriterien aufgeführt ([46], S. 338f.). Dass Patientinnen ihren normalgewichtigen Körper als zu dick empfinden, wird auch in innovativen psychotherapeutischen Verfahren aufgegriffen: Diese beinhalten die Exposition durch den Blick in den Spiegel, die Konfrontation mit dem eigenen Körper mittels Videoaufnahmen oder den Einsatz von Virtual Reality-Technik [47]. In einer Einzelfallstudie wurde zudem das Tragen eines eng anliegenden

Neoprenanzuges als Möglichkeit für eine realistischere Wahrnehmung des eigenen Körperbildes untersucht [48].

Aus den Ausführungen des bekannten DDR-Psychiaters Helmut Rennert ist vor allem die Betonung eines „suchtartigen Vorganges“ hervorzuheben. Patientinnen mit Anorexia nervosa seien süchtig danach, zu hungern ([15], S. 457). Zwischen beiden Krankheitsbildern bestehen auch aus heutiger Sicht einige Parallelen, vor allem im gezeigten Verhalten: Ob Substanz, Trieb oder Gewichtsabnahme, beide Patientengruppen sind in der Regel von einer dominierenden Thematik eingenommen, beschäftigen sich exzessiv mit dem Konsum oder dem Abnehmen und vernachlässigen dabei andere Tätigkeiten. Diesen Überschneidungen mag auch der Volksmund gerecht werden, der die Anorexia nervosa als „Magersucht“ bezeichnet. Aus wissenschaftlicher Sicht ist diese Essstörung jedoch keine Form der Sucht, zeichnet sie sich eben nicht durch Konsum, sondern vielmehr durch Verzicht aus.

Der „Drehstuhl“ als historische Therapie

Ein Therapiekonzept mit nunmehr historischer Relevanz ist der von Griesinger und Heinroth empfohlene Einsatz des „Drehstuhls“ ([6], S. 324, [21], Bd. 2, S. 107).

Der Drehstuhl wurde ursprünglich in England erfunden. Erasmus Darwin, Großvater von Charles Darwin, entwickelte ihn weiter und trug zu dessen Verbreitung entscheidend bei. Es handelte sich hierbei um einen Stuhl, auf dem der Patient sitzend so lange um die eigene Körperachse gedreht wurde, bis es zur Übelkeit oder zum Erbrechen kam. Ursprünglich wurde diese Prozedur für die Therapie somatischer Leiden, wie Lungenerkrankungen, eingesetzt ([49], S. 292). Joseph Mason Cox führte diese Therapiemethode schließlich in der Psychiatrie ein, auch Heinroth erwähnt ihn in seinem Buch als deren Urheber ([21], Bd. 2, S. 107). Inwiefern Heinroth selbst den Drehstuhl angewandt hat, bleibt offen. Es ist aber bekannt, dass er "Ideen zu einer direct-psychischen Methode" entworfen hatte, die die seiner Auffassung nach gestörte Seele psychisch Kranker "auf direkt psychologische Weise" heilen sollte. Therapiemethoden, die auf den Körper einwirkten, stellten für ihn nur Methoden der 2. Wahl dar oder sollten den Kranken für eine psychologische Therapie zugänglich machen ([20] Bd. 2, S. 63-80, [50]).

Anhand der Therapieform des Drehstuhls wird jedoch ein wichtiges psychiatrisches Ursachen- und Therapiekonzept des beginnenden 19. Jahrhunderts nachvollziehbar: Die „Erregungslehre“ sah eine Übererregtheit („Sthenie“) oder eine Untererregtheit („Asthenie“) der menschlichen Psyche als Ursache einer psychischen Erkrankung an. Mittels Drehstuhl sollte ein Ausgleich des Erregungszustandes erreicht werden: Durch die Rotation auf dem Drehstuhl war es nach historischem Verständnis möglich, sowohl Patienten mit einer Untererregung die „fehlende“ Erregung zuzuführen, als auch jenen Patienten mit einer Übererregung die „überschüssige“ Erregung zu entziehen. Das hieraus resultierende „Erregungsgleichgewicht“ sollte psychische Gesundheit

verheißen [51]. Ob die Psychiater nun eine Nahrungsverweigerung als einen Zustand der Über- oder Untererregung ansahen, ist in den Büchern von Griesinger und Heinroth nicht dokumentiert. Vielleicht konnte ein Nahrungsverzicht in beiden Erregungszuständen auftreten – für die Therapie mittels „Drehstuhl“ schien dies ohnehin nicht relevant zu sein, konnte sein Einsatz doch in beiden Fällen zu einem Ausgleich der Erregung führen.

