

4.7 Eßstörungen

*Beitrag von Dr. Andreas Karwautz (Arzt und Psychotherapeut),
Universitätsklinik für Neuropsychiatrie des Kindes- und Jugendalters.*

Zusammenfassung

Zu den Eßstörungen des Jugendalters, welche klinisch bedeutsam sind, zählen vor allem die Magersucht (Anorexia nervosa) und die Eß-Brechsucht (Bulimia nervosa).

Die Inzidenz von Anorexia nervosa beträgt zwischen 4 und 7 pro 100.000 EinwohnerInnen, was in Wien (ohne Einzugsbereich der Betreuungseinrichtungen: Niederösterreich, Burgenland) etwa 80 bis 140 Neuerkrankungen pro Jahr entspricht. 90 bis 96 Prozent aller Erkrankten sind Frauen, im Durchschnitt tritt die Erkrankung mit 17 Jahren auf.

Die Bulimia nervosa tritt etwa dreimal so häufig wie die Anorexia nervosa auf (14 pro 100.000 EinwohnerInnen bzw. 2 Prozent der jungen Frauen. Darüber hinaus ist in den letzten Jahren ein Anstieg zu verzeichnen. Diese Erkrankung tritt in der Regel erst in der späteren Adoleszenz auf. Da es sich immer noch um eine stigmatisierte Erkrankung handelt, ist die Dunkelziffer mit rund zwei Drittel sehr hoch.

Zu empfehlen wären neben gezielten Präventionsprogrammen vor allem die vermehrte Schulung der praktischen ÄrztInnen und GynäkologInnen, der Aufbau tagesklinischer Therapieeinheiten bzw. der Ausbau stationärer spezialisierter Einrichtungen, sowie die Sensibilisierung von LehrerInnen.

Summary: Eating disorders

Adolescent eating disorders of clinical significance include above all anorexia nervosa and bulimia nervosa.

The incidence of anorexia nervosa is 4 to 7 cases per 100,000 inhabitants, which corresponds to approximately 80 to 140 new cases per year (without counting the federal provinces Lower Austria and Burgenland, which also form part of the catchment area of the Viennese care facilities). 90 to 96 percent of all patients are women; on an average, the disease first appears at the age of 17.

Bulimia nervosa occurs roughly three times as frequently as anorexia nervosa (14 cases per 100,000 inhabitants or 2 percent of all young women). Moreover, an increase of this disorder has been recorded over the past few years. As a rule, the disorder only occurs in late adolescence. Since it is still a very stigmatised disease, the number of unreported cases (roughly two thirds) is very high.

In addition to targeted preventive programmes, it is above all recommended to introduce practical training for GPs and gynaecologists, to establish outpatient therapy facilities and to increase the capacity of specialised inpatient wards, as well as to increase the awareness of teachers.

Neben frühkindlichen Eßstörungen (wie z.B. ungeklärtes Ausbleiben des Längenwachstums, Verweigerung der Nahrungsaufnahme, Einschränkung der Vielfalt der aufgenommenen Nahrungsmittel) sind es vor allem die Eßstörungen des Jugendalters: Anorexia nervosa (Magersucht) und Bulimia nervosa (Eß-Brechsucht), die klinisch bedeutsam sind.

4.7.1 Epidemiologie

Da uns in Österreich, im speziellen im Wiener Raum, exakte wissenschaftliche Daten über die Häufigkeit von Eßstörungen im Kindes- und Jugendalter fehlen, ist es gerechtfertigt, auf ausländische Erhebungen zurückzugreifen - insbesondere da anzunehmen ist, daß die Prävalenz- und Inzidenzzahlen gegenüber denen in anderen westlichen Staaten nicht wesentlich differieren.

