

Je früher desto wirksamer – Früherfassung und Intervention bei beginnender Essstörung in der Praxis

**Wie vorgehen?
Worauf achten?**

3. St. Galler Symposium Psychosomatik
30. März 2017

Kinder- und Jugendpsychiatrische Dienste St.Gallen
Gemeinschaftspraxis Arnegg

Dr. med. Suzanne Erb
Dr. med. Patrick Scheiwiler

Interdisziplinärer Blick und Approach



Inhalt

Lara, 15-jährig

1. Anmeldung
2. Erstkonsultation
3. Erste Massnahmen –
somatische Abklärung
4. Indikationsstellung
5. Risikopatientinnen –
Begleitung
6. Manifeste Essstörung –
Behandlung

Fokus

- Diagnostik /
Differentialdiagnostik
- Triage / Überweisung /
Hospitalisation
- Interdisziplinäre Begleitung
Hausarzt/Kinderpsychiatrie

1. Anmeldung: Lara, 15-jährig

Allg.-/pädiatrische Praxis

- Nach Elterngespräch wegen Kontaktproblemen kommt Lara mit der Mutter zum Schularzt. Die Anamnese ergibt: GW-Verlust 5kg in 10 Wochen
- Gewicht 48kg, Länge 162 cm
- Mutter: Lara isst wenig, anders

- Lehrerin: kein Leistungsknick, aber sozial zurückgezogener
- Anamnese:
 - Pylorusstenose, konservativ abgeheilt
 - EBV vor 3 Monaten, subjektiv Inappetenz

Eckdaten zu Klinik & Diagnostik

Anorexia nervosa Bulimia nervosa Binge-Eating-Störung (Adipositas)

Diagnosen nach ICD-10

- F50.0 Anorexia nervosa
- F50.1 Atypische Anorexia nervosa: Ein oder mehr Kernmerkmale fehlen, typischerweise leichtere Ausprägung (aber nicht körperliche Ursache!)
- F50.2 Bulimia nervosa
- F50.3 Atypische Bulimia nervosa: Ein oder mehr Kernmerkmale fehlen, Normal- oder auch Übergewicht. Häufige psychiatrische Komorbidität
- F50.4 Essattacken bei sonstigen psychischen Störungen: «reaktives Übergewicht» als Reaktion auf belastende Ereignisse

Anorexie

Diagnose nach ICD-10

- KG mindestens 15% unter Erwartung *oder* BMI \leq 17.5 (BMI < 10. Perzentile)
- Gewichtsverlust selbst herbeigeführt durch Vermeidung hochkalorischer Speisen *und*
 - » *Induziertes Erbrechen*
 - » *Induziertes Abführen*
 - » *Übertriebene Körperaktivität*
 - » *Appetitzügler oder Diuretika*
- Körperschemastörung
- Endokrine Störung (Amenorrhoe/Cortisol/SD)
- Körperliche Pubertätsentwicklung verzögert (bei frühem Beginn)

Bulimie

Diagnose nach ICD-10

- Andauernde Beschäftigung mit Essen, unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmittel, Essattacken
- Vermeidung der Gewichtszunahme durch selbstinduziertes Erbrechen
- Missbrauch von Abführmitteln
- Zeitweilige Hungerperioden
- Appetitzügler, Diuretika, Schilddrüsenpräparate
- Krankhafte Furcht, dick zu werden
- In der Vorgeschichte oft Anorexie (typisch oder atypisch)

Binge-Eating-Störung Diagnose nach ICD-10

(binge = Sauferei)

20 – 30% der übergewichtigen Patienten

- Wiederholte Fressanfälle
 - In abgegrenztem Zeitraum (z.B. ca. 2 Std. Dauer)
 - Gefühl von Kontrollverlust
- Mindestens 3 der folgenden Symptome:
 - Essen schneller als normal
 - Grosse Nahrungsmengen ohne hungrig zu sein
 - Allein essen aus Scham
 - Anschliessend Ekel, Deprimiertheit oder Schuldgefühle
- Leidensdruck
- Mindestens 2 Tg/Wo für 6 Monate
- Nicht im Rahmen einer A.N. oder kombiniert mit Purging-Verhalten, Fasten oder exzessiver körperlicher Betätigung

Epidemiologie

Anorexie

- Beginn meist ~ 14 – 18j.
- Lebenszeitprävalenz 0.1%
- 15–25 Jährige: 50–75/100'000
- 11-20 Jährige Schülerinnen: 1,3%

Bulimie

- Manifestationsgipfel ~ 18j.
- Hohe ‚Dunkelziffer‘
- 18-35 Jährige: 2-4%!

