

# Pica – Ursachen und Komplikationen einer wenig bekannten Essstörung

S. Heger<sup>1</sup>, S. Teysen<sup>2</sup>, K. Lieberz<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Klinik für Psychosomatik und Psychotherapeutische Medizin (Komm. Direktor: Prof. Dr. K. Lieberz), Zentralinstitut für Seelische Gesundheit, Mannheim

<sup>2</sup> Medizinische Klinik (Chefarzt: Priv.-Doz. Dr. S. Teysen), Krankenhaus St. Joseph-Stift, Bremen

Die Pica als vierte Essstörung neben Anorexie, Bulimie und Hyperphagie mit Adipositas ist selbst unter Ärzten unzureichend bekannt und wird häufig übersehen (38). Im Folgenden soll neben Anmerkungen zu Diagnose-Kriterien und Epidemiologie eine Übersicht über die Ätiopathogenese der Pica vor dem Hintergrund eines biopsychosozialen Krankheitsmodells gegeben werden. Anschließend werden mögliche Komplikationen ausführlich dargestellt und die Probleme der differenzialdiagnostischen Abgrenzung gegenüber somatoformen Funktionsstörungen des Gastrointestinaltraktes diskutiert. Schließlich werden einige therapeutische Möglichkeiten genannt.

## Diagnose-Kriterien

Pica pica ist der lateinische Name der Elster. Dieser Rabenvogel packt wahllos alle möglichen Objekte mit seinem Schnabel, um sie für den Nestbau zu verwenden. Die Pica als Erkrankung des Menschen wird nach ICD-10 unter den Störungen mit Beginn in der Kindheit und Jugend (F98.3) sowie unter den Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen (F50.8) aufgeführt (14). Nach dem diagnostischen und statistischen Manual psychischer Störungen (DSM-IV, [3]) ist die Pica durch vier Merkmale gekennzeichnet (Tab. 1).

Im Gegensatz zu Anorexie, Bulimie und Hyperphagie handelt es sich bei der Pica also nicht um eine quantitative, sondern um eine qualitative Störung des Appetits. Pica-Patienten können sehr unterschiedliche Dinge zu sich nehmen, von Asche über Erde, Farben, Gras, Haare, Holz, Insekten, Kaffeesatz, Kalk, Kartoffelschalen, Kaugummi, Lehm, Papier, Steine, Textilien bis zur Zahnpasta. Man unterscheidet zwischen grundsätzlich genießbaren (Food-Pica) und nicht genießbaren Objekten (Non-Food-Pica). Die Patienten essen entweder verschiedene Stoffe nebeneinander (Mixed-Pica) oder beschränken sich auf einen einzigen Stoff (23).

Den restriktiven Diagnose-Kriterien des DSM steht ein weiter gefasster Gebrauch des Begriffs in der Literatur gegenüber. Dabei wird der Ausdruck auf jedes Essen eigentlich ungenießbarer Stoffe oder das Essen grundsätzlich genießbarer Stoffe in ungewöhnlicher Quantität und Form (zum Beispiel rohe Kartoffeln) angewandt, ohne Berücksichtigung der im DSM unter den Punkten B–D genannten Einschränkungen. Wir folgen in dieser Arbeit dem weiter gefassten Begriff, weil dieser die Vielfalt der Zusammenhänge besser verdeutlicht und damit der Komplexität pikazistischer Verhaltens in einem allgemeinmedizinischen Zusammenhang besser gerecht wird.

Tab. 1 Diagnose-Kriterien der Pica nach DSM-IV (3).

- Ständiges Essen ungenießbarer Stoffe, das mindestens einen Monat lang anhält.
- Das Essen ungenießbarer Stoffe ist für die Entwicklungsstufe unangemessen.
- Das Essverhalten ist nicht Teil einer kulturell anerkannten Praxis.
- Tritt die Störung des Essverhaltens ausschließlich im Verlauf einer anderen psychischen Störung (zum Beispiel geistige Behinderung, tiefgreifende Entwicklungsstörung, Schizophrenie) auf, muss sie schwer genug sein, um für sich allein genommene klinische Beachtung zu rechtfertigen.

**kurzgefasst:** Pica ist eine qualitative Störung des Appetits. Man unterscheidet zwischen Food-Pica und Non-Food-Pica. Das Syndrom wird in den psychiatrischen Diagnose-Manualen als eigenständige Verhaltensstörung beschrieben und restriktiv definiert. Dem gegenüber kommt – auch in dieser Arbeit – eine weiter gefasste Definition zur Anwendung, nach der man unter Pica allgemein das Essen ungenießbarer Stoffe oder grundsätzlich genießbarer Stoffe in ungewöhnlicher Quantität und Form versteht.

