

Essstörungen und metabolische Folgeerscheinungen bei Kindern

Der aktuelle Forschungsstand der Essstörungen bezieht sich mehrheitlich auf ältere Jugendliche und junge Erwachsene, während Kinder und jüngere Jugendliche häufig vernachlässigt werden. Die «klassischen» Essstörungen Anorexia nervosa und Bulimia nervosa treten bei Kindern und jüngeren Adoleszenten seltener auf als bei älteren Jugendlichen oder jungen Erwachsenen. Hingegen sind Störungen des Essverhaltens und eine übermässige Beschäftigung mit dem Gewicht und der körperlichen Erscheinung bereits bei Schulkindern relativ häufig anzutreffen (19).

Barbara Schlup

In jüngeren Altersgruppen sind im Gegensatz zu älteren Kindern vermehrt auch Jungen von Essproblemen und übermässiger Beschäftigung mit Figur und Gewicht betroffen (4, 14, 16). In schulbasierten Untersuchungen geben 20 bis 56 Prozent der 8- bis 13-jährigen Kinder an, bereits eine Diät zur Gewichtsreduktion durchgeführt zu haben, 44 bis 71 Prozent machen Sport, um Gewicht zu verlieren, 1 bis 4 Prozent haben schon mindestens einmal erbrochen oder Diät- oder Abführmittel eingenommen, um abzunehmen, und 4 bis 10 Prozent berichten über regelmässig auftretende Essanfälle (1, 8, 10, 12). Obschon nicht alle dieser Kinder eine klinisch relevante Essstörung entwickeln, sind die ständige Beschäftigung mit dem Gewicht und das strenge Diätverhalten wichtige Risikofaktoren für die Entstehung von Essstörungen. Da eine

frühere Erstmanifestation eine ungünstige Prognose für wiederholte Hospitalisierung und allgemein schlechtere Erfolgsaussichten einer Behandlung voraussagen (3,6), ist die frühzeitige Erkennung von Störungen des Essverhaltens von grosser Bedeutung.

Essstörungen bei Kindern – Definition und Klassifikation

In der DSM-IV-TR (APA; American Psychiatric Association, 2000) existieren drei Diagnosekategorien für Essstörungen: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, atypische Essstörungen. Die Diagnose präpubertäre Erkrankungen erfolgt nach wenigen gesondert aufgeführten Zusatzkriterien. In der Forschung wie auch in der Praxis wird immer wieder diskutiert, inwiefern die primär für Erwachsene entwickelten Diagnosekriterien für die Gruppe der Kinder und jüngeren Jugendlichen anwendbar sind (19). Untersuchungen im Kindes- und Jugendalter haben gezeigt, dass mehr als 50 Prozent der Kinder mit einer unspezifischen, nicht näher bezeichneten Essstörung diagnostiziert werden. Je jünger die Kinder sind, desto häufiger fallen sie in die diagnoseunspezifische Kategorie (14).

Die mangelhafte Anpassung der Kriterien an entwicklungsabhängige Dimensionen (z.B. Fähigkeit, emotionales Erleben verbal auszudrücken, kognitiver Entwicklungsstand bzw. fehlende Abstraktionsfähigkeit, mangelhafte Kontrolle von Verhaltensimpulsen, physische Reifung) hat zur Folge, dass das Symptombild von Essstörungen bei jüngeren Kindern durch die aktuellen Diagnosekriterien nicht adäquat reflektiert wird (5, 11, 13, 20). Weiter muss bei der Diagnose von Essstörungen ganz pragmatisch berücksichtigt werden, dass das Essverhalten von Kindern weitgehend von den Eltern kontrolliert und gesteuert wird (Art und Menge von verfügbaren Nahrungsmitteln, Zeitpunkt der Nahrungsaufnahme). Altersadaptierte spezifische Kriterien für die Beschreibung von Essproblemen, wie zum Beispiel die 1995 von Bryant-Waugh und Lask (5) vorgeschlagenen Great Ormond Street [GOS] Criteria, die spezifischen

Diagnosekriterien für die Binge-Eating-Disorder im Kindesalter (11) oder die Empfehlungen der Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA, 2007, [20]) erweisen sich deshalb für diese Altersgruppe als günstiger und verlässlicher.

