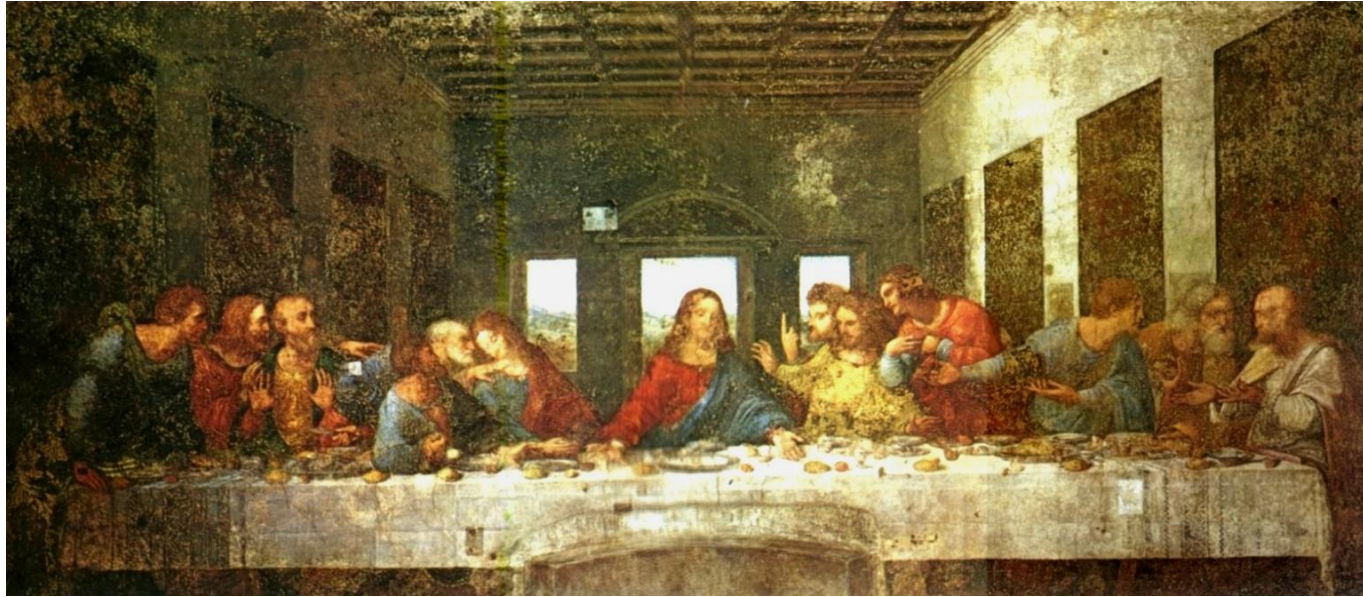


Essstörungen





Das letzte Abendmahl

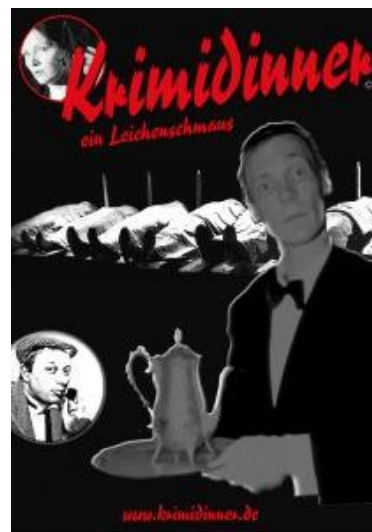


<http://12koerbe.de/azur/meinleib.jpg>

Simson an der Hochzeitstafel



<http://skd-online-collection.skd.museum/imagescreate/image.php?id=376236&type=gross>

