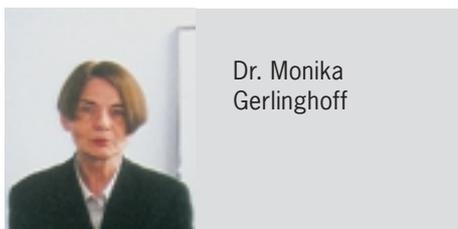


Essstörungen aus ärztlicher Sicht



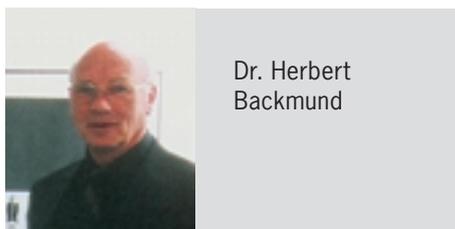
Dr. Monika
Gerlinghoff

Die häufige Erwähnung von Magersucht oder Bulimie in den Medien könnte den Eindruck vermitteln, es handle sich bei diesen Essstörungen um Begleiterscheinungen einer im Wohlstand lebenden, figurbewussten und der Fitness verpflichteten Gesellschaft. Das ist nicht der Fall. Vandereycken, van Delth und Meermann haben 1992 eine Kulturgeschichte der Essstörungen vorgelegt, in der sie aufsehenerregende Beispiele freiwilligen Nahrungsverzichts schon ab der Antike beschreiben.

Die Bezeichnung „Anorexia nervosa“ stammt wahrscheinlich von dem Londoner Internisten Sir William Gull, der 1873 eine ausführliche Darstellung dieser Krankheit publiziert hat. Ebenfalls 1873 erschien, unabhängig von Gull, in Paris ein Artikel über die gleiche Krankheit von dem französischen Neurologen Ernest Charles Lasègue. Diese Publikationen geben auch aus heutiger Sicht ein ziemlich vollständiges Bild der Krankheit Magersucht. Der deutsche Psychiater Heinrich Hoffmann hat mit der Geschichte des Suppenkaspar in dem 1845 erschienenen Struwwelpeter eine besonders eindrucksvolle und knappe Katamnese der Magersucht geliefert. Bulimisches Verhalten, also Heißhungeranfälle mit Verschlingen großer Nahrungsmengen, gefolgt von selbst herbeigeführtem Erbrechen, hat es im Gefolge von Magersucht wohl immer gegeben. Als eigenständige Krankheit wurde die Bulimie (Bulimia nervosa) 1979 von G. Russell beschrieben.

Als Essstörungen im engeren Sinn werden heute Magersucht (Anorexia nervosa), Bulimie (Bulimia nervosa) und so genannte nicht näher bezeichnete Essstörungen verstanden. In letztere Kategorie fällt die Esssucht (Binge-Eating-Disorder), während Übergewicht auch in beträchtlichem Ausmaß (Adipositas) nicht zu den Essstörungen in diesem Zusammenhang gerechnet wird.

Die Merkmale der Essstörungen sind in den international gebräuchlichen Klassifikationsschemata ICD (International Classification of Diseases der WHO) und DSM (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders der American Psychiatric Association)



Dr. Herbert
Backmund

aufgelistet. In der jetzt gültigen 10. Fassung von ICD bzw. der 4. Fassung von DSM sind die Essstörungen sehr ähnlich beschrieben. In den Tabellen 1 und 2 sind die Merkmale für Anorexie und Bulimie nach ICD-10, Kapitel V, aufgelistet.

Den atypischen Formen von Anorexie und Bulimie im ICD-10 entspricht im Klassifikationsschema DSM IV die Kategorie „Nicht näher bezeichnete Essstörungen (NNB)“. Sie dient der Einordnung von Essstörungen, welche die Kriterien für Anorexie oder Bulimie nicht genau erfüllen. Eine der aufgelisteten Formen benennt die Binge-Eating-Störung. Gemeint sind wiederholte Episoden von „Fressattacken“ ohne die für Bulimia nervosa

charakteristischen, regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen. Diese Form einer Essstörung gewinnt in letzter Zeit mehr und mehr an Bedeutung. Sie betrifft meist junge Menschen mit bulimischem Verhalten. Da aber keine Maßnahmen zur Gewichtsreduktion durchgeführt werden, kommt es zu einer mehr oder weniger stetigen Gewichtszunahme und damit zum Übergewicht. Psychische Beeinträchtigungen sind für die diagnostische Zuordnung obligatorisch. Im DSM IV (nicht aber im ICD-10) gibt es die in Tabelle 3 aufgeführten Merkmale für die Binge-Eating-Störung.

