

Oft gestellte Fragen zu Essstörungen

Magersucht (Anorexia nervosa), Ess-Brechsucht (Bulimia nervosa) und Essattacken mit Kontrollverlust (Binge Eating) gehören zu den bekanntesten Essstörungen. Auch krankhaftes Übergewicht (Adipositas) und nächtliches Essen (Night Eating) sind mit Essproblemen verbunden. Es sind meist lang dauernde Erkrankungen, die meist im Jugendalter beginnen. Magersucht und Bulimie zählen zu den häufigsten chronischen Erkrankungen im Kindes- und Jugendalter.

Zur Häufigkeit der Essstörungen: Wie viel Prozent der deutschen Bevölkerung sind von einer Essstörung betroffen?

Die Häufigkeit einer Erkrankung (Prävalenz) wird in Untersuchungen in unausgewählten Bevölkerungsstichproben festgestellt. Da in so manchen epidemiologischen Studien zu wenige Personen untersucht wurden, schwanken die Häufigkeitsangaben von Studie zu Studie beträchtlich.

Häufigkeit der Anorexia nervosa

In einer deutschen Untersuchung von Wittchen (1998) bei 14- bis 24-jährigen Frauen wurde Anorexia nervosa in einer Häufigkeit von 0,30% festgestellt (12-Monats-Prävalenz). Da die untersuchten Frauen das Risikoalter bis ca. 40 Jahre für die Krankheitsentstehung noch nicht erreicht haben, dürfte dies eine deutliche Unterschätzung sein. In einer großen Bevölkerungsstichprobe in den USA mit fast 3000 Personen kommen Hudson et al. 2007 in den USA zu einer Lebenszeit Prävalenzrate von 0,90% für Frauen im Alter von mindestens 18 Jahren. Hier sind auch Frauen im mittleren und höheren Alter in der Stichprobe enthalten, bei denen eine deutlich geringere Häufigkeit anzunehmen ist, so dass es sich auch hierbei um eine Unterschätzung der wahren Prävalenz im Hauptrisikoalter handeln dürfte. Zusammenfassend sind ca. 0,50% der Mädchen und Frauen im Risikoalter zwischen 15 und 35 Jahren an einer Magersucht erkrankt, (Punktprevalenz) Knaben und Männer in dem entsprechenden Alter wesentlich seltener.

Häufigkeit der Bulimia nervosa

Bulimia nervosa ist in der Bevölkerung in größerer Häufigkeit zu finden, als Anorexia nervosa. Die im Zeitquerschnitt vorhandene Häufigkeit von Bulimia nervosa in Deutschland liegt zwischen 0,70% (Wittchen et al. 1998) und 1,30% (Westenhofer 2001). In der bereits erwähnten großen epidemiologischen Bevölkerungsuntersuchung in den USA von Hudson lag die Häufigkeit von Bulimia nervosa im Zeitquerschnitt bei 0,50% und über die Lebenszeit bei 1,50% (bei Frau 18 Jahre und älter).

Häufigkeit der Binge Eating Störung

Zu diesem Krankheitsbild, bei dem Heißhungerattacken mit dem Gefühl des Kontrollverlustes bestehen, jedoch kein Erbrechen oder Abführmittelabusus vorliegt, gibt es nur wenig epidemiologische Untersuchungen. Nach den Ergebnissen der wenigen Untersuchungen die vorliegen, überwiegen zwar auch hier die Frauen, doch sind Männer hier durchaus auch häufiger betroffen. Nach den Ergebnissen der großen amerikanischen Bevölkerungsuntersuchung (Hudson et al.) waren im Zeitquerschnitt 1,6% der Frauen im Alter größer oder gleich 18 Jahren und 0,8% der Männer im selben Alter von der Erkrankung betroffen. Über die Spanne des Lebens (Lifetime) waren 3,5% der Frauen der genannten Altersgruppe und 2% der Männer dieser Altersgruppe von der Binge Eating Störung betroffen. Bei der Binge Eating Störung besteht bei den meisten Betroffenen Übergewicht oder Adipositas.

Häufigkeit des Night Eating Syndroms

Hier bestehen Essattacken die nachts auftreten, meist aus dem Schlaf heraus, ebenfalls verbunden mit dem Gefühl, die Kontrolle über das Essen zu verlieren.

Häufigkeitsangaben aus epidemiologischen Untersuchungen liegen dazu nicht vor.

Gibt es „klassische“ Frauen-Esstörungen oder „klassische“ Männer-Esstörungen?

Bei Magersucht und Bulimia nervosa sind wesentlich mehr Frauen als Männer betroffen. Die Magersucht kann als klassische „Frauen-Esstörung“ gelten. Der Erkrankungsbeginn ist meist vor, während oder nach der Pubertät, kann aber in Einzelfällen auch in späteren Jahren noch auftreten. Magersucht und Bulimia kommen etwa 15 Mal häufiger bei jungen Frauen im Vergleich zu jungen Männern vor.

Anders steht es mit der Häufigkeit bei Binge Eating Störung bei Männern und Frauen. Zwar ist diese auch bei Frauen etwas häufiger als bei Männern, denn

knapp zwei Drittel der Betroffenen sind Frauen. Gut ein Drittel der von einer Binge Eating Störung Betroffenen sind Männer.

Klassische Männer-Esstörungen gibt es nicht. Soweit Magersucht und Bulimia nervosa bei Männern vorkommen, ist das Schlankheitsstreben nicht ganz so ausgeprägt wie bei betroffenen Frauen.

Welche Ursachen bei Männern zu Essstörungen führen

Die Ursachen, die Männer zu Essstörungen führen, dürften weitgehend die gleichen sein, wie bei Frauen; mit einer Ausnahme: Über die letzten Jahrhunderte hat sich bei Frauen der Zeitpunkt des Auftretens der ersten Regelblutung um Jahre nach vorne verlagert. Die erste Regelblutung tritt heutzutage in einem deutlich früheren Alter auf. Man vermutet, dass nicht wenige der Mädchen in diesem Alter ungenügend auf die dann eintretende sexuelle Entwicklung vorbereitet sind und das Auftreten einer Essstörung dann sozusagen als „Notbremse“ wirkt. Bei einer Magersucht gehen die Hormonspiegel der Sexualhormone gegen Null und die sexuelle Libido erlischt. Diese Betrachtungsweise gilt letztlich auch für Männer, die um die Zeit der Pubertät eine Essstörung entwickeln. Mit der Essstörung können sie ihren sexuellen Druck herunterfahren. Bei Mädchen und Frauen ist sexueller Missbrauch deutlich häufiger, als bei Knaben und Männern. Frauen, die sexuellen Missbrauch erlebt haben, haben ein deutlich erhöhtes Risiko an einer psychischen Erkrankung zu erkranken.

Bei Männern können (deutlich anders als bei Frauen) Unsicherheiten in der sexuellen Entwicklung und Identität und sehr ausgeprägte sexuelle Ängste eine (Teil) Ursache für die Entstehung einer Essstörung sein.