Anorexia nervosa-Kranke werden verschiedenen ärztlichen Disziplinen vorgestellt, sodaß es für die Einschätzung ihrer Häufigkeit nicht ausreicht, psychiatrische Behandlungszahlen heranzuziehen. Besonders die für die Erstversorgung und Weichenstellung des Managements dieser Kranken so wichtigen praktischen Ärzte und Ärztinnen verkennen diese Erkrankung bei Jugendlichen in der frühen Adoleszenz häufig als „organische Erkrankung“. Nur etwa 10 Prozent der (in Wien) befragten PraktikerInnen zogen die richtige Diagnose in Erwägung (Karwautz et al. 1997). Da es sich bei Anorexia nervosa aber um eine der 3 häufigsten chronischen Krankheiten des Jugendalters handelt (durchschnittliche Erkrankungsdauer 6 Jahre), ist eine frühe Intervention entscheidend, um den Heilungsverlauf nicht hintanzuhalten.

Die Inzidenz von **Anorexia nervosa**⁹ beträgt zwischen 4 und 7 pro 100.000 EinwohnerInnen, was in Wien etwa 80 bis 140 Neuerkrankungen pro Jahr entspricht. Nimmt man den Einzugsbereich der Wiener Betreuungseinrichtungen (Niederösterreich, Burgenland) dazu, muß von mindestens 200 neu Erkrankten pro Jahr ausgegangen werden.

Die Prävalenz ist unter jugendlichen Frauen mit 1 Prozent anzunehmen, was die Chronizität der Erkrankung widerspiegelt. 90 - 96 Prozent aller Erkrankten sind Frauen. Die Erkrankung tritt im Schnitt mit 17 Jahren (8 - 60 Jahre) auf, wird aber an der Klinik oft auch schon im Alter von 12 Jahren gesehen und behandelt.

Nicht jede/r Patient/in benötigt zu seiner/ihrer Genesung eine spezialisierte Einrichtung. Gut ausgebildete praktische ÄrztInnen, PsychotherapeutInnen und klinische PsychologInnen könnten einen Großteil der PatientInnen behandeln. Allerdings sind spezialisierte Zentren zur Behandlung sogenannter „therapieresistenter“ PatientInnen in Wien nicht ausreichend vorhanden.

Eine Zunahme der Inzidenz und Prävalenz der Magersucht kann nach umfangreichen Arbeiten derzeit nicht festgestellt werden (Fombonne 1998).

Die **Bulimia nervosa**¹⁰ ist 3-mal so häufig wie die Anorexia nervosa (Inzidenz: 14 pro 100.000 EinwohnerInnen; Prävalenz: 2 Prozent der jungen Frauen) und steigt in ihrer Häufigkeit in den letzten Jahren an. Die Erkrankung tritt in der Regel erst in der späteren Adoleszenz auf. Da es sich

⁹ Anorexia nervosa Kriterien (ICD-10):

1. Signifikanter Gewichtsverlust (unter 17,5 kg/m²) oder Fehlen altersentsprechenden Wachstums bei Kindern.
2. Selbstherbeigeführter Gewichtsverlust durch (a) Vermeidung kalorienreicher Kost (b) Erbrechen (c) Abführmittelgebrauch (d) Exzessive körperliche Betätigung (e) Diuretikaabusus (f) Appetitzüglermißbrauch.
3. Angst, zu dick zu werden.
4. Endokrine Störung: (a) Amenorrhoe (b) Wachstumshormonanstieg (c) Cortisolanstieg (d) Reduktion von T3.

¹⁰ Bulimia nervosa Kriterien:

1. Freßanfälle.
2. Methoden, der dadurch erzielten Gewichtszunahme entgegenzusteuern: (a) Erbrechen (b) Laxantienabusus (c) Diät halten (d) Appetitzüglermißbrauch (e) Diuretika mißbrauch.
3. Angst, zu dick zu werden.
4. Häufige Anorexia nervosa Anamnese (in einem Drittel bis zur Hälfte der Fälle).

immer noch um eine stigmatisierte Erkrankung handelt, kommt unglücklicherweise nur etwa ein Drittel zur Behandlung.

