



Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Wenn Essen krank macht

Hintergründe/Verläufe/Behandlung



Warum sind
Essstörungen auch
Suchtstörungen?

- 
- Essstörungen sind psychogene Störungen
 - Essstörungen sind multifaktoriell bedingt und haben wie alle Krankheiten einen bio-psycho-sozialen Hintergrund
 - Der Blick auf die Essstörungen aus einer suchtmedizinischen Perspektive gibt Hilfestellung im Umgang mit dem Patienten und seiner Familie wie auch für die Therapie



Gemeinsame Merkmale von Suchtstörungen

- Durch das jeweilige Verhalten wird ein unlustbetonter Zustand in einen Zustand der Befriedigung überführt (Mittel zur Affektregulation)
- Am pathologischen Zustand wird festgehalten trotz erlebter Nachteile und Folgeschäden (somatisch, psycho-sozial)

- 
- 
- Vorbereitung und Durchführung des Verhaltens nimmt viel Zeit und Aufmerksamkeit in Anspruch
 - Kontrollverlust über Zeitpunkt und Ausmass des jeweiligen Verhaltens
 - (schamvolle) Heimlichkeit, Krankheitsverleugnung und Dissimulation
 - Phasen mit dem Vollbild der Sucht und Phasen besserer Selbstkontrolle (Bulimie, Alkohol, Adipositas)



Essstörungen aus neurobiologischer Sicht



Vereinfachte neurobiologische Sichtweise

- Ein Individuum, das wiederholt eine Substanz einnimmt oder durch ein Verhalten das Belohnungssystem aktiviert (Essen, Hungern) kann unter entsprechenden psychosozialen Bedingungen eine
- Abhängigkeit entwickeln
- → die Familie ist nicht Ursache der Erkrankungen, schafft aber den geeigneten Nährboden, auf welchem sich eine Essstörung entwickeln kann
- → eine Suchterkrankung kann jeden treffen, den Essstörungen liegt keine spezifische Suchtstruktur zu Grunde



Essstörungen

- Essstörungen sind
 - Genetisch determinierte
 - Psychosomatische Erkrankungen
 - Mit Beginn im Rahmen der Adoleszenz
 - Häufig verbunden mit anderen psychischen Störungen (Komorbiditäten)
 - Und erhöhtem Sterberisiko (v.a. Suizid)



Essstörungen Komorbiditäten

- Depressionen F32
 - Angststörungen F41
 - Anpassungsstörungen F43
 - Zwänge F42
 - Schädlicher Gebrauch psychotroper Substanzen
 - Süchte
 - Persönlichkeitsentwicklungsstörungen
- 

Prävalenzraten komorbider psychiatrischer Störungen bei Anorexia und Bulimia

	AN (Prozent)	BN (Prozent)
Affektstörungen	15 – 80%	20 – 70 %
Angststörungen	40 – 80 %	30 – 70 %
Zwanghaftes Verhalten	40 – 70 %	8 – 33 %
Oppositionelle Störung/Stö des Sozialverhaltens	Häufiger bei als im Vergleich zum restriktiven	„purging“ Typ Typ

Essstörungen und Suizidalität

Mietto et al.2003, Acta psychiatrica Scand 2003

N=1000, 15-19J, Norditalien	W	M
EAT (eating attitude Test)	15,8 %	2,8 %
BITE (Bulimic Investigatory Test of Edinburgh)	4,8 %	0,3 %
BAT (Body Attitudes Test)	45,5 %	8,6 %
SCL- 90- R	Hoffnungslosigkeit: 44,3 % Suizidgedanken: 30,8%	30,5 % 25,3 %
AQ (Aggression)	Korreliert hochsignifikant mit	EAT, BITE, BAT

Essstörungen ICD 10 und DSM IV

Anorexia nervosa (F50.0)

DSM IV Typen(307.1): restriktiv Typus

„binge-eating/purging“-Typus (Völlerei/Eliminieren)

BMI < 17,5 (ab 15 Jahren), ca 50kg/170cm

0,3 % der 15 – 19jährigen Mädchen, zunehmend

Bulimia nervosa (F50.2)

DSMIV-Typen(307.51): Purging-Typ und nicht Purging Typ

2 – 4,5 % der jungen Frauen, Altersgipfel 18 Jahre

Adipositas

BMI > 30, ca 86,7 kg/170cm

22% der Knaben, 20 % der Mädchen

Binge Eating Störung (Essanfallsstörung) 1,4%

Orthorexia Nervosa (krankhafte Gesunderesser)

sonstige



Essstörungen – gender mainstream

- ▶ Anorexie m:w - 1:10
 - ▶ Bulimie m:w - 1:100
 - ▶ Adipositas m:w - 1:1
- 



Essstörungen-Aspekte und Konzepte

- Störung des Essverhaltens
- Abwehr körpernaher Emotionen
- Erhöhte internalisierte globale Scham
- Körper als Objekt
- Impulskontrollstörung
- Funktionales Verhalten (konditioniert)
- Gestörte Kognition
- Hinweis auf pathologische Familiendynamik
- Dissoziation
- Frauen aufgezwungene Sozialisation