## Epidemiologie und Risikogruppen

Aus diesem weiter gefassten Verständnis erklärt sich, warum manche Autoren die Pica für die häufigste Essstörung halten (23). Pica tritt häufiger in unterprivilegierten Gegenden und Schichten auf (38, 42). Viele Fallberichte stammen aus Schwellenländern, vor allem aus Indien, Mittel- und Südamerika. Pikazistisches Verhalten wird häufig übersehen oder fehlinterpretiert. Dies liegt in erster Linie daran, dass viele Ärzte mit dem Krankheitsbild nicht vertraut sind. Bei manchen Patienten ist die Symptomatik auch nur leicht und passager. Und schließlich verbirgt sich die Pica nicht selten hinter einer anderen Diagnose, wenn sie – entsprechend dem etwas unscharf formulierten Kriterium D des DSM – eher als Teilsymptom einer anderen Störung gesehen wird. Zuverlässige Daten über die Häufigkeit der Pica sind daher nicht verfügbar. Dennoch wurden einige Risikogruppen identifiziert. Dazu gehören die in Tab. 2 genannten Personenkreise (38, 39, 42).

## Ätiopathogenetische Erklärungsmodelle

Es handelt sich bei der Pica nicht um ein einheitliches Krankheitsbild, sondern um ein Syndrom, dem die verschiedensten biologischen, soziokulturellen und intrapsychischen Ursachen zugrunde liegen können (Tab. 3). Ein umfassendes Verständnis der Störung setzt daher die Anwendung eines biopsychosozialen Krankheitsmodells voraus.

**Tab.2** Risikogruppen für pikazistisches Verhalten.

- 
- Schwangere und stillende Frauen
  - Kleinkinder
  - Hirnorganisch Geschädigte (Hirnverletzte, Oligophrene, Epileptiker, Demente)
  - Psychotiker
  - Bestimmte Kulturkreise
- 

**Tab.3** Ätiopathogenetische Erklärungsmodelle pikazistischen Verhaltens.

- 
1. Biologische Faktoren:
    - Restoring
    - Detoxifikation
    - Suchtentwicklung
    - Hirnschädigung
  2. Psychosoziale Faktoren:
    - Entwicklungsrückstände
    - Perversionen
    - offene und verdeckte Selbstbeschädigung
    - Zwangsstörung/Störung der Impulskontrolle
    - pathologisches Pflegeverhalten
    - kulturelle Faktoren
- 

### Biologische Faktoren

**Restoring:** Fohlen fressen wegen des Mangels an Desoxycholsäure vorübergehend die Faeces ihrer Mütter. Hunde fressen ihre eigenen Exkremente bei Vitamin-B<sub>1</sub>- und Enzym-Mangel. Vögel und Reptilien nehmen in höchst selektiver Weise Sand, Erde oder Lehm zu sich, weil sie damit Mineralien aufnehmen (23). Auch beim Menschen kann Pica durch Mangel an Mineralien ausgelöst werden (13). Hervorzuheben sind die Befunde für Eisenmangel, wobei vermutet wurde, dass Eisenmangel im Hypothalamus Pica-Verhalten mit selektiver Aufnahme eisenhaltiger Stoffe auslöst (6). Umgekehrt kann aber auch Pica in Eisenmangel resultieren (26). In Afrika werden bestimmte Lehmsorten wegen ihres hohen Gehaltes an Spurenelementen genossen (13, 19).

**Detoxifikation:** Durch die Ionenaustauscher-Kapazität mancher Stoffe, die in Erde oder Lehm vorkommen, können mit der Nahrung aufgenommene Toxine neutralisiert werden (13). Eicheln werden zusammen mit Lehm verspeist, weil die im Lehm enthaltenen Mineralien Gerbstoffe binden (13, 19).

**Suchtentwicklung:** Zigaretten-Pica kann über das aufgenommene Nikotin zu einer Nikotinabhängigkeit führen, wodurch das Verhalten perpetuiert wird (33).

**Hirnschädigung:** Pica ist Teilsymptom einiger neurologischer Störungen wie Klüver-Bucy-Syndrom und Kleine-Levin-Syndrom (35), manchmal auch Folge eines Schädel-Hirn-Traumas.

### Psychosoziale Faktoren

**Entwicklungsrückstände:** Manche Pica-Formen werden entwicklungspsychologisch als Persistenz der normalen kindlichen Hand-Mund-Aktivität verstanden (16). Die Pica geistig Behinderter beruht auf einer Wahrnehmungs- bzw. Diskriminationsschwäche (20). Gravierende Milieuschäden werden

von Kinder- und Jugendpsychiatern als häufigste Ursache der Pica bei Kleinkindern angesehen. Abnormes Essverhalten ist auch Teilsymptom des psychosozialen Minderwuchses bei Deprivation in der frühen Kindheit (16).

