

Anorexia nervosa

Allgemeines

Kaum eine andere psychische Störung ist in den letzten Jahren so häufig in der Presse erwähnt worden wie die Anorexie. Immer wieder wird von "Berühmtheiten", insbesondere von Models oder Schauspielerinnen behauptet, sie seien magersüchtig. Das Krankheitsbild der Anorexia nervosa ist erstmals bereits 1873 beschrieben worden. Diese Diagnose wird aber erst seit den 70er Jahren häufiger gestellt, wobei nicht eindeutig gesagt werden kann, ob die Krankheit in der heutigen Gesellschaft tatsächlich häufiger auftritt, oder ob die gestiegene Aufmerksamkeit dazu führt, dass die Krankheit häufiger diagnostiziert wird.

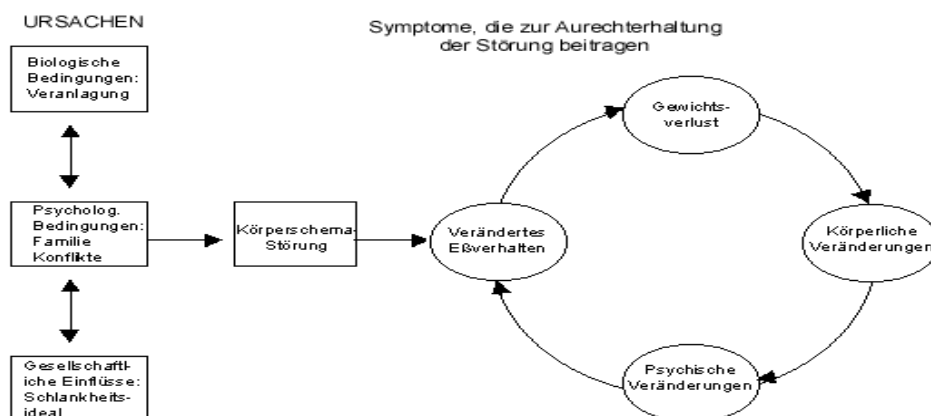
Wörtlich übersetzt bedeutet Anorexie "Appetitverlust oder -verminderung" - eine irreführende Bezeichnung, da **nicht unbedingt der Appetit, sondern in erster Linie das Essverhalten gestört** ist. Der Zusatz "nervosa" weist auf die psychischen Ursachen der Essstörung hin.

Die Unterscheidung der Anorexie von der anderen bekannten Essstörung, der Bulimie, ist im Einzelfall oft schwierig. Zwar sind beide Krankheitsbilder jeweils durch typische Merkmale gekennzeichnet (die Anorexie durch starken Gewichtsverlust, die Bulimie durch das Auftreten von Essanfällen und Massnahmen zur Gewichtsreduktion z.B. Erbrechen, der Übergang ist jedoch fließend. Bei vielen Patientinnen tritt eine Mischung von Symptomen auf, man spricht dann von einer Bulimanorexie.

Häufigkeit

Bezogen auf die Gesamtbevölkerung tritt die Anorexie jedoch relativ selten auf. Bei Frauen in der Altersspanne vom 15. bis zum 25. Lebensjahr, die als Risikogruppe für Magersucht gelten, findet sich die Erkrankung allerdings bei ca. 1% der Betroffenen. Es sei erwähnt, dass nur etwa 5% der Erkrankten Männer sind. Anorexie beginnt oft schon in der frühen Jugend, häufig kurz nach dem Einsetzen der ersten Menstruation. Neben diesem Erkrankungsgipfel um das 14. Lebensjahr, tritt die Störung auch etwa im 18. Lebensjahr gehäuft auf.

Grundlagen und Ursachen



Bei der Entstehung der Anorexie wirken verschiedene Faktoren zusammen, die sich gegenseitig beeinflussen. In der Graphik sind diese Einflüsse zusätzlich visuell dargestellt.

