

Übergewicht und Essstörungen – eine Einführung

Viele haben während ihres Lebens bereits ein- oder mehrmals Diäten ausprobiert; wann ist denn ein Diätverhalten problematisch? Problematisch wird das Diätverhalten vor allem durch die enge Verbindung zur Entwicklung eines gestörten Essverhaltens, das gerade durch die Regelmässigkeit und Häufigkeit von Diäten verändert wird. Einige Fachleute sprechen in diesem Zusammenhang bereits von «subklinischen Essstörungen», die sich durch chronische oder intermittierende Diäten, kombiniert mit gestörtem Essverhalten und der gedanklichen Überbeschäftigung mit Gewicht und Schlankeitsideal, auszeichnen (1).

Kurt Laederach-Hofmann,
Bettina Isenschmid

Zu den Anzeichen für solche Vorformen der Essstörungen gehören auch der Missbrauch von Substanzen wie Appetitzügler oder Abführmittel sowie exzessives Bewegungsverhalten (1). Klassifiziert werden diese Subformen bis anhin allenfalls unter «nicht näher bezeichneten Essstörungen» (EDNOS) im DSM-IV (2). EDNOS-Patienten werden häufig nicht als solche erkannt (3). Trotzdem scheint die Prävalenz zu zunehmen (4). Je nach Population der jeweiligen Untersuchungen wurde EDNOS in den letzten Jahren bei 6 bis 14 Prozent der Jugendlichen diagnostiziert (4, 5). Eine prospektive Studie (6) fand in einer Population adolenszenter Frauen bei 25 Prozent ein ernsthaft gestörtes Essverhalten.

EDNOS sind keine Essstörungen im klassischen Sinn. Die Bezeichnung Essstörungen gilt ursprünglich nur für Störungen des Essverhaltens, die die Diagnosekriterien der Klassifikationssysteme ICD-10 (7) und DSM-IV (2) erfüllen. Es sind dies die Krankheitsbilder Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Epidemiologisch zeigte sich in den letzten Jahren zwar für Anorexia nervosa eine relative Konstanz, für Bulimie jedoch eine kontinuierliche Zunahme (8). Bei beiden Störungen sind zu 95 Prozent Frauen betroffen (9); in den letzten Jahren wird auch bei Männern eine Zunahme dieser Störungen beobachtet (10, 11), sodass die Forschungsgruppe von Woodside und Garfinkel (12) bereits von einer geschlechtsspezifischen Ratio zwischen Frauen und Männern von 2,9:1 bei Patienten mit Bulimia nervosa oder Teilsyndromen mit Essattacken oder Esskontrollverlust spricht.

Störungen des Essverhaltens stellen in den westlichen Industrieländern ein grosses Gesundheitsproblem dar. Epidemiologische Studien weisen darauf hin, dass die Auftretenshäufigkeit in den letzten Jahren kontinuierlich zugenommen hat (13, 14). Als Hauptrisikogruppe für Anorexie gelten 15- bis 19-jährige Frauen, für Bulimie 20- bis 24-jährige Frauen. Anzeichen für Essstörungen gibt es indes bereits unter den 12- bis 15-jährigen Schülerinnen. Aber nicht nur Unter- und Fehlernährung stellen ein Problem dar. Noch weiter verbreitet als die bisher genannten Störungen und mit Sicherheit im Ansteigen begriffen ist das Übergewicht, das Männer stärker betrifft als Frauen, wobei die Betroffenenrate bei beiden Geschlechtern mit zunehmendem Alter ansteigt. Als Hauptrisikogruppe gelten über 50-jährige Männer. Im Jahr 2002 waren insgesamt 29,3 Prozent aller Schweizerinnen übergewichtig. Die alterskorrigierten Prävalenzen betragen für die Alterskategorie der 15- bis 34-jährigen Frauen 14,3 Prozent, für die Alterskategorie der 35- bis 49-jährigen Frauen 26 Prozent, für diejenige der 50- bis 64-jährigen Frauen 38,5 Prozent und für die Gruppe der über 64-jährigen Frauen 45,6 Prozent. Da bei Übergewichtigen in den meisten Fällen Störungen im

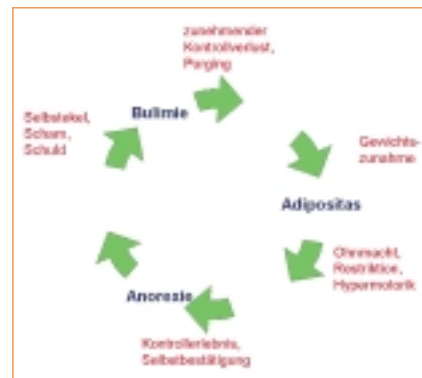


Abbildung: Verhaltenskreis des Essens mit klinischer Präsentation, kognitiven Kontrollmechanismen und emotionalen Zuständen. Die klinischen Bilder stellen sich als «Durchgangspräsentationen» derselben Grundverhaltensstörung des Essens dar. (Laederach-Hofmann & Isenschmid, Int C Eating Dis 1998)

Essverhalten vorliegen, betrachten wir – wie andere übrigens auch (15–18) – die Adipositas ebenfalls als Essstörung. So finden sich bei mehr als 50 Prozent aller übergewichtigen Patienten Episoden von unkontrollierbarem Heisshunger (19). Aus diesem Grund werden im Folgenden zusätzlich die Forschungskriterien der Binge Eating Störung aufgeführt. Es handelt sich dabei um eine neu kreierte Störungskategorie, die vorläufig in den Anhang des DSM-IV aufgenommen wurde.

Allen Essstörungen ist gemeinsam, dass Verhaltensprobleme sowie kognitive, emotionale und interpersonale Probleme eng miteinander verbunden sind (21, 22, 95). Betroffene versuchen verzweifelt, durch Manipulation von Nahrungsaufnahme und Körpergewicht psychischen Stress oder Anpassungsschwierigkeiten zu beheben oder zu regulieren. Die Patienten beschäftigen sich übermässig mit ihrer äusseren Erscheinung. Sie leiden unter einer tief verwurzelten Angst, dick zu sein oder zu werden. Das Verhalten und das Selbstwertgefühl hängen oft enorm oder sogar vollständig von der subjektiven Wahrnehmung der eigenen Figur und des eigenen Körpergewichts ab. Weitere gemeinsame Elemente sind emotionale Veränderungen wie Stimmungslabilität, depressive Symptomatik und psychosoziale Veränderungen, zum Beispiel Unbehagen beim Essen mit anderen Personen oder sozialer Rückzug und Isolation aufgrund des

abweichenden Essverhaltens (23, 18). Spezifische und Abgrenzungskriterien für die drei Störungskategorien sind nachfolgend aufgeführt.

