



# ANOREXIA NERVOSA

Präsentation von Etoile und Soley

Modul 4.4 LV2, Prof. Dr. Mand

# GLIEDERUNG

- Essstörungen & Magersucht
- Symptome & Persönlichkeitsmerkmale
- Diagnosekriterien ICD-10 & DSM-5
- Gewichtsbestimmung
- Testverfahren EDI-2
- Risikofaktoren und Ätiologie
- Epidemiologie
- Folge- und Begleiterkrankungen
- beispielhafte Behandlungsoption
- Aufgabe
- Quellenverzeichnis

# ESSSTÖRUNGEN

- ICD-10: F50-F59 Verhaltensauffälligkeiten mit körperlichen Störungen und Faktoren
- DSM-5: Binge-Eating-Störung, Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa
- Magersucht, Bulimie und Esssucht = Varianten der gleichen Grundstörung
- Bulimie und Magersucht können innerhalb einer Krankheitsgeschichte ineinander verlaufen oder sich abwechseln -> Starke Überschneidung der psychischen Symptome
- Resultat psychischer Destabilisierung
- Kompensationsversuch und Ergebnis defizitärer Selbstbehandlung

# MAGERSUCHT / ANOREXIA NERVOSA

- Eine der am schwierigsten zu behandelnden psychischen Erkrankungen
- Hohes Risiko der Chronifizierung und körperlicher sowie psychischer Langzeitfolgen
- Spezielle Psychopathologie
- Dient der psychischen Stabilisierung und der Steigerung des von anderen abhängigen Selbstwertes
- Körper = Objekt der Selbstbestätigung

# Symptome

- Ein ausgeprägtes Untergewicht mit Tendenz zu einem kachektischem Erscheinungsbild
- Eine verzerrte Wahrnehmung hinsichtlich des eigenen Erscheinungsbildes
- Eingeschränkte Nahrungsauswahl & kontinuierliche, gedankliche Beschäftigung mit den Themen Nahrung und Gewichtskontrolle
- Übertriebene körperliche Aktivitäten, selbstinduziertes Erbrechen oder Abführen, Gebrauch von Appetitzüglern
- Verleugnung speziellen Essverhaltens und des eigenen Untergewichts
- Häufig ein schlechter Allgemeinzustand, der von den Betroffenen selbst nicht wahrgenommen wird: Konzentrationsschwäche, Vergesslichkeit, Erschöpfung, innere Unruhe...

# PERSÖNLICHKEITSMERKMALE

- Zwanghafte Kontrolle und ein Hang zum Perfektionismus
- Innere Unruhe und Selbstbeschuldigung
- Ein hoher Selbstanspruch in Kombination mit ausgeprägten Selbstzweifeln und geringem Selbstwertgefühl
- Empfindlichkeit gegenüber Stress und eine generelle Sensibilität
- Häufig überdurchschnittliche Intelligenz und ausgeprägte Strebsamkeit

# DIAGNOSEKRITERIEN ICD-10

## F50.0 ANOREXIA NERVOSA

- Tatsächliches Körpergewicht mind. 15% unter dem altersentsprechendem Gewicht oder BMI von unter 17,5
- Gewichtsverlust ist durch Vermeidung hochkalorischer Speisen selbst herbeigeführt sowie durch eine oder mehrere folgender Verhaltensweisen: selbstinduziertes Erbrechen, Abführen oder übertriebene körperliche Aktivität/Gebrauch von Appetitzüglern
- Vorliegen einer Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Angst vor dickem Körper/schlaffer Körperform als überwertige, tiefverwurzelte Idee & niedrige selbstfestgelegte Gewichtsschwelle
- Unterernährung (unterschiedlicher Schweregrad), die zu endokrinen und metabolischen Veränderungen und zu körperlichen Funktionsstörungen führt: Amenorrhoe - Frauen / Potenzverlust - Männer
- Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät: Körperliche Entwicklungsverzögerung
- Unterscheidung zwischen Magersucht ohne und Magersucht mit aktiver eigener Hilfe zur Gewichtsreduktion (F50.00 passive/restriktive Anorexie, F.50.01 aktive/bulimische Anorexie)

# DIAGNOSEKRITERIEN ICD-10

## F50.1 Atypische Anorexia nervosa

- Kommt zum Tragen, wenn einige Kriterien der anorexia nervosa erfüllt werden, das gesamte klinische Erscheinungsbild aber nicht vorhanden ist
- Z.B. wenn keine Angst vor dem Zunehmen vorhanden aber dennoch gewichtreduzierendes Verhalten bzw. immenser Gewichtsverlust vorliegt



