

# Essstörungen (I): Allgemeinmedizinisch- psychiatrische Aspekte

## ▼ Zusammenfassung

Essgestörte Patientinnen weisen bestimmte Persönlichkeitsstrukturen auf, welchen in Umgang und Betreuungsgrundsätzen Rechnung zu tragen ist. Die einen verleugnen ihre Krankheit, andere wiederum schämen sich dafür. In jedem Fall ist ihr ausgeprägtes Autonomiebestreben zu respektieren. Dieses Verhalten resultiert aus einer Stresssituation, infolge der vielfältigen Anforderungen, die der biologische und soziale Entwicklungsprozess zur erwachsenen Frau mit sich bringt und zu deren Bewältigung die Betroffenen nicht ausreichend Möglichkeiten haben. Weitere prädisponierende Faktoren kommen hinzu. Essstörungen werden häufig von zahlreichen anderen psychischen und somatischen Erscheinungen als Komorbidität oder Folgen begleitet. Diesen ist anamnestisch Beachtung zu schenken, da sie orale Manifestationen nach sich ziehen können. Ein beträchtlicher Teil der essgestörten jungen Frauen können nicht vollständig geheilt werden oder werden rückfällig.

Schweiz Monatsschr Zahnmed 115: 1157–1162 (2005)

Schlüsselwörter: Essstörungen, Anorexie, Bulimie, Parotisschwellung, Erbrechen

Zur Veröffentlichung angenommen: 26. September 2005

CAROLA IMFELD und THOMAS IMFELD

Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und Kariologie, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde der Universität Zürich

## Einleitung

Essstörungen rücken als eine der häufigsten psychosomatischen Erkrankungen von Mädchen und jungen Frauen in der westlichen Welt immer mehr in das öffentliche Interesse. Alarmierend sind die Ergebnisse zahlreicher Studien, die eine hohe Prävalenz (0,5–3%) beschreiben. Damit ist die Chance relativ hoch, dass eine unserer Patientinnen, seltener einer unserer Patienten, unter einer Essstörung leidet. Der Umgang mit den Betroffenen und die zahnmedizinischen Behandlungskonzepte sollten mit Rücksicht auf die allgemeinmedizinisch-psychiatrische Situation der Patientinnen gestaltet werden. Basiswissen über und Verständnis für die Grunderkrankung sind Voraussetzungen dafür. Da das zahnärztliche Team wegen der häufigen oralen Manifestationen

Korrespondenzadresse:

Dr. Carola Imfeld

Präventivzahnmedizin und Orale Epidemiologie,  
Klinik für Präventivzahnmedizin, Parodontologie und  
Kariologie, Zentrum für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde  
der Universität Zürich

Plattenstrasse 11, 8032 Zürich

Tel. 044 634 33 86, Fax 044 634 43 08

E-mail: carola.imfeld@zzmk.unizh.ch

oft «Erstentdecker» von Essstörungen sein könnte, erhalten sie eine besondere Rolle im Aufklärungs- und Motivationsprozess. Dieser erste Teil der Veröffentlichung beschäftigt sich daher mit den Definitionen der Krankheitsbilder, deren Epidemiologie, Ätiologie, Prognose und somatischen Folgen, die teilweise schon in zahnmedizinisches Gebiet reichen. Die allgemeinmedizinisch-psychiatrische Übersicht macht die im zweiten zahnmedizinischen Teil vorgestellten Behandlungsstrategien und Empfehlungen für den Umgang mit essgestörten Patientinnen verständlich.

## Geschichte und Definitionen

Beschreibungen von Essstörungen gab es bereits in der Renaissance. So ist zum Beispiel die heilige Katharina von Siena (1397–1429) als Anorexiefall zu werten. Der erste medizinische Beschrieb erfolgte durch MORTON (1689). Auch die Geschichte vom Suppenkaspar aus dem Kinderbuch «Der Struwelpeter» des Kinderarztes und Pioniers der psychiatrischen Praxis HOFFMANN (1845) mag ein warnendes Beispiel vor der Magersucht sein. Heute sind Essstörungen kein Tabuthema mehr und im Allgemeinen als «tatsächliche» Krankheit akzeptiert. Regelmässig finden sich in den Medien, v.a. in der Boulevardpresse Berichte von erkrankten, häufig im öffentlichen Leben stehenden Personen.

Die beiden Hauptgruppen unter den Essstörungen sind die *Anorexia nervosa* (häufig synonym verwendete Begriffe: *Anorexia mentalis*, Magersucht, Pubertätsmagersucht) und die *Bulimia nervosa* (häufig synonym verwendete Begriffe: *Bulimiarexia*, Ess-Brech-Sucht, Compulsive overeating, Dietary chaos syndrom). Beide Worte leiten sich aus dem Griechischen ab. Anorexis bedeutet «ohne Begierde, ohne Appetit». Bulimie setzt sich aus «buos-limos» zusammen und meint «Ochsen-Hunger».