- **Biologische Einflüsse.** Man vermutet, dass bei vielen anorektischen Patientinnen eine Störung derjenigen Hirnregion vorliegt, die der Steuerung des Essverhaltens, der sexuellen Aktivität und der Menstruation dient. Es ist allerdings auch möglich, dass die Funktionsstörung dieser Hirnregion erst im Laufe der Erkrankung, z.B. als Folge des Gewichtsverlustes, auftritt und zur Aufrechterhaltung der Störung beiträgt, aber nicht ihre eigentliche Ursache ist. Für eine biologische Verursachung der Magersucht sprechen jedoch Untersuchungen, die zeigen, dass die Wahrscheinlichkeit, dass der eineiige Zwilling von einer anorektischen Patientin ebenfalls an Magersucht leidet, etwa 50% beträgt. Bei zweieiigen Zwillingen liegt diese Wahrscheinlichkeit bei unter 10%. Diese Ergebnisse belegen, dass eine genetische Veranlagung an der Entstehung der Anorexie beteiligt ist.
- **Psychologische Einflüsse** Die Tatsache, dass Anorexie besonders häufig während der schwierigen Entwicklungsphase der Pubertät beginnt, hat zu der Ansicht geführt, dass die Erkrankung auftritt, wenn die junge Frau sich von der Bewältigung der alterstypischen Anforderungen überfordert fühlt. Während der Pubertät entwickelt sich das Mädchen zur Frau und muss eine entsprechende neue Identität finden. Fühlt sich die Betroffene davon überfordert, entsteht ein tiefes Gefühl der Unsicherheit. Für viele Patientinnen scheint der Versuch, Kontrolle über ihr Körpergewicht ausüben zu können, ein Gefühl von Sicherheit zu vermitteln. Das Körpergewicht wird eine wichtige Quelle für ihr Selbstwertgefühl. In den Familien anorektischer Patientinnen sind häufig bestimmte Verhaltensmuster festgestellt worden. Die Patientinnen werden oft von ihren Eltern stark behütet, d.h. dass auch in der Familie nicht angemessen auf die Entwicklung des Kindes zur Frau reagiert wird. Ebenso scheinen Konflikte in der Familie in vielen Fällen nicht angesprochen zu werden. Allerdings handelt es sich bei diesen Feststellungen um reine Beschreibungen typischer familiärer Verhaltensmuster; es ist durchaus möglich, dass diese nicht die Ursache, sondern die Folge der Erkrankung sind. Das Krankheitsbild der Anorexie ist gerade für die Eltern sehr besorgniserregend, was dazu führen kann, dass sie ihr Kind schützen und von Konflikten fernhalten möchten.
- **Gesellschaftliche Einflüsse** In westlichen Gesellschaften hat sich das Schönheitsideal seit Anfang der 60er Jahre immer mehr in Richtung eines sehr schlanken Körpers entwickelt. Paradoxe Weise ist es auf der anderen Seite durch relativen Wohlstand und ein Nahrungsüberangebot gleichzeitig zu einem Anstieg des Durchschnittsgewichts gekommen. Übergewicht wird insbesondere bei Frauen gesellschaftlich sehr negativ bewertet. Übergewichtige Männer werden als stattlich bezeichnet, Frauen hingegen als fett. Durch Werbung und Filme erhält man den Eindruck, dass nur schlanke Frauen erfolgreich und beliebt sind, dicke Frauen sind entweder graue Mäuse oder "Ulknudeln". Gerade junge Frauen, die während der Pubertät körperliche Veränderungen durchlaufen und erst ein Gefühl für ihren "neuen" Körper entwickeln müssen, können durch dieses Schlankheitsideal stark verunsichert werden.

