

Essstörungen

Doz.Dr.Maria Steinbauer

Historische Entwicklung

Berichte gibt es vermutlich schon im alten Ägypten

1689 Richard Morton: erste detailgerechte Beschreibung einer Anorexia nervosa

1873 Charles Laseque (Frankreich)

1874 Sir William Gull (England)- Anorexie wird als medizinisch relevante Erkrankung wahrgenommen.

1900 zahlreiche Fallberichte

1914: Magersucht als Erkrankung der Hypophyse aufgefasst (Simmonds)

Bulimia nervosa erstmals 1979 von Gerald Russel beschrieben.

Es handelt sich dabei **nicht** um eine **Störung des Ernährungsverhaltens** oder des **mangelnden Willens**, sondern um eine **psychosomatische Erkrankung mit Suchtcharakter**.

Essstörungen:

- **Anorexia nervosa**
- **Bulimia nervosa**
- **Atypische oder nicht näher bezeichnete Essstörung:** nicht alle Kriterien eine Bulimie oder Anorexie sind erfüllt
- **Binge Eating Disorder**
 - Over Eaters
 - Emotional Eaters
- **(Adipositas):** Phänomen unserer Gesellschaft
- **Orthorexia nervosa**

Anorexia nervosa /Bulimia nervosa

- **Übermäßige Fixierung** auf
 - Essen, Figur, Gewicht
- **Auffälliges Eßverhalten:**
 - Fasten, Heißhungerattacken
- **Störung der Körperwahrnehmung**
- **Ignorieren anderer Lebensbereiche**

Folgeschäden, Komorbidität mit Depression

Anorexia nervosa

Symptome.

- starke Furcht vor dem Dickwerden
- Störung des Körperschemas
- extreme **absichtliche** Gewichtsabnahme (BMI<17,5)
- Vermeidung, Verzicht auf Nahrung
- extrem langsames Essverhalten, Rituale
- selbstinduziertes Erbrechen/Abführen

- keine körperliche Erkrankung
- übertriebene körperliche Aktivität (hyperaktiv und kontaktgestört)
- Appetitzügler und/oder Diuretika
- häufig Magenbeschwerden/Völlegefühl
- **Endokrine Störung**
- **Mangelnde Krankheitseinsicht**
-

sec. Amenorrhoe, Lanugobehaarung

häufig auch Episoden von Bulimie-

Untergruppen

- Restriktive Form:
Fasten, körperliche Aktivität
Zusätzlich:
Erbrechen, Laxantienabusus
- Mit bulimischen Attacken

Diagnostische Kriterien

- Kriterium-A
Die Betroffene hält ein Körpergewicht aufrecht, daß unter dem Minimum des für das Alter und der Körpergröße normalen Gewichtes liegt. Das Minimum liegt definitionsgemäß bei 85% des Normalwertes (ermittelt aus internationalen Life Insurance Tabellen) oder bei einem Body Mass Index von weniger als 17,5 kg/m². (Der Body Mass Index berechnet sich als Gewicht in kg durch Körpergröße in m²).
- Kriterium-B
Große Angst vor Gewichtszunahme oder dem Dick werden. Diese Angst nimmt bei Gewichtsabnahme nicht ab, sondern wächst stetig weiter.
- Kriterium-C
Das Erleben und die Bedeutung des Körpergewichtes und der Figur sind gestört. Manche Betroffene empfinden sich als übergewichtig; manche erleben sich als dünn, sind aber überzeugt, daß gewisse Körperpartien (z.B. Bauch, Gesäß, Hüften) zu dick sein. Häufiges Wiegen, Abmessen von Körperpartien, ständiger Blick in den Spiegel nehmen zwanghafte Ausmaße an. Das Selbstwertgefühl ist an das Körpergewicht gekoppelt. Gewichtsverlust ist eine beeindruckende Leistung, Gewichtszunahme Versagen der Selbstkontrolle. Die schweren medizinischen Konsequenzen der Mangelernährung werden verleugnet.