Definition und Klassifikation der Essstörungen erfolgen nach der ICD 10 (INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF DISEASES, 10. REVISION, WHO 1993). Dort gehören sie zur Gruppe der «Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren». Um von einer manifesten Anorexie oder Bulimie sprechen zu können, müssen die in Tab. I dargestellten Krankheitsmerkmale vorhanden sein. Dabei handelt es sich um ausgeprägte Formen. Nicht erfasst sind darin die subklinischen und Vorformen, die einen weitaus höheren Anteil ausmachen. Allgemeingültige Kriterien für die subklinischen und Vorformen liegen bisher nicht vor. Darunter werden Essverhaltensstörungen verstanden, die (noch)

nicht alle in Tab. I beschriebenen Aspekte erfüllen, sich aber durch übertriebene Diäten, verzerrte Körperwahrnehmung, übermässige gedankliche Beschäftigung mit dem Essen etc. auszeichnen.

Bei der *Anorexia nervosa* wird zusätzlich unterschieden zwischen dem restriktiven und dem purgativen Typ. Zum Ersteren zählen etwa 53% der Betroffenen, zum Letzteren etwa 47% (STEGE et al. 1982). Beim purgativen Typ wird im Gegensatz zum restriktiven der Gewichtsverlust durch «reinigende» Massnahmen herbeigeführt (Erbrechen, Abführen etc.). Meist findet sich gleichzeitig eine körperliche Hyperaktivität bei gestörter Körperwahrnehmung. Unter den Bulimikerinnen führen etwa 90% solche «Reinigungsmassnahmen» (aktive gewichtsreduzierende Massnahmen) durch (STUDEN-PAVLOVICH & ELLIOTT 2001). Ihr Gewicht liegt meist im Normbereich, da mit dem Erbrechen nur ca. zwei Drittel der aufgenommenen Nahrungsmenge wieder verloren geht (WOODMANSEY 2000). Für den Zahnarzt sind die regelmässig erbrechenden Gruppen wegen des Rückflusses von Magensäure in die Mundhöhle von besonderem Interesse. Zu diesen Gruppen zählt auch das Krankheitsbild des psychogenen Erbrechens, welches chronisch oder auch nur episodisch unter Stress auftreten kann. Das psychogene Erbrechen wird freiwillig, meist nach dem Essen ausgelöst, ist aber genauso unterdrückbar wenn notwendig. Es ist nicht mit Übelkeit verbunden. Der Vomit führt nicht zu einem signifikanten Gewichtsverlust und stellt für die Betroffenen kein besonderes Problem dar (WRUBLE et al. 1982).

Häufig wird in der Literatur die Klassifikation nach DSM IV (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4th Edition) erwähnt. Diese Einteilung ist von der AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (1994) verfasst worden und teilt einzelnen Krankheitsaspekten eine andere Gewichtung zu. Ansonsten entspricht sie prinzipiell der oben aufgeführten ICD 10.

## Epidemiologie

Das Krankheitsbild der Essstörungen ist kultur- und wohlstandsabhängig. Es findet sich vor allem in der westlichen Welt, selten in Afrika, im Orient oder Mittleren Osten. «Hungern im Überfluss oder Fressen bis zum Erbrechen können nur in Wohlstandsgesellschaften als Ausdruck individueller und interpersoneller Probleme entstehen und als Symbol eines Protestes gegenüber gesellschaftlichen Bedingungen verstanden werden», schrieb BUDEBERG-FISCHER (2000).

Tab. I Krankheitsmerkmale der *Anorexia nervosa* und *Bulimia nervosa* nach ICD 10

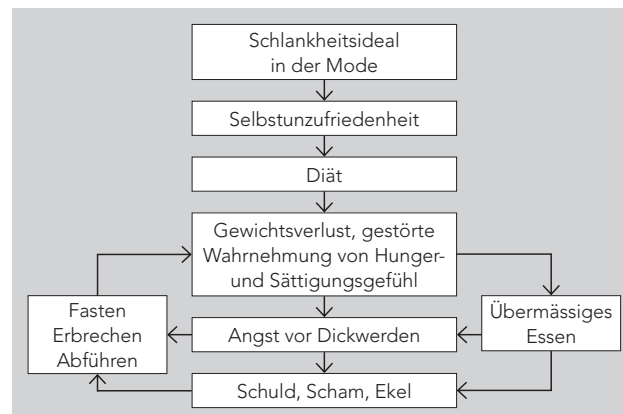
<i>Anorexia nervosa</i>	<i>Bulimia nervosa</i>
A Körpergewicht mindestens 15% unter dem normalen oder erwarteten Gewicht	A Fressattacken, bei denen grosse Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden (mind. 2× pro Woche über mind. 3 Monate)
B Gewichtsverlust wird selbst herbeigeführt durch – Vermeidung hochkalorischer Speisen – selbstinduziertes Erbrechen/Abführen – übertriebene körperliche Aktivitäten – Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika	B Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, unwiderstehliche Gier oder Zwang zum Essen
C Körperschemastörung: sich aufdrängende Furcht, dick zu werden	C Versuch, der Gewichtszunahme entgegenzusteuern durch: – selbstinduziertes Erbrechen/Abführen – zeitweilige Hungerperioden – Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
D Endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonadenachse: bei Frauen Amenorrhoe, bei Männern Potenzverlust, Libidoverlust	D Körperschemastörung: sich aufdrängende Furcht, dick zu werden