Symptomatik

- **Körperschema-Störung** Bei anorektischen Patientinnen kommt es zu einer Störung der Wahrnehmung des eigenen Körpers. Auch wenn sie im Laufe der Erkrankung schon extrem viel Gewicht verloren haben, überschätzen sie ihren Körperumfang und halten sich für zu dick.
- **Verändertes Essverhalten** Infolge der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers, bemühen die Betroffenen sich, ihr vermeintlich zu hohes Gewicht zu reduzieren. Zu diesem Zweck nehmen sie nur geringe Mengen an Nahrung zu sich und vermeiden Lebensmittel, die viele Kalorien enthalten. Manche Patientinnen verweigern zeitweise die Nahrungsaufnahme komplett. Häufig nimmt das Essen einen zentralen Stellenwert im Leben der Betroffenen ein. Sie verwenden viel Energie darauf, Hungergefühle zu unterdrücken oder bereiten mit grossem Eifer wahre Festmahle für andere zu, an denen sie aber selbst nicht teilnehmen. In Hinblick auf die Veränderungen des Essverhaltens lassen sich zwei Gruppen von anorektischen Patientinnen unterscheiden: Etwa 50% der Patientinnen halten ausschliesslich Diät, bei den anderen treten aber auch bulimische Symptome (Essanfälle und selbst herbeigeführtes Erbrechen) auf. Bei Betroffenen, die zu der letzteren Gruppe gehören, beginnt die Störung meist später, sie haben vor der Erkrankung ein höheres Gewicht, die Körperschema-Störung ist meist stärker ausgeprägt und sie sind häufig depressiver als Patientinnen mit einer rein anorektischen Symptomatik.
- **Gewichtsverlust** Neben der strengen Diät setzen viele Anorektikerinnen zusätzlich Appetitzügler, Abführmittel und sportliche Betätigung ein, um abzunehmen. Durchschnittlich verlieren anorektische Patientinnen 45-50% ihres Ausgangsgewichts. Liegt das Körpergewicht um mindestens 15% niedriger als das Normalgewicht, wird die Diagnose der Anorexie gestellt. Viele Patientinnen magern bis auf 30 Kilogramm ab.
- **Körperliche Veränderungen** Durch den Gewichtsverlusts und die Mangelernährung kann es zu schwerwiegenden körperlichen Schäden kommen. Aufgrund von hormonellen Störungen bleibt die Menstruation meist aus. Bei Beginn der Störung vor der Pubertät wird die körperliche Entwicklung meist stark verzögert. Auch Verlangsamung des Herzschlags, niedriger Blutdruck, Absinken der Körpertemperatur, Hautprobleme, flaumartige Behaarung des Rückens, Muskelschwäche, Haarausfall und Wassereinlagerung im Gewebe können als Folgen der Anorexie auftreten. Der Mineralstoffhaushalt ist in der Regel gestört. Diese körperlichen Befunde werden durch die Mangelernährung verursacht und verschwinden meist vollständig, wenn sich das Essverhalten langfristig normalisiert hat. Durch die konstante Mangelernährung wird der Energieverbrauch herabgesetzt. Infolgedessen führt normale Nahrungsaufnahme unter diesen Umständen kurzfristig zu einer Gewichtszunahme.
- **Psychische Veränderungen** Bei anorektischen Patientinnen steht das beharrliche Streben, dünner zu werden im Vordergrund. Verbunden damit besteht eine extreme Angst vor einer Gewichtszunahme. Schon eine Zunahme von wenigen Gramm, die aufgrund des gesenkten Energieverbrauchs ja schon nach recht geringer Nahrungsaufnahme folgen kann, löst regelrechte Panik aus. Das führt zu einem erneuten Versuch, das Essverhalten (noch strenger) zu kontrollieren. Die Patientinnen befinden sich also in einem regelrechten Teufelskreis. Häufig zeigen sich bei den Betroffenen auch depressive Symptome und starke Reizbarkeit.

Therapie

Die Therapie der Anorexie ist in zwei Abschnitte unterteilt. Vordringlichstes Anliegen ist zunächst eine Gewichtszunahme, um den körperlichen Folgeschäden entgegenzuwirken. Insbesondere wenn das Körpergewicht unter 75% des Normalgewichts liegt, die körperliche Verfassung lebensbedrohlich ist oder aufgrund der depressiven Verstimmung Selbstmordgefahr besteht, sollte die Behandlung zunächst im Krankenhaus stattfinden.

