

# Vorlesung Anorexia nervosa 20.12.2005

## Fallbeispiel

„Eine Patientin kam mit einem Gewicht von 24 kg bei einer Größe von 158 cm in das Akutkrankenhaus, weil ihr Kreislauf kollabiert war. Sie wurde medizinisch versorgt über eine Sonde zunächst zwangsernährt. Die Patientin war im Krankenhaus bekannt, seit 8 Jahren anorektisch und mit einem ähnlichen Zustandsbild mehrfach in Behandlung gewesen. Nach Auffütterungen bis zuletzt auf 42 kg hatte sie sich immer wieder heruntergehungert. Auch diesmal wehrte sie sich gegen die Infusionen und Sondennahrung, riss häufig die Schläuche heraus. Nach einigen Wochen wurde sie mit 36 kg entlassen, schaffte es aber schon nach einigen Monaten wieder auf 25kg heruntergehungert zu sein. Sie wurde wieder zwangseingewiesen, widersetzte sich aber jeglicher künstlicher Ernährung und auch sonstiger Behandlung. Das Behandlungsteam entschied daher, ihre Lebensweigerung anzuerkennen und die Behandlung einzustellen. Die Patientin starb wenige Tage später“ (aus Hebert & Weingarten, 1991).

## Symptomatik

- Auffälligstes Merkmal: **beharrliches Streben, dünner zu werden** und **gravierender Gewichtsverlust** bis zur **lebensbedrohlichen Unterernährung**
- Erreicht wird Gewichtsverlust durch eine **Reduktion der Gesamtnahrungsaufnahme**, durch **selbstreinigendes Verhalten** (= purging behavior) oder **gesteigerte bzw. übermäßige körperliche Betätigung** (Hyperaktivität)
- Angst vor Gewichtszunahme geht mit einer erheblichen **Wahrnehmungsstörung bezüglich der eigenen Figur** und des eigenen Körperumfanges einher.
- Angst vor Gewichtszunahme wird durch Gewichtsverlust nicht gemindert.
- Niedriges Gewicht wird oft als Zeichen außergewöhnlicher Selbstdisziplin gesehen
- **Verleugnung** des eigenen Krankheitszustandes
- ausgeprägte **Leistungsorientiertheit und Perfektionismus** (z.B.: „Ich muss in jeglicher Hinsicht perfekt sein.“)
- **ständige Beschäftigung mit Essen** (bspw. Planung von Mahlzeiten, Lesen von Kochrezepten, selbst backen oder Kochen)
- **Störung des Hunger- Sättigungsgefühls** (bspw. führt schon das Essen eines Apfels zu Völlegefühl)
- **niedriges Selbstwertgefühl**

## Diagnosekriterien

- Medizinisch bedrohliches Körpergewicht
- Körperschemastörung

- Endokrinologische Veränderungen
- Unterscheidung Subtypen

### Kriterium A - Körpergewicht

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

z.B. führt Gewichtsverlust dauerhaft zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts;

oder das Ausbleiben einer während der Wachstumsperiode zu erwartenden Gewichtszunahme führt zu einem Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts.

### Kriterium B und C - Körperschemastörung

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

C 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

### Kriterium D - Stoffwechselstörungen

D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe, d.h. das Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen.

Amenorrhoe wird auch dann angenommen, wenn bei einer Frau die Periode nur nach Verabreichung von Hormonen, z.B. Östrogen, eintritt.

### Subtypen

- ~ 50% entwickeln nach einiger Zeit Heißhunger-anfälle und selbstinduziertes Erbrechen; daher 2 Unterformen:
- **Restriktiver Typus**: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person keine regelmäßigen Essanfälle gehabt oder hat kein Purging-Verhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.
- **Binge-Eating/Purging-Typus**: Während der aktuellen Episode der Anorexia Nervosa hat die Person regelmäßig Essanfälle gehabt und hat Purgingverhalten (das heißt selbstinduziertes Erbrechen oder Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren) gezeigt.

### Körperliche Folgeerscheinungen

#### Unterscheidung in:

- Kurzfristige Medizinische Komplikationen
- Langfristige Folgen

#### In den Bereichen:

- Kardiovaskuläres System,
- Gastrointestinales System,
- Mineralstoff- und Elektrolythaushalt,
- Blutbildveränderungen,
- immunologische, endokrinologische, dermatologische und skeletale Veränderungen

## Kurzfristige Folgen

### Kardiovaskuläre Probleme

- Bei ca. 80% kardiovaskuläre Probleme und EKG-Veränderungen
- häufig **Bradykardie** (d.h. Verlangsamung des Herzschlages)
- zusätzlich **ST-Depressionen** oder **abnorme U-Wellen**
- Bei wenigen auch **Verlängerungen des QT-Intervalls**
- Durch Unterernährung möglicherweise **Abbau der Herzmuskelmasse**, daraus resultieren Arrhythmien

### Gastrointestinales System

#### Schwerwiegendere gastrointestinale Komplikationen:

- *Magenbrüche* (eher selten) und bei ungefähr 1/6 der Patienten, *Magengeschwüre* auf

#### Leichtere Veränderungen des Gastrointestinaltraktes:

- Betreffen ganzen Verdauungsapparat
- Typisch: *Verlangsamung der Speiseröhren- u. Magenentleerung* (legt sich nach Gewichtsnormalisierung) sowie *Obstipation*
- Charakteristisch bei Binge Eating-/ Purging Type (auch BN): *Schwellung der Speicheldrüsen*