Die gefährlichste psychische Erkrankung ist die Magersucht

Wie eine noch heute gültige Übersichtsarbeit im British Journal of Psychiatry 1997 zeigt, ist die Sterblichkeit (Mortalität) bei Magersucht weit höher als bei Schizophrenie oder Depression. An Magersucht sterben zumeist Frauen in relativ jungem Alter an den Folgen der Essstörung (Störung des Herzrhythmus, Nierenschaden, Untergewicht, Kachexie = krankhafte, starke Abmagerung) sowie ein Drittel durch Selbstmord. Im Langzeitverlauf über ein Dutzend Jahre und mehr sterben 12 bis 15% der Magersüchtigen und das in einem bestürzten jungen Alter. Die Gefährlichkeit der Erkrankung wird von den Betroffenen weit unterschätzt, da sie selbst im Anfangsstadium überhaupt kein und im weiteren Verlauf nur ein geringes Krankheitsgefühl haben. Dementsprechend untertreiben sie die tatsächlich vorhandenen Symptome auch gegenüber Verwandten,

Freunden und Ärzten, so dass auch diese oft das wahre Ausmaß der Erkrankung nicht erkennen können.

Welchen Erfolg die Behandlungen haben

Viele Essgestörte schaffen es im Laufe der Jahre und Jahrzehnte aus der Erkrankung herauszukommen, haben aber noch Verhaltensauffälligkeiten bezüglich Figur, Gewicht und Essen. Günstig sind die Erfolgsaussichten für Betroffene, wenn die Erkrankung noch nicht lange Zeit besteht (nicht chronisch), wenn keine andere weitere psychische Erkrankung (psychiatrische Komorbidität, z.B. Depression, Angsterkrankung, Zwangserkrankung) und keine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung vorliegt.

Wie hoch sind die Rückfallquoten der einzelnen Essstörungen?

Die Rückfallquoten sind bei Magersucht deutlich höher, als bei Bulimia nervosa und Binge Eating Störung.

Sicherung des Behandlungserfolges und Rückfallprophylaxe

Regel 1: Dafür sorgen, dass eine Behandlung so früh wie möglich, so kompetent wie möglich und so intensiv wie möglich erfolgt. Betroffene die in jungem Alter, z.B. mit 12 Jahren erkranken und sehr schnell einer Behandlung (z.B. stationäre Behandlung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie) zugeführt werden und dort von – mit dem Krankheitsbild vertrauten – Ärzten und Psychologen behandelt werden, haben eine gute Prognose.

Regel 2: „Dranbleiben“ – ein Rückfall ist keine Katastrophe. Wichtig ist es, dass der/die Betroffene „dranbleibt“ an der Therapie oder weitere erforderliche Therapiemaßnahmen mitmacht, bis sie oder er sich von der Krankheit befreit haben. In unserem Gesundheitssystem ist es auch derzeit noch ungünstig, dass nach Entlassung aus einer intensiven stationären Behandlung – z.B. in einer psychosomatischen Klinik – oft ein Loch entsteht, sei es weil die Betroffene sich nicht um eine weitere Therapie kümmert, zu ambivalent gegenüber einer weiteren Therapie ist oder im näheren Umfeld ein geeigneter, ambulanter Therapieplatz nicht gefunden wird. Einige Kliniken bieten Programme zur Rückfallprophylaxe an, nur ein Teil der Kliniken kann eine ambulante Weiterbehandlung anbieten.

Entscheidende Risikofaktoren, eine Essstörung zu entwickeln

Essgestörte neigen dazu, Konflikte und Probleme herunterzuschlucken, brav zu sein, sich wohl zu verhalten und anderen gegenüber gefällig zu sein. Dies ist ein Risikofaktor für die Entwicklung einer Essstörung. Viele Magersüchtige oder

Betroffene mit Bulimia nervosa fielen in ihrer Kindheit und Jugend durch ihre „Unauffälligkeit“ auf. Sie funktionierten, machten alles mit, klagten nicht und Familienangehörige, Lehrer, etc. hatten den Eindruck es sei alles in Ordnung.

Vermutlich gibt es auch genetische Risikofaktoren, insbesondere bei der Magersucht. Dies ist bekannt aus Untersuchungen an eineiigen im Vergleich zu zweieiigen Zwillingen unter der Betrachtung, ob nur einer oder beide der Zwillinge eine Essstörung entwickelte. Derzeit laufen auch molekulargenetische Untersuchungen, aus denen Einzelbefunde bereits veröffentlicht wurden, eine Gesamtschau aber noch nicht möglich ist.

Ein weiterer Risikofaktor ist das Auftreten von psychischen Erkrankungen in der Familie (Blutsverwandte) sowie das Vorliegen einer Depression oder Angsterkrankung bei der/dem Betroffenen.

Bewährte Therapieformen

Als Therapieformen unterscheidet man u.a. Einzeltherapie, Gruppentherapie, ambulante Therapie, tagklinische Therapie und stationäre Therapie. Gruppentherapie bewährt sich, wie in einigen Kliniken in Deutschland möglich, wenn Gruppen gleichartig Betroffener (alle haben Essstörung) zusammengestellt werden können. Sinnvoll ist es, Einzel- und Gruppentherapie zu kombinieren, was aber meist nur in speziellen Kliniken stationär möglich ist. Im ambulanten Bereich gibt es zu wenig Gruppenangebote.

Inhaltlich unterscheidet man verschiedene Therapien, wie z.B. Familientherapie, tiefenpsychologisch fundierte Therapie, Verhaltenstherapie. Weitere in der kassenärztlichen Versorgung zugelassene sind derzeit Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte Therapie. Für Bulimia nervosa gibt es eine große Anzahl von wissenschaftlichen Psychotherapiestudien, welche die Wirksamkeit von kognitiver Verhaltenstherapie belegen. Neuerdings gibt es einige Evidenzen, dass bestimmte Formen von Familientherapie bei jungen Jugendlichen – ambulant durchgeführt – sehr hilfreich sein können. Eine weitere Option ist die tiefenpsychologisch fundierte Therapie.

Wo Betroffene und deren Angehörige professionelle Hilfe finden

Der erste Schritt für Betroffene und/oder Angehörige wird sein, sich nach ambulanter Therapie umzusehen. Das nahe liegendste ist, sich beim Hausarzt nach geeigneten Psychotherapeuten zu erkundigen. Zwei inhaltliche Arten von Psychotherapie werden im Rahmen der Kassenärztlichen Versorgung über die Krankenkasse finanziert: Verhaltenstherapie und tiefenpsychologisch fundierte

Psychotherapie. Die Kassenärztliche Vereinigung stellt jedem Kassenarzt, aber auch jedem Laien, kostenlos Adressen von zugelassenen und approbierten Psychotherapeuten zur Verfügung. Es gibt eine Kassenärztliche Vereinigung in jeder Region sowie eine Bundeskassenärztliche Vereinigung in Berlin. Bei den Kassenärztlichen Vereinigungen kann man erfragen, welche Therapeuten zu dem Zeitpunkt, zu dem eine Therapie gesucht wird, einen Therapieplatz frei haben. Für jene, die einer stationären Behandlung bedürfen, gibt es mehrere psychosomatische Kliniken mit Spezialstationen für Essgestörte, so dass eine sehr gezielte und wirkungsvolle Therapie stattfinden kann.