# Diagnosekriterien DSM-5

## Anorexia Nervosa

- Signifikant erniedrigtes Gewicht als Folge eingeschränkter Nahrungsaufnahme (BMI  $\leq 17,5$ )
- Ausgeprägte Ängste vor einer Gewichtszunahme oder Verhaltensweisen, die eine Gewichtszunahme trotz ausgeprägten Untergewichts verhindern
- Störung in der Wahrnehmung und übertriebener Einfluss der eigenen Figur und des Körpergewichts hinsichtlich der Selbstbewertung oder persistierendes Nicht-Erkennen des Schweregrades des eigenen Untergewichts
- Unterscheidung zwischen restriktivem Typ (kein Missbrauch von Substanzen oder Erbrechen) & Binge-Eating/Purging Typ

# ICD-10 / DSM-5

ICD-10: Fokus auf Kombination aus der selbstgesteuerten, aktiven Gewichtskontrolle und einer Veränderung des Hormonhaushalts

DSM-5: Fokus auf der Verbindung zwischen Untergewicht und Selbstbewertung sowie spezieller Psychopathologie

- ICD-10 und DSM-5 werden innerhalb der Diagnostik gleichwertig angewandt und weisen keine signifikanten Unterschiede auf
- Im Vorfeld der Diagnose einer Essstörung müssen immer somatische sowie psychische Ursachen für die Symptomatik ausgeschlossen werden

# GEWICHTSBESTIMMUNG

## BMI:

- 6 Gewichtsklassen
- Gewicht in kg : Körperlänge in m<sup>2</sup>
- Keine Berücksichtigung von Alter & Geschlecht

## Perzentile:

- Statistischer Wert, der verschiedene Größen in ein Verhältnis setzt
- BMI-Perzentile: Gewichtsklasse, Alter und Geschlecht
- Bereich um 50. Perzentile = Normalgewicht
- Anwendung bei Kindern und Jugendlichen (Untergewicht: BMI < 5.P.)

# TESTVERFAHREN EDI-2

## Eating Disorder Inventory 2 (EDI-2):

- 1983 Garner, Olmsted und Polivy – EDI Originalversion
- 2004 Paul und Thiel – EDI-2 Deutsche Version
- Das am häufigsten eingesetzte Screening-Instrument
- 11 Skalen mit jeweils 4-6 Stufen: Schlankheitsstreben, Bulimie, Körperunzufriedenheit, Minderwertigkeitsgefühle, Perfektionismus, Misstrauen, Interozeption, Angst vor dem Erwachsenwerden, Askese, Impulsregulation, Soziale Unsicherheit
- Dient der Erfassung von Symptomen im Kontext einer speziellen Psychopathologie

# GÜTEKRITERIEN EDI-2

## Normierung:

- Zweimalige Überprüfung des EDI-2
- 1997 Rathner und Walter: 1560 österreichische, deutschsprachige Jugendliche zw. 10-20 Jahren
- 2005 Paul und Thiel: nur Erwachsene
  
- Vergleich europäischer Skalen wies auf signifikante Unterschiede hin
- Nationale altersspezifische Normen sind nicht vorhanden

# GÜTEKRITERIEN EDI-2

## Objektivität:

- Instruktionen sind einheitlich vorhanden
- Auswertung anhand der 11 Skalen und der daraus berechneten Summen

## Reliabilität:

- Test-Re-Test-Verfahren:  $r = 0,81-0,89$
- Chronbachs-Alpha:  $a = 0,73-0,95$

# GÜTEKRITERIEN EDI-2

## Kriterienbezogene Validität:

- Korrelationen zwischen FEV & EDI-2
- 2 Diskriminanzanalysen: Erwartung, dass die einzelnen Skalen mit den Diagnosekriterien einer Essstörung korrelieren - 80% korrekte Klassifizierungen und adäquate Differenzierung zwischen den Untergruppen

# AUSSCHNITT EDI-2

Die folgenden Aussagen sollen Ihre Gefühle, Einstellungen und Ihr Verhalten erfragen. Einige beziehen sich auf Essen, andere fragen nach Ihrer Selbsteinschätzung. Bitte entscheiden Sie für jede Aussage, wie oft sie bei Ihnen zutrifft.

