

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen

Dr. med. Jürgen Junglas, Bonn

Diplom-Psychologe, Arzt für Kinder- und
Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,
Psychosomatische Medizin und Psychotherapie

Uni Gießen FB 03



Heinrich VIII. war schon als Kind
etwas schwierig!!

Was und wie heute gegessen wird, und was das über unsere **Gesellschaft** sagt

gen unterworfen sind. Ernährungsexperten sprechen von Soft-Doping, wenn sie die Trends etwa bei Fitness-Food beschreiben. Gemeint sind Omega-



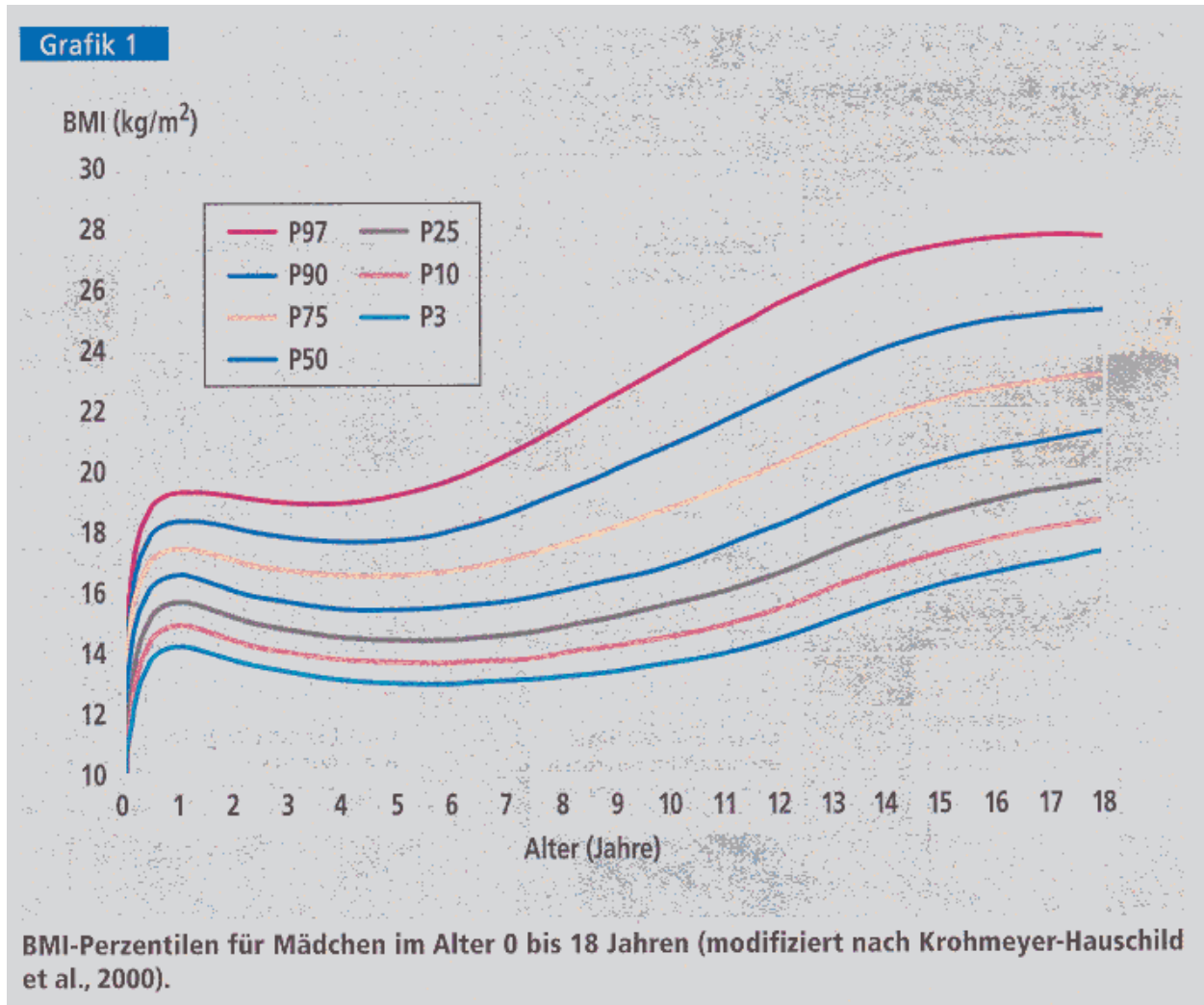
Essen à la Mode

Essenskultur

convenient

75 % lt. DAK-Umfrage
Stress bei Tisch ums
„richtige“ Essen: 51 %
der jüngeren Kinder
wollen lieber Schokolade
als Obst und Gemüse
General-Anzeiger 19.9.03

BMI-Perzentilen



Holtkamp & Herpertz-Dahlmann 2005

BMI = Body Mass Index:
Körpergewicht kg :
Körperlänge² m

Essstörungen

- Hirnerkrankung (z.B. hormonaktive Tumoren)
- Essstörungen sind
 - Genetisch determinierte
 - Psychosomatische Erkrankungen
 - Mit Beginn im Rahmen der Adoleszenz
 - Häufig verbunden mit weiteren psychischen Störungen (Komorbidität)
 - und erhöhtem Sterberisiko (v.a. Suizid)

Essstörungen-Komorbidität

Tabelle		
Prävalenzraten komorbider psychiatrischer Störungen bei der Anorexia und Bulimia nervosa (7)		
	Anorexia nervosa (Prozent)	Bulimia nervosa (Prozent)
Affektive Störung	15–80	20–70
Angststörungen	40–80	30–70
zwanghaftes Verhalten	40–70	8–33
oppositionelle Störung/ Störung des Sozialverhaltens	häufiger „purging“-Typus der Essstörung im Vergleich zum restriktiven Typus	

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

Holtkamp & Herpertz-Dahlmann 2005

Absteigende Häufigkeit

Essstörungen und Suizidalität

Miotto et al. J Nerv Ment Dis 191:437-443,2003 und Acta Psychiatr Scand 2003:108;183-189

N=1000, 15-19 J., Norditalien	W (> cut off)	M (>cut off)
EAT (Eating Attitude Test)	15,8 %	2,8 %
BITE Bulimic Investigatory Test of Edinburgh)	4,1 %	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 ($P < 0.0001$) mit EAT, BITE, BAT	

