

Essstörungen

<http://de.youtube.com/watch?v=B77RuxxMWLc&feature=related>

Gliederung

- Gemeinsamkeiten Essstörungen
- Terminologie
- Diagnosekriterien
- Epidemiologie
- Ätiologie
- Gruppenarbeit
- Film Anorexie
- Therapie und Behandlung
- Folgeschäden
- Prognosen

ESSSTÖRUNGEN

„Gemeinsamkeiten“ nach Hilde Bruch

(aus dem Buch „Eating Disorders: Obesity, Anorexia Nervosa and the Person Within“)

- Vorliegen von Körperschemastörungen
- Störungen der proprio- und enterozeptiven sowie der emotionalen Wahrnehmung
- Ein alles durchdringendes Gefühl eigener Unzulänglichkeit



Terminologie

Anorexia nervosa

- Appetitverlust oder –verminderung; irreführender Begriff, da das Essverhalten gestört ist u. weniger der Appetit

Bulimia nervosa

- Nervöser Ochsenhunger; kennzeichnend für die typischen Heisshungerattacken dieser Störung

Binge-Eating-Disorder

- Essattacke; "Binge" wird im englischen Raum für exzessives Trinken gebraucht und in diesem Kontext steht "Binge-Eating" für "Essen wie ein Besäufnis"

Diagnosekriterien

Anorexia nervosa (AN)

ICD-10 (F50.0)

1.

- Körpergewicht von mind. 15% unter dem erwarteten Gewicht / BMI von 17.5 oder weniger

2. Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch:

- Vermeidung hochkalorischer Speisen
- Selbstinduziertes Erbrechen
- Selbstinduziertes Abführen
- Übertriebene körperliche Aktivität
- Appetitzügler o. Diuretika

Diagnosekriterien

Anorexia nervosa (AN)

ICD-10 (F50.0)

3.

- Körperschemastörung, Selbstwahrnehmung als zu „fett“, verbunden mit massiver Angst, dick zu werden und sehr niedrige, selbst festgelegte Gewichtsschwelle.

4.

- Es liegt eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse vor, manifestiert sich bei ♀ in Form einer Amenorrhoe, bei ♂ in Form von Libido- und Potenzverlust.

Diagnosekriterien

Anorexia nervosa (AN)

ICD-10 (F50.0)

5.

- Die pubertäre Entwicklung ist bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät verzögert oder gehemmt.

Subtypen

- Restriktive Form (F50.00):
AN ohne aktive Maßnahmen zur Gewichtsabnahme
- Bulimische Form (F50.01):
AN mit aktiven Maßnahmen u. Heißhungerattacken

Symptomliste bei Anorexia nervosa!

Symptomatisches Verhalten bei Anorexia nervosa

- * hungern
- * Lightprodukte
- * Babynahrung
- * nur kalorienfreie Getränke
- * Süßstoff lutschen
- * nur ganz genau bestimmte Essensmengen am Tag zu sich nehmen (z. B. 1 Apfel und 1 Knäckebrötchen)
- * Essen verbieten trotz Hunger
- * Mahlzeiten weglassen
- * exzessiv Sport treiben (täglich joggen und radfahren)
- * im Stehen essen, lesen, stricken etc.
- * Bewegungsdrang nach dem Essen (Gymnastik, lange Spaziergänge)
- * absichtlich frieren
- * ständig Muskeln anspannen
- * nur noch Treppen steigen - Aufzüge und Rolltreppen meiden
- * schwere Taschen mit sich tragen
- * nur kalt duschen/baden
- * kauen und ausspucken statt schlucken
- * nicht vor anderen essen
- * Essen vortäuschen
- * Essen verschwinden lassen
- * schnell essen oder
- * extrem langsam essen
- * immer etwas übrig lassen
- * Nahrungsmittel sehr klein schneiden
- * an der Nahrung riechen
- * Essen verzögern
- * Getränke löffeln
- * Hunger "wegtrinken"
- * bis mittags nichts essen
- * die einzige Mahlzeit am Tag zelebrieren
- * nur von Puppengeschirr essen
- * nur aus bestimmten Gefäßen essen
- * Mahlzeiten exakt vorplanen
- * nur ganz scharf gewürzte Speisen essen
- * ganz heiße/kalte Lebensmittel essen
- * Kalorien zählen
- * mehrmals täglich wiegen
- * Kaugummi kauen
- * Kochbücher lesen
- * kein Fett verwenden
- * Lebensmittel oder Kleidung "für später mal" kaufen
- * Lebensmittel horten
- * schlafen statt essen
- * sich mit anderen vergleichen
- * andere mästen wollen
- * sich vor Essen ekeln
- * Unternehmungen absagen, um Essen vermeiden zu können
- * sich im Mund verletzen, um nicht essen zu können
- * immer an Essen denken
- * sich abmessen
- * Beckenknochen abtasten
- * extrem weite Kleidung tragen
- * Models als Vorbilder wählen
- * lügen
- * andere beim Essen kontrollieren
- * Schuldgefühle, wenn es schmeckt
- * Rezepte für "später" sammeln
- * weibliche Formen verstecken
- * Körperpflege vernachlässigen
- * sich oft im Spiegel kontrollieren (flacher Bauch)
- * sich keine Entspannung gönnen
- * sich ständig mit Essen beschäftigen
- * Tagträume
- * Stimmung von der Waage abhängig machen
- * sich immer zu dick fühlen
- * Gefühl haben, dass alles egal ist