**Beispiel:** Wenn eine Aussage für Sie „immer“ zutrifft, kreuzen Sie bitte die „6“ an.  
Trifft eine Aussage nur „selten“ zu, kreuzen Sie bitte die „2“ an.

	nie	selten	manch- mal	oft	normaler- weise	immer
1. Ich esse Süßigkeiten und Kohlenhydrate, ohne nervös zu werden.	1	2	3	4	5	6
2. Ich glaube, mein Bauch ist zu dick.	1	2	3	4	5	6
3. Ich wünschte, ich könnte in die Geborgenheit der Kindheit zurückkehren.	1	2	3	4	5	6
4. Ich esse, wenn ich beunruhigt bin.	1	2	3	4	5	6
5. Ich stopfe mich mit Essen voll.	1	2	3	4	5	6
6. Ich wünschte, ich wäre jünger.	1	2	3	4	5	6
7. Ich denke über Diäten nach.	1	2	3	4	5	6
8. Ich bekomme Angst, wenn meine Gefühle zu stark werden.	1	2	3	4	5	6
9. Ich denke, meine Oberschenkel sind zu dick.	1	2	3	4	5	6
10. Ich fühle mich als Mensch unfähig.	1	2	3	4	5	6
11. Ich fühle mich sehr schuldig, wenn ich zu viel gegessen habe.	1	2	3	4	5	6
12. Ich denke, dass mein Bauch genau richtig ist.	1	2	3	4	5	6
13. Nur Bestleistungen sind in meiner Familie gut genug.	1	2	3	4	5	6
14. Die Kindheit ist die glücklichste Zeit im Leben.	1	2	3	4	5	6

(Thiel & Paul 2004)



# RISIKOFAKTOREN

## ■ Geburt

- *genetische Faktoren*
- *weibliches Geschlecht*
- *Schwangerschaftskomplikationen, Geburtstrauma, Frühgeburt*
- *Ethnische Zugehörigkeit*

## ■ Kindheit

- *Gesundheitsprobleme*
- *Fütter-/ gastrointestinale Probleme*
- *Schlafprobleme*
- *Überbesorgter Erziehungsstil*
- *Sexueller Missbrauch, neg. Lebensereignisse*
- *Internalisierende Psychopathologie*
- *Angststörung*

# RISIKOFAKTOREN

## ■ Adoleszenz

- *Früher Pubertätsbeginn*
- *Übermäßige Beschäftigung mit Figur und Gewicht*
- *Negativer Selbstwert*
- *Zwangsstörung*
- *Körperdysmorphie Störung*
- *Depressive Symptome*
- *Höheres Ausmaß an Neurotizismus*

# ALLGEMEINES STÖRUNGSMODELL



# ÄTIOLOGIE

- herkömmliche Erklärungsmuster reichten für gelingende Therapie ohne Rückfälle nicht aus
- genetisch-neurobiologische Faktoren
  - *Reaktive Fehlentwicklung führt zu anderer Form der Informationsverarbeitung*
  - *Geringes Selbstwertgefühl, keine altersentsprechende soziale Kompetenz*
  - *Defizite gehen vom Betroffenen selbst aus*
- Epigenetische Mechanismen führen zu Vulnerabilität
- Neurobiologische, soziale und psychische Faktoren beeinflussen das Entstehen einer AN

# EPIDEMIOLOGIE - Begriffserklärungen

- Epidemiologische Studien haben häufig ein zweistufiges Verfahren
  1. *Große Stichprobe, Screening-Instrumente*
  2. *Differenziertes Interview mit Risikogruppe*
- *Prävalenz*: Rate der Erkrankten zu einem bestimmten Zeitabschnitt im Vergleich zu den Untersuchten
- *Punktprävalenz*: Prävalenz zu einem bestimmten Zeitpunkt
- *1-Jahres Prävalenz*: Punktprävalenz + jährliche Inzidenzrate/ Neuerkrankungen im darauffolgenden Jahr

# EPIDEMIOLOGIE

- Verbreitung schwer zu ermitteln: wahrscheinlich hohe Dunkelziffer
- Studien schwer vergleichbar, Nicht-Existenz von globalen Studien
- Hohe Prävalenz einzelner Symptome in der Normalbevölkerung
- Durch Überarbeitung des DMS leichter Anstieg
- BZgA: Prävalenz in westlicher Industrienation für Frauen (von 1000, bezogen auf das gesamte Leben): 1,4%
- 2019: 7274 diagnostizierte Fälle in DE, 46 Todesfälle nach AN-Diagnose
- 1-Jahres Prävalenz bei Frauen von 15-35 Jahren: 0,4% (DSM-5)

