

Forschungsbrief
Ausgabe 52/ Juli 2019

Inhalt

- **Wohnungslosigkeit, substanzbezogene Störungen und psychische Gesundheit: Empirische Studien und Konsequenzen für die Wohnungslosenhilfe und die Suchthilfe**
- **Sucht und Ess-Störungen und Drunkorexia (oder: Food and Alcohol Disturbances)**
- **Orthorexia nervosa als neue Verhaltenssucht**



FORSCHUNGSBRIEF

HESSISCHE LANDESSTELLE FÜR SUCHTFRAGEN e.V.

Neues aus Forschung und Praxis

Forschungsbrief 52 / Juli 2019 der HLS

Wohnungslosigkeit, substanzbezogene Störungen und psychische Gesundheit: Empirische Studien und Konsequenzen für die Wohnungslosenhilfe und die Suchthilfe

Dass wohnungslose Menschen in Deutschland überdurchschnittlich häufig von Substanzkonsumstörungen und anderen psychischen Erkrankungen betroffen sind, ist spätestens seit den ersten empirischen Studien zu diesem Thema aus den 1990er Jahren bekannt. Die SEEWOLF-Studie bestätigt diesen Zusammenhang mit aktuellen Daten. Weniger eindeutig fällt indes die Antwort auf die Frage aus, welche Konsequenzen sich daraus für die Wohnungslosenhilfe und die Suchthilfe ergeben.

Verweis

Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe e. V. (2017): Zahl der Wohnungslosen. Online unter bagw.de/de/themen/zahl_der_wohnungslosen/index.html.

Meller, I., Fichter, M., Quadflieg, N. et al. (2000): Die Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Dienste durch psychisch erkrankte Obdachlose. Ergebnisse einer epidemiologischen Studie. *Der Nervenarzt*, 71 (7), 543-551.

Bäumel, J., Brönner, M., Baur, B. et al. (2017): Die SEEWOLF-Studie. Seelische Erkrankungen in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München. Lambertus, Freiburg.

Fazel, S., Geddes, J.R., Kushel, M. (2014): The health of homeless people in high-income countries: descriptive epidemiology, health consequences, and clinical and policy recommendations. *The Lancet*, 384 (9953), 1529-1540.

Die Zahl wohnungsloser Menschen wurde 2017 von der Bundesarbeitsgemeinschaft der Wohnungslosenhilfe e. V. (BAGW) auf über 860.000 geschätzt. Darin sind gut 440.000 wohnungslose anerkannte geflüchtete Menschen enthalten, die meist weiterhin in Gemeinschaftsunterkünften leben bzw. geduldet werden. Von den übrigen 420.000 wohnungslosen Menschen in Deutschland leben den Schätzungen der BAGW zufolge ca. 52.000 Menschen „ohne jede Unterkunft auf der Straße“.

Bereits in den 1990er Jahren führte eine Forschungsgruppe in München mehrere Studien zum Gesundheitszustand von Wohnungslosen durch und fand dabei hohe Prävalenzwerte für Suchterkrankungen, schizophrene Erkrankungen, affektive Erkrankungen und Angsterkrankungen. Gleichzeitig zeigte sich, dass Suchthilfeeinrichtungen eher selten aufgesucht wurden. Seither wird in der Wohnungslosenhilfe und der Suchthilfe über niedrig-schwellige Angebote für Wohnungslose mit Suchtproblemen diskutiert.

Ziel der 2017 in Buchform publizierten SEEWOLF-Studie (SEEWOLF steht für „Seelische Erkrankungsrate in den Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe im Großraum München“) war es, den psychischen und somatischen Gesundheitszustand wohnungsloser Menschen im Münchner Raum und die Inanspruchnahme von Behandlungs- und Hilfeangeboten erneut zu untersuchen, Daten zur Lebensgeschichte von Wohnungslosen zu erheben und Zusammenhänge zwischen verschiedenen Erkrankungen und Wohnungslosigkeit zu analysieren. Dazu wurden zwischen Mai 2010 und Juli 2012 insgesamt 232 Nutzerinnen und Nutzer von 14 Einrichtungen der Wohnungslosenhilfe freier Träger in München ausführlich nach ihrem Gesundheitszustand und ihrer Lebensgeschichte befragt und umfangreichen psychiatrischen, neuropsychologischen und somatischen Untersuchungen unterzogen. Grundlage der Datenerhebung war das „Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV“, das um weitere weitgehend standardisierte Instrumente und Fragebogen ergänzt wurde.

