

# Essstörungen

Suchtmedizinische Reihe

Band 3

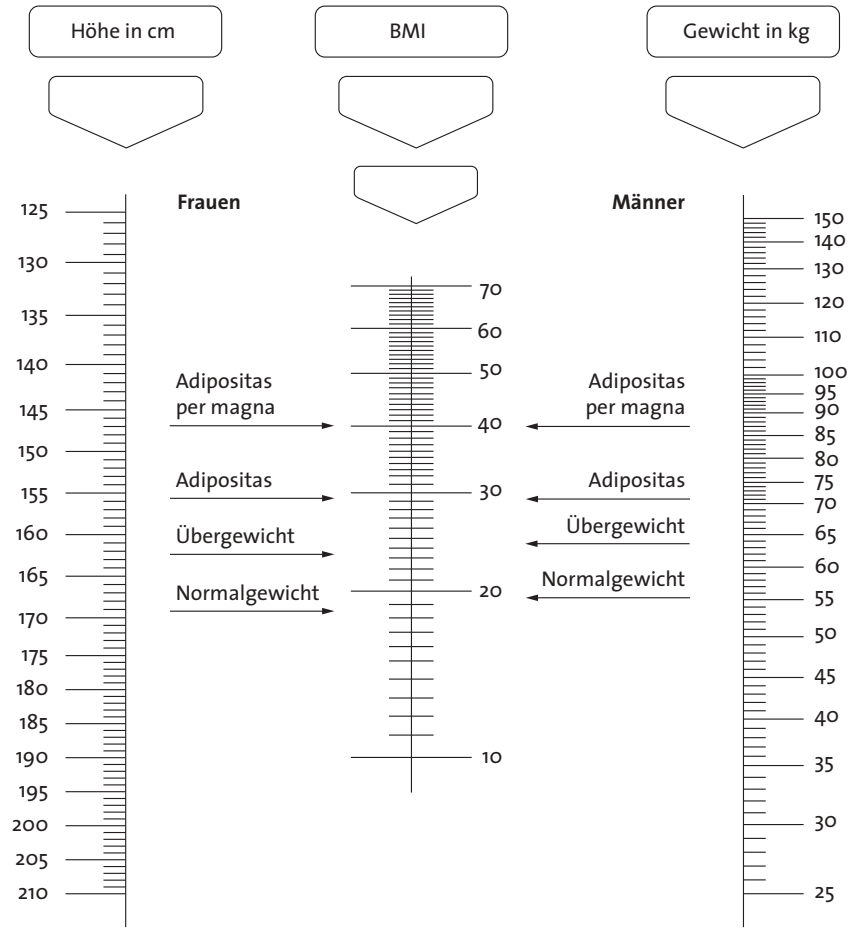
 Info

Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Kuratorium  
der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

3

Die folgende Abbildung ermöglicht eine schnelle Bestimmung des BMI: Legen Sie ein Lineal auf die linke Skala und kennzeichnen Sie damit die Körpergröße (ohne Schuhe) und auf der rechten Skala das Körpergewicht (ohne Kleider). In der Mitte ergibt sich dann der Body-Mass-Index.

**Body-Mass-Index**



# Ess-Störungen

Suchtmedizinische Reihe, Band 3

Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Kuratorium  
der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V. (DHS)

Verantwortlich für den Inhalt:  
Prof. Dr. Alexa Franke, Dortmund



© 2004 Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.  
Postfach 1369, 59003 Hamm  
Tel.: 02381/90 15-0  
Fax: 02381/90 15-30  
Email: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de)  
Internet: [www.dhs.de](http://www.dhs.de)

Herausgegeben vom Wissenschaftlichen Kuratorium  
der Deutschen Hauptstelle für Suchtfragen e. V.

Wesentliche Textteile wurden der von Prof. Dr. Alexa Franke und Evelyn Brunner erstellten Broschüre »Ess-Störungen – Eine Information für Ärztinnen und Ärzte« (DHS 1997) entnommen, unter Mitarbeit von Edit Göcke und Christa Merfert-Diete. Beratend hatten mitgewirkt: Sylvia Baeck, Dr. Maria Beckermann, Cornelia Götz-Kühne, Dr. Dietmar Hänsel, Dr. Stephan Herpertz, Prof. Dr. Beate Herpertz-Dahlmann, Dr. Romana Hoffmann, Dr. Vitus Irrgang, Dr. Rosemarie Jahrreiss, Dr. Annette Kämmerer, Dr. Laurids Kuhn, Bernadette Nickel, Dr. Ernst S. Ott, Evelyn Popp, Christiane von Rabenau, Brigitte Schumann, Dr. Monika Vogelgesang.

Alle Rechte vorbehalten

Redaktion: Christa Merfert-Diete  
Gestaltung: [designbüro] GmbH, Münster  
Druck: Schreckhase, Spangenberg  
Auflage: 3.40.11.06

ISBN: 3-937587-02-0

Band 3 der Suchtmedizinischen Reihe ist erhältlich unter der Bestelladresse DHS, Postfach 1369, 59003 und über Internet unter der Adresse <http://www.dhs.de>

Gefördert von der Bundeszentrale für  
Gesundheitliche Aufklärung (BZgA), Köln

# Vorwort

Unter dem Begriff »Esstörungen« werden im Wesentlichen drei Krankheitsbilder subsumiert:

- *Anorexia Nervosa*
- *Bulimia Nervosa*
- *Adipositas*

In der nosologischen Zuordnung dieser Störungen haben sich in den letzten 30 Jahren erhebliche Veränderungen vollzogen; so wurde noch in den 1970er Jahren die Anorexie als Reifungskrise und Entwicklungsstörung des Jugendalters klassifiziert, die Bulimie erfuhr erst 1979 eine Anerkennung als eigenständige Erkrankung. Diese internationale Entwicklung, die von diversen Veränderungen in den Klassifikationssystemen geprägt war, gestaltete sich in Deutschland besonders schwierig dadurch, dass die deutschen Termini Magersucht, Ess-Brech-Sucht und Fettsucht eine fälschliche Zuordnung zu den Abhängigkeitserkrankungen nahe legten. Diese Diskussion kann heute als abgeschlossen gelten. Die aktuelle Zusammenfassung der drei Störungen in der gemeinsamen Gruppe der »Esstörungen« ist unter theoretisch-klassifikatorischen Gesichtspunkten nicht völlig zufriedenstellend, stellt jedoch eine elegante pragmatische Lösung dar.

Denn obwohl sich die Angehörigen der drei Krankheitsgruppen beträchtlich hinsichtlich ihres Erscheinungsbildes und der Psychodynamik unterscheiden, ist ihnen doch gemeinsam, dass ihnen aus dem lebensnotwendigen Bedürfnis, der existenzsichernden Funktion des Essens ein psychosomatisches Problem mit erheblichen somatischen, psychischen und oft sozialen

Konsequenzen erwachsen ist. Nicht selten dominiert dieses Problem nicht nur den aktuellen Tagesablauf und die sozialen Beziehungen, sondern auch langfristig relevante berufliche und private Entscheidungen.

Als sich die DHS 1997 im Rahmen ihrer Informationsschriften für Ärztinnen und Ärzte des Themas Esstörungen annahm, reagierte sie damit auf erhebliche Defizite in der Versorgung essgestörter Menschen. Da das medizinische Versorgungssystem lange Mühe gehabt hatte, sich auf die »neuen« Störungen und ihr Anwachsen einzustellen, hatten viele Patientinnen und Patienten Hilfe in den Institutionen der Suchtkrankenhilfe gesucht. Das oben erwähnte sprachlich bedingte Missverständnis war vermutlich ein wesentlicher Schlüssel für diese Entwicklung. In den sechs Jahren seit des Erscheinens der ersten Auflage hat sich das Wissen um Esstörungen vergrößert, auch die Zahl der Behandlungsangebote hat sich verbessert. Immer noch aber erfahren Betroffene eine Behandlung, die dem psychosomatischen Aspekt ihrer Erkrankung nicht ausreichend gerecht wird. Diese Defizite weiter zu beheben ist Ziel der vorliegenden Broschüre.

In dieser Broschüre wird von einem Krankheitsmodell ausgegangen, das neben den somatischen auch den psychischen und sozialen Aspekten Bedeutung beimisst und die Erkrankung als Ergebnis einer Interaktion zwischen der betroffenen Person, ihrer Problemsituation und der Umwelt begreift. Esstörungen werden nicht primär als Ausdruck einer in einer

Person liegenden Pathologie verstanden, sondern als Reaktion auf Lebensumstände und Traumatisierungen, die das Individuum nicht zu meistern vermag. Sie stellen einen gescheiterten und in der Regel auch gänzlich unangemessenen Lösungsversuch für Probleme dar, für die den Betroffenen keine angemessenen Bewältigungsmöglichkeiten zur Verfügung stehen. Unfähig, in einer schwierigen Situation das zu tun, was eine konstruktive Änderung der Situation herbeiführen würde, haben die Betroffenen etwas anderes getan. Dieses aber trug gerade nicht zur Lösung der Problemlage bei, sondern in der Regel zu deren Stabilisierung und schuf somit ein neues, zusätzliches Problem mit erheblichen körperlichen Auswirkungen.

Die Broschüre ist folgendermaßen aufgebaut: Nach einem Kapitel über Epidemiologie und Krankheitsmodelle der Essstörungen werden die einzelnen Störungen jeweils hinsichtlich ihrer Symptomatik, Ätiologie und der körperlichen Komplikationen und Folgeschäden vorgestellt. Es folgt dann ein Kapitel zu speziellen Indikationsgruppen von Kindern und Jugendlichen, Männern, Patientinnen und Patienten mit Suchtmittelmissbrauch und mit Diabetes Mellitus. Das dann folgende Kapitel über die Behandlung umfasst zwei Teile: Zunächst werden – zum Teil störungsspezifisch – die medizinischen Maßnahmen dargestellt; Sie finden hier auch Checklisten für körperliche Untersuchungen und Labor, außerdem Messmethoden für das Körpergewicht. Anschließend werden störungsübergreifend die wesentlichen Hilfsangebote in Beratung, Psychotherapie und Selbsthilfe vorgestellt.

Da Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa vor allem bei Frauen auftreten und sich auch die entsprechende Forschung bisher nahezu ausschließlich auf Frauen konzentriert, sind die entsprechenden Kapitel in der weiblichen Form abgefasst.

Zum Abschluss finden Sie sowohl Literatur zur eigenen Information als auch solche, die Sie Ihren Patientinnen und Patienten empfehlen können.

# Inhalt

## Vorwort

<b>1</b>	<b>Epidemiologie</b>	<b>Seite 8</b>
<b>2</b>	<b>Arten der Essstörungen</b>	<b>Seite 12</b>
2.1	Anorexia nervosa	Seite 12
2.1.1	Symptomatologie	Seite 12
2.1.2	Ätiologie	Seite 15
2.1.3	Körperliche Komplikationen und Folgeschäden	Seite 16
2.2	Bulimia nervosa	Seite 17
2.2.1	Symptomatologie	Seite 18
2.2.2	Ätiologie	Seite 20
2.2.3	Körperliche Komplikationen und Folgeschäden	Seite 22
2.3	Adipositas	Seite 23
2.3.1	Symptomatologie	Seite 24
2.3.2	Ätiologie	Seite 26
2.3.3	Körperliche Komplikationen und Folgeschäden	Seite 28
2.4	Atypische, Sonstige und Nicht-näher-bezeichnete Essstörungen	Seite 28
<b>3</b>	<b>Spezielle Indikationsgruppen</b>	<b>Seite 32</b>
3.1	Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen	Seite 32
3.1.1	Kindheit/Säuglings- und Kleinkinderalter	Seite 32
3.1.2	Vorschulalter und frühes Schulalter	Seite 33
3.1.3	Präpubertät und Pubertät	Seite 34
3.1.4	Adipositas im Kindes- und Jugendalter	Seite 36
3.2	Essstörungen bei Männern	Seite 40
3.3	Essstörungen und Suchtmittelmissbrauch und –abhängigkeit	Seite 41
3.4	Essstörungen und Diabetes mellitus	Seite 43

<b>4</b>	<b>Behandlung</b>	<b>Seite 48</b>
4.1	Medizinische Maßnahmen	Seite 49
4.1.1	Ort und Stellenwert der medizinischen Behandlung	Seite 49
4.1.2	Interaktion Ärztin/Arzt – Patientin/Patient	Seite 50
4.1.2.1	Anorexie und Bulimie	Seite 50
4.1.2.2	Adipositas	Seite 54
4.1.3	Anamnese, körperliche Untersuchung und Laborparameter	Seite 58
4.1.4	Medizinische Behandlung	Seite 65
4.1.5	Medizinische Behandlung während der Schwangerschaft	Seite 70
4.2	Psychosoziale Beratung und Behandlung	Seite 71
4.2.1	Ambulante Beratung	Seite 71
4.2.2	Ambulante Behandlung	Seite 72
4.2.3	Stationäre Behandlung	Seite 73
4.2.4	Psychotherapie	Seite 74
4.2.5	Selbsthilfe	Seite 75
<b>5</b>	<b>Literatur und Anschriften</b>	<b>Seite 78</b>
	Fachliteratur	Seite 78
	Literaturempfehlungen für Patientinnen und Patienten	Seite 80
	Belletristik	Seite 82
	Wichtige Anschriften	Seite 83



# 1

## Epidemiologie

# Epidemiologie

Über die Prävalenz von Essstörungen gibt es erstaunlich wenig genaue Daten. Maßgeblich hierfür sind Probleme der Stichprobenauswahl, der diagnostischen Instrumente und auch der Psychodynamik der Betroffenen.

Unabhängig jedoch von der genauen Zahl der aktuell Betroffenen ist eindeutig, dass das Risiko für diese Störungen in der Bevölkerung keineswegs gleich verteilt ist. Vielmehr treten Essstörungen bevorzugt bis nahezu ausschließlich in bestimmten Gruppen auf, wobei die Prävalenz vor allem durch die Variablen Geschlecht, Alter und soziale Schicht determiniert ist. Tabelle 1 gibt einen Überblick über die entsprechenden Risiken und Verteilungen.

Diese extrem ungleiche Verteilung in Abhängigkeit von Geschlecht, Alter und Schicht verweist auf eine massive Beteiligung psychischer und sozialer Faktoren am Krankheitsgeschehen. Die wichtigsten dieser Faktoren werden im folgenden mit einer kurzen Erklärung ihrer Wirkweise vorgestellt:

- *Das gesellschaftliche Schlankheitsideal unterwirft insbesondere Frauen geradezu einem Diktat. Schlanksein wird als Synonym und Voraussetzung für Erfolg propagiert, für Anerkennung, Wertschätzung, Attraktivität und sexuelle Ausstrahlung. Es ist daher nur folgerichtig, dass sich Frauen, die in ihrer Identität verunsichert sind, auf ihren Körper konzentrieren und ihn zum Dreh- und Angelpunkt machen. Sie definieren all ihre Probleme als eine Frage des Aussehens und Körperumfangs und erwarten entsprechend eine Lösung aller Probleme, wenn sie nur erst schlank*

**Tabelle 1: Essstörungen – Epidemiologische Risiken**

	Anorexia Nervosa	Bulimia Nervosa	Adipositas
Prävalenz	Frauen: 0,5 - 1%	Gesamt: 2 - 4%	Frauen: 9 - 25% Männer: 10 - 17%
Geschlecht	ca. 95% aller Erkrankten weiblich	ca. 95% aller Erkrankten weiblich	geringfügig häufiger bei Frauen
Alter/Erkrankungsgipfel	12 - 23 Jahre / 14. und 18. Jahr	20 - 30 Jahre	40 - 65 Jahre
Soziale Schicht	vor allem: höhere Mittelschicht	Eher: Mittelschicht	Unter- : Oberschicht 6 : 1

sind beziehungsweise wären. Der Druck, schlank, fit und jugendlich auszusehen, lastet zunehmend auch auf Männern; das bei ihnen seit einigen Jahren zu beobachtende Ansteigen von Essstörungen könnte hiermit in Zusammenhang stehen.

- *Unterschiedliche, zum Teil sich widersprechende Rollenanforderungen, verunsichern Frauen und machen sie hilflos. Frauen sollen einerseits weiblich sein, und das heißt: lieb, freundlich, anschmiegsam, emotional und ein wenig ängstlich. Andererseits aber wird ihnen als moderner Frau Leistungsfähigkeit, Durchsetzungsvermögen und Selbstsicherheit abverlangt. In dieser paradoxen Situation stellen sich Essstörungen als unterschiedliche Konfliktlösungsversuche dar: die Anorexie als Möglichkeit, dem Konflikt auszuweichen und sich auf etwas anderes, vermeintlich Wichtigeres zu konzentrieren, die Bulimie als Versuch, beiden sich widersprechenden Anforderungen gleichzeitig gerecht zu werden, und die Adipositas als Versuch, den Konflikt zu verachten.*
- *In den Familien Essgestörter lassen sich mit überzufälliger Häufigkeit vergleichbare Strukturen und Interaktionsmuster finden. Besonders relevant sind die folgenden:*
  - *mangelnde Abgrenzung der Familienmitglieder untereinander*
  - *geringe Akzeptanz von Autonomie einzelner Familienmitglieder*
  - *hohe Bedeutung familiären Zusammenhalts, geschlossene Außendarstellung*

*lung und von allen geteiltes gleiches Wertsystem*

- *hohe Leistungsansprüche*
- *kontrollierender »überfürsorglicher« Erziehungsstil*
- *emotional kaltes Klima.*

Im Hinblick auf Anorexie und Bulimie stellt das familiäre Klima offenbar für die weiblichen Familienangehörigen ein größeres Gefahrenpotential dar als für die männlichen. Da in diesen Familien meist eher traditionelle Rollenvorstellungen bestehen, wird den Jungen leichter zugestanden, ihre ›männlichen‹ Ansprüche nach Eigenständigkeit und Autonomie zu realisieren als den Mädchen, von denen erwartet wird, dass sie sich den elterlichen Vorstellungen gemäß entwickeln.

- *Als weiterer prädisponierender Faktor wurde, insbesondere bei der Bulimia Nervosa, in den vergangenen Jahren der sexuelle Missbrauch diskutiert. Neuere Studien kommen zu dem Schluss, dass sexueller Missbrauch bei etwa 30 % der Patientinnen einen Risikofaktor darstellt, wobei die schädigenden Auswirkungen des sexuellen Missbrauchs stark durch das sonstige soziale Milieu moderiert werden. Die potentiellen destruktiven Auswirkungen sind umso gravierender, je stärker der Missbrauch in eine Gesamtsituation unsicherer Bindungserfahrungen, emotionaler Vernachlässigung, emotionalen Missbrauchs und / oder körperlicher Misshandlungen eingebettet ist.*



# 2

## Arten der Essstörungen

# Arten der Essstörungen

## 2.1 Anorexia Nervosa

Zentrales Leitmotiv der anorektischen Patientin ist der Wunsch nach extremer Schlankheit, verbunden mit dem Wunsch nach Selbstbestimmung. Die Patientin ist verzweifelt bestrebt, ihre Autonomie zu

schützen. Auch kann sie mit Hilfe der Krankheit Ängste vor Körperlichkeit und den Anforderungen, die als erwachsene Frau an sie gestellt werden, reduzieren.

### 2.1.1 Symptomatologie

**Tabelle 2: Diagnostische Kriterien der Anorexia Nervosa**

ICD 10: F 50.0 Anorexia Nervosa	DSM-IV: 307.1 Anorexia Nervosa
Tatsächliches Körpergewicht* mindestens 15% unter dem erwarteten (entweder durch Gewichtsverlust oder nie erreichtes Gewicht) oder BMI von 17,5 oder weniger. Bei Patienten in der Vorpubertät kann die erwartete Gewichtszunahme während der Wachstumsperiode ausbleiben.	Weigerung, das Minimum des für Alter und Größe normalen Körpergewichts zu halten; Gewicht mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht.
Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch die Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten: <ul style="list-style-type: none"> <li>• selbst induziertes Erbrechen;</li> <li>• selbst induziertes Abführen;</li> <li>• übertriebene körperliche Aktivitäten;</li> <li>• Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.</li> </ul>	
Körperschema-Störung in Form einer spezifischen psychischen Störung: die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.	Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.  Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung, oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.

ICD 10: F 50.0 Anorexia Nervosa	DSM-IV: 307.1 Anorexia Nervosa
<p>Endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, die sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Libido- und Potenzverlust manifestiert. Ausnahme ist das Persistieren vaginaler Blutungen bei anorektischen Frauen mit einer Hormonsubstitutionstherapie. Erhöhte Wachstumshormon- und Kortisolspiegel, Änderungen des peripheren Metabolismus von Schilddrüsenhormonen und Störungen der Insulinsekretion können gleichfalls vorliegen.</p>	<p>Bei postmenarchalen Frauen Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen (Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nach Verabreichung von Hormonen, z. B. Östrogen, eintritt).</p>
<p>Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät Verzögerung bzw. Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte</p>	<p><b>Spezifizierung des Typs:</b></p>
	<p><b>Restriktiver Typus (F50.00):</b> Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen »Fressanfälle« gehabt oder hat kein »Purging«-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.</p> <p><b>»Binge-Eating/Purging«-Typus (F50.01):</b> Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Fressanfälle gehabt und hat Purging-Verhalten gezeigt.</p>

\*) Messmethoden für das Körpergewicht siehe Kapitel 4.1.4

Typischerweise wird das niedrige Gewicht bei der Anorexia Nervosa hauptsächlich durch **Hungern und Nahrungsverweigerung** herbeigeführt und aufrechterhalten. Die meisten Patientinnen erleben quälende Hungergefühle, leugnen diese aber. Da Hungern und Nahrungsverweigerung nicht leicht ausgehalten werden können, kommt es bei einem Teil der Betroffenen insbesondere bei längerer Krankheitsdauer zu Heißhungeranfällen. Man spricht hier von Anorexie mit bulimischen Zügen.

Dem Ziel, ein niedriges Gewicht zu erreichen, dienen auch folgende Maßnahmen:

- *übertriebene sportliche Aktivitäten*
- *Gebrauch von Appetitzüglern, Diuretika und Laxantien*
- *selbst induziertes Erbrechen.*

Psychopathologisch imponiert bei der Anorexia Nervosa **extreme Angst vor einer Gewichtszunahme** und eine daraus resultierende Zentrierung auf das Körpergewicht, das in den Mittelpunkt des gesamten Fühlens, Denkens und Handelns rückt.

Damit in Zusammenhang findet sich eine hartnäckige Verkennung der eigenen übermäßigen Schlankheit oder sogar Kachexie in Form einer **Körperschemastörung**: Die eigene Körperform oder Teile des Körpers werden als zu dick wahrgenommen und manchmal geradezu massiv überschätzt. Es besteht meist wenig Krankheitseinsicht in die anorektische Störung, und die durch sie bedingten Gefahren werden geleugnet.

**Sozial** wirkt es sich störend aus, dass die Betroffenen das Essen im Beisein anderer am liebsten vermeiden. Das führt schließlich zu einem Rückzug aus weiten Teilen des gesellschaftlichen Lebens, da die meis-

ten Formen geselligen Beisammenseins auch in irgendeiner Weise mit Essen verbunden sind. Das Nichtessen in der Öffentlichkeit geht häufig mit dem geheimen Horten oder auch Wegwerfen von Nahrungsmitteln einher. Auffällig ist, dass anorektische Frauen und Männer sich gerne mit Nahrungszubereitung befassen, Rezepte sammeln, Kochbücher lesen und für andere üppige Mahlzeiten zubereiten.

Anorektische Mädchen und Frauen werden meist als ehemalige Musterkinder beschrieben, die alles konnten und perfekt machten. Damit erfüllten sie zumeist exakt die Erwartungen der leistungsorientierten Mittelschicht, der sie entstammen.

Regelmäßig sind mit der Anorexia Nervosa **endokrinologische Auffälligkeiten** verbunden, die bei Frauen zu Amenorrhoe führen. Des Weiteren werden Änderungen des peripheren Schilddrüsenhormonmetabolismus sowie erhöhte Wachstums- und Kortisolspiegel gefunden. Es ist bislang noch ungeklärt, ob diese Auffälligkeiten als Teil der anorektischen Grundstörung oder als Folgen der Unterernährung zu interpretieren sind.

Zuverlässige Angaben über **Chronifizierung und Letalität** der Erkrankung zu erhalten, ist aufgrund zahlreicher methodischer Probleme sehr schwierig. Der auf Außenstehende häufig spektakulär und bizarr wirkende Charakter der Störung birgt die Gefahr, die Gefährlichkeit überzubetonen. Soliden Studien zufolge scheint es momentan gerechtfertigt davon auszugehen, dass mindestens die Hälfte aller Betroffenen die Erkrankung vollständig überwindet und mindestens weitere 30 % soweit, dass sie mit der Erkrankung ein weitgehend normales Leben führen können.



Angaben über die Mortalität sind äußerst heterogen. Sie schwanken bei einem mittleren Wert von 5,5 % zwischen 0 % und 21 %. In über der Hälfte der veröffentlichten Studien ist die Mortalitätsrate 4 % oder geringer. Bei insbesondere aus älteren katamnestic Studien berichteten Letalitätsraten um 20 % ist nicht auszuschließen, dass diese durch unangemessene Behandlung iatrogen mitbedingt sind.

Nicht selten findet man bei anorektischen Patientinnen ausgeprägte Zwangssymptome und depressive Symptome. Diese können durch den Zustand des Hungerns bewirkt sein und bessern sich häufig bei Gewichtszunahme.