Welche Begleiterkrankungen bei essgestörten Patienten auftreten

Häufig finden sich bei Essgestörten Depressionen und/oder Angsterkrankungen. Weiterhin können Folgeerkrankungen der Essstörung auftreten, wie z.B. Unterernährung, erhöhte Zerbrechlichkeit der Knochen (Osteoporose), Elektrolytstörungen, die zu Herzrhythmusstörungen und Nierenschaden führen, um nur einige zu nennen.

Die poststationäre Nachbetreuung mit Hilfe eines Internet-Chatrooms

Im Mai 2007 hat die Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck mit einem vom Bundesministerium für Forschung und Technologie geförderten Projekt zur Rückfallprophylaxe bei Magersüchtigen, die zuvor eine stationäre Behandlung mitmachten, begonnen. Die Teilnehmer erhalten Informationen übers Internet und nehmen an einem von einer Psychotherapeutin geleiteten Chatroom teil. Erste Ergebnisse werden 2010/2011 vorliegen.

Auch gibt es erste Erfahrungen mit SMS-Betreuung von Betroffenen und Therapieprogrammen auf CD, die die Betroffenen dann zuhause am Computer durcharbeiten können. Derartige CD-Selbsthilfeprogramme wurden von anderen und der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck evaluiert und sind definitiv wirksam und hilfreich bei leichteren Formen von Essstörungen.

Welche Rolle die Gene bei Magersucht und Bulimie spielen

Seit einem Dutzend Jahren ist die Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck an einer Serie molekulargenetischer Untersuchungen bei Magersucht und Bulimia, anfangs gefördert von der Price-Foundation – derzeit gefördert von dem US-amerikanischen National Institute of Health NIH – an multizentrischen Studien beteiligt. Ergebnisse aus Zwillingstudien aus früheren Jahren legen genetische Zusammenhänge nahe, insbesondere für Magersucht. In einer Veröffentlichung in Molecular Psychiatry 2003 fand sich eine auffällige Region auf dem menschlichen Chromosom 1p33-36, was auf Zusammenhänge mit dem

Botenstoff Serotonin im Gehirn und dessen Rezeptor 1D sowie dem Delta Opioid Rezeptor hinweist. Dieses Ergebnis muss in neuen, getrennten Untersuchungen repliziert werden, bevor man es gelten lassen kann.

Verlauf und Behandlungsdauer der Essstörungen

Die stationäre Behandlungsdauer bei Magersucht dauert durchschnittlich länger als die bei einer Betroffenen mit Bulimia nervosa oder der Binge Eating Störung. Auch dauert die Behandlung länger, wenn zusätzlich zur Essstörung (gleich welcher) eine ausgeprägte Persönlichkeitsstörung (z.B. Borderline Persönlichkeitsstörung) vorliegt.

Was Ärzte, Psychologen und die Kostenträger tun können, um den betroffenen Patienten eine noch bessere Behandlung anbieten zu können

Ärzte, Psychologen: Sich weiterbilden, sich informieren und/oder sich spezialisieren auf die Behandlung von Essgestörten. Bei diagnostischen Gesprächen an eine Essstörung denken und die richtigen Fragen stellen, da die meisten Patienten im Anfangsstadium spontan von ihrer Essstörung nicht berichten.

Kostenträger: Erkennen, dass eine früh einsetzende intensive Behandlung langfristig Kosten spart. Die Nichtbewilligung erforderlicher ambulanter oder stationärer Behandlung trägt zur Chronifizierung bei, was über Jahrzehnte die Kosten erhöht.

Nehmen Essstörungen zu?

Essstörungen haben im Vergleich zur ersten Hälfte des letzten Jahrhunderts, besonders in der zweiten Hälfte des letzten Jahrhunderts, erheblich an Häufigkeit zugenommen. In den letzten zehn Jahren ist die Häufigkeit von Essstörungen in Industrieländern – auf hohem Niveau – relativ stabil. In Ländern mit Armut sind Essstörungen sehr selten. Sehr selten sind Essstörungen auch bei Schwarzen in den USA. Wohlstand und Nahrungsüberfluss sind eine wesentliche Voraussetzung, dass anorektische und bulimische Essstörungen überhaupt entstehen können.

Die weltweite Charta für Essstörungen der DGEES

Die weltweite Charta für Essstörungen wurde von Experten und Betroffenen zusammen erarbeitet. Kernpunkt der Charta ist, dass hier auf die Rechte von Betroffenen und Angehörigen explizit hingewiesen wird und diese Rechte im Einzelnen erläutert werden. So haben Betroffene und Angehörige ein Recht, mit ihrem Anliegen ernst genommen und auf gleicher Augenhöhe behandelt zu

werden. Es ist keinesfalls überall selbstverständlich, dass essgestörten PatientInnen oder ihre Angehörigen einfühlsam und respektvoll behandelt werden. Sie haben ein Recht darauf, dass ihnen erklärt und erläutert wird, was das Ergebnis medizinischer Befunde und Explorationen ist und darüber aufgeklärt zu werden, welche Behandlungsmöglichkeiten bestehen. Sie haben ein Recht darauf, von qualifizierten Fachleuten behandelt zu werden, die mit diesen Krankheitsbildern vertraut sind. Die Deutsche Essstörungsgesellschaft setzt sich für diese Rechte der Betroffenen und Angehörigen ein.

Der Body-Mass-Index (BMI) bei krankhaftem Übergewicht

Der Body-Mass-Index wird berechnet, indem das Körpergewicht in Kilogramm dividiert wird durch das Quadrat der Körpergröße in Metern. Krankhaftes Übergewicht wird als Adipositas bezeichnet. Von Adipositas spricht man ab einem BMI von 30 kg/m².

1.70 m	Einteilung/BMI (kg/m²)	1.80 m
52-72 kg	Normalgewicht 18-24.9	58.3-80.7 kg
72-86.5 kg	Übergewicht 25-29.9	80.7-97 kg
86.5-101 kg	Adipositas Grad I 30-34.9	97-113 kg
101-115 kg	Adipositas Grad II 35-39.9	113-129.3 kg
> 115 kg	Adipositas Grad III ≥ 40	> 129.3 kg

Die Deutschen sind in Europa am dicksten

Nach einer neuen Studie der International Association for the Study of Obesity (IASO) liegen die Deutschen beim Übergewicht (BMI 25-30) mit beiden Geschlechtern auf Platz Eins der Europa-Rangliste: 52,9 Prozent der Männer und 35,6 Prozent der Frauen gelten nach den Standards der Weltgesundheitsorganisation WHO als übergewichtig. Adipös, also krankhaft fettleibig, sind weitere 22,5 Prozent der Männer und 23,3 Prozent der Frauen.