Die genannten Formen von Essstörungen können ineinander übergehen. Die Anorexie vom restriktiven Typ, auch als asketische Form bezeichnet, kann in den binge-purging-Typ sich ausweiten. Steigt der BMI über 17,5 kg/m² an, so geht die bulimische Form der Anorexie in die Bulimie über. Ungefähr 60 % der ursprünglich an einer restriktiven Anorexie Erkrankten durchbrechen nach mehr oder weniger langer Zeit ihr striktes Hungeregime, es kommt zunächst nur hin und wieder, dann häufiger und schließlich regelmäßig zu An-

Tabelle 1

F 50.0 Anorexia nervosa

- Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI¹⁾ von 17,5 kg/m oder weniger.
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch
 - Vermeidung hochkalorischer Speisen und/oder
 - selbst induziertes Erbrechen
 - selbst induziertes Abführen
 - übertriebene körperliche Aktivitäten
 - Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.
- Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst zu dick zu werden, besteht als tief verwurzelte überwertige Idee.
- Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hyophysen-Gonaden-Achse: Bei Frauen Amenorrhoe, bei Männern Libido- und Potenzverlust; erhöhte Wachstums- und Kortisolspiegel, gegebenenfalls Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion.
- Bei Beginn vor der Pubertät Verzögerung oder Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte.

Spezifizierung

F 50.00 Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme.

F 50.01 Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsabnahme.

F 50.1 Atypische Anorexia nervosa

Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen ein oder mehr Kernmerkmale der Anorexie, zum Beispiel Amenorrhoe oder signifikanter Gewichtsverlust.

¹⁾ BMI (Body Mass Index): Gewicht (kg):Körpergröße (m)²

fällen von Heißhunger und bulimischem Verhalten. Die Feststellung, welche Essstörung vorliegt, ist demnach meist eine Diagnose zu einem bestimmten Zeitpunkt.

Epidemiologische Daten

An Essstörungen erkranken überwiegend junge Menschen im Alter von etwa zwölf bis 30 Jahren. Essstörungen beginnen also hauptsächlich in der Zuständigkeit des Kinder- und Jugendarztes bzw. des Kindes- und Jugendpsychiaters und gelangen mit dem 18. Lebensjahr des Kranken in das Fachgebiet der für Erwachsene zuständigen Ärzte: Allgemeinärzte, Internisten, Gynäkologen, Psychiater, Psychotherapeuten. Wegen dieser Trennung der Kompetenzbereiche besteht ein hoher Bedarf an Erfahrungsaustausch und gegenseitiger Information. Die üblichen Angaben zur Epidemiologie von Essstörungen beziehen sich auf Erwachsene: Die Prävalenz der Anorexia nervosa beträgt 0,5 bis 1 % der Frauen im überwiegend betroffenen Altersbereich. Männer erkranken ungefähr im Verhältnis 10:1. Die Häufigkeit der Bulimia nervosa wird mit 3,5 bis 5 % angegeben. Über die Häufigkeit von Magersucht und Bulimie im Kindes- und Jugendalter gibt es aber keine ausreichenden Untersuchungen. Magersucht kann schon mit neun oder zehn Jahren beginnen und in diesem Alter erkranken offenbar Jungen häufiger als im Erwachsenenalter. Der Beginn einer Bulimia nervosa vor dem zwölften Lebensjahr gilt als ungewöhnlich. Verschiedene Autoren haben darauf hingewiesen, dass die diagnostischen Kriterien von ICD und DSM für die Klassifikation von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter wenig geeignet sind. Auch die Formel für die Berechnung des BMI ist erst ab dem Erwachsenenalter anwendbar; für das Kindesalter gibt es eigene Perzentilenkurven.

Medizinische Komplikationen

Essstörungen gehören nicht zu den Krankheiten, die zur Konsultation eines Arztes aufordern. Essstörungen sind heimliche Krankheiten. Unterstützt von der in der Gesellschaft verbreiteten Tendenz zu Diäten und zur fitnesssteigernden körperlichen Bewegung gelingt es den Essgestörten mehr oder weniger lange, ihr bereits pathologisches Verhalten in der nächsten Umgebung – Familie oder Partnerschaft – zu verbergen, und das natürlich auch anlässlich einer ärztlichen Untersuchung.

Verheimlichung oder Bagatellisierung können gefährliche Folgen haben, wenn es um die Beurteilung medizinischer Komplikationen

Tabelle 2

F 50.2 Bulimia nervosa

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.
- Versuch, dem dick machenden Effekt von Nahrungsmitteln durch verschiedene kompensatorische Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbst induziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei Diabetikerinnen kann es zur Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.
- Krankhafte Furcht, dick zu werden.

F 50.3 Atypische Bulimia nervosa

Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen eines oder mehrere Kernmerkmale der Bulimia.