Diagnosekriterien

Bulimia nervosa (BN)

ICD-10 (F50.2)

1.

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrung, häufige Episoden von Fressattacken, bei denen große Mengen innerhalb kurzer Zeit konsumiert werden (in einem Zeitraum von drei Monaten mindestens zweimal pro Woche).



Diagnosekriterien

Bulimia nervosa (BN)

ICD-10 (F50.2)

2. Versuch, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern:

- Selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln
- Zeitweilige Hungerperioden
- Appetitzügler, Diuretika, Schilddrüsenpräparate,
- Bei Diabetikern zur Vernachlässigung der Insulinbehandlung

Diagnosekriterien

Bulimia nervosa (BN)

ICD-10 (F50.2)

3.

- Krankhafte Furcht davor, dick zu werden, was meist zu Untergewicht führt; selbst gesetzte Gewichtsgrenzen, die weit unter dem prämorbidem o. gesunden Gewicht liegen.

4.

- Häufig besteht in der Vorgeschichte eine anorektische Episode.

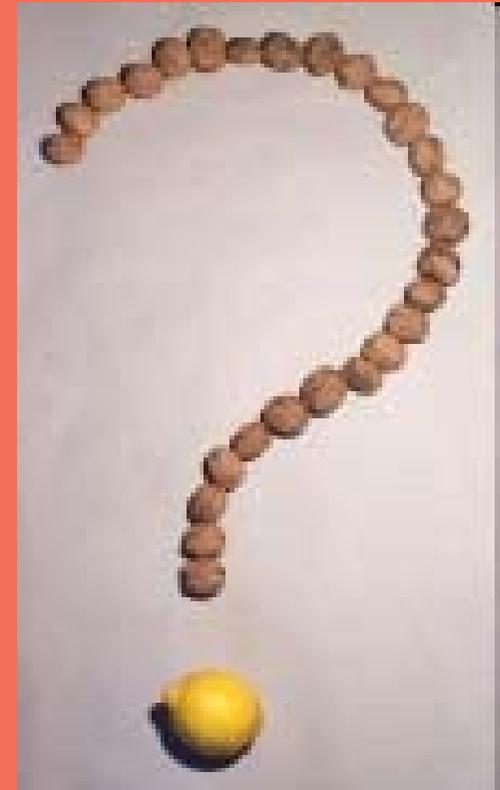
Wie erhebt man Essstörungen?

Strukturiertes Interview:

- SKID (Strukturiertes Klinisches Interview)
- DIPS (Diagnostisches Interview für psychische Störungen)
- EDE (Eating Disorder Examination)
- SIAB (Strukturiertes Interview für Anorexia und Bulimia nervosa)

Selbstbeurteilungsbögen:

- EDI (Eating Disorder Inventory)
- EAT (Eating Attitudes Test)
- FEV (Fragebogen zum Essverhalten)
- ANIS (Anorexia Nervosa Inventar)



Epidemiologie

	Anorexia	Bulima	Binge-Eating
Geschlecht	♀ 80 – 95 %	♀ 90 – 95 %	♀ ca. 60 %
Lebenszeitprävalenz	♀ < 1 % ♂ 0.1%	♀ 1 - 3 % ♂ 0.1%	♀ ♂ 3.2 %
Inzidenz	8 pro Jahr/ 19 pro Jahr	12 pro Jahr	-
Altersspanne	14 - 24	15 - 35	15 - ?

Epidemiologie

Gut zu wissen!

