

Auftretenshäufigkeit von Essstörungen und die daraus entstehenden Anforderungen für den klinischen Alltag



Dipl.-Psych. F. Hammerle

**5. Präventionstag für psychische Gesundheit: Essstörungen
bei Kindern und Jugendlichen
Salzburg**



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Auftretenshäufigkeit von Essstörungen - Forschungslage und Methode

Forschungslage

- Häufigkeit von Symptomen einer Essstörung im Kindes- und Jugendalter: **21,9%**¹
- **29,4 % der Mädchen** und **14,4% der Jungen** zwischen 11-17 Jahren (Durchschnittsalter 14,6 Jahre) berichten essgestörte Verhaltensweisen und/oder Einstellungen im SCOFF, 5 Fragen².
- Ca. **25% 12-jähriger Mädchen in Thüringen** zeigen im EAT-26D auffälliges Essverhalten³.
- Geschätzte Lebenszeitprävalenz in Europa bei Personen ab 18 Jahren: Anorexia Nervosa 0,48%, Bulimia Nervosa 0,51% und Binge Eating Disorder 1,12% (Erfassung mit CIDI), Frauen sind 3-8-fach häufiger betroffen⁴.
- **Bislang keine Verwendung von ausführlichen Fragebogen zu essgestörtem Verhalten und/oder Einstellungen bzw. Diagnosekriterien in repräsentativen Stichproben bei Schülerinnen und Schülern in Deutschland.**
- **Bislang wurden Prävalenzunterschiede in Bezug auf Schularten nicht untersucht.**

¹Hölling, H., Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 5/6, 794-799.

²Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T. D., Ravens-Sieberer, U. (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec.;17 Suppl 1, 82-91.

³Berger, U., Joseph, A., Sowa, M., Strauß, B. (2007). Die Barbie-Matrix: Wirksamkeit des Programms PriMa zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. *Psychother. Psych. Med.*; 57, 248-255.

⁴Preti A., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research* 43, 1125-1132.

Methode

- Projekt MaiStep (**MA**inzer**S**chul**T**rainig zur **E**ssstörungen**P**rävention)
- informed consent
- Datenerhebung an 9 Schulen in Rheinland-Pfalz
- Datenerhebung durch geschulte Beurteiler
- Dateneingabe mit Double-Check zur Qualitätssicherung

- Analyse von T-Werten mit Cut-Off (T-Wert >60, d.h. MW + 1 SD)
- Analyse von erfüllten Diagnosekriterien nach DSM-IV-TR⁵

⁵Saß, H., Wittchen, H.-U., Zaudig, M., dt. (2003). *Diagnostisches und Statistisches Manual Psychischer Strörungen. DSM-IV*. Göttingen, Bern, Toronto, Seattle: Hogrefe.

Methode

- Instrumente:

- „Objektive“ Parameter (gemessen):

- Gewicht
 - Größe

- Selbstauskunft:

- Soziodemographische Daten
 - EDI-2 (Paul, T. & Thiel, A., 2004)
 - SIAB-S (Fichter, M., & Quadflieg, N., 1999)
 - U.a. wie SCL-90-R (Franke, G.H., 2002)