# KOMORBIDITÄT

- Depression (häufiger Auslöser: Serotoninmangel/ anhaltender negativer Dauerstress)
- Angststörungen, Panikattacken, Blackout, Schlafstörungen
- Selbstverletzung
- Zwanghafter Perfektionismus, Oppositionelles Verhalten mit Verweigerung
- Borderline-Persönlichkeitsstörungen
- Alkohol- und Nikotinmissbrauch
- Teilleistungsstörungen in der Schulzeit

# MÖGLICHE FOLGEERKRANKUNGEN

- Chronischer Nährstoffmangel
- Osteoporose
- Untertemperatur, Durchblutungsstörungen
- Niedriger Blutdruck, Herzrhythmusstörungen
- Infektanfälligkeit
- Schlafstörungen
- Ausbleiben der Periode
- Vitamin-/ Mineral-/ Elektrolyt-/ Proteinmangel (+Folgen z.B. Eiweißmangelödeme)



# BEHANDLUNGSMÖGLICHKEITEN

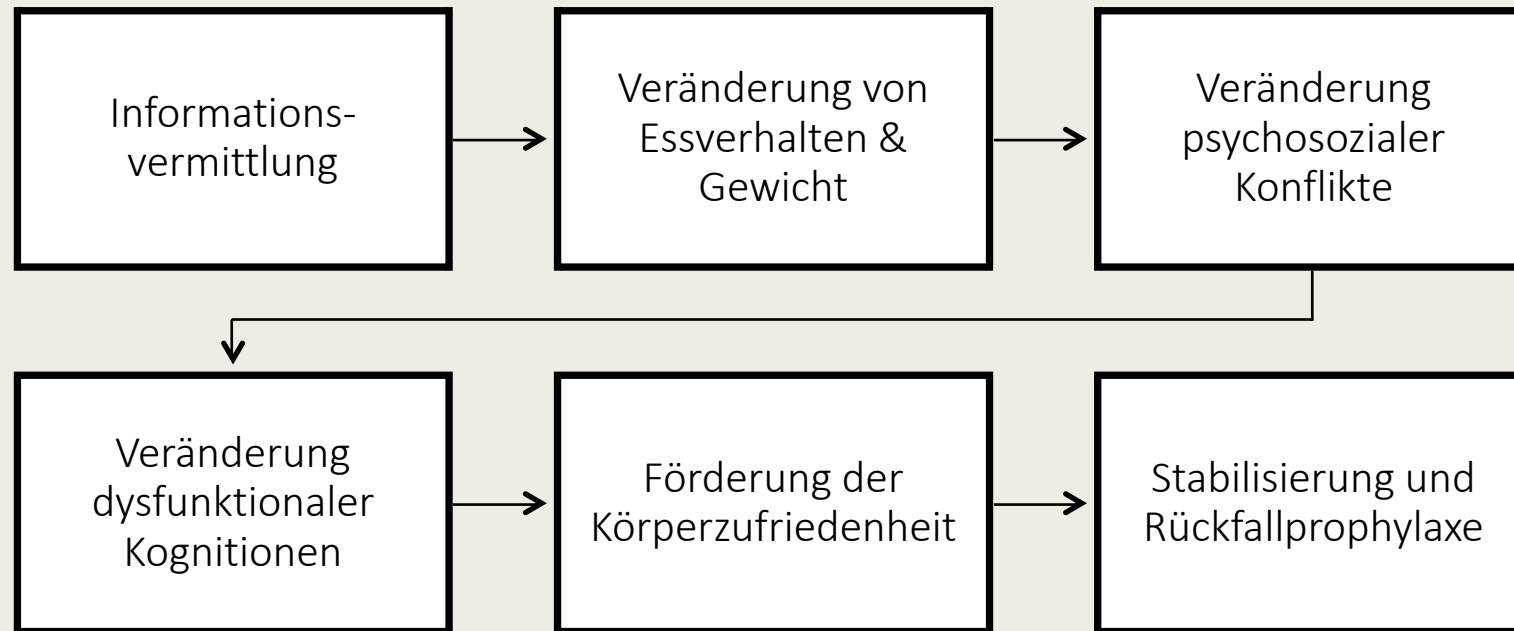
- neurobiologische Befunde in der Diagnostik und Therapie berücksichtigen
- Unterstützung beim alters-/ und situationsangepassten Verarbeiten innerer und äußerer Wahrnehmungen
- Mögliche Therapieformen in DE
  - *ambulant*
  - *tagesklinisch*
  - *stationär*
- Beteiligung von Psychotherapeut\*innen, Sozialarbeiter\*innen, Haus-/ Fachärzte, Ernährungsberater\*innen, Fachtherapeut\*innen