- Ersterkrankungen der AN treten auch schon vor dem 10. Lebensjahr auf u. nach dem 25. Lebensjahr
- AN ist eine lebensbedrohliche Störung: Die Mortalität ist zehnmal so hoch wie die der Allgemeinbevölkerung u. doppelt so hoch wie die bei anderen psychischen Störungen
- Essstörungen galten als typisches Problem von Frauen mit weißer Hautfarbe. Heute: „native Americans“, Farbige sowie Asiaten weisen inzwischen höhere Raten im Vergleich zu früher auf.
- Zusammenhang zwischen Industrialisierung, westlicher Orientierung und Essstörungen

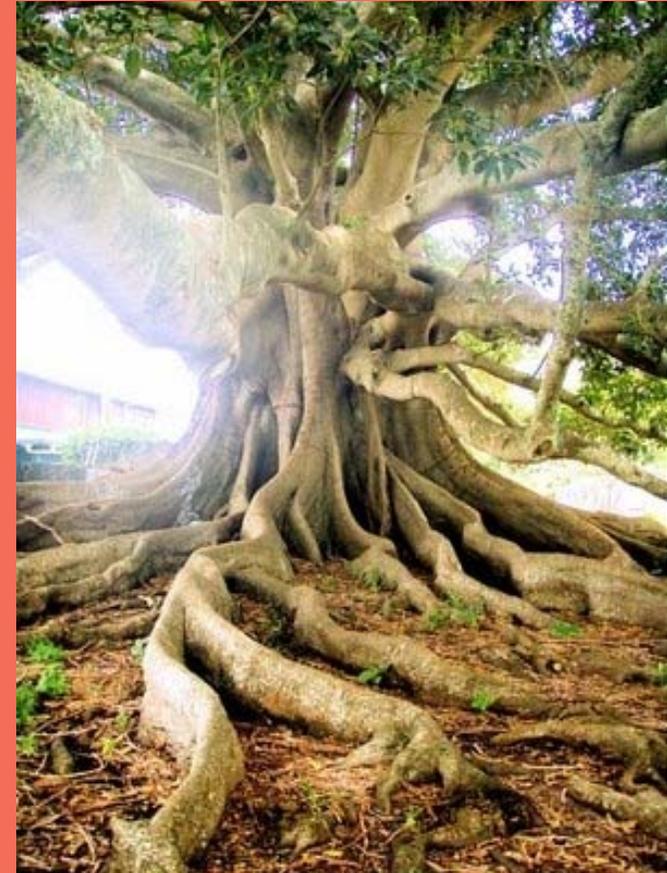
Komorbidity

Häufige komorbide Störungen bei AN & BN

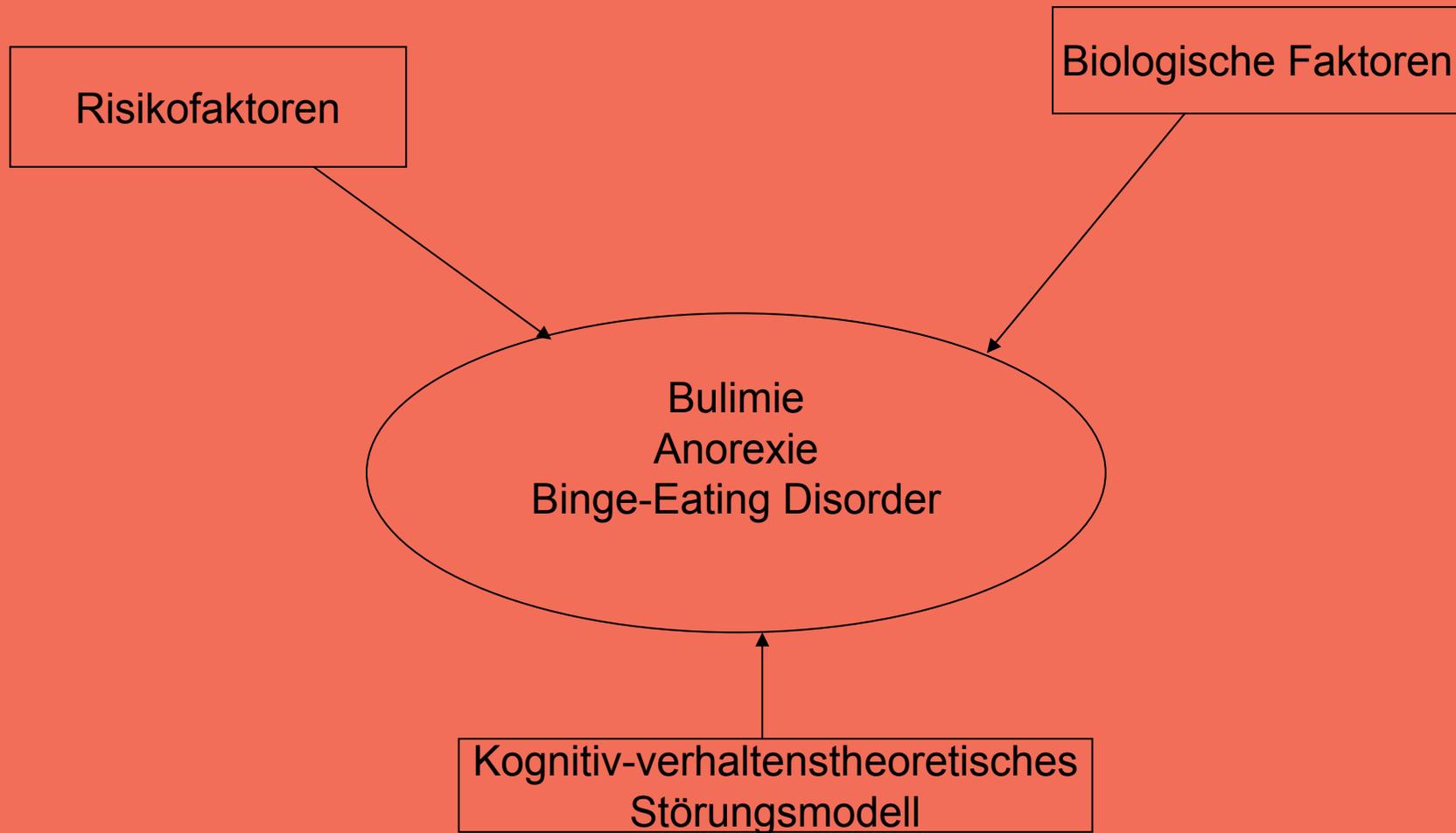
- **Affektive Störungen:** Bei Major Depression u. Dysthymie zwischen 50 und 75 %. Depressive Störungen können vor, während und als Folge der Essstörung auftreten.
- **Angststörungen:** Bei AN findet man häufiger zwanghafte Persönlichkeitsstörungen (bis zu 25 %), soziale Phobien treten gehäuft bei BN (30 %) auf. Soziale Phobie geht der BN in der Regel voraus.
- **Substanzmissbrauch und –abhängigkeit:** Häufiger bei BN, bei 30 – 37% der Betroffenen in Folge der Essstörung, 7fache Erhöhung der Auftretenswahrscheinlichkeit bei BN.
- Häufigkeit für komorbide Persönlichkeitsstörungen variieren von 42 – 75 %