Zahlreiche Studien beziffern die Prävalenz der *Anorexia nervosa* mit 0,5 bis 1% der weiblichen Adoleszenten (RATHNER & MESSNER 1993, SANTONASTASO et al. 1996, STEINHAUSEN et al. 1997). Als besonders gefährdet gelten 15- bis 19-Jährige (FOMBONNE 1995). Die *Bulimia nervosa* ist mit 1 bis 3% betroffener junger Frauen häufiger anzutreffen (GARFINKEL et al. 1995, SANTONASTASO et al. 1996, STEINHAUSEN et al. 1997). Für die Ess- und Brechsucht wird ein höheres Risikoalter beschrieben: 17,7- bis 21-Jährige (FAIRBURN & COOPER, 1984). In Städten soll das Risikoalter bei 20 bis 24 Jahren liegen (HOEK et al. 1995). Die Prävalenzraten für beide Formen der Essstörungen lassen wesentliche Dunkelziffern vermuten. Die genannten Zahlen beziehen sich auf manifeste Essstörungen gemäss den obigen Definitionen. Möchte man ein mittel- bis hochgradig gestörtes Essverhalten als subklinische oder Vorform (wie sie oben beschrieben sind) im weiteren Sinne beziffern, fallen die Prävalenzen erschreckend hoch aus: 22,4% der jungen Frauen und 7,0% der jungen Männer (BUDBERG-FISCHER 2000) sind betroffen. Auffallend ist das Geschlechterverhältnis weiblicher zu männlichen betroffenen Jugendlichen von etwa 10:1.

## Ätiologie

Aufgrund des oben beschriebenen Geschlechterverhältnisses drängt sich die Frage auf, warum so viele Frauen in ähnlichen Lebensphasen wie der Pubertät betroffen sind. BUDBERG-FISCHER (2000) beschrieb diesen kritischen Zeitraum als «biopsychosoziale Umbruchphase». Das von Jungen und Mädchen unterschiedliche Erleben dieses wichtigen Lebensabschnittes sieht die Autorin als einen massgeblichen ätiologischen Faktor. So laufen bei den männlichen Jugendlichen die biologischen Veränderungen relativ langsam ab (Entwicklung über ca. vier Jahre) und bringen sie dem männlichen Schönheitsideal (breite Schultern, mehr Muskelmasse etc.) näher. Zudem findet dieser Prozess zeitlich meist nach dem Selektionsprozess im Bildungssystem (Schulwechsel) statt, der durchaus zu Verunsicherungen und Krisen führen kann. Dem gegenüber koinzidiert die relativ schnell verlaufende und früh eintretende (im Alter von 7,5 bis 12 Jahren) Pubertät bei den Mädchen mit dem Selektionsprozess im Bildungssystem und führt zu einer Stresssituation mit Mehrfachbelastung. Die entstehenden physiologischen fraulichen Körperformen (Verbreiterung der Hüften, Bildung von Fettdepots etc.) stehen ausserdem in Diskrepanz zu dem in den Medien vermittelten, überschlanken Schönheitsideal und können das bereits bestehende niedrige Selbstwertgefühl negativ beeinflussen. Die verzerrte Selbstwahrnehmung spiegelt sich auch in der Befragung weiblicher Jugendlicher zu ihrem subjektiven Körpererleben wider: 44% der Befragten fühlten sich zu dick, wobei nur die Hälfte davon objektiv als Übergewichtig zu werten war. Anders bei den jungen Männern, von denen sich nur 16% als dick empfanden, aber tatsächlich 23% Übergewicht auf die Waage brachten. Neben dem biologischen kommt es für die Mädchen auch durch den sozialen Entwicklungsprozess mit seinen neuen Aufgaben zu vermehrten Anforderungen. Die sozialen Rollenerwartungen an junge Frauen (Schlankheitsideal, Emotionalität, Freundin, gleichzeitig Berufsfrau...) sind heute deutlich divergenter als die an junge Männer. Sind in dieser Situation nicht ausreichend Möglichkeiten vorhanden, die vielfältigen Anforderungen zu bewältigen, kommt es zu einem (Doppel-)Rollenstress, der mit anderweitigem Verhalten (Essstörung) kompensiert wird. Schon BRUCH hat 1976 die Manipulation an Essverhalten und Körpergewicht als Massnahme gesehen, inneren Stress oder Anpassungsprobleme zu tarnen oder zu lösen (BRUCH 1976).

Abb. 1 Zyklus der *Bulimia nervosa* (VANDERLINDEN et al. 1992)



Unabhängig von der soziokulturellen und psychodynamischen Ätiologie ist der entstehende Teufelskreis von gezügeltem Essverhalten/Reinigerungsverhalten und Heissungeranfällen mit Angst vor Gewichtszunahme wesentlich bei Entstehung und Aufrechterhaltung der Störung beteiligt (siehe Abb. 1) (VANDERLINDEN et al. 1992). Dieser Teufelskreis bietet wichtige Therapieansätze für die verhaltensmedizinische Behandlung, z.B. wie die krankheitsunterhaltende Angst der Patientin vor Gewichtszunahme verändert und abgebaut werden kann (JACOBI et al. 2000).