95% Frauen, 5% Männer

Exkurs: Früherfassung von Risikopatientinnen – wen ansprechen?

Gewichtssorgen
Tiefes Körpergewicht
Mangelernährung
Zyklusstörungen
Gastrointestinale Symptome
(wh. Erbrechen)
Wachstumsstörung

Risikogruppen

Sportlerinnen
Ballettschülerinnen
Gymnasiastinnen/Studentinnen
Zuckerkrankte

40% der normal-
/untergewichtigen
11–19J. Mädchen
fühlen sich zu dick

(Kabera 1999)

Anmeldung: Lara, 15-jährig

- Nach Elterngespräch wegen Kontaktproblemen kommt Lara mit der Mutter zum Schularzt. Die Anamnese ergibt: GW-Verlust 5kg in 10 Wochen
- Gewicht 48kg, Länge 162 cm
- Mutter: Lara isst wenig, anders

- Lehrerin: kein Leistungsknick, aber sozial zurückgezogener
- Anamnese:
 - Pylorusstenose, konservativ abgeheilt
 - EBV vor 3 Monaten, subjektiv Inappetenz

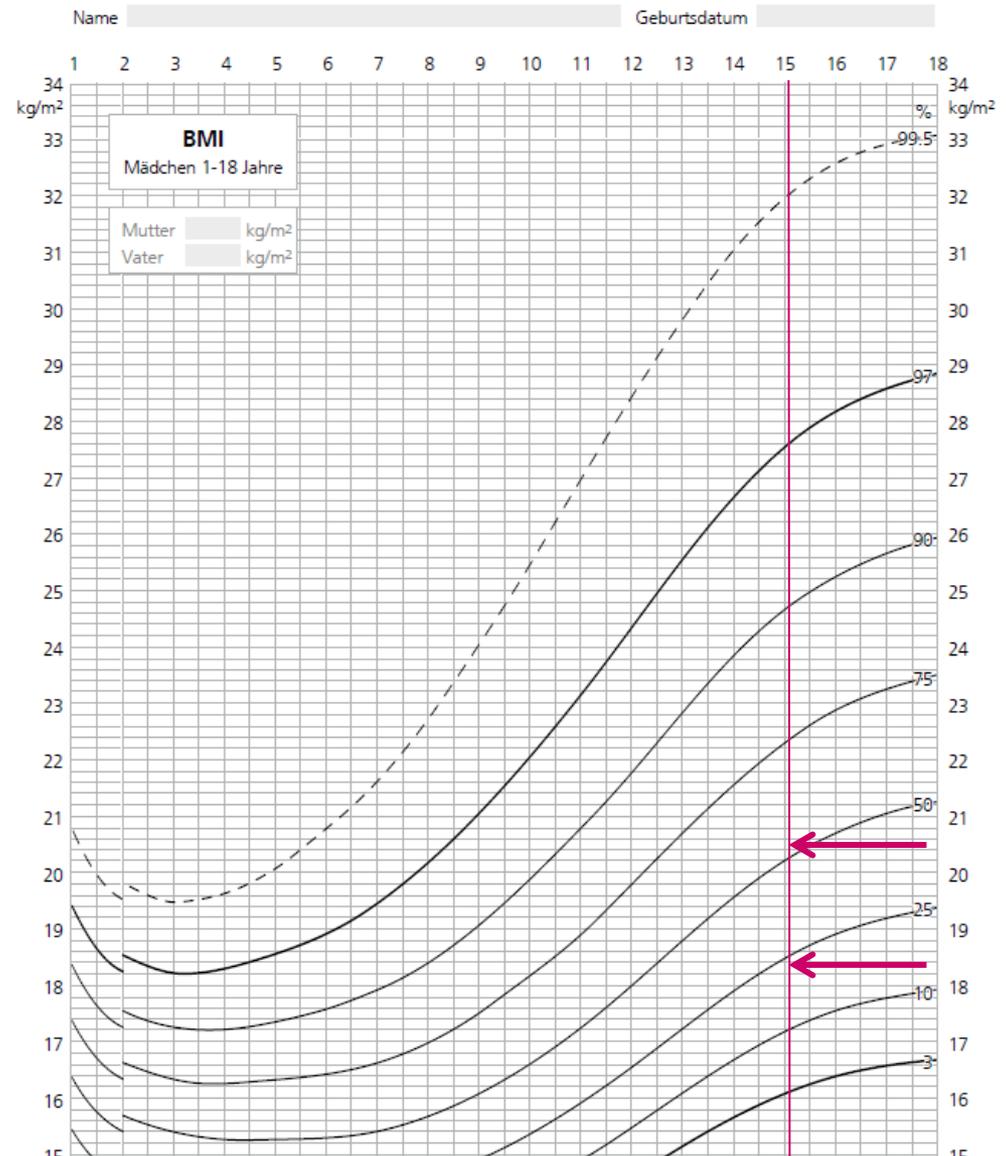
Überlegungen zu Diagnose, Pathogenese und Schweregrad

