

Prävention und Früherkennung bei Essstörungen

—

Warum und wie?

St. Gallen, 30.03.2017

Dr. med. Bettina Isenschmid, MME
www.spitalzofingen.ch/kea

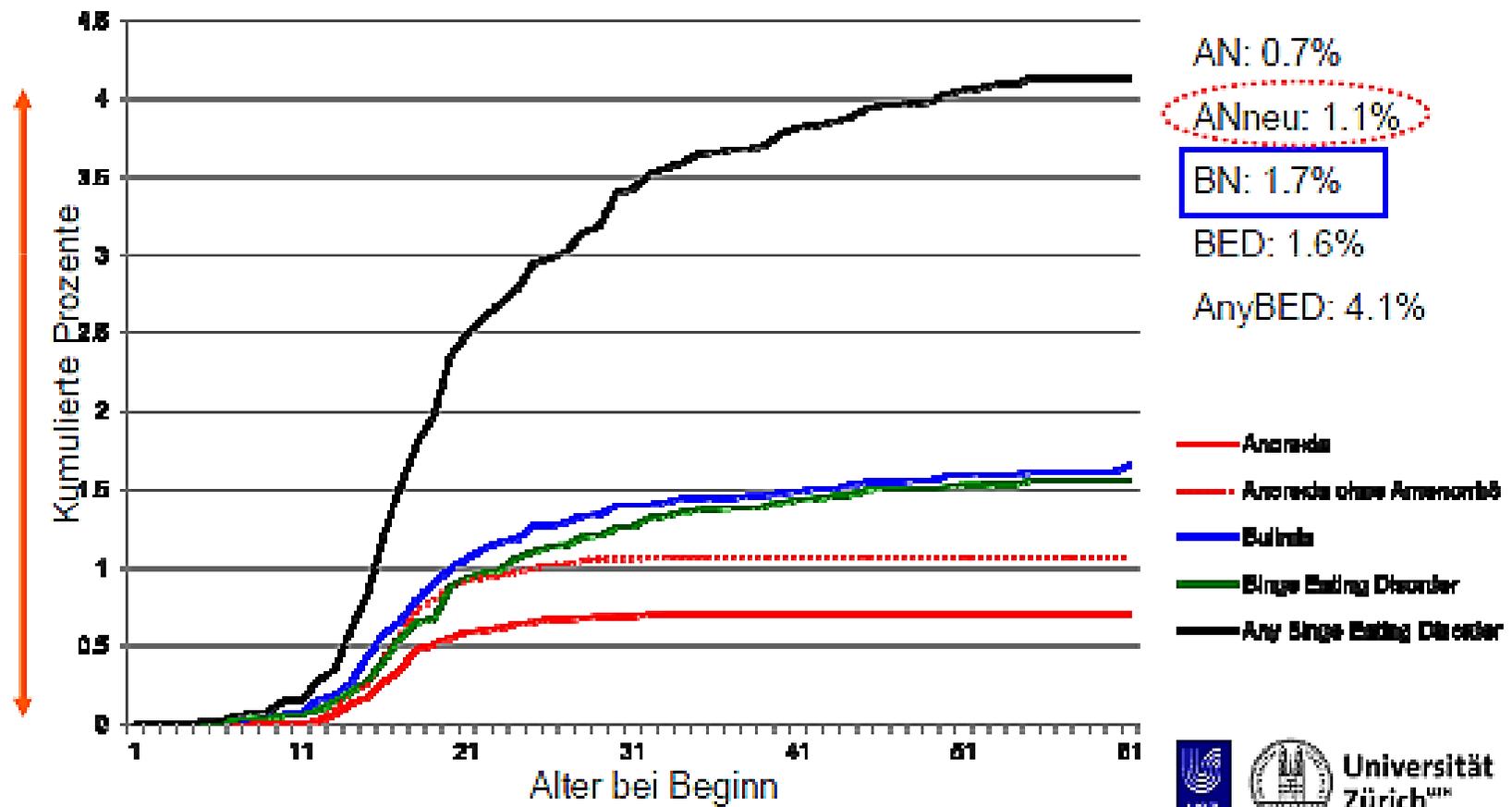


Resultate

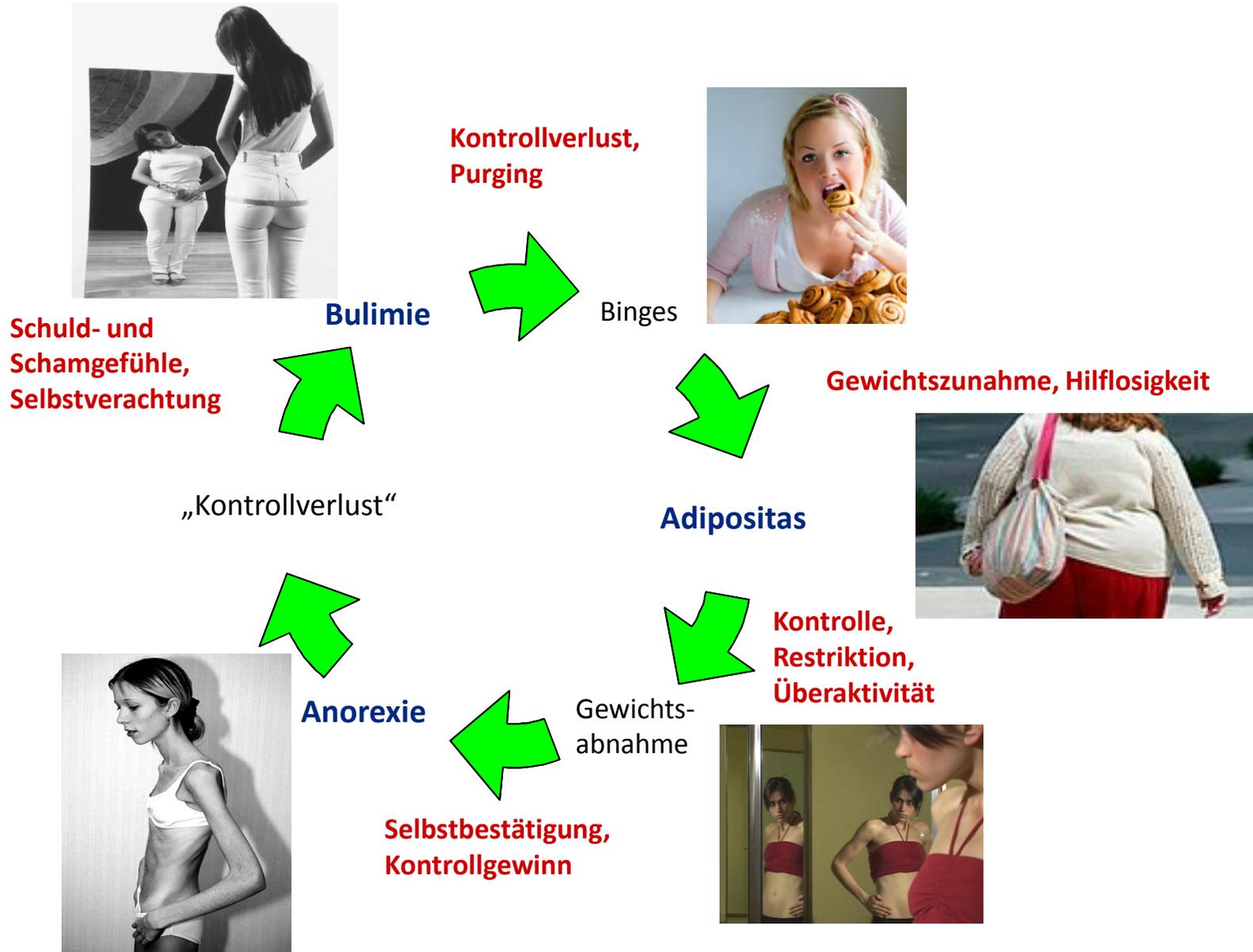
Prävalenz von Essstörungen in der Schweiz, 2010