Als weiterer beeinflussender Faktor wird frühe sexuelle Traumatisierung beschrieben. Eine diesbezüglich erhöhte Prävalenz («... sich den Ekel auskotzen» – Zitat einer Patientin) ist bei essgestörten Patientinnen, vor allem bei bulimischen Frauen festzustellen (WALLER 1991; WALLER et al. 1993). Sexuelle Gewalt in der Kindheit kann der Entwicklung einer Essstörung zuträglich sein. Andererseits wird vom gleichen Autor (WALLER 1993a, b) sowie von POPE & HUDSON (1992) die sexuelle Traumatisierung als spezifischer Risikofaktor in Frage gestellt. CONNORS & MORSE (1993) relativieren in ihrer Review die unterschiedlichen Standpunkte, indem sie feststellen, dass Missbrauch ein Risikofaktor, aber keine ursächliche Variable sei.

Auffallend ist das gehäufte Vorkommen von gestörtem Essverhalten in «körperbewussten Gruppen», z.B. Tänzerinnen, Models, Läuferinnen. CRONK & ROCHE (1982) konnten in den letzten Jahrzehnten in der westlichen Welt eine allgemeine Zunahme des durchschnittlichen Körperfettanteils feststellen. Dem gegenüber nahm das Gewicht der Models und Tänzerinnen ab. Es wurden in diesen Gruppen überproportional viele Fälle von *Anorexia nervosa* entdeckt (GARNER & GARFINKEL 1980). Models sind heute grösstenteils untergewichtig. Medien verbreiten damit Massstäbe, die der oben beschriebenen biologischen Entwicklung nicht entsprechen, sogar entgegenlaufen.

Während in der Vergangenheit häufig spekulative Theorien zur Ätiologie (Beschreibung bestimmter Familienkonstellationen, Eltern als Ursache etc.) aufgestellt wurden, geht die Psychiatrie heute eher deskriptiv vor. Auffallend ist die familiäre Häufung von Essstörungen und Depressionen. Es sind rein äusserlich geordnete Familienverhältnisse, aber keine spezifischen familiären Konstellationen zu finden. Häufig sind übertriebene Enge, das Fehlen von offenen Auseinandersetzungen, eine überenge Vater-Tochter-Beziehung und mangelnde gegenseitige Abgrenzung sowie Konfliktverleugnung beschrieben. Bei der Bulimie spielen ebenfalls Ablösungs- und Abgrenzungskonflikte eine Rolle. Gemäss Psychoanalyse lässt sich die Anorexie als unbe-

wusste Weigerung, eine erwachsene Frau zu werden/zu sein, interpretieren. Abmagern als Versuch, völlige Autonomie und Autarkie zu gewinnen (SCHÖPF 2003).

Anorektischen und bulimischen Frauen werden häufig unterschiedliche typische Eigenschaften zugeordnet: Die anorektische Patientin gilt als leistungsbezogen, asketisch, perfektionistisch und im zwischenmenschlichen Kontakt als kühl (WILLI 1992). Sie war als Kind oft übergewichtig, hat keinerlei Krankheitseinsicht, verleugnet ihren Zustand und lehnt jegliche Hilfe ab. Mit zahlreichen Tricks versucht sie, die Therapie zu boykottieren.

Die Bulimikerin hingegen wird als impulsiv, ängstlich und zurückgezogen beschrieben. Sie ist eher genussbezogen, weshalb die Bulimie der Sucht näher steht. Diese Patientinnen sind sich ihres abnormen Verhaltens bewusst, sie schämen sich und versuchen, ihre Erkrankung zu verstecken.

Essstörungen können als multifaktorielle Krankheit mit biologischem Entgegenkommen gewertet werden. Interpersonelle, intrapsychische und gesellschaftliche Faktoren spielen eine Rolle. Abschliessend sei darauf hingewiesen, dass die Literatur zur Ätiologie der psychogenen Essstörungen überaus reichlich und vielschichtig ist. Im vorliegenden Text wurde versucht, klinisch relevante Aspekte beispielhaft herauszugreifen.

### Komorbidität und somatische Folgen

Die Bulimie wird häufig begleitet von Depressionen und anderen Störungen der Persönlichkeit und Impulskontrolle. Bei etwa 30% der Bulimikerinnen sind weitere Suchterkrankungen (Alkohol, Medikamente) anzutreffen (HOLDERNESS et al. 1994). 10–20% der anorektischen Personen zeigen Depressionen, Zwangsstörungen, Alkohol- und Medikamentenabusus. 45% der Betroffenen haben bulimische Phasen. Ein Übergang in die *Bulimia nervosa* ist durchaus möglich (LOWENKOPF 1983).

