

The background features several large, overlapping, hand-drawn style swirls in shades of purple, green, and light blue. Scattered throughout are numerous small, yellow, triangular shapes, some pointing towards the center and others pointing outwards, creating a dynamic and celebratory feel.

# **Seminar Ess- Störungen**

**Ätiologie, Diagnostik und  
Behandlung**

# Seminar: Essstörungen

- Symptomatik der Anorexia nervosa
- Symptomatik der Bulimia nervosa
- Symptomatik der Binge Eating Disorder
- Differentialdiagnostik
- Körperliche Folgeerscheinungen
- Testdiagnostik
- Epidemiologie und Verlauf
- Störungsmodell
- Therapie



# Ess-Störungen

- Anorexia nervosa
- Bulimia nervosa
- Binge Eating Disorder
- Adipositas



# Klassifikation

## Übergreifenden Kennzeichen von Essstörungen

- Drei psychopathologische Veränderungen (Hilde Bruch, 1973):
  - Störungen des Körperbildes (body image)
  - Lähmendes Gefühl der Hilflosigkeit und Ohnmacht
  - Gestörte Wahrnehmung der inneren Reize
- Symptome beziehen sich nicht auf das Essverhalten
- Zur Diagnostik operationalisiert sind deskriptive Kriterien, welche sich auf das Essverhalten beziehen.



# Anorexia nervosa



# Diagnosekriterien bei Bulimia nervosa

- Medizinisch bedrohliches Körpergewicht
- Körperschemastörung
- Endokrinologische Veränderungen
- Unterscheidung Subtypen

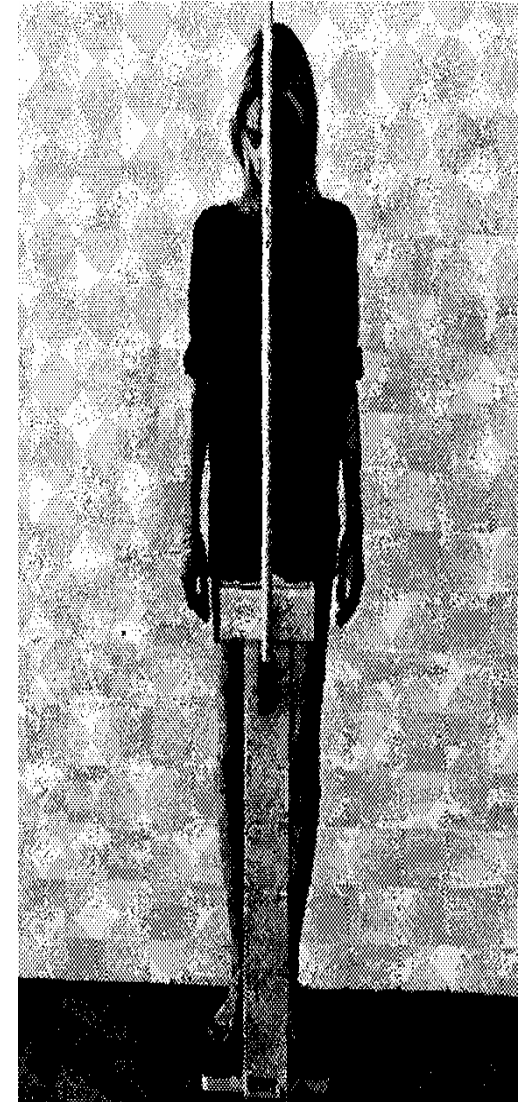
# Diagnosekriterien Anorexia nervosa - Körpergewicht

## DSM-IV

Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten

## ICD-10

Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts od.  
BMI < 17,5



# Diagnosekriterien Anorexia nervosa – Körperschemastörung I

## DSM-IV

Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, obwohl Untergewicht besteht.

## ICD-10

Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine der folgenden Möglichkeiten: selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivität, Diuretika- oder Appetitzüglermissbrauch.



# Diagnosekriterien Anorexia nervosa – Körperschemastörung II

## DSM-IV

Störungen in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Gewichts, übermäßige Abhängigkeit der Selbstbewertung von der Figur und dem Gewicht oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtig geringen Körpergewichts

## ICD-10

Körperschema-Störung mit der Angst, dick zu werden



# Diagnosekriterien Anorexia nervosa – Stoffwechselveränderungen

DSM-IV

Amenorrhoe seit mind. 3 Monaten bei Frauen

ICD-10

Endokrine Störungen (bei Frauen Amenorrhoe; bei Männern mit Libido- und Potenzverlust)

Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die pubertäre Entwicklung verzögert



# Diagnosekriterien Anorexia nervosa – Subtypen

**Nur DSM-IV:**

**Unterscheidung:**

- 1. restriktiver Typus:  
ohne regelmäßiges Auftreten von Fressanfällen**
- 2. Purging Typ:  
Auftreten von Fressanfällen oder Purging-Verhalten**



# Komorbidität

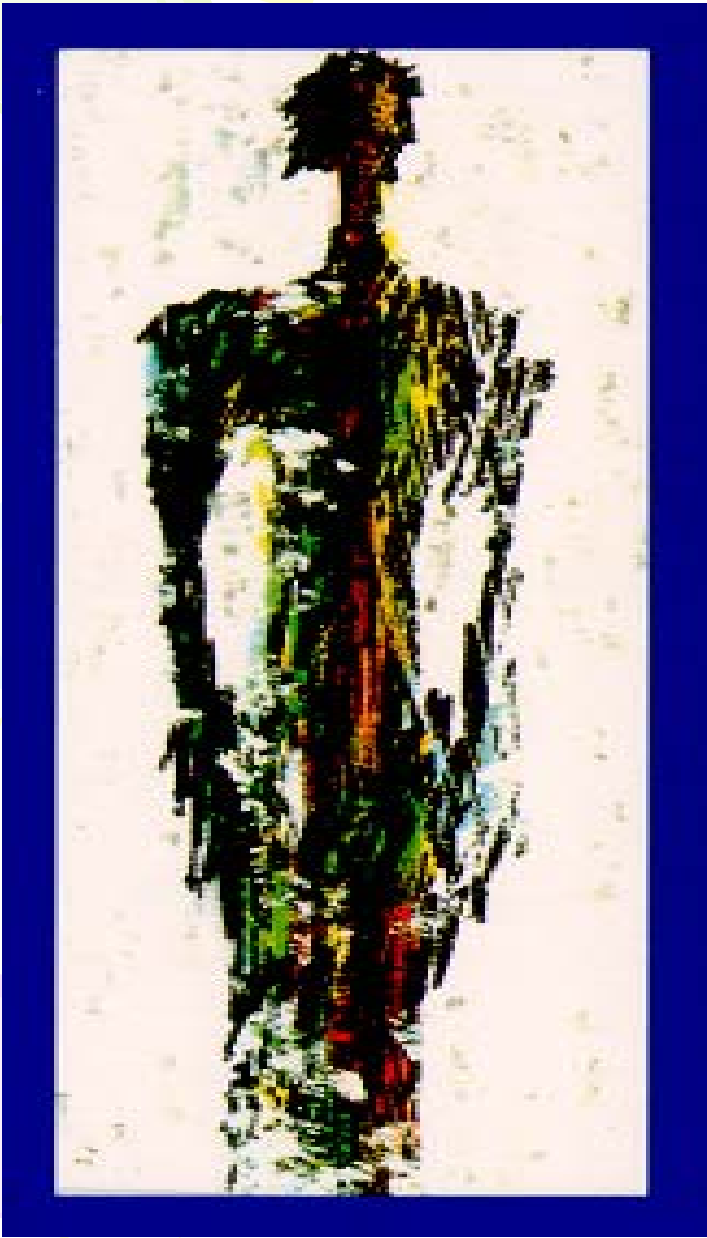
depressive Stimmung beinhaltet sozialen Rückzug, Reizbarkeit, Schlaflosigkeit und vermindertes sexuelles Interesse, aufgrund der Mangelernährung

Aufdringliche Gedanken an Essen, sammeln von Rezepten oder horten von Nahrungsmittel. Zwangsgedanken oder Zwangsverhaltensweisen, die sich nicht auf Nahrung, Figur oder Körpergewicht beziehen: zusätzliche Diagnose einer Zwangsstörung

Vorbehalte, in der Öffentlichkeit zu essen, Gefühle der Ineffektivität, starkes Bedürfnis die eigene Umwelt zu kontrollieren, rigides Denken, begrenzte soziale Spontanität und allzu beschränkte Initiative sowie reduzierter emotionaler Ausdruck.