### 2.1.2 Ätiologie

Für die Entstehung und Aufrechterhaltung der Anorexie sind folgende funktionale Charakteristika von Belang:

- *Erlangen von Autonomie; dies bedeutet in erster Linie, sich aus der starken Verklammerung mit der Familie zu befreien, sich den Werten und Vorstellungen der Eltern zu entziehen.*
- *Erwerben von Selbstbewusstsein und Selbstwertgefühl*
- *Hilferuf nach Liebe, Geborgenheit und Anerkennung*
- *Schutz vor den Anforderungen des Erwachsenenlebens*
- *Aufrechterhaltung der familiären Homöostase.*

Die Modelle zur Entstehung der Anorexie orientieren sich an diesen verschiedenen funktionalen Aspekten:

So versteht eine **psychoanalytisch-triebtheoretische Erklärung** die Anorexie als

eine Form der Abwehr sexueller Wünsche und als Möglichkeit, die psychosexuellen Entwicklungskrisen der Pubertät zu beenden und wieder in die scheinbar heile Welt der Kindheit zurückzukehren. Sexuelle Regungen werden nicht oder angstbesetzt wahrgenommen. Als Beleg für diese Sichtweise wird angeführt, dass die Abmagerung den Körper weitgehend seiner sekundären Geschlechtsmerkmale beraubt und damit die sexuelle Signalwirkung reduziert, ebenso, dass die Menstruation ausbleibt.

Ein anderes Modell versteht die Anorexie als einen **Kampf um intrapsychische und interpersonale Selbstbehauptung**. In der anorektischen Symptomatik verdeutlicht sich das Streben nach Identität, nach Kontrolle des eigenen Lebens. Die in der Kindheit oft Überangepassten sind von einem Gefühl der Ohnmacht gegenüber dem eigenen Leben beherrscht. In der Kontrolle des eigenen Körpers und der Überwindung des Hungergefühls erlebt sich die anorektische Patientin stattdessen als eigenständige Person. Diese Einengung des Gefühls der Kontrolle und Selbstbestimmung erklärt die ungeheure Bedeutung des Körpergewichts.

Ein drittes Modell betont schließlich die interaktionelle bzw. familiendynamische Perspektive. Das Familiensystem anorektischer Frauen und Männer zeigt immer Auffälligkeiten. Anorexie findet sich verstärkt in stark ›gebundenen‹ Familien, d.h. in solchen, die durch hohes Harmoniestreben, eine Verklärung des Familienzusammenhalts, den Verzicht auf eigene Bedürfnisse und Opferbereitschaft gekennzeichnet sind. In dieser Atmosphäre müssen ›Verlockungen‹, wie sie beispielsweise von der Sexualität oder der Nahrung ausgehen, abgewehrt werden. Am besten

gelingt dies durch ein starkes Leugnen aller Gefühle. Die anorektischen Frauen und Männer haben als Symptomträger eine wichtige Funktion zur Aufrechterhaltung und zum Zusammenhalt des Familiensystems sowie zur Ableitung von Spannungen und Konflikten. Elterliche Konflikte sowie das Überschreiten von Generationsgrenzen burden dem Kind familiäre Verantwortung auf und verstärken es in seiner Ambivalenz gegenüber dem Erwachsenwerden. Darüber hinaus fanden sich in den Familien anorektischer Patientinnen immer wieder hohe Leistungsanforderungen, ein starrer Gerechtigkeitsinn und ausgeprägte Normorientiertheit, die das Ausprobieren des Erwachsenwerdens verhindern.

Die kommunikationstheoretische Betrachtung dieser interpersonalen Strukturen, in denen anorektische Mädchen und Frauen aufwachsen, ergänzt die familiendynamische Perspektive um eine Analyse verschiedener **Kommunikationsstile** der Patientinnen.

- *Die erste Kommunikationsstrategie ist »Leugnen«. In den Familien, so wie sie oben beschrieben sind, werden Konflikte nicht angegangen, sondern unter den Teppich gekehrt. Die Anorexie hat hierbei die Funktion, die Leugnung von vorhandenen Problemen zu perfektionieren, denn sie lenkt noch stärker von diesen anderen Problemen ab, die angesichts der bedrohlichen Erkrankung ohnehin scheinbar an Bedeutung verlieren.*
- *Die zweite Fehllösung besteht in der Entwicklung »utopischer Erwartungen«. Diese bestehen vor allem darin, dass anorektische Frauen glauben, mit dem Schlanksein alle (Lebens-)Probleme gelöst zu haben. Sobald sie dünn sind, so ihre irrige Annahme, sind alle anderen Schwierigkeiten automatisch gelöst.*

- *Die dritte kommunikative Fehllösung besteht in der Entwicklung von »Paradoxien«. Eine dieser Paradoxien bezieht sich sehr eng auf das Symptom, d.h. auf die paradoxe Tatsache, dass die anorektischen Frauen das Essen zwar rigoros ablehnen, sich aber dennoch ständig damit beschäftigen. Sie lehnen auch ihren Körper ab, konzentrieren sich aber mit allem Denken und Handeln auf ihn. Sie haben Angst vor dem Normalen, dem Mittelmaß, fürchten aber unendlich, aufzufallen. Sie haben große Angst vor Trennung, fürchten sich aber gleichzeitig vor Nähe, insbesondere auch intimer, sexueller Nähe. All diesen Paradoxien liegt die ebenfalls paradoxe elterliche Botschaft zugrunde, gleichzeitig Kind und Tochter bleiben und als erwachsene Person eigenständig leben zu sollen.*

### 2.1.3 Körperliche Komplikationen und Folgeschäden

Anorektische Patientinnen sind trotz der Unterernährung und des Untergewichts häufig erstaunlich »gesund«. Dies ist auf die enorme Adaptionsfähigkeit des Grundumsatzes zurückzuführen. Dennoch können gravierende Schäden im Zusammenhang mit der Anorexie auftreten.

#### **Auf allgemeinmedizinischem Gebiet:**

- Kachexie
- Hypothermie
- Bradyppnoe
- Akrocyanose
- Schlafstörungen
- Osteoporose

**Auf internistischem Gebiet:**

- *Kardiovaskuläre Veränderungen/Herzatrophy mit Bradykardie und Hypotonie*
- *Verlangsamter Herzschlag, der zu Schwindel und Ohnmachtsanfällen führen kann*
- *Niedrige Pulsfrequenz*
- *Nierenschäden*
- *Hämatologische Unterfunktion mit Anämie und Leukopenie*
- *Verminderte Nierenkonzentrationsfähigkeit mit Polyurie und im Extremfall Nierenversagen*
- *Anfälligkeit für Entzündungen*
- *Immunologische Dysfunktion mit F-Zellenunterfunktion und verminderter Markophagenphagozytose*
- *Gastrointestinale Veränderungen*
- *Elektrolytbalancen*
- *Periphere Oedeme*

**Auf dermatologischem Gebiet:**

- *Atrophe, trockene Haut*
- *Gelbliche Hautfarbe*
- *Haarausfall*
- *Lanugobehaarung*
- *Oberflächliche Narben am Handrücken*
- *Im Extremfall Liegegeschwüre*
- *Brüchige Finger- und Zehennägel*
- *Trommelschlegelfinger*

**Auf zahnärztlichem Gebiet:**

*Zahnschmelzerosionen bei häufigem Erbrechen*

**Auf HNO-ärztlichem Gebiet:**

*Bei häufigem Erbrechen kann eine schmerzlose Ohrspeicheldrüsenschwellung auftreten*

**Auf endokrinologischem und gynäkologischem Gebiet:**

- *Erhöhter Adrenalinpiegel*
- *Amenorrhoe*
- *Änderung des peripheren Schilddrüsenhormonmetabolismus*
- *Erhöhte Wachstums- und Cortisolspiegel*

## 2.2 Bulimia Nervosa

Kennzeichnend für Bulimia Nervosa sind Heißhungeranfälle mit anschließenden gewichtsregulierenden Maßnahmen wie Erbrechen, Diäten, Missbrauch von Laxantien, Appetitzüglern und Diuretika. Obwohl das Gewicht meist im Normbereich liegt, sind die Betroffenen mit ihrer Figur unzufrieden und haben Angst vor Gewichtszunahme. Die Bulimie ist der Versuch der Aufrechterhaltung der emotionalen Balance angesichts einer Vielzahl von Widersprüchen und Überforderungen, für die keine bedürfnisgerechten Bewältigungsstrategien zur Verfügung stehen.

## 2.2.1 Symptomatologie

**Tabelle 3: Diagnostische Kriterien der Bulimia Nervosa**

ICD 10: F 50.2 Bulimia Nervosa	DSM-IV: F 307.51 Bulimia Nervosa
Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; Essattacken, bei denen sehr große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.	Wiederkehrende Heißhungeranfälle, gekennzeichnet durch beide folgende Merkmale: 1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum, die erheblich größer ist als sie die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden. 2. Gefühl des Kontrollverlustes beim Essen
Versuch, dem dickmachenden Effekt der Nahrung durch verschiedene kompensatorische Verhaltensweisen entgegenzusteuern: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika. Bei gleichzeitigem Diabetes kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.	Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen, wie z. B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung.  Die Heißhungeranfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.
Krankhaften Furcht, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem oder altersgerechten Gewicht.	Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung.
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 und/oder einer vorübergehenden Amenorrhoe.	Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf.
	<b>Spezifizierung des Typs:</b>  » <b>Purging Typ</b> «: regelmäßig selbst induziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern. » <b>Non-purging Typ</b> «: ungeeignete kompensatorische Verhaltensweisen wie Fasten oder exzessive körperliche Betätigung.

<sup>1</sup>To purge: reinigen, befreien, abführen, sühnen

Aus einem als unkontrollierbar erlebten Drang heraus, möglichst schnell viel Essen zu verschlingen, kommt es zur exzessiven Aufnahme von Nahrungsmitteln. Typischerweise sind die Nahrungsmittel

- *leicht verfügbar*
- *schnell zu essen*
- *kalorienreich*
- *»eigentlich« verboten.*

Die Essanfälle finden meistens im Verborgenen statt und laufen oft nach einem sich wiederholenden Ritual ab. Die Nahrung wird kaum gekaut und auf das Geschmacksempfinden wird selten geachtet. Da ein Sättigungsgefühl nicht wahrgenommen wird, werden die Anfälle erst durch Bauchschmerzen, Erschöpfung, äußere Umstände (zum Beispiel Termine, Störungen von außen) oder aus Mangel an Essbarem beendet. Bei diesen Anfällen können 3000 bis 5000 kcal oder mehr verzehrt werden.

Eine **krankhafte Besorgnis um die Figur und das Körpergewicht** beherrscht Denken, Fühlen und Handeln und führt zu einer erheblichen und als leidvoll erlebten Einschränkung der individuellen Freiheit. Erstrebenswert erscheint ein Gewicht, das einige Kilogramm unter dem tatsächlichem liegt. Um die aus der exzessiven Energieaufnahme resultierende Gewichtszunahme zu verhindern und damit zugleich die Schuldgefühle und Ängste wegen des »verbotenen« Essens zu neutralisieren, werden gegensteuernde Maßnahmen ergriffen. Im Vordergrund steht meist selbst induziertes Erbrechen. Daneben finden sich passagere Diäten und Fasten sowie der Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Appetitzüglern und Schilddrüsenpräparaten.

Bulimische Frauen leiden häufig unter **depressiven Verstimmungen** bis hin zur Suizidalität, allgemein pessimistischen Gedanken und einem geringen Selbstwertgefühl.

Vor dem Hintergrund einer zwanghaft perfektionistischen Grundhaltung mit einem Alles-oder-Nichts-Denken wird jeder Verstoß gegen die rigiden internen Diätnormen als schuldhaft erlebt. Dies führt zu einer weiteren Reduktion des Selbstwertgefühls. Das Erbrechen bringt hier zwar eine kurzfristige Erleichterung, die zunächst als positiv und verstärkend erlebt wird. Wegen seines als abartig bewerteten Charakters vertieft es jedoch mittelfristig den Selbsthass der Betroffenen, der sich auch in autoaggressiven Handlungen wie dem Sich-Schneiden mit Rasierklingen oder mit anderen Gegenständen entladen kann. Es gibt Hinweise auf eine gehäufte Komorbidität mit Borderline-Persönlichkeitsstörungen.

Die Bulimia Nervosa kann sich aus einer anorektischen Symptomatik heraus entwickeln. Aus dem Missbrauch der verschiedenen Medikamente zur Gewichtsreduktion wiederum kann eine psychische und/oder physische Abhängigkeit entstehen. Auch aus dem Wunsch heraus, den unerwünschten Appetit mit Alkohol und Medikamenten zu dämpfen, können Missbrauch oder langfristig auch Abhängigkeit von diesen Substanzen resultieren.

Durch den großen Nahrungsmittelverbrauch kann die Bulimie zu erheblichen finanziellen Problemen mit allen daraus resultierenden sozialen Konsequenzen wie Anbetteln von Bekannten, Stehlen von Nahrungsmitteln oder Geld bis hin zum Betrug, Verschuldung und sozialem

Abstieg führen. Nicht selten ergeben sich die sozialen Verhaltensweisen aber auch aus dem Bedürfnis, endlich etwas für sich allein zu haben.

### 2.2.2 Ätiologie

Das auffällige Essverhalten bildet oft nur die Spitze eines Eisbergs komplexer Problemzusammenhänge aus dem persönlichen, interaktiven und soziokulturellen Bereich. Im jeweiligen Einzelfall gibt somit nur die individuelle Analyse Aufschlüsse über die Funktion der Symptomatik. Die folgende Auflistung gibt Hinweise auf häufig anzutreffende Charakteristika:

- *Versuch der Anpassung an fremde Ideale, vor allem an vermeintliche weibliche Rollenerwartungen, Schönheitsideale und Ideale von Partnerschaft und Sexualität*
- *Festhalten an der Idee einer harmonischen Familienatmosphäre trotz unterschwelliger Konflikte, häufiger (oft massiver) Grenzüberschreitungen, psychopathologischer Auffälligkeiten anderer Familienmitglieder und zahlreicher familiärer Tabus und Geheimnisse*
- *Spannungsabfuhr von Wut und Ärger (»Frustessen«) zum Füllen von Leere, Isolation, Depression, Langeweile*
- *Reduktion der Angst vor Gewichtszunahme.*

Die Untersuchung der Funktionalität der Störung gestaltet sich bei der Bulimie als besonders schwierig, da das Essen als ein Teil der Störung in der Regel noch eine eigenständige Funktion hat. So kann das Essen dienen

- *als Weg zur Bestätigung des negativen Selbstkonzepts*
- *als Möglichkeit, sich zu spüren und zu erleben in einem Umfeld, in dem nichts gespürt werden darf*
- *als Kompensation bei einem Menschen, der sich als zu kurz gekommen und als benachteiligt erlebt.*

Für die Entstehung und Auslösung einer Bulimie spielen sowohl biologische und soziokulturelle Faktoren als auch intrapsychische und familiäre Prozesse eine Rolle:

Die **biologischen Risikofaktoren** sind weitgehend unklar. Immer wieder wird darauf verwiesen, dass es eine hohe Konkordanzrate für Bulimie bei eineiigen Zwillingen gibt sowie erhöhtes Vorkommen depressiver Störungen und Abhängigkeitserkrankungen in den Familien. Auch spielen biologische Faktoren der Nahrungsverwertung eine Rolle.

Als wesentliche **soziokulturelle Risikofaktoren** haben sich das gesellschaftliche Schlankheitsideal und eine veränderte Rollenerwartung an Frauen erwiesen. In der Bulimie manifestiert sich der für unsere Zeit charakteristische Umgang mit »Weiblichkeit«. Einerseits können Frauen sich von der traditionellen Mutterrolle distanzieren und beruflichen Erfolg und Leistungsbereitschaft anstreben, andererseits werden ihnen aber nach wie vor die weiblichen Tugenden der Warmherzigkeit, des Sorgens für andere und vor allem des Schönseins, des Wirkens durch ästhetischen Glanz, zugesprochen und abverlangt.

In allen Epochen der Weltgeschichte waren Frauen mit einem Schönheitsideal konfrontiert, das die Mehrzahl von ihnen nicht erreichen konnte. Doch während die

Venusgestalten der Renaissance für alle Betrachterinnen und Betrachter auch als romantische und glorifizierte Darstellungen eines unerreichbaren Ideals erkennbar waren, verwischen heutige Möglichkeiten der Grafik und Werbetechnik die Grenzen zwischen Phantasie und Realität, mit der Konsequenz, dass optische Illusionen erzeugt werden, die von Frauen nicht mehr als solche erkannt werden können. Hinzu kommt, dass den Frauen **nicht nur ein einziges Schönheitsideal** vorgehalten wird, sondern gleichzeitig mehrere, die miteinander inkompatibel sind. So konkurriert heute ein extrem schlankes Schönheitsideal mit einem athletischen, muskulösen Körper und der Forderung, sexy zu sein – Forderungen, die gleichzeitig an einem Körper nicht realisiert werden können. Viele Frauen können diesen Konflikt nicht lösen und versuchen mit der Bulimie, einen Ausweg aus solch widersprüchlichen Erwartungen zu finden.

**Intrapsychische Risikofaktoren** sind vor allem ein Mangel an Selbstwertgefühl, eine große Selbstunsicherheit und eine insgesamt gestörte Autonomie- und Identitätsentwicklung. Bulimische Frauen haben nicht gelernt, ihre eigenen Bedürfnisse zu erkennen, zu differenzieren und gegenüber anderen zu vertreten. Außerdem berichten sie über starke Abhängigkeitsgefühle, die mit großen Verlust- und Trennungsängsten einhergehen. Dies trägt zur Unterdrückung eigener Gefühle und Bedürfnisse bei und hat eine starke Orientierung an den Erwartungen anderer Menschen zur Folge.

Das mangelnde Selbstwertgefühl und Selbstvertrauen bewirken auf emotionaler Ebene Gefühle der depressiven Verstimmtheit, der emotionalen Leere, Hilflosigkeit

und Anspannung und ein Gefühl der Scham über die Unzulänglichkeit des eigenen Körpers. Das Wahrnehmen, Benennen und Ausdrücken der eigenen Gefühle gelingt den Frauen nur schwer. Bestimmte, dem eigenen Ideal scheinbar nicht entsprechende Erlebnisbereiche werden verheimlicht, damit das Außenbild gewahrt bleibt. Die auf der kognitiven Ebene bestehende Diskrepanz zwischen Ideal- und Realselbst wie auch der kognitive Egozentrismus (Verhalten und Reaktionen anderer werden im Sinne der eigenen Wünsche und Befürchtungen interpretiert; »Personalisation«) führen zu Spannungszuständen, die sich dann im Essverhalten entladen. Es bestehen Defizite in der interozeptiven Wahrnehmungsfähigkeit, d. h. Körpersignale wie Hunger oder Sättigung werden kaum oder verzerrt wahrgenommen. Gewichtskontrolle und Diäten vermitteln dann ein Gefühl subjektiver Sicherheit, weil emotionale und körperliche Bedürfnisse vermeintlich kontrolliert werden.

Die **familiäre Situation** bulimischer Frauen ist häufig durch große Unsicherheit geprägt; mindestens zu einem Elternteil besteht in der Regel eine unsichere Bindung. Meistens waren die Mütter »überfürsorglich«, die Väter wenig präsent oder emotional abweisend, was dazu führte, dass die Lösung vom Elternhaus nur ungenügend gelang. In den späteren Entwicklungsjahren mündete dies in eine ambivalente Beziehung zur Mutter, eventuell auch zum Vater. Ebenso finden sich frühere Verlustereignisse, z. B. Trennung von einem Elternteil, so dass die junge Frau schon früh das Erleben mangelnder elterlicher Unterstützung zu verarbeiten hatte. Immer wieder wird auch über sexuellen und emotionalen Missbrauch in den Familien berichtet.

Das familiäre Klima ist gekennzeichnet durch Kontrolle, Konfliktvermeidung und Überinvolviertheit; Abgrenzungen sind kaum möglich. Es gibt indirekte gegenseitige Beschuldigungen und Abwertungen. Widersprüchliche Botschaften kennzeichnen den Umgang miteinander. Vor allem die Konfliktvermeidung trägt dazu bei, dass bulimische Frauen kaum taugliche Strategien zur Konfliktlösung lernen. Vielmehr scheint ein Überleben angesichts von Konflikten nur durch ein hohes Ausmaß an Kontrolle der eigenen Gefühle möglich. Viele bulimische Frauen berichten über rigide familiäre Schlankheit- und Gesundheitsideale; der äußeren Erscheinung wird eine hohe Bedeutung eingeräumt.

In einer Atmosphäre, in der die individuellen Bedürfnisse nicht respektiert werden, wird auch die Wahrnehmung interner Signale wie Hunger und Sättigung verlernt. Essen wird in diesen Familien häufig nicht bedürfniskontingent eingesetzt, sondern als Mittel der Ablenkung, Belohnung und Entspannung und zur Aufrechterhaltung traditioneller Normen.

Hat sich die Bulimie erst einmal ausgebildet, so wird sie im Sinne eines psychosomatischen Teufelskreises aufrecht erhalten. Diäten, Fasten und Erbrechen führen zu einem körperlichen und psychischen Mangelzustand, der nicht unbegrenzt ausgehalten werden kann, typischerweise mit einem Heißhungeranfall beendet wird, der wiederum sowohl auf der körperlichen als auch psychischen Ebene zu massivem Unwohlsein führt, das nun wiederum durch Erbrechen und Fasten beendet wird, welches wieder zu einem körperlichen und psychischen Mangelzustand führt usw.

### 2.2.3 Körperliche Komplikationen und mögliche Folgeschäden

Bedingt durch die Heißhungeranfälle und vor allem durch die Maßnahmen zur Gewichtskontrolle können sich im Verlauf der bulimischen Erkrankung erhebliche körperliche Folgeschäden einstellen.

#### **Auf internistischem Gebiet:**

- *Akute Magendilatation mit der Gefahr einer Magenruptur*
- *Elektrolytstörungen, insbesondere hypokaliämische Alkalose*
- *Herzrhythmusstörungen*
- *Gastrointestinaler Reflux und Oesophagitis*
- *Dehydratation*
- *Oedeme*
- *Trommelschlegelfinger*
- *Durchfälle*
- *Chronische Obstipation bis hin zur Darmlähmung*
- *Tachykardien und Schwitzen (insbesondere durch Appetitzügler)*
- *Nierenschäden*
- *Vitaminmangel*
- *Müdigkeit*
- *Schwindel*

#### **Auf endokrinologischem und gynäkologischem Gebiet:**

- *Menstruationsunregelmäßigkeiten*
- *Anovulatorischen Zyklen*
- *Amenorrhoe*
- *Vasopressin (ADH aus HHL)*
- *Veränderungen des Aldosteronspiegels*



**Auf HNO-ärztlichem Gebiet:**

- Schwellung der Ohrspeicheldrüsen  
[kann bei Aufgabe der Symptomatik vorübergehend schmerzhaft werden]
- Chronische Heiserkeit und Halsschmerzen

**Auf zahnärztlichem Gebiet:**

- Zahnschmelzerosionen

**Auf nervenärztlichem Gebiet:**

- Adynamie
- Lethargie
- Tetanien
- Cerebrale Krampfanfälle

Bei dem Gebrauch von Appetitzüglern eventuell psychische Erregungszustände bis hin zu psychotischen und deliranten Bildern sowie ausgeprägte Schlaf- und Konzentrationsstörungen.

Im Bereich des BMI zwischen 25 und 30 liegt Übergewicht vor, das beim Fehlen weiterer Risikofaktoren kein erhöhtes gesundheitliches Risiko darstellt. Als Adipositas wird ein beträchtliches Übergewicht mit einem BMI von 30 und höher bezeichnet, ein BMI über 40 kennzeichnet die Adipositas per magna.

Es gibt in der Literatur eine ausführliche Diskussion über den Krankheitswert der Adipositas: Während die einen Adipositas selbst als Krankheit definieren, gilt sie anderen lediglich als Risikofaktor für andere Erkrankungen. Die körperliche Belastbarkeit adipöser Menschen ist stark reduziert. Sie sind in ihrer Beweglichkeit eingeschränkt und leiden demzufolge häufig an einem Bewegungsmangel, der das Symptom des Übergewichts in einem unheilvollen Kreislauf verstärkt.

Einigkeit besteht weitgehend darin, dass bei einem BMI von 30 und höher eine medizinische Behandlungsindikation gegeben ist. Neueste Untersuchungen zeigen jedoch, dass das Ausmaß der Verkürzung der Lebenszeit bei adipösen Menschen geringer ist als bisher angenommen, und dass die sog. Exzess-Mortalität hoch signifikant durch das Geschlecht determiniert ist: Das Risiko einer substantiellen Lebenszeitverkürzung ist demnach für Männer erst ab einem BMI von 36, für Frauen erst ab einem BMI von 40 gegeben. Jenseits des 50. Lebensjahres scheint für Frauen sogar ein weit über 40 liegender BMI-Werte keinen Einfluss auf das Mortalitätsrisiko zu haben.

## 2.3 Adipositas

Adipositas bezeichnet einen Überschuss an Körperfett. Zu ihrer Bestimmung ist eigentlich die Messung des Anteils des Fettgewebes am Körpergewicht notwendig. Da dessen Messung jedoch aufwändig ist, hat sich die Bestimmung der Adipositas anhand des BMI (siehe 4.1.3) durchgesetzt.

### 2.3.1 Symptomatologie

Adipositas als eigenständiges Krankheitsbild ist weder in der ICD noch im DSM zu klassifizieren. Sie finden jedoch folgende

Klassifikationsmöglichkeiten, wenn reaktive Faktoren bei der Adipositas zu berücksichtigen sind.