Schweiz, 2010

N = 10'038



Essstörungen als Kontinuum



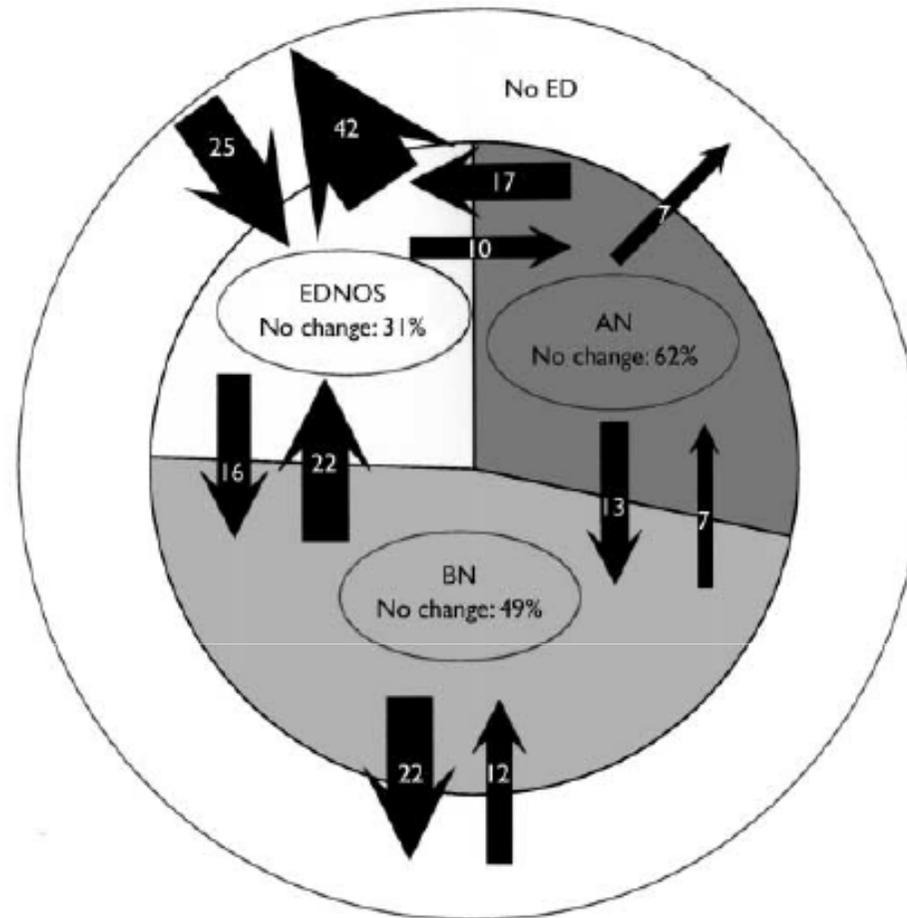
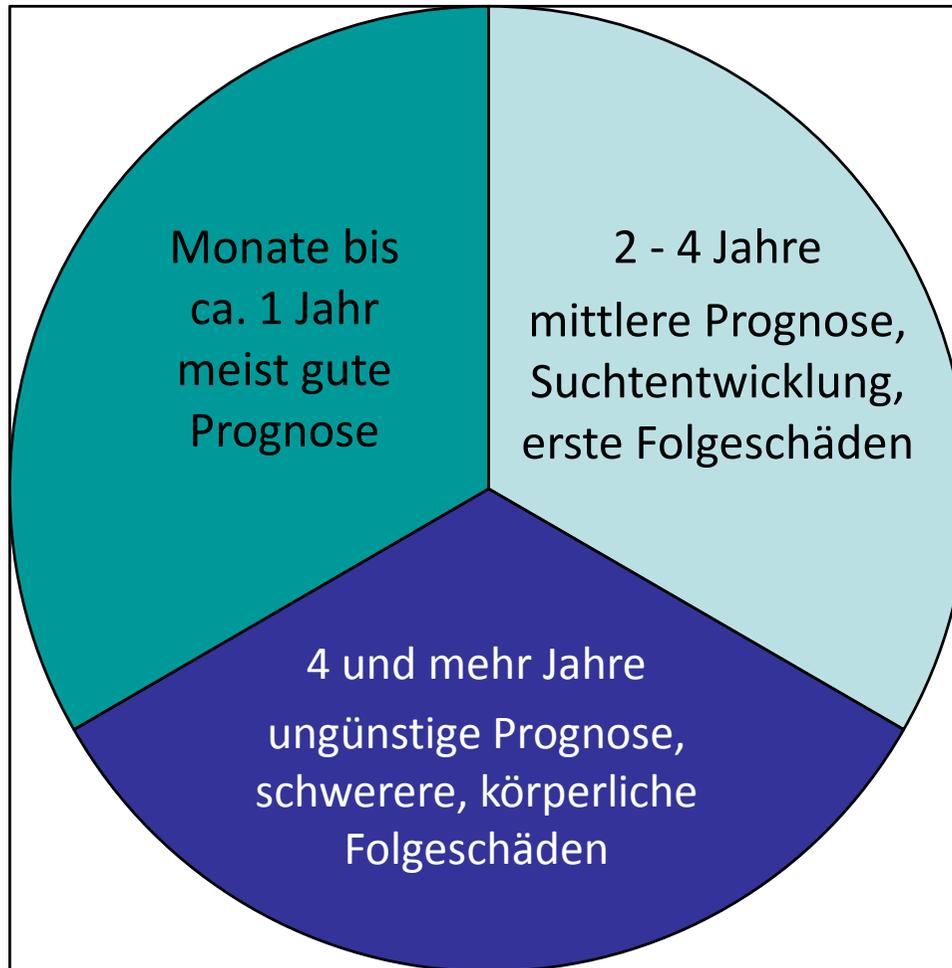


Fig. 1 Changes in DSM-IV eating disorder diagnoses over 30 months (AN, anorexia nervosa; BN, bulimia nervosa; EDNOS, eating disorder not otherwise specified). The figure illustrates changes of diagnoses on instance (rather than person) level. The areas in the pie chart represent the frequencies with which the respective eating disorder diagnoses occurred during all three assessment times; of all such diagnoses 28.4% were AN, 47.3% BN and 24.4% EDNOS. Figures in arrows are percentages based on the number of possible changes for each diagnosis.

