

Essstörungen nach ICD-10: F50

- F50 Essstörungen;
- F50.0 Anorexia nervosa;
- F50.1 atypische Anorexia nervosa;
- F50.2 Bulimia nervosa;
- F50.3 atypische Bulimia nervosa;
- F50.4 Essattacken bei sonst. psych. Störungen;
- F50.5 Erbrechen bei sonst. psych. Störungen;
- F50.8 sonstige Essstörungen;
- F50.9 nicht näher bezeichnete Essstörungen;



© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

ICD-10: Anorexia nervosa F50.0



- Tatsächliches **Körpergewicht** mindestens 15 % unter dem erwarteten Gewicht oder Quetelets-Index von 17,5 oder weniger.
- Selbst **herbeigeführtes Gewichtsverlust** durch a) Vermeidung von hochkalorische Speisen sowie mindestens, b) selbstinduziertem Erbrechen, c) selbstinduziertem Abführen, d) übertriebener körperlicher Aktivität &/oder e) Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika.
- **Körperschemata-Störung**: Eigene Gewichtsschwelle wird sehr niedrig angelegt - überwertige Angst, dick zu werden.
- **Endokrine Störungen**: Hypothalamus-Hypophysen-Gonadachse (Amenorrhoe (Ausnahme: persistierende Blutungen bei Kontrazeptionsgabe), Männer: Libido-&Potenzverlust, erhöhte Wachstums- & Cortisolspiegel, Änderungen des Schilddrüsenhormonmetabolismus und der Insulinsekretion können vorliegen).
- **Beginn der Erkrankung vor Pubertät**: körperliche Entwicklung verzögert/gehemmt (primäre Amenorrhoe, Wachstumsstop).

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

ICD-10: atypische Anorexia nervosa – F50.1



- Diese Diagnose soll für Patientinnen verwendet werden, bei denen ein oder mehr Kernmerkmale der Anorexia nervosa (F50.0), z.B. Amenorrhoe oder signifikanter Gewichtsverlust fehlen, bei ansonsten ziemlich typischen klinischen Bild. Solche Patientinnen werden gewöhnlich in psychiatrischen Liaisondiensten in Allgemeinkrankenhäusern oder in der Primärversorgung angetroffen. Patientinnen, die alle Kernsymptome in einer leichten Ausprägung aufweisen, werden ebenfalls am besten mit dieser Diagnose beschrieben. Diese Kategorie ist nicht für anorexieähnliche Essstörungen zu verwenden, die auf einer bekannten körperlichen Krankheit beruhen.

(Die Stellung dieser Diagnose wird eher nicht empfohlen!)

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

ICD-10: Bulimia nervosa F50.2



- Eine **andauernde Beschäftigung mit Essen**, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Essattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- Die Patientin versucht die **dickmachenden Effekt der Nahrung** durch verschiedene Verhaltensweisen **entgegenzusteuern**: selbstinduziertes Erbrechen, Missbrauch von Abführmitteln, zeitweilige Hungerperioden, Gebrauch von Appetitzüglern, Schilddrüsenpräparate oder Diuretika. (Bei Diabetikerinnen → Vernachlässigung der Insulinbehandlung).
- Wesentlicher psychopathologische Auffälligkeit: **krankhafte Furcht, dick zu werden**; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, deutlich unter dem präorbiden, vom Arzt als „optimal“ oder „gesund“ betrachteten Gewicht. Häufig lässt sich in der Vorgeschichte mit einem Intervall von einigen Monaten bis zu mehreren Jahren eine Episode einer Anorexie nachweisen, die voll ausgeprägt oder eine verdeckte Form mit mäßigem Gewichtsverlust oder vorübergehende Amenorrhoe war.

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

ICD-10: atypische Bulimia nervosa – F50.3



- Diese Diagnose soll für Patientinnen verwendet werden, bei denen ein oder mehr Kernmerkmale der Bulimia nervosa (F50.2) fehlen, bei ansonsten recht typischem klinischen Bild. Meist trifft dies auf Patientinnen mit Normalgewicht oder auch Übergewicht zu, die typische Perioden von Essattacken mit anschließendem Erbrechen und Abführen aufweisen. Partialsyndrome mit depressiven Symptomen sind ebenfalls häufig. Wenn die depressiven Symptome aber die Diagnose einer depressiven Störung rechtfertigen, sind zwei Diagnosen zu kodieren.