Unter den Befragten waren 79 % Männern und 21 % Frauen. Das Durchschnittsalter lag bei 48,1 Jahren. Nur ein Viertel der Männer und ein Fünftel der Frauen lebte mit Partner oder Partnerin zusammen, eigene Kinder hatten knapp 40 %. Sowohl bei den Lebenszeitprävalenzen als auch bei den 1-Monats-Prävalenzen waren substanzbezogene Störungen der ICD-10-Kategorie F1 die am häufigsten diagnostizierten Erkrankungen. Die Lebenszeitprävalenz für substanzbezogene Störungen lag bei 73,5 % (Männer 78,8 %, Frauen 53,3 %). Dabei handelte es sich überwiegend um alkoholbezogene Diagnosen. Bei knapp 22 % wurde eine cannabinoidbezogene Diagnose gestellt und bei 2,2 % eine Opioiddiagnose. Die 1-Monatsprävalenz lag bei 39 % für alkoholbezogene Störungen, bei 16 % für Cannabinoide und 1,3 % für Opiode. Die Lebenszeit- und Monatsprävalenzen

Schreiter, S., Bempohl, F., Krausz, M. et al. (2017): *Prävalenzen psychischer Erkrankungen bei wohnungslosen Menschen in Deutschland. Eine systematische Übersichtsarbeit und Metaanalyse. Deutsches Ärzteblatt international, 114 (40), 665–672.*

für substanzbezogene Störungen lagen sehr weit über denen der Allgemeinbevölkerung. Tabak wurde im Rahmen der ICD-10-Diagnostik nicht erfasst, aber 84 % der Männer und 58 % der Frauen wurden als regelmäßige Raucher bzw. Raucherinnen charakterisiert. Auch bei schizophrenen Störungen (1-Monats-Prävalenz 10 %) und affektiven Störungen (20,2 %) lagen die Prävalenzen deutlich höher als in vergleichbaren Daten zur Allgemeinbevölkerung. Insgesamt passen diese Daten zu internationalen (z. B. Fazel et al. 2014) und nationalen (Schreiter et al. 2017) Übersichtsarbeiten zum Gesundheitszustand von Wohnungslosen. Zwei Drittel der Befragten berichteten von behandlungsbedürftigen somatischen Beschwerden. Zur Inanspruchnahme medizinischer und psychosozialer Hilfeangebote enthält die Studie nur wenige und eher allgemeine Angaben.

Kunstmann, W. (2017): *Methodische Probleme der Erhebung psychiatrischer Krankheitsprävalenzen in Studien zur psychischen Gesundheit Wohnungsloser. Wohnungslos, 59 (2-3), 57-62.*

Die SEEWOLF-Studie macht deutlich, dass wohnungslose Menschen in weit höherem Ausmaß als die allgemeine Wohnbevölkerung unter substanzbezogenen Störungen und anderen psychischen Störungen leiden. Allerdings erlaubt die selektive Zusammensetzung der Stichprobe – nur Wohnungslose in Einrichtungen freier Träger im Großraum München wurden untersucht – keine Verallgemeinerungen auf die Grundgesamtheit wohnungsloser Menschen. Vorsicht ist auch bei einigen Schlussfolgerungen der Studie angebracht. So hat Kunstmann (2017) darauf hingewiesen, dass das Design als Querschnittstudie keine Rückschlüsse auf kausale Zusammenhänge zwischen psychiatrischen Erkrankungen, Sucht und Wohnungslosigkeit zulässt. Umstritten sind zudem die Konsequenzen für die Hilfesysteme. Während die Autorinnen und Autoren der SEEWOLF-Studie vor allem die institutionelle Psychiatrie im Blick haben und entsprechende Behandlungen von Wohnungslosen „notfalls auch gegen ihren Willen“ gegen „selbst gewählte und bewusste Obdachlosigkeit“ (S. 236) abwägen, fordern andere wie etwa Busch-Geertsema (2017) beispielsweise „Housing First“-Projekte. Derartige Projekte setzen direkt bei der Vermittlung in dauerhaften Wohnraum an und bieten psychosoziale Hilfen an, deren Nutzung aber nicht verpflichtend ist, im Gegensatz zu den weit verbreiteten Stufensysteme (bei denen Wohnungslose je nach attestierter Wohnfähigkeit, Abstinenz und anderen Kriterien von Gemeinschaftsunterkünften über betreute Wohngemeinschaften bis hin zu normalen Mietverträgen aufsteigen können). Krausz et al. (2016) empfehlen vor dem Hintergrund amerikanischer und kanadischer Erfahrungen neben „Housing First“ niedrigschwellige Hilfesysteme mit individuell passgenauen und komplexen Maßnahmen.

