

12. Psychische Störungen mit körperlicher Symptomatik

12.1. Essstörungen

12.1.1. Anorexia nervosa (F50.0)

■ Definition

Erste Beschreibungen von hungernden Mädchen, die nicht primär körperlich krank waren und nicht unter einem Mangel an Nahrungsmitteln litten, stammen aus dem Mittelalter und schon differenzierter aus dem 19. Jahrhundert. Wie durch den deutschen Begriff der Pubertätsmagersucht gekennzeichnet, liegt der Beginn dieser Erkrankung typischerweise in der Pubertät, genauer zwischen dem 10. und 18. Lebensjahr. Aus übertriebener Furcht vor Gewichtszunahme kommt es bei der Anorexia nervosa zu Appetitverlust bis hin zur totalen Nahrungsverweigerung mit den entsprechenden Folgen eines Gewichtsverlusts bis zur lebensbedrohlichen Kachexie. Synonyma sind Anorexia mentalis oder psychogene Magersucht.

■ Epidemiologie

Die Inzidenzraten für Nordamerika und die europäischen Länder schwanken zwischen einzelnen Studien zwischen 0,35 und 8,2/100.000 Einwohner/Jahr. Es gibt deutliche Hinweise darauf, dass sich die Inzidenz in den letzten 40 Jahren erhöht hat, und zwar etwa um 30 % alle fünf Jahre. Für die High-Risk-Population der Adoleszenten ergibt sich eine Inzidenzbreite zwischen 0,2 % und 1 % der Jugendlichen. Die Geschlechtsdifferenz beträgt etwa Mädchen : Jungen = 10 : 1.

In besonderen Risikogruppen, wie Balletttänzerinnen oder Mannequins steigt die Erkrankungsrate erheblich. Die Symptombwahl gilt allerdings bevorzugt für die Länder der westlichen Kulturen bzw. für die Kulturen, die in den letzten 20 Jahren die kulturellen Werte der westlichen Länder übernommen haben. Ein gutes Beispiel dafür sind China und Japan: Während aus China kaum Berichte über das Vorkommen der Magersucht vorliegen, sind die Inzidenzraten in Japan mit denen aus den USA und Westeuropa zu vergleichen.

■ Klinisches Bild

Das klinische Bild ist gekennzeichnet von der Überwertigkeit des Essens, der Angst, zu dick zu sein oder zu werden und der sukzessiven Einstellung der Nahrungsaufnahme. Steht am Beginn oft eine Diät, um den "Babyspeck" loszuwerden, sind weitere Vorläufer eine plötzlich einsetzende extrem wählerische Haltung bei der Nahrungsauswahl, Umstellung der Nahrung auf besonders "gesunde" oder auf vegetarische Kost oder auch der Wunsch, nicht mehr mit den anderen Familienmitgliedern essen zu wollen bzw. zu können. Ekel vor Essen und Essensgerichten einerseits sowie eine besonders fürsorgliche Haltung im Sinne einer Versorgung der ganzen Familie mit selbstzubereiteten Speisen andererseits sind typisch für magersüchtige Mädchen. Krankheitsauslösend können emotional belastende Ereignisse innerhalb der Familie sein oder auch Schlüsselerlebnisse innerhalb der Peer-Group, bei denen es um Körperlichkeit im weitesten Sinn geht. Dadurch, dass die Erkrankung von den betroffenen Mädchen von Beginn an meistens verleugnet wird, kommt es nicht selten erst zu einem längerdauernden Prozess innerhalb der Familie, der durch ständige Streitigkeiten und Machtkämpfe um das Essen gekennzeichnet ist. Immer wieder versprechen die Mädchen, sich anstrengen zu wollen oder behaupten, genug gegessen zu haben. Der Gang zur Waage wird nicht selten durch gewichtskaschierende Maßnahmen, wie Wassertrinken o.ä. zu einer Beruhigung der Eltern, die dann aber immer wieder angesichts ihrer zunehmend kachektischer werdenden Tochter besorgt sind. So dauert es oft ein halbes bis zu einem Jahr, bis die betroffenen Mädchen einer suffizienten Diagnostik und Therapie zugeführt wird, in der Literatur fehlen somit auch Hinweise auf den Erfolg von Frühinterventionen. Die Schulleistungen anorektischer Mädchen liegen in der Regel im oberen Drittel des Leistungsbereichs, typisch ist, dass sie trotz massiven körperlichen Verfalls weiterhin leistungsfähig bleiben. Eine Amenorrhoe stellt sich meist schon nach einem Gewichtsverlust von 15 % des Normalgewichts ein. Mit zunehmenden Gewichtsverlust kann es dann zu klinisch relevanten depressiven

Zuständen mit Agitiertheit, Schlafstörungen und tiefer Verzweiflung kommen. Laxantienabus, Heißhungerattacken mit nachfolgendem Erbrechen und übermäßige körperliche, meistens sportliche Betätigung unterhalten den anorektischen Zirkel des magersüchtigen Mädchens, das trotz dieser erheblichen Belastung zumindest anfänglich gegen seinen Willen behandelt werden muss. Zwanghaft anmutendes Verhalten anorektischer Mädchen bezieht sich meist auf das Essen und muss nicht Ausdruck einer im Sinn einer Komorbidität bestehenden Zwangsstörung sein. Dies ist bei den – wenigen – anorektischen Jungen anders, bei ihnen liegt oft eine ausgeprägte zusätzliche Zwangssymptomatik vor. Überhaupt muss man davon ausgehen, dass anorektische Jungen einen früheren Beginn der Erkrankung, atypisches Geschlechtsrollenverhalten und insgesamt schwerere Symptome zeigen.

In der Literatur wird immer wieder diskutiert, in welcher Beziehung eine im Zusammenhang mit einer Anorexia nervosa auftretende depressive Symptomatik – manchmal auch mit den Zeichen einer major depression, also einer depressiven Episode (ICD-10 F32) – mit der anorektischen Symptomatik steht. Auch bei gleichzeitigem Auftreten dürfte die depressive Verstimmung letztendlich aber doch ein sekundäres Symptom der Anorexie sein. Inwieweit man bei der Anorexie von einer Sucht sprechen kann, scheint ebenfalls zugunsten der Haltung entschieden zu sein, dass die Patientinnen sich zwar so verhalten, als würden sie der Sucht unterliegen, abnehmen zu müssen. Dies ist jedoch nicht mit den übrigen stoff- oder nicht stoffgebundenen Suchterkrankungen vergleichbar.

Die Familien anorektischer Mädchen sind oft durch massive Beziehungs- und Bindungsstörungen gekennzeichnet. Ausgerichtet auf ein hohe Leistungsorientierung, die mehr von dominanten Müttern als von den passiven zurückgezogenen Vätern getragen wird, wachsen die betroffenen Mädchen in einer restriktiven Atmosphäre überprotektiver Ängstlichkeit auf. Abnorme Essgewohnheiten bei anderen Familienmitgliedern sind nicht selten.

Fallbeispiel

Ein 15jähriges Mädchen wird von ihrer Mutter vorgestellt. Die Mutter berichtet, dass ihre Tochter nach einer Klassenfahrt vor 3 Monaten begonnen habe, kontinuierlich abzunehmen. Was sie zunächst als einen durchaus

nachvollziehbaren Versuch der Reduktion von "Babyspeck" verstanden habe, sei nun eskaliert. Die Tochter nehme an keiner Mahlzeit der Familie teil und sie gerate darum mit ihr ständig in heftige Streitigkeiten um das Essen.

Die Tochter sitzt während des Gesprächs teilnahmslos-trotzig dabei. Sie meint, die Mutter übertreibe völlig. Sie habe nur die Hinweise von Klassenkameradinnen auf ihre mollige Figur aufgegriffen und etwas abgenommen. Niemand brauche sich Sorgen zu machen. Im übrigen sei sie wirklich zu dick. Auf Nachfrage teilt die Mutter unter dem Protest der Tochter ein Gewicht von 38 kg bei einer Größe 175 cm mit (Quetelet-Index von 12,4).

Im Einzelgespräch mit der Tochter und der projektiven Diagnostik wird deutlich, wie schwer sich das Mädchen tut, sich einen eigenen emotionalen Raum unabhängig von der Mutter aufzubauen. Sie lebt immer in dem Gefühl, alles "mit Mutter teilen" zu müssen. Zusätzlich wird deutlich, dass ein vorsichtiger sexueller Annäherungsversuch eines Jungen auf der Klassenfahrt psychodynamisch eine größere Bedeutung hatte als die Neckereien der Mädchen untereinander. Die Tatsache, dass der Vater zum Erstgespräch nicht erschienen ist, spiegelt sich auch familiendynamisch wieder: er ist wenig bedeutungsvoll und hat es nicht geschafft, seine kompensierende Rolle in der Beziehung zur Tochter wahrzunehmen.

