

Sie tragen schwer an ihrer Leichtigkeit

-

die anorektische Patientin  
in der pädiatrischen Praxis

*Dr. med. Ch. Wüthrich  
Kinder- und Jugendpsychiatrie  
Kinderklinik Bern  
christian.wuethrich@insel.ch*

# Die anorektische Jugendliche in der hausärztlichen Praxis

---

## Inhalt:

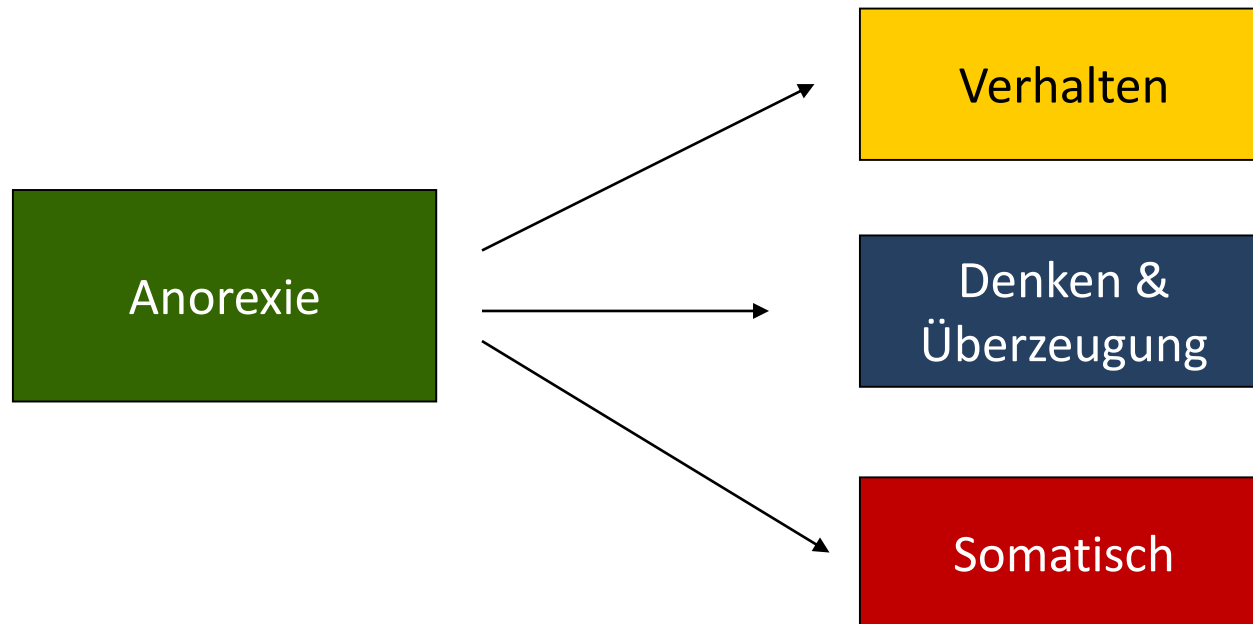
1. Diagnose stellen
2. Diagnose eröffnen
3. Management der anorektischen Patienten in der Praxis
4. Schwierigkeiten und mögliche Fehlerquellen im Management von Anorektiker\_innen

*Das Krankheitsbild*

# Anorexie

---

Anorexie wird sichtbar durch körperliche Symptome, spezifische Verhaltensweisen und typische Denkmuster und Überzeugungen



# Anorexie: Somatische Befunde

Primär

selbstinduzierte Gewichtsabnahme



Sparschaltung des Körpers

Sekundär

somatische Komplikationen als Folge der Unter- und Fehlernährung

**Allgemein**, zB

- Trockene Haut
- Obstipation
- Dehydratation
- Hypothermie
- Pseudoatrophie des Gehirns

**Kardiovaskulär**, zB

- Hypotonie
- Bradycardie
- Acrocyanose

**Endokrinologisch**, zB

- sekundäre Amenorrhoe (FSH, LH und Östradiol ↓)
- Low T3-Syndrom (T3↓, T4/ TSH normal)

## Anorexie: Somatische Befunde

---

- Die meisten körperlichen Folgesymptome sind
  - > Folge des Hungerzustandes
  - > im Falle einer Gewichtsrestitution reversibel (offene Fragen: Normalisierung der Knochenstruktur?)
- Anorexie *vor* der Pubertät: Pubertät kann verzögert eintreten, langsamer verlaufen oder zum Stillstand kommen, ev. mit Wachstumsverzögerung (nach längere Periode der Anorexie wird Zielgrösse **nicht** erreicht)

## Was zu beachten ist

---

- Anfänglich finden sich neben einer deutlichen Gewichtsabnahme nur wenige körperliche Veränderungen oder Laborveränderungen, welche auf eine Anorexie hinweisen
- sind die Betroffene zu Beginn der Erkrankung eher übergewichtig, liegt das Gewicht während der ersten Wochen und Monate meist noch im Normbereich
- Die Patientinnen melden sich häufig mit unspezifischen Symptomen in der Praxis (Müdigkeit, Schwindel, Amenorrhoe)

→ an Essstörung denken !

Wann sollte auch an eine Anorexie gedacht werden?

Essgestörte Patientinnen suchen 4-5x häufiger den Hausarzt auf, ohne aber ihr zentrales Problem zu thematisieren!

1. Unerklärte Gewichtsabnahme
2. Sekundäre Amenorrhoe
3. Beschränkung auf ‚gesunde Nahrungsmittel‘
4. Vermeidung oder Verweigerung von Mahlzeiten
5. häufiges Wägen
6. sozialer Rückzug, Verlust von Freunden
7. zunehmende Leistungsorientierung (Schulnoten, Hausaufgaben)
8. zwanghaftes Verhalten (Ordnen, Hausaufgaben, Schrift etc.)
9. Risikogruppen (zB. *Models, Ballettausbildung, Kunstturnerinnen*)



→ eine körperliche Untersuchung und Laboruntersuchungen bringen einen zu Beginn eine Essstörung *diagnostisch* oft nicht sehr weit

# Essen und Essverhalten von anorektischer Jugendlicher

---

## 1. Ungewöhnlicher *Umgang mit Nahrungsmitteln*, zB

- meidet bestimmte Nahrungsmittel (hochkalorische, fettige)
- isst sehr selektiv (nur ‚gesundes‘ wie Gemüse, Salat, Obst, Magermilch)
- Konstrukt vom ‚guten und bösen Essen‘

