

BESONDERHEITEN DER THERAPIE VON KINDERN UND JUGENDLICHEN MIT ANOREKTISCHEN UND BULIMISCHEN ESSSTÖRUNGEN

SPECIFIC FEATURES IN THE TREATMENT OF CHILDREN AND ADOLESCENTS WITH ANORECTIC AND BULIMIC EATING DISORDERS

Silke Naab

Zusammenfassung

Kinder und Jugendliche mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa zeigen im Vergleich zu erwachsenen Patientinnen mit Essstörungen Besonderheiten bei Diagnostik, Verlauf und Prognose sowie Darstellung ihrer Symptomatik und Beziehungsgestaltung in der Therapie. In der psychotherapeutischen Behandlung der jungen Patientinnen sind altersspezifische Themen wie Verunsicherung durch Veränderungen in der Pubertät und Einbindung in Freundes- und Familienkreis besonders zu berücksichtigen. Der Einfluss der Eltern kann hierbei konstruktiv genutzt werden. Im Rahmen einer medikamentösen Therapie können, wie auch bei erwachsenen Patientinnen, insbesondere niederpotente Neuroleptika und selektive Serotonin-Wiederaufnahmehemmer hilfreich sein. Insbesondere die ambulante Versorgung für Kinder- und Jugendliche mit Essstörungen ist derzeit noch nicht flächendeckend gewährleistet, was jedoch für eine frühzeitige Behandlung dieses Krankheitsbildes notwendig wäre.

Schlüsselwörter Essstörungen – Anorexia nervosa – Bulimia nervosa – Kinder und Jugendliche – Therapie

Summary

Compared to adult patients with eating disorders, children and adolescents with bulimia nervosa or anorexia nervosa show differences regarding diagnostical features, prognosis, symptomatology as well as relationship in therapy. In psychotherapy, age-related aspects like uncertainty based on changes in puberty, as well as integration in peer groups and family have to be taken in account. The influence of the parents, however, can be used constructively. Regarding medical treatment neuroleptics and selective Serotonin reuptake inhibitors (SSRI) can be helpful as shown in the treatment of adult patients with eating disorders. Up to now, there are not enough opportunities for outpatient treatment of children and adolescents with eating disorders. Though, this would be important for early treatment of this disorder.

Keywords eating disorders – anorexia nervosa – bulimia nervosa – children and adolescents – therapy

Einleitung

Die Essstörungen Bulimia nervosa und vor allem Anorexia nervosa treten auch im Erwachsenenalter, aber bevorzugt in der Adoleszenz auf. Besonderes Augenmerk gilt in diesem Artikel daher den jüngeren Betroffenen. Kinder und Jugendliche mit Essstörungen unterscheiden sich von den Erwachsenen deutlich in der Darstellung ihrer Symptomatik, der Reflexion über die Entstehung und Aufrechterhaltung ihrer Erkrankung, im Umgang mit krankheitsbedingten Problemen und vor allem in der Einbindung in Freundes- und Familienkreis. Daher ist es für den Behandler erforderlich, im therapeutischen Umgang mit Patientinnen im Kindes- und Jugendalter deren altersspezifische Problematik zu beachten.

In der Ätiologie und Pathogenese bestehen keine Unterschiede zwischen den Essstörungen im Kindes- und Jugendalter und denen im Erwachsenenalter. Zunächst werde ich auf Unterschiede bei diagnostischen Kriterien, differenzialdiagnostischen Erwägungen, Komorbidität, Epidemiologie und Dar-

stellung der Symptomatik eingehen. Im Weiteren werde ich Besonderheiten im Verlauf der Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa darstellen.

Diagnostische Besonderheiten

Die Diagnostik im Kindes- und Jugendalter erfolgt ebenso wie im Erwachsenenalter nach den Kriterien der ICD-10 (World Health Organization, 1991) oder des DSM-IV (American Psychiatric Association, 2000). Hierbei sollte sich der Behandler bei präpubertären oder pubertären Mädchen bezüglich des Gewichtskriteriums nicht am Body-Mass-Index, sondern an der alters- und größenkorrelierten Perzentilenkurve orientieren. Der Body-Mass-Index ist für diese Altersgruppe zu hoch angesetzt, daher wird empfohlen, die 10. Altersperzentile zur Diagnose einer Anorexia nervosa heranzuziehen (Herpertz-Dahlmann, 2003). Des Weiteren besteht bei Mädchen, die präpubertär eine Anorexia nervosa entwickeln, eine primäre Form der Amenorrhoe mit Ausbleiben der Entwicklung sekundärer

Geschlechtsmerkmale (Brustwachstum, Körper-, insbesondere Schambehaarung, charakteristische Fettverteilung, bei Jungen tiefe Stimme, Bartwuchs). Nach Gewichtsrestitution treten die Reifezeichen verspätet ein. Ebenso fällt ein verzögertes Längenwachstum mit möglichem Minderwuchs auf. Sofern die Patientinnen vor dem Schluss der Epiphysenfugen eine Gewichtsrestitution mit deutlicher Symptombesserung erreichen, ist ein weiteres Längenwachstum möglich.

Insbesondere im Kindes- und frühen Jugendalter treten Formen gestörten Essverhaltens auf, die nicht in die diagnostischen Kategorien Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa eingeordnet werden können. Hiermit sind Essensverweigerung bei emotionaler Störung im Kindesalter (Higgs et al., 1989), durchgängiges selektives und restriktives Essverhalten sowie funktionelle Dysphagie gemeint. Darüber hinaus wird bei einer kleinen Gruppe von Kindern eine Störung mit durchgängiger Verweigerung von Essen, Trinken, Gehen, Sprechen oder Pflege der eigenen Person beschrieben (*pervasive refusal syndrome*), die als extreme Form der posttraumatischen Belastungsstörung gesehen wird (Lask et al., 1991). Appetitverlust kann auch im Rahmen einer Depression auftreten. DiNicola et al. (1989) weisen darauf hin, dass die Verbindung zwischen Essstörung und Depression bei Kindern enger ist als bei älteren Patienten. Körperliche Erkrankungen mit Gewichtsverlust müssen darüber hinaus ausgeschlossen werden. Hierbei ist neben den im Beitrag von Stephan Zipfel genannten Erkrankungen bei jungen Patienten insbesondere an Morbus Crohn oder Colitis ulcerosa bzw. Diabetes mellitus zu denken (Kaplan und Katz, 1993; Herpertz-Dahlmann und Herpertz, 1995).

Sowohl Anorexia nervosa als auch Bulimia nervosa sind von vielen psychiatrischen Erkrankungen begleitet, hierbei ist die Komorbiditätsrate für Zwangs- und Angsterkrankungen sowie Depressionen am höchsten. Hinweise auf unterschiedliche Komorbiditätsraten bei kindlichen und jugendlichen gegenüber erwachsenen Patientinnen liegen dabei nicht vor. Ebenso zeigen Studien unterschiedliche Ergebnisse bezüglich der primär aufgetretenen Erkrankung.

Häufigkeit und Verlauf

Die Prävalenzrate von Anorexia nervosa in der Altersgruppe der 15- bis 24-jährigen Frauen wird zur Zeit zwischen 0,3 und 1 % geschätzt (van Hoeken et al., 1998). Dabei liegt der Gipfel des Erkrankungsbeginns von Anorexia nervosa bei 14 Jahren (Herpertz-Dahlmann, 2003). Bei der kindlichen Anorexia nervosa (10-14 Jahre) wird seit den 50er Jahren ein deutlicher Anstieg berichtet (Lucas et al., 1999). Nach Gowers et al. (1991) zeigen Ergebnisse einzelner Prävalenzstudien, dass die kindliche Anorexia nervosa bei 5% aller Patientinnen mit Anorexia nervosa auftritt. Das Verhältnis von Männern zu Frauen wird mit 1:10 bis 1:12 angegeben (Lucas et al. 1999), wobei im Kindes- und Jugendalter von einer Geschlechtsasymmetrie zugunsten der Mädchen von 20:1 ausgegangen wird (Schmidt, 1999).

Bei der Bulimia nervosa liegt die Prävalenzrate zwischen 1% und 4%, wobei keine Unterschiede zwischen den Altersgruppen beschrieben werden (Fairburn und Beglin, 1990). In

der Adoleszenz wird die Prävalenz bei Mädchen mit 1-2% und bei Jungen mit 0,2-0,3% angegeben (Kaltiala-Heino et al., 1999; Flament et al., 1995). Bei der Mehrzahl der Betroffenen beginnt die Bulimie im Alter von 16 bis 19 Jahren (Soundy et al., 1995; Stice et al., 1998; Flament et al., 1995). Nach Bryant-Waugh (2000) sind bulimische Essstörungen im Kindesalter sehr selten. Die Ursache hierfür könnte darin liegen, dass jeder Essstörung der Gedanke, Gewicht zu verlieren, zugrunde liegt und erst im weiteren Verlauf bulimisches Verhalten als Gegenregulation auftritt. Viele erwachsene Frauen mit Bulimia nervosa berichten jedoch über die Entwicklung ihrer Erkrankung schon in der frühen Adoleszenz.