Als besonders problematisch gilt die stetige Zunahme der Adipositas und das bereits im Kindesalter. Als Beispiel Einschulungsdaten aus Erlangen (Knerr et al., 2005):

- Analyse der Einschulungsdaten von 2312 Kindern des Jahrgangs 1995/96 und von 2298 Kindern aus 2000/2001
- Insgesamt 4610 Kinder aus Stadt Erlangen und Landkreis Erlangen-Höchstadt
- Anteil nichtdeutscher Kinder 6,1 bzw. 6,9%
- Mittleres Alter 6,7 Jahre, 49% Mädchen

- Zunahme von Übergewicht und Adipositas von 6,3% auf 9,5% aller Kinder innerhalb von nur 5 Jahren!

Übergewichtige Menschen (BMI>25) in den 25 EU-Staaten
(Anteil an der Gesamtbevölkerung in Prozentangaben)

FRAUEN		MÄNNER	
58,9	Deutschland*	*Deutschland	75,4
58,5	Großbritannien	Tschech. Republik	73,2
58,0	Zypern	Zypern	73,0
57,6	Tschech. Republik	Griechenland	72,6
53,2	Österreich	*Malta	69,4
52,4	Finnland	Slowakei	69,0
51,2	Malta*	Finnland	67,8
51,0	Slowakei	Großbritannien	66,6
50,4	Lettland	*Slowenien	66,5
49,1	Ungarn	Irland	66,4
48,4	Irland	Österreich	65,6
48,0	Spanien	Belgien	63,0
47,6	Polen	Ungarn	62,9
46,5	Portugal	Luxemburg	60,9
46,0	Griechenland	Portugal	58,6
44,7	Slowenien*	Spanien	58,4
44,6	Luxemburg	Schweden	58,3
42,8	Estland*	*Litauen	57,6
42,4	Litauen*	Polen	56,4
41,0	Belgien	Niederlande	53,9
38,6	Niederlande	Dänemark	52,2
37,6	Schweden	Italien	51,4
37,3	Dänemark	Lettland	50,5
36,3	Frankreich*	*Frankreich	47,4
34,5	Italien	*Estland	45,7

* Nach eigenen Angaben

Quelle: International Association for the Study of Obesity

Adipositas....

- Ist nicht primär das Ergebnis von Willensschwäche.
- Ist durch das komplexe Zusammenspiel von Umweltfaktoren, verhaltensbezogenen Faktoren und von genetisch-biologischen Grundlagen mitbedingt.
- Adipositas hat den Stellenwert einer chronischen Erkrankung.

Im Februar 2007 hat sich das Europaparlament mehrheitlich dafür ausgesprochen, Fettleibigkeit als chronische Krankheit anzuerkennen. Das Europaparlament forderte die Regierungen dazu auf, dafür zu sorgen, dass die Krankenversicherungen für die Behandlung fettleibiger Menschen aufkommen. Alarmierend sei die Entwicklung bei Kindern: Jedes vierte Kind in der EU habe bereits Übergewicht – Tendenz steigend.

Das Behandlungskonzept bei Adipositas

Nach den Leitlinien der Deutschen Adipositas Gesellschaft (2006) basiert die Therapie der Adipositas auf fünf Säulen: Ernährung, Bewegung, Verhalten,

Medikamente und Operation. Die ersten drei Säulen, auch als Basisprogramm bezeichnet, sind bei einem BMI über 30 angezeigt, bzw. bei einem BMI über 25 mit entsprechenden Risikofaktoren. Medikamente sollten bei einem BMI über 30, bei einem BMI über 27 mit Risikofaktoren oder dann verabreicht werden, wenn der Gewichtsverlust in drei Monaten mit dem Basisprogramm nur fünf Kilogramm beträgt. Eine Operation sei nach den Leitlinien bei einem BMI über 40 oder einem BMI über 35 mit Begleiterkrankungen erforderlich.

Trotz der Vielzahl an Diätbüchern und anderer stark beworbener Ansätze zur scheinbar einfachen Gewichtsreduktion zeigt die epidemisch steigende Zahl Adipöser, dass diese Ansätze versagt haben. Die Forschung konzentriert sich auf das Individuum betreffende Therapieansätze, die nur zu geringen Gewichtsverlusten führen und keinen Effekt auf die Epidemie der Adipositas zeigen. Die epidemische Zunahme der Adipositas beruht auf Umweltfaktoren, individuelle Ansätze müssen zu kurz greifen. Hierzu die Ergebnisse einer Übersichtsarbeit (Jain, British Medical Journal, 2005; What works for obesity? www.unitedhealthfoundation.org/obesity.pdf):

- Ernährungs- und Bewegungstherapie bei adipösen Erwachsenen führen zu einem Gewichtsverlust von durchschnittlich **3-5 kg**.
- Medikamentöse Therapien führen ebenfalls zu einem Gewichtsverlust von durchschnittlich **3-5 kg**, der Effekt hält nach Absetzen des Medikaments nicht an.
- In den meisten Langzeitstudien zeigte sich, dass das Gewicht wieder zugenommen wird (Jojo-Effekt).
- In der Therapie von Kindern haben sich bisher keine Programme als langfristig erfolgreich erwiesen.
- Für Patienten mit Adipositas Grad III ist die chirurgische Therapie effektiv.

Diese Ergebnisse machen deutlich, dass man die Erwartungen an konservative Gewichtsreduktionsprogramme reduzieren muss. Deutliche Verbesserung von Stoffwechselfparametern können allerdings bereits nach nur geringem Gewichtsverlust von 5% bis 10%, auch wenn noch Übergewicht besteht, erzielt werden.

Wann bei Adipositas eine operative Behandlung angezeigt ist

Nach Angaben der Deutschen Gesellschaft für Adipositas müssen folgende Voraussetzungen für eine Operation erfüllt sein:

- BMI > 40 kg/m² oder > 35 kg/m² mit erheblicher organischer Komorbidität (z.B. Diabetes mellitus) bzw. Risikofaktoren.

- Konservative Behandlungsmöglichkeiten unter ärztlicher Aufsicht müssen ausgeschöpft sein.
- Das Operationsrisiko darf nicht inakzeptabel hoch sein.
- Die Patienten müssen ausreichend motiviert und vollständig aufgeklärt sein sowie
- ihr Einverständnis gegeben haben.

Welche Operationsmethoden gibt es?

Bei den verschiedenen Magen-Darm-Bypass-Techniken steht neben der Begrenzung der Nahrungszufuhr auch die sog. malabsorptive Wirkung, also eine Einschränkung der Verstoffwechslung der zugeführten Nahrung, im Vordergrund. Malabsorptive Techniken verkürzen die Verdauungspassage, sodass die Nahrung schlechter verwertet wird.