4.7.2 Klinik

Für den Arzt und Angehörige anderer für die Gesundheit verantwortliche Berufsgruppen ist es wichtig zu wissen, an welchen frühen Warnzeichen Eßstörungen erkannt werden können. Einige solche „**Warnsignale**“ sind etwa (vgl. *Treasure 1997*):

1. Das Kind nimmt nicht altersentsprechend an Gewicht zu oder wächst nicht.
2. Das Kind verliert an Gewicht und versteckt seinen dünnen Körper unter weiten Pullovers.
3. Das Kind vermeidet es, mit der Familie zu essen und kocht für die ganze Familie, ißt aber selber nicht.
4. Das Kind ißt riesige Mengen von Obst, aber keine fett- oder kohlehydratreiche Kost.
5. Das Kind ißt sehr langsam, schneidet die Nahrung in winzige Stücke
6. Das Kind wird sehr aktiv, joggt stundenlang, geht mehrmals pro Woche ins Fitnesscenter.
7. Das Kind lernt übermäßig.
8. Das Kind ist oft weinerlich, irritiert, ungeduldig und sorgenvoll.
9. Das Kind geht nicht mehr mit Freunden weg und nimmt nicht mehr an Familienaktivitäten teil.
10. Große Nahrungsmengen verschwinden aus dem Kühlschrank oder aus der Vorratskammer.
11. Die Toilette ist mehrmals täglich besetzt, auch in der Nacht.
12. Laxantien und andere Medikamente sind in Apotheken oft frei erhältlich, was die/der Jugendliche nützt.

Anorexia nervosa hat zahlreiche körperliche, psychische und soziale Symptome und Komplikationen. Beeinträchtigungen (vor allem durch Fasten, übermäßige körperliche Betätigung und Erbrechen) nahezu aller Organsysteme, Depressivität, Suizidalität und Zwanghaftigkeit sind die wichtigsten Aspekte.

Sie stellt eine potentiell lebensbedrohliche Erkrankung dar bzw. weist die höchste Mortalität aller psychiatrischen Erkrankungen auf (1 % pro Jahr). Die Mortalität ist am höchsten in Gegenden ohne spezialisierte Behandlungszentren. Etwa die Hälfte aller Todesfälle hat medizinische Komplikationen zur Ursache, etwa 50 Prozent der Todesfälle ist durch Suizid bedingt.

Bulimia nervosa geht ebenfalls häufig mit Beeinträchtigungen der Organe einher (besonders durch Erbrechen und Laxantien bei Unterernährung). Depressivität (in bis zu 70 Prozent), Alkohol- und Drogenmißbrauch, selbstverletzendes Verhalten und Persönlichkeitsstörungen sind häufig gleichzeitig anzutreffen.

4.7.3 Ätiologie der Eßstörungen

Es gibt keine einzelne Ursache der Eßstörungen. Immer müssen verschiedene Risikofaktoren zusammentreffen, damit die Erkrankung ausbricht. Verschiedene Erklärungsmodelle existieren, bisher ist es keinem gelungen, alle klinischen und epidemiologischen Befunde sinnvoll zu integrieren.

Einige markante **Risikofaktoren für Anorexia nervosa** sind folgende¹¹:

- Weibliches Geschlecht (90 - 96 Prozent Frauen)
- Genetisch:
Zwillingsstudien und Familienstudien zeigen, daß Eßstörungen in Familien gehäuft vorkommen. Neuerdings konnten auf der Suche nach genetischen Merkmalen für Anorexia nervosa erste Erfolge erzielt werden.
- Familiäre Dysfunktion:
Die Familie kann nicht prinzipiell für die Entstehung der Anorexia nervosa verantwortlich gemacht werden. Es treten Muster auf, die in allen Familien mit chronisch kranken Kindern auftreten können. Allerdings scheint die Familie Probleme mit der Anpassung an die Adoleszenz ihrer Tochter und der damit zunehmenden Unabhängigkeit zu haben.
- Niedriger Selbstwert
- Perfektionistische Haltung im Leben
- Konflikte um die erwachende Sexualität und eventuell Reaktualisierung früherer sexueller Traumata.

Für die **Bulimia nervosa** stellen folgende **Faktoren** ein **Risiko** dar:

- Weibliches Geschlecht (90 Prozent Frauen)
- Gewichtsverlust anamnestisch
- Anorexia nervosa Anamnese (1/3 bis 1/2)
- Diät halten: hebt die Auftretenswahrscheinlichkeit um das 8-fache an
- Störung des Serotoninhaushalts
- Gestörte Familienbeziehungen: Starkes elterliches Kontrollverhalten, Fehlen von Wärme
- Körperlicher und sexueller Mißbrauch
- Affektive Störungen, Alkohol und Eßstörungen bei anderen Familienmitgliedern

¹¹ Teilweise nur in individuellen Fällen zutreffend.