Ergebnisse von Verlaufsstudien weisen darauf hin, dass die Prognose von jungen Patientinnen mit Anorexia nervosa günstiger ist als die erwachsener Patientinnen. Mortalitätsraten bei adoleszenten Patientinnen liegen danach zwischen 0-11% (Sunday et al., 1995; Theander, 1996; Steinhausen, 1997; Strober et al., 1997; Wentz-Nilsson et al., 1999; Steinhausen et al., 2000; Herpertz-Dahlmann et al., 2001). Bei erwachsenen Patientinnen wurden Mortalitätsraten zwischen 5,6% und 16% (Sullivan, 1995; Fichter und Quadflieg, 1999; Zipfel et al., 2000) beschrieben. Die Prognose der kindlichen Magersucht wird unterschiedlich bewertet. Ältere Untersuchungen weisen auf einen ungünstigeren Verlauf der kindlichen Anorexie hin (Walford und McCune, 1991; Bryant-Waugh et al., 1988), dagegen zeigen neuere Untersuchungen keinen Unterschied zwischen Beginn und Verlauf der Essstörung (Schulze et al., 1997). Obwohl der Krankheitsverlauf bei erwachsenen Patientinnen ungünstiger ist, kann auch bei jungen Patientinnen ein langer Krankheitsverlauf mit späterer Genesung bestehen, der es für den Behandler notwendig macht, die Hoffnung auf Heilungserfolg aufrechtzuerhalten (Herpertz-Dahlmann et al., 2001; Steinhausen et al., 2000; Herzog et al., 1999). Zu der in der Adoleszenz beginnenden Bulimia nervosa liegen keine spezifischen Daten vor. Die Mortalitätsrate liegt bei 0,5% -1% (Fichter und Quadflieg, 1997; Keel et al., 1999). Ein Einfluss des Alters auf Verlauf und Prognose kann, insbesondere wegen der bislang ungenügenden Untersuchungen jugendlicher Patientinnen, nicht nachgewiesen werden.

Ziele der ambulanten oder stationären Behandlung

Therapeutisches Vorgehen und Zielvereinbarungen bei der Behandlung von Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sollten sich unabhängig vom Alter der Patientinnen an den „Behandlungsleitlinien für Essstörungen“ der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Neurologie „DGPPN“, (2000) orientieren. Im Hinblick auf symptomorientierte Ziele hat es sich bei Kindern oder jugendlichen Patientinnen mit Anorexie bewährt, das Zielgewicht durch die 25. Altersperzentile festzulegen.

Bei den Bereichen Familie, Freundeskreis und Schule sollte bedacht werden, dass die Patientinnen wegen ihres jungen Alters stärker eingebunden und unsicherer sind, in welcher Form sie gegebenenfalls neu erworbene Selbstsicherheit, Authentizität und Autonomie umsetzen können. Hier ist darauf zu achten, die jungen Patientinnen nicht zu überfordern.

Darstellung der Symptomatik

Als häufigste Maßnahme zur Gewichtsreduktion oder Vermeidung von Gewichtszunahme setzen Kinder restriktives Essverhalten, exzessive sportliche Betätigung und selbst induziertes Erbrechen ein. Laxanzienabusus tritt, am ehesten wegen der mangelnden Erreichbarkeit, relativ selten auf (Bryant-Waugh, 2000).

Kinder mit Essstörungen zeigen darüber hinaus eine Reihe von Gründen für die Nahrungsverweigerung, die nicht direkt auf eine Essstörung schließen lassen. Am häufigsten werden Völlegefühl, Übelkeit, Bauchschmerzen, Appetitverlust und Schluckschwierigkeiten angegeben (Fosson et al., 1987). Nicht selten beginnt eine kontinuierliche Gewichtsabnahme nach einer körperlichen Erkrankung oder einem operativen Eingriff.

Andrea M.: Die 12-jährige Patientin nahm nach einer Blinddarmoperation dauerhaft eine selektive Diät zu sich, da sie bei Einnahme „normaler Kost“ starke Bauchschmerzen und Übelkeit verspürte. Die führte bei der schon vor der Operation schmalen Patientin mit einem Gewicht auf der 24. Altersperzentile nach dem Eingriff zu einer weiteren deutlichen Abnahme auf ein Gewicht, das auf der 15. Altersperzentile lag, so dass sie von der Hausärztin zur stationären kinderpsychiatrischen Behandlung überwiesen wurde. Sie selbst kam „eher auf Druck der Eltern, die sich große Sorgen um ihren Gesundheitszustand machten“. Die noch von der Hausärztin gestellte Verdachtsdiagnose einer Anorexia nervosa lehnte das Mädchen vehement ab. Befragt nach möglichen Gründen der Nahrungsverweigerung, nannte sie ausschließlich die Operation mit den folgenden körperlichen Beschwerden, obwohl eine mehrfach wiederholte somatische Diagnostik keinen auffälligen somatischen Befund ergab. Gegenüber der Bearbeitung von möglichen Problemen blieb die Patientin verschlossen. Von den Eltern wurden jedoch Unzufriedenheit der Tochter mit ihrem Aussehen, der eigenen Figur und Beschäftigung mit gesundem Essen sowie zunehmende Schwierigkeiten mit Freundinnen in der Klasse mit Rückzug berichtet. A. nahm im Verlauf der Behandlung langsam, aber kontinuierlich bis zu einem Gewicht auf der 20. Altersperzentile zu, die körperlichen Beschwerden besserten sich ebenfalls. Sie wurde in die weitere hausärztliche Behandlung entlassen, eine ambulante psychotherapeutische Behandlung lehnte sie weiterhin ab.

Bei einem vorwiegend somatischen Erklärungsmodell der jungen Patientinnen sollte zwar versucht werden, ein Verständnis für den psychischen Hintergrund zu vermitteln, jedoch eine Diskussion um die „richtige Diagnose“ vermieden werden. Für junge Patientinnen stellt eine „psychische Erkrankung“ und damit verbundene Therapie in einer psychiatrischen oder psychosomatischen Einrichtung in besonderem Maße eine Stigmatisierung und die Erklärung der Gewichtsabnahme als „rein körperlich bedingt“ eine Entlastung dar. Daher sollte zunächst das Augenmerk auf die Gewichtsrestitution gelegt werden, um mit der Patientin zu einem späteren Zeitpunkt Hintergründe der Symptomatik bearbeiten zu können.

Bezüglich der Symptomatik beschrieb Irwin (1981), dass sich Kinder mit Anorexia nervosa häufig weigern, ausreichende Mengen zu trinken, was zu gefährlicher Dehydratation führen kann. Insgesamt ist ein Gewichtsverlust im Kindesalter aufgrund der deutlich niedrigeren Körperfettmasse für den körperlichen Zustand besonders gefährdend und muss direkt angewendet werden.

Petra S.: Die 12-jährige Patientin wurde aus einer internistischen Klinik zur stationären kinderpsychiatrischen Behandlung überwiesen. Ein halbes Jahr zuvor hatte sie begonnen, wegen Konflikten mit Mitschülern und zunehmenden Leistungsängsten in der Schule ihre Nahrungsaufnahme und auch die Trinkmenge drastisch zu reduzieren. Dies führte in den letzten Wochen zu einer raschen und deutlichen Gewichtsabnahme sowie Verschlechterung ihres körperlichen Zustandes, der eine engmaschige hausärztliche Betreuung notwendig machte. Der Verweigerung einer Klinikeinweisung kamen die Eltern zunächst nach, erzwangen aber die Aufnahme in eine internistische Klinik nach einem Kollaps der Tochter. Bei den Untersuchungen zeigten sich deutliche Veränderungen der Herzleistung, der Laborwerte und sonografische Veränderungen der Nieren. Unter parenteraler Ernährung trat eine Besserung der somatischen Parameter ein, die Symptomatik änderte sich jedoch nicht. Im stationären kinderpsychiatrischen Rahmen machte die Nahrungs- und Trinkverweigerung bei weiterhin kritischem körperlichem Zustand das Legen einer nasogastralen Sonde notwendig. Unterstützt durch einen Kontingenzplan und eine eher spielerische Bearbeitung von Hintergründen der Symptomatik konnte A. im Verlauf der Behandlung eine kontinuierliche Steigerung des Gewichtes und ein stabiles Ess- und Trinkverhalten erreichen.