Da bei anorektischen Patientinnen oft nur wenig Einsicht hinsichtlich der Schwere ihrer Erkrankung besteht, müssen bei körperlicher Lebensbedrohung oft zunächst Nährstoffe durch Infusion zugeführt werden. So bald wie möglich sollten die Betroffenen die Verantwortung für ihre Gewichtszunahme aber selbst übernehmen. Dabei kann es sinnvoll sein, bestimmte Belohnungen abzusprechen, die sie für Erfolge bei der Ernährungsumstellung erhalten.

Langfristig kann eine Normalisierung des Gewichts jedoch nur erreicht werden, wenn auch die Ursachen der Anorexie behandelt werden. Aufgrund der Vielfalt der Faktoren, die an der Entstehung der Störung beteiligt sind, umfasst die Therapie verschiedene Komponenten:

In der Therapie sollen die Patientinnen die Richtigkeit ihrer **Vorstellungen zur Bedeutung von Gewicht und Figur überprüfen**. So soll z.B. eine Betroffene hinterfragen, ob Schlankheit tatsächlich mit beruflichem und privatem Erfolg im Zusammenhang steht. Hat man auf diesem Weg herausgefunden, was die Patientin sich vom Schlanksein erhofft, kann mit ihr besprochen werden, auf welche andere Weise sie diese Ziele erreichen kann. Sie lernt, dass ihr Selbstwertgefühl nicht allein von ihrem Gewicht abhängt.

In der **körperorientierten Therapie** sollen die Betroffene ein besseres Gefühl für ihren Körper bekommen, so dass sie auf ihre Körpersignale (z.B. Hunger) angemessen reagieren und ihren Körperrumfang realistisch einschätzen können.

Generell soll mit anorektischen Frauen die **Bewältigung von Problemen** geübt werden. Dabei werden gemeinsam mit der Patientin verschiedene Lösungsalternativen entwickelt, die sie bei alltäglichen Schwierigkeiten anwenden kann, bei denen sie sonst auf ihr gestörtes Essverhalten als Mittel der Bewältigung zurückgegriffen hat.

Die **familienorientierte Therapie** wird insbesondere bei jüngeren Anorektikerinnen eingesetzt, die noch in ihrer Familie wohnen. Dabei soll die Familie darauf hingewiesen werden, wie sie auf das gestörte Essverhalten der Patientin reagiert. In diesem Zusammenhang kann es hilfreich sein, wenn der Therapeut an Mahlzeiten in der Familie teilnimmt. Manchmal beschäftigen die Familienmitglieder sich so stark mit der Anorexie, dass sie sich um andere Probleme nicht mehr kümmern können oder wollen. Die Betroffene erhält auf diese Weise die ungeteilte Aufmerksamkeit, und die Familienmitglieder müssen sich nicht mit sich und ihren eigenen Konflikten beschäftigen. Wird diese Reaktionsweise, die zu der Aufrechterhaltung der Störung beitragen kann, unterbrochen, tritt häufig eine Besserung ein. Gerade die Eltern erleben es meist als sehr erleichternd, wenn sie im Umgang mit der Erkrankung ihres Kindes von einem Therapeuten unterstützt werden.

Prognose

Nach einer Behandlung zeigt sich bei etwa 30% der Patientinnen eine vollständige Besserung, d.h. sie erreichen zumindest annähernd das Normalgewicht und haben regelmässig ihre Menstruation. Bei 35% lässt sich zwar eine Gewichtszunahme feststellen, der Bereich des Normalgewichts wird allerdings nicht erreicht. Das Krankheitsbild bleibt bei ca. 25% der Betroffenen chronisch bestehen. Etwa 10% sterben infolge der Anorexie. Auch nach einer Gewichtsnormalisierung hält bei vielen Betroffenen die verzerrte Einstellung zu Gewicht und Figur an. Generell sind die Besserungschancen aussichtsreicher, wenn die Erkrankung früh begonnen hat. Bei einem sehr frühen Beginn vor dem 11. Lebensjahr ist die Voraussage dagegen deutlich schlechter.

Dr. med. Pietro Somaini Limmatplatz 1 8005 Zürich