Symptome/Zeichen	
körperlich	• Untergewicht • primäre oder sekundäre Amenorrhoe • Obstipation • Lanugobehaarung, Haarausfall • Cutis marmorata, trockene Haut • Sialadenose • Karies • Hypotonie • Hypothermie • Akrocyanose • Bradycardie • Ödeme • Elektrolytstörungen
psychisch	• fehlende Krankheitseinsicht • fehlendes/mangelndes Körpergefühl • suchtartiger Charakter

familiärer Hintergrund
• auffälliger Umgang mit Nahrung und Gewicht • Bindungs- und/oder Beziehungsstörungen • hohe Belastung mit psychiatrischen Erkrankungen • leistungsorientiert, überprotektiv • Ehe- und Beziehungsprobleme der Eltern

■ Diagnostik

Die Diagnose einer Magersucht ergibt sich oft schon aus dem klinischen Bild und dem Gewicht. Schwieriger zu diagnostizieren sind u.U. Abführ- und/oder Regurgitationstechniken, die von den Patientinnen angewandt und verschwiegen werden. Dasselbe gilt häufig für die Angaben der Mädchen über die von ihnen zu sich genommenen Nahrungsmengen, die in der Regel in größeren Mengen angegeben werden, als sie tatsächlich aufgenommen werden.

Checkliste

- ✓ Exploration der Essgewohnheiten (evtl. standardisiert z.B. mit Einstellung zum Essen, Anorexia nervosa-Fragebogen)
- ✓ wichtig: Fremdanamnese
- ✓ Überprüfung von Körperbildstörungen (Videokontrolle, Schemazuordnung, Körperwahrnehmung)
- ✓ Familiendiagnostik
- ausführliche körperliche Untersuchung:
- ✓ Laborparameter
 - ✓ Blutbild
 - ✓ Harnstoff, Kreatinin
 - ✓ Elektrolyte
- ✓ EKG
- ✓ evtl. CT

Die diagnostischen Leitlinien der ICD-10 halten sich an die wichtigsten und abgesichertesten klinischen psychopathologischen Befunde.

ICD-10: Diagnostische Leitlinien

- tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem erwarteten (entweder Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder Quetelet-Index ($W:H^2$; W = Körpergewicht in kg; H = Körpergröße in Metern ab dem 16. Lebensjahr) von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben
- Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch
 - Vermeidung hochkalorischer Speisen
 zusätzlich eine oder mehrere der folgenden Verhaltensweisen:
 - selbst induziertes Erbrechen
 - selbst induziertes Abführen
 - übertriebene körperliche Aktivitäten
 - Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika
- Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung. Die Angst, zu dick zu werden, besteht als tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest
- Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido- und Potenzverlust (eine Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionsbehandlung zur Kontrazeption). Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können ebenfalls vorliegen
- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Entwicklungsschritte verzögert oder gehemmt (Wachstumsstopp; fehlende Brustentwicklung und primäre Amenorrhoe beim Mädchen; bei Knaben bleiben die Genitalien kindlich). Nach der Remission wird die Pubertätsentwicklung häufig normal abgeschlossen, die Menarche tritt aber verspätet ein

■ Differentialdiagnosen

psychiatrisch	• Depression • Zwangsstörung • Somatisierung • Schizophrenie • reaktiver Appetitverlust
körperlich	• Tumore des Zentralnervensystems • Hypophysenvorderlappeninsuffizienz • Hyperthyreoidismus • Diabetes mellitus • Morbus Addison • gastrointestinale Malabsorption • Morbus Crohn • gastrointestinale Ulcera

■ Komplikationen

- reversible Hirnatrophie (Pseudoatrophia cerebri)
- gastroduodenale Dyssynchronie
- Pancytopenie
- EKG-Veränderungen: cave Thymoleptika
- irreversible Nierenschädigung
- Pankreatitis
- Osteoporose als Langzeitkomplikation
- Vitamin D-Mangel mit Osteomalazie

■ Ätiopathogenese

Eine mehrdimensionale Pathogenese macht eine Betrachtung auf unterschiedlichen Ebenen notwendig. Auf der individuellen Ebene steht der im Rahmen der Pubertät zu leistende Autonomie- und Ablösungsprozess im Vordergrund. Die Mädchen zeigen eine – unbewusste – übermäßige Angst vor emotionaler und körperlicher Reifung. Anzeichen der körperlichen Reifung – wie die Ausbildung der sekundären Geschlechtsmerkmale und die Menarche – werden ängstlich registriert und gefürchtet. Im Prozess des Hungerns verdichtet sich die Phantasie, durch Abmagerung wieder jünger zu werden, zu regredieren und der Mutter eng verbunden zu bleiben. Prämorbid kindliche Per-

sönlichkeiten, die sich durch ein hohes Maß an Anpassung, Abhängigkeit und Perfektionismus auszeichnen, sind weitaus gefährdeter, den Anforderungen der Pubertät durch eine Magersucht ausweichen zu wollen als andere.

Eine große Zahl an Untersuchungen hat in den letzten Jahren auf die hohe Inzidenz von sexuellem Missbrauch in der Vorgeschichte von anorektischen Mädchen hingewiesen. Das Vorkommen grenzüberschreitender sexueller Erfahrungen bei diesen Mädchen liegt etwa drei mal so hoch wie in der restlichen weiblichen Bevölkerung. Vor einer Reduktion der Ätiopathogenese auf diese traumatischen Erfahrungen kann allerdings nur gewarnt werden, weil damit nicht erklärt ist, warum die restliche Mehrheit der magerstüchtigen Mädchen krank geworden ist und weil der oben beschriebene intrapsychische Konflikt dieser Mädchen damit nicht ernst genommen wird. Außerdem entwickeln sexuell missbrauchte Kinder auch eine Reihe anderer Symptome. Nichts desto trotz muss ein potentieller sexueller Missbrauch in der Vorgeschichte berücksichtigt und in die individuelle Genese eingereicht werden. In der Behandlung wird er dann ebenso zu berücksichtigen sein.

Auch wenn sich die typische anorektische Familienkonstellation empirisch nicht hat finden lassen, so ist unzweifelhaft die intrafamiliäre Kommunikation dieser Familien schwer gestört. Nicht selten lassen sich unbewusste Bemühungen der Eltern finden, die Tochter aus unterschiedlichen Interessen an sich zu binden. Sie versuchen, sie in speziellen Konflikten auf die eigene Seite zu ziehen oder sind in anderer vielfältiger Weise emotional mit der anorektischen Tochter verstrickt. Familiäre Belastungen durch Depression, Adipositas und/oder Alkoholismus finden sich vermehrt in der Familienanamnese. Die früher oft angeführte Hypothese, dass die Magersucht eine Erkrankung der höheren sozialen Schichten ist, lässt sich heute nicht mehr ohne weiteres aufrecht erhalten.

Bei der Bewertung soziokultureller Faktoren ist in erster Linie das extreme Schlankheits- und Modeideal der westlichen Gesellschaften zu nennen. Models als Idole mit sehr hohem Bekanntheitsgrad leben ihre Essstörung vor und sind damit zum – kranken – Symbol der 90er Jahre geworden. Es gibt kaum noch jugendliche Mädchen, die keine Diäterfahrungen haben – auch unter Jungen greifen

Versuche der Gewichtsreduktion um sich – und der Gruppendruck in Richtung auf ein bestimmtes körperliches Aussehen und spezifische Kleidung tut das Seine, um bei gefährdeten Mädchen einen anorektischen Reaktionsmodus zu bahnen.

Zwillingsuntersuchungen haben für monocygote Schwestern eine Konkordanzrate von etwas über 50 % ergeben, während dicygote Zwillinge nur eine Konkordanz von 5 % zeigen. Damit muss es auch eine genetische Disposition geben, wenn auch – trotz des großen Unterschieds von 45 % – eine Konkordanz von 50 % die Genese der Anorexia nervosa bei weitem nicht aufklärt. Wichtig für das Verständnis des anorektischen Zirkels, wenn er erst einmal begonnen hat, sind pathophysiologische Mechanismen des Hungerns, die von somatischer Seite die Anorexie "unterstützen". Dazu gehören ein Hyperkortisolismus, ein verminderter Dexamethasontest, eine verminderte Schilddrüsenfunktion, eine verminderte Sekretion gonadotroper Hormone sowie weitere endokrine Veränderungen im Sinne eines Adaptationsversuchs des Körpers auf die Mangelsituation. Diese Adaptation erschwert dann u.U. eine Gewichtszunahme. In Tierexperimenten konnte darüber hinaus gezeigt werden, dass es durch wiederholte, länger dauernde Nahrungskarenz zu einer verbesserten Nahrungsverwertung kommt (somit könnte die von einigen Mädchen angewandte Yo-Yo-Diät, d.h. Phasen der Anorexie wechseln sich mit Phasen der normalen Nahrungsaufnahme ab, langfristig einen gegenteiligen Effekt haben).

