



Essstörungen

Essstörungen sind definitionsgemäß keine Ernährungsstörungen, sondern schwere psychiatrische Erkrankungen, die häufig mit somatischen Komplikationen einhergehen. Ihre Klassifikation befindet sich derzeit mit dem Erscheinen des US-amerikanischen Diagnosesystems DSM in der 5. Auflage im Umbruch, da es innerhalb von zwei Jahren auch zu einer Veränderung der in Österreich gültigen WHO-Klassifikation ICD in der elften Auflage kommen wird.

Weltweit - allerdings nicht für Österreich - liegen neue Daten zur Häufigkeit von Essstörungen vor; diese weisen auf einen Anstieg der unspezifischen Essstörungen hin. Rezente Erkenntnisse zur Entstehung der Störungen berücksichtigen nunmehr komplexe integrative Ätiologiemodelle, die auch neurobiologische und molekulare Befunde einbeziehen. Drei klinische Leitlinien (US-amerikanisch, britisch und deutsch) geben Rechenschaft über die therapeutische Evidenz, die weltweit vorliegt, sodass die Behandelnden nun eine immer präzisere Basis für die Entscheidung ihrer therapeutischen Strategien zur Verfügung haben.

Krankheitsbilder und wichtigste Symptome

Die drei klinisch bedeutsamsten und am besten charakterisierten Essstörungen sind Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung. Ihre diagnostischen Kriterien sind tabellarisch dargestellt; siehe Tab. 1 bis 3.

Anorexia nervosa („Magersucht“) ist charakterisiert durch Diät halten beziehungsweise das Vermeiden von hochkalorischen Speisen, was in letzter Konsequenz zu gefährlichen körperlichen Folgen bis zum Tode führen kann. Die Gleichsetzung des aus dem Griechischen stammenden

Essstörungen haben keine isolierten Ursachen. Immer müssen verschiedene Risikofaktoren im Leben zusammentreffen, damit die Erkrankung ausbricht. Die Kenntnis der Klinik der Magersucht ist immer noch unzureichend. Bei Bulimie oder unspezifischen Essstörungen dürfte die Erkennungsrate noch geringer ausfallen. **Von Andreas Karwautz***

Begriffs mit „nervös bedingter Appetitlosigkeit“ ist falsch, da die Betroffenen sehr wohl Hunger und Appetit verspüren, ihn aber unterdrücken.

Bulimia nervosa („Ochsenhunger“, aus dem Griechischen „bous“ = Ochse und limos = Hunger) ist eine Essstörung, die sich durch Anfälle von unkontrolliertem Heißhunger auszeichnet, die zu Essattacken (Fressattacken) mit meist nachfolgendem Erbrechen oder Abführmittelabusus (purging-Verhalten = wieder eliminieren, „rausputzen“) führt, was einer Gewichtszunahme entgegenwirkt.

Binge-Eating-Störung (aus dem Englischen binge = Heißhungeranfall) ist die häufigste Essstörung, die durch Heißhungeranfälle, die nicht mittels gegenregulatorischen Maßnahmen entschärft werden, definiert wird.

Im DSM-5 (und im zukünftigen Diagnosesystem ICD-11) sind im Kapitel Essstörungen und Fütterstörungen“ die Folgenden enthalten: Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), Binge Eating Störung (BES; entsprechend F50.8; siehe Tab. 3), Pica, Ruminationsstörung, Vermeidende/restrikutive Nahrungsaufnahmestörung, andere spezifische Fütter- und Essstörungen wie zum Beispiel Atypische Anorexia nervosa, Bulimia nervosa mit geringer Frequenz und/oder geringer Dauer, Binge-Eating-Störung mit geringer Frequenz und/oder geringer Dauer, Purging-Störung, das Night-eating Syndrom sowie Unspezifische Fütter- und Essstörungen.

