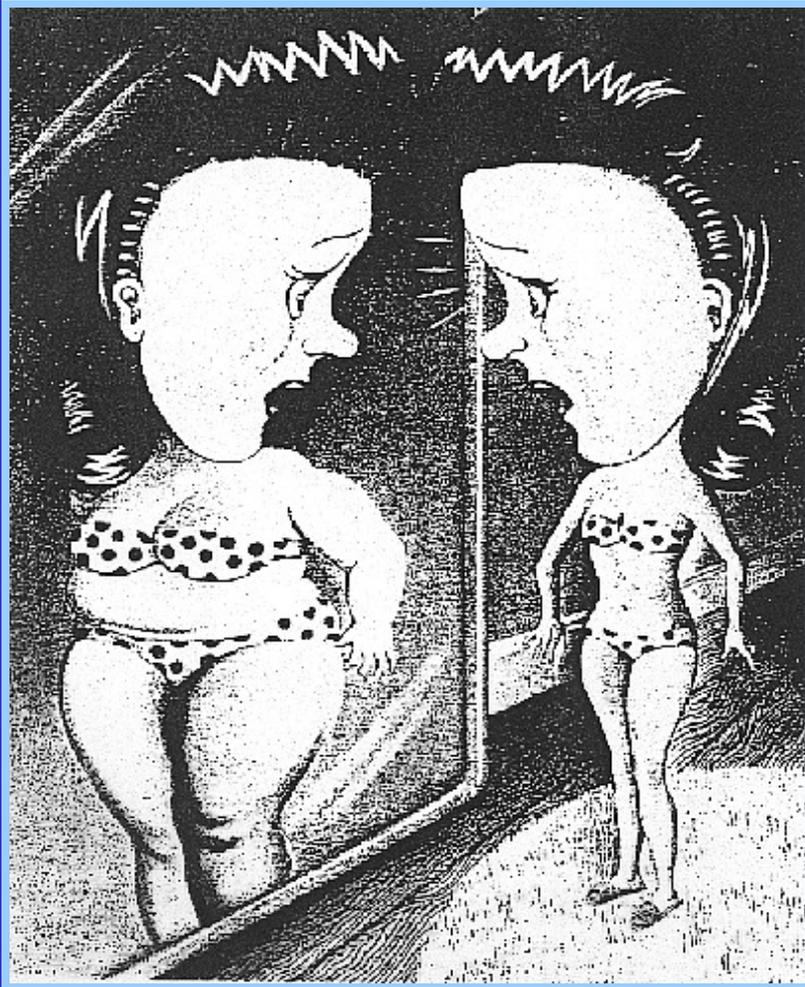


Essstörungen und Sucht

Dr.med. Svjetlana Vinkovic
Psychiatrie und Psychotherapie, Chur
November 2024



- Einleitung
- Diagnostik
- Ätiologie
- Behandlung
- Diskussion

DSM IV – TR (2000)

Anorexia nervosa

Restricting Type

Binge-Eating/Purging Type

AN

ANr

ANbp

Bulimia nervosa

Purging Type

Nonpurging Type

BN

BNp

BNnp

Binge-Eating Disorder

BED

DSM IV –TR Kriterien (2000)

Anorexia Nervosa (AN)

- A. Körpergewicht weniger als 85% des zu erwartenden Gewichts, oder BMI gleich oder kleiner als 17.5 kg/m²
 - B. Ausgeprägte Ängste vor der Gewichtszunahme oder davor dick zu werden, trotz bestehenden Untergewichts
 - C. Störung in der Wahrnehmung der eigenen Figur und des Körpergewichts
 - D. Bei postmenarchalen Frauen das Vorliegen einer Amenorrhoe (Amenorrhoe wird angenommen bei hormoneller Substitution)
-
- Restriktiver Typus
 - Binge Eating/Purging Typus (leiden häufiger unter Alkohol- oder Drogenproblemen).

DSM IV –TR Kriterien (2000) Bulimia nervosa(BN)

- A. Wiederholte Episoden von „Essattacken“
 - Verzehr einer Nahrungsmenge / bestimmten Zeitraum
 - Während der Episode Gefühl des Kontrollverlusts
 - B. Wiederholte Anwendungen von unangemessenen, einer Gewichtszunahme gegensteuernden Massnahmen
 - C. „Essattacken“ 3 Monate lang mindestens 2 / Woche
 - D. Figur und Körpergewicht haben übermässigen Einfluss auf die Selbstbewertung
 - E. Die Störung tritt nicht ausschliesslich im Verlauf von AN auf
- „Purging“ –Typus (Alkohol- oder Drogenproblemen)
 - „Nicht- Purging“ Typus

DSM IV –TR Kriterien (2000)

Nicht näher bezeichnete Essstörungen (EDNOS)

Kriterien für eine spezifische Essstörung **nicht** erfüllt.