Bei der zweiten Methode wird ein sog. Magenband eingesetzt. Um den Magendurchmesser einzuengen, wird hierbei operativ um den Magenfundus ein Silikonband gelegt. Das Band ist mit Flüssigkeit gefüllt. Mit Hilfe eines Ports, der meistens nahe am Brustkorb angebracht wird, kann die Länge des Bandes mechanisch verändert und dadurch der Durchmesser der Öffnung beeinflusst werden.

Beide OP-Verfahren werden laparoskopisch durchgeführt, d.h. mit Hilfe von Instrumenten, die unter Kamerasicht durch kleine Schnitte in die Bauchhöhle eingebracht werden. Geringer Blutverlust und weniger Verletzungen der Sehnen, Muskeln und Gewebe sind Vorteile dieser minimal-invasiven Technik. Der Krankenhausaufenthalt dauert zwischen drei und sieben Tagen.

Erfolgsquoten der Operationen

Der Magenbypass gilt zwar als effizienter als das Magenband, ist aber nicht reversibel und birgt ein höheres Komplikationsrisiko in sich. Grundsätzlich ist ein Verlust von maximal 60 bis 80 Prozent des Übergewichtes möglich, wobei nicht alle Patienten an Gewicht verlieren. Der maximale Gewichtsverlust tritt erst nach ein bis zwei Jahren ein („honeymoon Phase“). Meistens stellt sich danach erneut eine Gewichtszunahme ein.

Ursachen und Behandlungsmethoden bei Night Eating

Über die diagnostischen Kriterien von Night Eating gibt es viel Unklarheit. Ursprünglich wurde von Stunkard 1955 eine Gruppe übergewichtiger Frauen beschrieben, die vor allem abends, vor dem zu Bett gehen, große Nahrungsmengen zu sich nahmen und unter morgendlicher Appetitlosigkeit litten.

Viel später kam erst das nächtliche Essen als Kriterium hinzu, also das Essen nach nächtlichem Erwachen (nocturnal eating). Es ist nicht unbedingt der Fall, dass eine Schlafstörung hier das primäre Symptom ist. Häufig findet man als Begleiterkrankungen Übergewicht und Adipositas, manche Patienten leiden an Parasomnien, wie Schlafwandeln oder dem restless legs Syndrom (neurologische Erkrankung mit Gefühlsstörungen und Bewegungsdrang in den Beinen). Über therapeutische Möglichkeiten ist derzeit noch wenig bekannt.

Diagnosekriterien der Binge Eating-Störung

Binge Eating ist gekennzeichnet durch das wiederkehrende Auftreten von Essanfällen. Ein Essanfall ist durch die beiden folgenden Merkmale charakterisiert: Es wird in einer umschriebenen Zeitspanne (z.B. innerhalb von zwei Stunden) eine Nahrungsmenge aufgenommen, die definitiv größer ist, als die meisten Leute in einem ähnlichen Zeitraum und unter ähnlichen Umständen essen würden. Zweitens ist ein Essanfall durch einen Kontrollverlust über das Essverhalten gekennzeichnet, z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder nicht kontrollieren zu können, was oder wie viel gegessen wird.

Darüber hinaus treten während der meisten Essanfälle mindestens drei der folgenden Verhaltensindikatoren für Kontrollverlust auf:

- Es wird schneller gegessen als normalerweise.
- Es wird soviel gegessen, bis es zu einem unangenehmen Völlegefühl kommt.
- Es werden große Mengen an Nahrung aufgenommen, obwohl kein Hungergefühl besteht.
- Es wird alleine gegessen, weil es als peinlich empfunden wird, so große Nahrungsmengen vor anderen zu sich zu nehmen.
- Die Person findet sich selbst nach einem Essanfall als abstoßend, fühlt sich niedergeschlagen oder sehr schuldig.

Die Essanfälle bewirken ein klinisch bedeutsames Leiden und treten durchschnittlich an mindestens zwei Tagen in der Woche und über eine Zeitspanne von sechs Monaten auf. Die Essanfälle stehen in keinem Zusammenhang mit regelmäßigem Kompensationsverhalten und treten nicht ausschließlich während des Verlaufs einer Anorexia nervosa oder einer Bulimia nervosa auf. Binge Eating unterscheidet sich von der Bulimie durch das Fehlen von kompensatorischen Maßnahmen wie selbst-induziertes Erbrechen, Abführmittel- oder Diuretikamissbrauch, striktes Fasten oder exzessive sportliche Betätigung.

Therapiemethoden und -erfolge bei Binge Eating

Psychotherapie ist die Therapie erster Wahl, wobei hier vor allem Evidenz für kognitiv-verhaltenstherapeutische Programme vorliegt. Die medikamentöse Therapie gilt als zweite Wahl, hier sind Antidepressiva von der Gruppe der Serotonin-Wiederaufnahmehemmer wirksam. Die Erfolgsquoten liegen bei der Binge Eating-Störung höher als bei der Bulimie, bis zu 50 % können zumindest kurzfristig nach der Therapie als symptomfrei gelten.

Wer von Binge Eating betroffen ist

Zur Therapie kommen fast ausschließlich Erwachsene. Man weiß aber, dass Binge Eating bei vielen Betroffenen bereits im Jugend- oder sogar Kindesalter beginnt. Binge Eating bei Kindern zu definieren und zu erheben, ist jedoch schwierig.

Therapiestudie zur ambulanten Psychotherapie (2007 ff)

Das kritische am bisherigen Behandlungskonzept in Deutschland ist die nach Sektoren aufgetrennte Therapie in Kliniken und niedergelassenen Therapeuten. Gerade bei der Magersucht, die häufig einen langen und z.T. chronischen Verlauf nimmt, bedarf es eines Gesamtbehandlungsplans, der über die einzelnen Therapiephasen reicht. Obwohl es unterdessen eine Reihe von Programmen für den stationären und teilstationären Bereich gibt, fehlen weitgehend Behandlungsmanuale für die ambulante Therapie. Gemeinsam mit der Universitätsklinik Heidelberg und internationalen Kooperationspartnern aus England und USA, hat die Universitätsklinik Tübingen ein spezifisches psychodynamisches Therapiemanual und ein neues verhaltenstherapeutisches Therapieprogramm entwickelt. Diese werden derzeit im Rahmen einer großen vom Bundesministerium für Bildung und Forschung mit über einer Mio. € finanzierten Therapiestudie mit der sogenannten ambulanten Standardtherapie in Deutschland verglichen. Hierzu werden in den kommenden drei Jahren ca. 250 PatientInnen mit einer Magersucht an neun universitären Zentren in Deutschland behandelt. Die Studienleitung liegt in Tübingen.