**Perversion:** Wenn Exkremente gegessen werden, handelt es sich im Erwachsenenalter häufig um eine Perversion (Koprophagie). Bei Kindern tritt das Verhalten unter psychosozialen Extrembelastungen auf und sistiert gewöhnlich bei Milieuwechsel (16).

**Offene und verdeckte Selbstbeschädigung:** Das Essen unverdaulicher Gegenstände, wie Besteckteile oder Sicherheitsnadeln, kommt zum Beispiel bei Inhaftierten nicht selten vor. In solchen Fällen handelt es sich entweder um bewusste offene Selbstbeschädigungen mit dem Ziel, sich Vorteile zu verschaffen (Fluchtmöglichkeit bei Verlegung ins Krankenhaus) oder aber um Selbstbeschädigungen aus dem Patienten nicht bewussten Motiven heraus, meist im Zusammenhang mit schweren Persönlichkeitsstörungen. Diese Form kann offen oder verdeckt (Artefaktkrankheiten) ablaufen, wobei sie im zweiten Fall regelhaft nicht oder erst spät erkannt wird (34, 47).

**Schwangerschaft:** Die Pica schwangerer Frauen mit außerhalb der Schwangerschaft unbekanntem Gelüsten auf außergewöhnliche »Nahrung« ist allgemein bekannt. Sie hat meist keinen Krankheitswert.

**Zwangs-/Impulskontrollstörung:** Bei der Trichotillomanie werden eigene Haare zum Beispiel bei ruhigen sitzenden Tätigkeiten oder unter emotionaler Anspannung ausgezupft. Die Trichotillomanie wird heute zum Spektrum der Zwangs- und Impulskontrollstörungen gezählt (5, 29), hat aber auch andere Aspekte (siehe unten). Wenn die ausgezupften Haare anschließend verspeist werden (Trichophagie), liegt Pica-Verhalten vor.

**Pathologisches Pflegeverhalten:** Trichotillomanie und Trichophagie können auch als pathologisches Pflegeverhalten verstanden werden. Säugetiere und Vögel verschlucken schon bei der normalen Pflege ihres Fells oder Gefieders Haare oder Federn. Eine pathologisch gesteigerte Form dieses Pflegeverhaltens ist bei Vögeln als »Feather Picking Disorder« bekannt (7). Es bestehen auffällige Parallelen zur Trichotillomanie und Trichophagie des Menschen sowohl hinsichtlich der auslösenden Situationen als auch der therapeutischen Beeinflussbarkeit (7, 9, 24). Eintönige Tätigkeiten, Langeweile, Einsamkeit und negative Gefühlszustände wurden beim Menschen wie beim Tier als typische Auslöser identifiziert (9). Das pathologische Verhalten zielt auf Spannungsabfuhr. In tiefenpsychologischen Untersuchungen von Patienten mit Trichotillomanie und Trichophagie wurden die besondere Sorge um das äußere Erscheinungsbild und das Modell pathologischen Pflegeverhaltens betont (4, 15, 17, 27, 43). Offenbar spielt beim Menschen wie beim Säugetier die Beziehung zwischen mütterlichem Pflegeverhalten und der Symptomatik eine Rolle. Das Syndrom wurde daher als Folge emotionaler und körperlicher Deprivation verstanden (40). Eine enge Verbindung besteht zu verwandten Störungen wie Daumenlutschen und Nägelkauen (15), Nasebohren (1) und Acne excoriée (2).

**Tab. 4** Häufigste Komplikationen pikazistischen Verhaltens.

- Intoxikationen
- Mechanische Schädigungen des Speisewegs
- Metabolische Störungen
- Infestationen
- Gastrointestinale Störungen

**Kulturelle Faktoren:** In manchen Kulturen gehört das Essen ungenießbarer Stoffe, insbesondere Erde, zum festen Verhaltensrepertoire (25). Teilweise sind diese Verhaltensweisen durch den Restoring- und den Detoxifikationsansatz sowie als naturheilkundliche Praktiken zu erklären.

