

Essstörungen



3. ST.GALLER SYMPOSIUM

30. März 2017

Psychosomatik im Kindes- und Jugendalter

Eine gemeinsame Veranstaltung von



In der
Kantonale
Psychiatrie
Dienst
Basel-Stadt



klinikklinikk
sonnenhof
Kinder- und Jugend-
psychiatrisches Zentrum

KJPD



Ostschweizer Kinderspital

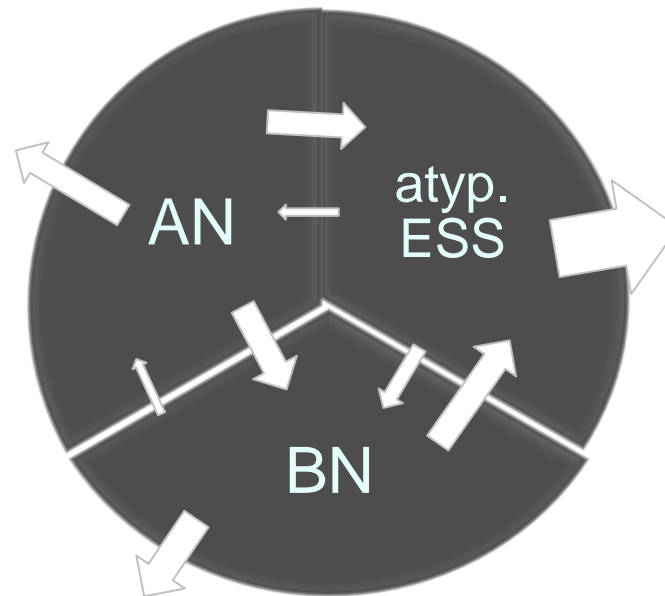
Prävalenz Essstörungen Schweiz BAG 2012

Tabelle 11: Lebenszeit Prävalenzraten von Essstörungen in der Schweiz (gewichtete Prozenzte)

| LZ | Total (N=10038) | | Männer (N=4423) | | Frauen (N=5615) | |
|----------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|--------------------|----------------------------|
| | N | % (95% CI) ¹ | N | % (95% CI) ¹ | N | % (95% CI) ¹ |
| Anorexia nervosa | 72 | 0.7% (0.6-0.9) | 6 | 0.2% (0.1-0.4) | 66 | 1.2% (0.9-1.5) |
| Bulimia nervosa | 167 | 1.7% (1.4-1.9) | 37 | 0.9% (0.6-1.2) | 130 | 2.4% (2.0-2.8) |
| Binge Eating Störung | 162 | 1.6% (1.3-1.8) | 31 | 0.7% (0.5-1.0) | 131 | 2.4% (2.0-2.8) |

1: 95% Konfidenzintervalle

Migration von Essstörungen



allen gemeinsame Kern-Psychopathologie
Betonung von Figur und Gewicht/ Gewichtsphobie

Komorbidität BAG 2012

Tabelle 23: Essstörungen (LZ) und SMI (gewichtete Prozente)

| | Ernsthafte psychische Erkrankung | | | |
|--------------------------|----------------------------------|------------------|------------------|------------------|
| | Total n | Total n=10031 | Frauen n=5612 | Männer n=4419 |
| Anorexia nervosa | 72 | 11.3% | 9.7% | 12.5% |
| Bulimia nervosa | 167 | 15.1% | 16.1% | 11.9% |
| Binge Eating Störung | 162 | 17.8% | 19.5% | 9.1% |
| Any Binge Eating Störung | 424 | 15.2% | 17.4% | 11.4% |
| Any Eating Störung | 361 | 15.7% | 16.5% | 13.9% |
| Keine Essstörung | 9'670 | 2.8% | 3.4% | 2.2% |
| Gesamtstichprobe | 10'031 | 3.3% | 4.1% | 2.4% |

Wirkfaktoren

AWMF-Leitlinie S3 (2010), NICE-Guidelines 2004/2016

- Je **früher** die spezifische Therapie einsetzt, desto besser ist Prognose **DUAN**
- Behandlungserfolg abhängig von **regionaler Dichte** und Verteilung erfahrener Ärzte, Therapeuten bzw. Institutionen
- Hausärzten kommt wichtige Rolle bei der **Ersterkennung** zu. Sie sollten Betroffene motivieren, eine psychotherapeutische Behandlung aufzunehmen

Empfehlungen

AWMF-Leitlinie S3 (2010), NICE-Guidelines 2004/2016



- Die beteiligten Stellen der Versorgung (....) sollten sich um eine engmaschige **Absprache** bemühen
- Wg. eines erhöhten Rückfallrisikos erfordern **Übergänge** besondere Aufmerksamkeit, um die therapeutische Kontinuität zu erhalten