### Exkurs: Ödeme bei Gewichtsrestoration

- 20% der Patienten entwickeln **periphere Ödeme** während der Gewichtsnormalisierung oder bei Beendigung eines möglichen Laxantien- oder Diuretikamissbrauchs.
- Ödeme sind meist auf eine erhöhte **Flüssigkeitseinlagerung** bei steigender Flüssigkeitszunahme durch die Nahrungsrestoration zurückzuführen,
- Ödeme sollten nicht übersehen werden und differentialdiagnostisch auf eine mögliche **Fehlfunktion von Herz, Leber und Nieren** (bei chronischer AN auch Niereninsuffizienz) überprüft werden

### Elektrolyte und Mineralstoffe

- Kaliummangel
- Absenkungen im Natrium- Magnesium- und Kalziumspiegel
- Zinkmangel (eher selten)

### Blutbild und Immunsystem

- **Glukoseintoleranz** durch Mangelernährung

- **Blutzuckerspiegel** meist zu niedrig.
- erhöhte **Leberfunktionswerte** (Transaminase und Bilirubin)
- erhöhter **Cholesterinspiegel**
- Trotz Erniedrigung von **Immunoglobulin u. Leukozytenzahl** intakt.
- Bei starkem Untergewicht regelmäßige Kontrollen notwendig, um **schwerwiegende Infektionen** zu vermeiden
- 25% haben **Anämie** (meist zusammen mit Eisenmangel; seltener mit Vitamin B12 oder Folsäuremangel)

### Endokrinologisches System

- Anstieg des **Wachstumshormonspiegels** (durch eine Adaption an den niedrigen Energiehaushalt)
- erniedrigte **Schilddrüsenwerte** (T3) (unterstützen Energiespeicherung bei Mangelernährung)
- Funktion der **Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse** (Produktion von Cortisol): Studien belegen abnormal erhöhte 24h Cortisolsekretionsraten
- Beeinträchtigungen des **Menstruationszyklusses**, (Ausbleiben der Regelblutung - Amenorrhoe)

### Dermatolog. Veränderungen

- eher weniger schwerwiegende, periphere Veränderungen
- Trockenheit der Haut und Schuppen.
- Blauverfärbungen der Lippen (Akrocyanose)
- Marmorierung der Haut durch blauverfärbte Adern (Cutis marmorata)
- Nägel verfärben sich, sind brüchig oder verformen sich (sogenannte „Uhrglasnägel“).
- Häufig auch Flaumbehaarung des ganzen Körpers (Lanugobehaarung).
- Haarausfall

### Langfristig, reversible Veränderungen

#### Hirnvolumen:

- vor einer Gewichtsnormalisierung
    - **Reduktionen im Gesamthirnvolumen**,
    - **Der weißen Hirnsubstanz**
    - Anstieg in der **Cerebrospinalflüssigkeit**,
    - keine Veränderungen in der **grauen Hirnmasse**
- Nach der Gewichtsrestoration normalisierten sich diese Veränderungen.

### Langfristige Folgen; irreversibel

- **Osteoporose** (bei langer Krankheitsdauer und Beginn der AN in der frühen Adoleszenz)
- erhöhten Auftretenshäufigkeit von **Knochenbrüchen**
- höhere Knochendichte meist positiv mit Gewicht, Größe und Sportausübung korreliert, negativ mit Lebensalter sowie Alter bei Beginn der Menarche,

Krankheitsdauer und Auftreten der Amenorrhoe

- **Verminderte Wachstumsrate** (bessert sich bei Gewichtsnormalisierung, Wachstum bleibt aber insgesamt unter dem erwarteten)

### **Sonderfall:**

#### **Diabetes Mellitus**

- Diabetes Mellitus vom Typ I wird häufig im Zusammenhang mit Essstörungen berichtet
- Diabetes geht meist Essstörung vorausgeht und ist keine Folge des gestörten Essverhaltens
- Häufig bei komorbidem Diabetes: Manipulation der Insulindosierung zwecks einer Gewichtsabnahme

### **Differenzialdiagnose**

#### **Organische Ursachen des Gewichtsverlusts**

- Chronisch auszehrende Krankheiten (z.B. Krebs), Hirntumor, Magen-Darm-Erkrankungen, entzündliche Darmerkrankungen (z.B. Morbus Crohn), Diabetes mellitus
- **es fehlen:** Körperschemastörungen und übersteigerte Angst, dick zu werden

#### **Psychotische Störungen (z.B. Schizophrenie)**

- Essverhalten wird aufgrund von Wahnvorstellungen verändert;
- **es fehlen:** Körperschemastörungen u. übersteigerte Angst, dick zu werden

### **Medizinisch notwendige Untersuchungen**

- Untersuchung des Allgemeinzustandes (Ernährungszustand/BMI, Körpertemperatur, Blutdruck)
- Internistische Untersuchung (EKG, Inspektion des Gastrointestinaltraktes und Mundbereiches sowie der Leber- und Nierenfunktionen)
- Zahnärztliche Untersuchung
- Gynäkologische Untersuchung (reproduktive Funktionen)
- Orthopädische Untersuchung (Knochendichtemessung)
- Erfassung von Laborparametern (Elektrolyt- und Mineralhaushalt, Blutfettwerte, Blutzuckerspiegel, Leber- und Nierenwerte, Sexualhormone)

### **Psychiatrische Komorbidität**

- Major Depression (höchste Komorbiditätsrate)
- Angststörungen (ca 33% der AN; Risiko für GAS 6x so hoch)
- Zwangsstörungen (ca. 37% der AN; deutlich häufiger als bspw. bei depressiven Pat.), v. a. in schwerer Ausprägung.
- Häufung von Körperdysmorphen Störungen
- Persönlichkeitsstörungen mit insbes. zwanghaft-perfektionistischen Formen

(Befundlage nicht eindeutig).

