

---

# **WENN ESSEN ANGST MACHT!**

---

**TEIL 1: VERMEIDEND-RESTRIKTIVE  
NAHRUNGS-AUFNAHMESTÖRUNG (ARFID).  
EINE EINFÜHRUNG IN DIE NEUE ESSSTÖRUNG**

**INKE JOCHIMS**

1. Auflage 2025

© 2025 by Inke Jochims

**Autorin:** Inke Jochims, [www.inke-jochims.de](http://www.inke-jochims.de), [jochims-buecher.de](mailto:jochims-buecher.de)

**Satz:** Inke Jochims mit Atticus.

**Verlag:** BoD.

Books on Demand GmbH, Überseering 33, 2297 Hamburg, [bod@bod.de](mailto:bod@bod.de)

**Druck:** Libri Plueros GmbH, Friedensallee 273, 22763 Hamburg

**ISBN: 9-783-6951-9127-7**

Alle Rechte vorbehalten. Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt. Jede Verwendung außerhalb der engen Grenzen des Urheberrechtsgesetzes ist ohne Zustimmung der Autorin unzulässig und strafbar. Das gilt insbesondere für Vervielfältigung, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

## BILDNACHWEIS

Alle Fotos stammen von der Website [www.pixabay.com](http://www.pixabay.com). Sie wurden von den jeweiligen Autoren für die kommerzielle Nutzung kostenlos zur Verfügung gestellt. Herzlichen Dank! Die Folien wurden ausnahmslos von Inke Jochims erstellt.

## DISCLAIMER

In diesem Buch werden psychologische Ratschläge gegeben. Alle Ideen, Konzepte und Verfahren wurden sorgfältig geprüft. Dennoch weisen wir ausdrücklich darauf hin, dass dieses Buch keine medizinische oder psychologische Therapie ersetzt und dies auch nicht beabsichtigt. Die Umsetzung der Ideen aus diesem Buch erfolgt auf eigene Verantwortung.

---

# INHALTSVERZEICHNIS

---

|                                  |     |
|----------------------------------|-----|
| Widmung                          | IV  |
| 1. Einleitung: ARFID             | 1   |
| 2. Diagnostik                    | 8   |
| 3. Die Fehleinschätzung "Phobie" | 45  |
| 4. Bedeutungszuweisung           | 63  |
| 5. Bindungsstile und ARFID       | 82  |
| 6. Essen und Trauma              | 110 |
| 7. Abschluss                     | 129 |
| 8. Quellenverzeichnis            | 138 |
| 9. EDY-Q (deutsche Version)      | 146 |

*Für Wiebke Jochims*



---

# EINLEITUNG: ARFID

---

**A**RFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) ist eine Essstörung, die lange Zeit übersehen wurde. Betroffene vermeiden bestimmte Nahrungsmittel nicht aus Gründen des Gewichts, sondern weil Angst, Ekel oder traumatische Erfahrungen ihr Essverhalten bestimmen. Dieses Buch zeigt, warum ARFID kein Randphänomen ist und warum herkömmliche Ansätze hier nicht greifen.



Band 1 dieser zweibändigen Reihe legt das theoretische Fundament.

- Das Angsterleben wird als Schlüssel verstanden, der ARFID von innen heraus erklärt.
- Die Bindungstheorie erklärt, wie frühe Erfahrungen in Beziehungen uns prägen und unser Angsterleben beeinflussen.
- Die Polyvagaltheorie zeigt, warum und wieso Sicherheit oder Alarm im Körper ausgelöst wird. Sie schlägt also die Brücke zur Bindungstheorie und zeigt auf, wie bestimmte Bindungserfahrungen die Art des Essens bzw. Essstörungen und die Verdauung und Nahrungsaufnahme beeinflussen.



Damit entsteht ein neues, umfassendes Bild: Essstörungen sind systemische Probleme, verwurzelt in Bindung, Nervensystem und Gefühlen, und nicht bloß Fragen von Ernährung oder beschreibbarem, evtl. entgleistem oder unangemessenem Essverhalten, wie DSM und ICD das vorschlagen.



## Was bedeutet ARFID?

ARFID beschreibt ein deutlich eingeschränktes Essverhalten, das nicht durch den Wunsch nach Gewichtsabnahme oder eine gestörte Körperwahrnehmung motiviert ist, sondern vielmehr durch Angst, Ekel, Überforderung oder Unsicherheit im Zusammenhang mit bestimmten Nahrungsmitteln und/oder dem Akt des Essens an sich.

Betroffene zeigen häufig Vermeidung bestimmter Lebensmittel und folglich eine stark restriktive Auswahl an Lebensmitteln.

Beispiele: Sie können nur weiße oder gelbe Nahrungsmittel essen oder diese gerade nicht, kein “matschiges” Essen, kein Essen, dass sich auf dem Teller schon “berührt” hat usw.

Viele Betroffene essen nur eine kleine Auswahl sogenannter “sicherer” Speisen, vermeiden Neues und empfinden soziale Esssituationen als belastend.

Versuche, ungewohnte Nahrungsmittel zu sich zu nehmen, können zu starken körperlichen Reaktionen führen – etwa Würgereiz, Atemnot oder innerer Unruhe. Dabei steht nicht das Körperbild im Vordergrund, sondern das Erleben von Kontrollverlust, Angst oder sensorischer Überforderung beim Essen selbst.



ARFID muss in zwei Richtungen klar abgegrenzt werden, mehr zur genauen Diagnostik in Kapitel 2.

- Einerseits unterscheidet es sich von den klassischen Essstörungen wie Anorexie und Bulimie, da das entscheidende Unterscheidungsmerkmal hier in der fehlenden Störung des Körperbildes liegt. Im Gegensatz zu anderen Essstörungen ist das Ziel der Nahrungsvermeidung nicht der Wunsch, schlank zu bleiben.
- Andererseits muss es von alltäglichen Lebensmittelaversionen oder bewussten Verzichtentscheidungen abgegrenzt werden, um eine unnötige Pathologisierung grundsätzlich gesunder Menschen zu vermeiden. Viele Menschen, auch gesunde, haben Nahrungsmittelaversionen, und das ist kein Zeichen einer Erkrankung. Hier ist das zentrale Abgrenzungskriterium das Ausmaß der Angst und das Ausmaß, in welchem die soziale Teilhabe durch die Aversionen eingeschränkt sind.



Die Ursachen von ARFID sind komplex. Häufig finden sich in der Biografie der Betroffenen frühe Erfahrungen mit Zwang, medizinischen Eingriffen, unangenehmen sensorischen Reizen oder Kontrollverlust

im Zusammenhang mit Nahrung. In vielen Fällen ist ARFID daher weniger eine Essstörung im klassischen Sinne als vielmehr ein Ausdruck einer tief verankerten Angstreaktion – und damit eher mit posttraumatischen Mustern verwandt als mit Anorexie oder Bulimie.



Ziel dieser zweibändigen Reihe ist es, einen fundierten und gleichzeitig verständlichen Überblick über ARFID aus verschiedenen Perspektiven – medizinisch, entwicklungspsychologisch, neurobiologisch und subjektiv-erlebensnah – zu geben.

- Der erste Band widmet sich der Beschreibung, der Diagnostik und der Einordnung in den größeren Zusammenhang von Angst, Trauma und somatischer Reaktion.
- Der zweite Band zeigt therapeutische Wege auf, mit einem besonderen Fokus auf embodimentorientierte, beziehungsbasierte und traumasensible Methoden. Die klassische kognitive Verhaltenstherapie greift bei ARFID oft zu kurz, wie sich in vielen Fällen zeigt.



## **Warum die Diagnose ARFID dringend gebraucht wird**

Die Diagnose ARFID ist ein wichtiger Schritt für die gesamte Behandlungslandschaft – nicht nur, weil sie eine bislang übersehene Form der Essstörung benennt, sondern auch, weil sie eine dringend benötigte Differenzierung ermöglicht.

Endlich müssen wir nicht mehr jedes gestörte Essverhalten durch die Linse der Körperbildproblematik deuten. ARFID eröffnet die Möglichkeit, Nahrungsvermeidung als das zu sehen, was sie häufig ist: Eine Reaktion auf Angst, Ekel, Überforderung oder auch auf traumaassoziierte Erfahrungen *mit dem Essen selbst*.

Diese Diagnose gibt uns als Behandelnden die Erlaubnis, bekannte therapeutische Zugänge wie Traumatherapie, Angstbehandlung oder Embodiment-Techniken dort anzuwenden, wo sie sinnvoll sind: bei Menschen, die nicht aus Figurgründen, *sondern aus tiefer innerer Not nicht oder nur bestimmte Lebensmittel essen können*.

In der Therapie geht es bei der Motivation von Menschen mit bedrohlichem Untergewicht darum, mit echten, spürbaren Bedrohungsgefühlen in Bezug auf Nahrung und Esssituationen umzugehen.

Ich selbst habe Patientinnen erlebt, die verzweifelt und sehr klar sagten: “Ich weiß, dass ich zu dünn bin!” – nur um dann von einem Psychiater mit einem wissenden Lächeln abgewiesen zu werden, weil der diagnostische Rahmen vorsah, dass man das eben nicht wisse, wenn

## WENN ESSEN ANGST MACHT!

man viel zu dünn ist und eigentlich nur die neurotisch verzerrte Absicht habe, schlank und schön zu sein.

Solche Erfahrungen sind entwürdigend. Mit der ARFID-Diagnose bekommen diese Menschen endlich Sprache, Raum und angemessene therapeutische Zugänge.

Es ist ein befreiender Perspektivwechsel – für Behandelnde wie für Betroffene.



*Abbildung 1: ARFID ist weder Trotz noch Marotte, sondern eine ernsthafte Notlage.*



---

# DIAGNOSTIK

---

**A**RFID ist, wie dargestellt, eine häufig schwere Essstörung, die sich durch die Vermeidung und Abneigung gegenüber bestimmten Lebensmitteln und dem Essen an sich auszeichnet.

ARFID ist, das ist das zentrale Abgrenzungskriterium, nicht auf eine Störung des Körperbildes zurückzuführen, sondern auf Angst oder Phobie vor bestimmten Lebensmitteln oder dem Essen an sich, auf eine erhöhte Empfindlichkeit gegenüber sensorischen Aspekten von Lebensmitteln wie Textur, Geschmack oder Geruch oder auf mangelndes Interesse an Lebensmitteln oder dem Essen infolge von Appetitlosigkeit.

Das kann zu Nährstoffmangel und Untergewicht führen, was wiederum zu einer Verwechslung mit Anorexie beitragen kann. Die Abgrenzung zu wählerischem Essen kann schwierig sein. In der Regel zeigen Erwachsene und Kinder mit ARFID eine extreme Abneigung



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

gegen bestimmte Lebensmittel oder ein allgemeines Desinteresse an Lebensmitteln bzw. dem Essen an sich.

ARFID tritt häufiger im Kindes- und Jugendalter auf, kann jedoch bei Menschen jeden Alters, Geschlechts, jeder Herkunft und sexuellen Orientierung auftreten.



### **Mindestens eines der folgenden Merkmale muss vorliegen:**

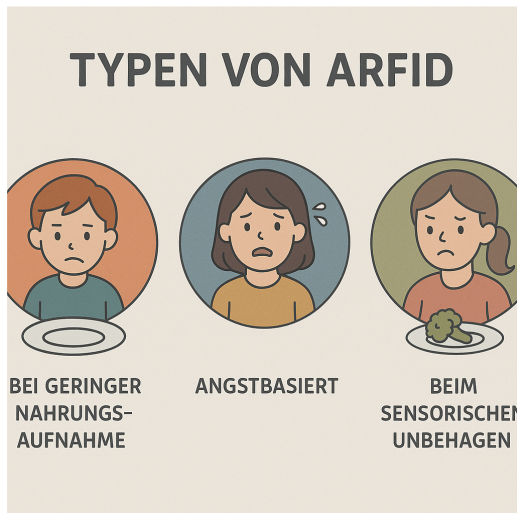
- Signifikante Gewichtsabnahme oder Ausbleiben erwarteter Gewichtszunahme.
- Ernährungsdefizit, das zu Mangelerscheinungen führt.
- Abhängigkeit von Sondenernährung und/oder entsprechender Nahrungsergänzung.
- Soziale Einschränkungen durch Scham, Angst oder funktionelle Unzulänglichkeit beim Essen.



## Die Sub-Typen von ARFID

Es werden drei Hauptformen unterschieden:

- Desinteresse an Nahrung oder fehlender Appetit.
- Sensorisch bedingte Ablehnung (z. B. bestimmte Texturen oder Gerüche).
- Vermeidung aufgrund negativer Erfahrungen (z. B. Angst vor Erstickern).



*Abbildung 2: Die drei Subtypen von ARFID.*

## **Medizinische Kriterien**

In der Praxis sind es häufig Haus- oder Kinderärzte, die als Erste mit auffälligem Essverhalten konfrontiert werden. Eine frühe ärztliche Einordnung ist deshalb zentral, um einerseits mögliche somatische Ursachen abzuklären und andererseits zu beurteilen, ob die Kriterien einer ARFID-Diagnose erfüllt sind.

Inzwischen liegt eine medizinische Dissertation vor (Dr. med. Hannah Schöffel, Universität Leipzig), die die klinischen und diagnostischen Merkmale von ARFID systematisch zusammenfasst.



### **Die Kernaussagen von Dr. med. Hannah Schöffel<sup>1</sup>**

ARFID ist keine seltene Störung – auch in der Allgemeinpädiatrie nicht.

In der Querschnittsstudie wurden bei 7,2 % der stationär aufgenommenen Kinder und Jugendlichen ARFID-Symptome festgestellt.

Das ist mehr als doppelt so viel wie in der Vergleichsgruppe der Allgemeinbevölkerung (3,2–5,5 %). Besonders hoch war die Prävalenz bei untergewichtigen Kindern (4,5 % vs. 1,4 % in der Allgemeinbevölkerung).

ARFID ist durch andere Motive als Anorexie oder Bulimie geprägt  
ARFID ist nicht mit Körperbildstörungen verbunden.



Stattdessen liegen zugrunde:

- sensorische Sensitivitäten (z. B. Geschmack, Geruch, Textur),
- Angst vor Erbrechen oder Verschlucken,
- Desinteresse an Nahrung.
- Diese Motive unterscheiden ARFID klar von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

ARFID tritt häufig gemeinsam mit körperlichen und psychischen Erkrankungen auf.

Es bestehen häufige Komorbiditäten:

- *körperlich*: z. B. Gedeihstörungen, gastrointestinale Beschwerden, Autoimmunerkrankungen, Typ-1-Diabetes,
- *psychisch*: z. B. Angststörungen, Zwangsstörungen, Autismus-Spektrum-Störungen, ADHS.

Diese Überlappungen führen dazu, dass ARFID leicht übersehen oder fehldiagnostiziert wird.



Die Diagnostik ist komplex und noch nicht standardisiert.

Die Diagnosestellung erfolgt idealerweise durch strukturierte Interviews unter Einbezug der Eltern, bei Kindern und Jugendlichen. Es existieren Fragebögen wie der EDY-Q<sup>2</sup> oder das PARDI-Interview<sup>3</sup>, doch es fehlen valide, schnell einsetzbare Diagnoseinstrumente für große Stichproben. Die Abgrenzung zu anderen somatischen oder psychischen Erkrankungen bleibt eine Herausforderung.

Es gibt kaum evidenzbasierte Therapieansätze – v. a. bei älteren Kindern. Es fehlen ausreichende kontrollierte Studien zur Behandlung von ARFID.



### **Erste Hinweise deuten auf die Wirksamkeit von:**

- kognitiver Verhaltenstherapie (v. a. mit Exposition und Reaktionsverhinderung),
- familientherapeutischer Ansätze (Ernährungsverantwortung bei den Eltern),
- Medikamenten wie Mirtazapin oder Olanzapin (unterstützend bei Gewichtszunahme).

Aber die Datenlage ist insgesamt unzureichend, besonders für ältere Kinder und Jugendliche.



## Psychologische Diagnostik

ARFID ist sowohl im DSM-5 als auch im ICD-11 offiziell als eigenständige Essstörung anerkannt, wodurch ihre diagnostische und therapeutische Relevanz weltweit unterstrichen wird.



### Diagnose lt. DSM-5

Die genaue deutschsprachige Formulierung der ARFID-Diagnosekriterien im DSM-5 (Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Störungen, 5. Auflage) lautet wie, wie schon dargestellt, wie folgt:

*Vermeidend-restriktive Nahrungsaufnahmestörung (ARFID)*

(Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder, Fütter- und Essstörungen, DSM-5).



### **Diagnosekriterien:**

A. Eine anhaltende Störung des Essens oder der Nahrungsaufnahme (z. B. mangelndes Interesse am Essen oder an der Nahrungsaufnahme; Vermeidung aufgrund der sensorischen Eigenschaften von Nahrungsmitteln).



B. Zudem Sorge vor aversiven Konsequenzen des Essens), die zu anhaltender Nahrungsvermeidung führt und sich in mindestens einem der folgenden Punkte äußert:

- Deutlicher Gewichtsverlust (oder bei Kindern: unzureichende Gewichtszunahme oder Wachstumsstörungen).
- Deutlicher Nährstoffmangel.
- Abhängigkeit von enteraler<sup>4</sup> Ernährung oder Nahrungsergänzungsmitteln.
- Deutlich beeinträchtigte psychosoziale Funktionsfähigkeit.
- Die Essstörung ist nicht durch einen Mangel an verfügbaren Lebensmitteln oder durch kulturelle Gepflogenheiten erklärbar.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

C. Die Essstörung tritt nicht ausschließlich im Rahmen einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf und es besteht keine Störung der Körperwahrnehmung in Bezug auf Gewicht oder Figur.



D. Die Essstörung lässt sich nicht besser durch eine andere psychische oder körperliche Erkrankung erklären. Besteht eine andere Erkrankung (z. B. Autismus, gastrointestinale Erkrankungen oder Angststörungen), geht das Ausmaß der Essstörung deutlich darüber hinaus, was typischerweise mit dieser Erkrankung assoziiert ist.



### **Diagnose lt. ICD-11**

In der ICD-11 (Internationale Klassifikation der Krankheiten, 11. Revision) wird ARFID unter dem folgenden Code geführt:

6B83 – *Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder*



## **Diagnosekriterien:**

Bei ARFID kommt es zu einem Essverhalten, das zu einer signifikanten unzureichenden Nahrungsaufnahme führt, ohne dass dies durch eine Störung der Körperwahrnehmung (wie bei Anorexia nervosa) bedingt ist.

Dieses Verhalten kann auf sensorische Abneigungen, Angst vor den Konsequenzen des Essens (z. B. Erbrechen oder Ersticken) oder eine generelle mangelnde Motivation zum Essen zurückzuführen sein.

- Deutlich eingeschränkte Nahrungsaufnahme, die zu Untergewicht, Mangelernährung, Wachstumsstörungen oder Abhängigkeit von Supplementen führt.
- Keine Körperbildstörung wie bei Anorexie.
- Oftmals früh beginnend, aber auch bei Jugendlichen oder Erwachsenen auftretend.
- Keine primär kulturell oder sozial motivierte Nahrungseinschränkung.



Soziale Teilhabe ist ein zentrales Abgrenzungskriterium.

Die Grenze zwischen individueller Vorliebe, kultureller Ablehnung und einer behandlungsbedürftigen Essstörung wie ARFID ist oft fließend. Doch ein zentrales Unterscheidungsmerkmal sticht hervor: die soziale Teilhabe.

Viele Menschen lehnen bestimmte Lebensmittel aus Geschmacksgründen, aus ethischer Überzeugung oder aufgrund sensorischer Empfindlichkeit ab.

Solange diese Aversionen nicht zu sozialer Isolation oder funktionellen Einschränkungen führen, gehören sie zum Spektrum des Normalen. Wer auf einer Party höflich das Würstchen ablehnt oder lieber einen Salat bestellt, meidet nicht das Leben, sondern trifft eine persönliche Entscheidung.

Doch was passiert, wenn diese Entscheidung zur Distanzierung von anderen Menschen führt? Wenn etwa Einladungen oder Konzerte abgelehnt werden, weil dort “alle Fleisch essen”, der Geruch desselben bereits als unerträglich empfunden wird oder schon der Gedanke an das Essverhalten der anderen Angst auslöst?

Dann tritt ein anderes Moment hinzu: Ein Moment, in dem nicht nur das Essen selbst, sondern auch die damit verknüpfte soziale Welt abgewertet oder gemieden wird.

