

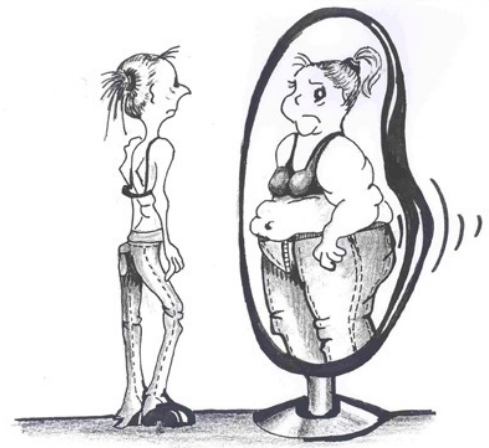


Medizinische Universität Graz

THERESA LAHOUSEN-LUXENBERGER

UNIV. KLINIK FÜR PSYCHIATRIE,
PSYCHOSOMATIK UND PSYCHOTHERAPIE

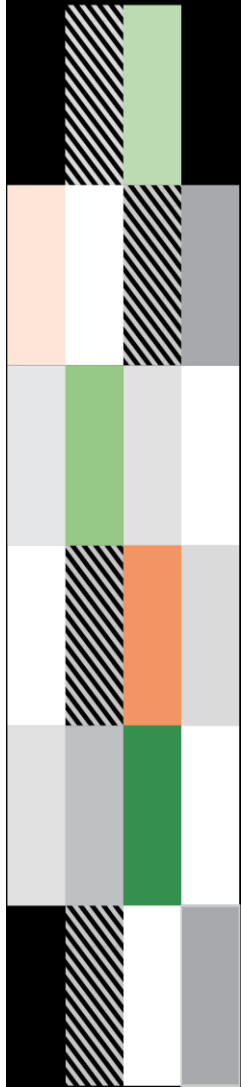
ABTEILUNG FÜR PSYCHIATRIE UND
PSYCHOTHERAPEUTISCHE MEDIZIN



ESSSTÖRUNGEN

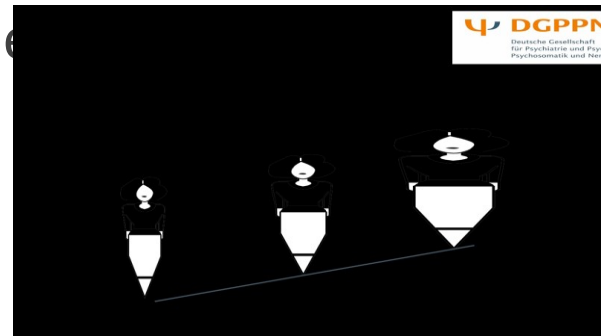
Agenda

- Epidemiologie
- Ätiologie
- Diagnostik
- Klinik
- Therapie
- Refeeding Syndrom (RFS)



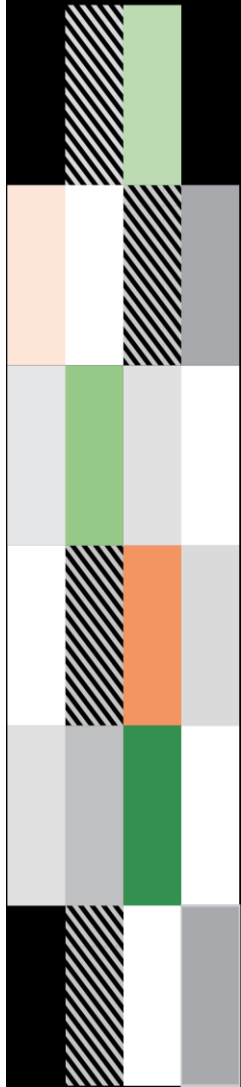
ICD-10 Diagnostik: Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren (F50-F59)

- **Anorexia nervosa** - Pathologisches Bedürfnis das eigene Körpergewicht zu reduzieren (F50.0)
- **Bulimia nervosa** - Episodische Essanfälle mit Kontrollverlust UND Verhaltensweisen, die einer Gewichtszunahme entgegensteuern (F50.2)
- **Binge-Eating-Störung** - Episodische Kontrollverlust (F50.9)



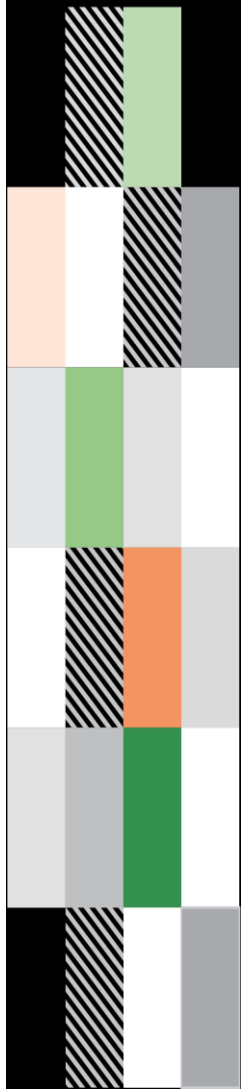
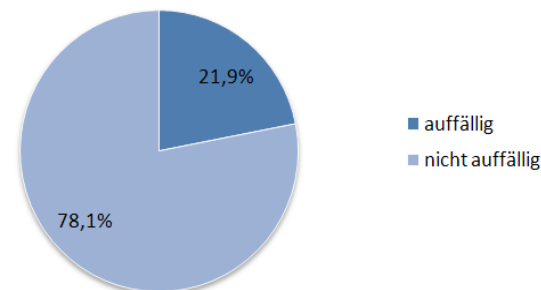
Epidemiologie

- ▶ Lebenszeitprävalenz
 - ▶ 0.9 bei Anorexia nervosa
 - ▶ 0.9 - 1.5 bei Bulimia nervosa
 - ▶ 1.9 - 3.5 bei Binge-Eating-Störung
 - ▶ Frauengesundheitsbericht 2010/11 und 2022
 - ▶ In Risikopopulationen erhöhte Prävalenz (Sundgot-Borgen et al. 2003)
- ▶ Stationäre Aufenthalte als „Spitze des Eisberges“
- ▶ Steigerung von 80% in 10 Jahren (2008: 2700 Personen, zu 90% Frauen)



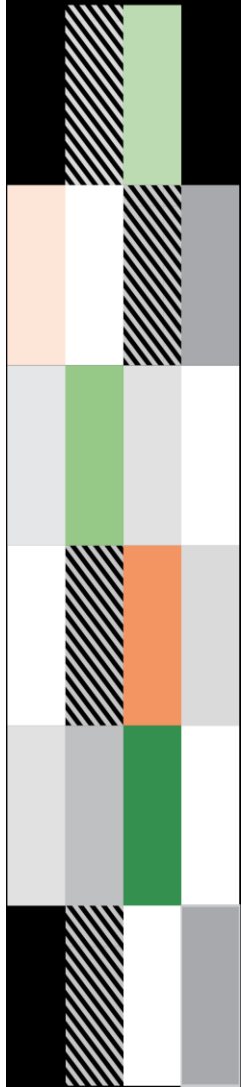
Epidemiologie

- ▶ Studie des Robert-Kochinstitutes 2006: 22% der zwischen 11-17-jährigen Jugendlichen sind essgestört
- ▶ Zunahme von subklinischen/klinisch relevanten Essstörungen international beobachtbar



Etwas aktueller...

- ▶ Galmiche et al. 2019: Anstieg der Punktprävalenz zwischen 2000 und 2018 (system. Review)
- ▶ Harrop et al. 2021: Anstieg der Punktprävalenz atyp. AN versus typ. AN
- ▶ zw. 2019-2021 Anstieg typ. und atyp. AN peri-und post-Covid







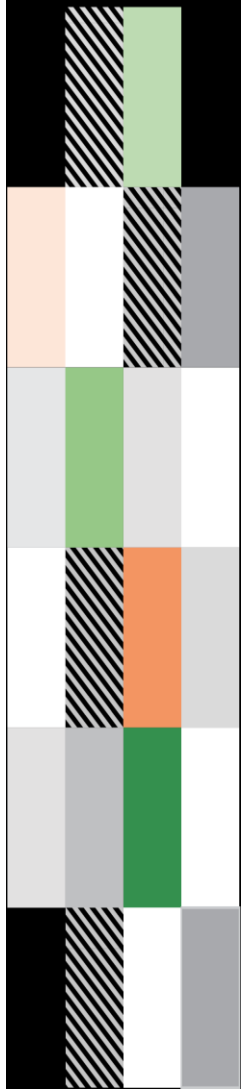
Medizinische Universität Graz

ANOREXIA NERVOSA (AN) „MAGERSUCHT“

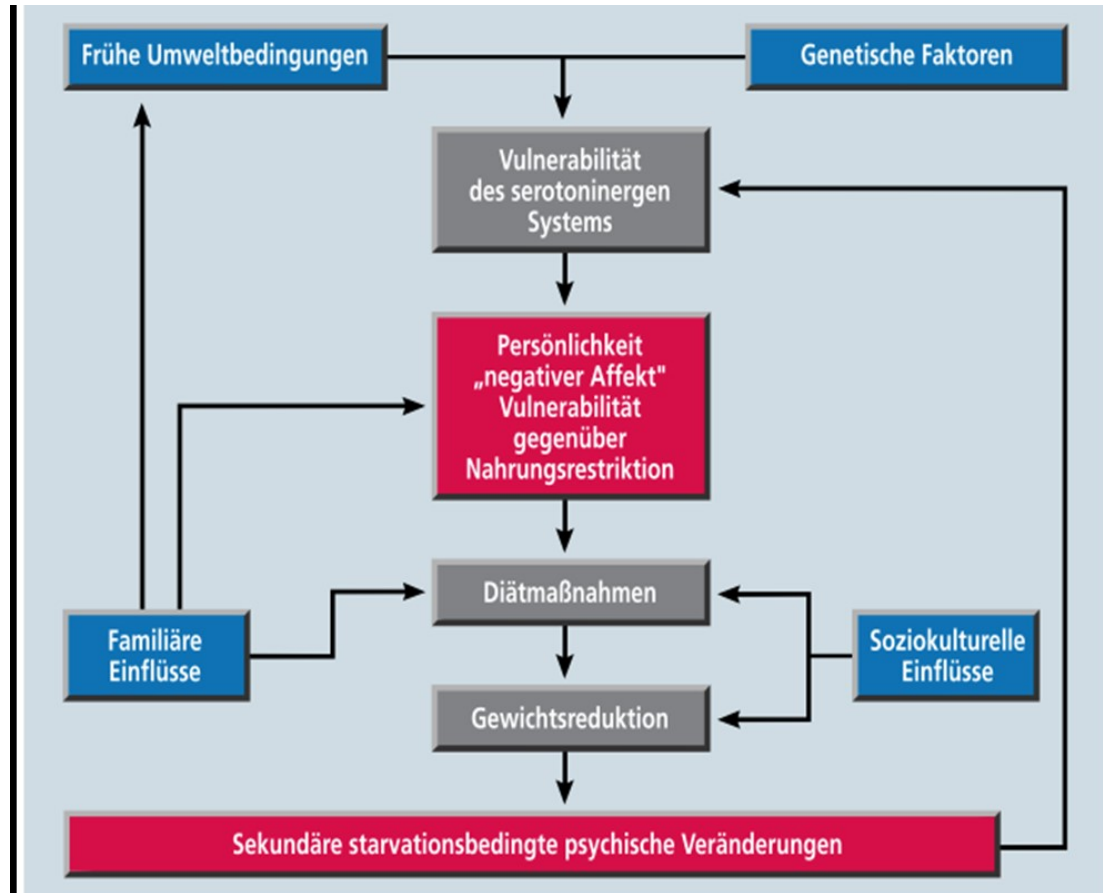


Epidemiologie AN

- ▶ Erstmanifestationsalter verteilt sich bimodal
 - ▶ 2 Häufigkeitsgipfel: 14 & 18 Jahre
- ▶ Verhältnis Männer : Frauen
 - ▶ 1 : 10
- ▶ Mortalitätsrate
 - ▶ Mortalitätsrisiko ist 6-mal höher als in Normalbevölkerung
 - ▶ 0.56% der Erkrankten, sterben durchschnittlich pro Jahr an den Folgen (van Hoeken et al. 2003)