## Epidemiologie

- Das **Erstmanifestationsalter** verteilt sich bimodal mit zwei Häufigkeitsgipfeln (14 und 18 Jahren).
- Großteil der Betroffenen weiblich
- Mädchen der **Altersgruppe zwischen 14 und 19** Jahren stellen ca. 40% aller Erkrankten bzw. 60% aller weiblichen Betroffenen dar.
- Zahlen für **ältere weibliche Populationen** liegen kaum vor.
- Das **Verhältnis** zwischen erkrankten **Männern und Frauen** 1 zu 11 (Hoek et al., 1995).

## Prävalenz

### Punktprävalenz

- Anglo-amerikanischer Raum: für Mädchen und junge Frauen zwischen 15 bis 18 Jahren zwischen 0,3-1% (van Hoeken, Seidell & Hoeken, 2003).

### Lebenszeitprävalenz

- 1,3% für deutschsprachigen Raum (Jacobi et al., 2004)

## Prävalenz in Risikopopulationen

- Zu Risikopopulationen zählen
  - Bei Frauen: Models, professionelle Balletttänzer, Leistungssportler
  - Bei Männern: gewichtsbezogene Wettkampfsportarten wie Skispringen, Rudern, Ringen und Hochsprung
- 2,2 (männl.) bzw. 3,3% (weibl.) für Leistungssportler
- 1,7% bei Balletttänzern (wobei 34% einen BMI unter 17kg/m<sup>2</sup> haben).

## Inzidenz

- 8,1 Fällen pro 100.000 Personen in den Jahren 1985-1989 in den Niederlanden
- 8 Fällen pro 100.000 Einwohner in Deutschland
- Befundlage inkonsistent.
- Zahlen aus anglo-amerikanischen Raum (1994-2000 und 1988-1993) weisen auf **Stabilität der Inzidenzraten**: 1994-2000 Neuerkrankungsrate bei 4,7 Fällen pro 100.000 Einwohner für Frauen zwischen 10 und 39 Jahren; zwischen 1988 und 1993 bei 4,2 Fällen pro 100.000 Einwohner nach Alter und Geschlecht korrigiert
- Neuere Studie aus der Schweiz (1956 bis 1995): **Anstieg** der Anorexia nervosa **zwischen 1960-1980**, seit 80iger Jahren Plateauphase
- Bei Alterskorrektur: **Anstieg** der Neuerkrankungen in der Gruppe der **15 bis 19 Jährigen** (135,7 Fälle pro 100.000 Einwohner in den Jahren 1980-1989), während für **Frauen und Männer über 25** die Inzidenzraten stabil bleiben

## Mortalitätsrate

- Im Vergleich zu gesunden Personen des gleichen Alters und Geschlechts **4x höheres Risiko** zu sterben (= 0,56% der AN, die durchschnittlich pro Jahr sterben).
- **Sterblichkeitsrisiko** damit **höher als bei anderen psychischen Störungen**, nur Alkoholabhängigkeit ähnlich hoch
- Häufigste **Todesursache** bei AN sind medizinische Komplikationen, die infolge der Essstörung auftreten (ca. 54%), ca. 27% suizidieren sich.
- Risikogruppe für **Suizidversuche** sind AN des Purging-Subtyps
- ebenfalls mit erhöhter Sterblichkeitsrate assoziiert sind:
  - niedriger BMI bei Aufnahme und im Behandlungsverlauf
  - Zwangssymptome,
  - Drogenmissbrauch
  - komorbide depressive Erkrankungen

## Verlauf

- Beginn in der Regel in der mittleren Adoleszenz, oft mit rigider Diät; bei zusätzlich starker psychischer Belastung Manifestation der AN
- Verlauf und Folgen nach Behandlung sehr unterschiedlich:
  - Ca 44% genesen nach vier Jahren (nur 15% erreichen dabei einen medizinisch unbedenklichen BMI)
  - 25 % bleiben chronisch krank (Muster von Gewichtszunahme und Rückfällen; weiterhin emotionale Probleme
  - Langzeitverlauf: bei einem Fünf-Jahres-Follow-up 64% gebessert waren. Nach 10 Jahren waren nur noch 15% erkrankt. Im Anschluß daran traten kaum noch Veränderungen auf.
- In Therapie als erstes gebessert werden somatische Krankheitssymptome wie
  - niedriges Gewicht,
  - Amenorrhoe und
  - essstörungsspezifischen Verhaltensweisen
- Im späteren Verlauf dann
  - Abnahme von gedanklicher Überbeschäftigung mit Essen, Figur und Gewicht
- Nach Bewältigung der Essstörung häufig andere Achse I-Störungen wie affektive Beeinträchtigungen und Angststörungen

## Verlaufsprädiktoren

### **günstige**

- früher Beginn der Störung und kurzfristiger Dauer der Symptome vor erstmaliger Therapie
- Qualität der direkten sozialen Kontakte,
- größtmögliche Transparenz während der Therapie,

- offene und vertrauensvolle therapeutische Beziehung

### **ungünstige**

- längere Krankheitsdauer vor Behandlungsbeginn,
- geringes Aufnahmegewicht
- niedriges Entlassungsgewicht
- Komorbidität
  - bspw. Persönlichkeitsstörungen, Zwangsstörungen mit früheren Krankheitsbeginn u. längerer Krankheitsdauer sowie schlechterem Verlauf assoziiert
- Alkoholabhängigkeit,
- mehrere Suizidversuche in der Vorgeschichte,
- extreme Störungen des Körperbildes
- Perfektionismus
  - Bspw. hohe Perfektionismuswerte zu Beginn der Therapie mit geringen Behandlungserfolg assoziiert