N=57(w), 14-21J, Finnland	AN	BN
Menarche (MW)	12,7 J	12,3J
Verabredungen letztes Monat	28,6 %	63,2%
Interesse an Verabredungen	60,7%	89,5 %
Sexualität: Ekel, kein Interesse	76,7 %	39,1 %



Essstörungen & Perfektionismus

Sorge was falsch zu machen

- Assoziiert mit AN und BN

Zweifel am eigenen Handeln

- Assoziiert mit Ess- und Angststörungen



Anorexia nervosa

Anorexia nervosa

- Wissenschaftliche Bezeichnung für Anorexie oder Magersucht
- Nahrungsverweigerung aus Angst zu dick zu werden oder zu dick zu sein
- Gesteigert durch Erbrechen
- Mindestdauer: 3 Monate
- Weniger als 85% ihres Normalgewichts
- Meistens bei Mädchen zwischen 12 und 18 Jahren → Pubertätsmagersucht
- Gravierende Folgen – bei 10% bis zum Tode
- Oft mit einer typischen Depression verbunden
- Weitere Folgen: Aussetzen des Menstruationszyklus, Libidoverlust, Leistungsbeeinträchtigungen, Ermüdungserscheinungen und weitere unterernährungsbedingte Erkrankungen



AN Diagnose

- Gewicht wird absichtlich unter 10. Altersperzentile gehalten
- Angst vor Gewichtszunahme trotz Untergewicht
- Störung der Körperwahrnehmung (Figur, Gewicht)
- Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen



Diagnosekriterien der restriktiven/asketischen Form

- Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch
 - Eingeschränkte, streng kontrollierte Nahrungsaufnahme
 - Vermeidung hochkalorischer Speisen und Getränke
 - Übermäßige sportliche Aktivitäten



Folgesymptome I

- Ständiges Gedankenkreisen um Nahrungsaufnahme und Figur, Kalorienzählen
- Extreme Angst vor Gewichtszunahme
- Körperschemastörung
- Fehlende Krankheitseinsicht
- Konzentrationsstörungen



Folgesymptome II

- Erhöhte Nervosität und Spannungszustände
 - Perfektionismus
 - Soziale Isolation
 - Kälteempfinden infolge des Untergewichts
 - Amenorrhoe
- 



Diagnosekriterien der bulimischen Form der AN

- Zusätzlich zu den bereits genannten Kriterien besteht noch ein selbstinduziertes Erbrechen und/oder ein Missbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern und Diuretika



AN – typische Konstellationen

- ▶ Intelligente Mädchen
- ▶ Hohes Kontrollbedürfnis (Intellektualisierung)
- ▶ Überfordernde Selbstwartung
- ▶ Fixierung auf Eltern (neg. oder pos.)
 - ▶ Niedrigere wahrgenommene Autonomie und höher wahrgenommene Kohäsion als Geschwister
- **Coping**: hohe Fluchtvermeidung, niedrige Suche nach sozialer Unterstützung, geringe entschlossene Problemlösung °



AN – Neuropsychologie

- Beeinträchtigung kognitiver Fähigkeiten
- Auditorische Erinnerungsleistung unabhängig vom Bedürfniszustand (hungrig)
- Beeinträchtigte haptische Wahrnehmung mit EEG-Veränderungen (geringere Theta-Aktivität re parietal)



AN/BN Diagnostik

- Verhaltens- & Konfliktanalyse
- Verhaltensbeurteilung (Tests)
- Psychopathologische Einschätzung (psych. Befund)
- Persönlichkeitsstruktur (HANES, AFS, ..)
- Eating Disorder Inventory, Eating Attitudes Test etc.
- Intelligenz- und Teilleistungsdiagnostik



Diagnostik medizinischer Befund

- Interner, neurologischer und gynäkologischer Befund
- Labor: BB, BZ, Elyte, Ca, Fe, Ph, Mg, Harnstatus mit spez. Gewicht, Harnstoff, Krea, Leberwerte, GEW, Cholesterin, Amylase, Lipase T3, T4, TSH, ev. Prolaktin, Östradiol
- EKG, EEG, NMR
- Bei längerem Verlauf Knochendichtemessung



AN Behandlungsziele

- Vermeidung somatischer Komplikationen
- Gewicht ca 25.BMI Alterspercentile (Hedebrand et al. 1996)
- Emotionale Stabilität (Herpetz-Dahlmann&Remschmidt)
- Komorbidität integrieren
- Autonomie (Bruch)
- Soziale (schulische) Reintegration



Grundzüge der Behandlung

- Klarer Körper-Fürsorgeplan
 - Milieuthherapie: Keine Essensüberwachung-auf Wunsch Hilfestellung
 - Gruppen- und Einzelpsychotherapie
 - Ergo- oder Kunsttherapie,
 - Psychomotorik (Körperereigenwahrnehmung)
 - Ernährungsberatung
 - Elternberatung/Therapie
- 