Wie der oben genannte Fall von Petra zeigt, geraten Kinder und Jugendliche, insbesondere bei rascher Gewichtsabnahme, sehr schnell in einen bedrohlichen körperlichen Zustand. Daher ist bei weiterbestehender Essensverweigerung gerade auch bei dieser Patientengruppe das Legen einer nasogastralen Sonde zur Abwendung lebensbedrohlicher Situationen und Verbesserung des körperlichen Zustandes dringend angeraten. Selbstverständlich sollte versucht werden, das Einverständnis der Patientin zu erreichen. Genaues Erklären des Vorgehens und der geplanten Dauer des Verbleibs der Magensonde bzw. klare Bedingungen für das Entfernen können der Patientin das Gefühl geben, an der Entscheidung teilzunehmen und die Maßnahme nicht hilflos über sich ergehen lassen zu müssen. Die klinische Erfahrung zeigt, dass die Sonde für einige Patientinnen eine Erleichterung darstellt, die sie sich selbst nicht einzufordern erlaubt hätten. Sie können Verantwortung für ihr Essen abgeben und erleben, dass ihre „schwere Erkrankung“ ernst genommen wird. Einige Patientinnen werden das Legen der Sonde verweigern. Hier ist zu überlegen, die Eltern als Vermittler einzuschalten oder bei Bedarf das richterliche Einverständnis einzuholen. Bei Besserung des körperlichen Zustandes sollte rechtzeitig mit dem Aufbau fester Kost begonnen werden. Wiederholt berichten

Patientinnen, dass sie bis kurz vor Entlassung aus der stationären Behandlung ausschließlich Flüssignahrung zu sich genommen hätten und daher zu Hause überfordert gewesen seien, normale Nahrungsmengen und -zusammensetzungen einzuschätzen. Dies führte nicht selten zu einer erneuten Gewichtsabnahme.

Persönlichkeit der Patientinnen und Beziehungsgestaltung

Jugendliche und insbesondere Kinder mit Essstörungen stehen in der Regel einer psychiatrischen oder psychotherapeutischen Behandlung eher kritisch bis ablehnend gegenüber, da sie üblicherweise noch keine entsprechenden Erfahrungen gemacht haben, keine oder eher negative Informationen aus dem Umfeld über psychische Erkrankungen bestehen oder die Patientin ein rein somatisches Krankheitsverständnis hat und daher nicht verstehen kann, weshalb "nun gerade sie" eine Therapie machen soll. Hinzu kommt häufig das Gefühl, geschickt worden und nur auf Druck der Angehörigen in Therapie zu sein.

Caroline W.: Eine mit 19 Jahren wegen einer Anorexia nervosa in stationäre psychosomatische Behandlung gekommene Patientin berichtete, dass wegen ihrer schon seit dem 13. Lebensjahr bestehenden Essproblematik ihre Eltern bei verschiedenen Stellen versucht hatten, professionelle Hilfe zu erhalten. Zunächst besuchte die Familie eine Erziehungsberatungsstelle. Nach der ersten Sitzung verweigerte C. die weitere Teilnahme, da sie nicht eingesehen habe, weshalb sie einer fremden Person etwas über sich erzählen solle. „Das ging die überhaupt nichts an.“ Außerdem habe sie nicht verstanden, weshalb sie „das Problem“ sein solle, „nur weil sie Dinge anspricht, über die der Rest der Familie schweigt“. Die Sitzungen in der Erziehungsberatungsstelle wurden nicht weitergeführt. Die Patientin begab sich erstmals mit 17 Jahren in ambulante psychotherapeutische Behandlung, in deren Rahmen sie langsam ein Verständnis für ihre Probleme entwickeln konnte. Mit 19 Jahren entschloss sie sich zu einer stationären Psychotherapie und berichtete: „Ich hätte mir das vorher nicht vorstellen können. Alles hat sich gesträubt. Ich dachte, ich sei eine Aussätzige, wenn ich Therapie mache und meine Freunde erfahren davon. Außerdem wusste ich nicht, wozu ich in Therapie gehen soll.“

Es ist wichtig, Misstrauen und anfängliche Ablehnung der jungen Patientinnen ernst zu nehmen und zu akzeptieren. Ein Therapeut wird von ihnen eher bedrohlich erlebt als von erwachsenen Patientinnen. Der Beginn der Therapie dient hierbei dem Vertrauens- und Kontaktaufbau, wobei immer wieder darauf geachtet werden sollte, die Patientin ihrem Alter entsprechend in therapeutische Überlegungen und Maßnahmen einzubeziehen, um ihr Gefühl der Hilflosigkeit und Machtlosigkeit zu minimieren. Wenn trotz vertrauensbildender Maßnahmen bei der Patientin keine Bereitschaft zum Beziehungsaufbau und zur Veränderung entwickelt werden kann, ist entsprechend ihres körperlichen und psychischen Zustandes das weitere Vorgehen abzuwägen. Es ist möglich,

dass sie wie die oben genannte Patientin „nicht zur rechten Zeit am rechten Ort“ ist und die Unterbrechung der Behandlung und eine Wiederaufnahme zu einem späteren Zeitpunkt vereinbart werden kann. Hierbei ist es empfehlenswert, mit der Patientin gegebenenfalls in Kontakt zu bleiben. Bei kritischem psychischem und körperlichem Zustand muss die Behandlung im stationären Setting weitergeführt werden.

Im Erstkontakt scheinen sich die jungen Patientinnen teilweise nicht ihrem Alter entsprechend zu verhalten. So können sie ein eher jünger wirkendes, kindliches oder aber kompetent wirkendes, vorgereiftes Auftreten haben. Dies gibt einen ersten Hinweis auf ihre Rolle im häuslichen Umfeld, für die sie in der Regel positiv verstärkt wurden. Insbesondere wenn Patientinnen im Rahmen der Therapie vernünftig und einsichtig auftreten, kann der Therapeut versucht sein, dieses Verhalten der „braven Patientin“ weiter zu unterstützen. Dies sollte jedoch vermieden werden, um das alte Rollenverständnis nicht aufrechtzuerhalten, das den jungen Patientinnen bisher nicht gerecht wurde (siehe hierzu Artikel *Der schwierige Fall und Fallstricke. Spezifische Probleme in der Behandlung von Essstörungen* von Markus Fumi und Manfred Fichter in diesem Heft).

Altersspezifische Themen in der Therapie

Entsprechend des Erfahrungs- und Interessenspektrums der jungen Patientinnen werden in der Therapie neben der Symptomatik andere Themen relevant als bei erwachsenen Patientinnen. So geht es häufig um Freundschaften, die teilweise sehr eng sind. Die Einbindung in den Freundeskreis oder den Klassenverband spielt eine wesentliche, da auch selbstwertstabilisierende Rolle. Während der ambulanten oder stationären Behandlung sollten die Patientinnen ermutigt werden, Kontakte zu Gleichaltrigen aufrechtzuerhalten oder auch im Sinne von Expositionen neue Verhaltensweisen im realen Alltag auszuprobieren.

Darüber hinaus spielen Kränkungen durch Verlust der besten Freundin an ein anderes Mädchen, der Wechsel einer Freundin in eine andere Klasse oder Verlust von Freunden durch den eigenen oder deren Umzug eine bedeutende Rolle. Gerade zu Beginn der Pubertät wird die Dynamik im Klassenverband („Wer ist die Schönste, Beste, Beliebteste?“) immer wichtiger, da alle Jugendlichen mit Veränderungen ihrer bisher kindlichen Rolle konfrontiert sind. Nicht selten berichten auch erwachsene Patientinnen mit Essstörungen über Unsicherheiten in diesen Bereichen, über die sie früher aus Scham mit niemandem gesprochen haben.

Tanja S.: Die jetzt 21-jährige, sehr differenzierte und introspektionsfähige Biologiestudentin befand sich wegen einer bulimischen Essstörung und einer sehr ausgeprägten depressiven Symptomatik in stationärer psychotherapeutischer Behandlung. Schon mit 9 Jahren habe sie sich zunehmend unzufrieden gefühlt, da sie „anders als die anderen“ gewesen sei. Ihre Eltern hätten sehr viel Wert auf Bildung gelegt, zu Hause sei man sehr ernst miteinander umgegangen, es habe bestimmte Regeln für

die Kleidung und den Umgang mit anderen Personen geben. Dazu sei sie schon immer etwas größer und „fester“ als die andern Kinder gewesen. Wegen ihres Aussehens und ihrer „uncoolen und unlockeren Art“ habe sie sich zunehmend ausgeschlossen gefühlt und „furchtbar gelitten“. In der Annahme, ihre Sorgen seien „lächerlich“ und sie müsse nur „nicht so empfindlich sein und die Sorgen aushalten“ habe sie sich niemandem anvertraut. Ihre Eltern hätten zudem nie über Gefühle geredet. Im Laufe der folgenden Jahre sei sie zu dem Entschluss gekommen, „sie brauche niemanden“, und habe sich mehr und mehr auf Schule und Leistungen konzentriert. Probleme aller Art habe sie rational zu lösen versucht und sich dabei „immer mehr von sich entfernt“.