Diagnostik und Assessment

Anorexia nervosa

Hauptmerkmale der Anorexie sind das anhaltende Streben nach Gewichtsverlust, die Weigerung, ein Minimum des normalen Körpergewichts zu halten sowie die Leugnung der Krankheit. Diagnosekriterien für Anorexia nervosa nach DSM-IV (2) sind:

A. Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergrösse normalen Körpergewichts zu halten.

B. Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts.

C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts; übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrads des gegenwärtigen geringen Körpergewichts.

D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhö, also das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen.

1. Restriktiver Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person keine regelmässigen Essanfälle gehabt oder hat kein Purging-Verhalten wie selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren gezeigt.

2. Binge-Eating/Purging-Typus: Während der aktuellen Episode der Anorexia nervosa hat die Person regelmässig Essanfälle gehabt und hat Purging-Verhalten gezeigt.

Für die Anorexia nervosa zeigte sich in Follow-up-Zeiträumen von bis zu 20 Jahren, dass etwa 30 Prozent der Fälle vollständig gebessert, 35 Prozent gebessert, 25 Prozent chronisch krank und 10 Prozent verstorben waren.

Bulimia nervosa

Kennzeichnend für Bulimie sind wiederholtes Auftreten von Essattacken, die mit einem Gefühl des Kontrollverlusts einhergehen und unmittelbar nach dem Essanfall auftretende gegenregulierende Massnahmen zur Gewichtskontrolle wie Erbrechen, Laxanzien, Diuretika und so weiter. Diagnosekriterien für Bulimia nervosa nach DSM-IV (2) sind:

A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Eine Episode von Essanfällen ist durch die beiden nachfolgenden Merkmale gekennzeichnet:

■ Verzehr einer Nahrungsmenge in einem umschriebenen Zeitraum (z.B. innerhalb von 2 Stunden), die erheblich grösser ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.

■ Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).

B. Wiederholte Anwendung von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Massnahmen, wie beispielsweise selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika, Klistieren oder anderen Arzneimitteln, Fasten oder übermässige körperliche Betätigung.

C. Die Essanfälle und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen drei Monate lang im Durchschnitt mindestens zweimal pro Woche vor.

D. Figur und Körpergewicht haben einen übermässigen Einfluss auf die Selbstbewertung.

E. Die Störung tritt nicht ausschliesslich im Verlauf von Episoden einer Anorexia nervosa auf.

1. Purging-Typus: Die Person induziert während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa regelmässig Erbrechen oder missbraucht Laxanzien, Diuretika oder Klistiere.

2. Nicht-Purging-Typus: Die Person hat während der aktuellen Episode der Bulimia nervosa andere unangemessene, einer Gewichtszunahme gegensteuernde Massnahmen gezeigt, wie beispielsweise Fasten oder übermässige körperliche Betätigung, hat aber nicht regelmässig Erbrechen induziert oder Laxanzien, Diuretika oder Klistiere missbraucht.

Bei der Bulimie ergab ein Follow-up nach fünf bis zehn Jahren, dass etwa 50 Prozent der Patientinnen vollständig gebessert, 30 Prozent teilweise gebessert (mit Rückfällen) und 20 Prozent chronisch erkrankt waren.

Adipositas

Der Begriff Adipositas bezeichnet keine Essstörung, sondern den Ausprägungsgrad von Übergewicht. Es wird keine Aussage zum Essverhalten oder bestimmten Einstellungen gemacht. Als Bewertungsmaßstab zur Beurteilung

des Körpergewichts werden der Body-Mass-Index (BMI) und der Bauchumfang verwendet. Forschungskriterien für die Binge-Eating-Störung nach DSM-IV (2, 24) sind:

A. Wiederholte Episoden von Essanfällen. Eine Episode von Essanfällen ist durch die beiden nachfolgenden Merkmale gekennzeichnet:

■ Verzehr einer Nahrungsmenge, die erheblich grösser ist als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum, unter vergleichbaren Bedingungen und in einer definierten Zeit (z.B. innerhalb von 24 Stunden) essen würden.

■ Das Gefühl, während der Episode die Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren (z.B. das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben).

B. Die Episoden von Essanfällen treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

■ wesentlich schneller essen als normal

■ essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl

■ essen grosser Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt

■ alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst

■ Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Depressivität oder grosse Schuldgefühle nach dem übermässigen Essen.

C. Es besteht deutliches Leiden wegen der Essanfälle.

D. Die Essanfälle treten im Durchschnitt an mindestens zwei Tagen der Woche während mindestens sechs Monaten auf.

E. Die Essanfälle gehen nicht mit dem regelmässigen Einsatz von unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen einher und treten nicht ausschliesslich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa auf.

Klinische Präsentation

Wegen der vielen Gemeinsamkeiten und Überlappungen gibt es recht selten den «typischen Fall» von Anorexie, Bulimie und Adipositas. Viele Patientinnen durchlaufen im Rahmen ihrer Erkrankung verschiedene Formen von Essstörungen (25). Adipositas zeigt in den meisten Fällen einen chronischen Verlauf (26). Sehr viele Übergewichtige sind in einem Kreislauf gefangen, in dem sich ein kurzfristiger Gewichts-

verlust mit früher oder später erfolgreicher erneuter Gewichtszunahme abwechselt.

Wie oben beschrieben, entsprechen viele Essverhaltensstörungen diesen Diagnosekriterien nicht, trotzdem gehören mittlerweile EDNOS zu den Störungen, die zunehmend ein gesellschaftliches Problem bedeuten. Dies nicht nur aufgrund der Zunahme der Krankheitshäufigkeit, sondern auch infolge der Verschiebung des Krankheitsbeginns auf das frühere Jugendalter (27), was zu einer erhöhten Gefahr von bleibenden körperlichen Schäden führen kann. So findet sich im Vergleich zu anderen psychiatrischen Krankheitsbildern bei Anorexia nervosa eine hohe Suizidrate und die höchste Mortalitätsrate (28–30).

Unklar bleibt bis heute die ausschlaggebende Konstellation verschiedener Risikofaktoren, die von einer Essverhaltens-Dysregulation zu einer manifesten Essstörung führen. Gemäss Aschenbrenner et al. (1) sind subklinische Essstörungsformen wie EDNOS für das Verständnis dieser Entwicklungsmechanismen zentral. Die Unterschiede zwischen Frauen, die Diät halten und keine Essstörung entwickeln und denen, die daran manifest erkranken, kann nur teilweise anhand von Untersuchungen Betroffener (Essgestörter) verstanden werden. Die bei PatientInnen mit klinischen Essstörungen häufig vorkommende Komorbidität mit anderen psychischen Störungen wie Depression (31), Angst- und Zwangsstörungen (32) oder Persönlichkeitsstörungen (33) könnten einen Hinweis für einen emotional-psychischen Risikofaktor liefern. Geklärt ist bis zum heutigen Zeitpunkt in diesem Zusammenhang zu wenig. Ebenso unklar bleibt bis heute die Entstehung der Körperschemastörungen, die eines der essenziellen diagnostischen Kriterien für eine Essstörung bedeuten. Beisel und Leibl (34) erachten zwei mögliche Ursachen als relevant. Einerseits könnte, so die beiden Autoren, die Störung des Körperschemas die Folge des Hungerns und von Diäten sein, andererseits würde ein prädispositionelles kognitives Defizit für den ursächlichen Faktor sprechen (34). Aschenbrenner et al. (1) versuchten in ihrer Arbeit, weitere Risikofaktoren zu identifizieren und fanden bei Gymnasiasten und Studenten eine unterschiedliche Ausprägung des gestörten Essverhaltens, das signifikant positiv mit der Häufigkeit restriktiver Mass-

nahmen aller Art korrelierte. Die Gefahr eines Substanzmissbrauchs mit verstärkt abnormem Essverhalten darf in diesem Zusammenhang nicht unterschätzt werden.

