

Ess-Störungen im Kindes- und Jugendalter – ein Präventivprogramm für Sachsen

Ess-Störungen in der Altersgruppe von 15 bis 30 Jahren zählen in Europa und Nordamerika zu den häufigsten und schwerwiegendsten Erkrankungen von Mädchen und Frauen. Veränderte gesellschaftliche Bedingungen, der in vielen Ländern nahezu unbegrenzte Überschuss an Nahrungsmitteln und die extremen, zum Teil ins Krankhafte gehenden Schönheitsideale mit einer Hochkonjunktur von Schlankheitsdiäten und Fitnessprogrammen haben auf der einen Seite des Gewichtsspektrums bereits im Kindesalter zu einer Zunahme der Fettsucht (Adipositas), auf der anderen Seite zur Magersucht (Anorexie) und Ess-Brech-Sucht (Bulimie) geführt. Besonders Frauen und Mädchen glauben, unter einem fragwürdigen Einfluss der Medien, in unserer Gesellschaft nur noch etwas wert zu sein, wenn sie extrem schlank und körperlich getrimmt sind. Davon sind zunehmend auch männliche Jugendliche betroffen. Man denke nur an die Idealisierung des „Waschbrettbauchs“.

Bei einer Mortalität von 10 bis 18 % gehört derzeit die **Anorexie** zu den folgenschwersten psychischen Erkrankungen. Zudem verschiebt sich das Ersterkrankungsalter, das noch vor wenigen Jahren um das 15. Lebensjahr lag, bei der Anorexie schon auf die 10- bis 12-Jährigen. Selbst 8-jährige schwerst kranke Mäd-

chen sind in den Kliniken keine Seltenheit mehr. Auch die **Bulimie** begann früher um das 20. Lebensjahr und tritt heute bereits bei 15-jährigen Mädchen auf, oft gepaart mit schwerer depressiver Komorbidität und hoher Selbstverletzungsneigung. Sie wird lange kaschiert, Symptome von der Familie, der Schule nicht erkannt, zumal die Mädchen zunächst nach außen ein scheinbar unauffälliges Essverhalten zeigen und heimlich immense Kalorienmengen verschlingen, um sie dann mit großer Scham und Selbstverachtung wieder zu erbrechen. Die schwerwiegende Sucht lässt die Betroffenen in ihrer Not selbst vor kriminellen Handlungen nicht zurückschrecken, um über Ladendiebstähle ihr triebhaftes Verlangen nach Nahrung zu befriedigen. Die **Adipositas** stellt schon im Kindesalter eine ernst zu nehmende Erkrankung dar, deren Behandlung so früh wie möglich und unter intensiver Einbeziehung der Eltern erfolgen sollte. Kostenaufwändige Diätkuren ohne Veränderung der familiären Essgewohnheiten, ohne langfristige Nachbetreuung führen meist nur kurzfristig zu Gewichtsreduktionen.

Die gefährlichste aller psychogenen Ess-Störungen ist die Anorexie, die gekennzeichnet ist durch einen oft extremen, selbst verursachten Gewichtsverlust durch Nahrungsre-

duktion (restriktive Form) oder durch Erbrechen (Purging-Form). Durch die Körperschemastörung, die wahnhaftige Überzeugung, trotz extremen Untergewichts zu dick zu sein und die Illusion, sich erst mit einem noch niedrigeren Gewicht wohl zu fühlen, setzt ohne rechtzeitige Therapie ein Circulus vitiosus ein, der in eine lebensbedrohliche Kachexie münden kann (BMI unter 14, Bradykardie, Mineralstoffwechselstörungen und schwere depressive Verstimmungen). Der entscheidende Prädiktor für eine ungünstige Prognose und die Mortalität ist ein niedriges Gewicht bei Erstaufnahme, gepaart mit sozialen und psychischen Problemen (Katamnese von 83 Frauen über 21 Jahren).

Die Körperschemastörung, das gravierendste Basissymptom, verhindert jede Krankheitseinsicht und lässt sich trotz vielfältiger therapeutischer Bemühungen bei einer Anorexie erst bei Erreichen eines gesunden Mindestgewichts beeinflussen.

Klassische Behandlungsmethoden wie Tiefenpsychologie und Verhaltenstherapie können aufgrund einer bei niedrigem Gewicht regelmäßig auftretenden Gehirnatrophie ihre Therapieeffekte nicht oder nur wenig entfalten. So ist das vordringlichste Ziel zunächst die

Gewichtsnormalisierung auf natürlichem Wege. Parenterale Ernährung oder die weit verbreitete Sondenernährung führen zwar kurzfristig zu Gewichtsverbesserungen, werden von den Patientinnen in der Regel auch ohne Schwierigkeiten akzeptiert („Eine Sache, die ich nicht schlucken muss, geht mich nichts an.“), fördern jedoch die Abspaltung und Verdrängung des Essensproblems und verhindern so die therapeutisch notwendige Auseinandersetzung der Patienten mit der eigenen aktiven Essensbewältigung. Die Basistherapie ist somit unter stützender und gleichzeitig Grenzsetzender Führung eine ausgewogene Ernährung mit zunächst fünf bis sechs Mahlzeiten mit ca. 2.000 kcal täglich. Eine vegetarische Diät, die von vielen Patientinnen und durch sie induziert auch von den betroffenen Eltern mehr oder weniger notgedrungen realisiert wird, ist Ausdruck der schweren Krankheit und sollte, bis die Patientin wirklich über den „anorektischen Berg“ ist, keinesfalls toleriert werden. Die Gewichtsnormalisierung kann bei schweren Fällen unter stationären Bedingungen erfolgen. Da jedoch bei etwa 30 % aller Patienten auch mit Erreichen des Zielgewichts die Körperschemastörung und damit auch die Gewichtspublie langfristig persistiert, die Krankenkassen in Deutschland derzeit nur nach wiederholten ärztlichen Begründungen einen stationären Aufenthalt allenfalls bis zum Erreichen eines Zielgewichts finanzieren, verlieren die Patienten beim Wegfall der Schutz und Halt gebenden Atmosphäre einer Station schnell an Gewicht, wenn nicht die Familie intensiv in die Therapie einbezogen wird. Londoner Studien konnten übrigens zeigen, dass die Familientherapie bei Anorexien im Kindes- und Jugendalter im Vergleich zu tiefenpsychologischen, verhaltenstherapeutischen und klassischen Methoden auch langfristig die erfolgreichste Therapie ist. Das Ziel dabei ist, die Familie zu befähigen, sie aus ihrer lähmenden, depressiven Hilflosigkeit herauszuführen, ihr eine störungsspezifische Kompetenz zu vermitteln bei gleichzeitiger Stärkung der Versöhnungs-