**Tabelle 4: Klassifikationssysteme**

ICD 10	DSM IV
<p><b>F 50.4</b> Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen: Übermäßiges Essen hat als Reaktion auf belastende Ereignisse (Trauerfälle, Unfälle, Operationen und emotional belastende Ereignisse) zu Übergewicht geführt.</p> <p>Übergewicht als Ursache einer psychischen Störung kann unter verschiedenen Ziffern diagnostiziert werden. Übergewicht kann zu erhöhter Sensibilität bezogen auf das eigene Erscheinungsbild und zu einem Mangel an Selbstvertrauen in Beziehungen führen. Die subjektive Einschätzung der Körpermaße kann übersteigert sein. Die entsprechenden Ziffern sind:</p> <p><b>F 38</b> sonstige affektive Störungen</p> <p><b>F 41.2</b> Angst und depressive Störung, gemischt</p> <p><b>F 48.9</b> nicht näher bezeichnete neurotische Störung zusammen mit einer Kodierung aus E66 der ICD 10, die den Typus des Übergewichts bezeichnet</p> <p><b>F 66.1</b> durch Medikamente bedingtes Übergewicht</p> <p><b>F 50.8</b> sonstige Essstörungen: Fasten bei Übergewicht, psychogener Appetitverlust, nicht organische Pica bei Erwachsenen.</p>	<p>Nicht aufgenommen, da nicht konsistent mit psychischen oder Verhaltenssyndromen verknüpft. Wenn psychische Faktoren bei der Ätiologie oder dem Verlauf bestehen:</p> <p><b>316</b> Psychische Faktoren mit Einfluss auf den körperlichen Zustand.</p>

Aus biophysiologicaler Sicht werden eine **gynoid Form der Adipositas (Birnenform)** und eine **androide Form (Apfelform)** unterschieden. Beide Formen können sowohl bei Frauen als auch bei Männern vorkommen. Die gynoid Form ist jedoch bei Frauen häufiger anzutreffen, die androide Form bei Männern. Für die Unterscheidung ist das Verhältnis von Taillen- zu Hüftumfang (Waist-to-Hip-Ratio, WHR) maßgebend.

### **Gynoid Form:**

*Subkutanes Fett überwiegend im Oberschenkel- und Gesäßbereich  
WHR kleiner als 0,8.*

### **Androide Form:**

*Viszerales Fett im oberen Körpersegment mit Betonung der Abdominalregion  
WHR größer als 1*

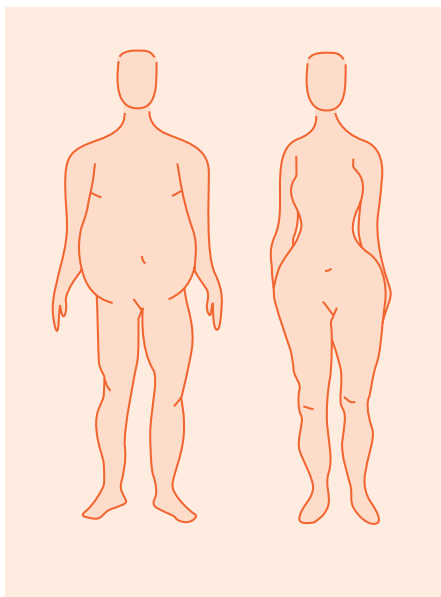


Abbildung 1: Androide und Gynoid Form

Dem Verhältnis von Taillen- zu Hüftumfang (WHR) scheint – insbesondere bei Frauen – für die Morbidität und Mortalität eine größere Bedeutung zuzukommen als der absoluten Höhe des Übergewichts. Erhöhte Risiken gehen mit der viszeralen, androiden Fettverteilung einher, insbesondere für koronare Herzerkrankung oder Hirnschlag und – aufgrund schlechter Glucosetoleranz – Diabetes mellitus. Bei gynoid Adipösen bestehen diesbezüglich gegenüber einer normalgewichtigen Vergleichsgruppe keine erhöhten Risiken.

Die Unterschiede erklären sich aus der Tatsache, dass die Vermehrung viszeralen Fetts zu einem vermehrten Fluss freier Fettsäuren zur Leber führt mit der Folge einer verminderten Insulinclearance und einem daraus resultierenden Hyperinsulinismus. Dieser Hyperinsulinismus führt über eine Down-Regulation der Insulinrezeptoren zu einer relativen Insulinresistenz und damit zu einer reduzierten Glucosetoleranz, die wiederum eine Hyperglykämie und eine Hyperinsulinämie induziert.

Bei Gewichtsreduktionsversuchen durch Einschränkung der Kalorienzufuhr wird zunächst das Bauchfett mobilisiert und abgebaut, so dass sowohl Frauen als auch Männer mit androider viszeraler Fettsucht leichter abnehmen als Personen mit gynoidem subkutanen Fettverteilungsmuster. Subkutanes Fettgewebe ist gegenüber Reduktionsversuchen relativ resistent.

Diese Besonderheiten der Adipositas-Subtypen bezüglich der Erfolge bei Versuchen zur Gewichtsreduktion und bezüglich der Morbiditätsrisiken sollten in der Beratung von Übergewichtigen und bei der Indikationsstellung zur Therapie berücksichtigt werden.

Zu bedenken ist, dass häufige Gewichtsschwankungen die Lebenserwartung in manchen Fällen mehr als gleichbleibendes Übergewicht verringern können. Manchmal ist eine Verbesserung des körperlichen Zustandes weniger durch Gewichtsabnahme als durch die Veränderung der Nahrungszusammensetzung erreichbar.

Von der Motivationslage her und unter therapeutischen Gesichtspunkten lassen sich adipöse Menschen grob in **zwei Gruppen** unterteilen:

Zur ersten Gruppe gehören Übergewichtige ohne wesentlichen Leidensdruck. In der Literatur werden sie auch in Anlehnung an die von Shakespeare geschaffene barocke Männerfigur als ›Fallstafftypus‹ bezeichnet. Diese Menschen sind oft von Kindheit an dick und fühlen sich eingebunden in eine Familientradition. Sie essen regelmäßig zuviel unter Bevorzugung hoch kalorischer Speisen und Süßigkeiten, wobei sie ihr Essen selbst meist als normal empfinden. Der Behandlungswunsch ergibt sich meistens sekundär auf Druck der Umwelt.

Bei einer zweiten Gruppe besteht ein deutlicher Leidensdruck mit einem ernsthaften Behandlungswunsch. Diese Menschen haben häufig eine Odyssee frustraner Diät- und Abnahmeversuche hinter sich – einschließlich des Einsatzes von Appetitzüglern, Laxantien und Diuretika. Häufig kommt es zu ausgeprägtem Binge-eating, das heißt zu von den Betroffenen als unkontrollierbar erlebten Essanfällen, nach denen es auch zu Erbrechen kommen kann. Durch das wiederkehrende Erleben der fehlenden Impulskontrolle wird ein Kreislauf von Selbstabwertungen und Schuldgefühlen unterhalten, der noch durch extern induzierte Schuldgefühle

verstärkt wird und die Ablehnung der eigenen Körperlichkeit mit regelrechtem Hass auf den eigenen Körper nach sich ziehen kann.

#### **Folgen sind:**

- *Sozialer Rückzug*
- *Fehlen spaßmachender Aktivitäten*
- *Einschränkung sozialer Fertigkeiten*
- *Verstärkter Einsatz von ›Essen‹ als Problembewältigungsversuch*
- *Bewegungsmangel.*

Spezifische Persönlichkeitsmerkmale, die für adipöse Menschen kennzeichnend wären, haben sich empirisch nicht nachweisen lassen.

### **2.3.2 Ätiologie**

Warum Menschen adipös werden, scheint heute beinahe unklarer als vor einigen Jahren. Es hat sich empirisch nicht nachweisen lassen, dass Übergewichtige auch überdurchschnittlich viel essen. Das sogenannte Bilanzprinzip, demzufolge Adipöse ihrem Körper mehr Energie zuführen als dieser braucht, ist statistisch für die Gesamtgruppe nicht haltbar. Auch die sogenannte Externalitätshypothese, der zufolge adipöse Menschen stark außenreizenorientiert sind und bei entsprechendem Angebot mehr und länger essen (›nicht aufhören können‹, ›nicht widerstehen können‹), konnte empirisch nicht bestätigt werden.

In den letzten Jahren wird genetischen Faktoren eine immer größere Bedeutung für die Entstehung der Adipositas zuerkannt. Sowohl Körpergewicht und Fettmasse als auch die individuelle Reaktion auf eine sehr reichhaltige Ernährung werden wesentlich durch genetische Faktoren

beeinflusst. Nach derzeitigem Erkenntnisstand sind verschiedene Gene, deren Erbgang nicht den einfachen Mendelschen Gesetzen folgt, für das Risiko der Adipositas verantwortlich.

Unstrittig ist, dass sich Diäten sehr ungünstig auf das Körpergewicht auswirken: Nach einer Phase massiver Nahrungseinschränkung kommt es anschließend innerhalb kurzer Zeit zu einer Wiederherstellung des alten Körpergewichts, oft zu einer Gewichtszunahme. Die Amerikaner haben hierfür den Begriff des ›Yoyo-Dieting‹ geprägt. Grundlage für dieses Phänomen ist folgender Mechanismus: In Zeiten verminderter Nahrungszufuhr tendiert der Körper dazu, ›auf Sparflamme‹ zu schalten. Der Grundumsatz reduziert sich, und der Körper lernt, seine wesentlichen Funktionen mit einer geringeren Energiezufuhr aufrechtzuerhalten. Er ist gleichsam bestrebt, sich auch in Zeiten der Not das Überleben zu sichern. Kommt es nun nach einer längeren Zeit der Einschränkung zu einer erneuten Erhöhung der Kalorienzufuhr, so stellt sich der Körper keineswegs wieder spontan erfreut auf die neue Situation ein. Er verharrt vielmehr für einige Zeit auf seinem niederen Niveau – nicht wissend, ob die Zeit der Not wirklich vorbei ist. Normales Essen nach Diäten führt wegen des noch erniedrigten Grundumsatzes somit zu Gewichtsanstieg. Die Reduktion des Grundumsatzes ist bei der ersten Diät am höchsten und verlangsamt sich mit jeder weiteren Diät. Wird der Versuch unternommen, das erniedrigte Gewicht durch gezügeltes Essen zu halten, besteht die Gefahr, dass die Normalisierung des Grundumsatzes verhindert wird. Das kann in der Folge zu Gewichtsanstieg bei geringer Kalorienzufuhr führen.

Keineswegs kann bei allen adipösen Menschen davon ausgegangen werden, dass ihre Erkrankung aktuell eine Funktion im Rahmen ihrer Lebensbewältigung hat. Gerade da die neuere Forschung die große Bedeutung genetischer und rein somatischer Faktoren gezeigt hat, muss eindeutig davor gewarnt werden, nach jeweiligen psychischen Gründen für die Erkrankung zu suchen. Dennoch gibt es einige psychosoziale Variablen, die als charakteristische Funktionshintergründe der Adipositas gelten:

- *Bei manchen Adipösen war es schon in der Herkunftsfamilie Tradition, Essen als Belohnung einzusetzen, so dass diese Menschen später im Essen auch die einzige Möglichkeit sehen, sich etwas Gutes zu tun.*
- *Auf ähnliche Weise kann gelernt worden sein, bei Einsamkeit, Langeweile, zur Spannungsabfuhr, bei Frustrationen jeglicher Art oder zur Beseitigung von innerer Leere zu essen.*
- *Bei manchen Menschen, insbesondere bei Frauen, hat Dicksein die Funktion des emotionalen Schutzes und der Abgrenzung, z. B. bei dahinterliegender Angst vor Sexualität.*
- *Bei Männern wird Dicksein mitunter mit Mächtigkeit assoziiert.*

Auch die zahlreichen Mythen, Volksweisheiten und irrationalen Kognitionen über ›gutes Essen‹ und dicke Menschen können Einfluss haben. Hier eine kleine Auswahl:

- *Wer arbeitet muss auch essen*
- *Die Nerven müssen in Fett schwimmen*
- *Liebe geht durch den Magen.*

### 2.3.3 Körperliche Komplikationen und Folgeschäden

#### **Auf internistischem Gebiet:**

- Hohe Prävalenz von Bluthochdruckerkrankungen
- Koronare Herzkrankheit
- Diabetes mellitus bzw.
  - Hyperurikämie/Gicht\*
  - Dyslipoproteinämie\*
  - Gestörte Glucosetoleranz\*

\* mit androider Adipositas: metabolisches Syndrom

- Gallensteine
- Schlaganfälle, (P)RIND, TIA
- Hiatushernien (evtl. mit Refluxösophagitis)
- SBAS (schlafbezogene Atemstörung bzw. Schlafapnoe-Syndrom).

#### **Auf chirurgischem Gebiet:**

- Erhöhte Rate von Abszessbildungen, Infekten, Wundheilungsstörungen
- Allgemein erhöhtes intraoperatives Risiko
- Erhöhtes Narkoserisiko
- Erhöhtes postoperatives pulmonales Risiko aufgrund der obstruktiven Ventilationsstörung
- Varizen, Bauchwand- und Leistenhernien.

#### **Auf orthopädischem Gebiet:**

- Vorzeitige Gelenkverschleißerscheinungen
- Bandscheibenvorfälle und Lumbalgien
- Schenkelhalsermüdungsfrakturen
- Gehäufte Instabilitäten z. B. am Kniegelenk
- Statische Überlastungserscheinungen am Fuß mit Spreizfuß und Hallux-valgus-Bildungen.

#### **Auf gynäkologischem Gebiet**

- Zyklusstörungen
- Schwangerschaftsrisiken.

#### **Auf andrologischem Gebiet:**

- Impotenz

## 2.4 Atypische, Sonstige und Nicht-näher-bezeichnete Essstörungen

Es können auch Menschen unter Essstörungen leiden, deren Symptome die Diagnose einer klassischen Essstörung nicht ausreichend erfüllen. Sie weisen eine deutliche Fixierung auf Körper und Gewicht auf und haben oft langjährig Schwierigkeiten im Umgang mit Essen und Nahrungsmitteln. Ihr Leidensdruck ist meist groß und diffus. Da sie die diagnostischen Kriterien der bekannteren Essstörungen nicht erfüllen, werden sie häufiger fehl diagnostiziert oder von Fachleuten nicht ausreichend ernst genommen.

ICD und DSM klassifizieren diese » Sonstigen Essstörungen« unterschiedlich.

**Tabelle 5: Diagnostische Kriterien sonstiger Essstörungen**

ICD 10:	DSM-IV:
<b>F 50.4 Essattacken bei anderen psychischen Störungen</b>	<b>307.50 Nicht-näher-bezeichnete Essstörung</b>
Übermäßiges Essen, das als Reaktion auf belastende Ereignisse zu »reaktivem Übergewicht« geführt hat.	Die Kategorie Nicht-näher-bezeichnete Essstörung dient der Einordnung von Essstörungen, die die Kriterien für eine spezifische Essstörung nicht erfüllen. Beispiele sind:
<b>F 50.5 Erbrechen bei anderen psychischen Störungen</b>	1. Bei einer Frau sind sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa erfüllt, außer dass die Frau regelmäßig Menstruationen hat (F 50.1).
Außer dem selbstinduzierten Erbrechen bei der Bulimia Nervosa kann wiederholtes Erbrechen bei folgenden Störungen auftreten:	2. Sämtliche Kriterien der Anorexia Nervosa sind erfüllt, nur liegt das Körpergewicht der Person trotz erheblichen Gewichtsverlustes noch im Normalbereich (F 50.1).
1. Dissoziative Störungen	3. Sämtliche Kriterien der Bulimia Nervosa sind erfüllt, jedoch sind die »Fressattacken« und das unangemessene Kompensationsverhalten weniger häufig als zweimal pro Woche für eine Dauer von weniger als drei Monaten (F 50.3).
2. Hypochondrische Störungen; Erbrechen kann eines von mehreren körperlichen Symptomen sein	4. Die regelmäßige Anwendung unangemessener, einer Gewichtszunahme gegensteuernder Maßnahmen durch eine normalgewichtige Person nach dem Verzehr kleiner Nahrungsmengen (z. B. selbstinduziertes Erbrechen nach dem Verzehr von zwei Keksen) (F 50.3).
3. In der Schwangerschaft können emotionale Faktoren zu wiederholter Übelkeit und Erbrechen führen.	5. Wiederholtes Kauen und Ausspucken großer Nahrungsmengen, ohne sie herunterzuschlucken (F 50.8)
<b>F 50.8 Andere Essstörungen</b>	6. »Binge-Eating Störung«: Wiederholte Episoden von »Fressattacken« ohne die für Bulimia Nervosa charakteristischen regelmäßigen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (F 50.9).
Dazugehörige Begriffe:	
• Psychogener Appetitverlust	
• nicht organische Pica bei Erwachsenen	
• Fasten bei Übergewicht	
<b>F 50.9 Nicht-näher-bezeichnete Essstörung</b>	
<b>F 50.1 Atypische Anorexia Nervosa</b>	
Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen ein oder mehrere Kernmerkmale der Anorexie, z.B. Amenorrhoe oder Gewichtsverlust.	
<b>F 50.3 Atypische Bulimia Nervosa</b>	
Bei ansonsten typischem klinischen Bild fehlen ein oder mehrere Kernmerkmale der Bulimie.	

Im wesentlichen lassen sich die in der vorigen Tabelle 5 differenziert aufgeführten einzelnen Störungen in zwei Gruppen zusammenfassen: Atypische Essstörungen und Binge Eating Disorder:

Personen mit atypischer Anorexia nervosa oder atypischer Bulimia Nervosa zeigen wesentliche Charakteristika der jeweiligen Erkrankungen, erfüllen aber nicht alle für das typische klinische Bild erforderlichen Kriterien.

Bei den Nicht-näher-bezeichneten Essstörungen gewinnt insbesondere die Binge Eating Disorder an Bedeutung. Sie ist charakterisiert durch Heißhungeranfälle, in denen sehr schnell sehr viel bis zu einem unangenehmen Völlegefühl gegessen wird, ohne dass anschließend gewichtsreduzierende Maßnahmen getroffen werden. Die Betroffenen erleben einen völligen Kontrollverlust gegenüber dem Essen.

Die Prävalenz der Binge Eating Disorder in der Normalbevölkerung wird mit zwei Prozent angegeben, wobei ein Drittel der Betroffenen Männer sind. Der Beginn der Störung kann um das zwanzigste Lebensjahr herum liegen, sie kann jedoch auch zu einem deutlich späteren Zeitpunkt einsetzen. Menschen mit Binge Eating Störung haben häufig erhebliches Übergewicht und können auf eine lange Geschichte deprimierender Diätversuche zurückblicken.



# 3

**Spezielle Indikationsgruppen**

# Spezielle Indikationsgruppen

## 3.1 Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Von den ersten Lebenstagen an muss das Kind über die Fähigkeit verfügen, Hunger und Sättigung zu spüren, um die Energiezufuhr für Wachstum und Aktivität zu gewährleisten. ›Essen‹ ist demnach eine essentielle und universelle Entwicklungsaufgabe, die eine erste Verhaltensregulation und die Interaktion mit einer Bezugsperson notwendig macht. In jedem Lebensalter ist das Essverhalten Störfaktoren unterworfen, die zu alterstypischen Ausdrucksformen pathologischen Essverhaltens führen können.

### 3.1.1 Kindheit/Säuglings- und Kleinkinderalter

#### Epidemiologie

Häufigkeitsangaben über das Vorliegen von Störungen des Essverhaltens schwanken je nach Verwendung ›objektiver‹ oder ›subjektiver‹ Kriterien zwischen wenigen Prozenten bis zu einem Viertel aller Säuglinge und Kleinkinder, wobei sich die hohen Prävalenzraten auf ausschließliche Angaben von Müttern beziehen. Es ist daher ärztliche Aufgabe, zwischen gravierenden Essstörungen und passageren Problemen zu unterscheiden. Die Häufigkeit von Störungen des Essverhaltens im Vorschulalter wird zwischen 12 % und 34 % der altersentsprechenden Kinder angegeben.

#### Symptomatik

Im frühen Kindesalter sind die folgenden Leitsymptome Hinweis auf eine Essstörung:

- *Nahrungsverweigerung*
- *Extrem wählerisches Essverhalten*
- *Extrem lange Dauer der Mahlzeiten*
- *Ausspucken bzw. Erbrechen der Mahlzeiten*
- *Unzureichende Gewichtszunahme oder bedeutende Gewichtszunahme.*

#### Diagnostisches Vorgehen

Neben schwerwiegenden pädiatrischen Erkrankungen mit ausgeprägten Gedeihstörungen sollten die folgenden Störungsbilder abgeklärt werden:

- *Gastroösophagealer Reflux: Er tritt zwar bei vielen jungen Kindern auf, führt aber nur in wenigen Fällen zu ernstzunehmenden Problemen, die sich aufgrund einer erhöhten Irritierbarkeit des Säuglings in einer sekundären Interaktionsstörung von Mutter und Kind bei der Nahrungsaufnahme äußern können.*
- *Rumination: Hierunter wird ein Hochwürgen der Nahrung ohne gastrointestinale Grunderkrankung verstanden, wobei bei Zweidrittel der Kinder eine mittlere bis schwere geistige Behinderung vorliegt. Bei dem letzten Drittel spricht man von einer sogenannten psychogenen Ruminationsstörung,*

*bei der Interaktionsprobleme zwischen Bezugspersonen und Kind, vielfach emotionale Vernachlässigung, eine wesentliche Rolle spielen. Eine pädiatrische oder kinderpsychiatrische Abklärung ist angezeigt.*

- *Dysfunktion oral-motorischer Reflexe: Hier können auch geringfügige neurologische Reifungsverzögerungen eine Rolle spielen. Schwierigkeiten beim Saugen, Kauen oder Schlucken oder Hervorstrecken der Zunge können zu erheblichen Problemen beim Füttern führen, die sekundäre Schwierigkeiten von Mutter und Kind zur Folge haben.*
- *Psychische Störungen des Kindes: Exemplarisch sind hier das autistische und das hyperaktive Kind zu nennen. Beim Autismus erschweren Veränderungen die Umstellung auf altersentsprechende Kost, wohingegen hyperaktive Kinder durch ausgeprägte motorische Unruhe und exzessives Schreien die Essenssituation erschweren.*

Esstörungen des Säuglings und Kleinkindes lassen sich vielfach nicht nur – wie früher oft vermutet – auf ein Fehlverhalten der Mutter zurückführen, sondern sind ein bidirektionales Geschehen mit Anteilen von Mutter und Kind.

### 3.1.2 Vorschulalter und frühes Schulalter

#### Symptomatik

Die Hauptursache für eine Essstörung in dieser Altersgruppe ist eine ›Neophobie‹, d. h., dass die Kinder für sie neuartige Speisen ablehnen. Die meisten Eltern übersehen hierbei, dass es sich meist um ein transitorisches Phänomen handelt, das bei wiederholtem Anbieten der gleichen Speise überwunden wird. Das Problem wird in vielen Fällen dadurch verschärft,

dass Eltern die einmal abgelehnten Speisen aus dem Ernährungsplan streichen, so dass sich die für das Kind infrage kommende Kost immer weiter reduziert.

Maßnahmen der Eltern, die aus der Angst heraus geboren sind, ihr Kind könne nicht genug Nahrung zu sich nehmen, bewirken nicht selten das Gegenteil des Angestrebten. So kann Füttern unter Zuhilfenahme von Zwang – beispielsweise das Nasezuhalten – bei dem Kind einen bedingten Reflex auslösen, Essen schon bei der Zubeerung als aversiven Akt zu erleben. Kommt dann die Mahlzeit auf den Tisch, verstehen die Eltern nicht, warum das Kind schon zu Beginn des Essens eine Abwehrhaltung einnimmt.

Andere Eltern versuchen, ihr Kind beim Essen mit diversen Spielen zu zerstreuen. Kinder, die ihr Essen chronisch verweigern, werden das Spielen während der Mahlzeit allerdings als eine willkommene Möglichkeit ansehen, sich dem Essen ganz zu entziehen.

Die Zeit, die einem Kind im Vorschul- und frühen Schulalter zum Essen zur Verfügung gestellt wird, sollte 20 Minuten nicht überschreiten. Es ist sinnvoll, dem Kind kleine Mengen unterschiedlicher Nahrungsmittel möglichst hintereinander vorzusetzen, wobei die Eltern mit bekannten Nahrungsmitteln beginnen sollten. Die Annahme der Speisen sollte positiv verstärkt werden. Bei chronischen Schlechtessern ist es vielfach hilfreich, ein Kind mit Gleichaltrigen, also z. B. im Kindergarten oder mit der Kindergruppe, essen zu lassen.

#### Vorgehen in der Praxis

Es empfiehlt sich eine ausführliche Anamneseerhebung einschließlich der Abklärung von früheren oder aktuellen

Essstörungen der Mütter sowie genauer Angaben zum Ablauf der Mahlzeiten. Mütter mit einer Anorexia oder Bulimia nervosa erleben häufiger Schwierigkeiten bei der Ernährung ihres Kindes. Ziel des ärztlichen Gesprächs mit der Mutter bzw. dem Vater ist es zu klären, ob die Eltern restriktive Vorstellungen von dem haben, was ein Kind essen soll, oder ob es darum geht, was das Kind tatsächlich an essentiellen Nahrungsmitteln braucht und ob hier ein Mangelzustand vorliegt. Nur bei gravierender Gewichtsabnahme oder mangelnder Gewichtszunahme sind weitere, insbesondere eingreifende medizinische Maßnahmen erforderlich. Bei Verdacht auf Interaktionsprobleme als Ursache der Essstörung eignet sich die Durchführung einer Videoaufnahme, die entweder von den Eltern selbst zuhause oder an einem anderen geeigneten Ort aufgenommen werden kann und später in Einzelheiten mit den Eltern durchgesprochen wird.