Epidemiologie der Essstörungen

Bisher fehlen in Österreich für das gesamte Bundesgebiet repräsentative Daten über die Häufigkeit von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter sowie im Erwachsenenalter. Daher wird auf Erhebungen in europäischen Ländern zurückgegriffen, da anzunehmen ist, dass die Prävalenz- und Inzidenzzahlen gegenüber denen in anderen westlichen Staaten nicht wesentlich differieren. Zur Häufigkeit der Essstörungen liegen Zahlen über mehrere Jahrzehnte vor. Die Ergebnisse sind je nach Herkunftsland (Europa, USA, Asien), Geschlecht, Alter und untersuchter Population (Allgemeinbe-

Diagnostische Kriterien der Anorexia nervosa*

- 1) Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 Prozent unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelets-Index (BMI in kg/m²) von 17,5 oder weniger. (Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben).
- 2) Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:
 - a) Vermeidung von hochkalorischen Speisen sowie eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:
 - b) selbst induziertes Erbrechen (purging-Verhalten);
 - c) selbst induziertes Abführen (purging-Verhalten);
 - d) übertriebene körperliche Aktivität;
 - e) Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika (purging-Verhalten)
- 3) Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tief verwurzelte überbewertete Idee. Die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
- 4) Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhö und bei Männern als Libido- und Potenzverlust. (Eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption). Erhöhte Spiegel von Wachstumshormon und Kortisol, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können ebenfalls vorliegen.
- 5) Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhö bei Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich).
- 6) Nach Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen; die Menarche tritt aber verspätet ein.

Zwei Subtypen der Magersucht: Anorexia nervosa vom restriktiven Typus (F50.00); Anorexia nervosa vom binge/purging-Typus (F50.01)

* gemäß ICD-10 - AN - F50.0 (DSM-5: 307.1)

Tab. 1

Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa*

- 1) Häufige Episoden von Fressattacken (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche), bei denen große Mengen an Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- 2) Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, eine unwiderstehliche Gier oder Zwang, zu essen.
- 3) Die Patienten versuchen, der Gewichtszunahme durch die Nahrung mit einer oder mehreren der folgenden Verhaltensweisen gegenzusteuern:
 - a) selbstinduziertes Erbrechen;
 - b) Missbrauch von Abführmitteln;
 - c) zeitweilige Hungerperioden;
 - d) Gebrauch von Appetitzüglern;
 - e) Schilddrüsenpräparate oder Diuretika.

Besonderheit: Wenn die Bulimie bei Diabetikern auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen, was der Gewichtszunahme entgegen wirkt.
- 4) Selbstwahrnehmung als „zu fett“ mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden.

* gemäß ICD-10 - BN - F50.2 (DSM-5: 307.50)

Tab. 2

völkerung, Primärversorgung, Sekundärversorgung) sehr heterogen.

Für Anorexia nervosa kann eine Lebenszeitprävalenz bei weiblichen Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung von 0,9 Prozent, für Bulimia nervosa von 0,9 bis 1,5

Prozent, für Binge Eating-Störung von 1,9 bis 3,5 Prozent angenommen werden.

Essstörungen treten zumeist zuerst im Jugendalter auf. Magersucht kommt am häufigsten bei Jugendlichen ab 14 Jahren vor, Bulimie etwas später (16 Jahre), wäh-

►►



►► rend die Binge Eating-Störung im späteren Jugendalter und frühen Erwachsenenalter ihre Spitze hat.

Anorexia nervosa weist seit Jahrzehnten stabile Inzidenzraten in der primären Versorgung auf; die Inzidenz der Bulimia nervosa ist ab 1980 gestiegen, scheint aber derzeit leicht rückläufig. Zur Binge Eating-Störung, deren Definition erst 1994 erfolgte, und zu den anderen spezifischen oder unspezifischen Essstörungen liegen entweder wenige oder noch keine konsistenten Daten vor. Ein Anstieg in der Primärversorgung ist aber zu verzeichnen, die altersstandardisierte jährliche Inzidenzrate zwischen zehn und 49 Jahren stieg zwischen 2000 und 2009 von 32 auf 37 pro 100.000 Einwohner. Mädchen und Frauen sind häufiger von Magersucht (2009: Inzidenzrate 14 Frauen versus ein Mann auf 100.000 Einwohner), Bulimia nervosa (Inzidenzrate 20 Frauen versus 1.5 Männer auf 100.000) und von „unspezifischen Essstörungen“ (Inzidenzrate 28 Frauen

versus vier Männer auf 100.000) betroffen als Knaben oder Männer.