Ätiologie

- Ätiologie der Essstörungen ist unbekannt!
- Sicher ist nur die Multifaktorialität
- Forschung in den Bereichen der Genetik, Biologie, Psychologie und sozialen Faktoren
- Verschiedene Modelle schließen sich nicht gegenseitig aus
- Einige Modelle beschreiben nur Mechanismen der Aufrechterhaltung, aber keine ursächlichen Bedingungen.
- Modelle können Basis für erfolgreiches therapeutisches Vorgehen sein, sind damit aber noch kein Beweis für die ätiologische Rolle eines bestimmten Faktors

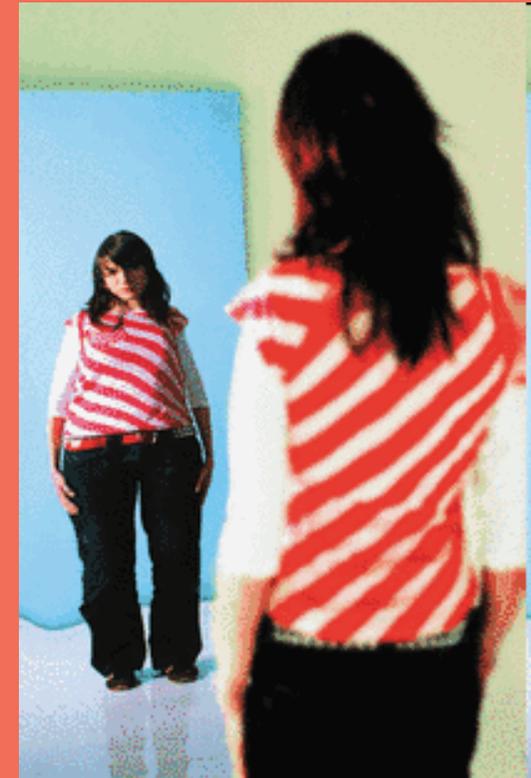


Wie entstehen Essstörungen?