# Seminar: Essstörungen

- Symptomatik der Anorexia nervosa
- **Symptomatik der Bulimia nervosa**
- Symptomatik der Binge Eating Disorder
- Differentialdiagnostik
- Körperliche Folgeerscheinungen
- Testdiagnostik
- Epidemiologie und Verlauf
- Störungsmodell
- Therapie



# Bulimia nervosa



# Diagnosekriterien bei Bulimia nervosa

- Essanfälle
- Gegenmaßnahmen
- Zeitkriterium
- Selbstwertbeeinträchtigung

# Diagnosekriterien Bulimia nervosa - Essanfälle

## DSM-IV

Wiederholte Episoden von Fressanfällen (binge eating) mit Kontrollverlust, bei denen innerhalb einer best. Zeitspanne (z.B. 2 Std.) eine deutlich größere Nahrungsmenge gegessen wird, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden.

## ICD 10

- Andauernde Beschäftigung mit Essen
- Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.





**Beispiel für die während einer  
Heißhungerattacke verzehrte  
Nahrungsmenge:**

- 2 Portionen Kartoffelbrei**
- 1 Packung Brot**
- 4 Scheiben Butterkäse**
- 3 Essiggurken**
- 5 Scheiben Schinken**
- 5 Tomaten**
- 4 Stück Nußkuchen**
- 1 Fertigpudding**
- 1/2 Liter Milch**
- 1 Flasche Mineralwasser**

## Auftretenshäufigkeit der unterschiedlichen Gegenmaßnahmen

- 80-90% erbrechen – bewirkt sofortige Erleichterung des körperl. Unbehagens & Angstreduktion; manchmal erbrechen Selbstzweck;

Erbrechen wird mit Finger o.a. Gegenständen ausgelöst; teilw. Würgreflex automatisiert

- 1/3 Laxantienmissbrauch

- Zusätzl. Häufig exzessiver Sport (trotz Verletzung o. medizinischer Gründe o. vernachlässigen anderer sozialer Aktivitäten)

# Diagnosekriterien bei Bulimia nervosa - Zeitkriterium

## DSM-IV

Fressanfälle und die kompensatorischen Verhaltensweisen treten seit mind. 3 Monaten durchschnittlich 2x pro Woche auf

## ICD-10

Nicht vorhanden



# Diagnosekriterien Bulimia nervosa - Selbstbewertung

## DSM-IV

Die Selbstbewertung ist übermäßig von der Figur und dem Gewicht abhängig  
Störung tritt nicht während AN auf

## ICD-10

Krankhafte Furch davor, dick zu werden, selbst gesetzte Gewichtsgrenze weit unterhalb des prämorbidem vom Arzt als optimal od. gesund betrachteten Gewichtes.



# Komorbidität

- Depression bei BN Lebenszeitprävalenz 46%; eher agitierte Symptome
- meist soziale Situationen mit Bewertung von Aussehen/Leistung - „die lachen bestimmt über mich“ oder „das schaffe ich nicht“ -> Vermeidung der Situation
- häufig ritualisiertes Vorgehen bei Essanfällen, putzen der Wohnung u.ä.
- Häufig vermehrter Alkoholkonsum aufgrund sozialer Ängste/Einsamkeitssituationen bzw. negative Gefühle zu kompensieren. Amphetamine/andere Stimulantien, um Hungergefühl zu unterdrücken.
- Persönlichkeitsstörungen (häufig Borderline-Störung)



# Binge Eating Disorder

# Seminar: Essstörungen

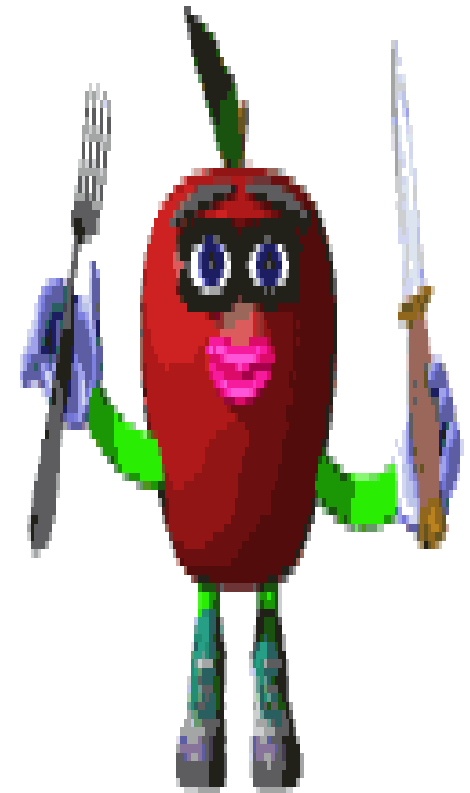
- Symptomatik der Anorexia nervosa
- Symptomatik der Bulimia nervosa
- **Symptomatik der Binge Eating Disorder**
- Differentialdiagnostik
- Körperliche Folgeerscheinungen
- Testdiagnostik
- Epidemiologie und Verlauf
- Störungsmodell
- Therapie

# DSM-IV Forschungskriterien Binge Eating Disorder

- Essanfälle
- Leidensdruck
- Zeitkriterium
- Keine Gegenmaßnahmen

# DSM-IV Forschungskriterien Binge Eating Disorder - Essanfälle

- Wiederholte Episoden von Fressanfällen (binge eating) mit Kontrollverlust, bei denen innerhalb einer bestimmten Zeitspanne (z.B. 2 Stunden) eine deutlich größere Nahrungsmenge gegessen wird, als die meisten Menschen unter ähnlichen Bedingungen essen würden.
- Die Episoden dieser Fressanfänge erfüllen mind. 3 der folgenden Punkte:
  1. Wesentlich schnelleres Essen als normalerweise
  2. Essen bis zu unangenehmem Sättigungsgefühl
  3. Essen großer Nahrungsmengen ohne Hungergefühl
  4. Allein Essen aus Verlegenheit (Scham) darüber, so viel zu essen
  5. Ekelgefühle, Depression oder ein schlechtes Gewissen nach dem Überessen





# DSM-IV Kriterien BED II

- Deutliches Leiden wegen der Fressanfälle
- Die Fressanfälle treten im Durchschnitt seit 6 Monaten an mind. 2 Tagen pro Woche auf
- Die Fressanfälle sind nicht regelmäßig mit unangemessenen kompensatorischen Verhaltensweisen (z.B. Abführmittelgebrauch, Fasten, Hyperaktivität) assoziiert und treten nicht ausschließlich während einer Episode einer Anorexia oder Bulimia nervosa auf