Da die Studie erst 2007 begonnen hat und jede Behandlung knapp ein Jahr (40 Stunden Einzeltherapie; eine Therapieeinheit dauert inkl. Wiegen und dem

Ausfüllen von begleitenden Fragebögen 75 Minuten) dauert, kann zu den Erfolgsquoten erst Ende 2009 eine ausreichend belegbare Antwort gegeben werden. Erste Rückmeldungen der Zentren zeigen aber trotz der bei der Anorexie meist ambivalenten Behandlungsmotivation eine gute Akzeptanz des Therapieangebots.

Die Kosten für die ambulante Therapie übernimmt im Rahmen der Studie das Bundesministerium für Bildung und Forschung. Sonst übernehmen die Kassen die ambulante Therapie (allerdings zumeist nicht an einem Behandlungszentrum, sondern nur bei niedergelassenen Psychotherapeuten).

Ist eine ambulante Therapie auch bei chronisch Kranken sinnvoll?

Das hängt u.a. von der körperlichen Ausgangssituation ab (chronisch auf niedrigem oder höherem Gewicht) und besonders von der Motivationslage. Die ambulante Therapie fordert zunächst eine höhere Eigenmotivation.

Wie ein Familienmitglied eine von Magersucht betroffene Person zum Essen bewegen kann

Es geht zunächst um das Erkennen und Benennen des Problems einer Erkrankung. Dann sollte im Rahmen der Therapieplanung überprüft werden, welche Schritte die Familie tun kann. Sinnvoll ist sicher zunächst eine klare und verlässliche Mahlzeitenstruktur zu gewährleisten, bei der nicht nur kontrolliert, sondern auch als Familie kommuniziert werden sollte.

Wie sich Familienmitglieder generell am besten verhalten sollen. Welches Verhalten ist richtig, was ist grundlegend falsch?

Familien sind nicht alle gleich, daher wird in der Universitätsklinik Tübingen bei jeder Patientin mit einer Essstörung ein gemeinsames Familien/Partnersgespräch durchgeführt. Dies hat u.a. eine diagnostische Funktion, um zu klären, welche dysfunktionalen Muster in der Familie vorliegen. Dann müssen je nach Lebensphase und zugrunde liegender familiärer Problematik gemeinsame Lösungsstrategien erarbeitet werden. In manchen Familien kann das bedeuten, dass Eltern mehr Verantwortung für ihre erkrankten Kinder übernehmen müssen, in anderen Familien geht es eher um die Unterstützung der Ablösung und Separation.

Ob der Behandlungserfolg grundsätzlich höher ist, wenn Familienmitglieder in die Therapie miteinbezogen werden, hängt sehr vom Alter und der familiären Konstellation ab. Generell kann man sagen, dass die Familie für jene Patientinnen, die

noch zu Hause wohnen, eine zentralere Rolle spielt und hier auch direkter in die Therapie berücksichtigt werden muss als bei älteren Patientinnen, welche die Ablösung bereits bewältigt haben oder bei denen die Familie konflikthaft verstritten ist oder sich in Auflösung befindet.

Welche familiären Faktoren Auslöser für eine Magersucht sein können

Es sind zwei Faktoren, die als familiäre Faktoren identifizierbar sind:

1. Familiärer Umgang mit Essen, Gewicht, Diät und Aussehen
2. Familiärer Umgang mit Grenzen, Konflikten und Gefühlen

Der erste Faktor kann die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper besonders in der vulnerablen Phase der Adoleszenz verstärken. Der zweite Faktor kann zu einem Problem bei der Entwicklung des Selbstwertgefühls und zu Autonomiekonflikten führen. Diese beiden Bereiche wiederum sind für die Entwicklung einer Essstörung bedeutsam.

Gibt es Medikamente gegen Magersucht?

Bislang gibt es kein Medikament, das die Magersucht selbst positiv beeinflusst – für die Rückfallprophylaxe gibt es Hinweise, dass eine bestimmte Gruppe von Antidepressiva (sog. SSRI's) unterstützend wirken können. Dennoch kann der Einsatz von Medikamenten, in Abhängigkeit von der psychischen Begleitsymptomatik sinnvoll sein.

Kann die Magersucht für immer überwunden werden?

In Langzeituntersuchungen konnte gezeigt werden, dass zw. 50 – 60 % der Anorexie-Patientinnen eine vollständige Heilung erreichen. Falls die Magersucht nicht so deutlich ausgeprägt ist und rasch eine kompetente Behandlung eingeleitet wird, ist die Prognose deutlich besser.

Forschungsprojekt zum Thema „kognitive Mechanismen bei Körperbildproblemen“ (2007 ff)

In dem von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) geförderten Projekt geht es darum, bei Patientinnen mit verschiedenen Essstörungsdiagnosen – also Magersucht, Bulimie, Essanfallsstörung (Binge Eating Störung) – Blickmuster zu erfassen, die für die Aufrechterhaltung von Essstörung relevant zu sein scheinen. Zum Beispiel ergeben sich Hinweise darauf, dass Patientinnen mit Essstörungen bei Betrachtung ihres Körpers länger und häufiger auf jene Körperzonen schauen, mit denen sie unzufrieden sind. Dieses einseitige Blickmuster kann Unzufriedenheiten mit dem Körper verfestigen oder verschlimmern. Demgegenüber scheinen gesunde Frauen ein Blickmuster zu haben, das der Gesundheit förderlich ist, das heißt, dass sie sich bei der Körperbetrachtung auch und gerade auf jene Körperzonen konzentrieren, mit denen sie zufrieden sind, gleichzeitig aber auch den Körper in seinen Unvollkommenheiten betrachten können, ohne eine Schreckreaktion zu zeigen. Derartige

Aufmerksamkeitsprozesse sind bisher aber kaum systematisch untersucht worden; die Erkenntnisse könnten aber wichtige Impulse für die Optimierung der Therapie von Körperbildstörungen geben.

Die Auswirkungen von Castingshows wie „Germany’s next Topmodel“ auf essgestörte Patientinnen

Die übermäßige Orientierung an einem sehr schlanken Schönheitsideal wird als ein wichtiger Faktor für die Entstehung und die Aufrechterhaltung von Essstörungen aufgefasst. Wenn Models in den Medien präsentiert oder sogar preisgekrönt werden, die sehr schlank, ja häufig sogar untergewichtig sind, dann kann dies als Idol wahrgenommen werden, dem es nachzueifern gilt. Die Botschaft, „(sehr) schlank = schön“ bildet sich aus oder verfestigt sich.

Warum die eigene Körperwahrnehmung bei Essstörungen so wichtig ist

Die Körperwahrnehmung spielt bei Essstörungen eine sehr große Rolle. Bei Magersüchtigen ergeben sich Hinweise darauf, dass sie ihre Körperweite überschätzen und sich als breiter empfinden als sie tatsächlich sind. Auf Gewichtszunahmen reagieren sie mit starken negativen Gefühlen. Bei der Bulimie spielt die Körperwahrnehmung ebenfalls eine große Rolle; Patientinnen mit einer Bulimie bewerten ihren Körper häufig in vielerlei Hinsicht negativ und ihre

Selbstbewertung hängt stark davon ab, wie zufrieden oder unzufrieden sie gerade mit ihrer Figur sind. Auch bei der Essanfallsstörung (Binge Eating Störung) ergeben sich Hinweise darauf, dass die Patientinnen starke negative Gefühle und Gedanken gegenüber ihrem Körper haben; diese negative Körperwahrnehmung ist bei Patienten mit einer Essanfallsstörung (Binge Eating), die ja zumeist übergewichtig sind, stärker ausgeprägt als bei Menschen, die zwar übergewichtig sind, aber nicht an Essanfällen leiden.