Verlauf und Prognose



Gewichtsnormalisierung: ca. 60%

Normalisierung Essverhalten: ca. 47%

Normalisierung Zyklus: ca. 57%

Todesfälle (Herz- oder Nierenversagen, Infekte, Suizid)

Anorexie: ca. 10%

Bulimie: ca. 4% (wrs. unterschätzt!)

Stadieneinteilung



Abbildung 2: Entwicklungsmodell der Anorexia nervosa (adaptiert nach [27]).

FBT: Family-Based Treatment (familienzentrierte Therapie)

CBT-E: Cognitive Behavioural Therapy Enhanced (erweiterte kognitive Verhaltenstherapie)

Prognostische Faktoren

Günstig

- Beginn im Jugendalter
- Früher Behandlungsbeginn
- Kurzer Krankheitsverlauf
- Unterstützung durch Eltern und soziales Umfeld
- Konfliktarmes Beziehungsklima
- Gute soziale Integration
- höherer Sozialstatus
- langsame Gewichtsänderung
- Normalgewicht
- Fehlende Komorbiditäten

Ungünstig

- Beginn im Kindesalter
- Übergewicht in der Kindheit
- Erbrechen, bulimische Symptomatik
- Starke, rasche Gewichtsschwankungen/-abnahme
- Langer Krankheitsverlauf
- Prämorbid auffälligkeiten
- Substanzmissbrauch
- SVV
- Persönlichkeitsstörung
- Sozialer Rückzug, geringe soziale Unterstützung

Anzeichen einer Essstörung

- ✓ Zwanghafte Beschäftigung mit Gewicht und Ernährung
- ✓ Ausprobieren verschiedener Diäten
- ✓ Panische Angst zuzunehmen
- ✓ Andere Zwangsgedanken, -handlungen
- ✓ Hyperaktivität, Bewegungszwang
- ✓ Obstipation, Diarrhoe, Blähungen, Völlegefühl
- ✓ Zyklus- und Reifungsstörungen
- ✓ Schlafstörungen
- ✓ Kältegefühl, Zittern
- ✓ Stimmungslabilität, depressive Verstimmung
- ✓ Missbrauch von Appetitzüglern, Abführmitteln
- ✓ Weniger Ressourcen für andere Interessen
- ✓ Sozialer Rückzug / Einengung auf die «Sucht»