Im Folgenden werden die Diagnosekriterien nach DSM-IV-TR für die Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa sowie für atypische, nicht näher bezeichnete Essstörungen beschrieben und Unterschiede zum Symptombild bei Erwachsenen hervorgehoben.

Anorexia nervosa

Patientinnen mit einer Anorexia nervosa streben danach, extrem dünn zu sein. Neben der rigorosen Einschränkung der Nahrungsaufnahme ist die ständige exzessive gedankliche Beschäftigung mit Nahrung, Essen und Dicksein ein zentrales Merkmal der Anorexie. Häufig besteht eine ausgeprägte Körperwahrnehmungsstörung, die sich darin äussert, dass Patientinnen ihren Körper trotz der Abmagerung als zu dick erleben. Ein weiteres Leitsymptom der Erkrankung ist die (meist sekundäre) Amenorrhö, also das Ausbleiben von mindestens drei konsekutiven Menstruationszyklen. Die Manifestation einer Anorexia nervosa ist bei jüngeren Kindern vor der Pubertät eher selten. Das Symptombild dieser früherkranken Patientinnen entspricht jedoch weitgehend dem der jugendlichen Patientinnen (15, 9). Bei präpubertären Kindern kann der Eintritt der Menarche verzögert sein.

Die DSM-IV-Kriterien scheinen für eine grosse Zahl von jüngeren Kindern ungeeignet (13, 20). Häufig wird beobachtet, dass jüngere Kinder keine deutlich ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme angeben, obwohl sie ein sehr restriktives Essverhalten zeigen (20). Bei präpubertären Kindern sollte das Kriterium folglich bei jeglichem Gewichtsverlust (ausser durch medizinische Faktoren bedingt) in Kombination mit übermässigem Diätverhalten und exzessiver körperlicher Betätigung über einen Zeitraum von mindestens einem Monat als erfüllt gelten (20). Dies scheint umso

wichtiger, als ein Gewichtsverlust in diesem Entwicklungsabschnitt schädliche Konsequenzen für das Wachstum und die Knochenentwicklung haben kann, selbst wenn die Abnahme nicht zu dem in den Diagnosekriterien erforderlichen Körpergewicht von weniger als 85 Prozent des zu erwartenden Gewichts führt (14, 20).

Bulimia nervosa

Patientinnen mit einer Bulimia nervosa erleben wiederkehrende Essanfälle bei denen sie das Gefühl haben, die Kontrolle über das Essen zu verlieren. Typischerweise werden in einer kurzen Zeitspanne wahllos und sehr grosse Mengen von Nahrungsmitteln konsumiert. Zwischen den Essanfällen zeigen Bulimikerinnen ein stark gezügeltes Essverhalten mit häufigen Diäten. Bulimische Mädchen sind in der Regel normalgewichtig, da sie nach den Essanfällen verschiedene kompensatorische Massnahmen einsetzen, um Gewichtszunahmen zu vermeiden (z.B. Erbrechen, Laxanzienaufnahme, übermässiges Sport treiben). Wenn die Bulimia nervosa bei Diabetikerinnen auftritt, kann es zu einer Vernachlässigung der Insulinbehandlung kommen.

Im Vergleich zu jungen Erwachsenen zeigen Kinder und jüngere Adoleszente geringere psychiatrische Auffälligkeiten, einen geringeren prä-morbiden Gewichtsstatus, seltenere Essanfälle und Kompensationsmassnahmen, weniger häufiges Fasten in der Vorgeschichte und eine stärkere Leugnungstendenz. Zudem äussern sie seltener den Wunsch nach Hilfe (2).