### 3.1.3 Präpubertät und Pubertät

#### Definition

Die wichtigsten Essstörungen in dieser Lebensphase sind Anorexia und Bulimia nervosa. Die diagnostischen Kriterien laut ICD 10 und DSM-IV sind dieselben wie bei der adoleszenten oder erwachsenen Form (s. 2.2.1 und 2.2.1). Im Vergleich zu den anderen Essstörungen des Kindesalters steht eine exzessive Sorge um Figur und Gewicht im Vordergrund der Symptomatik. Die Amenorrhoe kommt altersbedingt bei den präpubertären magersüchtigen Patientinnen nicht infrage. Hingegen ist eine Verzögerung der pubertären Entwicklung und des Wachstums zu beobachten, die umso gravierender ist, je früher die Erkrankung beginnt.

#### Epidemiologie

Auch Kinder sind zunehmend dem Druck des Schlankeitsideals unterworfen. Bereits im Alter von sechs bis sieben Jahren wollen vor allem Mädchen dünner sein als sie sind. Eine zunehmende Beschäftigung mit Gewicht, Figur und Schlankein wird in der Altersgruppe der Sieben- bis Neunjährigen beobachtet. Mehr als ein Drittel der Kinder zwischen sieben und dreizehn Jahren hat schon einmal einen Diätversuch unternommen.

Unter allen von Anorexia nervosa Betroffenen scheint die Altersgruppe der unter 12jährigen eine relative Häufigkeit von 5 % auszumachen. Der früheste beschriebene Manifestationszeitpunkt liegt bei sieben Jahren. Mit Beginn der Pubertät steigt die Inzidenz der Magersucht sprunghaft an; ca. 1 % aller 15-19jährigen Mädchen sind betroffen, wobei ein erster Erkrankungsgipfel bei 14 Jahren liegt. Über die Häufigkeit der Bulimie in der Kindheit liegen keine genaueren Angaben vor.

#### Symptomatik

Die Symptomatik der Anorexia nervosa des Kindes- und Jugendalters entspricht im wesentlichen der von jungen Erwachsenen. Im Vergleich zu der Vielfalt der Gewichtsreduktionsmethoden bei älteren Patientinnen und Patienten steht im Kindes- und frühen Jugendalter die Einschränkung der Nahrungszufuhr (Fasten) in Kombination mit körperlicher Hyperaktivität weitaus im Vordergrund. Ein großer Teil der jungen anorektischen Patientinnen leidet unter schweren depressiven Verstimmungen, die manchmal zu der Fehldiagnose einer depressiven Erkrankung führen können. Nicht selten werden ausgeprägte Zwänge und Rituale beobachtet, die sich in der Regel auf die Essenssituation beziehen.

Das klinische Erscheinungsbild der Bulimia nervosa im Jugendalter gleicht ebenfalls dem junger Frauen. Außerhalb der Heißhungeranfälle halten viele der jungen bulimischen Patientinnen eine Dauerdiät ein, bei der die meisten Speisen, die während einer Heißhungerattacke verzehrt werden, verboten sind. Jugendliche mit Bulimie leiden häufig unter Störungen des Selbstwertgefühls.

### **Körperliche Komplikationen und Folgeschäden**

Im Vergleich zum Erwachsenen und Adoleszenten verfügt der kindliche Organismus über eine bedeutend geringere Fettmasse, so dass die somatischen Folgen des Hungers bei der kindlichen Anorexia nervosa in vielen Fällen gravierender sind. Ein Teil der kindlichen und jugendlichen Patientinnen stellt auch die Flüssigkeitszufuhr ein, woraus nicht selten Dehydrationszustände resultieren. Sowohl bei anorektischen als auch bulimischen Patientinnen ist auf Elektrolytstörungen zu achten.

Folgeschäden der frühen Essstörungen sind Osteoporose, persistierende Menstruationsstörungen und Wachstumsverzögerungen bzw. –stillstand. In bezug auf die Entwicklung einer Osteoporose sind Patientinnen um so mehr gefährdet, je früher die Amenorrhoe nach der Menarche einsetzt und je länger die Erkrankung dauert. Mädchen mit kindlicher Anorexia nervosa sind demnach in bezug auf unzureichende Knochenmineralisation hoch gefährdet. 30 % bis 50 % der jungen Patientinnen haben über einen langen Zeitraum anhaltende Zyklusunregelmäßigkeiten oder Amenorrhoen. Bei langer Dauer der Erkrankung kann eine verminderte Endgröße oder sogar ein Minderwuchs resultieren.

### **Vorgehen in der Praxis**

Ärztin und Arzt sollten auf eine mögliche Essstörung aufmerksam werden, wenn die folgenden Auffälligkeiten von Eltern oder Patientin berichtet werden:

- *Zunehmendes Interesse für Nahrungszusammensetzung und Kaloriengehalt*
- *Vermeidung oder Verweigerung Hauptmahlzeiten*
- *Beschränkung auf sogenannte ›gesunde‹ Nahrungsmittel*
- *Häufige Gewichtskontrollen*
- *Unzufriedenheit mit eigenem Aussehen und Figur*
- *Ausgeprägte körperliche Hyperaktivität*
- *Zunehmende Leistungsorientierung und Isolation*
- *Primäre oder sekundäre Amenorrhoe.*

Ergeben sich Anhaltspunkte für eine Essstörung, sollten Ärztin oder Arzt den Eindruck offen der Patientin und gegebenenfalls auch den Eltern mitteilen und ein Aufklärungsgespräch über mögliche Folgen führen. Bei Verdacht auf eine anorektische Essstörung sollte das Kind oder die jugendliche Patientin regelmäßig Vorstellungstermine zum Wiegen und kurzen Gespräch erhalten, damit bei einer weiteren Gewichtsabnahme möglichst frühzeitig zusätzliche Maßnahmen ergriffen werden können.

Eine Screening-Untersuchung bezüglich Gewicht und Essverhalten kann im Rahmen der sogenannten J1 (Vorsorgeuntersuchung bei Dreizehnjährigen) erfolgen. Anlass zur Sorge sollte ein Gewicht unterhalb der zehnten Perzentile des altersentsprechenden BMI (Tabellen Seiten 38/39) sein. Unterhalb der dritten Perzentile ist im allgemeinen sofortiges Handeln erforderlich.

Neben einem kritischen Gewichtsverlust sind weitere Indikationen für eine stationäre Maßnahme deutliche körperliche Folgeerscheinungen (z. B. Elektrolytveränderungen) und Suizidgefahr. Auch festgefahrene familiäre Interaktionen sowie soziale Isolation können eine stationäre Maßnahme geraten sein lassen.

Die Behandlung sollte sowohl medizinische als auch psychologische Aspekte umfassen. Bei Kindern und jugendlichen Patientinnen hat darüber hinaus die Beratung und Therapie der Familie einen hohen Stellenwert.

### 3.1.4 Adipositas im Kindes- und Jugendalter

#### Definition

Bei der Definition von Übergewicht und Adipositas müssen bei Kindern und Jugendlichen die alters- und geschlechtsspezifischen Veränderungen berücksichtigt werden. Die deutsche Adipositasgesellschaft empfiehlt, im Kindes- und Jugendalter ebenfalls den Body-Mass-Index zur Beurteilung von Übergewicht und Adipositas zu verwenden und zwar anhand der in den folgenden Tabellen 6/7 (Seite 38/39) vorgestellten geschlechtsspezifischen Perzentile. Die Feststellung von Übergewicht soll dabei anhand des 90., die Feststellung von Adipositas anhand des 97. alters- und geschlechtsspezifischen Perzentils erfolgen. Diese Perzentile entsprechen denjenigen, die im Alter von 18 Jahren in einen BMI von 25 (Übergewicht) bzw. 30 (Adipositas) münden. Da die BMI-Werte von 25 und 30 die entsprechenden risikobezogenen Grenzwerte für Erwachsene sind, ermöglicht dieses Vorgehen einen kontinuierlichen Übergang von der Definition der Adipositas im Kindes- und Jugendalter zur Definition im Erwachsenenalter.

In den letzten etwa 30 Jahren wurden die stärksten Zuwächse in der Prävalenz der Adipositas weltweit bei Kindern und Jugendlichen festgestellt. Je nach Definition sind in Deutschland heute bereits 10 bis 20 % aller Schulkinder übergewichtig, wobei die höchsten Steigerungsraten bei adipösen Mädchen zu verzeichnen sind. Auch das Ausmaß der Adipositas hat sich verstärkt: Adipöse Kinder und Jugendliche sind heute schwerer als noch vor etwa 20 Jahren.

Adipositas wird bereits in sehr frühem Alter beobachtet, gelangt aber wegen des zunehmenden Schweregrades und der Chronifizierung in vielen Fällen erst in der Präpubertät zur Vorstellung in der ärztlichen Praxis.

Eine Adipositas im Kindesalter geht in etwa einem Drittel aller Fälle in eine Adipositas im Erwachsenenalter über. Eine früh manifeste Adipositas ist in der Regel multifaktoriell bedingt. Als größter Risikofaktor sind übergewichtige Eltern zu nennen, wobei genetische Faktoren und familiär erlernte Verhaltensweisen und Ernährungsgewohnheiten eine Rolle spielen. An zusätzlichen Risikofaktoren können u. a. niedrige Schichtzugehörigkeit der Eltern, Aufwachsen als Kind alleinerziehender Eltern, Einzelkindstatus, fettreiche Ernährungsweise und hoher Fernsehkonsum genannt werden. Es gibt eine geringe Anzahl erblicher Syndrome, die mit zumeist schwerwiegender Adipositas einhergehen und in der Regel mit einer intellektuellen Beeinträchtigung verbunden sind (z. B. Prader-Willi-Syndrom).

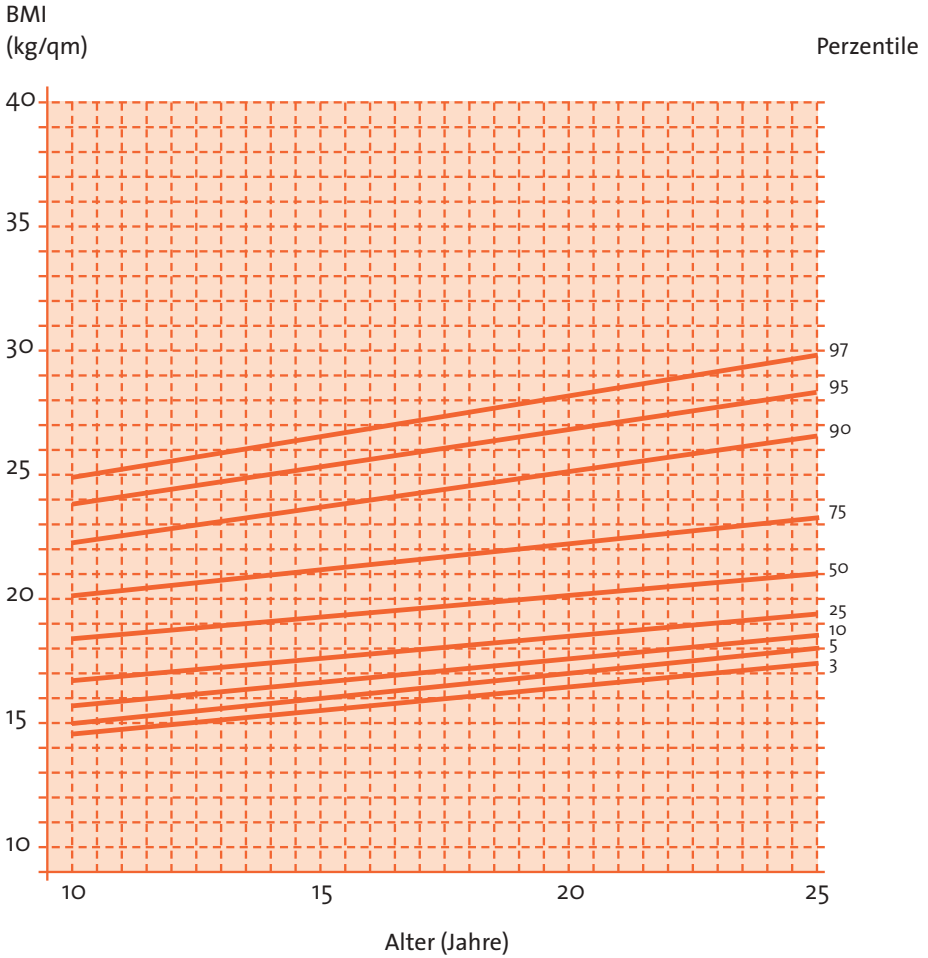
## **Körperliche Komplikationen und Folgeschäden**

Eine Adipositas im Jugendalter bedingt ein erhöhtes Risiko für die Entwicklung von kardiovaskulären Erkrankungen, Diabetes mellitus Typ II und manchen Krebsarten im Erwachsenenalter. Nur gelegentlich manifestieren sich Hypertonus bzw. Diabetes bereits im Jugendalter. Bei leichter Adipositas dürfen diese Risiken jedoch nicht überbewertet werden. Extreme Adipositas kann bereits im Jugendalter zu Gelenkserkrankungen führen, die die Bewegungsmöglichkeiten zusätzlich einschränken. Über weitere Risiken, die mit extremer Adipositas im Kindes- bzw. Jugendalter einhergehen, ist bislang wenig bekannt.

Die psychosozialen Folgen einer Adipositas können erheblich sein. Jugendliche sind bei der Suche nach einem Ausbildungsplatz bzw. einer Arbeitsstelle benachteiligt. Sie haben größere Schwierigkeiten, gleich- und gegengeschlechtliche Freundschaften einzugehen. Bei erniedrigtem Selbstwertgefühl kann es zu depressiven Störungen kommen. Jugendliche beiderlei Geschlechts können subklinische und seltener klinische Essstörungen als Folge einer Adipositas entwickeln.

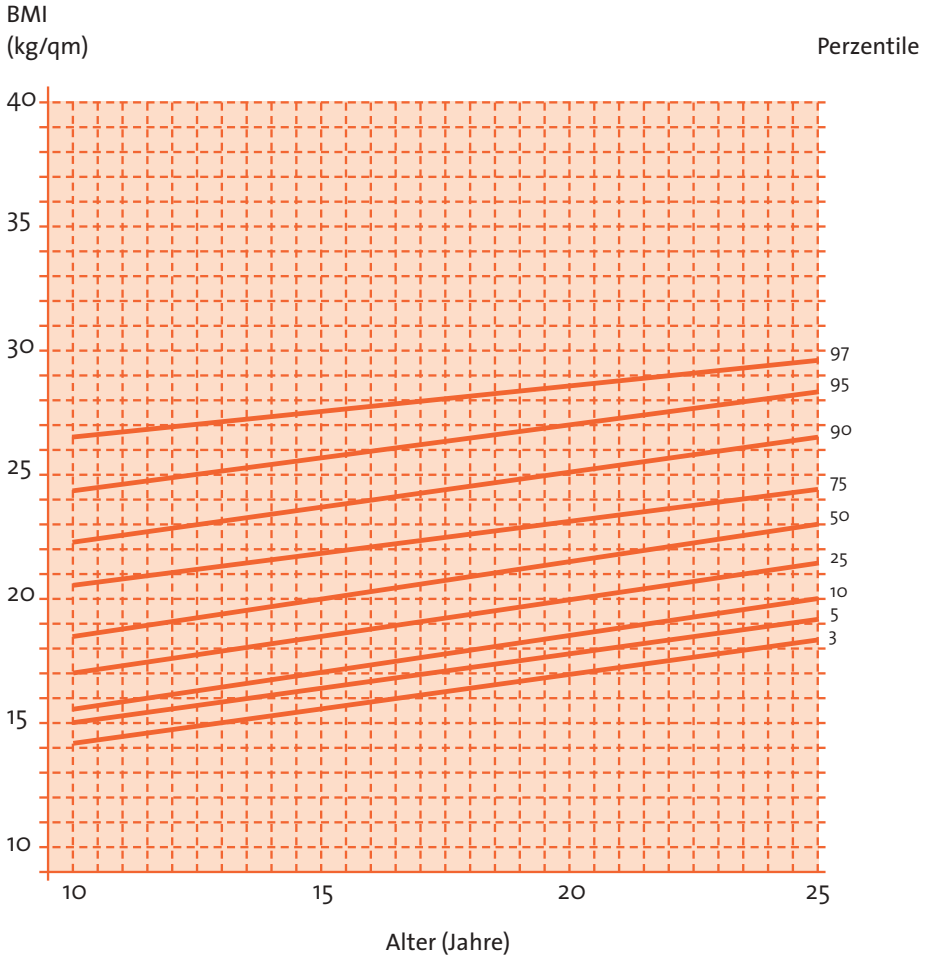
Hierzu gehört in erster Linie die sogenannte »Binge Eating Disorder« (vgl. 2.4), die bei adipösen Jugendlichen mit einer Häufigkeit von 20-30% gefunden wird. Mädchen sind häufiger betroffen als Jungen, im Vergleich zu den Essstörungen Mager sucht und Bulimie ist der Anteil der Jungen jedoch deutlich erhöht. Im Vergleich zu Adipösen ohne Essattacken weisen Patientinnen und Patienten mit Binge Eating eine erhöhte Rate an komorbiden Störungen wie Angststörungen, depressiven Erkrankungen und Persönlichkeitsstörungen auf.

**BMI-Perzentilkurven  
für den Altersbereich zwischen 10 und 25 Jahren:  
weibliches Geschlecht**





**BMI-Perzentilkurven  
für den Altersbereich zwischen 10 und 25 Jahren:  
männliches Geschlecht**



## 3.2 Essstörungen bei Männern

Anorexia Nervosa kommt bei Männern in 5 – 10 % der Fälle vor, Bulimia Nervosa in 10 – 15 % und Adipositas in etwa 50 %.

Bei Männern besteht häufiger die Gefahr einer verspäteten Diagnosestellung von Essstörungen, da diese als typisch weibliches Problem bei ihnen nicht in Betracht gezogen werden. Auch scheint die Hemmschwelle, sich zu öffnen, bei Männern noch höher zu sein. Symptomatik und Krankheitsverlauf von Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa entsprechen weitgehend denen der Frauen; die diagnostischen Kriterien sind – mit Ausnahme der Amenorrhoe – dieselben. Auch die medizinischen Komplikationen sind identisch, Osteoporose scheint jedoch bei Frauen häufiger aufzutreten.

Soweit bisher bekannt, scheinen bei männlichen Erkrankten vor allem folgende Unterschiede gegenüber den Frauen zu bestehen:

*Bei an Anorexie erkrankten Männern wird der bulimische Typ mit selbstinduziertem Erbrechen häufiger beobachtet, ebenso Kauen und anschließendes Ausspucken von Nahrungsmitteln und ein Verhalten, das als ›Wiederkauen‹ beschrieben wird: Die Patienten würgen das Essen wieder hoch, kauen nochmals und schlucken wieder.*

Bei bulimischen Männern scheint der Gebrauch von Laxantien, Diuretika und Appetitzüglern seltener vorzukommen. Hyperaktivität wird hingegen vermehrt berichtet.

Der innere Druck, in der Öffentlichkeit nur sehr wenig Nahrung zu sich zu nehmen und unter den Augen anderer ein diszipliniertes und restriktives Essverhalten zu zeigen, scheint bei bulimischen Männern geringer ausgeprägt. Gleiches gilt für krankhafte Angst vor dem Dickwerden, gewichtsphebische Symptome und Körperschemastörungen.

Häufiger berichtet werden ausgeprägte Hemmungen und Unsicherheit im sexuellen Verhalten und Abnahme des sexuellen Interesses; Impotenz kann auftreten. Eine Konkomanz mit Zwangsstörungen scheint häufiger zu sein als bei Frauen.

Für die Entwicklung einer späteren Essstörung bei Männern wurde eine hohe Inzidenz von Adipositas in der Kindheit gefunden, in 60 % der Fälle bei Jungen im Gegensatz zu 10 % - 12 % bei Mädchen. Die ersten Diäten werden von Jungen zum Zweck der besseren Muskelausbildung und zum Erzielen besserer sportlicher Leistungen durchgeführt. Auch vermehrte sexuelle Attraktivität kann Ziel einer Gewichtsabnahme sein. Manche Männer wollen das genaue Gegenteil ihres Vaters werden – schlank, beweglich, modern. Starke Kontrollbedürfnisse und der Wunsch, sich eine Identität zu leihen, indem man sich einem speziellen Ernährungsstil ›weicht‹ (vegetarische, makrobiotische Ernährung), können ebenfalls mit dem Wunsch nach Gewichtsabnahme einhergehen.

Die auffällige Häufung von Essstörungen bei bestimmten Sportlern (Jockeys, Boxer, Läufer und Schwimmer) wird auf die determinierenden Gewichtsgrenzen zurückgeführt. Auch nach Sportverletzungen verordnete Zwangspausen indizieren erste rigide Kontrollen der eigenen Ernährung mit möglichen anschließenden Heißhungeranfällen.

Für die insgesamt geringere Prävalenz von Essstörungen bei Männern scheinen folgende Faktoren maßgebend:

*Männer unterliegen einem geringeren sozialen Druck in bezug auf das vorherrschende Schlankheitsideal in unserer Gesellschaft. In speziell auf männliche Leser abgestimmten illustrierten erscheinen Artikel, die Diäten betreffen, etwa 10 mal seltener als in Frauenzeitschriften. Mit 15 % über ihrem Idealgewicht erleben Männer sich als etwas übergewichtig, Frauen dagegen bereits als adipös. Bereits Jungen schätzen sich seltener als Mädchen als übergewichtig ein oder ziehen eine Diät in Betracht. Übergewicht in der Pubertät wird bei Jungen weniger geächtet. Vermehrter Körpervolumen wird der sich auszubildenden Muskulatur zugeschrieben. Er spiegelt das soziale Ideal des heranwachsenden Mannes wider, während bei Mädchen die Ausbildung weiblicher Formen und Fettpolster dem heutigen Schlankheitsideal für Frauen entgegensteht. Den Jungen könnte auch helfen, mit den Problemen dieser Lebensphase besser fertig zu werden, dass die sexuelle Reife bei ihnen in der Regel zwei Jahre später eintritt.*

## 3.3 Essstörungen und Suchtmittelmissbrauch und -abhängigkeit

Gesicherte epidemiologische Zahlen über das gemeinsame Auftreten von Essstörungen und stoffgebundenen Abhängigkeiten liegen nicht vor. Bei Personen mit Erstdiagnose aus dem Bereich der Essstörungen soll bei etwa 10 bis 30 Prozent Missbrauch oder Abhängigkeit von Suchtmitteln vorliegen. Besonders hohe Werte der komorbiden Alkoholabhängigkeit werden von adipösen Männern berichtet. Bei Personen mit Erstdiagnose der Alkohol- und Medikamentenabhängigkeit beträgt nach Schätzungen der Anteil derer mit manifester Essstörung etwa 20 bis 30 Prozent. Der Anteil derjenigen, bei denen eine nicht angemessen verarbeitete Essstörung in der Genese der stoffgebundenen Abhängigkeit eine wesentliche Rolle spielt, dürfte deutlich höher liegen.

Im individuellen Krankheitsverlauf entwickeln sich die Essstörung und der Suchtmittelmissbrauch in enger Verzahnung miteinander. In der Mehrzahl der Fälle steht anfangs die Essstörung im Vordergrund, dann kommt die Suchtproblematik hinzu. Phasenweise können auch beide Störungen gemeinsam auftreten.

Insbesondere Frauen setzen Suchtmittel ein, um die Essstörung leichter auszuhalten und ihre Funktion zu unterstützen. Folgende funktionale Charakteristika spielen eine wesentliche Rolle:

- *Dämpfung des Hungers, insbesondere durch Alkohol und Stimulantien, aber auch durch Heroin und Kokain.*
- *Die Hoffnung auf schnelleres Erreichen des angestrebten Schlankheitsideals, insbesondere durch Appetitzügler, Laxantien, Diuretika, Kokain.*
- *Der Gefühlszustand von Leere und Sinnlosigkeit wird so bedrohlich und unerträglich, dass Hungern, Essen und/oder Erbrechen allein nicht mehr ausreichen, ihn abzuwehren und Alkohol, Medikamente und andere Stoffe im Sinne eines Selbstheilungsversuchs eingesetzt werden.*
- *Spannungsabfuhr und Abfuhr aggressiver Impulse, insbesondere durch Alkohol und Beruhigungsmittel.*

Steht die Essstörung im Zusammenhang mit einer sexuellen Thematik, so ist die Unterstützungswirkung durch Alkohol, Medikamente und Drogen besonders hoch zu veranschlagen. Dies nicht nur bei der sogenannten Abwehr sexueller Impulse, sondern vor allem bei sexuellen Missbrauchserfahrungen, aktueller Erfahrung von sexueller Gewalt und bei Prostitution.

Da Appetitzügler, Abführmittel, Schmerz-, Aufputsch-, Beruhigungs- und Schlafmittel und auch nahrungsergänzende Mineralien- und Vitaminpräparate teuer sind, kann es im Zuge der Beschaffung zu Diebstählen kommen. Dies insbesondere dann, wenn bereits für Essen sehr viel Geld aufgebracht werden muss. Für die in ihrem Verhalten und ihren Wertorientierungen

oft sehr angepassten essgestörten Menschen bedeutet eine Kriminalisierung einen tiefen Einschnitt in ihr bisheriges Leben und eine neuerliche massive Traumatisierung. Die bereits bisher schwierige Impulsregulation kann hierdurch völlig außer Kontrolle geraten.

Im individuellen Krankheitsverlauf münden schließlich die Essstörung und der Substanzkonsum in eine gemeinsame Endstrecke, nämlich in das uniforme Ausagieren unterschiedlicher Spannungen und Konflikte entweder über das Essverhalten oder über Suchtmittel. Bei sehr stark erlebter Spannung kann es zusätzlich zu Selbstverletzungen kommen (Schneiden mit Messern, Klingen, Scherben, Kopf an die Wand schlagen, Zufügen von Brandwunden, Beißen etc.).