Auch bei männlichen Kindern entwickelt sich in den letzten Jahrzehnten (nachweislich zwischen 1993 und 2004 in Niederösterreich) vermehrt eine Disposition zu Essstörungen und ersten Symptome dessen; diese beginnen klinisch relevant zu werden.

Da für Österreich insgesamt keine epidemiologischen Daten für Jugendliche vorliegen, wird im Moment eine solche Erhebung im Rahmen des MHAT-Projektes (www.mhat.at) durchgeführt. Dabei sollen die wichtigsten psychischen Störungen im Jugendalter und deren Risikofaktoren untersucht und damit diese Lücke geschlossen werden.

Früherkennung

Die für Erstversorgung und Weichenstellung des Managements der Essstörungen so wichtigen Allgemeinmediziner und Schulärzte verkennen die Magersucht bei Jugendlichen in der frühen Adoleszenz häufig als „organische Erkrankung“. Psychosomatische Probleme und depressive Symptome werden erkannt; die spezi-

fischen Symptome der Magersucht aber kaum (acht Prozent bei typischen Fällen). Die Kenntnis der Klinik der Magersucht ist immer noch unzureichend. Bei nicht so offensichtlichen Störungen wie Bulimie oder unspezifischen Essstörungen dürfte die Erkennungsrate noch geringer ausfallen.

Es gilt daher, wichtige Warnsymptome für beginnende Essstörungen zu beachten (siehe Tab. 4).

Diagnose und Differentialdiagnose

Die Diagnosestellung erfolgt zuerst klinisch aufgrund der systematischen Erhebung der vorliegenden Symptome, wie sie in der internationalen Klassifikation ICD-10 dargelegt sind. Strukturierte Interviews werden psychodiagnostisch eingesetzt beziehungsweise sind im Forschungskontext unerlässlich. Ihr Einsatz bedarf guter Schulung und ersetzt niemals die klinische Erfahrung. So ist ein diagnostischer Fallstrick, Symptome zu übersehen beziehungsweise nicht ausreichend diagnostisch zu würdigen, weil sie von den Betroffenen trotz direkter Befragung nicht angegeben werden. Dabei spielt bei einigen Betroffenen eine mitunter radikale Verleugnung ihrer Symptomatik eine Rolle, während bei anderen die dem Untersucher augenscheinlichen Symptome der Essstörung der eigenen Wahrnehmung nicht zugänglich sind. So kann zum Beispiel ein 13-jähriges Mädchen mit schwerer Magersucht vom binge/purging-Typus (BMI weit unter der 3. Perzentile, Gewichtsverlust auf die Hälfte des Körpergewichtes innerhalb von drei Monaten, massive Heißhungerepisoden mit nachfolgendem Erbrechen, Elektrolytentgleisungen mit EKG-Veränderungen, Osteoporose, hirngorganisches Psychosyndrom, depressives Syndrom und sozialer Rückzug) beim diagnostischen Interview auch bei Konfrontation mit diesem Syndrom lediglich eine leichte Konzentrationsschwäche als störend benennen. Nur die ausreichende Erfahrung in der Diagnostik ermöglicht es dem Arzt, die richtige Diagnose zu stellen und mit der Betroffenen zu einem (eventuell nur beschränkten) Einverständnis und einer Therapieplanung zu gelangen.