Die Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA) schlägt als Anpassung der aktuellen DSM-IV-TR-Diagnosekriterien für jüngere Kinder vor, dass diese nicht explizit angeben müssen, Kompensationsmassnahmen einzusetzen, um einer befürchteten Gewichtszunahme entgegenzusteuern (20). Aufgrund der Tatsache, dass gerade jüngere Kinder häufig das im DSM-IV-TR erforderliche Zeitkriterium von drei Essanfällen pro Woche während drei Monaten nicht erfüllen, wird eine Kürzung beziehungsweise Abänderung des Zeitkriteriums empfohlen: Bei wiederholtem Auftreten von Essanfallsepisoden während einem Monat oder einer Episode pro Monat während drei Monaten würde das Kriterium bei Kindern als erfüllt gelten. Zudem sollten Kinder nicht unbedingt die übermässige Abhängigkeit des

Selbstwerts von Figur und Gewicht berichten müssen; vielmehr sollte es ausreichend sein, dass diese Merkmale von den Eltern beobachtet wird (20).

Atypische Essstörungen

(z.B. Binge-Eating-Disorder)

Die Diagnosekategorie der atypischen Essstörungen in der DSM-IV-TR umfassen einerseits Fälle, bei denen nicht alle Diagnosekriterien erfüllt sind (z.B. fehlende Amenorrhö bei Anorexia nervosa, nicht erfülltes Kriterium der Häufigkeit von Essanfällen bei Bulimia nervosa), andererseits wird in der DSM-IV-TR in dieser Kategorie die Binge-Eating-Disorder im Sinne einer Forschungsdiagnose aufgeführt, die weiterer Abklärung bedarf. Die Binge-Eating-Disorder ist durch wiederholte Episoden von Essanfällen ohne die für die Bulimie charakteristischen regelmässigen, der Ge-

wichtszunahme entgegensteuernden Massnahmen gekennzeichnet.

Im Unterschied zum Störungsbild bei Erwachsenen ist die Binge-Eating-Disorder häufig durch Überessen oder Essen in Abwesenheit von Hunger als spezifisches Merkmal für anfallsartiges Essen gekennzeichnet. Ähnlich wie bei Erwachsenen liegen auch bei Kindern eine erhöhte essspezifische Psychopathologie sowie ein erhöhtes Körpergewicht vor (für einen Überblick siehe Hilbert und Munsch, 2005 [7]). Die Störung ist allgemein wenig erforscht, wobei der Forschungsstand für das Kindes- und Jugendalter deutlich hinter dem bei Erwachsenen zurücksteht. Für die Klassifikation der Binge-Eating-Disorder im Kindesalter entwickelten Marcus und Kalarchnian spezifische Forschungskriterien für Kinder unter 14 Jahren (11). Aufgrund der zu erwartenden Fluktuation der Psychopa-

Tabelle: Great Ormond Street Criteria (nach 5, 13)

Anorexia nervosa

- deutlicher Gewichtsverlust (z.B. durch Einschränkung der Nahrungsmittelaufnahme, exzessive körperliche Aktivität, Laxanzienabusus)
- verzerrte Kognitionen in Bezug auf Gewicht und/oder Figur
- übermässige Beschäftigung mit Gewicht und/oder Figur

Bulimia nervosa

- wiederholte Essanfälle und Kompensationsmassnahmen
- Kontrollverlust
- übermässige Beschäftigung mit Gewicht und/oder Figur

Nahrungsmittelmeidung

- Meidung von Nahrungsmitteln, die nicht durch primäre affektive Störung bedingt ist
- Gewichtsverlust
- Stimmungsschwankungen, die nicht Kriterien für primäre affektive Störung erfüllen
- keine verzerrten Kognitionen in Bezug auf Gewicht und/oder Figur
- keine übermässige Beschäftigung mit Gewicht und/oder Figur
- Ausschluss hirnorganischer Störungen oder Psychosen

Selektives Essen

- stark eingeschränkter Bereich von Nahrungsmitteln, die gegessen werden, während mindestens zwei Jahren
- Weigerung, neue und unbekannte Nahrungsmittel zu versuchen
- keine verzerrten Kognitionen in Bezug auf Gewicht oder Figur
- Ausschluss: Angst vor Ersticken oder Erbrechen
- Unter-, Normal- oder Übergewicht

Funktionelle Dysphagie

- Meidung von Nahrungsmitteln
- Angst vor Verschlucken, Ersticken oder Erbrechen
- keine verzerrten Kognitionen in Bezug auf Gewicht oder Figur
- keine übermässige Beschäftigung mit Gewicht und/oder Figur
- Ausschluss: hirnorganische Störung oder Psychose

(Nahrungs-)Verweigerungssyndrom

- ausgeprägte Abneigung gegen Essen, Trinken, Laufen, Sprechen oder Selbstfürsorge
- entschiedener Widerstand gegen Unterstützungsversuche

thologie im Kindes- und Jugendalter wird beispielsweise vorgeschlagen, den Zeitraum von sechs auf drei Monate zu reduzieren und die Auslöser für Essverhalten (z.B. negativer Affekt, Langeweile, Belohnungszufuhr) zu berücksichtigen.