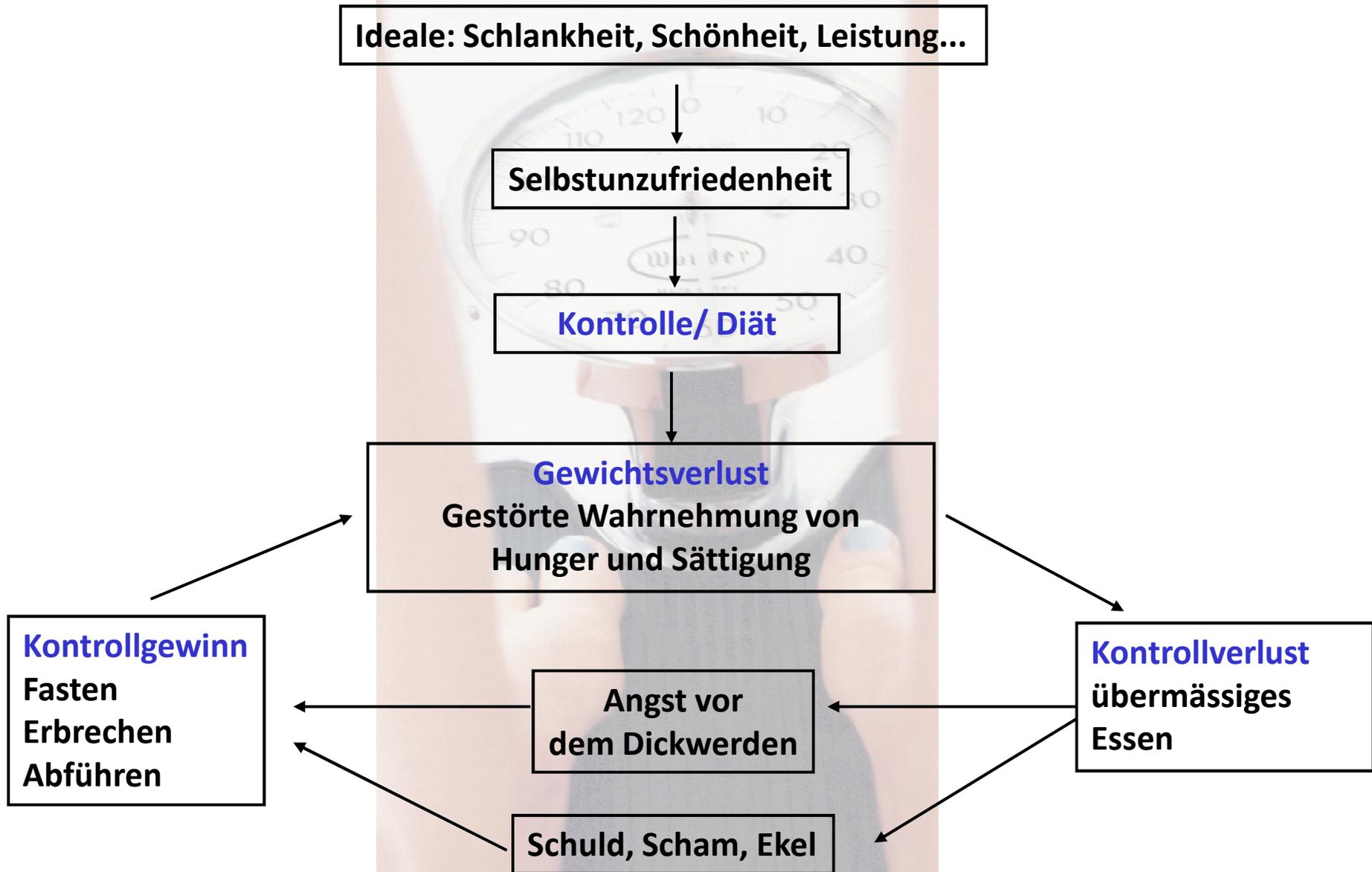
Soziale Ebene

- kritische Lebensereignisse
- traumatische Erlebnisse (z.B. Gewalt, sexueller Missbrauch)
- Lebensübergangskrisen
- Trennungen, Verlusterlebnisse
- schulische oder berufliche Krisen
- Wohnortwechsel
- sozialer Rückzug
- „Bilderbuchfamilie“, „Fassadenfamilie“
- scheinbar harmonische Beziehungen, jedoch mit symbiotischen Bindungen
- «Anger-in»

Psychische Ebene

- Zwangsgedanken, Zwangshandlungen
- Depressionen, Angstzustände
- andere Komorbiditäten: Drogen, Alkohol, Medikamente
- starkes Leistungs- und Körperbewusstsein
- wenig Selbstbewusstsein trotz offensichtlicher Fähigkeiten
- abhängige Persönlichkeit
- hohe Anpassungsbereitschaft
- Gewichtskontrolle (extrem genaue und schnelle Gewichtsangaben)
- starke Beschäftigung mit dem Essen, übertrieben gesunde Ernährung

„Bulimischer“ Zyklus



Hilfreiche Fragen

- Haben Sie regelmässig Ihre Menstruation?
- Wie zufrieden sind Sie mit Ihrem Gewicht und Ihrer Figur?
- Wie oft wiegen Sie sich selbst?
- Machen Sie Diäten? Fasten Sie?
- Haben Sie häufige Gewichtsschwankungen?
- Wie viele Stunden Sport betreiben Sie pro Woche?
- Vermeiden Sie bestimmte Nahrungsmittel?
- Wie viele Kalorien erlauben Sie sich pro Tag?
- Wann haben die Probleme mit Essen, Gewicht, körperliche Probleme ... begonnen?
- Essen Sie manchmal heimlich? Verstecken Sie Esswaren?
- Nehmen Sie Abführmittel oder Entwässerungstabletten ein?
- Haben Sie manchmal Heisshungeranfälle? Wie sehen diese aus?
- Verletzen Sie sich selbst?

Triage bei Risikosituation

- Besprechung der Problematik mit Eltern und Patientin
Klärung der Veränderungsmotivation/Problemsicht
 - Patientin: Zukunftsperspektive, Ausbildung, körperliche Gesundheit, psychische und soziale Entwicklung
 - Eltern: Ernsthaftigkeit, Prognose, Dringlichkeit, elterlichen Klarheit und Verantwortungsübernahme
- Entscheidungsfindung und Behandlungsvereinbarung schriftlich (mit allen!)
- Überweisung Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie bei:
 - stagnierendem Gewichtsverlauf/weiterer Gewichtsabnahme
 - psychischer Belastung/zunehmender Psychopathologie bei Patientin
 - bei familialen Konflikten, Interaktionsstörungen
 - Chronifizierung, «sich einrichten in der Störung» (Soziales System!)

Indikationen für stationäre Therapie

- AZ-Verschlechterung, K akut <3 mmol/l, HFR < 40 /min
- BMI <13 kg/m², Verlauf NRS
- Ausgeprägte Depression, Zwangsverhalten
- Suizidalität
- Eskalierende Impulskontrollstörung
- Mehrfachabhängigkeit
- Soziale Isolation
- Trennung des sozialen Systems erforderlich
- Behandlungsgeschichte
- Schwangerschaft, Diabetes mellitus



Situation der Angehörigen



- Ambivalenz: Schuld und Scham, Versagen, Inkompetenz, Wut, Angst, Trauer, Ohnmacht, Hilflosigkeit, Verzweiflung...
- Krankheit verstehen und akzeptieren, deren Überwindung oft noch als reine Willensfrage angesehen wird? → gewalt(tät)ige Spannungen, vor allem während den Mahlzeiten...
- *Nicht allein bleiben!*
- *Krankheit hat Tendenz, Energien aller Beteiligten aufzubreuchen. Angehörigen müssen sich eigenen Raum reservieren: Paarbeziehung pflegen, andere Kinder, Unternehmungen, die Freude machen, soziale Kontakte...*

Funktionalität...?