Differentialdiagnostisch kommen für die Essstörungen alle Krankheiten in ►►

Diagnostische Kriterien der Binge-Eating-Störung*

- 1) Regelmäßige Essanfälle mit folgenden Merkmalen
 - a) In einem abgrenzbaren Zeitraum wird eine Nahrungsmenge gegessen, die deutlich größer ist als die Menge, die andere Menschen in ähnlicher Zeit unter vergleichbaren Umständen essen würden.
 - b) Während des Essanfalls wird der Verlust der Kontrolle über das Essen empfunden, das heißt das Gefühl, dass man einfach nicht mehr aufhören kann zu essen und auch nicht mehr steuern kann, was und wieviel Essen man zu sich nimmt.
- 2) Die Essanfälle sind mit mindestens drei der folgenden Merkmale verbunden
 - a) Es wird wesentlich schneller gegessen als normal;
 - b) Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl;
 - c) Es werden große Mengen gegessen, obwohl man nicht hungrig ist;
 - d) Es wird allein gegessen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst;
 - e) Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder große Schuldgefühle nach einem Essanfall.
- 3) Hinsichtlich der Essanfälle besteht ein deutlicher Leidensdruck.
- 4) Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens einem Tag pro Woche über drei Monate auf.
- 5) Die Essanfälle sind nicht mit der regelmäßigen Anwendung von gegensteuernden Maßnahmen (zum Beispiel abführende Maßnahmen, Fasten oder exzessiver Sport) verbunden und treten nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf, was häufig zu Übergewicht (BMI = 25 bis 30 kg/qm) oder Adipositas (BMI > 30 kg/qm) führt.

* gemäß DSM-5 - BED - Code: 307.50 - in ICD-11: F50.8

Tab. 3



weist Magersucht als die schwerste und gefährlichste Erkrankung innerhalb der Psychiatrie aus.

Depressive Episoden (30 bis 80 Prozent Lebenszeitprävalenz), Dysthymia, Zwangsstörungen (acht bis 35 Prozent), Zwangssymptome, Angststörungen (35 bis 70 Prozent), Schlafstörungen (frühmorgendliches Erwachen), Konzentrationsprobleme, soziale Isolation und Libidoverlust treten im Verlauf häufig auf. Zum Teil sind diese Symptome durch den Hungerzustand, in dem sich die Betroffenen befinden, bedingt beziehungsweise durch ihn verstärkt. Bulimia nervosa geht häufiger als Anorexia nervosa mit Erkrankungen aus dem Suchtspektrum einher (bis zu 50 Prozent); auch diverse Persönlichkeitsstörungen kommen bei bis zu 80 Prozent der Betroffenen vor. Die Binge Eating-Störung weist als häufigste Komorbiditäten Depressionen (etwa 50 Prozent) und Angststörungen (zwei bis 49 Prozent) auf.

Komplikationen

Essstörungen können medizinische Komplikationen verursachen, die über zwei Wege zustande kommen: Einerseits kann Unterernährung gepaart mit motorischer Hyperaktivität den Organismus belasten, andererseits können Erbrechen und Laxantienabusus zu kardialen und neurologischen Komplikationen führen. Bei simultanem Auftreten von beidem (wie zum Beispiel bei der Diagnose

F50.01) sind am häufigsten schwerwiegende Komplikationen zu beobachten. Die Diagnose dieses Subtypes sollte daher die höchste medizinische Aufmerksamkeit nach sich ziehen.

Endokrinologisch findet man den Ausfall der Regelblutung (primäre oder sekundäre Amenorrhö) aufgrund von Östrogenmangel und eingeschränkte Fertilität aufgrund reduzierter Spiegel von FSH und LH (auch bei bulimischen Normalgewichtigen möglich), gastrointestinal Obstipation, Bauchschmerzen, verlangsamte Magenentleerung, generelle Symptome eines auf Energiesparen umgestellten Organismus mit Kältegefühl, Frieren, Kälte und zyanotische Akren, Energieverlust bei geringen Energie- und Fettreserven besonders in der Kindheit, dermatologisch Auszehrung, Turgorverlust und Trockenheit der Haut, brüchige Haare und Nägel, Haarverlust am Haupt, Lanugo Haare am Stamm, kardiovaskular/renal periphere Ödeme (besonders während einer erwünschten Gewichtszunahme), Knöchel- und Periorbitalödeme, arterielle Hypotonie, Bradykardie, kardiale Arrhythmien, Perikardergüsse, hämatologisch Petechien aufgrund von Thrombozytopenien, Gelbfärbung der Haut vor allem an den Handinnenflächen aufgrund von Hyperkarotinämie.