(Die Stellung dieser Diagnose wird eher nicht empfohlen!)

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

ICD-10: Essattacken bei sonst. psych. Störungen – F50.4



- Hier soll übermäßiges Essen kodiert werden, das eine Reaktion auf belastende Ereignisse ist und zu Übergewicht geführt hat. Trauerfälle, Unfälle, Operationen und emotional belastende Ereignisse können von einem „reaktiven Übergewicht“ gefolgt sein, insbesondere bei zur Gewichtszunahme disponierten Personen.
- Übergewicht als Ursache seelischer Belastung soll nicht hier klassifiziert werden. Übergewicht kann zu einer erhöhten Sensibilität bezogen auf das eigene Erscheinungsbild und zu einem Mangel an Selbstvertrauen in Beziehungen führen. Die subjektive Einschätzung der Körpermasse kann übersteigert sein. Übergewicht als Ursache einer psychischen Störung ist unter F38 (sonst. affektive Störungen), F41.2 (Angst und depressive Störungen, gemischt) oder F48.9 (nicht näher bezeichnete neurotische Störung) zusammen mit einer Kodierung aus E66 der ICD-10 zu klassifizieren, die den Typus des Übergewichts bezeichnet (Durch Medikamente bedingtes Übergewicht → E66.1;)
- Übergewicht kann eine Motivation für Fasten (oder Diät) darstellen, was wiederum zu affektiven Symptomen geringfügigen Schweregrades führen kann (Angst, Ruhelosigkeit, Fasten-Depression...).

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

ICD-10: Erbrechen bei sonst. psych. Störungen – F50.5

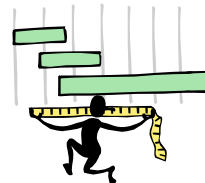


Außer dem selbstinduzierten Erbrechen bei der Bulimia nervosa kann wiederholtes Erbrechen bei folgenden Störungen auftreten:

- Dissoziative Störung (F44)
- Hypochondrische Störungen (F45.2); Erbrechen kann eines von mehreren körperlichen Symptomen sein.
- In der Schwangerschaft können emotionale Faktoren zu wiederholter Übelkeit und Erbrechen führen.

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Quetelet-Index (QI)



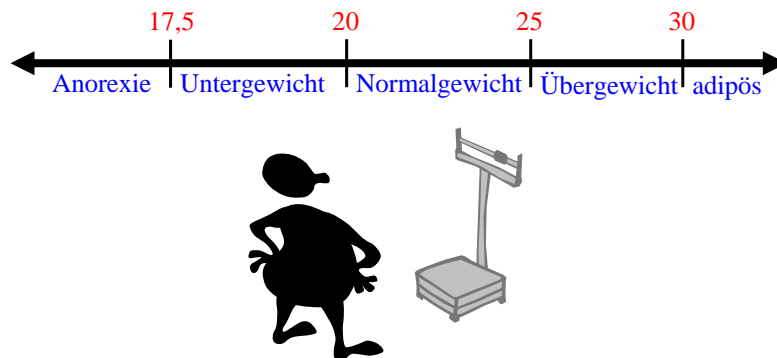
- Auch als „Body-Mass-Index“ (BMI) bezeichnet:

**Körpergewicht geteilt durch
Körpergröße im Quadrat**
(Kilogramm/Meter im Quadrat)

- Beispiel: 70 kg, 170 cm: BMI 24,2

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Quetelet-Index (QI) bzw. BMI



© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Komplikationen bei Essstörungen

(Ebert & Loew, 2001)



Unabhängig von der Komorbidität (* = primär bei Bulimie):