- $53 \rightarrow 48\text{kg} = -9,4\%$
(F50.0 erfüllt bei -15% KG)
- BMI $20,4 \rightarrow 18,3$
Perzentile 50. \rightarrow 10.-25.

Perzentilen für den Body Mass Index (BMI) (kg/m²)

17.01.2011

Erstellung von der Abteilung für Wachstumskurven des Kinderspitals Zürich (Pediatria 2011, Vol. 22, Nr. 1)
Quelle: WHO Growth Charts (www.who.int/growth/standards)



www.kispi.uzh.ch/Kinderspital/Medizin/Medizin/AWE/Wachstumskurven.html

Anmeldung: Lara, 15-jährig

- Nach Elterngespräch wegen Kontaktproblemen kommt Lara mit der Mutter zum Schularzt. Die Anamnese ergibt: GW-Verlust 5kg in 10 Wochen
- Gewicht 48kg, Länge 162 cm
- Mutter: Lara isst wenig, anders

- Lehrerin: kein Leistungsknick, aber sozial zurückgezogener
- Anamnese:
 - Pylorusstenose, konservativ abgeheilt
 - EBV vor 3 Monaten, subjektiv Inappetenz

Überlegungen zu Diagnose, Pathogenese und Schweregrad

- 53 → 48kg = - 9,4%
(F50.0 erfüllt bei -15% KG)
- BMI 20,4 → 18,3
Perzentile 50. → 10.-25.
- Weitere Kriterien für A.N. / B.N.?
Massnahmen Gw-Kontrolle?
Körperschemastörung?
Amenorrhoe?
- Physiologie des Hungers
- Weitere Belastungsfaktoren?

→ **Einladung mit Eltern / Mutter**

2. Erstkonsultation

Allg.-/pädiatrische Praxis

- Patientin trägt weite Kleidung
- Distanz zum Untersuchung
- Mutter besorgt, antwortet für Tochter
- Beschwichtigt – Inappetenz seit Pfeiffer'schem Drüsenfieber
- Essverhalten: Gesundheitsbewusst, viel Salat und Gemüse – sonst 'nichts'. Viel Wasser.
- Mutter: Kocht (nur) abends, mittags individuell, Ernährung kein besonderes Thema, Vater isst sehr gerne, will immer abnehmen
- FA: Anorexie bei Tante vs.

Beitrag / Überlegungen KJP

- Diagnosekriterien Essstörung: Exploration
- Ressourcen/Belastungen
- Interaktion Mutter-Patientin?
- Diskrepanzen zwischen Schilderungen der Mutter (Eltern) versus Patientin?
- Ess- und Aktivitätsverhalten / Einstellung bei Eltern?
- Familienangehörige mit (früherer) Essstörung?
- Einbezug beider Eltern möglich?
- **Motivationale Faktoren für Behandlung**

3. Erste Massnahmen – somatische Abklärung

A In allgemein/pädiatrischer Praxis

- Anamnese / Symptomatik: Gewichtsverlauf, Maximal-/ Minimalgewicht, Essverhalten, Trinkverhalten(!), Massnahmen Gewichtsverlust, Körperaktivität, Menstruation, Körperschemastörung
- Einflussfaktoren: Auslöser, soziale Belastungen, Berufsziel, Ernährung- und Essgewohnheiten Familie.
- Somatische (Vor-)Erkrankungen
- Gewicht, Länge, BMI, Körperstatus, spezifische Befunde, Labor (RBB, Ferritin, TSH, Elektrolyte!)
- Zusatzuntersuchungen