Als gefürchtete Langzeitkomplikation tritt Osteopenie beziehungsweise manifeste Osteoporose auf, die aufgrund der Trias Hypokalzämie + Östrogenmangel + Kortisolserhöhung relativ rasch eintreten kann. Sie kann im Extremfall zu pathologischen Frakturen führen. Ein Stopp des Längenwachstums ist - wenn die Erkrankung nicht vor Abschluss der Epiphysenfugen geheilt ist - letztlich irreversibel. Typisch und pathognomonisch für Bulimia nervosa sind Narben am Handrücken, das sogenannte Russell's sign, welches durch Kallusbildung nach regelmäßigem Gebrauch der Finger zum Auslösen des Erbrechens entsteht. Weiters führen das Erbrechen von Speisebrei zu einer blassen Hypertrophie der Speicheldrüsen, sowie Elektrolytentgleisungen (mit Herzrhythmusstörungen und zerebralen Krampfanfällen), Schmelzdefekten der Zähne, Zahnfleischproblemen und Karies, Mundwinkelrhagaden und Ulcera der Mundschleimhaut; angestrenktes Erbrechen kann zu Pete-

Frage, die zu Gewichtsverlust (bis hin zur Kachexie), zu Erbrechen und fehlender Gewichts- und Größenentwicklung führen. Allerdings ist die Motivation hinter dem gefundenen Verhalten (Angst davor, zuzunehmen; Angst vor Gewichtszunahme, extreme Bestimmtheit des Selbstwertes durch Figur und Gewicht) das entscheidende Unterscheidungsmerkmal. Außerdem sind psychische Störungen (besonders depressive Störungen bei allen Essstörungen, Zwangs- und Angststörungen bei Magersucht und Bulimie sowie Störungen der Persönlichkeitsentwicklung sowie Suchterkrankungen beim bulimischen Spektrum) diagnostisch sowohl als Komorbiditäten als auch im differentialdiagnostischen Prozess genauestens zu erfassen.

Psychiatrische Komorbiditäten

Essstörungen sind nahezu immer mit anderen Störungsbildern beziehungsweise Symptomen anderer Störungen verbunden. Insbesondere ein sehr hohes Suizidrisiko, das bei der Magersucht vorliegt (200-fach über der Normalbevölkerung und doppelt so hoch verglichen mit schwerer depressiver Episode),

Zehn Warnsignale zur Früherkennung von Essstörungen*

- 1) Ein Jugendlicher nimmt nicht altersentsprechend an Gewicht zu.
- 2) Der Betroffene verliert an Gewicht und versteckt seinen dünnen Körper unter weiten Pullovern.
- 3) Es wird vermieden, mit der Familie zu essen; jedoch wird für die ganze Familie gekocht, ohne selbst an den Mahlzeiten teilzunehmen.
- 4) Aufnahme von riesigen Mengen an Obst, aber keine fett- oder kohlehydratreiche Kost
- 5) Sehr langsames Essen, die Nahrung wird in winzige Stücke geschnitten
- 6) Extreme Aktivität, stundenlanges Joggen oder das Aufsuchen eines Fitnesscenters mehrmals pro Woche
- 7) Übermäßiges Lernen bei Jugendlichen
- 8) Große Nahrungsmengen verschwinden aus dem Kühlschrank oder aus der Vorratskammer.
- 9) Die Toilette ist mehrmals täglich besetzt, auch in der Nacht
- 10) Laxanzien werden wiederholt eingenommen

* vgl. Treasure 2001

Tab. 4



► chien und Hämatemesis führen. Massive Nahrungsgestion kann die Magenwand perforieren und über Peritonitis zum Tod führen, Diuretika-Abusus wiederum zu akutem renalen Versagen.

Im Rahmen von Konzepten, die die Wiederauffütterung von schwer kachektischen Patienten mit Anorexia nervosa zu einem wichtigen und vorrangigen Ziel haben, ist besonders auf die Prophylaxe des iatrogenen Refeeding-Syndroms zu achten. Dieses ist durch Symptome der Herzinsuffizienz, neurologische Symptome, periphere Ödeme und Schmerzen des Bewegungsapparates gekennzeichnet. Kohlehydrat-lastige Kost sowie Nahrung mit forcierter Kalorienanzahl sind daher (besonders innerhalb der ersten drei Wochen) zu vermeiden.