Entstehung und Aufrechterhaltung der AN

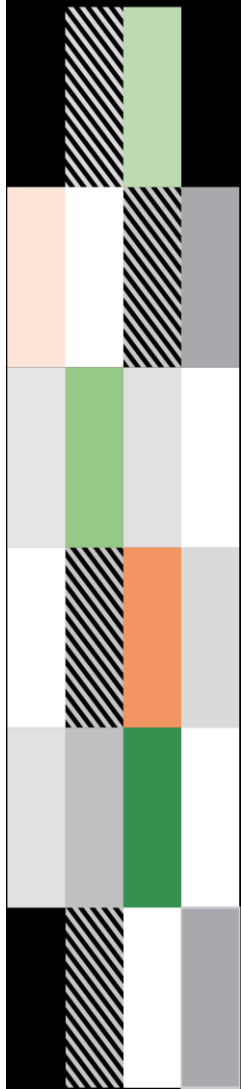


Ätiologiemodell
der AN

(Herpertz-Dahlmann,
2005)₁₂

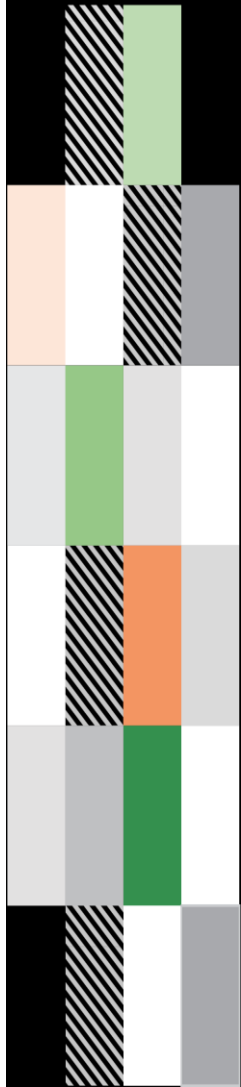
Diagnostische Kriterien der AN nach ICD-10 (F50.0)

- ▶ Gewichtsverlust oder bei Kindern fehlende Gewichtszunahme
 - ▶ Körpergewicht von mind. 15% unter dem normalen oder dem für das Alter und die Körpergröße erwarteten Gewichts
- ▶ Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen
- ▶ Selbstwahrnehmung als „zu fett“ verbunden mit einer sich aufdrängenden Furcht dick zu werden
- ▶ Umfassende endokrine Störung der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse;
 - ▶ manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe, bei Männern als Interessensverlust an Sexualität und Potenzverlust



Diagnostische Kriterien der AN nach DSM-IV

- ▶ Weigerung, das Minimum des für Alter und Körpergröße normalen Körpergewichts zu halten
- ▶ Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts
- ▶ Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder Leugnen des Schweregrades des gegenwärtig geringen Körpergewichts
- ▶ Amenorrhoe (Ausbleiben von mindestens drei aufeinanderfolgenden Menstruationszyklen)



Diagnosekriterien

DSM V (307.1)	ICD 10 (F50.0)	ICD 11 (6B80.x)
A. Restriktion der Energiezufuhr in Relation zur nötigen Energiezufuhr, was zu einem zum Alter, Sex und Entwicklungsstand significant niedrigem Gewicht führt	1. Körpergewicht von weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts oder BMI < 17,5	Ein für die Körpergröße, das Alter und den Entwicklungsstand signifikant niedriges Körpergewicht, das nicht auf andere Ursachen zurückführbar ist
B. Ausgeprägte Angst vor einer Gewichtszunahme oder kontinuierliches Verhalten, welches eine Gewichtszunahme verhindert.	2. Selbst herbeigeführter Gewichtsverlust durch Vermeidung von hochkalorischen Speisen und eine der folgenden Möglichkeiten: ➤ Selbstinduziertes Erbrechen ➤ Selbstinduziertes Abführen ➤ Excessive Bewegung ➤ Diuretika oder Appetitzügler	Body-Mass-Index (BMI) von weniger als 18,5 kg/m ² bei Erwachsenen und bei Kindern ein BMI für das Alter unter der 5. Perzentile. Oder: ein rascher Gewichtsverlust (z. B. mehr als 20 % des gesamten Körpergewichts innerhalb von 6 Monaten)
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	3. Körperschema-Störung mit Angst Dick zu werden	Ein niedriges Körpergewicht geht mit einem anhaltenden Verhaltensmuster einher, das die Wiederherstellung des Normalgewichts verhindern soll. (Bewegung, Erbrechen, Verringerung der Energiezufuhr)
	4. Endokrine Störung (bei Frauen mit Amenorrhoe, bei Männern mit Potenzverlust)	Körpergewicht/Körperform steht im Mittelpunkt der Selbsteinschätzung der Person.
	5. Bei Beginn der Erkrankung vor Pubertät: Verzögerter Pubertätsbeginn	

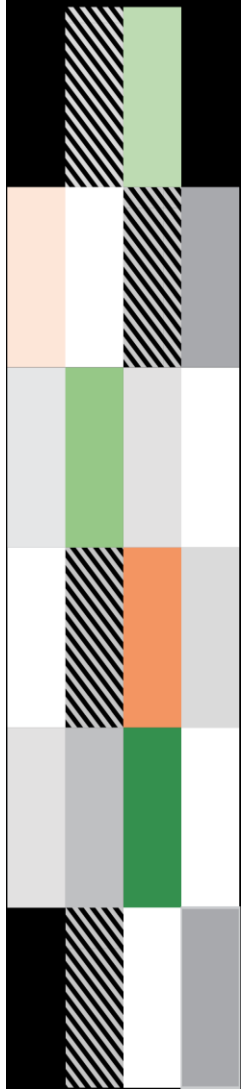
2 Subtypen der AN

▶ Restriktiver Typ

- ▶ Während der aktuellen Episode der AN hat die Person keine Fressanfälle oder Purging-Verhalten (selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxanzien, Diuretika oder Klistieren)

▶ Binge-Eating/Purging-Typ

- ▶ Regelmäßige Fressanfälle und Purging-Verhalten



Prognose

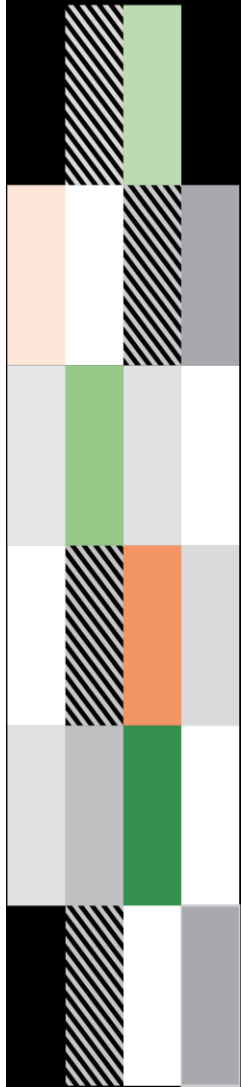
- ▶ 50% Heilung
- ▶ 30% teilweise remittiert
- ▶ 20% chron. Verlauf
- ▶ ungünstige Prognose:
 - längere Krankheitsdauer, geringes Aufnahmegewicht, niedriges Entlassungsgewicht, Komorbiditäten, Persistieren der Körperschemastörung



https://de.wikipedia.org/wiki/Datei:Underweight_01.jpg

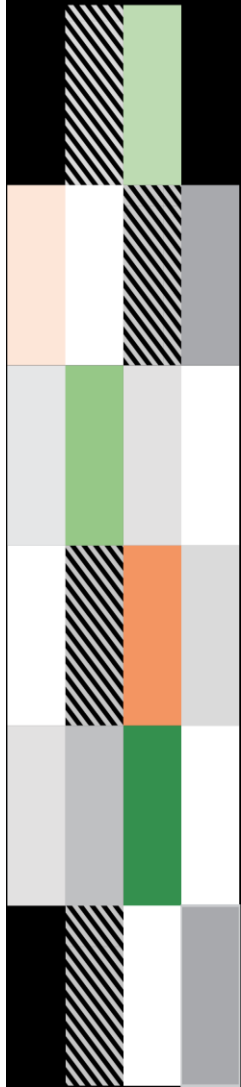
Beschreibung des Störungsbildes (Legenbauer & Vocks 2006)

- ▶ Affektive Ebene
 - ▶ Angst vor einer Gewichtszunahme
 - ▶ Wahrnehmungsstörung bezüglich der eigenen Figur und des eigenen Körperumfangs (Körperschemastörung „body image distortion“)
- ▶ Kognitive Ebene
 - ▶ Hartnäckige Verleugnung der Schwere der Krankheit
 - ▶ Ständige (zwanghafte) Gedanken an das Essen
 - ▶ Leistungsorientiertheit und Perfektionismus
 - ▶ Niedriges Selbstwertgefühl → Einschränkung der psychosozialen und psychosexuellen Kompetenzen
- ▶ Behaviorale Ebene
 - ▶ Bizarre Verhaltensweisen im Umgang mit Essen
- ▶ Physiologische Ebene
 - ▶ Veränderung der Interozeptionsfähigkeit (z.B. Hunger verändert wahrgenommen)
 - ▶ Medizinische Folgeerscheinungen



Medizinische Folgeerscheinungen I

- ▶ Dermatologische Veränderungen
 - ▶ Trockene, schuppige Hautbeschaffenheit & Haarausfall (Zinkmangel)
 - ▶ „Uhrglasnägel“, „Lanugobehaarung“
- ▶ Skelett
 - ▶ Kleinwuchs
 - ▶ Verringerte Knochendichte bzw. Osteoporose
- ▶ Gastrointestinale Störungen
 - ▶ Verlangsamte Magenentleerung, verminderte Darmbewegung
- ▶ Störungen des Elektrolyt- und Mineralstoffhaushaltes
 - ▶ Absenkung im Natrium-, Magnesium- und Kalziumspiegel; Hypokaliämie



Medizinische Folgeerscheinungen II

▶ Kardiovaskuläre Probleme

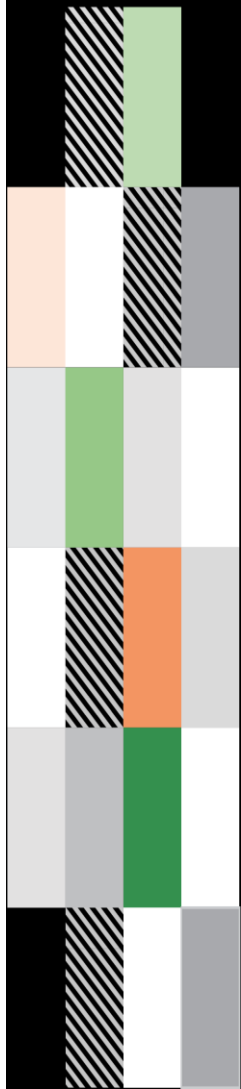
- ▶ Bei 80% der AN-Pat. treten EKG-Veränderungen auf; erniedrigter Blutdruck, Bradykardie, Herzrhythmusstörungen

▶ Blutbildveränderungen

- ▶ Leukopenie
- ▶ Erhöhte Leberfunktionswerte, Hypercholesterinämie
- ▶ erniedrigte Eisenwerte, Anstieg von Harnstoff & Kreatinin