**kurzgefasst:** Es handelt sich bei der Pica um ein Syndrom, dem verschiedene biologische, soziokulturelle und intrapsychische Ursachen zugrunde liegen können. Die Störung kann daher auf der Basis eines biopsychosozialen Krankheitsmodells verstanden werden. Auf biologischer Ebene spielen der Ausgleich von Mangelzuständen (Restoring), die Bindung von Giftstoffen (Detoxifikation), Suchtentwicklungen und hirnrorganische Schäden eine kausale Rolle. Bei den psychosozialen Faktoren sind Entwicklungsschäden, Perversionen, Zwangs- und Impulskontrollstörungen, pathologisches Pflegeverhalten und kulturell begründete Praktiken ätiologisch relevant. Enge Beziehungen bestehen zu anderen Störungsbildern aus dem Spektrum der Zwangs- und Impulskontrollstörungen, insbesondere zur Trichotillomanie und Trichophagie. Vergleichbare Phänomene im Tierreich wurden beschrieben.

## Komplikationen

Die medizinische Relevanz der Pica liegt vor allem in ihren möglichen Komplikationen. In vielen Fällen führen erst sie zur Diagnose. Die Komplikationen richten sich nach Art und Menge der aufgenommenen Stoffe. Im Vordergrund stehen die in **Tab. 4** aufgeführten Folgen.

### Intoxikationen

Vergiftungen mit Nikotin, Blei, Quecksilber und anderen Schwermetallen werden immer wieder beschrieben. Insbesondere die Bleivergiftung durch den »Genuss« bleihaltiger Farben ist bei Kindern in Schwellenländern verbreitet (37, 38).

### Mechanische Schädigungen

Je nach Art der inkorporierten Stoffe kann es zu Fremdkörperaspiration, Bolustod sowie Obstruktionen und Verletzungen im Bereich des Speisewegs kommen.

### Metabolische Störungen

Resorptionsstörungen mit konsekutiven Mangelsyndromen (46), insbesondere Eisenmangel (22, 26), wurden beschrieben. Daneben sind auch Störungen des Säure-Basen-Haushaltes möglich.

### Infestationen

Durch mit rohen Nahrungsmitteln oder Erde aufgenommene Parasiten kann es zu Infestationen, beispielsweise mit Askari-

den, Toxokariden, Trichurien, Lamblien und Toxoplasmen, kommen (28).

## Gastrointestinale Störungen

Gastrointestinale Komplikationen werden am häufigsten beschrieben. Zu ihnen gehören Diarrhöe und Obstipation, Pankreatitis, nekrotisierende Enterokolitis, Obstruktion der extrahepatischen Gallenwege, Ileus, Ulzera, Magen-/Darmperforation, gastrointestinale Blutungen und Peritonitis (8, 12, 21, 36, 46, 48, 49).

Insbesondere kann es auch zur Bildung von Bezoaren kommen. Darunter versteht man die Ansammlung unverdaulicher Stoffe, die weder resorbiert noch von der Peristaltik erfasst werden, so dass sie sich im Magen oder Dünndarm festsetzen, wo sie sich mit Nahrungsbestandteilen mischen und wachsende Konvolute bilden.

Bezoare können im Magen-Darm-Trakt ihrerseits zu lebensbedrohlichen Zuständen (Resorptionsstörungen, Ileus, Ulzera, Blutungen, Perforation) führen. Wegen ihrer Seltenheit und wegen der unspezifischen Symptome werden sie häufig erst mit erheblicher Verzögerung diagnostiziert. Tödliche Ausgänge kommen insbesondere bei geistig behinderten Kindern und dementen Patienten vor.

Der Trichobezoar, also die knäuelartige Ansammlung verschluckter Haare, findet sich in den meisten Fällen im Magen. Anfang des 20. Jahrhunderts waren in der medizinischen Literatur nur etwa 45 Fälle von Bezoarbildungen bekannt. In der zweiteiligen Arbeit von DeBakey und Ochsner aus den Jahren 1938 und 1939 (10, 11) wird ein systematischer Überblick über mehr als 300 Fälle von Bezoarbildungen gegeben. Seitdem wurde eine Fülle von Fallberichten publiziert. Trichobezoare kommen auch bei Laborsäugern häufig vor. Sie werden offenbar verursacht durch das mit dem Lecken des Fells verbundene Verschlucken von Haaren (24). In manchen Fällen kommen mehrere Trichobezoare über den Verdauungstrakt verteilt vor. Eine Rarität stellt das Rapunzel-Syndrom dar (bis 1996 neun Fälle in der Literatur [41, 44]). Dabei bildet sich aus den verschluckten Haaren zunächst ein Bezoar im Magen, der sich durch stetige Anlagerung weiterer Haare an seinem distalen Ende über den Magenpförtner bis in den Dünndarm verlängern kann, so dass ein »Zopf« entsteht, der im Extremfall mehrere Meter misst.