Beispiele:

1. Alle Kriterien für AN erfüllt, aber reguläre Periode
2. Alle Kriterien für AN erfüllt, aber trotz erheblichen Gewichtsverlustes Gewicht noch im Normbereich
3. Alle BN-Kriterien erfüllt, jedoch „Essattacken“ und unangemessenes Kompensationsverhalten weniger häufig als 2 /Woche
4. Wiederholtes Kauen und Ausspucken von Nahrung
5. „Binge-Eating Störung“ Wiederholte Episoden von „Essattacken“ ohne gegensteuernde Massnahmen

Forschungskriterium DSM IV-TR

Binge-Eating Störung (BED)

Wiederholte Episoden von „Essattacken“

- Verzehr einer Nahrungsmenge / bestimmten Zeitraum
- Während der Episode Gefühl des Kontrollverlusts

Essanfall – mindestens 3 der folgende Symptomen:

- Wesentlich schneller essen als normal
- Essen bis zu einem unangenehmes Völlegefühl
- Viel Essen ohne hungrig zu sein
- Allein essen aus Verlegenheit über die Menge, die man isst
- Ekelgefühle gegenüber sich selbst, Deprimiertheit oder Schuldgefühle nach dem übermässigen Essen
- Deutliches leiden wegen Essanfälle
- Essanfälle mindesten 2 Tage/W. für 6 Monaten
- Kein kompensatorische Essverhalten nach den Essanfällen

Wie unterschiedlich sind
die klinischen Bilder
von AN und BN?

Anorexia nervosa

Untergewicht

Sichtbar

0,2-1 % Prävalenz

95 % weiblich, eher jünger

Verhaltensmuster absurd

Schlecht behandelbar

Hohe Mortalität

Langzeitverlauf: 30%

Remission, 35% Besserung/

Stabilisierung, 25%

Chronifizierung, 15% Mortalität

Bulimia nervosa

Normal Gewicht

Unsichtbar

1-3 % Prävalenz

85 % weiblich, eher älter

Verhaltensmuster verständlich

Behandelbar

Tiefe Mortalität

Langzeitverlauf wenig bekannt,
vermutlich ähnlicher Verlauf wie
Anorexie

Gemeinsamkeiten

Betrifft v.a. adoleszente und junge Frauen

Überbewertung des Essens, der Figur und des Gewichts

Figur und Körpergewicht haben übermäßigen Einfluss auf die Selbstbewertung

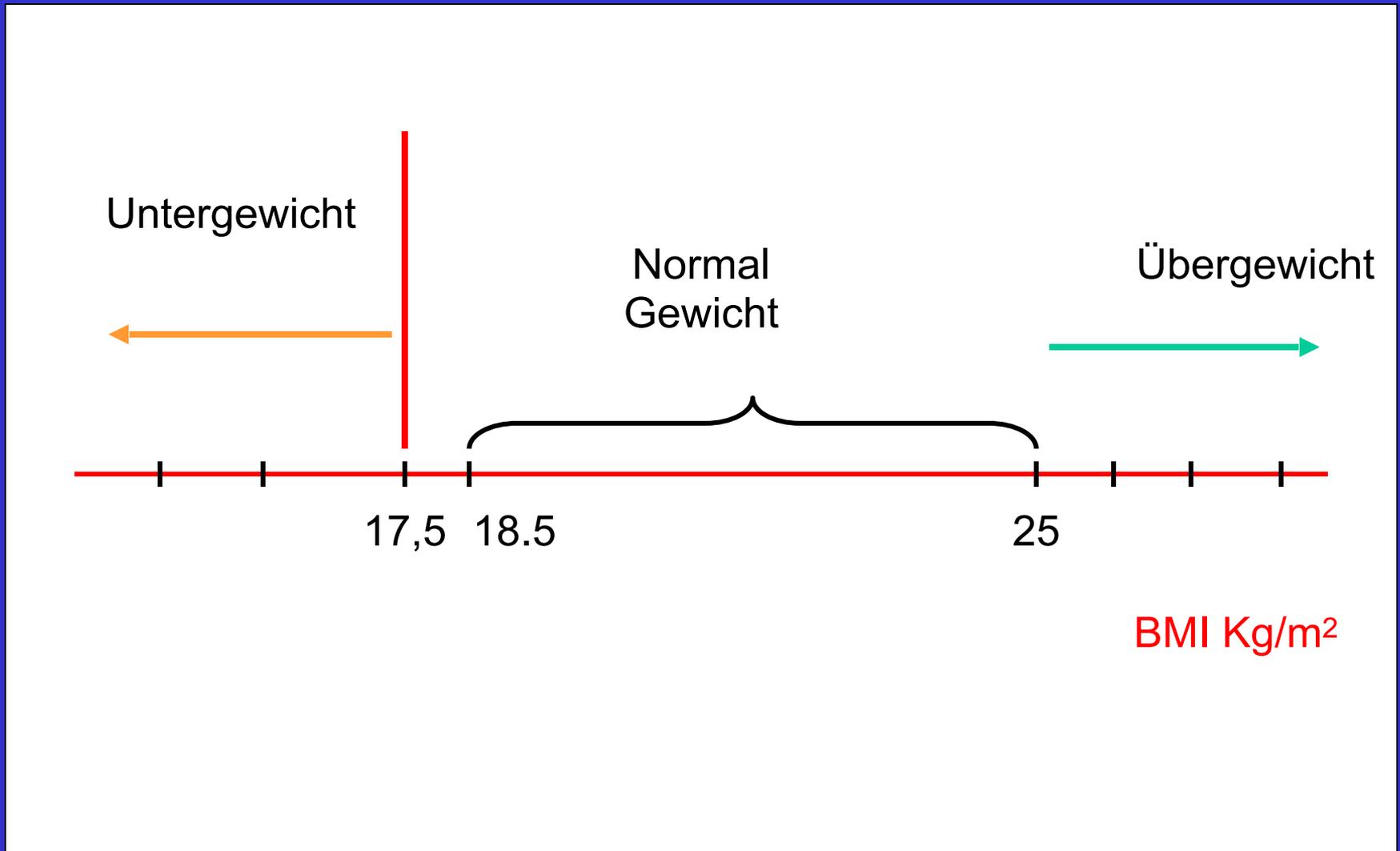
Konstante Beschäftigung mit Gedanken über Essen, Figur und Gewicht

