

# STANDARDS IN DIAGNOSTIK UND THERAPIE

Fachinformationen der entwicklungsdiagnostischen und –therapeutischen Mini-Ambulatorien

Verein pro mente: kinder jugend familie ■ Ausgabe Nr. 11 ■ November 2008 ■ ISSN 1991-9883

## ► Editorial

CHRISTINE WERNISCH-POZEWAUNIG

### Liebe LeserInnen!

Die aktuelle Ausgabe der SID&Ts informiert über Erscheinungsbilder, Ursachen und Verlauf der Essstörungen *Magersucht* (Anorexia nervosa), *Ess-Brechsucht* (Bulimia nervosa) und *Esssucht* (Binge-Eating Störung). Das diagnostische Vorgehen, welches die Grundlage der Therapieplanung bildet, wird ausführlich dargestellt.

Wegen der Häufung dieser Krankheitsbilder bei Mädchen und Frauen wird im Folgenden von PatientInnen gesprochen.

Therapeutische Interventionsmöglichkeiten werden in der nächsten Ausgabe vorgestellt.

Christine Wernisch-Pozewaunig



## ► Diagnostik von Essstörungen

P. MICHLER, E.SADILA-PLANK

### Was versteht man unter Essstörungen?

Wenn Sie mehr als eine der folgenden Fragen mit „ja“ beantworten, könnten Sie mit hoher Wahrscheinlichkeit eine Essstörung haben:

- ▶ Ist Ihnen häufig übel oder fühlen Sie sich übermäßig fett oder vollgefressen?
- ▶ Befürchten Sie, dass Sie die Kontrolle über Ihr Essverhalten verloren haben?
- ▶ Haben Sie in den letzten 3 Monaten mehr als 6 kg abgenommen?
- ▶ Sind Sie überzeugt, dass sie zu dick sind, obwohl andere sagen Sie seien zu dünn?
- ▶ Bestimmt Essen Ihr Leben?

Im medizinischen Sinn sind Essstörungen nicht ausschließlich körperliche, sondern vor allem seelische Krankheiten. Wir unterscheiden im Wesentlichen drei Formen von Ess-

störungen, die Magersucht (Anorexia nervosa), die Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa) und die Esssucht (Binge-Eating-Störung). Auf eine reine Adipositas (= starkes Übergewicht) wird hier nicht eingegangen.

### Ab wann spricht man von einer Essstörung?

Essgestörtes Verhalten an sich ist noch keine Krankheit, denn nicht jedes Mädchen, das eine Diät macht, erbricht, ihre Nahrung kontrolliert oder ein paar Pfunde abnimmt, leidet unter Magersucht oder Bulimie. Für einige Mädchen bedeutet dieses Verhalten jedoch den Beginn einer schwerwiegenden Essstörung. Häufig erfolgt der Einstieg in eine Essstörung mit Versuchen der Gewichtskontrolle. Aufgrund des fehlenden Krankheitsgefühls werden die Patientinnen spontan kaum über Symptome berichten. Die Kriterien für die Diagnosestellung müssen deshalb sorgfältig und schonend erfragt werden.

## Wie werden Essstörungen diagnostisch eingeordnet?

In der Internationalen Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 sind Essstörungen im Kapitel F5 „Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren“ eingeordnet: Anorexia nervosa (F50.0), Bulimia nervosa (F50.2). Atypische Verläufe, die nicht alle Krankheitskriterien erfüllen, sind gesondert unter „Atypische Anorexia nervosa“ (F50.1) bzw. „Atypische Bulimia nervosa“ (F50.3) zu kodieren. Für die Binge-Eating-Störung bleibt die Ziffer F50.9 „Nicht näher bezeichnete Essstörung“. Ähnlich verfährt das amerikanische Klassifikationssystem DSM-IV. Die Essstörungen sind hier in einem eigenen Kapitel eingeordnet: Anorexia nervosa (307.1), Bulimia nervosa (307.51) und Binge-eating Störung unter „Nicht näher bezeichnete Essstörungen“ (307.50).