Essstörungen ICD10 und DSMIV

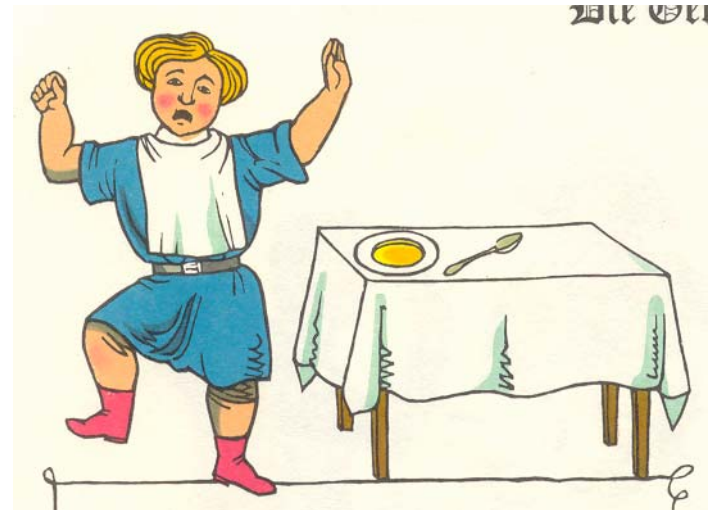
- **Anorexia nervosa (F50.0)**
 - DSMIV-Typen (307.1): restriktiver Typus
„Binge Eating /Purging“-Typus [Völlerei / Eliminieren]
 - **BMI** < 17,5 (ab 15 Jahre) ~50,6 kg/170 cm
 - 0,3 % der 15 – 19jährigen Mädchen, **zunehmend**
- **Bulimia nervosa (F50.2)** (GFM Russel 1979)
 - DSMIV-Typen (307.51): „Purging“-Typus; „Nicht-Purging“-Typ
 - 2 – 4,5 % der jungen Frauen; Altersgipfel 18 Jahre
- **Adipositas**
 - BMI >30 ~86,7 kg/170 cm
 - 22 % der Jungen, 20 % der Mädchen (Maaser 1976; N = 4000)
- **Binge Eating Störung (Essanfallstörung)** (1-4 %)
- **Orthorexia Nervosa**
(krankhafte Gesund-Esser)

Sonstige Essstörungen

- **Obesitas (E66)**
- **Fütterstörungen (Ruminationsstörungen) (F98.2)**
- **Pica (F98.3)**
- **Essattacken sonst. psych.Störung. (F50.4)**
- **Erbrechen bei anderen psy.Stg. (F50.5)**
- **Andere Essstörungen (F50.8)**
- **Fütterschwierigkeiten und Betreuungsfehler (R62.3)**
- **nnb Anorexia oder Appetitverlust (R63.0)**

Essstörungen-gender mainstream

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



Essgestörte Mutter → Fütterstörung

Cooper PJ et al. (2004)
British Journal of Psychiatry
184, 210-215

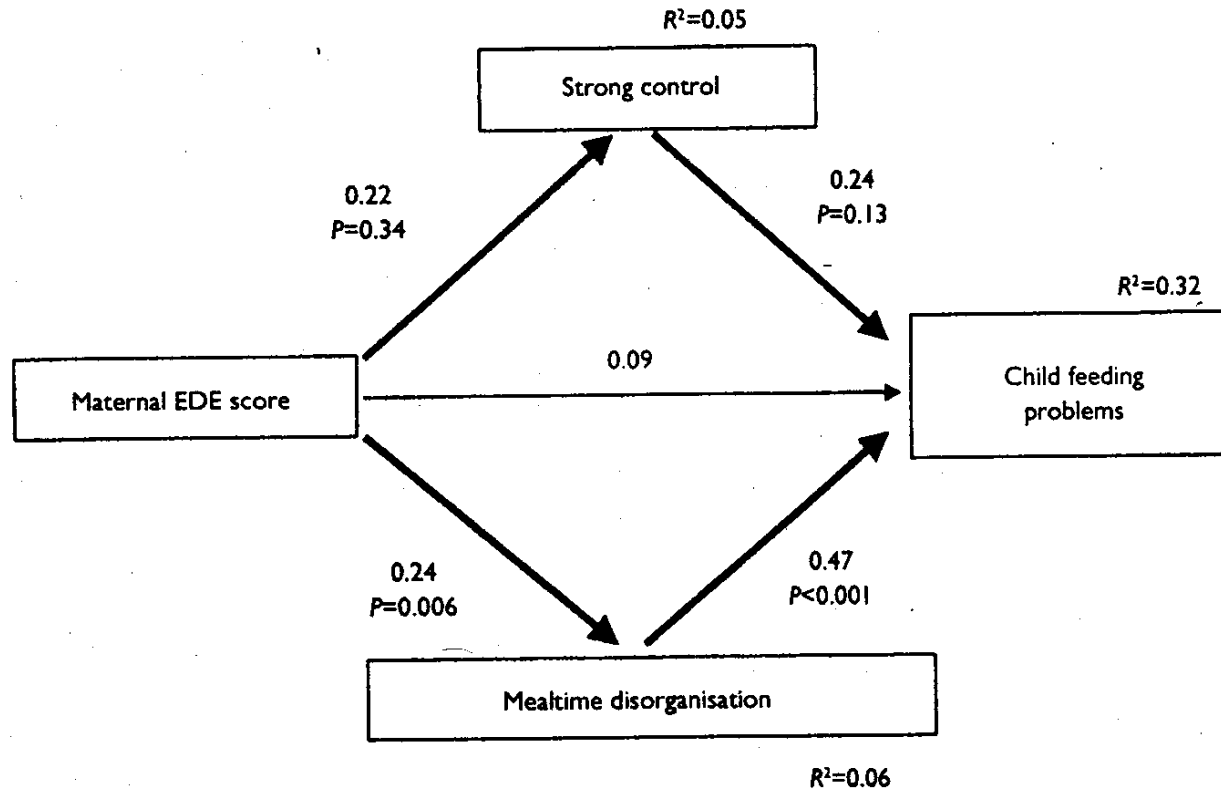
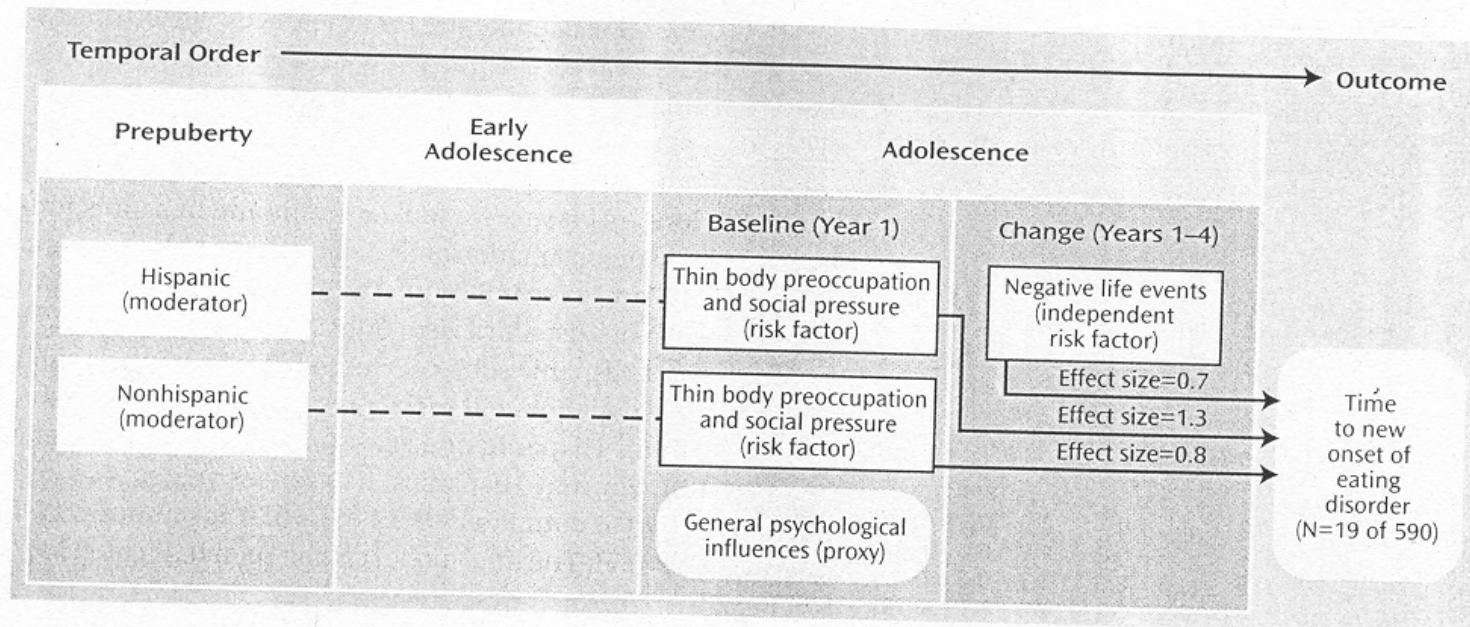