- **Klinik:** Amenorrhoe (primär und sekundär), Infertilität, sexuelle Entwicklung verzögert, Libidoverminderung, erektile Dysfunktion, Kälteempfindlichkeit, Hypothermie; Obstipation, Gastritis*, Ösophagitis*, Pankreatitis*, Hypotonie, Bradykardie, Akrozyanose; Lanugo-Behaarung, Haarausfall, Petechien, Xantodermie, trockene Haut, Dehydratation*; Parotiserweiterung*, Zahnerosion*, Karies*; Ödeme, Muskelatrophie, Wachstumsverzögerung; kognitive Störungen, affektive Veränderungen;
- **Labor und apparative Zusatzdiagnostik:** Gonadotropine, Östrogene, Testosteron erniedrigt; Wachstumshormon, Kortisol erhöht, Verlust der Tageschwankungen; abnormer Dexamethason-Suppressionstest; T3-Spiegel erniedrigt bzw. erhöht, beeinträchtigte TRH-Reaktion; abnormaler Glukose-Toleranz-Tst; Hypokaliämie*, Hypochlorämie*, Alkalose*; Neutropenie mit Lymphozytose, Anämie, Hypovitaminose; erhöhte Transaminasen; erhöhtes Serumcholesterol; erhöhter Harnstoff*, erhöhte Amylase*; EKG: Arrhythmie, QT-Verlängerung (gefährliches Zeichen); verminderte Knochendichte, CCT, NMR: Ventrikelerweiterung, verminderte weiße und graue Substanz;

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Hirnveränderungen bei Magersucht - Grund oder Folge der Essstörung?

BOCHUM (eb). Frauen mit Magersucht (Anorexia nervosa) weisen eine deutlich reduzierte Dichte grauer Zellen in bestimmten Bereichen des Gehirns auf, die mit der Verarbeitung von Körperbildern zu tun haben. Zu diesem Ergebnis kommen Bochumer Forscher nach Untersuchungen betroffener und gesunder Frauen im Kernspintomografen.

Die Auffälligkeiten im Gehirn könnten die gestörte Wahrnehmung des eigenen Körpers bei Frauen mit Essstörungen erklären: Patientinnen nehmen sich selbst als dick wahr, obwohl sie objektiv untergewichtig sind - ein aufrechterhaltender Faktor für die Essstörung (Behavioural Brain Research 206, 2010, 63).

Die Forscher untersuchten für ihre Studie 15 magersüchtige und 15 gesunde Frauen ähnlichen Alters. Die Probandinnen absolvierten zunächst eine Aufgabe am Computer, bei der sie ihre eigene Figur einer von mehreren unterschiedlich schlanken Silhouetten zuordnen mussten, von der sie annahmen, dass sie der eigenen Figur am nächsten kam. Außerdem wurde dieselbe Aufgabe je zehn unabhängigen weiblichen Testpersonen gestellt, die die Fotos der Versuchsteilnehmerinnen der passenden Silhouette zuordnen sollten.


Die Ergebnisse dieses Experimentes belegen die verfälschte Selbstwahrnehmung der Patientinnen mit Magersucht: Während sich die gesunden Kontrollpersonen tendenziell schlanker einschätzten als sie von den unabhängigen Bewerterinnen geschätzt wurden, ordneten sich die Patientinnen korpulenteren Silhouetten zu.

Auffälligkeiten in zwei Gehirnregionen

Dann folgte die Untersuchung im Kernspintomografen. Hier wurden hoch auflösende Bilder der Gehirne der Teilnehmerinnen erstellt. Diese wurden dann in verschiedenen Analyseschritten in die Bereiche graue Substanz, weiße Substanz und Liquor (Gehirnflüssigkeit) unterteilt und im Anschluss auf Unterschiede in der Dichte der grauen Substanz untersucht. Da die Patientinnen durch ihre Krankheit ein geringeres Körpergewicht und einen geringeren Body-Mass-Index aufwiesen als die Kontrollpersonen, war auch das gesamte Volumen des Gehirns verringert.

In zwei Regionen des Gehirns fielen besonders starke Verringerungen der grauen Zellen auf: Die eine Region wurde vor einigen Jahren als diejenige identifiziert, die vorrangig für die visuelle Verarbeitung von menschlichen Körpern zuständig ist (Extrastriate Body Area, EBA). Die zweite Region mit verminderter Dichte grauer Substanz befand sich im oberen, hinteren Teil des Schläfenlappens. Auch diese Gehirnregion wird mit der Verarbeitung von Körperbildern in Verbindung gebracht.