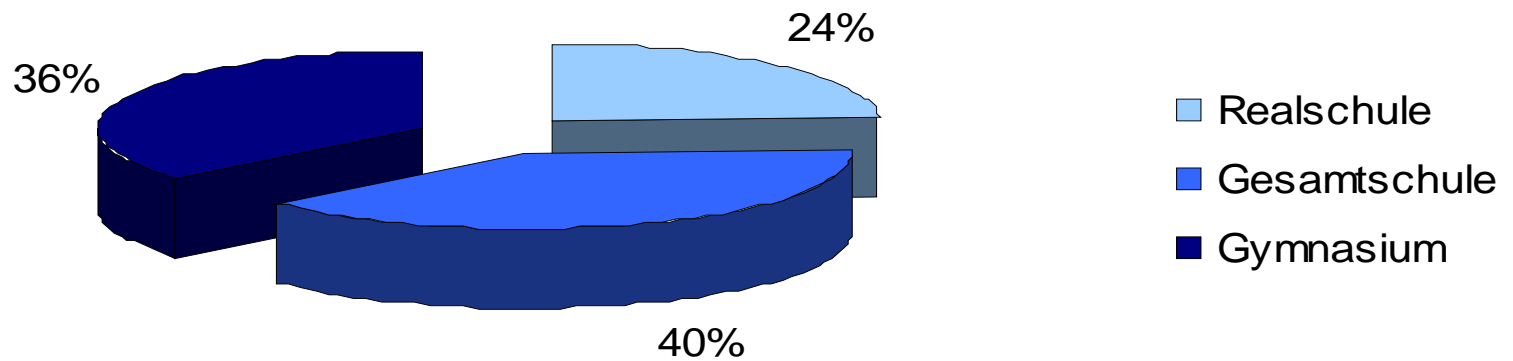


UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Ergebnisse

Stichprobe

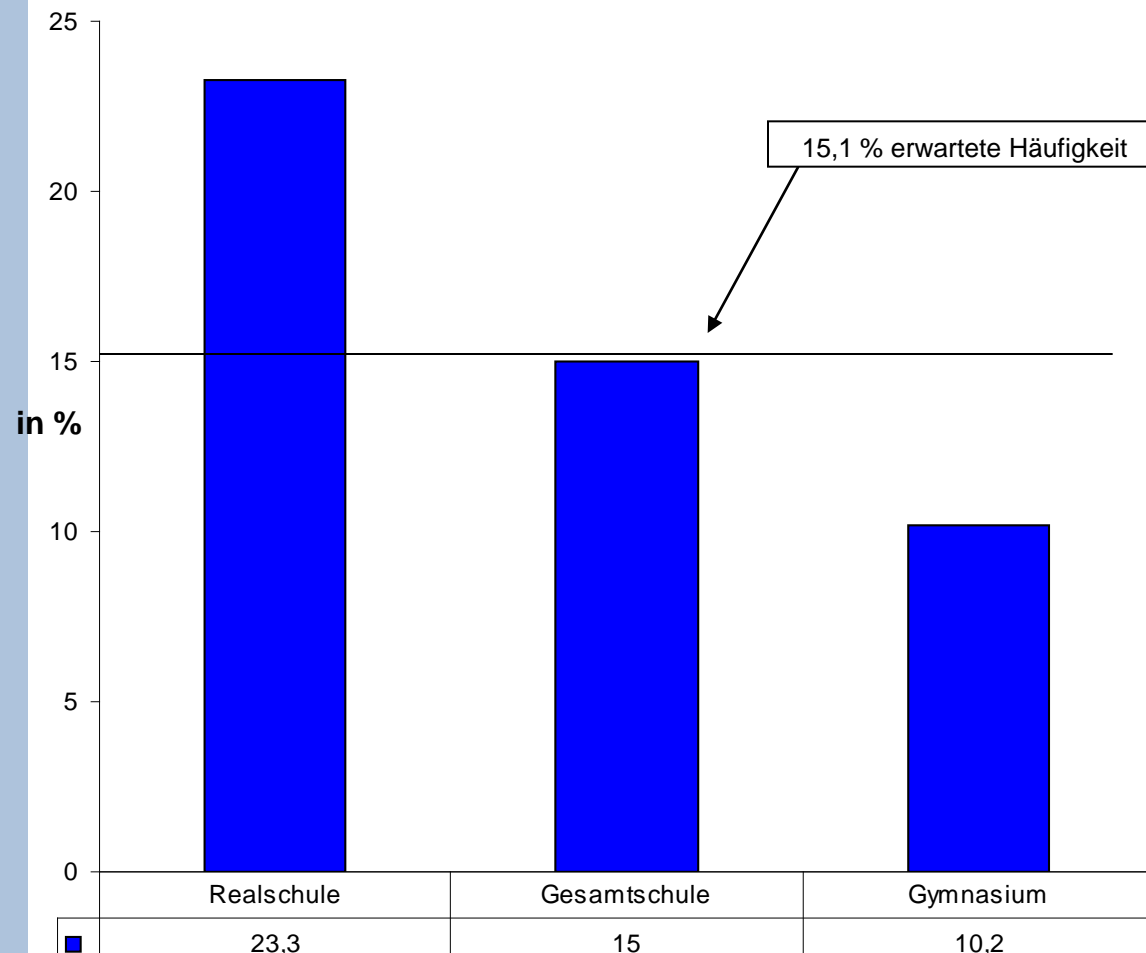