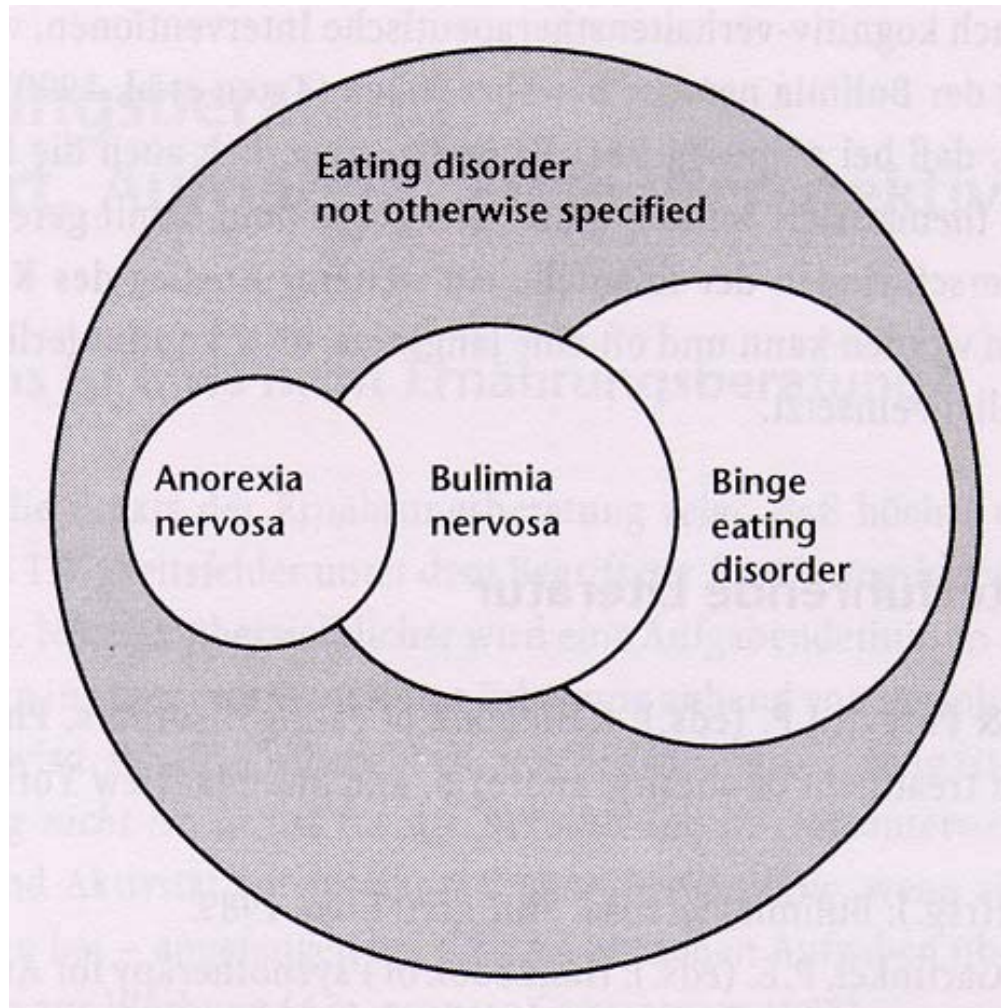


# Differenzierung von BN und BED

- BED hat keine kompensatorischen Maßnahmen
- Beginn der BN meist früher
- BN mehr Essstörungspathologie (striktteres Diätverhalten, stärkere Präokkupation mit Essen)
- Stärkere generellere Psychopathologie schlechtere soziale Anpassung
- BED eher Übergewicht in Kindheit od. der Eltern
- Teilweise werden Unterschiede in der Häufigkeit zu Erbrechen berichtet
- BN non-purging type haben meist ein niedrigeres Gewicht und deutlich stärkere Ängste in Bezug auf Essen.

# Beziehungen zwischen den verschiedenen Eßstörungen

(nach Spitzer et al., 1993)



# Seminar: Essstörungen

- Symptomatik der Anorexia nervosa
- Symptomatik der Bulimia nervosa
- Symptomatik der Binge Eating Disorder
- **Differentialdiagnostik**
- Körperliche Folgeerscheinungen
- Testdiagnostik
- Epidemiologie und Verlauf
- Störungsmodell
- Therapie

# Differentialdiagnostik

Malabsorptionssyndrom,	Hepatitis
chronische Pankreatitis,	Diabetes Mellitus
Dysphagie,	Colitis ulcerosa
Gastritis,	Morbus Crohn
funktionelle Störungen des Magen-Darm-Traktes	Hypophysenvorderlappeninsuffizienz
Ulcus ventriculi od. duodeni	Hypo- oder Hyperthyreose
maligne Erkrankungen des Magen-Darmtraktes	Nebennierenrindeninsuffizienz (Morbus Addison)
intrakranielle Raumforderungen	Nebenwirkungen von Medikamenten od. Drogen

# Psychiatrische Differentialdiagnosen

- Z.B: Pat. mit PTSD (nach Autounfall) erbrechen nach Flashbacks  
Keine Bulimiadiagnose, wenn z.B. keine Besorgnis um Figur und Gewicht o. Fehlen von Essanfällen.  
selbst verletzendes Verhalten unter BPS subsumieren, wenn nicht alle Kriterien (Körperschemastörung, Angst, dick zu werden) erfüllt.
- Essverhalten zwanghaft & ritualisiert gestaltet: zusätzl. Zwangsstörung
- Bei Major Depression übermäßiges Essen, welches aber kein unangemessenes Kompensationsverhalten zur Folge hat und auch keine Vergiftungsphantasien, d. h. Pat. isst aus Angst vor Vergiftung nichts mehr - weist keine Gewichtsphobie und auch kein Drang, dünn zu sein auf.

Störungen

# Seminar: Essstörungen

- Symptomatik der Anorexia nervosa
- Symptomatik der Bulimia nervosa
- Symptomatik der Binge Eating Disorder
- Differentialdiagnostik
- **Körperliche Folgeerscheinungen**
- Testdiagnostik
- Epidemiologie und Verlauf
- Störungsmodell
- Therapie



# Somatische Folgen I

- Anorexia nervosa:
    - **Haut** (trocken und schuppig, brüchige Nägel, Lanugobehaarung, Haarausfall, Akrocyanose Cutis marmorata, Ödeme)
    - **Mund** (Speicheldrüsenschwellung, Sialadenose, ausgeprägte Karies)
    - **Skelett** (Kleinwuchs, Osteoporose)
    - **Herz-Kreislauf-System** (Hypothermie, erniedrigter Blutdruck, Bradykardie)
- Häufige Klagen: Kälteempfindlichkeit, Schlafstörungen, Obstipation, postprandiales Völlegefühl bedingt durch verlangsamte Magenentleerung.