## 2. Spezielles *Essverhalten*, zB

- meidet gemeinsame Essen mit anderen/in der Öffentlichkeit
- kocht für andere, ohne selber zu essen
- Einschränkung der Kalorienzahl (bis auf 100-200kcal/tgl)
- Versucht in Bezug auf das Essen zu verhandeln

## 3. Zwanghafte *Essrituale*, zB

- extremes Zerkleinern der Nahrung
- sehr langsames essen und langes kauen

## Anorexie: Denken und Überzeugungen

---

1. unerschütterliche Überzeugung, zu dick oder ‚fett‘ zu sein, auch wenn sie objektiv bereits beängstigend dünn sind (*Körperschemastörung*)
2. gedankliches Fixieren auf Nahrungsaufnahme, Kalorien, Gewicht
3. Unbezwingbarer Dran abzunehmen, mit welchen Mitteln auch immer
4. panische Angst vor Gewichtszunahme, welche durch Gewichtsverlust nicht gemindert wird
5. irrationale Vorstellungen, dass gering(st)e Nahrungsmengen bereits eine unkontrollierte Gewichtszunahme bedeuten würde
6. verleugnen des bedrohlichen körperlichen Zustandes (*fehlende Krankheitseinsicht*)

## Anorexie: Verhalten

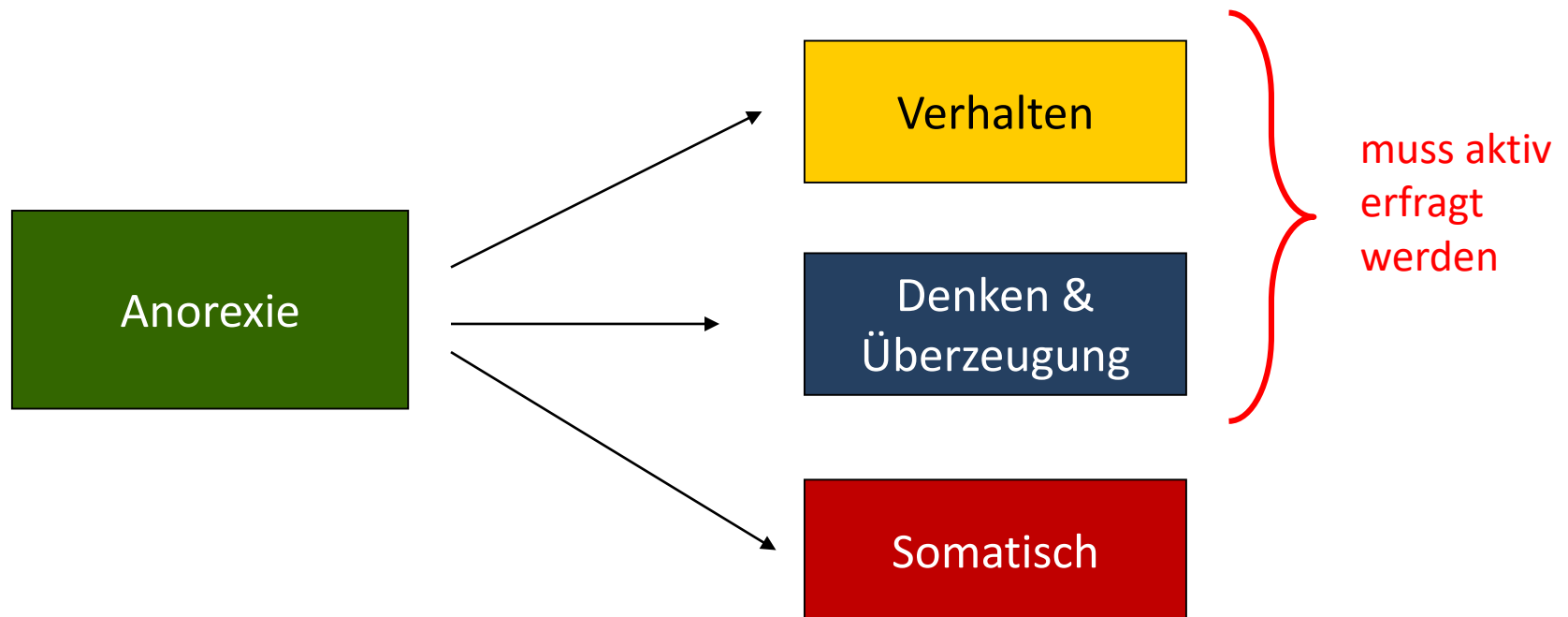
---

1. auffälliges Essverhalten
2. Unbezwingbarer Drang, abzunehmen (restriktive Diäten, übermäßige sportliche Aktivität selbstinduziertes Erbrechen, Gebrauch von Laxantien)
3. Unstillbarer Bewegungsdrang (kann willentlich kaum beeinflusst werden)
4. Verleugnung des Untergewichts und der damit einhergehenden körperlichen Gefahren
5. Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug
6. wirkt ernst, freudlos und reagiert auf Belastungen sehr empfindlich