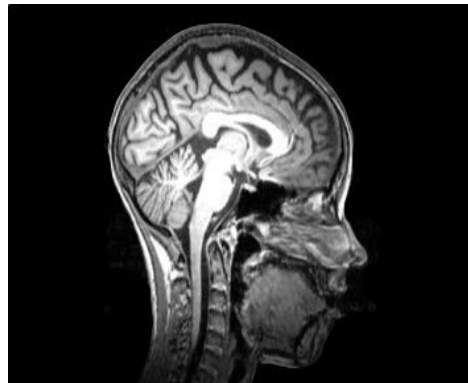
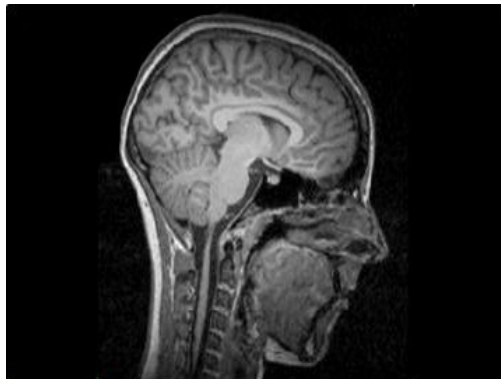
▶ Endokrinologische Veränderungen

- ▶ Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrindenachse
- ▶ Niedrige Serum-Östrogenspiegel bei Frauen (Amenorrhö), niedrige Serum-Testosteronspiegel bei Männern
- ▶ Verringerung diverser Hormone (FSH, T3, T4, TSH)
- ▶ Erhöhung von Cortisol & Corticotropin Releasing-Hormon



Medizinische Folgeerscheinungen III

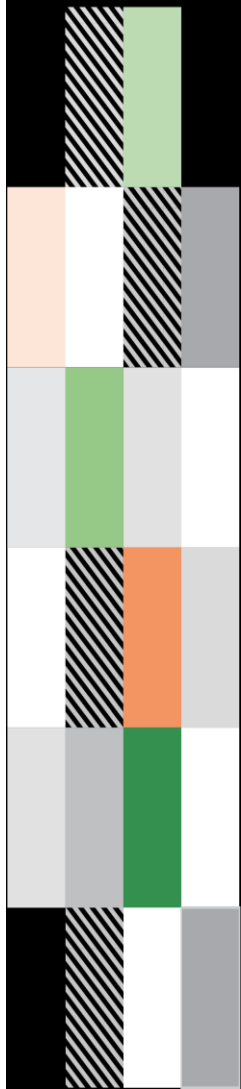
- ▶ Neurologische Veränderungen
 - ▶ Reversible Hirnatrophie, EEG („Hyperarousal“)
 - ▶ Veränderungen in grauer und weißer Substanz (verschwinden bei Genese)
 - ▶ Störungen im temporalen, parietalen und cingulären Cortex, (während Krankheitsphase, aber auch nach Genese)
 - ▶ Veränderungen in Serotonin-Rezeptoren (5-HT_{2A})



Herpertz-Dahlmann, B.,
Universitätsklinik Aachen

stationäre Aufnahme bei AN wenn...

- ▶ Massiver Gewichtsverlust (BMI <15)
 - ▶ sehr rascher Gewichtsverlust (20% innerhalb von 6 Monaten)
- ▶ Auftreten von med. Komplikationen
 - ▶ Elektrolytentgleisung, Bradykardien, Hypotonie, Dehydration, Hypoglykämie, Hypothermie
 - ▶ massiver Laxantienmissbrauch
- ▶ Psychologische Komplikationen
 - ▶ mangelndes Ansprechen der ambulanten Therapie
 - ▶ Suizidalität





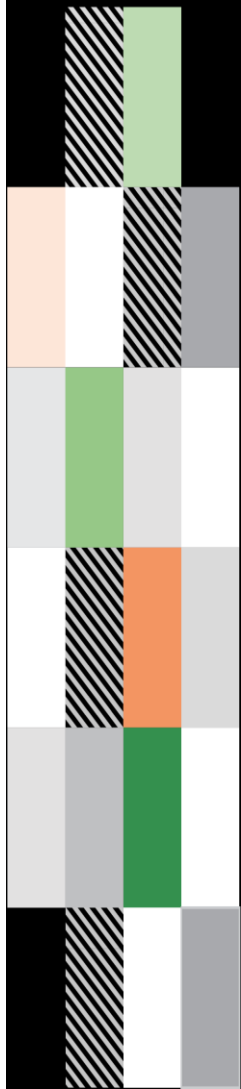
Medizinische Universität Graz

BULIMIA NERVOSA (BN) „ESS-BRECH-SUCHT“



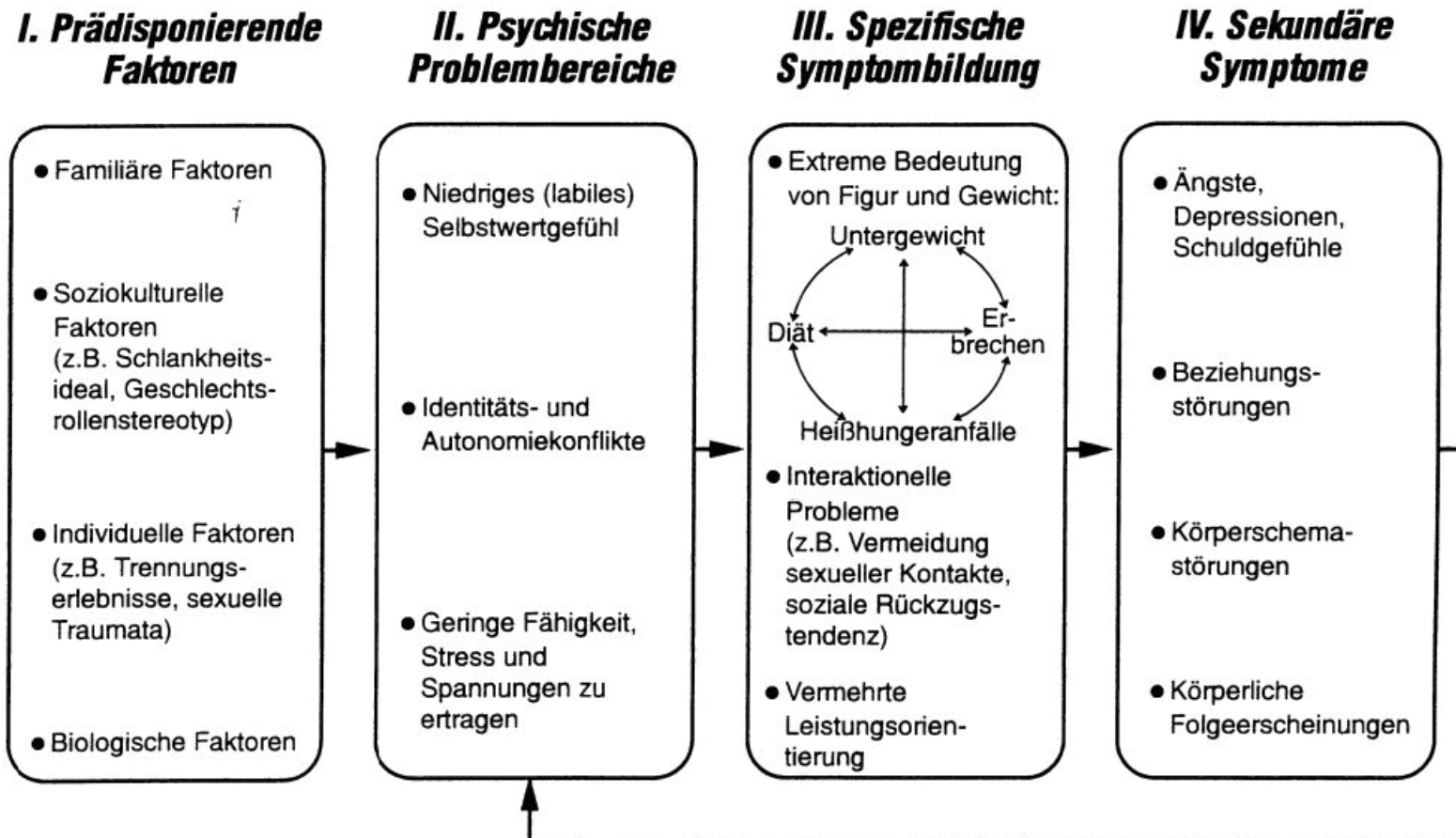
Epidemiologie BN

- ▶ Prävalenz
 - ▶ 3-mal höher als AN → zwischen 1 - 3 % im deutschsprachigen Raum (de Zwaan & Schüssler, 2000)
- ▶ Verhältnis Männer zu Frauen
 - ▶ 1 : 20
- ▶ Mortalitätsrate
 - ▶ in etwa 2 %
 - ▶ wenig aussagekräftige Studien



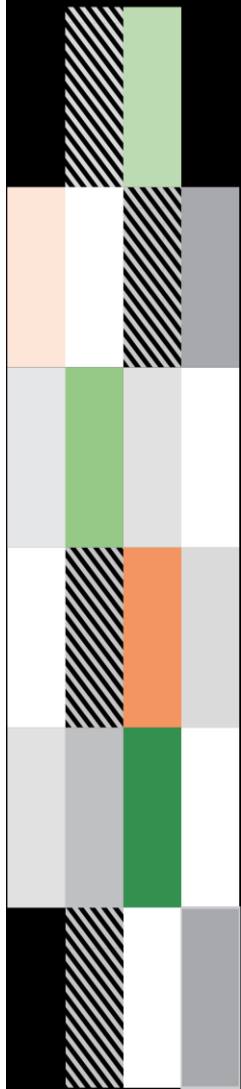
Ätiologisches Modell der BN

www.zi-mannheim.de



Diagnostische Kriterien BN nach ICD-10 (F50.2)

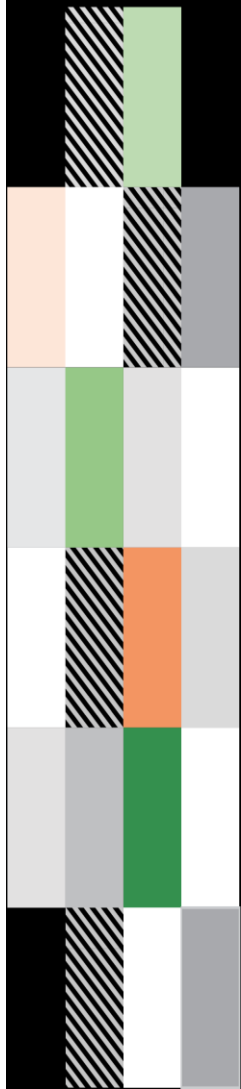
- ▶ andauernde Beschäftigung mit Essen
- ▶ unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln
- ▶ Essattacken (große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit)
- ▶ dickmachendem Effekt entgegenzusteuern:
 - ▶ selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika.
- ▶ krankhafte Furcht, dick zu werden
- ▶ selbst definierte Gewichtsgrenze
- ▶ Vorgeschichte - Episode AN nachweisen



Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

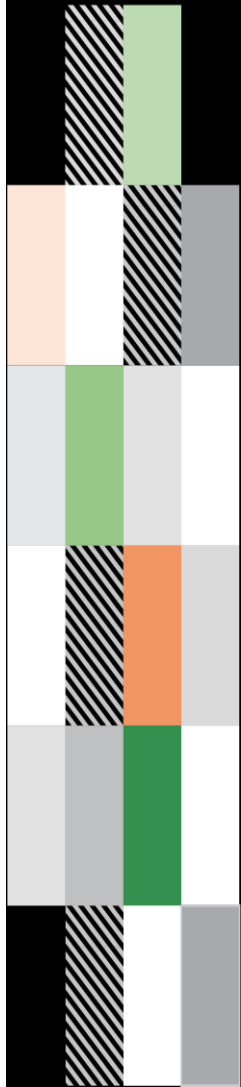
Wiederholte Episoden von „Fressattacken“ („Binge-Eating“). Eine Fressattacke ist gekennzeichnet durch beide der folgenden Merkmale:

1. Verzehr einer Nahrungsmenge in einem bestimmten Zeitraum (z.B. 2 Stunden), wobei diese **Nahrungsmenge erheblich größer** ist, als die Menge, die die meisten Menschen in einem vergleichbaren Zeitraum und unter vergleichbaren Bedingungen essen würden.
2. Das Gefühl, während einer Episode die **Kontrolle über das Essverhalten zu verlieren**.