Hier wird deutlich, dass es sich nicht mehr nur um eine geschmackliche Präferenz handelt, sondern um eine Form der

Vermeidung, die sich auf Beziehungen, Zugehörigkeit und Teilhabe auswirkt.

Der Rückzug aus sozialen Situationen ist dabei kein bewusster Protest, sondern oft Ausdruck einer tieferen Verunsicherung, etwa einer Angst vor Kontrollverlust, vor Ablehnung oder vor unangenehmen inneren Zuständen, die durch die Präsenz anderer Menschen beim Thema Essen ausgelöst werden.

*Es ist ein Kontinuum, keine klare Grenze.*

Wichtig ist: Auch das gehört zum Wesen dieser Störung – dass sie nicht klar beginnt oder endet. ARFID ist kein Schwarz-Weiß-Phänomen. Vielmehr bewegt man sich auf einem Kontinuum von leichter Abneigung über zunehmende Einschränkung bis hin zur massiven sozialen Isolation.

Entlang dieses Kontinuums wächst oft auch die Angst – nicht nur vor dem Essen selbst, sondern auch vor dem Verhalten, den Reaktionen oder der Präsenz anderer Menschen.

Wenn die Angst überhandnimmt, beginnt die Vermeidung. Wenn die Vermeidung das Leben einschränkt, wird aus einer scheinbar harmlosen Eigenart eine psychische Belastung.



## **Lebensmittelaversionen ohne Essstörung**

### **Sensorische Aversionen (Geruch, Konsistenz, Aussehen)**

- Gekochter Fisch wegen Geruch
- Weiches, “schleimiges” Essen wie Pilze, Auberginen oder Okra
- Grießbrei, Joghurt mit “Stückchen” oder Tomatenhaut
- Gekochte Eier wegen Geruch und Konsistenz



## **Kindliche “heikle” Phasen**

- Ablehnung von Gemüse (z. B. Brokkoli, Spinat)
- Nur Nudeln ohne Soße essen wollen
- Alles muss “trocken” oder “nicht gemischt” sein

Diese Phasen sind entwicklungspsychologisch normal und kein Anzeichen einer Störung, solange das Kind wächst, gedeiht und insgesamt ausreichend isst.



## **Kulturelle oder religiöse Ablehnungen**

- Schweinefleisch, Insekten oder Innereien
- Milchprodukte in bestimmten asiatischen Kulturen
- Blutwurst oder rohe Eier aus Ekelgründen

## **Ekelreaktionen nach unangenehmer Erfahrung**

- Keine Mayonnaise mehr nach einer Lebensmittelvergiftung
- Aversion gegen Alkohol nach starker Übelkeit
- Kein “warmes Fleisch” mehr nach schlechtem Erlebnis in der Kantine

Solche Reaktionen sind normalpsychologisch erklärbar und nicht automatisch krankhaft.



## **Individuelle ethische oder moralische Ablehnung**

- Kein Fleisch aus Tierschutzgründen
- Keine industriell verarbeiteten Produkte
- Ablehnung von Zuckerzusätzen oder Farbstoffen



### **Wichtiger Unterschied zu ARFID:**

Bei ARFID liegt eine klinisch relevante Einschränkung der Nahrungsaufnahme mit gesundheitlichen oder psychosozialen Folgen vor – z. B. Untergewicht, Mangelernährung, Angstzustände beim Essen oder Rückzug.

Normale Aversionen verursachen keine signifikanten Folgen für Gesundheit oder soziale Teilhabe.

#### **Kontinuum: Von Aversion zu sozialer Isolation bei ARFID**



*Abbildung 3: Der Übergang von der Aversion gegen bestimmte Lebensmittel zur sozialen Isolation bei ARFID.*



## **Übergang zu sozialer Angst**

Was zunächst wie eine harmlose Lebensmittelvermeidung wirkt, kann in Wirklichkeit Ausdruck einer sozialen Angst sein: der Angst vor sozialer Bloßstellung. Bei vielen Betroffenen zeigt sich ARFID nicht nur als Reaktion auf Geschmack, Geruch oder Konsistenz, sondern als Angst vor dem sozialen Akt des Essens selbst.

Es ist ein schleichender Übergang von der Angst vor dem Essen zur Angst, beim Essen gesehen zu werden. Oft liegt die Ursache in kindlichen Erfahrungen, in Momenten, die scheinbar beiläufig und doch tiefgreifend waren: Das Kind hat sich bekleckert, wurde ausgelacht, kritisiert oder entwertet – vielleicht für etwas, das mit Essen zusammenhing.

Es kann eine unachtsame Bemerkung gewesen sein, eine peinliche Szene in der Schulkantine oder eine entwertende Geste im Familienkreis. Oder auch ein traumatisches Erlebnis, das gar nicht vordergründig mit dem Essen selbst zu tun hatte, das sich jedoch in den Kontext der Mahlzeit einbettete.

Solche Erfahrungen brennen sich ein und hinterlassen eine oft unausgesprochene Angst, beim Essen etwas falsch zu machen, sich zu blamieren, negativ aufzufallen, ausgelacht oder beschämt zu werden. Es geht dann nicht mehr nur um Nahrung, sondern um Kontrolle, Selbstschutz und Vermeidung von Beschämung.

So kann sich eine scheinbar rein sensorisch oder funktional begründete Nahrungsvermeidung zu einer sozialen Angststörung mit essspezifischem Fokus ausweiten. Dieser Übergang wird im Alltag oft übersehen, weil die Scham zu groß ist, um offen darüber zu sprechen.

**Vom Lebensmittel zur sozialen Angst - ein möglicher Übergang bei ARFID**



*Die Abbildung 4 zeigt die Verbindung zwischen ARFID und sozialer Angst.*



## **Komorbidität mit Autismus**

Hier sind die wichtigsten Kriterien für Autismus (im klinischen Sinn: Autismus-Spektrum-Störung, ASS) nach aktuellen internationalen Standards wie DSM-5 und ICD-11:



### **Kernbereich: Soziale Kommunikation und Interaktion**

**Dauerhafte, situationsübergreifende Schwierigkeiten in mehreren der folgenden Punkte:**

- Defizite in sozial-emotionaler Gegenseitigkeit
  - Wenig oder ungewöhnliche soziale Initiativen
  - Schwierigkeiten, auf soziale Angebote anderer zu reagieren
  - Eingeschränkter spontaner Austausch von Gefühlen, Interessen oder Aktivitäten

- Beeinträchtigung der nonverbalen Kommunikation
  - Ungewöhnlicher Blickkontakt, Mimik oder Gestik
  - Schwierigkeiten, Körpersprache oder Tonfall zu verstehen
  - Probleme, nonverbale Signale mit verbalen Inhalten zu kombinieren
- Schwierigkeiten beim Aufbau, Halten und Verstehen von Beziehungen
  - Wenig Verständnis für soziale Regeln und Rollen
  - Schwierigkeiten, Freundschaften zu knüpfen oder zu pflegen
  - Starke Präferenz für vorhersehbare Interaktionen



**Kernbereich: Eingeschränkte, repetitive  
Verhaltensmuster, Interessen oder Aktivitäten**

**Mindestens zwei der folgenden Merkmale:**

- Stereotype oder repetitive Bewegungen / Sprache
  - Händeflattern, Schaukeln, Echolalie, ungewöhnliche Satzmuster
- Festhalten an Gleichförmigkeit
  - Strikte Routinen, ritualisierte Handlungen
  - Starke Belastung bei Veränderungen
- Hochgradig fokussierte Interessen
  - Intensives, oft ungewöhnliches Spezialinteresse (z. B. Fahrpläne, bestimmte Objekte)
  - Umfassendes Faktenwissen in engem Themenbereich

- Ungewöhnliche sensorische Reaktionen
  - Über- oder Unterempfindlichkeit gegenüber Geräuschen, Licht, Berührung, Gerüchen
  - Ungewöhnliche Faszination für sensorische Reize (z. B. Drehbewegungen, Lichter)



## Entwicklungs- und Verlaufsaspekte

- Symptome bestehen seit der frühen Kindheit, auch wenn sie später deutlicher werden.
- Beeinträchtigung in Alltag, Schule, Beruf oder sozialen Beziehungen.
- Die Ausprägung kann sehr unterschiedlich sein – vom hochfunktionalen bis zum stark unterstützungsbedürftigen Bereich.



## Ausschlusskriterien

- Die Symptome lassen sich nicht besser durch intellektuelle Beeinträchtigung oder globale Entwicklungsstörung erklären.
- Häufige Komorbiditäten: ADHS, Angststörungen, Depression, Epilepsie, Essstörungen (u. a. ARFID).



## Gemeinsame Merkmale bei Autismus und ARFID:

- *Sensorische Empfindlichkeit:* Viele autistische Personen zeigen sensorische Überempfindlichkeiten gegenüber Geruch, Geschmack, Textur oder Temperatur von Nahrungsmitteln – genau das ist ein Kernmerkmal des ARFID-Subtyps “sensorisch bedingtes Unbehagen”.



- *Eingeschränkte Nahrungsmittelauswahl:* Sowohl bei Autisten als auch bei ARFID-Betroffenen kann es zu “safe foods” (sichere Lebensmittel) kommen – also einer sehr engen Auswahl an Nahrungsmitteln, die als akzeptabel gelten.
- *Ritualisiertes Essverhalten:* Strikte Gewohnheiten im Essverhalten sind bei Autismus verbreitet – etwa dieselben Speisen zu festen Uhrzeiten zu essen.



Wichtig: Die Diagnose ARFID wird jedoch nicht allein durch das Vorliegen von Autismus gerechtfertigt – es muss eine klinisch relevante Beeinträchtigung vorliegen (z. B. Gewichtsverlust, Mangelernährung, psychosoziale Störung).



- *Angststörungen:* Sehr häufig bei ARFID (70–77 % bei aversivem Subtyp), auch bei Autisten häufig. Dies verstärkt die Problematik.





## WENN ESSEN ANGST MACHT!

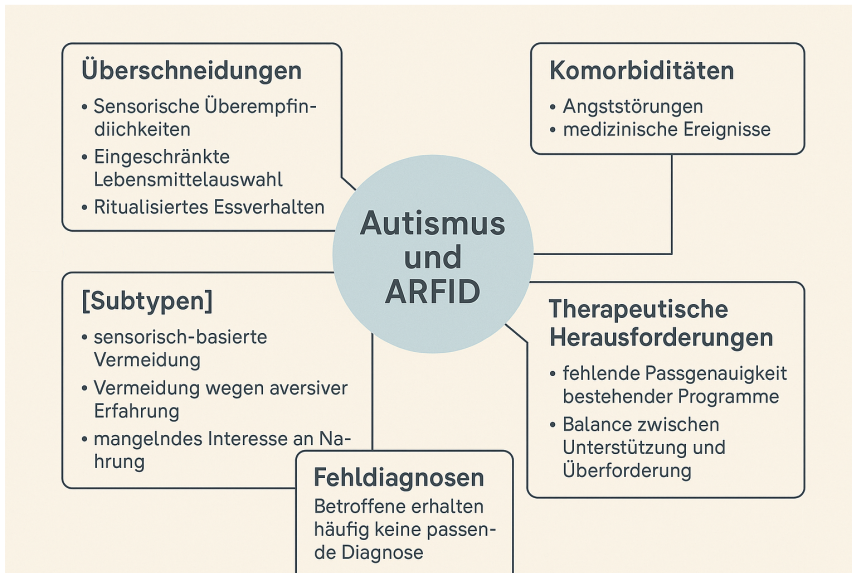
- *Medizinische Ereignisse:* Studien berichten über frühkindliche Traumata, wie um den Hals gewickelte Nabelschnüre oder Fütterprobleme – beides kann bei autistischen Kindern übersehen oder fehlinterpretiert werden.
- *Fehldiagnosen:* Viele Eltern oder Fachpersonen werten auffälliges Essverhalten als bloßes “autistisches Symptom”, was zu Unterdiagnose und fehlender Behandlung führen kann.



Autismus erhöht das Risiko für ARFID zwar signifikant, bedeutet aber nicht automatisch, dass eine Essstörung vorliegt. Der Übergang ist fließend: Viele Autisten bewegen sich zwischen “wählerischem Essen”, ritualisierten Gewohnheiten und klinisch relevanter Essvermeidung.

Entscheidend ist, ob das Verhalten zu einer funktionalen Beeinträchtigung führt, beispielsweise durch Untergewicht, soziale Isolation oder medizinische Komplikationen.





*Abbildung 5: ARFID und Autismus.*



## **ARFID und andere Essstörungen**

Essstörungen äußern sich auf sehr unterschiedliche Weisen. Manche Menschen empfinden Essen als Bedrohung – sie vermeiden es aus Angst, Ekel oder sensorischer Überforderung. Andere essen, um sich zu beruhigen, Nähe zu spüren oder Trost zu finden.

Und wieder andere erleben ein wiederkehrendes Gefühl von Kontrollverlust beim Essen, oft begleitet von Scham und Ohnmacht.

Diese drei Muster – ARFID, emotionales Essen und Binge Eating – folgen je einer eigenen inneren Logik. Wer sie therapeutisch wirksam begleiten will, muss diese Logik verstehen und respektieren.



## **ARFID – Wenn Nahrung zur Bedrohung wird**

ARFID (Avoidant/Restrictive Food Intake Disorder) ist keine “moderne Diätstörung”, sondern ein tief verankertes Vermeidungsmuster. Essen löst hier Angst aus, manchmal sogar Ekel oder panikartige Reaktionen.

Die Ursachen liegen häufig in frühkindlichen Traumata, medizinisch belastenden Erfahrungen (z. B. Erstickung, Operationen), hochgradiger sensorischer Empfindlichkeit oder autistischen Verarbeitungsweisen.

Das Nervensystem dieser Betroffenen ist oft chronisch dysreguliert – der Sympathikus feuert, der Vagus reagiert ebenso häufig mit Schutzmustern wie Erstarrung oder Rückzug. Dazu mehr in Kapitel 3 und 5. Essen wird nicht als Genuss oder Regulation erlebt, sondern als Bedrohung. Affekte wie Angst oder Ekel müssen ferngehalten werden.

Das Ich ist dabei oft früh gestört, nicht reflektierend, schwer erreichbar. Die Beziehung zum Körper ist brüchig oder dissoziiert – der Körper wird eher als Gefahrenmelder denn als Zuhause empfunden.

## **Emotionales Essen – Der Wunsch nach Trost**

Im Gegensatz dazu steht das Muster des emotionalen Essens – oft im Spektrum von Bulimie bis Esssucht. Hier dient Nahrung nicht der Abwehr, sondern der Selbstberuhigung. Betroffene essen, um sich zu regulieren, sich verbunden zu fühlen oder innere Leere zu kompensieren.

Die Auslöser liegen oft in emotionaler Vernachlässigung, andauerndem Stress oder ungelösten Selbstwertkonflikten.

Das reflektierende Ich ist in diesen Fällen meist zugänglich. Das Konzept des “inneren Kindes” kann genauso hilfreich sein wie Selbstmitgefühl oder spirituelle Vorstellungen von Heilung. Der Körper wird nicht als Feind, sondern als Ort der Intuition oder als Träger von Sehnsucht empfunden. Essen fungiert als symbolischer Akt, der Nähe, Halt und Trost verspricht.



## **Binge Eating – Wenn das Ich versagt**

Binge Eating, also das unkontrollierte Überessen in Schüben, ist gekennzeichnet durch plötzliche Impulsdurchbrüche, gefolgt von Schuld, Scham und Selbstverachtung.

## WENN ESSEN ANGST MACHT!

Der Kontrollverlust steht hier im Zentrum. Viele Betroffene berichten von einem Gefühl, nicht mehr “sie selbst” gewesen zu sein, oder davon, “von etwas überrollt” worden zu sein. Essen dient in diesem Fall der Regulation starker, oft aggressiver Affekte – Wut, Verzweiflung, Ohnmacht.

Häufig liegen diesem Muster ungelöste Identitätskonflikte zugrunde. Das Ich wirkt fragmentiert, impulsiv, und pendelt zwischen Überkontrolle und Kontrollverlust. Der Körper wird oft beschämt, entwertet, gehasst. Genuss ist kaum möglich – stattdessen herrschen Zwang, Wiederholung, Dissoziation.

Unterschiede zwischen ARFID, Anorexie und Bulimie

|         |                                               |       |          |         |
|---------|-----------------------------------------------|-------|----------|---------|
|         | Körperbildstörung                             | —     | ✓        | ✓       |
|         | Angst vor Gewichtszunahme                     | —     | ✓        | ✓       |
|         | Restriktives Essverhalten                     | ✓     | ✓        | ✓       |
|         | Essanfälle                                    | —     | —        | ✓       |
|         | Kompensatorisches Verhalten (z. B. Erbrechen) | —     | —        | ✓       |
|         | Nährstoffmangel / Untergewicht                | ✓     | ✓        | —       |
|         | Sensorische Empfindlichkeit                   | ✓     | —        | —       |
|         | Angst vor Essen (z. B. Ersticken)             | ✓     | —        | —       |
|         | Beginn häufig im Kindesalter                  | ✓     | —        | —       |
| Merkmal |                                               | ARFID | Anorexie | Bulimie |

*Abbildung 6: Unterschiede und Gemeinsamkeiten von Anorexie, Bulimie und ARFID.*



## **Anorexie und ARFID**

Ein Mensch entwickelt zunächst eine Anorexie – meist aus dem Bedürfnis nach:

- Kontrolle,
- Grenzsetzung,
- Auflösung diffuser innerer Spannung,
- unbewusster Selbstschutz gegen “zu viel” (Gefühl, Nähe, Chaos).

Der Körper wird Ort der Macht – und des Überlebens.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

Dann passiert das, was man unglücklicherweise als “üblich” beschreiben kann:

- Zwangsernährung, Kalorienpläne, Essdruck,
- körperliche Kontrolle durch andere,
- therapeutische Gespräche, die “Einsicht” wollen.



### **Die Folge: Übergang in eine ARFID-ähnliche Struktur**

Die ursprüngliche Anorexie (als aktive Kontrolle) kollabiert – und wird durch einen Zustand ersetzt, den man in drei Worten zusammenfassen kann:

*Angst. Reizvermeidung. Schutz.*



## Die zwei Gesichter der Essvermeidung

In der ersten Phase einer Anorexie steht oft ein klares inneres Credo im Zentrum: *“Ich kontrolliere mein Essverhalten.”* Diese Kontrolle ist nicht nur eine Maßnahme gegen Gewichtszunahme – sie ist identitätsstiftend.

Nicht zu essen wird zur Quelle von Stärke: *“Ich bin stark, wenn ich nicht esse.”* Der Körper erscheint in dieser Phase nicht als verletzliches Wesen, sondern als kontrollierbare Festung. Emotionale Bedürfnisse – insbesondere das Bedürfnis nach Nähe oder Abhängigkeit – werden verdrängt. Die innere Haltung lautet: *“Ich darf niemanden brauchen.”*

Diese scheinbare Autonomie bröckelt jedoch oft in der posttherapeutischen Phase. Nach Zwangsernährung, stationären Aufhalten oder äußeren Eingriffen bleibt manchmal ein anderer Zustand zurück – einer, der äußerlich “besser” aussieht, aber innerlich oft noch schwieriger zu ertragen ist.

Viele Betroffene erleben dann ein neues, quälendes Gefühl: *“Das Essen kontrolliert mich.”* Was vorher als Disziplin galt, weicht einer tiefen Ohnmacht.

Die Aussage *“Ich fühle mich ohnmächtig beim Essen”* ersetzt den Stolz auf Selbstkontrolle.

In dieser zweiten Phase ähnelt das Erleben häufig dem Bild einer ARFID-Symptomatik: Essen macht Angst, überfordert, ekelte. Wo



vorher ein “Ich esse nicht, weil ich es will” stand, dominiert nun ein “Ich kann nicht essen, selbst wenn ich es will.”

Die alte Willensfestung ist einem fragilen Schutzsystem gewichen. Der Körper wird nicht mehr als beherrschbare Form erlebt, sondern als hyperempfindliches Frühwarnsystem: ein *Gefahrenmelder*, der ständig Alarm schlägt. Was früher als Stärke empfunden wurde, offenbart sich als Schutzpanzer gegen Überwältigung.

Die dahinterliegende Angst ist nicht neu – sie war von Anfang an da. Doch nun wird sie spürbar. Die Aussage *“Ich habe Angst, überwältigt zu werden”* trifft den Kern dieses Zustands. Es ist keine Trotzreaktion mehr, sondern ein feines, verletzliches Erleben, das oft sprachlos macht.