# Somatische Folgen II

- **Blutbildveränderungen** (Eisenmangel)
- **Endokrinologische Veränderungen** (Hyperaktivität der HHNA, Verringerung von FSH und LH, Verringerung von T3, T4 und TSH, Erhöhtes GH)
- **Elektrolytstörungen** (Hypokalinämie, Defizite von Natrium und Kalzium, selten Zinkmangel, Nierenschäden aufgrund Anstieg von Harnstoff und Kreatinin)
- **EKG-Veränderungen** (Sinusbradykardie, Herzrhythmusstörungen)
- **Gastrointestinale Störungen** v.a. bei BN (verlangsamte Magenentleerung, Ösophagitis, Schleimhautrisse oder Ruptur der Speiseröhre, verminderte Darmbewegung und Obstipation durch Laxantien)
- **Neurologische Auffälligkeiten** (bei AN: Erweiterungen der Liquorräume im CT nachgewiesen, abnormer Glucosestoffwechsel (Keton statt Glucose)
  - **Knochen** (verringerte Knochendichte bei AN)

# Seminar: Essstörungen

- Symptomatik der Anorexia nervosa
- Symptomatik der Bulimia nervosa
- Symptomatik der Binge Eating Disorder
- Differentialdiagnostik
- Körperliche Folgeerscheinungen
- **Testdiagnostik**
- Epidemiologie und Verlauf
- Störungsmodell
- Therapie



# Diagnostische Instrumente zur Erfassung von Ess-Störungen

- **Eating Disorder Inventory** (typische psychologische Charakteristika, 8 Skalen – Schlankheitsstreben, Bulimie, Körperliche Unzufriedenheit, Ineffektivität, Perfektionismus, zwischenmenschliches Misstrauen, Interozeption, Angst vor dem Erwachsen werden; EDI-2 erweitert um die Skalen Askese, Impulsregulation, soziale Unsicherheit)
- **Eating Attitude Test** (Erfassung des Ausmaßes des gestörten Essverhaltens + übermäßiger Beschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht).

# Diagnostische Instrumente zur Erfassung von Ess-Störungen

- **Fragebogen zum Essverhalten FEV**

Erfassung von drei Dimensionen (insgesamt 60 Items)

(1) kognitive Kontrolle des Essverhaltens,

(2) Störbarkeit und Labilität des Essverhaltens bei Enthemmung durch situative Faktoren und

(3) Hungergefühle.

- **Eating Disorder Examination EDE**

Fremdbeurteilungsverfahren, d.h.

halbstrukturiertes Interview. Beinhaltet typisch kognitiv verzerrten Einstellungen bzgl. Figur und Gewicht.

# Interviewleitfaden EDE - ausgewählte Fragen

Tests

## Essgewohnheiten:

„Ich möchte Sie über Ihre Essgewohnheiten befragen. Welche der folgenden Mahlzeiten oder Zwischenmahlzeiten haben Sie in den letzten 4 Wochen regelmäßig eingenommen ?

•Frühstück (Mahlzeit nach dem Aufstehen)	<input type="checkbox"/>
•2. Frühstück	<input type="checkbox"/>
•Mittagessen	<input type="checkbox"/>
•Zwischenmahlzeiten am Nachmittag	<input type="checkbox"/>
•Abendessen	<input type="checkbox"/>
•Kleine Mahlzeit vor dem Zubettgehen	<input type="checkbox"/>
•Nächtlicher Snack (d.h. eine Mahlzeit, nachdem die Klientin/der Klient bereits geschlafen hat)	<input type="checkbox"/>

- 0 – MZ od. ZWM nicht gegessen
- 1 –
- 2 – MZ od. ZWM an weniger als die Hälfte der Tage gegessen
- 3 –
- 4 - MZ od. ZWM an mehr als der Hälfte der Tage gegessen
- 5 –
- 6 – MZ od. ZWM täglich gegessen

Bewerten Sie jede Mahlzeit einzeln, nehmen Sie die Bezeichnungen der Klientin auf. Fragen Sie die Essgewohnheiten an Werktagen und Wochenenden getrennt nach. Mahlzeiten sollten auch eingetragen werden, wenn sie zu „Essanfällen „führen. Brunch sollte im allgemeinen als Mittagessen eingestuft werden.

Falls die Wahl zwischen zwei Ratings schwer fällt, vergeben Sie die höhere Bewertung. Sind einzelne Mahlzeiten schwer zu klassifizieren (z.B. aufgrund einer unregelmäßigen Einnahme verursacht durch Schichtarbeit) so kodieren Sie mit 8.

# EDE –DIÄT-REGELN

## Anweisung für Interviewer

Diätregeln sollten als vorhanden bewertet werden, falls die Klientin versucht hat, „genauen“ Regeln die Nahrungsaufnahme betreffend zu folgen. Die Regeln sollten selbst auferlegt gewesen sein, obwohl sie ursprünglich auch vorgeschrieben sein konnten. Es könnte sich um eine Kalorienvorschrift handeln (z.B. nicht mehr als 1200 kcal/Tag). Oder darum, erst ab einer best. Tageszeit zu essen, bestimmte Lebensmittel zu vermeiden oder überhaupt nichts zu essen. Es sollte sich um spezifische Regeln und nicht um allgemeine Grundsätze handeln, und ein Brechen der Regeln sollte unangenehme Empfindungen nach sich gezogen haben.

Falls sich die Klientin einer gelegentlichen Regelverletzung bewusst ist, deutet dies darauf hin, dass eine oder mehrere spezifische Regeln gegenwärtig vorhanden sind. In diesen Fällen sollte der Interviewer im einzelnen nach den Übertretungen fragen, um auf diese Weise die dahinter stehenden Regeln zu entdecken. Die Regelsetzungen sollten mit der Absicht erfolgt sein, die Figur, das Gewicht oder die Körperformen zu verändern, obwohl dies nicht der einzige oder wichtigste Grund gewesen zu sein braucht. Es sollte beachtet werden, dass „Diätregeln“ als gegenwärtig vorhanden angesehen werden, falls es eindeutige Versuche gab, bestimmte Regeln zu befolgen.

- 0 – kein Versuch, Diätregeln zu befolgen;
- 1-
- 2 – Versuch, an weniger als der Hälfte der Tage Diätregeln zu befolgen;
- 3 -
- 4 – Versuch an mehr als der Hälfte der Tage Diätregeln zu befolgen;
- 5 -
- 6 – tägliche Versuche, Diätregeln zu befolgen

# „Verbotene“ und „erlaubte“ Nahrungsmittel

Verbotene Nahrungsmittel		Erlaubte Nahrungsmittel
Bananen	Nüsse	Apfel
Schokolade	Erdnußbutter	Obst
Nutella	Eier	Gemüse
Eis	Müsli	Knäckebrot
fetter Käse (Essen gehen)	Cornflakes	Mineralwasser
Kekse	Babybrei	Tee ohne Zucker
Butter	Kartoffeln	Fisch
Fett	Pommes frites	Hähnchen
Zucker	Wiener Schnitzel	Magerquark
Kuchen	Paniertes	Diätsachen
Torte	Fertigessen	Buttermilch
Sahne	Fast Food	Süßstoff
Süßigkeiten	Erdbeeren	
Milch	Knödel	
Sahnejoghurt	dicke Suppen	
Mayonnaise	Rosinen	
Brot/Semmeln	Bratwürste	
Gebäck	Kotelett	
Marmelade	Kartoffelsalat/-auflauf/-brei	
Honig	Spezi	
Wurst	Marzipan	
Saft	Nudeln/-salat	
Limo/Cola	Reis/-salat	
Kakao	Pizza	
Alkohol	Lasagne	
Chips	Käsespätzle	
Erdnüsse	Salz	

# Diagnostik **Richtlinien zur Bewertung des Essanfalls-** Tests **Abschnittes** Theoretische Grundlagen Behandlung

## HAUPTUNTERSUCHUNGSFRAGEN:

- Ich möchte Sie über mögliche Essanfalls-Episoden befragen, die Sie in den letzten 4 Wochen gehabt haben.
- Verschiedene Menschen verstehen Unterschiedliches unter dem Begriff Essanfall. Ich möchte Sie bitten, mir alle Situationen zu beschreiben, in denen Sie das Gefühl hatten, zu viel auf einmal gegessen zu haben.
- Gab es Situationen, in denen Sie das Gefühl hatten, zuviel gegessen zu haben, aber andere Personen Ihnen nicht zustimmen konnten ?