Die Kontinuumshypothese der Essstörungen

Entgegen früheren Annahmen werden Essstörungen aufgrund des oben beschriebenen fließenden Übergangs von verändertem über gestörtes bis manifest gestörtes Essverhalten als Kontinuum beschrieben. Kagan und Squires beschrieben 1984 erstmals die Idee der Kontinuumshypothese (35, 36). Inzwischen wurde diese in verschiedenen Populationen mit verändertem und gestörtem Essverhalten (subklinische bis klinische Essstörungen) mehrfach geprüft und bestätigt (37–39). Essstörungen wie Anorexie und Bulimie werden heute aus diesem Grund nicht mehr als einzige klinische Essstörungen betrachtet, sondern nebst EDNOS und anderen Essverhaltensstörungen mit anderen Gewichtsausprägungen in diesem Kontinuum eingereiht. Essverhaltensstörungsformen sind Krankheitsbilder, die ursprünglich zu den somatischen Störungsbildern gezählt wurden und aufgrund der progredienten Zunahme heute unter den Begriffen Übergewicht und Adipositas zunehmend an Bekanntheitsgrad gewinnen. Gemeinsam ist allen beschriebenen Krankheitsbildern die zentrale Problematik des Essverhaltens (16, 26). Besonders deutlich wird dies im Zusammenhang mit Episoden unkontrollierbaren Heisshungers (16), einer Form von Essstörung, die im DSM-IV bisher provisorisch in der Rubrik Binge-Eating-Störung klassiert wurde. Dabei beschreibt Binge Eating wiederholte Essanfälle, die durch die Merkmale des totalen Kontrollverlusts, deutlich erhöhter Essgeschwindigkeit und des Verzehrs massiv grösserer Nahrungsmengen in kürzester Zeit bis zu unangenehmem Völlegefühl geprägt sind. Anfälle dieser Art sind bei allen Essverhaltensstörungen sichtbar, weniger bei der Anorexie, besonders ausgeprägt hingegen bei Bulimie (40) und teilweise auch bei adipösen PatientInnen (41, 42). Hinzu kommen andere, noch nicht klassifizierte Störungen wie: Night Eating (nächtliches anfallsweises Essen), Problem Eating (Essen zur Spannungsminderung bei Problemen und emotionalem Upset), Craving (zwanghafte, unstillbare Gier nach Essen mit Einverleiben von Speisen, ohne

dass Hunger oder Sättigung eine Rolle spielen), Snacking (Zwischendurchessen) und Nibbling (ständiges, oft nahe am Zwang stehendes Naschen). Die beiden Letzteren sind besonders mit der Auflösung des normalen Mahlzeitenrhythmus verbunden. Eigentliche Hauptmahlzeiten existieren nicht mehr – es reiht sich «Zwischenmahlzeit an Zwischenmahlzeit». Von Betroffenen werden sie als höchst traumatisch beschrieben und führen zu starken Schuldgefühlen und zur Selbstabwertung. Bei Magenbandpatienten führen Binge-Eating-Störungen sogar zu schlechteren postoperativen Resultaten (43). Interventionsstudien zeigen, dass Patienten mit Binge-Eating-Störungen einer besonderen medikamentösen Behandlung bedürfen, damit die Essanfälle unter Kontrolle gebracht werden können (44). Im Versuch, die Kontinuumshypothese für die Patienten mit Normal- bis Übergewicht zu überprüfen, fanden Fitzgibbon et al. (45) eine Bestätigung dieser kontinuierlichen Sichtweise bei Patientinnen mit den Störungsbildern Adipositas, Binge-Eating-Störung und Bulimie sowie den zwei dazwischen liegenden Subgruppen «subklinisches Binge Eating» und «subklinische Bulimie». In einer Untersuchung zu latenten Kriterien der Essverhaltensstörungen fanden Williamson et al. (46) drei zentrale Merkmale: Binge Eating, Furcht vor Dicksein/kompensatorisches Verhalten und Trieb zum extremen Dünnssein, die ebenfalls für den fließenden Übergang der verschiedenen Ausprägungsformen aller Essstörungen sprechen.

Im klinischen Alltag zeigen Krankheitsverläufe vieler Patienten ausgeprägte restriktive, subklinisch anorektische Phasen während der Pubertät, die häufig von eher bulimischen und binge-eating-ähnlichen Phasen im jungen Erwachsenenalter gefolgt sind. Nicht selten liegen derartige Verläufe bei Adipositaspatienten vor. Ebenso können in klinischen Untersuchungen nicht selten Krankheitsverläufe mit graduellen Verlagerungen der Verhaltensstörungen von übermässigem Essen bis zu restriktivem Essverhalten erhoben werden. Essattacken sowie ausgeprägte Restriktion laufen häufig im Versteckten ab. Für das Umfeld oft als Einziges sichtbar ist die Veränderung des Körpergewichts und damit des Body-Mass-Index (BMI). Aufgrund der klinischen Erfahrungen mit essverhaltensgestörten Patienten und deren Krankheitsverläufen vertreten Laede-

rach und Isenschmid (47) ebenfalls die Theorie der kontinuierlichen Erfassung von Essverhaltensstörungen, wie diese mehrfach bestätigt wurde. Sie erachten jedoch die Dimension «zeitlicher Verlauf» als einen wesentlichen in der Kontinuumshypothese zu ergänzenden Faktor, der in den bisherigen Theorien vernachlässigt wurde. Dieser Zeitfaktor, der die Verlaufsgeschichte der Essstörungen in der Gewichtsentwicklung berücksichtigt, könnte in der Behandlung der aktuellen Essstörungsausprägung einen zentralen Aspekt in einer erfolgreichen Therapie darstellen.

Epidemiologie/Prävalenz

Anorexia nervosa

Betroffen sind etwa 1 Prozent der Mädchen im Jugendalter und der jungen Frauen; etwa 0,1 Prozent der Knaben im Jugendalter sowie der jungen Männer. Beginn der Anorexia nervosa schon präpubertär möglich (selten vor 10 Jahren), der Erkrankungsgipfel liegt bei 12 bis 16 Jahren.

