

1 Erscheinungsbild

1.1 Anorexia nervosa im Jugendalter

Ein ausgeprägtes Untergewicht wird oft als Leitsymptom der Anorexia nervosa angesehen. Bei Patientinnen mit Anorexia nervosa in der Pubertät gehen weitreichende körperliche und psychische Veränderungen mit dem Leitsymptom der Anorexia nervosa einher. Die Weigerung der Betroffenen, das für sie normale Körpergewicht zu halten, führt aufgrund der unzureichenden und unausgewogenen Ernährung sowohl zu kurzfristigen als auch zu langfristigen körperlichen Folgeerscheinungen (vgl. Kap. 9).

Psychische Symptome

Pathologisches Essverhalten. Charakteristisch für Jugendliche mit einer Anorexia nervosa ist eine extensive Beschäftigung mit den Themen Ernährung und Figur (vgl. Abschn. 3.1). Die Betroffenen entwerfen z. B. für sich Diätvorschriften mit vergleichsweise hohen Eiweiß-, aber niedrigen Fett- und Kohlehydratanteilen. Sie kategorisieren in erlaubte (fettarmer Joghurt, Obst) und verbotene Nahrungsmittel (Schokolade) und vermeiden zunehmend hochkalorische, kohlenhydratreiche und fetthaltige Nahrungsmittel bis hin zu einer andauernden Nahrungsverweigerung. Patientinnen im Kindesalter befürchten oftmals, durch die Flüssigkeitsaufnahme an Gewicht zuzunehmen und stellen daher das Trinken ein (Lowinger et al., 1999). Viele der betroffenen Jugendlichen entwickeln im Verlauf der Anorexia nervosa ein wählerisches, zwanghaft ritualisiertes Essverhalten, das sich meist in einem sehr langsamen Essen, dem Kleinschneiden von Nahrungsmitteln und einer hochselektiven Nahrungsmittelauswahl äußert (Herpertz-Dahlmann & Hebebrand, 2008). Bei einigen Patientinnen kommt es außerdem immer wieder zu Essanfällen (»Binge Eating«) mit anschließendem selbstinduziertem Erbrechen oder anderen Maßnahmen zur Gewichtsreduktion (»Purging«; z. B. Missbrauch von Abführmitteln, Entwässerungsmitteln oder Appetitzüglern). »Binge-Purge-Verhalten« ist bei Jugendlichen weniger verbreitet als bei erwachsenen Patientinnen, was u. a. auf die geringere Autonomie im Alltag und eine stärkere Kontrolle durch das soziale Umfeld in Familie und Schule bei dieser Altersgruppe zurückzuführen ist (Herpertz-Dahlmann & Hebebrand, 2008).

Verzehrte Nahrungsmenge einer jugendlichen Patientin mit Anorexia nervosa im Verlauf des Tages

8.00 Uhr	½ trockenes Brötchen und Tee
12.00 Uhr	1 kleiner Teller Salat ohne Dressing und 10 Nudeln
15.30 Uhr	1 Glas Cola light
18.00 Uhr	1 Scheibe Brot mit Marmelade und Tee

Körperbildstörung (Body-Image-Störung). Aus dem gestörten Essverhalten der jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa resultieren auch Veränderungen in der Wahrnehmung des eigenen Körperbildes. Damit verbunden sind Verzerrungen der kognitiven Wahrnehmung von Figur und Körperumfang. Als Folge sehen magersüchtige Patientinnen ihre Maße von Körperteilen wie Brust-, Hüft- und Bauchumfang deutlich überproportioniert. Durch diese Überschätzung des eigenen Körperbildes entpathologisieren magersüchtige Patientinnen ihre Figur und ihr Gewicht. Sie nehmen ihr objektiv bestehendes Untergewicht nicht wahr bzw. verleugnen es (Cash et al., 1997). Aber auch auf emotionaler Ebene verändert sich bei den Betroffenen die Wahrnehmung des eigenen Körperbildes. Sie erleben sich als unattraktiv, unförmig, hässlich und zu dick. Um diese negativen Emotionen zu kompensieren, entwickeln Jugendliche meist ein Vermeidungs- und Kontrollverhalten und vernachlässigen körperbezogene positive Aktivitäten (Vocks & Legenbauer, 2005). Das auf den eigenen Körper bezogene Vermeidungs- und Kontrollverhalten bezieht sich beispielsweise auf Aktivitäten (z. B. Sport oder Sexualität) oder Orte, an denen es üblich ist, sich leicht bekleidet zu zeigen (z. B. im Schwimmbad oder in der Sauna). Die Vernachlässigung körperbezogener positiver Aktivitäten kann sich in den Bereichen »Gesundheit und Fitness« (z. B. Entspannungsübungen machen), »Sinnliche Erfahrungen« (z. B. eine Massage erhalten) und »Körperpflege und Aussehen« (z. B. ein Vollbad nehmen) äußern (Cash et al., 1997). Eine ausführliche Darstellung der Körperbildstörung liefert das Manual von Vocks und Legenbauer (2005).