Great Ormond Street Criteria – altersadaptierte Kriterien für Essprobleme bei Kindern

Neben den «klassischen» Essstörungen Anorexia und Bulimia nervosa werden in den altersadaptierten spezifischen Diagnosekriterien für Essprobleme bei Kindern, den Great Ormond Street Criteria (5, 13), noch die Nahrungsmittelmeidung, das selektive Essen, die funktionelle Dysphagie und das Nahrungsverweigerungssyndrom unterschieden (Tabelle).

Somatische Begleit- und Folgerscheinungen bei Essstörungen im Kindesalter

Die zahlreichen somatischen Komplikationen, die im Rahmen einer Essstörung auftreten, unterscheiden sich bei Kindern und Jugendlichen nicht wesentlich von denen bei Erwachsenen.

Somatische Komplikationen bei Anorexia nervosa

Neben der Amenorrhö, die als Folge einer umfassenden endokrinen Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse auftritt und als eines der Leitsymptome der Störung gilt, bestehen bei einer Anorexia nervosa zahlreiche weitere Symptome wie Hypothermie, Ödeme, Bradykardie, hypotoner Blutdruck oder Lanugobehaarung. Die Untersuchung von Laborparametern ergibt eine Leukopenie, eine Lymphozytose, einen niedrigeren Nüchternblutzuckerspiegel und eine Hypercholesterinämie, die als Folgen des körperlichen Mangelzustands betrachtet werden können und sich bei Gewichtszunahme normalisieren. Das Wachstumshormon wird vermindert ausgebildet, was insbesondere bei früh erkrankten präpuberalen Patientinnen zu einer verzögerten Pubertät, Kleinwuchs und einer ausbleibenden Brustentwicklung führen kann. Während sich das im Krankheitsstadium vermindert gebildete Wachstumshormon analog verhält, kann die Beeinträchtigung der LH-Sekretion trotz Gewichtsnormalisierung länger anhalten.

Manifestationen einer Anorexia nervosa beim männlichen Geschlecht sind selten. Jungen mit einer Anorexie zeigen ein ähnliches Bild der physischen Symptome wie bereits beschrieben. Zusätzlich können Geschlechtsidentitätsstörungen auftreten. Vielfach ist die Symptomatik noch stärker ausgeprägt als bei weiblichen Jugendlichen und die Prognose ungünstiger (18).

Als differenzialdiagnostische Abgrenzungen aus medizinischer Sicht müssen somatische Ursachen von Appetitstörungen und Gewichtsverlust bedacht werden (z.B. endokrine Störungen).

Somatische Komplikationen bei Bulimia nervosa

Als Folge von regelmässigem Erbrechen können bei Bulimia nervosa schwere Elektrolytstörungen auftreten (Hypokaliämie) mit der Folge von Nierenfunktionsstörungen, Herzrhythmusstörungen, Muskelschwäche oder -krämpfen bis zu tetanischen Anfällen. In seltenen Fällen können zerebrale Krampfanfälle sowie lebensbedrohliche Krisen auftreten. Magenerweiterungen oder -rupturen werden vereinzelt beobachtet.

Die zahlreichen weiteren medizinischen Komplikationen der Bulimie umfassen beispielsweise Ösophagitiden, Pharyngitiden, Gastritiden und Pankreatiden sowie Osteoporose und Polyneuropathien, häufig auch irreguläre Menstruationszyklen. Weitere Beschwerden umfassen Halsentzündungen, Schwellungen der Wangen, Vergrößerungen der Speicheldrüsen und Zahnschäden (zum Teil als Folge der Bevorzugung süsser Nahrung und Einwirkung der Magensäure durch Erbrechen). Beim juvenilen Diabetes mellitus sind gehäuft Bulimien zu beobachten.