### **Studie zu Verlaufsprädiktoren**

#### **Castro, Vila, Puig, Rodriguez & Toro, 2004**

- Rehospitalisierung trotz erfolgreicher Gewichtszunahme bei Entlassung dann, wenn
  - Alter bei Aufnahme <15 Jahre
  - Durchschnittliche Zunahme pro Tag über Gesamtbehandlungsdauer <150 g
  - Hohes Ausmaß der Essstörungssymptomatik

### **Risikofaktoren**

#### **Spezifische und stabile Risikofaktoren:**

- Frühgeburt und Geburtstraumata wie Sauerstoffmangel u.ä.,
- Geschlecht (weiblich)
- Rasse (nicht-asiatisch)

#### **Spezifische und variable Risikofaktoren**

- Alter (Adoleszenz und frühes Erwachsenenalter)
- Gewichtssorgen
- negatives Körperbild

#### **Nicht bestätigte Risikofaktoren:**

- sexueller Missbrauch
- erniedrigtes Selbstwertgefühl
- Perfektionismus
- Leistungssport
- familiäre Interaktion
- Familiengeschichte
- Therapie

# Störungsmodelle

## Vulnerabilitätsfaktoren (Prädisponierend)

- Bereiten „Boden“ für Entwicklung der Essstörung (bspw. auch Risikofaktoren)

## Auslösefaktoren

- Führen zur Manifestation der Essstörung

## Aufrechterhaltenden Faktoren

- Erhalten die Essstörung aufrecht, obwohl die Faktoren, die zur Entwicklung geführt haben, gegebenenfalls nicht mehr wirksam sind

### Prädisponierende Faktoren

- sind zeitlich **überdauernde Merkmale** auf Seiten der Person oder der Umwelt,
- stellen **Grundlage** für die Entstehung der Essstörung dar
- prädisponierenden Faktoren können folgenden **Unterkategorien** zugeordnet werden:
  - biologische Faktoren,
  - soziokulturelle Faktoren,
  - familiäre Faktoren und
  - Persönlichkeitsfaktoren

## Prädisponierende Faktoren

### Biologische

#### Genetische Faktoren

- Konkordanzrate bei Zwilligen mit AN 50%;
- restriktives Essverhalten (46 bis 72% durch genetische Faktoren erklärbar)
- dysfunktionale Einstellungen zu Figur und Gewicht (Erblichkeitswahrscheinlichkeit 32% - 72%)

#### Biologische Veränderungen

- Hypothalamische Dysfunktionen durch Geburtstraumata und damit verbundene Dysfunktionen des endokrin-metabolischen Systems → Hormonregulation des Feedbacksystems gestört (bspw. Kortikotropin-Releasing –Hormon“ oder Peptide wie das Leptin, welches für die Reduktion der Nahrungszufuhr verantwortlich ist)
- Neurotransmitterstörungen (s. Bulimia nervosa)

#### Körperliche Faktoren

- prämorbidem Gewicht,
- Frühe Menarche (da höherer Körperfettanteil)

#### Ernährungsphysiologische Grundlagen

- Störungen des Hunger- und Sättigungshaushaltes (s. Bulimia nervosa)

### Soziokulturelle

- Für Einfluss soziokultureller Einflüsse spricht hohe Prävalenz von Essstörungen in der westlichen Welt gegenüber anderen Kulturkreisen.
- Gesellschaftliche Schönheitsideal hat sich immer mehr in Richtung einer extremen Schlankheit gewandelt und ist für die meisten Frauen unerreichbar geworden
- Einflüsse des **gesellschaftlichen Schlankheitsideals** zeigen sich bereits bei Grundschulern, welche ihren Körper als zu dick wahrnehmen und bereits Diäten durchführen
- Hintergrund: das von Medien dargestellte Ideal wird vor allem bei Frauen gleichzeitig an positive Attribute wie Attraktivität, Glück und Erfolg gekoppelt
- In welchem Ausmaß sich eine Person jedoch dem Schlankheitsideal beugt, hängt vom Grad des wahrgenommenen Drucks in Richtung Schlankheit und dem Ausmaß der Internalisierung dieses Schlankheitsideals ab (Stice, 1994).
- Als positiv assoziiert mit einer stärkeren Verinnerlichung des Schlankheitsideals gelten dabei bestimmte Charakteristika wie
  - bereits vorhandene Körperunzufriedenheit,
  - depressive Stimmung sowie
  - Tendenzen, seinen Körper mit dem anderer Menschen zu vergleichen
- Neben diesen Mediatoren werden zudem noch
  - ein geringes Selbstwertgefühl,
  - ein höheres Körpergewicht sowie
  - Schwierigkeiten mit der eigenen Identität (z.B. in der Adoleszenz im Rahmen der Persönlichkeitsentwicklung),
- im Zusammenhang mit der Internalisierung des Schlankheitsideals genannt (Stice, 1994).