Limitationen

In dieser Arbeit haben wir uns auf eine Auswahl prominenter Lehrbücher der vergangenen 200 Jahre deutschsprachiger Schulpsychiatrie beschränkt, um wesentliche Entwicklungen mit allgemeiner Relevanz für den deutschen Sprachraum aufzuzeigen. Möglicherweise haben wir mit diesem Ansatz wegweisende Ideen in anderen Lehrbüchern oder Zeitschriftenartikeln von der Literatursuche ausgegrenzt.

Neben diätetischen Maßnahmen, Psychotherapie und Familientherapie sind auch das Monitoring und die Behandlung der psychischen und körperlichen Folgeerkrankungen der Anorexie eine wesentliche Säule der ärztlichen Betreuung von Patientinnen und Patienten mit Anorexie. Zu diesen Folgeerkrankungen gehören neben der erwähnten depressiven Symptomatik Schlafstörungen, Angststörungen, Suizidalität, Amenorrhö, Osteoporose, Elektrolytentgleisungen mit der Folge von Herzrhythmusstörungen und Anämie [52]. Auf die Behandlung dieser Folgeerkrankungen im historischen Kontext sind wir in diesem Artikel nicht eingegangen.

In Deutschland wird die Psychotherapie der Essstörungen hauptsächlich in psychosomatischen und psychotherapeutischen Kliniken, Ambulanzen und Praxen durchgeführt. Die Rolle der Psychosomatik im Gegensatz zur Psychiatrie war nicht Gegenstand dieser Arbeit. Zur Zusammenarbeit der einzelnen Fachgebiete und zum aktuellen Kenntnisstand in der Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen möchten wir auf die aktuellen S3-Leitlinien zur Behandlung von Essstörungen hinweisen [28].

Fazit

Die deutschsprachige Psychiatrie maß dem Symptom der Nahrungsverweigerung bereits seit ihren Anfängen eine hohe Bedeutung bei. Dementsprechend wurden seit Anfang des 19. Jahrhunderts therapeutische Maßnahmen entwickelt, um eine ausreichende Ernährung der Patienten sicherzustellen. Dies umfasste vor allem die Sondenernährung, spezielle Diäten oder vereinzelt die Pharmakotherapie, aber auch seit Anbeginn den besonderen Umgang und spezielle Verhaltensweisen mit unterernährten Patienten. Erst mit der Anerkennung von Essstörungen als eigene Krankheitsentität am Ende des 20. Jahrhunderts erlangte die Psychotherapie zunehmend die

Aufmerksamkeit in der Schulpsychiatrie, sie gilt heute als Mittel der ersten Wahl in der Therapie der Anorexia nervosa.