**kurzgefasst:** Die medizinische Relevanz der Pica liegt vor allem in ihren möglichen Komplikationen. Neben Intoxikationen, Infestationen, metabolischen Störungen und mechanischen Schädigungen des Speisewegs sind gastrointestinale Störungen am häufigsten. Dazu gehören Diarrhöe, Obstipation, Pankreatitis, nekrotisierende Enterokolitis, Obstruktion des Darmes und der extrahepatischen Gallenwege, Ileus, Ulzera, Wandperforationen, Blutungen und Peritonitis. Auch die Bildung von Bezoaren, die ihrerseits zu weiteren Komplikationen führen können, wurde vielfach beschrieben. Pikazistisches Verhalten kann somit zu gefährlichen Komplikationen führen. Diese stellen jedoch nur die Endstrecke einer seit langem unerkannt bestehenden Störung dar. Eine besondere Schwierigkeit wird häufig darin bestehen, diese Komplikationen der Pica ursächlich zuzuordnen.

**Tab. 5** Diagnosekriterien der somatoformen autonomen Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes (14).

- Grenzen innerhalb des Verdauungstraktes fließend
- Leitsymptom sind Schmerzen oder Druckgefühl im Oberbauch, meistens von mittlerer Intensität
- evtl. Völlegefühl, Übelkeit, Erbrechen
- evtl. Sodbrennen, retrosternale Schmerzen, Zungenbrennen
- evtl. vegetative Begleiterscheinungen wie Kopfschmerzen, Schwindel, Palpitationen, Globusgefühl, Schwitzen

### Differenzialdiagnose zu somatoformen abdominalen Beschwerden

Wie beschrieben, fällt Pica-Verhalten häufig erst durch die resultierenden Komplikationen auf. In der Regel werden zunächst häufigere Ursachen der damit verbundenen Symptome ins Kalkül gezogen. Dies entspricht auch einem rationalen diagnostischen Procedere. Entscheidend für den Arzt wird sein, die Pica als mögliche Ursache der beschriebenen Komplikationen in sein differenzialdiagnostisches Repertoire aufzunehmen.

*Wenn diffuse abdominale Beschwerden das einzige Leitsymptom darstellen, fällt die Abgrenzung zu funktionellen Oberbauchbeschwerden (somatoforme autonome Funktionsstörung des oberen Gastrointestinaltraktes nach ICD-10) meist besonders schwer. Ihre diagnostischen Merkmale sind in Tab. 5 aufgeführt.*

Typisch für funktionelle Beschwerden sind weiterhin das Fehlen einer morphologisch fassbaren Ursache, die Symptomvielfalt, der nicht akute Verlauf, der typische Beschwerdevortrag (monoton bis hartnäckig werden körperliche Symptome immer wieder in den Vordergrund gerückt), die Überzeugung, an einer organischen Störung zu leiden, häufige Arztbesuche und Arztwechsel (»Doctor-shopping«, »Koryphäenkiller«) sowie der ausgeprägte Medikamentenkonsum (14).

Eine somatoforme Störung wird gerade bei psychosomatisch vorerkrankten Patienten aus nahe liegenden Gründen zuerst vermutet werden, insbesondere wenn keine weiteren pathologischen Untersuchungsergebnisse vorliegen. Bei Patienten mit funktionellen Beschwerden neigt man eher zur Zurückhaltung mit der Anwendung invasiver diagnostischer Maßnahmen, um nicht der iatrogenen Fixierung und Chronifizierung Vorschub zu leisten (18). Dabei besteht selbstverständlich die Gefahr, organopathologische Veränderungen zu übersehen. Der Umgang mit den Patienten kann so einer ständigen diagnostischen Gratwanderung gleichen.

Empfehlenswert ist beim Verdacht auf funktionelle abdominale Beschwerden das in Tab. 6 dargestellte diagnostische Procedere, wobei beide Komponenten im Sinne einer Paralleldiagnostik idealerweise simultan ablaufen sollten.

### Therapeutische Aspekte

Die Therapie der Pica richtet sich nach der zugrunde liegenden Störung und den aufgetretenen Komplikationen. Bei bedrohlichen Zuständen steht selbstverständlich die Behandlung der Komplikationen im Vordergrund. Dient die Pica dem

**Tab. 6** Vorschlag zum diagnostischen Procedere bei Verdacht auf somatoforme abdominale Beschwerden.

- **Ausschluss einer organischen Erkrankung** mittels Anamnese, körperlicher Untersuchung, Labor mit Kalium, Kalzium und Blutzucker zum Ausschluss metabolischer Ursachen, Oberbauchsonographie zum Ausschluss von Gallensteinen und Raumforderungen; endoskopische Untersuchung (Ausschluss von Magenfrühkarzinom, Ulkus und selteneren Krankheitsbildern)! Erneute Diagnostik nur bei Symptombandel. Wiederholungsdiagnostik und weitergehende invasive Diagnostik nach Möglichkeit vermeiden.
- **Positiver Nachweis einer psychosozialen Verursachung der Beschwerden** durch Nachweis eines der Symptombildung vorausgehenden psychosozialen Konfliktes, einer den Konflikt stimulierenden sozialen Auslösesituation sowie fakultativ den Nachweis einer bereits in der Vergangenheit bestehenden Somatisierungsneigung und einer psychischen Entlastung durch das somatische Symptom. Dazu eignet sich besonders die Durchführung einer konfliktzentrierten biographischen Anamnese.