Das Schlankheitsideal in den Medien und seine Auswirkungen auf mögliche Essstörungen

Es gibt inzwischen Längsschnittstudien, anhand derer einige Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen identifiziert werden konnten. So gilt es als gesichert, dass die Unzufriedenheit mit der Figur im Zusammenhang mit verhaltensbezogenen Faktoren, insbesondere das Durchführen von Schlankheitskuren und/oder Diäten, die Entstehung von Essstörungen begünstigt. Wodurch die Unzufriedenheit mit der Figur nun wiederum gefördert wird, ist nicht eindeutig bewiesen, aber es wird vermutet, dass die Vermittlung eines sehr schlanken Schönheitsideals anhand der Medien dazu beiträgt, dass

Menschen im Vergleich zum Schönheitsideal mit ihrem Körper unzufrieden werden. Diese Vermutung wird auch dadurch gestützt, dass Essstörungen vor allem in industrialisierten Nationen verbreitet sind, innerhalb derer ein solches Schlankheitsideal propagiert wird. Dennoch ist zu bedenken, dass mehrere Faktoren an der Entstehung einer Essstörung beteiligt sind und dass erst das Zusammenwirken dieser Faktoren eine Essstörung bedingt.

Warum Magersüchtige leugnen, zu dünn zu sein

Magersüchtige empfinden sich tatsächlich als zu breit oder zu dick, das heißt, sie spielen einem nichts vor, sondern das ist ihre „innere Realität“. Manchmal – insbesondere im Verlauf einer Psychotherapie – unterscheiden die Patientinnen aber zwischen ihrem Wissen über ihre Körperbreite und ihrem Körpergefühl: Das heißt, sie sagen: „Ich weiß, dass ich nicht dick bin, aber ich fühle mich so“.

Welche Faktoren an diesem Phänomen der verzerrten Körperempfindung beteiligt sind, ist letztlich noch nicht voll und ganz geklärt. Auch hier ist davon auszugehen, dass mehrere Faktoren dafür verantwortlich sind, also dass dieses Phänomen einer verzerrten Körperempfindung durch ein Wechselspiel psychobiologischer Faktoren entsteht. So spielt die zunehmende Einengung der Wahrnehmung auf Aspekte wie „schlank = schön“ im Zusammenhang mit dem Bild

(Repräsentation), das die Person im Gehirn über ihren Körper entwickelt hat, und im Zusammenhang mit dem aktuellen Ernährungszustand (sprich: ausgehungert sein) vermutlich eine wichtige Rolle.

Wie einer Essstörung vorgebeugt werden kann

Die Albert-Ludwigs-Universität Freiburg hat ein Präventionsprogramm für Schüler/innen im Alter von zehn bis zwölf Jahren entwickelt. Im ersten Block (fünf Schulstunden) wird über Risikofaktoren (z. B. Schlankheitskuren; Mahlzeiten auslassen; sich einseitig ernähren) von Essstörungen informiert und die Kinder/Jugendlichen werden dazu angeregt, sich kritisch mit dem Schönheitsideal unserer Gesellschaft auseinanderzusetzen. Des Weiteren wird in diesem Block auch versucht, die Problemlösekompetenz der Kinder/Jugendlichen zu erweitern, so dass Essen oder auch die Essensverweigerung als Problemlösestrategie weniger wichtig werden. In einem weiteren Block von ebenfalls fünf Schulstunden werden diese Themen zwei Jahre später nochmals aufgefrischt. Das Programm ist inzwischen mit rund 1000 Schülern bzw. Schülerinnen durchgeführt worden, und es ist erfreulich, wie gute Effekte solche Frühinterventionen haben.

Gibt es die Therapie für Magersucht?

Eine Therapieempfehlung hängt natürlich immer von dem konkreten bzw. individuellen psychischen Befund ab (z. B. wie viel wiegt die Patientin? Was hat die Patientin bisher selbst getan, um ihr Problem zu bewältigen?). In den meisten Fällen wird es aber erforderlich und sinnvoll sein, dass magersüchtige Patientinnen zunächst stationär behandelt werden. Sinnvoll ist es sicher, wenn eine Klinik ausgewählt wird, die auf Essstörungen spezialisiert ist, bzw. innerhalb derer es eine Abteilung für die Behandlung essgestörter Patientinnen gibt.

Im Anschluss an eine Psychotherapie innerhalb einer Klinik ist in den meisten Fällen eine ambulante Weiterbehandlung empfehlenswert.

In den meisten Fällen ist es auch empfehlenswert, wenn die Psychotherapie auf verschiedene Aspekte der psychischen Erkrankung Bezug nimmt, d.h. die Patientin sollte unterstützt werden, zu einem gesunden Essstil zurück zu finden, positive Gefühle und Bewertungsmuster gegenüber ihrem Körper wieder zu entdecken oder aufzubauen sowie Ressourcen und Kompetenzen zu stärken, die für einen gesundheitsförderlichen Umgang mit Konflikten und Alltagsproblemen hilfreich sind.

Studie zur Behandlung der Magersucht im Kindes- und Jugendalter

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen führt in Zusammenarbeit mit weiteren Kliniken für Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland eine Studie zur Behandlung der Magersucht im Kindes- und Jugendalter durch. Kernpunkt der vom Bundesministerium für Bildung und Forschung geförderten Studie ist die Frage, ob und in welchen Fällen es möglich oder sogar besser ist, die Behandlung tagesklinisch durchzuführen.

Insgesamt erfreut sich die Studie einer sehr regen Beteiligung. Obwohl die Patienten zum Zeitpunkt ihrer Zustimmung nicht wissen, ob sie tagesklinisch oder stationär behandelt werden, sind fast alle zur Mitarbeit bereit. Ergebnisse können zu diesem Zeitpunkt natürlich noch nicht vorliegen.

Vor- und Nachteile der tagesklinischen Behandlung

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen erhofft sich viele Vorteile. Zum einen verbleiben die Patienten in ihren Familien, so dass Eltern und Patienten von Anfang an lernen, selbstständiger und souveräner mit dem gestörten Essverhalten der Patienten

umzugehen. Bei der üblichen stationären Behandlung wird diese Funktion ja fast immer durch das therapeutische Team übernommen.