Die somatischen Folgen der *Anorexia nervosa* sind vorwiegend Folge der Mangelernährung, die zu einer lebensgefährlichen Unterernährung werden kann. Es kommt zu Dehydratation, Eiweiss- und Vitaminmangel, Elektrolytverschiebungen (Abnahme der Na-, K-, Cl-, Mg- und P-Werte), Anämie und Leukopenie. Das Herz-Kreislauf-System reagiert mit Bradykardie, Arrhythmie, Hypotonie, Hypothermie, Kälteunverträglichkeit, Akrozyanose und Ödemen. Der Östrogenspiegel sinkt, der Cortisol- und Wachstumshormonspiegel steigt, was bei 38% der Betroffenen wiederum zu einer Osteoporose führt (NEWMAN & HALMI 1988). Die Haut ist atroph, trocken und gelblich. Ganz typisch zeigen sich Menstruationsstörungen, die Lanugobehaarung und/oder Hirsutismus. Obstipation, Magenculcera, Bradypnoe und eine Verschlechterung der Kognition und des Gedächtnisses kommen ebenso vor. Orale Folgen können die Perimolysis, schmerzfreie Parotisschwellungen, Oligosialie (auch als Nebenwirkung der Medikation), Rhagaden, Zungenbrennen, Traumata und Gingivarezessionen sein (siehe Essstörungen II). Die meisten somatischen Symptome bei der *Bulimia nervosa* sind Folge des häufigen Erbrechens. Dehydratation, metabolische Alkalose, extremer Durst, Elektrolytverschiebungen (Abnahme der Na-, K-, Cl-, Mg- und P-Werte) und Proteinmangel sind typisch. Infolge dessen erscheinen Schwindel, Synkopen, Ödeme und Arrhythmien. Ebenso können Muskelkrämpfe und -spasmen vorkommen. Durch die regelmässige Reizung des Larynx kann chronische Heiserkeit auftreten. Oral zeigen sich ähnlich der Anorexie Perimolysis, schmerzfreie Parotisschwellungen, Oligosialie, Rhagaden, Traumata und Gingivarezessionen. Aufgrund der grossen verschlungenen Nahrungsmengen kommt es zur Magenvergrößerung mit der seltenen Komplikation der Magen-



Abb. 2 Typische Parotisschwellung einer regelmässig erbrechenden Patientin

ruptur. Weiterhin beschrieben sind Ösophagusrisse, Reflux und abdominale Schmerzen. Dem Reflux als weitere Ursache des Zuflusses von Magensäure in die Mundhöhle ist anamnestisch besondere Aufmerksamkeit zu schenken.

Beim ersten Kontakt mit einer essgestörten Patientin mit Untergewicht mag vor allem die veränderte Gesichtsphysiognomie auffallen: Der Schwund der Bichatschen Fettpropfen führt zu prominenten Joch- und Orbitabögen und zu einer ausgeprägten Nasolabialfalte. Bei sekundärem Senkbiss kann es zu einem verkürzten Untergesicht kommen. Demgegenüber kann die Parotisschwellung stehen (s. Abb. 2). Sie tritt bei 10–50% der Essgestörten auf, ist weich, nicht druckdolent und abhängig von der Frequenz des Erbrechens intermittierend (MANDEL & KAYNAR 1992, LEVIN et al. 1980, HASLER 1982). Es wird angenommen, dass sie eine Hypertrophie infolge intensiver Stimulation ist. WILLERSHAUSEN et al. (1990) fanden die bilateralen Parotisschwellungen ausschliesslich bei bulimischen Patientinnen. Da die Grunderkrankung von den Betroffenen gerne verheimlicht wird, schlagen MANDEL & ABAI (2004) vor, die augenfällige Vergrößerung der Parotis als Diagnosekriterium hinzuzuziehen. Zusätzlich kann eine Serumelektrolyt-Untersuchung regelmässiges Erbrechen als Ursache für die Drüsenveränderung bestätigen, da es durch den Elektrolytverlust u. a. zu einer deutlichen Erniedrigung des Serum-Kalium-Gehaltes kommt.

Häufig klagen die Patientinnen über Rhagaden und trockene, rissige Lippen bedingt durch das Erbrechen und den Vitaminmangel. Letzterer, v. a. Nikotinsäuremangel wird verantwortlich gemacht für das gelegentlich beklagte Zungenbrennen (KNEWITZ & DRISKO 1988). Nicht ungewöhnlich und ursächlich zusammenhängend mit dem essgestörten Verhalten sind Verletzungen an den Händen, v. a. am Handrücken und an den Knöcheln, weil häufig ein Finger zur Auslösung des Würgereizes benutzt wird. Zu finden sind Ulzerationen, Schwielen und Narben. Vereinzelt Patientinnen haben auch Zeichen von Selbstverletzung, wie z. B. Schnittwunden an Unterarmen. Selbstverletzendes Verhalten ist nicht spezifisch für Essgestörte, sondern dient ähnlich wie z. B. das Erbrechen der Selbstregulation.