B Spezialisierte Diagnostik

Überweisung OKS

Kriterien

Ziele / Überlegungen

- Erhärtung der Diagnose
- Bedingungsfaktoren
- Motivationale Faktoren
- Fähigkeit der Eltern zu kooperieren / Tochter zu unterstützen (Abgrenzung und Einfühlung)
- Einschätzung DD komorbide psychiatrische Problematik
- Somatische Gefährdung

Bedingungsfaktoren / Psychosoziale Umstände: Allgemeine Überlegungen

- Entwicklungsaufgaben junger Mädchen
 - Individuation
 - Ablösung
- Ätiopathogenese
 - *Individuell*
 - Störungen der Körper- und Selbstwahrnehmung
 - Persönlichkeit (angepasst/abhängig/perfektionistisch, *behütet, leistungsbetont, "Maximizers"*)
 - Adipositas
 - *Familiär*
 - *Essstörungen*
 - *Affektive St. / Alkoholismus*
 - *„Zentripetale“ Familien!*
 - *Kulturell*
 - *Schlankheitsideal*
 - *High-Risk-Peer-Group (Mannequin, Ballerina)*

Motivationale Faktoren

- Wie präsentiert sich Pat. / Familie?
 - Implizite Werte (Vorsicht: fam. Werte ev. ambivalent?)
- Konkrete (bewusste) Ziele der Patientin? (Matura, sportlicher Wettkampf etc.)
- Fähigkeit zur Perspektivenübernahme?
 - ‚Gibt es dazu auch andere Meinungen unter deinen Kolleginnen, in deiner Umgebung, Familie?‘
- Gewichtsbezogene Ziele...

→ Vorsicht:

Gewichtsnormalisierung nicht (nur) als (erneute!) Anpassungsleistung!
‚Du darfst auch dann weiter kommen – und hättest ein Recht darauf – wenn das Gewicht wieder o.K. ist.... Es geht nicht NUR ums Gewicht, es darum wie es dir als Mensch geht....‘

4. Indikationsstellung

Diagnosen

→ Somatische Ursache/Diagnose
→ Atypische Essstörung
→ Beginnende Essstörung (Risikopatientin) →
→ Beginnende Essstörung/ Risikopatientin mit deutlicher Psychopathologie →
→ Manifeste Essstörung
→ Manifeste Essstörung mit fortgeschrittener körperlicher Symptomatik

Procedere

→ Weitere pädiatrische Behandlung
→ Pädiatrisch-hausärztliche Begleitung
→ Ambulante (eventuell stationäre) kinder-/jugendpsychiatrische Behandlung mit pädiatrischer Begleitung
→ Kinder-/jugendpsychiatrische-psychotherapeutische Behandlung (vorerst ambulant)
→ Hospitalisation OKS, Psychosomatik

➔ Indikationsstellung / Risikoeinschätzung

Unterscheidung nach Psychogenese/Psychopathologie

A «primäre Störung»

Reaktion auf Entwicklungs-herausforderung (häufig; Überforderung mit Pubertätsentwicklung/Geschlechterrolle vor Hintergrund früherer Belastungen/ Familiäre Konflikte/Identitätsschwäche; Konzept des "falschen Selbst" nach Winnicott)

B «sekundäre Störung»

Komorbide Esssymptomatik vor dem Hintergrund einer primären schwereren Psychopathologie

DD oder komorbid:

- Beginnende Persönlichkeitsentwicklungsstörung
- Zwangsstörung
- (Prä-) Psychose
- Depressive Episode

Risikoeinschätzung

Wer soll weiter behandeln?