Selbstwertprobleme. Ein weiteres Kennzeichen magersüchtiger Patientinnen ist eine ausgeprägte Selbstwertproblematik (Jacobi, 2000; Jacobi et al., 2003), die sich in Selbstunsicherheit und in Gefühlen von Wertlosigkeit äußert. Diese Selbstunsicherheit vieler Jugendlicher mit Anorexia nervosa betrifft nicht nur die eigene Rolle in Familie und Gesellschaft, sondern bezieht sich auch auf die Bedeutung der eigenen Person, die mit Gedanken der eigenen Wertlosigkeit assoziiert wird. Selvini Palazzoli spricht im Zusammenhang der Selbstwertproblematik der Anorexia nervosa-Patientinnen von »ein[em] Gefühl von Isolierung und eine[r] dunkle[n] Ahnung von Hilflosigkeit und Nutzlosigkeit« (Selvini Palazzoli, 1982, S. 110).

Jugendliche mit einer Anorexia nervosa machen ihr Selbstwertgefühl übermäßig von Figur und Gewicht abhängig. Das Körpergewicht kontrollieren zu können, bedeutet für Betroffene auch eine wiedererlangte Autonomie über das eigene Leben. Darüber hinaus setzen magersüchtige Jugendliche eine ausgeprägte Leistungsorientierung in Schule und Beruf als Kompensationsmittel des negativen Selbstwertgefühls ein.

Psychosoziale und sexuelle Probleme. Das Untergewicht von Patientinnen mit Anorexia nervosa führt auch zu Schwierigkeiten in Familie und Peer Groups. Das von außen sichtbare geringe Körpergewicht magersüchtiger Patientinnen löst bei Eltern, Geschwistern und Freunden Besorgnis aus. Die Betroffenen selber leugnen jedoch die Schwere ihrer Essstörung, sodass es verstärkt zu familiären Konflikten kommt. Häufig entwickeln Jugendliche auch Probleme in interpersonellen Beziehungen in Schule und Peer Groups und schränken soziale Beziehungen zu Mitschülern und Freunden

zunehmend ein. Außerdem kommt es oft bei den Jugendlichen zu Leistungseinbrüchen in der schulischen und beruflichen Entwicklung. Als sensibler Bereich zwischenmenschlicher Beziehungen ist die Sexualität besonders betroffen. Magersüchtige Patientinnen haben zumeist keine sexuellen Kontakte. Durch ihre Krankheit versäumen sie es, wichtige soziale und sexuelle Erfahrungen in Pubertät und Adoleszenz zu machen.

Depressionen. Bei Anorexia nervosa-Patientinnen kommt es während des akuten Krankheitszustandes häufig zu depressiven Verstimmungen (vgl. Abschn. 2.2). Jugendliche berichten oft von einer gedrückten Stimmungslage, Schuldgefühlen und Hoffnungslosigkeit und sind leicht irritierbar. Die klinische Ausprägung der Depression reicht von leichter depressiver Stimmungslage bis hin zu schweren depressiven Episoden. Bei den Patientinnen zeigen sich besonders in Folge des Starvationszustandes vermehrt depressive Symptome (Herpertz-Dahlmann et al., 1995), die sich oftmals durch eine Normalisierung des Gewichts und des Essverhaltens reduzieren (Meehan et al., 2006; Woodside et al., 2006).

Perfektionismus. Charakteristisch für Anorexia nervosa-Patientinnen sind weiterhin ein starkes Streben nach Perfektionismus und eine damit einhergehende ausgeprägte Leistungsorientierung. Perfektionismus ist insbesondere mit dem Störungsbild der Anorexia nervosa assoziiert und bleibt oftmals auch nach Rückgang der Essstörungssymptomatik bestehen. Obwohl die Konzentrationsfähigkeit und die allgemeine Leistungsfähigkeit im Verlauf der Anorexia nervosa starvationsbedingt abnehmen, setzen Jugendliche sich dennoch hohe Leistungsstandards. Einige jugendliche Patientinnen berichten sogar von einer regelrechten Arbeitssucht (Herpertz-Dahlmann, 2008). Bei magersüchtigen Patientinnen stehen im Mittelpunkt der Bemühungen um Perfektion oftmals hohe Anforderungen an sich selbst, bezogen auf die Themen Essen, Figur und Gewicht. Darüber hinaus streben sie auch sehr gute Leistungen in Schule bzw. Beruf oder bei sportlichen Aktivitäten an. Patientinnen mit Anorexia nervosa versuchen, durch ihre perfektionistischen Ansprüche ihr niedriges Selbstwertgefühl zu stärken. Aufgrund ihrer selbstkritischen Haltung herrscht jedoch eine ständige Unzufriedenheit in der Bewertung der eigenen Person vor.