Fig. 3 Path analysis showing the prediction of the degree of child feeding problem by the level of maternal eating disorder psychopathology, the level of mealtime disorganisation and maternal strong control. EDE, Eating Disorder Examination.

Essstörungen – Risikofaktoren bei adolescenten Mädchen

FIGURE 1. Risk Factors and Moderators for Onset of Eating Disorders in a Sample of Girls Initially Assessed in Grades 6–9 in School Districts in Arizona



McKnight Investigators (2003): Am J Psychiatry 160:248-54

Essstörungen – Aspekte und Konzepte

- Störung des Ess-**Verhaltens**
- Abwehr körpernaher Emotionen
- Erhöhte internalisierte globale Scham (Grabhorn et al. 2005)
- Körper als Objekt
- Impulskontrollstörung
- funktionales Verhalten (konditioniert)
- gestörte Kognitionen
- Hinweis auf pathologische Familiendynamik
- Dissoziation
- Frauen aufgezwungene Sozialisation

Essstörungen und Sexuelle Entwicklung

Ruuska et al. European Child & Adolescent Psychiatry 12:214-220 (2003)

N = 57(w), 14-21 J, Finnland	AN	BN
Menarche (MW)	12,7 J.	12,3 J.(p=.008) (n 13,03 J.)
Verabredungen letzter Monat	28,6 %	63,2 %
Interesse an Verabredung	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