Busch-Geertsema, V. (2017): *Housing First – innovativer Ansatz, gängige Praxis oder schöne Illusion?. Wohnungslos, 59 (1), 17-23.*

Krausz, R. M., Strehlau, V., Schuetz, C. (2016): *Obdachlos, mittellos, hoffnungslos – Substanzkonsum, psychische Erkrankungen und Wohnungslosigkeit: ein Forschungsbericht aus den USA und Kanada. Suchttherapie, 17 (03), 131–136.*

Auf jeden Fall ausbaufähig scheint angesichts der berichteten Prävalenzwerte für substanzkonsumbezogene Störungen die Kooperation zwischen der Wohnungslosenhilfe und der ambulanten und stationären Suchthilfe.

Sucht und Ess-Störungen und Drunkorexia (oder: Food and Alcohol Disturbances)

Eine Reihe von Studien belegen, dass Sucht und Ess-Störungen in Kombination miteinander auftreten können. Besonders deutlich wird das an dem Phänomen von Drunkorexia, dem Versuch insbesondere junger Menschen, die Kalorienzufuhr z. B. beim binge drinking schon vorher im Diätplan zu berücksichtigen. Es zeichnen sich hier neue Verhaltensweisen ab, die sowohl suchtspezifisch sind als auch spezifisch für Ess-Störungen.

Verweis
Bahji, A., Mazhar, M. N., Hudson, C. C.; et al. (2019): *Prevalence*

Ess-Störungen wie Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und die Binge-eating-Störung kommen vergleichsweise selten vor, sind aber in ihrem Verlauf sehr oft besonders bösartig, insofern bei einigen von ihnen das Risiko, an ihnen zu sterben, sehr hoch ist. In den USA liegen die Angaben zur Lebenslauf-Prävalenz von

of substance use disorder comorbidity among individuals with eating disorders: A systematic review and meta-analysis. *Psychiatry Research*, 273, 58-66.

Thomas, R. L., Kelly, A. B.; Chan, G. C. K. et al. (2018): An examination of gender differences in the association of adolescent substance use with eating and weight loss attitudes. *Substance Use & Misuse*, 53 (13), 2125-2131.

Forward, L.; Tan, C.-V.; Ma, K. et al. (2018): Addressing eating disorders and substance use: A call for inclusive clinical support for street-engaged youth and adults with eating disorders. *UBCMJ*, 10 (1), 19-20.

Lupi, M.; Martinotti, G.; Di Giannantonio, M. (2017): Drunkorexia: an emerging trend in young adults. *Eating and Weight Disorders*, 22 (4), 619-622.

Laghi, F.; Pompili, S.; Bianchi, D. et al. (2019): Psychological characteristics and eating attitudes in adolescents with drunkorexia behavior: An exploratory study. *Eating and Weight Disorders*. <https://doi.org/10.1007/s40519-019-00675-y>.