Restoring, so muss dem zugrunde liegenden Mangel abgeholfen werden.

Schizophrene Psychosen, Depressionen, Zwangserkrankungen sowie kindlicher Autismus stellen Indikationen zur Therapie mit Antipsychotika (Neuroleptika) bzw. Antidepressiva dar, die nach den allgemeinen Regeln der Psychopharmakotherapie durchzuführen ist. Eine Kombination mit psychotherapeutischen Maßnahmen ist in der Regel sinnvoll. Bei der Pica Oligophrener ist eine Kombination aus Verhaltenstherapie und Milieugestaltung notwendig (16).

Bei Pica im Rahmen von Persönlichkeitsstörungen, Perversionen und artifiziellen Störungen ist ebenfalls eine Psychotherapie indiziert. Die differenzialtherapeutische Entscheidung für ein bestimmtes Psychotherapieverfahren sollte von einem Fachpsychotherapeuten getroffen werden.

Bei Trichotillomanie und -phagie bieten sich psychotherapeutische und medikamentöse Ansätze sowie deren Kombination an. Zu den verhaltenstherapeutischen Maßnahmen gehören Selbstkontrolltechniken, positive und negative Verstärkertechniken sowie der Aufbau kompetitiver Verhaltensweisen. Entspannungsverfahren können ebenfalls indiziert sein (5, 45). Auch mit psychodynamischen Therapieverfahren wurden Erfolge beschrieben (4, 27). Auf der medikamentösen Ebene sind Antidepressiva wirksam (5, 30–32). Bei Störungen der Impulskontrolle unterschiedlicher Ätiologie können auch Carbamazepin und Valproat zur Spannungsminderung eingesetzt werden (47).

### Fazit

Die Pica ist eine qualitative Störung des Appetits, bei der insbesondere ungenießbare Stoffe verspeist werden. Wegen der engen Verknüpfung von biologischen und psychosozialen Faktoren ist sie eine besonders interessante psychosomatische Erkrankung, der jedoch bisher wenig Aufmerksamkeit geschenkt und die in vielen Fällen übersehen wird. Es handelt sich bei der Pica nicht um ein einheitliches Krankheitsbild, sondern um eine Syndromdiagnose. Ätiopathogenetisch bietet sich ein multidimensionales Modell unter Berücksichtigung biologischer (Restoring, Detoxifikation, Suchtentwicklung, Hirnschädigung) und psychosozialer (Entwicklungsrückstände, Perver-

sionen, Selbstschädigung, Störungen der Impulskontrolle, pathologisches Pflegeverhalten, kulturelle Einflüsse) Faktoren an. Bestimmte Risikogruppen (schwängere und stillende Frauen, Kleinkinder, hirngeschädigte, Psychotiker, bestimmte Kulturkreise) sind bevorzugt betroffen.

Pikazistisches Verhalten kann zu gefährlichen Komplikationen führen. Meist leiten erst diese Komplikationen zur Diagnose. Das Krankheitsbild sollte im differenzialdiagnostischen Repertoire eines jeden Arztes präsent sein. Insbesondere wenn ein Patient über unerklärliche abdominale Beschwerden klagt, ist die Pica – neben anderen Essstörungen – als mögliche Ursache zu bedenken. Eine schwierige Differenzialdiagnose besteht in diesen Fällen zu den funktionellen Störungen des oberen Gastrointestinaltraktes. Hier muss sich der behandelnde Arzt auf eine Gratwanderung einlassen, bei der er einerseits einer iatrogenen Chronifizierung somatoformer Symptome infolge Überdiagnostik vorbeugen sollte, andererseits aber organpathologische Veränderungen nicht übersehen darf. Als Ausweg sinnvoll erscheint eine somato-psychosomatische Paralleldiagnostik, zu der sowohl die einmalige umfassende Organdiagnostik unter Vermeidung von Wiederholungsuntersuchungen wie auch die gleichzeitige Suche nach psychogenen Störungen und Auffälligkeiten im sozialen Umfeld gehören. Die Therapie pikazistischen Verhaltens richtet sich nach der zugrunde liegenden Störung. Die Behandlung von Komplikationen steht dabei zeitlich im Vordergrund.