Arbeitsblatt 5 bietet hilfreiche Informationen für Patientinnen und ihre Eltern über körperliche und psychische Folgeschäden der Anorexia nervosa.

AB
5

1.2 Bulimia nervosa im Jugendalter

Aufgrund vieler symptomspezifischer Übereinstimmungen der Essstörungsformen von Anorexia und Bulimia nervosa zeigen sich deutliche Parallelen in den körperlichen (vgl. Kap. 9) und psychischen Veränderungen der davon betroffenen jugendlichen Patientinnen.

Psychische Symptome

Pathologisches Essverhalten. Wie bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa liegt auch bei jugendlichen Patientinnen mit Bulimia nervosa ein pathologisches Essverhalten mit rigiden Essregeln vor, das einem extremen Schlankheitsideal folgt. Im Unterschied zu Patientinnen mit Anorexia nervosa sind bulimische Patientinnen meist normalgewichtig. Auch Patientinnen mit Bulimia nervosa ernähren sich zumeist restriktiv wie magersüchtige Patientinnen, zählen Kalorien und bevorzugen Nahrungsmittel mit einem geringen Energiewert. Patientinnen mit Bulimia nervosa können jedoch diesen gezügelten Essstil nicht aufrechterhalten und es kommt zu regelmäßig auftretenden Essanfällen. Betroffene nehmen bei Essanfällen in kurzer Zeit eine große Nahrungsmenge, zumeist Lebensmittel mit einem hohen Energiewert (z. B. Schokolade oder Chips), mit etwa 3000 bis 4000 kcal zu sich und missachten damit ihre selbst gesetzten Essregeln. Die Patientinnen erleben dabei einen Kontrollverlust, d. h., sie haben das Gefühl, weder mit dem Essen aufhören zu können noch Kontrolle über Art und Menge der Nahrung zu haben. Neben diesen objektiven Essanfällen leiden einige Patientinnen unter subjektiven Essanfällen. Von subjektiven Essanfällen spricht man, wenn die verzehrte Nahrungsmenge nicht übermäßig groß ist, von der Patientin jedoch so wahrgenommen wird und ein Kontrollverlust über die Nahrungsaufnahme erlebt wird.

Um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, setzen bulimische Patientinnen gegensteuernde Maßnahmen ein. Der »Purging-Typus« der Bulimia nervosa (DSM-IV-TR) benutzt dabei kurzfristige Maßnahmen wie selbstinduziertes Erbrechen, Laxanzien oder Diuretika. Der »Nicht-Purging-Typus« (DSM-IV-TR) nutzt mittelfristige gewichtsreduzierende Maßnahmen. Hierzu zählen eine übermäßige körperliche Betätigung, Fasten oder ein gezügeltes Essverhalten (vgl. Abschn. 3.2). Maßnahmen der kurzfristigen oder mittelfristigen Gewichtsregulation haben für Betroffene auch eine »selbstreinigende« Funktion, um Schuldgefühle, die durch die Missachtung der selbstgesetzten Essregeln entstanden sind, zu kompensieren.

Verzehrte Nahrungsmenge einer jugendlichen Patientin mit Bulimia nervosa während eines objektiven Essanfalls

2 Teller Nudeln mit Tomatensoße und Käse
3 Scheiben Weißbrot mit Nuss-Nougat-Creme
500 g Fruchtojoghurt
1 Tüte Chips
2 Tafeln Schokolade
1 Liter Kakao

Körperbildstörung (Body-Image-Störung). Jugendliche bulimische Patientinnen zeigen wie jugendliche Patientinnen mit Anorexia nervosa eine gestörte Wahrnehmung des eigenen Körperbildes und der Körperproportionen. Auch sie nehmen ihre Figur verzerrt wahr und meinen, unattraktiv, unförmig und zu dick zu sein. Sie glauben, da-

mit ihrem selbstdefinierten Schlankheitsideal nicht gerecht zu werden. Patientinnen mit einer Anorexia oder Bulimia nervosa scheinen sich in ihrem Defizit, die eigenen Körperdimensionen korrekt einschätzen zu können, nicht zu unterscheiden (Vocks & Legenbauer, 2005). Die zumeist normalgewichtigen Bulimia nervosa-Patientinnen pathologisieren jedoch durch Überschätzung der eigenen Körperproportionen ihre Figur im Vergleich zu Patientinnen mit Anorexia nervosa, die ihr abgemagertes Erscheinungsbild entpathologisieren (Cash et al., 1997). Bulimische Patientinnen erleben ihren eigenen Körper überwiegend negativ. Analog zu magersüchtigen Patientinnen versuchen auch bulimische Patientinnen diese körperbezogenen negativen Emotionen durch Vermeidungs- und Kontrollverhalten zu reduzieren und vernachlässigen häufig körperbezogene positive Aktivitäten (Vocks & Legenbauer, 2005).