Ständiger Versuch das Essen unter Kontrolle zu kriegen (oft durch Restriktion)

Übergänge zwischen AN and BN klinisch bekannt

Ventromedial-präfrontale Beteiligung am Essverarbeitungsprozess

Einordnen der ED-Diagnosen (1)



Essstörungen und Komorbidität

	Anorexie	Bulimie
Depression	20-60%	20-70%
Zwangsstörung	70%	30%
Angststörung (soziale Phobie)	40-80%	30-70%
Suchterkrankungen	10-30%	20-40%
Persönlichkeitsstörungen	40% Cluster C	60% Cluster B+C

Definition von Sucht

1. Ein unbezwingbares Verlangen zur Einnahme und Beschaffung des Mittels
2. Eine Tendenz zur Dosissteigerung (Toleranzerhöhung)
3. Die psychische und auch physische Abhängigkeit
4. Die Schädlichkeit für den einzelnen und /oder die Gesellschaft.

Essstörungen und suchtartige Merkmale

- Essanfällen (Nahrung als Suchtmittel)
- Das unwiderstehliche Verlangen nach Essen
- Kontrollverlust
- Essanfälle in aller Heimlichkeit
- Essen zur Bekämpfung negativer Gefühle
- Neurologische Prozesse im Bereich des Belohnungszentrums
- Persistenz der Sucht trotz aversiven Folgen

Essstörungen und stoffgebundene Süchte

1. Prävalenzraten von Essstörungen und Alkoholmissbrauch/ -abhängigkeit liegen zwischen **20%** und **40%**, (Hudson et al., 2007)
2. Prävalenzraten von Essstörungen und Drogenmissbrauch/-abhängigkeit liegen zwischen **18%** und **26%** (Hudson et al., 2007)
3. Prävalenzraten von Substanzgebrauch bei Jugendlichen mit Essstörungen sind im Vergleich zu normalgewichtigen Peers um **20-40%** erhöht, Dominanz liegt beim Alkohol (Müller et al. 2000, Gregorowski et al., 2013, Mann et al., 2014)

Essstörungen und stoffgebundene Süchte

1. Unterschiede zw. den ED Subgruppen bzgl. des Substanzkonsums werden v.a. mit Mangel an Kontrollfähigkeit, emotionaler Dysregulation, impulsivem Verhalten und „Binge“ bzw. „Purging“ Verhalten in Verbindung gesehen
2. weibl. Jugendliche mit „Purging“ Verhalten haben erhöhtes Risiko Drogen zu nehmen oder „Binge Drinking“ zu praktizieren (Field et al., 2012)
3. -> je intensiver das „Binge“/ „Purging“ Verhalten, desto häufiger der schädliche Konsum von Substanzen (Fouladi et al., 2015)