Diese multifaktorielle Genese muss in jedem Einzelfall neu bestimmt und gewichtet werden. Für das therapieanbahnende Verständnis ist es unerlässlich, sich ein differenziertes Bild sowohl der intrapsychischen Situation des Mädchens als auch der Familiendynamik zu verschaffen.

Risikofaktoren

- individuell
 - Störungen der Selbst- und Körperwahrnehmung
 - Persönlichkeitsfaktoren (angepasst-perfektionistisch; abhängig)
 - Adipositas
- familiär
 - Essstörungen in der Familienanamnese
 - Alkoholismus oder Affektive Störung in der Familienanamnese
 - familiäre Beeinträchtigung der Autonomieentwicklung
- kulturell
 - schlankes Körperideal
 - Zugehörigkeit zu einer High-Risk Peer-group

■ Therapie und Verlauf

Bei der Erstvorstellung anorektischer Patientinnen gilt es zunächst, die Indikation für eine stationäre Behandlung zu überprüfen. Der klinische Verlauf ist zwar meistens davon gekennzeichnet, dass sowohl die Patientin als auch ihre Familie eine stationäre Behandlung strikt ablehnen und erst der scheiternde ambulante Versuch zur Aufnahme führt. Es ist aber sinnvoll, sich als Behandler schon im Vorwege Gedanken zur Indikation zu machen und mit der Familie Kriterien zu besprechen.

Kriterien zur stationären Behandlung

- mehr als 25 % Gewichtsverlust
- somatische Komplikationen
- Depression
- Suizidgefährdung
- statische pathologische Familieninteraktion
- soziale Isolation
- stark eingeschränkte körperliche und kognitive Leistungsfähigkeit
- Scheitern eines ambulanten Behandlungsversuchs

Kriterien zur stationären Behandlung (mod. nach Remschmidt, H. & Herpertz-Dahlmann, B. (1988): Monatsschrift Kinderheilkunde 136:718-723)

Eine stationäre Aufnahme ist vielfach auch deshalb von Vorteil, weil es zu einer Unterbrechung der pathologischen Familieninteraktion kommt. Trotz des vordergründig massiven Protests sind die betroffenen Mädchen oft entlastet.

In der Klinik hat sich dann ein – dem multifaktoriellen Krankheitsgeschehen entsprechendes – multidimensionales therapeutisches Vorgehen bewährt. Wichtig ist, trotz der großen Bedeutung der Gewichtszunahme, von Beginn an das intrapsychische Geschehen der Patientinnen im Rahmen der Einzelpsychotherapie aufzugreifen und zu verstehen. Anorektische Mädchen verführen Therapeuten und Teams oft und schnell zu einem unbewussten Agieren, indem z.B. viel zu einseitig auf die Gewichtszunahme geachtet wird. Unabhängig davon, dass Verlaufsuntersuchungen sogar gezeigt haben, dass eine langsame Gewichtszunahme prognostisch günstiger ist als eine zu schnelle, darf man sich nicht verleiten lassen, durch eine therapeutische Überdeterminierung des Gewichts nur das aufzugreifen, was die Patientinnen abwehren. Es versteht sich von selbst, dass dies nicht für lebensbedrohliche Zustände gilt. Es ist immer sinnvoll, von Beginn an mit den Patientinnen eine Gewichtsgrenze festzulegen, ab welcher eine Ernährungs-sonde gelegt wird: da die Erfahrung zeigt, dass die Patientinnen es sehr häufig auf eine Sondierung ankommen lassen, ist es gut, die Gewichtsgrenze nur wenig unterhalb des Aufnahme- gewichts festzusetzen.

Die einzel- und familientherapeutische Arbeit mit anorektischen Patientinnen setzt eine fundierte psychotherapeutische Ausbildung voraus. Unabhängig von der Grundausrichtung, verhaltenstherapeutisch oder psychoanalytisch, muss es immer zu einer Kombination von Üben und Verstehen kommen, wenn man suffizient und ethisch integer behandeln will.

Bei Vorliegen einer depressiven Episode kann es – abhängig vom Schweregrad, der prämorbidem Ausprägung und der Dauer – notwendig sein, mit Antidepressiva zu behandeln.

Phasen der stationären Behandlung

Phase 1	• somatische Kontrolle und Vertrauensbildung - u.U. nasale Sondierung - u.U. Bettruhe - u.U. Ausschluss der Familie (Besuchsverbot) - therapeutische Kontaktaufnahme
Phase 2	• Gewichtszunahme - Essensplan (u.U. Wunschkost) - "Ess-Schwester" - intensive Einzelpsychotherapie - Einbeziehung der Station und der Familie - Einbeziehung der Mitpatienten
Phase 3	• Selbststeuerung der Nahrungsaufnahme - intensive Einzelpsychotherapie - Familientherapie - u.U. fokale Gruppentherapie
Phase 4	• Schwerpunkt Familie und soziales Umfeld - Familientherapie - Einbeziehung aller Lebens- und Freundesbereiche - Vorbereitung auf die Entlassung
Phase 5	• ambulante Nachbetreuung - Familientherapie - evtl. Einzeltherapie - evtl. Gruppentherapie - evtl. Selbsthilfegruppe

Stationäres Behandlungsschema (mod. nach Remschmidt, H. & Herpertz-Dahlmann, B. (1988): Monatsschrift Kinderheilkunde 136:718-723)

Die Behandlungsphasen 1-4 dauern in der Regel 3-6 Monate, die ambulante Nachbehandlung sollte sich auf einem Zeitraum von mindestens 2 Jahren erstrecken. Die Patientinnen sollten von Beginn an auf diese lange Behandlungsdauer hingewiesen werden. Es ist nicht entscheidend, dass die ambulante Therapie von demselben Therapeuten durchgeführt wird, der auch für die stationäre Behandlung verantwortlich war, wichtig ist allerdings, dass innerhalb der stationären Phasen auf Behandlungskonstanz geachtet wird.

Die Schwierigkeiten in der Behandlung liegen in erster Linie in dem hohen Ausmaß an – bewusstem und unbewusstem – Widerstand der Patientinnen und ihrer Familien. Das kann leicht zu übertriebenen (Gewichts-) Kontrollen oder übermäßigem und die Patientinnen überfordernden Vertrauen verleiten, was von den Patientinnen entsprechend ausgenutzt werden kann. So ist es sinnvoll, tägliche oder unregelmäßige Gewichtskontrollen zu machen. Den Patientinnen ist immer wieder mitzuteilen, dass sie nur die vordergründigen Gewinner des Machtkampfes sind.

Die Anorexia nervosa ist eine schwerwiegende psychische Erkrankung, die auch heute noch zum Tod führen kann. Die Mortalität hat in den letzten 10 Jahren abgenommen und liegt etwa zwischen 5 und 10 %. Von einem guten Behandlungserfolg kann man sprechen, wenn das Gewicht innerhalb eines 15 %-Rahmens unterhalb des Idealgewichts liegt und die Menstruation regelmäßig ist. Dies erreichen etwa 60 % der Patientinnen, von einer Heilung kann man aber nur in 30 bis 50 % sprechen, da ein gestörtes Essverhalten und die Sorge um das eigene Gewicht vielfach erhalten bleiben. 30 % der anorektischen Patientinnen bessern sich nur geringfügig und in 20 % entwickelt sich ein chronischer Verlauf. Unter jugendlichen Patientinnen scheint ein Übergang von einer Anorexie zu einer Bulimie eher selten zu sein.

Die jeweiligen prognostischen Faktoren zeigt die nachfolgende Tabelle.

prognostische Faktoren	
günstig	ungünstig
- früher Beginn - hysterische Persönlichkeit - konfliktarmes Beziehungsniveau - kurzer Krankheitsverlauf - hoher Sozialstatus - stetige Gewichtszunahme	- Erbrechen - bulimische Symptomatik - großer Gewichtsverlust - langer Krankheitsverlauf - prämorbid Auffälligkeiten - schnelle Gewichtszunahme

■ Hinweise für die Elternberatung

- Aufklärung über die Schwere der Erkrankung
- Aufklärung über die für die Familien kaum steuerbare Eigendynamik
- Verstehen der Bedrohung der Eltern
 - durch die Erkrankung
 - durch die Autonomiebestrebungen des Kindes
- frühzeitige kompetente Intervention anbahnen

■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- Überschätzung der Fähigkeit der Patientinnen zur Compliance
- übermäßige Kontrolle des Essverhaltens
- einseitige kausale Betrachtung
- Schulduweisungen
- Vernachlässigung des Gewichts
- einseitige somatische Therapie
- Vernachlässigung der Familiendynamik bei Einzeltherapie

12.1.2. Bulimia nervosa (F50.2)

■ Definition

Der Begriff Bulimie rührt aus dem griechischen Wortstamm "bulimos", den man übersetzen kann mit "Hunger auf einen Ochsen". Es handelt sich um eine Symptomatik, die schon in der antiken Mythologie beschrieben wurde (der Mythos des Erysichthon; Ovid, Metamorphosen 8,738-878) und auch im Mittelalter und der Neuzeit unter verschiedenen Namen (Kynorexie, Gäh-Hunger) bekannt war. Erste wissenschaftliche Abhandlungen stammen aus dem 19. Jahrhundert, im 20. Jahrhundert dagegen werden die Beschreibungen seltener und erst 1979 greift Russell mit seiner Publikation die Erkrankung wieder auf. Es ist unstrittig, dass die Bulimie in den letzten 20 Jahren an Häufigkeit sehr zugenommen hat, es handelt sich allerdings nicht um eine "neue" Erkrankung, wie manche Autoren meinen.