A "primäre Essproblematik"

→ Hausärztliche/kinderärztliche
Begleitung

Kriterien:

- "Gesunde Jugendliche"
- Gute familiäre und persönliche Ressourcen
- "Abwesenheit von familiären Interaktionsstörungen, Konflikten und Belastungen"

→ Überweisung Esssprechstunde OKS

Kriterien:

- Körperliche Symptomatik im Vordergrund
- Sekundäre Amenorrhoe
- Somatische Komorbiditäten

B "Sekundäre" Essproblematik bei
primärer Psychopathologie /
Psychiatrischer Komorbidität
→ Überweisung Kinder- und
Jugendpsychiater/KJPD

5. Pädiatrisch/hausärztliche Begleitung von Risikopatientinnen

- Aufklärung und Diagnose mit Eltern und Patientin (evtl. getrennt?)
 - **Psychoedukation:** aus systemischer Sicht gemeinsam sinnvoll →
- Erarbeitung und Klärung der Veränderungsmotivation
 - Patientin: Zukunftsperspektive, Ausbildung, körperliche Gesundheit, **psychische und soziale Entwicklung**
 - Eltern: Ernsthaftigkeit, Prognose, prognostische Bedeutung der elterlichen Klarheit und Verantwortungsübernahme
- **Behandlungsvertrag** →
- Einbinden der Jugendlichen in Entscheidungsfindung
- Überweisung Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie bei
 - stagnierendem Gewichtsverlauf
 - psychischer Belastung/zunehmender Psychopathologie bei Patientin
 - bei familialen Konflikten, Interaktionsstörungen
 - (nur vordergründiger Anpassung/Symptomreduktion bei gleichbleibenden interaktionalen Auffälligkeiten respektive fehlender persönlicher Entwicklungsschritten)

Aufklärung / Psychoedukation

- Grundsätzlich haben die Eltern die Verantwortung.
- Massives Untergewicht in der Wachstumsphase führt zu Folgeschäden.
- Prognose: 50 – 20 (30) – 20 Die Krankheit kann mit dem Tod enden (5 – 10%, behandelt / unbehandelt nach 5 – 8 Jahren).
- Die Magersucht verzerrt die Wahrnehmung sowohl der körperlichen wie auch der geistigen Leistungsfähigkeit, eine realistische Selbsteinschätzung ist kaum mehr möglich.
- Das Störungsbild kann zwanghafte und depressive Zustände beinhalten, die eine medikamentöse Behandlung notwendig machen
- Körperliche Folgen / Komplikationen beschreiben, ev. verbunden mit Hilfestellungen

Aufklärung / Komplikationen ,Folgen des Hungers‘

- Stresshormone ↑ → Euphorie, Energie-Hoch → metabolische Veränderungen, Hypoglycämie → Müdigkeit, Leistungsabfall (oft unbemerkt)
- Elektrolytstörungen / Kardiovaskulär: orthostatische Hypotonie, Bradykardie, Arrhythmie, plötzlicher Herztod
- Obstipation, Bauchkämpfe
- Zyklusstörungen, Störungen hormoneller Art, verzögerte Pubertätsentwicklung, Fertilitätsstörung
- Anämie, Leukopenie (Infektanfälligkeit, Müdigkeit, Haarausfall...)
- Osteopenie
- ZNS-Atrophie

Bei Risikopatienten situativ möglich: Behandlungsvertrag

- Unterscheidung: präpubertäre und vor allem anorektische Patientinnen : baldmöglichst, Eltern als hauptsächliche Vertragspartner
- Postpubertäre Patientinnen: ev. zuerst Beziehungsaufbau (bulimische Patientinnen)
- Inhalte:
 - Regelmässige Gewichtskontrolle durch Hausarzt (Wägebedingungen absprechen!)
 - Überweisungsgrenze / Hospitalisationsgrenze
 - Wöchentliche Gewichtszunahme (mit Range?)
 - Zielgewicht aushandeln!!
 - Vereinbarung zu Familiengesprächen, mein Therapieangebot
 - Ernährungsberatung, Ess-Tagebuch etc.
 - Absprachen (wer spricht mit wem)

Behandlungsvertrag für Heidi (Muster)

Gültig von..... bis.....

Aktuell ist Heidi wegen ihrer Magersucht bei uns in einer ambulanten Therapie. Folgende Abmachungen werden für den weiteren Verlauf vereinbart:

Ziele:

- Heidi kann ihr Gewicht während dem kommenden Monat stabilisieren, danach (ab 10. Oktober) gelingt ihr eine Gewichtszunahme von 300 gr pro Woche bis zum Erreichen von 42 kg.
- Heidi kann wieder unbeschwert essen, muss sich gedanklich nicht ständig mit dem Essen beschäftigen und kann ohne ständige Auseinandersetzungen mit der Familie essen.
- Heidi kann die Schule besuchen, bzw. ihren Freizeitaktivitäten nachgehen und bekommt wieder Freude an ihrem Leben.

