

# Essstörungen in der Allgemeinpraxis

Dr. med. Jürgen Junglas, Bonn

Diplom-Psychologe, Arzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie,  
Psychotherapeutische Medizin; Suchtmedizinische Grundversorgung

## Essenskultur

### 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
- **Bulimia nervosa (F50.2)**
  - DSMIV-Typen (307.51): „Purging“-Typus  
„Nicht-Purging“-Typ
- **Adipositas**
  - BMI >30 ~86,7 kg/170 cm
- **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)**
- **nrb Anorexia oder Appetitverlust (R63.0)**

### Essstörungen-Ursachen

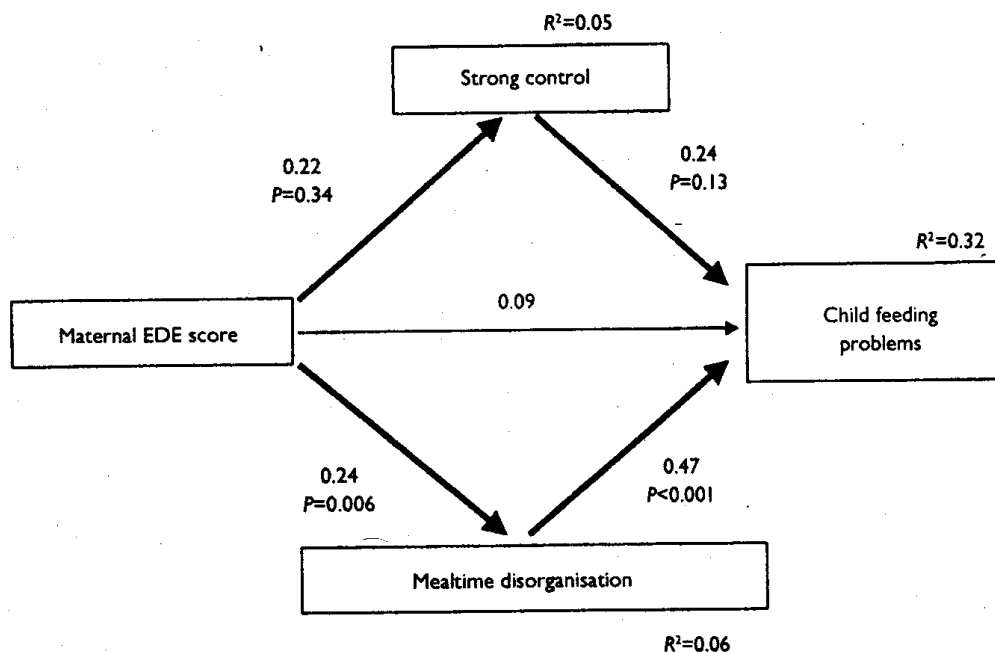
- **Hirnerkrankung (z.B. hormonaktive Tumoren)**
- **Essstörungen sind**
  - Genetisch determinierte
  - Psychosomatische Erkrankungen
  - Im Rahmen der Adoleszenz (Beginn)
  - Häufig verbunden mit weiteren psychischen Störungen

### Essstörungen - Prävalenzen

- Anorexia nervosa:
  - 0,3 % der 15 - 19jährigen Mädchen;
  - Risikogruppen (Ballet-schülerinnen): 5 - 7 %;
  - Altersgipfel 14-18 J.
  - Erkrankung nimmt in der westlichen Welt zu
- Bulimia nervosa:
  - 2 - 4,5 % junge Frauen
  - Altersgipfel 18 Jahre
- Adipositas:
  - 22 % der Jungen
  - 20 % der Mädchen

(Maaser, 1976; N=4000)

## Essgestörte Mutter → Fütterstörung



**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

### Essstörungen - Prognose

- Anorexia nervosa
  - 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)

• **Bulimia nervosa**

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

## 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	15,8 %	2,8 %
BITE Bulimic Investigatory Test of	4,1 %	0,3 %
BAT (Body Attitudes	45,5 %	8,6 %
SCL-90-R	Hoffnungslosigkeit: 44,3 %	30,5 % 25,3 %
AQ	Korreliert hochsignifikant ( $P < 0.0001$ ) mit EAT, BITE, BAT	

### Essstörungen-gender mainstream

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

### Essstörungen-Komorbidität

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

### Essstörungen - Aspekte

- Störung des Ess-**Verhaltens**
- Abwehr körpernaher Emotionen
- **Psychosomatische** Störung
- Körper als Objekt
- Abhängigkeit von Ernährungssituation
- genetische Komponenten

## Bulimie Dynamik

### 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. (n = .008)
Verabredungen letzter Monat	28,6 %	63,2 %
Interesse an Verabredung	60,7 %	89,5 %
Sexualität: Ekel, kein Interesse	76,7 %	39,1 %

### Essstörungen - Konzepte

- Symptom affektiver Störung
- Sucht
- Impulskontrollstörung
- funktionales Verhalten (konditioniert)
- gestörte Kognitionen
- Hinweis auf pathologische Familiendynamik
- Dissoziation

- Frauen aufgezwungene Sozialisation

## Vorbilder!?

## Essstörungen & Perfektionismus

- Sorge was falsch zu machen
  - Assoziiert mit AN und BN
- Zweifel am eigenen Handeln
  - Assoziiert mit Ess- und Angststörungen

### AN - Diagnose

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

### 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

### 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, Phosphat

- EKG, EEG, NMR
- Knochendichte (längerer Verlauf)

## AN - typische Konstellationen

- Intelligente Mädchen
- hohes Kontrollbedürfnis (Intellektualisierung)
- überfordernde Selbst-erwartungen
- 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)

## BN - somatische Probleme

- Blutiges Erbrechen
- Ösophagitis
- K<sup>+</sup>-Verlust
- Karies und Parodontose
- Russell's Zeichen (Handrücken)

## 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
- Milieuthérapie: 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
  - Phosphat erhöht

## 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

Finzer P, Haffner J, Müller-Küppers M;1998

- Ca. 50 % bzgl. Gewicht und Menstruation auffällig
- ca. 60 % soziale und sexuelle Auffälligkeiten
- v.a.: depressive Verstimmungen (ca.50%)  
übersteigertes Schlankeitsideal

Angst vor Gewichtszunahme

- N=41; Mittel 15;2 J., nach Mittel 5;3 J.

## Orthorexia nervosa (Healthfood Junkies)

Steven Bratman, Michael Kunze GA180504(29)

- Krankhafte Fixierung auf „richtiges“ 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