Essstörungen bei Jugendlichen

Seminar B6 an der 5. Fortbildungstagung des KHM, 30.–31. Oktober 2003, Luzern

Ein Bericht von Alexandra Röllin
Gegengelesen von PD Dr. Barbara Buddeberg-Fischer

Auch als Hausärztin oder Hausarzt wird man immer häufiger mit Essstörungen konfrontiert. Ein guter Grund, um sich zusammen mit zwei Fachfrauen – PD Dr. Barbara Buddeberg-Fischer, Abteilung für Psychosoziale Medizin des Universitätsspitals Zürich, und Dr. Bettina Zuppinger, Praxis für Kinder- und Jugendmedizin in Zürich – in dieses Thema zu vertiefen.

Essstörungen sind vorwiegend ein Problem von Mädchen und Frauen. Obwohl auch bei Männern Essstörungen zunehmen, sind immer noch 10mal mehr Frauen davon betroffen. Warum? Als mögliche Erklärung erwähnte Barbara Buddeberg das Zusammenspiel des gängigen Schönheitsideals mit der depressiven Stimmung, die in der Pubertät häufig vorhanden ist. Das Festhalten an Diäten ist für junge Frauen oft eine Möglichkeit, um mit der Selbstunsicherheit umzugehen, welche diesen Entwicklungsabschnitt charakterisiert. Ein Teufelskreis, der zu einer manifesten Essstörung führt, ergibt sich allerdings nur bei einer vorbestehenden psychischen Störung. Für eine multifaktorielle Genese sprechen auch folgende Zahlen: Während bis 30% der weiblichen Jugendlichen Diät halten, tritt eine Bulimie nur bei 3–5% auf, eine Anorexia nervosa gar nur bei 1%.

Zwei verschiedene Krankheitsbilder

Die Anorexie, welche bevorzugt im Alter von ca. 12–16 Jahren auftritt, ist durch einen Body Mass Index (BMI) unter der 15. Altersperzentile[1] definiert. Dazu kommen ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehendem Untergewicht. Die Betroffenen weisen meist eine gestörte Körperwahrnehmung auf. Körpergewicht und Figur haben einen übertriebenen Einfluss auf die Selbstbewertung. Das Ausmass bzw. der Schweregrad des geringen Körpergewichts wird verleugnet, weshalb häufig über eine lange Zeit eine Uneinsichtigkeit bezüglich notwendiger therapeutischer Massnahmen besteht. Als weiterer Faktor liegt entweder eine sekundäre Amenorrhoe vor, oder die Pubertätsentwicklung stagniert, weshalb die Menarche nicht eintritt. Darüber hinaus zeigen anorexiekranke Patientinnen häufig depressive, Angst- oder Zwangssymptome. Die jungen Frauen beschäftigen sich so sehr mit ihrer Essstörung, dass sie sich oft aus sozialen Kontakten zurückziehen. Die fehlende Krankheitseinsicht und das hilfeabweisende Verhalten sind für Betreuungspersonen nur schwer zu ertragen und tragen ebenfalls zur sozialen Isolierung bei. Die Bulimie weist tendenziell einen etwas späteren Krankheitsbeginn auf (15.–18. Lebensjahr). Charakteristisch sind Essanfälle mit Kontrollverlust, die teils stark aggressive Komponenten aufweisen. Die Gewichtskontrolle erfolgt mit Erbrechen, Laxantien und/oder Diuretika. Zwar kommen erhebliche Gewichtsschwankungen vor, doch in der Regel sind die betroffenen Frauen normalgewichtig, deshalb wird eine hohe Dunkelziffer vermutet. Bulimiekranke Frauen zeigen ebenfalls häufig andere psychische Symptome wie z.B. depressive und selbstdestruktive Züge oder Suchttendenzen. Ist das Schweigen der Betroffenen durchbrochen, zeigt sich meist ein starkes, von Scham und Ekel geprägtes Krankheitsgefühl.

1 Der aktuelle BMI kann über folgende Links errechnet werden: Arbeitsgemeinschaft Adipositas im Kindes- und Jugendalter (Eine Arbeitsgemeinschaft der Deutschen Adipositas-Gesellschaft): [http://www.a-g-a.de/modules.php?name=Bmi] oder [http://www.cdc.gov/nchs/about/major/nhanes/growthcharts/clinical_charts.htm]

Frühe Diagnose und engmaschige Kontrollen

Kinder- und Hausärzte müssen sich immer wieder vor Augen halten, dass ein kurzes Intervall zwischen Symptomentwicklung und Therapiebeginn einer der günstigsten prognostischen Faktoren ist. Deshalb ist die frühe Diagnose durch den Grundversorger entscheidend. Eine Essstörung wird selten direkt als Konsultationsgrund angegeben und wenn, dann meist von den Eltern. Vielmehr ist eine Sensibilisierung auf das Thema notwendig, um beim Vorschieben von anderen Erstkonsultationsgründen (Tab. 1) die zugrundeliegende Problematik zu vermuten. Bestehen solche Verdachtsmomente, sollte gezielt nachgefragt werden. Eine genaue Anamnese bezüglich Gewichtsverlauf, Ess- und Einkaufsgewohnheiten, Diäten, sportlicher Aktivität und sozialem Beziehungsnetz ist unerlässlich.

Tabelle 1.
Typische Erstkonsultationsgründe bei Essstörungen.