Diagnostische Kriterien nach DSM-IV

- ▶ Wiederholte Anwendungen von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Maßnahmen (selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Laxantien, Diuretika, Klistieren)
- ▶ Die Fressattacken und das unangemessene Kompensationsverhalten kommen 3 Monate lang im Durchschnitt mind. 2 x pro Woche vor
- ▶ Figur und Körpergewicht haben einen übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung
- ▶ Die Störung tritt nicht ausschließlich im Verlauf von Episoden einer AN auf



Beschreibung des Störungsbildes

► Fressattacken

- dauern zwischen 15 und 60 Min.
- durchschnittlich etwa 10 Mal/Woche
- finden meist im Geheimen statt
- Ø Energiegehalt zw. 3000 und 4000 kcal (bis zu 15.000 kcal)
- Präferenz für süße, hochkalorische Lebensmittel

► „Selbstreinigende“ Verhaltensweisen

- 18-21 % Tablettenmissbrauch im letzten Monat (Roerig et al. 2003)

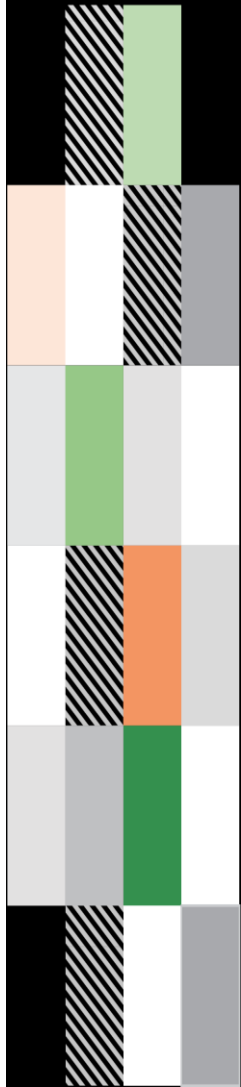
► Dysfunktionale Emotionsregulationsstrategie

- Spannungsabbau durch Heißhunger/Erbrechen
- Aufrechterhaltung der Störung



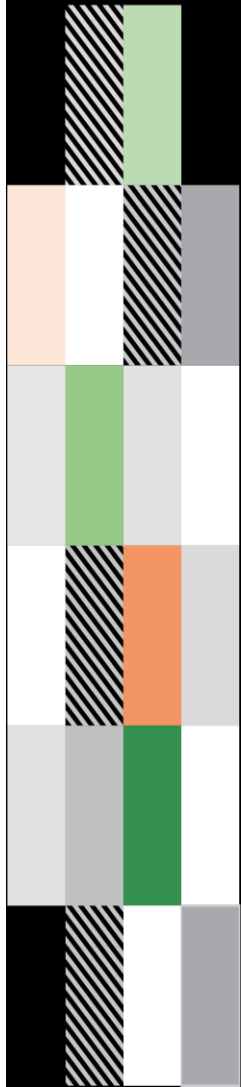
Medizinische Folgeerscheinungen der BN I

- ▶ Allgemein: Karies, Schwellungen der Wangen, Vergrößerung der Speicheldrüsen, Halsentzündungen, Hypothermie
- ▶ Gastrointestinale Störungen: Risse und Verletzungen der Speiseröhre, Ösophagitis, Magenerweiterung bis hin zu Rupturen, Obstipation
- ▶ Herz-Kreislauf-System: Herzrhythmusstörungen in Folge von Hypokaliämie, erniedrigter Blutdruck, Bradykardie, Sinusbradykardie
- ▶ Respirationssystem: Aspirationspneumonie
- ▶ ZNS: Epileptiforme Krampfanfälle



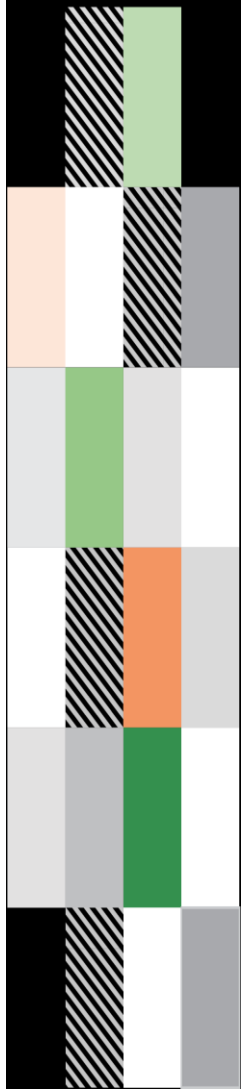
Medizinische Folgeerscheinungen der BN II

- ▶ Blutbildveränderungen: Eisenmangel, Hypercholesterinämie, Anstieg von Harnstoff und Kreatinin
- ▶ Störungen des Elektrolyt- und Mineralstoffhaushaltes: Kalium, Natrium & Kalzium erniedrigt
- ▶ Endokrinologische Veränderungen: Hyperaktivität der Hypothalamus-Hypophysen-Nebennierenrinden-Achse, Verringerung von Sexualhormonen (FSH, LH), Erniedrigung der Schilddrüsenhormone T3, T4 und TSH, Oligomenorrhö bei Frauen



BN - Ursachen für eine stationäre Aufnahme

- ▶ Soziale Schwierigkeiten
 - ▶ Familiäre Probleme
 - ▶ berufliche Schwierigkeiten
 - ▶ Abbrechen der Sozialkontakte
 - ▶ massive Verhaltensauffälligkeiten, Gesetzeskonflikte (z.B. Diebstahl)
- ▶ mangelndes Ansprechen der ambulanten Therapie
- ▶ Psychiatrische Begleiterkrankungen
 - ▶ Depression
 - ▶ Zwangserkrankungen
 - ▶ Sucht
 - ▶ Borderline-Persönlichkeitsstörungen etc.





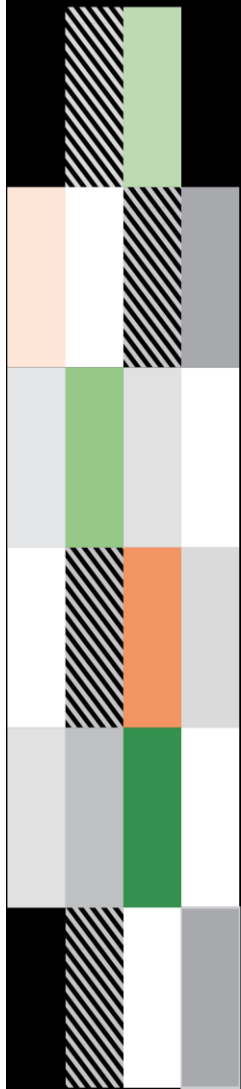
Medizinische Universität Graz

BINGE-EATING-STÖRUNG (BES)



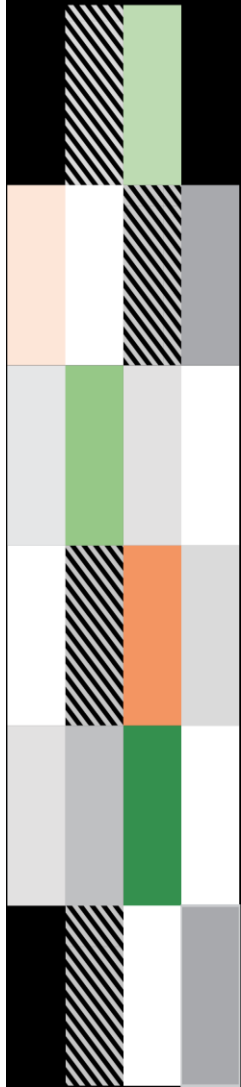
Diagnostische Kriterien der BES

- ▶ „Nicht näher bezeichnete Essstörung“ (F50.9)
- ▶ während mindestens sechs Monaten an zumindest zwei Tagen pro Woche ein Anfall von Heißhunger, bei dem in kürzester Zeit ungewöhnlich große Mengen an Nahrungsmittel aufgenommen werden.
- ▶ Der Betroffene verliert die Kontrolle über die Nahrungsaufnahme.
- ▶ keine unternommenen Maßnahmen, die Gewichtszunahme durch Erbrechen, Sport oder Fasten zu verhindern



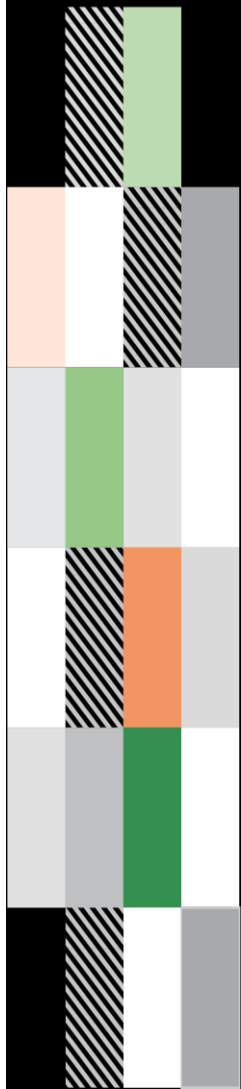
Diagnostische Kriterien der BES

- ▶ mindestens drei der folgenden sechs Bedingungen müssen zusätzlich zu treffen:
 - ▶ wesentlich schneller essen als normal
 - ▶ Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl
 - ▶ Essen großer Nahrungsmengen, wenn man sich körperlich nicht hungrig fühlt
 - ▶ Alleine essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
 - ▶ Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder große Schuldgefühle nach dem Essen (Leidensdruck)



Prognose BES

- ▶ 70 % Genesung im Langzeitverlauf
- ▶ Ca. 25 % der Patient_innen mit Adipositas erfüllen die Kriterien für BES



Komorbidität

(Psychiatrie.Charité-SS2018)

https://psychiatrie.charite.de/fileadmin/user_upload/microsites/m_cc15/psychiatrie/lehre_psychologie/ss2018/S4-Esstörungen.pdf

	Anorexie	Bulimie	Binge Eating Störung
Depression	50 %	60 %	40 %
Angststörungen Soziale Phobien	25 %	40 %	40 %
Zwangsstörungen	24 %	18 %	8 %
Substanzmiss- brauch/ Sucht	17 %	38 %	23 %
Persönlichkeits- störungen (aktuelle Prävalenz!)	Zwanghaft : 15 % Ängstlich- vermeidend: 14 %	Borderline: 21 % Ängstlich-vermeidend: 19 %	Ängstlich-vermeidend: 11 % Zwanghaft: 10 % Borderline 9 %
Posttraumatische Belastungs- störungen	12 %	45 % b. PTSD 3fach erhöhtes Risiko	26 %

THERAPIE VON ESSSTÖRUNGEN



Zwei Briefe an die Essstörung: „Krücke und/oder „Hindernis“?