- Kriterium-D
Amenorrhoe (Ausbleiben der Menstruation als Indikator für eine physiologische Dysfunktion - Ursache ist die extrem reduzierte Östrogenausschüttung durch Verminderung der Hypophysentätigkeit).

Prävalenz: 0,5 -1%

Mortalität:	12%
Chronische Verläufe	40%
Chronische Psychosen	10%

BMI = Gewicht in kg/ (Größe in m)²

< 14	Lebensbedrohlich
< 17,5	Anorektisch
19 - 25	Normalgewichtig
> 30	Adipös

Persönliche Risikofaktoren

- Weibliches Geschlecht (20:1)
- Diäten (ein Drittel vorher leicht übergewichtig)
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Große Geschwisterrivalität
- Perfektionismus, Überangepasstheit „perfektionistische Musterkinder“
- Belastende, schambesetzte Erlebnisse

Familiäre Risikofaktoren

- Gestörtes Essverhalten der Eltern
- Familiäre psychiatrische Störungen
- Fassadenfamilie, Konfliktvermeidung
- Grenzverletzender Interaktionsstil
- Starker Erwartungsdruck, Leistungsorientierung

Soziale Isolation

Erklärungsmodelle für Anorexie

- Konflikt zwischen Autonomie und Anpassungswünschen
- Abwehr sexueller Bedürfnisse bzw. weiblicher Rollenmuster
- Nahrungsverweigerung als Kampf gegen den Wunsch nach Annäherung

Risikofaktoren: Anorexie

- Weibliches Geschlecht (90-95%)
- Gehäuftes Vorkommen in Familien (Auffälligkeit der Neurotransmittersysteme)
- Häufiger Schwangerschaftskomplikationen
- Kindliche Angststörungen
- Niederer Selbstwert

- Perfektionistische Haltung
- Hohe Sensitivität für Umwelteinflüsse
- Familie: Probleme mit Adoleszenz, zunehmende Unabhängigkeit, erwachende Sexualität
- Reaktualisierung früherer sexueller Traumata,

Prädiktoren für ungünstigen Verlauf

- Erbrechen
- Starkes Untergewicht
- Frustrane Therapieversuche
- Störungen des Familienklimas
- Verheiratetsein

Anorexia nervosa:Verlauf

4 Jahre nach Therapiebeginn:

- 43% gut gebessert
- 28% mäßig guter Zustand
- 24% schlechter Zustand
- 5% verstorben

Langzeitverlauf nach 20-24 Jahren
Mortalität bis 20%

Bulimia nervosa

Typischerweise nehmen die Frauen ihr bulimisches Eßverhalten als **gestört** wahr, leiden nach den Heißhungeranfällen unter **depressiver Verstimmung, Selbstvorwürfen und Schuldgefühlen.**

Symptome

- Heißhungerattacken - mind.2x/Woche, 3Monate
- Kontrollverlust.
- Selbstinduziertes Erbrechen und/oder Abführmittelmißbrauch, strenges Fasten
- Gewichtsschwankungen
- Depression und Selbstentwertung
- Großer Leidensdruck – Therapiebereitschaft

Subtypen der Bulimia nervosa

- **PURGING Typ** („Reinigung“); regelmäßiges Erbrechen, Laxantien und/oder Diuretikaeannahme-
- **NON-PURGING Typ** Gewichtsreduktion durch Fasten und/oder körperliche Betätigung

Diagnostische Kriterien:Bulimia nervosa

Kriterium A: Wiederholte Episoden von Freßattacken, wobei eine Fressattacke sich definiert wie folgt:

Verzehr einer erheblich größeren Nahrungsmenge als normal innerhalb von

einem Zeitraum von maximal zwei Stunden, begleitet von dem Gefühl, die Kontrolle zu verlieren (Kontrolle über die Menge, Art der Nahrungsmittel wie auch darüber, den Anfall beenden zu können).