#### **Exkurs: Studien zum Medieneinfluss** (Groesz, Levine & Murnen, 2001)

- Experimentelle Untersuchungen zum Einfluss der Medien auf Stimmung und Körperwahrnehmung belegen einen Teil dieser Annahmen:
- Frauen nach Darbietung von schlanken Modells in Zeitungen, Werbespots und Bildern schlechter gestimmt und unzufriedener mit ihrem Körper.
- Dies trifft vor allem für junge Frauen (<19Jh) und stärker Körperunzufriedene vor der Untersuchung zu

#### **Soziokulturelle - Familie**

- Neben Massenmedien haben **Familie und Peers** Einfluss auf Entwicklung von Körperunzufriedenheit und Internalisierung eines überhöhten Schlankheitsideals.
- Die **Familie** vermittelt diese Botschaften auf **zwei Wegen**
  - durch **direkte Kommunikation** bspw. kritische Bemerkungen der Eltern über Figur und Gewicht, Aufforderungen zur Gewichtsabnahme
  - als **soziales** Modell (bspw. Imitieren von Diätverhalten der Mutter durch das

Kind bzw. das Internalisieren von Gewichts- und Figursorgen der Mutter)

### **Soziokulturelle - Peers**

Bei Peers ähnliche Mechanismen wie in der Familie:

- **Vermittlung von Normen** und **Idealen** hinsichtlich Aussehen über Schulhofgespräche bezüglich Figur, Gewicht, Essverhalten u. ä. (dem sog. „Fat talk“)
- Zusätzlich Vermittlung eines negatives Körperbildes in der sensiblen Phase der Adoleszenz über
  - direktes **körperbezogenes Feedback** (bspw. negative Kommentare oder Hänseleien)

### **Familiäre**

#### **Familiären Interaktionsmuster bei AN:**

- starker Zusammenhalt,
- hohe Norm- und Leistungsorientierung,
- stärkere Überbehütung des Kindes
- Konfliktvermeidung bei absolutem Harmoniegebot
- Mangel an Konfliktbewältigungsfähigkeiten.
- Des Weiteren werden Verstrickungen, Grenzstörungen und Bündnisprobleme berichtet
- CAVE:  
meist retrospektive Daten, Replikation der Befunde steht aus, um Kausalität zu klären.

### **Individuelle**

- Niedriger Selbstwert (nicht spezifisch für Essstörungen)
- Perfektionismus und überhöhte Leistungsansprüche
- Impulsivität (s. auch Bulimia nervosa)
- Kognitive Defizite wie bspw. Fehler in der Informationsverarbeitung

### **Auslösende Faktoren**

- **Vorhandensein prädisponierenden Faktoren** kann Risiko erhöhen; aber Manifestationszeitpunkt kann nicht vorhergesagt werden.
- **Stress** scheint zumindest bei gesunden Frauen eine bis dahin nicht vorhandene **Verbindung** zwischen **psychologisch prädisponierenden Faktoren und dem Wunsch nach Gewichtsverlust** auszulösen
- Weitere **kritische Lebensereignisse**, die – wie auch bei anderen psychischen Störungen zu den **Auslösebedingungen** zählen sind
  - der Eintritt in einen neuen Lebensabschnitt,
  - die Trennung von einem Partner,
  - der Umzug in eine andere Stadt
  - und weitere Belastungen.