Zyklusstörungen (primäre oder sekundäre Amenorrhoe, Oligomenorrhoe)
Obstipation
Bauchschmerzen
Unklares Erbrechen, welches oft merkwürdig beschrieben wird
Fehlende Gewichtszunahme während des Wachstums
Kleinwuchs
Verzögerte pubertäre Entwicklung
Sozialer Rückzug, Traurigkeit, Lustlosigkeit

Natürlich muss auch ein genaues Ausgangsgewicht erhoben werden. Dies ist gelegentlich gar nicht so einfach, denn gefährdete Jugendliche versuchen sich dem Wägen mit allen möglichen Tricks zu entziehen. Bei begründetem Verdacht sind unbedingt engmaschige Verlaufskontrollen zu planen.
Nicht notwendig hingegen sind ausgedehnte laborchemische Abklärungen. Die Parameter verändern sich erst mit schlechtem Allgemeinzustand bei fortgeschrittener Erkrankung. Dann aber sind erhöhte Transaminasen oder ein beginnender Diabetes insipidus prognostisch sehr ungünstige Faktoren. Die gynäkologische Untersuchung dient vor allem dazu, das genitale Entwicklungsstadium festzustellen. Ausser beim Vorliegen von zusätzlichen Problemen besteht kein Grund für einen vollständigen gynäkologischen Status. Auch ein Gestagentest soll nur gemacht werden, wenn dieser sinnvoll ist, das heisst, wenn eine sekundäre Amenorrhoe vorliegt. Hingegen muss bei jeder länger bestehenden Anorexie zwingend eine Knochendichtemessung durchgeführt werden. Bei Bulimie ist eine zahnärztliche Untersuchung und Beratung zu veranlassen.

Tabelle 2. Grundsätze der «Anti-Diät».

Rhythmisierung der Essenszeiten – verhindert Heisshungerattacken.
Vorbereitung der Mahlzeit und kritische Beurteilung der Menge.
Übrige Esswaren vor Verzehr der Mahlzeit wegräumen.
Nicht in der Küche essen, Tisch decken, sich gemütlich zum Essen hinsetzen.
Langsames, bewusstes und ausgiebiges Kauen der Mahlzeit; Pausen einlegen; Sättigungsgefühl kommt erst nach 20 Minuten.
Auf Hunger- und Sättigungsgefühle achten. Keinen Bissen mehr essen als Appetit vorhanden, nicht aus «Gluscht» weiteressen.
Keine parallelen Aktivitäten während des Essens (Fernsehen, Radio, Zeitung etc.). Die Aufmerksamkeit soll beim Essen und bei den Körperempfindungen liegen.
Abschlussritual: z.B. sofort abräumen nach dem Essen, Tasse Tee oder Kaffee zubereiten, Zeitung lesen.

Erste Schritte in der Praxis

Wird die Diagnose einer Essstörung gestellt, so muss man der Patientin und ihrer Familie die Ernsthaftigkeit der Erkrankung klar kommunizieren und sie über die therapeutischen Möglichkeiten aufklären, die auch schon bei subklinischen Zustandsbildern indiziert sind. Ein Grundprinzip bei der Behandlung von Essstörungen besteht darin, ein normales Verhältnis zur Nahrungsaufnahme aufzubauen. Die Patientin muss lernen, wieder auf die eigenen Körpersignale zu achten. Ein Esstagebuch kann dabei wertvolle Hilfe leisten. Eine andere Möglichkeit ist das Verordnen einer «Antidiät» (Tab. 2) bei Bulimie. Wenn der aktuelle BMI bestimmt ist, müssen Zielgewicht sowie untere und obere Gewichtslimiten festgelegt werden. Ob dies schriftlich oder nur mündlich erfolgt, ist weniger wichtig. Entscheidend ist, dass ein klares Zeitfenster vorgegeben und klar abgemacht wird, welche Sanktionen (z.B. Hospitalisation) bei Nichteinhalten der Vereinbarungen erfolgen.
In fortgeschrittenen Fällen muss die Verabreichung von Ergänzungsnahrung wie beispielsweise Fresubine® erwogen werden. Bei persistierender Amenorrhoe darf man die Kalzium- oder Hormonsubstitution nicht vergessen – wobei die Akzeptanz der letzteren bei den Betroffenen allerdings gering ist. Bei schwer depressiver, zwanghafter oder bulimischer Symptomatik kann der Einsatz eines Antidepressivums vom SSRI-Typ notwendig werden. Diese Ent-

scheidung sollte jedoch in Kooperation mit einem Psychiater erfolgen.

Sich seiner Grenzen bewusst sein

Voraussetzung für die psychosomatische Behandlung in der hausärztlichen Praxis sind klar umrissene Ziele mit Zeitfenster. Tritt innerhalb von drei Monaten keine eindeutige Besserung ein, so muss die Überweisung zur Psychotherapie erfolgen. Besteht eine ausgeprägte psychiatrische Komorbidität, erfolgt die Überweisung sinnvollerweise bereits früher. Von diesem Moment an ist eine klare Trennung der Zuständigkeiten Bedingung – somatische Aspekte werden mit der Hausärztin, verhaltensorientierte Aspekte mit dem Psychotherapeuten besprochen.
In der Psychotherapie werden verschiedene Methoden eingesetzt. Der verhaltensorientierte Ansatz strebt primär eine Änderung des Essverhaltens an. Beim Jugendlichen ist in einer ersten Therapiephase eine Familientherapie sinnvoll, später wird jedoch meist eine konfliktverarbeitende Einzeltherapie notwendig. Bei ausgeprägter Körperbildstörung kann eine Körpertherapie in Betracht gezogen werden.
Die Prognose hängt neben der bereits erwähnten frühzeitigen Diagnosestellung vor allem vom Alter bei der Erstmanifestation, der psychiatrische Komorbidität und der Qualität der eingeleiteten Therapie ab. Bei der Anorexie ist eine stark zwanghafte Komponente besonders ungünstig.