Kriterium B: unangemessene Maßnahmen, um einer Gewichtszunahme vorzubeugen

Kriterium C: Fressattacken und Kompensationsverhalten bestehen mindestens drei Monate mit einer durchschnittlichen Häufigkeit von 2 Anfällen pro Woche

Kriterium D: Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl

Kriterium E: Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer Anorexia Nervosa auf

Bulimia nervosa ICD10

- **Andauernde Beschäftigung mit dem Essen:**
Heißhunger – Eßattacken
- **Selbstinduziertes Erbrechen**, Fastenperioden, Abführmittel, Diuretika
- **Krankhafte Furcht**, dick zu werden
- In der Vorgeschichte **anorektische Episoden**

Prävalenz für eine klinisch manifeste Bulimia. nervosa 3%.

Personen, die an Bulimia nervosa leiden, sind in der Regel normalgewichtig. Zwischen den Fressattacken schränken Bulimikerinnen gewöhnlich ihre Kalorienzufuhr ein (Leichtmenüs etc.)

Bei 50 % der Betroffenen finden sich depressive Verstimmungen und Angststörungen. Substanzmißbrauch (Abführmittel, Alkohol und Stimulantien) ist ebenso häufig zu beobachten.

Ein Drittel aller Patientinnen weist Merkmale einer Persönlichkeitsstörung (insbesondere Borderline-Störung) auf.

Besorgnis über äußere Erscheinung, bes. sexueller Attraktivität

Risikofaktoren für Bulimia nervosa

- Weibliches Geschlecht (90% Frauen)
- Anorexia nervosa Anamnese (ein Drittel bis Hälfte)
- Diät(erhöht die Wahrscheinlichkeit auf das Achtfache)
- Kindliche Adipositas
- Störung des Serotoninhaushaltes
- Selbstwertproblematik
- Soziale Phobien
- Familie: starkes elterliches Kontrollverhalten, Fehlen von Wärme,
- Körperlicher und sexueller Mißbrauch

- Affektive Störungen
- Alkohol und Essstörungen bei anderen Familienmitgliedern

Unterschiedliche Erklärungsmodelle :

Erklärungsmodelle für Bulimie

- Depressionsmodell
- Suchtmodell (Wooley und Wooley, 1981)
- Angstmodell
- Konfliktorientiert - psychodynamisches Modell
- Familientherapeutisches Modells
- Feministischer Ansatz

Bei 50 % der Betroffenen finden sich depressive Verstimmungen und Angststörungen. Substanzmißbrauch (Abführmittel, Alkohol und Stimulantien) ist ebenso häufig zu beobachten.

Binge eating disorder

Binge: „Orgie“, Gelage

Deutliches Leiden wegen der Fressanfälle

Wiederholte Episoden von Fressanfällen mit Kontrollverlust

Keine Maßnahmen, die einer Gewichtszunahme entgegenwirken

Binge-Eating-Disorder (DSM IV)

Die Episoden dieser Fressanfälle erfüllen mindestens 3 der folgenden Punkte:

- Wesentlich schnelleres Essen als normalerweise
- Essen bis zu unangenehmen Sättigungsgefühl
- Essen großer Nahrungsmengen ohne Hungergefühl
- Allein Essen aus Verlegenheit (Scham) darüber, so viel zu essen
- Ekelgefühle, Depressionen oder ein schlechtes Gewissen nach dem Überessen

Die Fressanfälle treten seit 6 Monaten durchschnittlich 2x Woche auf
Wiederholte Episoden von Fressanfällen mit Kontrollverlust (innerhalb einer bestimmten Zeitspanne, z.B. zwei Stunden wird eine größere Nahrungsmenge gegessen, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden)

Auslöser für Essstörungen

- familiäre Schwierigkeiten
- Pubertät
- Verlust von Bezugspersonen
- Schulwechsel oder Umzug
- starke Leistungsorientiertheit
- superschlankes Schönheitsideal