Liebe Essstörung,

ich wollte dir danken, dass du immer für mich da bist, wenn ich mich einsam und alleine fühle. Wenn sich keiner um mich kümmert, dann brauche ich nur den Kühlschrank zu öffnen und all die schönen Dinge essen, die ich mir sonst verbiete. Du erfüllst mich in diesem Moment, alles um mich herum verschwindet, nichts zählt mehr, außer Essen. Durch dich fühle ich mich unabhängig, ich brauche niemanden. Du machst mich stark, wenn ich down bin. Dank Dir brauche ich keine Angst haben, dick zu werden, ich kann das Essen ganz einfach wieder ausbrechen. Durch dich bin ich etwas Besonderes. Vielen Dank, dass es Dich gibt!

Deine E.

Du Essstörung,

ich wollte dir schon lange einmal sagen, was ich an Dir hasse. Du hinderst mich daran, ein erfülltes Leben zu führen. Ständig lauerst Du darauf, dass ich Dich sättige, ich kann mich auf nichts mehr richtig konzentrieren, meine schulischen Leistungen sind gesunken und ich gehe nicht mehr gerne mit meinen Freunden aus. Wenn ich alleine zu Hause bin, fühle ich mich wie ein gefangener Tiger, der in seinem Käfig umherschleicht auf der Suche nach was zu essen. Ich kann an nichts anderes mehr denken als an Essen und das kotzt mich im wahrsten Sinne des Wortes an. Ich wünschte, ich wäre Dir nie auf den Leim gegangen, Deinem Versprechen von Schönheit. Ich habe Dir meine Seele verkauft und dafür vielleicht oberflächlich einen schönen Körper bekommen, aber was nutzt er mir, wenn ich mich doch im Spiegel nicht betrachten kann, weil ich mich ständig zu dick fühle, ich mich vor ihm ekle und die Waage mein Gefängniswärter ist. Ich hasse Dich dafür, dass Du mir meine Lebensfreude nimmst und mich so verändert hast. Dass ich nicht mehr aus dem Tiefsten heraus lachen kann und mir so viele Dinge egal geworden sind. Ich will mein Leben zurück!. Deine E.

Kognitive Verhaltenstherapie Two-Track-Approach

1. Kurzfristiges Ziel:

Veränderung des Ernährungsverhaltens mit Gewichtszunahme

- unterstützende, meist pflegerische Betreuung
- Hochkalorische Kost
- Ernährungsmanagement (Ziel: adäquate Nahrungszusammensetzung und zeitliche Verteilung)

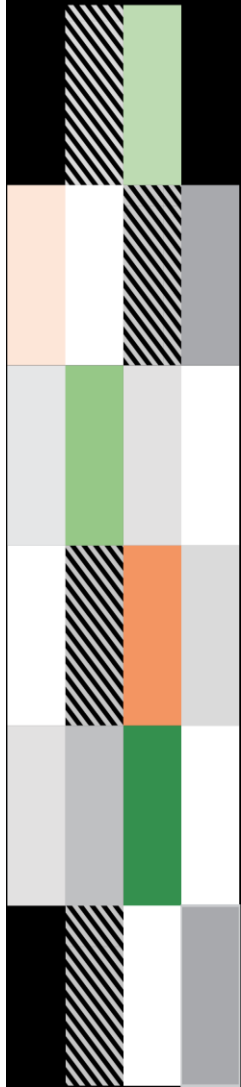
2. Langfristiges Ziel:

Behandlung der zugrunde liegenden Problembereiche

- Identifikation und Modifikation dysfunktionaler Gedanken
- Vermittlung von Konflikt- und Problemlösestrategien
- Erhöhung der sozialen Fertigkeiten
- Förderung der Kontakt und Kommunikationsfähigkeit
- Verbesserung des Negativen Körperbilds⁴³

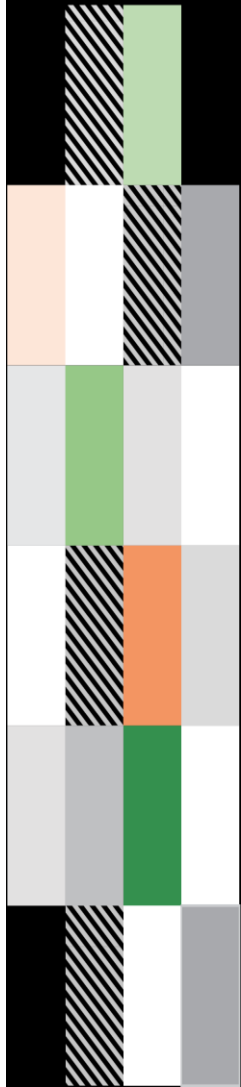
Therapeutische Ansätze bei Essstörungen

- ▶ Stationäres Setting
- ▶ Ernährungstherapie: Erreichung eines akzeptablen Gewichtes (Nasensonden), Normalisierung des Essverhaltens, Essbegleitung
- ▶ Psychotherapie: Klinisch-psychologische Behandlung/Psychotherapie
 - ▶ Veränderung ungünstiger Denkweisen
 - ▶ Familie
 - ▶ Körperwahrnehmung: Ergotherapie, Physiotherapie
- ▶ Ambulantes Setting
- ▶ ärztliche Kontrollen
- ▶ weiterführende Psychotherapie



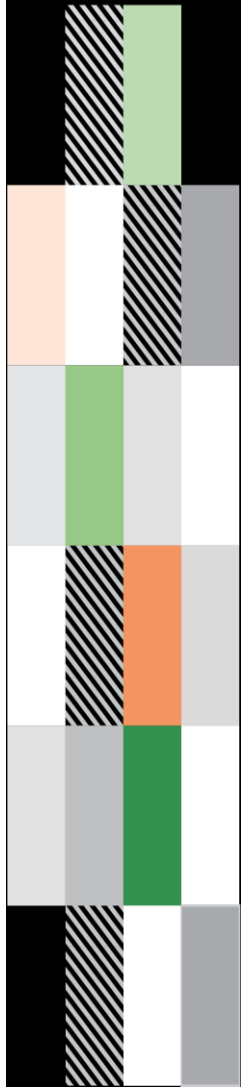
Stationäre Therapie von Essstörungen

- ▶ Medizinisch/Medikamentös
 - ▶ Medizinische Überwachung (Labor, Elektrolyte, EKG, Gewichtskontrollen, MR, Osteodensitometrie)
 - ▶ Kalorien/Kostvereinbarung mit wöchentlicher Steigerung
- ▶ → AN: Wirksamkeit psychopharmakotherapeutischer Ansätze ist nach evidenzbasierten Kriterien nicht erfüllt
 - ▶ Medikamentöse individuelle Therapie mit z.B. Antidepressiva
- ▶ → BN (BES): Medikament der ersten Wahl: SSRI Fluoxetin
 - ▶ Signifikante Verminderung von Essanfällen und Erbrechen



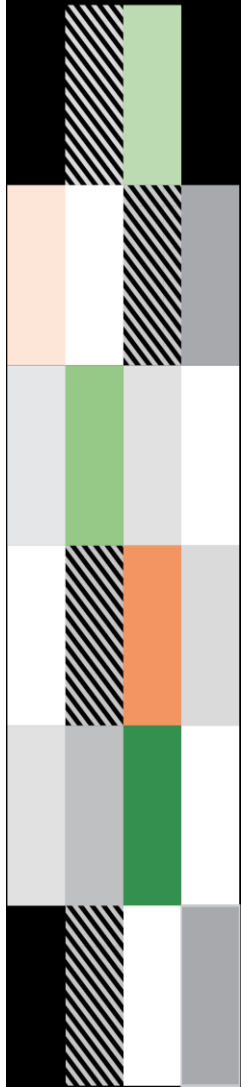
Stationäre Therapie von Essstörungen

- ▶ Psychotherapeutische/Klinisch-psychologische Interventionen mit hoher Effizienz
- ▶ Psychoedukative Methoden
- ▶ Kognitiv-verhaltenstherapeutische Ansätze
- ▶ Systemische Familientherapie
- ▶ Körperorientierte Psychotherapie-Körperbildtherapie
- ▶ Integrative Maltherapie
- ▶ Musiktherapie
- ▶ Gruppentherapien



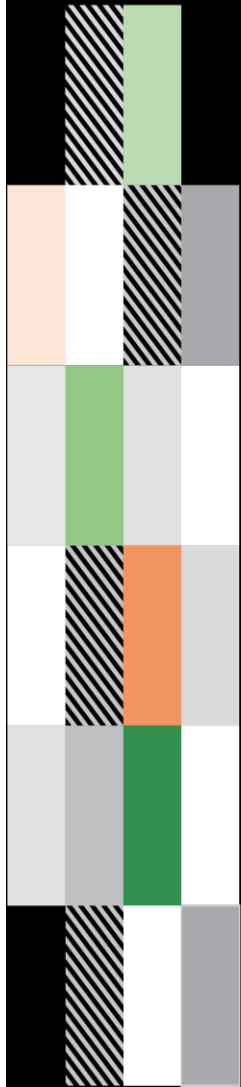
Behandlungsziele

- ▶ Diätberatung (Normalisierung des Essverhaltens)
- ▶ Stabilisierung des körperlichen Zustandes
- ▶ Problembewusstsein schaffen
- ▶ Veränderung ungünstiger Denkweisen
- ▶ Selbstwertsteigerung & Ressourcenaktivierung
- ▶ Entspannung
- ▶ Distanzierung aus einem belastenden Umfeld
- ▶ Distanzierung von der zwanghaften Fixierung auf das Körpergewicht
- ▶ Motivationsarbeit für eine längerfristige ambulante Behandlung



Verhaltenstherapeutisches Grundgerüst

- ▶ Ess-/Brechprotokolle
- ▶ Tägliches Wiegen
- ▶ Positive Verstärkung (z.B. SA bei vereinbartem Gewicht)
- ▶ Negative Konsequenzen (z.B. Rollstuhl)



Therapieoptionen in der Behandlung der Körperwahrnehmungsstörung

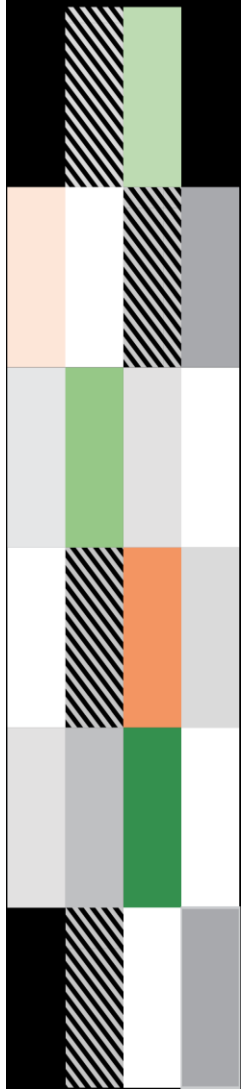


- SEDU-Specialist Eating Disorders Unit
- praktischer Einsatz
- work in progress



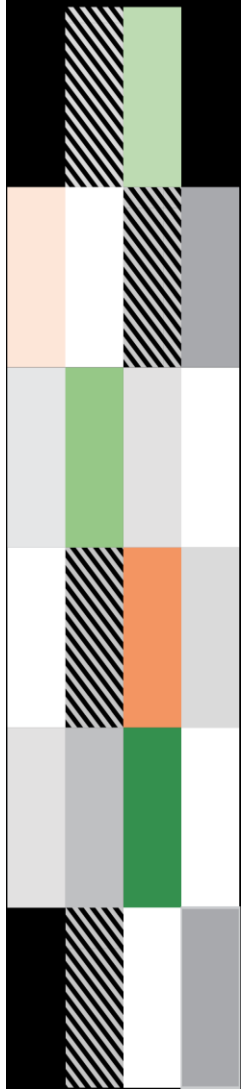
Essstörungstherapievertrag am Station 1A – Modulare Intervallbehandlung