## NACHGEORDNETE UNTERSUCHUNGSFRAGEN

Zur Feststellung der Essensmenge:

- Was haben Sie typischerweise zu diesen Gelegenheiten zu sich genommen ?
- Was aßen andere im gleichen Zeitraum

Zur Feststellung des Kontrollverlustes:

- Hatten Sie zu der Zeit das Gefühl, die Kontrolle zu verlieren ?
- Hätten Sie mit dem Essen aufhören können, nachdem Sie einmal angefangen haben ?
- Hätten Sie den Essanfalls-Episoden im Vorfeld vorbeugen können, so dass es nicht dazu gekommen wäre ?

# EDE – Fragen zum Essanfall

Die folgenden Bewertungen sind auf objektive und subjektive bulimische Episoden zu beziehen:

- Anzahl der Tage (kodieren Sie mit 00, falls kein Tag)
- Anzahl der Episoden  
(kodieren Sie mit 000, falls keine Episode)

(Im allgemeinen ist es besser, die Anzahl der Tage als erstes abzuschätzen und dann die Anzahl der Episoden. Bewerten Sie mit 777, falls die Zahl der Episoden so groß ist, dass ihre Häufigkeit nicht eingeschätzt werden kann. Episoden subjektiven Zu-viel-essens werden nicht kodiert.)

Tragen Sie für die letzten 2 Monate die Anzahl der Ereignisse objektiver bulimischer Episoden und die Anzahl der Tage, an denen sie stattfanden ein.

- Anzahl der Tage            Monat 2              
  Monat 3
- Anzahl der Episoden    Monat 2              
  Monat 3

Bewerten Sie auch den längsten ununterbrochenen Zeitraum ohne objektive bulimische Episode (nicht aufgrund äußerer Umstände) für die vergangenen 3 Monate ein.

# Überblick über weitere Themenbereiche des EDE

## Gewichtsbezogene Fragen

- Wie fänden Sie es, wenn Sie aufgefordert würden, sich für die nächsten 4 Wochen nur 1x pro Woche zu wiegen ?
- Haben Sie in den letzten 4 Wochen viel Zeit damit verbracht, über Ihre Figur od. Ihr Gewicht nachzudenken ? Hat das Nachdenken über Figur/Gewicht Ihre Konzentrationsfähigkeit beeinträchtigt ? Wie war es mit der Konzentration auf Dinge, die Sie interessieren wie Lesen, Fernsehen od. einem Gespräch ?
- Hat Ihr Gewicht in den letzten 4 Wochen einen bedeutsamen Einfluss darauf gehabt, wie Sie sich als Person fühlen (beurteilen, über sich denken, sich bewerten ?)

## Figurbezogene Fragen

- Haben Sie sich in den letzten 4 Wochen beim Betrachten Ihres Körpers unwohl gefühlt, z.B. beim Anschauen im Spiegel, in Schaufensterscheiben, beim Ausziehen oder während Sie badeten oder duschten ? Haben Sie es vermieden, Ihren Körper zu betrachten
- Haben Sie in den letzten 4 Wochen den deutlichen Wunsch gehabt, einen flachen bauch zu haben ?

# Seminar: Essstörungen

- Symptomatik der Anorexia nervosa
- Symptomatik der Bulimia nervosa
- Symptomatik der Binge Eating Disorder
- Differentialdiagnostik
- Testdiagnostik
- **Epidemiologie und Verlauf**
- Störungsmodell
- Körperliche Folgeerscheinungen
- Therapie

# Epidemiologie

## Anorexia

## Bulimia

	Anorexia	Bulimia
Geschlechter- -verteilung	95% Frauen	99% Frauen
Prävalenz	0,1 bis 1% bei Frauen zwischen 12 und 20 Jh	1-3% bei Frauen zwischen 18 und 35 Jh
Erstmanifest a- tionszeitpunk t	frühere Adoleszenz	frühes Erwachsenenalter
Langzeitver- lauf behandelter Patienten	30% vollständig gebessert 35% etwas gebessert 25% chronisch krank 10% versterben	40% vollständig gebessert 20% etwas gebessert 40% chronisch krank



# Verlaufsprädiktoren

- **Ungünstig**

- Längere Erkrankungsdauer
- Zu niedriges Entlassungsgewicht
- Persistieren der Körperschemastörung
- Erhöhte Mortalität bei Aufnahmegewicht  $\text{BMI} < 13 \text{ kg/m}^2$
- Zu schnelle Gewichtszunahme

- **Günstig**

- Vertrauensvolle therapeutische Beziehung
- Größtmögliche Transparenz
  - Informationsvermittlung
  - Unkomplizierte Absprachen



# Epidemiologie II

- Verbreitung einzelner Symptome:
  - Großteil von Frauen mit Figur unzufrieden, macht Diäten und möchte abnehmen
  - 5-35% geben zeitw. selbstinduziertes Erbrechen an
  - 30-80% gelegentlich Heisshungeranfälle
  - Männer 1-2% Erbrechen, 10-24% Heisshungerattacken
- Risikogruppen: Modells und Ballett-Tänzerinnen bzw. Ringer und Jockeys

# Seminar: Essstörungen

- Symptomatik der Anorexia nervosa
- Symptomatik der Bulimia nervosa
- Symptomatik der Binge Eating Disorder
- Klassifikation
- Differentialdiagnostik
- Epidemiologie und Verlauf
- **Störungsmodell**
- Körperliche Folgeerscheinungen
- Therapie



# THEORETISCHER HINTERGRUND

- Risikofaktoren
  - Allgemeine
  - Spezifische
- Ätiologische Modelle zur Entstehung
  - Zwei Faktoren Modell
  - Multidimensionales Modell
  - Soziokulturelles Modell
- Modelle zur Aufrechterhaltung von Ess-Brechverhalten
  - Affektregulationsmodelle
  - Conditional Model of Binge Eating
  - Teufelskreismodel



# Risikofaktoren

## Allgemeine Risikofaktoren:

- Affektive Störungen,
- Substanzmissbrauch,
- Übergewicht,
- Lebensereignisse (sex. Missbrauch, physische Gewalt)
- Persönlichkeitszüge (Perfektionismus, Überangepasstheit)
- niedriges Selbstwertgefühl

## Spezifische Risikofaktoren:

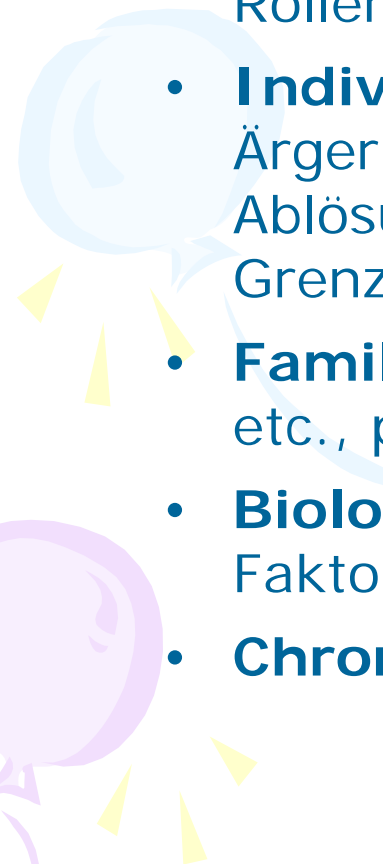
- Kritische Bemerkungen über Figur, Gewicht und Essverhalten
- Übergewicht der Eltern bzw. Übergewicht in Kindheit