Die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen und gleichzeitiger Suchtmittelabhängigkeit gestaltet sich insbesondere im Rahmen unseres Versorgungssystems als sehr schwierig, da die meisten Behandlungseinrichtungen entweder für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen oder aber für solche mit stoffgebundenen Abhängigkeiten eingerichtet sind. Geht man jedoch von der funktionalen Verschränktheit der beiden Störungsbereiche aus, so muss Behandlung nur einer Störung nahezu zwangsläufig dazu führen, dass die andere sich stärker ausbildet. Nur eine integrierte Behandlung, die die Möglichkeiten der Symptomverlagerung wie auch des Vorhandenseins multipler Impulsstörungen berücksichtigt, kann dazu führen, dass Spannungen, Konflikte, Krisen nicht mit der einen oder anderen unangemessenen Verarbeitungsform begegnet wird.

## 3.4 Essstörungen und Diabetes mellitus

Die Differentialdiagnose eines schwer einstellbaren Diabetes mellitus reicht von einer Insulinresistenz aufgrund zirkulierender Insulinantikörper über enterale Absorptionsstörungen aufgrund einer Veränderung der Magen-Darm-Passage bis hin zu einer Komorbidität anderer endokrinologischer und Stoffwechselerkrankungen. Die Möglichkeit der Kombination eines Diabetes mellitus mit einer Essstörung wird häufig nicht in Erwägung gezogen.

### Epidemiologie

Je nach Strenge der angewandten Diagnosekriterien schwanken die Prävalenzraten für eine Komorbidität von Diabetes mellitus und Essstörungen zwischen 0 und 35 Prozent, wobei bisherige Untersuchungen fast ausschließlich primär insulinpflichtige Diabetikerinnen und Diabetiker berücksichtigen.

Die überwiegende Mehrzahl der Patientinnen und Patienten entwickelt die Essstörung nach Manifestation des Diabetes mellitus. Frauen sind weitaus häufiger betroffen als Männer.

Gegenüber der Normalbevölkerung scheint bei jungen insulinpflichtigen Diabetikerinnen und Diabetikern eine erhöhte Prävalenz von Anorexie und Bulimie nicht gegeben zu sein. In der Praxis lassen sich jedoch häufig subklinische Essstörungen, die nicht alle Kriterien der ICD erfüllen, beobachten. Sie spielen bei der

Güte der Stoffwechseleinstellung eine wichtige Rolle. Von diabetologischer und psychosomatischer Relevanz ist auch die mit dem Ziel einer Gewichtsabnahme erfolgende bewusste Reduktion der Insulinosis durch den renalen Glucose- und Flüssigkeitsverlust. Diese Art der Gewichtsreduktion birgt ein großes Risiko für die spätere Entwicklung von diabetischen Spätfolgen.

### Charakteristika der ›Doppelkrankheit‹ Essstörung + Diabetes mellitus

Die Diagnose des juvenilen Diabetes mellitus wird häufig zwischen dem 11. und 12. Lebensjahr gestellt und trifft damit in die labile pubertäre Entwicklungsphase, die durch Rollen- und Statusunsicherheit, Selbstzweifel, affektive Labilisierbarkeit und Probleme der Abgrenzung und Konfliktbewältigung gekennzeichnet ist. Für den Aufbau eines positiven Selbstbildes ist die Akzeptanz des eigenen Körpers von entscheidender Bedeutung.

Wichtige psychologische Entwicklungsschritte in dieser Phase sind Selbstzuwendung und Selbstreflexion, die zunehmende Ablösung von der Familie und das Streben nach Autonomie. Diesen Entwicklungsschritten steht der Diabetes mellitus mit seinen immanenten Therapiestrategien häufig entgegen.

Der täglich zu lösende Konflikt zwischen Autonomie und Abhängigkeit wird für die Individuation der Jugendlichen bestimmend. Die Entwicklung einer Essstörung ist in dieser Situation möglicher Ausdruck einer Überforderung oder auch der Revolte gegen das Diabetes-Regime mit seinen Diätbarrieren und gegen das ›Anderssein‹. Der ›Doppelkrankheit‹ ist die Paradoxie immanent, dass Patientinnen und Patienten

mit Diabetes mellitus kontrolliert essen müssen. Sie müssen lernen, ihre Nahrungsaufnahme in hohem Maße durch kognitive Faktoren zu steuern und erwerben damit ein Verhalten, dass die Entstehung von Essstörungen begünstigt.

Die weitgehend euglykämische Stoffwechsellage impliziert umfangreiche Diäterfordernisse, die nur durch eine weitreichende kognitive Kontrolle gewährleistet werden können. So sollen Nahrungsmittel, die schnell resorbierbare Kohlenhydrate enthalten, vermieden werden; einer Adipositas und der damit in der Regel einhergehenden verminderten Insulinempfindlichkeit soll möglichst mittels Gewichtskontrolle entgegengewirkt werden. Insgesamt ergibt sich eine Reihe von Aspekten des Krankheitsbildes Diabetes mellitus, die ausgesprochene Risikofaktoren für die Entstehung und Perpetuierung einer Essstörung darstellen.

Die Frage der Interdependenz von Diabetes mellitus und Essstörungen ist noch nicht eindeutig geklärt. Die Tatsache, dass der Essstörung in der Regel die Manifestation des Diabetes mellitus um einige Jahre vorausgeht, lässt den Aspekt der Bahnung, insbesondere im Hinblick auf die diabetes-spezifischen Therapiestrategien, naheliegender erscheinen. Auf dem Hintergrund der zuvor geschilderten Probleme und Konflikte kann die Essstörung folgende Funktionen haben:

- *Sie ist die individuelle Antwort auf eine chronische Erkrankung mit unangemessenen Bewältigungsstrategien.*
- *Sie entwickelt sich im Rahmen eines neurotischen Prozesses, der durch die besonderen Belastungen des Diabetes seine spezifische Ausgestaltung erfährt.*
- *Es handelt sich um eine doppelte Krankheit insofern, als die an Diabetes mellitus erkrankte Patientin andere gravierende psychische Probleme aufweist, die sich in der Essstörung manifestieren.*
- *Die schlechte Stoffwechseleinstellung der später essgestörten Diabetikerin ist Ausdruck eines hochproblematischen Umgangs mit der chronischen, sowohl das aktuelle Verhalten als auch die Zukunft beeinträchtigenden Krankheit.*

## Risiken der Doppelerkrankung

Bewusste Gewichtsabnahme bis hin zur Kachexie oder exzessive Nahrungszufuhr im Wechsel mit Gewichtsverlust mittels Erbrechen, Fastendiäten oder Glucosurie machen eine vertretbare Blutzuckereinstellung unmöglich und bergen ein erhebliches Risiko für die Entwicklung irreversibler diabetischer Spätfolgen.

## Diagnose

Der Verdacht auf eine Komorbidität mit einer Essstörung ergibt sich bei einer anhaltenden desolaten Stoffwechsellage, dies um so mehr, wenn sie in der Gruppe der Mädchen und Frauen auftritt.

Folgende Aspekte stellen relevante Kriterien dar und sollten im diagnostischen Prozess beachtet werden:

- *Ständige Blutzuckerentgleisungen ohne erkennbare Ursachen aus diabetologischer Sicht (brittle diabetes)*
- *Stoffwechsellage Jahre nach Diagnosestellung, Therapieschulung und relativer Stoffwechselstabilität*
- *Risikogruppe: junge Mädchen und Frauen, insulinpflichtiger Diabetes mellitus (Typ I)*
- *Körperliche Aspekte einer Essstörung: Gewichtsverlauf/Kachexie, Amenorrhoe, Zahnstatus, Obstipation, Elektrolytverschiebungen*
- *Psychische Aspekte einer Essstörung: Selbstwertproblematik, ausgeprägte Beschäftigung mit Körper und Gewicht, Gewichtsphobie*
- *Diagnose anhand der gemeinsamen Besprechung des Diabetes-Tagebuchs und der Blutzuckerentgleisungen.*

## Therapeutische Überlegungen

Die Notwendigkeit einer stationären Aufnahme allein aufgrund der Komorbidität ist nicht zwingend gegeben. Für die Differentialindikation einer stationären oder ambulanten Psychotherapie sind auch der psychopathologische Befund und die psychosoziale Situation entscheidend.

Die Therapie zielt einerseits auf die Behandlung der Essstörung, andererseits auf die Rückkehr zu bedarfsgerechter Diabetesdiät und adäquater Insulinsubstitution. Essstörung und Diabetes mellitus können dabei nicht isoliert betrachtet werden: beide greifen in der Regel ineinander über, sind überlagert durch eine problematische Krankheitsverarbeitung und haben gegenseitige Verstärkerfunktionen. Es wird vom therapeutischen Konzept abhängen, inwieweit in der Behandlung der Essstörung mit kontrollierenden Maßnahmen (Wiegen, Protokollieren, Tagebuch) gearbeitet wird; in jedem Fall muss der für Diabetikerinnen und Diabetiker obligatorischen Dokumentation der Blutzuckerwerte auch in der Psychotherapie ein wichtiger Platz eingeräumt werden.





# 4

**Behandlung**

# Behandlung

Die multifaktorielle Genese von Essstörungen erfordert einen entsprechend multidimensionalen Ansatz der Behandlung mit zwei Schwerpunkten: medizinische Behandlung und Psychotherapie. Alleinige Ernährungsberatungen über Gewichtsabnahmen oder –zunahmen sind nicht ausreichend.

Ob eine ambulante oder stationäre Behandlung erfolgt, muss im Einzelfall geklärt werden. Physische und soziale Faktoren spielen hierbei neben dem psychischen Befund eine Rolle. Während des gesamten Behandlungsverlaufs ist die Zusammenarbeit aller beteiligten Stellen zu gewährleisten.

Zu Beginn einer Beratung/Behandlung werden zusammen mit den Patientinnen und Patienten individuelle Behandlungsziele aus dem jeweiligen Lebenszusammenhang besprochen und aufgestellt. Neben diesen sollte eine Behandlung grundsätzlich folgende Ziele beinhalten:

- *Förderung der Krankheitseinsicht*
- *Verstehen und Akzeptieren der Symptomatik als notwendigen Schritt zur Veränderung*
- *Förderung der Selbständigkeit und Eigenverantwortlichkeit als Voraussetzung für psychische und physische Gesundheit*
- *Aufarbeitung des psychischen und sozialen Hintergrunds unter Berücksichtigung der individuellen Lebensgeschichte, mit dem Ziel des Verstehens und der Akzeptanz*
- *Herausarbeiten eines eigenen Lebensentwurfs, in dem die jeweiligen Fähig-*

*keiten, Möglichkeiten, Wünsche, Interessen und Zielvorstellungen integriert werden können*

- *Verbesserung der Kontakt- und Beziehungsfähigkeit zu Partnern, Freunden und Kollegen*
- *Veränderung des konkreten Essverhaltens und Aufgabe von destruktiven Gewichtskontrollmethoden wie Erbrechen und Missbrauch von Abführmitteln und Appetitzüglern*
- *Gewichtsstabilität und Wiedereintreten der Menstruation*
- *Abbau von Ritualen im Umgang mit Nahrungsmitteln und Förderung der Genussfähigkeit*
- *Erarbeitung präventiver Maßnahmen für Krisensituationen.*

Aufgabe der Symptomatik tritt häufig erst nach längerer therapeutischer Behandlung ein. Insgesamt ist es angezeigt, sich in der therapeutischen Arbeit mit essgestörten Patientinnen und Patienten nicht an ihrem Mangel, sondern an ihren Ressourcen zu orientieren, d. h. die gesunden Anteile und Fähigkeiten der jeweils Betroffenen und ihres Bezugsrahmens herauszustellen. Maßnahmen, die auf reine Symptomabstinenz zielen, haben meistens keinen langfristigen Erfolg. Da das Ziel ist, Eigenverantwortlichkeit zu fördern und Fremdbestimmung abzubauen, sollte auch in der Behandlung so wenig Fremdkontrolle wie möglich ausgeübt werden. Auch aus diesem Grund ist der Einsatz von Diäten mit vorgeschriebenem Essregime nicht anzuraten.

## 4.1 Medizinische Maßnahmen

### 4.1.1 Ort und Stellenwert der medizinischen Behandlung

Ärztinnen und Ärzte sind – unabhängig von ihrer fachlichen Spezialisierung – häufig erste Anlaufstelle für Menschen mit Essstörungen. Neben den im eigentlichen Sinne medizinischen Aufgaben fällt ihnen damit eine wichtige Funktion für den gesamten weiteren Behandlungsverlauf und die Motivation der Patientinnen zu.

Patientinnen mit Essstörungen präsentieren sich häufig mit der Doppelbotschaft: »Hilf' mir und lass' mich alles selber machen.« Diesem Paradox können sich Ärztin und Arzt nur entziehen, wenn sie ein klares Hilfeangebot machen, das vor allem folgende Anteile umfasst:

- *Kontrolle der Körperfunktionen*
- *sachliche Informationen über den körperlichen Zustand und mögliche Begleit- und Folgeschäden*
- *gegebenenfalls Medikation.*

Erfahrungsgemäß ist es sehr schwer, sich nicht in die Dynamik der Störung verstricken zu lassen. Ziemlich sichere Anzeichen dafür, dass dies bereits geschieht, sind:

- *Wut auf die Patientin (weil sie sich bockig, selbstschädigend, uneinsichtig verhält)*
- *Schuldgefühle und Selbstvorwürfe (weil man es nicht schafft, sie zu Einsicht und Verhaltensänderung zu bringen)*

- *Das Eingehen von »Bündnissen« mit Bezugspersonen (Eltern, Lehrer, Partner) unter Umgehung der Patientin.*

Ärztin und Arzt sollten sich immer wieder klarmachen, dass gerade die medizinische Behandlung mit ihrer starken Zentrierung auf den Körper und mit ihrer kontrollierenden Funktion neuralgische Themen der essgestörten Patientin aktiviert, ihr Angst macht. Da sie diese Angst abwehren muss, reagiert sie mit Störrischsein, Lügen, Täuschen, Verleugnen, Bagatellisieren und ähnlichen Verhaltensweisen. **Sie will Sie damit nicht ärgern!** – Ihr fehlt aber das geeignete Verhaltensrepertoire.

Ärztin und Arzt sollten sich auch immer wieder vergegenwärtigen, dass essgestörte Patientinnen zu einer vordergründigen Angepasstheit neigen. Emotionale Appelle können unmittelbar von Versprechungen der Patientin belohnt werden und damit beide Seiten kurzfristig entlasten. Längerfristig führen sie allerdings leicht zu einer Enttäuschung und damit zu einer Verstrickung in die Dynamik der Störung.

Nicht nur im eigenen Interesse, sondern auch als Hilfestellung für die Patientin sollte versucht werden, möglichst klare Behandlungsziele zu formulieren. Patientinnen mit Essstörungen neigen zu Schwarz-Weiß-Zeichnungen und binden damit sich und die Behandelnden in therapeutische Alles-oder-Nichts-Vorstellungen ein. Hier gilt es gegenzusteuern, insbesondere dadurch, dass keine absoluten Behandlungsziele (Gesundheit, Normalgewicht) formuliert werden, sondern erreichbare Zwischenziele: Verbesserung des Kaliumspiegels, Gewichtsstabilität über einen begrenzten Zeitraum, Abbau von Hypermotorik bzw. Aufbau gezielter

motorischer Aktivitäten usw. Die Teilziele müssen im Verlauf der Behandlung ständig überprüft und gegebenenfalls verändert werden.

Medizinische und psychotherapeutische Behandlung sollten grundsätzlich nicht in Personalunion erfolgen. Die kontrollierende ärztliche Funktion widerspricht den psychotherapeutischen Erfordernissen essgestörter Patientinnen. Befindet sich die Patientin in psychotherapeutischer Behandlung, so ist der Stellenwert der medizinischen Behandlung von vornherein eindeutig, was in der Regel mit sich bringt, dass die Beziehungsdynamik entschärft ist. Lehnt die Patientin jedoch eine psychotherapeutische Behandlung ab, so sollten die Ärztin oder der Arzt den Kontakt nicht abbrechen, sondern die Chance nutzen, die Patientin langfristig zu einer Therapie motivieren zu können.

## 4.1.2 Interaktion Ärztin/Arzt – Patientin/Patient

### 4.1.2.1 Anorexie und Bulimie

Anorexie und Bulimie können sich in der ärztlichen Praxis folgendermaßen zeigen:

- *Die Patientin spricht von sich aus das Problem an, hat eventuell schon einen oder mehrere Behandlungsversuche hinter sich.*
- *Die Ärztin/der Arzt erkennt die Essstörung anhand eindeutiger Symptome.*
- *Eltern oder andere besorgte Angehörige machen die Ärztin oder den Arzt auf ein verändertes Essverhalten und/oder einen größeren Gewichtsverlust aufmerksam, drängen auf Behandlung, meist ohne dass die Patientin selbst hierzu motiviert ist.*

**Berichtet die Patientin von sich aus über die Essstörung**, kann davon ausgegangen werden, dass sie schon wichtige Schritte vollzogen hat. Sie weiß, dass eine Erkrankung vorliegt und ist zu dem Schluss gekommen, sich professionelle Hilfe zu holen. Manchmal hat sie auch schon mehr oder minder erfolgreiche Behandlungsversuche hinter sich. Auch hat sie ihre Scham, sich in ihrer ›Abartigkeit‹ zu offenbaren, zumindest teilweise überwunden.

Die wichtigste Botschaft, die ihr in dieser Situation vermittelt werden muss, ist, dass sie sowohl als Person als auch mit ihrem Problem ernst genommen wird. Diese Atmosphäre der Akzeptanz können Ärztin oder Arzt am besten dadurch herstellen, dass sie offen und sachlich mit der Patientin über die Symptomatik sprechen.

Der anorektischen Patientin muss vor allem gezeigt werden, dass man bestrebt ist, **mit ihr gemeinsam** nach einem Weg zu suchen. Sie muss spüren, dass sie Entscheidungsfreiheiten hat. Sollte sie sich aufgrund früherer gescheiterter Behandlungsversuche in einer resignativen Stimmung befinden, so ist es wichtig aufzuzeigen, dass nicht alles umsonst war (Schwarz-Weiß-Denken), sondern sie vielleicht schon kleine Veränderungen erreicht hat und diesen angefangenen Weg nun mit Ausdauer bei entsprechender Unterstützung weitergehen kann.

Bulimischen Patientinnen fällt es oft sehr schwer, sachlich über ihre Probleme zu sprechen. Aggressiv, mitleidlos und selbstverurteilend berichten sie von ›Fressanfällen‹, vom ›Fressen‹ und ›Kotzen‹ oder ›Sich zustopfen‹. Andere wiederum vermeiden es, die Dinge beim Namen zu nennen, reden herum, dass sie ›es‹ wieder sehr häufig getan hätten oder berichten von ›guten‹ und ›schlechten‹ Tagen, womit sie solche ohne bzw. mit nur wenigen und solche mit vielen bulimischen Attacken meinen.

Ärztin und Arzt sollten weder das aggressive noch das umschreibende Vokabular übernehmen. Beides ist Ausdrucksform für eine nicht angemessene Auseinandersetzung mit der Erkrankung und sollte nicht verstärkt werden. Auch kann durch eine Übernahme des Vokabulars die Patientin entweder in ihrem Glauben bestärkt werden, sie tue etwas Unausprechliches, Abartiges, Ekelhaftes, oder es kann im Gegenteil bei ihr der Eindruck entstehen, ›es‹ sei ja doch nicht so schlimm. Neutrale Begriffe, die die Symptome benennen, sind z. B. : Essanfall, Heißhungeranfall, Heißhungerattacke, selbst herbeigeführtes Erbrechen.

Merkt die Patientin, dass sie mit ihrem Problem ernst genommen und nicht abgelehnt wird, ist häufig ein großes Bedürfnis spürbar, sich endlich jemandem anvertrauen zu können.

**Spricht die Patientin nicht von sich aus das Problem an**, sondern erkennen Ärztin oder Arzt die Essstörung anhand eindeutiger Symptome, wird der weitere Verlauf entscheidend davon geprägt, wie einfühlsam die Diagnose offengelegt wird. In jedem Fall muss dieses Ansprechen für die Patientin als Angebot einer persönlichen Unterstützung erkennbar sein.

Anorektische Patientinnen haben oft große Angst, ihres schützenden Dünnsseins beraubt zu werden und gehen bei drohender Einmischung in den Widerstand. Andererseits leiden sie häufig unter der Verkennung oder Verleugnung ihrer Situation in ihrem nahen Umfeld oder aber unter dem Druck von Angehörigen. Eine Offenlegung in neutraler Umgebung birgt die Chance der Entlastung und der Förderung von Veränderungsmotivation, die zunächst nicht immer in der Veränderung der Symptomatik selbst, sondern auch in der Klärung anderer ungelöster Konflikte liegen kann.

Bei bulimischen Patientinnen muss die Frage einer Offenlegung sehr differenziert bedacht werden: Sie birgt einerseits die Chance, die Patientin von einem belastenden Geheimnis zu befreien, andererseits die Gefahr, sie eines schützenden Geheimnisses zu berauben.

Ein ernst zu nehmendes Argument gegen das aufdeckende Gespräch ist, dass die bulimische Frau ihr Problem aus Scham zu verbergen sucht. Andererseits stellt das Doppelleben für viele betroffene Frauen eine große seelische Belastung dar, und die Möglichkeit, sich zu öffnen, wird als entlastend erlebt. Darüber hinaus gehören Ärztin und Arzt in der Regel nicht zum engeren Lebensumfeld der Betroffenen; zudem unterliegen sie der Schweigepflicht. Sie sind somit als ›neutrale‹ Personen am ehesten geeignet, das Geheimnis aufzudecken.

Entschließen sich Ärztin oder Arzt zur Offenlegung, sollten sie die Befunde sachlich mitteilen und konkret sagen, welche Überlegungen sie damit verbinden. Wichtig ist hierbei wieder, dies in einer Atmosphäre der Akzeptanz gegenüber der Patientin zu tun. Beginnt die Patientin daraufhin, über ihr Problem zu sprechen, kann das Gespräch wie oben fortgeführt werden. Neigt sie jedoch dazu, ihre Symptome zu verharmlosen, sollte sie sachlich und nicht Angst machend, aber doch eindringlich über mögliche Folgeschäden informiert werden. Ein weiteres Ziel des Gesprächs kann darin bestehen, belastende irrationale Vorstellungen über die Erkrankung abzubauen. Fehlendes Wissen und Ängste führen dazu, dass die Betroffene die quälenden Vorstellungen gegen sich selbst richtet und der erste Schritt zu einer Behandlung erschwert wird.

Zu den typischen falschen Vorstellungen bulimischer Frauen gehört, dass nur sie ein solch abstoßendes Verhalten praktizieren und dass alle anderen Menschen mehr Kontrolle über sich haben. Es ist für sie eine große Erleichterung zu hören, dass es anderen ähnlich ergeht und dass es Mög-

lichkeiten gibt, wieder gesund zu werden.

Ein weiterer typischer Gedanke bulimischer Frauen ist der, sie könnten ihr Essverhalten unter Kontrolle bringen, wenn sie sich nur ausreichend anstrengen würden. Auf dem Hintergrund dieser Kognition führen Misserfolge immer wieder zu starken Schuldgefühlen und Selbstabwertungen. Die Patientin sollte erkennen, dass nicht Willensschwäche das eigentliche Problem ist, sondern der physische und psychische Mangelzustand, in den sie fortlaufend durch Überessen und Erbrechen, Laxantienmissbrauch etc. gerät.

Geht die Patientin nicht auf das Gesprächsangebot ein, indem sie z. B. das Vorliegen einer Essstörung verneint oder Erbrechen, Laxantien- oder Diuretikagebrauch zwar zugibt, jedoch organische Ursachen dafür verantwortlich macht, sollten Ärztin oder Arzt nicht auf einem Gespräch bestehen, aber die Patientin deutlich auf die Wichtigkeit einer regelmäßigen Kontrolle ihres somatischen Status hinweisen. Falls die Patientin tatsächlich an einer Bulimie leidet, weiß sie nun, dass die Ärztin bzw. der Arzt darüber informiert ist. Es ist letztlich ihre Entscheidung, ob sie zu einem späteren Zeitpunkt das Hilfeangebot annehmen kann.

Nennt die Patientin nur körperliche Beschwerden, sollte dies ernst genommen werden: Liegen tatsächlich organische Erkrankungen vor, gilt es, diese zu behandeln. Lassen sich solche Erkrankungen auch nach eingehenden Untersuchungen nicht eruieren, könnte sich hierdurch eine Möglichkeit anbahnen, der Patientin mögliche andere Zusammenhänge näher zu bringen.

**Manchmal werden Ärztin oder Arzt auch über eine dritte Person über das mögliche Vorliegen einer Essstörung informiert.**

Geschieht dies im Einverständnis mit der Patientin (es wäre denkbar, dass sie keinen Mut hat, alleine in die Praxis zu kommen) gilt das oben Gesagte für die Gesprächsführung. Schwieriger ist es, wenn das ärztliche Gespräch aufgrund elterlichen oder partnerschaftlichen Drucks zustande gekommen ist, was besonders häufig bei minderjährigen anorektischen Mädchen geschieht.

Die wichtigste Regel in dieser Situation lautet, dass die Patientin in das Gespräch einbezogen werden muss! Es muss mit ihr gesprochen werden, nicht über sie! Die Ärztin oder der Arzt sollten nicht zulassen, dass an die Patientin gerichtete Fragen von der Begleitperson beantwortet werden. Falls dies in Anwesenheit der Begleitperson nicht möglich ist, sollte diese gebeten werden, für eine Weile das Sprechzimmer zu verlassen.

