

## ZUSAMMENFASSUNG

### Fortbildung Sterilitätsmedizin

Dortmund, 17.08.2022

### Hauptthema

„Psychogene Essstörungen – was ist in der gynäkologischen Praxis und interdisziplinär leistbar?“

(Referent: Dipl.-Psych. Dipl.-Biol. Stefan Zettl, Heidelberg)

### Diagnostische Einordnung nach ICD-10

*Anorexia nervosa, F50.0*

*Bulimarexie, F 50.1*

*Bulimia nervosa, F 50.2*

*Sonstige Essstörungen, F 50.8*

- *Binge Eating Disorder*
- *Purging Eating Disorder*
- *Orthorexie*

### Cave!

- Patientinnen mit Essstörungen zeigen häufig keine Krankheitseinsicht (ich-syntone Störung), sondern eher eine Tendenz zur Dissimulation
- Das gilt insbesondere für Patientinnen mit einer Anorexie, die häufig nur wegen somatischer Komplikationen wie z.B. Elektrolytentgleisungen oder auf Druck ihrer Umgebung das Thema ansprechen
- Die mit der Essstörung verbundene verzerrte Körperwahrnehmung stellt eine besondere therapeutische Herausforderung dar
- Es finden sich häufig weitere komorbide Störungen, z.B. affektive Störungen oder Angststörungen (soziale Phobie)

### Essstörungen: Epidemiologie

Die Lebenszeitprävalenz bei Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung liegt für die Anorexia nervosa bei Frauen bei 0,9% und bei Männern bei 0,3%.

Für die Bulimia nervosa liegt die Lebenszeitprävalenz zwischen 0,9 und 1,5% bei Frauen und von 0,1 bis 0,5% bei Männern.

Allgemein ist die Inzidenz bei Mädchen zwischen dem 15. und 19. Lebensjahr am höchsten (2 von 1000).

### Essstörungen und Emotionsregulation

Nahrungsrestriktion, Essanfälle und kompensatorische Maßnahmen wie Erbrechen oder exzessive körperliche Aktivitäten können als maladaptive, aber sehr wohl wirksame Mechanismen der Emotionsregulation verstanden werden. Insbesondere Essanfällen geht in der Regel vermehrt negative Emotionen voraus.

Therapieabbrüche sind deshalb häufig - insbesondere wenn es um die notwendige Veränderung des Essverhaltens geht, ohne dass zuvor erfolgreich alternative Möglichkeiten der Emotionsregulation etabliert wurden.

### **Vorgehen in der ärztlichen Sprechstunde**

- Bei Hinweisen auf das Vorliegen einer Essstörung frühzeitiges, nicht wertendes oder vorwurfsvolles Ansprechen der vermuteten Erkrankung
- Etablierung eines vertrauensvollen Arbeitsbündnisses
- Nicht mit den möglichen körperlichen Folgen der Erkrankung „drohen“; eine Ausnahme stellen lediglich akute körperliche Gefährdungssituationen dar, z.B. Elektrolytentgleisung oder massives Untergewicht mit einem  $BMI \leq 15 \text{kg/m}^2$
- Anerkennung der Anstrengungen, die die Patientin unternimmt, um ihr Essverhalten und das Körpergewicht zu kontrollieren
- Die positiven Funktionen der Essstörung validieren, insbesondere die dadurch mögliche Emotionsregulation
- Erst dann die Perspektive auf mögliche alternative Wege der Emotionsregulation ändern
- Zunächst niedrigschwellige Angebote unterbreiten, z.B. frei zugängliche Selbsttests im Internet, Patientenleitlinie des BMG zu Essstörungen aushändigen bzw. darauf aufmerksam machen oder an eine ambulante Beratungsstelle vermitteln
- Dann mit der Patientin die Möglichkeiten einer Psychotherapie erörtern, aber nicht zu einer Psychotherapie zu überreden versuchen

### **Essstörungen: Therapeutische Ansätze**

*A: Setting (jeweils im Einzel- und/oder Gruppensetting):*

1. stationär
2. teilstationär
3. ambulant

*B: Verfahren:*

1. Erweiterte kognitive Verhaltenstherapie (CBT-E)
2. Fokale psychodynamische Psychotherapie (FPT)
3. Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)
4. Specialist Supportive Clinical Management

### **Therapieziele**

1. Bei der Behandlung von Patientinnen mit einer Essstörung geht es nicht nur darum, das Essverhalten und/oder das Körpergewicht zu modifizieren. Die Essstörung ist lediglich ein Symptom, das auf tieferliegende Probleme (z.B. unzureichende Affektwahrnehmung, -differenzierung und -regulation, übersteuerte oder unzureichende Impulskontrolle, konflikthafte Einstellungen zur Sexualität, Beziehungsstörungen, familiäre Konflikte) hinweist.
2. Affektives Erleben vertiefen und erweitern, d.h. eine bewusstere Wahrnehmung von bisher über die Essstörung abgewehrten strukturellen Mängeln und/oder (unbewussten) Konflikten ermöglichen und deren Zusammenhang mit dem Essverhalten und der Körperwahrnehmung (z.B. in welchen Situationen treten Essanfälle auf?) verdeutlichen
3. Bei jugendlichen Patientinnen zeigen sich im Zusammenhang mit der Essstörung häufig familiäre Konflikte (z.B. Ablösungskonflikte), in diesen Fällen erweist sich eine kombinierte Einzel- und Familientherapie als effektive Behandlungsmethode

Datum der nächsten Fortbildung:	30.11.2022, 19:00 - 22.00 Uhr
Ort:	Radisson Blu Dortmund
Hauptthema:	Hormonersatztherapie und hormonale Kontrazeption – Einfluss auf Depression und Demenz
Referent:	Prof. Dr. med. Sabine Segerer amedes experts Hamburg