Pathologische Laborwerte

Die regelmäßige Kontrolle der Laborparameter ist als medizinische Begleitmaßnahme der Behandlung wichtig. Bei schweren Verläufen kann es zu Kaliummangel ($< 2 \text{ mmol/l}$) (!) kommen, Hyponatriämie (durch Laxantien und Dursten) kann zu zerebralen Krampfanfällen führen, Hypophosphatämie zu Tetanie, eine Erhöhung des Bicarbonats (40 mmol/l möglich) im Sinne einer metabolischen Alkalose kann ebenfalls zu zerebralen Krampfanfällen führen. Leukopenie ($1000/\text{ml}$), Hämoglobin unter 6 mmol/l , Thrombopenie, Eisen-, Magnesium-, und Zinkmangel, Reduktion der Leberfunktion (Cholestaseparameter: AP + Gamma-GT Anstieg; Lebersyntheseparameter: CHE reduziert; Lebernekroseparameter: mögliche Erhöhung), Hypercholesterinämie (über 7 mmol/l) möglich und paradox. Hypoglukosämie kann zusammen mit körperlicher Überanstrengung mitunter als Todesursache gelten. Die Reduktion der Schilddrüsenhormone (Low-T3-Syndrom) versetzt den Organismus in die Lage, Energiereserven zu sparen und den Grundumsatz herabzusetzen.

Obligate Untersuchungen: Anamnese, körperliche Untersuchung, neurologische Untersuchung, psychopathologischer Status psychicus, bereits genannte Laborparameter, wöchentliche Bestimmung des Körpergewichts, EKG, Messung der Knochendichte, CCT beziehungsweise craniales MRT zum Ausschluss von zerebralen Raumforderungen.

Fakultative Untersuchungen: EEG, C/P-Röntgen, Echokardiographie, Abdomen-Ultraschall, Gastroskopie.

Entstehungsbedingungen

Essstörungen haben keine isolierten Ursachen. Immer müssen verschiedene Risikofaktoren in einem Leben zusammen treffen, damit die Erkrankung ausbricht. Den Bedingungen der Entstehung kann am besten im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodelles Rechnung getragen werden.

Risikofaktoren für Anorexia nervosa

Weibliches Geschlecht (90 bis 95 Prozent Frauen); genetisch: Zwillingsstudien und Familienstudien zeigen, dass Essstörungen in Familien gehäuft vorkommen. Molekulargenetische Untersuchungen (Assoziationsstudien, Koppelungsstudien) zeigten - vor allem bei Anorexia nervosa - erste Muster. Whole-Genome-Assoziationsstudien (bisher vier) zeigen noch kein einheitliches Bild, aber interessante statistische Trends. Höhere Fallzahlen (8.000 bis 10.000 „Fälle“) sind hier aufgrund mangelnder Power der bisherigen Studien zwingend nötig. Auffälligkeiten der Neurotransmittersysteme, die in der Regulation von Appetit, Stimmung, Affekten und des Hunger-Sättigungsgefühls involviert sind (Serotonin, Dopamin) wurden gefunden. Schwangerschaftskomplikationen sind häufiger.

Psychologisch: Kindliche Angststörungen, niedriger Selbstwert und perfektionistische Haltung im Leben sind nahezu ubiquitäre Voraussetzungen für die Entstehung von Essstörungen. Hohe Sensitivität für Umwelteinflüsse machen später Betroffene sehr vulnerabel für negative Einflüsse wie zum Beispiel Traumatisierungen. Die

Hoffnung ist gemäß dem Plastizitätsmodell begründet, dass die Betroffenen aber auch für positive Umwelteinflüsse (wie zum Beispiel Therapie) empfänglicher sind.

Psychosoziale Auslöser und Folgen: Die Familie kann nicht prinzipiell für die Entstehung der Essstörungen verantwortlich gemacht werden. Erstens treten Muster auf, die in allen Familien mit chronisch kranken Kindern auftreten können, was auf die mit der Krankheit einhergehende Belastung zurückzuführen ist. Zweites scheinen die Familien oftmals Probleme mit der Anpassung an die Adoleszenz ihrer Tochter und der damit zunehmenden Unabhängigkeit zu haben. Konflikte um die erwachende Sexualität und eventuell Reaktualisierung früherer sexueller Traumata sind relevante Einflussgrößen von großer individueller auslösender Bedeutung.