Die oben genannte, mittlerweile erwachsene Patientin konnte in der Therapie in kleinen Schritten beginnen, über ihre Sorgen und Ängste, die schon in der Kindheit bestanden, zu sprechen. Sie bedauerte, nicht schon vor vielen Jahre den Mut gehabt zu haben, sich zu öffnen, erarbeitete aber die vielfältigen Gründe, die ihr die Offenheit nicht ermöglicht hatten. In der Therapie konnte sie die schon damals bestehenden wesentlichen Fragen ansprechen und bearbeiten: Wie gehe ich mit der Veränderung meines Körpers um? Wieso habe ich so viele verwirrende Gefühle? Warum bin ich immer so unsicher gegenüber Jungen? Darf ich zu ihnen Abstand halten, auch wenn ich sie mag? Ist das normal, wenn ich schüchtern bin oder Angst habe, obwohl ich keinen Grund dazu habe? Wieso nervt mich meine Familie immer mehr? Und warum fühle ich mich immer mehr eingeengt? Kann es sein, dass meine Eltern gar nicht so toll sind, wie ich immer dachte? Ist es gemein, dass ich neidisch und eifersüchtig auf meine Schwester bin, obwohl ich sie doch so gerne mag?

Viele Kinder und Jugendliche haben aufgrund bestimmter Persönlichkeitszüge oder mangelnder positiver Modelle Schwierigkeiten, innerpsychische Vorgänge wahrzunehmen. Ebenso können einige Patientinnen ihre verwirrenden Gedanken und Gefühle nicht akzeptieren und versuchen, sie zu verdrängen, da sie im sozialen Umfeld nicht opportun erscheinen. Bekanntermaßen zeichnen sich Patientinnen mit Essstörungen durch ein hohes Maß an Empathie und Sensitivität aus, was sie dazu prädestiniert, ihre Gefühls- und Gedankenwelt den äußeren Umständen anzupassen. Hier ist es geboten, den jungen Patientinnen möglichst viel Raum für die Äußerung solcher Gedanken und Gefühle zu geben, ihre Ansichten, auch wenn sie dem Therapeuten zunächst nicht nachvollziehbar scheinen, zu validieren und im Verlauf der Behandlung gegebenenfalls alternative Sichtweisen oder Einstellungen aufzuzeigen. Ebenso sollten für die Altersgruppe relevante Themen direkt vom Therapeuten angeschnitten werden, selbst wenn sie von den Patienten nicht erwähnt werden. Somit erhalten diese die „Erlaubnis“, die für sie teilweise „peinlichen“ Sorgen und Ängste mitzuteilen.

Diese Ängste und Sorgen können sich auch auf Körper und Aussehen beziehen. In der Pubertät verändern sich sowohl Aussehen als auch Funktionen des Körpers. Insbesondere mit Entwicklung der sekundären Geschlechtsmerkmale werden

die Patientinnen mit einer Veränderung ihrer bisher kindlichen Rolle konfrontiert, der sie teilweise emotional noch nicht gewachsen sind. Eine Verunsicherung in diesem Bereich kann insbesondere bei ohnehin selbstunsicheren Kindern und Jugendlichen traumatischen Charakter haben, der wiederum die Entwicklung oder Aufrechterhaltung einer Essstörung begünstigt. Nicht selten berichten Patientinnen, in der Pubertät zugenommen zu haben, daher gehänselt worden zu sein, durch eine Gewichtsabnahme „endlich wieder Aufmerksamkeit und Anerkennung erlangt zu haben“, und äußern große Angst, während der Therapie dieses „Kapital“ wieder zu verlieren. Daher ist bei den jungen Patientinnen eine begleitende körperbezogene Therapie notwendig, um eine Auseinandersetzung mit dem sich verändernden Körper und neue positive Erfahrungen zu unterstützen. Hier spielen bewegungstherapeutische Elemente oder Körpervideokonfrontationen bzw. Spiegelübungen eine wichtige Rolle (siehe hierzu auch den Beitrag von Raimund Böse in diesem Heft).

Da die jungen Patientinnen in der Regel noch zur Schule gehen, wird im stationären Rahmen in der Regel der Besuch der Klinikschule angeboten. Alternativ besteht die Möglichkeit, extern eine Schule vor Ort zu besuchen. Dies sollte unter Einbeziehung der Sozialtherapeuten nach Kontakt mit der entsprechenden Schule und nach ausführlicher Vorbereitung der Patientin in der fortgeschrittenen Therapiephase erfolgen. Insgesamt ist besonders wegen der Einbindung der Patientinnen in den Klassenverband die Dauer einer stationären Behandlung kritisch im Auge zu behalten.

Einfluss der Familie

Entsprechend ihres Alters wohnen die meisten jungen Patientinnen noch bei ihrer Ursprungsfamilie und unterliegen deshalb stark den familiären Einflüssen. Ebenso haben sie die Eltern bislang als Vorbilder im Umgang mit sich und der Umwelt erlebt. Oft haben die anpassungsfähigen und selbstunsicheren Patientinnen Lebenseinstellungen und Weltbild der Eltern unkritisch übernommen. Veränderungen der eigenen Einstellung oder Zweifel an den Meinungen der Eltern führen dann häufig zu Verunsicherung. Dies geschieht insbesondere vor dem Hintergrund, dass gegenüber den „geliebten“ Personen im nahen Umfeld eigentlich keine Kritik zugelassen und absolute Loyalität gefordert ist. Darüber hinaus darf Kritik an der eigenen Familie nicht nach außen dringen, um diese nicht zu „verraten“.

Svenja K.: Die 19-jährige, stark untergewichtige Patientin befand sich seit dem 14. Lebensjahr mehrfach in ambulanter und stationärer kinderpsychiatrischer Behandlung. Während der stationären Aufenthalte konnte sie jeweils an Gewicht zunehmen, das sie direkt nach Entlassung kontinuierlich wieder verlor. Themen während der Behandlung waren dementsprechend konzentriert auf die sehr ausgeprägte Symptomatik. Bearbeitet wurde ihr hohes Leistungsstreben mit Perfektionismus, Versagensängste und teilweise auftretende Einsamkeitsgefühle wegen der Doppelberufstätigkeit der Eltern. Mögliche innerfamiliäre Schwierigkeiten negierte die Patientin über viele Jahre, obwohl den

zuständigen Ärzten auffiel, dass nur die Mutter zu Besuch kam. Erst nach und nach konnte die jetzt erwachsene Patientin erzählen, dass sie mit 9 Jahren von einem fremden Mann vergewaltigt wurde. Darüber hinaus hatte sich der an Alzheimer leidende und jähzornige Großvater ihr gegenüber „unsittlich“ verhalten. Zum Vater hatte sie seit der Kindheit ein gespanntes Verhältnis, da sie vor ihm als Mann und wegen seines teilweise aufbrausenden Wesens Angst hatte. Über die Vorfälle habe sie mit niemandem gesprochen. Sie habe ihre Familie nicht belasten und sie nach außen nicht „schlecht machen“ wollen.

Aus Loyalität und Angst, die Familie „anzuschwärzen“ oder geächtet zu werden, teilen sich viele junge Patientinnen mit Essstörungen nicht mit. Ebenso fürchten sie Veränderungen in dem ihnen bekannten Familiensystem und ihrer Rolle in der Familie.

Katja L.: Die 15-jährige Patientin, die an einer bulimischen Essstörung leidet, wurde in Thailand geboren und im Alter von 3 Jahren von einem deutschen Ehepaar adoptiert. Insbesondere die Mutter bemühte sich sehr um die Entwicklung der vernachlässigten und verzögert entwickelten Tochter. Nach einem Umzug der Familie hatte die Patientin im Alter von 13 Jahren zunehmend Schwierigkeiten in der neuen Klasse, sie zog sich von den Mitschülern zurück, die bisher guten Leistungen verschlechterten sich deutlich. Nachhilfe und Unterstützung durch die Mutter erzielten keine Besserung der Problematik, so dass zunächst eine ambulante, später eine stationäre Behandlung durchgeführt wurde. Die Patientin gab an, sich den Eltern gegenüber verpflichtet zu fühlen, da diese sich so sehr um ihr Wohl und schulische Fortkommen bemühten. Ebenso spüre sie, was ihre Mutter für gut und richtig halte, und bemühe sich, ihr Verhalten danach auszurichten. Im Rahmen der Behandlung wurden mögliche Zusammenhänge zwischen dem Gefühl der Überforderung, der übermäßigen Anpassung und der Essproblematik erarbeitet. Katja formulierte, ein „Doppelleben“ zu führen und ihre scheinbar unangemessenen Gefühle nicht zu äußern, um ihre Umwelt nicht zu enttäuschen. Mit Erlangen vermehrter Autonomie und Wahrnehmung eigener Wünsche und Bedürfnisse verstärkte sich das schlechte Gewissen den Eltern gegenüber immer mehr und gipfelte in einen „Entschuldigungsbrief“ an sie mit dem späteren Entschluss, sich zur Zeit eher an den Wünschen der Eltern zu orientieren.

