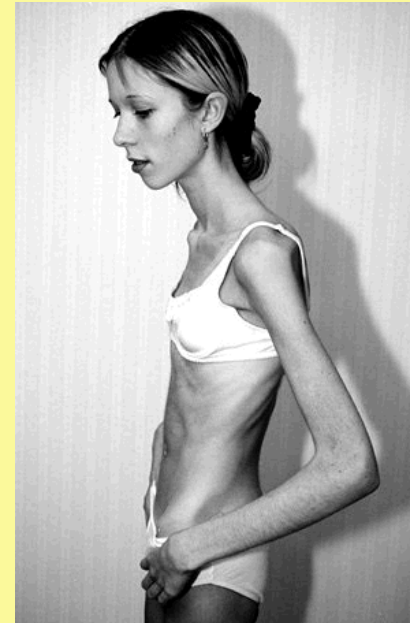


**Sommersemester 2015**  
**Modul 5.1 „Erkrankungen des Nervensystems und der Psyche“**

**Prof. Dr. phil. Dipl.-Psych. Günter Reich**



---

Anorexia nervosa	(ICD-10 F 50.0, F 50.1)
Bulimia nervosa	(ICD-10 F 50.2, F 50.3)
Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen	(ICD-10 F 50.4)
Erbrechen bei sonstigen psychischen Störungen	(ICD-10 F 50.5)
Sonstige Essstörungen (z. B. psychogener Appetitverlust)	(ICD-10 F 50.8)
Nicht näher bezeichnete Essstörungen (z. B. Nachtesser-Syndrom)	(ICD-10 F 50.9)
Essstörung mit Essanfällen (Binge Eating Disorder)	(DSM IV, V, ICD-10 F 50.4, F 50.9)



1. Körpergewicht mindestens 15% unter dem erwarteten oder Body-Mass-Index (BMI) von 17,5 oder weniger
2. Gewichtsverlust selbst herbeigeführt durch:  
Vermeidung von hochkalorischen Speisen, Fasten bzw. eine oder mehrere der folgenden Möglichkeiten:
  - selbst induziertes Erbrechen
  - selbst induziertes Abführen
  - übertriebene körperliche Aktivitäten
  - Gebrauch von Appetitzüglern, Entwässerungsmitteln
3. Körperschema-Störung: Angst vor dem Dickwerden als tief verwurzelte überwertige Idee bei sehr niedriger Gewichtsschwelle
4. Endokrine Störung (Hypothalamus-Hypophysen- Gonaden-Achse):  
Amenorrhoe (b. Männern: Libido- u. Potenzverlust)
5. Bei Beginn vor der Pubertät: Verzögerung oder Hemmung der pubertären Entwicklungsschritte



**Verringerung des Hirnvolumens bei Anorexie.  
Besonders starke Verringerung von grauen  
Zellen in Regionen, die für die visuelle  
Verarbeitung von menschlichen Körpern  
zuständig sind:**

- **Extrastriate Body Area EBA**
- **oberer hinterer Teil des Schläfenlappens**

Suchan B et al. (2009) Reduction of gray matter density in the extrastriate body area in women with anorexia nervosa. Behavioral Brain Research

## Der „Barbie-Blick“

22-jährige Auszubildende

Anorexie seit zwei Jahren

Auslösende Situation: Studienbeginn, Kontaktprobleme

Körpergröße: 1,70 m

Gewicht: 42 kg

BMI: 14,6

1. Andauernde Beschäftigung mit dem Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln, Essanfälle
2. Vermeidung von Gewichtszunahme durch eine oder mehrere der folgenden Maßnahmen:
  - selbst induziertes Erbrechen
  - selbst induziertes Abführen
  - zeitweiliges Fasten
  - Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparaten oder Diuretika
3. Krankhafte Furcht, dick zu werden, scharf definierte Gewichtsgrenze
4. In der Vorgeschichte häufig Episoden einer Anorexie bzw. von anorektischem Verhalten

# Binge Eating-Störung (Ess-Störung mit Essanfällen) nach DSM- V

## A. Wiederholte Episoden von Essanfällen:

- *Essen einer Nahrungsmenge in einem abgegrenzten Zeitraum (z.B. zwei Stunden)*
- *definitiv größer als die von den meisten Menschen in ähnlicher Zeit unter ähnlichen Umständen gegessene*
- *Gefühl des Kontrollverlustes über das Essen während der Episode*