Tabelle 3

- Wiederholte Episoden von Heißhungerattacken.
- Die Heißhungerattacken treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:
 - wesentlich schneller essen als normal
 - essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - Essen großer Nahrungsmengen ohne Hunger
 - alleine essen aus Verlegenheit über die Menge
 - Ekelgefühle, Depressivität oder große Schuldgefühle bezüglich des Essens.
- Es besteht deutliches Leiden bezüglich der Heißhungerattacken.
- Die Heißhungerattacken treten an mindestens zwei Tagen in der Woche für sechs Monate auf.

der Essstörungen geht. Magersucht und Bulimie führen häufig, wenn auch in sehr unterschiedlichem Schweregrad, zu pathologischen Befunden in nahezu allen Organsystemen. Ursächlich sind verschiedene Bedingungen verantwortlich zu machen: Unter- und Mangelernährung, häufiges Erbrechen mit Wasser- und Elektrolytverlust und Schäden durch die Magensäure, Missbrauch von Laxantien und Diuretika, exzessive Bewegung.

Über die tatsächliche tägliche Nahrungsmenge, die Häufigkeit von Essanfällen und Erbrechen pro Tag oder über einen regelmäßigen Missbrauch von Medikamenten – eine unserer Patientinnen nahm bis zu 3,5 Gramm Furosemid täglich! – berichten die Betroffenen praktisch nie spontan. Bei pathologischen Laborparametern ist für deren Beurteilung die Kenntnis der Diagnose unverzichtbar; bei Anorexia nervosa ist zum Beispiel eine Hypothyreose eine häufige Begleiterscheinung, die Gabe von Schilddrüsenhormon ist nicht indiziert.

Ätiologische Überlegungen

Die genaue Ursache der Essstörungen ist nicht bekannt. Wir gehen von einer multifaktoriellen Genese aus. Damit meinen wir biologische, individuelle, familiäre und soziokulturelle Einflüsse. Zwillingsstudien und Familienuntersuchungen sprechen für eine erbliche Disposition, eine genetische Vulnerabilität. Gesicherte Untersuchungsergebnisse, vor allem für die verschiedenen Formen der Essstörungen, stehen noch aus. Möglicherweise ist die genetische Disposition für die restriktive Anorexie am stärksten ausgeprägt. Es gibt Autoren, die vermuten, dass Hungern bei Individuen mit vorhandener genetischer Disposition eine zentrale Regulationsstörung in Gang setzen, welche dann – zusammen mit anderen ätiologischen Faktoren – zur Entwicklung einer Essstörung führt.

Zu den individuellen Faktoren zählen prädisponierende Persönlichkeitsmerkmale wie zum Beispiel ein stark vermindertes Selbstwertgefühl und Perfektionsdrang. Familiäre Konstellationen sind sicher nicht die entscheidende Ursache schlechthin, zu der sie oft gemacht werden, wirken aber ohne Zweifel



begünstigend auf die Entwicklung einer Essstörung. Zu den soziokulturellen Faktoren zählt natürlich in erster Linie das Schlankheitsideal der Industriegesellschaften. Da inzwischen auch aus Metropolen der Dritten Welt von Essstörungen berichtet wird, könnte ein Globalisierungseffekt des westlichen Lifestyles diskutiert werden. Aber auch unser Schlankheitsideal ist als alleinige Ursache nicht entscheidend. Im London des ausgehenden 19. Jahrhunderts gab es weder Models, noch Fitnessstudios, noch Werbespots mit überschulken Frauen, aber nicht wenige Berichte über Anorexia nervosa.

Therapie

Psychotherapie ist die wichtigste Behandlung der Essstörungen. Angeboten wird ein breites Spektrum an Methoden, von der analytischen Einzeltherapie bis zur kognitiv-verhaltenstherapeutischen Gruppenbehandlung. In Fachkreisen herrscht Übereinstimmung darüber, dass auf Essstörungen spezialisierte Einrichtungen bessere Ergebnisse liefern als diagnostengemischte psychiatrische Institutionen.

Eine generelle Behandlung mit Psychopharmaka hat sich nicht durchgesetzt. Gleichwohl können in Einzelfällen zur Angstminderung, Spannungsreduktion oder Verminderung von quälenden psychiatrischen begleitenden Störungen zum Beispiel Neuroleptika sehr hilfreich sein.

Es besteht auch kein Zweifel daran, dass neben der Behandlung der Hintergrundproblematik das gestörte Essverhalten – das anorektische ebenso wie das bulimische – durch ein

regelmäßiges Ess- und Ernährungstraining, am besten auf verhaltenstherapeutischer Basis, behandelt werden muss.

Am Münchner Therapie-Centrum für Essstörungen (TCE) praktizieren wir ein Therapiekonzept auf kognitiv-verhaltenstherapeutischer Basis in Gruppen, das sich am Prinzip des Selbstmanagements orientiert. Es ist in zeitlich begrenzte Phasen unterteilt. Kernstück ist eine viermonatige tagesklinische Phase mit inhaltlich und zeitlich strukturiertem Programm. Für einen Teil unserer Patientinnen stehen uns 30 Wohnplätze zur Verfügung.