Ähnlich wie bei der Anorexie sind bulimische Mädchen ebenfalls von einer übermäßigen Sorge in Bezug auf ihre Figur eingeschränkt. Sie lösen das Problem allerdings nicht durch restriktives Essverhalten, sondern durch Erbrechen nach den Mahlzeiten. Diese Patientinnen geben sich ihren Gelüsten nach viel Nahrung in Form von Fressanfällen hin und regulieren ihr Gewicht durch das nachfolgende Erbrechen. Synonym ist Hyperorexia nervosa.

■ Epidemiologie

Für die Bulimia nervosa muss man von einer Prävalenz von etwa 1 % ausgehen, die Angaben schwanken zwischen 0,7 und 8 %. In besonderen Risikogruppen schnellte die Prävalenz schnell auf 20 % hoch. Der Anteil an Jungen liegt bei etwa 5 % (1985) mit deutlich steigenden Tendenzen. Fressanfälle ohne anschließendes Erbrechen sind in der weiblichen Bevölkerung weit verbreitet: die Angaben reichen bis 50 % für normalgewichtige Frauen. Überhaupt muss davon ausgegangen werden, dass die Prävalenz von "Essproblemen" hoch ist und sich mehr und mehr auch auf jugendliche Mädchen verschiebt.

Im Unterschied zur Anorexia nervosa liegt der Beginn der bulimischen Erkrankung etwas später, im Durchschnitt bei 18 bis 25 Jahren.

■ Klinisches Bild

Das klinische Bild bulimischer Patientinnen ist von einer andauernden Beschäftigung mit Nahrung und Essen gekennzeichnet. Den ganzen Tag, so berichten die Mädchen, sind sie damit beschäftigt, wann, wie und mit welchen Lebensmitteln sie den nächsten Fressanfall durchführen können bzw. werden. Nicht selten sind die Patientinnen verschuldet oder "fressen" der Familie regelmäßig den Kühlschrank leer. Versteckte von Nahrungsmitteln werden schnell herausgefunden und die Eltern berichten manchmal, dass "nichts sicher" sein könne vor einem Fressanfall der Tochter.

Die betroffenen Patientinnen haben 3 bis 5 Anfälle pro Woche, ein einzelner Fressanfall dauert durchschnittlich 2 Stunden, wobei die Bandbreite von 15 Minuten bis hin zu mehreren Tagen reicht. Die dabei aufgenommene Kalorienmenge variiert ebenfalls zwischen 1000 und 55000 kcal pro Anfall. Auch hinsichtlich der Durchführung und Art der Nahrungsmittel existiert eine große interindividuelle Vielfältigkeit, oft bildet sich aber ein ritueller Charakter der Handlung aus. Allen gemeinsam sind die Heimlichkeit, mit der die Vorbereitungen und der Fressanfall selbst durchgeführt werden, die große Scham und Gefühle des Versagens sowie massive Selbstvorwürfe nach dem Anfall. Immer wieder nehmen die Patientinnen sich dann vor, nie wieder ihrem Drang, zu essen, nachzugeben, bis der Zirkel sich wiederholt. Die bevorzugten Speisen lassen sich in der Regel schnell zubereiten und sind solche, die sonst wegen des dickmachenden Effekts vermieden werden: Süßspeisen und fettreiche Kost. Die individuellen Vorlieben und Gewohnheiten vor, während und nach einem Fressanfall sind außerordentlich variationsreich. Manche Mädchen bevorzugen leicht zu kauende Breie, andere kauen das Essen nur durch, um es gleich wieder auszuspucken u.v.a.m.. Während des Anfalls beschreiben die Patientinnen oft eine mangelhafte Wahrnehmung dessen, was sie zu sich nehmen, ein mangelhaftes Sättigungsgefühl und eine eingeschränkte Wahrnehmungsfähigkeit für Dinge, die um sie herum geschehen. In Gegenwart anderer Menschen sind die Essgewohnheiten der Bulimikerinnen in der Regel unauffällig.

Eindrücklich können die meisten betroffenen Patientinnen beschreiben, wie sehr sie sich einem Teufelskreis ausgeliefert fühlen. Jedes Mal nach ei-

nem Fressanfall mit anschließendem Erbrechen fühlen sie sich schlecht, neigen zu massiven Selbstvorwürfen und geraten nicht selten in depressive Zustände, aus denen sie sich dann kurzfristig mit einem nächsten Fressanfall zu befreien suchen.

Symptome/Zeichen	
körperlich	• hypochlorämische hypokaliämische metabolische Alkalose • Parotishypertrophie • Zahnschmelzdestruktionen/Karies • Diarrhoe im Wechsel mit Obstipation • Trommelschlegelfinger
psychisch	• depressive Verstimmung • Verheimlichung • fehlendes/mangelndes Körpergefühl • suchtartiger Charakter • Koinzidenz mit dissozialen Störungen und/oder • Borderline-Persönlichkeitsstörung und/oder • Alkoholismus

Es gibt einige Faktoren, die den bulimischen Zyklus aufrecht erhalten und es den Patientinnen besonders schwer machen, sich davon zu lösen und ein normales Essverhalten anzunehmen. Der bedeutendste Faktor dürfte sein, dass sie mit der Bulimie eine ideale Lösung für die unvereinbaren intrapsychischen Impulse "nicht zunehmen" und "fressen wollen" gefunden haben.

krankheitsunterhaltende Faktoren
• affektmodulierender Effekt des Fressens und Erbrechens • effektive Kontrolle des Körpergewichts • soziale Isolation • Depression

Fallbeispiel

Eine 21jährige junge Frau kommt in die Therapie und berichtet, dass sie im Alter von 17 Jahren eine Magersucht entwickelt habe. Im Verlauf der damaligen stationären Behandlung sei sie in der Klinik von einer bulimischen Mitpatientin "angesteckt" worden. Seitdem sei sie ebenfalls bulimisch. Eindringlich beschreibt die Patientin eine ausgeprägte Ambivalenz, in der sie einerseits sehr unter der Symptomatik leide und sich sehr schäme, andererseits gebe ihr das Erbrechen immer wieder ein Gefühl der Erleichterung, der "Reinigung" und es sei gut zu wissen, dass sie dann trotz eines ungeheuren Fressanfalls nicht zunehme.

Anamnestisch lässt sich eruieren, dass die Patientin in einer Inzest-Familie aufgewachsen ist, der Vater lebt mit der älteren geistig behinderten Schwester nach der Trennung von seiner Frau intim zusammen, die jüngere Schwester ist symbiotisch an die Mutter gebunden, die Alkoholikerin ist. Eine gute kognitive Ausstattung mit entsprechendem Schulerfolg hat – gegen den Willen der Eltern – die Patientin offensichtlich zunächst geschützt, ebenfalls Alkoholikerin zu werden. Ihre Sucht zeigt sich seit der Spätadoleszenz auf einem anderen Gebiet.

Psychodynamisch wird im Laufe der Behandlung deutlich, wie wenig sich die Patientin innerlich abgelöst hat, wie bedrohlich aber jede innere Hinwendung an die Familie ist. Erst im Laufe der längerfristigen Psychotherapie kann die Patientin sich autonomer machen und neue, für sie gute Beziehungen vorsichtig aufbauen. Die bulimische Symptomatik sistiert zunächst bis zur 80. Stunde, erst dann gelingt auch die Aufgabe des Symptoms.

■ Diagnostik

Die Diagnose der Bulimie ergibt sich schon aus den Beschreibungen der Patientinnen – wenn sie darüber sprechen. Da es zu den Symptomen gehört, dass oft gar nicht oder erst mit einer Verzögerung von einigen Jahren ein Arzt aufgesucht wird oder die Jugendlichen trotz einer Behandlung wegen einer anderen Symptomatik nicht über ihre bulimische Symptomatik sprechen, sollte auch bei anderen Störungen, wegen derer die Patienten primär behandelt werden, an eine zusätzlich bestehende Bulimie gedacht werden.

Darüber hinaus darf der "ansteckende" Charakter der Störung nicht unterschätzt werden: Oft bringen innerhalb eines stationären Settings die Patientinnen sich die Symptomatik gegenseitig bei. Dies geschieht allerdings nur bei entsprechender Vulnerabilität der primär nicht betroffenen Patientinnen.