## Diagnosekriterien der Anorexia nervosa (ICD 10 F50.0)

1. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme trotz bestehenden Untergewichts
2. Körperschemastörung, d.h. die Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, einhergehend mit der überwertigen Idee zu dick zu sein. Es besteht ein übertriebener Einfluss des Gewichts auf die Selbstbewertung oder ein Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichtes. Die Betroffenen legen für sich selbst eine sehr niedrige Gewichtsschwelle fest.
3. Niedriges Körpergewicht (mindestens 15 % unter dem erwarteten Körpergewicht oder Quetelets-Index (Body Mass Index) von 17,5 oder weniger.
4. Amenorrhoe, d.h. die Menstruation bleibt aus oder tritt, bei Erkrankung vor Eintritt der Menarche, nicht auf.

Die Patientinnen schränken die Nahrungsaufnahme extrem ein und sind gleichzeitig gedanklich sehr auf Nahrung, Essen und Figur fixiert. Auch in einem schwer ausgezehrt Zustand sind sie fest davon überzeugt zu schwer und zu dick zu sein. Die Nahrungszufuhr wird immer weiter reduziert und die Patientinnen entwickeln sich zu Expertinnen bezüglich des Kaloriengehalts. Sie verlieren die Kontrolle über das Essverhalten, haben gleichzeitig keine Einsicht in ihr Verhalten und verleugnen den Krankheitsprozess. Auch interozeptive Abläufe sind gestört, d.h. Hunger, Sattsein, bestimmte Gefühlszustände oder Schmerz/Kälte werden nicht mehr richtig identifiziert und wahrgenommen. Man unterscheidet zwei magersüchtige Typen. Der asketische Magersuchtstyp („restriktiver Typ“) ist sehr konsequent und kontrolliert. Im Gegensatz zu dem bulimischen Magersuchtstyp („binge-eating/purging Typ“) liegen keine Fressattacken, kein selbstinduziertes Erbrechen und kein Abführmittelmissbrauch vor.

## Diagnosekriterien der Bulimia nervosa (ICD 10 F 50.2)

1. Häufig auftretende Essattacken, d. h. in einem Zeitraum von 3 Monaten mindestens zweimal pro Woche

2. Andauernde Beschäftigung mit Essen mit unwiderstehlicher Gier oder Zwang zu essen
3. Der Versuch, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch eine oder mehrere unterschiedliche Verhaltensweisen entgegenzuwirken: Selbstinduziertes Erbrechen, Abführmittelmissbrauch, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
4. Selbstwahrnehmung als „zu fett“ mit einer sich aufdrängenden Furcht, zu dick zu werden
5. Die Störung tritt nicht ausschließlich bei einer Episode von Anorexia nervosa auf

Der Häufigkeitsgipfel liegt bei 18-20 Jahren. Die Fressanfälle laufen häufig heimlich und ritualisiert ab. Es wird gierig gegessen und geschlungen, kaum gekaut, ohne Besteck gegessen, direkt aus der Dose oder Packung, solange bis der Bauch weh tut und über die Schmerzen hinaus. Schuldgefühle nach dem Essen wechseln sich ab mit ständigem Nachdenken über das Essen, Horten von Lebensmitteln, Lesen von Rezepten und Nährwerttabellen, während nach außen hin normales Essverhalten simuliert wird. Große Mengen meist billiger Lebensmittel von leicht verzehrbare Konsistenz werden heimlich gehortet. Auch das provozierte Erbrechen spielt sich heimlich ab. Psychische Folgen sind Isolation, Selbstabwertung, Schuldgefühle und eine depressive Stimmungslage. Die Heißhungeranfälle und das nachfolgende Erbrechen haben im Weiteren die Funktion Spannungen abzubauen, da es den Mädchen schwer fällt Gefühle wie Trauer, Einsamkeit, Wut und Ärger zu tolerieren. Die Ess-Brech-Anfälle stellen eine dysfunktionale Emotionsregulationsstrategie dar, mit der negative Gefühlszustände beendet werden, gefolgt von Gefühlen der „Betäubung“ und Erschöpfung.