Und, wie in den nächsten Kapitel dargestellt – es kommt zu einer völlig veränderten Aktivierung des Autonomen Nervensystems.



Die neurobiologische Grundlage dieser Entwicklung ist hoch relevant: Das autonome Nervensystem befindet sich bei den Betroffenen dauerhaft in einem Zustand von Hypervigilanz. Der Körper reagiert auf Reize nicht mehr differenziert, sondern generalisiert mit Alarm.

Essen wird – besonders nach Erfahrungen wie Zwangsernährung, therapeutischem Druck oder dem Verlust von Autonomie – als Trigger für Kontrollverlust gespeichert.



Die Gleichung, die sich tief im System einprägt, lautet:

*Essen = Ohnmacht = Gefahr.*

Das bedeutet: Die eigentliche Nahrung wird nicht mehr neutral oder positiv erlebt, sondern ist verkoppelt mit einem körperlich abgespeicherten Bedrohungsmuster. Solange diese Verknüpfung nicht gelöst wird, bleibt jede gutgemeinte therapeutische Intervention – selbst die empathischste – potenziell überfordernd oder retraumatisierend.



Zwischen der scheinbar willentlichen Essverweigerung der Anorexie und der tiefen Überwältigungsangst einer ARFID-ähnlichen Phase liegt keine klare Grenze – sondern ein innerer Wandel.

Was von außen wie Besserung aussieht, kann sich innerlich wie Kontrollverlust anfühlen. Wirkliche Heilung beginnt dort, wo das Nervensystem sich sicher genug fühlt, um überhaupt wieder essen zu *wollen* – und nicht nur zu *müssen*.





Abbildung 7: Der Übergang von Anorexie zu ARFID.



- 
1. Schöffel, 2022
  2. Im Anhang dieses Buches findet sich der EDY-Q Fragebogen mit Erklärung der Auswertung.

3. Das PARDI ist ein strukturiertes, klinisches Interview, das zur Diagnose von Pica, ARFID und Rumination Disorder gemäß DSM-5-Kriterien entwickelt wurde. Es wurde von einem interdisziplinären Forschungsteam um Dr. Jennifer Thomas und Dr. Kamryn Eddy (Harvard Medical School, USA) erstellt.
4. Enteral bedeutet: über den Magen-Darm-Trakt zugeführt. Der Begriff bezeichnet alle Arten der Ernährung, bei denen die Nahrung durch den Mund oder über eine Sonde in den Magen oder Dünndarm gelangt.

---

# DIE FEHLEINSCHÄTZUNG "PHOBIE"

---

A RFID hat sich inzwischen als Diagnose fest etabliert. Geprägt durch den TEDx-Talk<sup>1</sup> von Felix Economakis, der ARFID im Kern als Angst- bzw. Phobiestörung einordnete, dominiert heute die Vorstellung, es handle sich vor allem um eine Angststörung.

Es spricht viel dafür, dass Economakis in seinem Vortrag einen kategorischen Fehler<sup>2</sup> gemacht hat: Er hat ARFID als reine Angst-/Phobiestörung eingeordnet, ohne den physiologischen Unterschied zwischen Sympathikus-Aktivierung und dorsal-vagaler Abschaltreaktion zu berücksichtigen. Dadurch passt seine Beschreibung nicht zu dem, was wir bei ARFID im Körper tatsächlich messen und beobachten können.



In seinem Vortrag ordnet Felix Economakis ARFID als eine Form der phobischen Reaktion ein, allerdings nicht auf Spinnen oder Höhenangst, sondern auf bestimmte Lebensmittel. Er betont, dass Betroffene ein System entwickelt haben, bei dem das Gehirn Nahrungsmittel als Gefahrenobjekte einstuft, weil sie gelernt haben, dass bestimmte Essensreize mit Bedrohung verbunden sind.

Es ist – und dies werde ich in den nächsten Kapiteln auch genauer ausführen – unbestritten, dass Nahrung an sich oder eine bestimmte Art von Nahrung oder der Akt des Essens an sich, bei ARFID zum Trigger für Gefahr geworden ist.

Aber, die Assoziation mit Gefahr wirkt, so Economakis, wie bei klassischen Phobien: Der Körper reagiert unwillkürlich mit Vermeidung, selbst wenn keine reale Gefahr besteht. ARFID ist in seinen Augen demnach eine spezifische phobische Störung gegenüber bestimmten Lebensmitteln, was die Symptome, die Andersartigkeit und die Intensität der Reaktionen erklärt.

Das klingt zunächst plausibel: Ein klarer Auslöser (ein bestimmtes Lebensmittel) erzeugt Angst, Vermeidung und Abwehrreaktionen. Da klassische Phobien durch Sympathikus-Aktivierung gekennzeichnet sind, liegt der Schluss nahe, dass auch ARFID im Kern eine Sympathikusreaktion ist.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

Doch diese Annahme hält einer genaueren Betrachtung der Symptome nicht stand. Bei einer reinen Phobie sehen wir typische Zeichen der Mobilisierung: Herzrasen, schnelle Atmung, Muskelanspannung, Fluchtimpuls.

Das Nervensystem bleibt dabei mobilisiert – Ziel ist, der Bedrohung auszuweichen oder sie zu bekämpfen.

Physiologisch ist das ein *Fight-or-Flight*-Programm.



Die ARFID-Symptomatik zeigt hingegen häufig ein anderes Muster, nämlich Zeichen des Shutdowns bzw. Herunterfahrens. Die typischen Symptome von ARFID können nur im Zusammenhang mit einer starken Aktivierung des dorsalen Zweig des ANS auftreten.



## Was sagen die Betroffenen?

“Ich kann keine Zwiebeln essen. Schon der Gedanke daran *bringt mich zum Würgen.*”

“Als Kind habe ich alles gegessen, *bis ich eine Mandeloperation hatte.* Seither vertrage ich nur noch zwei Lebensmittel.”

“Ich weiß, dass es keine Vergiftung ist. Aber mein Körper reagiert, als ob es *tödlich* wäre.”

“Ich wollte so gern probieren. *Aber mein Körper hat dichtgemacht.*”

“Meine Eltern haben alles versucht: Belohnungen, Drohungen, Bitten. *Es wurde nur schlimmer.*”

“Ich habe mich geschämt, Einladungen abzusagen. *Aber die Angst war größer als der Hunger.*”<sup>3</sup>

Bei einer Analyse dieser Äußerungen fällt auf, dass praktisch immer so über das Essen gesprochen wird, als würde der Körper es als lebensgefährlich empfinden.

Um zu verdeutlichen, was für den Körper der Unterschied zwischen Gefahr und Lebensgefahr ist, hier noch einmal der Kerngedanke der Polyvagaltheorie.<sup>4</sup>

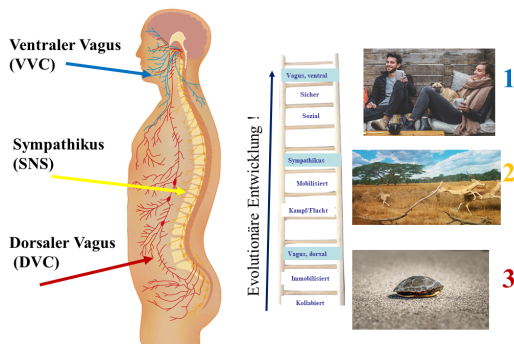




## Polyvagaltheorie und ARFID

Die Polyvagaltheorie (Stephen Porges) beschreibt drei Hauptzustände des autonomen Nervensystems:

- Soziale Verbundenheit (ventral-vagaler Zustand) – Sicherheit, Offenheit, flexible Regulation.
- Mobilisierung (sympathische Aktivierung) – Kampf-/Fluchtreaktion.
- Immobilisierung (dorsal-vagaler Zustand) – Erstarrung, Abschaltung.



*Abbildung 8: Die drei Zweige des ANS und ihr Bezug zu bestimmten Erlebnis- und Verhaltensformen.*

Nach der Polyvagaltheorie gibt es nicht “den Parasympathikus” als eine einheitliche Bremse im Gegensatz zum Sympathikus, sondern zwei funktional verschiedene Äste:

1. *Ventraler Vagus (neu, myelinisiert, Säugetieranteil):*

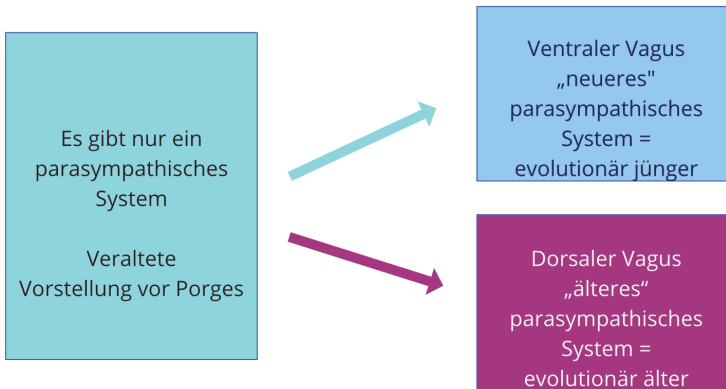
- Aktiv in Sicherheit und sozialer Verbundenheit.
- Unterstützt ruhige Verdauung, offene Mimik, entspannte Stimme.

2. *Dorsaler Vagus (alt, unmyelinisiert, Reptilienanteil):*

- Aktiv bei überwältigender Bedrohung, wenn Kampf oder Flucht nicht möglich sind.
- Führt zu Immobilisierung, Abschalten, Energiesparen – bis hin zu Ohnmacht.
- Bremst massiv die Stoffwechselaktivität, Verdauung und Appetit.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!



*Abbildung 9: Die wichtigste Erkenntnis der Polyvagal-Theorie. Der parasympathische Zweig des Nervensystems besteht nicht aus einem, sondern aus zwei Strängen mit sehr unterschiedlichen Aufgaben.*



### **Appetitverlust ist ein klassisches Zeichen verstärkter dorsaler Vagus-Aktivität:**

- Der Körper drosselt in diesem Zustand alle nicht akut überlebenswichtigen Funktionen.
- Verdauung ist in diesem Moment nicht Priorität – Energie wird “eingefroren” oder für Notfallprozesse gespart.

- Subjektiv fühlt es sich an wie:
  - kein Hunger
  - Abneigung gegen Essen
  - manchmal sogar Übelkeit beim Gedanken an Nahrung



- Dieser Mechanismus macht evolutiv Sinn in Situationen massiver Bedrohung:
  - Verdauung braucht Ruhe und Sicherheit.
  - Wenn Lebensgefahr wahrgenommen wird, verschiebt der Körper die Ressourcen – Verdauung wird deaktiviert, bis die Gefahr vorbei ist.



Dorsal-vagale Aktivierung bedeutet: Der Körper reagiert so, als könne er der Gefahr nicht entkommen: er schaltet Nahrungsaufnahme ab, *als wäre sie unmittelbar lebensgefährlich.*



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

| Einschätzung<br>des Stimulus als: | Defensivstrategie des Systems:            |
|-----------------------------------|-------------------------------------------|
| Sicher                            | Fawn (Beschwichtigen,<br>Verhandeln)      |
| Gefährlich                        | Fight/Flight<br>(Kampf oder Flucht)       |
| Lebensgefährlich                  | Freeze – Faint<br>(Schockstarre/Ohnmacht) |

*Abbildung 10: Verschiedene Reaktionen des ANS, je nach Einschätzung der Gefahrenlage.*



## Warum das bei ARFID wichtig ist

Bei ARFID kann eine bedeutungsbezogene Bedrohung ( “Zwiebel = Gefahr”) das Nervensystem in einen dorsal dominierten Zustand bringen:

- Verdauungsfunktion wird gehemmt → Appetitverlust.
- Schutzreflexe werden verstärkt → Würgereflex bei Kontakt mit bestimmten Lebensmitteln.
- Das passiert, obwohl objektiv keine physische Gefahr besteht – der Körper reagiert so, als wäre der Reiz lebensbedrohlich.

Das ist *Freeze/Shut-down*, nicht Fight-or-Flight.



Das bedeutet: Was äußerlich wie eine Phobie aussieht, ist physiologisch oft kein reiner Kampf-oder-Flucht-Zustand, sondern ein Wechsel – häufig von einer kurzen Angst- und Alarmphase in einen Shutdown-Modus.



## **ARFID ist oft ein hybrider Zustand:**

- *Sympathikus*: Erwartungsangst, Hypervigilanz, Vermeidung im Vorfeld.
- *Dorsal-vagaler Vagus*: unmittelbare Essensverweigerung oder Würgereaktion beim Kontakt mit dem Trigger.



Für Außenstehende sieht es wie eine Phobie aus, weil ein klarer Auslöser (bestimmtes Essen) eine unwillkürliche Abwehrreaktion auslöst. Auch Betroffene selbst beschreiben oft “Angst vor” dem Lebensmittel.

Aber: Die Angst ist häufig nicht die vordergründige Körperreaktion, sondern eher das mentale Etikett, das später auf den Reflex gesetzt wird. Mehr dazu in Kapitel 4.

*In vielen Fällen kommt die dorsale Reaktion vor dem bewussten Angstgefühl.*



Die Angst vor dem Essen mag den Prozess anstoßen, aber das eigentliche Essvermeidungsverhalten wird nicht durch dauerhafte Sympathikusaktivierung aufrechterhalten, sondern durch parasympathische Hemmung. Wer ARFID ausschließlich als Sympathikusproblem versteht, übersieht damit den zentralen Mechanismus, der das Essverhalten blockiert.



## **Probleme in der Behandlung**

Wie ist es zu diesem gravierenden Fehler in der Wahrnehmung einer weitgehend unbekannten Erkrankung gekommen?

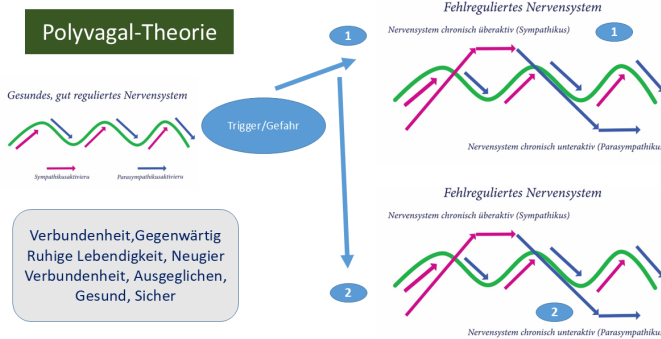
Economakis sieht im Vorabstadium (Erwartungsangst, Vermeidung) die sympathische Aktivierung → schließt daraus: *Phobie*. Er übersieht, dass im Moment der Konfrontation mit dem Lebensmittel die Reaktion kippt: von sympathisch in dorsal-vagal.

Das ist ein bekanntes Muster aus der Polyvagaltheorie (*high activation* → *sudden shutdown*), aber in der klassischen Phobie-Logik kommt dieser zweite Schritt nicht vor.

Diese beiden Muster sind nicht identisch und folgen unterschiedlichen autonomen Strategien.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!



*Abbildung 11: Unter Stress versucht das ANS zunächst, den Körper zu mobilisieren, also Kampf oder Flucht. Gelingt das nicht, fährt es in den Shutdown- bzw. Freeze-Zustand herunter. Wie schnell dies erfolgt, hängt von den Ressourcen des jeweiligen Individuums ab.*



## Fokus auf Kognition, Vernachlässigung autonomer Reaktion

Economakis behandelt ARFID wie eine phobische Angstreaktion (Sympathikusdominanz), die durch eine veränderte Wahrnehmung aufgelöst werden kann.

Eine Sympathikusaktivierung, wie sie bei einer klassischen Phobie auftritt, ist, wie dargestellt, ein Mobilisierungsprogramm: Der

Herzschlag, die Atmung und die Muskelspannung steigen, da sich der Körper auf Flucht oder Abwehr vorbereitet. Dieser Zustand ist hocherregt, aber oft noch für kognitive Interventionen zugänglich. Wenn sich die Bedrohung als ungefährlich herausstellt, kann die Aktivierung relativ rasch abklingen. Therapien setzen hier oft auf Exposition, kognitive Neubewertung und Habituation, um das Angstsystem gewissermaßen “umzulernen”.

Eine dorsale Abschaltreaktion ist dagegen ein völlig anderes biologisches Programm: Das Nervensystem stuft die Situation als unentrinnbar und potenziell lebensgefährlich ein. Anstatt zu kämpfen oder zu fliehen, fährt der Körper über den unmyelinisierten dorsalen Vagus lebenswichtige Funktionen herunter, darunter Verdauung, Muskelkraft und manchmal sogar Wahrnehmung. Diese Reaktion ist körperlich und unwillkürlich. Sie lässt sich nicht einfach durch logisches Denken oder positives Umdeuten “abschalten”.

In der Polyvagaltheorie gilt die dorsale Abschaltung als Traumareaktion: Das System reagiert so, als stünde das Überleben unmittelbar auf dem Spiel. Für die Behandlung bedeutet dies, dass körperorientierte, traumasensible Methoden erforderlich sind, die dem Nervensystem wieder Zugang zu Sicherheit und Regulation verschaffen. Es braucht also mehr als nur kognitive Arbeit. Wer ARFID mit dorsal-vagaler Komponente ausschließlich wie eine Phobie behandelt, greift daher am Kernmechanismus vorbei.

## **Einzelereignis oder Beziehungsgeschehen?**

In den vorangegangenen Abschnitten wurde die Frage noch nicht beantwortet, warum manche Kinder oder Erwachsene nach einer einmaligen negativen Erfahrung – etwa einer Mandeloperation oder einer traumatischen Mahlzeit – innerhalb weniger Tage wieder völlig normal essen können, während bei anderen eine langanhaltende oder chronische Vermeidung entsteht.

Die erlernte Bedeutungszuweisung allein reicht häufig nicht aus, um die Dauerhaftigkeit der Reaktion zu erklären.

Es kommt ein weiterer Faktor hinzu – und dieser liegt oft nicht im Lebensmittel selbst, *sondern im Beziehungs- und Lebensumfeld des Kindes.*

Das bedeutet: Die Wahrscheinlichkeit, dass ein Kind eine einmalige körperliche oder schmerzhaftige Erfahrung (z. B. eine Mandeloperation) zu einem dauerhaften, angstbesetzten Essmuster verknüpft, steigt deutlich, *wenn das Beziehungssystem selbst Unsicherheit, Misstrauen oder Angst erzeugt.*

Ein “angstbereiter Körper” – geprägt durch ständige Anspannung, kritische oder bedrohliche Interaktionen und fehlende emotionale Sicherheit – ist besonders empfänglich für die Ausbildung und Festigung solcher Bedeutungsnetze. In einem sicheren Umfeld kann eine unangenehme Einzelerfahrung schnell als “einmalig” abgespeichert

werden. In einem unsicheren oder angstbesetzten Umfeld dagegen wird sie zum Anker für eine generalisierte, langfristige Vermeidung.

In Kapitel 5 werde ich zeigen, dass der eigentliche Auslöser für ARFID häufig nicht das Einzelereignis an sich, sondern das Einzelereignis *innerhalb eines bestimmten Beziehungsgeschehen ist*.

Die Wahrnehmung von ARFID als eine Art Phobie unterschätzt, dass eine chronische Angstbereitschaft oft aus dem Beziehungssystem stammt (Bindungsunsicherheit, Dauerstress), wodurch das Nervensystem überhaupt erst so anfällig für gelernte Essensbedrohungen wird. Und hier macht es einen gewaltigen Unterschied, ob jemand etwas als gefährlich bzw. lebensgefährlich einschätzt.

Ohne diesen Kontext bleibt die Behandlung symptomzentriert, nicht ursachenorientiert. Mehr dazu in Kapitel 6.



Economakis' Methode der Umdeutung von Wahrnehmung kann in manchen Fällen funktionieren, da sie die Bedeutung des Triggers und somit auch die Angst verändert. Sie blendet jedoch, wie dargestellt aus, dass ARFID bei vielen Betroffenen nicht nur Angst, sondern eine autonome Schutzabschaltung ist. Dieses Muster kann nicht vollständig mit rein kognitiver Arbeit aufgelöst werden.

Suggestion oder kognitive Umdeutung können kurzfristig "Mut" erzeugen, ein Lebensmittel zu probieren. Wenn jedoch das autonome

Nervensystem bei späteren Triggern wieder dorsal reagiert, ist das Essverhalten oft nicht stabil. Ohne gezielte körperbasierte Regulation (z. B. Polyvagal-Interventionen, somatische Exposition) bleibt das Risiko für Rückfälle hoch.