4.7.4 Therapie

Jede Behandlung sollte sowohl medizinische als auch psychotherapeutische Aspekte in sich vereinen.¹²

Anorexia nervosa

Anorexia nervosa-Kranke sind meist ambivalent gegenüber einer Behandlung eingestellt. So ist eine gute Arbeitsbeziehung wesentlich. Da es sich um eine mehrdimensional verursachte Erkrankung handelt, muß die Behandlung immer multimodal sein. Die Auswahl der gesetzten Interventionen hängt vom Alter, der medizinischen Bedrohlichkeit und der Erkrankungsdauer ab. Es stehen zur Verfügung:

- Beratungsgespräch;
- Geleitete Selbsthilfe (in Manualform);
- Ambulante Behandlung mit Familienberatung, Familientherapie, kognitive Therapien, psychodynamische Therapien, Verhaltenstherapie, Musiktherapie, Tanztherapie, Körpertherapie, Gestaltungstherapien, usw.;
- Tagesklinisches Setting: hat den Vorteil höherer Autonomie. Es besteht ein internationaler Trend zu tagesklinischen Settings (in Wien jedoch zur Zeit noch nicht verfügbar);
- Stationäre Therapie im multidisziplinären Team, die neben der Bearbeitung psychologischer Faktoren eine Gewichtsrestitution zum Ziel hat. Sie sollte bei schwerer körperlicher Beeinträchtigung, Dehydratation, hohem Suizidrisiko und kontraproduktiven familiären Bedingungen unverzüglich beginnen.

Jede Behandlung muß Strategien zu einer gezielten Restitution des Körpergewichtes beinhalten, um keine Verzögerung des Heilungsverlaufes zu verschulden.

Etwa 20 Prozent der Erkrankten können vollständig geheilt werden und 20 Prozent chronifizieren. Medikamente helfen nur bei ausgeprägter Depression, sind aber sonst ohne Wirkung.

Bulimia nervosa

Psychotherapie ist die Therapie der Wahl für Bulimia nervosa. Zur Behandlung der Bulimia nervosa stehen folgende Verfahren (die nahezu immer ambulant durchgeführt werden können) zur Verfügung:

- Beratungsgespräch
- Selbsthilfemanuale (z.B. *Schmidt & Treasure 1995*)
- Kognitive Therapien (Gruppen- und Einzeltherapie)
- Psychodynamische Therapien
- Zusätzliche medikamentöse Therapie (z.B. *Fluoxetin 60mg/d*)

¹² Für einen Überblick über kontrollierte Therapiestudien siehe de Zwaan et al. 1996.

Die Prognose ist abhängig von der Comorbidität mit anderen Störungen: bis zu 70 Prozent der PatientInnen können nach mehreren Versuchen und sehr fluktuierendem Verlauf als gesund angesehen werden.¹³

4.7.5 Prävention

In den USA und in Großbritannien wurden in den letzten Jahren einige Präventionsprogramme für Schulen entwickelt, die sich eine frühe Intervention bei Risikogruppen (in der Regel Mädchen) zum Ziel setzten (z.B. *Shisslak et al. 1996*). Es ist dabei darauf zu achten, daß die Interventionsstrategien dem Entwicklungsstand des Kindes und Jugendlichen angepaßt sind. Um Erfolg zu haben, gehen sie weit über reine Ernährungsberatung hinaus und schließen die Hauptrisikofaktoren für Eßstörungen mit ein, die vornehmlich mit dem Selbstwertgefühl und den pubertären körperlichen, emotionalen und sozialen Veränderungen zu tun haben.