Literatur

- [1] Smink FRE, van Hoeken D, Hoek HW. Epidemiology of eating disorders: incidence, prevalence and mortality rates. *Curr Psychiatry Rep* 2012; 14: 406–414. doi:10.1007/s11920-012-0282-y
- [2] Bergner L, Himmerich H, Kirkby KC, et al. Descriptions of disordered eating in german psychiatric textbooks, 1803-2017. *Front Psychiatry* 2020; 11: 504157. doi:10.3389/fpsy.2020.504157
- [3] Reil JC. Rhapsodien über die Anwendung der psychischen Curmethode auf Geisteszerrüttungen. Halle: Curtsche Buchhandlung; 1803
- [4] Schneider F, Hrsg. Facharztwissen Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie. 2. Aufl. Berlin: Springer; 2017
- [5] Gnoth M, Glaesmer H, Steinberg H. Suizidalität in der deutschsprachigen Schulpsychiatrie : Thematisierung in Lehrbüchern von 1803 bis heute. *Nervenarzt* 2018; 89: 828–836. doi:10.1007/s00115-017-0425-9
- [6] Griesinger W. Die Pathologie und Therapie der psychischen Krankheiten. Stuttgart: Krabbe; 1845
- [7] Krafft-Ebing R. Lehrbuch der Psychiatrie. Stuttgart: Enke; 1879
- [8] Kraepelin E. Psychiatrie, ein Lehrbuch für Studierende und Ärzte. 8. Aufl. Leipzig: Barth; 1909-1915
- [9] Bleuler E. Lehrbuch der Psychiatrie. Berlin: Springer; 1916
- [10] Bostroem A. Kurzgefasstes Lehrbuch der Psychiatrie von Johannes Lange. 4. Aufl. Leipzig: Thieme; 1941
- [11] Leonhard K. Grundlagen der Psychiatrie. Stuttgart: Enke; 1948
- [12] Hoff H. Lehrbuch der Psychiatrie. Basel: Schwabe & Co.; 1956
- [13] Huber G. Psychiatrie - systematischer Lehrtext für Studenten und Ärzte. Stuttgart: Schattauer; 1974
- [14] Bleuler M. Lehrbuch der Psychiatrie. 15. Aufl. Berlin: Springer; 1983
- [15] Lemke R, Rennert H. Neurologie und Psychiatrie sowie Grundzüge der Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters. Ein Lehrbuch für Praxis und Studium. 8. Aufl. Leipzig: Barth; 1987
- [16] Neumann H. Lehrbuch der Psychiatrie. Erlangen: Enke; 1859
- [17] Jaspers K. Allgemeine Psychopathologie. Berlin: Springer; 1913
- [18] Tölle R, Windgassen K, Lempp R. Psychiatrie. Einschließlich Psychotherapie. 17. Aufl. Berlin: Springer; 2014
- [19] Bumke O. Lehrbuch der Geisteskrankheiten. 6. Aufl. München: Bergmann; 1944
- [20] Gerabek WE, Haage BD, Keil G, Wegner W, Hrsg. Enzyklopädie Medizingeschichte. Berlin: de Gruyter; 2005
- [21] Heinroth JCA. Lehrbuch der Störungen des Seelenlebens oder der Seelenstörungen und ihrer Behandlung. Leipzig: Vogel; 1818
- [22] Sammet K. Avoiding violence by technologies? Rectal feeding in German psychiatry, c. 1860-85. *Hist Psychiatry* 2006; 17: 259–278. doi:10.1177/0957154X06061984
- [23] Rizzo SM, Douglas JW, Lawrence JC. Enteral nutrition via nasogastric tube for refeeding patients with anorexia nervosa: A systematic review. *Nutr Clin Pract* 2019; 34: 359–370. doi:10.1002/ncp.10187
- [24] Golden NH, Meyer W. Nutritional rehabilitation of anorexia nervosa. Goals and dangers. *Int J Adolesc Med Health* 2004; 16: 131–144. doi:10.1515/IJAMH.2004.16.2.131

- [25] Kells M, Kelly-Weeder S. Nasogastric tube feeding for individuals with anorexia nervosa: An integrative review. *J Am Psych Nurses Assoc* 2016; 22: 449–468. doi:10.1177/1078390316657872
- [26] Hatch A, Madden S, Kohn MR, et al. In first presentation adolescent anorexia nervosa, do cognitive markers of underweight status change with weight gain following a refeeding intervention? *Int J Eat Disord* 2010; 43: 295–306. doi:10.1002/eat.20695
- [27] Steinhausen H-C, Grigoriu-Serbanescu M, Boyadjieva S, et al. Course and predictors of rehospitalization in adolescent anorexia nervosa in a multisite study. *Int J Eat Disord* 2008; 41: 29–36. doi:10.1002/eat.20414
- [28] Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Ärztliche Psychotherapie (DGPM). S3-Leitlinie Diagnostik und Behandlung der Essstörungen, 2. Aufl. (2020). Im Internet: www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/051-026l_S3_Esstoeerung-Diagnostik-Therapie_2020-03.pdf; Stand: 01.11.2021
- [29] Dörner K. Bürger und Irre. Zur Sozialgeschichte und Wissenschaftssoziologie der Psychiatrie. Bd. 6282. Frankfurt am Main: Fischer; 1975
- [30] Diamanti A, Basso MS, Castro M, et al. Clinical efficacy and safety of parenteral nutrition in adolescent girls with anorexia nervosa. *J Adolesc Health* 2008; 42: 111–118. doi:10.1016/j.jadohealth.2007.09.024
- [31] Crammer JL. Insulin coma therapy for schizophrenia. *J Royal Soc Med* 2000; 93: 332–333. doi:10.1177/014107680009300617
- [32] Bello NT, Yeomans BL. Safety of pharmacotherapy options for bulimia nervosa and binge eating disorder. *Expert Op Drug Safety* 2018; 17: 17–23. doi:10.1080/14740338.2018.1395854
- [33] Frank GW. Pharmacotherapeutic strategies for the treatment of anorexia nervosa - too much for one drug? *Expert Op Pharmacoth* 2020; 21: 1045–1058. doi:10.1080/14656566.2020.1748600
- [34] Musil R, Obermeier M, Russ P, et al. Weight gain and antipsychotics: A drug safety review. *Expert Op Drug Safety* 2015; 14: 73–96. doi:10.1517/14740338.2015.974549
- [35] Duncan L, Yilmaz Z, Gaspar H, et al. Significant locus and metabolic genetic correlations revealed in genome-wide association study of anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 2017; 174: 850–858. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16121402
- [36] Moryłowska-Topolska J, Ziemiński R, Molas A, et al. Schizophrenia and anorexia nervosa – reciprocal relationships. A literature review. *Psychiatr Pol* 2017; 51: 261–270. doi:10.12740/PP/OnlineFirst/63514
- [37] Benkert O, Hippus H, Hrsg. Kompendium der Psychiatrischen Pharmakotherapie. 12. Aufl. Berlin: Springer; 2019
- [38] Attia E, Steinglass JE, Walsh BT, et al. Olanzapine versus placebo in adult outpatients with anorexia nervosa: A randomized clinical trial. *Am J Psychiatry* 2019; 176: 449–456. doi:10.1176/appi.ajp.2018.18101125
- [39] Meehan KG, Loeb KL, Roberto CA, et al. Mood change during weight restoration in patients with anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 2006; 39: 587–589. doi:10.1002/eat.20337
- [40] Guarda AS, Wonderlich S, Kaye W, et al. A path to defining excellence in intensive treatment for eating disorders. *Int J Eat Disord* 2018; 51: 1051–1055. doi:10.1002/eat.22899
- [41] Fassino S, Abbate-Daga G. Resistance to treatment in eating disorders: A critical challenge. *BMC psychiatry* 2013; 13: 282. doi:10.1186/1471-244X-13-282
- [42] Hoetzel K, Brachel R von, Schlossmacher L, et al. Assessing motivation to change in eating disorders: A systematic review. *J Eat Disord* 2013; 1: 38. doi:10.1186/2050-2974-1-38
- [43] Hoyer J, Knappe S, Hrsg. Klinische Psychologie & Psychotherapie. 3. Aufl. Berlin: Springer; 2020