Wechselwirkung Essstörung und Suchtmittel

1. Amphetamine (Appetitzügler), Ecstasy:
starke Appetitlosigkeit
2. Kokain:
Appetitzügelnd, bei Abhängigkeit Verlangen nach Essen
3. Alkohol:
häufig im Wechsel mit Ess-Brechanfällen, bei restriktivem Essverhalten rasche körperliche Folgeschäden (Leberzirrhose), Appetitsteigernd, Gefahr des Kontrollverlustes beim Essen und Trinken
4. Cannabis:
Appetitsteigerung, Gefahr von Heißhungeranfällen und Kontrollverlust gesteigert

Essstörungen und Verhaltenssüchte

Prävalenzraten

1. Essstörungen und Internetsucht **20-30%**
2. Essstörungen und Kaufsucht **10-15%**
3. Essstörungen und Spielsucht **5-10%**
4. Essstörungen und Social-Media-Sucht **30%**
5. Essstörungen und Sportsucht **20-30%**

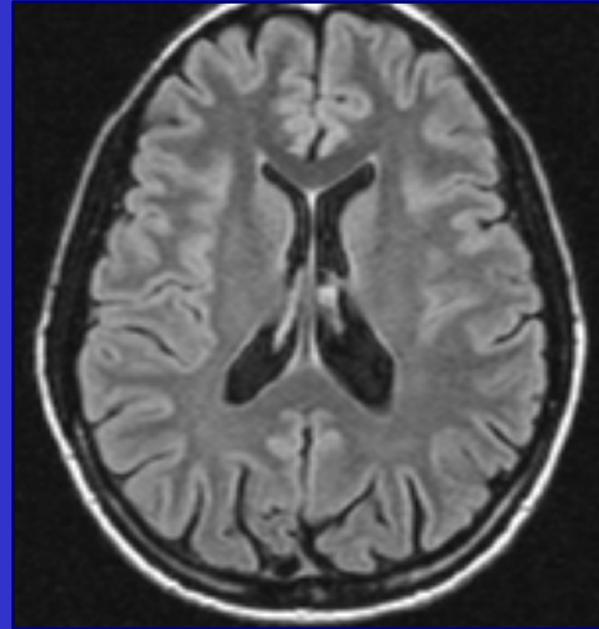
Körperliche Folgen von Essstörungen:

1. Kardiovaskuläre Komplikationen: Bradykardie, Tachykardie, Hypotension, Herzverkleinerung, Rhythmusstörungen
2. Nierenfunktionsstörungen
3. Gastrointestinale Komplikationen (Magen-, Speiseröhrenerosionen, Stoffwechselstörungen, Ödeme)
4. Endokrine Anomalien (Menstruationsstörungen bis Amenorrhoe, Libidoverlust, Hypercortisolismus)
5. Haematologische Komplikationen (Anaemien)
6. Knochenschäden (Osteoporose)
7. Hautveränderungen infolge von Eisenmangel („Lanugo“, Haarausfall, brüchige Nägel)
8. Zahnschäden, Schluckbeschwerden, Hypertrophie der Speicheldrüsen
9. Elektrolytstörungen (v.a. Kaliummangel): Taubheitsgefühle, Herzrhythmusstörungen, Muskelschmerzen, Müdigkeit, Temperaturregulation gestört)
10. Neurologische Auffälligkeiten (Hirnatrophie, Krampfanfälle, Spasmen; kognitive Defizite; affektive Störungen; Wahrnehmungsstörungen)
11. Störung der Hunger-Sättigungs-Regulation

Gehirnveränderungen bei ES

Hirnatrophie

(Uher & Papezova 2000)