Bulik et al (2003): Am J Psychiatry 160;366-8

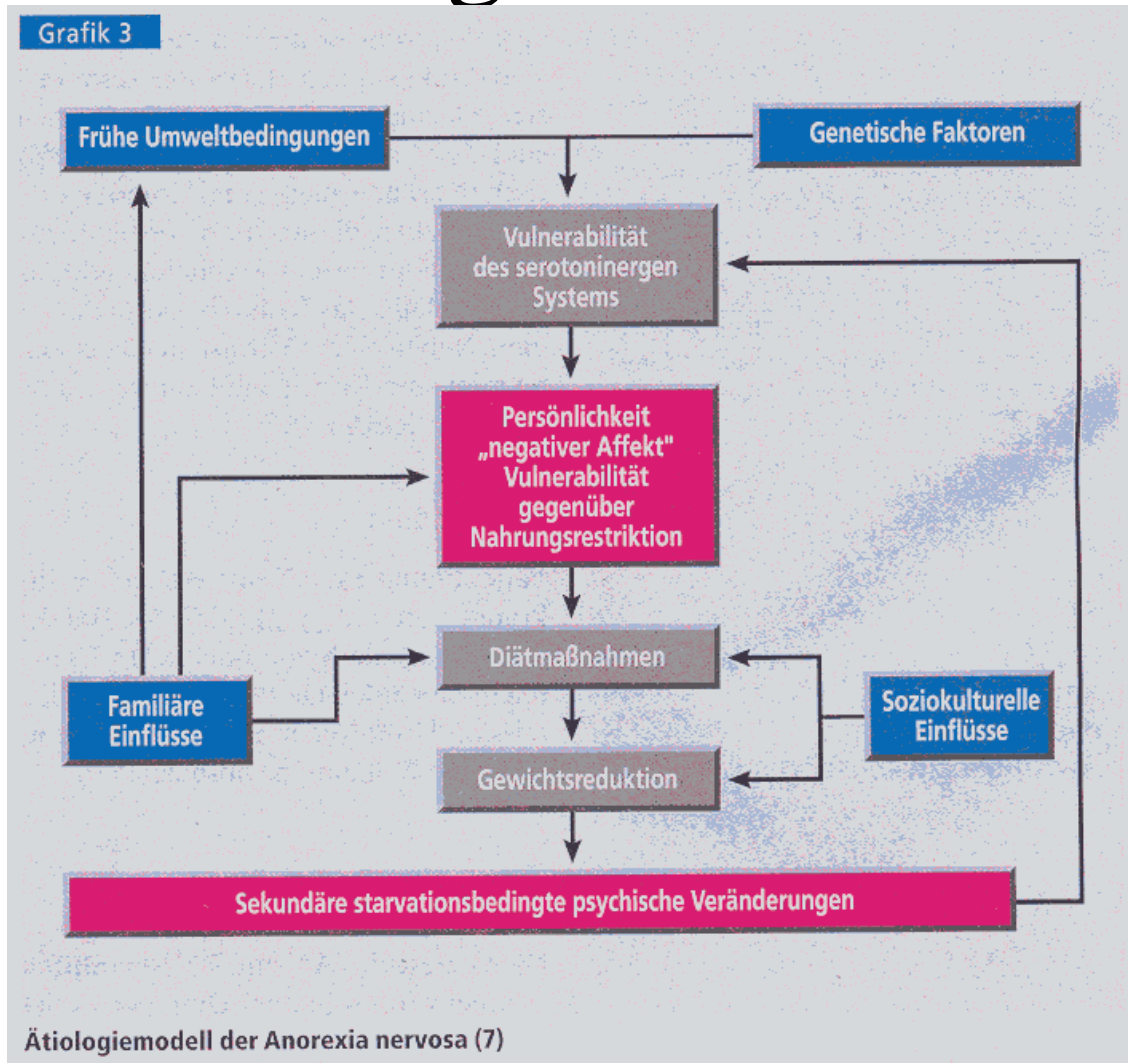
Anorexia nervosa

AN - Diagnose

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



Ätiologiemodell AN



Holtkamp
&
Herpertz-
Dahlmann
2005

Anorexie-Prävalenz

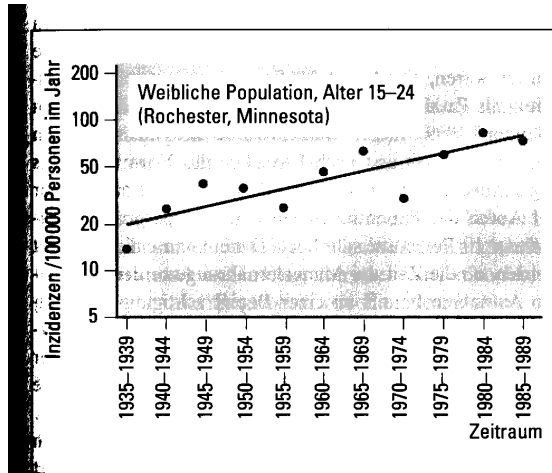


Abb. 4-31: Veränderung der Inzidenz (Logarithmuskalen) der Anorexia nervosa (nach Lucas et al. 1999)

Herpertz-Dahlmann
2003

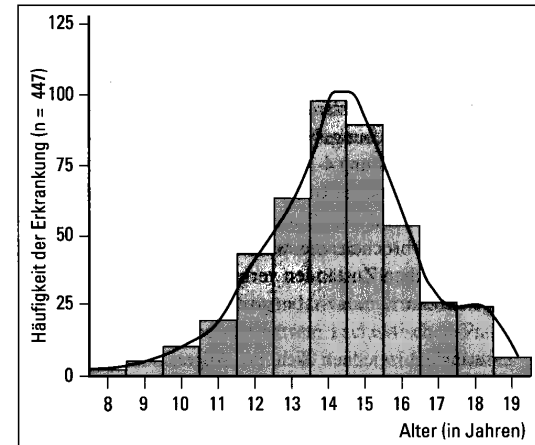
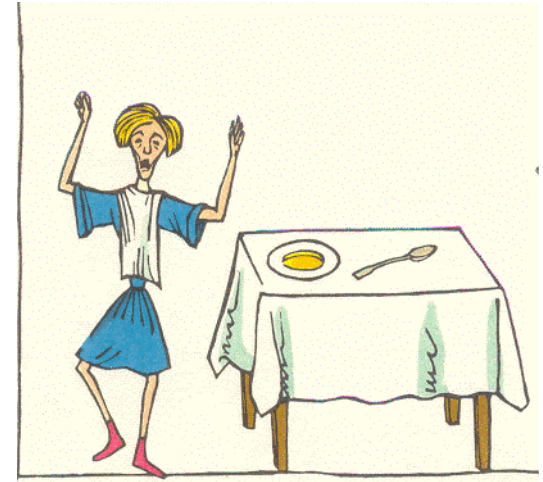


Abb. 4-32: Erkrankungsbeginn bei Anorexia nervosa (nach Casper 1996)

- Anorexia nervosa:
 - 0,3 % der 15 - 19jährigen Mädchen;
 - Risikogruppen (Ballettschülerinnen): 5 - 7 %;
 - Altersgipfel 13-16 J.
 - Erkrankung nimmt in der westlichen Welt zu
 - Abhängig von Ernährungssituation

AN - typische Konstellationen

- Intelligente Mädchen
- hohes Kontrollbedürfnis (Intellektualisierung)
- überfordernde Selbsterwartungen
- Fixierung auf Eltern (neg. oder pos.)
 - Niedrigere wahrgenommene Autonomie und höher wahrgenommene Kohäsion als Geschwister (Karwautz A et al. European Child & Adolescent Psychiatry 12 (2003): 128-135)
- Coping: hohe Fluchtvermeidung, niedrige Suche nach sozialer Unterstützung, geringe entschlossene Problemlösung (Ghaderi & Scott, 2000)



AN - Neuropsychologie

- Beeinträchtigte kognitive Fähigkeiten
- auditorische Erinnerungsleistung
unabhängig von Bedürfniszustand (hungrig)
(Pietrowsky,2000)
- beeinträchtigte haptische Wahrnehmung mit
EEG-Veränderung (geringere Theta-power
re. parietal) (Grunwald et al., 1999)

AN - somatische Probleme



- **Knochendichte** (z.B. Schlamp et al., 1994)
- **Östrogenmangel (rel. Testosteronüberschuß)**
- **Hirn“Pseudo“atrophie** (z.B. Hentschel et al., 1995)
- **Leptinsekretion trennt zw. AN und BN**
(Wewetzer et al., 1998)

AN/BN - Diagnostik 1

- Verhaltens- & Konfliktanalyse
- Verhaltensbeurteilung (CBCL, YSR, TRF)
- Psychopathologische Einschätzung (S/PAPa,cs; psych.Befund)
- Persönlichkeitsstruktur
([HANES](#),KJ; [AFS](#); [VIJ-S](#); [KBP](#); J-[TCI](#))
- Eating Disorder Inventory, Eating Attitudes Test, etc.
- Intelligenz- & Teilleistungsdiagnostik