Economakis berichtet viel von Erfolgen in einer Stunde. Erfolg ist für ihn: Die Betroffenen können – mindestens kurzfristig – wieder etwas mehr oder auch in Gesellschaft essen.

Für einige Betroffene ist es sicherlich wichtig, endlich wieder ausreichend essen zu können, um nicht in eine Klinik eingewiesen zu werden. Und natürlich ist es wichtig, wieder neue Lebensmittel ausprobieren zu können.

Der vorübergehende Wegfall der Symptomatik bedeutet für viele Betroffene erst einmal eine Erlösung. Eine vollständige Heilung ist es jedoch nicht.



2. Ein kategorischer Fehler (engl. category mistake) bedeutet, dass etwas in die falsche gedankliche Schublade einsortiert, also einer Kategorie zugeordnet wird, zu der es logisch oder inhaltlich nicht gehört. Der Begriff stammt ursprünglich aus der Philosophie, insbesondere von Gilbert Ryle, und beschreibt einen Denkfehler, bei dem Merkmale oder Regeln einer Kategorie auf etwas angewendet werden, das gar nicht zu dieser Kategorie gehört. Wenn man ARFID in die Kategorie „Phobie“ einordnet, weil es oberflächlich ähnlich wirkt (Auslöser → Angst → Vermeidung), macht man einen kategorischen Fehler, wenn die zugrunde liegenden Mechanismen nicht denen einer Phobie entsprechen.
3. Alle diese Äußerungen stammen von Klienten oder aus Videos von Betroffenen auf verschiedenen sozialen Netzwerken.
4. Jochims, 2025

---

# BEDEUTUNGSZUWEISUNG

---

**S**tell Dir vor, ein Kind isst voller Begeisterung Spaghetti Bolognese. Der Teller ist fast leer, der Körper satt und zufrieden. Dann sagt die Mutter beiläufig: “Übrigens, heute habe ich gehackte Zwiebeln hineingetan.” Einen Augenblick später hängt das Kind über dem Waschbecken und erbricht sich heftig.

Was ist passiert? Der Geschmack hat sich nicht verändert, die Zwiebeln waren bereits im Magen, und doch reagiert der Körper, als hätte das Kind ein giftiges Pilzgericht zu sich genommen. Dieses Beispiel zeigt, wie stark unsere Wahrnehmung und die damit verknüpfte Bedeutung körperliche Reaktionen steuern können.

In der Lernpsychologie spricht man in einem solchen Fall von einer gelernten Bedeutungszuweisung: Ein Reiz – in diesem Fall “Zwiebeln” – wird mit “Gefahr” verknüpft, unabhängig davon, ob objektiv eine

Gefahr besteht. Das Nervensystem muss nicht prüfen, ob dies zutrifft. Es reagiert reflexartig, um das Überleben zu sichern.

Für von ARFID Betroffene bedeutet das: Die Essensvermeidung ist oft nicht die Folge einer realen Gefahr, sondern einer übernommenen und/oder selbst entwickelten Bedeutungsbewertung, die tief im Körpergedächtnis verankert ist. Und genau hier beginnen die scheinbar absurden Angstbewältigungsstrategien: von komplizierten Essensritualen über das Meiden ganzer Lebensmittelgruppen bis hin zum völligen Rückzug aus Essenssituationen.

Von außen wirken diese Strategien übertrieben oder unlogisch. Aus Sicht des Nervensystems sind es jedoch Verteidigungsmaßnahmen, um die innere Ordnung, die Homöostase, wiederherzustellen. Der Körper tut alles, um die als gefährlich markierte Erfahrung zu vermeiden, selbst wenn diese Einschätzung auf einem längst überholten oder missverstandenen Zusammenhang beruht.

Eines der Probleme bei ARFID im echten Leben ist, dass das Verhalten der Betroffenen von Außenstehenden oft als absurd, neurotisch und/oder trotzig empfunden wird. Für die Betroffenen und ihren Körper ist es jedoch die einzig sinnvolle Reaktion auf eine angeblich grauenhafte, lebensbedrohliche Gefahr.

Für Außenstehende ist das oft schwer zu verstehen, denn der Abstand zwischen einem Teller Spaghetti Bolognese und einem echten Giftpilz scheint zu groß. Doch wer ARFID erlebt, lebt nicht in dieser Distanz.



Für die Betroffenen ist das Unbekannte, das Neue, das nicht absolut Vertraute ein potenzieller Angriff.



## **Erlernete Bedeutungszuweisungen versus primäre sensorische Verarbeitung**

Oberflächlich betrachtet wirkt es bei ARFID und ähnlichen Essproblemen oft so, als handle es sich um eine Störung der sensorischen Verarbeitung: Der Geruch, die Konsistenz oder der Anblick bestimmter Lebensmittel scheinen sofort eine körperliche Abwehrreaktion auszulösen – Würgen, Erbrechen, Ekel. Doch häufig ist dieser Zusammenhang nicht primär sensorisch, sondern das Ergebnis *einer gelernten Bedeutungszuweisung*.

Eine solche Bedeutungsgebung wird auch als *komplexe Äquivalenz* beschrieben.

Eine komplexe Äquivalenz bedeutet in der Psychologie und Sprachmusterlehre (z. B. NLP), dass jemand zwei Ereignisse oder Wahrnehmungen gleichsetzt, obwohl sie objektiv nicht zwingend gleichbedeutend sind.

Beispiel:

“Du hast mein Geschenk nicht benutzt. Das heißt, Du magst mich nicht.”

Hier wird ein Verhalten (Geschenk nicht benutzen) automatisch mit einer Bedeutung (Ablehnung) *gleichgesetzt*.

Entscheidend ist: Die Gleichsetzung ist durch Konditionierung im Gehirn des Sprechers entstanden und existiert in der realen Welt nicht. Der Fakt, das Geschenk wurde nicht benutzt, existiert als Fakt in der realen Welt, *aber die Gleichsetzung ist ein Konstrukt*.

Der Sprecher nimmt jedoch häufig an, dass diese Gleichsetzung in der realen Welt als Fakt außerhalb seiner selbst existiert, und ist dann seiner eigenen Bedeutungsgebung hilflos ausgeliefert. Erst die Erkenntnis, dass es sich hierbei um eine von ihm geleistete Bedeutungsgebung handelt, ermöglicht Veränderungen.

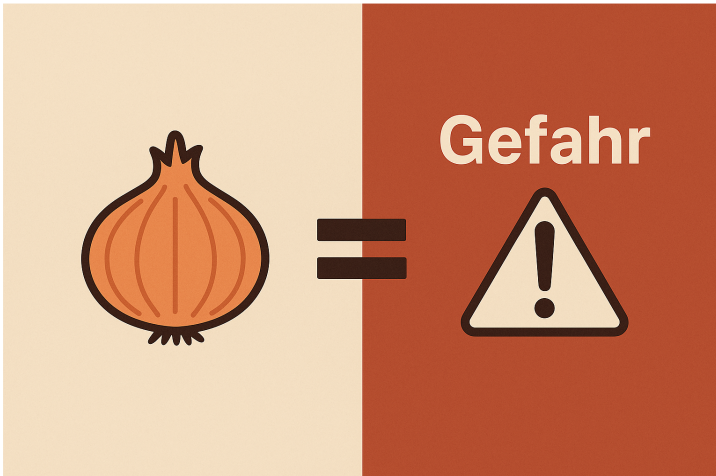


Gleiches gilt im Bereich des Essens.

Der Reiz (z. B. der Geruch einer Zwiebel) wird im Gehirn mit einer negativen, oft bedrohlichen Bedeutung verknüpft – und genau diese Bedeutung prägt dann die Wahrnehmung. Die sensorische Erfahrung ist also nicht “neutral”, sondern gefärbt *von der erlernten Interpretation*.

Die sensorische Erfahrung existiert als Fakt, die Zwiebel existiert als Fakt, aber die Bedeutungsgebung ist im Gehirn des Betroffenen entstanden.





*Abbildung 12: Zwiebeln existieren in der realen Welt. Für die meisten Menschen stellen sie jedoch keine Gefahr dar.*

• • • • •

*Der entscheidende Auslöser ist dann nicht der sensorische Reiz an sich, sondern die Bedeutung, die dem Reiz zugeschrieben wird.*

Das ist im Grunde eine gute Botschaft. Denn es ist nachgewiesen, dass das Gehirn diese Bedeutungszuschreibung ändern kann. Wenn die Bewertung von “gefährlich”, bzw. “lebensgefährlich” zu “ungefährlich, nur ungewohnt” verschoben wird, verschwinden die körperlichen Abwehrreaktionen oft ebenso schnell, wie sie gekommen sind.

• • • • •

## Die Abgrenzung ist wichtig:

- *Primäre sensorische Verarbeitung* bedeutet, dass die Reaktion direkt aus der Sinnesverarbeitung entsteht (z. B. eine echte Geschmacks- oder Geruchsempfindlichkeit ohne gelernten Kontext).
- *Erlernte Bedeutungszuweisung* bedeutet, dass die sensorische Wahrnehmung selbst durch ein gespeichertes Bedeutungsnetzwerk verändert wird. Das Gehirn “sieht”, “riecht” oder “schmeckt” dann nicht nur den Reiz, *sondern auch seine gelernten Assoziationen.*



In vielen Fällen, die zunächst wie eine sensorische Störung wirken, ist diese Bedeutungsebene der eigentliche Hebel für Veränderung – und damit auch der Ansatzpunkt für therapeutische Arbeit.



## Angst und Angstbewältigung

Betroffene Kinder oder Erwachsene können beispielsweise nur das Weiße im Brot essen; nur dann essen, wenn gleichzeitig ein Video läuft, nichts, was sich auf dem Teller schon “berührt” hat, kein Weißes, kein Gelbes oder kein Grünes. Nur Fischstäbchen, nur Kartoffeln. Nur sichere Lebensmittel.

Sie beharren eisern auf ihren Ritualen – zur Verzweiflung ihrer Partner, Betreuer und Eltern, denen diese Rituale hinderlich, neurotisch oder bestenfalls überflüssig vorkommen. Aber aus ihrer Sicht sind diese Rituale Methoden, um eine Gefahr zu bannen, die für sie sonst tödlich enden könnte. Es sind Methoden zur Wiederherstellung der Homöostase. *Es sind die Rituale, die ihnen helfen, sich selbst zu beruhigen.*

Und deshalb hilft “Einsicht” hier auch nicht, solange keine Sicherheit erreicht wurde, die der eigentlichen Angst begegnet. Einsicht ist vielleicht manchmal ein erster Schritt, kann aber auch die Scham steigern, weil man es ja angeblich jetzt besser weiß und sich deshalb ändern sollte.

Wenn es dem Nervensystem mithilfe der Vorstellung gelingt, dass gelbes Essen vermieden werden muss, weil es gefährlich ist, sich zu beruhigen, dann gibt dies demjenigen, der diese Regel anwendet, ein Minimum an Kontrolle über seinen körperlichen und emotionalen Zustand.

Und deshalb beharren die Betroffenen auf Vermeidung bzw. Ritualen, obwohl sie häufig *kognitiv* wissen, dass die formulierten Zusammenhänge faktisch falsch sind. Gelbes Essen ist nicht per se gefährlich, nur weil es gelb ist. Aber das Einhalten der Regel gibt ein Gefühl der Kontrolle, und das ist belohnend. Sie baut Stress ab. Die Regel nützt also, auch wenn sie nach Ansicht von Ernährungsexperten falsch ist.

Der Versuch, die Ungefährlichkeit von Nudeln dem Kind oder dem Erwachsenen gegenüber zu betonen, nützt also überhaupt nichts. Entscheidend ist die Vorstellung, es wäre so, *und die hilft dem betroffenen Kind oder dem betroffenen Erwachsenen.*

Das Gehirn des Betroffenen hat bereits eine Reaktion auf echte oder vermeintliche Gefahren ausgelöst, noch bevor die Vernunft diese überhaupt bewerten kann. Der Grund ist, es gibt im Gehirn eine bestimmte Reihenfolge der Verarbeitung von Sinnesreizen.

Bevor die Betroffenen es überhaupt wissen, wurde eine Stressreaktion ausgelöst.



## Die Reihenfolge der Verarbeitung

Das Gehirn ist so aufgebaut, dass Sinnesreize zunächst durch die schnelleren, evolutionär älteren Zentren, vor allem die Amygdala, laufen, bevor der Neokortex, der für bewusste Einsicht und logisches Denken zuständig ist, eingreifen kann. Diese schnelle “Gefahrenerkennung” dient dem Überleben, da sie es ermöglicht, dass wir in Bruchteilen einer Sekunde eine Schutzreaktion starten, ohne erst nachzudenken.

Ist es einmal zu einer Angst-Konditionierung gekommen, löst der Anblick der vermeintlichen Gefahr bereits eine Reaktion aus, bevor der Neokortex – und damit Ratio und Logik – überhaupt eingreifen kann.

Sobald ein Bedeutungszusammenhang einmal etabliert wurde, löst ein Sinnesreiz eine Stressreaktion in Bruchteilen von Sekunden aus, *BEVOR der Neokortex eingreifen kann. Tiefere Gehirnzentren bekommen die INFORMATION ZUERST.* Sie reagieren schnell und sind auf kurzfristige Lösungen aus, sind aber nicht zu ausführlichen Überlegungen in der Lage.

Es wirkt so, als ob der Sinnesreiz das Verhalten auslöst, in Wahrheit ist es die UNBEWUSSTE Bedeutungsgebung, die den Sinnesreiz *interpretiert.*



Für ARFID bedeutet das: Die Abwehrreaktion auf bestimmte Lebensmittel oder Essenssituationen wird oft ausgelöst, bevor der Betroffene überhaupt bewusst versteht, was passiert. Der Körper ist bereits in Alarm oder Shutdown, bevor der Verstand die Chance hat, die Situation zu überprüfen.

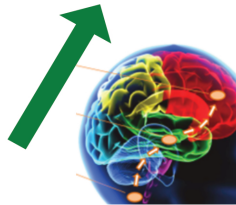
Deshalb wirken logische Erklärungen ( "Das ist nicht gefährlich") häufig wirkungslos – das Problem liegt nicht im fehlenden Wissen, sondern in der unwillkürlichen, tief verankerten Schutzlogik des Nervensystems.

**Frontallappen**  
*Ermöglicht die Fähigkeit, rational zu denken,  
aufsteigende Impulse zu hemmen.  
Was kann ich daraus lernen? = 3*

**Limbisches System**  
*Gefühle werden erzeugt und verarbeitet.  
Werde ich geliebt? = 2*

**Hirnstamm**  
*Schätzt sensorischen Input daraufhin ein,  
ob die Situation sicher ist oder nicht.  
Bin ich sicher? = 1*

*Die Reise eines Sinneseindrucks  
durch das Gehirn: von unten  
nach oben, von alt zu neu!*



*Abbildung 13: Jeder Sinneseindruck durchläuft eine Art Reise durch das Gehirn, bevor er möglicherweise bewusst wird. Unser evolutionär älteres Gehirn erhält die Informationen zuerst und entscheidet über die Art der Reaktion, bevor der bewusste Verstand eingreifen kann.*





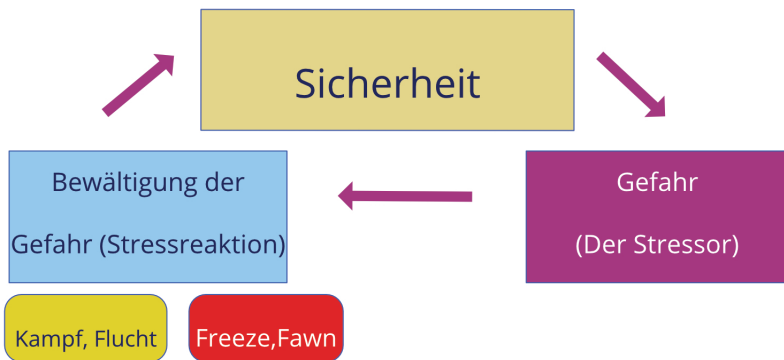
## WENN ESSEN ANGST MACHT!

Die ausgelöste Reaktion ist immer eine Stressreaktion, die kurzfristig und intensiv ist und das alleinige Ziel hat, die Betroffenen wieder in Sicherheit zu bringen.

Die Methode, um dies zu erreichen, ist häufig ein Ritual (Fawn), Erstarren (Freeze), die Vermeidung (Flucht) oder die offene Ablehnung (Kampf).



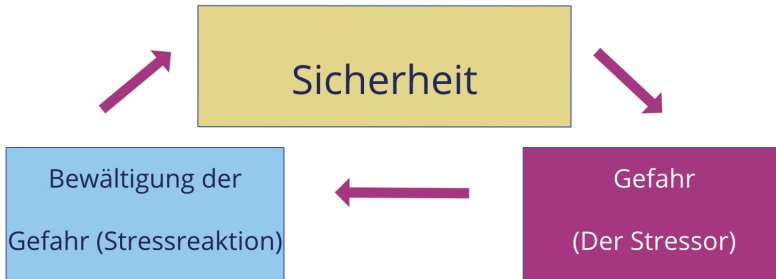
### Homöostatischer Regelkreis



*Abbildung 14: Egal wie Stressreaktionen sich konkret manifestieren, sie haben immer nur ein Ziel: die Wiederherstellung der Homöostase, also Sicherheit.*



## Homöostatischer Regelkreis



Nur das Weiße vom Brot, nur mit laufendem Video,  
möglichst wenig, nur sichere Lebensmittel, nie gelbe  
Lebensmittel usw.

*Abbildung 15: Die bei ARFID beobachteten Rituale sind Maßnahmen des Nervensystems, um die Homöostase und damit die Sicherheit wiederherzustellen.*



Wenn man ein Kind oder einen Erwachsenen mit ARFID zwingt, obwohl er oder sie seine Angst nur bewältigen kann, indem er beispielsweise nur das Weiße im Brot oder nie gelbe Nudeln isst oder bei Zwiebeln immer erbrechen muss, dann bringt man ihn oder sie auf der Ebene des Nervensystems in Lebensgefahr – auch wenn das faktisch natürlich nicht stimmt und er oder sie das eventuell kognitiv sogar einsieht.

Machtkämpfe bringen absolut nichts. Ebenso wenig bringt es etwas, glücklich im Internet zu posten, man habe nun endlich eine Nahrung gefunden, die das Kind essen könne. Hier ist der Markenname.

ARFID ist ein Problem des impliziten Gedächtnisses und kein Problem der Kognition, Logik und des vernünftigen Verhaltens. Es sind Überlebensreaktionen und die sind Argumenten sehr häufig nicht zugänglich.

Die Folge eines Vorgehens mit Gewalt, Unverständnis und Zwang sind furchtbare Machtkämpfe, die Familien und/oder andere Beziehungen bis zum Zerschlagen belasten können.

Es muss eine andere Strategie geben.



## **Angst und Furcht**

Wie dargestellt, entsteht die Bedeutungszuweisung zunächst im Gehirn – oft noch bevor wir uns dessen bewusst sind. Ein Reiz wird unwillkürlich eingeordnet, bewertet und mit einer Bedeutung versehen. Die Zwiebel wird zur Gefahr, das gelbe Essen zur Bedrohung.

Diese Bedeutungszuweisung kann sich unmittelbar als Angst im Körper bemerkbar machen, lange bevor der Neokortex – also unser bewusstes, reflektierendes Denken – eingreifen und die Situation relativieren oder neu bewerten kann.

Die Frage, die sich stellt ist: Warum entwickeln manche Menschen einen angstbesetzten Bedeutungszusammenhang? Und warum nicht andere? Das ist eine wichtige Frage.



Aus evolutionärer Sicht sind Furcht und Angst ganz natürliche Reaktionen unseres Gehirns auf wahrgenommene Bedrohungen. Es sind Gefahrensignale.

Sie können jedoch auch chronisch werden und das Leben stark einschränken. Um besser damit umgehen zu können, lohnt es sich, die zugrunde liegenden neuronalen Mechanismen zu verstehen, denn dieses Wissen kann dabei helfen, wieder mehr Kontrolle über den eigenen Geist zu erlangen.