Vorgehen:

- Wöchentliche Gewichtskontrolle beim Hausarzt jeweils zur gleichen Tageszeit, am besten morgens, in Unterwäsche und mit leerer Blase.
- Einzelpsychotherapie ein- bis zweimal pro Woche bei Frau S...
- Eltern- und Familienberatung nach Vereinbarung bei Herrn K....
- Ernährungsberatung für Heidi und ihre Eltern nach Verschreibung durch den Hausarzt.

Alltag:

- Die Eltern bestimmen die Essmenge und Zusammensetzung für Heidi so lange, bis Heidi wieder fähig ist, selbstständig genügend und ohne schlechtes Gewissen zu essen.
- Eine Stunde nach dem Essen hält sich Heidi jeweils im Wohnzimmer auf.
- Heidi nimmt zu Hause drei Hauptmahlzeiten und zwei Zwischenmahlzeiten zu sich.

Bedingungen:

- Bei Gewichtsabfall auf 42 kg oder weniger (z.B. 41,9kg) Hospitalisation in der Kinderklinik (Tel-Nr. angeben).
- Bei Gewichtsabfall bzw. Stagnation während zweier Wochen nacheinander Krisengespräch mit der Familie am KJPD zur Aushandlung der Konsequenzen. Der Hausarzt muss die Eltern und den KJPD umgehend informieren. Die Eltern melden sich dann sofort am KJPD für eine Terminvereinbarung.
- Sonstige körperliche oder psychische Dekompensation von Heidi oder ihren Eltern können ebenfalls Grund für eine Hospitalisation sein.

Einverständniserklärung:

Schaffhausen,

Heidi.....

Hausarzt/Hausärztin.....

Mutter

Familietherapeut/therapeutin.....

Vater

Einzeltherapeut/therapeutin.....

6. Manifeste Essstörung

**Interdisziplinäre, psychiatrisch-pädiatrische Begleitung
Behandlungsvertrag!
Enge Absprache!**

Pädiatrische Begleitung

– engmaschige Kontrollen

- Gewicht (meist wöchentlich, gleiche Zeit, Waage, Person)
- Elektrolyte
- Hämatologie
- Somatische Gesamtsituation

Kinder-/jugendpsychiatrische Behandlung ambulant (Fallführung)

- Psychoedukation, Motivation
- Behandlungsvertrag
- Eltern-/familienorientierte Behandlung
- Einzelpsychotherapie

Hospitalisationsindikation:

- Unterschreiten der Gewichtslimite, BMI < P3
- Sehr rascher oder >25% Gewichtsverlust
- Komplikationen (Bradykardie, Entgleisung Elektrolyte, Herzrhythmusstörungen, Trinkverweigerung)

Hospitalisationsindikation:

- Depression
- Suizidalität
- Statische pathologische Familieninteraktionen
- Unmöglichkeit von Schulbesuch/Berufstätigkeit
- Scheitern/Stagnation ambulante Behandlung