AN/BN - Diagnostik 2

- Interner, neurologischer und gynäkologischer Befund
- Labor: BB, BZ, Elyte, Ca, Fe, Ph, Mg, Harnst, Krea, Transaminasen, Gesamt-Eiweiß, Cholesterin, Amylase, Lipase, Zi;
T3, T4, TSH, Prolaktin, Östradiol, Testosteron, DHEA-Sulfat, Androstendion
- EKG, EEG, NMR
- Knochendichte (längerer Verlauf)

AN/BN - Behandlungsziele

- Vermeidung somatischer Komplikationen
- Gewicht ca.25. BMI-Altersperzentile (Hebebrand et al. 1996)
- Emotionale Stabilität (Herpertz-Dahlmann & Remschmidt 1990)
- Komorbidität integrieren
- Autonomie (Bruch)
- Soziale (schulische) Reintegration

AN/BN - Grundzüge der Behandlung

- Klarer Körper-Fürsorge-Plan
- Milieuthherapie: Keine Essensüberwachung - auf Wunsch Hilfestellung
- Gruppen- und Einzelpsychotherapie
- Ergo- oder Kunsttherapie
- Psychomotorik (Körperwahrnehmung)
- Ernährungsberatung
- Elternberatung /-Therapie

AN/BN - Behandlungssetting

- ambulant
- tagesklinisch
- **stationär:**
 - schwere Komorbidität
 - Gewicht < 85 % BMI-Grenze
 - somatische Komplikationen
 - Suizidgefahr
 - Selbstverletzungen/Substanzabusus
 - >familiäre Belastung
 - soziale Isolation

AN/BN - Körperplan

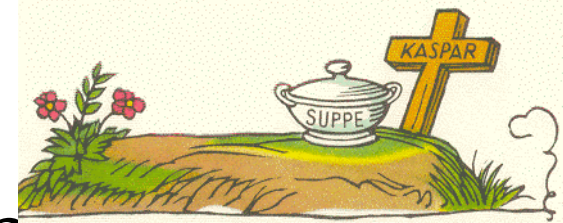
- Regelmäßige Gewichtskontrolle
- Kontrolle ausreichende Flüssigkeitszufuhr
- Essen in der Gruppe
- Kein Sport, keine längeren Wegstrecken
- Rollstuhl (Gewicht $<90\%$ stationär erford.)
- Bettruhe (Gewicht $<90\%$ Rollstuhlgew.)
- Calciumzufuhr (>1200 mg/d)

AN/BN - Psychoplan

- Teilnahme an Therapien und Schule soweit körperlich möglich
- Wochenendbeurlaubungen soweit körperlich und von Eltern möglich
- Östrogensubstitution: >6 Mon. Amenorrhoe; BMI < 3. Perzentile; Pubertätsstad. I-III
- ggf. SSRI (z.B. Fluoxetin (Fluctin®) oder Fluvoxamin (Fevarin®))