- [44] Lock J. Updates on treatments for adolescent anorexia nervosa. *Child Adolesc Psychiatr Clin N Am* 2019; 28: 523–535. doi:10.1016/j.chc.2019.05.001
- [45] Treasure J, Parker S, Oyeleye O, et al. The value of including families in the treatment of anorexia nervosa. *Eur Eat Disorders Rev* 2021; 29: 393–401. doi:10.1002/erv.2816
- [46] American Psychiatric Association. *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5*. 5th ed. Washington, DC: American Psychiatric Publishing; 2013
- [47] Ziser K, Mölbert SC, Stuber F, et al. Effectiveness of body image directed interventions in patients with anorexia nervosa: A systematic review. *Int J Eat Disord* 2018; 51: 1121–1127. doi:10.1002/eat.22946
- [48] Grunwald M, Weiss T. Inducing sensory stimulation in treatment of anorexia nervosa. *QJM* 2005; 98: 379–380. doi:10.1093/qjmed/hci061
- [49] Darwin E. *Zoonomia; or, the laws of organic life*. Bd. 2. 2. Aufl. London: Johnson; 1796
- [50] Steinberg H, Himmerich H. Johann Christian August Heinroth (1773–1843): The first professor of psychiatry as a psychotherapist. *J Relig Health* 2012; 51: 256–258. doi:10.1007/s10943-011-9562-9
- [51] Dickson S. Rotation therapy for maniacs, melancholics and idiots: Theory, practice and perception in European medical and literary case histories. *Hist Psychiatry* 2018; 29: 22–37. doi:10.1177/0957154X17733176
- [52] Himmerich H, Kan C, Au K, et al. Pharmacological treatment of eating disorders, comorbid mental health problems, malnutrition and physical health consequences. *Pharmacol Ther* 2021; 217: 107667. doi:10.1016/j.pharmthera.2020.107667

Abbildungslegende

Abb. 1:

Abbildung 1: Einsatz einer Magensonde bei einem Patienten in Gent (Belgien) zur Zeit der 1940er-/50er-Jahre.

Quelle: Shorter E. *Geschichte der Psychiatrie*. Berlin: Fest, 1999; S. 321

Abb. 2:

Abbildung 2: Zeitgenössische Darstellung des „Drehstuhls“. Er wurde in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts bei mannigfaltigen psychiatrischen Erkrankungen eingesetzt.

Quelle: Guislain J. *Traité sur l'aliénation mentale et sur les hospices des aliénés*. Bd. 1. Amsterdam: Van der Hey & Gartman, 1826; S. 379

Tabellenlegende

Tab. 1:

Tabelle 1: Chronologische Übersicht über die ausgewählten Lehrbücher samt Autoren und ihrer wichtigsten wissenschaftlichen Beiträge.