Hinsichtlich der kompensatorischen Verhaltensweisen unterscheidet man 2 Untertypen:

1. Bulimia nervosa mit Erbrechen oder Laxantien- bzw. Diuretika-einnahme oder Klistieren („purging Typ“)
2. Die Person hat während der aktuellen bulimischen Episode andere unangemessene, einer Gewichtszunahme entgegensteuernde Maßnahmen wie z.B. Fasten, übermäßige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmäßig erbrochen oder Laxantien etc. missbraucht („non-purging Typ“)

## Diagnosekriterien der Binge-eating-disorder (ICD 10 F50.9)

Da es noch keine eigene Klassifikation in der ICD 10 gibt, wird diese sog. Ess-Sucht (binge = Fressgelage) unter „Nicht näher bezeichnete Essstörung“ subsumiert.

1. Episoden von Essanfällen mit Verschlingen großer Nahrungsmengen und dem Gefühl des Kontrollverlustes während des Essens
2. Essanfälle verbunden mit Ekelgefühlen gegen sich selbst, Niedergeschlagenheit und Schuldgefühlen
3. Keine kompensatorischen Verhaltensweisen zur Vermeidung der Gewichtszunahme ( d.h. kein Erbrechen wie bei der Bulimie, kein Sport etc.)
4. Folge der Essstörung ist eine mehr oder weniger kontinuierliche Gewichtszunahme

## Wie ist der Verlauf von Essstörungen?

Die spontane Prognose der Anorexie ist sicher nicht gut. Die Ergebnisse der Studien variieren stark, wobei jedoch davon auszugehen ist, dass in etwa 40 bis 50% der Verläufe die Anorexie chronifiziert. Bei 20 bis 30% kommt es zu einer Ausheilung, bezogen auf den Gewichtsverlust, 20 bis 25% verlaufen chronisch oder die Patientinnen sterben an Folgen ihrer Krankheit oder verüben Selbstmord. Anorexie mit ihren Folgen ist die häufigste Todesursache junger Frauen zwischen 15 und 24 Jahren. Die Letalität wird zwischen 6 und 18% angegeben. Auch bei Gewichtsnormalisierung bleiben häufig schwere Störungen im psychischen und sozialen Bereich bestehen.

Bei der Bulimie wird die Sterblichkeitsrate bis zu 3% angegeben. Etwa die Hälfte der Patientinnen soll innerhalb von 10 Jahren symptomfrei werden, 20% chronifizieren, 20% entwickeln eine andere Art der Essstörung. Optimistische Schätzungen gehen von einer spontanen Heilungsrate bis 50% aus.

Als günstiger prognostischer Faktor bei der Behandlung beider Essstörungen gilt eine kurze Krankheitsdauer vor der ersten Behandlung, d.h. mit einer Behandlung sollte möglichst früh begonnen werden. Trotz unzähliger Ansätze gibt es jedoch bis heute kein therapeutisches Prinzip, das einen Behandlungserfolg garantiert.

## Was sind die Ursachen von Essstörungen?

Essstörungen sind multifaktoriell bedingt durch eine individuelle Vulnerabilität und durch soziale, sprich familiäre und gesellschaftliche Faktoren.