und Bindungsfähigkeit innerhalb der Familie. Eltern erfahren, dass sie sehr wohl in der Lage sind, bei intensiver Zuwendung dem Kind Grenzen zu setzen und über regelmäßige Mahlzeiten auch zu Hause für eine Gewichtszunahme zu sorgen.

Bei der Neigung aller psychogenen Ess-Störungen zur schnellen Chronifizierung, dem enormen therapeutischen Aufwand (nach Langzeitstudien benötigen 50 % aller Patienten mit einem niedrigen Ausgangsgewicht eine lebenslange Therapie), dem hohen Rezidivrisiko bei Patienten mit extrem geringem Gewicht und frühem Beginn liegen die Konsequenzen in einer Prävention und bei Erkrankung in einer sofortigen intensiven Behandlung. Eine primäre Prävention verspricht allenfalls bei der Adipositas erfolgreich zu sein, wegen der Besonderheiten des Verlaufs aber kaum bei der Anorexie und der Bulimie. Dagegen sind die sekundäre Prävention und eine frühzeitige Behandlung unter Einbeziehung der Familie im Kindes- und Jugendalter Mittel der Wahl.

Prävention und rechtzeitige kompetente Behandlung mit langem Atem können der Chronifizierungsneigung, der hohen Rückfallquote mit den Folgen einer oft lebenslangen massiven Einschränkung der Lebensqualität vorbeugen. Besonders bei der Anorexie und der Bulimie wird bei den Betroffenen, so lange sie nicht wirklich geheilt sind, ein Großteil der psychischen und sozialen Energie über Jahre gebunden, weil sich ihre Gedanken und ihr Verhalten, ihre gesamte Lebensgestaltung nur um das Essen drehen. Häufig werden heutzutage noch Patienten im Kindes- und Jugendalter mit Ess-Störungen nicht rechtzeitig erkannt. Häufig wissen Eltern, Freunde und Lehrer nicht, wie sie auf bemerkte Veränderungen im Äußeren und im Essverhalten reagieren sollen.

In Zusammenarbeit mit den Ministerien für Soziales und Kultus und vielen anderen

Einrichtungen in Sachsen entstand ein Präventivprogramm für Sachsen, das durch Aufklärung, Gesundheitsbildung in den Schulen, frühzeitige Erkennung und Einleitung einer effizienten Therapie die Erkrankungsrate, die Prognose und die Lebensqualität der Betroffenen verbessern soll. Im Namen der Arbeitsgruppe „Prävention von Ess-Störungen im Kindes- und Jugendalter“ rufe ich deshalb alle Kinder- und Hausärzte, Kinder- und Jugendpsychiater, Psychiater und Psychotherapeuten, Schulpsychologen, Lehrer und Eltern auf, sich an dem auf mehrere Jahre angelegten Projekt zur Prävention von Ess-Störungen in ganz Sachsen zu beteiligen. Zu diesem Projekt gehören Multiplikatorenschulungen für Lehrer, Schulpsychologen, Sozialarbeiter, eine Wanderausstellung über Ess-Störungen, Plakatwerbung in den Schulen und Praxen und die Einrichtung eines **Beratungstelefon**s für betroffene Eltern, Lehrer und Ärzte (03 51) 4 58 31 31. Faltblätter (zum einen für Eltern, Lehrer und Betroffene, zum anderen für Ärzte) werden auf Anfrage durch das Sozialministerium verschickt.

Ein wichtiger Baustein dieses Projekts ist die Vermittlung aktueller Erkenntnisse über Früherkennung, Diagnostik und Therapie an behandelnde Ärzte und Psychologen. Auch Lehrer sind dazu eingeladen. **Die Einführung in das Präventivprogramm findet am Mittwoch, dem 17. 9. 2003, von 15.00 Uhr bis 18.30 Uhr im Dekanats Hörsaal des Universitätsklinikums Carl Gustav Carus Dresden, Fiedlerstraße, statt.** Hier können Sie sich umfassend und praxisbezogen informieren sowie alle Fragen intensiv diskutieren.

Literatur beim Verfasser

Anschrift des Verfassers:
 Prof. Dr. med. Michael Scholz
 Klinik und Poliklinik für Kinder- und
 Jugendpsychiatrie und -psychotherapie
 Universitätsklinikum Carl Gustav Carus Dresden
 Goetheallee 12, 01309 Dresden
 Tel.: 03 51/4 58 22 44; Fax: 03 51/4 58 57 54
 E-Mail: Ki.Jugendpsych@mailbox.tu-dresden.de