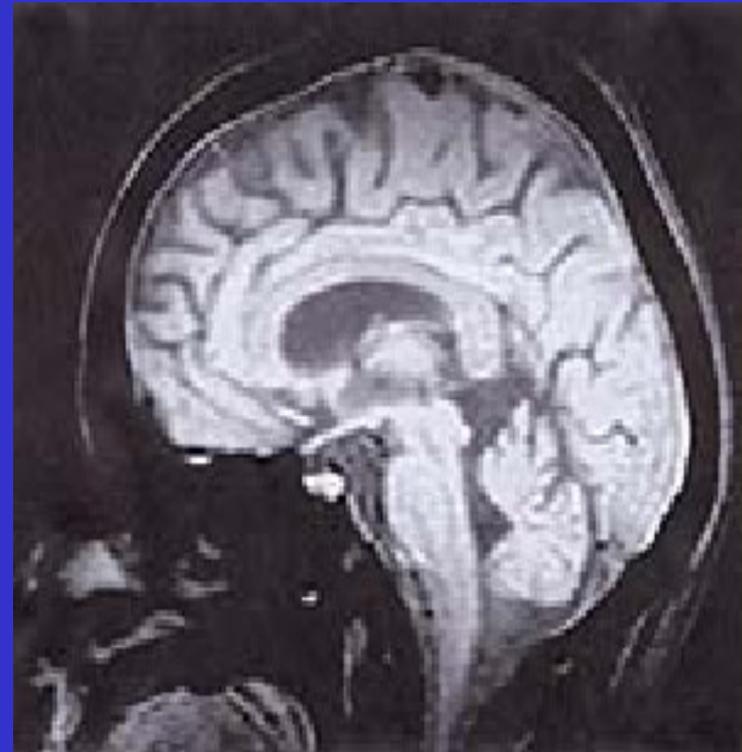
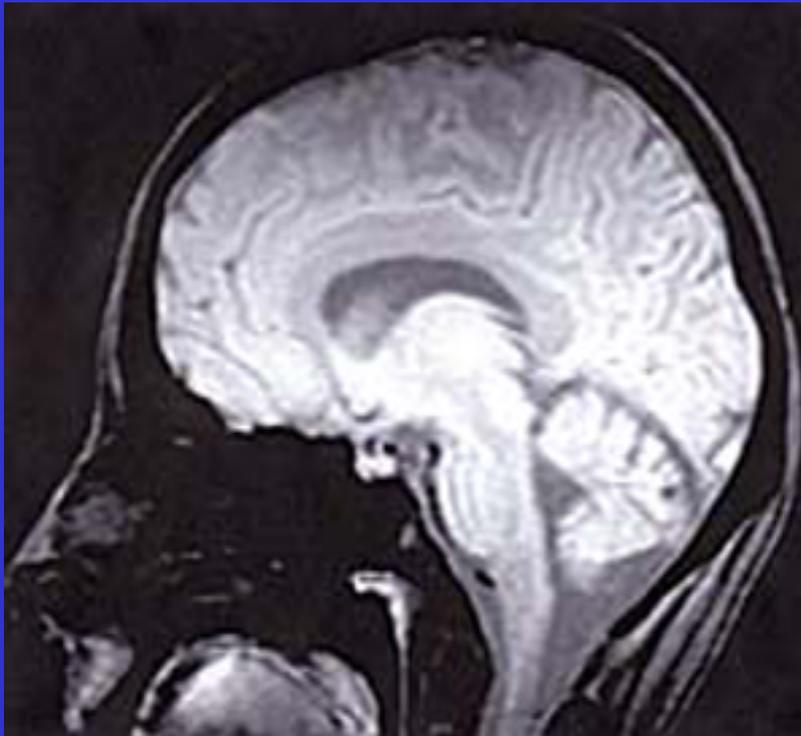
Lokale Alterationen der Hirnglukose-Stoffwechsel

Lokale Alterationen des Serotonins-Stoffwechsel

Lokale Alterationen des Sauerstoffgehalts

Gehirnveränderungen bei ES

Vergrösserte Liquorräume



Körperliche Folgen bei Suchterkrankung

1. Herz-Kreislauf-Erkrankungen
2. Lebererkrankungen
3. Diabetes
4. Unterernährung- bzw. Fehlernährung
5. Chronischer Schlafmangel
6. Gedächtnis-, Wortfindungs- oder Konzentrationsstörungen
7. Optisch, körperlicher Verfall (Crystal Meth)
8. Depressive Verstimmungen, Suizidgedanken, Angst

Risikofaktoren für Essstörungen und Sucht:

1. Biologische Vulnerabilität
2. Psychische Vulnerabilität (emotionale Labilität)
3. Restriktive familiäre Strukturen
4. Traumatische Erfahrungen
5. Aktuelle psychosoziale Belastungen und soziale Isolation

6. Selbstwertprobleme

Risikofaktoren für ES

1. Orientierung an Schlankheitsideal
2. Angst vor Gewichtszunahme
3. Restriktives Essverhalten

Genetische Faktoren

- Gene des Serotonin-Systems
- Dopaminbezogene Gene
- ES in der Familie
- Perinatale Hirnschaden
- Depression, Substanzkonsum oder Abhängigkeit (Alkohol) in der Familie
- Übergewicht in der Familie

Perinatale Komplikationen erhöhen den Risiko für ES

- Frühgeburt
- Niedrige Gewicht bei der Geburt
- Kopfhämatom bei der Geburt

Risiko für Depression, Angststörungen und Alkoholabusus ist **nicht** erhöht durch perinatale Komplikationen

Persönlichkeit (Risiko für AN)

- Perfektionismus - Zwanghaftigkeit
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Ängstliche und Zwanghafte Persönlichkeit
- Emotionale Gehemmtheit