AN/BN - Elternplan

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



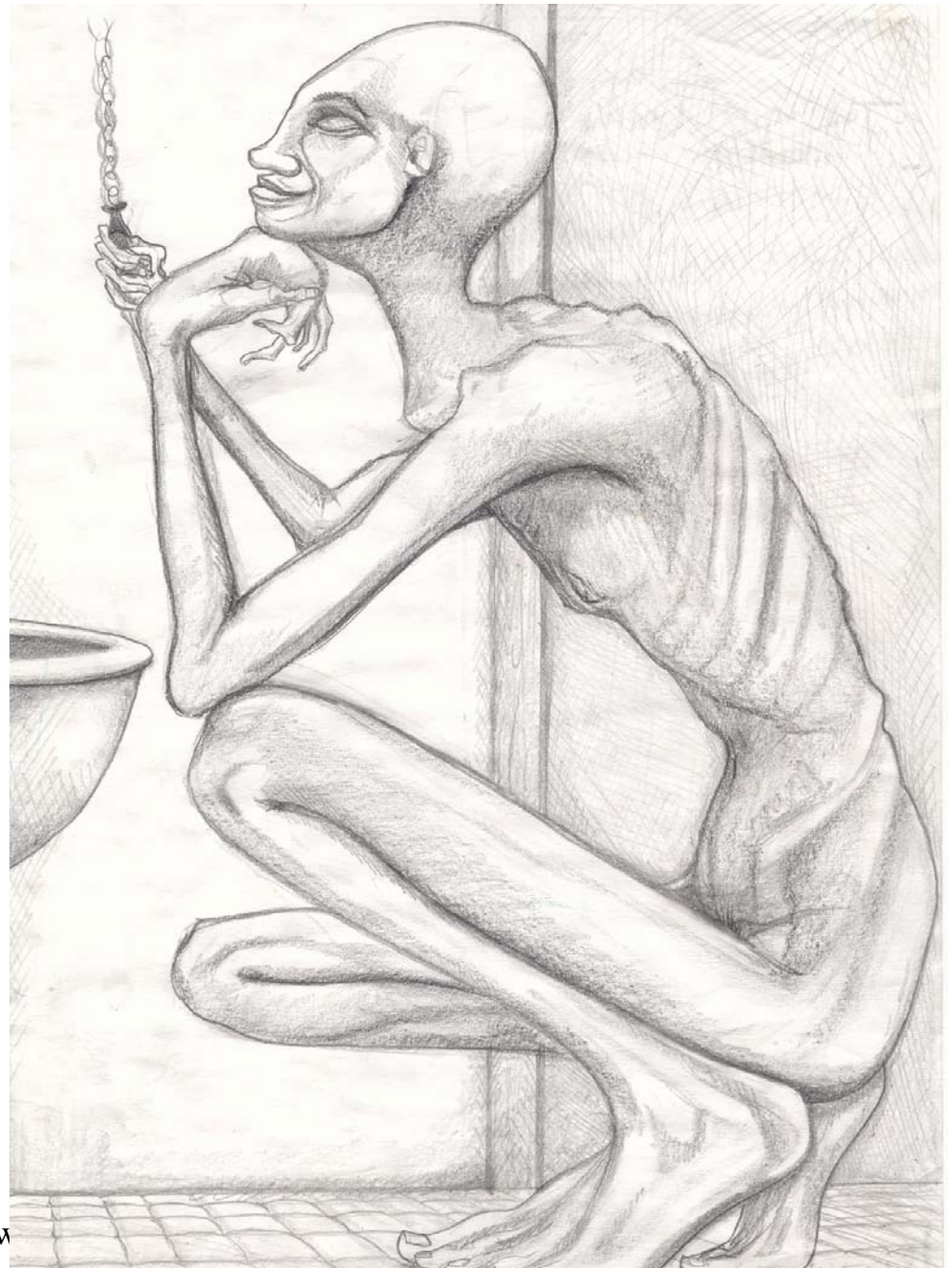
AN - Prognose

- Ca. 50 % bzgl. Gewicht und Menstruation auffällig
- ca. 60 % soziale und sexuelle Auffälligkeiten
- v.a.: depressive Verstimmungen (ca.50%)
übersteigertes Schlankeitsideal
Angst vor Gewichtszunahme
- Mortalitätsrate 0,5 - 1 % /Jahr Beobacht.
- <35 kg 15mal höher
- 30 - 50 % Suizid
- Komplikationen der Abmagerung und/oder Laxantien-/Diuretika-abusus (Köhle et al. 1996)

Finzer P, Nafn M, Mittel M, Müller L, nach Mittel
Küppers M, 1998

Bulimia nervosa

Bulimie Dynamik



29.06.2006

ww

BN - Diagnose

- Wiederholte Episoden von „Fressattacken“ bzw. „Heißhunger“: große Mengen - Gefühl Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren
- Wiederholte Anwendung von: selbstinduziertem Erbrechen, Laxantien, Diuretika, Klistiere etc. bzw. Fasten oder übermäßige körperliche Betätigung

BN - somatische Probleme

- Blutiges Erbrechen
- Ösophagitis
- K^+ -Verlust
- Karies und Parodontose
- Russell's Zeichen (Handrücken)

Bulimia nervosa - Prognose

- ~ 5 % nach 5 Jahren tot (Suizid)
(Leitz, 1994)

Adipositas

Adipositas-Psychodynamik

Das erste, was bei einer Diät abnimmt ist die gute Laune. *Gerd Fröbe*

- Essen als „legale“ Droge
- Form der Wohlstandsverwahrlosung
- Körperbildstörung (eigener Körper hässlich)
- Aggression gegen sich selbst (Kummerspeck)
- Schaffung von Distanz, „Fettmauer“

Körpergewicht & Körperform

Buddeberg-Fischer 2000

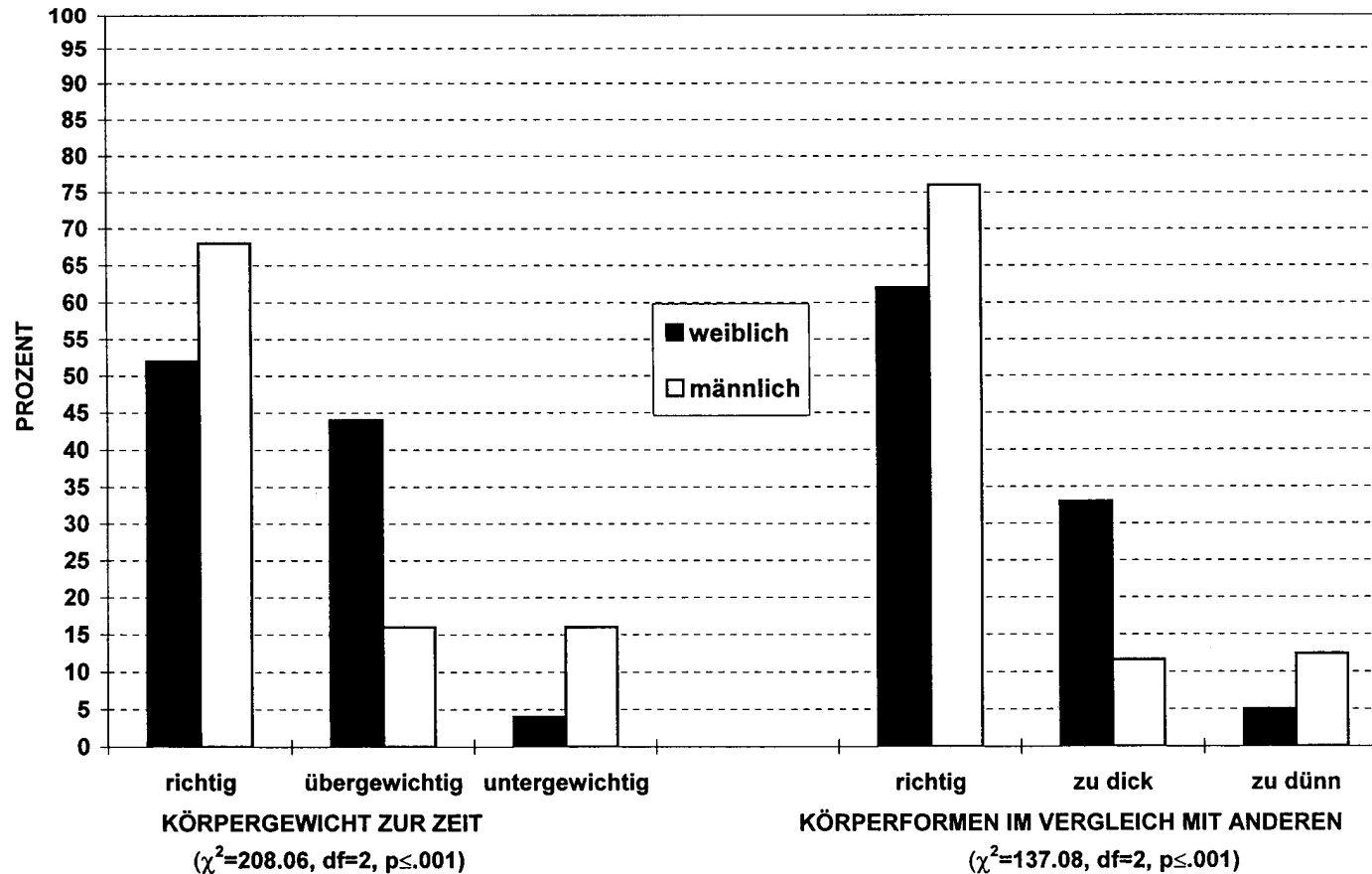


Abb. 4-4: Subjektive Beurteilung des Körpergewichts und Einschätzung der eigenen Körperformen im Vergleich mit anderen (weibliche Jugendliche n = 1113 / 1108; männliche Jugendliche n = 827 / 822)