Folgen von Essstörungen

Starvationssyndrom

- endokrine Veränderungen
- Osteoporose
- Hämatologische Veränderungen
- Leberfermenterhöhungen, Hypercholesterinämie
- Cerebrale Pseudoatrophie

Folgen von Heißhungerattacken

- Elektrolytveränderungen – Herzrhythmusstörungen
- Dehydration- irreversible Nierenschädigung
- Zahnschäden, Magenerweiterung, Ösophagitis
- Ulcera, Rhagaden
- Sialadenose, Ösophagitis,
- Hämatemesis, Magenwandperforation, Peritonitis
- Narben am Handrücken (Russel's sign)

Transdiagnostisches Modell (Christopher Fairburn, Oxford):

Scharfe Trennung von Anorexie und Bulimie wird aufgehoben.- es wird von einem fließenden Übergang ausgegangen.(30% geht eine Anorexie in eine Bulimie über , manche Menschen leiden unter abwechselnden Phasen)

Magersucht und Bulimie als Entwicklungsstörungen

- **Erwachsenwerden:** Magersucht beginnt meist zwischen 13. und 20.Lj.
Angst vor dem Erwachsenwerden, den körperlichen Veränderungen,
- **Sexuelle Entwicklung:** ängstigende sexuelle Wünsche reduziert
- **Ablösung aus dem Elternhaus-**
- **Typische Familiendynamik** konnte nicht nachgewiesen werden,
problematische Familienstrukturen haben Einfluss auf Verlauf,
- **Selbstwertproblematik:** starke Leistungsorientiertheit,
Schwierigkeiten mit Gefühlen wie Wut, Enttäuschung,

Rolle heutiger Schönheitsideale

Eigener Körper wird zum Problemfeld- das Bemühen um ihn kann von schwierigen inneren Zuständen ablenken und kurzfristig Halt geben
Zunehmende Vermarktung eines immer strengeren Schönheitsideals führten zu einer Zunahme der Bulimieerkrankungen, nicht der Magersucht

Gefahren des World Wide Web

„Pro-Ana“ und „Pro-Mia“ entstanden Ende der 90er Jahre, ab 2002 sprunghafter Anstieg dieser Seiten
Typische Inhalte: „Anas Gebote“ Du sollst nicht essen, ohne Dich schuldig zu fühlen, Dünn sein und nicht zu essen, sind die wahren Zeichen von Kraft und Erfolg, egal wie dünn du bist, du könntest noch dünner sein
Gesetze, welche Nahrungsmittel gegessen werden können
Wie man die Störung verheimlichen kann
Bereiche mit Tips und Tricks wie man Hunger aushalten kann
Bilder – Vorbilder
Gedenkbereich für Leute , die es „geschafft“ haben und gestorben sind

Ess- Störung als Verhaltenssuchte

Zwang bzw. unwiderstehlicher Drang etwas zu sich zu nehmen, verminderte Kontrolle über das eigene Verhalten. Vernachlässigung anderer Interessen.

Ess-Störung als Folge sexueller Traumatisierung

Wahrscheinlichkeit erhöht,: Essen wird bedrohlich erlebt als etwas Fremdes in den Mund nehmen- Ekelhaftes – Wut und Abscheu – Erbrechen, in der Toilette herunterspülen, symbolischer Charakter – Reinigung

Die Rolle von Sport

Bei Hochleistungssportlern Risiko für Essstörung erhöht(13,5% gegenüber 4,6% bei Menschen ohne Leistungssport)
Zwang körperlich aktiv zu sein,- Hungersituation – Hyperaktivität
80% der Menschen mit Magersucht, 50% mit Bulimie zwingen sich körperlich aktiv zu sein.