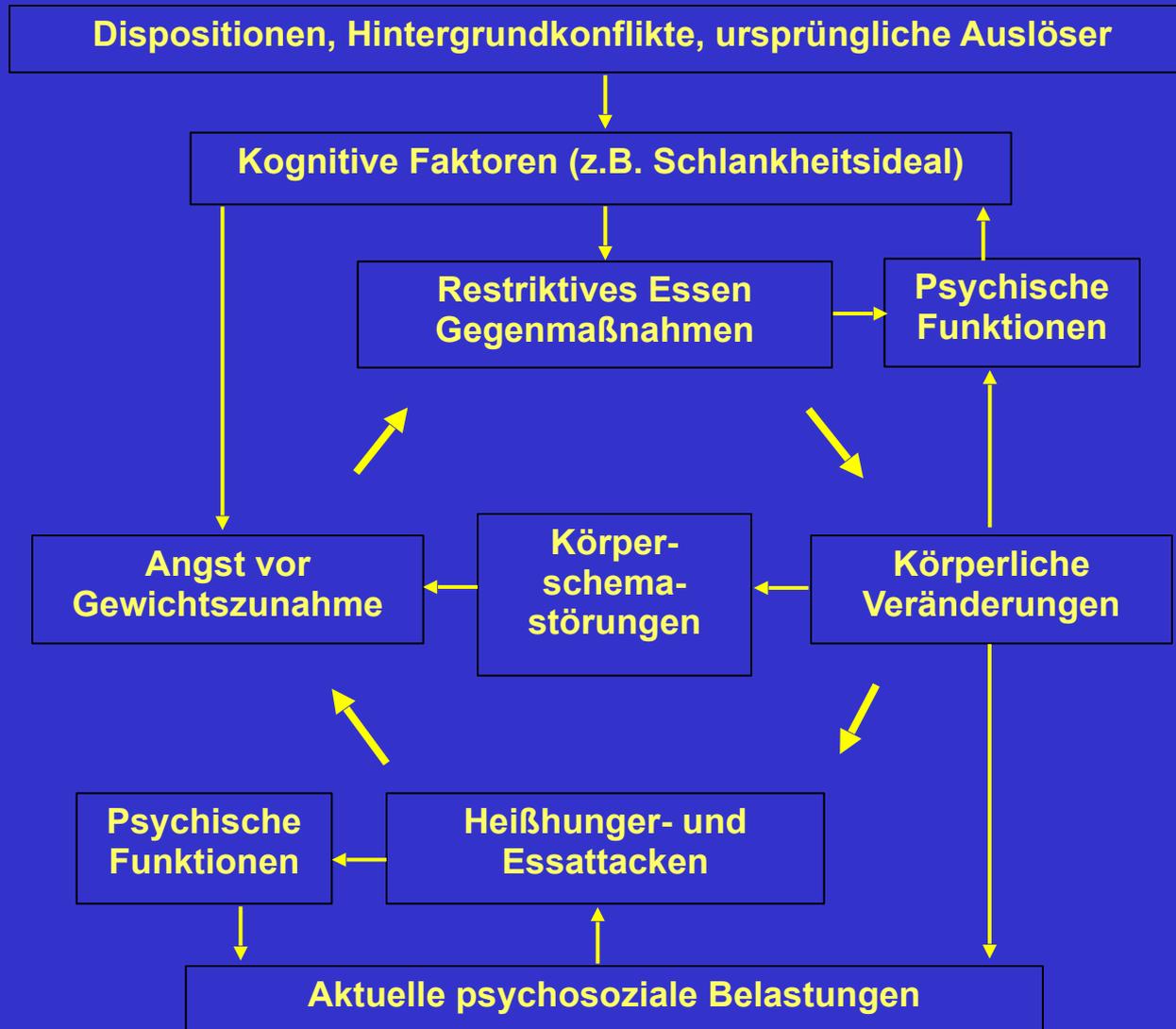
Persönlichkeit (Risiko für BN und Sucht)

- Impulsivität und niedrige Selbstkontrolle
- Emotionale Instabilität und Neurotizismus
- Sensation Seeking (Sensationsuche)
- Niedriges Selbstwertgefühl
- Vermeidungsverhalten und hohe Stressanfälligkeit

Kritische Erfahrungen

- Traumas psychisch / körperlich (sexuell)
- Mangel an sozialer Unterstützung und Isolation
- Kritisches Klima gegenüber Gewicht, Essens, Körper, Aussehen

Allgemeines Störungsmodell für Anorexie und Bulimie (Bents)



Therapeutische Phasen

1. Diagnostik (cave! Noch keine Entscheidung über Therapie!)
2. Motivationale Vorbereitung
3. Therapeutische Interventionen
4. Nach stationärer Therapie: Ambulante Phase und Intervallbehandlungen

Diagnostik: Verfahren

1. Diagnose nach ICD-10/DSM-IV: ED, Sucht
2. Verhaltensprotokolle (Tagebücher)
3. Verhaltensanalyse (situative Bedingungsanalyse, „schwarze Liste“)
4. Psychometrische Tests: EDI (Thiel & Paul), EAT (Garner et al.), FEV (Pudel & Westenhöfer)

Was spricht für gemeinsame Behandlung ED und Sucht?