Angehörige anorektischer Patientinnen formulieren häufig Schuldgefühle. Es ist wenig sinnvoll, diese Schuldgefühle und manchmal gegenseitige Schuldzuweisungen zum zentralen Thema zu machen. Wichtig und notwendig ist es dagegen, klare erste Schritte aufzuzeigen, zu denen die Patientin bereit ist, und die Angehörigen – zumeist die Eltern – von der Verantwortung für den körperlichen Zustand zu entlasten. Ärztin oder Arzt klären mit der Patientin die medizinischen Maßnahmen und versuchen, allen Beteiligten klar zu machen, dass eine Anorexie neben der somatischen meist auch einer psychotherapeutischen Behandlung bedarf.

Häufig wenden sich Eltern oder sonstige besorgte Nahestehende auch telefonisch an die Ärztin bzw. den Arzt. Da der Aufbau eines Vertrauensverhältnisses zur Patientin kaum möglich ist, wenn hinter ihrem Rücken über sie gesprochen wird, sollte sie offen über das Telefonat oder ein sonstiges Gespräch informiert werden. Auch den Eltern muss dieses mitgeteilt werden.

**Ziele und Inhalte des ärztlichen Gesprächs**

In allen Fällen sollte versucht werden, ein ausführliches Gespräch zu führen. Ärztin oder Arzt sollten sich die Zeit für das Gespräch mit der Patientin nehmen und zunächst zusammen mit ihr versuchen, einen Einblick in die Schwere und Chronifizierung der Störung zu erhalten (s. S. 54). Einige Betroffene sind sich trotz massiven Leidensdrucks der Schwere ihrer Erkrankung nicht bewusst.

Ein weiteres Gesprächsziel ist, über geeignete Maßnahmen und Institutionen aufzuklären, wobei Ärztin oder Arzt der Patientin möglichst Adressen von in Frage kommenden Beratungsstellen, Selbsthilfegruppen, niedergelassenen Therapeutinnen und Therapeuten oder von Kliniken nennen sollten. Da die Ausdauer und Motivation der Patientinnen oft trotz aktuell hohen Leidensdrucks sehr kurzlebig sind, ist es hilfreich, wenn von der Praxis aus direkt eine Verbindung hergestellt werden kann.

### **Die folgenden Fragen helfen bei der Einschätzung der Problematik:**

- *Wann haben die Probleme mit dem Essen angefangen?*
- *Welche Nahrungsmittel vermeidet die Patientin, lässt sie Mahlzeiten ausfallen, wie viele Kalorien gesteht sie sich pro Tag zu?*
- *Macht die Patientin Diäten?*
- *Kommt es zu Heißhungeranfällen? Wenn ja: Wie häufig sind sie in den letzten drei Monaten aufgetreten? Hat sich diese Frequenz im Gesamtverlauf der Erkrankung verändert? Wie lange dauern die Essanfälle durchschnittlich? Was wird gegessen und getrunken? Wodurch werden sie beendet (Erbrechen, Schlaf)?*
- *Erbricht die Patientin oder nimmt sie Laxantien, Diuretika, Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate? Wenn ja: wie viele wöchentlich?*
- *Wie viele Stunden pro Woche macht sie Sport? Welcher Art sind die Körperübungen?*
- *Kommt es zu häufigen Gewichtsschwankungen?*
- *Trinkt sie Alkohol (wie viel, was, wann, wie häufig)?*
- *Verletzt sich die Patientin selbst (wie, womit, wann, wie häufig)?*
- *Hat die Patientin schon einmal Dinge entwendet oder tut sie dies regelmäßig (was, wo, wann)?*
- *Gibt es etwas, das die Patientin als Ursache oder Auslöser identifizieren kann?*
- *War die Symptomatik immer die gleiche oder hat sie sich verändert?*
- *Wie ist die Stimmungslage?*
- *Bestehen Hinweise auf Suizidalität?*

#### **4.1.2.2 Adipositas**

Da Adipositas von den Betroffenen nicht versteckt werden kann, ergeben sich für Ärztin oder Arzt folgende Gesprächssituationen:

- *Es liegt deutlicher Leidensdruck vor, der entweder aus dem Übergewicht selbst oder seinen Folgeproblemen resultiert.*
- *Die Betroffenen selbst lassen keinen Leidensdruck bezüglich des Übergewichts erkennen, medizinisch ist jedoch auf Grund körperlicher Begleit- oder Folgeerkrankungen eine Gewichtsreduktion indiziert.*
- *Die Patientinnen und Patienten kommen auf Druck von Angehörigen. Sie selbst sehen aber keinen eigenen Anteil an Art und Ausmaß der Störung. Häufig sind sie überzeugt, schon alles in ihren Möglichkeiten Stehende getan zu haben.*

In der Gruppe derjenigen, die unter ihrem Gewicht leiden, ist eine Klärung der Veränderungsmotivation im körperlichen und psychischen Bereich und der angestrebten Zielsetzungen sinnvoll, um entsprechende Hilfeangebote aufzuzeigen: Betroffene berichten oft von Schuldgefühlen, so dick zu sein. Sie halten sich selbst für diszipliniert und schwach, haben im Verlauf multipler Diätversuche über die Jahre hinweg kontinuierlich zugenommen, sehen sich als Versager, denen einfach nichts gelingt. Solche Generalisierungen gehen häufig mit depressiven Verstimmungen einher. Manchmal werden körperliche Folgeerkrankungen als Strafe für die eigene Zügellosigkeit betrachtet, was unbewusst einer Veränderung der Symptomatik und damit der Folgeerkrankungen entgegenstehen kann.



Wichtig ist es, im Gespräch die Selbstbestrafungstendenzen und Selbstvorwürfe nicht zu übernehmen, mit den Betroffenen zu klären, woran ihre bisherigen Versuche gescheitert sein könnten und welche Bedingungen für eine erfolgreiche Behandlung gegeben sein müssten. In diesem Zusammenhang muss auch geklärt werden, ob das Dicksein eine Funktion für die Betroffenen hat und wie realistisch die erstrebte Gewichtsreduktion ist. Betroffene haben oft Illusionen bezüglich ihres Wunschgewichts: Sie erwarten eine drastische Gewichtsabnahme in nur wenigen Wochen und greifen dabei auf ihr altes Schema ›wenn ich diszipliniert bin, schaff ich das‹ zurück. Nahezu zwangsläufig stellen sich daher innerhalb kurzer Zeit die bekannten Misserfolgerlebnisse ein, die dann in den alten Circulus vitiosus münden. Ziel ist es, realistische Vorstellungen – unter Berücksichtigung somatischer Gegebenheiten – aufzubauen. Anschließend gilt es, die entsprechenden Hilfeangebote zu reflektieren.

In der Gruppe der adipösen Patientinnen und Patienten ohne Leidensdruck halten viele ihr Gewicht für erblich bedingt, unabänderbar, unproblematisch. Auf schwere körperliche Begleit- oder Folgeerkrankungen reagieren sie oft ratlos, sehen sich zu Veränderungen gezwungen, die sie oft nicht wirklich wollen und deshalb auch nicht lange durchhalten. Nicht selten spielen positive und damit das Fehlverhalten aufrechterhaltende Aspekte wie ›stättlich, kräftig, stark, lebensfroh, genießerisch‹ eine Rolle.

Bei diesen Patientinnen und Patienten muss zunächst ein Problembewusstsein geweckt werden. Sie sollten erkennen, welche Folgen ein Beibehalten des aktuellen

Gewichts mit sich bringen kann und welche positiven Aspekte eine Gewichtsabnahme hätte. Verleugnete Einschränkungen der Lebensqualität (z. B. unangenehmes Schwitzen bei kleinen körperlichen Anstrengungen, Kurzatmigkeit, Umgang mit den manchmal schweren Begleit- und Folgeerkrankungen) müssen angesprochen und bewusst gemacht werden.

Es gilt, Betroffene zu ermutigen, das eigene Essverhalten, das oft verdrängt oder aus langer Gewohnheit heraus als normal betrachtet wird, konkret anzuschauen (Ess-Protokollbogen s. S. 57) und unter Überprüfung ernährungsphysiologischer wie auch psychologischer Aspekte einer Veränderung zugänglich zu machen. Trotz langjähriger Beschäftigung mit dem Essen besteht bei vielen Übergewichtigen oft ein Scheinwissen. Irrationale, dysfunktionale Gedanken, Einstellungen und Werthaltungen bezüglich Nahrung und Gewicht behindern eine sinnvolle und beständige Gewichtsreduktion oder machen sie gar unmöglich. Es gilt, Informationsquellen aufzuzeigen und Patientinnen und Patienten beständig zu ermutigen, die Vorteile der angestrebten Veränderung nicht aus dem Auge zu verlieren.

Bei den Patientinnen und Patienten, die mehr auf Druck von Angehörigen als aus eigener Motivation kommen, liegen oft Verzweiflung und Resignation wie auch (häufig unbewusste) Verleugnung des tatsächlichen Essverhaltens vor. Wahrgenommen werden gescheiterte Diätversuche; das Essverhalten wird im Zusammensein mit anderen als normal geschildert. Das ›heimliche Essen‹ ist der eigenen Wahrnehmung oft nicht mehr zugänglich. Zusätzlicher Leidensdruck entsteht über Schuldzuschreibungen anderer, Hänseleien, Druck und Kränkungen. Neben

Wissensvermittlung, Beobachtung des tatsächlichen Essverhaltens und Aufzeigen von Hilfeangeboten ist es wichtig, die Betroffenen zu unterstützen und ihre Selbstakzeptanz zu fördern. Lernen neuer Verhaltensmöglichkeiten geschieht besser in einem positiven statt in einem selbstabwertenden und bestrafenden Klima. Das Einbeziehen von Angehörigen kann sinnvoll und notwendig sein, um die das Fehlverhalten aufrechterhaltenden Muster im sozialen Umfeld zu erkennen und gemeinsam realistische Ziele und konkrete Maßnahmen zu besprechen.

***Folgende Fragen helfen bei der Einschätzung der Symptomatik und des Leidensdrucks:***

- *Seit wann besteht das Übergewicht/ die Adipositas?*
- *Können die Betroffenen selbst Auslöser für die Gewichtszunahme erkennen?*
- *Was und wie viel wird täglich gegessen und getrunken?*
- *Wie ist das Essverhalten an Feiertagen, bei Einladungen, in den Ferien?*
- *Welche Versuche der Gewichtsreduktion wurden bisher unternommen (Diäten, Erbrechen, Laxantien, Appetitzügler, Diuretika, Schilddrüsenpräparate, Rollstudios, spezielle Kleidung zur Abnahme, operative Eingriffe wie Fettabsaugen, Magenverkleinerungen, Magenband, Dünndarmverkürzung u. a.)?*
- *Wie sind das Bewegungsverhalten und das allgemeine Aktivitätsniveau?*
- *Welche Folgen hat das Übergewicht für die Betroffenen körperlich, psychisch, sozial?*

Der folgende Bogen dient der Protokollierung des konkreten Essverhaltens. Es ist sinnvoll, ihn an mindestens einem Wochentag und einem Wochenendtag (veränderte Tagesstruktur) ausfüllen zu lassen. Wichtig ist der Hinweis, dass ein Beschönigen des Ess- und Trinkverhaltens nicht beim Erkennen der Schwierigkeiten hilft. Das Protokoll muss fortlaufend während des Tages geschrieben werden! Sollte es aus irgendeinem Grund nicht möglich sein, den Protokollbogen aktuell auszufüllen, sind für unterwegs kleine Zettel hilfreich, um Erinnerungslücken zu vermeiden.

Die Prozentangaben in den Kategorien sind subjektiv zu beschreiben. 0 % Hunger bedeutet keinen Hunger. Mehr als 100 % sind möglich.



## Zur Auswertung

- *Wie regelmäßig wird gegessen?*
- *Werden Mahlzeiten ausgelassen? Welche?*
- *Welche Nahrungsmittel tauchen gar nicht auf, sind evtl. verboten?*
- *Schmecken die gegessenen Nahrungsmittel tatsächlich oder sind sie nur erlaubt? Light Produkte?*
- *Wird besonders fett-, salz- oder kohlehydratreich gegessen?*
- *Welche Mengen werden gegessen?*
- *Wie wird überwiegend gegessen (schnell, hastig, schlingend, genussvoll, stochernd)?*
- *Wo wird überwiegend gegessen?*
- *Werden Geschmack und Geruch der Speisen wahrgenommen?*
- *Was wird getrunken und wie viel? Wird auch getrunken, um den Hunger zu stillen?*
- *Wird ausreichend getrunken?*
- *Wie gut ist die Hunger- und Sättigungswahrnehmung?*
- *Werden gewichtsreduzierende Maßnahmen angewandt?*
- *Welche Gedanken, Einstellungen und Werthaltungen bestehen bezüglich Nahrung und Gewicht? Sind sie irrational?*
- *Gibt es vorherrschende Gefühle? Lassen sich Zusammenhänge zwischen Gefühlen und Essverhalten erkennen?*
- *Gibt es Hinweise darauf, dass Bedürfnisse inadäquat mit Essen befriedigt werden (z. B. Essen zur Belohnung, als Trost, bei Langeweile)?*

Je eindeutiger sich eingefahrene Verhaltensgewohnheiten, irrationale Gedanken und Zusammenhänge zwischen Gefühlen und dem Essverhalten zeigen, desto dringender sollte die Möglichkeit einer Psychotherapie in Betracht gezogen werden, in der anhand solcher Protokolle neue Verhaltensmöglichkeiten individuell erarbeitet werden.

Bei adipösen Kindern spielt nicht nur die eigene Motivation eine Rolle, sondern vor allem auch die Einstellung der Eltern und ihre Bereitschaft, sich der Problematik ihres adipösen Kindes zu stellen und an einer möglichen Veränderung mit zu wirken. Zur Abklärung des problematischen Essverhaltens empfiehlt sich auch die Verwendung eines standardisierten Screening-Instruments (Entsprechende Empfehlungen sind über die Arbeitsgemeinschaft »Adipositas im Kindes- und Jugendalter der Deutschen Adipositas-Gesellschaft« erhältlich). Liegen Anhaltspunkte für Entwicklungs- oder Verhaltensstörungen, psychische oder ausgeprägte sozial bedingte Probleme oder Binge Eating-Störung vor, sollte unbedingt eine psychiatrisch-psychologische Diagnostik erfolgen.

### 4.1.3 Anamnese, körperliche Untersuchung und Laborparameter

#### **Anorexia und Bulimia Nervosa**

In der Anamnese sollte zusätzlich erfragt werden: Gewichtsverlauf in den letzten Jahren, Essgewohnheiten, Ess- und Brechanfälle, Verstopfung, Durchfälle, Flüssigkeitszufuhr und -ausscheidung, Zyklusauffälligkeiten, atopische Erkrankungen, Frakturen, Kälte- und Wärmeempfinden, Medikamenten-, Alkohol- und

Drogenkonsum, körperliche Aktivität, selbstverletzende Handlungen, Suizidversuche.

Die Untersuchung umfasst die üblichen klinischen Verfahren: Inspektion, Palpation, Auskultation, Reflexprüfung etc. der verschiedenen Organbereiche, EKG (Anzeichen von Hypokaliämie und anderer Elektrolytveränderungen), Laboranalyse mit Blutbild, Elektrolyten, Leberwerten incl. Phosphaten, Retentionswerten, Blutzucker, Gesamteiweiß.

Auszuschließen sind gastroenterologische Erkrankungen wie Malabsorptionssyndrom, Sprue, Morbus Crohn, hormonelle Erkrankungen wie Hyperthyreose, Diabetes mellitus, Nebennierenrindeninsuffizienz, Hypophysenvorderlappeninsuffizienz, außerdem Stoffwechselerkrankungen, Tuberkulose, Tumorleiden und psychiatrische Erkrankungen.

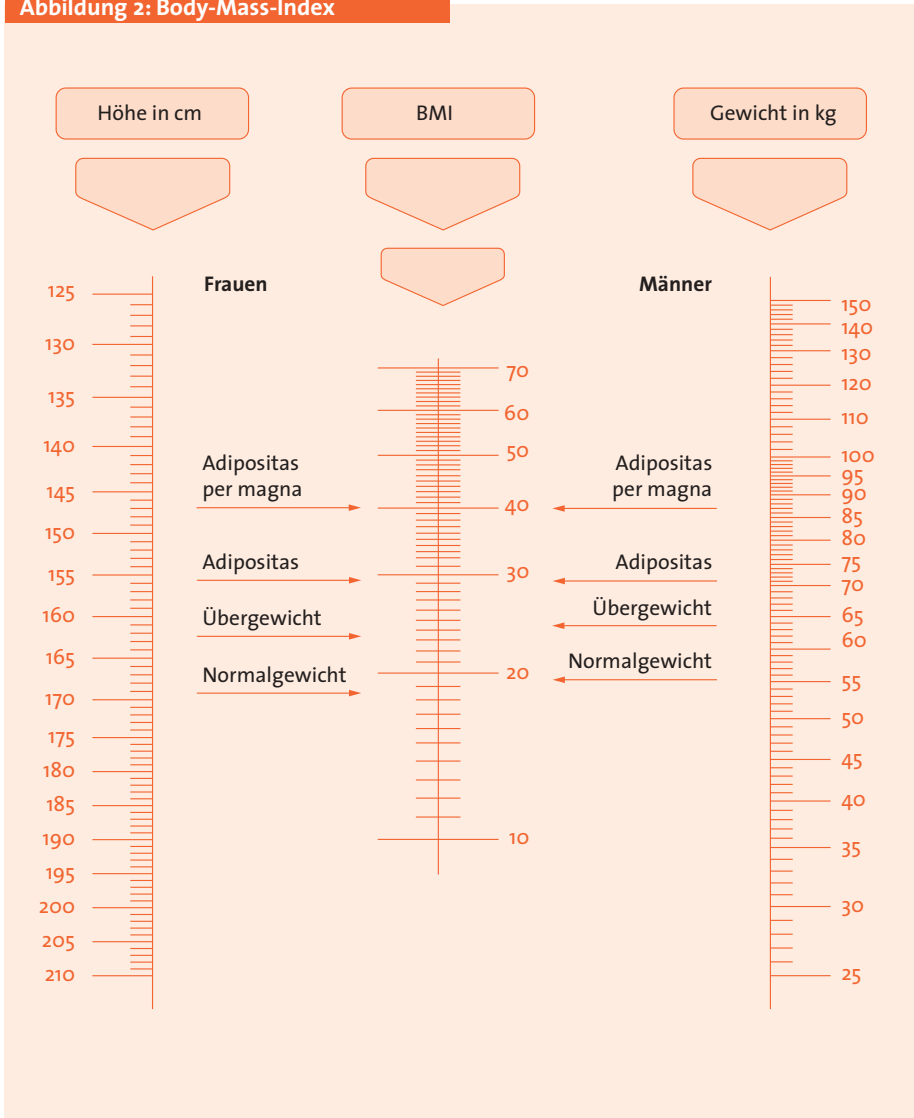
***Das relative Körpergewicht wird heute international mit dem Body-Mass-Index angegeben. Er berechnet sich wie folgt:***

*BMI = Körpergewicht (kg) :  
Körpergröße zum Quadrat (m<sup>2</sup>)*

*Das Normalgewicht liegt bei Frauen bei einem BMI von 19 bis 24, bei Männern bei einem BMI von 20 bis 25.*

Die folgende Abbildung ermöglicht eine schnelle Bestimmung des BMI: Legen Sie ein Lineal auf die linke Skala und kennzeichnen Sie damit die Körpergröße (ohne Schuhe) und auf der rechten Skala das Körpergewicht (ohne Kleider). In der Mitte ergibt sich dann der Body-Mass-Index.

Abbildung 2: Body-Mass-Index



Die folgenden Checklisten stellen Orientierungshilfen für die körperliche Untersuchung und laborchemische Analyse dar:

### Checkliste für Körperliche Untersuchung bei Anorexia (A) und Bulimia (B) Nervosa

#### 1. Vitalparameter:

*RR, Hf, cardiopulmonale Auskultation und Perkussion, Vigilanz (Müdigkeit, Schläfrigkeit)*

#### 2. Alter, Gewicht, Größe:

*[->> BMI errechnen, Perzentilen für Gewicht und Größe (bei Kindern und Jugendlichen) ablesen, siehe 3.1 ]*

#### 3. Spezifische klinische Befunde:

##### • **Vita minima:**

*Hypotonie, Hypothermie, Bradypnoe (Grundumsatz herabgesetzt, T<sub>3</sub> erniedrigt)*

##### • **Zähne:**

*Karies [verminderter Speichelfluss, Erbrechen sauren Mageninhalts (A und B), massiver Zuckergenuss (B), Lockerung (Osteoporose bei A)]*

##### • **Haut:**

*Trocken, schuppig (Vitaminmangel?), herabgesetzter Hautturgor (Exsikkose), Decubitus (A, Bettlägrigkeit), Narben am Handrücken (v. a. B, mechanisches Auslösen des Würger reflexes), Akrozyanose (A), Petechien (A, Gefäßfragilität, Thrombopenie, Gerinnungsstörungen), evtl. Gelbfärbung der Handinnenflächen (A, Hyperkarotinämie bei Abbaustörungen), atopische Erkrankungen (z. B. Neurodermitis, Urticaria) gehäuft (IgE erhöht)*

##### • **Haare:**

*Lanugobehaarung an Wangen, Vorderarmen, Rücken, evtl. gesamter Körper (A); Haarausfall im Bereich der Kopfhare (A), geschlechtsspezifische Behaarung im Gegensatz zum Panhypopituitarismus geschlechtstypisch*

##### • **Speicheldrüsen:**

*Sialadenose v. a. der Glandula submandibularis aber auch der Parotis, schmerzlose Schwellung [rez. Sialadenitiden, Arbeitshypertrophie]*

(B), bei A nicht mit scheinbar vergrößerten Lymphknoten bei sehr guter Tastbarkeit verwechseln]

- **Ödeme**

insbesondere Fußrücken, Knöchel, Unterschenkel, Anasarka (A und B, meist im Rahmen des sekundären Hyperaldosteronismus, Pseudo-Bartter-Syndrom, meist in den ersten Tagen einer Remission, d. h. bei Absetzen der Diuretika, Laxantien. Beenden des Erbrechens und Rückgang des Flüssigkeitsverlustes, da Hyperaldosteronismus trotz vermehrten Flüssigkeitsangebots noch fortbesteht, Ödemneigung zunächst verstärkt. --> Zulassen der Gewichtszunahme, keine Diuretika, keine Aldosteronantagonisten oder NaCl-Restriktion! Hypoalbuminämie spielt untergeordnete Rolle, evtl. unterstützende Lymphdrainage in dieser mehr psychischen Krisensituation)

- **Skelett:**

Knochenschmerzen (A, Osteoporose, Osteomalazie --> Spontanfrakturen, Frakturen bei Bagateltraumata), Trommelschlegelfinger und Urglasnägel [evtl. im Zusammenhang mit überproportional hohem Laxantienabusus (insbesondere evtl. sennhaltige Präparate)]

- **Neurologisch:**

Muskelschwäche (keine/allgemein/speziell/wo?), Parästhesien im Bereich der Extremitäten, PME (periphere Muskeleigenreflexe), Sehnenreflexe herabgesetzt, evtl. Würgerflex abgeschwächt (abgestumpft), Müdigkeit, Apathie bis Koma, Orientierung in allen Qualitäten vorhanden? Gegebenenfalls welche Einschränkungen? Nachtblindheit, Schwindel. --> Insbesondere an akute Kaliummangelzustände, Intoxikationen (auch in suizidaler Absicht) und Orthostaseschwierigkeiten in Verbindung mit Hypoglycämien denken! Im Zusammenhang mit unstillbarem Erbrechen auch an Hirntumoren denken!