Anorexia nervosa bei 0,6 %, für Bulimia nervosa bei 1,0 %, für Binge-eating-Störung bei 2,8 % und für irgendeine Ess-Störung bei 4,5 %. Untersucht man die Komorbidität im Lebenslauf differenziert nach Substanzen, ergibt sich nach Bahji et al. (2019) folgendes: An den ersten Stellen stehen der Konsum und die Abhängigkeit von Tabak (36,1 %), von Kaffee (23,8 %) und von Alkohol (20,6 %); der Konsum von illegalen Drogen, z. B. von irgendwelchen stimulierenden Substanzen (8,2 %) oder von Opioiden (6,2 %) ist dagegen eher selten. Insbesondere Mädchen setzen schon sehr früh Tabak ein, um ihr Körpergewicht zu regulieren (Thomas et al. 2018). Die aktuelle Komorbidität mit Substanzkonsumstörungen ist mit 7,7 % (95 % CI: 2,0–25,8 %) wiederum vergleichsweise niedrig. Menschen, die unter Bulimia Nervosa oder anderen Ess-Störungen leiden und die zur Gewichtskontrolle selbstinduziertes Erbrechen praktizieren oder Laxantien und andere Medikamente zur Reinigung des Körpers einsetzen, haben ein etwas höheres Risiko, zusätzlich eine Substanzkonsumstörung zu entwickeln als diejenigen, die andere Ess-Störungen haben und die keine Reinigungsrituale befolgen. Frauen sind im Vergleich zu Männern sehr viel stärker von Ess-Störungen betroffen. Sie weisen auch höhere Häufigkeiten hinsichtlich der Komorbidität mit einer Suchtstörung im Lebenslauf und in der Gegenwart auf als Männer. Das ist insofern bemerkenswert, weil Männer im Vergleich zu Frauen sehr viel häufiger Substanzkonsumstörungen entwickeln. Bahji et al. weisen daher darauf hin, dass dieses Ergebnis der Tatsache geschuldet ist, dass Männer in Studien zu Ess-Störungen generell unterrepräsentiert sind.

Forward et al. (2018) halten es für besonders misslich, dass Kliniken, die sich auf die Behandlung von Ess-Störungen spezialisiert haben, in der Regel keine Patientinnen und Patienten aufnehmen, die (noch) Substanzkonsumprobleme haben. Erwartet wird vielmehr, dass diese zuerst z. B. in einer Einrichtung der Suchthilfe behandelt worden sind, bevor die Ess-Störungen therapeutisch angegangen werden. Die Autorinnen und Autoren plädieren dafür, beide Störungen zusammen zu behandeln und nicht nacheinander.

Eine besonders vulnerable Gruppe für Ess-Störungen im Kontext von Suchtproblemen sind Jugendliche (in europäischen Ländern) und Studierende (z. B. in den USA). Studien zum Trinkverhalten von Jugendlichen haben gezeigt, dass Episoden mit hohem Alkoholkonsum (binge-drinking, vor allem an den Wochenenden) relativ häufig sind. Um Gewichtszunahmen als Folge des Alkoholkonsums zu vermeiden, fasten manche Jugendliche oft schon mehrere Tage im Voraus. Sie trinken dann vergleichsweise viel Alkoholisches auf leeren Magen, was die Alkoholkonsumwirkung nachhaltig verstärkt. Für dieses Verhalten wurde der Begriff **Drunkorexia** geprägt. Es geht also sowohl um riskante Verhaltensweisen hinsichtlich des Konsums von alkoholischen Getränken als auch im Umgang mit Nahrungsmitteln und Essen (vgl. Lupi et al. 2017).

In der Studie von Laghi et al. (2019) wurden 849 Jugendliche (14-22 Jahre, Durchschnittsalter 17,9 Jahre) anhand der Compensatory Eating and Behaviors in Response to Alcohol Consumption Scale (CEBRACS, italienische Version) und anderer Fragebogen (z. B. EDI-3, italienische Version) nach ihren Verhaltensweisen im Umgang mit Alkohol und Essen befragt. 23 % der Befragten zeigten die für Drunkorexia typischen Verhaltensweisen. Der Anteil der männlichen Jugendlichen überwiegt den der weiblichen; die Unterschiede sind (wegen der insgesamt recht kleinen Personengruppe) nicht signifikant. Die Autorinnen und Autoren konnten zeigen, dass Jugendliche, die Schwierigkeiten haben mit der Regulation von Emotionen, ein hohes Risiko haben für Drunkorexia. Das würde bedeuten, dass sie sowohl das Fasten oder den Einsatz anderer Mittel, um ihr Körpergewicht niedrig zu halten, als auch den (episodischen) Alkoholexzess einsetzen.