Die medizinische Differenzialdiagnose bei Bulimia nervosa sollte eine Abgrenzung gegen körperliche Erkrankungen, die mit Erbrechen oder übermässigem Appetit einhergehen (z.B. Tumor-, Lebererkrankungen oder chronische Darmentzündungen), beinhalten (17). ■

Korrespondenzadresse:

Lic. phil. Barbara Schlup, Psychologin FSP
Interdepartementales Adipositas-Programm
Murtenstrasse 21, Eingang 45
3010 Bern
E-Mail: Barbara.Schlup@insel.ch

Literatur

1. Austin S.B., Field A.E., Wiecha J., et al. The impact of a school-based obesity prevention trial

- on disordered weight-control behaviors in early adolescent girls. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 2005; 159 (3): 225–230.
2. Brewerton T.D. Bulimia in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatry Clinics of North America* 2002; 11: 237–256.
3. Bryant-Waugh R., Knibbs J., Fosson A. Long-term follow up of patients with early onset anorexia nervosa. *Archives of Disease in Childhood* 1988; 63 (1):5–9.
4. Bryant-Waugh R., Lask B. Early-onset anorexia nervosa and related eating disorders. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1992; 33 (1): 281–300.
5. Bryant-Waugh R., Lask B. Eating disorders in children. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 1995; 36 (2): 191–202.
6. Castro J., Gila A., Puig J., et al. Predictors of rehospitalization after total weight recovery in adolescents with anorexia nervosa. *International Journal of Eating Disorders* 2004; 36 (1): 22–30.
7. Hilbert A., Munsch S. «Binge-Eating»-Störung bei Kindern und Jugendlichen. *Kindheit und Entwicklung* 2005; 14 (4): 209–221.
8. Krowchuk D.P., Kreiter S.R., Woods C.R. Problem dieting behaviors among young adolescents. *Archives of Pediatrics and Adolescent Medicine* 1998; 152 (9): 884–888.
9. Lask B., Bryant-Waugh R. *Childhood onset anorexia and related eating disorders*. Hillsdale, New Jersey: Lawrence Erlbaum Association, 1993.
10. Maloney M.J., McGuire J., Daniels S.R., et al. Dieting behavior and eating attitudes in children. *Pediatrics* 1989; 84 (3): 482–489.
11. Marcus M.D. Kalarichian. Binge eating in children and adolescents. *International Journal of Eating Disorders* 2003; 34: 47–57.
12. McVey G., Tweed S., Blackmore E. Dieting among preadolescent and young adolescent females. *Canadian Medical Association Journal* 2004; 170 (10): 1559–1561.
13. Nicholls D., Chater R., Lask B. Children into DSM don't go: a comparison of classification systems for eating disorders in childhood and early adolescence. *International Journal of Eating Disorders* 2000; 28: 317–324.
14. Peebles R., Wilson J., Lock J. How do children with eating disorders differ from adolescents with eating disorders at initial evaluation? *Journal of Adolescent Health* 2006; 39: 800–805.
15. Robin A.L., Gilroy M., Dennis A.B. Treatment of eating disorders in children and adolescents. *Clinical Psychology Review* 1998; 18: 421–446.
16. Rosen D.S. Eating Disorders in children and young adolescents: etiology, classification, clinical features, and treatment. *Adolescence medicine* 2003; 14 (1): 49–59.
17. Steinhausen H.C. *Lehrbuch der Kinder- und Jugendpsychiatrie*. München: Urban & Fischer, 2002.
18. Steinhausen H.C. *Anorexia nervosa*. Leitfaden Kinder- und Jugendpsychiatrie. Göttingen: Hogrefe, 2005.
19. Warschburger P. *Bulimia nervosa*. In F. Matthejat (Hrsg.), *Lehrbuch der Psychotherapie für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten und für die ärztliche Weiterbildung*. München: CIP-Medien, 2006.
20. Workgroup for Classification of Eating Disorders in Children and Adolescents (WCEDCA) (2007). *Classification of child and adolescent eating disturbances*, 2006; 40: 117–122.