# ENTSCHEIDUNGSKRITERIEN FÜR DIE THERAPIEPLANUNG

- medizinische & psychotherapeutische Überlegungen
- Gewicht / BMI: Zwangsbehandlung ab BMI < 13kg/m<sup>2</sup>
- ökonomische & strukturelle Bedingungen
- Orientierung an S3-Leitlinie
- Komorbidität
- Alter

# VERHALTENSTHERAPEUTISCHES MODELL

- Durchbrechen des Kreislaufes von *verzerrem Gewichtsideal, restriktivem Essverhalten* und *mangelnden alternativen Konfliktbewältigungsstrategien*



<u>Ziele</u>	<u>Behandlungselemente</u>
Normalisierung des Essverhaltens, Reduktion der Angst vor unkontrollierbarer Gewichtszunahme	<ul style="list-style-type: none"><li>• Informationen</li><li>• Selbstbeobachtung</li><li>• Stimuluskontrolle</li><li>• Kognitive Techniken</li></ul>
Bearbeitung der Konflikte	<ul style="list-style-type: none"><li>• Selbstbeobachtung</li><li>• Problemanalyse (evtl. Auslöser, Hintergründe, Funktion der AN)</li><li>• Zielerreichungsskalierung</li></ul>
Körperwahrnehmung /- akzeptanz	<ul style="list-style-type: none"><li>• Körperübungen</li><li>• Video-/ Spiegelübungen</li><li>• Kognitive Techniken</li></ul>

# AUFGABE

- Recherchieren und bewerten Sie den nicht vorgestellten Diagnosebogen FEV.
- Entscheiden Sie, welchen der beiden Diagnosebögen (FEV & EDI-2) Sie in der Diagnostik einsetzen würden und begründen Sie Ihre Auswahl kurz.

# QUELLENVERZEICHNIS

- DEUTSCHES INSTITUT FÜR MEDIZINISCHE DOKUMENTATION UND INFORMATION (Hg.) (2018): *ICD-10-GM Version 2018. Bonn: BfArM.*  
<<https://www.dimdi.de/static/de/klassifikationen/icd/icd-10-gm/kode-suche/htmlgm2018/block-f50-f59.htm>> (aufgerufen am 15.11.2021).
- HILBERT, Anja / TUSCHEN-CAVIER, Brunna (2016): *Eating Disorder Examination-Questionnaire. Deutschsprachige Übersetzung. 2. Aufl.* Tübingen: DGVT-Verlag.
- JACOBI, Corinna / THIEL, Andreas / BEINTNER, Ina (2016): *Anorexia und Bulimia nervosa. Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches behandlungsprogramm. 4. vollständig überarb. Aufl.* Weinheim, Basel: Beltz.
- LIECHTI, Jürg (2008): *Magersucht in Therapie. Gestaltung therapeutischer Beziehungssysteme.* Heidelberg: Carl-Auer.
- LIECHTI, Jürg / LIECHTI-DARBELLEY, Monique (2020): *Anorexia nervosa – Verzehrende Suche nach Sicherheit. Wege zur Veränderung im Kontext naher Beziehungen.* Heidelberg: Carl-Auer.

- PAUL, Thomas / THIEL, Andreas (2004): *Eating Disorder Inventory-2. Deutsche Version*. Göttingen: Hogrefe.
- SALBACH-ANDRAE, Harriet / JACOBI, Corinna / JAITE, Charlotte (2010): *Anorexia und Bulimia nervosa im Jugendalter. Kognitiv-verhaltenstherapeutisches Behandlungsmanual*. Weinheim, Basel: Beltz.
- SIMCHEN, Helga (2021): *Esstörungen und Persönlichkeit. Magersucht, Bulimie und Übergewicht - Warum Essen und Hungern zur Sucht werden*. 3. aktual. Aufl. Stuttgart. Kohlhammer.
- STATISTA: *Anzahl der in deutschen Krankenhäusern diagnostizierten Fälle von Anorexie und Bulimie in den Jahren 2000 bis 2019*. <[https://de.statista.com/statistik/daten/studie/28909/umfrage/in-krankenhaeusern->](https://de.statista.com/statistik/daten/studie/28909/umfrage/in-krankenhaeusern-) (aufgerufen am 16.11.2021).
- WUNDERER, Eva (2015): *Praxishandbuch Soziale Arbeit mit Menschen mit Essstörungen*. Weinheim, Basel: Beltz Juventa.