Wie die oben genannte Patientin fühlen sich viele junge Patientinnen mit Essstörungen ihren Eltern gegenüber verpflichtet, insbesondere wenn diese sich sehr um Erziehung und Ausbildung bemühen. Nicht selten leben sie Wünsche und Ansprüche der Eltern, implizit oder explizit geäußert, im Sinne einer „Delegation“. Insbesondere wenn die Patientinnen spüren, dass vorzugsweise ihre Leistungen oder intellektuellen Fähigkeiten gelobt werden, kann dies, wie Hilde Bruch (1980) formulierte, bei den selbstkritischen und –unsicheren Patientinnen Gefühle fördern, „nicht gut genug oder der enttäuschende Versager“ zu sein oder das Lob nicht zu verdie-

nen. „Warum bist Du unzufrieden?“ Tatsächlich sind viele Patientinnen materiell gut versorgt und finden auf diese Frage keine Antwort. Vor allem eine sehr enge und noch unreflektierte Einstellung gegenüber den Eltern prädestiniert die Mädchen zu einem Verhalten, wie die oben genannte Patientin es zeigte, nämlich auf eine Auseinandersetzung mit den Eltern zugunsten aktueller Harmonie zu verzichten.

In der Therapie sollte auf die Gefahren dieser Überanpassung und Verwobenheit hingewiesen werden, jedoch kann es bei den jungen Patientinnen sehr schnell zur Koalitionsbildung mit den vom Therapeuten scheinbar kritisierten Eltern kommen. Zur Vermeidung dieser Problematik und einer möglichen Spaltung zwischen Eltern und Therapeut ist es wichtig, die Familie in den therapeutischen Prozess einzubeziehen. Hierbei wird der jungen Patientin versichert, dass nur in Absprache mit ihr Themen mit den Eltern, möglichst in Anwesenheit der Patientin, besprochen werden. Russell et al. (1987) zeigten, dass bei Kindern und Jugendlichen mit Anorexia nervosa Familientherapie einer rein einzeltherapeutischen Behandlung überlegen ist. Eine Untersuchung von Robin et al. (1999) konnte dieses Ergebnis bei jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa bestätigen. Es ist möglich, dass in einigen Fällen eine Individuation der Patientinnen zum aktuellen Zeitpunkt von den Eltern oder auch von den jungen Patientinnen noch nicht toleriert wird. Hier bietet es sich an, Patientin und Familie offene und kritische, aber verständnisvolle Akzeptanz entgegenzubringen, um für mögliche weitere Interventionen den therapeutischen „Fuß in der Tür“ behalten zu können.

Ein weiterer kritischer Bereich ist der persönliche Freiraum innerhalb der Familie. Viele junge Patientinnen berichten, dass familiäre Schwierigkeiten nicht nach außen dringen dürfen, aber innerhalb der Familie persönliche Angelegenheiten oder Privatsphäre nicht respektiert werden. Hierbei wird es oftmals als schwierig erlebt, eine eigene, abweichende Meinung zu vertreten, wenn sich die restliche Familie dadurch kritisiert fühlt. Hilde Bruch (1980) spricht hier von einer „Konfusion der Pronomen“. Insbesondere in der Pubertät ist es für die Heranwachsenden wichtig, einen eigenen Bereich zu haben, in dem sie sich zurückziehen, mit sich beschäftigen und sich entfalten können. Viele Patientinnen berichten, „zu wenig eigenen Raum“ zu haben. Die Situation in der Familie stellt sich häufig so dar, dass „alle Türen offen sind, nur die Haustür nicht“.

Annette F.: Die jetzt 17-jährige Patientin mit Anorexie erzählte, es habe im Badezimmer keinen Schlüssel gegeben, da die Familie „keine Geheimnisse voreinander“ habe. In der Pubertät habe sie sich jedoch zunehmend geniert, dies nicht geäußert, aber immer einen günstigen Zeitpunkt abgepasst, zu dem sie rasch ins Badezimmer gehen konnte, damit ihr Bruder oder ihre Eltern nicht hereinkamen. Auf der anderen Seite durfte der problematische Alkoholkonsum des Vaters oder Eheprobleme der Eltern auf keinen Fall nach außen dringen, um das Bild der „heilen Familie“ aufrechtzuerhalten.

Solange die jungen Patientinnen noch bei der Familie wohnen, erleben sie unweigerlich auch alltägliche familiäre Span-

nungen mit. Hierbei sind sie geneigt, übermäßige Rücksicht auf die Gefühle der Familienmitglieder, insbesondere der Eltern, zu nehmen oder sich auch verantwortlich für Auseinandersetzungen und Streit zu fühlen. Dies kann zur Vernachlässigung der Beschäftigung mit eigenen altersentsprechenden Themen oder auch Aktivitäten führen. In der Therapie gilt es, die Patientin für diese Rollenkonfusion zu sensibilisieren und die Auseinandersetzung mit eigenen Belangen zu fördern. Dies wird schwieriger, je länger sich die Patientinnen in der familiären Dynamik und ihrer Essproblematik befinden. Sie geraten damit mit ihrer Entwicklung in einen Rückstand im Vergleich zu Gleichaltrigen, die gesund sind und sich in einer weniger problematischen familiären Situation befinden. Dies fördert wiederum den Rückzug in die Ursprungsfamilie und die Beschäftigung mit der Essproblematik.

Bei partnerschaftlichen Schwierigkeiten der Eltern sehen sich die Patientinnen oftmals in der Pflicht, die Ehe zu „kitten“. Dabei sind sie in die Problematik nicht selten zu früh eingebunden, sind Beraterinnen oder „beste Freundinnen“ (meist der Mütter) und nehmen damit eine sie deutlich überfordernde, weil nicht altersentsprechende Rolle ein. Ihre Aufgabe, das Familiensystem zu stabilisieren, kann jedoch zu einer Verbesserung des Selbstwertes führen, was das Verlassen dieser Rolle schwierig werden lässt. Ebenso erfüllt die Erkrankung tatsächlich oft eine stabilisierende Funktion durch die gemeinsame Sorge der Eltern um die Tochter. In der Therapie wird mit den Patientinnen über mögliche Konsequenzen einer Änderung des Verhaltens oder Besserung der Symptomatik für sie und die Familie besprochen. Dabei kann die Angst vor einer Trennung der Eltern die Sorge um die eigene Gesundheit in den Hintergrund drängen („Wenn ich gesund werde oder mich nicht mehr kümmerge, wird mein Vater gehen“). Auch hier ist Geduld des Therapeuten erforderlich, die Ängste der Patientin ernst zu nehmen, ihr aber Möglichkeiten aufzuzeigen, insbesondere über die Bewältigung der eigenen (Ess)-Probleme einen „dosierten Ausstieg“ aus der familiären Verflechtung zu finden.

Vor allem vor dem Hintergrund familiärer Spannungen bietet es sich an, die Patientinnen auf gleichaltrige Familienmitglieder zu verweisen, mit denen sie sich über altersentsprechende oder für sie relevante Themen austauschen können. Idealerweise bieten sich Geschwister als „Koalitionspartner“ an, wodurch die bisherige Rollenkonfusion oder -umkehr unterbunden werden könnte. Dabei ist es erforderlich, das Verhältnis der Geschwister zueinander und insbesondere offene oder auch unausgesprochene Rivalitäten zu berücksichtigen und anzusprechen, da auch hier ein auslösender oder aufrechterhaltender Faktor für die Essproblematik liegen kann.