# Ätiologie

## Fünf übergeordnete Faktoren zur Ätiologie von Essstörungen

- **Soziokulturelle Faktoren** (z.B. Schlankkeitsideal, Rollenverständnis)
- **Individuelle Faktoren** (Überforderung, Ausdruck von Ärger, Enttäuschung oder Ängsten, Konflikte im Ablösungsprozess vom Elternhaus, Ausdruck von Grenzüberschreitung wie Gewalt, sex. Missbrauch)
- **Familiäre Belastungen** (Scheidung, Überbehütung, etc., pathologische Familienstrukturen)
- **Biologische Faktoren** (Serotoninmangel, genetische Faktoren)
- **Chronisches Diäten**



# Ätiologie

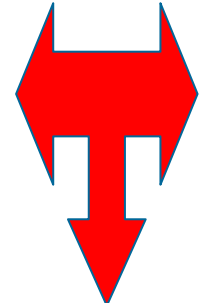
## - Zwei-Faktoren Modell -

### Faktor 1

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

### Faktor 2

- Niedriges Selbstwertgefühl
- Labile Affektregulation
- Unsichere zwischenmenschliche Bindungen



„**Normales**“  
Diätverhalten  
und „normale“  
Unzufriedenheit  
mit der eigenen  
Figur **ohne**  
psychische  
Krankheit

### Faktor 1+2

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät



**Andere  
psychische  
Erkrankungen**

# Ätiologie

## - Zwei-Faktoren Modell -

### Faktor 1

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

Diätverhalten und „normale“ Unzufriedenheit mit der eigenen Figur **ohne** psychische Krankheit

### Faktor 2

es Selbstwertgefühl  
Affektregulation  
ere zwischenmenschliche  
gen

### Faktor 1+2

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

**Andere psychische Erkrankungen**





# Ätiologie

## - Zwei-Faktoren Modell -

### Faktor 1

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

### Faktor 2

- Niedriges Selbstwertgefühl
- Labile Affektregulation
- Unsichere zwischenmenschliche Bindungen

### „Normales“

Diätverhalten und „normale“ Unzufriedenheit mit der eigenen Figur **ohne** psychische Krankheit

### Faktor 1+2

Negatives Körperbild  
Intensive Beschäftigung  
Gewicht & Diät

**Andere psychische Erkrankungen**



# Ätiologie

## - Zwei-Faktoren Modell -

Faktor 1

Faktor 2

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

- Niedriges Selbstwertgefühl
- Labile Affektregulation
- Unsichere zwischenmenschliche Bindungen



„Normales“ Diätverhalten und „normale“ Unzufriedenheit mit der eigenen Figur **ohne** psychische Krankheit

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

Andere psychische Erkrankungen



# Ätiologie

## - Zwei-Faktoren Modell -

### Faktor 1

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät



„**Normales**“  
Diätverhalten  
und „normale“  
Unzufriedenheit  
mit der eigenen  
Figur **ohne**  
psychische  
Krankheit

### Faktor 2

- Niedriges Selbstwertgefühl
- Labile Affektregulation
- Unsichere zwischenmenschliche Bindungen



**Andere  
psychische  
Erkrankungen**

### Faktor 1+2

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

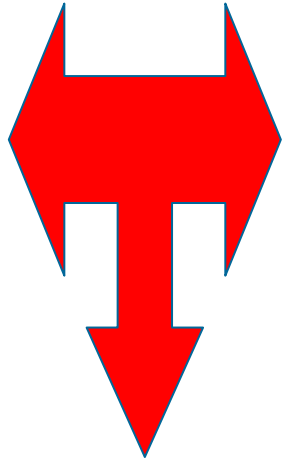
# Ätiologie

## - Zwei-Faktoren Modell -

### Faktor 1

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

Diatverhalten und „normale“ Unzufriedenheit mit der eigenen Figur **ohne** psychische Krankheit



### Faktor 2

- Niedriges Selbstwertgefühl
- Labile Affektregulation
- Unsichere zwischenmenschliche Bindungen

### Faktor 1+2

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

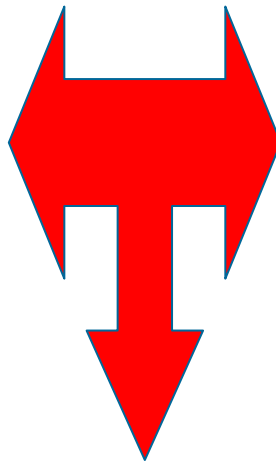
**Andere psychische Erkrankungen**

# Ätiologie

## - Zwei-Faktoren Modell -

### Faktor 1

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät



### Faktor 2

- Niedriges Selbstwertgefühl
- Labile Affektregulation
- Unsichere

### Faktor 1+2

- Negatives Körperbild
- Intensive Beschäftigung mit Gewicht & Diät

Diatverhalten und „normale“ Unzufriedenheit mit der eigenen Figur **ohne** psychische Krankheit