1. Hohe Komorbidität von Essstörungen und Störungen durch Substanzgebrauch
2. grössere Gefährdung (höheres Morbiditäts- und Mortalitätsrisiko)
3. Auswirkung der Substanzeinnahme auf die Hunger- und Sättigungsregulierung
4. Funktionalität des Substanzgebrauchs im Rahmen der Essstörung zur Gefühlsregulierung und umgekehrt

Empfehlung für die Behandlung

S 3 Leitlinien Essstörungen(2010):

1. Bei schwerer Suchtproblematik und Essstörung wird die **gleichzeitige, längerdauernde, stationäre Behandlung** empfohlen, wenn die Behandlungsstätte Erfahrung mit beiden Störungsbildern hat (**AN, BN & SUD**)!

S 3 Leitlinien alkoholbezogener Störungen (2015):

1. Komorbide Störungen bei alkoholbezogenen Störungen sollen mittels intensiver Interventionen in die stationäre Behandlung einbezogen werden

Integrierte Behandlung von Essstörungen & Suchterkrankungen

1. Teilnahme an einer spezialisierten Gruppe für PatientInnen mit Essstörungen und Suchterkrankung
2. Einzeltherapie
3. Teilnahme an der therapeutischen Tischbegleitung
4. Teilnahme an der Lehrküche (Kochgruppe)
5. Teilnahme an achtsamkeitsbasierten Therapie
6. Ergotherapie

Emotionsregulation

1. AN, BN oder BED und Suchtpatienten unterdrücken oder vermeiden häufig Emotionen, haben Probleme sie zu erkennen oder drücken sie weniger aus
2. Unangenehme Emotionen beeinflussen Essverhalten, lösen Essanfälle, Erbrechen oder Suchtdruck aus
3. Anwendung von Achtsamkeitsübungen
4. Qi Gong /Tai Chi/
5. Radikale Akzeptanz
6. Differenzierung von Emotionen
7. Identifikation von Auslösesituationen Emotionen
8. Entgegengesetztes Handeln üben

Fertigkeitstraining/Skillsaufbau

1. Verbesserung der Stresstoleranz:
2. Führen von Spannungskurven
3. Entwicklung alternativer Verhaltensweisen zur Spannungsreduktion anstelle von Essen, HHA, Erbrechen, Bewegungsdrang, Selbstverletzung oder Suchtmittelkonsum
4. ->Notfallkoffer erstellen mit z.B. Chilischote, Igelball, Coolpacks, Eiswürfel, Ammoniak

Therapeutisch begleiteter Mahlzeitentisch

1. Eine der wichtigsten Interventionen im Ernährungsmanagement, denn:
2. grosse Ängste vor dem Essen
3. Vermeidung sozialer Kontrolle
4. Verlust der Mahlzeitenstruktur
5. Vermeidung bestimmter Lebensmittel
6. Mangelndes Wissen über ausreichende/ausgewogene Ernährung
7. ZIEL: Unterstützung beim Aufbau eines geregelten Essverhaltens

Fallbeispiel:

Anorexia nervosa mit bulimischen Merkmalen

Alter: 24 Jahre

Körpergewicht: 41,2 kg (bei 1,68 m: BMI = 14,6)

Essverhalten: Restriktives Essen, tägliche Heisshungerattacken, kein Erbrechen, exzessiver Sport und Alkoholkonsum

Vorgeschichte:

Krankheitsdauer: 3 Jahre; niedrigstes Körpergewicht: 33 kg (BMI = 11,5)

3 stationäre Vorbehandlungen (Psychiatrie, Innere)