Programme, die sich an Jugendliche in der frühen Adoleszenz richten, müssen vor allem Informationen (Aufklärung und Lernschritte) über folgende Punkte enthalten:

- Körperliche Veränderungen der Pubertät;
- Beziehungen mit Knaben und ihre möglichen Probleme;
- Das Bedürfnis, in diesem Lebensabschnitt mehr und mehr unabhängig zu werden;
- Die Wichtigkeit der Akzeptanz durch die Peer-group;
- Der Umgang mit Genecktwerden und Verspottetwerden besonders wegen körperlicher Auffälligkeiten und dem sich verändernden Körperschema;
- Der Umgang mit emotionaler Instabilität in dieser Phase;
- Erlernen von Entspannungstechniken zur Regulation von Gefühlen;
- Erlernen von Problemlösungsstrategien und zielgerichtetem Verhalten: „Wie lerne ich mich selber in Problemsituationen einzubringen und mit Problemen umzugehen?“
- Erlernen, was gesunde Ernährung ist und wieviel an sportlicher Betätigung gesundheitsfördernd ist.

In der mittleren und späteren Adoleszenz sind - neben einer phasengemäßen Anpassung der genannten - die folgenden Lernziele zusätzlich zu berücksichtigen:

- Die Verknüpfung von Gefühlen und Essen wahrnehmen;
- Selbstwertproblematik;
- Die Rolle der Frau in der Gesellschaft;
- Diskussion des abstrakten Begriffs des Körperschemas und dessen Verknüpfung mit dem Selbstwertgefühl;
- Anerkennung des Bedürfnisses der jungen Frau nach emotionaler Verbundenheit;

¹³ Einen genauen Überblick über Therapieverfahren und alle Spezialeinrichtungen in Deutschland bietet z.B. Herzog et al. 1996.

- Besondere Ermutigung, sich soziale Netzwerke zu bilden;
- Ermutigung, andere Wege der Selbstbestätigung zu finden als nur schulische Leistungen zu erbringen.

Durch diese Programme konnten vor allem Verbesserungen im ernährungsbezogenen Wissen erzielt und eßgestörte Einstellungen reduziert werden. Eine direkte Beeinflussung des relevanten eßgestörten Verhaltens konnte allerdings nur in geringerem Ausmaß erreicht werden. Die Methoden der frühen Intervention sind aber soweit ausgereift, daß dringend geraten ist, sie auch im Wiener Bereich einzusetzen.

4.7.6 Empfehlungen

- Finanzierung von Präventionsprogrammen.
- Vermehrte Schulung der praktischen Ärztinnen und Ärzte, PädiaterInnen und GynäkologInnen im Management eßgestörter PatientInnen.
- Aufbau tagesklinischer Therapieeinheiten.
- Ausbau stationärer spezialisierter Einrichtungen.
- Förderung von Projekten zur weiteren Klärung der Ätiologie und differentiellen Therapieindikation.
- Vermehrte Implementierung international anerkannter Therapiemethoden.

Literatur:

deZwaan, M.; Karwautz, A.; Strnad (1996): Therapie von Eßstörungen. Überblick über Befunde kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien. Psychotherapeut 41: 275-287.

Fombonne, E. (1998): Increased rates of psychosozial disorders in youth. Eur Arch Psychiatry Clin Neurosci 248: 14-21.

Herzog W., Munz, D.; Kächele, H. (1996): Analytische Psychotherapie bei Eßstörungen. Therapieführer. Schattauer: Stuttgart-New York.

Karwautz, A., deZwaan, M.; Wöber-Bingöl, C.; Wöber, C.; Friedrich, M.H. (1997): Awareness of early-onset anorexia nervosa. Eating and Weight Disorders 2: 138-143.

Schmidt, U.; Treasure, J. (1995): Die Bulimie besiegen. Campus Verlag: Frankfurt/Main.

Shisslak, C.M.; Crago, M.; Estaes, L.S.; Gray, N. (1996): Content and method of developmentally appropriate prevention programs. In: Smolak, L.; Levine, M.P.; Striegel-Moore, R. (Eds.) (1996): The development psychopathology of eating disorders. Implications for research, prevention, and treatment. Lawrence Erlbaum, Mahwah, NJ. Pp. 341-363.

Treasure, J. (1997): Anorexia nervosa. A survival guide for families, friends and sufferers. Psychology Press Erlbaum, Taylor and Francis, Hove.