Bulimia nervosa

Etwa 2 bis 4 Prozent der weiblichen Jugendlichen und jungen Frauen; etwa 0,5 Prozent der jungen Männer. Die Altersgruppe von 18 bis 22 Jahren ist am häufigsten betroffen.

Binge-Eating-Störung

Etwa 5 bis 10 Prozent der übergewichtigen Menschen, besonders bei Erwachsenen im mittleren Lebensalter (bei übergewichtigen Erwachsenen mit Teilnahme an Programmen zur Gewichtsreduktion bis 25%). Allgemein steigt die Rate an Binge-Eating-Störungen mit steigendem BMI; so leiden unter den Personen mit BMI über 35 kg/m² bis zu 40 Prozent unter einer Binge-Eating-Störung, bei solchen mit BMI 40 bis über 60 Prozent.

Psychiatrische Komorbiditäten bei Anorexie und Bulimie

Der Begriff Komorbidität bezeichnet das Vorkommen von zwei oder mehr diagnostisch unterschiedlichen Krankheiten bei/beim der gleichen PatientIn. Diese Krankheiten müssen nicht unbedingt in einem ursächlichen Zusammenhang zueinander stehen. Sowohl bei Anorexie als auch bei Bulimie sind solche komorbiden Störungen häufig vorhanden und müssen beachtet werden, da sie oftmals den Behandlungsplan entscheidend mit beeinflussen.

Depressive Verstimmungen kommen in 50 bis 75 Prozent aller PatientInnen mit Anorexie und Bulimie vor. Auch die manisch-depressive Erkrankung (bipolare affektive Störung) wurde in 5 bis 10 Prozent aller Fälle von Essstörungen beschrieben. Eine Reihe von PatientInnen mit einer Anorexia nervosa zeigen zwanghafte Züge beziehungsweise Zwangssymptome, die bei vielen PatientInnen schon vor der Entstehung der Essstörung vorhanden sind. Im Verlauf der Anorexie ist zwanghaftes Verhalten bei 25 Prozent zu beobachten. Dies bezieht sich oft auf die Beschäftigung mit Ernährung, Essen, Gewicht und sportlichen Übungen. Auch nach Erreichen eines Normalgewichts persistieren oftmals Zwangssymptome. Seltener finden sich Zwangssymptome bei PatientInnen mit einer Bulimie. Auch Angststörungen treten bei Essstörungen häufig auf. Besonders hervorzuheben ist hier die soziale Phobie, die bei der Bulimie oft schon im Vorfeld besteht.

Die Kombination einer Essstörung mit einer Persönlichkeitsstörung ist häufig (42–75%). Insbesondere wurden Verbindungen zwischen Bulimie und Borderline-Persönlichkeitsstörungen sowie ängstlich-vermeidenden Persönlichkeitsstörungen gefunden. Bei der Anorexie finden sich häufig Formen einer ängstlich-vermeidenden sowie einer zwanghaften Persönlichkeitsstörung. Bei essgestörten PatientInnen mit einer komorbiden Persönlichkeitsstörung finden sich auch überdurchschnittlich oft Depressionen und Suchtprobleme.

Wie bei anderen psychiatrischen Krankheiten wird der Zusammenhang zwischen sexuellem Missbrauch in der Kindheit und der Entwicklung einer Essstörung kontrovers diskutiert. In einer kürzlich publizierten Metaanalyse konnte jedoch ein kleiner, signifikanter Zusammenhang nachgewiesen werden. In jedem Falle soll diesem Thema im Umgang mit essgestörten PatientInnen umsichtig begegnet werden.

Differenzialdiagnose

Anorexia nervosa

Somatische Erkrankungen

- chronische Infekte (z.B. Tuberkulose, HIV)
- Gastrointestinale Krankheiten (Zöliakie [Sprue], Morbus Crohn, Colon irritabile, Laktoseintoleranz)
- endokrine Krankheiten (Diabetes mellitus, Diabetes insipidus, Hyperthyreose, Panhypopituitarismus)

- Malignome
- neuromuskuläre Krankheiten.

Psychische Erkrankungen

- Schwere Verlusterlebnisse/Trauerreaktion
- Depression
- Zwangsstörung
- Angststörung
- Schizophrenie
- Substanzen-/Medikamentenmissbrauch

Bulimia nervosa

Somatische Erkrankungen

Bei eindeutig selbstinduziertem Erbrechen sind in der Regel keine somatischen Erkrankungen in Betracht zu ziehen, sonst:

- gastrointestinale Erkrankungen (Gastritis, Ulkus, Magenkarzinom, Pylorospasmus)
- zentrale Erkrankungen (erhöhter Hirndruck (z.B. Hirntumor, Schädelhirntrauma)
- metabolische Erkrankungen (diabetisches Koma, hepatisches Koma, Urämie, Morbus Addison, Hyperparathyreoidismus, Phäochromozytom, aber auch Schwangerschaft)
- andere (Medikamentennebenwirkungen, Drogen, Herzinsuffizienz, Schwermetallvergiftung).

Psychische Erkrankungen

Bei selbstinduziertem Erbrechen:

- Anorexia nervosa mit bulimischem Verhalten
- Angst- und Zwangsstörungen
- Persönlichkeitsstörungen
- Minderintelligenz.

Diagnostik von Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

Anamnese Anorexie und Bulimie

Gewicht

- aktuelles Gewicht, höchstes Gewicht, tiefstes Gewicht, Zielgewicht
- Stabilität/Variabilität des Gewichts, Abhängigkeit von Life-Events
- Zufriedenheit mit aktuellem Gewicht, Wäghäufigkeit.

Essverhalten

- detaillierte Schilderung der Nahrungsaufnahme (inkl. Getränke) am Vortag
- Wie chaotisch ist das Essverhalten?
- Haupt- und Zwischenmahlzeiten erhalten? Normale Mahlzeit?
- Hinauszögern des Essens, Fastenphasen
- verbotene/erlaubte Nahrungsmittel

Übergewicht und Essstörungen

- Gebrauch Kalorientabelle, Nahrungswaage, Messbecher und so weiter
- Angabe von Hunger und Sättigungszeitpunkt.

Diätverhalten

- Fastenphasen, Diätpraktiken aktuell?
- frühere Diätphasen, Konsequenzen, Dauerdiät
- Bedingungen (privat, beruflich, sportlich), bei denen ein bestimmtes Gewicht erforderlich ist.

Fressanfälle

- Wie sieht der Anfall aus? Wie viel und welche Art von Nahrung wird verzehrt?
- Anfälle in Zusammenhang mit Mahlzeiten oder separat?
- Wodurch wird ein Anfall ausgelöst (Trigger: Gefühle, Zeit, Nahrungsmittel)?
- Was stoppt einen Anfall?
- Welche Gefühle, Gedanken und Rituale begleiten den Anfall?
- Frequenz, Dauer und Intensität der Anfälle
- Symptomfreie Phasen?