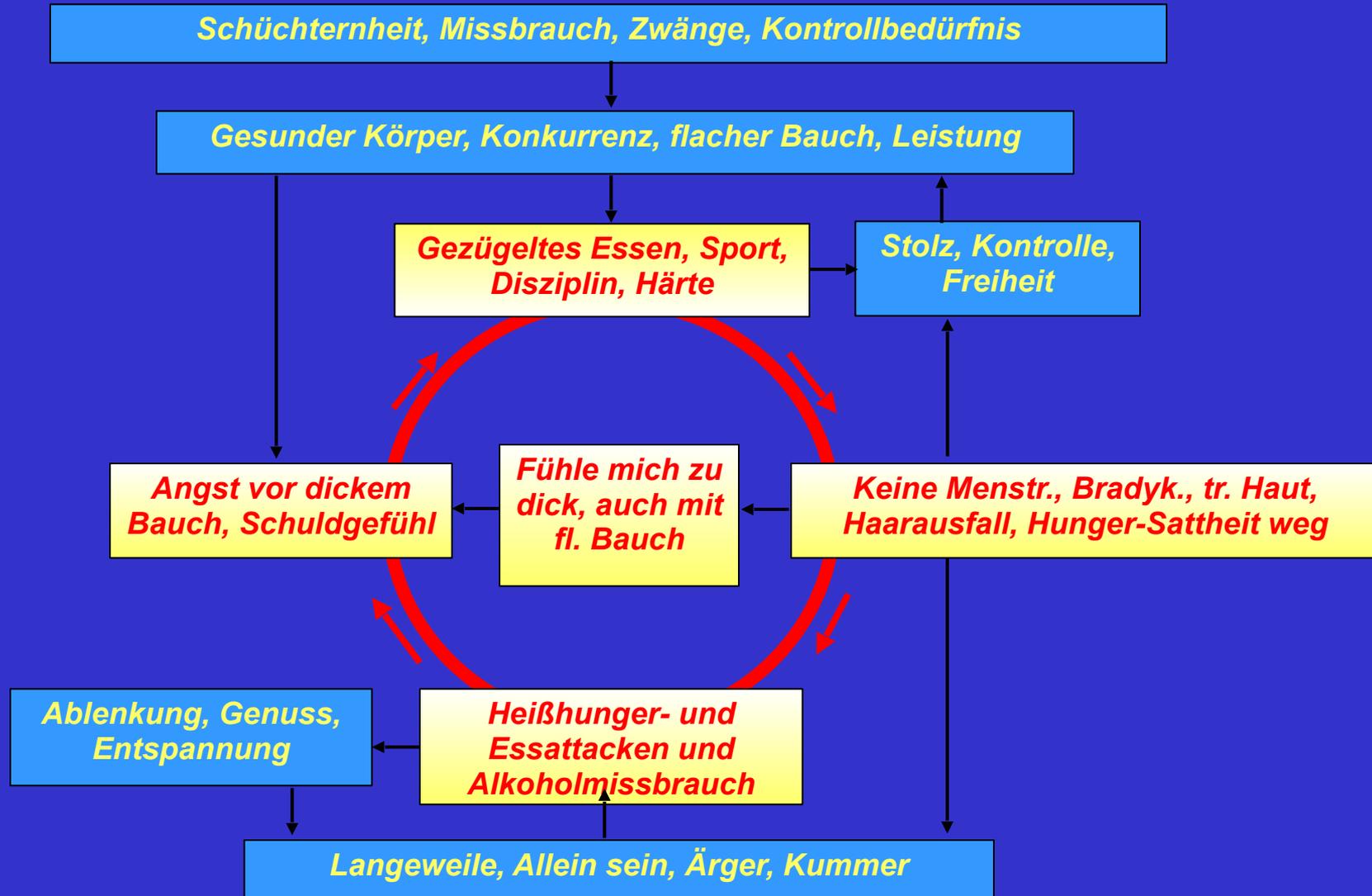
Zwangsstörung 12.-15. Lj. (ICD 10: F42.1)

Diagnosen:

Anorexia nervosa, Subtyp binge eating (ICD 10: F50.2)

Depressive Episode, mittelgradig (ICD 10: F32.1)

Fallbeispiel: Persönlicher Teufelskreis



Fallbeispiel: Therapieplan

1. Motivation (Ambivalenzkonflikte fokussieren)
2. Gewichtszunahme durch dosierte Kalorienzufuhr
3. Ernährungskonfrontation („schwarze Liste“)
4. Figurkonfrontation
5. Cue exposure
6. Skills Gruppe und Freizeit
7. Einzeltherapie und Gruppentherapie
8. Aufbau sozialer Kompetenz
9. Familiengespräche
10. Training emotionalen Kompetenzen, Kreativtherapie, Körpertherapie
11. Körperwahrnehmung

Abschlussphase

1. Rückfallprevention
2. Vorbereitung ambulanter
Weiterbehandlung
3. Abschlussdiagnostik
4. Abschlussgespräch

Lebensweisheit aus Thailand



„Wende dein Gesicht immer der Sonne zu, dann fallen die Schatten hinter dich“

Vielen Dank für ihre Aufmerksamkeit