### Prävention, Therapie und Prognose

«Primäre Prävention scheint ein ferner Traum, Sekundärprävention erscheint ein realistischer Wunsch zu sein, tertiäre Prävention ist – manchmal entmutigende – Realität» (VANDEREYCKEN & MEERMANN 1984). Dieses Zitat wirkt nicht sehr viel versprechend und spiegelt

die oft so machtlose Situation der Umwelt von Essgestörten wider. Dennoch konnte BUDEBERG-FISCHER (2000) in ihrer Interventionsstudie positive Ergebnisse erzielen. Nicht nur die Wissensvermittlung, sondern im Besonderen auch die interaktive Vermittlung von entwicklungsphysiologischen und -psychologischen Aspekten der Adoleszenz konnte das physische und psychische Wohlbefinden von Jugendlichen verbessern. Damit könnte der Entwicklung gestörten Essverhaltens wahrscheinlich entgegengewirkt werden. Die Autorin sieht dabei im Rahmen des Schulunterrichtes ein vielfältiges und bisher wenig genutztes Potenzial zur Gesundheitsförderung von Jugendlichen. Präventiv wirksam sind ausserdem ein normales Gewicht in der Kindheit, ausbalancierte körperliche Aktivität (cave Leistungssport), regelmässige, ausgeglichene Ernährung, Akzeptanz des individuellen Körperbildes, Essen nicht als «Tröster» und Familienmahlzeiten mit Gesprächskultur.

Bei der Therapie der *Anorexia nervosa* steht die Normalisierung des Gewichtes und der Essgewohnheiten im Vordergrund, da Unterernährung die Aufrechterhaltung bestehender Krankheitssymptome begünstigt. Da die Patientinnen ihre Krankheit verleugnen, ist es schwierig, sie zur Therapie zu bewegen. Zur Motivation ist es wichtig, physische Folgeerscheinungen und das hohe Komplikationsrisiko darzustellen (HOEK & VAN FURTH 1998). Dies gilt ebenso für den Zahnarzt. Die neutrale und klare Darstellung der Langzeitfolgen des gestörten Essverhaltens – insbesondere des regelmässigen Erbrechen – für die oralen Strukturen und die dentale Ästhetik kann die Patientinnen zu einer guten Mitarbeit veranlassen. Gleichzeitig soll eine psychotherapeutische Betreuung mit kognitiver Verhaltenstherapie erfolgen. Gegebenenfalls ist eine Familientherapie indiziert. Dies gilt vor allem für Patientinnen im Alter unter 18 Jahren. Eine pharmakologische Intervention ist nur bei persistierenden Depressionen durchzuführen (SCHÖPF 2003).

Im Gegensatz dazu hat sich bei der *Bulimia nervosa* die Gabe von Antidepressiva (SSRI = Selektive Serotonin-Reuptake-Hemmer) auch ohne Depressionen bewährt. Im Rahmen der Psychotherapie hat sich die kognitive Verhaltenstherapie am effektivsten erwiesen. Dazu gehört u.a. die Aufklärung, dass die durchgeführten Massnahmen (Erbrechen, Laxantien, Einläufe etc.) nicht zur Gewichtsreduktion führen (MCGILLEY & PRYOR 1998, SCHÖPF 2003). Eine koordinierte Behandlung ist nicht nur im Sinne der Patientinnen, sondern auch im Hinblick auf die volkswirtschaftlichen Gesamtkosten von Interesse, da chronische Störungen massive Kosten (Krankenkassen, Invalidenversicherung etc.) verursachen (SIEGFRIED & GREHL 1998).

Die Prognose der Therapie von Essstörungen ist ernüchternd; insbesondere bei der *Anorexia nervosa*: Unter moderner Therapie ist bei nur 50% der Betroffenen mit einer vollständigen oder weit gehenden Heilung zu rechnen. Auch bei den meisten als geheilt oder weit gehend geheilt geltenden Personen normalisiert sich das Essverhalten lebenslang nicht. In besonderen Stresssituationen oder in schwierigen Lebensphasen ist damit zu rechnen, dass auf das alte Verhalten zurückgegriffen wird. Meist müssen wiederholte Therapieversuche unternommen werden, um einen einigermaßen stabilen Zustand zu erreichen. Dies kann zur Frustration der Patientinnen führen, die die Behandlung dann vielleicht frühzeitig abbrechen oder keinen Sinn mehr darin sehen. Die Erfolgsrate steigt bei früher Symptomerkennung und frühzeitigem Behandlungsbeginn. 30% der Anorektikerinnen haben eine schlechte Prognose. Die Mortalitätsrate wird mit erschreckenden 5,34%, teilweise sogar höher angegeben (STEINHAUSEN 1999). Sie ist die Folge somatischer Konsequenzen und/oder Suizids.

Unter den Bulimikerinnen können ebenfalls nur 50% mit einer vollständigen Heilung rechnen, wenn sie sich in Therapie bege-

Tab. II Übersicht über die Hauptmerkmale der *Anorexia nervosa* und *Bulimia nervosa*

<i>Anorexia nervosa</i>	<i>Bulimia nervosa</i>
– Erkrankungsalter: 14–16 Jahre	– Erkrankungsalter: 18–20 Jahre
– Prävalenz: 1% Mädchen, 0,1% Jungen	– Prävalenz: 2–5% Mädchen, 0,2–0,5% Jungen
– Hungerzwang	– Fresszwang
– Untergewicht (15% unter Normalgewicht)	– normalgewichtiger oder starke Schwankungen
– panische Angst vor Gewichtszunahme	– Erbrechen, Laxantien-, Diuretikaabusus
– gestörte Körperwahrnehmung	– Kontrollverlust während der Fressanfälle
– Amenorrhoe	– Zyklus meist normal
– keine Krankheitseinsicht	– Krankheitsgefühl, Leidensdruck
– Hilfe abweisend	– Schuld-, Schamgefühl

ben. Die Langzeitprognose ist dennoch fraglich (HAY et al. 1998). Ähnlich wie bei der Anorexie erleiden 30% häufig Rückfälle. Bei 40% der Betroffenen kann von einem chronisch symptomatischen Verlauf ausgegangen werden (FERBE et al. 1993). Die Mortalitätsrate liegt bei 0,7% (STEINHAUSEN 1999).