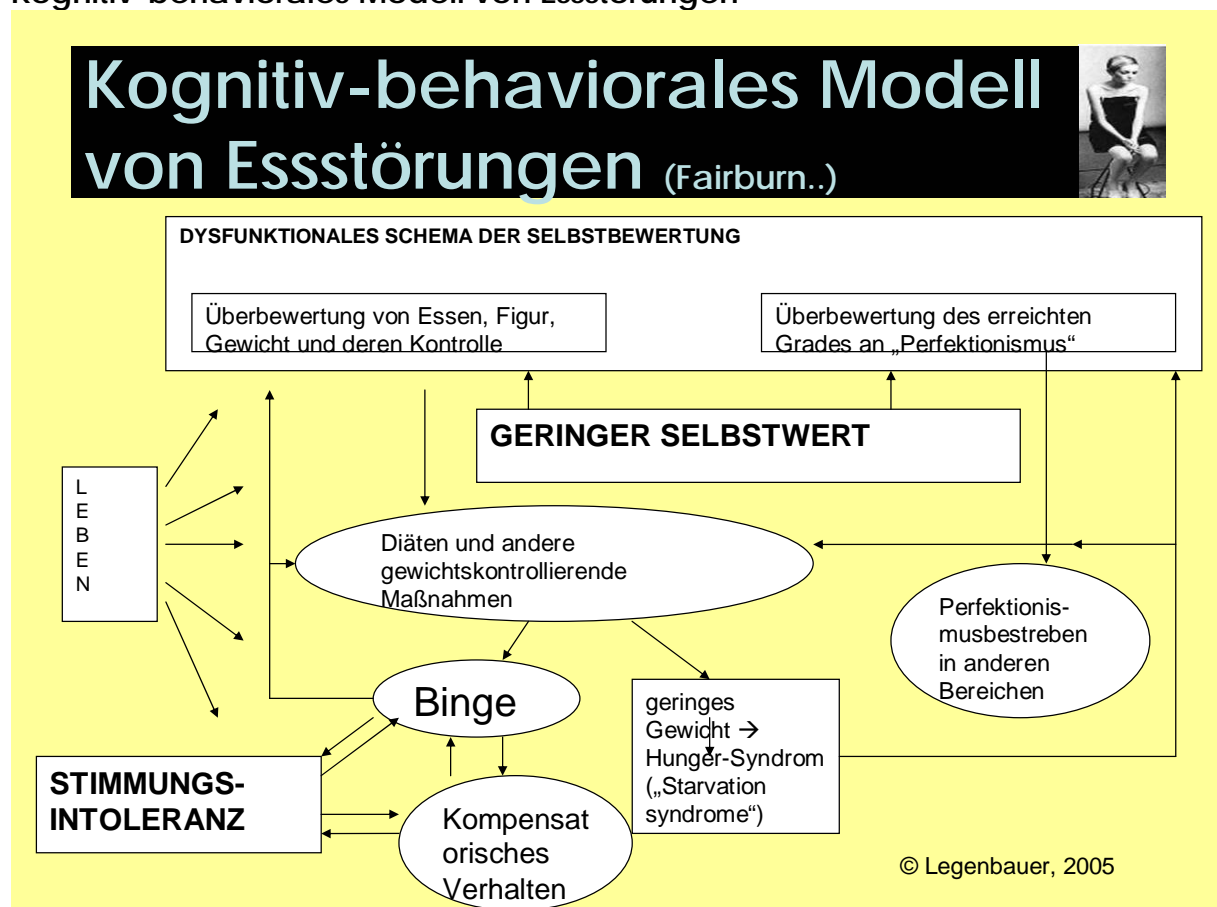
## Aufrechterhaltende Faktoren

- Aufrechterhaltende Faktoren sind
  - eng mit prädisponierenden Faktoren assoziiert
  - oder Folge der zugrunde liegenden Defizite, die auch zur Entstehung der Essstörung geführt haben.
- Sie werden nach Beginn der Essstörungssymptomatik relevant und interagieren in Form eines Teufelskreises.
- Meist wirken sie kurzfristig positiv verstärkend.

### Insbesondere bei der AN scheint Erleben von Kontrolle aufrechterhaltend:

- Positive Rückmeldungen bzgl. Gewichtsverlust wirken verstärkend und stabilisieren Verbindung zwischen Selbstwertgefühl und Gewichtsreduktion
- Angst vor erneuter Gewichtszunahme wird etabliert und hält das restriktive Essverhalten aufrecht.
- Das Empfinden, eine außergewöhnliche Selbstdisziplin zu besitzen, wird zur positiven Verstärkung, so dass es zu einer Sucht nach weiterer Gewichtsabnahme und übermäßigem Kontrollverhalten kommt.
- Teilweise durch Nahrungsmittelrestriktion höhere Auftretenswahrscheinlichkeit von Heißhungerattacken mit Gegenmaßnahmen (s. auch Bulimia nervosa).

## Kognitiv-behaviorales Modell von Essstörungen



# Therapie der AN

## Diagnosestellung

### 1. allgemein

#### Klinische Interviews zur Erfassung der Allgemeinen Psychopathologie

- **Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse 1: Psychische Störungen (SKID I)**. Neben der Essstörungssymptomatik (Sektion H) werden hier auch Affektive Syndrome, Psychotische Störungen, Substanzabusus und -abhängigkeit, sowie Angst- und Somatoforme Störungen erfasst. Bei Verdacht auf Persönlichkeitsstörung **Strukturierte Klinische Interview für DSM-IV, Achse 2: Persönlichkeitsstörungen**
- Alternative: **Diagnostische Interview für Psychische Störungen** nach DSM-IV (DIPS für DSM-IV: Margraf, Schneider & Ehlers, in Vorb.) sowie das **Diagnostische Expertensystem** nach DSM-IV und ICD-10 (DIA-X; Wittchen & Pfister, 1997)

### 2. anorexiespezifisch

#### Strukturierte Inventar für Anorektische und Bulimische Essstörungen (SIAB; Fichter & Quadflieg, 1999).

- Liegt in Interviewform zur Stellung einer Diagnose
- und in Fragebogenform als Selbsteinschätzungsinstrument vor (weniger aufwändig, eher Screeningzwecke)
- 6 Skalen für aktuelle Symptomatik (Allgemeine Psychopathologie und soziale Integration; Bulimische Symptome; Körperschema und Schlankheitsideal; Sexualität und Körpergewicht; Gegensteuernde Maßnahmen, Fasten, Substanzmissbrauch; Atypische Essanfälle)
- 7 Skalen für frühere Symptomatik (Bulimische Symptome; Allgemeine Psychopathologie; Schlankheitsideal; Sexualität und Soziale Integration; Körperschema; Gegensteuernde Maßnahmen; Atypische Essanfälle)

#### Anorexie Inventar zur Selbstbeurteilung (ANIS; Fichter & Keeser, 1989)

- 6 Skalen (Figurbewusstsein; Überforderung; Anankasmus; Negative Auswirkungen des Essens; Sexuelle Ängste und Bulimie)
- Insgesamt 32 Items wie bspw. „Langeweile ist mir unerträglich“ oder „Ich habe große Angst noch mehr zuzunehmen“.
- 6stufiges Rating von 0= „trifft gar nicht zu“ bis 5= „trifft sehr stark zu“)
- Primärskalen zur AN sind teststatistisch als gut zu bezeichnen, Befunde zu den anderen Skalen mäßig bis gut. ANIS besser für Frauen als für Männer

#### Eating Attitudes Test (EAT; Garner & Garfinkel, 1979)

- Speziell zum Screening der Symptome bei Anorexia nervosa einzusetzen.
- Umfasst 40 Items, welche als Selbstaussagen formuliert sind, z.B.
  - „Ich esse gerne mit anderen Menschen zusammen“ oder
  - „Ich vermeide Nahrung mit hohem Kohlenhydratgehalt“.
- Einstufung als Häufigkeitsangaben von immer bis nie (6 stufig).