Bei der tagesklinischen Behandlung sind die Angehörigen von Anfang an ganz intensiv in den Heilungsprozess mit einbezogen. Zum anderen passiert es immer wieder, dass sich magersüchtige Patienten in eine kinder- und jugendpsychiatrische Klinik zurückziehen und sich irgendwann die Teilnahme am normalen Leben nicht mehr zutrauen. Diese Gefahr besteht bei einer tagesklinischen Behandlung nicht. Die Patienten bleiben von Anfang an in ihrem gewohnten sozialen Umfeld. Am Wochenende sind sie zu Hause. Sie verlieren nicht den Kontakt zu ihren Freunden und können auch einigen Hobbys und Interessen in gewohnter Weise nachgehen. Hiervon erhofft sich die Klinik, dass es dem Patienten im Anschluss an die Behandlung leichter fallen wird, in das Leben „zurückzukehren“.

Durch die bessere Erprobung im Alltag und die sehr frühe Einbeziehung der Eltern ist die Hypothese aufgestellt worden, dass wir gegebenenfalls durch eine tagesklinische Behandlung die Rückfallrate senken könnten.

Demgegenüber besteht bei der tagesklinischen Behandlung selbstverständlich die Gefahr, dass die Patienten sich in den Abendstunden und am Wochenende nicht ausreichend ernähren. Allerdings erfolgt ja mehrfach wöchentlich eine Gewichtskontrolle in der Klinik, so dass sowohl Ärzte und Therapeuten auf der einen, als auch Eltern und Patienten auf der anderen Seite stets eine Rückmeldung über den Heilungsverlauf der Essstörung haben. Insofern wird diese Gefahr als gut beherrschbar angesehen.

Bisherige Erfahrungen tagesklinischer Behandlung in Deutschland

Es gibt in Deutschland Kliniken, die magersüchtige Patienten tagesklinisch behandeln, allerdings meist erst im Endstadium der Behandlung oder wenn die Patienten nicht so stark abgenommen haben. Ziel der Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen ist aber gerade, nach kurzer Intensivbehandlung auf der Station (drei Wochen) schon sehr früh, auch bei sehr niedrigem Gewicht, eine tagesklinische Behandlung zu ermöglichen.

Ausschlaggebende Faktoren zur Entstehung einer Magersucht bei Kindern und Jugendlichen

Eine Magersucht bei Kindern und Jugendlichen hat viele Ursachen. Eine Ursache sind genetische Faktoren, weitere Ursachen können der Einfluss des

Schlankheitsideals in unserer Kultur sowie auch bestimmte Verhaltensweisen in der Familie sein. Hierzu gehören in einer Familie z.B. die große Bedeutung des Diät Haltens und die Achtsamkeit auf eine gute Figur. Nicht zugestimmt wird dem häufig geäußerten Vorurteil, dass Familien magersüchtiger Patienten an der Erkrankung der Tochter schuld sind, z. B. dass die Mutter einer magersüchtigen Patientin ihre Tochter nicht selbstständig werden lassen kann. In vielen Untersuchungen hat sich gezeigt, dass sich Eltern magersüchtiger Kinder nicht anders verhalten als die in normalen Familien. Allerdings muss man bedenken, dass eine Familie durch das Hungern ihrer Tochter extrem belastet sein kann und sich hierdurch – sekundär – veränderte Umgangsformen innerhalb der Familie entwickeln. Im Rahmen der Behandlung der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie des Universitätsklinikums Aachen wird versucht, Eltern so zu schulen, dass sie zu „Co-Therapeuten“ werden.

Über die Warnzeichen und Symptome einer Magersucht

Frühe Warnzeichen einer Magersucht können sein, dass ein 12-, 13- oder 14-jähriges Mädchen beginnt, ständig sein Gewicht zu kontrollieren. Die meisten Patienten äußern große Unzufriedenheit mit ihrem Aussehen und ihrer Figur. Sie schränken den Konsum von Süßigkeiten und Kuchen ein, später lassen sie ganze Mahlzeiten weg. Die meisten beginnen, übermäßig viel Sport zu treiben und werden besonders ehrgeizig und gut in der Schule. Im weiteren Verlauf der Erkrankung ändert sich auch die Stimmung. Die Patienten werden traurig, ziehen sich von ihren Freunden und Freundinnen zurück, verlieren das Interesse an Dingen, die sie vorher gerne gemacht haben und schließlich hören die Mädchen auf zu menstruieren.

Autoren und Ansprechpartner:

Häufigkeit, Epidemiologie, Verlauf, Risikofaktoren und Rückfallprophylaxe der Essstörungen sowie Essstörungen bei Männern:

Prof. Dr. Manfred M. Fichter
Präsident der DGEES
Ärztlicher Direktor und Chefarzt der Medizinisch-Psychosomatischen Klinik Roseneck
Am Roseneck 6
83209 Prien am Chiemsee
Tel. 08051 68-0
Fax 08051 68-3532
MFichter@schoen-kliniken.de

Psychosomatische, medikamentöse und chirurgische Behandlung von adipösen Patienten; Night-Eating-Syndrom; Binge-Eating-Syndrom

Prof. Dr. Martina de Zwaan
Vizepräsidentin der DGEES
Leiterin der Psychosomatischen und Psychotherapeutischen Abteilung am Universitätsklinikum Erlangen
FAU Erlangen-Nürnberg
Schwabachanlage 6
91054 Erlangen
Tel. 09131 85-35928
Fax 09131 85-34145
martina.dezwaan@uk-erlangen.de

Neue Behandlungskonzepte für erwachsene PatientInnen mit Magersucht; Diagnostik und Behandlung körperlicher Folgen der Mangelernährung:

Prof. Dr. Stephan Zipfel
Schatzmeister der DGEES
Ärztlicher Direktor der Abteilung Innere Medizin VI (Schwerpunkt Psychosomatische Medizin und Psychotherapie) der Medizinischen Universitätsklinik Tübingen
Osianderstr. 5
72076 Tübingen
Tel. 07071 29-80695
Fax 07071 29 4541
stephan.zipfel@med.uni-tuebingen.de

Kognitive Mechanismen bei Körperbildproblemen; Körperwahrnehmung bei Essgestörten; Prävention von Essstörungen:

Prof. Dr. Brunna Tuschen-Caffier
Vorstandsmitglied der DGEES
Professorin am Lehrstuhl für Klinische Psychologie und Psychotherapie an der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg
Engelbergerstr. 41
79085 Freiburg
Tel. 0761 203-3014
Fax 0761 2033022
tuschen@psychologie.uni-freiburg.de

Entstehung, Diagnostik und Behandlung von Magersucht im Kindes- und Jugendalter unter besonderer Berücksichtigung der tagesklinischen Betreuung:

Univ.-Prof. Dr. med. Beate Herpertz-Dahlmann
Vorstandsmitglied der DGEES
Direktorin der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie des Universitätsklinikums an der Rheinisch-Westfälischen Technischen Hochschule (RWTH) Aachen
Neuenhofer Weg 21
52074 Aachen
Tel. 0241 80 88737
Fax 0241 80 88544
bherpertz-dahlmann@ukaachen.de