Anamnese (die nachfolgenden Ausführungen gehören zum Minimalset):

- Aktuelle Beschwerden (körperliche wie Leistungsintoleranz, Schwitzen, Gelenkprobleme)
- Essstörungen: Craving (KH, Fett, besondere Speisen), Binge Eating (Fressanfälle), Night eating (nächtliches Kühlschrankleeren), Problem Eating (Essen bei psychischen Problemen), Binge-purge (Essen und Erbrechen oder Dampurgitierung), Erbrechen alleine, andere Süchte (Alkoholkonsum, Nikotin)
- Gewichtsverlauf seit Kindheit
- körperliche Aktivität
- Abmagerungsversuche (Anzahl, Methoden, Diäten, Medikamente, Gewichtsschwankungen [Weight cycling])
- Begleiterkrankungen: Diabetes mellitus, Hypertonie, KHK, Arthrose, psychische, psychosoziale und psychosomatische Probleme, Hormonstörungen, Dyslipidämie, Gicht, Gallensteinleiden
- ausführliche persönliche Anamnese, Krebskrankheiten, kardiovaskuläre Krankheiten
- familiäre Belastung mit Brust- oder Unterleibskrebs, Gallensteinleiden, kardiovaskulären Krankheiten
- Vorstellungen des Patienten über: Zielgewicht, Zeitplan, Motivation, Ästhetik, Körperbild.

Status

- allgemeine internmedizinische Untersuchung
- Körpergewicht und -grösse, BMI, Blutdruck liegend/stehend (cave: Manschettengrösse; wenn Oberarmumfang über 34 cm, breite Manschette verwenden, unter 14 cm Kindermanschette verwenden!), Puls liegend/stehend
- Fettverteilungstyp: android, gynoid, cushingoid
- Waist-Hip-Ratio
- Abdominale Narben? Organomegalien?

Labor

- Routine-Nüchternblutentnahme: Blutbild (inkl. Lc-Diff und Tcy, ev. Reti), Na, K, Cl, Mg, Albumin, Transferrin, Ferritin, Kreatinin, Harnstoff, ALAT, ASAT, Gamma-GT, Alk. P, Amylase, Glucose nüchtern, Lipidstatus (incl. LpA), TSH, HbA_{1c}, Urinstatus
- Nach Rücksprache mit Oberarzt: Glucose-2h-Wert, fT3, fT4, venöse pH-Bestimmung, Cortisol basal oder Dexamethasonhemmtest, f-Testosteron, FSH, LH, Leptin, Östradiol und andere androgene Steroide (Methylprogesteron, Androstendion, Hydroxyprogesteron).

Zusatzuntersuchungen (nur bei spezieller Indikation):

- Ganzkörperdensitometrie zur Bestimmung von Fettmasse und Fettverteilung
- indirekte Kalorimetrie (in der ErnB)
- TRH-TSH-Test, Dexamethasonhemmtest, andere endokrinologische Tests
- Insulinresistenzbestimmung
- ANS-Testung.

Somatische Behandlung

Anorexia nervosa

Die somatische Behandlung ist integrativer Bestandteil jeder Behandlung von PatientInnen mit Anorexia nervosa. Das Ausmass und die Frequenz somatischer Kontrollen hängen vom Schweregrad ab. Dabei ist zu beachten, dass häufig aufgrund relativer anamnestischer Beschwerdefreiheit im somatischen Bereich der Schweregrad von nicht spezialisierten ÄrztInnen und PsychotherapeutInnen unterschätzt wird.

Folgende körperliche Untersuchungen sind grundsätzlich für die Verlaufsbeurteilung wichtig:

- regelmässige Gewichtskontrollen (un-

ter gleichbleibenden Bedingungen wie Gewichtsmessung in Unterwäsche bei entleerter Blase; wenn möglich immer in der gleichen Tageshälfte, um tageszeitliche Schwankungen zu vermeiden)

- bei jugendlichen Messung der Körpergrösse alle drei Monate
- Herzfrequenz und Blutdruck inklusive ANS-Test
- Elektrolytbestimmungen (Na, K, Ca, Mg, Phosphor):
 - während Nahrungsaufbau: mindestens einmal wöchentlich, bei raschem Nahrungsaufbau: mehrmals wöchentlich wegen der Gefahr des Refeeding-Syndroms (= Elektrolytstörungen während Nahrungsaufbau wegen vermehrter Insulinausschüttung und Volumenkorrektur mit Notwendigkeit zur Elektrolytsubstitution);
 - bei rezidivierendem Erbrechen: Häufigkeit der Elektrolytbestimmungen (v.a. Kalium) abhängig vom Ausmass des Erbrechens, bei mehrmaligem Erbrechen pro Tag in den ersten paar Wochen Kontrollen mehrmals wöchentlich empfohlen
- weitere somatische Verlaufskontrollen je nach klinischem Verlauf oder spezifischer Fragestellung
- Falls nach Erreichen eines geschätzten minimalen Normalgewichts \geq BMI 18,5 kg/m² für Erwachsene beziehungsweise BMI \geq (10. bis) 25. BMI-Perzentile bei Jugendlichen) die Menstruationsblutungen bei Frauen und Mädchen (sofern postmenarchal) nicht innerhalb von drei bis sechs Monaten wieder einsetzen: Gestagentest und eventuelle Kontrolle von Estradiol, FSH, LH, Prolaktin. Zu beachten: Allenfalls ist trotz Erreichen des geschätzten minimalen Normalgewichts ein weiterer schrittweiser Gewichtsanstieg nötig, um eine Normalisierung der hormonellen Funktionen zu erreichen. Zudem Schwangerschaftstest in Betracht ziehen!
- Je nach somatischem und psychischem Verlauf allfälliges Turn- und Sportverbot regelmässig überprüfen. Es wird empfohlen, sportliche Aktivitäten schrittweise wieder einzuführen (Kreislauftraining, Muskelaufbau, Osteoporoseprophylaxe!).

Vitamine, Mineralstoffe, Spurenelemente

Die Empfehlungen für die Supplementation von Vitaminen, Mineralstoffen und Spurenelementen sind unein-

heitlich. In klinischen Studien fand bei den Spurenelementen vor allem Zink Interesse. Die bisher publizierten Studien zur Wirksamkeit von Zinksupplementation bei Anorexia nervosa wurden jedoch unterschiedlich interpretiert.

Generell ist einer ausgewogenen Ernährung Priorität einzuräumen. Bei spezifischen Mangelzuständen (z.B. Vitamin B₁₂, Folsäure, Eisen, Kalium) wird eine entsprechende Supplementation empfohlen. Kalzium- und Vitamin-D-Supplementation wird hingegen allgemein empfohlen (Kombinationspräparat enthaltend 1000 mg Kalzium und 800 IE Vitamin D einmal täglich). Falls ein Multivitaminprodukt inklusive Mineralstoffen und Spurenelementen eingesetzt wird (kontrovers), so ersetzt dieses nicht eine ausgewogene Ernährung!