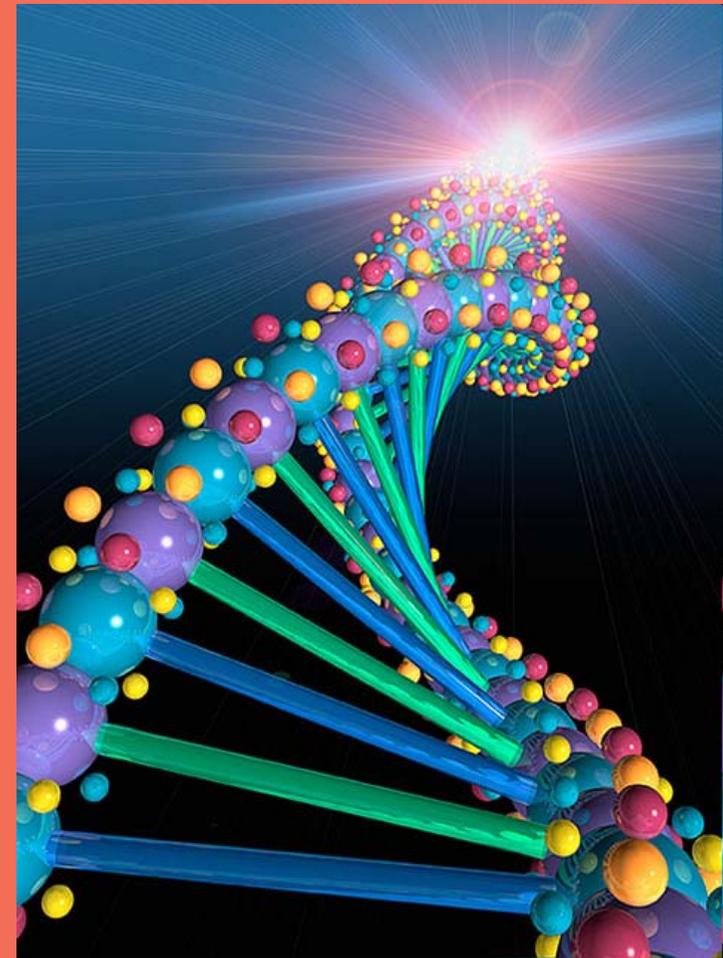
Potenzielle Risikofaktoren

- Geschlecht
- Soziokulturelle Faktoren (Schlankheitsideal)
- Diätverhalten – gezügeltes Essverhalten
- Familiäre Interaktions- und Kommunikationsmuster
- Familiäre Erkrankungen
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Andere psychische Störungen – Negative Affektivität
- Prämorbidetes Gewicht – elterliches Gewicht
- Sexueller Missbrauch
- Belastende Lebensereignisse
- Perfektionismus
- Leistungssport/körperliche Aktivität
- Mangelnde Interozeption
- Kindliche Essstörungen und gastrointestinale Probleme



Biologische Faktoren

- Genetische Faktoren:
Zwillingsstudien:
Signifikant höhere Konkordanzrate beider Essstörungen bei monozygoten Paaren. AN: 58 % - 85 %, BN: 28 – 83 %
- Genetische Faktoren:
Molekularbiologische Befunde:
Prüfung von Polymorphismen verschiedener Gene, die für Entstehung von Essstörungen bedeutsam sein könnten. Gefundene Auffälligkeiten konnten bisher allerdings nicht repliziert werden.