Anorexie

- Hungern als Eigenleistung:
„Im Fasten bin ich die Beste.“
- Scheinkontrolle und Scheinautonomie: *„Das Hungern gehört mir alleine.“*
- *Kontrollgewinn durch Gewichtsabnahme:*
- Anorektisches Paradox!

Bulimie

- Essen und Erbrechen als anfängliche Ideallösung:
„Endlich darf ich alles essen, ohne zuzunehmen.“
- Betäubung aller Gefühle durch Essen und Erbrechen
- Essen und Erbrechen als Ventil zum Spannungsabbau



Ansprechen?

- ✓ Sprechen Sie die Betroffene alleine an. Zeigen Sie Verständnis, ohne das problematische Essverhalten gut zu heissen. Geben Sie ihren Gefühlen Ausdruck, ohne verletzend zu sein.
- ✓ Nehmen Sie eine klare Haltung ein, auch gegenüber dem sozialen Umfeld!
- ✓ Übernehmen Sie nicht die Verantwortung oder eine Kontrollfunktion für das Verhalten der Betroffene. Bieten sie ihr aber in regelmässigen Abständen das Gespräch an.
- ✓ Falls Dritte kontaktiert werden müssen, nur nach Absprache mit der Betroffenen.
- ✓ Nehmen Sie selbst Kontakt zu einer unterstützenden Fachperson auf.
- ✓ Machen Sie die Betroffene auf Hilfsangebote aufmerksam. Bieten Sie Hilfe bei der Suche nach professioneller Unterstützung an.
- ✓ Reduzieren Sie die Betroffenen nicht auf die Essstörung und schaffen Sie keinen künstlichen Schonraum. Versuchen Sie , die gesunden Anteile anzusprechen und zu stärken.
- ✓ Sprechen Sie das Vorgehen im Team ab; bestimmen Sie konstante Kontaktpersonen für die Betroffene.

Motivationales Gespräch

- Veränderungsstadien beachten (Prochaska & di Clemente 1986): Motivation/Fähigkeit/Bereitschaft
- Bereits vorhandene Veränderungsmotivation unterstützen
- Vorteile der Essstörung verstehen, Nachteile thematisieren (Bilanz erstellen)
- Krankheitsgewinn anerkennen
- Schwierigkeiten antizipieren
- Nicht befehlen, drohen oder predigen
- Information über Behandlungsmöglichkeiten geben
- Aktionen loben und Erfolg der Patientin unterstützen
- Gedankenexperiment: Zukunft ohne Essstörung?

„Brücken“



- *„Mir fällt auf.../Ich habe gefunden.../Die Untersuchung hat ergeben...“*
- *Mir wurde berichtet.../erzählt...»*
- *„Dies könnte hindeuten auf.../ist typisch für.../kommt häufig vor bei...“*
- *Ich frage mich, ob.../Ich könnte mir vorstellen, dass.../Ich befürchte, dass...“*
- *Ob dies wirklich zutrifft, weißt nur du.../Ob du Hilfe möchtest, kannst nur du entscheiden...“*

„Mehr Brücken...“



- *„Überlege dir, ob du damit allein bleiben willst.../Ich wünsche mir, dass wir den Weg zusammen gehen..“*
- *„Ich könnte dir Hilfen geben, auch wenn die Ess-Störung weiter andauert.../Du kannst deinen Körper bereits jetzt schützen...“*
- *„Das Verhalten einfach so zu ändern, geht meist nicht, dazu darfst du Unterstützung in Anspruch nehmen.../Du hast ein Recht darauf...“*
- *Auch deine Familie ist betroffen und braucht Unterstützung, unabhängig davon, ob Du dies notwendig findest...»*

Körperbild - wirklich ein Thema für Jugendliche?

- Heute ist der Druck auf Kinder und Jugendliche, äusserlich perfekt wirken zu müssen, grösser als je zuvor:

60% der jungen Mädchen glauben, „dass sie glücklicher wären, wenn sie dünner wären“

Umfrage zum Thema Körperbewusstsein, Januar 2004, Magazin „Bliss“

- Jungen zwischen 10 und 11 Jahren wollen einen muskulöseren Körper, diejenigen zwischen 12 bis 13 Jahren einen schlankeren Körper.