## B. Die Episoden von „Fressanfällen“ treten gemeinsam mit mindestens drei der folgenden Symptome auf:

- *wesentlich schnelleres Essen als normal*
- *Essen bis zu einem unangenehmen Völlegefühl*
- *Essen von großen Nahrungsmengen ohne körperliches Hungergefühl*
- *Allein Essen aufgrund von Schamgefühlen wegen der Menge*
- *Im Nachhinein Gefühle von Selbstekel, Deprimiertheit oder starker Schuld*

## C. Deutliches Leiden wegen der „Fressanfalle“

## D. Durchschnittliches Auftreten der „Fressanfalle“ an mindestens 1 Tag in der Woche für 3 Monate

## E. Auftreten nicht in Kombination mit regelmäßigem kompensatorischen Verhalten (z.B. Erbrechen, Fasten) oder ausschließlich im Verlauf einer Anorexia nervosa oder Bulimia nervosa



	<b>Anorexie</b>	<b>Bulimie</b>	<b>Binge Eating Störung</b>	<b>Nicht näher bez. Essstörungen</b>
<b>Erstmanifestation</b>	Gipfel 15. bis 19. Lj	Gipfel ca. 18. Lj	Gipfel i. 3. Lebensjahrzehnt	Vermutlich Adoleszenz
<b>Prävalenz (Lebenszeit)</b>	0,3 bis 2 % (Frauen 15 bis 24 J)	1 bis 5 % (erwachsene Frauen)	Ca, 3 % (erw. Frauen) 2 % (erw. Männer)	bis 5 % (erw. Frauen)
<b>Geschlechts-Verteilung Frauen:Männer</b>	10 : 0,5 bis 1	10 : 0,5 bis 1	3:2 bzw. 1: 1	Überwiegend weiblich
<b>Soziale Schicht</b>	Höhere	Vermutl. alle	Vermutl. alle	Vermutl. alle
<b>Risikogruppen</b>	Gymnasiastinnen, Studentinnen, Sportlerinnen, Models, Ballettschülerinnen, Bulimie: Diabetes		Tendenz z. Übergewicht, Diabetes	Wie Bulimie und Anorexie

<u>Erkrankung</u>	<u>Anorexie</u>	<u>Bulimie</u>	<u>Binge Eating</u>
<i>Depressionen</i>	+++	+++	+++
<i>Angststörungen (soziale Ängste)</i>	+++	+++	+++
<i>Substanzmissbrauch/ Sucht</i>	+	+++	++
<i>Persönlichkeitsstörungen</i>	++	++	++
<i>Zwangsstörungen</i>	++		
<i>Posttraumatische Belastungsstörungen</i>	+	+++	++

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

- Störungen der Hunger- und Sättigungsregulierung
- Störungen des Hormonhaushaltes
- Wachstumsstörungen
- Herz- und Kreislaufstörungen
- Magen- und Darmbeschwerden
- Schädigung der Knochensubstanz, Haut, Zähne, Haare

## Inspektion:

- Haarausfall
- SpeicheldrüSENSCHWELLUNG
- Schwielen an den Fingern oder Läsionen am Handrücken  
(durch wiederholtes manuelles Auslösen des Würgereflexes)

### Ausschließlich bei Anorexia nervosa

- Trockene, schuppige Epidermis
- Lanugobehaarung
- Akrozyanose, Cutis marmorata
- Minderwuchs

### Ausschließlich bei Erbrechen

Ausgeprägte Karies

## Labor:

- Elektrolytstörungen
- Erhöhung von Transaminasen, Amylase und harnpflichtigen Substanzen
- Veränderungen im Lipidstoffwechsel
- Erniedrigung von Gesamteiweiß und Albumin

### Ausschließlich bei Anorexia nervosa

- Blutbildveränderungen (Leukopenie, Anämie und Thrombozytopenie)

## Endokrinologie:

- Störung der Hypothalamus- Hypophysen- Nebennierenrinden- Achse
- Störung der Schilddrüsen- Achse
- Störung der Gonaden- Achse
- Erhöhung des Wachstumshormons