Checkliste

- ✓ Exploration der Essgewohnheiten (evtl. standardisiert, z.B. strukturiertes Interview zur Anorexia nervosa und Bulimia)
- ✓ wichtig: Fremdanamnese
- ✓ Überprüfung der Körperbildstörung (Videokontrolle, Schemazuordnung, Körperwahrnehmung)
- ✓ Familiendiagnostik
- ✓ Depressionsdiagnostik
- ✓ körperliche Untersuchung:
 - ✓ Parotishypertrophie
 - ✓ Zahnschmelzerosionen
- ✓ Laboruntersuchungen: Elektrolyte (Kaliumwert beachten)

ICD-10: Diagnostische Leitlinien

- Eine andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden
- Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Wenn die Bulimie bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer absichtlichen Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen
- Einer der wesentlichen psychopathologischen Auffälligkeiten besteht in der krankhaften Furcht, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder "gesund" betrachteten Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexia nervosa nachweisen. Diese frühere Episode kann voll ausgeprägt gewesen sein, oder war eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder einer vorübergehenden Amenorrhoe

Differentialdiagnostisch kommen für die Bulimie z.T. ähnliche Diagnosen wie für die Anorexie in Betracht. Zu beachten ist, dass sowohl eine Borderline-Persönlichkeitsstörung einen Ausdruck in bulimischer Symptomatik finden als auch ein Missbrauch psychotroper Substanzen im Rahmen einer Bulimie auftreten kann. Es wird im Einzelfall zu entscheiden sein, wann eine bulimische Symptomatik als Begleiterscheinung bei den beiden genannten Diagnosen auftritt und wann sie die primäre Erkrankung ist. Die anderen psychiatrischen Differentialdiagnosen sind in der Regel durch die fehlende andauernde Beschäftigung mit Essen und die fehlende Körperbildstörung auszuschließen.

■ Differentialdiagnosen

psychiatrisch	• Depression • Schizophrenie • Borderline-Persönlichkeitsstörung (kommt auch im Rahmen einer Komorbidität vor) • Missbrauch psychotroper Substanzen (kommt auch im Rahmen einer Komorbidität vor) • Essattacken bei belastenden Ereignissen
körperlich	• Tumore des Zentralnervensystems • Affektionen des oberen Gastrointestinaltrakts • Kleine-Levin-Syndrom (periodische Schlaf- und Heißhungerzustände)

■ Komplikationen

- Zahnschmelzerosionen
- Sialadenose
- Ösophagitis
- Ösophagusruptur
- Fremdkörper im Ösophagus/Magen
- Elektrolytentgleisungen
- Nephropathien
- Pseudo-Bartter-Syndrom (sekundärer Hyperaldosteronismus)
- Myopathie als Folge eines Ipecacuanha-Missbrauchs
- hypertrophe Osteoarthropathie als Folge eines langjährigen Laxantienabusus

■ Ätiopathogenese

Risikofaktoren	
individuell	• Störungen der Selbst- und Körperwahrnehmung • Persönlichkeitsfaktoren (Steuerungsprobleme) • Adipositas • chronische körperliche Erkrankung (z.B. Diabetes mellitus)
familiär	• Essstörungen in der Familiengeschichte • Alkoholismus oder Affektive Störung in der Familiengeschichte • familiäre Beeinträchtigung des Bindungsverhaltens
kulturell	• schlankes Körperideal • Zugehörigkeit zu einer High-Risk Peer-group

Viele ätiologische Dimensionen der Anorexia nervosa haben auch bei der Bulimie große Bedeutung. Sie sollen deshalb hier nicht wiederholt werden. Ein wichtiger Unterschied ist schon klinisch das bedeutend niedrigere Selbstwertgefühl der Bulimikerinnen. Dies verweist u.U. auf die tiefergreifendere psychische Störung. Die Tatsache, dass sich bei bulimischen Patientinnen gehäuft solche

finden, deren Störung unter strukturellen Gesichtspunkten als Persönlichkeitsstörung aufzufassen ist, unterstreicht diese Beobachtung.

Der Bulimie liegt keine einheitliche psychostrukturelle Genese zugrunde. Sie ist vielmehr die gemeinsame Symptomwahl für ein breites Spektrum psychosexueller Entwicklungen. Das Spektrum reicht von der Neurose auf dem Boden hysterischer Konflikte bis zur schwerer gestörten narzisstischen oder – seltener – Borderline-Struktur.

Im Vordergrund aus psychoanalytischer Sicht steht eine konflikthafte Beziehungsstruktur zum frühen, mütterlichen Objekt. Das später bulimische Mädchen wächst mit einem Objekthunger auf, der in ihrer Wahrnehmung nicht gestillt worden ist. Die orale Fixierung, die sich für beide Gruppen gleich ausbildet, ist von der Ambivalenz der frühen Mutter-Tochter-Beziehung gekennzeichnet. Das frühe Kommunikationsmedium Essen wird zum Träger dieser ambivalenten Gefühle und steht fortan sowohl für die Hoffnung auf Sättigung als auch für die Angst vor Überschwemmung mit "vergifteten" Abwehr-Wünschen der Mutter.

Dies führt zu einer libidinösen Unterversorgung des Selbst auf neurotischem und einem regelrechten Selbst-Defekt auf narzisstischem Niveau. Auf narzisstischem Niveau reicht die orale Fixierung bis in Erfahrungen der Deprivation hinein. Dieser deutliche qualitative Unterschied im Vergleich zu der neurotischen Gruppe vergrößert auch das Ausmaß der gestörten Ausbildung des Selbst bis hin zu einem Selbst-Defekt. Die Ambivalenz in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter gestaltet sich existentiell bedrohlich und häufig muss die narzisstisch gestörte Bulimikerin mit einem konkreten Objektverlust fertig werden. Nahrung und Körper der narzisstisch gestörten bulimischen Frau werden so zum nur guten oder nur bösen Objekt. Beide sind entweder Symbol der Dualunion oder Ausdruck der Vernichtung bzw. der Gleichung Körper = Fremdkörper.

Der später bulimischen Frau gelingt es dennoch, in der Regel symptomfrei bis in die Postadoleszenz zu gelangen. Vorformen der Essstörung in Form kurzer anorektischer Phasen, die nur selten behandlungsbedürftig werden, verweisen als erste Reaktionen auf die psychischen Anforderungen der Adoleszenz. Der Triebansturm der Pubertät war immer noch von den Hoffnungen auf das doch

noch erlösende mütterliche oder väterliche Objekt abgewehrt worden. In der nun folgenden Partnerwahl offenbaren sich erstmals Ahnungen auf das Ausmaß und die Endgültigkeit der frühen Frustration. Der Versuch, doch noch Ersatz für das verlorene Objekt zu finden, konstatiert eine Beziehungsstruktur, die von ausgeprägter Angst vor Nähe und dem damit u.U. verbundenen Kontrollverlust sowie unersättlichen und unerfüllbaren Wünschen nach Versorgung gekennzeichnet ist.

Kognitionsorientierte Theorien gehen von einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren aus. Biologische Faktoren (genetische Vulnerabilität), individuelle Defizite (Wahrnehmungsstörungen in bezug auf propriozeptive und externe Stimuli sowie der Emotionen), soziokulturelle Faktoren (Schlankheitsideal, Leistungsorientierung, Geschlechtsrollenverständnis) und schließlich chronische Belastungen (Beziehungskonflikte, Einsamkeit, Verlusterlebnisse) bilden in individueller Gewichtung die Grundlagen für die psychische Labilität, die letztlich in den bulimischen Zirkel münden.

■ Therapie und Verlauf

Anders als bei anorektischen Patientinnen ist der Zeitraum bis zu einem Behandlungsbeginn bei der Bulimie deutlich länger. Das macht eine sorgfältige Überprüfung der somatischen Parameter und möglichen Komplikationen notwendig. Psychische Faktoren, wie die subjektive Unausweichlichkeit des bulimischen Zirkels, sind allerdings oft drängender und haben für die Abwägung des Settings größere Bedeutung.

Kriterien zur stationären Behandlung
• chronifizierender Verlauf • somatische Komplikationen • Depression • Suizidgefährdung • soziale Isolation • Drogenabusus • Delinquenz (Nahrungsmitteldiebstähle) • statische pathologische Familieninteraktion • Scheitern eines ambulanten Behandlungsversuchs

Bei der Abwägung zwischen ambulanter und stationärer Therapie ist zu bedenken, dass manche Patientinnen sich durch ihren erheblichen Nahrungsmittelbedarf gezwungen sehen, Diebstähle zu begehen. Es kann daher sinnvoll sein, sie durch eine stationäre Aufnahme vor weiterer Delinquenz zu schützen.