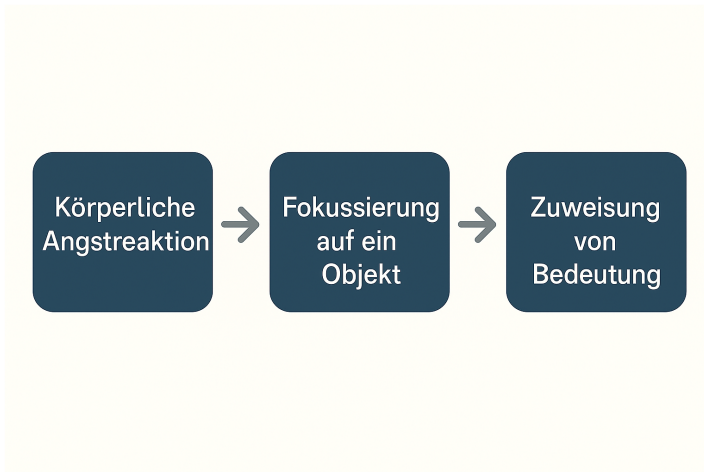


## WENN ESSEN ANGST MACHT!

Ein wichtiger erster Schritt ist die Unterscheidung zwischen Angst und Furcht. Im Alltag werden beide Begriffe oft synonym verwendet, doch für die Arbeit mit Betroffenen ist diese Differenz entscheidend.

- *Angst* zeigt sich in körperlichen Symptomen wie schwitzenden Händen, schnellem Herzschlag, trockenem Mund und beschleunigtem Puls. Dieses Gefühl ist uns allen bekannt – doch bei Angst gibt es kein konkretes Objekt. Es ist ein Zustand, in dem wir uns beispielsweise angespannt fühlen, ohne zu wissen, warum. Die physiologische Erregung ist vorhanden, *aber es gibt nichts, woran sie sich festmachen lässt.*
- *Furcht* fühlt sich im Körper identisch an – Herzrasen, schwitzende Hände, trockener Mund –, ist aber mit einer konkreten Geschichte verknüpft. *Es gibt ein klares “Wovor”:* “Ich werde gleich von einem Löwen angegriffen”, “Ich muss gleich eine wichtige Präsentation halten” oder “Ich stehe kurz davor, ein Unternehmen zu gründen”.





*Abbildung 16: Der Weg vom Grundgefühl der Angst als Resultat einer Bindungserfahrung ohne ausreichende Sicherheit hin zur Furcht "vor" etwas.*



Diese Unterscheidung ist wichtig, da für Angst ohne konkretes Objekt kaum direkte Interventionen möglich sind. Angst ist ein diffuser Zustand von "Alles ist jederzeit potenziell gefährlich, und ich bin nicht sicher". Bei Furcht hingegen können wir das konkrete Objekt identifizieren und dann gezielt prüfen, welche Handlungsoptionen uns zur Verfügung stehen.

Der springende Punkt ist: Sowohl Klienten als auch Behandler haben bei unspezifischen Ängsten, bei generalisierter Angst, das dringende Bedürfnis, diese Angst an eine spezifische Situation oder ein spezifisches

Objekt zu binden und der so entstandenen Geschichte zu glauben. Furcht ist Angst plus Geschichte. Furcht ist Angst plus Etikett. Das Etikett macht eine vage, generalisierte Angst erträglicher. Ich habe Angst vor gelben Nudeln, grünen Erbsen oder Fischstäbchen. Es gibt eine Geschichte dazu, einst habe ich mich mit einer Mahlzeit aus Fischstäbchen vergiftet.

Aus ernährungswissenschaftlicher Sicht ist es unsinnig, wenn der Betroffene Furcht vor gelben Nudeln hat und nur sehr, sehr wenige Fischstäbchen kommen verdorben aus der Packung.

Aber wenigstens haben wir, die beauftragten Behandler, eine Geschichte, mit der wir arbeiten können. Als Behandler haben wir ein Waffenarsenal an Phobietechniken, kognitiven Umdeutungen und allen möglichen anderen Methoden. Wir haben etwas Konkretes in der Hand.

Nur kann die Geschichte unsinnig sein, zufällig entstanden und mit dem eigentlichen Problem wenig zu tun haben.



*Das menschliche Gehirn ist nicht auf Erfolg programmiert.*

Das menschliche Gehirn ist in erster Linie auf Überleben ausgerichtet. Die oberste Aufgabe des menschlichen Gehirns ist es nicht, dafür zu sorgen, dass sich eine Person gut fühlt.

Es geht darum, sie am Leben zu erhalten. Aus evolutionärer Sicht ist Angst adaptiv und funktional. Wenn wir sie nicht hätten, wüssten wir nicht, wann wir zu etwas Nein und wann wir zu etwas Ja sagen sollten.

Und weil der Mechanismus von Angst und Furcht auf das Überleben ausgerichtet ist, kann man ein Problem nicht wirklich lösen, wenn das Gehirn im Überlebensmodus ist. Dieser Überlebensmodus wird in Kapitel 6 beschrieben.



Gerade bei ARFID erklärt das, warum Betroffene oft sagen: *“Ich weiß doch, dass es nicht gefährlich ist – aber mein Körper macht trotzdem zu.”*

Der Körper reagiert auf tieferer Ebene, bevor der Verstand eingreifen kann. Bei ARFID ist das Gehirn oft nicht im Modus von Neugier, Genuss oder Exploration, sondern im Überlebensmodus.

Das Nervensystem reagiert in diesem Modus auf bestimmte Lebensmittel, Esssituationen oder Sinneseindrücke so, als wären sie *faktisch* gefährlich. Diese Reaktion ist nicht willkürlich, sondern entspricht einer evolutionär tief verankerten Funktion: Angst schützt uns vor Risiken.



Was ist die Lösung? Wir müssen die Gehirnaktivität in die logischen Teile unseres Gehirns, den Frontalkortex, verlagern. Denn mit Logik kann man eine Kampf-, Flucht- oder Erstarrungsreaktion nicht lösen. Wer schon einmal versucht hat, sich aus einer Panik herauszudenken, weiß, dass das nicht funktioniert.

Eine mögliche Lösung besteht darin, die Angst von ihrer Geschichte abzulösen. Anstatt sie lediglich als Reaktion auf ein bestimmtes Objekt zu betrachten, *können wir sie als Signal verstehen, das in einer Bindungssituation entstanden ist.*

Betrachten wir die Angst auf diese Weise, eröffnet sich ein neuer Zugang: Wir fragen nicht mehr nur “Wovor habe ich Angst?” oder “Wovor hat mein Klient Angst?”, sondern auch “Mit wem oder in welcher Beziehung habe ich/mein Klient diese Angst gelernt?”. Das führt zu der Frage nach Bindungssicherheit, die ich im nächsten Kapitel ausführlich diskutieren werde.



---

# BINDUNGSSTILE UND ARFID

---

Wie dargestellt, sind Überlebensreaktionen wie Kampf, Flucht, Erstarrung oder Anpassung keine zufällig entstandenen Muster. Es handelt sich um tief im Nervensystem verankerte Strategien, die dazu dienen, Sicherheit wiederherzustellen. Sie werden oft durch die frühesten Erfahrungen mit unseren wichtigsten Bezugspersonen geprägt und sind in der Regel eine Reaktion auf deren Anpassungsforderungen.

In Momenten, in denen Nähe als gefährlich, unberechenbar oder überfordernd empfunden wurde, hat das Nervensystem gelernt, welche Haltung und welches Verhalten das Überleben am besten sichern.

Im DSM werden Essstörungen vor allem anhand klar definierter Verhaltensmuster beschrieben. Wird die Nahrungsaufnahme eingeschränkt? Kommt es zu Essanfällen? Erfolgt Erbrechen oder eine

andere Form der Kompensation? Oft liegt eine Kombination dieser Verhaltensweisen vor.

Bei einigen Diagnosen ist das Selbstwertgefühl zudem stark vom Körpergewicht oder der Körperform abhängig – häufig verbunden mit einer verzerrten Körperwahrnehmung oder einer Körperdysmorphobie.

Traditionell geht es also um die Frage: Wird Nahrung eingeschränkt, übermäßig aufgenommen oder wieder ausgeschieden?



Es ist faktisch so, dass sowohl normatives als auch intuitives Essverhalten von einem bestimmten Zustand des Körpers abhängt, der auf Nahrungsaufnahme, Verdauung, Absorption und Ausscheidung ausgerichtet ist. Wenn dieser Zustand nicht gegeben ist und wenn wir von den Menschen verlangen, dennoch gegen den Strom ihrer eigenen Physiologie zu schwimmen, und trotzdem nach Kongruenz suchen, ist das widersprüchlich.

Damit der Körper überhaupt leisten kann, was er soll – nämlich zu überleben, zu wachsen und zu gedeihen –, muss eine bestimmte Physiologie gegeben sein. Aber, wenn wir uns mit Essstörungen beschäftigen, suchen wir allzu häufig nicht in der Physiologie, sondern im Verhalten, ohne die Physiologie als Voraussetzung für das erwünschte Verhalten wahrzunehmen.

Im Falle von ARFID haben wir es mit einem so dysregulierten Nervensystem zu tun, dass innerhalb bestimmter Beziehungen – sei es in traumatischen Einzelereignissen, sei es in mehreren Ereignissen – erlernt wurde, dass Essen gefährlich ist.

Wenn ARFID also mehr ist als die überzogene Reaktion auf einen einzelnen Reiz, wie in Kapitel 3 dargelegt, müssen wir nicht nur nach dem Ereignis fragen, in dem ein bestimmtes Lebensmittel vom Gehirn als Gefahr markiert wurde, sondern auch nach dem Bindungstyp und den für das Individuum verfügbaren Beziehungen zu diesem Zeitpunkt, in denen das Ereignis erlebt wurde.

Ein Teil dieser Erkenntnisse ist der modernen Bindungsforschung zu verdanken, ein anderer Teil der Polyvagaltheorie.



## **Die moderne Bindungsforschung**

Die moderne Bindungsforschung geht auf John Bowlby in den 1940er- und 1950er-Jahren zurück.<sup>1</sup> Dabei verband er psychoanalytische Einsichten mit Ethologie – unter anderem mit den Erkenntnissen von Konrad Lorenz – sowie mit Entwicklungspsychologie und Evolutionsbiologie.

Seine Kernidee war, dass Menschen über ein angeborenes Bindungssystem verfügen, das Nähe zur Bezugsperson herstellt und so

Sicherheit gewährleistet – die sogenannte “Sicherheitsbasis”, von der aus Exploration möglich wird.

In den 1960er- und 1970er-Jahren lieferte Mary D. Salter Ainsworth die empirische Grundlage. Mit dem sogenannten Fremde-Situations-Test machte sie das Bindungsverhalten beobachtbar und beschrieb drei Muster: sicher, unsicher-vermeidend und unsicher-ambivalent. Später ergänzten Main und Solomon das Muster der Desorganisation. Als zentrale Einflussgröße zeigte sich die Feinfühligkeit der Bezugsperson, also wie prompt und angemessen sie auf Signale des Kindes reagiert.

Seit den 1990er-Jahren schließt die Neurobiologie an. Forscher wie Allan Schore<sup>2</sup> verknüpften Bindung mit der Entwicklung der rechten Gehirnhälfte, der limbischen Netzwerke sowie der Stressachsen und der autonomen Regulation.

Demnach prägen frühe Beziehungserfahrungen jene neuronalen Systeme, die die Emotions- und Stressregulation steuern: Sichere Bindung fördert eine flexible Regulation, während unsichere oder desorganisierte Muster die Vulnerabilität für Dysregulation erhöhen. So spannt sich der Bogen von Bowlbys Theorie über beobachtbares Verhalten bis zu den Gehirn-Körper-Mechanismen der Bindung.



Heute sind die verschiedenen Bindungsstile gut dokumentiert. Warum drei der vier Bindungsstile sich unmittelbar auf das Essen auswirken, soll hier erklärt werden.

Die wichtigste Schnittstelle zwischen beobachtbarem Verhalten und den Ergebnissen der Bindungsforschung einerseits sowie dem bei Essstörungen aller Art beobachteten Verhalten andererseits ist die bereits erwähnte Polyvagaltheorie. Denn sie beschreibt, wie unsichere Bindungen zu einem dysregulierten Nervensystem und in der Folge zu einer bestimmten Physiologie führen, die wiederum ein als entgleist empfundenes Essverhalten zur Folge hat.

Alle Bindungsstile, das zeigt die Polyvagaltheorie, außer dem sicheren führen zu einer Fehlregulation des Nervensystems. Diese Fehlregulation löst eine chronische Angst aus, die nicht an ein bestimmtes Objekt oder eine bestimmte Situation gebunden ist. In der Folge markiert das Gehirn dann ungefährliche Objekte oder Situationen als gefährlich bzw. lebensgefährlich. Zugleich lässt der chronische Stress das Essverhalten entgleisen, entweder in Richtung Restriktion und/oder Binging und Purging.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

Aus dieser Sicht sind Essstörungen Störungen der Nahrungsaufnahme im umfassenden Sinn. Entscheidend ist, ob wir erkennen können, was unsere Quelle der Ernährung ist, ob wir den Kontakt zu ihr aufnehmen können und ob wir fähig sind, diese Nahrung – wörtlich oder sinnbildlich – anzunehmen.

In der Regel entwickeln wir den gleichen Bindungstypus zu dem Prozess der Nahrungsaufnahme wie zu demjenigen, der die Nahrung für uns bereit stellt.

*Diese Beziehung zu Nahrung spiegelt oft die Muster wider, nach denen wir auch emotionale Zuwendung oder andere Formen von “seelischer Nahrung” annehmen.*

**Bindungsstile – Übersicht**

| Bindungsstil        | Kernmuster                    | Kindheitliche Erfahrung                          | Typisches Erwachsenenverhalten                                   | Beziehungserleben          |
|---------------------|-------------------------------|--------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|----------------------------|
| Sicher              | Balance von Nähe & Autonomie  | Feinfühlig, verlässliche Bezugsperson            | Kann Nähe zulassen & Grenzen wahren, konstruktive Konfliktlösung | Stabilität, Vertrauen      |
| Unsicher-vermeidend | Distanz, Selbstschutz         | Emotional distanziert oder zurückweisend         | Unterdrückt Nähebedürfnis, betont Unabhängigkeit                 | Nähe als Bedrohung         |
| Unsicher-ambivalent | Nähe-Sehnsucht + Verlustangst | Wechselhaft verfügbar                            | Klammern, Überanpassung, starke Bestätigungsbedürftigkeit        | Nähe nie ganz sicher       |
| Desorganisiert      | Nähe & Angst zugleich         | Bezugsperson als Quelle von Schutz und Bedrohung | Wechsel zwischen Nähe und Rückzug, emotionale Instabilität       | Widersprüchlich, chaotisch |

*Abbildung 17: Übersicht über die einzelnen Bindungsstile.*

## **Polyvagaltheorie und Bindungsstile**

Die Bindungstheorie beschreibt, wie die Qualität der frühen Beziehungserfahrungen – feinfühlig, zurückweisend, ambivalent oder bedrohlich – die Entwicklung innerer Arbeitsmodelle für Nähe, Sicherheit und Selbstregulation prägt. Die Polyvagaltheorie von Stephen Porges liefert das neurobiologische Fundament dafür: Sie zeigt, dass Bindungserfahrungen direkt über das autonome Nervensystem, insbesondere über den ventralen Vagus, organisiert werden.

Das Essverhalten zählt zu den grundlegendsten Regulationssystemen des Menschen. Es verbindet physiologische Bedürfnisse wie die Nährstoffaufnahme, den Stoffwechsel und den Energiehaushalt mit sozialen und emotionalen Kontexten wie dem gemeinsamen Essen, dem Gefüttertwerden und dem Trost durch Nahrung.

Damit Essen gelingen kann, ist ein ausbalanciertes Nervensystem erforderlich. Ein solches Nervensystem entsteht in sicheren Bindungen und durch die Erfahrung von Sicherheit. Nur dann sind weder der Sympathikus noch der dorsale Vagus überaktiv, sondern werden vom ventralen Vagussystem reguliert. Nur dann ist eine sichere Nahrungsaufnahme möglich.

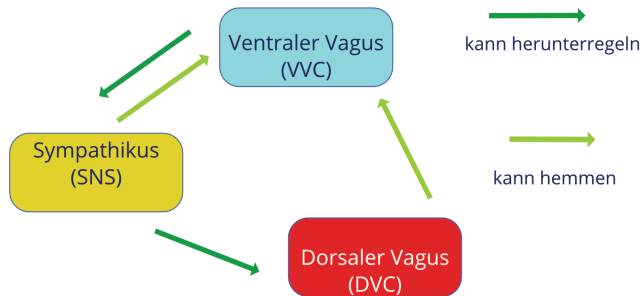
Der Umkehrschluss lautet: Wenn wir auf der Ebene des beobachtbaren Verhaltens problematische Nahrungsaufnahme beobachten, ist die Regulation des ANS durch das Sicherheitssystem



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

beeinträchtigt. Das bedeutet, es kommt zu einer Fehlregulation des ANS, die auf problematischen Bindungsstilen basiert.

### Die Beziehung der Systeme untereinander



*Abbildung 18: Nur ein gut entwickeltes Sicherheitssystem im Gehirn kann das ANS so regulieren, dass weder der Sympathikus noch der dorsale Vagus dominiert.*

• • • • •

## Warum der ventrale Vagus entscheidend ist

Der ventrale Vagus (Teil des parasympathischen Systems) ermöglicht soziale Sicherheit, die sich durch einen ruhigen Gesichtsausdruck, einen entspannten Muskeltonus, eine weiche Stimme und einen offenen Blick äußert.

Nur wenn dieser Zweig aktiv ist, können wir uns sicher, verbunden und entspannt fühlen – und in diesem Zustand werden Verdauung und Nahrungsaufnahme optimal unterstützt. Dies wurde bereits in Kapitel 3 dargelegt.

Gerät das Nervensystem jedoch in Stress (Sympathikus: Fight/Flight; dorsaler Vagus: Shutdown), wird die Verdauung gehemmt oder blockiert. Essen fühlt sich dann bedrohlich, schwer oder gar unmöglich an. Auch das wurde bereits dargelegt.

Hier geht es nun um die Frage, warum sich ein gesundes Nervensystem nur in gesunder Bindung entwickelt.

Babys können ihre physiologischen Zustände nicht selbst regulieren. Sie benötigen die Co-Regulation<sup>3</sup> durch eine verlässliche Bezugsperson.

Feinfühlige Fürsorge, wie Blickkontakt, Stimme und Körperwärme, aktiviert beim Kind den ventralen Vagus. Dadurch werden Herzrhythmus, Atmung und Verdauung beruhigt und harmonisiert.

Wird ein Kind hingegen vernachlässigt, beschämt, überfordert oder durch Angst destabilisiert, prägt sich das Nervensystem auf Alarm oder Abschaltung. Das beeinflusst unmittelbar das Essverhalten: Zwang, Angst oder Einsamkeit beim Essen können dazu führen, dass Nahrung als Bedrohung wahrgenommen wird.



## Verbindung zu Essstörungen

Ein gesundes Essverhalten kann nur entstehen, wenn Nahrung in einem Kontext von Sicherheit und Bindung erlebt wird.

Bei Bindungstraumata oder unsicheren Bindungsstilen fehlt die stabile Aktivierung des ventralen Vagus. Essen kann dann zum Regulationsversuch werden.



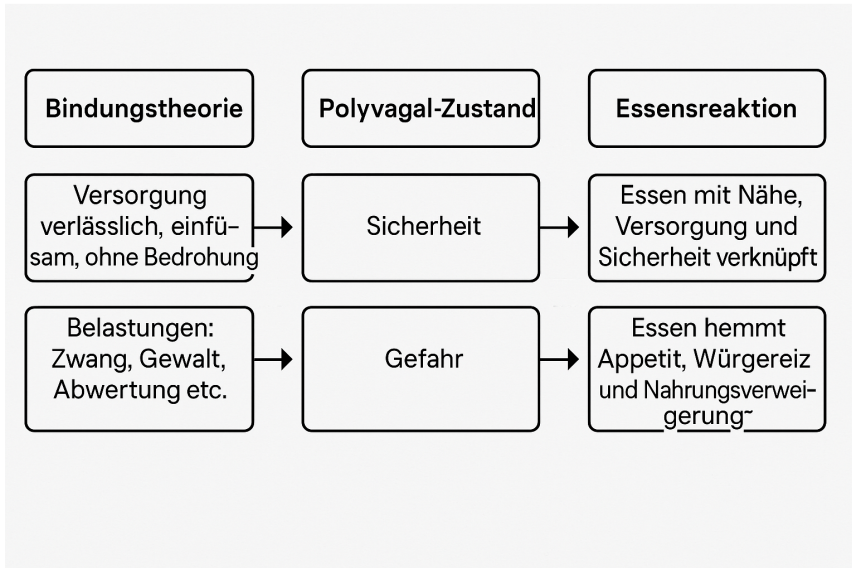
Es entwickeln sich unter Umständen verschiedene Formen der Fehlregulation:

- Essen als Selbstberuhigung (Hyperphagie)
- Essen als Bedrohung (ARFID, Anorexie).
- Essen als Ersatz für fehlende Bindungssicherheit.