- Gute teststatistische Kriterien für Validität und Reliabilität

Therapie der AN

- Diagnostische Instrumente
- Spezifische Therapieelemente für AN
- Wirksamkeit von Therapien

## Therapie

- Two-Track-Approach nach Garner & Isaacs (1986)
- 1. Kurzfristig: direkte Modifikation des Körpergewichts bzw. Essverhaltens  
–möglichst rasche Rückbildung der biologischen Dysfunktionen
- 2. Langfristig: Veränderung psychologischer und psychosozialer Bedingungen  
–Auflösung von Bedingungen, die mit dem gestörten Essverhalten in funktionaler Verbindung stehen

## Interventionen: Kurzfristige Veränderungen

### Ernährungsmanagement (auch bei Bulimia nervosa)

Normalisierung des alltäglichen Essverhaltens

- Phase I: Selbstbeobachtung (Diagnostik)
- Phase II: Informationsvermittlung und Edukation
- Phase III: Übungen, um Tage mit geregelter Essverhalten zu gestalten

### Besonderheiten bei AN:

- operante Programme
- Abschluss von Therapieverträge

## Interventionen: Langfristige Veränderungen

- Kognitiv-verhaltenstherapeutische Strategien (z.B. dysfunktionale Kognitionen bezüglich Gewicht, Figur, Aussehen, Essverhalten bearbeiten)
- Körperbildtherapie (besonders bei der AN)
- Training in Problemlösen/Stressbewältigung
- Familienorientierte Therapie (besonders bei AN)
- Exposition und Reaktionsverhinderung

## Gewichtssteigerungsprogramm

### Selbstbestimmung

- Pat. Versucht ohne Restriktion Gewichtszunahme zu erreichen.
- In dieser Phase 2x pro Woche wiegen.
- Dauer: 2 Wochen
- Gelingt vereinbarte Gewichtszunahme nicht, wird mit Fremdkontrollphase begonnen
- Ca. 20-30% der Pat. Erfolgreich im Rahmen des Selbstmanagements.

## Fremdkontrolle

- 3 Phasen mit unterschiedlichen Freiheitsgraden
- Pat. Soll in jeder Phase ein Drittel der Differenz zum Gesamtgewicht zunehmen  
→ dementsprechend lange verbleibt er in der jeweiligen Phase
- Zielgewicht wird unterschiedlich definiert (immer  $> 18 \text{ kg/m}^2$ , da Rückbildung der Stoffwechseleränderungen sonst nicht gewährleistet)

## Gewichtssteigerungsprogramm

### Fremdbestimmung - ersten Phase

- das Essen erfolgt auf dem Zimmer
- Normale Portionen ausgewogener Mahlzeiten werden serviert
- Zusätzlich zwei Snacks
- Telefonate oder Besuche sind nicht erlaubt
- Station darf meist nur für medizinische Untersuchungen, psychologische Tests oder therapeutische Aktivitäten verlassen werden.

### Fremdbestimmung - zweite Phase

- gilt bis zum Erreichen von zwei Dritteln der Differenz zum Zielgewicht.
- Mahlzeiten dürfen im Speiseraum eingenommen werden.
- Aufenthalt ist nicht mehr nur auf die Station beschränkt und die Klinik darf nach Absprache verlassen werden.
- Besuche von außerhalb sind am Wochenende erlaubt.

### Fremdbestimmung - dritten Phase

- Bis zur Erreichung des Zielgewichtes
- Es bestehen keine weiteren Einschränkungen.
- Vorgehen entspricht dem der Selbstmanagementphase.

### Stabilisierungsphase

- Gewichtsstabilisierung wird überprüft.
- Kann Zielgewicht nicht gehalten werden, wird eine kurzfristige Rückstufung in die erste Phase vorgeschlagen, um die Gewichtsabnahme wieder aufzuholen.
- Gelingt erneute Zunahme trotz der Rückstufung nicht, wird die erneute Aufnahme des Fremdkontrollprogramms in individualisierter Form geraten.

### **Bsp. Für Gewichtssteigerungsvertrag**

- Hiermit erkläre ich mich damit einverstanden, im Rahmen meiner stationären/ambulanten Behandlung bis auf das vereinbarte Zielgewicht von \_\_\_\_\_kg zuzunehmen.
- Das Zielgewicht entspricht einem BMI von \_\_\_\_ $\text{kg/m}^2$  und stellt ein medizinisch notwendiges Körpergewicht für die gesunde Funktionsfähigkeit meines Körpers dar.
- Ich habe ausreichend Informationen zu den Folgen meiner Essstörung erhalten und bin mir bewusst, dass die Gewichtszunahme Teil meiner Therapie ist.
- Um eine Gewichtszunahme zu erreichen, werde ich

- mindestens drei Hauptmahlzeiten zu mir nehmen und darauf achten, dass eine davon warm zubereitet ist.

- zwischen den Hauptmahlzeiten nicht länger als 5-6 Stunden vergehen lassen.
- sowohl vormittags als auch nachmittags eine kleine Zwischenmahlzeit zu mir nehmen.
- keine Diät- oder Lightprodukte essen.
- an strukturierten Esstagen nach den Mahlzeiten keine Gegenmaßnahmen durchführen.

- Falls mir die Gewichtszunahme nicht gelingt, hat dies folgende Konsequenzen für den weiteren Therapieverlauf:

---



---

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Therapeut

\_\_\_\_\_  
Unterschrift Patient

### **Ernährungsumstellung**

- Gewichtssteigerungen von ~ 1 - 1.5 kg pro Woche
- Beginn mit tgl. Kalorienaufnahme von 1.500 kcal,
- nach kurzer Gewöhnungsphase Steigerung bis zu 3.500 kcal; evtl. hochkalorische Nahrungsmittel,
- möglichst viel Eigenverantwortung
- künstliche Ernährung nur bei lebensbedrohlichem Zustand

### **Körperbildtherapie**

- Spiegel- und Videoexpositionen
- Körpererfahrungs-/wahrnehmungsübungen:
  - Sich gegenseitig abtasten und in Ton formen
  - Umrise auf Zeitungspapier zeichnen lassen
  - Körper selbst zeichnen (verschiedene Varianten)
  - Tür soweit öffnen, daß sie gerade durchpassen
  - Bilder passend zum Selbst- und Idealbild aussuchen
  - Körperreisen