Ausführliche Informationen zur Körperbildstörung enthält das Manual von Vocks und Legenbauer (2005).

Selbstwertprobleme. Auch bulimische Patientinnen weisen häufig Beeinträchtigungen in ihrem Selbstwertgefühl auf (Jacobi, 2000; Jacobi et al., 2003). Das Selbstwertgefühl von jugendlichen Patientinnen mit Bulimia nervosa steht – analog zu Jugendlichen mit Anorexia nervosa – in Abhängigkeit zu subjektiv wahrgenommenen Merkmalen ihrer Figur und ihres Gewichtes und der Wichtigkeit, ihre Nahrungsaufnahme zu kontrollieren. Bei vielen bulimischen Patientinnen geht die negative Selbstbewertung über essensbezogene Themen hinaus und wird als Teil der eigenen Identität erlebt (Fairburn et al., 2003). Die Abhängigkeit des Selbstwertgefühls ausschließlich von Figur und Gewicht führt bei Betroffenen zu einem strikten Diäthalten, das nicht dauerhaft durchgehalten werden kann. Dadurch werden Essanfälle begünstigt, die kompensatorische Verhaltensweisen wie selbstinduziertes Erbrechen oder den Missbrauch von Laxanzien oder Diuretika zur Folge haben. Diese Problematik beschreibt Fairburn in seinem Teufelskreismodell der Bulimia nervosa (Fairburn et al., 2003).

Psychosoziale und sexuelle Probleme. Jugendliche bulimische Patientinnen zeigen mehrheitlich als Folge der beschriebenen Selbstwertproblematik und der veränderten Rollenerwartungen in Schule und Beruf eine defizitäre Entwicklung ihrer sozialen Kompetenzen. Auch sie ziehen sich wie Anorexia nervosa-Patientinnen im Verlauf der Essstörung oftmals aus Peer Groups zurück und berichten von konfliktreichen familiären Interaktionsmustern. Es wird angenommen, dass sich Jugendliche mit Bulimia nervosa durch ein geringes Selbstwertgefühl und defizitäre soziale Kompetenzen in zwischenmenschlichen Beziehungen bzw. in Konfliktsituationen übermäßig belastet fühlen (Fairburn, 1993). Im Unterschied zu jugendlichen Patientinnen mit Anorexia nervosa berichten jugendliche bulimische Patientinnen häufiger von sexuellen Kontakten, allerdings bewerten sie Sexualität nur eingeschränkt positiv.

Depressionen. Depressive Verstimmungen wie eine gedrückte Stimmung, Schuldgefühle oder Schlafprobleme sind auch bei jugendlichen Patientinnen mit einer Bulimia nervosa typische Begleitsymptome (vgl. Abschn. 2.2). Die klinische Ausprägung der Depression kann auch bei bulimischen Patientinnen von einer leichten depressiven Stimmung bis hin zu schweren depressiven Episoden reichen. Ferner kommt es bei

bulimischen Patientinnen verstärkt nach Essanfällen mit selbstinduziertem Erbrechen zu Selbstkritik, Schuldgefühlen und einer depressiven Stimmungslage.

Es wird angenommen, dass durch das restriktive Essverhalten bei Patientinnen mit Bulimia nervosa auch ohne Untergewicht die Entwicklung von depressiven Symptomen begünstigt wird (Jacobi et al., 2008).

Perfektionismus. Perfektionismus ist bei Patientinnen mit Bulimia nervosa im Vergleich zu Patientinnen mit Anorexia nervosa ein weniger ausgeprägtes Persönlichkeitsmerkmal. Bulimische Patientinnen zeigen vielmehr ein deutliches Neugierverhalten, impulsive Verhaltensweisen und sind weniger kontrolliert und frustrationsintoleranter als Anorexia nervosa-Patientinnen (Fassino et al., 2002; Hueg et al., 2006; Rosval et al., 2006).

Psychische Symptome bei Jugendlichen mit Anorexia nervosa und Bulimia nervosa

- ▶ Pathologisches Essverhalten
- ▶ Körperbildstörung
- ▶ Selbstwertprobleme
- ▶ Psychosoziale und sexuelle Probleme
- ▶ Depressionen
- ▶ Perfektionismus, insbesondere bei Anorexia nervosa-Patientinnen