Adipositas

Keine Essstörung (deshalb auch im DSM IV nicht klassifiziert)
Psychopathologische Befunde wie Depression, Binge-Eating-Disorder sind Folge der Adipositas, nicht Ursache

- stärkere Außenreizabhängigkeit

Tiefenpsychologisch:

- Ersatz für Zuwendung
- Abwehr von Unlustgefühlen und Gekränktsein
- Regression

Adipositas = Folge aus evolutionsbiologischem Programm und Diätproblem
Korrelation zwischen BMI und Fettverzehr

- Genetische Einflüsse
- Umgebung
- Lebenssituation
- Seelische Befindlichkeit.

Risikofaktor: Stress: Probleme am Arbeitsplatz, Armut, Mobbing , Alleine leben

Gestörtes Sättigungsgefühl: internes Regulationsgefühl wird im Laufe des Lebens oft abtrainiert: -erst aufhören, wenn der Teller leer ist

Zu kontrolliertes Essen: interne Regulationsgefühle werden überfordert und außer Kraft gesetzt

„**Night – Eating Syndrom**“: mehr als die Hälfte ihrer Nahrung wird nach dem Abendessen genommen.

Essen wird benutzt, um negative Befindlichkeiten zu regulieren

Umgang mit adipösen Patienten: nicht beschämen! Ziele setzen im Bereich des Möglichen (eine Bushaltestelle früher aussteigen)

Therapie

- Verhaltensmanagement
- Ziel: Stabilisierung eines erniedrigten Gewichtes
- Negative Energiebilanz (=Kcal reduzieren)
- Gewichtsreduktion
- Erlernen von “flexibler Kontrolle”

Orthorexia nervosa

1997 von Dr. Steve Bratman erstmals beschrieben.

- Streben nach möglichst gesundem Essen
- im Laufe der Erkrankung verbieten sich die Betroffenen immer mehr Lebensmittel, die sie als ungesund einstufen

Typische Symptome/Anzeichen für Orthorexia nervosa

- Stundenlanges Grübeln über Nährwerttabellen, Nachgrübeln über den Gehalt der aufgenommenen Nahrungsmittel
- Prüfen Vitamingehalt ,ev. Schadstoffe, versuchen immer "gesündere" Lebensmittel zu bekommen – auch wenn sie z.B. ihre [Hirse](#) in Afrika bestellen müssen
- Mangelernährung

- Gewichtsverlust
- ggf. Zwangsstörung und/oder Persönlichkeitsstörung
- Fühlen sich allen Personen, die ein normales Essverhalten zeigen, überlegen und verbringen immer mehr Zeit mit der Auswahl und der Zubereitung sowie der Einnahme ihrer Mahlzeiten.
- Vernachlässigen auch ihr soziales Umfeld.

Orthorexia nervosa : Folgen

- lebensbedrohlichem Gewichtsverlust, ähnlich wie bei der [Anorexie](#)
- Im Verlauf Schlaf- und Konzentrationsstörungen, Antriebslosigkeit und eingeschränkte Leistungsfähigkeit
- Betroffene versuchen, ihr soziales Umfeld zu missionieren und zu einem gesünderen Essverhalten zu animieren (Sendungsbewusstsein)
- Soziale Folgen. Oft bringen Betroffene von Orthorexia nervosa zu Feierlichkeiten unter bestimmten Vorwänden ihr eigenes Essen mit, da sie nicht mehr in der Lage sind, an einem gemeinsamen Essen teilzunehmen

Orthorexia Ursache

- Bedürfnis nach Kontrolle: Kontrolle, die in anderen Lebensbereichen verloren gegangen ist, wird wieder hergestellt.
- Kompensation von Ängsten und allgemeiner Verminderung des Selbstwertgefühls
- Betroffen sind meist gebildete Frauen zwischen dem zweiten und vierten Lebensjahrzehnt.
- Auslöser oft eine Diät zur Gewichtsreduktion oder eine diätetische Maßnahme im Zusammenhang mit einer (chronischen) Krankheit

Therapie

- Krankheitseinsicht
- Erlernen eines normalen Essverhalten
- Ziel: Mahlzeiten wieder entspannt erleben und dabei auch genießen können.
- Sich Gönnen von auch ehemals verbotene Nahrungsmittel, weil sie schmecken.