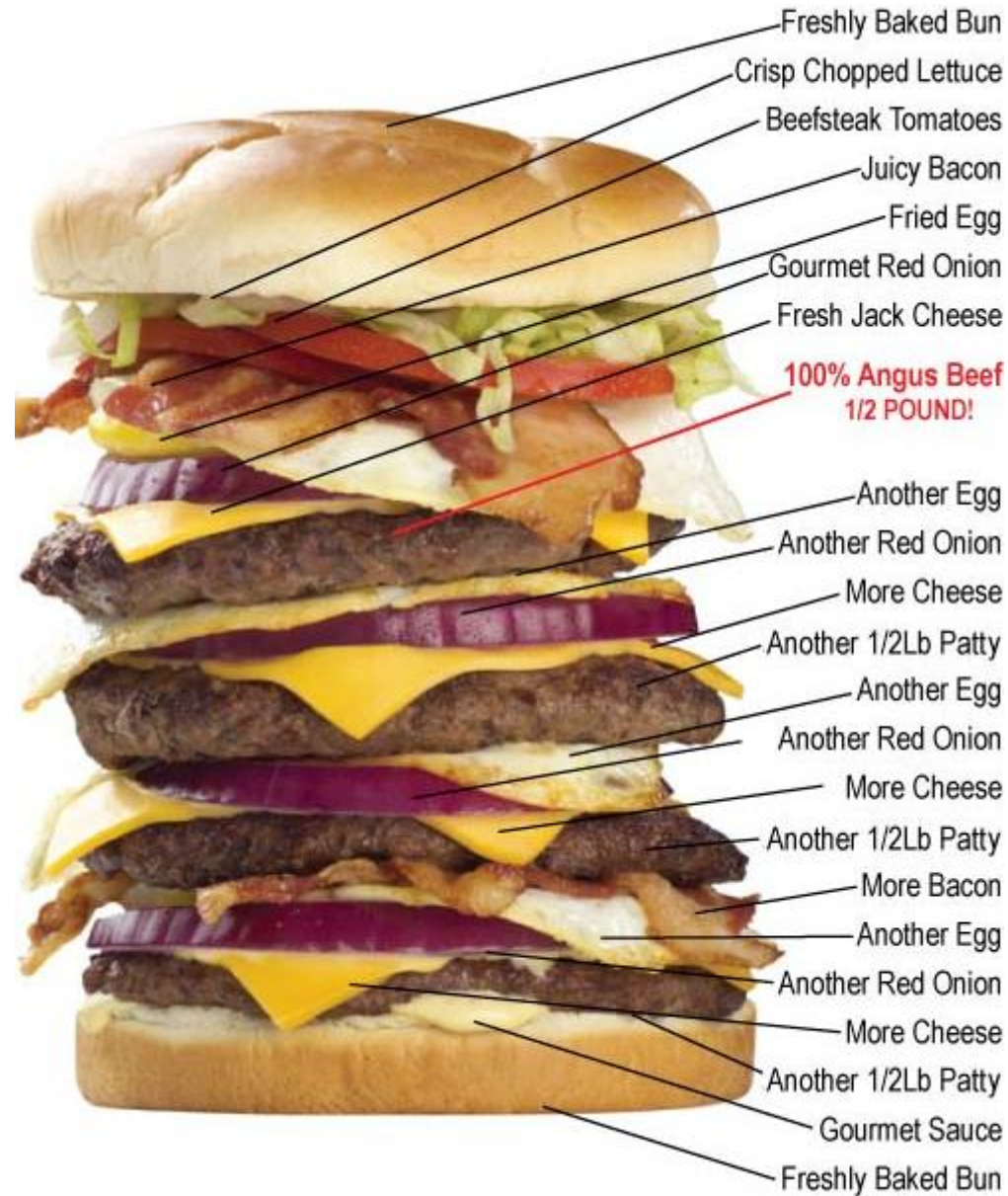


http://img.dooyoo.de/DE_DE/orig/1/3/7/5/4/1375443.jpg

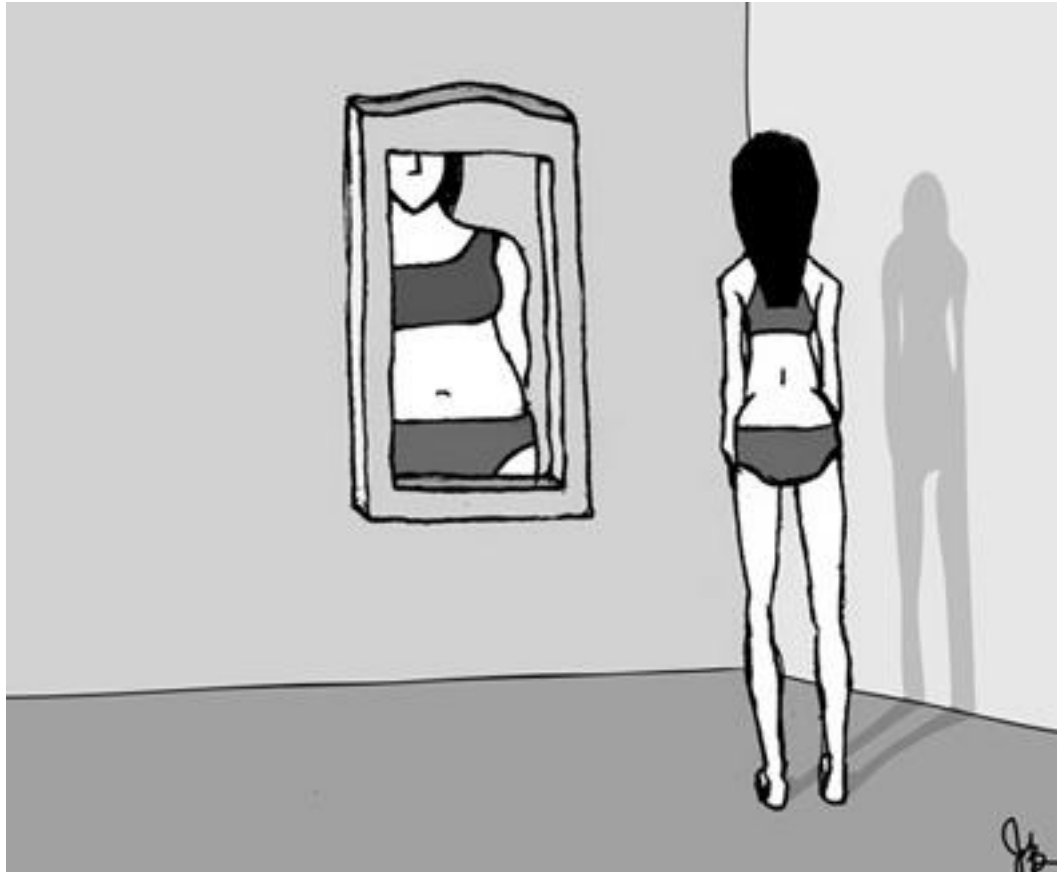
Das Hochzeitsmahl



http://www.kunstkopie.de/kunst/pieter_brueghel_d_ae/brueghel.jpg



http://www.schulsport-aktiv.de/cms/upload/fit_und_gesund/durch_Ernaehrung/Ernaehrung_unter_der_Lupe/bilder/quadruple_bypass_burger-xl.jpg



<http://www.psychotherapybrownbag.com/.a/6a010537101528970b0115711deb8c970c-320wi>

Häufigkeit:

Nach Angaben der Ärztekammer Niedersachsen haben knapp zwei Drittel aller weiblichen Jugendlichen bis zum 18. Lebensjahr haben mindestens einmal eine Diät zur Gewichtsreduzierung gemacht.

Nach diesen Angaben leiden allein in Deutschland mindestens 220.000 Menschen im Alter von 15 bis 24 Jahren an Magersucht (Anorexie) oder Ess-Brechsucht (Bulimie).

Das Deutsche Institut für Ernährungsmedizin und Diätetik (DIET) in Aachen gibt an, dass in Deutschland etwa 3,7 Millionen Menschen unter gefährlichem Untergewicht leiden. Von Untergewicht seien in Deutschland vor allem Senioren, Krebs-, Dialyse- und HIV-/Aids-Patienten sowie Magersüchtige betroffen, teilt das Institut mit.

In Deutschland leiden nach Angaben des Instituts über 100.000 Menschen, insbesondere Frauen zwischen 15 und 35 Jahren, an Magersucht, 600.000 Frauen und Männer an der Fress-Brech-Sucht (Bulimia nervosa).

Die Zahl der magersüchtigen Männer liege bei fünf bis zehn Prozent - mit steigender Tendenz. Die Universität Ulm beziffert die die Häufigkeit in der weiblichen Bevölkerung zwischen dem 15. und 35. Lebensjahr für Anorexie mit 0,5-1%, für Bulimie mit 3-4% und für Esssucht mit 6 % und verzeichnet einen zunehmenden Anteil männlicher Betroffener.



Der italienische Starfotograf Oliviero Toscani startete eine Aufreger-Kampagne zur Bekämpfung von Magersucht. Die Kampagne "No Anorexia", die vom italienischen Gesundheitsministerium unterstützt wird, zeigt schockierende Bilder einer magersüchtigen Frau, die nackt und mit verlorenem Blick in die Kamera schaut. Das französische Model Isabelle Caro litt unter Essstörungen und verstarb im November 2010.