6. Manifeste Essstörung Behandlungsziele

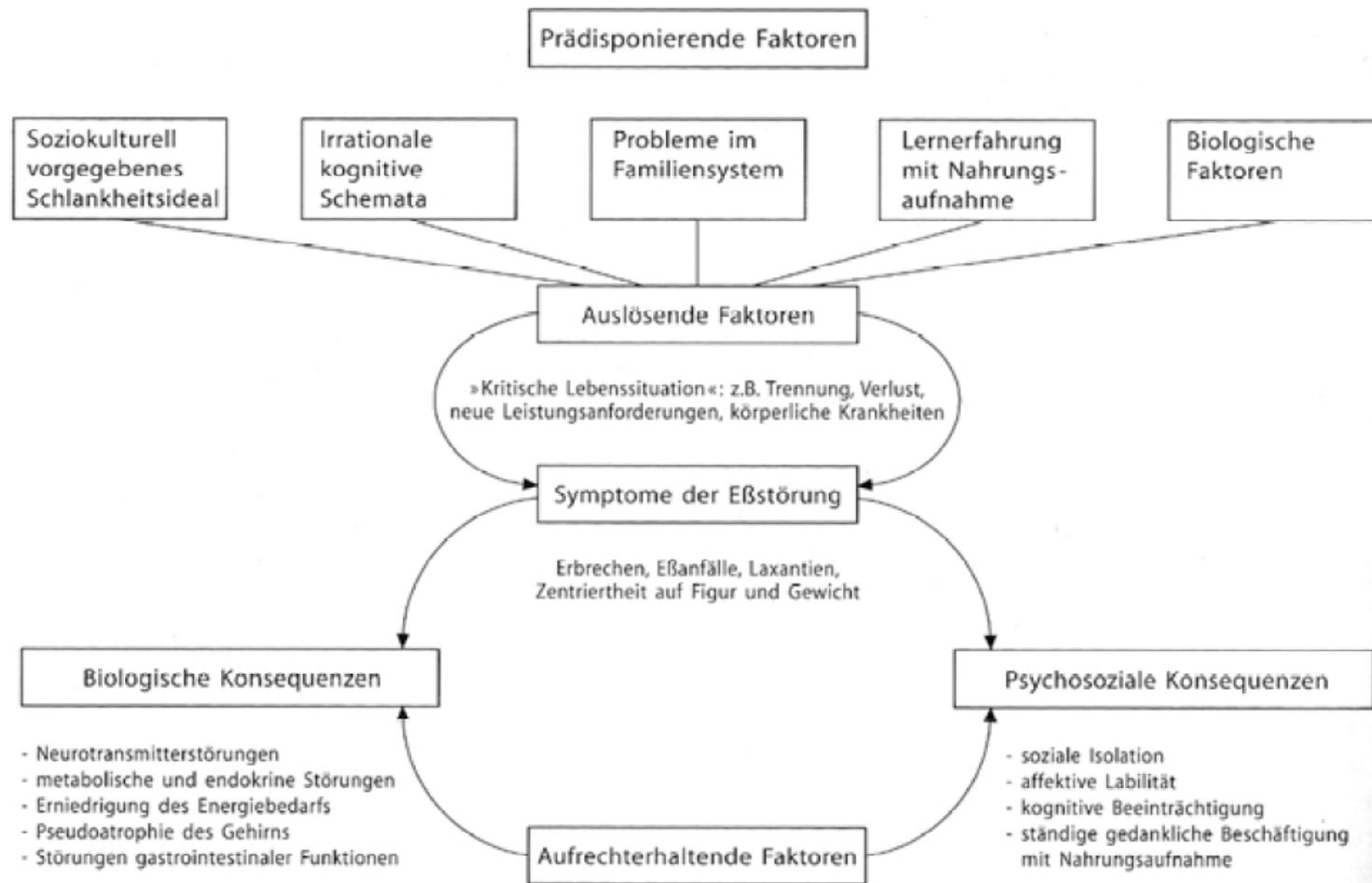
1. Motivation schaffen
 - Aufklärung über ‚Chancen und Risiken‘!
 - Aktualisierung der Problematik
 - s. elterliche Verantwortung!
→ Behandlungsvertrag
2. Stabilisierung des Gewichts
 - Und *teilweise* der familiären Alltagssituation
3. Zunahme auf vertretbares Gewicht
 - Gegenstand von Verhandlungen *und* medizinischen Überlegungen!
4. Bearbeitung von dysfunktionalen und symptomhaltenden innerfamilialen Mustern

Behandlungsziele

5. Bearbeitung der zugrundeliegenden familiären Belastungen und Konflikte
 - Verbesserung der Prognose
 - ‚Sekundärprophylaxe‘
 - Entwicklungsermöglichung
6. Individuelle Bearbeitung zugrundeliegender Konflikte und Entwicklungsdefizite (Einzeltherapie)
 - s. Psychodynamik

Manifeste Essstörung – Psychiatrisch-psychotherapeutische Behandlung

- Psychoedukation →
- Behandlungsvertrag →
- Familienorientierte Behandlung: Stützen, Umgang mit Symptomatik, Klärung der elterlichen Haltung, Bearbeitung familiärer Konflikte und Entwicklungsaufgaben (Verstrickung, Delegationen, Ermöglichen von Ablösung und Individuation)
- Einzelpsychotherapie: Motivation, Stabilisierung, Problembewusstsein, Körperbewusstsein, Selbstfürsorge, Konflikte, Mentalisierungsfähigkeit, Identitätsentwicklung, Individuation



Quelle: Margraf J.: Lehrbuch der Verhaltenstherapie S. 232