Osteoporoseprophylaxe und -therapie

Eine schwerwiegende Konsequenz und Komplikation der Anorexia nervosa ist die Osteopenie beziehungsweise Osteoporose mit erhöhtem Frakturrisiko. Die Knochendichte wird für klinische Fragestellungen normalerweise mittels DEXA-Osteodensitometrie (unter Berücksichtigung der Altersnormwerte bei Jugendlichen!) gemessen.

Der Östrogenmangel scheint nicht allein verantwortlich für die Verminderung der Knochendichte zu sein. Daneben spielen auch die genetische Disposition zu Osteoporose, die verminderte Muskelmasse und -aktivität, Hyperkortisolismus, IGF-1-Mangel und die verminderte Kalzium- und Vitamin-D-Zufuhr eine Rolle. Die lediglich bei starker kardiovaskulärer Beeinträchtigung (z.B. echokardiografisch dokumentierte Herzinsuffizienz) initial allenfalls indizierte Bettruhe ist wegen der Osteoporoseförderung durch körperliche Inaktivität zeitlich auf ein Minimum zu limitieren (wenige Tage). Von einer strikten Bettruhe zum Erreichen der Gewichtszunahme soll generell abgesehen werden.

Das wichtigste Element der Osteoporoseprophylaxe und -therapie ist zweifellos die Normalisierung des Körpergewichts (i.d.R. BMI $\geq 18,5$ kg/m² für Erwachsene bzw. BMI $\geq [10.-]25$. BMI-Perzentile bei Jugendlichen). Zusätzlich wird eine Kalzium- und Vitamin-D-Supplementation empfohlen (siehe oben).

Es gibt bis anhin keine klare Evidenz

für positive Effekte einer Hormonsubstitution auf die Frakturrisikoprävention beziehungsweise auf den Verlauf der Osteoporose bei Anorexia nervosa. Weitere prospektive Studien sind abzuwarten. Die Hormonsubstitution soll im Einzelfall je nach Dauer der sekundären Amenorrhö (z.B. länger als 12 Monate), hormonellen Abklärungen, Alter der Patientin (Vorsicht bei Hormonsubstitution mit hoch dosiertem Östrogengehalt bei jüngeren Jugendlichen wegen möglichen vorzeitigen Wachstumsabschlusses) und Resultat der DEXA-Osteodensitometrie diskutiert werden.

Bei sexuell aktiven Jugendlichen/Frauen soll zur hormonellen Antikonzeption vorzugsweise eine Mikropille mit genügend Östrogenanteil, minimal 30 µg Ethinylestradiol, gewählt werden.

Bei der präpubertären Anorexia nervosa mit zu erwartender Verzögerung des Pubertätseintritts sowie der Anorexia nervosa mit Pubertas tarda (primäre Amenorrhö im Alter von 15–16 Jahren) empfiehlt sich der Beizug einer Fachärztin für pädiatrische Endokrinologie und/oder Gynäkologie zur Abklärung der neuroendokrinen Achse. Eine medikamentöse Einleitung der Pubertät ist sehr sorgfältig zu evaluieren, da das Erreichen eines gesunden Gewichts der beste Garant für die Auslösung der Pubertät bietet und zudem die medikamentöse Einleitung der Pubertät negative Auswirkungen auf die Körpergrösse im Erwachsenenalter haben kann.

Bulimia nervosa

Folgende körperliche Untersuchungen sind grundsätzlich für die Verlaufsbeurteilung wichtig:

- regelmäßige Gewichtskontrollen (wenn möglich immer in der gleichen Tageshälfte, um tageszeitliche Schwankungen zu vermeiden)
- bei Jugendlichen Messung der Körpergrösse alle drei Monate
- Herzfrequenz und Blutdruck; bei Schwindel und/oder starken Gewichtsschwankungen auch Schellong-Test
- Elektrolytbestimmungen
- vor allem die Bestimmung von Kalium (Hypokaliämie wegen Erbrechen) sowie Natrium (bei V.a. Polydipsie)
- Häufigkeit der Elektrolytbestimmungen abhängig vom Ausmass des Erbrechens, bei mehrmaligem Erbrechen pro Tag sind in den ersten

paar Wochen mehrmals wöchentliche Kontrollen empfohlen

- je nach somatischem Verlauf allfälliges Turn- und Sportverbot regelmässig überprüfen.

Psychopharmakologische Behandlung

Anorexia nervosa

Die Wirksamkeit von Psychopharmaka bei Anorexia nervosa ist nicht eindeutig, sodass ihr Einsatz individuell beurteilt werden muss.

Antidepressiva werden vor allem in Erwägung gezogen bei anamnestisch der Anorexie vorausgegangener und persistierender Depression sowie anhaltend depressiver Verstimmung trotz ausreichender Gewichtszunahme. Es werden heute vor allem Antidepressiva vom SSRI-Typ (selektiver Serotonin-Reuptake-Inhibitor) eingesetzt. Aus klinischen Studien ergeben sich bis heute keine eindeutigen Hinweise, dass die Gabe dieser Medikamente bei Untergewicht (weniger als 10. BMI-Perzentile) den Heilungsverlauf beschleunigt oder verbessert. Es besteht eine gewisse Evidenz für eine geringgradige Wirksamkeit von SSRI (v.a. Fluoxetin wurde untersucht) in der Rückfallprophylaxe nach Erreichen eines minimalen gesunden Gewichts.

Bei ausgeprägter Zwangssymptomatik werden ebenfalls SSRI-Antidepressiva empfohlen. Klinische Studien vermochten die Wirksamkeit jedoch wiederum nicht klar zu belegen.

Bei extremer Gewichtsphobie, Körperschemastörungen und/oder selbstverletzendem Verhalten können auch atypische Neuroleptika in Erwägung gezogen werden. Auch hierzu ist die Evidenz für die Wirksamkeit in klinischen Studien noch nicht eindeutig nachgewiesen worden.

Bulimia nervosa

Im Gegensatz zu Anorexia nervosa konnte für Bulimia nervosa eine Wirksamkeit der psychopharmakologischen Therapie mit Antidepressiva vom SSRI-Typ nachgewiesen werden. Vor allem die Wirksamkeit von Fluoxetin wurde in klinischen Studien dokumentiert. Es sind in der Regel höhere Dosen notwendig als für die Behandlung einer isolierten Depression (Erwachsene: z.B. Fluoxetin 60 mg/Tag, einschleichende Dosierung). Auch für die Rückfallprophylaxe wurde eine geringgradige Wirksamkeit von SSRI dokumentiert.

Die übrige medikamentöse Therapie richtet sich nach allfällig pathologischen Laborparametern und der klinischen Pathologie (z.B. Substitution der Elektrolyte, insbesondere Kalium, oft in sehr hohen Dosen).