Tuazon, V. E.; Travis, S. P.; Honderich, E. M. et al. (2019): *Drunkorexia: An exploratory investigation of college students with alcohol-related infractions.* *Journal of College Counseling, 22 (1), 13-26.*

Choquette, E. M.; Ordaz, D. L.; Melioli, T. et al. (2018): *Food and Alcohol Disturbance (FAD) in the U.S. and France: Nationality and gender effects and relations to drive for thinness and alcohol use.* *Eating Behaviors, 31, 113-119.*

zen, um ihre Emotionen besser zu regulieren. Darüber hinaus zeichnen sich auch asketische Tendenzen ab, insbesondere mit Bezug auf die Kontrolle des Essens. Neben Fasten eignet sich dazu auch exzessives körperliches Training oder Sport. Laghi et al. weisen darauf hin, dass die Jugendlichen auf diesen Wegen erfahren, wie sie sich selbst kontrollieren können. Sie meinen, dass sie damit auch mehr Autonomie und Unabhängigkeit erreichen. Wie weit diese Erklärungen reichen, muss in weiteren Studien geprüft werden.

Im amerikanischen Kontext gewinnt Drunkorexia immer mehr an Bedeutung, da der Druck auf Studierende, schlank und durchtrainiert zu sein, ständig zunimmt. In Umfragen geben über 90 % der Studierenden an Colleges in den USA an, nach einem Diätplan zu essen. Diesen Plan müssen sie dann an ihre Absicht, Alkohol zu trinken, anpassen, denn die Kalorien, die zusätzlich mit dem Alkohol aufgenommen werden, müssen im Diätplan berücksichtigt werden. In der Studie von Choquette et al. (2018) haben mehr als die Hälfte aller Befragten solche Pläne, d. h. sie bereiten sich auf eine Abend mit binge-drinking mit Fasten und exzessivem körperlichen Training vor. Auch zeigt der Vergleich mit Studierenden in Frankreich, dass der Druck auf weibliche Studierende in den USA, schlank und rank zu sein, erheblich höher ist.

Bislang ist unklar, ob sich diese Verhaltensweisen aus der Jugend und dem frühen Erwachsenenalter im weiteren Lebenslauf verfestigen und ob das zu einem Anstieg der Kombination von Substanzkonsumstörungen mit Ess-Störungen bei Menschen zwischen 30 und 60 Jahren führen wird. Um das zu erforschen wären Langzeitstudien hilfreich.

Orthorexia nervosa als neue Verhaltenssucht

Gesunde Ernährung und Gesundes zu essen sind Themen, die immer mehr an Bedeutung gewinnen. Bei manchen Menschen kann die Suche nach gesunden Lebensmitteln umschlagen in eine Art „ungesunde“ Fixierung auf gesundes Essen; es kann zu einer Orthorexia nervosa kommen. Menschen, die darunter leiden, beschäftigen sich geradezu obsessiv mit Fragen nach gesunden Nahrungsmitteln und mit gesundheitsbewusstem Essverhalten.

Verweis
Zickgraf H.F., Ellis J.M., Essayli J.H. (2019): *Disentangling orthorexia nervosa from healthy eating and other eating disorder symptoms: Relationships with clinical impairment, comorbidity, and self-reported food choices.* *Appetite, 134, 40-49.*