Biologische Faktoren

- **Zusammenhang** zwischen **Depressionen, Serotonin und Essstörungen:**

Mehrere Studien belegen Wirksamkeit von Antidepressiva bei Bulimie Patientinnen

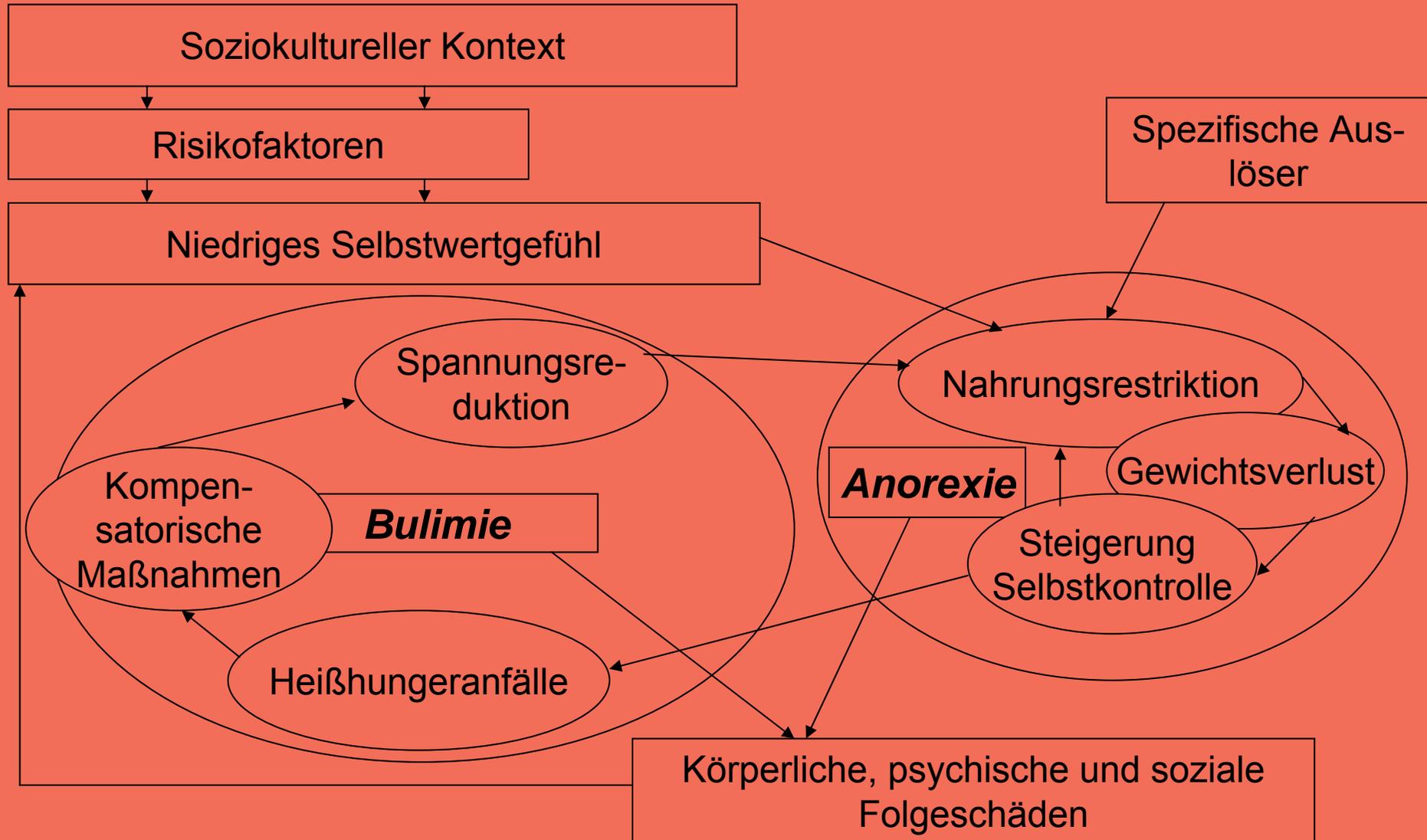
Allerdings ist nicht sicher, dass gemeinsames Auftreten von Depression und Essstörung auf biologische Faktoren zurückgeführt werden kann.

Experimentelle Studien: Reduzierte Aktivität des serotonergen Systems bei BN und AN Patientinnen.

Ätiologie – Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungsmodell

- Wesentliche Voraussetzungen für Entstehung einer Anorexie / Bulimie werden schon sehr früh geschaffen
- **Unklar:** welchen Stellenwert haben Faktoren der frühen und späteren Kindheit? Wie wirken diese Faktoren zusammen? Wie viele Faktoren müssen vorhanden sein?
- Modell orientiert sich an den Faktoren, die für die Aufrechterhaltung der Störung als gut gestützt und bedeutsam angesehen werden und die maßgeblich in das therapeutische Vorgehen einfließen.
- Modell kann als Grundlage dienen, um gemeinsam mit Patientin ein individuelles Modell zu erstellen.

Kognitiv-verhaltenstheoretisches Störungsmodell



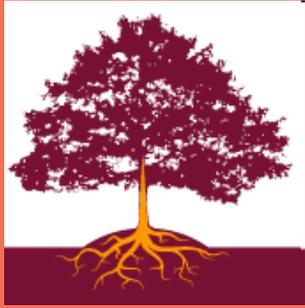
Jetzt seid ihr dran!

<http://de.youtube.com/watch?v=uKUSGOB-0V8&feature=related>

Therapeutische Behandlung

Zu sehen und zu hören - was in mir
ist,
und nicht, was dort sein sollte,
dort war,
oder vielleicht dort sein könnte!
Zu sagen – was ich fühle und
denke,
und nicht, was ich fühlen sollte!
Zu Fühlen – was ich fühle,
und nicht, was ich fühlen sollte!
Zu fragen – was ich möchte,
und nicht warten, warten, warten
auf Erlaubnis.
Zu wagen – was mich reizt,
statt immer nur Sicherheit zu
wählen!
Ich probier's einfach aus!
Virginia Satir





Therapeutische Behandlung

Welchen Sinn kann eine Störung haben?

„Die Essstörung kann als ein zum Scheitern verurteilter Lösungsversuch gesehen werden, der eine kurzfristige emotionale Balance ermöglicht.“

Welchen Sinn kann die Therapie haben?