<http://www.azsalute.it/public/Varie/anoressia3.jpg>

Definition:

Essstörungen sind beim weiblichen Geschlecht deutlich häufiger als beim männlichen

Anorexia nervosa

- selbst verursachter bedeutsamer Gewichtsverlust
- Beibehaltung eines für das Alter zu niedrigen Körpergewichtes oder unzureichende Gewichtszunahme
- überwertige Idee, trotz Untergewicht zu dick zu sein
- Häufigkeitsgipfel liegt bei 14 Jahren



<http://2.bp.blogspot.com/-A-eHk58wdug/T9JUYpGDfil/AAAAAAAAAHc/K91ec8kExlw/s1600/Anorexia-cuando-2.jpg>



<http://3.bp.blogspot.com/-MywRg1QCWtw/TrRY6uvy4ol/AAAAAAAAAJc/EC8yH7KF4mw/s1600/magersucht.jpg>



http://file1.npage.de/004350/78/bilder/magersucht5_dw_wisse_98807b.jpg



<http://www.primehealthchannel.com/wp-content/uploads/2012/04/Anorexia-Nervosa-Picture.jpg>

Leitsymptome:

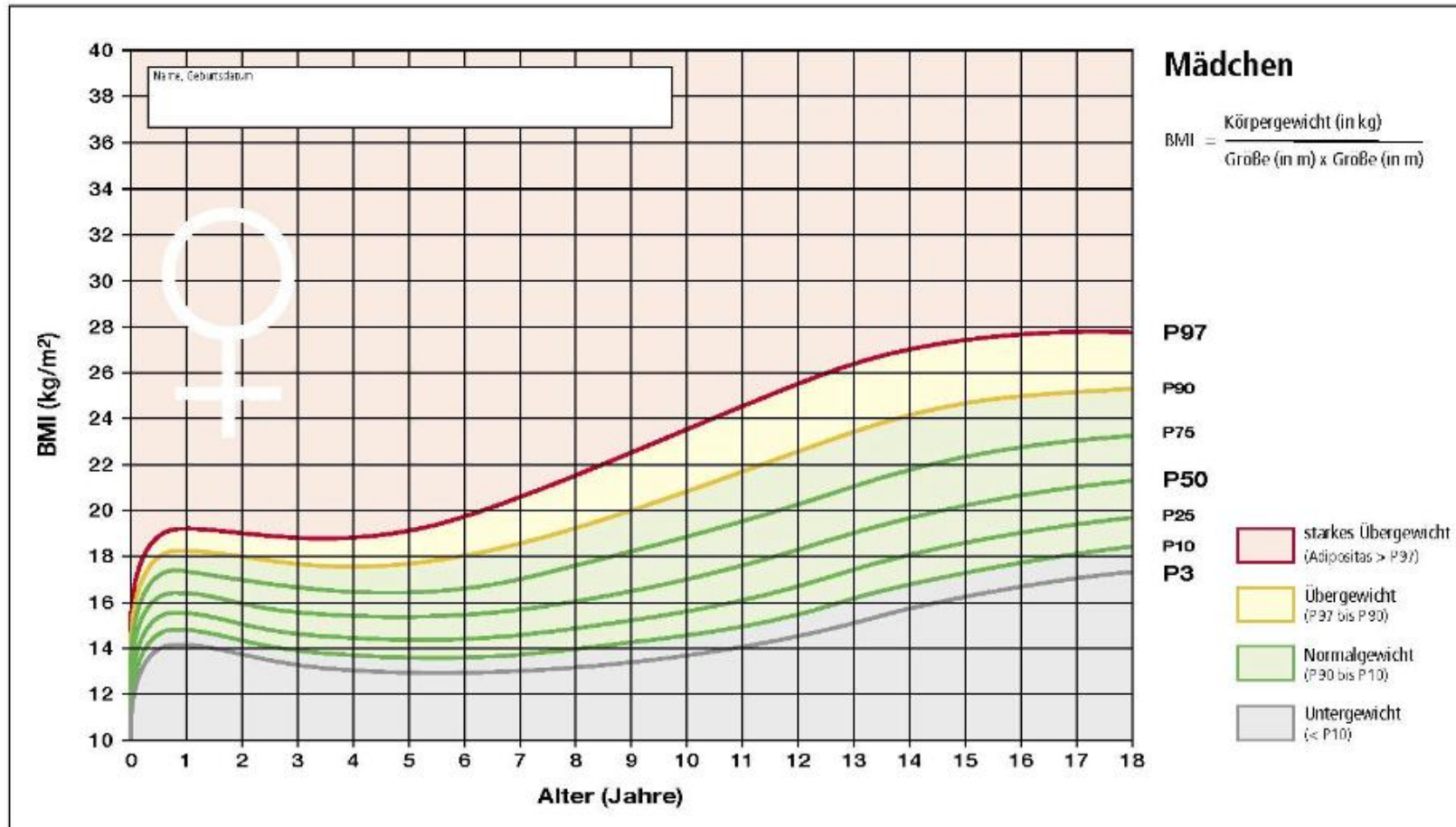
Anorexia nervosa

- Körpergewicht liegt unterhalb der 10. Altersperzentile des Body-Mass-Index
- Absichtliche Gewichtsabnahme, unzureichende Gewichtszunahme, Bestehen auf einem für das Lebensalter zu niedrigen Körpergewicht
- Gewichtsphobie
- Vermeidung hochkalorischer Speisen, Beschränkung auf spezifische Lebensmittel
- extrem langsames und auffälliges Essverhalten, Rituale beim Essen, Horten von Lebensmitteln

- evtl. Erbrechen, Laxantienabusus, Substanzmissbrauch zur Gewichtsreduktion
- Exzessive Gewichtskontrollen
- übertriebene, zwanghaft anmutende körperliche Aktivität
- mangelnde Krankheits- und Behandlungseinsicht
- Überbewertung von Figur und Gewicht
- sek. Amenorrhö über mind. 3 aufeinander folgende Zyklen (gilt nicht bei medikamentöser Hormonsubstitution)
- Libidoverlust