Die Einzelpsychotherapie muss die ausgeprägte Scham der Patientinnen berücksichtigen. Eine vorsichtige Kontaktaufnahme bei gleichzeitiger selbstverständlicher Thematisierung des Bulimischen dient der Vertrauensförderung. Eine übermäßige Kontrolle durch das Pflegepersonal, um z.B. nach den Mahlzeiten das Erbrechen zu verhindern, wird nur dazu führen, dass die Patientinnen sich andere Gelegenheiten suchen. Eine klare Absprache, in deren Rahmen die Patientin sich auf verhaltenstherapeutische Übungen nach den Mahlzeiten einlässt, können dagegen sehr hilfreich sein. Ähnlich wie bei der Anorexie wird sich die Behandlung aus tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und u.U. medikamentösen Strategien zusammensetzen. Bewährt haben sich Essstagebücher, die nach der Bestandsaufnahme – auch für die Patientinnen – der eigenen Kontrolle und u.U. auch der durch den Therapeuten dienen. In der Einzelpsychotherapie geht es um das Verstehen und Aufarbeiten der Impulsdurchbrüche und um die individuelle Genese.

An eine Kaliumsubstitution muss bei den entsprechenden Elektrolytwerten gedacht werden. Die Entwicklung von Ödemen bei Normalisierung des Essverhaltens auf dem Boden eines Pseudo-Bartter-Syndroms kann sehr demotivierend auf die Patientinnen wirken und die Panik auslösen, nicht nur durch die normale Essensaufnahme zuzunehmen. Diuretika sind in diesem Fall kontraindiziert, in der Regel verlieren sich die Ödeme nach 2 bis 3 Wochen.

Unabhängig vom Ausmaß einer begleitenden depressiven Episode haben sich Antidepressiva in der Behandlung der Bulimie bewährt und können im Einzelfall, d.h. im Jugendalter bei therapieresistenten Fällen, indiziert sein. Der therapeutische Effekt ist offensichtlich unabhängig von der antidepressiven Wirkung zu sehen. Zum Einsatz kommen dabei insbesondere Serotonin-Reuptake-Hemmer (vgl. Kap. 3.7.).

■ Komplikationen

- Zahnschmelzerosionen
- Sialadenose
- Ösophagitis
- Ösophagusruptur
- Fremdkörper im Ösophagus/Magen
- Elektrolytentgleisungen
- Nephropathien
- Pseudo-Bartter-Syndrom (sekundärer Hyperaldosteronismus)
- Myopathie als Folge eines Ipecacuanha-Missbrauchs
- hypertrophe Osteoarthropathie als Folge eines langjährigen Laxantienabusus

■ Ätiopathogenese

Risikofaktoren	
individuell	• Störungen der Selbst- und Körperwahrnehmung • Persönlichkeitsfaktoren (Steuerungsprobleme) • Adipositas • chronische körperliche Erkrankung (z.B. Diabetes mellitus)
familiär	• Essstörungen in der Familiengeschichte • Alkoholismus oder Affektive Störung in der Familiengeschichte • familiäre Beeinträchtigung des Bindungsverhaltens
kulturell	• schlankes Körperideal • Zugehörigkeit zu einer High-Risk Peer-group

Viele ätiologische Dimensionen der Anorexia nervosa haben auch bei der Bulimie große Bedeutung. Sie sollen deshalb hier nicht wiederholt werden. Ein wichtiger Unterschied ist schon klinisch das bedeutend niedrigere Selbstwertgefühl der Bulimikerinnen. Dies verweist u.U. auf die tiefergreifendere psychische Störung. Die Tatsache, dass sich bei bulimischen Patientinnen gehäuft solche

finden, deren Störung unter strukturellen Gesichtspunkten als Persönlichkeitsstörung aufzufassen ist, unterstreicht diese Beobachtung.

Der Bulimie liegt keine einheitliche psychostrukturelle Genese zugrunde. Sie ist vielmehr die gemeinsame Symptomwahl für ein breites Spektrum psychosexueller Entwicklungen. Das Spektrum reicht von der Neurose auf dem Boden hysterischer Konflikte bis zur schwerer gestörten narzisstischen oder – seltener – Borderline-Struktur.

Im Vordergrund aus psychoanalytischer Sicht steht eine konflikthafte Beziehungsstruktur zum frühen, mütterlichen Objekt. Das später bulimische Mädchen wächst mit einem Objekthunger auf, der in ihrer Wahrnehmung nicht gestillt worden ist. Die orale Fixierung, die sich für beide Gruppen gleich ausbildet, ist von der Ambivalenz der frühen Mutter-Tochter-Beziehung gekennzeichnet. Das frühe Kommunikationsmedium Essen wird zum Träger dieser ambivalenten Gefühle und steht fortan sowohl für die Hoffnung auf Sättigung als auch für die Angst vor Überschwemmung mit "vergifteten" Abwehr-Wünschen der Mutter.

Dies führt zu einer libidinösen Unterversorgung des Selbst auf neurotischem und einem regelrechten Selbst-Defekt auf narzisstischem Niveau. Auf narzisstischem Niveau reicht die orale Fixierung bis in Erfahrungen der Deprivation hinein. Dieser deutliche qualitative Unterschied im Vergleich zu der neurotischen Gruppe vergrößert auch das Ausmaß der gestörten Ausbildung des Selbst bis hin zu einem Selbst-Defekt. Die Ambivalenz in der Beziehung zwischen Mutter und Tochter gestaltet sich existentiell bedrohlich und häufig muss die narzisstisch gestörte Bulimikerin mit einem konkreten Objektverlust fertig werden. Nahrung und Körper der narzisstisch gestörten bulimischen Frau werden so zum nur guten oder nur bösen Objekt. Beide sind entweder Symbol der Dualunion oder Ausdruck der Vernichtung bzw. der Gleichung Körper = Fremdkörper.

Der später bulimischen Frau gelingt es dennoch, in der Regel symptomfrei bis in die Postadoleszenz zu gelangen. Vorformen der Essstörung in Form kurzer anorektischer Phasen, die nur selten behandlungsbedürftig werden, verweisen als erste Reaktionen auf die psychischen Anforderungen der Adoleszenz. Der Triebansturm der Pubertät war immer noch von den Hoffnungen auf das doch

noch erlösende mütterliche oder väterliche Objekt abgewehrt worden. In der nun folgenden Partnerwahl offenbaren sich erstmals Ahnungen auf das Ausmaß und die Endgültigkeit der frühen Frustration. Der Versuch, doch noch Ersatz für das verlorene Objekt zu finden, konstatiert eine Beziehungsstruktur, die von ausgeprägter Angst vor Nähe und dem damit u.U. verbundenen Kontrollverlust sowie unersättlichen und unerfüllbaren Wünschen nach Versorgung gekennzeichnet ist.

Kognitionsorientierte Theorien gehen von einem Zusammenspiel verschiedener Faktoren aus. Biologische Faktoren (genetische Vulnerabilität), individuelle Defizite (Wahrnehmungsstörungen in bezug auf propriozeptive und externe Stimuli sowie der Emotionen), soziokulturelle Faktoren (Schlankheitsideal, Leistungsorientierung, Geschlechtsrollenverständnis) und schließlich chronische Belastungen (Beziehungskonflikte, Einsamkeit, Verlusterlebnisse) bilden in individueller Gewichtung die Grundlagen für die psychische Labilität, die letztlich in den bulimischen Zirkel münden.

■ Therapie und Verlauf

Anders als bei anorektischen Patientinnen ist der Zeitraum bis zu einem Behandlungsbeginn bei der Bulimie deutlich länger. Das macht eine sorgfältige Überprüfung der somatischen Parameter und möglichen Komplikationen notwendig. Psychische Faktoren, wie die subjektive Unausweichlichkeit des bulimischen Zirkels, sind allerdings oft drängender und haben für die Abwägung des Settings größere Bedeutung.

Kriterien zur stationären Behandlung
• chronifizierender Verlauf • somatische Komplikationen • Depression • Suizidgefährdung • soziale Isolation • Drogenabusus • Delinquenz (Nahrungsmitteldiebstähle) • statische pathologische Familieninteraktion • Scheitern eines ambulanten Behandlungsversuchs

Bei der Abwägung zwischen ambulanter und stationärer Therapie ist zu bedenken, dass manche Patientinnen sich durch ihren erheblichen Nahrungsmittelbedarf gezwungen sehen, Diebstähle zu begehen. Es kann daher sinnvoll sein, sie durch eine stationäre Aufnahme vor weiterer Delinquenz zu schützen.