Tabelle II gibt eine abschliessende Übersicht über die Hauptmerkmale der beiden Erkrankungen.

## Danksagung

Für die sorgfältige Durchsicht des Manuskriptes und die freundliche Unterstützung sei Herrn PD Dr. J. Schöpf herzlich gedankt.

## Summary

IMFELD C, IMFELD T: **Eating Disorder I – Medical and psychiatric aspects** (in German). Schweiz Monatsschr Zahnmed 115: 1157–1162 (2005)

Adolescent, predominantly female patients suffering from eating disorders usually reveal characteristic personality traits which should be taken into account during the treatment of such cases. Some patients deny their illness, others again feel ashamed of it. At any rate, we ought to respect the patients' integrity and their sense of self-worth. Such disorders tend to result from the stress of being unable to cope with the multiple demands made by the biological and social changes of the patients' development into full maturity. Additional predisposing factors should be noted. Eating disorders are often accompanied by specific psychic and somatic symptoms in terms of comorbidity. These symptoms have to be anamnesticly accounted for since they may later result in oral symptoms. A considerable number of these patients suffering from eating disorders either do not completely recover or else tend to relapse.

## Résumé

Des adolescents, principalement des jeunes filles, souffrant de troubles alimentaires présentent certains traits de caractère qui sont à prendre en compte lors du traitement. Certaines nient leur maladie, d'autres par contre en ont honte.

De toute façon, nous devons respecter leur intégrité et leur sens aigu d'autonomie. Ce comportement provient d'une situation de stress, provoquée par de multiples exigences d'ordre biologique et social, aboutissant à la femme adulte, que certaines patientes gèrent difficilement.

D'autres facteurs prédisposants entrent aussi en ligne de compte. Les troubles alimentaires sont souvent accompagnés de symptômes psychiques et somatiques spécifiques, liés à la morbidité et à ses conséquences. Ces symptômes sont à relever lors de l'anamnèse, car ils peuvent entraîner des lésions orales. Un nombre considérable de ces jeunes femmes souffrant de troubles alimentaires ne peuvent être guéries totalement ou ont tendance à rechuter.