Ob Orthorexia nervosa eine eigenständige Störung ist, die zu den Ess-Störungen gehört, ist bislang noch in der Diskussion. Es gibt aber eine zunehmende Zahl von Studien, die nachweisen, dass es sich um eine Verhaltensstörung handelt, die sich gut von anderen Ess-Störungen sowie von Zwangsstörungen abgrenzen lässt. Menschen, die unter dieser Störung leiden, verweigern das Essen nicht, weil sie Angst vor einer Zunahme ihres Körpergewichts haben (wie z. B. Menschen, die unter Anorexia nervosa leiden). Sie tendieren auch nicht zu Ess-Attacken (mit anschließendem Erbrechen, um eine Gewichtszunahme zu vermeiden). Allerdings gibt es auf der Verhaltensebene weite Überschneidungsbereiche zwischen den verschiedenen Ess-Störungen, denn auch Menschen, die unter einer Orthorexia nervosa leiden, können das Essen verweigern, wenn sie keine „gesunden“ Lebensmittel zur Verfügung haben. Es kann auch dazu kommen, dass sie nach dem Essen von „ungesunden“ oder „falschen“ Lebensmitteln versuchen, ihren Körper davon zu reinigen. Obwohl es also noch eine Reihe von offenen Fragen hinsichtlich der genauen Beschreibung und Abgrenzung der Orthorexia nervosa von anderen Formen von Ess-Störungen gibt, spricht vieles dafür, dass man es tatsächlich mit einer neuen Ausprägung einer Ess-Störung in Kombination mit einer Verhaltenssucht zu tun hat. Inwieweit neue Trends beim Diäten und von veganer Ernährung hier mitverantwortlich sind, ist bislang ungeklärt.

Strahler, J., Stark, R. (2019): *Orthorexia nervosa: Verhaltensauffälligkeit oder neue Störungskategorie?* Suchttherapie, 20 (1), 24-34.

Cena, H.; Barthels, F.; Cuzzolaro, M. et al. (2018): *Definition and diagnostic criteria for orthorexia nervosa: A narrative review of the literature. Eating and Weight Disorders*, 24 (2), 209-246.

Nach Strahler und Stark zeichnet sich die Orthorexia nervosa durch folgende Hauptmerkmale aus: Pathologische Fixierung auf gesundes Essen mit ständiger gedanklicher Auseinandersetzung über gesunde Ernährung, Vermeidung von subjektiv als ungesund eingestuften Lebensmitteln und Aufstellung von Ernährungsregeln, die rigide einzuhalten sind. Inhaltlich geht es also nicht um die Quantität der Nahrungsmittel und des Essens, sondern um deren Qualität. Die Fixierung auf gesunde Lebensmittel kann dazu führen, dass nur noch bestimmte Lebensmittel und Speisen gegessen werden mit der Folge, dass es zu Mangel- und Fehlernährung kommen kann. Auch schränken die rigiden Vorstellungen, was, wann und wie gegessen werden kann, die Handlungsmöglichkeiten ein. Gelingt es nicht, die selbstgewählten Vorschriften einzuhalten, kann es zu Schuldgefühlen kommen, zu Ängsten und insgesamt zu einer emotionalen Instabilität.

Man geht davon aus, dass ca. 1 % der Bevölkerung in westlichen (reichen) Ländern unter Orthorexia nervosa leidet. Im Unterschied zu anderen Ess-Störungen sind Frauen und Männer in gleicher Weise davon betroffen. Ob jüngere Alterskohorten stärker betroffen sind als ältere ist noch in der Diskussion. Eine Reihe von Studien weisen jedoch darauf hin, dass diese Ess-Störung relativ häufig Menschen betrifft, die eine Ausbildung in einem Gesundheitsberuf machen bzw. in Gesundheitsberufen tätig sind (z. B. Diätassistenten, Yoga-Praktikantinnen usw.).

Die Entwicklung von Behandlungskonzepten steht noch am Anfang. Eingesetzt werden alle Techniken, die sich bei der Behandlung anderer Ess-Störungen bewährt haben einschließlich Psychoedukation.

Impressum

Herausgeberin:

Hessische Landesstelle für Suchtfragen (HLS) e.V., Zimmerweg 10, 60325 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 71 37 67 77, Fax: (0 69) 71 37 67 78, E-Mail: hls@hls-online.org

Redaktion:

Prof. Dr. Irmgard Vogt,
Frankfurt University of Applied Sciences,
Nibelungenplatz 1, 60318 Frankfurt/M.,
Tel: (0 69) 94413495, E-Mail: vogt@fb4.fra-uas.de

Prof. Dr. Martin Schmid,
Institut für Forschung und Weiterbildung (IFW),
Fachbereich Sozialwissenschaften, Hochschule Koblenz,
Konrad-Zuse-Str. 1, 56075 Koblenz,
Tel: (0261) 9528254, E-Mail: martin.schmid@hs-koblenz.de