# Anorexie

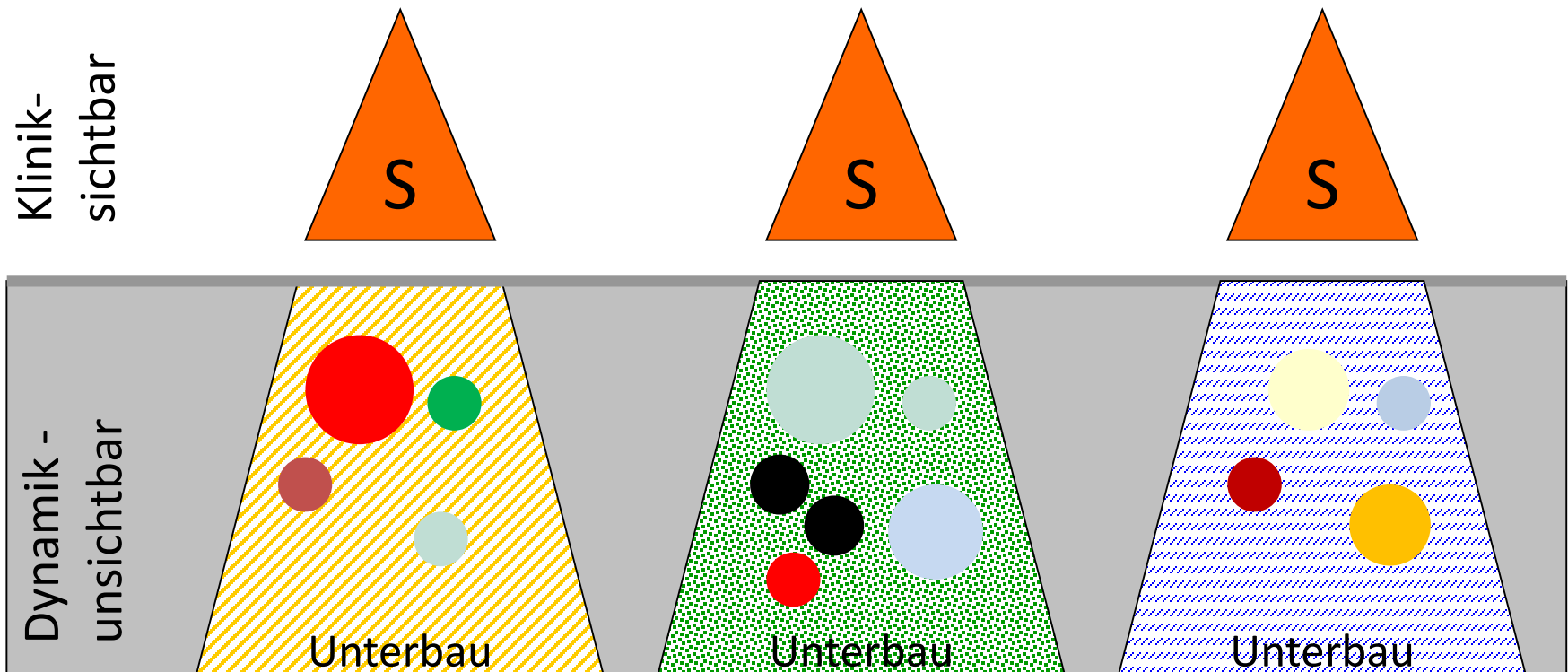
---

Anorexie wird sichtbar durch körperliche Symptome, spezifische Verhaltensweisen und typische Denkmuster und Überzeugungen

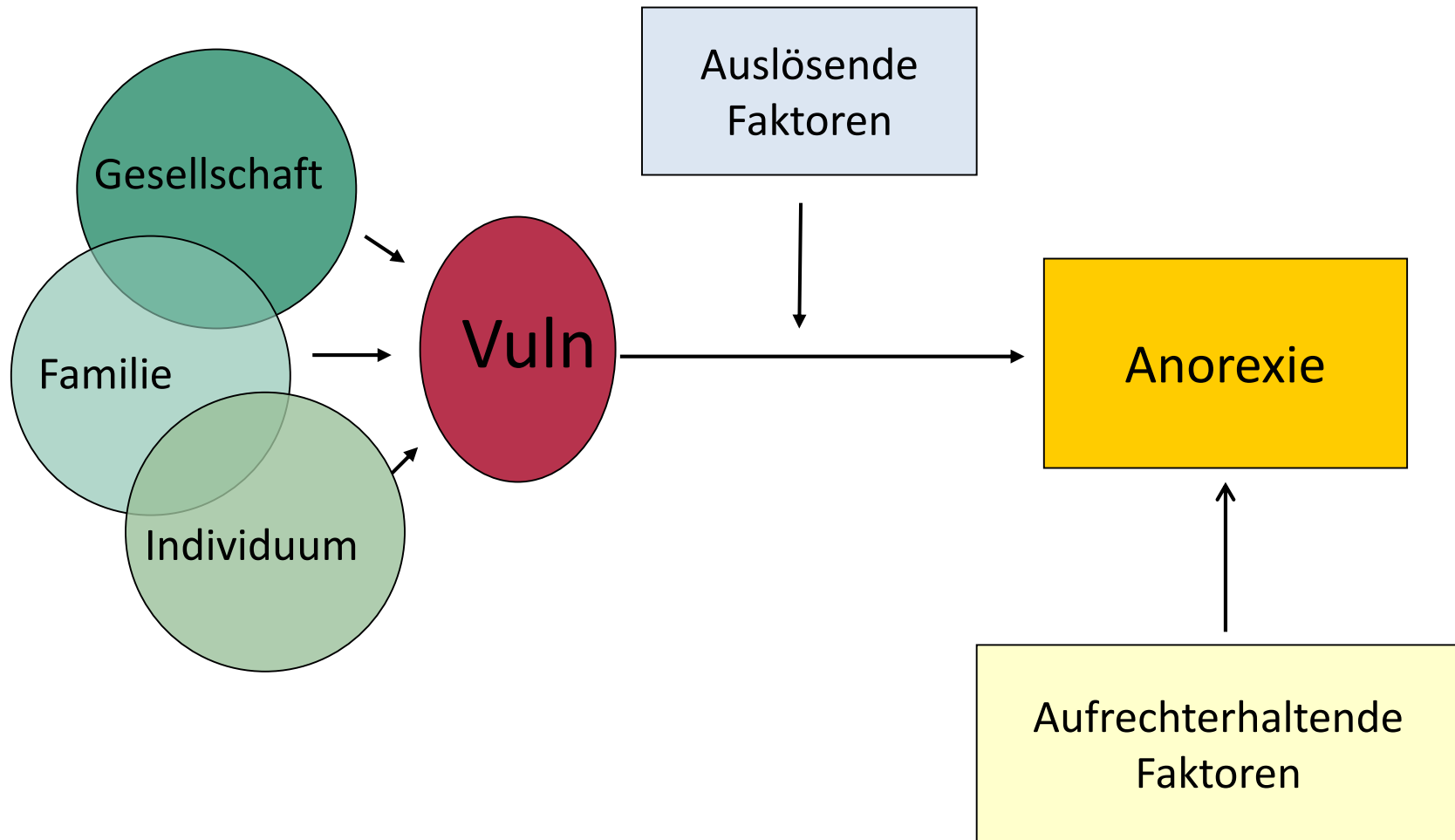


## *Das Krankheitsverständnis*

Die Klinik der Anorexie präsentiert sich recht einheitlich, die individuelle und familiäre Dynamik jedoch ist komplex und jeweils einzigartig



# Ätiologie der Anorexie – ein Modell





## Krankheitsverständnis: Die Familie

---

Die Familie ist nicht *Ursache* der Erkrankung, sie schafft aber einen geeigneten *Nährboden*, auf welcher sich eine Anorexie entwickeln *kann*

Welche familiären Faktoren finden sich gehäuft?