AN – Körperplan im stat. Setting

- Regelmäßige Gewichtskontrollen
- Kontrolle der Flüssigkeitszufuhr
- Essen in der Gemeinschaft
- Kein Sport, keine längeren Wegstrecken
- Bettruhe bei Unterschreiten des vereinbarten Gewichts
- Infusionstherapie, Calciumzufuhr



AN Psychoplan

- Teilnahme an Therapie und Schule, soweit körperlich möglich
- WE Urlaube soweit körperlich und von Eltern möglich
- Östrogensubstitution: > 6 Mon. Amenorrhoe; BMI < 3. Percentile; Pubertätsstadium I – III
- Ggf. SSRI (Fluctine)



Elternplan

- Stärkung der Übernahme der Erzieherfunktion
- Abbau von schlechtem Gewissen
- Stärkung eigener Entscheidungsfähigkeit statt Abnahme von Entscheidungen durch den „Experten“
- Kontrolle kann an Therapeuten delegiert werden



AN Prognose

- Ca 50 % bleiben bezüglich Gewicht und Menstruation auffällig
- Ca. 60% soziale und sexuelle Auffälligkeiten
- V.a. depressive Verstimmungen, übersteigertes Schlankeitsideal, Angst vor Gewichtszunahme (nach Mittel 5,3 Jahre nach Therapieende)
- Mortalitätsrate 0,5 – 1 %/Jahr Beobachtung
- < 35 kg 15mal höher
- 30-50% Suizid
- Komplikationen der Abmagerung und/oder Laxantien-/Diuretika-abusus

(Köhle et al. 1996)



Bulimia nervosa

- Ugs.: Bulimie, Ess-Brech-Sucht
 - Wesentlich häufiger bei jungen Frauen als die Magersucht (2-4% aller Frauen zwischen 18 und 35 Jahren)
 - Häufige, völlig unkontrollierte Essattacken (kalorienreich und flüssig) gefolgt von Erbrechen, Einnahme von Abführmitteln oder Fasten
 - Sehr schwere körperliche Erkrankungen sind die Folge
 - Tritt in allen Gewichtsklassen auf → sehr unauffällig
- 



Bulimia nervosa

Diagnosekriterien nach DSM IV

- Wiederholte **Essattacken**, wobei
 - (1) Verzehr von erheblich großer Nahrungsmenge innerhalb eines bestimmten Zeitraums (<als 2 Stunden)
 - (2) Kontrollverlust während Essattacke
- Wiederholte Anwendungen von unangemessenen, einer Gewichtszunahme **gegensteuernden Maßnahmen**, z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren, Fasten, übermäßig Sport

- 
- 
- Essattacken und Gegenmaßnahmen zur Kompensation 3 Monate lang im Schnitt 2 x / Woche
 - Figur und Gewicht haben übermäßigen Einfluß auf Selbstwert
 - Tritt nicht ausschließlich im Verlauf einer Anorexie auf



Was ist ein Essanfall?

- Verzehr von großen Nahrungsmengen innerhalb eines begrenzten Zeitraums (z.B. 2 Stunden)
- Menge ist größer, als sie die meisten Menschen unter vergleichbaren Umständen zu sich nehmen würden
- Energiegehalt bis ca 10.000 kcal (auch höher möglich) bei einem Anfall
- Gegessen wird, was verfügbar ist, alles von süß bis herzhaft (hoher Energiegehalt, leicht zu erbrechen, Marker Nahrungsmittel, Getränke)
- Wenn kein Essen verfügbar, gelegentlich Diebstahl
- Ekelgefühl nach Essanfall



Subtypen

- „Purging“ – Type : Erbrechen oder Missbrauch von Laxantien/Diuretika
- „Nicht-Purging“ Typ : andere gegensteuernde Maßnahmen (Fasten, übermäßige körperliche Betätigung)



Therapieformen



Psychodynamischer Ansatz

- Essstörung = Ausdruck von inneren ungelösten Traumata und Konflikten
- Deutung von Assoziationen
- Eigene Einsichten
- Zu zeit- und kostenaufwendig
- → Koppelung mit anderen Therapieformen

Kognitive Verhaltenstherapie

Einteilung in drei Phasen:

- 1. Kognitive Vorbereitung
 - Veranschaulichung des Problems
- 2. Erwerb und Einüben von Fähigkeiten
 - Denkmuster sollen durch neue und bessere ersetzt werden
- 3. Anwendung und Praxis von Fähigkeiten
 - Richtige Anwendung der neuen Denkmuster werden eingeübt



Anwendung auf Essstörungen

- Stoppen der psychosomatischen Störung, damit sie nicht verschlimmert wird
- Lösen der ungelösten Konflikte im Hintergrund

Heilungschancen



- Trotz sehr genauer Forschung nur eine Heilungschance von 60%
- Zahlen bei anderen Essstörungen nicht anders