Die Bindungstheorie beschreibt die Beziehungsdynamik. Die Polyvagaltheorie erklärt die neurobiologische Umsetzung dieser Beziehungserfahrungen.

Das Essverhalten ist eines der sensibelsten Systeme, das diese Dynamik sichtbar macht. Im Folgenden diskutiere ich die einzelnen Bindungsstile im Zusammenhang mit ARFID.



*Abbildung 19: Der Zusammenhang zwischen Bindungsstörungen, der Polyvagaltheorie und Essverhalten.*



Allerdings, hier ein Hinweis vorneweg. Es gibt keine mir bekannte eindeutige 1:1-Zuordnung “Bindungstyp = Essstörung”. Bindungsmuster erhöhen lediglich über verschiedene Pfade (z. B. Vulnerabilität, Interozeption, Emotionsregulation) die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten einer Essstörung.

Alle drei unsicheren Bindungsstile können — ohne Determinismus — auch zu anderen Essstörungen als ARFID führen. Vermeidende Unsicherheit führt eher zu restriktiven Mustern (z. B. Anorexie/Orthorexie oder ARFID-Varianten), ängstlich-ambivalente Unsicherheit häufiger zu Binge-/Purge-Dynamiken (Bulimie oder Binge-Eating) und desorganisierte Unsicherheit zu instabilen Mischbildern mit hohem Risiko für Kontrollverlust-Episoden (u. a. Bulimie, Binge-Eating, phasenweise auch Restriktion).

Hier werde ich darlegen, wie sich ein bestimmter Bindungstyp wahrscheinlich auf das Entstehen der Essstörung ARFID auswirkt. Das ist aber, ich möchte es wiederholen, kein eindeutiger Determinismus.



## **Sicherer Bindungsstil und ARFID**

- *Grundmuster:* Vertrauen in sich und andere; Nähe und Autonomie sind in Balance.
- *Entstehung:* Bezugspersonen waren zuverlässig, feinfühlig und emotional erreichbar.
- *Merkmale im Erwachsenenalter:*
  - Kann Nähe zulassen und auch Alleinsein genießen.
  - Reguliert Emotionen effektiv.
  - Konflikte werden konstruktiv gelöst.
- *Beziehungserleben:* Sicherheit, Stabilität, gegenseitige Unterstützung.



Ein sicherer Rahmen beim Essen beginnt mit feinfühligter Fütterung: Die Bezugspersonen reagieren prompt und angemessen auf Hunger und Sättigung und achten auf Tempo und Menge. So lernt das Kind: „Meine Körpersignale sind verlässlich.“ Diese Kalibrierung der Interozeption schützt vor Überessen (Übersteuerung) und Unteressen (Ignorieren von Hunger) und legt die Basis für eine flexible Selbstregulation.

Ebenso wichtig ist es, Autonomie statt Machtkampf zu fördern. Wenn innerhalb klarer Grenzen echte Wahlmöglichkeiten bestehen (z. B. zwei Optionen, respektiertes Stopp-Signal), bleibt das Essen selbstbestimmt. Ohne Zwang, Beschämung oder Druck entstehen weniger Vermeidungs- oder Kontrollmuster – ein zentraler Schutzfaktor für später.

Durch Co-Regulation verbinden sich Nahrung und Sicherheit: Wärme, Blickkontakt, ein ruhiger Ton und gemeinsames Essen erzeugen stabile, angenehme Gedächtnisspuren.

So wird aus „Essen = Gefahr“ „Essen = Zugehörigkeit“; die sensorische Abwehr nimmt ab und Varianz wird tolerierbar. Und wenn doch einmal etwas schiefgeht, ist eine schnelle Reparatur wichtig: Kleine Pannen wie Verschlucken oder Übelkeit werden emotional aufgefangen und eingeordnet, statt sich als bedrohliche Fixpunkte einzubrennen – so wird phobisches Lernen verhindert.

Schließlich hilft emotionale Sprache statt Scham. Gefühle und Körpersignale dürfen benannt werden („ein bisschen voll“, „komischer

Geschmack”) – ohne Abwertung. Diese Mentalisierung schützt vor rigiden Regeln und Schwarz-Weiß-Denken am Tisch und stärkt die Fähigkeit, sich beim Essen selbst zu steuern.



### **Ergebnis:**

Sicher gebundene Kinder (und später Erwachsene) entwickeln typischerweise ein flexibles, rhythmisches, vielfältiges Essmuster: Sie spüren Hunger und Sättigung, probieren Neues in ihrem Tempo, können Grenzen setzen und Unterbrechungen ausgleichen – ohne Angst, Zwang oder Vermeidung.





## **Unsicher-vermeidender Bindungsstil (auch: abweisend-vermeidend)**

- *Grundmuster:* Überbetonung von Autonomie, Unterdrückung eigener Bedürfnisse nach Nähe.
- *Entstehung:* Bezugspersonen waren emotional distanziert oder zurückweisend.
- *Merkmale im Erwachsenenalter:*
  - Hält emotionale Distanz, auch in engen Beziehungen.
  - Minimiert oder leugnet eigene Verletzlichkeit.
  - Wirkt unabhängig, fühlt sich innerlich aber oft allein.
- *Beziehungserleben:* Nähe wird als Bedrohung der Selbstständigkeit erlebt.



Wenn Nähe in der Kindheit nicht zuverlässig beruhigt, lernt das Nervensystem kein stabiles “Alles ist gut”. Stattdessen pendelt es häufiger zwischen Alarm (sympathische Aktivierung) und Rückzug/Abschaltung (dorsal-vagale Bremse). Diese unsichere Sicherheitscodierung erhöht die Grundangst und senkt die Toleranz für Unvorhersehbares – ein Boden, auf dem phobisches Lernen besonders leicht Wurzeln schlägt.

In so einem Klima wird Kontrolle zur bevorzugten Selbstberuhigungsstrategie: Nähe und Co-Regulation fühlen sich riskant an, also wird Unbekanntes vorsorglich als bedrohlich markiert. Das betrifft auch Essen – Geruch, Konsistenz, Temperatur oder die soziale Situation am Tisch. Vermeidung verschafft sofort Erleichterung und bestätigt damit den Kontrollstil.

Parallel dazu kommt es oft zu einer interozeptiven Entkopplung: Bedürfnisse werden kognitiv übersteuert (“Ich brauche nichts”). Signale wie Hunger, Sättigung oder Ekel werden ungenau oder zu spät erkannt – mal gedämpft in der Abschaltung, mal überlaut im Alarm. Körperempfindungen wirken dadurch unberechenbar und steigern die Angst zusätzlich.

Treffen einzelne negative Ereignisse auf diese erhöhte Anspannung – Würgereiz, Verschlucken, Übelkeit oder Beschämung – prägen sie sich überstark ein (Ein-Trial-Lernen). Die naheliegende Antwort ist Vermeidung: Sie senkt die Angst sofort und wird dadurch negativ

verstärkt. So stabilisieren sich vermeidende Muster rund ums Essen und können in ARFID münden.

Hinzu kommt die soziale Einfärbung des Essens: Gefüttert werden, gemeinsam essen, gesehen und bewertet werden – all das ist Beziehung. Für vermeidend organisierte Systeme fühlt sich das schnell identitätsbedrohend an (“Ich verliere Autonomie”). Die Folge sind Alleinessen, schnelle, neutrale Mahlzeiten und eine enge Liste an “Safe-Foods”.



## **Klinische Marker – woran man es erkennt**

*Autonomie über alles:* Betroffene wehren Unterstützung beim Probieren ab und brechen Situationen ab, sobald Tempo oder Menge von außen bestimmt werden. Selbstbestimmung gilt als Voraussetzung, sonst steigt die Anspannung sofort.

*Sozialer Rückzug beim Essen:* Es besteht eine klare Präferenz für Alleinessen; beobachtet zu werden oder unter sozialer Bewertung zu essen, erzeugt Unbehagen und wird vermieden.

*Starre Routinen und Safe-Foods:* Die Lebensmittelauswahl ist eng, das Essen soll “funktional” sein – schnell, neutral, wenig Geruch. Neue oder variierende Reize werden als Kontrollverlust erlebt.

*Minimierung von Not:* Trotz deutlicher Einschränkungen oder Mangelrisiken wird das Problem heruntergespielt (“Kein Problem”, “Ich brauch das nicht”). Subjektive Not bleibt nach außen oft unsichtbar.

*Instabile Exposition:* Expositionsversuche kippen, wenn Autonomie nicht gesichert ist: Reaktanz, Erstarrung oder Abbruch sind typisch. Erst wenn Wahlrechte und Stopp-Signale verlässlich sind, wird Erweiterung überhaupt tolerierbar.

Zusammen genommen zeichnet sich ein Muster ab: Kontrolle statt Co-Regulation, soziale Entlastung durch Rückzug und Angstreduktion über Vermeidung – ein Profil, das ARFID stabilisieren kann.



## **Unsicher-ambivalenter Bindungsstil (auch ängstlich-ambivalent)**

- *Grundmuster:* Starke Sehnsucht nach Nähe, kombiniert mit Angst vor Zurückweisung.
- *Entstehung:* Die Bezugspersonen reagierten wechselhaft – manchmal fürsorglich, manchmal abweisend.
- *Merkmale im Erwachsenenalter:*
  - Hoher Bedarf an Bestätigung.
  - Starke Verlustangst und emotionale Schwankungen.
  - Neigung zu Klammern oder Überanpassung.
- *Beziehungserleben:* Nähe wird gesucht, aber nie als sicher empfunden.



Wenn Bezugspersonen in der Kindheit unvorhersehbar reagieren, bleibt das Bindungssystem chronisch auf Empfang: Es sucht Nähe, rechnet aber gleichzeitig mit Zurückweisung.

Aus polyvagaler Sicht pendelt das Nervensystem dann zwischen sympathischer Alarmierung (Anspannung) und dorsal-vagaler Abschaltung (Leere, Appetitdämpfung). Weil Essen stark sozial aufgeladen ist – man wird gefüttert, gesehen, bewertet –, wird der Esstisch leicht zur Bühne, auf der sich Hoffnung auf Bestätigung und Furcht vor Abwertung direkt begegnen.

In diesem Klima entstehen typische Mechanismen, die in ARFID münden können. Sicherheit wird zunehmend extern bezogen: Ohne Rückversicherung (“Ist das sicher? Schmeckt das? Schaust Du zu?”) kippt das System in Vermeidung – es bleiben nur “Safe-Foods”, Neues wird gemieden.

Körperempfindungen wie Kratzen im Hals, Völlegefühl oder Übelkeit werden aufgrund der hohen Grundangst schnell als Gefahr gedeutet; so etabliert sich der Pfad “fear of aversive consequences”. Die anhaltende Hypervigilanz schärft zudem Geruchs-, Textur- und Temperaturempfindlichkeit und begünstigt ein sensorisch geprägtes ARFID mit engen Toleranzen und strengen Regeln.

Um Ablehnung oder Zurückweisung nicht zu riskieren, wird Überanpassung wichtiger als Selbstwahrnehmung; Hunger-, Sättigungs- und Ekelsignale werden übergangen, die Essrhythmen geraten ins Schwanken, unter Stress verschwindet der Appetit. Kommt

Beschämung hinzu – etwa nach Würgereiz, Verschlucken oder spürbarer Beobachtung –, brennen sich solche Szenen ein; Vermeidung reduziert Angst und Scham sofort und verfestigt das Muster.

Das Ergebnis: Wechselhafte Bindung erzeugt dauerhafte Unsicherheit. Unsicherheit macht Rückversicherung zur Währung und Vermeidung zur schnellsten Erleichterung. Beim Essen – als sozialer Prüfungsbühne – verdichtet sich das zu stabilen ARFID-Mustern.



### **Klinische Marker (Woran man es erkennt)**

Rund um Mahlzeiten zeigt sich oft ein ausgeprägtes Bedürfnis nach Sicherheit und Bestätigung: Vor und während des Essens wird wiederholt Rückversicherung eingeholt, ob etwas “wirklich sicher” ist.

Das Essverhalten schwankt deutlich mit der Beziehungslage: Nach Zurückweisung verschwindet der Appetit, bei erlebter Nähe entsteht zunächst mehr Offenheit – die jedoch rasch in die Angst kippen kann, zu “versagen”. Typisch sind enge Safe-Food-Listen und ritualisierte “Sicherheitsprüfungen”: erst riechen, dann eine winzige Bissprobe, und am liebsten ist jemand Vertrautes dabei.

Gleichzeitig besteht eine hohe Schamempfindlichkeit am Tisch; beobachtet oder bewertet zu werden wird als belastend erlebt, weshalb gemeinsames oder öffentliches Essen eher gemieden wird. In der

Summe ergibt sich ein Muster, das stark von äußerer Bestätigung abhängt und Unsicherheit über kurzfristige Vermeidung reguliert – auf Kosten von Vielfalt, Genuss und sozialer Teilhabe.





## **Desorganisierter Bindungsstil (auch: unsicher-desorganisiert)**

- *Grundmuster:* gleichzeitige Suche nach Nähe und Furcht davor, widersprüchliches Verhalten.
- *Entstehung:* Die Bezugsperson war gleichzeitig Quelle von Sicherheit und Angst (z. B. durch Missbrauch, Vernachlässigung oder ein starkes Trauma).
- *Merkmale im Erwachsenenalter:*
  - Wechsel zwischen Nähe- und Rückzugsverhalten.
  - Schwierigkeiten, Emotionen zu regulieren.
  - Erhöhtes Risiko für psychische Belastungen.
- *Beziehungserleben:* Ambivalenz zwischen dem Wunsch nach Bindung und dem Impuls, sich zu schützen.



Wenn dieselbe Bezugsperson zugleich Sicherheit und Bedrohung signalisiert, werden Bindungs- und Furchtsystem gleichzeitig aktiviert. Das Nervensystem lernt: Nähe ist unvorhersehbar.

Es pendelt zwischen Alarm und Abschaltung, bewertet Körperempfindungen schnell als potenziell gefährlich und findet keine stabile Beruhigung. Essen – eingebettet in Nähe, Abhängigkeit und sensorische Unvorhersagbarkeit – wird so zum bevorzugten Ort für Angst und Vermeidung; daraus kann ARFID entstehen.

In der Folge koppeln sich Pflege- und Bedrohungssignale zu einem Annäherungs-Vermeidungskonflikt: Man sucht Kontakt und weicht ihm zugleich aus, Strategien wirken sprunghaft. Die autonome Regulation schwingt zwischen sympathischer Übererregung (Anspannung, Übelkeit, Schluckblockade) und dorsal-vagaler Abschaltung (Leere, Appetitdämpfung).

Vermeidung senkt die Anspannung sofort, wird dadurch negativ verstärkt und stabilisiert das Muster. So verbindet sich desorganisierte Bindung mit Angstphysiologie und Lernmechanismen zu einem nachvollziehbaren Pfad, auf dem Esssituationen zunehmend gemieden werden – bis hin zu ARFID.



## **Klinische Marker (Woran man es erkennt)**

Typisch ist ein widersprüchliches Essverhalten: Einerseits wird Nähe gesucht – “sei bitte dabei” –, kurz darauf folgt das Zurückweisen: “nicht hinschauen, geh weg”.

Am Tisch kommt es häufig zu raschen Kipppunkten: Was eben noch ging, geht plötzlich gar nicht mehr; Tränen, Erstarrung oder Zeichen von Dissoziation können auftreten. Zugleich besteht eine hohe Schamempfindlichkeit und das Gefühl von Kontrollverlust – kleine Missgeschicke brennen sich ein, weshalb öffentliches Essen möglichst gemieden wird.

Um Unsicherheit zu reduzieren, entstehen Rituale und enge Safe-Food-Listen. Die Anforderungen an Vorhersagbarkeit sind hoch: Farbe, Form, Marke und Zubereitungsweg sollen exakt stimmen. Diese Strategien verschaffen kurzfristig Sicherheit, verengen jedoch langfristig die Auswahl und halten das Muster aufrecht.



## Fazit

Wenn wir anfangen können, Essstörungen, wie hier ARFID als eine Unterentwicklung des Bindungssystems und als Ausdruck der Dysregulation zu sehen, die sich in verschiedenen Aspekten unserer Beziehungsdynamik zeigt, dann haben wir meiner Meinung nach eine bessere Chance, Menschen durch einen Heilungsprozess zu begleiten, der nicht nur eine Verhaltensänderung, sondern eine tatsächliche Transformation ist.

Die Aufnahme von Nahrung aus Lebensmitteln ist ein sehr komplexer physiologischer Prozess, bei dem die Frage der Bindung und der dadurch vermittelten Sicherheit eine zentrale Rolle spielt. Ohne gesunde Bindung gibt es kein Grundgefühl der Sicherheit. Ohne dieses Grundgefühl gibt es keine erwünschte Physiologie. Ohne erwünschte Physiologie gibt es kein angemessenes Essverhalten und keine gesunde Verstoffwechslung von Nahrung.



ARFID ist also nicht nur eine “Essstörung”, sondern oft Ausdruck eines Nervensystems, das nie gelernt hat, sich in Bezug auf Nahrung sicher zu fühlen. Ohne Wiederherstellung dieses Sicherheitsgefühls bleibt auch die Ernährung eingeschränkt und physiologisch suboptimal.



- 
1. Bowlby, 1972; Bowlby, 2001
  2. Shore, 2003
  3. Co-Regulation bedeutet, dass zwei Nervensysteme sich gegenseitig beruhigen und ausgleichen. Besonders bei Kindern geschieht dies über die Nähe einer Bezugsperson: durch Blickkontakt, Stimme, Berührung und Präsenz. Das Kind übernimmt dabei den ruhigen Rhythmus des Erwachsenen und kann so Stress abbauen und Sicherheit spüren. Aber auch Erwachsene brauchen Co-Regulation – etwa in einer vertrauten Beziehung, wo das Zusammensein hilft, sich schneller zu entspannen, als es alleine möglich wäre.

---

# ESSEN UND TRAUMA

---

**M**arisa Peer trat öffentlich als hypnotherapeutisch arbeitende Expertin für Gewicht, Figur und Essverhalten auf. In ihrer praktischen Arbeit stieß sie jedoch immer wieder auf etwas Tieferes: das Ess-Trauma. Lange bevor das Thema “Trauma rund ums Essen” in der Fachöffentlichkeit breiter diskutiert wurde, identifizierte und behandelte sie jene frühen Beziehungserfahrungen, in denen Essen als Machtmittel, als Strafe oder als Ersatz für Zuwendung eingesetzt wurde.

Im Vordergrund ihrer Interventionen standen nicht “Willensschwäche” oder “fehlende Disziplin”, sondern die Kopplung von Nahrung mit Angst, Scham und Ohnmacht, die gelernt wurde.

Sie behandelte ARFID sehr lange, bevor es den Begriff dafür überhaupt gab.

**Typische Szenen, die sie immer wieder fand, waren:**

- *Missbehandlung mit Essen:* Essen wird zur Strafe oder zur Kontrolle benutzt – die Botschaft lautet: “Essen = Gefahr/Unterwerfung”.
- *Stundenlang vor ekligen Bohnen (Fisch, Brot etc.) sitzen müssen:* Ekel und Würgereiz werden mit “Du musst essen” verknüpft, wodurch die Autonomie verloren geht.
- *“Alles aufessen!”:* Sättigungs- und Ekelgrenzen werden systematisch übergangen und Schuldgefühle beim Nicht-Aufessen werden eingeprägt.
- *“Ich arbeite dafür – also wird gegessen.”* Leistung und Loyalität ersetzen Körpersignale, Hunger und Sättigung werden moralisch überstimmt.