- > Äusserlich intakte, harmonische Familie, die aber über keine bewährte Streit- und Konfliktkultur verfügt
- > starker Zusammenhalt der Familie mit wenig Unterstützung, anders zu sein als die anderen in der Familie. Beginnende Loslösung des Kindes vom Elternhaus wird als bedrohlich erlebt
- > rigide Regeln im Zusammenleben mit wenig Möglichkeiten, auf neue Situationen angemessen zu reagieren und Probleme angemessen zu begegnen
- > Normen der Familie asketisch mit starker Betonung der Leistung als Grund für Wertschätzung

→ **Verzicht auf echte Autonomie**, d.h. fehlende **Selbständigkeit** und **Selbstverantwortung**

## Krankheitsverständnis: Die Jugendliche

Jugendliche mit einer Anorexie leben in zwei Welten und mit einer gespaltenen Persönlichkeit

<b>AUSSEN</b> Gut funktionierend	<b>INNEN</b> Inneres Chaos, eigene Welt
<ul style="list-style-type: none"><li>• angepasst</li><li>• leistungsorientiert</li><li>• intelligent</li><li>• verbal kompetent</li><li>• schulisch erfolgreich</li></ul>	<ul style="list-style-type: none"><li>• selbstunsicher, Gefühl der Unzulänglichkeit</li><li>• (unrealistisch) hohe Erwartungen an sich selber in versch. Bereichen (zB Schulleistungen, Figur)</li><li>• eigene Gefühle, Wünsche und Bedürfnisse werden schlecht/kaum wahrgenommen</li><li>• Perfektionismus; Alles oder Nichts Denken</li><li>• hohes Kontrollbedürfnis</li><li>• Fixierung auf Eltern (pos. oder neg.)</li></ul>

## Krankheitsverständnis: **Gesellschaftliche Faktoren**

---

Gesellschaftliche Faktoren und Medien haben Voraussetzungen geschaffen, welche die Entwicklung von Essstörungen begünstigen

- > **Nahrungsüberfluss** (Industrienationen; keine Anorexie in Entwicklungsländern)
  
- > **heutiges Schönheitsideal** = extremes Schlankheitsideal
  - Schlank = attraktiv, erfolgreich, sexy
  - Medien (zB Bild von Models)
  
- > Die Unzufriedenheit mit dem eigenen Körper/Figur kann zur Durchführung gezügeltes Essverhalten/Diäten führen = kausaler Faktor für die Entwicklung einer Essstörung

## Auslösende Faktoren

---

- **Pubertät** mit körperlichen Veränderungen, Beschäftigung mit Sexualität und Ablösung, erste Autonomieerfahrungen
- **neue Anforderungen** (Schule; Beruf)
- **Kritische Bemerkungen über Figur und Gewicht** (zB Vater, Mutter, Lehrer, Kolleg\_innen u.a.m.)
- **Diäthalten** („Wettbewerb“ in der Schule)
- **Krankheiten** (zB nach einer Gastroenteritis)
- **Trennungserlebnisse** (zB Scheidung der Eltern; enttäuschte Gefühle, Umzug, Schulwechsel)
- **Trauma**
- .....
- .....

## Aufrechterhaltende Faktoren

---

- Gezügeltes Essverhalten
- Dysfunktionale Stressverarbeitung
- Familiäre Interaktion
- Selbstaufwertung durch Schlankheit
- Gefühl der Kontrolle
- Ausweichen von sozialen Anforderungen
- Zuwendung/Aufmerksamkeit durch Krankheit
- somatische Faktoren (zB Völlegefühl; Bewegungsdrang)
- .....

## Krankheitsverständnis: Die ‚Lösung‘

---

Nicht-Essen ist für die anorektische Patientin eine (vermeintliche) **Lösung**

- > mit dem Nicht-Essen zeigt die Patientin Stärke und Wille, sie wird für ihrer Leistung bewundert (Schulkameraden; Familie) → das schwache Selbstwertgefühl wird angehoben
- > die (ängstigende) sexuelle Entwicklung kommt zum Stillstand, weil die Patientin ihren Körper beeinflussen und die Weiterentwicklung verzögern kann
- > die Patientin erreicht wenigsten in einem Bereich ihres chaotischen, zerrissenen Lebens Kontrolle (die Kontrolle des ‚guten‘ Geistes über den ‚bösen‘ Körper)
- > die Patientin erreicht über das Nicht-Essen eine gewisse Autonomie, ohne die familiären Beziehungen (anfänglich) zu gefährden

## Aus den 10 ‚pro-Ana‘ Geboten

*(pro-Ana ist Internetseite für Magersüchtige)*

- Du sollt unsichtbar werden und erfolgreich sein. Dafür musst du dünner werden. Dünn sein ist wichtiger als gesund sein
- Du sollt dünn sein. Bist du nicht dünn, so bist du nicht gut
- Du sollt nicht essen ohne dich schuldig zu fühlen. Alles damit du dünn bleibst
- Du sollst keine nahrhaften Dinge essen, ohne dich hinterher zu bestrafen
- Du sollt Kalorien zählen und deine Nahrungsmenge dementsprechend reduzieren
- Du sollt die Zahlen auf deiner Waage als das wichtigste in deinem Leben ehren
- Du sollst hungern, dünn sein und Sport bis zum Umfallen treiben. Das sind Zeichen wahrer Erfolge und Attraktivität

*Vorgehen in der Praxis*



## Vorgehen in der Praxis

---

1. Diagnose stellen
2. Diagnose eröffnen
3. Verbindliche Abmachungen treffen
4. Interdisziplinäre Behandlung der Anorexie

## Diagnose stellen

---

Zur Diagnostik sind *keine* aufwendigen technischen Untersuchungen nötig, sondern

- Kenntnis des Krankheitsbildes
- Spezifische Anamnese und spezifische Fragen zum (Ess)Verhalten
- Anamnese mit der Familie/Dritten
- körperliche Untersuchung und Labor