## Übrige:

- CT- Veränderungen (Pseudoatrophia cerebri)
- Ösophagitis
- EKG- Veränderungen
- durch Laxanzienabusus induzierte Komplikationen (z.B. Osteomalazie, Malabsorptions-Syndrome, schwere Ostipation, hypertrophe Osteoarthropathie)
- Osteoporose

1. Sehr rascher Gewichtsverlust
2. Abnahme der vitalen Funktionen (Blutdruck, Pulsfrequenz)
3. Schock-Zeichen
4. Übersehene Infektionen  
(Cave: Patientinnen können kein Fieber mehr entwickeln!)
5. Hypokalämie, hypochlorämische Alkalose

- erhöhtes Mortalitätsrisiko
- erhöhtes Morbiditätsrisiko
  - z.B. kardiovaskuläre Erkrankungen,*
  - Erkrankungen d. Bewegungsapparates*
  - Hypertonus*
  - Hyperlipidämie*
  - Diabetes mellitus*

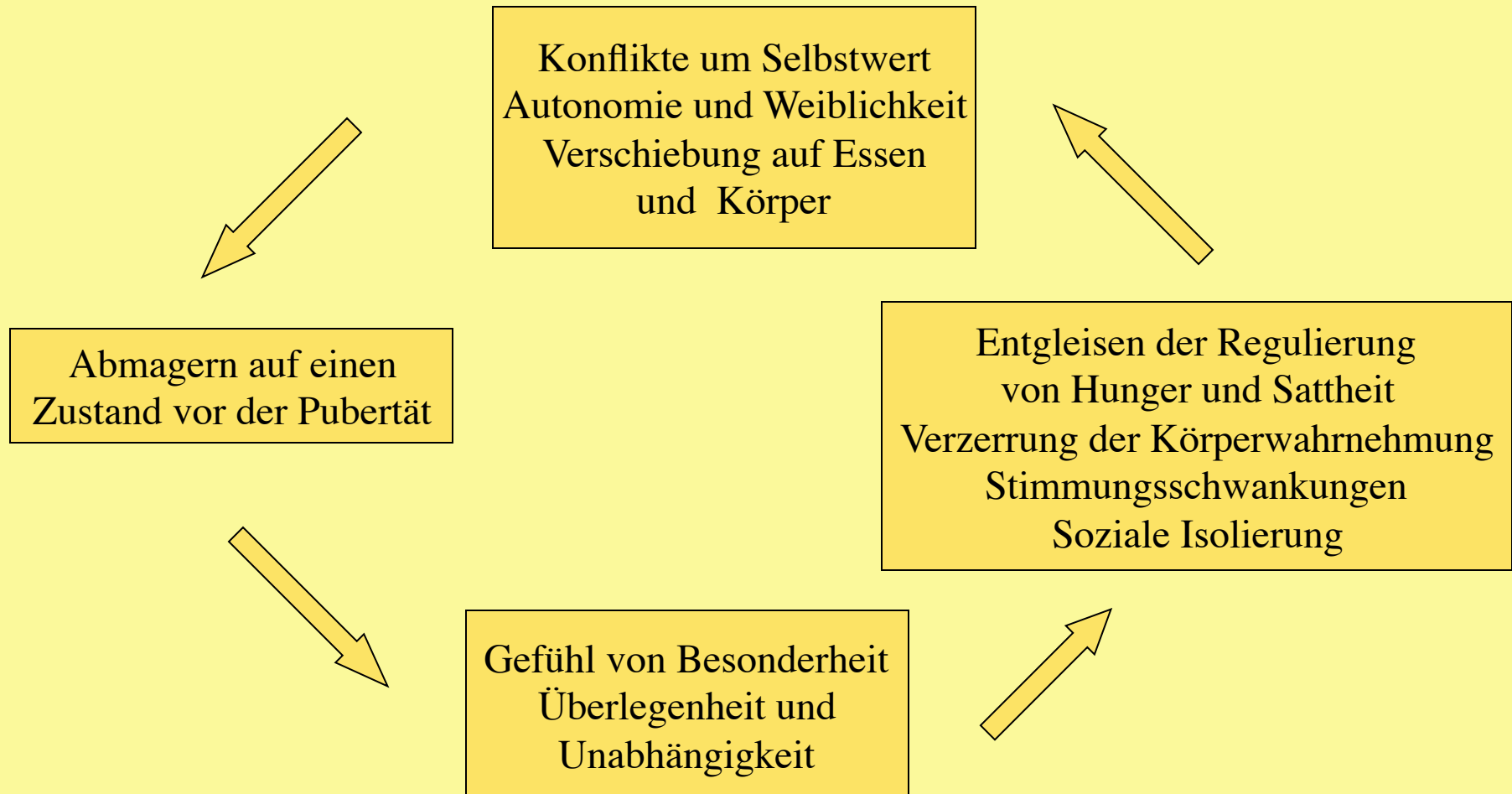
Einflussfaktor Fettverteilungsmuster

waist-hip-ratio (*WHR, Quotient aus Taillen- u. Hüftumfang*)

je höher desto risikoreicher



# Teufelskreis der Magersucht



# Teufelskreis der Bulimie

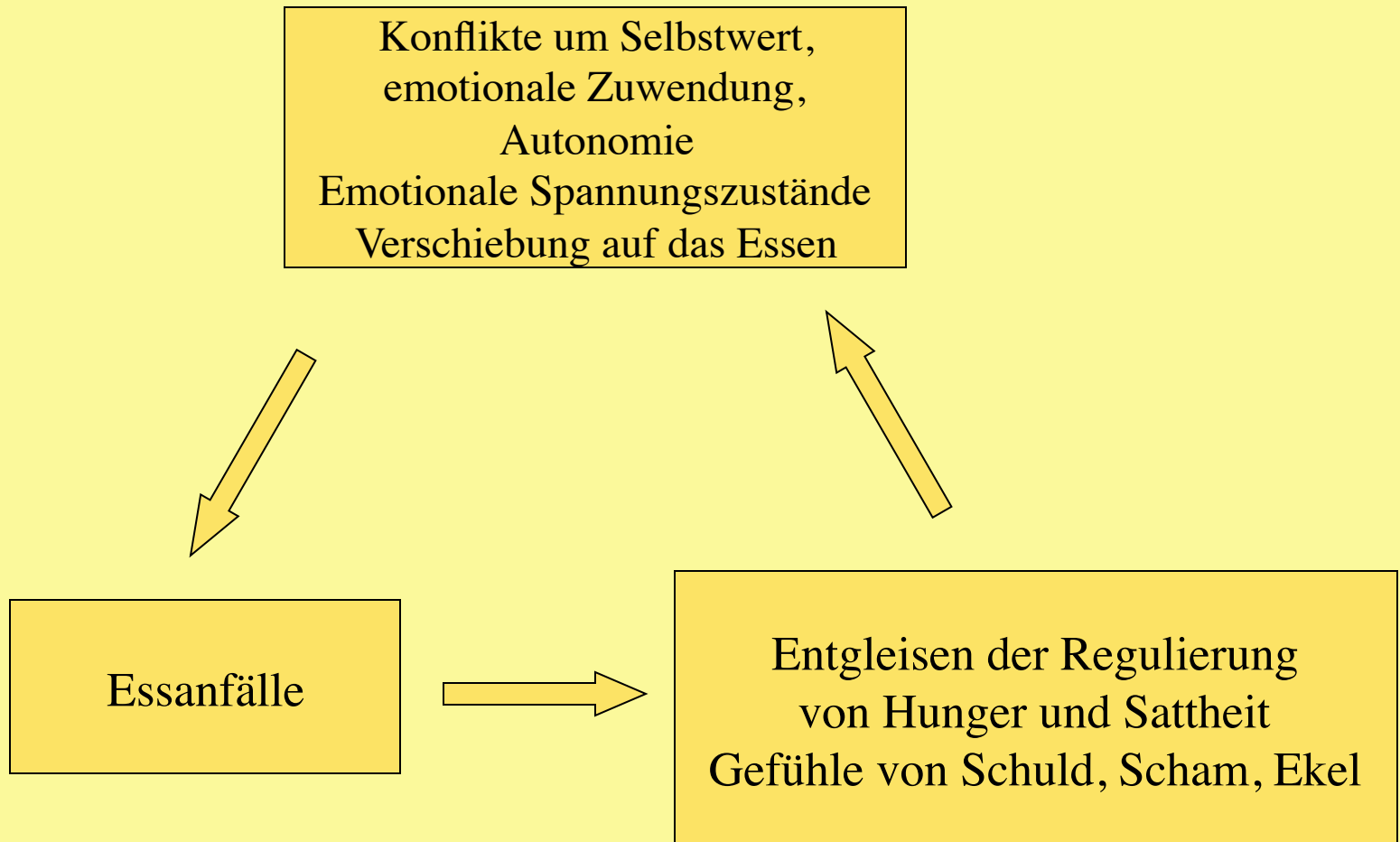
Konflikte um Selbstwert,  
emotionale Zuwendung  
und Weiblichkeit  
Verschiebung auf Essen  
und Körper