"Diese Ergebnisse könnten eine Erklärung für das gestörte Körperbild von Anorexie-Patienten sein", so Privatdozent Dr. Boris Suchan von der Ruhr-Uni Bochum. Einige offene Fragen bleiben dennoch zu klären: "Ob es sich bei den Auffälligkeiten des Gehirns um eine Prädisposition handelt, die die Entstehung einer Essstörung begünstigt, oder um Veränderungen, die erst durch die Krankheit auftreten, müssen weitere Studien zeigen."




Frauen mit Magersucht nehmen sich selbst als dick wahr, obwohl sie objektiv untergewichtig sind.
Foto: AlienCat@www.fotolia.de

Ärzte Zeitung
Online – 05.01.10

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Auftreten & Verlauf bei Anorexia nervosa (Schüßler`95)



- **95 % sind Frauen**, die während der Pubertät erstmals auffällig werden.
- Während der Adoleszenz erkranken etwa **1 % der Frauen**. Die Anorexia nervosa findet sich in allen westlichen Ländern, gehäuft in sozial höheren Sichten. Genetische Einflüsse scheinen eine Rolle zu spielen.
- **Prognose des Spontanverlaufes** ist schlecht, die Mortalität beträgt bis zu 15 % annähernd bleibt 1/3 der Patienten bei chronischem Verlauf anorektisch, 1/3 entwickelt eine andere seelische Erkrankung und nur 20 - 30 % zeigen eine Besserung bis hin zum Verschwinden von seelischen & sonstigen Störungen

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Häufige Befunde bei Anorexia nervosa



- Vermutlich keine Krankheitseinheit, sondern bestehend aus Untergruppen mit verschiedener klinischer Ausprägung (==> häufige Befunde):
- **Prämorbid Persönlichkeit:** überdurchschnittlich intelligente Mädchen, die vor Krankheitsbeginn als distanziert, schüchtern, ängstlich oder angepasst beschrieben werden.
- **Psychische Störungen:** depressive & Zwangssymptome; Ausprägung psychopathologischer Störungen variiert erheblich, ebenso die Reife der Charakterstruktur & Ich-Funktionen.
- **Nicht immer liegen pathogene unbewusste Konflikte dem Krankheitsgeschehen zugrunde:** In einigen Fällen findet sich ein Circulus vitiosus mit Fasten, Hunger, Selbstkontrolle - Hunger usw.

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

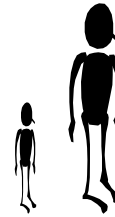
Wesentliche Konfliktkonstellationen bei Anorexie



- **Abwehr der weiblichen Identität:** Die Übernahme der weiblichen Rolle & Sexualität wird durch die Magersucht verhindert. Im Kampf gegen das Essen wird die bedrohliche Sexualität ferngehalten.
- **Kampf um Autonomie:** Hunger & Fasten sind als asketische Leistung Dokument für die eigene Unabhängigkeit & Selbstkontrolle. Diese Triebkontrolle geht einher mit narzißtischen Hochgefühlen, und jedes Hilfsangebot wird zur Gefahr, diese Vollkommenheit zu verlieren.
- **Abwehr des Essens als Kampf gegen Verschmelzungs- oder Trennungswünsche:** Annäherungen und Kontakte führen zu Ängsten bei gleichzeitigen unbewussten starken Wünschen nach nahen & engen Beziehungen.

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Familiäre Struktur bei Anorexia nervosa



- Meist erhebliche Spannungen zwischen der Patientin & den übrigen Familienmitgliedern, aber auch Spannungen der Familienmitglieder untereinander; diese Beziehungsmuster sind jedoch nicht nur Krankheitsfolge, sondern gehen der Erkrankung meist voraus. Familientherapeuten haben als Besonderheiten beschreiben: Konfliktvermeidung, mangelnde Konfliktbegrenzung, Verstrickung, Starrheit & Intoleranz gegenüber Veränderungen sowie mangelnde Abgrenzung der Generationen.
- Auslösende Situationen: reale oder phantasierte Trennung von den Eltern & erotische / sexuelle Versuchungssituationen.