- somatische Folgen des Hungerns (u.a. vermehrte Körperbehaarung, Kreislaufschwäche, marmorierte Haut, Akrozyanose, Haarausfall, Obstipation, Osteoporose, ausbleibende Pubertätsentwicklung, Pseudoatrophia cerebri, Blutbildveränderungen, Erniedrigung von Gesamteiweiß und Albumin (Ödeme, Perkarderguss),...

aid Perzentilkurven für den Body-Mass-Index (BMI)

nach K. Kromeyer, M. Waletzki, D. Kunze et al.: Monatsschr. Kinderheilk. 149 (2001)



aid infodienst Verbraucherschutz, Ernährung, Landwirtschaft e.V. · Friedrich-Ebert-Straße 3 · 53177 Bonn · Internet: <http://www.aid.de> · E-Mail: aid@aid.de



http://3.bp.blogspot.com/_wz1snG2p0U/TJ0IDJCHwi/AAAAAAAAAyM/8DpspLNL16g/s1600/ruby_poster.jpg

Definition:

Bulimia nervosa

- häufig auftretende Essattacken, denen der Versuch folgt, dem dick machenden Effekt der Nahrung durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzuwirken (Erbrechen, Laxantienabusus, Fasten,...)
- krankhafte Furcht, zu dick zu werden bzw. zu dick zu sein
- Häufigkeitsgipfel liegt bei 18 – 20 Jahren

Leitsymptome:

Bulimia nervosa

- wiederholte objektive Essattacken
- sehr häufig Erbrechen im Anschluss an die Essattacken
- evtl. Missbrauch von Laxantien / Diuretika / Appetitzüglern / anderen Medikamenten zur Gewichtsreduktion
- Episoden restriktiver Nahrungszufuhr/ körperlicher Aktivität
- Überbewertung von Figur und Gewicht
- Bei einem Teil der Betroffenen Störungen der Impulskontrolle (Ladendiebstähle, Alkohol- / Tabletten- / Drogenabusus, unkontrolliertes Geldausgeben, selbstverletzendes Verhalten)
- körperliche Veränderungen: ausgeprägte Karies, Speicheldrüsenschwellung, Läsionen am Handrücken, Erhöhung von Amylase, Lipase und Transaminasen, Elektrolytstörungen, EKG-Veränderungen

Schweregradeinteilung:

Anorexia nervosa

- BMI unter 13 kg/m² ist bei jugendlichen Patientinnen prognostisch ungünstig
- bei Patientinnen, die schnell und erheblich an Gewicht verloren haben, kann trotz eines Körpergewichts oberhalb der 10. Perzentile (BMI) ein schwerwiegender Hungerzustand vorliegen

Bulimia nervosa

- Der Schweregrad nimmt mit der Anzahl der Essattacken zu



<http://www.aerztezeitung.de/img.ashx?f=/docs/2011/12/20/essstoerung-AH.jpg&w=300>

Klassifikation:

Anorexia nervosa

- Restriktive Anorexia nervosa
- Anorexia nervosa mit zusätzlichen Gewichtsreduktionsmethoden
- Anorexia nervosa mit bulimischen Attacken
- kindliche Anorexia nervosa
- Atypische Anorexia nervosa

Bulimia nervosa

- Bulimia nervosa mit Anorexia nervosa in der Vorgeschichte
- Bulimia nervosa ohne Anorexia nervosa in der Vorgeschichte
- Bulimia nervosa ohne zusätzliche Gewichtsreduktionsmethoden
- Bulimia nervosa mit zusätzlichen Gewichtsreduktionsmethoden
- Atypische Bulimia nervosa

Unspezifische Essstörungen

Andere Essstörungen

- Binge Eating (meist, aber nicht ausschließlich bei Übergewicht oder Adipositas)



<http://www.neubeck-fischer-familientherapie.de/gela%20cartoon.jpg>

Konflikt:

Hinter einer Magersucht stehen immer sehr schwerwiegende psychische Probleme. Einige davon sind:

Geringes Selbstbewusstsein: Jemand fühlt sich unsicher, zu dick oder nicht hübsch genug oder ist mit sich und seinem Körper unzufrieden.

Kulturell bestimmte Idealvorstellungen über das Erscheinungsbild des weiblichen Körpers können eine wichtige Rolle spielen. Mode, Werbung und die Medien lassen den Eindruck entstehen, dass Frauen, die dem Schlankheitsideal entsprechen, besonders attraktiv, erfolgreich, usw. sind. Models und Schauspieler sind schön, schlank und hübsch. Viele junge Menschen nehmen diese als ihr Vorbild.

Kontrolle über den eigenen Körper und das eigene Leben zu haben gibt das Gefühl etwas besonders gut zu können und vermittelt Stolz.

Die Angst vor dem Erwachsenwerden: Oft entwickelt sich Magersucht während der Pubertät, da dies eine Zeit der großen Veränderung ist: sexuell, körperlich und emotional.

Konflikte in der Familie, z. B. Scheidung der Eltern.

Ein Weg, um Aufmerksamkeit zu bekommen: Manchmal ist Magersucht eine Art Hilferuf.

Bei Sportlern, von denen erwartet wird, dass sie besonders schlank sind, z. B. Skispringer oder Tänzerinnen, besteht ein besonderes Risiko, dass sie magersüchtig werden.

Diagnostik:

Interview (mit Eltern und Patientin getrennt)

Allgemeine Anamnese

Spezielle Anamnese

- Entwicklung der Symptome
- Gewichtsanamnese (bisher höchstes / niedrigstes Gewicht, genauer Zeitraum)
- Gewichtsphobie
- aktuelle Ernährung und Trinkmenge
- Kaloriengrenzen
- Körperschemastörung
- Essattacken
- subjektives Zielgewicht
- gewichtsreduzierende Methoden
- Sexualanamnese
- soziale Beziehungen
- Leistungsverhalten
- körperliche Aktivität

Störungsspezifische Entwicklungsgeschichte

- Auftreten von auffälligem Essverhalten im Säuglings- / Kindesalter
- Trennungsangst
- Soziale Überempfindlichkeit, niedriges Selbstwertgefühl
- Spezifische Ängste
- Zwangssymptome, Perfektionismus
- Depressive Symptome
- Bei Bulimie: Übergewicht, Adipositas, frühe Menarche, Störungen der Impulskontrolle

pädiatrisch-neurologische Untersuchung

- einschließlich Zahnstatus und Körpergewicht (entkleidet!)