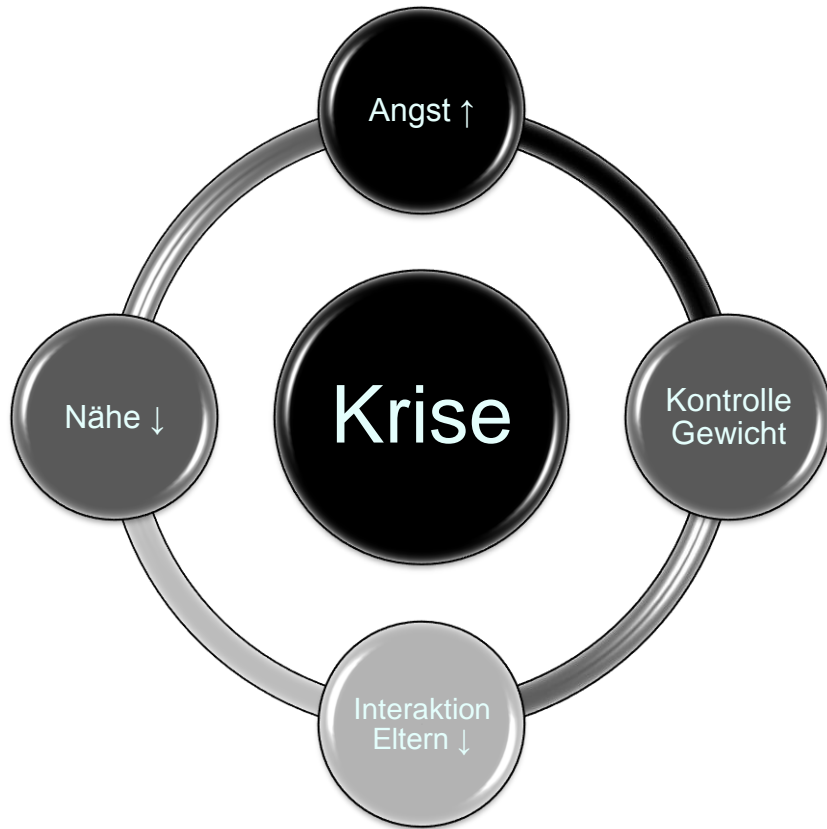
Empfehlungen

AWMF-Leitlinie S3 (2010), NICE-Guidelines 2004/2016



- Pat. sollten in Abh. von der körperlichen Situation **aktiv** und **regelmässig** hausärztlich zu Verlaufsuntersuchungen einbestellt werden
- Nach Abschluss einer ambulanten Psychotherapie sollen über mindestens 1 Jahr **Folgetermine** angeboten werden (Rezidivprophylaxe)

anorektisches Paradox



Therapiemotivation

Der [.....] Besitz einer Essstörung steht gegen die Bereitschaft, sich behandeln zu lassen. Ihre gewinnbringende Funktion muss für die Entwicklung eines Therapiekonzeptes berücksichtigt werden.

Gerlinghoff 2002

Erfolgsfaktoren



- Expertise
- Langjährige Begleitung (Case Management)
- Multiprofessionalität und Vernetzung
- Behandlungsketten
-> ambulant, teilstationär, stationär

Zukünftige Entwicklung

Hometreatment unter Einbezug der Familie



Lancet. 2014 Apr 5;383(9924):1222-9. doi: 10.1016/S0140-6736(13)62411-3. Epub 2014 Jan 17.

Day-patient treatment after short inpatient care versus continued inpatient treatment in adolescents with anorexia nervosa (ANDI): a multicentre, randomised, open-label, non-inferiority trial.

Herpertz-Dahlmann B¹, Schwarte R², Krei M², Egberts K³, Warnke A³, Wewetzer C⁴, Pfeiffer E⁵, Fleischhaker C⁶, Scherag A⁷, Holtkamp K⁸, Hagenah U², Bühren K², Konrad K⁹, Schmidt U¹⁰, Schade-Brittinger C¹¹, Timmesfeld N¹², Dempfle A¹².

VORTRÄGE

Eintreffen und Registration ab 08.15 Uhr

| | | |
|----------|---|-----------------------|
| 09.00 | Begrüssung/Einleitung | Ch. Henkel |
| 09.15 | Und da ist dann noch... die Somatik – red flags in der Akut- und Langzeitbetreuung | J. Laimbacher |
| 10.00 | Patientinnen mit schweren Essstörungen zwischen Spital und Psychiatrischer Klinik – Erfahrungen aus der Klinik Wil | J. Hajnik T. Maier |
| 10.45 | Pause | Ch. Henkel |
| 11.10 | Prävention und Frühintervention bei Essstörungen – warum und wie? | B. Isenschmid |
| 11.55 | Zwischen Achtsamkeit und Stresstoleranz: Methoden der dialektisch behavioralen Therapie bei Jugendlichen mit einer Essstörung | S. Maier |
| 12.40 | Schlusswort | Ch. Henkel |
| 12.45 | Stehlunch | |
| ab 14.00 | Workshops in den Räumlichkeiten des Kinderspitals | |

WORKSHOPS 14.00 – 15.30 Uhr

| | |
|---|---------------------------------|
| 1. Je früher desto wirksamer – Früherfassung und Intervention bei beginnender Essstörung: wie vorgehen, worauf achten? | P. Scheiwiler S. Erb |
| 2. Intergratives Behandlungskonzept in der Klinik Sonnenhof | V. Albrecht A. Graf/S. Maier |
| 3. Typische und atypische (komplexe) Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen. Eine Herausforderung in der Zusammenarbeit zwischen Jugendmedizin und Kinder- und Jugendpsychiatrie | D. Büchter E. Seba |
| 4. Zwang, Druck und Beformung bei Patienten mit lebensbedrohlicher Anorexie? Therapeutische Herausforderungen und ethische Dilemata | J. Hajnik T. Maier |
| 5. Zwischen Essstörung und Adoleszenz. Elternarbeit in der Gruppe | D. Gastpar M. Rufer |