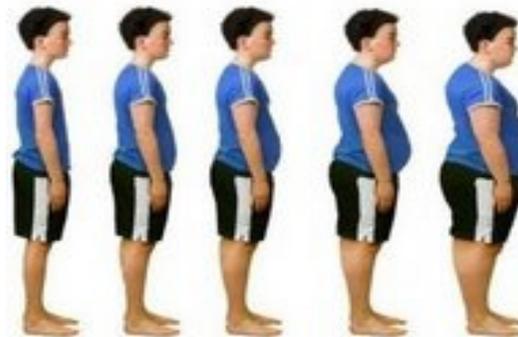
Body shape perceptions of preadolescent and young adolescent children, K. N. Parkinson, M. J. Tovée, E. M. Cohen-Tovée, Eur Eat Disorder Rev,6, 126-135 1998

- Models und Schauspielerinnen in den Medien haben mindestens 50% weniger Körperfett als gesunde Frauen.

British Medical Association 2000: models and actresses today generally have 10-15% body fat whereas the average body fat for a healthy woman is 22-26%.

Klassische Einteilung der Prävention

- **Primär-Prävention** hat zum Ziel, die Entstehung von Erkrankungen überhaupt zu verhindern, Risikofaktoren zu mindern, vorzubeugen und protektive Faktoren zu fördern.
- **Sekundär-Prävention** besteht in Früherkennung und frühzeitigen Intervention, um ein Fortschreiten der Erkrankung und die Entwicklung einer voll ausgeprägten Störung zu verhindern.
- **Tertiär-Prävention** zielt darauf, eine Verschlechterung und Chronifizierung eines voll ausgeprägten Krankheitsbildes zu verhindern und weitere Folgeschäden abzuwenden (Schadensminderung).



Prävention von Übergewicht?

- **Angst vor Gewichtszunahme** = heute Krankheit mit psychischen Belastungen in weiten Teilen der Bevölkerung (Strauss 2002).
 - **Normative Unzufriedenheit** bzw. neue Entwicklungsaufgabe, diese Unzufriedenheit zu überwinden (Rodin et al. 1984, Tiggemann et al. 1998).
 - Bereits 6-jährige beurteilen Erscheinung eines übergewichtigen Kindes als falsch, schmutzig, dumm und unattraktiv (Staffieri 1967).
 - **Stigmatisierung adipöser Kinder** hat parallel zur Entwicklung des überschlanken Schönheits-Ideals und der steigenden Adipositas-Prävalenzraten zugenommen (Latner et al. 2003/2007, Schürzen et al. 1961, French et al. 1995).
- Folgen der Stigmatisierung führen bereits bei jüngeren Kindern dazu, ausschliesslich auf **negative Aspekte der eigenen Figur** zu fokussieren, **Risiko für rigides, gestörtes Essverhalten** (Zimmermann et al. 2000; Hill et al. 1992; Stice, Presnell, Shaw 2005, Darby et al. 2009; Neumark-Sztainer et al. 2006).

Moderne Einteilung unterscheidet zusätzlich zwischen den Zielgruppen

- **Universelle** Prävention zielt auf breite Bevölkerungsschichten.
- **Selektive** Prävention zielt auf asymptomatische Risikogruppen.
- **Indizierte** Prävention zielt auf Hochrisikogruppen, die bereits subklinische Symptome oder eindeutige Risikofaktoren aufweisen.



Was gilt heute?

- **Prognose** mit Früherkennung und Frühbehandlung klar besser, v. a. interdisziplinäre, **schul- und gemeindebasierte**, proaktive Programme wirksam
- Prinzip: „**no harm**“, Wirkung bei high-risk-Gruppen geringer
- Allgemeine Erkenntnis: Wissen über potentielle **Risikofaktoren und langfristige Konsequenzen** hat **keinen Einfluss** auf die Inzidenz oder Prävalenz klinisch manifester Essstörungen.
- Metaanalysen zeigen, dass Programme **ohne psycho-educative Inhalte generell bessere Resultate** ergeben, als solche mit.
- Hingegen hat sich der **Lebenskompetenz-Ansatz (Life skills)** in der Prävention zur bisher erfolgreichsten Einzelmaßnahme im schulischen Kontext etabliert mit zahlreichen, evaluierten Programmen.

Empfehlungen zur Prävention von Essstörungen an Schulen



→ **Lebenskompetenzentwicklung - Life-Skills-Ansatz** (WHO 1994)

- **Ich-Stärkung**
- Stärkung der **Beziehungsfähigkeit**
- Erkennen und Äussern von **Bedürfnissen und Gefühlen**
- Erlernen von **Konfliktwahrnehmung und -lösungen**
- Verstärkung der **Gemeinschaftsfähigkeit**
- Stärkung der **Genussfähigkeit**
- Entwicklung eines **positiven Körperbildes**
- Entwicklung einer gesunden **Geschlechtsidentität**
- Vermittlung der **Freude** an Bewegung und Entspannung