Diäten, um dem  
Weiblichkeitsideal  
zu entsprechen

Entgleisen der Regulierung  
von Hunger und Sättigkeit  
Gefühle von Schuld, Scham, Ekel,  
Minderwertigkeit und Unattraktivität

Essanfälle und  
gegensteuernde  
Maßnahmen

# Teufelskreis der Binge Eating Störung (Ess-Störung mit Essanfällen)



- Nach 5 Jahren Chronifizierung
- nach 12 Jahren: Besserungen sehr unwahrscheinlich
- Heilung der Kernsymptomatik bei 50 %
- Besserung bei 20 bis 25 %
- Chronifizierung bei 25 %
- Hohe Mortalitätsrate: 16 % nach 20 Jahren (10-fach erhöht gegenüber gleichaltriger Normalbevölkerung)
- Suizidrisiko um das 57-fache erhöht (gegenüber gleichaltriger Normalbevölkerung)

Auswertung von 79 Studien zum Verlauf (behandelt und unbehandelt)

Verlauf zwischen > 10 und > 20 Jahren (217 Patientinnen)

- Heilung: 44 %
- Besserung: 28 %
- Chronifizierung: 11 %
- Übergang zu anderer Essstörung: 17 %  
(i. d. R. n. n. b. Essstörung)
- Übergänge zu eher Anorexie selten (6%)
- Sterblichkeitsrate gering (0,3 %), möglicherweise unterschätzt

Steinhausen HC, Weber S (2009) The outcome of bulimia nervosa: Findings from one-quarter century of research. Am J Psychiatry 166:1331-1341

Psychotherapie verbessert den Verlauf

- Binge Eating Störung ist ein stabiles, sich chronifizierendes Syndrom

Zwölfjahresverlauf einer behandelten Gruppe (Diagnose nach DSM IV):

- 67 % keine Essstörung
  - 13 % nicht näher bezeichnete Essstörung
  - 9 % Bulimie
  - 8 % Binge Eating Störung
  - 3 % verstorben (unklarere Bezug zur Störung)
- 
- 36 % noch BMI > 30, Gewichtsverlust auch bei Besserung insgesamt gering
  - Häufig noch affektive Störungen (25 %)

Fichter M, Quadflieg N, Hedlund S (2008) Long-term course of binge eating disorder and bulimia nervosa disorder : relevance for nosology and diagnostic criteria. Int J. Eat Disord 41, 577 ff.

Essgestörte kommen ungern in Behandlung

Anorexie: oft keine Krankheitseinsicht

Bulimie und Binge Eating:

Oft viele gescheiterte Selbstheilungsversuche im Vorfeld

Ausgeprägte Scham

***Wesentliche Aufgabe: Behandlungsmotivation schaffen***

## *Akutbehandlung der Anorexie:*

- stationär (Behandlungsvertrag)
- körperlich: ggf. Sondenernährung, festgelegte Kalorienmenge, ggf. Bettruhe und Sedierung
- Cave: zu rasche Gewichtszunahme! („Refeeding-Syndrom“)
- Ernährungsberatung
- Begleitende Psychotherapie



## Mechanismus:

- Zuckervermittelter Einstrom von Phosphat, Kalium und Magnesium in die Zelle
- Abfall der Serumkonzentration der Elektrolyte  $\text{PO}_4^{+}$ ;  $\text{Mg}^{++}$ ,  $\text{K}^{+}$