Essen und Psyche

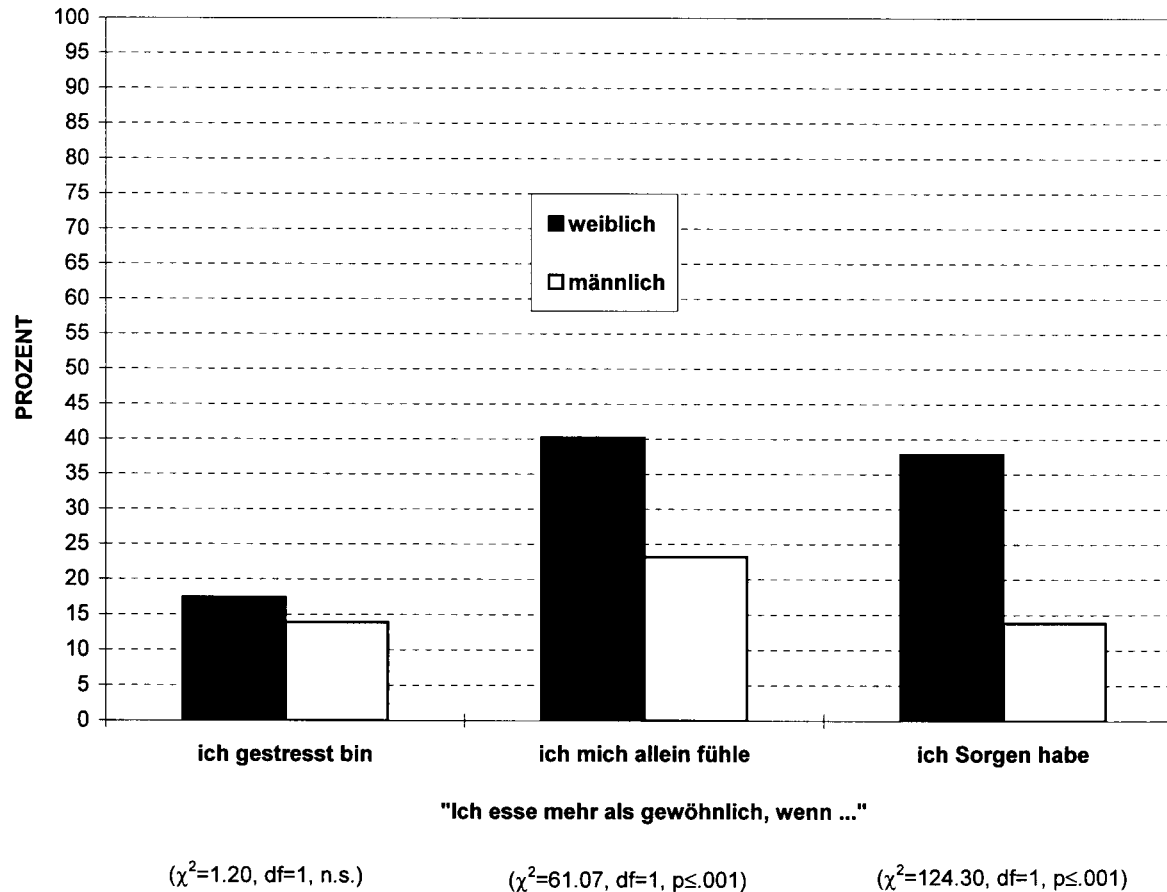


Abb. 4-8: Belastungen und Essverhalten (weibliche Jugendliche n = 1090; männliche Jugendliche n = 813)

Adipositas-Erziehung

- Entkoppelung von Hunger und Nahrungsaufnahme durch „Stillen“ bei jeder Äußerung von Unwohlsein → Frustration wird zum Drang nach Essen
- Vermehrte Entwicklung von Fettzellen durch Überfütterung in Säuglingszeit
- Liberale Reaktion auf kindliche Masturbation führt zu A., Entsetzen zu Zwangsstörung, Erotisierung zu Anorexie
[R. Binswanger (1996) *Psyche* 50, 644-670]

Ist Adipositasprävention möglich?

M. Mast et al. (2000) *Kindheit und Entwicklung* 9(2), 108-115

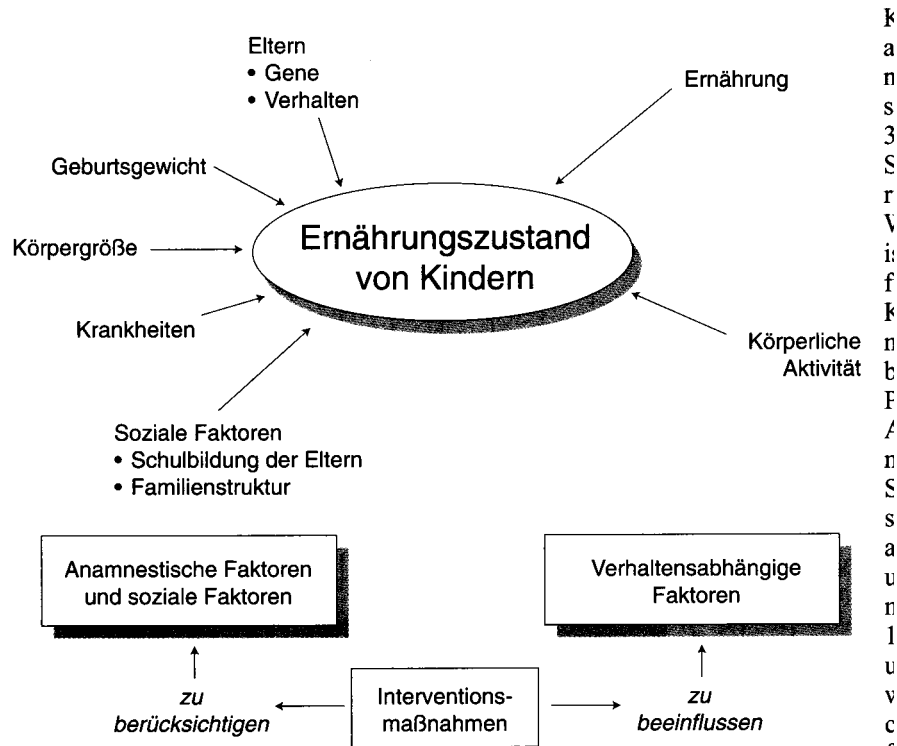


Abbildung 1. Einflußfaktoren auf den Ernährungszustand von Kindern

K
a
n
s
3
S
r
V
i:
f
k
n
b
F
A
n
S
s
a
u
n
l
u
v
c
f
s

Kieler Adipositas-
präventions-
studie (KOPS);