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Therapieformen bei Essstörungen (Krüger et al., 2001)



- Die meisten empirischen Untersuchungen liegen über kognitive Verhaltenstherapie vor;
- Viele Kasuistiken existieren für: tiefenpsychologische, psychoanalytische und familientherapeutische Behandlungen, Suchttherapien, frauenspezifische Therapien, körpertherapeutische Ansätze und Selbsthilfe-Gruppen;
- Neben ambulanten Therapien, kommen noch stationäre, tagesklinische Behandlungen und therapeutische Wohngemeinschaften zum Tragen.
- Folgende allgemeine Elemente werden bei der Behandlung von Anorexie und Bulimie verwendet: Bildung und Aufrechterhaltung eines therapeutischen Arbeitsbündnisses, die koordinierte Versorgung in Zusammenarbeit mit anderen Klinikern, die Einschätzung und Kontrolle der Essstörungssymptome und des entsprechenden Verhaltens der Patientinnen, die Einschätzung und Kontrolle des körperlichen Zustands und des psychiatrischen Status der Patientinnen, eine Einschätzung der Familienbeziehungen und die Bereitschaft einer angemessenen Behandlung.

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Therapie von Essstörungen Indikationsentscheidungen

(Krüger et al., 2001)



Bei der Erstellung des Therapieplans sollten folgende Faktoren bedacht werden:

- Medizinische Komplikationen und das Ausmaß an Untergewicht;
- Suizidalität;
- Motivation zur Genesung wie Kooperation, Einsicht, Kontrolle über Zwangsgedanken;
- Komorbidität wie Sucht, Depression oder Angst;
- Notwendigkeit, das Essverhalten oder die Gewichtszunahme zu strukturieren;
- Fähigkeit der Patientin, für sich zu sorgen und körperliche Aktivitäten zu kontrollieren;
- Abführmittel- und Diuretikaabusus;
- Umgebungsstressoren;
- Verfügbarkeit von Behandlungen und Wohnsituation;

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Therapie von Essstörungen Anorexia nervosa

(Krüger et al., 2001)



Therapie sollte aus folgenden Elementen bestehen (APA-Leitlinien):

- Wiederherstellen eines gesunden Gewichts mit Normalisierung von Zyklus, Wachstum und hormonellen Befunden;
- Behandlung der medizinischen Komplikationen;
- Steigerung der Motivation und Kooperation in der Behandlung;
- Anleitung bezüglich der Ernährung und Normalisierung des Essverhaltens;
- Korrektur der maladaptiven Gedanken, Einstellungen und Gefühle in Bezug auf das Essverhalten;
- Behandlung der psychiatrischen Störungen wie Stimmungsregulation, Selbstwertgefühl und Verhalten;
- Unterstützung, Beratung und Therapie der Familie;
- Rückfallprophylaxe;

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Therapie von Essstörungen Bulimia nervosa

(Krüger et al., 2001)



Therapie sollte aus folgenden Elementen bestehen (APA-Leitlinien):

- Ernährungsberatung und Stabilisierung des Essverhaltens;
- Psychosoziale Interventionen, die die Entwicklungs- und Identitätsprobleme, Probleme mit dem Körperbild, die Affektregulierung, Familienkonflikte und andere relevante Faktoren bearbeiten;
- Familientherapie bei jüngeren Patientinnen, die noch im Elternhaus leben sowie für Patientinnen mit andauernden Auseinandersetzungen mit den Eltern, Paartherapie bei Patientinnen mit Eheproblemen;
- Antidepressive Medikation hat sich insbesondere bei Behandlungsbeginn oft als eine sinnvolle Behandlungskomponente erwiesen;
- Die meisten Patientinnen mit einer unkomplizierten Bulimie brauchen keine stationäre Behandlung;

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de

Therapie von Essstörungen Stationäre Behandlung

(Krüger et al., 2001)



Stationäre Therapie kann notwendig sein bei:

- Schwere, einschränkende Symptome, die nicht auf ambulante Therapie angesprochen haben;
- Schwere gleichzeitigen medizinischen Problemen;
- Psychiatrischen Begleiterkrankungen unabhängig von der Essstörung;
- Suizidalität;
- Schwerem gleichzeitigem Alkohol- oder Drogenabusus;
- Unterstützung, Beratung und Therapie der Familie;
- Faustregel: → stationäre Behandlung bei < 30 % des erwarteten Gewichts;

© 2006: PD Dr. Karin Tritt, Grafinger Ring 36, 85293 Reichertshausen, Tel.: +49 8441 78 42 62, Fax +49 8441 78 42 61, karin@tritt.de