Anorexia /Bulimia nervosa:Therapie

Warnsignale zur Früherkennung von Essstörungen

- Nicht altersentsprechende Gewichtszunahme
- Gewichtsverlust, versteckt den Körper unter weiten Pullovern, Hosen
- Vermeiden das Essen mit Familie, oft jedoch für die ganze Familie gekocht, ohne am Essen teilzunehmen
- Aufnahme von großen Mengen Obst, aber kein Fett , Kohlehydrate
- Sehr langsames Essen, Nahrung in winzige Stücke zerschnitten
- Extreme Aktivität, stundenlanges Joggen, häufig im Fitnesscenter
- Übermäßiges Lernen bei Jugendlichen
- Große Nahrungsmengen verschwinden aus Kühlschranks oder Vorrat
- Toilette mehrmals täglich besetzt, auch nachts

- Laxantien werden wiederholt eingenommen.

I.PSYCHOTHERAPIE

- **Malgruppe**
- **Gesprächspsychotherapeutische Gruppe**
- **Einzeltherapie** (Kognitiv -verhaltenstherapeutische Strategien,
Psychodynamisch orientierte Therapie)
- **Tagesprotokoll**
- **Alternative Strategien** zur Spannungslösung
- **Familien- bzw. Paartherapien** : bei Bedarf

II: Psychopharmakatherapie : SSRI

III: DIÄTBERATUNG: Erstellung und Protokoll von Essensplänen

Ein weiterer Schwerpunkt im Therapiekonzept ist die Vernetzung des therapeutischen Teams.

Wie stellt sich nun der Therapieprozeß in der Integrativen Maltherapie dar?

I.PHASE DER SYMPTOMBEHANDLUNG:

Therapieziel ist in der initialen Phase zunächst die Regulierung des Eßverhaltens, wobei die Diätplanung und ein verhaltenstherapeutisch orientiertes Management im Vordergrund der Behandlung stehen.

verhaltenstherapeutisch orientiertes Management

- tägl. Eß - Brechprotokolle
- Verhaltens - und Gefühlsprotokolle

Spannungsreduzierende Strategien („Skills“) **alternative Strategien** („Skills“) zur

Spannungslösung ,

- Gewichtskontrolle ohne Vorankündigung
- Essen in Gemeinschaft

In dieser Phase haben die Patienten oft noch wenig Zugang zu ihrer Emotionalität und versuchen die Fassade zu wahren - jedoch finden auch Depression, „Ekel und Ohnmacht in den Bildern ihren Ausdruck

II.PHASE DER DARSTELLUNG UND/ODER DER KONFLIKTAKTUALISIERUNG:

Mit der **Vergegenständlichung** des Symptoms auf der Bildebene und/oder der **Verbalisierung** ihrer Störung in der Gruppe, erfolgt eine **Distanzierung**, gleichzeitig gewinnen sie einen **Zugang zu ihrer Emotionalität**

- **Auseinandersetzung mit dem Symptom**
- **Zugang zu verschütteten Gefühlen**

- **Entwicklung eines Problembewusstseins**
 - Identifizierung mit der Frauenrolle
 - Erinnerungen, Erfahrungen der Kindheit
 - aktuelle Probleme

Die Essproblematik tritt in dieser Phase in den Hintergrund – wird relativiert und schließlich als Ausdruck für verdrängte Gefühle, unbearbeitete Konflikte und inadäquate **Problemlösungsstrategien** begriffen.

•

III. Stabilisierungsphase:

- Identifizieren und Analyse von Triggersituationen
- Überprüfen der Stabilität
- Rückfallsprohylaxe

der Behandlungsschwerpunkt auf der Entwicklung des Selbstwertgefühl, dem Bewußtwerden der Eigenverantwortlichkeit und dem Erarbeiten effektiver Problemlösungsstrategien.

Entwicklung eines positiven Körpergefühls und der achtsame Umgang mit der eigenen Emotionalität.