## Diagnosekriterien DSM-5 (F50.x)

---

- A. Eine in Relation zum Bedarf eingeschränkte Energieaufnahme, welche zu einem signifikant niedrigen Körpergewicht führt
- B. Ausgeprägte Angst vor Gewichtszunahme oder davor, dick zu werden oder dauerhaftes Verhalten, das einer Gewichtszunahme entgegenwirkt, trotz des signifikant niedrigen Gewichts
- C. Störung der Wahrnehmung der eigenen Figur oder des Körpergewichts, übertriebener Einfluss des Körpergewichts oder der Figur auf die Selbstbewertung oder anhaltende fehlende Einsicht in Bezug auf den Schweregrad des gegenwärtig geringen Körpergewichts

# Differentialdiagnose bei Anorexie

---

## A. **Medizinische Erkrankungen**, welche mit einem Gewichtsverlust einhergehen, wie zB

- Onkologische Erkrankung (Gehirntumor)
- Endokrinologische Erkrankung (Hyperthyreose, Diabetes)
- Chronisch entzündliche Darmerkrankung (Colitis ulcerosa, M. Crohn)
- Malabsorption (Zöliakie, Maldigestion)

## B. **Psychiatrisch Erkrankungen**

- Schizophrenie (Vergiftungswahn)
- Depression
- Zwangserkrankung

## Fragen zur Ernährung, Essverhalten, Gewicht

zB

- Bist du zufrieden mit deinem Aussehen ?
- Machst Du Dir Gedanken wegen Deiner Figur?
- Machst du Dir Sorgen wegen deines Gewichts?
- Was wäre dein Idealgewicht ?
- Welches Gewicht möchtest du unter keinen Umständen erreichen ?
- Gibt es ein Gewicht auf das Du abnehmen möchtest ?
- Beeinflusst dein Gewicht, wie du Dich fühlst?
- Wiegst Du Dich? Wie häufig?
  
- Triffst du eine Auswahl der Nahrungsmittel, die du isst?
- Gibt es Fastentage? Hältst du eine Diät ein?
- Was hast du gestern gegessen ?
- Denkst du viel über das Essen nach ?
- Zählst du die Kalorien, die du isst ?
- Machst du Sport? Was? Wie häufig ?

## EAT (Eating Attitudes Test, Garner (1982), Deutsche Fassung)

		<i>Immer</i>	<i>Sehr häufig</i>	<i>Häufig</i>	<i>Manchmal</i>	<i>Selten</i>	<i>Nie</i>
2.	Ich finde, dass mein Bauch zu gross ist						
5.	Ich denke daran, Gewicht abzunehmen						
9.	Ich habe grosse Angst zuzunehmen						
10.	Ich bin zufrieden mit meiner Figur						
11.	Ich messe dem Körpergewicht zu viel Bedeutung zu						
13.	Ich mag die Form meines Gesässes						
22.	Ich esse oder trinke heimlich						

Punktescore: > 30 Punkte: hohes Risiko

# Standardisierte Fragebogen zur Diagnosestellung

## A. Selbstbeurteilungsfragebogen:

- Einstellung zum Essen (zB EAT)
  - 40 Fragen, 6-stufige Skalierung, Punktwertung
- Körperwahrnehmung (zB KW)
  - 16 Fragen, 7-stufige Skalierung, Punktwertung
- Anorexie-Verhaltens-Skala (zB AVS)
  - 22 Fragen, ja-nein, Punktwertung

## B. Fremdbeurteilungsfragebogen:

- Fragebogen für Angehörige (zB FAPAN)
  - 30 Fragen, ja-nein, Punktwertung
- Einschätzen kindlichen Essverhaltens durch Eltern (ABOS; anorectic behavior observation scale)
  - 30 Items, nein, weiss nicht, ja, Punktwertung

## Warnsignale zur Früherkennung einer Anorexie

---

- nicht altersentsprechende Gewichtszunahme
- Gewichtsverlust, der unter weiter Kleidung versteckt wird
- Sorgen über das Körpergewicht trotz Normalgewicht
- es wird vermieden, mit der Familie zu essen, jedoch wird für die Familie gekocht, ohne selber zu essen
- Essen grosser Mengen Obst, aber keine kohlehydratreiche oder fettreiche Kost
- sehr langsames essen, die Nahrung wird in winzige Stücke geschnitten
- übermässiges Lernen
- extreme Aktivität (zB stundenlanges Joggen)
- häufiges Wägen

muss von Drittpersonen erfragt werden !



# Eingangsuntersuchung bei Anorexie (Kinderklinik Bern)

---

## Labor

- Leberwerte
- Nierenwerte
- Elektrolyte
- Calcium, Magnesium, Phosphat
- Albumin
- Glucose
- Schilddrüsenparameter
- BSR
- BB
- Urinstatus

## EKG

## Klinische Untersuchung

Körperliche und neurologische Untersuchung inkl. Blutdruck & Puls

## Bildgebung

MRI bei Unklarheit, aber nicht routinemässig

## Diagnoseeröffnen – Wesentliche Informationen an Patientin und Eltern

---

1. Ist eine der schwersten seelische Erkrankungen im Jugendalter
2. Es gibt keine AP, dass die Krankheit spontan heilt. Anorexie braucht deshalb eine Therapie
3. Die Therapie der Wahl ist eine Psychotherapie
4. Konzentration alleine auf das Essverhalten, das Gewicht und die Ernährung ist ungenügend und erfolglos
5. Der Verlauf ohne adäquate Psychotherapie kann schnell chronisch werden, mit bleibenden seelischen und körperlichen Schäden
6. Je schneller eine Psychotherapie beginnen kann, umso besser ist die Prognose
7. Die Psychotherapie soll unter Einbezug der Familie erfolgen. Eine alleinige Behandlung der erkrankten Jugendlichen ist meist nicht erfolgreich

*und wenn die Diagnose im Moment  
unsicher beliebt ....*

Die Diagnose konnte nicht sicher gestellt werden .....

---

- > Viele Jugendliche zeigen ein Essverhalten, welches leicht in eine Essstörung übergehen kann

bei Unklarheit über die Diagnose →

engmaschige Kontrollen (**alle 1-2 Wochen**) mit

1. Gewichtsbestimmung (in Unterwäsche!)
2. Gezielten Fragen nach Symptomen einer Essstörung (inkl. Eltern !)
3. auf das Einhalten der Termine bestehen

..... bis geklärt ist, ob sich eine signifikante Essstörung entwickelt oder ob es sich um ein vorübergehendes auffälliges Essverhalten gehandelt hat

*die Diagnose ist gestellt, was nun?*

## Vorgehen in der Praxis

---

1. Diagnose stellen
2. Diagnose eröffnen
3. Verbindliche Abmachungen treffen
  - Regelmässiges Wägen
  - klinische Kontrolle, ev. Laborkontrollen
  - Gewicht für eine stationäre Therapie festlegen
  - Sportaktivitäten und Essensregeln bestimmen
  - Familie für eine Psychotherapie motivieren
4. Interdisziplinäre Behandlung der Anorexie

# Regelmässige klinische Kontrolle, ggf. Laboruntersuchung

---

## **Gewichtskontrolle:**

- anfänglich 1x wöchtl (in Unterwäsche !)