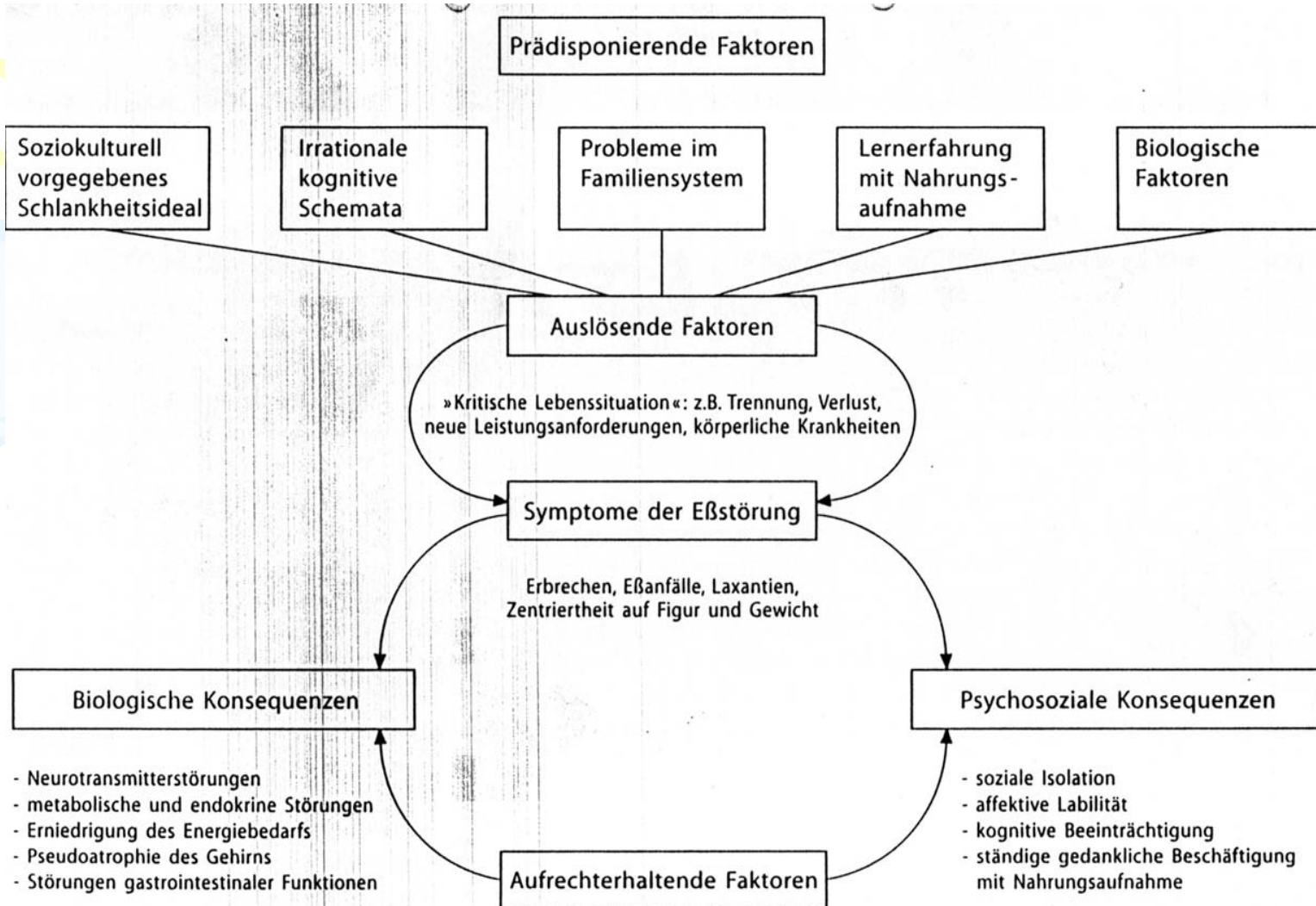
menschliche  
gen

Andere psychische Erkrankungen



# Ätiologie

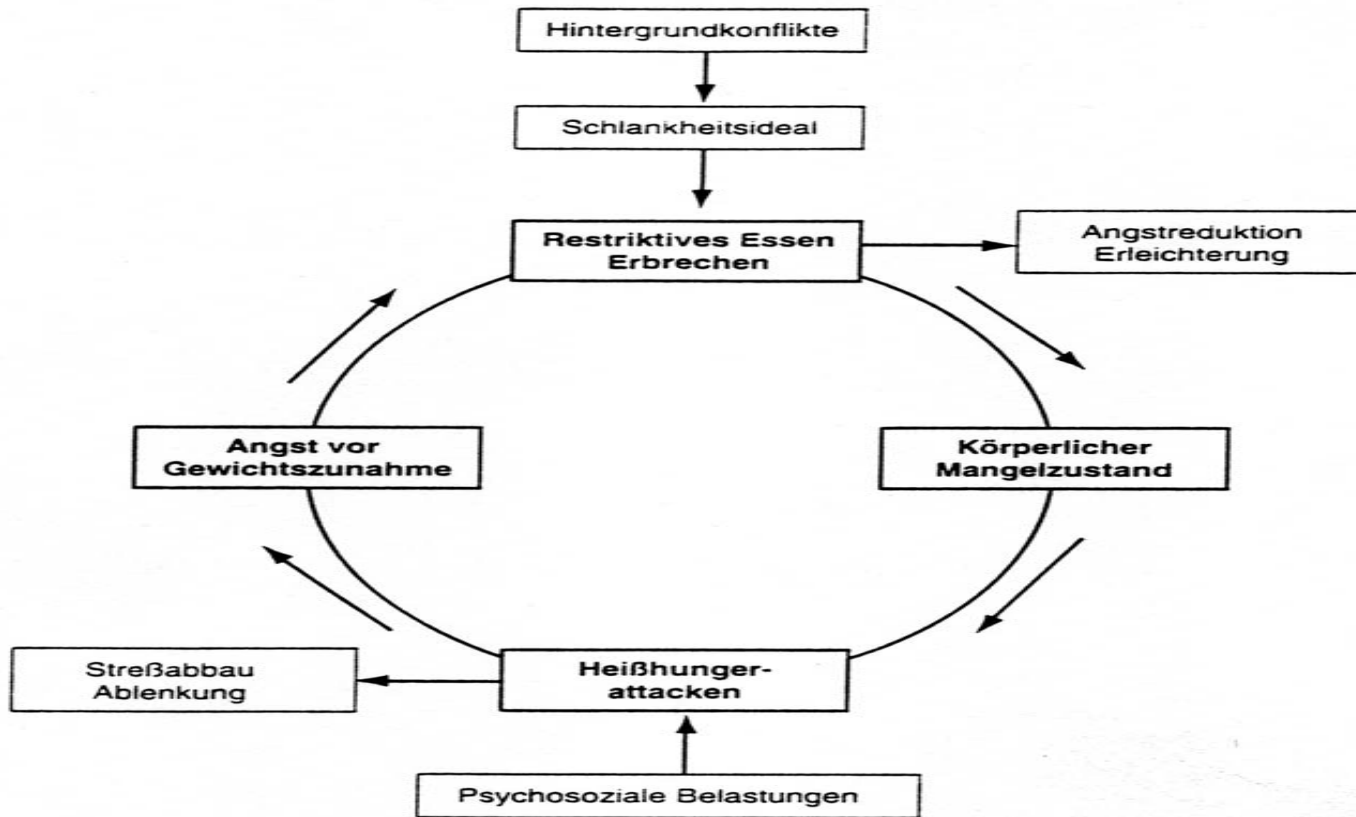
## - Multidimensionales Modell -



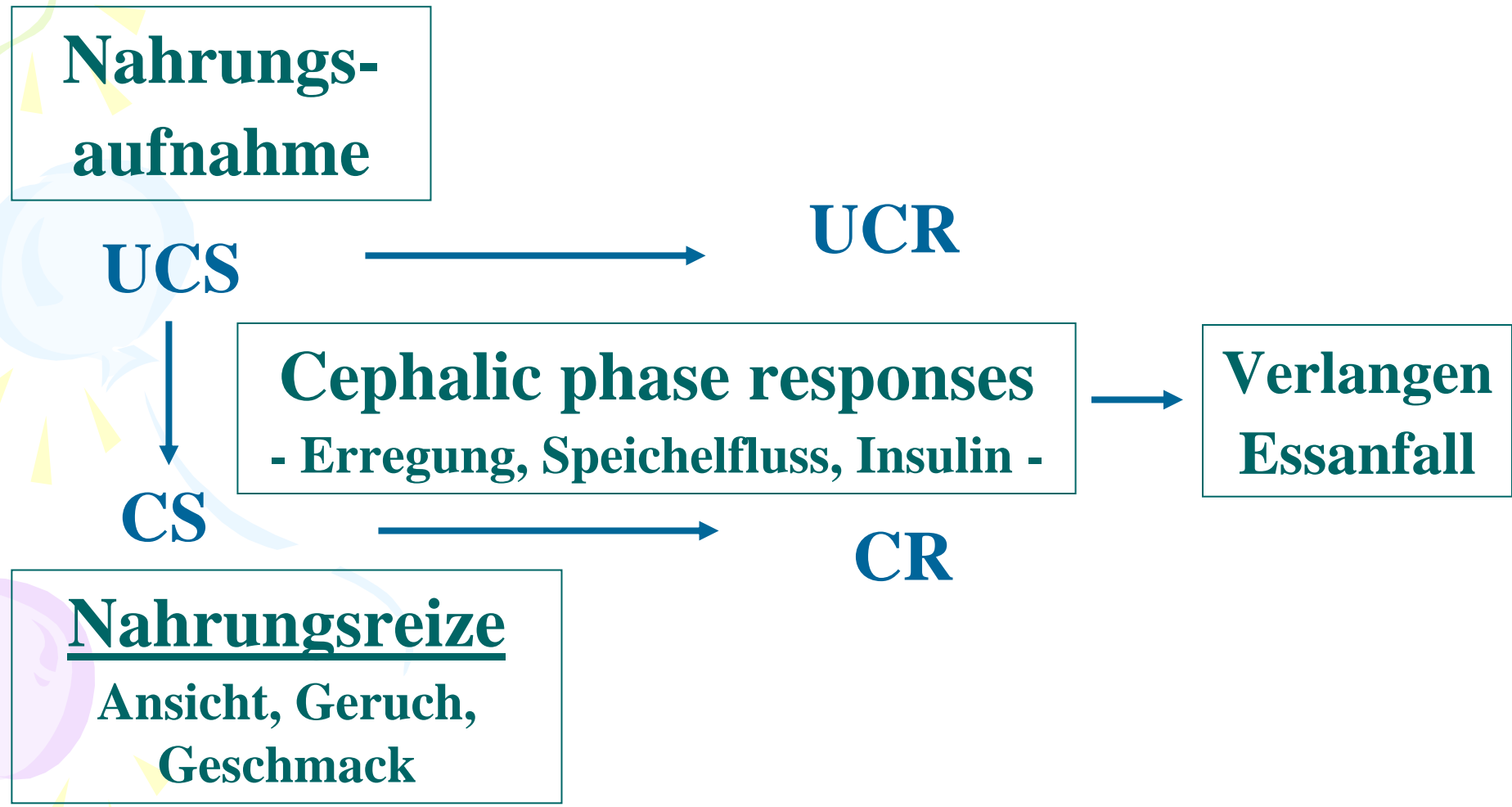
# Modelle zur Aufrechterhaltung der Störung