## Literaturverzeichnis

- AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION: Diagnostic and statistical manual of mental disorders. Am Psychiatric Assoc (1994)
- BRUCH H: The treatment of eating disorders. Mayo Clin Proc 51: 266–272 (1976)
- BUDDEBERG-FISCHER B: Früherkennung und Prävention von Essstörungen. Stuttgart (2000)
- CONNORS M E, MORSE W: Sexual abuse and eating disorders: a review. Int J Eat Disord 13: 1–11 (1993)
- CRONK C E, ROCHE A E: Race- and sex-specific reference data for triceps and subscapular skinfolds and weight/stature. Am J Clin Nutr 35: 347–354 (1982)
- FAIRBURN C G, COOPER P J: The clinical features of bulimia nervosa. Br J Psychiatry 144: 238–246 (1984)
- FERBE K J, MARSH S R, COYNE L: Comorbidity in an inpatient eating disordered population: clinical characteristics and treatment implications. Psychiatric Hosp 24: 3–8 (1993)
- FOMBONNE E: Anorexia nervosa: no evidence of increase. Br J Psychiatry 166: 462–471 (1995)
- GARNER D M, GARFINKEL P E: Socio-cultural factors in the development of anorexia nervosa. Psychol Med 10: 647–656 (1980)
- GARFINKEL P E, GOERING P, SPEGG C, GOLDBLUM D S, KENNEDY S, KAPLAN A S, WOODSIDE D B: Bulimia nervosa in a Canadian community sample: prevalence and comparison of subgroups. Am J Psychiatry 152: 1052–1058 (1995)
- HASLER J F: PAROTID ENLARGEMENT: A presenting sign in anorexia nervosa. Oral Surg Oral Med Oral Pathol 53: 567–573 (1982)
- HAY P J, GILCHRIST P N, BEN-TOVIM D I, KALUCY R S, WALKER M K: Eating disorders revisited. II: Bulimia nervosa and related syndroms. Med J Aust 169: 488–491 (1998)
- HOEK H W, BARTELDIS A I M, BOSVELD J J F, VAN DER GRAF Y, LIMPENS V E L, MAIWALD M, SPAAIJ C J K: Impact of urbanization on detection rates of eating disorders. Am J Psychiatry 152: 1272–1278 (1995)
- HOEK H W, VAN FURTH E F: Anorexia nervosa and Bulimia nervosa: I. Diagnosis and treatment. Nederlands Tijdschrift Geneeskunde 142: 1859–1863 (1998)
- HOFFMANN H: Der Struwwelpeter. Literarische Anstalt, Frankfurt a. M. (1845)
- HOLDERNESS C C, BROOKS-GUN J, WARREN M P: Co-morbidity of eating disorders and substance abuse: review of the literature. Int J Eat Disord 16: 1–34 (1994)
- JACOBI C, THIEL A, PAUL T: Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia nervosa. 2. Auflage, Weinheim: Beltz PVU (2000)
- KNEWITZ J L, DRISKO C L: Anorexia nervosa and bulimia: a review. Compendium of continuing education in dentistry 9, no. 3: 244–247 (1988)
- LEVIN P A, FALCO J M, DIXON K, GALLUP E M, SAUNDERS W: Benign parotid enlargement in bulimia. Ann Intern Med 93: 827–832 (1980)
- LOWENKOPF E L: Bulimia concept and therapy. Comprehensive Psychiatry 24: 546–554 (1983)
- MCGILLEY B M, PRYOR T I: Assessment and treatment of bulimia nervosa. American Family Physician 57, number 11: (1998)
- MANDEL L, KAYNAR A: Bulimia and parotid swelling: a review and case report. J Oral Maxillofac Surg 50: 1122–1125 (1992)
- MANDEL L, ABAI S: Diagnosing bulimia nervosa with parotid gland swelling. JADA 135: 613–616 (2004)
- MORTON R: Phthisiologia seu exercitationes de phthisi tribus libris comprehensae. Totumque opus variis historiis illustratum. 1. deutsche Ausgabe: Helmstädt (1689)
- NEWMAN M M, HALMI S B: The endocrinology of anorexia nervosa and bulimia nervosa. Endocrinology and Metabolism Clinics of North America 17: 195–212 (1988)
- POPE H G JR, HUDSON J I: Is childhood sexual abuse a risk factor for bulimia nervosa? Am J Psychiatry 149: 455–463 (1992)
- RATHNER G, MESSNER K: Detection of eating disorders in a small rural town: an epidemiological study. Psychol Med 23: 175–184 (1993)
- SANTONASTASO P, ZANETTI T, SALA A, FAVARETTO G, VIDOTTO G, FAVARO A: Prevalence of eating disorders in Italy: a survey on a sample of 16-year-old female students. Psychother Psychosom 65: 158–162 (1996)
- SCHÖPF J: Psychiatrie für die Praxis. Springer-Verlag, Heidelberg, (2003)
- SIEGFRIED J, GREHL O: Medizinisches Zentrum Geissberg Jahresbericht (1996–1997). Kloten (1998)
- STEGE P, VISCO-DANGLER L, RYE L: Anorexia nervosa: Review including oral and dental manifestations. J Am Dent Assoc 104: 648–652 (1982)
- STEINHAUSEN H C: Eating disorders. In: STEINHAUSEN H C, VERHULST F (Ed.): Risks and outcomes in developmental psychopathology. Oxford University Press, Oxford (1999)
- STEINHAUSEN H C, WINKLER C, MEIER M: Eating disorders in adolescence in a swiss epidemiological study. Int J Eat Disord 22: 147–151 (1997)
- STUDEN-PAVLOVICH D, ELLIOTT A: Eating disorders in women's oral health. Dent Clin North Am 45: 491–511 (2001)
- VANDEREYCKEN W, MEERMANN R: Anorexia nervosa. Berlin, pp 251 (1984)
- VANDERLINDEN J, NORRÉ J, VANDEREYCKEN W, MEERMANN R: Therapie der Bulimia nervosa. Behandlungskonzepte mit Fallbeispielen. Schattauer, Stuttgart/New York (1992)
- WALLER G: Sexual abuse as a factor in eating disorders. Br J Psychology 159: 664–671 (1991)
- WALLER G, HALEK C, CRISP A H: Sexual abuse as a factor in anorexia nervosa: evidence from two separate case series. J Psychosom Res 37: 873–879 (1993)
- WALLER G: Association of sexual abuse and borderline personality in eating disordered women. Int J Eat Disord 13: 259–263 (1993a)
- WALLER G: Sexual abuse and eating disorders. Borderline personality disorder as a mediating factor? Br J Psychiatry 162: 771–775 (1993b)
- WHO: The ICD-10 classification of mental and behavioural disorders: diagnostic criteria for research. Genève (1993)
- WILLERSHAUSEN B, PHILLIP E, PIRKE K M, FICHTER M: Orale Komplikationen bei Patienten mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa. Zahn-Mund-Kieferheilkd. 78: 293–299 (1990)
- WILLI J: Poliklinische Psychiatrie. Psychosomatische Krankheiten. Psychotherapie. Zürich: Skriptum für Medizinstudenten der Universität Zürich (1992)
- WOODMANSEY K F: Recognition of bulimia nervosa in dental patients: Implications for dental care providers. Gen Dent 48: 48–52 (2000)
- WRUBLE L D, ROSENTHAL R H, WEBB W L: A review. Psychogenic vomiting. Am J Gastroenterol 77: 318–21 (1982)