Lisa B.: Die 15-jährige, vorgereift wirkende Patientin ist die ältere von 2 Töchtern. Sie sei eher still und „denkerisch“ wie der Vater gewesen, wofür sie sehr gelobt worden sei. Im Alter von 4 Jahren sei die Schwester geboren worden. Eifersucht sei nicht aufgetreten, da sie sofort „die Große“ gewesen sei. Nach einem Umzug habe sie wenig Kontakt zu anderen Kindern gefunden und viel mit ihrer Schwes-

ter unternommen. Es habe viele Vergleiche zwischen den Schwestern gegeben, wobei sie gegenüber der sehr impulsiven Schwester immer positiv dargestellt worden sei. Sie habe sich daher angewöhnt, nach außen nicht ärgerlich oder aggressiv zu wirken, um nicht zu enttäuschen. Sowieso werde in der Familie eine direkte Auseinandersetzung gescheut. Im Kontakt mit anderen Kindern habe sie sehr schnell gemerkt, dass die eigene Zurückhaltung zu Problemen führte, habe ihr Verhalten jedoch nicht ändern können. Zudem sei sie von den Lehrern als „die Vernünftige“ sehr gelobt worden.

Obwohl die meisten Eltern bemüht sind, ihre Kinder „gleich“ zu erziehen, bleibt es nicht aus, dass sie in ihrem Sinne positives Verhalten verstärken. Sofern sich ein „Problemkind“ in der Familie befindet, besteht die Gefahr, dass sich das weniger problematische „auffällig unauffällig“ verhält (Bruch, 1980), um den Eltern keine weiteren Sorgen zu bereiten. Bekanntermaßen prädestiniert dieses Verhalten zur Entwicklung und Aufrechterhaltung einer Essstörung und sollte auch im therapeutischen Kontext kritisch betrachtet werden. Mit der Patientin können Wege überlegt werden, altersentsprechendes Verhalten zu erkennen und schrittweise einzuüben. Ebenso sollte den Ängsten nachgegangen werden, nicht mehr lebenswert zu sein, wenn man sich weniger angepasst verhält.

Hier bietet sich bei älteren Patientinnen ein Vorgehen im Sinne der kognitiv-verhaltenstherapeutischen Therapie an. Nach Herpertz-Dahlmann (2003) und Freeman (1995) kann ein entsprechendes Vorgehen bei jungen Patientinnen, insbesondere mit geringer Krankheitseinsicht, erschwert sein durch die Weigerung, ihre Überzeugungen und ihr Verhalten zu hinterfragen. Ein eher spielerischer Zugang unter Zuhilfenahme von Rollenspielen oder Phantasieübungen kann dabei weiterführen.

Ein weiteres Problem ergibt sich, wenn ein Geschwister der Patientin von den Eltern oder den Freunden aus unterschiedlichen Gründen objektiv oder von der Patientin subjektiv wahrgenommen bevorzugt wird. Dies kann zu starken, von der Patientin jedoch abgelehnten Gefühlen von Eifersucht oder Neid führen, die sie in der Regel nicht äußert, sondern, meist in Form der Symptomatik, gegen sich richtet. Ihre Symptomatik oder ihr Aussehen kann dabei als „lebender Vorwurf“ gegenüber den anderen fungieren, die sich nicht angemessen um sie bemüht oder ihre Fähigkeiten nicht beachtet haben.

Mareike M.: Die 15-jährige anorektische Patientin ist das mittlere von drei Kindern. Der 17-jährige Bruder werde von allen, besonders wegen seiner guten Schulleistungen, bewundert und gelte als der „Vernünftige und Supertyp“. In der Familie könne er sich alles erlauben, kümmerge sich auch nicht um familiäre Probleme, was die Patientin ärgere. Die 2-jährige Schwester sei das Nesthäkchen und Mittelpunkt der Familie. Die Partnerschaft der Eltern sei problematisch und die Atmosphäre im Elternhaus daher sehr angespannt. Sie selbst sei die Vermittlerin zwischen den Eltern und dadurch überfordert. Vom Bruder fühle sie sich

in dieser schwierigen Situation im Stich gelassen und sei eifersüchtig, weil er gute Schulleistungen und zudem auch außerhalb der Familie im Gegensatz zu ihr gute und viele Kontakte habe. Die Patientin habe sich ihm gegenüber immer minderwertig gefühlt und Angst gehabt, übersehen zu werden, da alles, was sie getan habe, als selbstverständlich angesehen worden sei. Erst jetzt kümmere sich die Familie um sie, da diese sich um ihre Gesundheit Sorgen mache.

Die junge Patientin leidet unter dem erfolgreicherem und beliebteren Bruder, wodurch sich das ohnehin defizitäre Selbstbild verstärkt. Sie versuchte zunächst, dem Bruder in den schulischen Leistungen oder sportlichen Freizeitaktivitäten nachzueifern. Dies zeigte keinen Erfolg, da ihre schulischen Leistungen, sicher auch bedingt durch die familiären Schwierigkeiten und insbesondere die Essstörung, eher nachließen und sie zudem eher künstlerisch als sportlich interessiert und begabt war. In der Therapie wurde versucht, mit der Patientin ressourcenorientiert zu arbeiten und eigene Interessen und Fähigkeiten zu fördern. Darüber hinaus wurde sie ermutigt, ihre Gefühle in der Familie direkt zu äußern. Hilfreich waren dabei regelmäßig durchgeführte Familiengespräche mit Patientin, Eltern und Bruder.

Medikamentöse Therapie

Auf die allgemeine Psychopharmakotherapie bei Essstörungen wird ausführlich im Beitrag *Psychopharmakotherapie bei Essstörungen* von Bernhard Osen in diesem Heft eingegangen. Die medikamentöse Therapie junger Patientinnen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa ist dadurch erschwert, dass für die Behandlung von psychogenen Essstörungen im Kindes- und Jugendalter bislang kein Medikament zugelassen ist. In der klinischen Praxis erfolgt dennoch eine medikamentöse Behandlung in Anlehnung an das Vorgehen bei erwachsenen Patientinnen im Sinne des Hilfeplanes. Hierbei wird entsprechend der Zielsymptomatik nach Aufklärung der Angehörigen und/oder der Patientinnen vorgegangen. Die Indikation einer Pharmakotherapie besteht in der Behandlung der spezifischen Psychopathologie, der Verbesserung des körperlichen Befindens und der Behandlung komorbider Störungen. Bei jungen anorektischen Patientinnen werden atypische Neuroleptika bei extrem ausgeprägter Gewichtsphobie und deutlich wahnhaft anmutender Körperschemastörung bei chronischem Verlauf eingesetzt. Nach Mehler et al. (2002) liegen für *Olanzapin* erste positive klinische Erfahrungen und Ergebnisse aus offenen Studien vor. Laut Wewetzer (2004) zeigte sich schon bei einer Dosierung von 2,5 mg pro Tag eine gute Wirksamkeit. Die maximale Tagesdosis lag bei 12,5 mg. Bei ausgeprägter Hyperaktivität und innerer Unruhe, die insbesondere zu Beginn der Therapie auftreten können, erweist sich die Gabe von niederpotenten Neuroleptika wie *Pipamperon*, *Melperon*, *Thioridazin* oder *Chlorprothixen* als hilfreich (Wewetzer 2004). Zum Einsatz trizyklischer Antidepressiva wurden kontrollierte Untersuchungen nur bei erwachsenen Patientinnen durchgeführt. Diese ergaben keinen Einfluss der Trizyklika auf das Ausmaß der Gewichtszunahme oder Reduktion depressiver Symptomatik, jedoch teilweise

ausgeprägte Nebenwirkungen (Biederman et al., 1985; Halmi et al., 1986). Über den Einsatz von selektiven Serotonin-Wiederaufnahmehemmern (SSRIs) liegen ebenfalls nur kontrollierte Studien an erwachsenen Patienten vor. Nach einer kontrollierten Studie von Kaye et al. (2001) konnte mit Gabe von *Fluoxetin* im Vergleich zu Placebo eine signifikante Verbesserung anorexietyrischen Verhaltens und/oder eine signifikante Gewichtssteigerung erzielt werden. Ebenso wurde gezeigt, dass die längerfristige Gabe von *Fluoxetin* als Prophylaxe zu einer signifikant niedrigeren Rückfallrate führte (Kaye et al., 1997). Im Frühstadium einer Kachexie ist unter Gabe von SSRIs oder von *Clomipramin* eine positive Wirkung nicht zu erwarten, daher ist eine Gewichtsrehabilitation Voraussetzung für die Gabe von Antidepressiva. Diese Gabe von Antidepressiva wird hiernach bei deutlich depressiver Symptomatik trotz Gewichtsnormalisierung und/oder einer depressiven Symptomatik vor Beginn der Anorexie als sinnvoll erachtet. Bei Behandlung der depressiven oder zwanghaften Begleitsymptomatik wird eine Therapie mit einem SSRI (z.B. *Paroxetin* oder *Sertralin*) in zunächst niedriger, langsam einschleichender Dosierung sowie eine Weiterbehandlung für sechs bis zwölf Monate zur Rezidivprophylaxe empfohlen (Wewetzer, 2004). Auch bei Kindern und Jugendlichen mit Bulimia nervosa liegen zur medikamentösen Therapie kaum kontrollierte Untersuchungen vor. Bei erwachsenen Patienten führte die Gabe von Antidepressiva bei der Reduktion von Heißhungeranfällen und selbst induziertem Erbrechen zu signifikanten Verbesserungen im Vergleich zu Placebo (Walsh und Devlin, 1992; Mitchell et al., 1993; Bacaltchuk et al., 2000), wobei höhere Dosen als bei depressiver Symptomatik verabreicht werden müssen (Fluoxetine Bulimia Nervosa Collaborative Study Group, 1992). Eine kontrollierte Untersuchung von Fichter et al. (1996) ergab, dass bei chronifizierter oder rezidivierender bulimischer Symptomatik die prophylaktische Gabe von *Fluvoxamin* sinnvoll ist. Auch bei jugendlichen Patientinnen wird der Einsatz von SSRIs empfohlen. Da bei Bulimie auch die Medikation erbrochen werden kann, erscheint die Gabe eines SSRI mit relativ langer Halbwertszeit (z.B. *Fluoxetin*) geboten. Es wird eine Anfangstagesdosis von 10 mg mit langsamer Steigerung auf 60 mg pro Tag angeraten, wobei bei jüngeren Patientinnen eine Tagesdosis von 40 mg ausreichend sein kann (Wewetzer, 2004).