### Literatur

- 1 Andrade C, Srihari B. A preliminary survey of rhinotillexomania in an adolescent sample. *J Clin Psychiatry* 2001; 62: 426–431
- 2 Arnold L, Auchenbach M, McElroy S. Psychogenic excoriation. Clinical features, proposed diagnostic criteria, epidemiology and approaches to treatment. *CNS Drugs* 2001; 15: 351–359
- 3 American Psychiatric Association. Diagnostisches und statistisches Manual psychischer Störungen. 2. Auflage. Göttingen: Hogrefe, 1998; 1: 34–135
- 4 Barahal H. The Psychopathology of Hair-Plucking (Trichotillomania). *Psychoanal Rev* 1940; 27: 291–310
- 5 Berger M. Psychiatrie und Psychotherapie. München: Urban & Schwarzenberg, 1999: 860–862
- 6 Bonsdorff B. Pica: A hypothesis. *Br J Haematology* 1977; 35: 476–477
- 7 Bordnick PS, Thyer BA, Ritchie BW. Feather picking disorder and trichotillomania: an avian model of human psychopathology. *J Behav Ther Exp Psychiatry* 1994; 25: 189–196
- 8 Cavusoglu Z, Olcay E, Dagoglu T, Akgun E, Vural S, Ates R. Verschluss des Magenausgangs durch einen Trichobezoar. *Kinderärztl Prax* 1990; 58: 531–534
- 9 Christenson GA, Ristvedt SL, Mackenzie TB. Identification of trichotillomania cue profiles. *Behav Res Ther* 1993; 31: 315–320
- 10 DeBakey M, Ochsner A. Bezoars and Concretions. A comprehensive review of the literature with an analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. Part I. *Surgery* 1938; 4: 934–963
- 11 DeBakey M, Ochsner A. Bezoars and Concretions. A comprehensive review of the literature with an analysis of 303 collected cases and a presentation of 8 additional cases. Part II. *Surgery* 1939; 5: 132–160
- 12 Delsmann BM, Nikolaidis N, Schomacher PH. Trichobezoar als seltene Ursache eines Dünndarm-ileus. *Dtsch Med Wochenschr* 1993; 118: 1361–1364
- 13 Diamond J. Dirty eating for healthy living. *Nature* 1999; 400: 120–121
- 14 Dilling H, Mombour W, Schmidt MH (Hrsg). Internationale Klassifikation psychischer Störungen. 1. Auflage. Bern, Göttingen: Verlag Hans Huber, 1991: 191 und 302
- 15 Dührssen A. Psychogene Erkrankungen bei Kindern und Jugendlichen. 11. Auflage. Göttingen; Verlag für Medizinische Psychologie im Verlag Vandenhoeck & Ruprecht, 1976: 175–184
- 16 Eggers C, Lempp R, Nissen G, Strunk P. Kinder- und Jugendpsychiatrie. 7. Auflage. Berlin, Heidelberg; Springer-Verlag, 1994: 242–243
- 17 Greenberg H, Sarner C. Trichotillomania. Symptom and Syndrome. *Arch Gen Psychiatry* 1965; 12: 482–489
- 18 Heger S. Abdominelles Schmerzsyndrom als Leitsymptom einer Angst- und depressiven Störung. *Psychiatr Prax* 2001; 28: 45–47
- 19 Johns T, Duquette M. Detoxification and mineral supplementation as functions of geophagy. *Am J Clin Nutr* 1991; 53: 448–456
- 20 Kanner L. *Child Psychiatry*. 4. Auflage. Springfield, Illinois; C.C. Thomas, 1972: 466–472
- 21 Kestel W, Fischbach W, Wilhelm A. Seltene Ursache einer akuten Pankreatitis. *Z Gastroenterol* 1998; 36: 295–299
- 22 Knapp J, Tarantino C, Foster J, Marble R. Case 04–1993: an adolescent female with abdominal pain and iron deficiency anemia. *Pediatr Emerg Care* 1993; 9: 310–315
- 23 Knecht T. Pica – die Essstörung, von der niemand spricht. *Spektrum* 2000; 29: 98–101
- 24 Krugner-Higby L, Wolden-Hanson T, Gendron A, Atkinson RL. High prevalence of gastric trichobezoars (hair balls) in Wistar-Kyoto rats fed a semi-purified diet. *Lab Anim Sci* 1996; 46: 635–639
- 25 Ladiges P. Über das Erdeessen, 1. Auflage. Frankfurt: Fischer, In: Fichte H (Hrsg). *Mein Lesebuch*. 1977: 304–312
- 26 Menge H, Lang A, Cuntze H. Pica in Germany – Amylophygia as the etiology of iron deficiency anemia. *Z Gastroenterol* 1998; 36: 635–640