Ergebnisse

Fälle nach

■ BMI

Perzentile > 90



Ergebnisse EDI-2

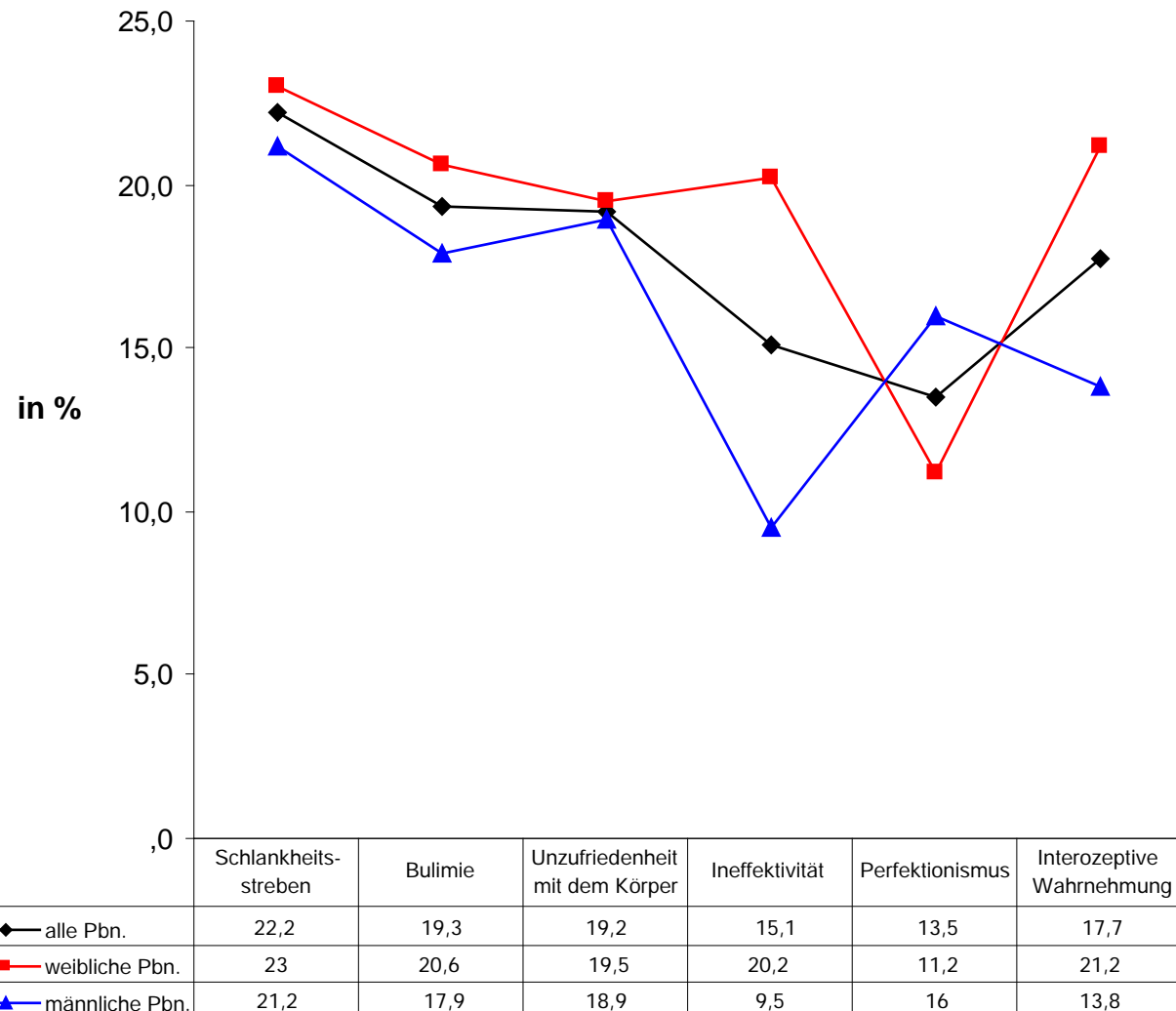
Fälle nach

■ EDI-2:

T-Wert >60

Angaben

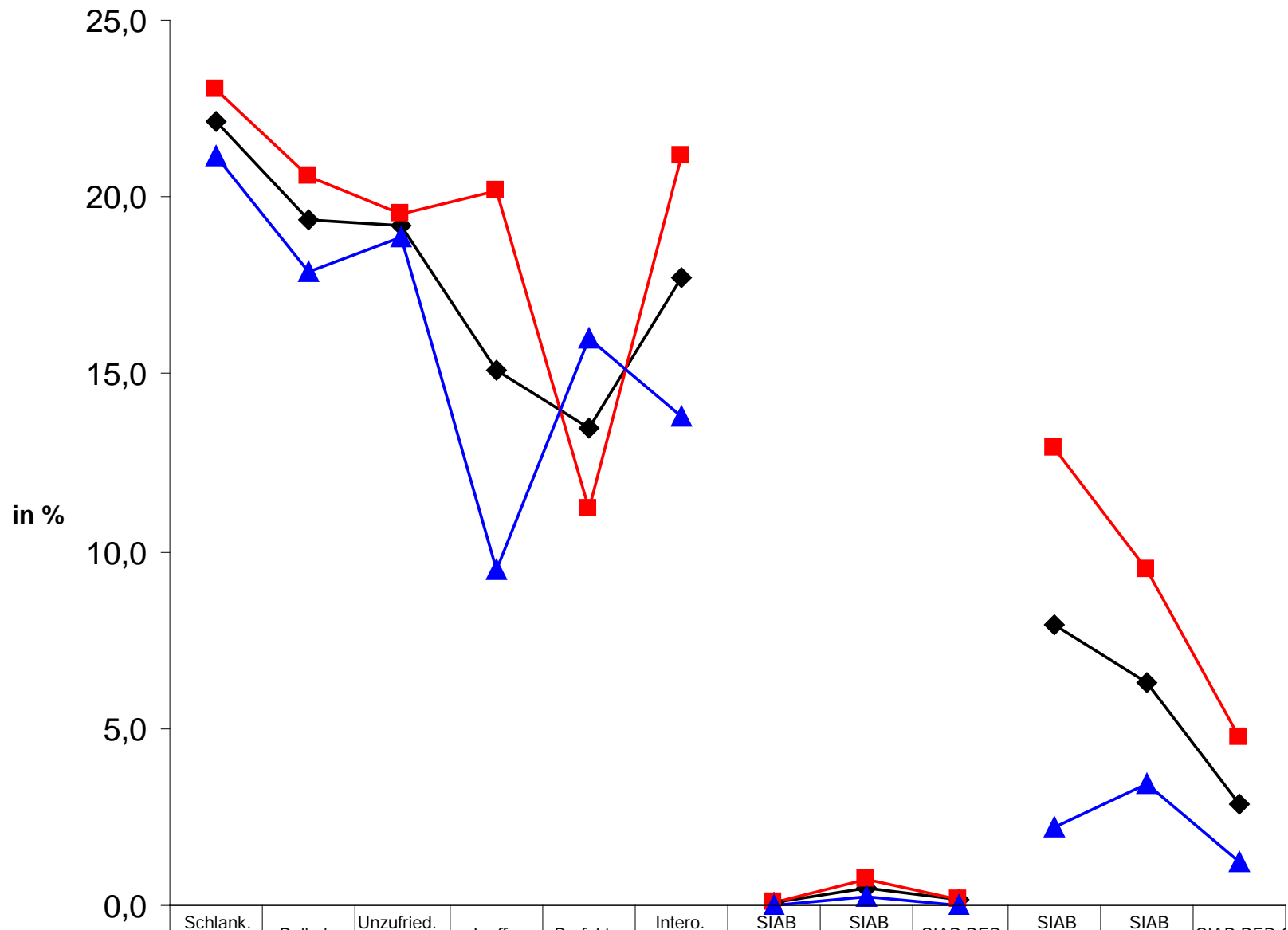
in Prozent



Ergebnisse SIAB-S

Diagnose nach SIAB-S:

- Anorexia Nervosa 0,1%, 1 weibliche Teilnehmerin
 - 3 Kriterien erfüllt: 7,9%, davon 108 weibliche (87,1%) und 16 männliche Teilnehmer (12,9%), Unterschied mit $\text{CHI}^2(1)=62,67, p<.001$ signifikant
- Bulimia Nervosa 0,5%, davon 6 weibliche (75%) und 2 männliche Teilnehmer (25%) Unterschied mit $\text{CHI}^2(1)=1,56, p=.457$ nonsig.
 - 3 Kriterien erfüllt: 6,3%, davon 79 weibliche (75,9%) und 25 männliche Teilnehmer (24,1%), Unterschied mit $\text{CHI}^2(1)=23,55, p<.001$ signifikant
- Binge Eating Disorder 0,2%, 2 weibliche Teilnehmerinnen
 - 3 Kriterien erfüllt: 2,9%, davon 39 weibliche (81,2%) und 9 männliche Teilnehmer (18,8%), Unterschied mit $\text{CHI}^2(1)=16,12, p<.001$ signifikant



	Schlank.streben	Bulimie	Unzufried.Körp.	Ineff.	Perfekt.	Intero. Wahrn.	SIAB Anorexie	SIAB Bulimie	SIAB BED	SIAB Anorexie 3	SIAB Bulimie 3	SIAB BED 3
—◆— alle Pbn.	22,2	19,3	19,2	15,1	13,5	17,7	0,1	0,5	0,2	7,9	6,3	2,9
—■— weibliche Pbn.	23,0	20,6	19,5	20,2	11,2	21,2	0,1	0,7	0,2	2,2	3,4	1,2