- *Essen weggenommen bekommen*, durch gierige/hungrige Mitschüler, Elternteile und/oder Geschwister: Es entsteht eine Knappheitsprägung, Angst vor Entzug, späteres Horten, Binge-Episoden oder rigide Kontrolle.
- *“Der Hund kriegt die Reste”*: Demütigung und Abwertung rund ums Essen, wodurch sich Scham an die Nahrungsaufnahme koppelt.
- *Die Mutter hungert, die Schwester hungert*: Vorbildlernen und Loyalitätskonflikte; Dünnsein, Verzicht oder Kontrolle werden zu Beziehungsangeboten.



### **Weitere Beispiele:**

- Es wird auf den Teller des anderen zugegriffen, ohne Erlaubnis oder vorherige Anfrage.
- Es wird Essen versteckt. Es wird Essen gesammelt.
- Brot muss aufgegessen werden, ob es schon schimmelig ist oder nicht.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

- Im Heim aufgefüttert werden, ob man nun Hunger hat oder nicht.
- Die Eltern glauben an unsinnige Diätregeln und zwingen sie den Kindern auf.



Peers zentrale Beobachtung ist, dass problematisches Essen häufig ein sinnvoller, wenn auch kostspieliger Lösungsversuch ist, um alte Bindungs- und Machtkonflikte zu regulieren. Vor allem wissen wir heute, genau diese Erfahrungen können ARFID auslösen.

Ich selbst habe viele Frauen gesehen, die offiziell als “bulimisch” diagnostiziert waren, aber, aus heutiger Sicht gesehen, eigentlich auch unter ARFID litten, gleiches gilt für Anorexie.



ARFID lässt sich auch als schützender Bewältigungsversuch verstehen. Der Körper “merkt” sich frühere Esstraumata (Zwangsfütterung, Ekel, Demütigung, Entzug) und koppelt Nahrung mit Gefahr, Ekel, Erstickungsangst oder Autonomieverlust. Das Resultat sind Vermeidung, rigide Auswahl oder Rückzug beim Essen. Kurzfristig ist dies eine funktionelle Strategie, um den Alarm zu senken, langfristig ist sie jedoch “teuer”.

Um dies zu verstehen, folgt eine kurze Beschreibung der Auswirkungen von Traumata auf das Gehirn.



## **Wie entsteht Trauma?**

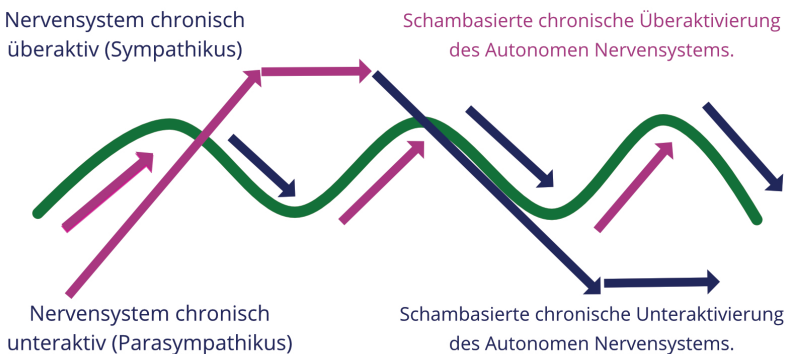
Trauma entsteht neurobiologisch, wenn Alarmsysteme des Gehirns die Steuerung übernehmen und regulierende Netzwerke in den Hintergrund drängen. Zunächst feuert die Amygdala – zusammen mit anderen limbischen Strukturen – auf starke oder anhaltende Bedrohungssignale.

Gleichzeitig wird die Top-down-Kontrolle<sup>1</sup> durch präfrontale Areale gedämpft. Das Ergebnis ist ein Zustand, in dem schnelle, überlebensdienliche Reaktionen (Kampf, Flucht, Erstarrung) dominieren, während Abwägen, Sprache und Selbstberuhigung schwerer zugänglich sind.

Diese Verschiebung wirkt sich auf das Gedächtnis aus: Der Hippocampus kann Erfahrungen schlechter zeitlich und kontextuell einordnen, sodass belastende Elemente fragmentiert und gegenwartsnah gespeichert bleiben (Bilder, Körpergefühle, Impulse). Wiederholte Aktivierung derselben Bahnen führt zu synaptischer Bahnung (LTP): Trigger genügen dann, um die alten Reaktionsmuster erneut zu starten – selbst wenn aktuell keine reale Gefahr besteht.

Parallel verändert sich die Stressphysiologie. Die Achse aus Hypothalamus, Hypophyse und Nebennieren (HPA) sowie Neurotransmittersysteme wie Noradrenalin, Dopamin und Serotonin geraten aus dem Gleichgewicht. Das autonome Nervensystem bleibt leichter in Hyper- oder Hypoarousal “stecken”. Auf längere Sicht können sich diese Reaktionsneigungen auch in Genregulation und Epigenetik niederschlagen, was die Stresssensitivität weiter prägt.

### Fehlreguliertes Nervensystem



*Abbildung 20: Die roten Pfeile markieren die Aktivierung des Sympathikus, die blauen die des Parasympathikus. Ein gesund reguliertes Nervensystem bleibt innerhalb des grünen Bereichs.*



Auf Netzwerkebene zeigt sich ein Integrationsverlust: Präfrontaler Kortex, limbisches System und Hirnstamm arbeiten weniger koordiniert; Körperempfindungen, Affekte und Kognitionen lassen sich schwerer zu einem stimmigen Selbsterleben verbinden. Der Körper “trägt” die Erfahrung mit – über Haltungs-, Spannungs- und Reaktionsmuster, die ohne bewusste Entscheidung anspringen.



## **ARFID und Trauma**

Wenn Essen zur Misshandlung eingesetzt wird – etwa durch Zwang, Beschämung, Drohungen oder Entzug – wird der Esskontext im Nervensystem als “Gefahr” codiert.



## Neurobiologisch zeigen sich typischerweise:

- *Konditionierte Alarmkopplung:* Amygdala–Hippocampus verknüpfen Essreize und Kontexte mit Bedrohung.
- *Ekel- und Würgereaktivität:* Insula und Hirnstamm (u. a. Nucleus tractus solitarius) sind überempfindlich; Schutzreflexe werden leicht ausgelöst.
- *Autonome Schutzmodi:* Sympathische Aktivierung oder immobilisierende vagale Antworten dominieren; Hunger-/Sättigungssignale werden überstimmt.
- *Top-down-Kontrolle geschwächt:* Präfrontale Regulation nimmt ab, salienzgetriebene Bottom-up-Reaktionen nehmen zu.
- *Stabile Vorhersagemodelle:* “Essen = Gefahr und/oder Autonomieverlust” wird als Erwartung im System verankert; Vermeidung wird negativ verstärkt.



## **Das bedeutet im Einzelnen:**

### **Alarm übernimmt die Steuerung.**

Gerüche, Geschmäcker, Besteckklirren, Stimmen am Tisch oder der Blick auf bestimmte Speisen werden mit Gefahr verknüpft. Die Amygdala feuert, der präfrontale Kortex (Abwägen, Sprache, Selbstberuhigung) wird heruntergeregelt. Der Hippocampus kann die Erfahrung schlechter zeitlich einordnen – das Erleben bleibt gegenwartsnah (Bilder, Körpergefühle, Impulse).



### **Der Körper merkt's zuerst.**

Über die Insula und sensorische Netzwerke koppeln sich innere Signale (Übelkeit, Mundtrockenheit, Enge im Hals, Würgereflex) an äußere Hinweise (Geruch, Textur, Farbe, Ort). Das autonome Nervensystem kippt schnell in Kampf/Flucht oder Erstarrung; Appetit und Sättigungssignale werden von Sicherheitschecks übertönt.



### **Bahnung und Gewöhnung verstärken das Muster.**

Wiederholte Aktivierung derselben Bahnen (Trigger → Alarm → Schutzreaktion) führt zu synaptischer Bahnung: Es braucht immer weniger Reiz, um die alte Reaktion zu starten. Vermeidung wirkt kurzfristig erleichternd – diese negative Verstärkung macht sie zur Gewohnheit. So entsteht der Eindruck, “es passiert von selbst”.



### **Integration bricht ein.**

Körperempfindungen, Gefühle und Gedanken lassen sich schwer zu einem stimmigen Bild verbinden. Du weißt vielleicht, dass “eigentlich alles gut” ist, aber Dein Körper reagiert anders. Das ist kein Versagen, sondern die Folge eines Nervensystems, das Sicherheit priorisiert.



## Phobie oder Trauma?

Was zunächst wie eine klassische Phobie erscheint, nämlich eine spezifische Angst vor Konsistenz, Geruch oder Farbe, ist häufig der sichtbare Ausdruck eines tieferliegenden Sicherheitsproblems. Bindungsunsicherheit erhöht die Grundalarmierung des Nervensystems, wodurch ein aversives Erlebnis rund um das Thema Essen besonders prägend wird.

Wenn sich zu dieser Vulnerabilität eine reale Überwältigungserfahrung gesellt – vom Würgereflex bis hin zur Zwangssituation am Esstisch –, dann wandelt sich das Bild von “phobischer Vermeidung” zu einer Traumafolge mit phobischen Zügen.

Genau hier liegt der Übergang: Vulnerabilität (fehlende Bindungssicherheit) + Prägung (traumatische Erfahrung) = stabile Vermeidung als kurzfristig wirksame, langfristig kostspielige Lösung.





## Hier noch einmal ein Überblick:

- *ARFID als Phobie*: Objektgebundene Angst (z. B. vor Konsistenz, Farbe, Geruch) entsteht durch Konditionierung und wird durch Vermeidung negativ verstärkt. Bindungsunsicherheit (“Grundangst”) macht das System anfälliger für solche Kopplungen.
- *ARFID als Traumafolge*: Es gibt eine (oft relationale) Überwältigungserfahrung rund um Essen (Würgen/Erbrechen/Ersticken, Zwangsfütterung, Beschämung, Klinik), die als somatisch aufgeladene Erinnerung wiederkehrt.
- *Brücke*: Bindungsunsicherheit liefert die Vulnerabilität (ständige Gefahrenantizipation), das (Mikro-)Trauma liefert die Prägung (hochsaliente Spur) – phobische Vermeidung ist dann die Strategie, die beides kurzfristig reguliert und langfristig stabilisiert.



Es gibt zwei Hauptpfade, über die sich ARFID entwickeln kann, die oft zusammenwirken.



### **Phobischer Pfad (objektgebundene Angst):**

Ein einzelnes aversives Erlebnis – etwa Würgereiz oder Übelkeit (Garcia-Effekt)<sup>2</sup> – koppelt einen Reiz direkt an “Gefahr”. Über Amygdala-Lernen und die Insula entsteht eine starke Vorhersage: “Dieses Essen = Risiko.”

Vermeidung senkt die Angst sofort, wird dadurch negativ verstärkt und stabilisiert sich als Muster. Liegt zusätzlich Bindungsunsicherheit vor, ist der Grundalarm erhöht; die Schwelle für ein Ein-Trial-Lernen sinkt – ein einmaliges Ereignis reicht schneller, um ganze Lebensmittelkategorien zu meiden.



## **Traumatischer Pfad (relationale Überwältigung):**

Wiederholte oder massive Belastungen wie Zwangsernährung, Beschämung am Tisch, invasive medizinische Eingriffe oder ein Erstickerlebnis prägen das System tief ein. Häufig ist der Kontext relational – die fütternde Bezugsperson wird als Quelle von Zwang oder Bedrohung erlebt.

Das autonome Nervensystem kippt dann in sympathische Alarmierung oder dorsal-vagale Abschaltung; der Körper “merkt” sich: Essen = Ohnmacht. Das Resultat geht über eine reine Phobie hinaus: triggerbare Körpererinnerungen verbinden sich mit Beziehungsbedeutung.



In der Praxis liegen viele Verläufe zwischen diesen Polen. Eine scheinbar “reine” Phobie ist oft durch Bindungsunsicherheit sensibilisiert; eine Traumafolge enthält phobische Elemente. Deshalb lohnt sich ein Kontinuumsmodell statt eines Entweder-Oder – mit zwei Achsen.

Die erste Achse beschreibt die Bindungssicherheit (hoch ↔ niedrig). Die zweite Achse das auf dieses Binndung treffende Trauma (niedrig ↔ hoch).



## **Typische Konstellationen:**

*Hobe Bindung / niedriges Trauma: eher einfache phobische Vermeidung – graduierte Exposition greift oft gut.*

Das bedeutet: Grundsätzlich fühlt sich jemand sicher und geborgen. Ein Trauma kann niedrig oder massiv sein. Doch Geborgenheit fördert die Resilienz und hilft dabei, ein Trauma zu überwinden.

Treffen ein niedriges Trauma und eine gute Bindungserfahrung aufeinander, lassen sich die auftretenden Probleme gut behandeln, beispielsweise mit einer schrittweise durchgeführten Expositionstherapie.

*Hohes Bindung / mittleres Trauma: situative Aversionen, meist gut beeinflussbar.*

Das bedeutet auch hier: Grundsätzlich fühlt sich jemand sicher und geborgen. Er oder sie erlebt nun ein massives Trauma. Doch Geborgenheit fördert die Resilienz und hilft dabei, ein Trauma zu überwinden. Treffen ein mittleres Trauma und eine gute Bindungserfahrung aufeinander, lassen sich die auftretenden Probleme in der Regel gut behandeln. Hier helfen die meisten Traumatechniken.



*Niedrige Bindung / mittleres Trauma: "trauma-sensibilisierte Phobie"  
– Exposition wirkt nur auf Basis von Beziehungssicherheit und klarer Kontrolle.*

Jemand ist mit einem der drei unsicheren Bindungsstile aufgewachsen. Nun erlebt diese Person ein Trauma, das zwar nicht gravierend, aber deutlich ist. Im Gegensatz zu Personen mit guter Bindungserfahrung ist eine reine Expositionstherapie jetzt riskant. Es müssen auch die Grundängste, die aus der Beziehungserfahrung entstanden sind, beachtet werden.



*Niedrige Bindung / hohes Trauma: Traumafolgebild mit somatischer Reaktivität – zuerst Trauma-/Bindungsarbeit, dann Essaufbau.*

Diese Person ist mit einem der drei unsicheren Bindungsstile aufgewachsen. Erlebt diese Person nun ein gravierendes Trauma, ist eine reine Expositionstherapie nicht mehr möglich. Im Gegensatz zu Personen mit guten Bindungserfahrungen ist jetzt keine reine Expositionstherapie mehr möglich. Zunächst müssen Sicherheiten durch gute Bindungserfahrungen geschaffen werden.



Was bedeutet das? Je instabiler die erlebte primäre Bindung, desto ausgeprägter die Grundangst und desto größer die Tendenz, sich an Geschichten und/oder Objekte zu binden. Traumata wirken viel länger nach und werden schlechter verarbeitet – auch beim Essen. Eine gute Bindung führt zu einer geringeren Grundangst. Die Persönlichkeit ist stabiler, bildet weniger leicht Phobien bei unangenehmen Begegnungen oder traumatischen Ereignissen. Sie ist resilienter.



## WENN ESSEN ANGST MACHT!

Das bedeutet auch, dass für die Behandlung gilt: Nicht alles, was bei einem Klienten wirkt, wirkt auch bei anderen. Gerade bei Versprechen wie “Ich heile ARFID in einer Stunde” gilt: Dies ist nicht für alle Klienten zutreffend.



- 
1. Top-down-Kontrolle = willentliche Steuerung von Wahrnehmung, Aufmerksamkeit und Verhalten durch Ziele/Erwartungen (präfrontaler Kortex), statt durch reizgetriebene Impulse. Kontrast: Bottom-up = Reiz/Emotion treibt die Reaktion.

2. Der Garcia-Effekt (auch "conditioned taste aversion") bezeichnet eine schnelle und oft einmalige Konditionierung einer Geschmacksaversion, die eintritt, wenn ein bestimmter Geschmack mit nachfolgender Übelkeit oder Vergiftung assoziiert wird. Charakteristisch hierfür ist die ungewöhnlich lange tolerierte Verzögerung zwischen Aufnahme und Unwohlsein sowie die Selektivität der Kopplung: Geschmäcker werden bevorzugt mit viszeralem Unbehagen verknüpft, während akustisch-visuelle Reize eher mit Schmerz oder Schock assoziiert werden (vgl. Garcia & Koelling, 1966). Im Esskontext erklärt dies, warum Menschen und Tiere nach einer einzigen schlechten Erfahrung bestimmte Speisen dauerhaft meiden.



---

# ABSCHLUSS

---

Bei ARFID geht es, genau wie bei anderen Essstörungen, nicht in erster Linie um “falsches Essverhalten”, sondern um die gestörte Fähigkeit, Nahrung als sichere Form der Nahrungsaufnahme zu akzeptieren.



## Das kann entstehen, wenn:

- der Körper Gefahr mit bestimmten Nahrungsreizen verknüpft (z. B. Würgereiz, frühere Erstickungs- oder Vergiftungserfahrung, sensorische Überreizung),
- das Nervensystem chronisch in Verteidigung steht,
- es zu Fehlprägungen im Bindungssystem kommt, die verhindern, dass Essen mit Sicherheit, Fürsorge und Zugehörigkeit verknüpft wird.



Die “Essstörungsstimme” bei ARFID ist oft weniger eine innere “Kritikerstimme” wie bei Anorexie, sondern eher eine Gefahrenmeldung des Nervensystems: *“Das darf nicht in meinen Körper!”* – körperlich erlebt als Ekel, Würgen, Atemblockade oder Panik.



## Die verschiedenen Phasen der Nahrungsaufnahme und ARFID

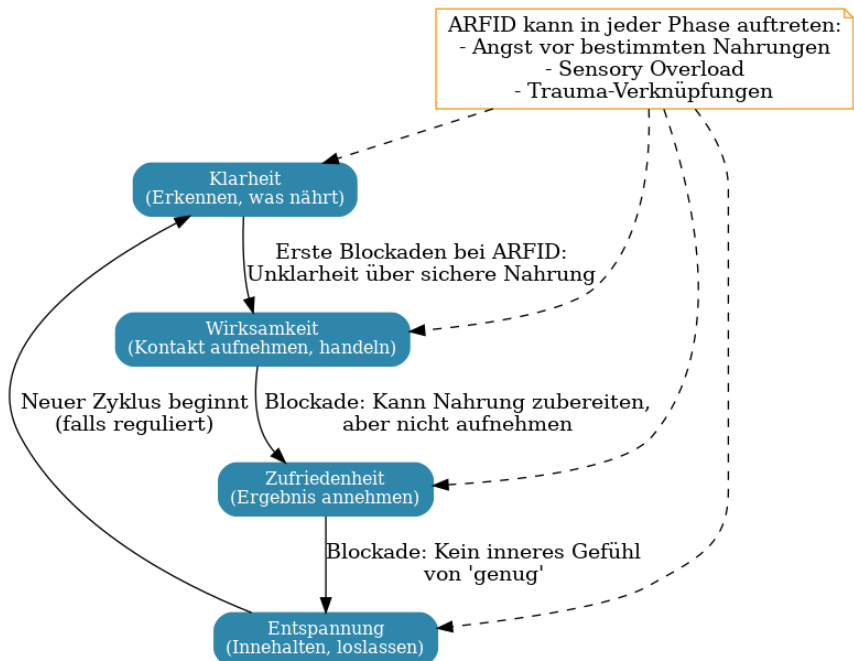


Abbildung 21: ARFID und die verschiedenen Phasen der Nahrungsaufnahme.



## **Klarheit**

Bei ARFID ist oft schon diese Phase gestört: Die Unterscheidung zwischen Hunger, Appetit, Angst oder sensorischer Überlastung ist unscharf.



## **Wirksamkeit**

Selbst wenn Betroffene wissen, was sie theoretisch essen könnten, fehlt oft die Fähigkeit, sicher an die Nahrung heranzugehen – wegen starker Vermeidungsimpulse oder fehlender Strategien, sensorische Reize zu regulieren.



## **Zufriedenheit**

Oft gibt es kaum positive Verstärkung aus dem Essmoment, weil Angst, Ekel oder körperliche Abwehr das Belohnungserleben blockieren.



## **Entspannung**

Viele ARFID-Betroffene erleben nach dem Essen keine Ruhe, sondern anhaltende Alarmreaktionen (Übelkeit, Herzklopfen, Scham).



## **Therapeutische Haltung für ARFID**

Folgende Grundsätze – verkörperte Präsenz, echte Co-Regulation, Neugier statt Konfrontation – sind bei ARFID besonders zentral:

- Keine “Mach’s einfach”-Botschaften.
- Keine Frühkonfrontation mit großen Essmengen.
- Kein “Das ist nur in deinem Kopf” – bei ARFID sind Körperreaktionen real, schnell und überwältigend.
- Arbeit am Körper von Anfang an, um Sicherheit zu etablieren, bevor Essen im Fokus steht.
- “Essstörungenstimme” bei ARFID = Körpersprache der Angst  
→ erst verstehen, dann transformieren.