- 27 Monroe J, Abse D. The Psychopathology of Trichotillomania and Trichophagy. *Psychiatry* 1963; 26: 95–103
- 28 Nelson S, Greene T, Ernhardt C. *Toxocara canis* infection in preschool age children: risk factors and the cognitive development of preschool children. *Neurotoxicol Teratol* 1996; 18: 167–174
- 29 Ninan P. Conceptual issues in trichotillomania, a prototypical impulse control disorder. *Curr Psychiatry Rep* 2000; 2: 72–75
- 30 Ninan P. Use of venlafaxine in other psychiatric disorders. *Depress Anxiety* 2000; 12: 90–94(Suppl 1)
- 31 Ninan PT, Knight B, Kirk L, Rothbaum BO, Kelsey J, Nemeroff CB. A controlled trial of venlafaxine in trichotillomania: interim phase I results. *Psychopharmacol Bull* 1998; 34: 221–224
- 32 Ninan PT, Rothbaum BO, Marsteller FA, Knight BT, Eccard MB. A placebo-controlled trial of cognitive-behavioral therapy and clomipramine in trichotillomania. *J Clin Psychiatry* 2000; 61: 47–50
- 33 Piazza C, Hanley G, Fisher W. Functional analysis and treatment of cigarette pica. *J Appl Behav Anal* 1996; 29: 437–449
- 34 Plassmann R. Selbstschädigendes Verhalten: Münchhausen-Syndrome und artifizielle Erkrankungen. 5. Auflage. München: Urban & Schwarzenberg, In: Adler R, Herrmann JM, Köhle K, Schonecke OW, von Uexküll T, Wesiack W (Hrsg). *Psychosomatische Medizin. Studienausgabe*. 1996: 567–580
- 35 Poeck K, Hacke W. *Neurologie*. 10. Auflage. Berlin, Heidelberg, New York; Springer-Verlag, 1998: 178–179, 415
- 36 Pul N, Pul M. The Rapunzel syndrome (trichobezoar) causing gastric perforation in a child: a case report. *Eur J Pediatr* 1996; 155: 18–19
- 37 Rojas M, Squillante G, Medina E, de Rojas O, Sarmiento A. Environmental factors associated with blood lead levels in Venezuelan children. *Vet Hum Toxicol* 2000; 42: 174–177
- 38 Rose E, Porcerelli J, Neale A. Pica: common but commonly missed. *J Am Board Fam Pract* 2000; 13: 353–358
- 39 Sayetta R. Pica: an overview. *Am Fam Physician* 1986; 33: 181–185
- 40 Schulte-Markwort M, Bachmann M, Riedesser P. Trichobezoar bei einem 16-jährigen Mädchen. *Kasuistik und Literaturübersicht. Nervenarzt* 2000; 71: 584–587
- 41 Seker B, Dilek ON, Karayvaz M. Trichobezoars as a cause of gastrointestinal obstructions: the Rapunzel syndrome. *Acta Gastroenterol Belg* 1996; 59: 166–167
- 42 Simpson E, Mull J, Longley E, East J. Pica during pregnancy in low-income women born in Mexico. *West J Med* 2000; 173: 20–24
- 43 Sperling M. Trichotillomania, trichophagy, and cyclic vomiting. A contribution to the psychopathology of female sexuality. *Int J Psychoanal* 1968; 49: 682–690
- 44 jr. Vaughan ED., Sawyers JL, jr. Scott HW. The Rapunzel syndrome. An unusual complication of intestinal bezoar. *Surgery* 1968; 63: 339–343
- 45 Vitulano LA, King RA, Scahill L, Cohen DJ. Behavioral treatment of children and adolescents with trichotillomania. *J Am Acad Child Adolesc Psychiatry* 1992; 31: 139–146
- 46 Wadlington WB, Rose M, jr. Holcomb GW. Complications of trichobezoars: a 30-year experience. *South Med J* 1992; 85: 1020–1022
- 47 Willenberg H. Heimliche Selbstbeschädigung. *Psychotherapeut* 2000; 45: 325–336; 382–389
- 48 Wörtler K, Beerwerth W, Peters P. Chronisch rezidivierende Ileuszustände. *Radiologe* 1997; 37: 95–97
- 49 Yin W, Lin P, Huang S et al. Bezoar manifested with digestive and biliary obstruction. *Hepatogastroenterology* 1997; 44: 1037–1045

### Korrespondenz

Dr. med. Steffen Heger  
 Facharzt für Psychotherapeutische Medizin  
 Dürener Straße 357  
 50935 Köln