—▲— männliche Pbn.	21,2	17,9	18,9	9,5	16,0	13,8	0,0	0,3	0,0	12,9	9,5	4,7

Ergebnisse

Fälle nach

- SIAB-S (min. 3 Kriterien erfüllt)

Angaben
in Prozent an allen
betroffenen Pbn.

Fehlerindikatoren
zeigen zu erwartende
Prozentwerte



- R
- G
- G

Kinder/Jugendliche in psychotherapeutischer Behandlung (nur Essstörungen)

- 21 Schülerinnen und Schüler wurden in Folge des Projektes in der Essstörungssprechstunde der Kinder- und Jugendpsychiatrie Mainz behandelt
- 4 Schülerinnen mussten per Noteinweisung sofort aufgenommen werden und befanden sich in einem somatisch kritischen Zustand

Diskussion der Ergebnisse

- Repräsentative Stichprobe für 7.-8. Klasse für Deutschland
- Prävalenzraten essgestörter Verhaltensweisen und Einstellungen mit EDI-2 liegen leicht unter den Raten ermittelt mit SCOFF^{1,2} und bei solitärer Betrachtung von 12-jährigen Mädchen³ bei 15-20%
- Prävalenzraten manifester Essstörungen nach SIAB liegen niedriger und unter Schätzungen für Erwachsenenalter⁴

¹Hölling, H., Schlack, R. (2007). Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. *Bundesgesundheitsbl - Gesundheitsforsch - Gesundheitsschutz* 5/6, 794-799.