Die Einzelpsychotherapie muss die ausgeprägte Scham der Patientinnen berücksichtigen. Eine vorsichtige Kontaktaufnahme bei gleichzeitiger selbstverständlicher Thematisierung des Bulimischen dient der Vertrauensförderung. Eine übermäßige Kontrolle durch das Pflegepersonal, um z.B. nach den Mahlzeiten das Erbrechen zu verhindern, wird nur dazu führen, dass die Patientinnen sich andere Gelegenheiten suchen. Eine klare Absprache, in deren Rahmen die Patientin sich auf verhaltenstherapeutische Übungen nach den Mahlzeiten einlässt, können dagegen sehr hilfreich sein. Ähnlich wie bei der Anorexie wird sich die Behandlung aus tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und u.U. medikamentösen Strategien zusammensetzen. Bewährt haben sich Essstagebücher, die nach der Bestandsaufnahme – auch für die Patientinnen – der eigenen Kontrolle und u.U. auch der durch den Therapeuten dienen. In der Einzelpsychotherapie geht es um das Verstehen und Aufarbeiten der Impulsdurchbrüche und um die individuelle Genese.

An eine Kaliumsubstitution muss bei den entsprechenden Elektrolytwerten gedacht werden. Die Entwicklung von Ödemen bei Normalisierung des Essverhaltens auf dem Boden eines Pseudo-Bartter-Syndroms kann sehr demotivierend auf die Patientinnen wirken und die Panik auslösen, nicht nur durch die normale Essensaufnahme zuzunehmen. Diuretika sind in diesem Fall kontraindiziert, in der Regel verlieren sich die Ödeme nach 2 bis 3 Wochen.

Unabhängig vom Ausmaß einer begleitenden depressiven Episode haben sich Antidepressiva in der Behandlung der Bulimie bewährt und können im Einzelfall, d.h. im Jugendalter bei therapieresistenten Fällen, indiziert sein. Der therapeutische Effekt ist offensichtlich unabhängig von der antidepressiven Wirkung zu sehen. Zum Einsatz kommen dabei insbesondere Serotonin-Reuptake-Hemmer (vgl. Kap. 3.7.).

Die medikamentöse Behandlung der Bulimie wird in der Literatur hinsichtlich eines Langzeiterfolges kontrovers beurteilt. Unstrittig ist der kurzfristige Effekt auf die Heißhungerattacken und die depressive Verstimmung, so dass dieser Strategie supportiver Wert im Rahmen einer kombinierten Psychotherapie zukommt.

Großer Stellenwert in der stationären Behandlung kommt einer zusätzlichen psychomotorischen und/oder musiktherapeutischen Behandlung zu. Hier können die Patientinnen in einem therapeutisch begleiteten Prozess sowohl ihre Defizite und Konflikte wahrnehmen als auch neue Wahrnehmungs- und Verhaltensbereiche erlernen und üben.

Schwerpunkte der Phasen einer ambulanten/stationären Behandlung	
Phase 1	• Diagnostik und Vertrauensbildung • Esstagebuch • Erarbeitung eines Verhaltens- und Gewichtsplanes • therapeutische Kontaktaufnahme
Phase 2	• Verhaltensstabilisierung • Erarbeitung problematischer Bereiche des Plans • intensive Einzelpsychotherapie • ambulant u.U. hochfrequent (3 bis 4 Sitzungen/Woche) • Einbeziehung (der Station und) der Familie • u.U. antidepressive Therapie
Phase 3	• Schwerpunkt Familie und soziales Umfeld • u.U. Familientherapie • schrittweises Einbeziehen des sozialen Umfelds
Phase 4	• ambulante Nachbetreuung • u.U. Überführung der Einzeltherapie in Gruppentherapie • u.U. Selbsthilfegruppe

Die Prognose der Bulimie schwankt in den Follow-up-Studien zwischen 30 und 90 % Besserung des Essverhaltens. Je strenger die Kriterien bei der Nachuntersuchung, desto größer die Rate an nicht

geheilten oder unveränderten bulimischen Patientinnen. Unbehandelt hat die Bulimie eine starke Tendenz zur Chronifizierung. Dann sind Verläufe von 20 Jahren keine Seltenheit, die erst durch unbeherrschbare somatische Komplikationen zur Behandlung kommen. Je größer das Maß an struktureller Gestörtheit der Patientinnen ist, desto schlechter ist die Prognose.

Die einzelnen prognostischen Faktoren ähneln denen der Anorexie.

prognostische Faktoren	
günstig	ungünstig
• früher Beginn • hysterische Persönlichkeit • konfliktarmes Beziehungsniveau • kurzer Krankheitsverlauf • hoher Sozialstatus	• begleitender Drogenabusus • Borderline-Persönlichkeit • große Gewichtsschwankungen • Anorexie in der Vorgeschichte • soziale Isolation

■ Die Beziehung zwischen Anorexie und Bulimie

Obwohl es klinisch eindeutig ist, dass Anorexie und Bulimia nervosa zwei unabhängige Entitäten innerhalb des Spektrums der Essstörungen darstellen, gibt es Übergänge und Überschneidungen. Für anorektische Patientinnen, die untergewichtig sind und gleichzeitig Heißhungerattacken mit anschließendem selbstinduzierten Erbrechen haben, wurde der Begriff der Bulimarexie oder Bulimanoorexie geprägt. Meist stellt sich die bulimische Symptomatik erst nach einem längeren Zeitraum der Anorexie ein.

In der ICD-10 kann deshalb mit der fünften Stelle verschlüsselt werden, ob es sich um eine Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (F50.00) oder eine mit aktiven Maßnahmen (F50.01) handelt. Psychodynamisch betrachtet kann es sein, dass eine anorektische Patientin ihren restriktiven Versuch der Essenskontrolle nicht durchhält, dass ihr Heißhunger nicht mehr nur restriktiv zu kontrollieren ist und sich für sie somit ein bulimischer Impulsdurchbruch als neue Konfliktlösung anbietet. Übergänge von der Bulimie

zur Anorexie werden zwar auch vereinzelt beschrieben, dürften allerdings sehr viel seltener sein.

■ Hinweise für die Elternberatung

- Aufklärung über Art und Schwere der Erkrankung (Prognose!)
- Vermeiden häuslicher Kontrollversuche, von Vorwürfen und Abwertungen
- Aufgreifen der elterlichen Schuldgefühle

■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- übermäßige Kontrolle des Essverhaltens
- Bagatellisierung der körperlichen Komplikationen
- einseitige kausale Betrachtung
- Schuldzuweisungen innerhalb der Familie

12.1.3. Adipositas (F50.4 und E66.0)

■ Definition

Unter einer Adipositas versteht man eine abnorme Ausprägung des Fettgewebes durch übermäßige Kalorienzufuhr. Der früher verwendete Begriff der Fettsucht wird wegen seines abwertenden Charakters heute nicht mehr benutzt. Wegen der großen entwicklungsbedingten Unterschiede in der Fettverteilung im Kindes- und Jugendalter hat eine Definition anhand des Gewichts nur eine orientierende Bedeutung. Eine Bestimmung und Einordnung der Hautfaltenstärke ist in diesem Zusammenhang sinnvoller, da auch persönlichkeitspezifische Ausprägungen des Skelettes und der Muskulatur das Gewicht mitbestimmen. Oberhalb der 85. Perzentile der Hautfaltenstärke bezogen auf Alter und Geschlecht liegt eine Adipositas vor.

■ Epidemiologie

Für Nordamerika und Westeuropa liegen die Prävalenzraten zwischen 17 % und 22 % für Jungen und zwischen 12 % und 20 % für Mädchen. Frühere Untersuchungsergebnisse, die einen Abfall der Prozentzahlen mit steigendem sozialen Niveau beschrieben haben, lassen sich heute nicht mehr so eindeutig beschreiben, wenn auch der Trend noch besteht. Insgesamt ist von einer Zunahme auszugehen.

■ Klinisches Bild

Das klinische Bild ist durch adipöse Kinder oder Jugendliche gekennzeichnet, die eine übermäßige Nahrungsaufnahme typischerweise verneinen oder bagatellisieren. Auch wenn sie unter ihrem Übergewicht leiden, ist eine Motivation zur Gewichtsreduktion in der Regel theoretischer Natur, d.h. die Betroffenen sagen eine Mitarbeit zu, sind dann aber schnell von ihrem ständigen subjektiven Hungergefühl so eingenommen, dass sie alle Maßnahmen zu umgehen suchen.

Psychopathologisch findet sich kein einheitliches Bild, vielmehr können depressive, gehemmte oder auch aggressive Verhaltensauffälligkeiten mit der Adipositas einhergehen. In der Regel ist das Essverhalten der gesamten Familie beeinträchtigt, d.h. die Nahrungsmenge aller Familienmitglieder ist zu groß oder dem Kind wurde frühzeitig übermäßiges Essen als Konfliktlösungsstrategie vorgelebt.

Fallbeispiel

Ein 11-jähriger Junge wird von seinem Vater vorgestellt. Beide berichten, dass der Sohn seit einigen Jahren schon Übergewicht habe und sich in letzter Zeit noch weniger als sonst bremsen könne. Immer wieder müsse die Mutter feststellen, dass verschiedene Nahrungsmittel aus dem Kühl- und Vorratsschrank fehlen würden. Der Junge selbst bestätigt dies und schildert seine Unfähigkeit, sich zu steuern, wenn er alleine sei.