## Klinik:

- Kardial: Herzinsuffizienz, Arrhythmien, Perikarderguss
- Pulmonal: Ateminsuffizienz, Dyspnoe, Beatmungspflichtigkeit
- Muskulär: Schwäche, Lähmungen, Rhabdomyolose
- Hämatologie: Anämie, erschwerte  $\text{O}_2$ -Abgabe ins Gewebe
- Neurologisch: Verwirrtheit, Parästhesien, Krampfanfälle, Koma

1. Stabilisierung des Essverhaltens/Gewichtes
2. Regelmäßige körperliche Untersuchung
3. Psychotherapie
  - Psychodynamische Therapie
  - Verhaltenstherapie
  - Gruppentherapie
  - Stationäre Therapie
4. Einbeziehung der Familie/Familientherapie

Datum:.....

Arbeitstag

arbeitsfreier Tag

Wochenende

Uhr-zeit	Ort	mit wem?	Nahrungsmittel/Getränke		Ess-anfall?	Gegensteuernde Maßnahmen (z.B. Sport, Appetitzügler, Erbrechen, Abführmittel)
			Art	Menge		

Lebensmittelgruppen und deren Bausteine (BS)		für 2000 Kalorien pro Tag Anzahl der Bausteine
<b>1. Getreide(-produkte) u. Kartoffeln</b>		
1 BS	= 1 Scheibe Vollkornbrot	6
	= 1 Vollkornbrötchen	
	= 2 Scheiben Vollkorntoast	
	= 4 Knäckebröte	
	= 2 mittelgroße Kartoffeln	
	= 1 knappe Tasse Nudeln, gekocht	
	= 1 knappe Tasse Reis, gekocht	
	= 1 Tasse Müsli	
<b>2. Gemüse</b> (die angegebene Menge ist die Mindestmenge und kann nach belieben erhöht werden)		
1 BS	= 100 g Gemüse	3
	= 50 g Blattsalat (z.B. 1 kl. Salat)	
<b>3. Obst</b>		
1 BS	= 1 50 g Obst, z.B. 1 Apfel o. Birne	2
	= 1 Glas Obstsaft	
<b>4. Milch und Milchprodukte</b>		
1 BS	= 1kl. Becher Joghurt	5
	= 1kl. Glas Milch	
	= 4 EL Magerquark	
	= 1 kl. Scheibe Käse	

## Lebensmittelgruppen und deren Bausteine (BS)

## für 2000 Kalorien pro Tag Anzahl der Bausteine

### 5. Fisch, Fleisch, Wurst und Eier

1 BS = 50 g Fleisch (mager und verzehrfertig) 3  
 = 75 g Fisch (verzehrfertig)  
 = 1 Scheibe Wurst  
 = 1 Ei

### 6. Fette und Öle

1 BS = 2-3 TL Butter o. Margarine 3  
 = 1 EL Öl  
 = 2 EL Schlagsahne

## Getränke

Täglich mindestens 1,5 Liter Flüssigkeit  
 (außer Kaffee, Schwarztee, alkoholische Getränke;  
 z.B. Wasser, Kräuter- oder Früchtetee, verdünnte Obst-  
 und Gemüsesäfte)

## Extras

1 BS = 3 TL Honig  
 = 3 TL Marmelade  
 = 3 TL Zucker  
 = 2 Stück Schokolade  
 = 15 g Nüsse (z.B. 10 Mandeln o. Haselnüsse)  
 = 1 Kugel Eis  
 = 1 Glas Weißwein

- 
- Reich G, Cierpka M (Hrsg.)(2010) Psychotherapie der Essstörungen.  
Thieme Verlag, Stuttgart
- Reich G (2003) Familientherapie der Essstörungen. Hogrefe Verlag,  
Göttingen
- Reich G, Götz-Kühne C, Killius U (2004) Essstörungen: Magersucht,  
Bulimie, Binge Eating. Trias Verlag, Stuttgart
- Reich G., Kröger,S. (2007) Essstörung. Gesunde Ernährung wieder  
entdecken. Trias Verlag, Stuttgart

Folien unter: [www.psychosomatik.uni-goettingen.de/lehre\\_skripte.htm](http://www.psychosomatik.uni-goettingen.de/lehre_skripte.htm)

[www.inmedia-simulator.net](http://www.inmedia-simulator.net)

Leifert, Bäumer, Angermeier

**Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!**