## Checkliste: Laborchemische Parameter Anorexia und Bulimia Nervosa

- 1. Routinemäßig zu ergehende Parameter (obligat):**
  - **Blutbild und Differentialblutbild:**  
*Leukozyten (erniedrigt, häufig, bis 2000/mcl)*  
*Thrombozyten (erniedrigt, nicht häufig)*  
*Erythrozyten (erniedrigt, selten)*  
*MCV (erhöht, häufig; Alkohol, Folsäure, Vitamin B12?)*
  - **Elektrolyte:**  
*Na, K, Cl, Ca, Mg, Phosphat (können erniedrigt sein)*
  - **Nierenretentionswerte:**  
*Kreatinin, Harnstoff (können erhöht sein)*
  - **Leberwerte:**  
*Transaminasen: GOT, GPT (leichte Erhöhungen bis auf 2x möglich)*  
*Sonstige: Gesamt-Bilirubin AP u. Gamma-GT (jeweils leichte Erhöhung möglich)*
  - **Blutgerinnung:**  
*Quick (selten erniedrigt), PTT (selten verlängert)*
  - **Serumeiweißelektrophorese:**  
*Gesamteiweiß, Albumin, Gammaglobuline (jeweils häufig erniedrigt, bei Exsikkose aber Pseudo-Normoproteinämie möglich)*
  - **Blutfette:**  
*Triglyceride (vermindert), Cholesterin [gelegentlich erhöht (HDL normwertig, LDL erhöht)]*
  - **Hormone:**  
*FT<sub>3</sub>, fT<sub>4</sub>, TSH(basal, ss), (häufig Low,T<sub>3</sub>-Syndrom, häufig alle Parameter erniedrigt)*
  - **Nüchternblutzucker (erniedrigt)**
  - **Blutgasanalyse (=Asrup):**  
*(hypokaliämische, hypochlorämische) metabolische Alkalose (Diuretikaabusus)*  
*(hypokaliämische) metabolische Azidose (Laxantienabusus)*  
*evtl. sich aufhebende Verschiebungen (Laxantien- und Diuretikaabusus)*

## 2. Weiterführende Labordiagnostik bei speziellen Fragestellungen (fakultativ):

*HS (gelegentlich im Fasten erhöht), S-Amylase [oft erhöht; v. a. aus Speicheldrüsen, selten aus Pankreas (Essanfälle, hyperlipämische Pankreatitis, Differentialdiagnose durch klinisches Bild und durch Amylase – Isoenzyme)], fettlösliche Vitamine (A, D, E, K, selten bis sehr selten erniedrigt), Vitamin B12 u. Folsäure [selten erniedrigt, Makrozytose, dd: C2-Abusus (nier nicht ovalär)], Plasma-Cortisol [erhöht bei gleichzeitiger Verminderung der Urinausscheidung (!), zur DD des Panhypopituitarismus bei unklarer klinischer Abgrenzbarkeit], IgE (atopische Erkrankungen), selten Abklärung der Hypothalamus-Hypophysen-Drüsenachse v. Schilddrüse, Nebenniere und Sexualhormonproduktionsdrüsen, Karotinoide (erhöht, verminderter Abbau).*

## Anamnese, Körperliche Untersuchung und Laborchemische Parameter bei Adipositas

In der Anamnese sollte zusätzlich erfragt werden: Gewichtsverlauf in den letzten Jahren, Essgewohnheiten (z. B. auch Hinweis für ›Binge eating disorder‹, Belastbarkeit (z. B. Hinweis auf Herzinsuffizienz oder koronare Herzkrankheit), Zyklusauffälligkeiten (z. B. ovarielle Unterfunktion), Auffälligkeiten bei Stuhlgang (z. B. Obstipation) oder Miktion (z. B. Polyurie als Hinweis für Diabetes mellitus, Nykturie bei Herzinsuffizienz), Symptome der Hypoglykämie (z. B. Insulinom, beginnender Diabetes mellitus), Kälte- und Wärmeempfindlichkeit (z. B. Hypothyreose), Schlafstörungen [z. B. Schnarchen, mangelnde Erholung, vermehrte Müdigkeit oder Kopfschmerzen tagsüber als Hinweis auf eine schlafbezogene Atemstörung (SBAS bzw. Schlafapnoesyndrom)]. Gelenkbeschwerden (z. B. Arthrose, Gicht), Hinweis für zerebrale Ischämien (z. B. TIA, (P)RIND, Apoplex), Familienanamnese bezüglich Adipositas bzw. assoziierter Erkrankungen, Medika-

mentenanamnese (z. B. missbräuchliche Einnahme von: Diuretika, Laxantien, Pektinen, Schilddrüsenhormonen,  $\beta$ -HCG, Wachstumshormonen, Anabolika oder Kombinationspräparaten, die als ›Diätpillen‹ Triamteren, Metformin, Fentfluramin sowie Schilddrüsen- und Pankreasextrakte enthalten), Alkoholkonsum, Nikotinkonsum.

Bei der körperlichen Untersuchung sollte während der Untersuchung der verschiedenen Organbereiche durch Inspektion, Palpation, Perkussion und Auskultation insbesondere auch auf Hinweise für sekundäre Adipositasformen geachtet werden wie z. B.: Striae rubrae oder cushingoider Habitus (Vollmondgesicht, Stiernacken, stammbetonte Adipositas), Myxoedem (Hypothyreose), Gesichtsfeldausfälle (Hypophysentumor), Hypogonadismus, Stigmata genetischer Erkrankungen.

### **Auszuschließen sind die Formen der sekundären Adipositas:**

- **Endokrinologische Erkrankungen:**  
z. B. Hypothyreose, Cushing-Syndrom, Insulinom, Hypogonadismus, Pseudohypoparathyreoidismus, ovarielle Unterfunktion, Stein-Leventhal-Syndrom
- **Genetische Syndrome:**  
z. B. Trisomie 21, Lawrence-Moon-Biedl-Syndrom, Prader-Willi-Syndrom, Hyperostosis frontalis interna (Morgagni-Stewart-Morel-Syndrom)
- **Medikamenteneinnahme:**  
z. B. Kortikosteroide, Phenothiazine, Cyproheptadin
- **Zentrale Schädigung:**  
z. B. Hirntumoren (Hypothalamusbereich), Hypophysentumoren, Z. n. Operation von Hirntumoren bzw. Hypophysentumoren, Z. n. Enzephalitis.

**Lokalisierte Fettansammlungen** wie z. B. Madelungscher Fetthals, Dercumsche Erkrankung (Lipomatosi dolorosa), subkutane nekrotisierende Knoten (Pannikulitis Weber-Christian), lokalisierte Adipositas vom Reithosen- bzw. Schultertyp müssen hiervon abgegrenzt werden.

Außerdem sollte insbesondere auf Hinweise für das Vorliegen von Adipositas assoziierten Erkrankungen bzw. Erkrankungen, für die die Adipositas einen Risikofaktor darstellt, geachtet werden: z. B. Dyspnoe bzw. Belastungsdyspnoe oder ›feuchte RGs‹ (z. B. Zwerchfellhochstand, obstruktive Lungenerkrankung, Linksherzinsuffizienz), Gelenksbeschwerden (z. B. Arthrose, Gicht), Tophi (Gicht), Xanthelas-

men (Hyperlipidämien), Sensibilitätsstörungen (z. B. frühe Störung des Vibrationsempfindens bei diabetischer Polyneuropathie), Varizen, Bauchwand- und Leistenhernien.

Ergeben Anamnese und körperliche Untersuchung keinen Hinweis für eine sekundäre Adipositas, so genügt ein Basisprogramm an Messungen bzw. weiterführenden apparativen und laborchemischen Untersuchungen:

### **Apparative Untersuchungen**

- EKG (cave: ›very low calorie diet‹ bei verlängertem QT-Intervall!), ggf. Belastungs-EKG, Spirometrie, ggf. Ergospirometrie, ggf. Oberbauch-Sonographie, weitere Untersuchungen je nach assoziierten Erkrankungen bzw. anamnestischen Hinweisen.

### **Laborchemische Untersuchungen**

- Kleines Blutbild, Elektrolyte (Na, K, Ca), Nierenretentionswerte (Kreatinin, Harnstoff), TSH (basal), Triglyceride, Cholesterin (ggf. HDL), Harnsäure, Transaminasen, y-GT, alkalische Phosphatase, Blutzucker nüchtern und zwei Stunden postprandial, Harnzucker, Dexamethason-Hemmtest (Kurztest), ggf. HbA<sub>1c</sub>, ggf. Plasmainsulin (Glucose-Insulin-Quotient), weitere Untersuchungen je nach assoziierten Erkrankungen bzw. anamnestischen Hinweisen.

## **4.1.4 Medizinische Behandlung**

### **Haut**

#### **Anorexie und Bulimie:**

Trockene schuppige Haut weist auf Austrocknung, evtl. in Verbindung mit Kaliummangel und/oder Low-T<sub>3</sub>-Syndrom, sowie auf Zinkmangel hin. Narben am Hand-

rücken sind ein Hinweis auf habituelles Erbrechen über Manipulation am Gaumenhintergrund. Die Rehydratation geschieht durch reichlich Flüssigkeitszufuhr in Verbindung mit den fehlenden Elektrolyten, Vitaminen und Spurenelementen. Hyperpigmentierung, evtl. Gelbfärbung der Handflächen (Hyperkarotinämie) bei Abbaustörungen, Lanugobehaarung, Haarausfall im Bereich des Kopfhaares sind wie auch Petechien (Gefäßfragilität) nicht symptomatisch behandlungsbedürftig bzw. behandelbar.

### **Adipositas:**

Vermehrte Behaarung im Gesicht und Brustbereich, Haarausfall am Kopf, Akne, fettige Haut. Die Ovarien können polyzystisch sein. Diese Störungen sind Zeichen einer endokrinen Störung, die gegebenenfalls mit einem antiandrogen wirksamen Gestagen symptomatisch behandelt werden. Nebenwirkungsrisiken sind zu berücksichtigen.

### **Herz-Kreislauf-System**

#### **Anorexie und Bulimie**

Das autonome Nervensystem ist downreguliert: Puls und Blutdruck sind niedrig. Das kann zu Kollapsneigung und Akrozyanose führen. Durch Rehydrierung und Ausgleich von Elektrolytmangel sind diese Symptome zu lindern. Vasokonstriktiva sind bei Volumenmangel nicht indiziert, da schon maximaler Sympatikotonus mit entsprechender Vasokonstriktion besteht. Ein Puls unter 60 pm ist kontrollbedürftig, unter 40 pm besteht wie auch bei einem Syndrom der Vita minima (Bradykardie, Bradypnow, Hypotonie und Hypothermie) die akute Gefahr eines Herzstillstands; eine stationäre EKG-Überwachung und medikamentöse Behandlung sind notwendig. Bei einem Blutdruck unter

70 mmHG systolisch ist die Perfusion lebenswichtiger Organe nicht mehr gewährleistet. Eine stationäre Behandlung mit Auffüllung des Kreislaufsystems ist erforderlich. Herzrhythmusstörungen und EKG-Veränderungen, besonders ausgeprägte U-Wellen und eine Reduktion der Amplitude der T-Welle weisen auf Kaliummangel hin, sind aber nicht spezifisch. Schwere Herzmuskel- und Herzklappenerkrankungen sind bei Anorexie- und Bulimie-Patientinnen vereinzelt beschrieben worden.

### **Adipositas:**

Häufig sind Belastungsdyspnoe und erhöhte Ermüdbarkeit. Arteriosklerotische Komplikationen wie Herzinfarkt und Schlaganfall treten bei den mit der Adipositas häufig vergesellschafteten Risikofaktoren für kardiovaskuläre Erkrankungen wie Hypertonie, Hyperlipidämie und Diabetes mellitus Typ II gehäuft auf.

Adipositas (vom androiden Typ) bildet als Leitsymptom zusammen mit einer Dyslipoproteinämie (erhöhte Triglyzeride, erniedrigtes HDL-Cholesterin), einer gestörten Glucosetoleranz bzw. Insulinresistenz und einem arteriellen Hypertonus das Metabolische Syndrom (†Tödliches Quartett†).

Ebenfalls gehäuft treten eine Herzinsuffizienz und eine schlafbezogene Atemstörung (SBAS bzw. Schlafapnoe-Syndrom) auf, die über eine Hypoxie und Hyperkapnie zur Polyzythämie und zum Cor pulmonale führen können.

Insgesamt kann in Abhängigkeit vom Grad der Adipositas und dem Lebensalter die Lebenserwartung im Vergleich zu Normalgewichtigen vermindert sein. Sinnvoll ist

neben der oft notwendigen symptomatischen Therapie dieser Erkrankungen die Behandlung der Adipositas, da hierdurch diese Erkrankungen günstig beeinflusst werden und sogar reversibel sein können.

### **Wasser- und Elektrolyt-Haushalt**

#### **Anorexie und Bulimie:**

Symptome des Austrocknens (Exsikkose) sind Müdigkeit, Durst, trockener Mund und Zunge, abhebbare Hautfalten, Schwindel, Zittern, Schwäche, Flimmern vor den Augen und Kreislaufkollaps. Durch Austrocknung kommt es zu einer Einschränkung der Nierenfunktion, messbar in einer Erhöhung der Rest-N-Werte. Durchfälle und Erbrechen führen zu

massiven Elektrolytverlusten, besonders zu Kalium-, Natrium- und Wasserstoffionen- bzw. Bicarbonat-Verlusten. Klinische Hinweise eines Kaliummangels sind Herzrhythmusstörungen, Darmträgheit, Muskelschwäche, Adynamie, Muskelkrämpfe, Kälteempfindlichkeit. Die Zufuhr von Elektrolyten und Flüssigkeit kann durch Mineralwasser, Obstsaftschorlen und reichlich Obst (vor allem Bananen und Aprikosen) erfolgen. Da sich die Hauptmenge des Körperkaliums im intrazellulären Raum befindet, spiegeln die Blutkalium-Spiegel nur sehr ungenau den Gesamt-Kaliummangel des Körpers wider; ergänzende Hinweise kann hier das EKG geben (Kaliummangel-EKG). Kalium wird in oraler Form nur sehr unzuverlässig resorbiert und ist in höherer Dosierung schlecht magenverträglich. Wegen Reizung der Wände peripherer Venen und der Gefahr (bei Applikation in einen zentralen Zugang), einen Herzstillstand auszulösen, kann es nicht in konzentrierter Form gespritzt werden. Bei stark erniedrigten Serum-Kalium-Werten unter 2,5 mval/l

wird Kalium am besten in Infusionen verdünnt gegeben. Wenn eine metabolische Alkalose vorliegt, z. B. als Folge von großen Verlusten an Salzsäure (HCl), wird KCl substituiert, weil bei anhaltender Alkalose Kalium sofort wieder vermehrt renal ausgeschieden wird. Bei metabolischer Azidose, die durch starke Bikarbonatverluste in Durchfällen entstehen kann, gibt der Serumkalium-Spiegel oft eine falsche erniedrigte Abbildung des Körper-Kaliums wieder, es kann sogar eine Hyperkaliämie bestehen und die Kaliumsubstitution sollte unterbleiben, bevor nicht der Säure-Basen-Haushalt ausgeglichen ist. Der Kaliumspiegel soll nur ganz allmählich angehoben werden, gewöhnlich über mehrere Tage, auch wenn die Verluste weiter andauern. Es hat sich bewährt, niedrige Kaliumwerte mit unauffälligem EKG im Sinne eines chronischen Kaliummangels zu interpretieren und oral zu substituieren, während Hypokaliämie mit entsprechenden EKG-Veränderungen als Krisenzeichen eines raschen Kaliumverlustes zu werten ist und sorgfältige Kaliumsubstitution unter stationären Bedingungen (unter Aufsicht) oral oder parenteral zu erfolgen hat.

Eine Natriumsubstitution kann erheblich unproblematischer peroral vorgenommen werden in Form von Kochsalz, z. B. in Klarer Brühe. Bei Muskel-, besonders Wadenkrämpfen trotz normalen Kaliumspiegels kann auch Magnesium notwendig sein. Langfristiger Calciummangel kann sich an brüchigen Fingernägeln und Haaren und an schlechten Zähnen bemerkbar machen; ein akuter Calciumverlust löst eher Hyperreflexie und Tetanieneigung aus. Da durch hormonelle Regulationsmaßnahmen der niedrige Serumcalciumspiegel durch eine Mobilisation des Calciums aus den Knochen angehoben wird,

was bei lang anhaltendem Calciummangel zur Osteoporose führen kann, ist der Blutspiegel nicht immer repräsentativ. Der Nachweis einer vermehrten Calciumausschwemmung wird durch die Messung von Calcium im 24-h-Urin geführt sowie durch die Bestimmung von Hydroxyprolin. Eine Calciumsupplementation kann zur Verhinderung einer Osteoporose notwendig werden. Die Nahrung darf dabei nicht zu eiweißreich und nicht zu phosphathaltig sein. Um Nierensteine zu vermeiden, muss eine ausreichende Flüssigkeitszufuhr garantiert sein. Eine Calciummangelsymptomatik, die sich durch Calciumgabe nicht beseitigen lässt, spricht für Magnesiummangel. Auch die Serumspiegel des Magnesiums repräsentieren nicht immer den Gesamtkörpermagnesiummangel.

Wenn bei einer unterernährten Patientin die Ernährung forciert und vor allem parenteral durchgeführt wird, kann es zu dem ›nutritional recovery‹-Syndrom kommen, welches durch Lethargie, Diarrhö, allgemeine Schwäche und multiple Elektrolytstörungen gekennzeichnet ist. Ein Charakteristikum ist die Hypophosphatämie. Die Nahrungsaufnahme sollte daher Schritt für Schritt und möglichst in oraler Form (gegebenenfalls per Sonde) wieder aufgenommen werden. Auch Mangel an Vitaminen und Spurenelementen kann durch verminderte Resorption bzw. vermehrte Ausscheidung auftreten. Wann immer möglich, sollen diese Stoffe mit der Nahrung aufgenommen werden. Unter den Spurenelementen soll bei Essstörungen besonders häufig Zink fehlen, da das klinische Bild eines Zinkmangels – hyperpigmentierte, trockene Haut, Schleimhauthragaden, stumpfes, trockenes Haar, Müdigkeit etc. – dem klinischen Erscheinungsbild vieler Essstörungen gleicht.

### **Adipositas:**

Bei der primären (alimentären) Adipositas gibt es keine typischen Veränderungen, außer im Rahmen von ohne ärztliche Überwachung durchgeführten Niedrigskaloriendiäten, ›Crashdiäten‹, verschiedenen Formen des modifizierten Fastens oder ›Nullidiäten‹.

Sollten Auffälligkeiten vorliegen, sollte die Möglichkeit einer sekundären Form der Adipositas bzw. des Einnehmens von Medikamenten zur Gewichtsreduktion in Betracht gezogen werden (s. Anamnese bei Adipositas). Häufig ist eine zu geringe Zufuhr von Flüssigkeit und Elektrolyten während der Gewichtsreduktion. Der hierdurch additiv auftretende Gewichtsverlust wird oft für ›echt‹ gehalten; die Risiken werden unterschätzt.

### **Magen-Darm-Trakt**

#### **Anorexie und Bulimie:**

Durch häufiges Erbrechen entstehen Mundwinkelrhagaden und Ulzerationen im Mundbereich. Übersäuerung und Mangelernährung lösen Zahnschmelzschäden aus. Auch die Ösophagusschleimhaut wird durch die Übersäuerung angegriffen. Magnesium-Aluminiumhydroxid-Präparate binden Salzsäure und lindern Sodbrennen, aber sie verstärken die Verstopfung gelegentlich und können die Resorption mancher Stoffe bei langfristiger Einnahme beeinträchtigen.

Im Hungerzustand ist die Darmmotilität herabgesetzt; das führt zu Völlegefühl, rascher Sättigung, Blähungen und Verstopfung. Hier helfen motilitätsfördernde Substanzen oder auch pflanzliche Kombinationspräparate. Durch Kaliummangel kann die Darmträgheit zusätzlich verstärkt sein. Bei häufigen Ess-/Brechattacken

können Speicheldrüsenschwellungen, u. U. mit einer Erhöhung der Speicheldrüsena Amylase, entstehen. Eine Behandlungsmöglichkeit ist bisher nicht bekannt. Ösophagus- und Magendilatationen sind häufig, Komplikationen wie Magenwandnekrose oder –ruptur dagegen sehr selten. Unter Laxantien kommt es außer zu den schon erwähnten großen Elektrolyt- und Flüssigkeitsverlusten auch zu Fettstühlen und zu Störungen der Pankreasfunktion mit Amylase und Lipaseerhöhung. Dick- und Dünndarm können eine Atonie bis hin zu Ileus entwickeln.

### **Adipositas:**

Häufig mit der Adipositas assoziiert ist ein Gallensteinleiden. Eine Leberverfettung ist bei der Adipositas ohne Alkoholkonsum selten. Häufig findet sich Obstipation, oft durch Bewegungsmangel verstärkt.

Da Bauchwandhernien gehäuft auftreten, kann es zu Komplikationen wie z. B. Inkarzerationen kommen. Aufgrund von Hiatushernien kann es zu Komplikationen wie z. B. einer Refluxösophagitis kommen.

## **Endokrines System**

### **Anorexie und Bulimie:**

Unterhalb einer kritischen Körperfettmenge tritt Amenorrhoe ein. Unabhängig davon besteht eine hypothalamische Zyklusstörung, die bei Frauen mit Anorexie schon vor der Gewichtsabnahme und auch bei bulimischen Frauen mit normalem Gewicht auftreten kann. Die Ansprechbarkeit von Hypophyse, Ovarien sowie der Erfolgsorgane ist nicht beeinträchtigt, es besteht nur eine Funktionsruhe. Die Amenorrhoe ist primär nicht behandlungsbedürftig, weil sie eine sinnvolle körperliche und psychische Reaktion darstellt, die den Körper vor zusätzlicher

Belastung schützt. Ausnahmen sind gegebenenfalls der Wunsch nach Kontrazeption und ausgeprägte Osteoporose. Der Östrogenmangel scheint dabei keineswegs der Hauptgrund für die Osteoporose zu sein. Den massiven Calciumverlusten bzw. Resorptionseinschränkungen, einer einseitig proteinhaltigen und auch phosphatreichen Nahrung, exzessivem Sport und den erhöhten Cortisol-Spiegeln mit ihren katabolen Auswirkungen scheinen die größere Bedeutung zuzukommen. Vor einer Hormontherapie steht daher der Ausgleich eines Calciummangels bzw. die ausreichende Supplementation mit 1000 mg/d bei reichlich Flüssigkeitszufuhr sowie Vitamin-D-Gabe. Wenn bei manifester Osteoporose weitere therapeutische Maßnahmen erforderlich sind, ist ein internistischer Spezialist hinzuzuziehen, dem außer Östrogenen auch andere Antiresorber wie Calcitonin und Vitamin-D-Hormone zur Verfügung stehen. Nachuntersuchungen bei früher anorektischen Frauen haben ergeben, dass zumindest ein Teil der unter schweren Essstörungen auftretenden Osteoporose reversibel ist.

Die Schilddrüsenfunktion ist durch das Low-T<sub>3</sub>-Syndrom gekennzeichnet, das klinische Merkmale wie eine Unterfunktion aufweist, aber keinesfalls mit Thyroxin behandelt werden darf, damit keine Thyreotoxikose induziert wird.

In der Nebennierenrinde wird eine vermehrte Cortisol-Produktion festgestellt, die durch Dexamethason nicht supprimierbar ist, sich aber nach Normalisierung des Gewichts wieder reguliert. Auffällig ist die Infektresistenz bei Patientinnen mit Anorexia nervosa trotz erhöhter Cortisolspiegel. Als Erklärungsmodell bieten sich an: Prolaktin als Schutzfaktor gegen die Glukokortikoidwirkung, das Endorphinsystem oder der Wegfall der Östrogene.

### **Adipositas:**

Bei der primären Adipositas gibt es keine typischen Veränderungen. Abweichungen können vorkommen: z. B. eine erhöhte Cortisolausscheidung im 24-h-Urin bei einer normalen Suppressibilität des Plasmakortisols im Dexamethason-Hemmtest. Andernfalls sollte an das mögliche Vorliegen einer sekundären Form der Adipositas gedacht bzw. die selbständige Einnahme von Medikamenten zur Gewichtsreduktion in Betracht gezogen werden.

Bei adipösen Frauen treten häufig Zyklusstörungen auf, und zwar entweder im Sinne einer hypothalamischen Oligomenorrhoe, häufig mit Anovulationen und Follikelpersistenz (reversible Ovarialzysten) oder im Sinne eines PCO-Syndroms. Dabei wird eine ovarielle und/oder adrenerge Hyperandrogenämie festgestellt, die eine zyklusgerechte Follikelreifung, Ovulation und Corpusluteum-Entwicklung beeinträchtigt.

### **Zentrales Nervensystem**

#### **Anorexie und Bulimie:**

Es sind zahlreiche, teils widersprüchliche Veränderungen der Neurotransmitter beschrieben worden. Die Opiatpeptide

sind an der Regulierung von Appetit und Sättigung, von Laune und Stimmung, von Schmerzwahrnehmung, Sexualverhalten und anderen Körperfunktionen beteiligt. Mit Naloxon, einem Opiat-Antagonisten, konnte man Appetit- und Gewichtsverlust erzielen. Bei anorektischen Frauen und bei bulimischen Frauen, die erbrechen, fand man erhöhte Endorphin-Spiegel.

Die Gabe von Antidepressiva ist nicht grundsätzlich auszuschließen. Sie kann vorübergehend in Krisensituationen stützende Wirkung haben, was jedoch nur für einen eher gering einzuschätzenden Teil der Patientinnen zutrifft.

### **Adipositas:**

Bei der primären Adipositas gibt es keine typischen Veränderungen. Bei neurologischen Auffälligkeiten sollte an das Vorliegen einer sekundären Adipositas gedacht werden.

Zu psychiatrischen Auffälligkeiten kann es bei zu rascher Gewichtsabnahme, mangelnder Flüssigkeits- oder Elektrolytzufuhr sowie bei vorbestehenden psychiatrischen Erkrankungen oder bei Einnahme von Medikamenten zur Gewichtsreduktion wie z. B. Amphetaminen (Psychosen) kommen.

### **4.1.5 Medizinische Behandlung während der Schwangerschaft**

In der Schwangerschaft werden Frauen mit Veränderungen ihres Körperbildes, ihrer Identität und ihrer Frauenrolle konfrontiert, was bei essgestörten Frauen bestehende Konflikte intensivieren kann. In der Behandlung schwangerer Frauen ist es vor allem wichtig, zu unterstützen und zu entlasten.



Komplikationen im Verlauf von Schwangerschaft und Geburt können sein:

**Bei Anorexie und Bulimie:**

- *Geringe Gewichtszunahme der Mutter*
- *Untergewicht des Kindes*
- *Hyperemesis gravidarum*
- *Fehlgeburt*
- *Hypertonie*
- *Frühgeburt, Totgeburt*
- *Reduzierte Fähigkeit, das Kind nach der Geburt zu stillen.*

**Bei Adipositas:**

- *Erhöhung der Häufigkeit der EPH-Gestose*
- *Häufigere Sectio caesarea*
- *Verlängerung des Geburtsvorgangs über 24 Stunden*

Einigen Frauen gelingt es, während der Schwangerschaft die Essstörungssymptomatik zu reduzieren. Zu beachten ist jedoch, dass manche – vor allem bulimische – Frauen aus Angst vor Gewichtszunahme die Salz-, Nahrungs- und Flüssigkeitszufuhr einschränken und weiter erbrechen. In diesen Fällen müssen Elektrolyt- und Stoffwechsellentgleisungen dringend behandelt werden. Die Betreuung von Schwangeren mit Essstörungen muss auf jeden Fall in enger Kooperation aller Behandelnden (Gynäkologe/-in, Psychotherapeut/-in, Internist/-in, Geburtshelfer/Hebamme) erfolgen.