Die Untersuchung ergibt ein Körpergewicht von 78 kg (30 kg > 97. Perzentile) bei einer Größe von 155 cm (90. Perzentile). Der Vater gibt auf Nachfrage ein Gewicht von 156 kg bei einer Größe von 175 cm an. Nach einem kurzfristigen Erfolg der eingeleiteten Therapie stellt sich bald heraus, dass die Motivation der gesamten Familie, sich auf eine Behandlung der Adipositas des Jungen einzustellen, unzureichend ist.

■ Diagnostik

Die Diagnostik wird sich um eine differenzierte Anamnese der Essgewohnheiten bemühen, wird versuchen, Auslöser und eventuelle Belastungen des Kindes zu eruieren und im Rahmen einer differenzierten körperlichen Untersuchung nach möglichen Begleiterscheinungen der Adipositas neben einer genauen Bestimmung des Ausmaßes festzustellen.

Checkliste

- ✓ Exploration der Essgewohnheiten: individuell und familiär
- ✓ Gewichts- und Längenbestimmung
- ✓ evtl. Messung der Hautfaldendicke mit dem Caliper (Tricepsmessung)
- ✓ Überprüfung von Gelenkbelastungen
- ✓ kardiologische Diagnostik
- ✓ Laborparameter: Blutfette

ICD-10: Diagnostische Leitlinien für Essstörungen (F50.4)

Übermäßiges Essen, das eine Reaktion auf belastende Ereignisse ist und zu Übergewicht geführt hat. Trauerfälle, Unfälle, Operationen und emotional belastende Ereignisse können von einem "reaktiven Übergewicht" gefolgt sein, insbesondere bei zur Gewichtszunahme disponierten Personen.

Übergewicht als Ursache seelischer Belastung sollte hier nicht klassifiziert werden, sondern ist unter F38, F41.2 oder F48.9 zusammen mit einer Kodierung aus E66 zu kodieren.

E66 Adipositas

- | | |
|-------|---|
| E66.0 | Adipositas durch übermäßige Kalorienzufuhr |
| E66.1 | Arzneimittelinduzierte Adipositas |
| E66.2 | Pickwick-Syndrom (Bewusstseinsstörung infolge Hypoventilation bei Adipösen) |
| E66.8 | krankhafte Adipositas |

■ Differentialdiagnosen

Zusätzlich zu den in der ICD-10 geforderten Ausschlussdiagnosen kommen – wenn auch selten – weitere Differentialdiagnosen in Frage:

- Hypothyreoidismus
- Cushing-Syndrom
- Lawrence-Moon-Biedl-Syndrom (Adipositas, Polydaktylie, Hypogenitalismus)
- Alström-Hallgren-Syndrom (Adipositas, Netzhautdegeneration, Diabetes u.a.)
- Dystrophia adiposogenitalis
- Lipomatose
- Prader-Willi-Syndrom (Minderwuchs, Adipositas, Diabetes mellitus)

■ Ätiopathogenese

Die früher geläufige Kennzeichnung des "Kummerspecks" lässt sich heute nicht mehr eindeutig aufrechterhalten. Familiäre Essgewohnheiten, gesellschaftlicher Nahrungsmittelüberfluss, Werbung, mangelnde körperliche Bewegung auf der einen Seite und individuelle, intrapsychische Konfliktlösungsstrategien andererseits ergeben im Einzelfall Hinweise auf die Pathogenese.

Eine genetische Disposition in Bezug auf Körperbau und individuelle Stoffwechselbesonderheiten tragen ihren Teil dazu bei, dass Kinder übergewichtiger Eltern auch dann tendenziell übergewichtig werden, wenn sie nicht bei ihnen aufwachsen.

Im Kindesalter kommt es bei einem entsprechenden Überangebot an Nahrung zu einer Hyperplasie der Fettzellen, während im Erwachsenenalter eine reversible Hypertrophie die Regel ist. Auch wenn übergewichtige Kinder mit hyperplastischen Fettzellen abnehmen, bleibt die Gesamtzahl der Zellen gleich und jede erneute Nahrungsaufnahme wird in sich allen Zellen abbilden, wenn Fette abgelagert werden. Nach der Set-Point-Theorie hat jeder Mensch ein individuelles physiologisches Gewicht, das sich in einer Homöostase hält. Adipöse Menschen haben ein höheres Idealgewicht als andere. Diese Hypothese hat dazu geführt, dass gewichtsreduzierende Maßnahmen nicht mehr grundsätzlich allen Adipösen empfohlen werden.

Im Vordergrund der Pathogenese steht eine individuelle und u.U. frühe Kopplung zwischen psychischen Bedürfnissen und Befriedigung durch Nahrung. Wenn ein Kind es gelernt hat, dass auf die meisten seiner Bedürfnisse mit einem Nahrungsangebot reagiert wird, so wird es diese Kopp-

lung als Konfliktlösung beibehalten und später potentiell frustrierende Situationen durch Essen zu kompensieren suchen.

■ Therapie und Verlauf

Eine Therapie der Adipositas wird immer ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Vorgehen präferieren. Andere psychotherapeutische Verfahren, insbesondere ein vertieftes Verständnis für die Entstehung und die Situation des Kindes, haben begleitenden und stützenden Charakter. Diätetische Maßnahmen alleine zeigen langfristig wenig Effekt, chirurgische Maßnahmen sind so lange obsolet, wie sich am Essverhalten nichts ändert und ethisch ebenso schwer zu vertreten wie eine Behandlung mit Appetithemmern, die das Verhalten der Betroffenen genauso wenig beeinflussen und ein suchterzeugendes Potential besitzen. Eine Behandlung mit reinen kalorienarmen Füllstoffen scheitert meist an der Compliance der Patienten und ändert das Essverhalten ebenso nicht.

Nach einer intensiven Beratung und Aufklärung der ganzen Familie durch eine Diätassistentin oder Ernährungsberatung geht es zunächst darum, dem Kind anhand verschiedener Protokolle und Tagebücher eine differenzierte Selbstwahrnehmung beizubringen. Durch Veränderungen einzelner Parameter, wie Essgeschwindigkeit, eigene Zubereitung oder Ausarbeitung von Alternativen wird eine zunehmende Reizkontrolle eingeführt, die wie alle Maßnahmen von Beginn an kontingent verstärkt werden sollte. Eine intensive Auseinandersetzung mit dem eigenen – realen und gewünschten – Körperbild und Maßnahmen für ein intensiveres Wahrnehmen des eigenen Körpers (Psychomotorik, Sport) schließt die vielfältigen Maßnahmen ab. Eine intensive Einbindung und Beratung der Familie versucht die Grundlage dafür zu bilden, dass sich das Essverhalten der gesamten Familie ändert.

Unbehandelt bleiben etwa 80 % der adipösen Kinder auch im Erwachsenenalter übergewichtig, während die Rate an Übergewichtigen, die als Kinder normalgewichtig waren, halb so groß ist. Die somatische Komplikations- und Erkrankungsrate adipöser Kinder, Jugendlicher und Erwachsener muss hier nicht extra aufgeführt werden. Wie hoch die Erfolgsrate des beschriebenen kombinierten verhaltenstherapeutischen Ansatzes langfristig ist, muss bislang noch abgewartet werden. Ein Erfolg

stationärer Behandlungen kann sich nur dann einstellen, wenn sich das Verhalten des betroffenen Kindes und seiner Familie geändert hat.

ungünstige prognostische Faktoren

- früher Beginn
- Chronizität
- familiäre Belastung mit Adipositas
- männliches Geschlecht
- Heißhungerattacken
- fehlgeschlagene Therapieversuche

■ Hinweise für die Elternberatung

- Aufklärung über die Notwendigkeit einer Einbeziehung der Familie
- behutsame Klärung des Umgangs mit Nahrung, insbesondere mit Süßigkeiten
- Herstellung eines Arbeitsbündnisses mit der gesamten Familie
- keine übermäßigen Verbote aussprechen

■ Fehlerquellen in Diagnostik und Therapie

- Nicht-ernst-Nehmen der Kinder ("das wächst sich")
- frustrierende Diätmaßnahmen (zu lange, zu schwer durchzuhalten)
- mangelnde psychotherapeutische Begleitung und Beratung
- ungenügender Zeitrahmen (zu kurz, zu schneller Abbruch)

12.1.4. Fütterstörung im frühen Kindesalter (F98.2)**■ Definition und klinisches Bild**

Phasen von Problemen beim Essen sind im Kindesalter weit verbreitet und nicht unbedingt Anlass für eine kinder- und jugendpsychiatrische Diagnostik und Intervention. Anders ist es, wenn – nach Ausschluss von organischen Ursachen – anhaltende Schwierigkeiten beim Stillen oder Füttern auftreten. Diese Schwierigkeiten können sich darin äußern, dass das betreffende Kind besonders langsam isst, sehr wählerisch ist oder die Nahrung komplett verweigert bzw. sich Vorstufen zum Still-