

Essstörungen im Kindes- und Jugendalter

Brixen 09.03.2013

Formatvorlage des Untertitelmasters durch Klicken bearbeiten

Essstörungen und Komorbidität

W. Biebl

Disposition zur Essstörung

Geringes Selbstwertgefühl

Perfektionismus

Neigung zur Überanpassung

Wenig Vertrauen zur realen

Beziehungsgestaltung

Auslöser am Beginn der Essstörung

Beziehungsabbrüche, Todesfälle

Lang anhaltende Überforderungssituationen
wie

Pflege Erkrankter, Aufgaben im Haushalt,

Betreuung schwieriger Angehöriger

Überforderung durch psychosexuelle
Entwicklung

und/oder reale Überforderung bei ersten
erotischen

Beziehungserfahrungen

Entwicklung der Essstörung

- Fasten (Starvation) startet und unterhält den Prozess des Abnehmens
- Bei allmählicher Kalorienreduktion entsteht eine stabile Adaptation an den Fastenzustand
- Beginn der Ich-syntonen Phase der A.n.r.t.
- Beginn der A.n.p.t.: Beginn des Fastens mit forcierter Diät
- Früher Beginn mit kompensatorischen Verhalten
- Impulsives Verhalten im Umgang mit sich

Die „Ich – s y n t o n e P h a s e“

- Ich besitze die Kontrolle über mich und meine Triebe
- Ich erlebe mich geachtet und bewundert wegen meiner Willensstärke
- Ich erlebe meine Autonomie gegenüber den Erwartungen meiner Umwelt

Das Vollbild der Anorexia

nervosa „restricted type“

- Verlust der Kontrolle über den Fastenprozess
- Amenorrhoe
- Auftreten der massiven Gewichts- Phobie
- Auftreten des quälenden Getriebenseins
- Auftreten von Konzentrationsstörungen
- Sozialer Rückzug und soziale Isolierung
- Deutliche vegetative Beschwerden
- Gewichtsverlust und Gewichtszunahme sind nicht mehr vorhersagbar

(Flüchtigkeitsfehler)

A n o r e x i a n e r v o s a v o m

„P u r g i n g t y p e “

- Häufige Heißhungerattacken
- Kompensatorisches Verhalten etabliert sich, wie
Erbrechen, Laxantienmissbrauch, Weckamine, Schilddrüsenhormone, Zuckerersatzstoffe (Diarrhoe)
- Elektrolytentgleisungen: Hypokaliaemie, Hypochloraemie
- Zahnschmelzschäden
- Parotis-Schwellungen
- Verletzungen der Mund-Schlund-Region durch

Das „anorektische Ich“

- Verlust der Kontrolle, Gefühle der Hilflosigkeit, der Angst vor unkontrollierten Gewichtsschwankungen
- Vegetative Symptome des Kreislaufs mit Kältegefühlen, Obstipation, Bradycardie
- Schlafstörungen
- Psychopathologische Symptome: „Doppeltes Ich“ durch Dissoziation.
- Akustische Halluzinationen bei paranoid halluzinatorischen Durchgangssyndrom
- Depression mit Selbstschädigung und Suizidalität

K o -M o r b i d i t ä t

- Multiimpulsive Bulimia: Sucht, Bulimie, Selbstschädigung
- Posttraumatische Belastungsstörungen
- Borderline Persönlichkeitsstörung

- Diabetes mellitus Typ I:
Abnehmen durch Verringerung der Insulindosis

T h e r a p i e b e g i n n

- Ausführliche Information über den Krankheitsprozess
- Von der Eigengesetzlichkeit der Erkrankung
- Wiederaufnahme einer kontrollierten Ernährung unter behutsamer Beachtung körperlicher Parameter
- Psychische Probleme und Konflikte werden erst lösbar, wenn die somatopsychischen Veränderungen beseitigt wurden
- Betonen der Freiwilligkeit in der Arzt-Patient-Beziehung zum Erreichen der Behandlungsziele

Entwicklungsaufgaben

- Pubertäts- und Adoleszenzthematik
- Sicherheit in Peer groups
- Streben nach Eigenständigkeit und Autonomie
- Beginnende Ablösung von primären Bezugspersonen

Alterspezifische

Abwehrmechanismen nach Anna

Freud

- Intellektualisierung
- Rationalisierung
- Askeseexperimente
- Triebaufschub, Humor, Altruismus, Durchdenkenkönnen der Konsequenzen geplanten Handelns

Ergebnisse von

Langzeitkatalysen

- 17-20% versterben innerhalb von 20 Jahren an der Grunderkrankung
Essstörung: Circa 2/3 an körperlichen Erkrankungen, etwa 1/3 durch Suizid
- 40% haben freie Intervalle mit körperlicher Restitution wie stabile Menstruation
- Die meisten stabilisieren sich zu „restricted eaters“
- 40% haben rezidivierende Verläufe

Positive Prognosefaktoren

- Gewichtsstabilisierung im gesunden Bereich
- Erleben in Beziehungen gleichwertig und geachtet zu sein
- Arbeit außerhalb der Familie