## **Klinische Kontrolle:**

- BD, Puls
- Temperatur
- Hydratation
- ...

## **Laborkontrolle:** (je nach klinischem Verlauf)

- Spez. Gewicht im Urin
- HB
- Elektrolyte
- ....

## Verbindliche Abmachungen treffen

---

1. **Verhalten der Eltern:** Die Verantwortung für das Essen liegt bei der Jugendlichen; über das Essen wird am Familientisch nicht mehr diskutiert
2. **Ernährungsberatung:** Ernährungsplan erstellen und die Patientin motivieren, regelmässig zu essen
3. **Sport:** Je nach Gewicht und klinischer Situation Verbot von Schulsport und exzessiver sportlicher Betätigung
4. **Psychotherapie:** **Baldmöglichst** Fachstelle oder eine mit Essstörungen erfahrene Therapeut\_in einbeziehen
5. **Hospitalisation:** Gewichtslimite festlegen, bei welcher eine stationäre Therapie erfolgt. Mit der aufnehmenden Klinik **frühzeitig** Kontakt aufnehmen!



# Indikationen für eine stationäre Therapie

---

- **Gewicht:**
  - BMI < 10. Altersperzentile
  - im Verlauf (2- 3 Monate) fehlende Gewichtszunahme
  - sehr schneller Gewichtsverlust mit entsprechend gravierenden somatischen Auswirkungen
- **Somatik:** zB Bradycardie < 40/min, Hypothermie
- **Psychiatrische Begleiterkrankungen:** Suizidalität, starke Depressionen oder Zwangsstörungen
- **Ambulante Psychotherapie erfolglos:** Kein Ansprechen auf eine ambulante Psychotherapie innerhalb von 3 Monaten
- **Familie/Umfeld:** Erschöpfung der familiären Ressourcen

## Indikation für eine stationäre Therapie (AWMF 2010)

---

- > Schneller oder anhaltender Gewichtsverlust (> 20% über sechs Monate)
- > Anhaltender Gewichtsverlust trotz ambulanter Psychotherapie
- > Deutliches Untergewicht (BMI < 15 bzw. bei Kindern und Jugendlichen < 3. BMI-Altersperzentile)
- > Somatische Gefährdung (Kreislauf, Elektrolytstörung)
- > Ausgeprägte psychische Komorbidität (zB Suizidalität)
- > familiäre Eskalation mit Erschöpfung der Ressourcen trotz Therapie

## Familie für Psychotherapie motivieren - Krankheitseinsicht

---

fehlende Krankheitseinsicht bei Patient\_in **UND** Familie

Bsp: Philipp, 12 jh.

- Gewicht 37.9 kg, Länge 155 cm BMI 15.8 (P 3-10)
- restriktive Anorexie mit
  - Täglich min. 2-3 std. Sport
  - Anorektisches Essverhalten
  - Wunsch Gewicht abzunehmen
  - Stimmungsschwankungen mit Aggressionsausbrüchen
  - Zwangsgedanken

Mutter:

1 std. Sport pro Tag ist gesund

um seine Stimmung aufzubessern 1 Woche New York Ferien (mit entsp. Gewichtsabnahme)

sieht Indikation für eine Psychotherapie nicht ein

## Familie für Psychotherapie motivieren - Leidensdruck und Motivation

---

Krankheiten haben positive **UND** negative Folgen: **Krankheitsgewinn** und **Leidensdruck**

- der **Leidensdruck** ruft nach **therapeutischen Veränderungen**
- der **Krankheitsgewinn** wirkt **problemstabilisierend** und damit **antitherapeutisch**

Die Frage nach einem **möglichen Krankheitsgewinn** muss man sich immer stellen

### Bsp. Krankheitsgewinn:

*«Was wäre ich, wenn ich nicht mehr dünn wäre? Ich wäre ein Nichts! Niemand mehr würde mich in der Klasse beachten!» (Monika 14 j.)*

*«Wenn meine Tochter keine Magersucht hätte, hätte ich meinen Mann schon längst verlassen.» (Mutter einer anorektischen Patientin)*

## Familie für Psychotherapie motivieren - Leidensdruck und Motivation

---

- > Bei der Anorexie besteht bei der betroffenen Person (zumindest anfänglich) **kaum Leidensdruck**
- > Bei Anorexie ist eine **ECHTE Therapiemotivation** des Betroffenen und seiner Familie (zumindest anfänglich) **oft sehr gering !**
- > Die Motivation für eine Veränderung liegt für die anorektischen Patientin bei den **Anderen !**

## Familie für Psychotherapie motivieren - Leidensdruck und Motivation

---



- für eine erfolgreiche Therapie von Essstörungen braucht es eine Verhaltensänderung des betroffenen Patienten UND seiner Familie
- eine Verhaltensänderung ist aber nur möglich bei genügend grosser Motivation oder genügend grossem Leidensdruck
- Der Beginn einer Therapie ohne genügende Motivation führt meist zu Widerstand (von der Patientin, oft auch von den Eltern) und ist zum Scheitern verurteilt!