### **Sinn von Körperübungen:**

- Verbesserung des Körpergefühls und der Wahrnehmung von Emotionen
- Herausarbeiten von Zusammenhängen zu Gedanken und Gefühlen
- Vorbereitung der kognitiven Umstrukturierung oder von Spiegel- bzw. Videokonfrontationsübungen
- Aufbau positiver Selbstwahrnehmung
- Vorbereitung von Aufmerksamkeitsumlenkung auf positiver Aspekte
- Habituation an negative Gefühlszustände

### **Figurkonfrontation**

#### **Vorbereitung der Figurkonfrontation**

- In enger Kleidung in verschiedenen Stellungen vor der Kamera posieren, Groß- und Nahaufnahme bestimmter Körperteile
- Pat. soll Wahrnehmungen und Empfindungen gegenüber bestimmter Körperteile ausdrücken
- mehrfach wiederholen; Spiegelkonfrontation nach guter Vorbereitung als Hausaufgabe
- Vorteil des Gruppensettings: Selbstkonfrontation wird mit Heterokonfrontation verbunden => Erleichterung der Korrektur des Körperbildes

### **Gefahren bei der Spiegel-/ und Videokonfrontation**

- negative Selbstbeschreibungen
- erniedrigtes Selbstwertgefühl
- übermäßige Angstreaktion
- Symptomverschlechterung

### **Wirksamkeit von Therapien**

- Hinsichtlich AN nur wenig aussagekräftige Studien zur Wirksamkeit kognitiv-behavioraler Therapieansätze vorhanden
- Review über die vorliegenden Studien:
  - oft kein randomisiertes Vorgehen gewählt
  - nur kleine Stichproben untersucht
  - Vorgehen in einigen Studien nicht manualisiert
  - Die wenigen existierenden Studien konnten eine Überlegenheit spezifischer (KVT) gegenüber unspezifischer (Diätberatung) Behandlungsansätze nachweisen
- Es scheint keinen zusätzlichen Nutzen einer pharmakologischen Behandlung in der Gewichtssteigerung zu geben
- die Gabe von Fluoxetin scheint aber das Rückfallrisiko zu reduzieren
- Insgesamt zeigte sich bei niedrigerem Gewicht, längerer Krankheitsdauer und dementsprechend höherem Alter ein schlechteres Outcome.
- Während noch zwei Drittel derjenigen jugendlichen Anorexiepatienten, die weniger als drei Jahre erkrankt waren, genesen, gilt das nur für ein Drittel der Erwachsenen Anorexia nervosa Patienten

### **Weitere Ansätze zur Behandlung der AN**

#### **Psychodynamisch angewandte Methoden:**

- sind deutlich pragmatischer und störungsorientierter als oft angenommen
- Dabei sind Verfahren, welche mit Symptomzentrierung arbeiten gegenüber traditionellen psychodynamischen Ansätzen in der Anorexibehandlung überlegen
- therapeutische Arbeit an der Symptomatik mit der Auseinandersetzung mit den interpersonellen und intrapsychischen Konflikten verbunden

- In der Anfangsphase einer PO-Therapie Thematisierung der Spaltung zwischen innerer und äußerer Welt und dem damit einhergehenden Autonomiekampf der Patienten.
- Weitere Behandlungspunkte:
  - Bearbeitung von Konflikt- und Affektabwehr (in Form von Isolierung, Rationalisierung und Verleugnung sowie rigiden Über-Ich Anforderungen)

### **Besondere Form der analytischen Behandlung: cognitive analytic therapy“ (CAT; Ryle, 1990)**

- Basiert auf Modifikation des kognitiven Modells der Anorexia nervosa nach Fairburn, Shafran und Cooper (1999) und beinhaltet zusätzlich den Bereich interpersoneller Probleme.
- Ziel ist es, die Selbstwirksamkeit der Patienten zu erhöhen und durch gewonnene Selbstreflexionsfähigkeiten Veränderungen vorzunehmen
- CAT wird in 16 bis 24 Sitzungen durchgeführt und beinhaltet dabei drei Stufen:
  - die „*Reformulation*“ der problematischen interpersonellen Beziehungs- und Verhaltensmuster,
  - die „*Recognition*“ dieser Muster und
  - die „*Revision*“ der Muster im Hier und Jetzt und dem alltäglichen Leben.
- Rational gut strukturiert; beinhaltet auch Hausaufgaben wie das Führen von Essprotokollen

### **Familientherapie**

- vornehmlich bei **jugendlichen Patienten** mit AN
- gilt in 60-90% der Fälle als erfolgreich für diese spezifische Klientel (
- Unterschiedlichen Herangehensweisen in der Einbindung der Eltern:
- Ermutigung der Eltern, sich aktiv mit der Krankheit ihrer Tochter bzw. ihres Sohnes auseinanderzusetzen (erzielte größte Effekte)
- unterstützende, jedoch nicht auf die Essstörung bezogene Haltung der Eltern.
- Eltern werden gar nicht einbezogen (schlechtestes Therapieergebnis)
- Insgesamt gilt Familientherapie für jugendliche AN als effektiv und die Methode der Wahl,
- Einschränkung: es gibt nur wenige Vergleichsstudien
- Allgemein gilt jedoch, dass Familien mit eher schwierigen Kommunikationsformen wie Feindseligkeit und Kritik besser erst in einem späteren Stadium der Behandlung in die Therapie mit einbezogen werden sollten.