Als individuelle Risikofaktoren, die z. T. biologischer als auch sozialer Art sind, gelten Erfahrung mit Diäten und Diätvulnerabilität, d.h. eine Neigung, Diäten zu machen, psychiatrische Auffälligkeiten und Hochbegabung. Die Phase der Adoleszenz mit ihren besonderen Entwicklungsaufgaben und der physiologischen Zunahme des Körperfetts stellt einen kritischen Zeitraum dar. Übergewicht und früher Pubertätsbeginn steigern dieses Risiko. Genetische Faktoren dürften ebenfalls eine Rolle spielen. Das Hormon Leptin spielt offensichtlich in der Pathophysiologie der Anorexie wie auch der Adipositas eine Rolle. Die Höhe des Leptinspiegels ist abhängig von der Fettmasse sowie von der Energiezufuhr. Hohe Leptinspiegel wirken Appetit mindernd und steigern den Energieverbrauch, die Thermogenese und die Lipolyse. Der Serotoninstoffwechsel ist bei der Anorexie gestört. Es ist jedoch unklar, ob dies mit zu den Ursachen gehört oder als Folge der Erkrankung zu interpretieren ist. Das weibliche Geschlecht, sowie Temperament und Verhaltensmuster wie hohe Anpassbarkeit, Neigung zu Perfektionismus und geringe Konfliktfähigkeit zählen zu den Risikofaktoren.

Familiäre Risikofaktoren sind Übergewicht, Neigung zu Diäten, häufige Beschäftigung mit Gewicht und Ernährung und Essstörungen sowie Belastungen durch familiäre psychiatrische Erkrankungen und Alkoholmissbrauch in der Familienanamnese. Das häufige Erleben unangenehmer familiärer Essenssituationen, ein Kampf um das Essen bzw. das Alleinlassen von Kindern beim Essen kann zur

Entwicklung einer Essstörung beitragen. Frühe Erziehungsschwierigkeiten, z.B. bei „schwierigen“ Kindern, die gerne Machtkämpfe provozieren, sich trotzig oder zwanghaft verhalten, Traumatisierung, insbesondere sexueller Missbrauch, familiäre Gewalt, sowie allgemein eine missglückte Eltern-Kind-Beziehung und Bindungsstörungen erhöhen das Risiko. Schwieriges Kommunikationsverhalten, chronifizierte familiäre Konfliktsituation und/oder überprotektives Familienklima sowie Einschränkung der jugendlichen Autonomieentwicklung steigern das Erkrankungsrisiko. Hohe väterliche Kontrolle bei mangelnder (oder mangelhaft ausgedrückter) Zuneigung, mangelnde Fürsorge, Überbehütung, Unfreundlichkeit und Misshandlungen durch die Väter scheinen sich gravierender auszuwirken als Schwierigkeiten mit den Müttern. Die Erziehung in Familien mit Essgestörten richtet sich oft nach Wertvorstellungen wie Pflichterfüllung, Leistung, Ordnung und Bildung, wodurch diese Kinder in Gefahr geraten emotional zu verkümmern, da die Anpassung an Wertvorstellungen der Gesellschaft häufig zur Außenorientierung führt, bei der das Individuum in seiner emotionalen Entwicklung zu kurz kommt. Durch Eheprobleme, d. h. durch ungeklärte Paarproblematiken der Eltern wächst die Durchlässigkeit der Grenzen zwischen den einzelnen Familienmitgliedern. Die Kinder können in die elterliche Gemeinschaft eindringen oder werden als Partnerersatz benutzt. Es bilden sich wechselnde Koalitionen mit dem einen oder anderen Elternteil. Häufig dient die Erkrankung der Tochter auch als Kitt einer brüchigen Ehe.

Die Annahme, beim Auftreten von Essstörungen seien immer in der Erziehung Fehler gemacht worden, ist bei dem multifaktoriellen Geschehen nicht möglich. Die einzelnen Faktoren müssen im Gespräch mit den Patientinnen und ihren Familien feinfühlig erhoben werden.

Gesellschaftliche Faktoren sind Leitbilder, Schönheits- und Leistungsideale, der Einfluss der Schule, der Gleichaltrigen und ökonomische Bedingungen.