→ Zentral in der Behandlung von Essstörungen ist die Arbeit an der Motivation des Patienten und seiner Familie

# Familie für Psychotherapie motivieren – dosierte Hilfeverweigerung

---

## → was heisst das für den Psychotherapeuten?

### Die dosierte Hilfeverweigerung in der Psychotherapie

- **kein Therapiebeginn** ohne genügende Motivation
- **kein Therapiebeginn** auf Druck von Aussen (zB Schule)

### Warum ist das nötig?

ohne genügende Therapiemotivation wird die **Problemverantwortung** durch den Arzt übernommen und nicht durch den Patient/die Familie!!

der Arzt, arbeitet, hat ein Anliegen, nicht aber der Patient /die Familie  
Pat/Familie wird nicht mitarbeiten → **die Therapie wird scheitern** →  
Enttäuschung + Resignation auf beiden Seiten → ev. Abbruch der Bemühungen  
durch Patient oder Arzt → **es wird dauern, bis ein nächster Therapieversuch  
gestartet wird**

# Interdisziplinäre Behandlung der Anorexie

---

1. Essstörungen können nur *interdisziplinär* erfolgreich behandelt werden
2. Die Behandlung der Anorexie erfordert eine *enge Zusammenarbeit* zwischen Pädiater, Psychotherapeut und Ernährungsberatung
3. Die *Aufgaben* der Einzelnen müssen *klar definiert und kommuniziert* sein
4. Die Psychotherapie sollte nur von *mit Essstörungen erfahrenen Therapeuten* durchgeführt werden. Eine systemische Psychotherapie unter *Einbezug der Familie* ist unumgänglich

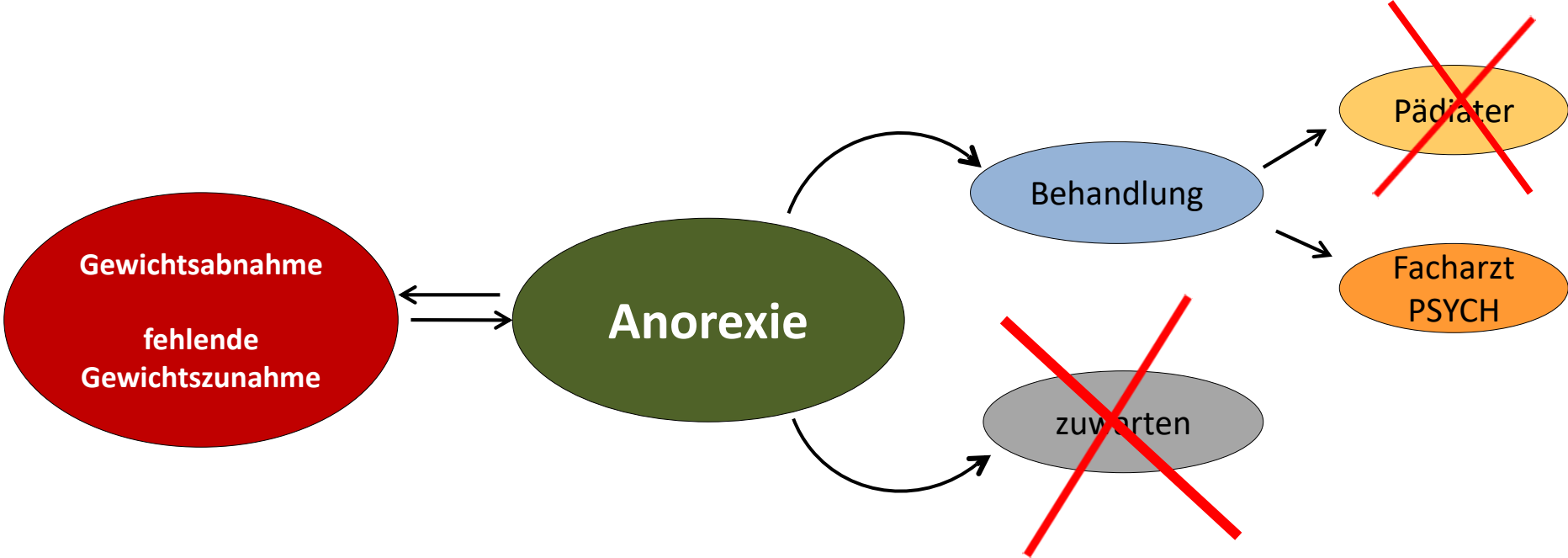
Was man wissen muss (auch für seine eigene Psychohygiene) ....

- die Therapie von Essstörungen braucht **viel Zeit und viel Geduld**
- eine **Veränderung** ist nur in **kleinen Schritten** möglich
- mit **Rückfällen** muss gerechnet werden



# Gewichtsabnahme/fehlende Gewichtszunahme

---



## Schwierigkeiten und Fehler im Umgang mit Anorektikerinnen

---

1. Abmachungen werden von der Jugendlichen, der Familie oder auch vom Arzt nicht eingehalten (zB Kontrolltermine, bei erreichtem Gewicht für eine Hospitalisation gelingt es der Familie, dieses hinauszuschieben)
2. Die Familie wird bei jugendlichen Anorektikerinnen vom Hausarzt nicht miteinbezogen (falsch verstandener Autonomiegedanke)
3. Die Anorexie wird aufgrund begleitender psychiatrischer Symptome verkannt
4. Den Aussagen der Patientin wird zu sehr vertraut
5. Es wird auf Einsicht und der Vernunft der Patientin vertraut

## Abmachungen werden nicht eingehalten, auch vom Arzt nicht

---

Der Umgang mit anorektischen Patientinnen und ihren Familien fordert den Behandler (und in der Regel auch die Eltern) heraus ....

- **dranzubleiben** (langer Atem)
- **Geduld** zu haben
- mit **kleinen Erfolgen** zufrieden zu sein
- **Misserfolge** ertragen (zu lernen)
- **streng** zu sein (zu werden)
- **klar und eindeutig zu kommunizieren** (zu lernen)
- **Abmachungen genau einzuhalten** (zu lernen)

## Psychiatrische Komorbidität bei Anorexie

---

> Anorektische Patienten leiden **sehr häufig** an zusätzlichen psychiatrischen Symptomen

– Depressionen	+++	(15-80%)
– Soziale Ängste	+++	(40-80%)
– Zwanghaftes Verhalten	++	(40-70%)