Fazit: Erfolgreiche Präventionsprogramme

- richten sich an **spezifische Risikogruppen** (selektiv) und sind nicht universell (Giesskannen-Prinzip wie z.B. Plakatkampagnen)
- sind **interaktiv** im Gegensatz zu didaktisch
- beinhalten **wenig Psycho-Edukation** im Bezug auf Essverhalten und Bewegung
- werden von geschulten **Fachleuten** durchgeführt
- finden eingebettet und **komprensiv** statt und nicht einmalig und isoliert
- beinhalten **Medienerziehung** (media literacy)
- arbeiten mit der **Dissonanz-Induktion**
- beinhalten **körpertherapeutische** Elemente, die bessere Akzeptanz des eigenen Körpers zum Ziel haben



Fachstelle PEP

- PEP ist eine Fachstelle zur Prävention und Früherkennung von Essverhaltensstörungen, Adipositas, Fitness- und Muskelsucht.
- PEP bietet ausserklinische Beratung für Betroffene und deren Umfeld an und vermittelt Therapiemöglichkeiten → Beratungsleitfaden für Erstgespräche
- PEP leistet Vernetzungs- und Öffentlichkeitsarbeit zu den genannten Themenbereichen.
- PEP entwickelt und multipliziert gesundheitsfördernde Angebote zu positivem Körper- und Selbstbild, ausgewogenem Essverhalten, emotionaler Kompetenz und Resilienz. Alle Angebote sind alters- und fachspezifisch auf die Zielgruppe zugeschnitten und evaluiert.

PEP Informationsveranstaltungen zu Essverhaltensstörungen

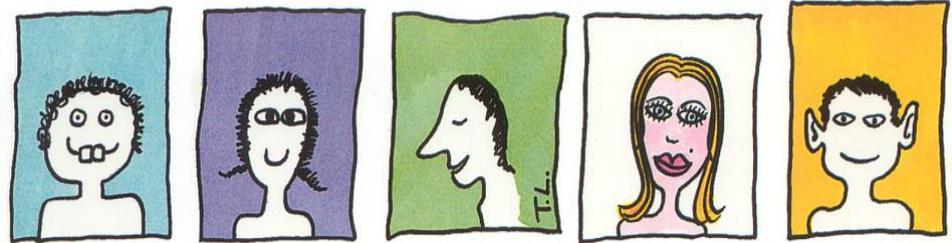
- Informations-, Sensibilisierungs- und Präventionsveranstaltungen, sowie Beratung für folgende Zielgruppen:
 - Lehrpersonen und Schulleitungen
 - Eltern
 - Lernende an Berufsschulen und weiterführenden Schulen
 - Studierende an Universitäten und Fachhochschulen
 - Sportvereine, Jugendgruppen, kirchlicher Unterricht
 - weitere Interessierte
 - Interventionen in Krisensituationen (z.B. Klassen mit Betroffenen)
 - Gruppe für Eltern, PartnerInnen und Angehörige von Betroffenen

Bodytalk PEP

- Workshop von 1.5 - 2 Stunden für 12-20 jährige Jugendlichen, deren Bezugspersonen wie auch Erwachsene.
- Fokus auf Akzeptanz von und den Respekt vor Unterschiedlichkeit und Vielfalt von Menschen und deren Körpern.
- Anregungen, Normen und Werte im Zusammenhang mit Schönheits- und Leistungsidealen zu hinterfragen.
- Stärkung der Eigenwahrnehmung und des Selbstwertgefühls, Förderung emotionaler Kompetenzen, Resilienz, Flexibilität und achtsamer Körperwahrnehmung hin zu einem positiven Körperbild.
- Zusammenhang zwischen Ess- und Bewegungsverhalten mit unserem Körperbild und unseren Gefühlen
- Fachwissen, Materialien und Weiterbildungen für Lehrpersonen und Bezugspersonen der Zielgruppe .
- Elternanlässe sowie Anlässe für weitere Erwachsenenengruppen im Rahmen der Aktivitäten und Inhalte von Bodytalk PEP.

Muskel- und Fitnesssucht: Essstörungen und Sport

- Erfassen psychischer Auffälligkeiten (Körperschema-Störungen, Gewichtsphobie, Zwänge, Hyperaktivität etc.)
- Thematisierung z.B. der Anorexia athletica
- Gewichts-Kontrollen, Hormonstatus, Elektrolyte
- Leistungskurve, Ermüdung, Verletzungen (Frakturen!)
- Trainings- und Ernährungsberatung (unabhängig!)
- Adäquate Nährstoff- und Energiezufuhr beachten (Wachstum, Krankheit, Verletzungen!)
- Medikamentenmissbrauch thematisieren: Laxantien, Amphetamine/Anorektika, Hormone etc.
- Frauen- und Sportlerinnenbild hinterfragen
- Leben «ausserhalb» und nach der sportlichen Karriere



NO BODY IS PERFECT