„Die Therapie zielt auf Veränderungen, die dem Patienten ermöglichen, das pathologische Essverhalten aufzugeben.“

Was erfordert die Therapieplanung?

Leidensdruck, Therapiemotivation und Änderungsbereitschaft des Patienten sollten als Gesamtkontext beurteilt werden.



Therapeutische Behandlung

Grund für Maßnahmen	Therapeutische Ziele u. Bereiche	Spezielle Maßnahmen
Informationsdefizite		Vermittlung von Infos zu: <ul style="list-style-type: none">•Stressreaktionen•Ernährung•Therapiemöglichkeiten und Grenzen•Selbsthilfe•Rückfallphrophylaxe•Folgen anorektischen & bulimischen Verhaltens
Störung der enterozeptiven u. emotionalen Wahrnehmung	Wahrnehmungstraining	<ul style="list-style-type: none">•Körperorientierte Übung•Schulung der enterozeptiven u. emotionalen Wahrnehmung



Therapeutische Behandlung

Grund für Maßnahmen	Therapeutische Ziele u. Bereiche	Spezielle Maßnahmen
Störung des emotionalen Ausdrucks	Training des emotionalen Ausdrucks	<ul style="list-style-type: none"> • Adäquater Ausdruck von Emotionen • Katharsisübungen • Training der sozialen Kompetenzen z.B. im Rollenspiel
Chronische Belastungen im sozialen Umfeld u. ineffiziente Interaktionen	Einbeziehung des sozialen Umfelds	<ul style="list-style-type: none"> • Partnertherapie • Familientherapie
Dysfunktionale, irrationale Gedanken, Überzeugungen u. Werthaltungen	Kognitive Therapie	<ul style="list-style-type: none"> • Aufdeckung und in Frage Stellung • Schulung der interozeptiven u. emotionalen Wahrnehmung



Therapeutische Behandlung

Grund für Maßnahmen	Therapeutische Ziele u. Bereiche	Spezielle Maßnahmen
Pathologisches Ernährungsverhalten	Ernährungsberatung	<ul style="list-style-type: none">•Antidiätkurs•Ernährungsplan: wann, was und wie viel•Zusammenhang Stress und pathologisches Essverhalten
Passivität u. Mangel an Übernahme von Verantwortung u. unzureichendes Vertrauen in die eigenen Fähigkeiten	Aktivierung eigener Initiative u. Verantwortung	<ul style="list-style-type: none">•Aktive Teilnahme an Selbsthilfegruppen•Selbstregulation
Angst vor Rückfall	Maintenance-Programm	<ul style="list-style-type: none">•Antizipation von Problemen•Planung: Behandlungen u. Selbsthilfegruppen•Umgang mit Medikamenten



Therapieziele bei Essstörungen

Behandlung dysfunktionaler Gedanken, Überzeugungen u. Werthaltungen

Vermittlung gesunden Essverhaltens

Gewichtszunahme

Rückfallprophylaxe

Heilung

Behandlung körperlicher Folgen

Regulation von Gefühlen und Verhalten

Einbeziehung von Familie u./o. Partner, wenn erforderlich

Verbesserung psychischer Schwierigkeiten die im Zusammenhang mit der Essstörung stehen



Therapie bei Anorexie

- Verständnis der Ängste (Angst vor der Gewichtszunahme, diese kann enorme Ängste auslösen)
- Konflikt zwischen gesunden und kranken Anteilen lösen
- Nach erster Einsicht über Anorexie u. die Lebensumstände erfolgt die kontrollierte Gewichtszunahme
- Aufgedrängte Gewichtszunahme kann sich negativ auf die Therapie auswirken u. kontraproduktiv sein
- Strukturierter Plan für die Gewichtszunahme => eventuell selbstregulierter Kontrakt => Kontingenter Gewichtsvertrag (Auflage)

Grundregeln eines Gewichtsvertrags:

Vertrauensvolle Therapeut-Patient-Beziehung (Glaubwürdigkeit), Vermeidung eines Machtkampfes, Transparenz u. Information, Konkrete Abmachungen, Auswahl von Verstärkern, Rahmenbedingungen (konsequentes aber nicht hartes Vorgehen), Individuelle Bedingungen unter Berücksichtigung des Gesamtkontexts des Patienten



Therapie bei Bulimie

- Verständnis für die körperlichen u. emotionalen Störungen in der Wahrnehmung
- Verbesserung der Körperwahrnehmung u. angstfreier Umgang
- Förderung des Körperausdrucks => Akzeptanz des Körpers führt zu besserem Selbstwertgefühl u. seelischem Wohlbefinden
- Erlernen von alternativen Spannungs-Bewältigungsstrategien (Heisshungerattacken m. Erbrechen dienen meist der emotionalen Spannungsreduktion, versuchen den erlebten Stress zu verarbeiten)
- Training des emotionalen Ausdrucks: Gestalttherapie, Tanztherapie, Training sozialer Kompetenzen, KVT, IPT