Therapiesetting

Die Indikationen zur ambulanten, teilstationären oder stationären Behandlung hängen ab vom Schweregrad der somatischen und psychosozialen Beeinträchtigung und nicht zuletzt auch von der Verfügbarkeit eines qualifizierten Therapieangebotes.

Die ambulante Therapie

Je nach Schweregrad der Erkrankung sowie therapeutischem Konzept der betreuenden Fachperson wird in der ambulanten Therapie zumeist eine interdisziplinäre Betreuung empfohlen, bei der die psychischen wie körperlichen Aspekte der Essstörungen gleichermaßen berücksichtigt werden. In der Regel sind verschiedene Disziplinen beteiligt. Kernpunkt der interdisziplinären Betreuung sind der regelmässige Informationsaustausch sowie das Finden eines Konsenses über das weitere therapeutische Vorgehen zwischen den verschiedenen betreuenden Fachpersonen. Weitere Ausführungen zur ambulanten Psychotherapie finden sich im Beitrag von lic. phil. M. Blank, (SZE 1/2008).

Die stationäre Therapie

Anorexia nervosa

Somatische Indikationen zur stationären Therapie

- kardial: Bradykardie < 40–45, arterielle Hypotonie (BD ≤ 80–85 mmHg systolisch, Achtung: prärenale Niereninsuffizienz), orthostatische Hypotension (Vergleich liegend – stehend: Pulsanstieg > 25–30/min und/oder BD↓ > 10–15 mmHg), Arrhythmien, verlängerte QTc-Zeit, Kardiomyopathie
- schwere Elektrolytstörungen
- Dehydratation
- Hypothermie < 36,0° C
- körperliche Schwäche, Schwindel, Konvulsionen
- verstärkte Konzentrations- und Aufmerksamkeitdefizite
- starker Gewichtsabfall (Gewicht < 75% des Durchschnittsgewichts für Alter, Geschlecht und Grösse)
- rascher Gewichtsabfall (> 10% in einem Monat)
- fehlendes Ansprechen der ambulanten Therapie

- andere medizinische/psychosoziale Notsituationen.

Bulimia nervosa

Somatische Indikationen zur stationären Therapie

- wie Anorexia nervosa; speziell Elektrolytstörungen, Dehydratation, körperliche Schwäche, Arrhythmien, andere medizinische Notsituationen
- unkontrollierbare Essattacken beziehungsweise unkontrollierbares selbstinduziertes Erbrechen
- Ösophagitis, Hämatemesis, Magentraktur.

Psychiatrische/psychosoziale Indikationen zur stationären Therapie bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa:

- Suizidalität
- fehlendes Ansprechen in der ambulanten Psychotherapie
- Zusammenbruch des psychosozialen Umfelds: hohe soziale Isolierung, Abbruch von Schule und Ausbildung, Verlust der Arbeitsstelle, Überlastung des Umfelds (Eltern, PartnerInnen)
- Verschlechterung des psychischen Allgemeinzustandes:
 - depressive Verstimmungen
 - zwanghafte Verhaltensweisen
 - überflutende Ängste
 - Ausufern der Symptomatik (stundenlanges Essen und Erbrechen)
 - starke Depersonalisationserlebnisse (Fremdheitsgefühle gegenüber dem eigenen Spiegelbild oder gegenüber eigenen Körperteilen)
 - starke Schlaflosigkeit
- Auftreten von selbstverletzendem Verhalten oder Substanzenabhängigkeit
- subjektives Gefühl des/r Betroffenen, es nicht mehr zu schaffen.

Die genannten Kriterien können im Rahmen des therapeutischen Triageprozesses als allgemeine Leitlinien dienen. Der Entscheid für eine Hospitalisation oder die Weiterführung des ambulanten Settings muss jedoch im Einzelfall mit allen Beteiligten immer wieder neu diskutiert und gefällt werden.

Konzepte der stationären Behandlung

Ist die Indikation für eine stationäre Therapie gegeben, so ist für den Therapieerfolg die Auswahl der am besten geeigneten Institution von zentraler Bedeutung. Die stationäre Therapie sollte wenn möglich in einer Klinik mit spezialisierten Fachpersonen erfolgen (www.netzwerk-essstoerungen.ch). Je nach

Hospitalisationsgrund wird die Wahl für eine stationäre Therapie und/oder eine somatische Krisenintervention auf eine akutmedizinische Klinik mit einer dafür spezialisierten Abteilung oder eine psychiatrische Klinik fallen (je nach Institution kann eine enge Vernetzung zwischen dem akutmedizinischen und dem psychiatrischen Team bestehen). Je nach Klinikprogramm wird eine wöchentliche Gewichtszunahme zwischen 0,5 und 1,5 kg angestrebt. Bettruhe über mehrere Tage soll vermieden werden (Gefahr der zusätzlichen Osteoporoseentwicklung!), ausser wenn die Bettruhe infolge somatischer Komplikationen indiziert ist. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit unter den verschiedenen Fachpersonen wird gefördert durch einen regelmässig abzuhaltenen Informationsaustausch des Teams sowie durch Konsensentscheide, die das weitere Vorgehen betreffen.

Auf Therapiestationen (vollstationär oder teilstationär) wird ein intensives psychotherapeutisches Programm angeboten, wie es für die Betroffenen angemessen ist. In der Regel ist das Programm multimodal konzipiert und besteht aus verschiedenen Elementen wie: Einzelpsychotherapie und Familiengesprächen, Gruppentherapien wie Körper-, Kunst- oder Musiktherapien sowie Milieuthérapie (Aufenthalt in der Gruppe der MitpatientInnen, Mitarbeit im «Haushalt») und symptom-spezifische Gruppen, in diesem Fall für PatientInnen mit einer Essstörung. Auf der Verhaltensebene wird an der Nahrungsaufnahme gearbeitet (Zusammenstellen der Mahlzeiten, kochen, essen etc.), die dahinterliegende psychologische Problematik behandelt und die psychosoziale Situation bearbeitet: Kontakt mit dem familiären Umfeld, Organisation von Schule oder Beruf. Oft ist nach langer sozialer Isolation der Kontakt mit den MitpatientInnen besonders wichtig und hilfreich.

Die Dauer der stationären Therapie ist abhängig vom Therapieverlauf. Der Zeitpunkt der Entlassung soll in der Regel nicht ausschliesslich von einem je nach therapeutischem Konzept allenfalls festgelegten Austrittsgewicht (möglichst BMI > 18,5 bzw. bei Jugendlichen > 10. BMI-Perzentile) abhängig gemacht werden, sondern auch das Essverhalten, die emotionale Stabilität und das Wiedererlangen der sozialen Kompetenzen des Patienten als Austrittskriterien berücksichtigen. Vor Austritt soll eine Gewichtsstabilisierung erfolgt sein.

Nach einer stationären Therapie ist eine ambulante Behandlung durch eine oder mehrere Fachpersonen mit hoher fachlicher Kompetenz unerlässlich.