Über Schüler und
Lehrer zu
Familien mit
adipösen oder
„präadipösen“
Kindern

Dreier Therapie

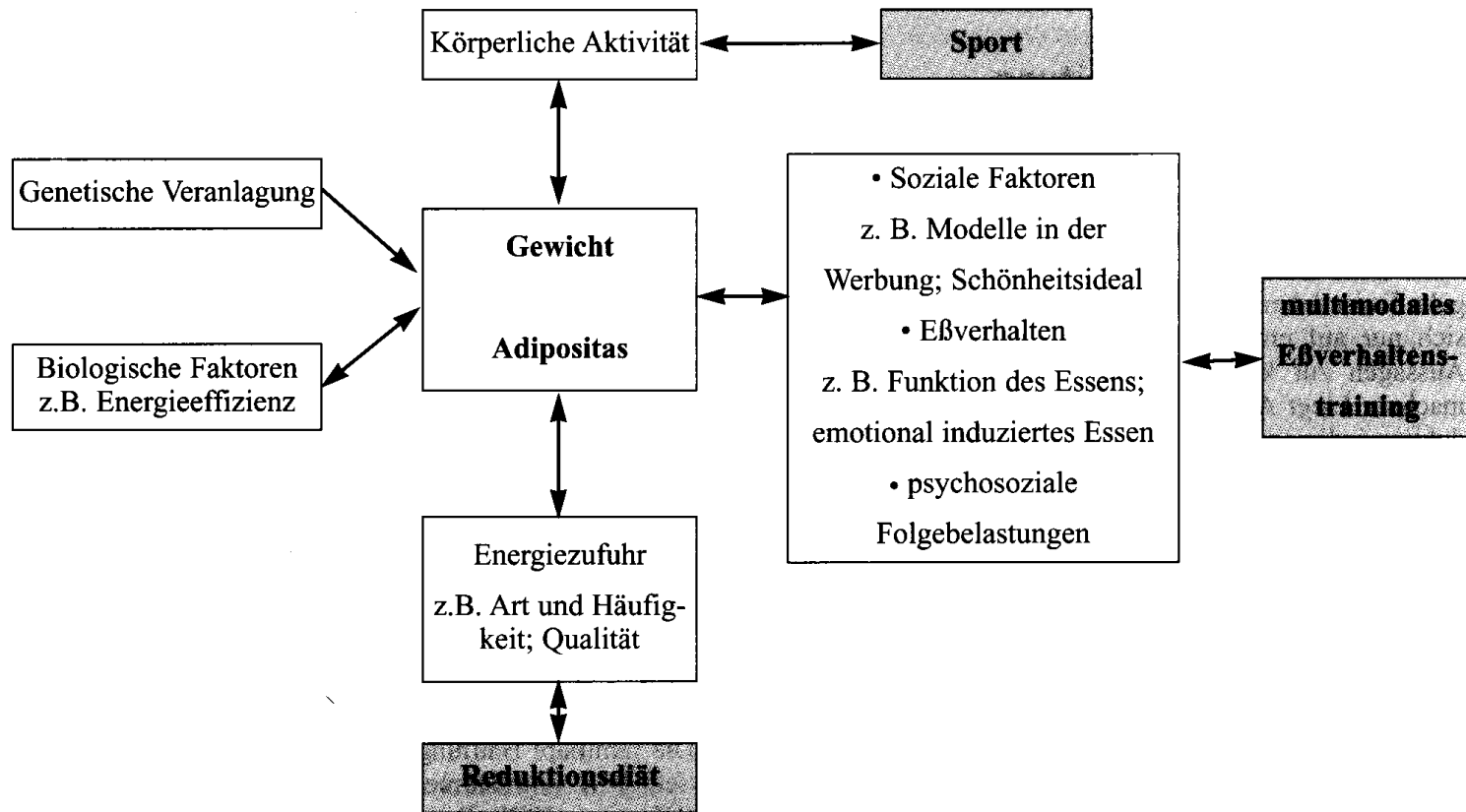


Abbildung 1. Einflußfaktoren auf die Entstehung und Aufrechterhaltung der Adipositas (zitiert nach Fichter & Warschburger, 2000, S. 575)

Orthorexia nervosa

Steven Bratman, Michael Kunze GA180504(29)

- Krankhafte Fixierung auf gesundes Essen
 - Ständiges beschäftigen mit Essen
 - Planung der Nahrungsaufnahme Tage im Voraus
 - Schuldig fühlen, wenn sie ihren Ernährungsplan nicht einhalten
 - Selbstbestrafung für Ausrutscher mit noch härteren Regeln
 - Kontrollwahn
 - Verachtung der Normal-Esser
 - Vermeidung von Fremdessens (Kantine, Restaurant), mitnehmen „seines“ Essens

Prävention

Warum Prävention?

- Lebenszeitprävalenz für Essstörungen ca. 0,8 – 3 % (Jacobi et al. 2004)
- Zunehmende Inzidenz in den westlichen Industrienationen (Hoek und Hoeken 2003)
- Lebenszeitprävalenz für subklinische Essstörungen bis zu 18 % (Kjelsas et al. 2004)
- Ernste, teilweise irreversible Konsequenzen (Mortalitätsrat 6 – 18 %)
- Behandlungen sind in ca. 25 – 30 % nicht erfolgreich

Anzeichen

- Kalorienzählen, ständiger Bewegungsdrang (cave! Sport)
- Häufiger Toilettenbesuch, Stimmungsschwankungen
- Essen außerhalb der Pausen

Vorsorge

- Essen als Thema im Biologie-, Sozial- und Ethik(Religions)-Unterricht
- Elternabende und Schulversammlungen mit externen Referenten zum Thema

1. Hilfe!

- An sprechen unter 4 Augen
- Hinzuziehen der Eltern
- Empfehlung zur Psycho-Diagnostik

Fragen

- Nennen Sie die Hauptsymptome der Anorexia nervosa
- Welche typischen Verhaltensweisen zeigen anorektische Personen?
- Welche Faktoren können Übergewicht beeinflussen?