

ESSSTÖRUNGEN IM KINDES- UND JUGENDALTER

ANOREXIA UND BULIMIA NERVOSA

➤ DIAGNOSTISCHE KRITERIEN

ANOREXIA NERVOSA:

- Körpergewicht mind. 15% unter dem erwarteten Gewicht oder BMI < 17,5 kg/m²
- Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch restriktives Eßverhalten und/oder erhöhte körperliche Aktivität, selbst induziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Appetitzügler oder Diuretika
- Körperschemastörung -> Selbstwahrnehmung als zu dick, Gewichtshobie -> krankhafte Furcht, dick zu werden
Festlegung einer sehr niedrigen Gewichtsschwelle
- Endokrine Störung Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse, Amenorrhoe
- Bei Beginn vor der Pubertät verzögerte pupertäre Entwicklung einschließlich des Längenwachstums, nach Remission häufig reversibel (manchmal nur partiell)

BULIMIA NERVOSA:

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier zu essen
- Mind. 2 Eßattacken pro Woche über 2 Monate mit Konsum hochkalorischer Nahrung in kurzer Zeit
- Kompensation einer Gewichtszunahme durch selbst induziertes Erbrechen, Mißbrauch von Laxantien, Appetitzügler, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika, zeitweilige Hungerperioden, übertriebene körperliche Betätigung
- Gewichtshobie
- Gewicht kann übergewichtig, normal oder adipös sein

➤ SUBTYPEN

- F 50.00 Anorexie ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
- F 50.01 Anorexie mit aktiven Maßnahmen zur Gewichtsreduktion
- F 50.1 Atypische Anorexie – Fehlen eines Kernmerkmals der Anorexie
- F 50.2 Bulimia nervosa
- F 50.3 Atypische Bulimie – Fehlen eines Kernmerkmals der Bulimie

➤ EPIDEMIOLOGIE

- ANOREXIE: Prävalenz 0,2-2%, 90% Frauen, Erkrankungsgipfel 15-23 Jahre, 10% im ausgehenden Kindesalter, bei Risikogruppen (z.B. Balletttänzerinnen, Fotomodelle) Prävalenz bis zu 25%
- BULIMIE: Prävalenz 2-4%, 95% Frauen, Erkrankungsgipfel 20-30 Jahre

➤ PATHOGENESE

- ANOREXIE: Genetische Komponente, kulturabhängige soziale Verstärkung, Verselbstständigung der Symptomatik ab einem bestimmten Gewichtsverlust, familiäre Einflüsse, komorbide depressive Symptome zusammen mit der körperlichen Beeinträchtigung selbsterhaltenden Effekt
- BULIMIE: Nachahmungseffekte, hohe Selbstansprüche und niedrig erlebte Selbsteffizienz, kulturabhängige soziale Verstärkung, familienanamnestisch depressive Episode und Suchterkrankungen, Mißbrauchserfahrungen

- **RISIKEN UND FOLGEN VON ANOREXIE UND BULIMIE**
 - ANOREXIE: Kachexie, Akrozyanose, Bradykardie, Schwindel, Kollapsneigung, Nierenschäden, Elektrolytstörungen, Zytopenie, Hautatrophie, Haarausfall, Lanugobehaarung, Dekubitus, Hormonstörungen (Geschlechtshormone ↓, Cortisol ↑, Wachstumshormone ↑), Amenorrhoe, Kleinwuchs, Osteoporose, reversible Hirnatrophie
 - BULIMIE: Elektrolytstörungen, Herzrhythmusstörungen, Tetanien, Ödeme, Zahnschmelzerosionen, Parotisschwellung, Pharyngitis, Reflux und Ösophagitis, Nephropathien, Zyklusstörungen, Amenorrhoe

INDIKATION FÜR EINE STATIONÄRE BEHANDLUNG SIND EIN BMI < 13,5 SOWIE SOMATISCHE KOMPLIKATIONEN, GESCHEITERTE AMBULANTE THERAPIE ODER SEHR SCHNELLE GEWICHTSABNAHME MIT KONTROLLVERLUST

- **DIFFERENTIALDIAGNOSEN**
 - ANOREXIE: Depressive Episoden, Zwangserkrankung, Persönlichkeitsstörungen, konsumierende körperliche Erkrankung, Hirntumoren, chronisch entzündliche Darmerkrankungen (am häufigsten Morbus Crohn)
 - BULIMIE: Substanzabhängigkeit und Störungen des Sozialverhaltens, Depressive Episoden, Persönlichkeitsstörungen, Erkrankung des oberen GI-Trakts
- **THERAPIE**
 - ANOREXIE:
 - Aufklärung, Förderung der Krankheitseinsicht
 - Gewichtssteigerung und –stabilisierung, Überwachung somatischer Parameter,
 - Festlegung eines Zielgewichts, Gewichtsverstärkerplan, Normalisierung des Essverhaltens Spiegeltraining
 - Kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie
 - Förderung der sozialen Kompetenz und Autonomie
 - BULIMIE:
 - Aufklärung, Förderung der Krankheitseinsicht
 - Gewichtsnormalisierung mit regelmäßigen Mahlzeiten, Führen von Ernährungstagebuch, Analyse der Essprotokolle, Erarbeiten von Verhaltensalternativen und Problemlösestrategien, Förderung der Selbstakzeptanz
 - Kognitive Verhaltenstherapie, Familientherapie
 - Evtl. zusätzliche medikamentöse Therapie mit Antidepressiva:
 - SSRIs (Fluoxetin, Fluvoxamin, Paroxetin, Sertralin) → Stimmungsaufhellung, Impulskontrolle, Reduktion des zwänglichen Verhaltens
 - Trizyklische Antidepressiva (Clomipramin)
 - ggf. Benzodiazepine (Diazepam) bei starker körperlicher Anspannung z.B. beim Essen
 - Substitution von Kalzium und Vitamin D
- **PROGNOSE**
 - ANOREXIE:
 - Mortalität von ca. 10 % (überwiegend im 3. Lebensjahrzehnt)
 - chronische Anorexie bei ca. 30%
 - partielle Besserung mit Rezidiven bei ca. 30%
 - Vollremission bei ca.30%

PROGNOSE IST UM SO BESSER, JE KÜRZER DIE ZEIT BIS ZUM BEHANDLUNGSBEGINN -> BEHANDLUNG VON FRÜHFORMEN WICHTIG

Übergang von Anorexie in Bulimie ca. 25%
Vollremission bei Bulimie bei ca. 50%
Langfristige psychotherapeutische Betreuung bei beiden Erkrankungen wichtig

WEITERE ESSSTÖRUNGEN:

F 98.2 Frühe Fütterstörung -> Nahrungsverweigerung und extrem wählerisches Essverhalten bei angemessenem Nahrungsangebot, Rumination (wiederholtes Heraufwürgen von Nahrung), mangelnde Gewichtszunahme

F 98.3 Pica -> anhaltender oder wiederholter Verzehr nicht essbarer Substanzen