Risikofaktoren für Bulimia nervosa

Weibliches Geschlecht (90 Prozent Frauen); Anorexia nervosa-Anamnese (ein Drittel bis die Hälfte aller an Bulimia nervosa Erkrankten); Diät halten erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Bulimia nervosa um das Achtfache; kindliche Adipositas; Störung des Serotoninhaushalts; Selbstwertproblematik; soziale Phobien; Familienbeziehungen: starkes elterliches Kontrollverhalten, Fehlen von Wärme sind immer wieder nachweisbar; körperlicher und sexueller Missbrauch; affektive Störungen; Alkohol- und Essstörungen bei anderen Familienmitgliedern.

Risikofaktoren für die Binge-Eating-Störung

sexueller Missbrauch; physische Vernachlässigung; Adipositas während der Kindheit; Selbstwertproblematik; negative Lebensereignisse; vermeidendes Coping; geringe soziale Unterstützung; Mobbing bezüglich Figur, Gewicht, Essverhalten.

Integrative Modelle

Integration von biologischen/genetischen Befunden und psychosozialen Aspekten ist derzeit ein Desiderat an die Forschenden, um aus der Einengung aus rein biologistischer oder rein psychologischer Sicht herauszukommen. Dazu liegen erstmals Gen-Umwelt-Interaktions- ►►



▶▶ Daten vor, die zeigen, dass elterliches Erziehungsverhalten nur unter bestimmten genetischen Bedingungen beim Kind das Risiko, eine Anorexia nervosa zu entwickeln, erhöht. Niemals ist die Umwelt allein verantwortlich, eine „anorexiogene Mutter“ gibt es nicht. Die neuerdings immer genauer erforschten biologischen Grundlagen der Essstörungen (Genetik, Neurotransmission, Bildgebung) ermöglichen es, integrative Modelle zu entwickeln, die der Wirklichkeit eher gerecht werden als bisherige Modelle.

Therapieempfehlungen

Die Behandlung der Essstörungen ist multimodal und multidisziplinär ausgerichtet. Neben der unbedingt notwendigen allgemeinmedizinischen beziehungsweise pädiatrischen Diagnostik und der regelmäßigen fachärztlichen Kontrolle ist in allen Fällen eine Psychotherapie indiziert. Entscheidend sind die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplanes und die Definition eines für die Therapie verantwortlichen „Case-Managers“, wofür der Kinder- und Jugendpsychiater/Psychiater der ideale Facharzt ist. Da die Therapie oft über viele Jahre und im Rahmen verschiedener Settings (ambulant, tagesklinisch, stationär) stattfindet, ist Case-Management besonders bei Magersucht und Bulimie sehr wichtig. CAVE: An den Übergängen der Settings kann es im ungünstigsten Fall zum Abbruch der Behandlung kommen.

Dieser Gesamtbehandlungsplan ist vor allem bei Magersucht von ganz wesentlicher Bedeutung. Körpergewichtsnormierung durch Etablierung eines geregelten Essverhaltensplanes ist unabhängig vom Setting - gemäß aller Leitlinien der Therapie - essentiell, um das durch Mangelernährung funktionell beeinträchtigte Gehirn wieder ausreichend mit essentiellen Nahrungsmitteln zu versorgen. Der Einsatz von unterschiedlichen Therapieformen (Ernährungsberatung, Körpertherapie, Ergotherapie, kreative und Ausdrucks-Therapien, Musiktherapie, Soziotherapie u.a.) ist neben den klassischen Formen von

individueller Psychotherapie und Gruppenpsychotherapien unterschiedlicher Provenienz besonders in tagesklinischen und stationären Settings üblich.

Bei der Behandlung der Essstörungen muss man zwischen medizinischen Maßnahmen und psychotherapeutischen sowie rehabilitativen Zugängen unterscheiden.