- ▶ Gewichtszunahme und -stabilität
- ▶ Tagesstruktur
- ▶ soziale Fähigkeiten
- ▶ Verbesserung des Stimmungs- und Leistungsniveaus
- ▶ Empowerment
- ▶ Verhaltensänderung
- ▶ Aufrechterhaltung des Erlernten



Essstörungstherapievertrag Station 1A – Modulare Intervallbehandlung

- ▶ aktuelles Gewicht ____ Zielgewicht (700g /Woche)____
- ▶ Tgl. Gewichtskontrolle nüchtern nach Toilettengang, im Bedarfsfall auch unangekündigt, Blasenschall
- ▶ Gewichtskurve
- ▶ 5-6 Mahlzeiten am Tag
- ▶ Gemeinsames Einnehmen der Mahlzeiten im Speisesaal
- ▶ Essbegleitung
- ▶ BMI <12: 30 min Ruhezeit nach jeder Mahlzeit
- ▶ BMI >12: statt Ruhezeit gleich Ergo-, Physiotherapie oder Gruppenangebote

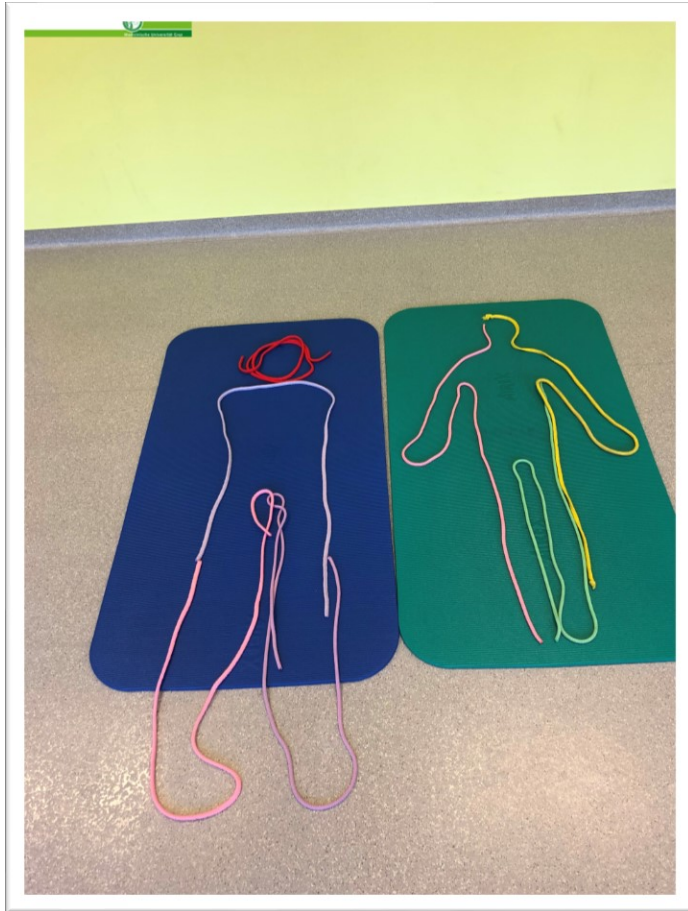


Therapieangebote stationär

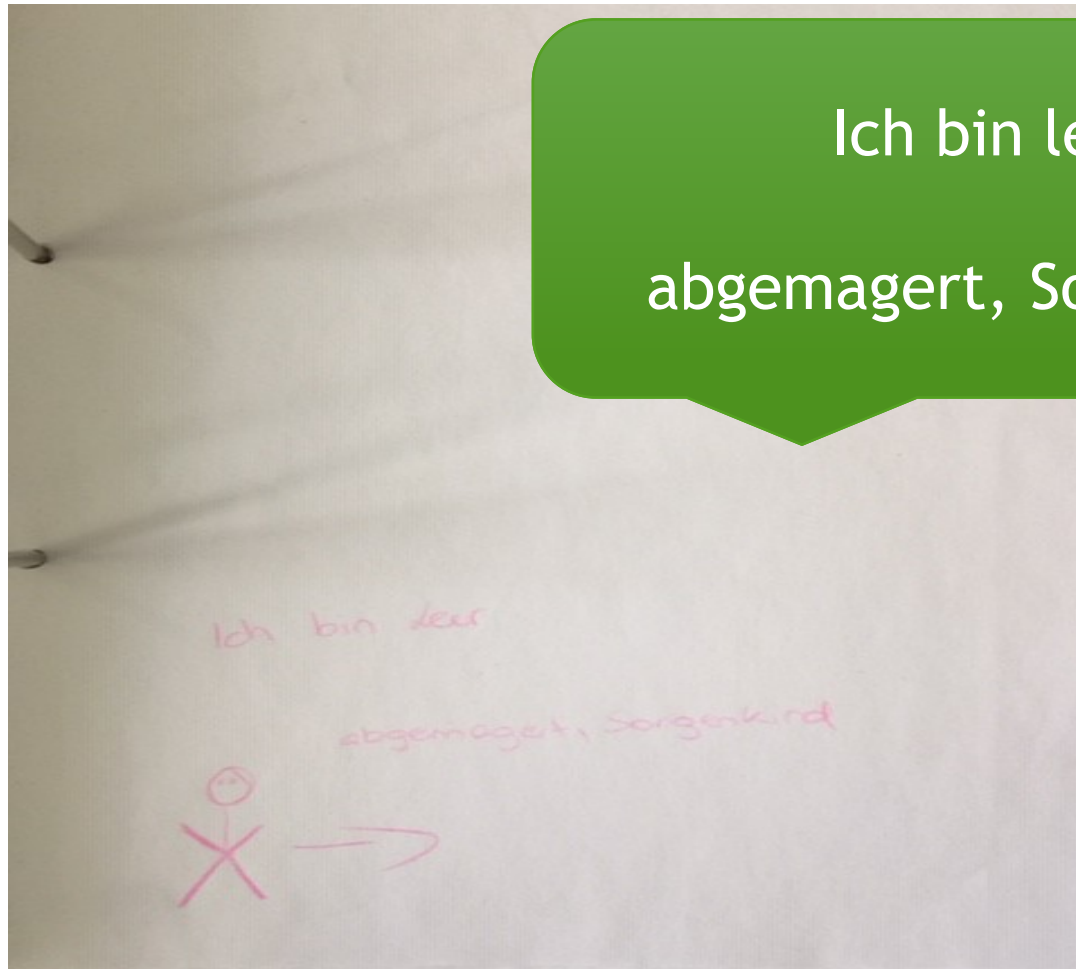
BMI < 12	• Einzel-Körperwahrnehmung am Bett • Leichte Sinneswahrnehmungsübungen am Bett • 2 Gespräche à 50 Minuten pro Woche mit dem/der Einzeltherapeuten/in • ½ Stunde Bettruhe nach Hauptmahlzeiten • Zusatznahrung vor Stützpunkt • Kein SA oder THG
BMI > 12	• Körperwahrnehmungsgruppe Physiotherapie und Ergotherapie. • 2 Gespräche à 50 Minuten pro Woche mit dem/der Einzeltherapeuten/in • SA möglich
BMI > 13	• Wirbelsäulengymnastik • Morgenspaziergang
BMI > 14	• Mehr Bewegungsmöglichkeiten wie Federball, Tischtennis, usw.

Esstraining

Körperschema-Abdruck



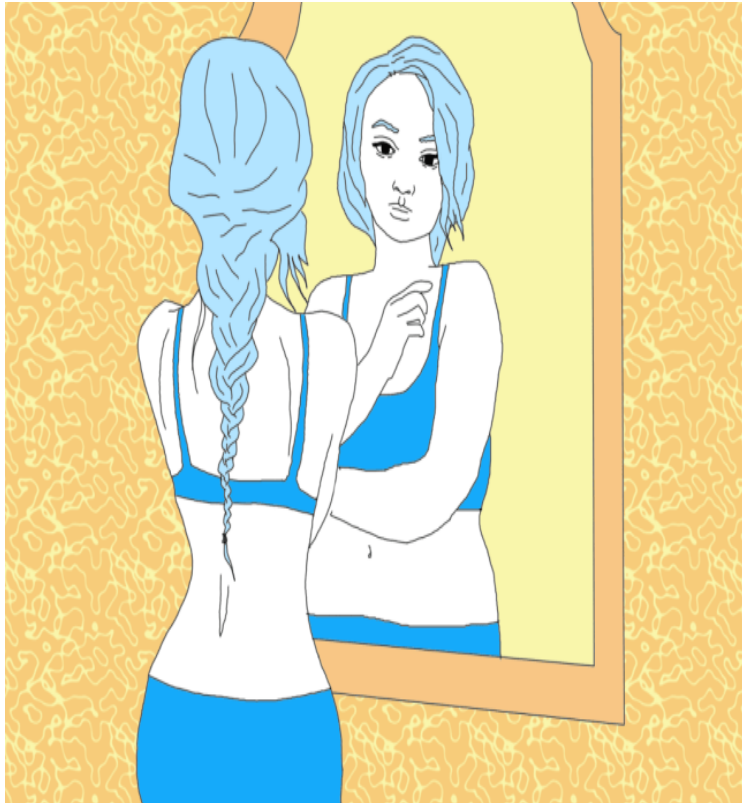
Maltherapie



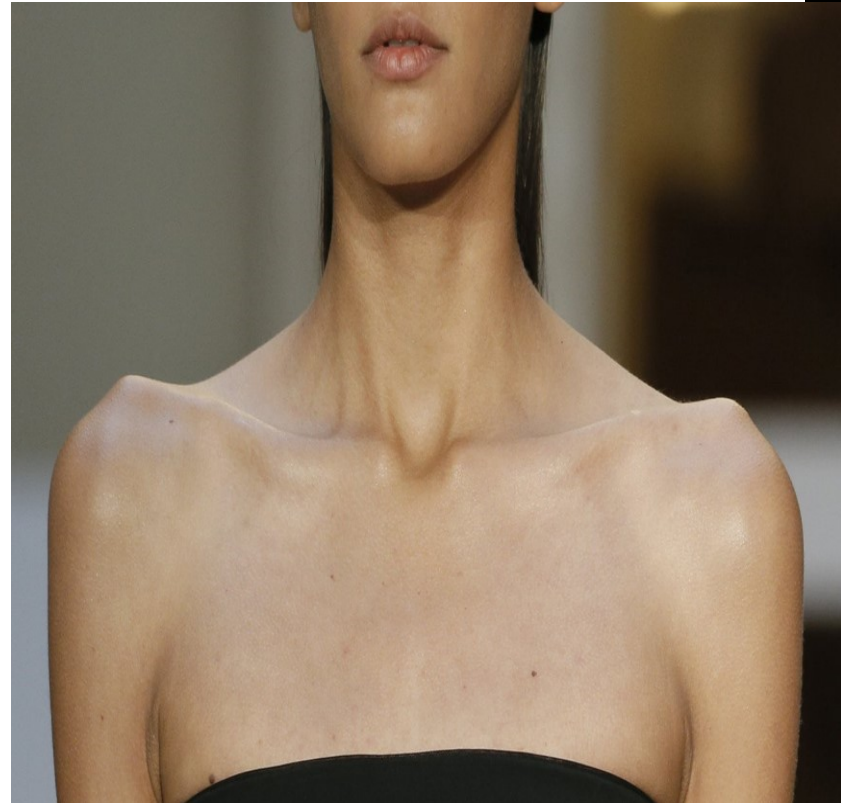
Ich bin leer

abgemagert, Sorgenkind

Körperwahrnehmungstherapie/Spiegelexposition



Picture: Ella Byworth for Metro.co.uk



© Reuters/Gonzalo Fuen

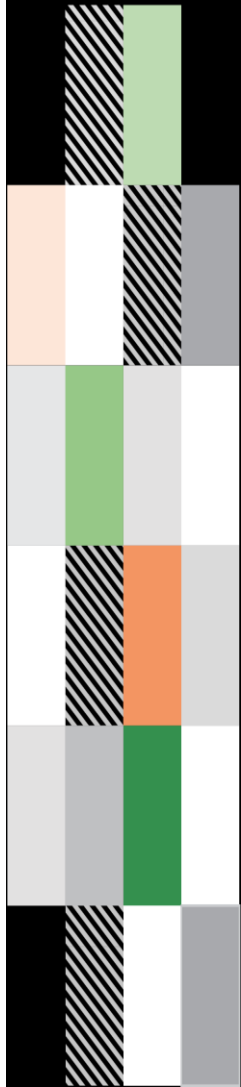
Mahlzeitenprotokoll

Bitte füllen Sie das Protokoll für die nächsten Tage aus. Benutzen Sie pro Tag ein Blatt und tragen Sie bitte jeweils vor und nach einer Mahlzeit oder eine Gefühle und Gedanken ein. Bitte bewerten Sie vor und nach einer Mahlzeit, wie stark Ihr Hungergefühl (H) ist (0 = gar nicht bis 10 = sehr stark). Beurteilen Sie abschließend, ob Sie einen Essanfall (E) hatten und ob Sie Gegenmaßnahmen (G) ergriffen haben (z.B. Erbrechen, Laxanzien oder exzessiver Sport).