> Die psychiatrischen Auffälligkeiten

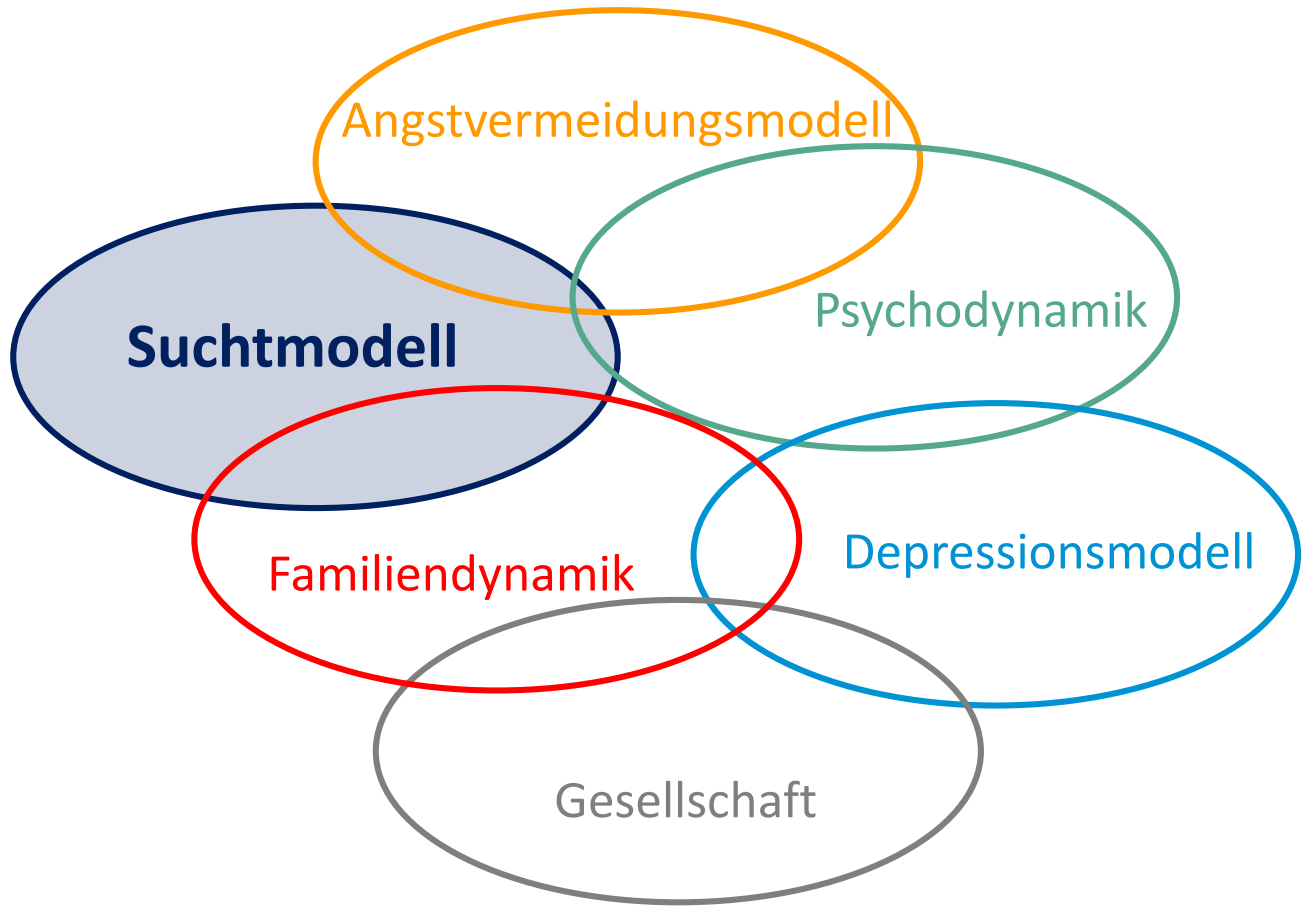
- sind **Folge** und nicht Ursache der Anorexie
- **verschwinden** in der Regel mit der Gewichtszunahme
- brauchen **keine Psychopharmakotherapie**

## Den Aussagen der Patientin wird zu sehr vertraut

Aussage der Patientin	Tatsächliches Verhalten
Ich möchte ja zunehmen	Die Patientin verleugnet die Angst vor dem zunehmen
Ich ernähre mich ganz normal	Die Patientin verleugnet die Tatsache, dass sie sich nach kalorienreduzierter Diät und einer schwarzen Liste ernährt
Erbrochen habe ich noch nie	Die Patientin erbricht regelmässig, verleugnet dies jedoch
Es geht mir gut	Die Patientin verleugnet das Ausmass körperlicher und psychischer Beschwerden
Ich habe keinen Hunger .. Ich kann nicht so viel essen	Die Patientin hat eine deutlich gestörte Wahrnehmung von Hunger und Sättigung, oder sie hat Hungergefühle, verleugnet diese jedoch, weil sie sich Hungergefühle als vermeintliches Zeichen der Schwäche nicht zugesteht
Ich bin zu dick	Die Patientin kann infolge der Körperschemastörung ihr tatsächliches Untergewicht nicht realisieren

**Anorexie ist eine Suchtstörung !**

# Modellvorstellungen zur Erklärung der Anorexie



# Anorexie als Suchtstörung

---

Mager - **SUCHT**



1. Kontrollverlust (Verhalten muss fortgesetzt werden)
2. Verheimlichen (vor sich und anderen)
3. Verleugnen (fehlende Krankheitseinsicht)



- macht den diagnostischen Prozess schwierig
- es wird oft nicht die Wahrheit gesagt (zB Gewichtsmanipulationen)

→ **nur Fakten** zählen! (zB Gewicht bei Adipositas oder Anorexie)

→ Abklärungsgespräche **immer** mit dem Jugendlichen **UND** der Familie (ev. gibt die Familie (Geschwister!) ehrlich(er) Auskunft)

→ **zusätzlich Botschaft**: ist ein Familienproblem, kein individuelles

# Krankheitseinsicht

---

- > Die fehlende Krankheitseinsicht trotz Untergewicht ist **TEIL** des Krankheitsbildes. Es lohnt sich deshalb nicht, die Patientin davon überzeugen zu wollen, dass sie krank und dünn und gefährdet ist und mehr essen sollte. Sie wird es **nicht** glauben
- > Darum gilt:
  - das **Gewicht** ist **DAS relevante Kriterium**, nicht die Beteuerungen und Versprechungen der Patientin
  - Als Arzt auf getroffenen Abmachung beharren und sie einhalten und einhalten helfen



## Schwierigkeiten und Fehler im Umgang mit Anorektikerinnen

---

6. Die Symptome werden durch sozial akzeptiertes Verhalten (Diät) und sozial akzeptiertes Gewicht (Model) verdeckt
7. Die Patientin erscheint zu jung für eine Anorexie

Die Krankheit wird manchmal zu spät entdeckt, weil .....

die Patientin erscheint zu jung für diese Erkrankung

## Epidemiologie der Anorexie

Erkrankungsgipfel

bei 14/15 jh.

Auftreten der Anorexie

zwischen **10.** – 19. LJ