- Teufelskreismodell
- Operante Konditionierung von Essanfällen (Conditional Model of Binge eating)
- Affektregulationsmodelle

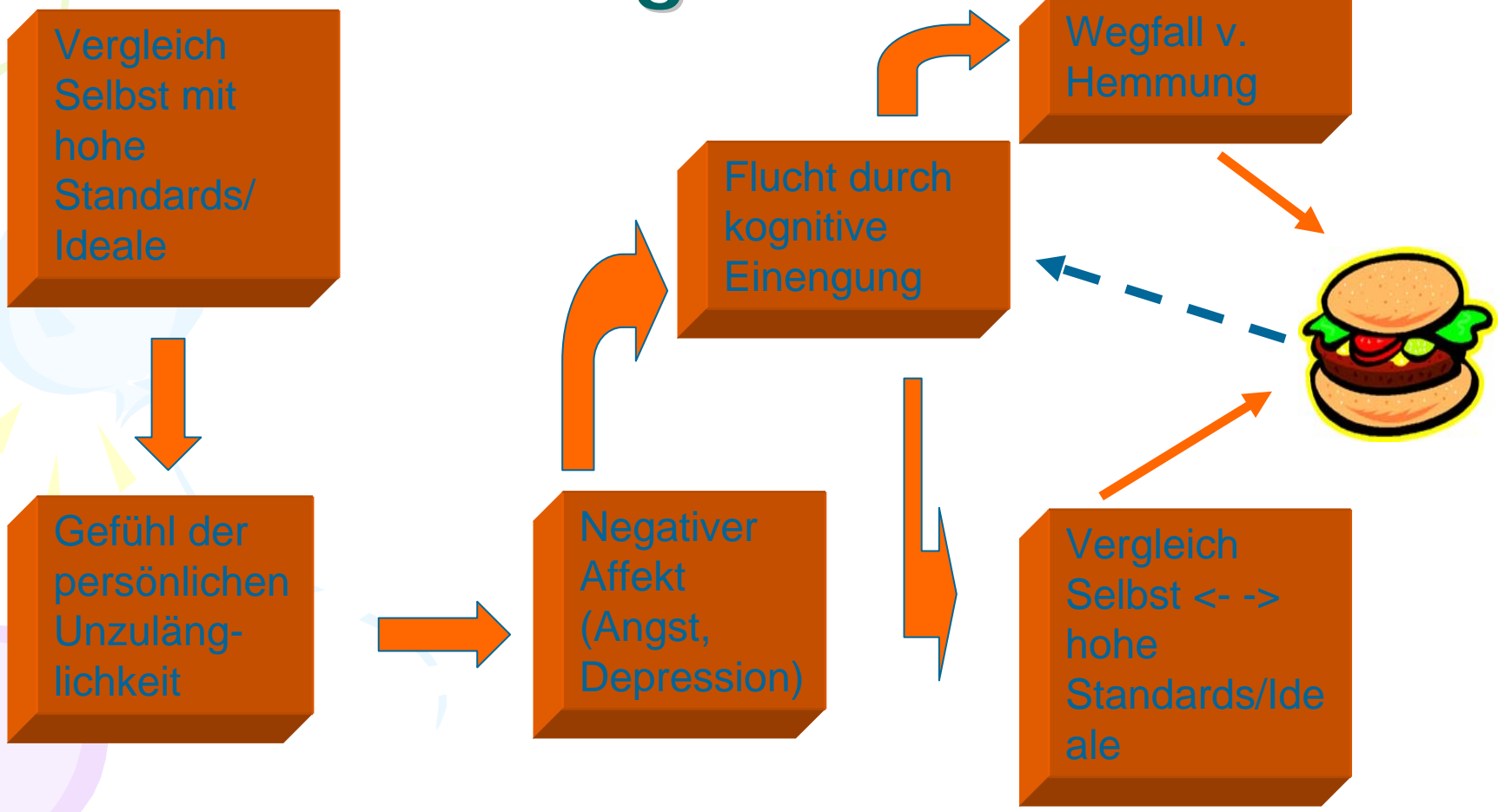
# MODELLE ZUR AUFRECHTERHALTUNG - Teufelskreismodell -



# MODELLE ZUR AUFRECHTERHALTUNG - Conditional Model of Binge Eating -



# MODELLE ZUR AUFRECHTERHALTUNG - Affektregulationsmodell -



# Therapieverfahren

- Verhaltenstherapie (Therapie der Wahl)
- Pharmakotherapie
- Interpersonale Psychotherapie
- Familientherapie
- Selbstbehandlungsmanuale

Kritisch: Mangel an aussagekräftigen Studien

# Schwerpunkte der VT bei BN

## Bearbeitung der zugrunde liegenden Konflikte

- ✓ Kognitive Techniken
- ✓ Selbstbeobachtung
- ✓ Problemanalyse
- ✓ Goal-attainment-scaling
- ✓ Spez. Techniken wie Kogn., Familien  
o. Paargespräch

## Verbesserung der Körperwahrnehmung und – akzeptanz

- ✓ Körperübungen, Körpererfahrung
- ✓ Kognitive Techniken
- ✓ Exposition

## Stabilisierung des Gewichts und Normalisierung des Essverhalten

- ✓ Informationsvermittlung
- ✓ Selbstbeobachtung
- ✓ Maßnahmen zur  
Gewichtsstabilisierung
- ✓ Einhalten vorgeschriebener  
Mahlzeiten
- ✓ Stimuluskontrolle
- ✓ Spezielle Techniken zur  
Reduktion von  
Heißhungerattacken (HA) und  
Erbrechen (E)



Vielen Dank für Ihre  
Aufmerksamkeit