Essstörungen kommen vor allem in der Mittel- und Oberschicht, in urbanisierten und industrialisierten Gesellschaften vor. In den Ländern der 3. Welt, wo Hunger und Not den Lebensalltag bestimmen, gibt es nahezu keine Mager-süchtigen. 90 bis 95% der Betroffenen sind weiblich und zwischen 13 und 25 Jahren alt. Der Wertewandel der letzten 50 Jahre könnte eine Zunahme der Essstörungen erklären. Der perfekte Körper scheint nicht mehr von Gott gegeben zu sein, er kann verändert werden durch Kosmetik, Training, Schönheitsoperationen und Diäten. Gesundheits- und Kalorienbewusstsein spielen eine wichtige Rolle. Schlanksein wird assoziiert mit Erfolg und Karriere. Soziale Isolation in der Kleinfamilie kann Essstörungen begünstigen. Wird Kindererziehung zum persönlichen Prestigeobjekt von Müttern, kann das zu einer Überforderung der Töchter führen, indem diese den Leistungsanforderungen der Eltern nicht genügen können und wollen. Soziale Probleme können eine Ursache für die Entstehung einer Essstörung sein wie z.B. Umzüge und dadurch bedingt keine Einbindung in eine Gleichaltrigengruppe und ein häufiger Wechsel der Bezugspersonen. Auch Sport kann Auslöser einer Anorexie oder Bulimie sein, andererseits kann der Bewegungsdrang während der Anorexie auch in Leistungssport einmünden.

## Was muss im diagnostischen Prozess beachtet werden?

Die Diagnose wird durch die Erfassung der diagnostischen Kriterien nach ICD-10, durch eine ausführliche Anamnese, körperliche Untersuchung, klinisch-psychologische und jugendpsychiatrische Diagnostik gesichert. Zur Klärung der Verursachung und als Basis für therapeutische Interventionen werden die sozialen und familiären Bedingungen geklärt, soweit sie für die Entstehung der Essstörung relevant sind.

Der psychiatrische Status erfasst die Verhaltensweisen, Kognitionen und Emotionen, die mit Essen und körperlicher Betätigung sowie dem Körperbild verbunden sind. Häufige Komorbiditäten sind affektive Störungen, Angststörungen und Suchtkrankheiten, Zwangsstörungen und bei chronifizierten adoleszenten Patienten die Entwicklung einer Persönlichkeitsstörung. Depressionen sind häufige Folge der körperlichen Auszehrung und bessern sich mit der Gewichtszunahme. Wichtig sind die Erfassung der Persönlichkeitseigenschaften, der Motivation, der Fähigkeit sich auf eine Therapie einzulassen und die Erfassung des familiären und sozialen Umfelds. Erst die Gesamtsicht dieser Faktoren und des körperlichen Zustandes ermöglicht eine Sicherheitseinschätzung und damit die Zuordnung zu einem Behandlungspfad.

Psychiatrische Gefahrenhinweise sind Suizidalität und Suizidgedanken, ausgeprägte Depressivität, selbstschädigendes Verhalten und Zwangsstörungen.

Hinweise für die klinisch-psychologische Untersuchung ergeben sich aus den jeweiligen Sektionen aus dem DIPS oder dem SKID, Sektion H. Wesentlich ergiebiger sind die deutsche Version des EDE (Eating Disorder Examination) oder das „Strukturierte Interview für Anorexia und Bulimia nervosa (SIAB). An Selbstbeurteilungsbögen dürften das EDI-2 und der Fragebogen zum Essverhalten FEV sowie die Frankfurter-Körperkonzept-Skalen FKKS die gebräuchlichsten Verfahren darstellen. Bei allen Patientinnen werden ein Intelligenzverfahren, ein Depressionsinventar, ein Persönlichkeitsinventar, sowie ein projektives Verfahren durchgeführt.

Die Essstörungen führen bei längerem Verlauf zu einer Fülle medizinischer Komplikationen, die teilweise lebensbedrohliche Folgen haben können, insbesondere bei Störungen des Mineralstoffwechsels, des Säure-Base-Haushalts und des Hormonstoffwechsels. Daher sind bei der Erstuntersuchung und bei regelmäßigen Kontrollen die klinischen Hinweise zu beachten und angepasste Laboruntersuchungen und technische Zusatzuntersuchungen durchzuführen.