Ernährungstagebücher:

Sensibilisiert die Selbstbeobachtung, Erkennen von Zusammenhängen zwischen äußeren Ereignissen/Gefühlen u. Essverhalten, Auslöser u. Konsequenzen für das Auslassen von Mahlzeiten o. Überessen können identifizieren, Kontext während des Essens, Ausprägung von Hunger u. Sättigungsgefühlen, Situation nach dem Essen

Essanfallprotokoll

IV Störungsbereiche und besondere Anwendungsgebiete

Tab. 5: Beispiel eines Essanfallsprotokolls einer Patientin mit Bulimia Nervosa (Auszug aus dem Marburger Essanfall-Tagebuch; Tuschen-Caffier & Florin, 2002)

Essanfall Nr., Uhrzeit bei Beginn	Nr. : 1 Uhrzeit 18.30	
Stimmung vor Essanfall	gut schlecht ----- 0 1 2 3 4 5 6 7	War ziemlich aufgedreht, gleichzeitig erschöpft und ausgelaugt.
Gedanken vor Essanfall? Welche?	Ich weiß nicht, wie ich zur Ruhe kommen soll. Ich brauche unbedingt etwas zu essen.	
Gab es ein auslö- sendes Ereignis? Welches? Wann?	Nichts Konkretes, tagsüber gab es jede Menge Stress im Büro (Drucker funktionierte nicht, Chef war mit meinem Bericht nicht zufrieden, Kollegin war krank und ich musste ihre Sachen auch noch erledigen...)	
Gedanken während des Essanfalls? Welche?	Weiß ich nicht. Es war eher wie ein Rausch, habe an nichts Konkretes gedacht.	
Essanfall beendet; Wodurch? Wann?	Mein Bauch war prallvoll und es ging nichts mehr hinein. Der Kühlschrankschrank war sowieso fast leer.	
Stimmung nach Essanfall	gut schlecht ----- 0 1 2 3 4 5 6 7	War nicht mehr so aufgedreht und nervös. Angst, dick zu werden.
Gedanken nach Essanfall? Welche?	Ich wollte doch aufhören mit dieser Fresserei. Ich werde es nie schaffen. Jetzt schnell wieder raus damit, sonst werde ich fett.	
Art der Gegen- maßnahme	Habe mir den Finger in den Hals gesteckt und erbrochen.	
Stimmung nach Gegenmaßnahme	gut schlecht ----- 0 1 2 3 4 5 6 7	Erleichtert, aber auch müde und traurig.
Gedanken nach Gegenmaßnahme? Welche?	Werde ich es jemals schaffen, mit der Fresserei aufzuhören?	

Folgeschäden – Körperliche Symptome

- Niedrige Körpertemperatur
- Herzrythmusstörungen
- Elektrolytstörungen (z.B. Kaliummangel)
- Zahnschäden
- Haarausfall
- Entzündungen der Speiseröhre (nur BN)
- Trockene Haut
- Menstruationsstörungen
- Osteoporose

Psychische und soziale Konsequenzen

- Depression
- Konzentrationsprobleme
- Gedankliche Fixierung auf Essen
- Scham- und Schuldgefühle / Selbstvorwürfe
- Affektive Labilität (Reizbarkeit, geringe Belastbarkeit)



Prognose - Anorexie

Outcome: (5 - 6 Jahre nach Behandlungsende)

33 – 55 % vollständig remittiert, bei Adoleszenten bis ca. 70%

10 – 38 % teilweise remittiert

10 – 50 % schlecht, 10 – 38 % leiden weiterhin an AN, BN, EDNOS

1,4 – 16 % verstorben

Prädiktoren für negativen Outcome:

- Niedriger BMI zu Behandlungsbeginn und bei Entlassung
- Später Beginn (> 20 Jahre)
- Längere Krankheitsdauer
- Komorbide psychische Störungen
- Heißhungeranfälle und Erbrechen
- Körperliche Folgeschäden

Prognose - Bulimie

Outcome:

50 – 74 % vollständig remittiert, keine Essstörung

20 – 60 % haben noch irgendeine Essstörung

1 % verstorben

Prädiktoren für negativen Outcome:

- Höhere Frequenz von Erbrechen zu Behandlungsbeginn
- Reduktion des Erbrechens um weniger als 70% während der ersten 6 Sitzungen
- Impulsivität, Substanzmissbrauch

<http://de.youtube.com/watch?v=Mrx5Asr32AY&feature=channel>

FROHE WEIHNACHTEN