Jeder, der von einer Essstörung betroffen ist, benötigt ärztliche Begleitung. CAVE: Psychotherapie ohne kompetente ärztliche Begleitung ist ein Kunstfehler! Klinische Erfahrung mit Essstörungen ist dabei Voraussetzung. Medikamentöse Therapie ist bei Magersucht nur bei den komorbiden psychischen Störungen sinnvoll einsetzbar. Bei Bulimie kann der Einsatz von SSRIs wie beispielsweise Fluoxetin eine Linderung der Symptomatik bewirken; bei Binge Eating-Störung haben Antidepressiva und Topiramate ein mögliches Einsatzgebiet. Der Einsatz von atypischen Antipsychotika für Anorexia nervosa ist noch im Erprobungsstadium; im Jugendalter nur unter therapeutischem Drug Monitoring.

Zur psychotherapeutischen Behandlung der Essstörungen besteht je nach Lebensalter (Jugendliche vs. Erwachsene) und Diagnose (Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge Eating-Störung) unterschiedlich gute Evidenz. Für Magersucht bei Jugendlichen gibt es die beste Evidenz für familienbezogene Ansätze im Sinne des „Maudsley model of care“; für Magersucht bei Erwachsenen gibt es keine international akzeptierte Empfehlung. Für Bulimia nervosa gibt es für alle Altersgruppen die Empfehlung, kognitive Verhaltenstherapie einzusetzen, daneben interpersonelle Therapie, in weiterer Folge aber auch dialektische Verhaltenstherapie, Emotionsregulationstherapie und Schematherapie. Für die Binge Eating-Störung liegen wirksame Therapiemanuale kognitiv-verhaltenstherapeutischer Provenienz vor.

Da unter prognostischen Gesichtspunkten auch unter erfolgter leitlinienorientierter Therapie nach dem „State of the Art“ nicht allen Patienten mit Essstörungen ausreichend geholfen werden kann, sind innovative Ansätze der Behandlung gefragt. Dazu zählt der erfolgreiche Einsatz von Online-Verfahren zur Rückfallprophylaxe bei

Anorexia nervosa und die Erprobung von neuropsychologisch basierten Verfahren bei schwerer Magersucht wie die „Kognitive Remediation Therapy - CRT“. Der fachgerechten Unterstützung der Eltern/Partner kommt sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen große Bedeutung zu. Innovative Ansätze zur Therapie der Bulimia nervosa und der Binge Eating-Störung mittels Online-Verfahren oder CD-ROM-basierten Verfahren erreichen andere Zielgruppen und bieten praktikable Zugänge zur Therapie. So konnte rezente ein Selbsthilfe-manual für Bulimia nervosa, das auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden beruht, in einer Buchversion und einer Internet-basierten Version vergleichend an 150 jungen Frauen randomisiert getestet werden. Dabei konnte sowohl für den Kurzzeitverlauf als auch nach einhalb Jahren gute und stabile Wirkung bei 70 Prozent der Klientinnen gezeigt werden.

Zusammenfassung

Essstörungen sind relativ seltene, aber häufiger werdende, zumeist schwere psychiatrische Erkrankungen, die einen hohen Leidensdruck bei den Betroffenen und ihren Familien erzeugen. Meist sind Mädchen und junge Frauen davon betroffen; aber auch Knaben kommen vermehrt zu klinischer Beachtung. Das Entstehungsgeschehen ist komplex, Komorbiditäten und somatische Komplikationen häufig, die Therapie multimodal und häufig langjährig. Frühzeitige und spezialisierte Intervention ist ein Desiderat, um chronifizierende Verläufe zu vermeiden und Lebensqualität und Weiterentwicklung der betroffenen Systeme zu fördern. Dabei kommt für die möglichst frühe Intervention den Allgemeinmedizinern und Pädiatern sowie den Schulärzten als ersten Ansprechpartnern größte Bedeutung zu. ◀◀

Literatur beim Verfasser

*) **Univ. Prof. Dr. Andreas Karwautz**
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Medizinische Universität Wien;
E-Mail: andreas.karwautz@meduniwien.ac.at

Lecture Board:

Univ. Prof. Dr. Cicek Wöber-Bingöl,
Medizinische Universität Wien
Univ. Prof. Dr. Ursula Bailer,
University of California, San Diego, USA

Ärztlicher Fortbildungsanbieter:
Österreichische Gesellschaft für
Kinder- und Jugendpsychiatrie