Körperliche Folgen der Essstörungen sind physiologische Anpassungen an den Kalorienmangel (Untergewicht, Veränderung im Lipidstoffwechsel, Verminderung des Energiegrundumsatzes, Abfall der Geschlechtshormone mit Ausbleiben der Regel, Erhöhung des Cortisolspiegels,

Abfall des Schilddrüsenhormons T3, sowie Folgen des Mangels an Energieträgern, Vitaminen, Mineralien und Spurenelementen. Die magersüchtigen Mädchen bekommen eine trockene schuppige Haut, Haarausfall und bei stark Abgemagerten können Ödeme und eine Lanugohaarung auftreten. Die Pubertätsentwicklung wird verzögert und bei mangelnder Gewichtszunahme kann es zu einem Minderwuchs kommen. Es können eine Pseudoatrophy des Gehirns und EKG-Veränderungen auftreten. Zahnkaries und vergrößerte Speicheldrüsen sind Folgen häufigen Erbrechens. Die Organschäden sind am Anfang meist harmlos und rückbildungsfähig, können jedoch irreversibel und lebensbedrohlich werden, insbesondere die Abweichungen des Serumkaliums, v.a. bei Diuretika- und Laxantienmissbrauch mit der Gefahr von Herzrhythmusstörungen und Nierenschäden. Ein Risiko mit Spätfolgen ist der Knochenabbau. Die häufigsten Laboranomalien sind Elektrolytstörungen und Blutbildveränderungen infolge von Erbrechen, Abführmittelmissbrauch oder mangelnder Einfuhr. Leichte Anämien und Leukopenien sind häufig. Erhöhte Amylase ist ein Hinweis auf Ess-Brech-Attacken. Potentiell gefährlich sind rasche Schwankungen innerhalb von Tagen von Gewicht, Blutdruck, Herzfrequenz, Laborwerten und Verhalten. In den Leitlinien Kinder- Jugendpsychiatrie Essstörungen werden folgende apparative Diagnostik und Laboruntersuchungen bei rapider und/oder ausgeprägter Gewichtsabnahme bzw. häufigem Erbrechen empfohlen:

Blutbild, Blutzucker, Elektrolyte (einschl. Calcium, Phosphat, Magnesium), Harnstoff, Kreatinin, Transaminasen, Gesamteiweiß, Cholesterin, Amylase, Lipase, Zink, LDH, Harnsäure, fakultativ endokrinologische Parameter: T3, T4, TSH, Cortisol, FSH; LH, Östradiol, Leptin. Ggf. sollen Infektionen (z.B. Tbc, AIDS) und Substanzabhängigkeit als Ursache des Gewichtsverlustes ausgeschlossen werden. Bei Bradykardie, Rhythmusstörungen, Elektrolytveränderungen ist ein EKG indiziert. Bei Erstmanifestation, neurologischen Auffälligkeiten, sowie untypischen Verlaufsformen sind ein CT, MRT empfehlenswert bzw. notwendig. Bei längerer Erkrankungsdauer und /oder anhaltender Amenorrhoe sollte eine Knochendichtemessung erfolgen.

### Mag. Petra Michler

Diplompsychologin

Psychotherapeutin

MINI AMBULATORIUM St. Veit/Glan

[petra.michler@promente-kijufa.at](mailto:petra.michler@promente-kijufa.at)

### Dr. Eva Sadila-Plank

MINI AMBULATORIUM St. Veit/Glan

FA für Kinder- und Jugendheilkunde/Kinder- und Jugendneuropsychiatrie

Ärztin für Psychotherapeutische Medizin

[eva.sadila@promente-kijufa.at](mailto:eva.sadila@promente-kijufa.at)