²Herpertz-Dahlmann, B., Wille, N., Hölling, H., Vloet, T. D., Ravens-Sieberer, U. (2008). Disordered eating behaviour and attitudes, associated psychopathology and health-related quality of life: results of the BELLA study. *Eur Child Adolesc Psychiatry*. 2008 Dec.;17 Suppl 1, 82-91.

³Berger, U., Joseph, A., Sowa, M., Strauß, B. (2007). Die Barbie-Matrix: Wirksamkeit des Programms PriMa zur Primärprävention von Magersucht bei Mädchen ab der 6. Klasse. *Psychother. Psych. Med.*; 57, 248-255.

⁴Preti A., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research* 43, 1125-1132.



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

**Resultierende Anforderungen für
den klinischen Alltag**

Anforderungen für den klinischen Alltag

- Untergewicht, Übergewicht, essgestörtes Verhalten und subklinische Formen von Essstörungen kommen relativ häufig vor
- Manifeste Essstörungen sind im Alter von etwa 13 Jahren seltener als bei älteren Populationen⁴
- Essgestörtes Verhalten und Diäten können Vorläufer manifester Essstörungen sein⁶
- Auch bei Jugendlichen, die jünger als die Häufigkeitsgipfel (z.B. Anorexia nervosa mit ca. 15 Jahren) sind, kommen Essstörungen vor
- Es ergeben sich schulartenspezifische Unterschiede in Bezug auf Essstörungen

⁴Preti A., et al. (2009). The epidemiology of eating disorders in six European countries: Results of the ESEMeD-WMH project. *Journal of Psychiatric Research* 43, 1125–1132.

⁶Berger, U. (2006). Primärprävention bei Essstörungen. *Psychotherapeut* 51,3. 187-196.

Anforderungen für den klinischen Alltag

- hohe Raten psychopathologischer Komorbidität (Achse I und II nach DSM-IV) bei Essstörungen⁷
- sehr häufig treten Depressive Störungen bei Anorexia Nervosa und Bulimia Nervosa auf
- gehäuftes Auftreten von Zwangsstörungen, Phobien und Panikstörungen bei Anorexia Nervosa (vor allem restriktiver Typ)
- gehäuftes Auftreten von Angststörungen, Substanzmissbrauch und Persönlichkeitsstörungen beim binge/purge Syndrom (Bulimia Nervosa und Anorexia Nervosa binge/purge Typ)

⁷Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (2008). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin u.a.: Springer.

Anforderungen für den klinischen Alltag

- Frühe Präventionsprogramme scheinen sinnvoll, um vor manifesten Essstörungen zu schützen
- Niedrigschwelliger Zugang zu Beratungs- und Behandlungskontexten sollte gewährleistet sein
- Frühe Intervention bei Personen mit manifesten Essstörungen ist ein Indikator für Therapieerfolg!⁷
- Diagnostik muss auf Jugendalter abgestellt sein (BMI-Perzentile), siehe auch AWMF-S3-Leitlinien für Anorexia Nervosa
- Therapie sollte dem Altersspektrum angemessen sein (Inhalte, Vermittlungsform)

⁷Herpertz, S., de Zwaan, M., Zipfel, S. (2008). Handbuch Essstörungen und Adipositas. Berlin u.a.: Springer.



UNIVERSITÄTSmedizin.