Nachsorge und weitere therapeutische Möglichkeiten

Die Diagnose einer Essstörung bei Kindern oder Jugendlichen wird in den meisten Fällen beim Kinder- oder Hausarzt gestellt. Es ergibt sich schnell die Frage einer weiteren adäquaten Betreuung der Betroffenen, die in einigen Fällen zunächst sowohl die Erkrankung negieren als auch eine weitere Behandlung ablehnen. Niederschwellig bieten sich entsprechend dem körperlichen und psychischen Befinden der Patientinnen Beratungsstellen oder Selbsthilfegruppen in Wohnortnähe an, die eine weitere krankheitsspezifische Aufklärung, Teilnahme an therapeutisch geleiteten Gruppen oder Informationen über ambulante Kinder- und Jugendlichen-therapeuten anbieten können. Leider ist das Betreuungs- und Behandlungsangebot auf Ebene der Beratungsstellen sowie

der ambulanten und stationären Versorgung für junge Patientinnen mit Essstörungen in vielen Gegenden Deutschlands bislang nicht ausreichend, so dass bereits hieran eine adäquate professionelle Betreuung der Betroffenen scheitern kann. Sobald sich die jungen Patientinnen in therapeutischer Behandlung befinden, ist eine enge Vernetzung der beteiligten ambulanten und stationären Therapeuten zur besseren Koordination der Therapie hilfreich. Kinder und Jugendliche werden sich weniger eigenständig als Erwachsene um eine weiterführende Therapie kümmern, auch sind die Erziehungsberechtigten hierbei teilweise überfordert. Sowohl im ambulanten als auch stationären Rahmen ist eine Einbindung der jungen Patientinnen in Gruppenangebote sinnvoll, da hier ein Austausch über alters- und krankheitsspezifische Probleme sowie die Weiterentwicklung des Sozialverhaltens ermöglicht werden. Sofern die Kinder oder Jugendlichen in schwierigen sozialen oder familiären Verhältnissen leben, die zum Zeitpunkt der Behandlung krankheitsaufrechterhaltend scheinen, kann eine zeitlich begrenzte Unterbringung der Patientinnen in therapeutisch betreuten Wohngruppen sinnvoll sein. Hier ergeben sich neben dem ebenfalls geringen Angebot für Minderjährige weitere Probleme. Die jungen Patientinnen haben trotz aller Schwierigkeiten oft eine enge emotionale Bindung an ihre Familie und das häusliche Umfeld und fürchten, ihre Eltern im Stich zu lassen. Die Eltern wiederum glauben, versagt zu haben, wenn ihre noch minderjährige Tochter nicht mehr bei ihnen wohnen kann. Die Vermittlung dieses Behandlungsschrittes verlangt hohes therapeutisches Geschick. Die Information, dass es sich dabei um einen (meist auf ein Jahr) begrenzten Zeitraum handelt kann für die meisten Eltern (und für die jungen Patientinnen) beruhigend sein.

Weiterführende Überlegungen

Bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen sind, bedingt durch deren Minderjährigkeit, sowohl die Patientinnen als auch ihre Eltern involviert. Eine direkte Vernetzung des sozialen Umfeldes kann von Vorteil sein, birgt aber auch Schwierigkeiten, da die Eltern Schuldgefühle wegen der Erkrankung ihrer Tochter haben und die Therapeuten gegebenenfalls als Konkurrenten sehen. Auch der Therapeut kann versucht sein, gegenüber den „überfürsorglichen, einengenden und rigiden“ Eltern Unverständnis zu empfinden. Er sollte jedoch darauf bedacht sein, eine Konkurrenz oder Spaltung zu vermeiden und die Eltern, wenn möglich, als „Co-Therapeuten“ in die Behandlung einzubeziehen. (Keinem Therapeuten gelingt es, ein zu enges und rigides Familiensystem aufzulösen, wenn nicht alle Beteiligten „am gleichen Strang“ ziehen.) Dies kann auch beinhalten, die Eltern dahingehend zu begleiten, ihre bisherigen Einstellungen zu überdenken und mehr an sich und ihre Partnerschaft zu denken. Hierbei kann es sinnvoll sein, auf die Möglichkeit der Teilnahme an Gruppenangeboten für Angehörige hinzuweisen, die meist von Beratungsstellen organisiert werden.

Die Therapeuten sollten darauf achten, zu den jungen Patientinnen zwar eine tragfähige und empathische, aber nicht zu enge, abhängigkeitsfördernde therapeutische Bindung einzugehen, um den Wechsel in den ambulanten oder familiären

Bereich nicht zu erschweren. Insbesondere eine stationäre Behandlung sollte aus diesen Gründen und im Sinne einer optimalen Wiedereingliederung in Familien-, Freundeskreis und Schule nicht zu lange dauern.

Die Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen braucht neben störungsspezifischen Überlegungen besondere Beachtung der oben genannten altersspezifischen Faktoren, die den therapeutischen Verlauf zusätzlich beeinflussen oder auch erschweren können. Die Arbeit mit jungen Patientinnen ermöglicht dem Therapeuten jedoch, neben dem schulenspezifischen Vorgehen kreative Wege zu finden, die Patientinnen bei der Bewältigung ihrer Erkrankung zu unterstützen. Entsprechend kann die therapeutische Arbeit z. B. mit Rollenspielen, auch unter Zuhilfenahme therapeutischer Puppen, Familienfotos, Lieblings- oder Tagebüchern, Malen und spielerischer Bewegung den jungen Patientinnen helfen, einen verbesserten Ausdruck ihrer Gedanken und Gefühle zu entwickeln. Die grundsätzlich relativ günstige Prognose der jungen Patientinnen mit Essstörungen kann dabei das Engagement vergrößern, sie zur Therapie zu motivieren und dabei zu begleiten.

Die vielfältigen Veränderungen in Kindheit, Jugend und besonders in der Pubertät können zu starken Verunsicherungen und Krisen führen, die die Entstehung einer Essstörung unterstützen und aufrechterhalten. Bekanntlich „liegt in jeder Krise eine Chance“, die in der Behandlung dieser jungen Patientinnen ergriffen werden kann. Daher ist die Therapie von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen eine besondere Herausforderung.