Verlauf und Prognose

Essstörungen haben keine günstige Prognose. Verlaufsstudien kommen zu dem Ergebnis, dass langfristig 50 bis 70 % der Patientinnen und Patienten ihre Krankheit überwinden oder damit zurechtkommen. Die Übrigen nehmen einen chronischen Verlauf, gehen in andere psychische Krankheiten über oder versterben an Komplikationen der Anorexie oder begehen Selbstmord. Bei der Bulimie gibt es dazu bisher nur wenige Untersuchungen, es werden Mortalitätsraten bis 3 % mitgeteilt.

Der Verlauf, aber auch die Behandlung der Essstörungen wird nicht selten durch begleitende psychiatrische Störungen erschwert und die Prognose beeinträchtigt. Dazu gehören in erster Linie Depressionen und Zwangskrankheit, Persönlichkeitsstörungen und vor allem bei Bulimie die Kombination mit oder der Übergang in Abhängigkeiten von Alkohol und Substanzen.

Prävention

Essstörungen gehören zu den häufigsten psychiatrischen Krankheiten junger Menschen und die Mortalitätsrate ist die höchste in dieser Altersgruppe. Auf Grund dieser Tatsache besteht heute kein Zweifel an der Notwendigkeit vorbeugender Maßnahmen. Über deren Inhalte, Methoden und Konzepte wird noch diskutiert. Im Prinzip gilt es, bekannte Risikofaktoren, wie zum Beispiel Unzufriedenheit mit der eigenen Figur und Durchführung von Diäten, schon im Kindes- und Jugendalter zu reduzieren und so genannte Schutzfaktoren, wie zum Beispiel Selbstbewusstsein und soziale Kompetenz, zu fördern.

Am Münchner TCE führen wir seit 1989 präventive Aktivitäten verschiedenster Art

ANZEIGE:



Fachklinik für psychosomatische Erkrankungen
Abtl. für psychogene Essstörungen

Die Abteilung behandelt Patientinnen und Patienten mit Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Adipositas.

Es werden indikationsspezifische Gruppenbehandlungen durchgeführt für:

- junge Frauen im Alter von 18 - 35 Jahren
- Mädchen im Alter von 14 - 17 Jahren
- junge Männer.

Obligatorisch erfolgen ambulante Vorgespräche.

Die Behandlungsergebnisse werden in einer wissenschaftlichen Begleitforschung evaluiert.

Weitere Informationen können angefordert werden bei

Parkland-Klinik
Im Kreuzfeld 6, 34537 Bad Wildungen-Reinhardshausen
Tel. 05621 / 706-0, Fax 05621/ 706-705
Internet: www.parkland-klinik.de
e-mail: parkland-klinik@t-online.de

durch. Zuletzt haben wir mit Unterstützung des Bayerischen Gesundheitsministeriums eine Ausstellung über Essstörungen mit dem Titel „Is(s) was?!“ konzipiert und im Januar 2001 im Gasteig eröffnet. Sie wird als Wanderausstellung in anderen Städten zu sehen sein. Die Ausstellung hat sich als ausgezeichnete Möglichkeit erwiesen, durch den Besuch von Schulklassen viele Jugendliche zu erreichen. Wichtigste Mitarbeiterinnen bei unserer präventiven Arbeit sind, unserem Therapiekonzept entsprechend, unsere (ehemaligen) Patientinnen. Sie können unser Anliegen, zu informieren und aufzuklären, wesentlich emotionaler, direkter und glaubwürdiger umsetzen als professionelle Mitarbeiter.

Schlussfolgerung

Essstörungen sind schwerwiegende psychiatrische Krankheiten mit nicht sehr günstiger Prognose, Neigung zur Chronifizierung und

relativ hoher Mortalität. Nicht zuletzt wegen nicht seltener medizinischer Komplikationen und Begleiterkrankungen sowie begleitender psychiatrischer Störungen müssen ihre Diagnostik und Therapie in dafür qualifizierter ärztlicher Verantwortlichkeit liegen. Ärztinnen und Ärzte der verschiedenen Fachrichtungen sollten bei der Untersuchung jugendlicher Patienten an Essstörungen denken und sich deren Ernsthaftigkeit bewusst sein, im Zweifelsfall Rat von kompetenter Stelle einholen und zur Behandlung motivieren, aber diese Krankheiten nicht bagatellisieren, wie das leider immer wieder geschieht.

Die Autoren: Dr. Monika Gerlinghoff,
Dr. Herbert Backmund,
TCE, Schleißheimer Straße 267,
80809 München