Die teilstationäre Therapie

An manchen Orten besteht die Möglichkeit, eine Psychotherapie im Rahmen eines teilstationären Programms zu machen. Dafür sind folgende Voraussetzungen notwendig:

1. Grundsätzlich gelten die Indikationen wie für die stationäre Therapie, mit Ausnahme folgender Kontraindikationen: akute Suizidalität, vorherrschende Suchtmittelabhängigkeit oder psychotische Symptomatik, kritische körperliche Verfassung.

2. Der/die PatientIn muss gruppen- und vertragsfähig sein sowie über eine minimale soziale Einbindung verfügen (zum Übernachten, bei Krisen).

3. Die somatische Situation muss einigermassen stabilisiert sein, da die tagklinische Behandlung anstrengend ist und bei einem zu geringen Gewicht die Therapiefähigkeit infrage steht. Es ist jedoch nicht sinnvoll, eine rigide Gewichtslimite zu setzen; vielmehr ausschlaggebend ist das Gewicht im Zusammenspiel mit der Motivation, der psychosozialen Situation (Stabilität und Rückhalt im Umfeld) und des Allgemeinzustandes (kann bei gleichem BMI sehr unterschiedlich sein). Die Spanne des Mindestgewichts bewegt sich bei Erwachsenen in der Regel zwischen einem BMI von 14 bis 16 kg/m².

4. Eine gewisse Fähigkeit zur Selbstkontrolle ist notwendig, da sich die/der PatientIn abends und am Wochenende bei sich zu Hause aufhält (dies betrifft vor allem exzessives Erbrechen oder Sporttreiben).

Verlauf und Prognose

Die Anorexia nervosa beginnt typischerweise im mittleren Teenageralter. Oft steht am Anfang eine Essrestriktion im Rahmen einer Diät, die zunehmend ausser Kontrolle gerät. In einigen Fällen ist der Verlauf kurz und selbstlimitierend oder bedarf nur einer beschränkten therapeutischen Intervention. Bei anderen zieht sich die Störung über Jahre und erfordert ein breites Spektrum an Behandlungsbemühungen. Insgesamt zeichnete sich in den letzten Jahren ein günstigerer Heilungserfolg zumindest bei jüngeren Patientinnen ab. Bei zirka 25 Prozent der PatientInnen wird der

Verlauf jedoch chronisch mit persistierender somatischer und psychischer Beeinträchtigung und zeigt – trotz weitergehender Therapie – kaum positive Veränderungen. Auch bei günstigem Verlauf verbleiben oft Residualsymptome wie übermässige Beschäftigung mit Körperbild, Gewicht und Essverhalten. Häufig gibt es auch einen Wechsel vom restriktiven Essverhalten zu Fressattacken. In bis zur Hälfte der Fälle wird auch ein Übergang in eine Bulimia nervosa beschrieben. Als günstige Prognosefaktoren erwiesen sich ein frühes Erkrankungsalter sowie eine kurze Krankheitsdauer vor Therapiebeginn. Ungünstig sind eine lange Vorgeschichte ohne Behandlung, ein ausgeprägter Gewichtsverlust vor der Behandlung sowie bestehende Fress-Brech-Attacken. Erfreulicherweise konnte die Mortalitätsrate in den letzten Jahren gesenkt werden (mittlere Mortalitätsrate ca. 5%). Die meisten Todesfälle sind direkte Folge medizinischer Komplikationen oder geschehen durch Suizid. Die Morbidität hinsichtlich weiterer psychiatrischer Krankheiten ist hoch (siehe Kapitel *Komorbidität*).

Von vollständiger Genesung wird bei Anorexia nervosa gesprochen bei Wiedererlangen eines ausgewogenen und unbeschwerten Essverhaltens und dem Erreichen eines gesunden Gewichtsbereichs mit Wiedereinsetzen regelmässiger und spontaner Menstruationsblutungen (in der Regel korrelierend mit einem BMI 18,5 beziehungsweise bei Jugendlichen \geq [10.–] 25. BMI-Perzentile). Von Teilgenesung wird gesprochen, wenn ein normales Körpergewicht sowie normale Körperfunktionen erreicht werden, das Essverhalten, die Zwangsgedanken ums Essen/Körper sowie Gewichtsphobie jedoch persistieren.

Das Erstmanifestationsalter der Bulimia nervosa ist im Vergleich zur Anorexie höher. Die Behandlung findet meist erst nach längerem Krankheitsverlauf in der zweiten oder dritten Lebensdekade statt. Der Krankheitsbeginn ist oft mit dem der Anorexie vergleichbar. In etwa 25 Prozent der Fälle werden vorübergehend auch die diagnostischen Kriterien der Anorexie erfüllt. Katamnesestudien, die einen Zeitraum von fünf bis zehn Jahren übersehen, finden Remissionsraten von 30 bis 60 Prozent. Chronische Verläufe finden sich bei etwa einem Drittel der Patientinnen. Auch leiden viele über lange Jahre an Residualsympto-

men im Sinne einer atypischen Essstörung. Als prognostisch ungünstiger Faktor gilt eine längere Krankheitsdauer vor Behandlungsbeginn. Das Alter zu Beginn der Erkrankung scheint hingegen kein signifikanter Faktor zu sein. Kindliche Adipositas, ein niedriges Selbstwertgefühl, Schwere der Essstörung zu Beginn der Therapie sowie komorbide Störungen werden im Hinblick auf die Prognose widersprüchlich beurteilt. Die dokumentierte Mortalität ist deutlich niedriger als bei der Anorexie (0,5–1%); es muss jedoch wegen des meist normalen Gewichts mit einer erhöhten Dunkelziffer gerechnet werden.

Über den Verlauf atypischer Essstörungen, die nicht alle diagnostischen Kriterien für eine Anorexie oder Bulimie erfüllen, ist wenig bekannt. Aufgrund bisheriger Daten kann angenommen werden, dass auch hier langwierige Verläufe die Regel sind. Bei etwa der Hälfte dieser Patienten wird ein Übergang in eine Anorexie und Bulimie erfolgen.

Patientinnen mit Essstörungen wechseln nicht selten zwischen den diagnostischen Kategorien (Anorexie, Bulimie, atypische Essstörung) und Gewichtsbereichen hin und her. Auch die vergleichbare Psychopathologie weist darauf hin, dass gemeinsame Mechanismen zur Erhaltung der Essstörung über die Zeit beitragen. Es zeichnet sich immer klarer ab, dass nicht die einzelnen Essstörungen, sondern vielmehr die Gruppe der essgestörten Patientinnen insgesamt eine einheitliche diagnostische Kategorie darstellen. ■

Korrespondenzadresse:

PD Dr. med. Kurt Laederach-Hofmann
Dr. med. Bettina Isenschmid MME
ZAEP/ADIP
Poliklinik für Endokrinologie, Diabetologie und
Klinische Ernährung
Inselspital/ Universität Bern
3010 Bern

Literaturliste auf Anfrage bei der Redaktion erhältlich.