Beobachtung des Essverhaltens

Psychiatrische Komorbidität und Begleitstörungen:

- Stimmungsveränderungen (Depression)
- Ängste und Phobien (vor allem soziale Phobien)
- Zwänge (Ordnungs- und Säuberungszwänge, Perfektionismus)
- es sollte geklärt werden, ob diese bereits vor oder es während der Gewichtsabnahme entstanden
- besonders bei Bulimie: Störungen der Impulskontrolle und Persönlichkeitsstörungen



"How do they get that thin? It's so unfair!"

Störungsrelevante Rahmenbedingungen:

- Harmoniebedürfnis und Konfliktvermeidung
- Überbehütung, bes. bei AN
- Hohe Erwartungen
- Eheprobleme der Eltern, bes. bei BN
- Häufiges Diäthalten in der Familie
- Kritik an Essverhalten, Figur, Gewicht durch Familienangehörige
- Interaktion bei den Mahlzeiten
- Welche Veränderungen der familiären Struktur sind während der Erkrankung entstanden?

- außerfamiliärer Schlankheitsdruck (Schule, Beruf, Freizeit)
- Kritik an Essverhalten, Figur, Gewicht durch Freunde oder Bekannte
- Vorkommen in der Familie von psychischen Auffälligkeiten: Essstörungssymptomen, Adipositas bei BN, affektive Störungen, Zwangserkrankungen bes. bei AN, Angststörungen, Missbrauch psychoaktiver Substanzen, Persönlichkeitsstörungen v.a. zwanghafte

Apparative Labor- und Testdiagnostik

- BB, BZ, Elyte, Hstoff, Krea, Transaminasen, Gesamt-Eiweiß, Albumin, Cholesterin, Amylase, Lipase, LDH, Harnsäure, TSH, fT4,
- ggf. Ausschluss von Infektionen, Ausschluss von Substanzabhängigkeit, Ausschluss von Tumoren
- EKG, EEG, Abdomensonographie, cran. MRT bei Erstmanifestation (bei neurologischen Auffälligkeiten, untypischen Verlaufsformen)

Psychologische Tests

- Leistungstests nach Gewichtsrehabilitation
- Persönlichkeitstests
- spezifische Diagnostik (Eating Disorder Inventory, Anorexia-Nervosa-Inventar, Eating Attitudes Test, SIAB-Jugendlichenversion)



<http://www.qigong-entspannung.at/img/upl/content/cartoon.gif>

Therapie:

Anorexia nervosa

- Patientinnen mit Anorexia nervosa sollten möglichst frühzeitig behandelt werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden
- Die Behandlung sollte an Zentren und von Psychotherapeuten mit spezifischen Kenntnissen in der Behandlung von Essstörungen erfolgen
- Patienten und Angehörige sollte über die Erkrankung, Verlauf und Prognose aufgeklärt werden, um unrealistischen Erwartungen vorzubeugen
- Bevor mit einer Psychotherapie begonnen werden kann, sind ein Ausgleich der akuten Hungersituation und eine erste Gewichtszunahme erforderlich
- Patientinnen mit Anorexia nervosa stehen einer Veränderung ihres Gewichtes und Essverhaltens in der Regel hochambivalent gegenüber. Eine Arbeit an der Motivation und Ambivalenz ist eine zentrale Aufgabe und durchzieht den gesamten Behandlungsprozess

- Es liegt eine begrenzte Evidenz dafür vor, dass eine spezifische Psychotherapie einem unspezifischen Verfahren vorzuziehen ist. Aber es liegt keine ausreichende Evidenz dafür vor, dass eines der Verfahren (fokal-analytische Therapie, kognitiv-behaviorale Therapie, kognitiv-analytische Therapie, Interpersonelle Therapie, Familientherapie) einem anderen überlegen ist oder dass ein bestimmtes Vorgehen in der Familientherapie wirksamer ist als das andere.
- Klar strukturierte, symptomorientierte Behandlungsbausteine führen zu höheren Erfolgsraten (Gewichtsvorgaben, Zielgewicht), diese sind als Hilfsmittel und nicht als Machtmittel zu verstehen
- Eine zu rasche Gewichtszunahme führt im ersten Jahr nach Entlassung zu einem ungünstigeren Verlauf
- Eine Gewichtsstabilisierungsphase vor Entlassung ist günstig
- Zusätzlich zu Familiengesprächen sollten Kindern und Jugendlichen auch Einzelgespräche angeboten werden