MAINZ

Die Essstörungenambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie

- Verwendung aktueller
Manuale und
Therapieleitlinien

Silja Vocks · Tanja Legenbauer

Körperbildtherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa

Ein kognitiv-verhaltenstherapeutisches
Behandlungsprogramm

publiziert bei:



Gemeinsame S3-Leitlinie

der Deutschen Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGPM),
des Deutschen Kollegium für Psychosomatische Medizin (DKPM),
der Deutschen Ärztlichen Gesellschaft für Verhaltenstherapie (DÄVT),
der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie (DGKJP),
der Deutschen Gesellschaft für Psychiatrie, Psychotherapie und Nervenheilkunde (DGPPN)
der Deutschen Gesellschaft für Psychologie (DGPs) und
der Deutschen Gesellschaft für Verhaltensmedizin und Verhaltensmodifikation (DGVM)

AWMF-Register Nr. 051/026 Klasse: S3

Diagnostik und Therapie der Essstörungen

Harriet Salbach · Inga Bohnkamp · Arne Bürger · Alexander Korte · Ernst Pfeiffer · Claudia Thurn · Ulrike Lehmkühl
Arbeitsgruppe Essstörungen
Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und Psychotherapie des Kindes- und Jugendalters
Charité – Universitätsmedizin Berlin

DIALEKTISCH-BEHAVIORALE THERAPIE

für jugendliche Patienten
mit Anorexia und Bulimia nervosa

(DBT-AN/BN)

In Anlehnung an:

Böhme, R., Fleischhaker, C., Mayer-Bruns, F., Schulz, E. (2002). Dialektisch-behaviorale Therapie für Jugendliche (DBT-A).
Therapiemanual. Abt. für Psychiatrie und Psychotherapie im Kindes- und Jugendalter, Universität Freiburg.

Miller, A. L., Rathus, J. H., Linehan, M. M. (2006). Dialectical Behavior Therapy with Suicidal Adolescents. New York: Guilford Press.
Linehan, M. M. (1993). Skills Training Manual for Treating Borderline Personality Disorder. New York: Guilford Press.

Inhalte der dialektisch-behavioralen Therapie



**Pat. melden sich bei
Esstörungsambulanz**

Diagnostik
in Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie

Vorliegen bzw.
Schweregrad Esstörung?
Anderen psych. Erkrankung?

**Keine
Symptomatik**

**Subklinische
störungsprobleme**

Voll ausgeprägte Esstörung

**Keine Esstörung,
aber andere psych.
Erkrankung**

**Keine
Maßnahmen**

Beratung
durch Mädchenbe-
ratung

Leichte o.
mittel-
schwere
Symptomatik

Schwere
ausgeprägte
Symptomatik

Schwerst
ausgeprägte
Symptomatik

Ambul. Psychotherapie
in der Klinik für Kinder-
und Jugendpsychiatrie
oder Weiterleitung an
andere Institutionen

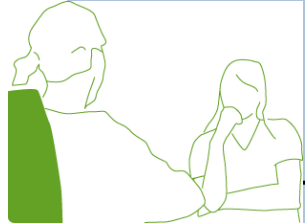
**Ambul.
Psychotherapie** in der
Klinik für Kinder- und
Jugendpsychiatrie oder
Weiterleitung an andere
Institutionen

**Stationäre,
psychiatr.
Behandlung**
(Alzey/
Klingenmünster/
Mainz)

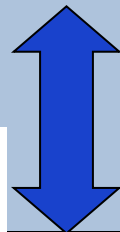
**Somatische
Behandlung
in der Kinderklinik**

Behandlungsabschluss

Essstörungsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Mainz



Einzel-
therapie



ill
ope



Co

Essstörungsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Mainz

- pro Quartal ca. 50 Patienten
- Störungsbilder:
Anorexia Nervosa, Bulimia Nervosa, Binge Eating Disorder, sowie Komorbiditäten und Patientinnen und Patienten mit Depressionen und selbstverletzendem Verhalten
- Altersspektrum i.d.R. zwischen 12 und 21 Jahren (bei Vorbehandlung vor dem 18. Lebensjahr)
- Ca. 80% weibliche Patientinnen
- Standardisierter Therapieablauf zur Qualitätssicherung:

Essstörungenambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Mainz

standardisierte Erstgespräche

Patient-ID		<input type="checkbox"/> Bürger	<input type="checkbox"/> Liesenfeld	Fortlaufende Blatt-Nr.:
Alter Geschlecht		<input type="checkbox"/> Chervenkova	<input type="checkbox"/> Magnus	
		<input type="checkbox"/> Hammerle	<input type="checkbox"/>	
		<input type="checkbox"/> Huss		
		<input type="checkbox"/> Kornmann		
anwesend	<input type="checkbox"/> KM	<input type="checkbox"/>	Datum . .	
<input type="checkbox"/> Kind	<input type="checkbox"/> KV	<input type="checkbox"/>		
Nach Erstgespräch Beginn : h Ende : h Dauer: Minuten				
Informationsstand/fehlende/ungenauere Informationen:				<i>Kontaktaten (Arzt, Tel., Fax, E-mail etc.)</i>
Vorstellungsanlass/-kontext:				
Wohnt in Familie/Einrichtung:				
Schule/Ausbildung:				
Entwicklungsgeschichte (relevante Risikofaktoren – genetisch, körperlich, psychisch, sozial)				
Familie				
Patient				
Aktuelle Situation				
Symptomatik (MSS) (Welche? Anzahl? Schweregrad?)				
Funktionsniveau, Lebensqualität und Persönlichkeit des Patienten				

Essstörungsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Mainz

Diagnostik (parallelisiert zu Forschungsprojekten):

- EDI -2 (Paul, T. & Thiel, A., 2004)
- ch-EDE (Bryant–Waugh R. J., Cooper P. J., Taylor C. L. & Lask, B. D., 1996)
- BSQ (Cooper, P.J., Taylor, M.J., Cooper, Z. & Fairburn, C.G., 1987)
- BIAQ (Legenbauer, T., Vocks, S. & Schütt-Strömel, S., 2007)
- Seiltest zur Erfassung der Körperbildstörung
- SCL-90-R (Franke, G.H., 2002)



Essstörungsambulanz der Kinder- und Jugendpsychiatrie Mainz

Therapie mit klaren Hierarchien und Zielvereinbarungen (an DBT angelehnt):

- **Commitment** für die Therapie
- **Suizidales Verhalten** reduzieren (auch lebensgefährliches Körpergewicht)
 - Klare Gewichtsgrenzen und Ernährungspläne
- **Selbstschädigendes Verhalten** reduzieren (Hungern etc.)
- **Therapiegefährdendes Verhalten** reduzieren
- Reduzierung von **Verhalten**, das die **Lebensqualität einschränkt** (alleine essen etc.)
- **Aufbau von Kompetenzen**
 - Interpersonell, Steuerbarkeit der Emotionen, Belastungen aushalten, Selbst-Management, Selbstachtung



Vielen Dank für Ihre
Aufmerksamkeit!

Kooperationspartner



RheinlandPfalz

MINISTERIUM FÜR ARBEIT,
SOZIALES, GESUNDHEIT,
FAMILIE UND FRAUEN



RheinlandPfalz

MINISTERIUM FÜR BILDUNG,
WISSENSCHAFT, JUGEND
UND KULTUR

FEMMA

*Verein zur Förderung
feministischer Mädchenarbeit e.V.*

Essstörungenambulanz

- Wissenschaftliche/Versorgungsbezogene Mitarbeiter
 - Arne Bürger, Dipl.-Psych., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut
 - Florian Hammerle, Dipl.-Psych., Psychologischer Psychotherapeut i.A.
 - Tobias Hiene, M.A. Päd., Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeut i.A.
 - Ute Spranger, Dipl.-Päd., systemische Therapeutin
- studentische Mitarbeiter
 - Hannah Gammerdinger, cand. Psych.
 - Markus Homberg, cand. Psych.

Kontakt: florian.hammerle@unimedizin-mainz.de