## **Zentrale Botschaft für ARFID-Betroffene**

- Du bist nicht kaputt.
- Dein Körper schützt Dich – vielleicht zu stark, aber aus gutem Grund.
- Du darfst Sicherheit lernen, Schritt für Schritt.
- Du gehörst hierher, auch wenn Essen für Dich schwierig ist.



## **Zusammenfassung**

ARFID ist keine Laune des Geschmacks, sondern ein Sicherheitsmechanismus des Nervensystems. Seine Kerndynamik entsteht aus der Kopplung “Essen = Gefahr oder Kontrollverlust”, die biologisch plausibel, lernpsychologisch stabil und sozial verstärkt wird.

Das Bild ist oft gemischt: Es gibt sensorische Prägungen, eine Angst vor aversiven Konsequenzen und eine geringe Appetit- oder Interesselage. Bindung liefert dabei die Vulnerabilität, Ereignisse und

Traumata prägen die Spur und Vermeidung hält das System kurzfristig stabil.

Deshalb ist ein Kontinuum aus zwei Achsen nützlich: Bindungssicherheit von hoch bis niedrig und Ereignis-/Traumalast von niedrig bis hoch. Je nach Position auf diesem Kontinuum kommen einfache phobische Expositionen, trauma-sensibilisierte Vorgehensweisen oder zunächst traumabezogene Arbeit mit anschließendem Essaufbau zum Einsatz.

Interozeptive Verzerrungen, Hypervigilanz und Scham erklären, warum sich kleine Erlebnisse groß einbrennen und durch die sofortige, entlastende Vermeidung zu harten Gewohnheiten werden. Gleichzeitig ist Essen immer auch ein sozialer Akt: Gefüttert werden, gesehen werden, bewertet werden – genau dort verdichten sich Bindungsmuster.

Sichere Beziehung, respektierte Autonomie und verlässliche Vorhersagbarkeit sind deshalb keine Höflichkeit, sondern Therapiegrundlage. Wenn diese Basis steht, lassen sich körperliche Signale neu codieren und korrigierende Erfahrungen gezielt herbeiführen.

Die Reihenfolge Sicherheit, Umprägung und erst dann Exposition hat sich als wirksam erwiesen, jeweils in kleinen, freiwilligen und wiederholbaren Dosen.

Fortschritt misst sich dabei nicht nur in Portionen, sondern auch in der Toleranzbreite, der sozialen Teilhabe und der

erlebten Selbstwirksamkeit. Fehlerquellen sind gut bekannt: zu frühe Konfrontation, Druck, Beschämung und das Übergehen von Interozeption.

Stattdessen braucht es klare Rahmenbedingungen, Wahlrechte, ein echtes Stopp-Signal und ein Setting ohne Prüfcharakter. Angehörige werden nicht zu Kontrolleuren, sondern zu Garanten von Vorhersagbarkeit und Schutz.



*Abbildung 22: ARFID als komplexes Phänomen.*



## Ausblick

Der erste Band dieser Reihe hat die Logik hinter dem Störungsbild entfaltet und die wichtigsten Brücken zwischen Bindung, Neurobiologie und Lernen geschlagen.

Der zweite Band widmet sich konsequent der Praxis: Es werden strukturierte Programme, Fallvignetten, Reconsolidation-Protokolle, Interozeptionsübungen, Mikro-Expositionen und Leitfäden für Familie, Schule und Klinik vorgestellt.

Er zeigt, wie sich Dosis, Kontext und Autonomierechte steuern lassen, wie man Rückfälle als Lernfenster nutzt und den Transfer in den Alltag sichert.

So wird aus Theorie eine handhabbare Methode, die verlässlich Sicherheit bietet und eine Essvielfalt ohne Zwang wieder ermöglicht.



---

# QUELLENVERZEICHNIS

---

Bateson, Gregory. *Ökologie des Geistes. Anthropologische, psychologische und epistemologische Perspektiven*. Bde. *Steps to an ecology of mind*, 1972. Frankfurt am Main: Suhrkamp, 1990.

Battegay, Raymond. *Die Hungerkrankheiten. Unersättlichkeit als krankhaftes Phänomen*. Frankfurt am Main: Fischer Taschenbuch Verlag GmbH, 1987.

Bowlby, John. *Das Glück und die Trauer. Herstellung und Lösung affektiver Bindungen*. Stuttgart: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH; Gegr. 1659, 1982/2001.

—. *Mutterliebe und kindliche Entwicklung*. Bde. *Child Care and the Growth of Live*, 1953. München: Ernst Reinhardt Verlag, 1972.

Brewer, Judson. *Das gierige Gehirn. Der achtsame Weg, Alltagsüchte loszuwerden*. Bde. *The Craving Mind. From Cigarettes to Smartphones*

to Love - Why We Get Hooke & How We Can Break Bad Habits, 2017.  
München: Kösel-Verlag, 2018.

Brewer, Judson, Interview geführt von Chef AJ. *How To Break Old Habbits And Build New Ones Effectively*. USA, (2020).

Bucynski, Ruth. *The Advanced Master Program on the Treatment of Trauma*. Redakt. Ruth Buzynski. NICAM; National Institute for the Clinical Application of the Behavioral Medicine. 2021.

Chiu, Titus, Interview geführt von Jodi Cohen. *Activating Your Body to Heal* USA, (2020).

Cuntz, Ulrich, und Andreas Hillert. *Essstörungen. Ursachen, Symptome, Therapien*. München: Beck'sche Verlagsbuchhandlung, 2000.

Economakis, Felix. „TEDx Talk On ARFID by Psychologist Felix Economakis.” *You Tube*. 03 2020.  
<https://www.youtube.com/watch?v=CfhkefF6yk4&t=11s> (Zugriff am 14. 08 2025).

Freeman, Rhonda. *How to Use Neuroscience to Acclerate Recovery (Online-Course)*. USA: Neuroinstincts Academy, 2017.

—. „Malignant Narcissism: Collision of Two Personality Disorders. The intentional destruction of others while pathologically loving self.” *Psychology Today*, 2017.

Gerhardt, Sue. *Die Kraft der Elternliebe. Wie Zuwendung das kindliche Gehirn prägt*. Übersetzung: Maren Klostermann und Anke

Grupe. Bde. *Why Love Matters. How Affection Shapes a Baby's Brain*, 2004. Düsseldorf: Walter Verlag, 2006.

Guyenet, Stephan. *Dan's Plan*. Onlinekurs. USA, 2013.

Guyenet, Stephan J. *The Hungry Brain. Outsmarting the Instincts that Make us Overeat*. London: Vermilion, Penguin Random House, 2017.

Hofmekler, Ori. *The 7 Principles of Stress. Extend Life, Stay Fit, And Ward Off Fat*. Berkley, California: North Atlantic Books, 2017.

Ifland, Joan, Marcus, Marianne T., Preuss, Harry, G. *Processed Food Addiction. Foundations, Assessment, and Recovery*. USA: Taylor & Francis Group, 2020 (Paperback), 2018, 2020.

Jochims, Inke. *Auch Du kannst frei sein. Die Heilung von Bulimie und Binge Eating*. Norderstedt: BoD, 2025 (noch nicht erschienen).

—. *Das Dreieck der Verleugnung. Die Opfer-Kontroll-Dynamik erkennen und überwinden*. Norderstedt: BoD, 2020.

—. *Das Sündenbockkind. Die Rolle des Scapegoats in kranken Familien*. Norderstedt: BoD, 2024.

—. *Die Heilung von Betrug und Verrat. Wie man wieder lernen kann zu leben*. Nordersedt: BoD, 2024.

—. *Erinnern und Heilen. Teil 1: Gedächtnisreskonsolidierung und Netzwerktheorie. Der Schlüssel zur Veränderung!* Bd. Band 1 der Reihe "Erinnern und Heilen". 2 Bde. Norderstedt: BoD, 2025.

—. *Erinnern und Heilen. Teil 2: Gedächtnisrekonsolidierung, Kohärenztherapie und Hypnose*. Bd. Band 2 der Reihe “Erinnern und Heilen”. 2 Bde. Norderstedt: BoD, 2025.

—. *Fantasiereisen gestalten. Ein Band der Reihe: Hypnose lernen!* Norderstedt: BoD, 2023.

—. *Fünf hypnotische Induktionen. Ein Band der Reihe: Hypnose lernen*. Norderstedt: Bod, 2023.

—. *Hypnotische Sprachmuster für Therapie, Coaching und Verkauf!* Norderstedt: BoD, 2023.

—. *Meistere den Stress. Eine Einführung in die Polyvagal-Theorie*. Norderstedt: BoD, 2020.

—. *Schreib dein Buch mit KI! Schneller schreiben mit ChatGPT und Deepl*. Norderstedt: BoD, 2024.

—. *Suggestionen - was sie sind und wie sie wirken. Ein Band der Reihe: Hypnose lernen*. Norderstedt: Bod, 2023.

—. *Zucker und Bulimie. Wie richtige Ernährung hilft, aus Bulimie und Binge Eating auszusteigen*. Berlin: Hedwig-Verlag, 2005.

Johnson, Richard J. *Hüft Gold Und Winterspeck: Vom Evolutionsvorteil zur Fettfalle*. Bde. *Nature Wants Us to Be Fat*, USA, 2022. Kirchzarten bei Freiburg: VAK Verlags GmbH, 2022.

Johnson, Richard. *Nature Wants Us to Be Fat*. Dallas: BenBella Books, Inc., 2022.

Johnson, Richard, Interview geführt von Michael Collins. *Quit Sugar* USA, (03 2022).

Lisle, Douglas J., Interview geführt von Jonathan McMahon. *Beating Your Genes & 3 Deadly Traps*. USA: McMahon, Jonathan, (12 2017).

Lisle, Douglas J. und Goldhamer, Alan. *Die Lustfalle. Warum Gesundsein so schwerfällt und was Sie dafür tun können*. Bde. The Pleasure Trap, 2003. Winterthur: Edition Spuren, 2013.

Maté, Gabor. *In the Realm of Hungry Ghots. Clos Encounters with Addiction*. London: Vermilion, an imprint of Ebury Publishing., 2018.

Peters, Achim. *Das egoistische Gehirn. Warum unser Kopf Diäten sabotiert und gegen den eigenen Körper kämpft*. . Berlin: Ullstein Buchverlage GmbH, 2011.

Porges, Stephen W. *Die Polyvagal-Theorie und die Suche nach Sicherheit*. Lichtenau/Westf.: G. P. Probst Verlag GmbH, 2018.

—. *Die Polyvagal-Theorie. Neurophysiologische Grundlagen der Therapie*. Paderborn: Junfermannsche Verlagsbuchhandlung, 2010.

—. *Dr. Stephen Porges on Face to Face Social Engagement*. PsychAlive. 23. 04 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=lxS3bv32-UY&t=130s> (Zugriff am 04. 08 2019).

—. *Human Nature and Early Experience*. joy96815 (Dr. Gabor Maté). 24. 10 2014. [https://www.youtube.com/watch?v=SRTkkYjQ\\_HU&t=477s](https://www.youtube.com/watch?v=SRTkkYjQ_HU&t=477s) (Zugriff am 04. 08 2019).

Porges, Stephen W. *Neurophysiologie der Selbstregulation*. DVD. Auditorium Netzwerk. Zürich, 2011.

—. *Neurozeption – die drei Regelkreise des Autonomen Nervensystems*. Übersetzung: Urs Honauer. Zürich, 2005.

—. *Optimizing human experiences through the lens of the Polyvagal Theory*. Joe Tatta, DPT, CNS. 04. 04 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=aVkSxYDUoRs&t=3s> (Zugriff am 04. 08 2019).

—. *Polyvagal Theory*. Douglas E. Noll. 29. 04 2018. <https://www.youtube.com/watch?v=7sz5Qd7Xuc8&t=778s> (Zugriff am 04. 08 2019).

Porges, Stephen W., Interview geführt von Alex Howard. *Polyvagal Theory and How To Regulate The Nervous System*. USA, (2020).

Porges, Stephen W., Interview geführt von Jessica Dibb. *Polyvagal Theory: The role of physiological state in mental and physical health*. USA: The Shift Network, (03 2020).

Schöffel, Hannah. „Charakteristik von vermeidend/restriktiver Essstörung in der Allgemeinpädiatrie.“ *Dissertation zur Erlangung des akademischen Grades Dr. med. an der Medizinischen Fakultät Leipzig*. Leipzig: Universität Leipzig, 22. 02 2022.

Shore, Allan N. *Affektregulation und die Reorganisation des Selbst*. Bde. Affect Regulation and the Repair of Self, 2003. Stuttgart: j.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, 2007.

Solms, Mark. *The Hidden Spring. A Journey to the Source of Consciousness*. Great Britain: Clays Ltd, Elcograf S.p.A., 2021.

—. *The Hidden Spring: Warum wir fühlen, was wir sind*. Bde. The Hidden Spring. A Journey to the Source of Consciousness, GB, 2021. Freiburg: J. G. Cotta'sche Buchhandlung Nnachfolger GmbH, gegr. 1659, Stuttgart, 2003.

Spangler, Gottfried, und Peter Zimmermann. *Die Bindungstheorie. Grundlagen, Forschung und Anwendung*. Stuttgart: J.G. Cotta'sche Buchhandlung Nachfolger GmbH, gegr. 1659, 1995.

Volkow, Dr. Nora, Interview geführt von unbekannt. *The Brain Science of Addiction: A Disease of Free Will* USA, (2018).

Volkow, Nora, Dr. „Demystifying Medicine 2017: Addiction and Habituation: Drugs and Food.” *You Tube*. NIH VideoCast. 19. 01 2017. <https://www.youtube.com/watch?v=3weIemIjWDs> (Zugriff am 26. 02 2020).

—. „Why do our brains get addicted?” *You Tube*. TEDMED. 27. 01 2015. <https://www.youtube.com/watch?v=Mnd2-al4LCU&t=326s> (Zugriff am 25. 02 2020).

Walker, Pete. *Complex PTSD: From Surviving to Thriving*. USA: Azure Coyote, 2013.

—. *The Tao of Fully Feeling. Harvesting forgiveness out of blame*. Bd. Second Edition/2015. USA: Azure Coyote Book, 2015.

Wikipedia, Dr. Nora Volkow. *Wikipedia*. 2022. [https://de.wikipedia.org/wiki/Nora\\_Volkow](https://de.wikipedia.org/wiki/Nora_Volkow) (Zugriff am 09. 07 2022).



Winhall, Jan. *Treating Trauma and Addiction with the Felt Sense Polyvagal Model: A Bottom-Up Approach*. New York: Taylor & Francis, 2021.

Wurtman, Judith J. *The Serotonin Power Diet: eat carbs - nature's own appetite suppressant - to stop emotional overeating and halt antidepressant-associated weight gain*. New York: Rodale Inc., 2006.

Wurtman, Judith, J, und Richard J. Wurtman. *Human Obesity*. Herausgeber: ISSN 0077-8923 *Annals of the New York Academy of Sciences*. Bd. Volume 499. New York: USA, 1987.



---

# EDY-Q (DEUTSCHE VERSION)

---

EDY-Q – Eating Disorder in Youth Questionnaire (deutsche Version)

*Achtung: Hierbei handelt es sich um ein Screening-Werkzeug, nicht um eine abschließende Diagnostik!*



## **Selbstauskunftsbogen für Kinder und Jugendliche im Alter von ca. 8 bis 18 Jahren.**

### **Antwortmöglichkeiten:**

1 = trifft überhaupt nicht zu

2 = trifft eher nicht zu

3 = teils/teils

4 = trifft eher zu

5 = trifft vollkommen zu



1. Ich esse nur bestimmte Nahrungsmittel, weil ich den Geschmack oder die Konsistenz anderer Nahrungsmittel nicht mag.
2. Ich habe Angst, neue Nahrungsmittel auszuprobieren.
3. Ich esse nur sehr wenige verschiedene Nahrungsmittel.
4. Ich habe Angst, beim Essen zu ersticken oder mich zu verschlucken.

5. Ich habe keinen großen Appetit.
6. Essen interessiert mich einfach nicht so sehr.
7. Ich esse nicht, wenn ich gestresst oder traurig bin.
8. Ich habe schon einmal große Mengen an Nahrungsmitteln auf einmal gegessen, obwohl ich keinen Hunger hatte.
9. Wenn ich zu viel gegessen habe, habe ich versucht, das durch Erbrechen oder andere Maßnahmen wie Fasten oder Sport wieder rückgängig zu machen.
10. Ich denke oft darüber nach, wie viel ich wiege und wie ich aussehe.
11. Ich habe versucht, abzunehmen, obwohl andere gesagt haben, dass ich das nicht müsste.
12. Ich habe Mahlzeiten ausgelassen, um dünner zu werden.
13. Ich bin unzufrieden mit meinem Körpergewicht.
14. Ich fühle mich oft zu dick, obwohl andere sagen, dass ich normal oder dünn bin.



Um mit dem EDY-Q festzustellen, ob ARFID vorliegt, nutzt man vor allem die ARFID-spezifischen Items (Fragen 1–6). Diese decken die drei Hauptmotive von ARFID gemäß DSM-5 ab:



## **Vorgehen zur ARFID-Erkennung mit dem EDY-Q**

### **Schritt 1: Relevante Items identifizieren**

Die folgenden 6 Fragen im EDY-Q beziehen sich direkt auf ARFID:

1. Ich esse nur bestimmte Nahrungsmittel, weil ich den Geschmack oder die Konsistenz anderer nicht mag. (sensorisch motiviert)
2. Ich habe Angst, neue Nahrungsmittel auszuprobieren. (sensorisch / angstbedingt)
3. Ich esse nur sehr wenige verschiedene Nahrungsmittel. (generelle Einschränkung)
4. Ich habe Angst, beim Essen zu ersticken oder mich zu verschlucken. (aversive Konsequenzen)

5. Ich habe keinen großen Appetit. (mangelndes Interesse)
6. Essen interessiert mich einfach nicht so sehr. (Desinteresse / Appetitlosigkeit)



## Schritt 2: Antworten auswerten

Jede Frage wird auf einer Likert-Skala von 1–5 beantwortet:

1 = trifft überhaupt nicht zu

5 = trifft vollkommen zu



Einzelne hohe Werte(z. B. 4 oder 5) auf mehreren ARFID-relevanten Items deuten auf ein Risikoprofil hin.



**Kriterium für auffälliges ARFID-Profil:**

≥3 Items mit einem Wert von 4 oder 5 → Hinweis auf ARFID-Risiko  
(besonders wenn diese aus unterschiedlichen Motivgruppen stammen)



Schritt 3: Abgrenzung zu anderen Essstörungen

Die restlichen Items(7–14) prüfen Symptome von:

- emotionalem Essen (z. B. Item 7)
- Binge Eating (z. B. Item 8)
- Bulimie (z. B. Item 9)
- Körperbildstörungen (Items 10–14)

Wenn diese Items niedrigbewertet sind (z. B. 1–2) und nur die ARFID-Items hoch, spricht das eindeutig für ARFID (und gegen Anorexie/Bulimie).



## Ergebnisinterpretation (vereinfacht für Praxis)

### Auswertung:

- Viele hohe Werte (4–5) bei Items 1–6, niedrige Werte bei 7–14  
= *Starkes ARFID-Risiko*.
- Einzelne hohe Werte bei ARFID-Items, gemischte bei Rest =  
*Mögliches ARFID mit komorbiden Symptomen*.
- Keine hohen Werte bei Items 1–6 = *Unwahrscheinlich, dass  
ARFID vorliegt*.



Bei auffälligem Ergebnis ist eine weiterführende klinische Diagnostik  
(z. B. PARDI-Interview) angezeigt.





**Alle Bücher von Inke Jochims, finden Sie auf dieser Seite:**

Die Bücher von Inke Jochims

Stöbern und kaufen Sie hier  
alle Bücher von Inke Jochims!



[www.jochims-buecher.de](http://www.jochims-buecher.de)



**Alle digitalen Produkte von Inke Jochims finden Sie auf  
dieser Seite:**

Der Shop von Inke Jochims

**<https://www.myablefy.com/s/inke-jochims>**

Stöbern und kaufen Sie alle digitalen Produkte  
von Inke Jochims



<https://myablefy.com/>