Literatur

- American Psychiatric Association (2000): Diagnostic and Statistical Manual of mental Disorders (DSM-IV). Washington, DC: American Psychiatric Association
- Bacaltchuk J, Hay P, Mari JJ (2000): Antidepressants versus placebo for the treatment of bulimia nervosa: a systematic review. *Aust N Z J Psychiatry* 34:310-317
- Biedermann J, Herzog DB, Rivinus TM (1985): Amitriptyline in the treatment of anorexia nervosa: a double-blind placebo-controlled study. *J Clin Psychopharmacol* 5:10-16
- Bruch H (1980): Der goldene Käfig. Frankfurt am Main: S. Fischer Verlag GmbH
- Bryant-Waugh R (2000): Overview of the eating disorders. In: Lask B, Bryant-Waugh R (eds.): *Anorexia nervosa and related eating disorders in childhood and adolescence*. East Sussex: Psychology Press Ltd, 27-40
- Bryant-Waugh R, Knibbs J, Fosson A, Kaminski Z, Lask B (1988): Long term follow-up of patients with early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child* 63:5-9
- Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde -DGPPN (2000): Behandlungsleitlinie Essstörungen. In: Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde - DGPPN (Hrsg.): *Praxisleitlinien in Psychiatrie und Psychotherapie*, Band 4. Darmstadt: Steinkopff
- DiNicola V, Roberts N, Oke L (1989): Eating and mood disorders in young children. *Psychiatr Clin North Am* 12:873-893
- Fichter M, Quadflieg NN (1997): Six-year course of bulimia nervosa. *Int J Eat Dis*; 22: 361-384

- Fichter M, Quadflieg NN (1999): Six-year course and outcome of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 22:359-384
- Fichter M, Kruger R, Rief W, Holland R, Dohne J (1996): Fluvoxamine in prevention of relapse in bulimia nervosa: effects on eating-specific psychopathology. *J Clin Psychopharmacol* 16: 9-18
- Flament MF, Ledoux S, Jeammet P, Choquet M, Simon Y (1995) : A population study of bulimia nervosa and subclinical eating disorders in adolescence. In: Steinhausen HC (ed.): *Eating disorders in adolescence*. Berlin, New York: Walter de Gruyter, 21-36
- Fluoxetine Bulimia Nervosa Study Group (1992): Fluoxetine in the treatment of bulimia nervosa: a multicenter, placebo-controlled, double-blind trial. *Arch Gen Psychiatry* 49:177-181
- Fosson A, Knibbs J, Bryant-Waugh R, Lask B (1987): Early onset anorexia nervosa. *Arch Dis Child* 62:114-118
- Freeman C (1995): Cognitive therapy. In: Szmukler G, Dare C, Treasure J (eds.): *Handbook of Eating Disorders: Theory, Treatment and Research*. Chichester: John Wiley, 309-331
- Gowers SG, Crisp AH, Joughin N, Bhat A (1991): Premenarcheal anorexia nervosa. *J Child Psychol Psychiatry* 32: 515-524
- Halmi KA, Eckert ED, LaDu TJ, Cohen J (1986): Anorexia nervosa: treatment efficacy of cyproheptadine and amitriptyline. *Arch Gen Psychiatry* 43:177-181
- Herpertz-Dahlmann B (2003): Ess-Störungen. In: Herpertz-Dahlmann B, Resch F, Sculte-Markwort M, Warnke A (Hrsg.): *Entwicklungspsychiatrie. Biopsychologische Grundlagen und die Entwicklung psychischer Störungen*; Stuttgart, New York: Schattauer, 668-692
- Herpertz-Dahlmann B, Herpertz S (1995): Essstörungen und Diabetes mellitus. *Diabetes Dialog* 4:5-8
- Herpertz-Dahlmann B, Müller B, Herpertz S, Heussen N, Neudörfel A, Hebebrand H, Remschmidt H (2001): Prospective ten-year follow-up in adolescent anorexia nervosa - course, outcome and psychiatric comorbidity. *J Child Psychol Psychiatry* 42: 603-612
- Herzog DB, Dorer DJ, Keel PK, Selwyn SE, Ekeblad ER, Flores AT, Greenwood DN, Burwell RA, Keller MB (1999): Recovery and relapse in anorexia and bulimia nervosa: a 7,5-year follow-up study. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:829-837
- Higgs J, Goodyer I, Birch J (1989): Anorexia nervosa and food avoidance emotional disorder. *Arch Dis Child* 64:346-351
- Irwin M (1981): Diagnosis of anorexia nervosa in children and the validity of DSM-III. *Am J Psychiatry* 138:1382-1383
- Kaltiala-Heino R, Rissanen A, Rimpelä M, Rantanen P (1999): Bulimia and bulimic behaviour in middle adolescence: more common than thought? *Acta Psychiatr Scand* 100:33-39
- Kaplan AS, Katz M (1993): Medical illnesses associated with weight loss and binge eating. In: Kaplan AS, Garfinkel PE (eds.): *Medical Illness and the Eating Disorder*. New York: Brunner & Mazel, 17-38
- Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, Plotnikov KH (1997): Relapse prevention with fluoxetine in anorexia nervosa: a double-blind placebo-controlled study. 150th American Psychiatric Association Meeting, 178
- Kaye WH, Nagata T, Weltzin TE, Hsu LK, Sokol MS, McConaha C, Plotnikov KH, Weise J, Deep D (2001): Double-blind placebo-controlled administration of fluoxetine in restricting- and restricting-purging-type anorexia nervosa. *Biol Psychiatry* 49:644-652
- Keel PK, Mitchell JE, Miller KB, Davis TL (1999): Long-term outcome of bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 56:63-69
- Lask B, Britten C, Kroll L, Magagna J, Tranter M (1991): Children with pervasive refusal. *Arch Dis Child* 66:866-869
- Lucas AR, Crowson CS, O'Fallon WM, Melton LJ III (1999): The ups and downs of anorexia nervosa. *Int J Eat Disord* 26:397-405
- Mehler C, Wewetzer CH, Schulze U, Theisen F, Dittman RW, Warnke A (2002): Olanzapine in children and adolescents with chronic anorexia nervosa. A study of five cases. *Eur Child Adolesc Psychiatry* 10:151-157
- Mitchell JE, Raymond N, Specke S (1993): A review of the controlled trials of pharmacotherapy and psychotherapy in the treatment of bulimia nervosa. *Int J Eat Disord* 14:229-247
- Robin AL, Siegel PT, Moye AW, Gilroy M, Baker Dennis A, Sikand A (1999): A controlled comparison of family versus individual therapy for adolescents with anorexia nervosa. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1482-1489
- Russell GFM, Szmukler GI, Dare C, Eisler I (1987): An evaluation of family therapy in anorexia nervosa and bulimia nervosa. *Arch Gen Psychiatry* 44:1047-1056
- Schmidt MH (1999): *Kinder und Jugendpsychiatrie*. Köln: Deutscher Ärzte-Verlag GmbH, 239-250
- Schulze U, Neudörfel A, Krill A, Warnke A, Remschmidt H, Herpertz-Dahlmann B (1997): Verlauf und Heilungserfolg der frühen Anorexia nervosa. *Z Kinder Jugendpsychiatr Psychother* 25:5-16
- Soundy TJ, Lucas AR, Suman VJ, Melton LJ III (1995): Bulimia nervosa in Rochester, Minnesota, from 1980 to 1990. *Psychol Med* 25:1065-1071
- Steinhausen HC (1997): Annotation: outcome of anorexia nervosa in the younger patient. *J Child Psychol Psychiatry*; 38: 271-276
- Steinhausen HC, Seidel R, Winkler-Metzke C (2000): Evaluation of treatment and intermediate and long-term outcome of adolescent eating disorders. *Psychol Med* 30:1089-1098
- Stice E, Killen JD, Hayward CB (1998): Age of onset for binge eating and purging during last adolescence: a 4-year survival analysis. *J Abnorm Psychol* 107:671-675
- Strober M, Freeman R, Morrell W (1997): The long-term course of severe anorexia nervosa in adolescents: survival analysis of recovery, relapse, and outcome predictors over 10-15 years in a prospective study. *Int J Eat Disord* 33:339-360
- Sullivan PF (1995): Mortality in anorexia nervosa. *Am J Psychiatry* 152:1073-1076
- Sunday SR, Reeman IM, Ecker E, Halmi KA (1996): Ten-year outcome in adolescent onset anorexia nervosa. *J Youth Adolesc* 25:533-544
- Theander S (1996): Anorexia nervosa with an early onset: selection, gender, outcome, and results of a long-term follow-up study. *J Youth Adolesc* 25:419-430
- Walford G, McCune N (1991): Long-term outcome in early-onset anorexia nervosa. *Br J Psychiatry* 159:383-389
- Walsh BT, Develin MJ (1992): The pharmacologic treatment of eating disorders. *Psychiatr Clin North Am* 24:315-323
- Wentz-Nilsson EW, Gillberg C, Gillberg IC, Rastam ME (1999): Ten-year follow-up of adolescent-onset anorexia nervosa: personality disorders. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 38:1389-1395
- Wewetzer CH (2004). *Psychogene Essstörungen*. In: Gerlach M, Warnke A, Wewetzer CH (Hrsg.): *Neuropsychopharmaka im Kindes- und Jugendalter. Grundlagen und Therapie*. Wien, New York: Springer-Verlag, 275-281
- World Health Organization (1991): Tenth Revision of the International Classification of Diseases (ICD-10). Chapter V (F): Mental and Behavioural Disorders. Geneva: World Health Organization
- Zipfel S, Löwe B, Reas DL, Deter HCD, Herzog W (2000): Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up. *Lancet* 355:721-722

Dr. Silke Naab

Medizinisch-Psychosomatische Klinik Roseneck
Am Roseneck 6 • 83209 Prien • Tel.: 08051-68 3228
E-Mail: snaab@schoen-kliniken.de