## 4.2 Psychosoziale Beratung und Behandlung

Das Angebot an psychosozialen Hilfen für Patientinnen und Patienten mit Essstörungen ist sowohl unter strukturellen als auch unter inhaltlichen Aspekten vielfältig. Die inhaltlichen Schwerpunktsetzungen ergeben sich entsprechend den unterschiedlichen Grundannahmen der therapeutischen Schulen. Die psychodynamischen Therapierichtungen konzentrieren sich eher auf Bewusstmachung der Entstehungsbedingungen. Die verhaltenstherapeutischen und kognitiven Richtungen zielen auf Veränderungen des konkreten Essverhaltens, der Einstellung zum eigenen Körper und des Umgangs mit dem sozialen Umfeld ab. In der Regel umfasst die Behandlung sowohl die Symptomatik als auch die Funktionalität der Störung.

### 4.2.1 Ambulante Beratung

Ambulante Beratung bieten die speziellen Beratungszentren für Essstörungen, Frauen-, Jugend- und Drogenberatungsstellen und andere psychosoziale Beratungsstellen freier, kirchlicher oder staatlicher Träger an. Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter der Beratungsstellen bilden in der Regel ein multiprofessionelles Team. Die Beratung ist in vielen Fällen kostenfrei; manchmal wird eine geringe Kostenbeteiligung verlangt. Ein Krankenschein ist nicht erforderlich.

### **Zu den Aufgaben der ambulanten Beratung gehören:**

- *Psychodiagnostik und Abklärung der sozialen Situation*
- *Informationen über weitergehende psychotherapeutische Behandlung und Selbsthilfeangebote*
- *Klärung und ggf. Förderung der Behandlungsmotivation der Betroffenen und ihrer Bezugspersonen*
- *Hilfestellung und Unterstützung bei der Suche nach einem geeigneten ambulanten oder stationären Therapieplatz mit Klärung der Kostenübernahme*
- *Angebot von Hilfen, um Wartezeiten für einen beantragten Therapieplatz zu überbrücken*
- *Krisenintervention*
- *Beratung für betroffene Angehörige*
- *Kooperation mit den beteiligten Ärzten/-innen und Therapeuten/-innen.*

### **4.2.2 Ambulante Behandlung**

Ambulante Behandlungen bieten Beratungsstellen und –zentren mit fachspezifischen Therapieangeboten und langjähriger Therapieerfahrung, ärztliche und psychologische Psychotherapeutinnen und Psychotherapeuten unterschiedlicher therapeutischer Schulen an.

Ambulante therapeutische Behandlung kann in Form von Einzel-, Gruppen- und Familientherapie durchgeführt werden. Zwar ist Familientherapie insbesondere bei Kindern und Jugendlichen indiziert, doch ist die Einbeziehung von Bezugspersonen oft auch bei erwachsenen Patientinnen und Patienten sinnvoll. Vereinzelt gibt es auch spezifische Therapieangebote ausschließlich für Kinder und Jugendliche.

### **Bei entsprechender Indikation sind allgemeine Vorteile der ambulanten Behandlung:**

- *Verbleib der Betroffenen im gewohnten sozialen Umfeld*
- *Möglichkeit, das in der Therapie Erarbeitete im Alltag zu erproben und zu überprüfen*
- *Kontinuierliche Berücksichtigung und mögliche Einbeziehung des Bezugssystems*
- *Vielfalt therapeutischer Angebote vor allem in den speziellen Beratungszentren*
- *Geringere Behandlungskosten.*

### **Die Grenzen einer ausschließlich ambulanten Behandlung können in folgenden Fällen erreicht sein:**

- *Essstörungen in Kombination mit Suchtmittelmissbrauch oder -abhängigkeit*
- *Akute Mangerscheinungen bzw. -gefährdungen*
- *Instabile soziale Lebensumstände*
- *Akute Suizidalität*
- *Starke familiäre Verstrickung*
- *Bei Adipositas: festgefahrene und rigide Ess- und Kochgewohnheiten*

Manchmal kann eine Kombination von ambulanter und stationärer Therapie sinnvoll sein. Im Vorfeld der stationären Behandlung leistet die ambulante Therapie vor allem Krisenintervention, Motivationsförderung und die Erarbeitung realistischer Zielsetzungen. In der krisenhaften Zeit nach Entlassung aus einer stationären Einrichtung kann die ambulante Therapie als Bestandteil der Nachsorge bei der Umsetzung des Gelernten helfen. Wegen

der langen Wartezeiten ist es sinnvoll, rechtzeitig noch während der stationären Behandlung einen ambulanten Behandlungsplatz zu vermitteln oder Kontakt zu Selbsthilfegruppen und Beratungsstellen aufzunehmen.

Über die etablierten Behandlungsmöglichkeiten hinaus werden weitere Angebote wie z. B. therapeutische Wohngruppen erprobt.

### 4.2.3 Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlungen werden hauptsächlich in psychosomatischen Kliniken durchgeführt. Erst eine Klinik in Deutschland hat sich ausschließlich der Therapie von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen zugewandt, außerdem gibt es eine Tagesklinik ausschließlich zur Behandlung von essgestörten Menschen. Zudem gibt es Suchtkliniken, die die Behandlung von Patientinnen und Patienten mit Essstörungen in ihr Angebot aufgenommen haben. Einige Kliniken bieten auch Plätze für Frauen mit Kindern an. Leider gibt es nur wenige psychosomatische Kliniken für Kinder und Jugendliche, so dass die Behandlung oft in Kinder- und Jugendpsychiatrien erfolgt. Einige Kliniken machen bei Anorexie das Erreichen eines bestimmten Gewichts zur Aufnahmebedingung.

**Die Indikation zur stationären Behandlung ist analog zur ambulanten Therapie in jedem Einzelfall sorgfältig zu prüfen und abzuwägen. Das Erreichen des Therapieziels wird unterstützt durch:**

- *Herausnahme der Betroffenen aus dem gewohnten sozialen Umfeld*
- *Konzentration auf den Veränderungsprozess*
- *Vorgegebene Tagesstrukturierung in Kombination mit einem dezidierten Ess- und Bewegungstraining*
- *Veränderung bisheriger rigider Verhaltensgewohnheiten (Essen, Kochen, Bewegung)*
- *Vielfalt therapeutischer Angebote durch multiprofessionelle Teams (z. B. Psycho-, Soziotherapie, körperorientierte Verfahren, Ergotherapie, Ernährungsberatung)*
- *Rehabilitationsprogramme zur beruflichen (Wieder-)Eingliederung*

Eine besondere Form stellt die Zwangseinweisung von anorektischen Patientinnen in die Psychiatrie dar. Sie sollte nur als letztes Mittel bei offensichtlich lebensbedrohlichem Zustand in Betracht gezogen werden. Zu bedenken ist, dass drohende Zwangsmaßnahmen den Widerstand in der Regel massiv verstärken. Bei der Zwangseinweisung gelten die gesetzlichen Richtlinien zur Unterbringung psychisch Kranker. Die Unterbringung eines Kindes kann nur mit Genehmigung des Vormundschaftsgerichtes (§ 1631b BGB) erfolgen.

### Kostenübernahme

Die Kostenübernahme muss vor der stationären Maßnahme geklärt sein. Die Behandlungskosten übernimmt je nach Versicherungsstand und Dringlichkeit der Behandlung (akut, chronisch) der Rentenversicherungsträger, die Krankenkasse oder das Sozialamt.

#### 4.2.4 Psychotherapie

In der Behandlung von Patientinnen mit Essstörungen werden verschiedene psychotherapeutische Ansätze angewandt.

Erfahrungsberichte liegen insbesondere aus der Psychoanalyse, Verhaltenstherapie, den humanistischen psychotherapeutischen Schulen (u. a. klientenzentrierte Psychotherapie, rational-emotive Therapie, Psychodrama und Gestalttherapie), aus familientherapeutischen und körperorientierten Ansätzen vor. Da eine breite vergleichende Psychotherapieforschung fehlt, sind ausreichende empirische Belege zur differentiellen Indikation und Kontraindikation nicht vorhanden.

Die Frage, welche Therapieform im Einzelfall den größten Behandlungserfolg verspricht, wird entscheidend durch die Interessen der Patientin selbst, ihre soziale und ökonomische Lebenssituation, ihre therapeutischen Vorerfahrungen, die Dauer der Erkrankung und die regionale Versorgungssituation bestimmt.

##### **Hierzu einige Leitfragen:**

- *Welche subjektive Krankheitstheorie hat die Patientin selbst?*
- *Ist sie eher daran interessiert, Hintergründe der Erkrankung in ihrer Lebensgeschichte zu verstehen oder geht es ihr vor allem um die Veränderung der aktuellen Symptomatik?*
- *Hat sie therapeutische Vorerfahrungen und welche?*

Eine Patientin wird schwer zu einer bestimmten Behandlungsart zu motivieren sein, wenn sie aufgrund ihrer Annahmen über die Entstehung und Aufrechterhaltung der Erkrankung oder aufgrund früherer therapeutischer Erfahrungen meint, diese Behandlung könne ihr nicht nutzen. In solchen Fällen sollte gemeinsam mit ihr nach Alternativen gesucht werden. Frühere positive Erfahrungen stärken dagegen die Motivation, es mit einer bestimmten Methode oder einem bestimmten Vorgehen noch einmal zu versuchen. Außerdem sind sozioökonomische Aspekte zu berücksichtigen:

- *Wie alt ist die Patientin?*
- *Mit wem lebt sie zusammen?*
- *Ist sie erwerbstätig oder wirtschaftlich abhängig?*
- *Hat sie eine Familie zu versorgen und zu bekochen?*

Sozio-ökonomische Aspekte spielen insbesondere bei sehr jungen Frauen eine Rolle. Lebt die Patientin als Schülerin oder Auszubildende bei den Eltern und ist von ihnen finanziell abhängig, so ist unter Umständen zu einer Familientherapie zu raten. Adipöse Hausfrauen, die für ihre Familie kochen müssen, können häufig den Start in die Therapie nicht im häuslichen Umfeld leisten; für sie ist es hilfreich, mit einer stationären Therapie zu beginnen.

- *Welche therapeutischen Möglichkeiten stehen vor Ort zur Verfügung?*

Insbesondere in kleineren Orten besteht selten eine Wahlmöglichkeit zwischen Therapeutinnen und Therapeuten verschiedener Schulen, so dass unter Umständen eine stationäre Therapie hilfreicher sein kann.

Mindestens genau so wichtig wie die im einzelnen angewandte Methode ist die therapeutische Beziehung. Patientinnen sollten daher von der von den Krankenkassen finanzierten Möglichkeit der probatorischen Sitzungen Gebrauch machen und ausprobieren, ob sie mit einer bestimmten Therapeutin oder einem Therapeuten arbeiten möchten.

#### 4.2.5 Selbsthilfe

Selbsthilfe kann ein wichtiges Element bei der Bewältigung einer Essstörung sein. In Selbsthilfegruppen tauschen sich Betroffene untereinander aus, geben sich Informationen über Behandlungsmöglichkeiten und unterstützen sich beim Erlernen neuer Verhaltensweisen. Selbsthilfegruppen arbeiten in der Regel ohne fachliche Anleitung. Sie leben vom Engagement und der Aktivität aller Teilnehmenden. Die Teilnahme an Selbsthilfegruppen ist kostenlos; manchmal wird ein geringer Kostenbeitrag erhoben.

Für viele Betroffene ist die Zugehörigkeit zu einer Selbsthilfegruppe motivationsfördernd, um sich in eine Behandlung zu begeben. Die Teilnahme an einer Selbsthilfegruppe schließt die Teilnahme an einer Einzel- oder Gruppentherapie nicht aus. Sie kann auch auf einen stationären Aufenthalt vorbereiten oder zur Nachsorge eines Aufenthalts in einer psychosomatischen Klinik wertvoll sein.

In der Bundesrepublik Deutschland existieren mehrere Selbsthilfeorganisationen, die nach verschiedenen Konzepten arbeiten. Sinnvoll für Betroffene ist, sich über die verschiedenen Arbeitsweisen zu informieren, um eine für sie passende Gruppe zu finden.

#### **Positive Aspekte einer Selbsthilfegruppe können sein:**

- Entlastung
- Überwindung von Scham
- Herauskommen aus der Heimlichkeit
- Aktivierung und Gegensteuerung zur Isolation
- Aufbau von Beziehungen
- Stärkung der Eigenverantwortlichkeit und Autonomie
- Hilfestellung für den Alltag
- Austausch mit gleichfalls Betroffenen und gegenseitige Unterstützung.

#### **Überfordert sind Selbsthilfegruppen oft bei Menschen**

- in lebensbedrohlichem körperlichen Zustand
- mit extremem Gewicht mit notwendiger medizinischer Behandlungsindikation
- mit erhöhter Depressivität und akuter Suizidalität
- mit psychotischen Zuständen
- mit ausgeprägtem Suchtmittelmissbrauch.

Bei diesen können Selbsthilfegruppen die fachliche Behandlung keinesfalls ersetzen; sie geben jedoch wichtige Unterstützung bei Förderung und Aufrechterhaltung der Motivation.



# 5

**Literatur und Anschriften**

# Fachliteratur

## Allgemein:

### **Bruch, H. (1991)**

Essstörungen – Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht  
Frankfurt/M: Fischer Tb.

### **Buddeberg-Fischer, B. (2000)**

Früherkennung und Prävention von Essstörungen – Essverhalten und Körpererleben bei Jugendlichen  
Stuttgart: Schattauer

### **Dilling, H., Mombour, W. & Schmidt, M.H. (Hrsg) (1993)**

Internationale Klassifikation psychischer Störungen, ICD-10.  
Bern: Huber.

### **Franke, A. (2001)**

Essstörungen.  
In A. Franke & A. Kämmerer (Hrsg)  
Klinische Psychologie der Frau –  
Ein Lehrbuch (355 – 396)  
Göttingen: Hogrefe

### **Herpertz-Dahlmann, B. (1993)**

Essstörungen und Depressionen in der Adoleszenz  
Göttingen: Hogrefe.

### **Herzog, W., Munz, D. & Kächele, H. (Hrsg) (1996)**

Analytische Psychotherapie bei Essstörungen – Therapieführer  
Stuttgart: Schattauer

### **Munsch, S. (2003)**

Binge Eating – Kognitive Verhaltenstherapie bei Essanfällen.  
Weinheim: Beltz.

### **Orbach, S. (1980)**

Anti-Diät-Buch  
Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Esssucht  
München: Frauenoffensive.

### **Pudel, V. & Westenhöfer, J. (1997)**

Ernährungspsychologie – Eine Einführung  
Göttingen: Hogrefe.

### **Sass, H., Wittchen, H.-U. & Zaudig, M. (Hrsg.) (1996)**

Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen, DSM-IV  
Göttingen: Hogrefe.

### **Wardetzki, B. (1991)**

Weiblicher Narzismus – der Hunger nach Anerkennung  
München: Kösel.

## Anorexia und Bulimia Nervosa

### **Gerlinghoff, M., Backmund, H. & Mai, N. (1999)**

Magersucht und Bulimie. Verstehen und bewältigen  
Weinheim: Beltz.

### **Goebel, G. & Fichter, M. (1991)**

Anorexia und Bulimia nervosa –  
Krankheiten mit vielen Gesichtern  
Karlsruhe: Braun.

### **Schneider-Henn, K. (1988)**

Die hungrigen Töchter –  
Essstörungen bei jungen Mädchen  
München: Kösel.



## Anorexia Nervosa

### Bruch, H. (1980)

Der goldene Käfig.  
Das Rätsel der Magersucht  
Frankfurt/M: Fischer.

### Franke, A. (2003)

Wege aus dem goldenen Käfig –  
Anorexie verstehen und behandeln  
Weinheim: Beltz.

### Habermas, T. (1994)

Zur Geschichte der Magersucht – eine  
medizinpsychologische Rekonstruktion  
Frankfurt/M: Fischer.

### Klessmann, E. & Klessmann, H.-A. (1988)

Heiliges Fasten – heilloses Fressen –  
Die Angst der Magersüchtigen vor dem  
Mittelmass  
Bern: Huber.

### Selvini Palazzoli, M., Cirillo, S., Selvini, M. & Sorrentino, A. M. (1999)

Anorexie und Bulimie.  
Neue familientherapeutische Perspektiven  
Stuttgart: Klett-Cotta.

## Bulimia Nervosa

### Bauer, B.G., Anderson, W.P. & Hyatt, R.W. (2002).

Bulimie – Behandlungsanleitung für  
Therapeuten und Betroffene  
Weinheim: Beltz.

### Focks, P. (1994)

Das andere Gesicht – Bulimie als  
Konfliktlösungsstrategie von Frauen  
Frankfurt/M: Campus.

### Gröne, M. (1995)

Wie lasse ich meine Bulimie verhungern?  
– Ein systemischer Ansatz zur Beschreibung  
und Behandlung der Bulimie  
Heidelberg: Auer.

### Waadt, S., Laessle, R. G. & Pirke, K. M. (1992)

Bulimie – Ursachen und Therapie  
Berlin: Springer.

## Adipositas

### Deutsche Adipositasgesellschaft (1999)

Leitlinien der Deutschen Adipositas-  
Gesellschaft – Adipositas-Mitteilungen

### Ellrott, T. & Pudiel, V. (1998)

Adipositas-therapie – Aktuelle Perspektiven.  
Stuttgart: Thieme.

### LeBow, M. D. (1991)

Adipositas – Psychotherapie und  
Nachbehandlung von Übergewicht bei  
Erwachsenen  
Bern: Huber.

### Klotter, C. (1990)

Adipositas als wissenschaftliches und  
politisches Problem  
Heidelberg: Roland Asanger.

### Orbach, S. (1980)

Anti-Diät-Buch I – Über die Psychologie  
der Dickleibigkeit, die Ursachen von  
Essucht  
München: Frauenoffensive.

### Petermann, F. & Pudiel, V. (2003)

Übergewicht und Adipositas  
Göttingen: Hogrefe.

### Kuhn, D. (2001)

Big Gym – So macht Bewegung bei Über-  
gewicht (wieder) Spaß  
Marburg: Verlag im Kilian.

### Wirth, A. (1997). Adipositas

Epidemiologie, Ätiologie, Folgekrankhei-  
ten, Therapie  
Heidelberg: Springer.

# Literaturempfehlungen für Patientinnen und Patienten

**Baeck, S. (1994)**

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen – Ein Ratgeber für Eltern, Geschwister, Angehörige und Lehrer  
Freiburg: Lambertus

**Becker, K. (1994)**

Die perfekte Frau und ihr Geheimnis  
Reinbek: Rowohlt

**Beeken, C. & Greenstreet, R. (1998)**

Mein Körper, mein Feind  
Bergisch Gladbach: Lübbe

**Bruch, H. (1991)**

Essstörungen – Zur Psychologie und Therapie von Übergewicht und Magersucht  
Frankfurt/M: Fischer Tb

**Bruch, H. (1998)**

Der goldene Käfig – Das Rätsel der Magersucht (14.Aufl.)  
Frankfurt/M: Fischer

**Bruch, H. (1990)**

Das verhungerte Selbst – Gespräche mit Magersüchtigen  
Frankfurt: Fischer

**Franke, A. (2003)**

Wege aus dem goldenen Käfig – Anorexie verstehen und behandeln  
Weinheim: Beltz

**Gerlinghoff, M. (2001)**

Magersucht und Bulimie  
Weinheim: Beltz Tb

**Gerlinghoff, M., Backmund, H. & Mai, N. (1999)**

Magersucht und Bulimie – Verstehen und bewältigen  
Weinheim: Beltz

**Hornbacher, M (2001)**

Alice im Hungerland – Leben mit Bulimie und Magersucht  
Berlin: Ullstein

**Kuhn, D. (2001)**

Big Gym – So macht Bewegung bei Übergewicht (wieder) Spaß  
Marburg: Verlag im Kilian

**Lawrence, M. (1989)**

Satt und hungrig – Frauen und Essstörungen  
Reinbek: Rowohlt

**MacLeod, S. (1983)**

Hungern, meine einzige Waffe – Autobiographie einer Magersüchtigen  
München: Knauer

**Orbach, S. (1980)**

Anti-Diät-Buch I – Über die Psychologie der Dickleibigkeit, die Ursachen von Esssucht  
München: Frauenoffensive

**Orbach, S. (1983)**

Anti-Diät-Buch II – Eine praktische Anleitung zur Überwindung von Esssucht  
München: Frauenoffensive

**Orbach, S. (1987)**

Hungerstreik – Ursachen der Magersucht, neue Wege zur Heilung  
Düsseldorf: Econ

**Schimpf, M. (1995)**

Selbsteilung von Essstörungen – für langjährige Betroffene  
Ein Arbeitshandbuch  
Dortmund: borgmann publishing GmbH

**Seyfahrt, K. (2000)**

SuperSchlank? – Zwischen Traumfigur  
und Essstörungen  
München: Kösel

**Treasure, J. (2001)**

Gemeinsam die Magersucht besiegen  
Weinheim: Beltz Tb

**Valette, B. (1990)**

Suppenkaspar und Nimmersatt – Ess-  
störungen bei Kindern und Jugendlichen  
Reinbek: Rowohlt

**Vandereycken, W. & Meermann, R. (2000)**

Magersucht und Bulimie – Ein Leitfaden  
für Betroffene und Angehörige  
Göttingen: Huber

**Wardetzki, B. (2002)**

Iss doch endlich mal normal – Hilfen für  
Angehörige von essgestörten Mädchen  
und Frauen  
München: Kösel

**Wise, K. (1992)**

Wenn Essen zum Zwang wird – Wege aus  
der Bulimie  
Mannheim: PAL-Verlag

# Belletristik

## Literatur für Erwachsene:

**Atwood, M. (1986)**

Die essbare Frau  
Frankfurt: Fischer

## Literatur für Jugendliche:

**Antonis, J. (2001)**

Hunger nach weniger –  
Geschichte einer Magersucht  
Wien: Ueberreuter

**Hede, M. (1990)**

Spiegelblicke  
Würzburg: Arena

**Fehler, C. (2002)**

Dann bin ich eben weg –  
Geschichte einer Magersucht  
Aarau: Sauerländer

**Kleinschmidt, H. (1991)**

Anna will nicht essen  
Reinbek: Rowohlt

**Nöstlinger, Ch. (1983)**

Gretchen hat Hänschen-Kummer  
Hamburg: Oetinger

**Pressler, M. (2001)**

Bitterschokolade  
Weinheim: Beltz & Gelberg

**Schlipper, A. (1991)**

Finger in den Hals  
Düsseldorf: Patmos

**Zouari, F. (2000)**

Das Land, in dem ich sterbe –  
Die wahre Geschichte meiner Schwester  
Frankfurt/ Berlin: Ullstein Tb

# Wichtige Anschriften

**Auskunft über Anschriften von Beratungsstellen, Behandlungseinrichtungen und Selbsthilfegruppen erhalten Sie bei:**

## **Bundesfachverband Essstörungen e. V.**

Pilotystraße 6  
80538 München  
Tel. 089 / 23 68 41 19  
Fax 089 / 21 99 73 23  
E-Mail: [bfe-essstoerungen@gmx.de](mailto:bfe-essstoerungen@gmx.de)  
[www.bundesfachverbandessstoerungen.de](http://www.bundesfachverbandessstoerungen.de)

## **Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA)**

Ostermerheimer Straße 220  
51109 Köln  
Tel. 02 21 / 89 92-0  
Fax 02 21 / 89 92-3 00  
E-mail: [order@Bzga.de](mailto:order@Bzga.de)  
[www.bzga.de](http://www.bzga.de)  
(zu bestellen: Broschüren zum Thema Essstörungen für Betroffene (Nr. 35231002) und für Eltern, Partner, Angehörige, Freunde (Nr. 35231400).  
Telefonisch können Beratungsangebote erfragt werden über das Informations-telefon zur Suchtvorbeugung:  
02 21 / 89 20 31)

## **Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen (DHS) e. V.**

Westenwall 4  
59065 Hamm  
Tel. 0 23 81 / 90 15-0  
Fax 0 23 81 / 90 15 30  
E-Mail: [info@dhs.de](mailto:info@dhs.de)  
[www.dhs.de](http://www.dhs.de)  
(Informationsmaterial und Auskunft über regionale Beratungsangebote)

## **Im Internet:**

[www.magersucht.de](http://www.magersucht.de)  
[www.essprobleme.de](http://www.essprobleme.de)  
[www.hungrig-online.de](http://www.hungrig-online.de)

**Die Verbände der Freien Wohlfahrts-  
pflege, die örtlichen Gesundheitsämter  
und die Telefonseelsorge geben Ihnen  
gerne Hinweise auf Beratungsstellen in  
Ihrer Nähe. Auch im Telefonbuch sind die  
Beratungsstellen unter Suchtberatungs-  
stelle, Psychosoziale Beratungsstelle,  
Frauenberatungsstelle oder Jugend- und  
Drogenberatungsstelle zu finden.**





Deutsche Hauptstelle für Suchtfragen e.V.,  
Hamm

ISBN 3-937587-02-0

Die folgende Abbildung ermöglicht eine schnelle Bestimmung des BMI: Legen Sie ein Lineal auf die linke Skala und kennzeichnen Sie damit die Körpergröße (ohne Schuhe) und auf der rechten Skala das Körpergewicht (ohne Kleider). In der Mitte ergibt sich dann der Body-Mass-Index.

**Body-Mass-Index**