- Psychopharmakologische Behandlung oder Ernährungsberatung sollten nicht als alleinige Behandlung angeboten werden
- Das Gewicht (BMI) sollte nicht das alleinige Kriterium zur Indikationsstellung ambulant vs stationär sein
- Eine stationäre Behandlung sollte nicht erst als letzter Schritt bei gravierender körperlicher Instabilität erfolgen, da in einer solchen Situation ein komplizierter Behandlungsverlauf und erhöhte Risiken bei der Gewichtszunahme zu erwarten sind
- Bearbeitet werden u.a. Gewicht und Figur betreffende dysfunktionale Gedanken, Störung des Selbstwertgefühls, Traumata in der Anamnese, akute und chronische Konflikte, Reifungskrisen
- soziales Kompetenztraining
- Elternberatung, Familientherapie
- Entspannungsverfahren, Übungen zur Körperakzeptanz

Bulimia nervosa

- Bearbeitet werden u.a. dysfunktionale Gedanken bezüglich Figur und Gewicht, depressive Einbrüche bei Gewichtsschwankungen, dichotomes Denken, Beziehungsfähigkeit
- Elternberatung, Familientherapie

Psychosoziale Integration

- Reintegration in die Schule und Relativierung des Leistungsanspruchs
- Aufheben der Isolation von Gleichaltrigen
- Teilnahme an altersentsprechenden Aktivitäten

Indikationen für die stationäre Behandlung:

- kritisches Untergewicht, Gewichtsverlust oder keine hinreichende Gewichtszunahme, keine ausreichende Flüssigkeitszufuhr, häufiges Erbrechen
- somatische Komplikationen
- Suizidgefahr
- Komorbidität mit anderen psychiatrischen Erkrankungen
- festgefahrene familiäre Interaktion
- Dekompensation der Eltern
- V.a. Misshandlung oder Missbrauch
- soziale Isolation
- Scheitern ambulanter / tagesklinischer Behandlungsversuche

Medikamentöse Therapie:

Anorexia nervosa

- die empirische Evidenz für den Einsatz von Psychopharmaka ist sehr begrenzt. Ihr Einsatz kann bei der Behandlung von komorbiden Störungen erwogen werden, welche jedoch in der Regel bei einer Normalisierung des Körpergewichtes sowieso reversibel sind
- bei anhaltender depressiver Verstimmung oder ausgeprägter Angst oder Zwangssymptomatik nach ausreichender Gewichtszunahme
- Bei ausgeprägter Hyperaktivität in Ausnahmefällen typische Neuroleptika
- atypische Neuroleptika als Therapieversuch bei extremer Gewichtsphobie und wahnhaft anmutender Körperschemastörung und / oder ausgeprägter Hyperaktivität
- Die Anwendung von Neuroleptika sollte nur unter regelmäßigen EKG- und Blutbildkontrollen (QTc-Zeit, Leukopenie) erfolgen, kann der Einsatz eines SSRI erfolgen

Bulimia nervosa

- die Behandlung sollte mit Psychotherapie begonnen werden, zeigt sich kein Behandlungserfolg, kann der Einsatz eines SSRI erfolgen

Besonderheiten bei ambulanter Therapie der Anorexia nervosa:

- Nach stationärer Behandlung ist eine ambulante „Nachbehandlung“ unerlässlich
- regelmäßige Gewichtskontrollen
- mind. einmal wöchentliche Termine
- Erledigung der Hausaufgaben mit wachsendem Schwierigkeitsgrad (z.B. Integration verbotener Speisen, Kauf und Tragen verbotener Kleidungsstücke)
- regelmäßiges Einbeziehen der Eltern in die Behandlung Zeitraum von mind. 6
12 Monaten

Besonderheiten bei stationärer Therapie der Anorexia nervosa:

- Wöchentliche Gewichtszunahme von 0,5 - 1,0 kg
- Einsatz von Verstärkern
- zu rigide Programme, die zu einer vordergründigen Anpassung führen sind zu vermeiden
- ein dem körperlichen Zustand der Patientinnen angepasstes Bewegungsprogramm
- ggf. nasogastrale Sonde
- ggf. in den ersten Wochen regelmäßige Laborkontrollen
- Zielgewicht: 25. Altersperzentile des BMI, mindestens oberhalb der 10. Altersperzentile



http://www.orangesmile.com/common/img_final_large/stuttgart_places.jpg