Zeit (von.. bis)	Gedanken (vor dem Essen)	Gefühle (vor dem Essen)	H	Art und Menge der Nahrung	Gedanken (nach dem Essen)	Gefühle (nach dem Essen)	H	E	G
Frühstück									
Zwischenmahlzeit									
Mittagessen									
Zwischenmahlzeit									
Abendessen									
Spätmahlzeit									
Getränke				Sportliche Betätigung					

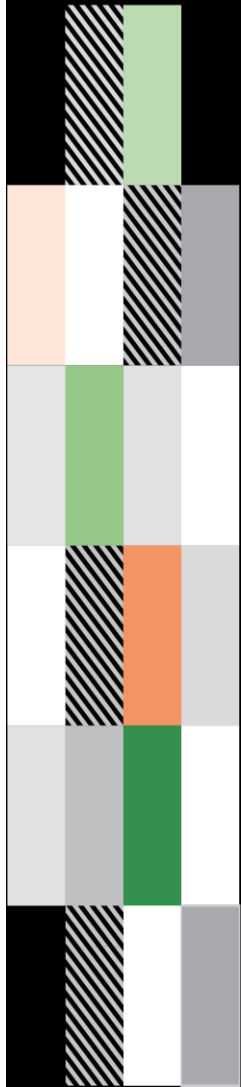
Was tun, wenn Verdacht auf eine Essstörung besteht?

- ▶ Ansprechen
- ▶ Information vermitteln
- ▶ Weitere Abklärung und Therapie anregen



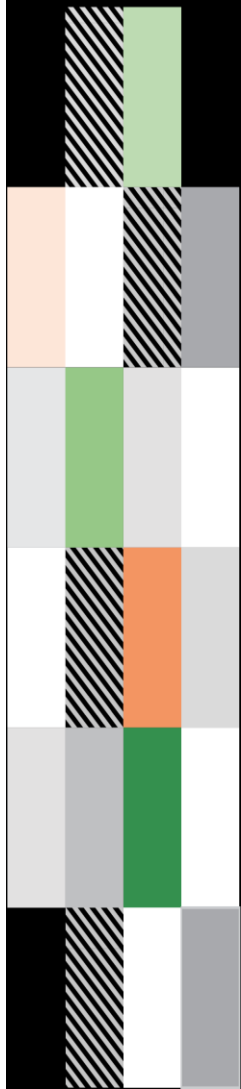
Wohin wenden?

- ▶ Hotline für Essstörungen (0800/20 11 20)
- ▶ Rat auf Draht (147)
- ▶ LeLi-Tageszentrum
- ▶ b.a.s.(betrifft Abhängigkeit und Sucht)
- ▶ Frauengesundheitszentrum
- ▶ Drogenberatungsstelle
- ▶ Ambulante Psychotherapeut*innen
- ▶ Psychiatrische Ambulanzen, Fachärzt*innen

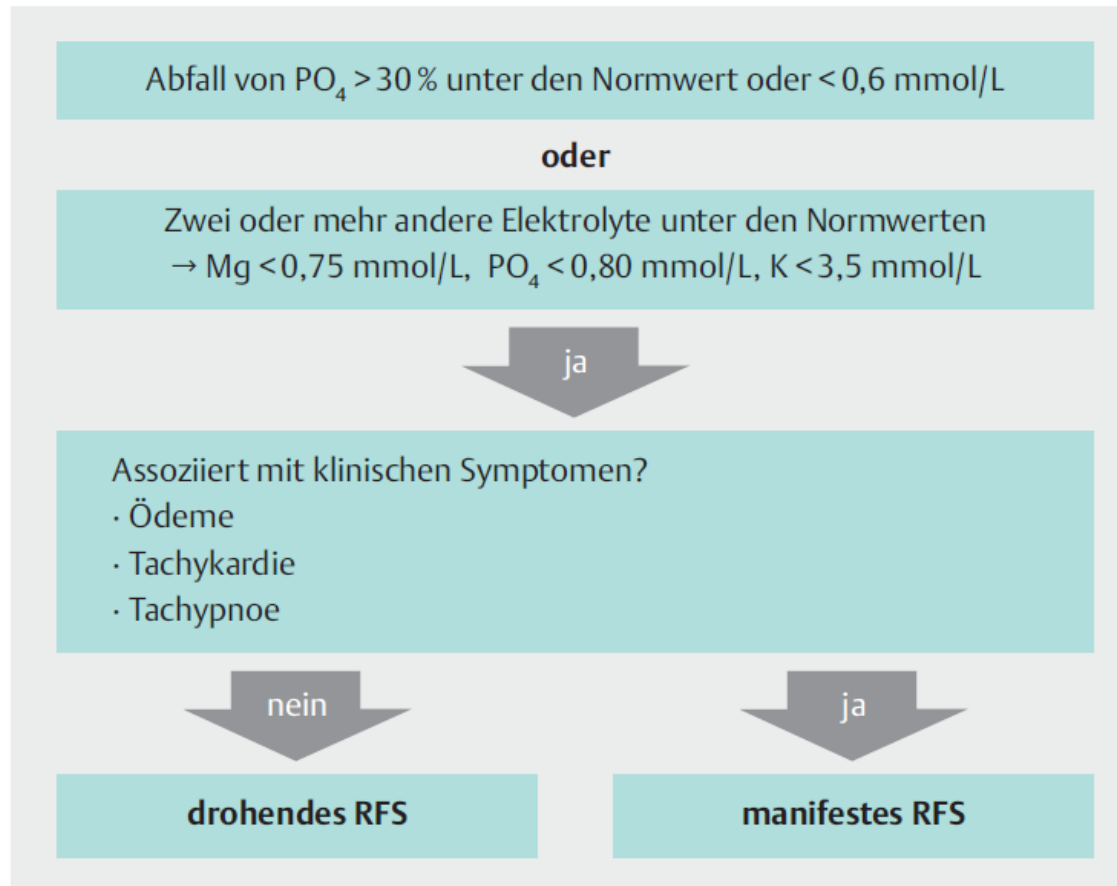


Refeeding Syndrom (RFS)

- ▶ (zu rasche) Wiederernährung von mangelernährten Patient*innen
- ▶ Leitsymptom: Phosphatmangel und Ödeme
- ▶ Zu wenig Glukose-Glykogenolyse-Proteolyse, Lipolyse: **katabole** Stoffwechsellage
- ▶ Glukoseanstieg- **anabole** Stoffwechsellage: Insulin steigt-zelluläre Aufnahme von Phosphat, K, Mg
- ▶ Elektrolyt-Shifting: Serumspiegel sinken
- ▶ Insulin wirkt antinatriuretisch: Ödeme in der Peripherie

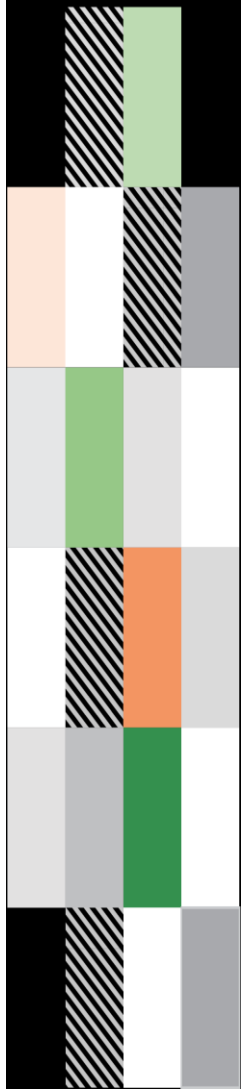


Risikodarstellung

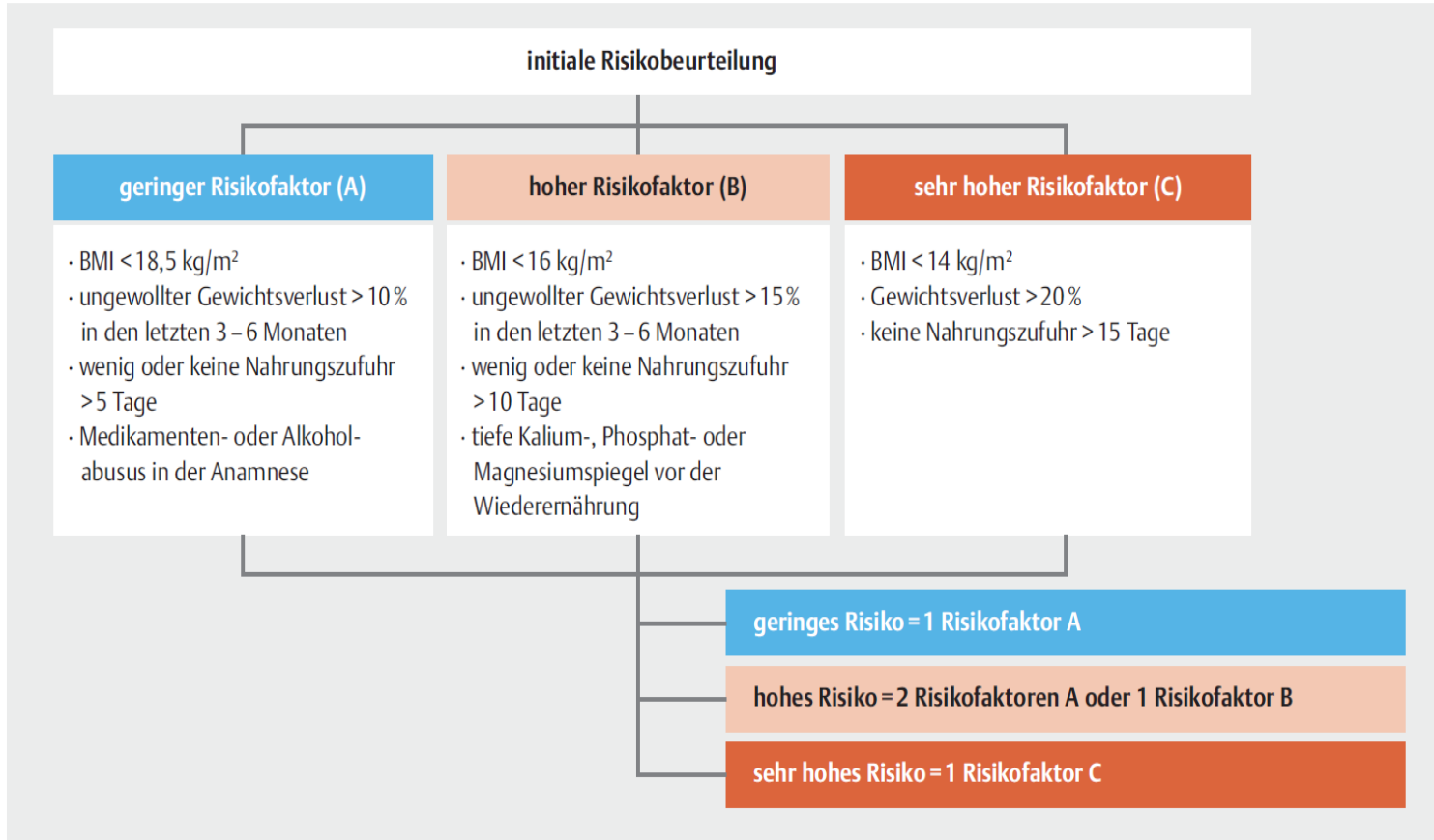


Refeeding Syndrom (RFS)

- ▶ Kardial: Herzinsuffizienz, Arrhythmien, Pericarderguss
- ▶ Pulmonal: Ateminsuffizienz, Dyspnoe
- ▶ Muskulär: Schwäche, Lähmungen, Rhabdomyolyse
- ▶ Neurologisch: Verwirrtheit, Krampfanfälle, Koma, Wernicke Encephalopathie



Risikobeurteilung



Monitoring

- **Körpergewicht** oder Flüssigkeitsbilanz
- **Vitalzeichen** (Blutdruck, Pulsfrequenz, Atemfrequenz, Sauerstoffsättigung)
- **klinische Untersuchung** (Hydratationszustand, Ödeme, kardiopulmonaler Status)
- **Laborparameter** (PO_4 , K, Mg, Na, Ca, Glukose, Harnstoff, Kreatinin)

Tag 1 – 3
Monitoring täglich



Tag 4 – 6
Monitoring jeden
zweiten Tag

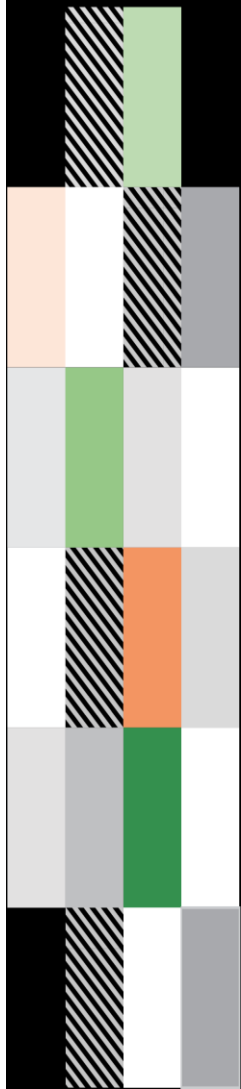


Tag 7 – 10
Monitoring 1 – 2 x/
Woche



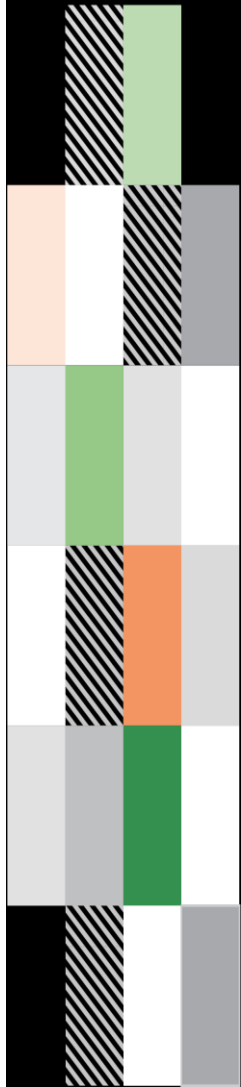
Refeeding Syndrom (RFS)

- Erkennen
- Sorgfältige Kontrolle von Na, K, Mg, Phosphat
- Kontrolle des Flüssigkeitshaushaltes
- *Niedrige Energiezufuhr mit langsamer Steigerung*
 - *low and slow*
 - Phosphat, Vit B1 und Vit D Substitution



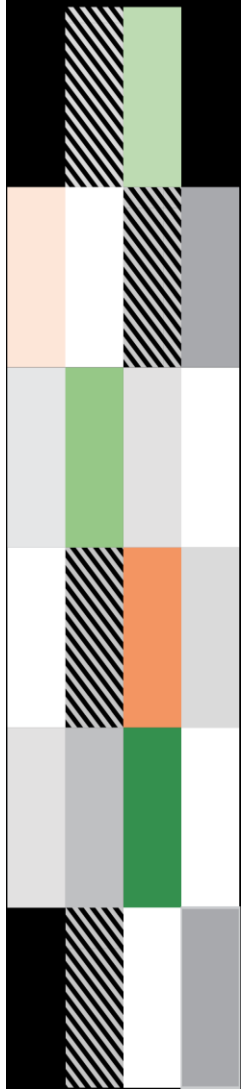
Outcomes of an accelerated inpatient refeeding protocol in 103 extremely underweight adults with anorexia nervosa at a specialized clinic in Prien, Germany, Körner et al 2020

- ▶ Hochkalorische Ernährung von Beginn an ist nicht verbunden mit Risiko für gefährliches Refeeding Syndrom wenn E-lyte kontrolliert werden. (Garber et al 2020, Haas et al. 2020, Körner et al 2020)
- ▶ Ernährung ist die wichtigste Massnahme zur Behebung der Starvationsfolgen-früher und schneller ist besser
- ▶ Ggf. Phosphat, Vit B1 und Vit D Substitution



take home message - Essstörungen

- ▶ schwere psychiatrische Erkrankungen
- ▶ hoher Leidensdruck
- ▶ häufigeres Auftreten bei Frauen
- ▶ komplexe Entstehung
- ▶ Komorbiditäten und Komplikationen
- ▶ Therapie multimodal und langjährig
- ▶ frühzeitige spezialisierte Intervention



Wir brauchen neue Behandlungsmethoden...

Viewpoint

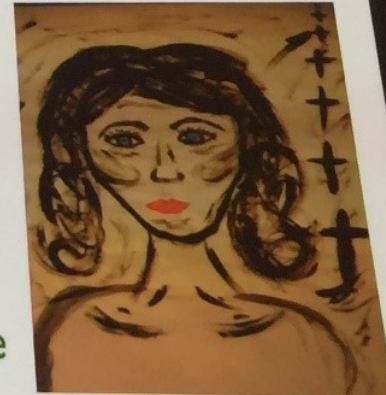
JAMA February 24, 2021

Treatment of Patients With Anorexia Nervosa in the US—A Crisis in Care

Walter H. Kaye, MD¹; Cynthia
M. Bulik, PhD

*From Awareness to Action: An Urgent Call to Address the
Inadequacy of Treatment for Anorexia Nervosa*

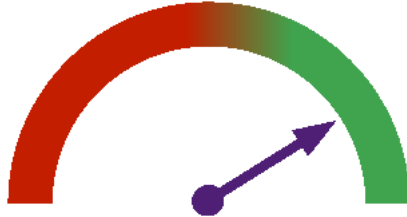
Cynthia M. Bulik, Ph.D.



Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kinder- und Jugendalters



LASEA® KOMBINIERT WIRKSAMKEIT UND SICHERHEIT



Anxiolytische Wirkung^{1,2}
(vergleichbar mit Synthetika)^{3,4}



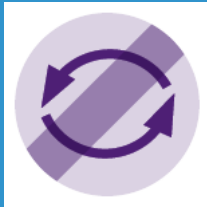
**Hohes Sicherheitsprofil und
gute Verträglichkeit²**



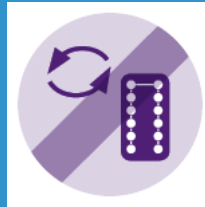
1. Kasper S et al. Int Clin Psychopharmacol 2010;25:277-287. 2. Kasper S et al. Psychopharmakotherapie 2015;22:15-24.
3. Woelk H, Schläfke S. Phytomedicine 2010;17:94-99. 4. Kasper S et al. Int J Neuropsychopharmacol 2014;17:859-869.

Sicherheit und Verträglichkeit

KLINISCH BEWIESEN¹⁻³



Kein Interaktionspotential mit anderen Medikamenten



Keine Interaktion mit oralen Kontrazeptiva



Kein Abhängigkeitspotential

NICHT BERICHTET⁴⁻⁷



Keine Sedierung



Keine sexuelle Dysfunktion



Keine Gewichtszunahme

LASEA®: PRODUKTPROFIL

Nebenwirkungen, Kontraindikationen und besondere Warnhinweise

► Nebenwirkungen:

- Gastrointestinale Störungen, wie Aufstoßen
- Allergische Hautreaktionen.

► Kontraindikationen:

- Überempfindlichkeit gegen den Wirkstoff oder einen der sonstigen Bestandteile*;
- Lebererkrankungen.

► Besondere Warnhinweise und Vorsichtsmaßnahmen :

- Zugelassen ab 18 Jahren
- **Schwangerschaft:** keine klinischen Daten
- **Stillzeit:** keine klinischen Daten
- **Fertilität:** Tierexperimentelle Studien ergaben keinen Hinweis auf eine Beeinflussung der Fertilität.

* Gelatin succinylated; glycerol 85%; refined rapeseed oil; sorbitol 70%, liquid (non-crystallising) (Ph.Eur.); carminic acid aluminium salt (E 120); patent blue V aluminium salt (E 171).

LASEA®: PRODUKTPROFIL



Indikation: Pflanzliches Arzneimittel zur Behandlung von vorübergehender ängstlicher Verstimmung (entspricht der subsyndromalen/milden-moderaten Angsterkrankung). Symptome: schwer zu kontrollierende Sorgen, Unruhe, Verspannungen oder Schlafstörungen.



Aktiver Inhaltsstoff: Silexan®: Ein Öl aus *Lavandula angustifolia*.



Mode of Action: Moduliert die präsynaptischen Kalziumkanäle und beeinflusst die Serotonin-1A-Rezeptor-Bindung.



Wirksamkeit: in zahlreichen klinischen Studien belegt.



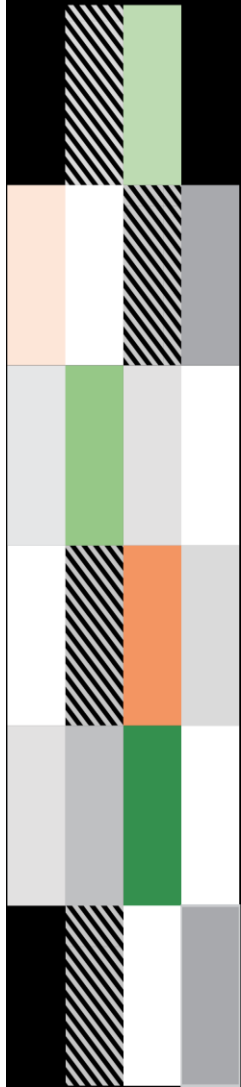
Sicherheit: Nicht süchtigmachend, nicht sedierend, kein Interaktionspotential, sehr gute Verträglichkeit.



Vertrieb: Schwabe Austria GmbH, Österreich.



Zulassungsstatus: Vollzulassung.





UNIKLINIK
KÖLN

Wir brauchen neue Behandlungsmethoden...

Viewpoint
JAMA February 24, 2021
Treatment of Patients With Anorexia Nervosa in the US—A Crisis in Care
Walter H. Kaye, MD¹; Cynthia M. Bulik, PhD

From Awareness to Action: An Urgent Call to Address the Inadequacy of Treatment for Anorexia Nervosa

Cynthia M. Bulik, PhD



Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie
des Kinder- und Jugendalters

40



