

Diagnose Essstörung

Früherkennung für
ÄrztInnen in der Praxis



INFES

FACHSTELLE FÜR ESSSTÖRUNGEN/
CENTRO PER DISTURBI DEL
COMPORAMENTO ALIMENTARE

Herausgegeben von
INFES – Fachstelle für Essstörungen

Für den Text verantwortlich
Dr.in Raffaella Vanzetta (Psychotherapeutin)
Dr.in Rita Trovato (Diätologin)
Dr.in Maria Elena Azzaro (Diätologin)

Dank für die Zusammenarbeit an
Dr. Markus Markart (Kinderarzt)
Dr. Salvatore Rampulla (Zahnarzt)
Dr.in Bianca Babich (Frauenärztin)
Dr.in Patrizia Zambai (praktische Ärztin)

Übersetzungen
Raffaella Vanzetta

Graphische Gestaltung
MAGUTDESIGN

Illustrationen
Roberto Maremmani

Druck
Litotipografia Alcione, Lavis (TN)

Ausgabe
November 2014

Wir danken dem „*Wiener Programm für Frauengesundheit*“ zur freundlichen Überlassung der Nutzung von Inhalten der Broschüre Wann denken Sie an Essstörungen.

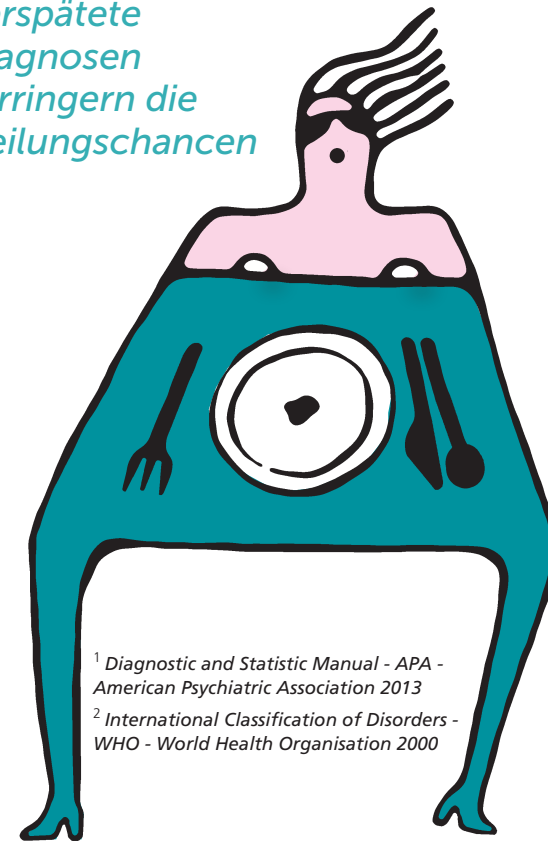
Vorwort

Obwohl Essstörungen in den letzten 20 Jahren das Ausmaß einer Epidemie angenommen haben, werden sie von Mediziner/innen und Psycholog/inn/en oft nicht erkannt und verspätete Diagnosen verringern die Heilungschancen.

Essstörungen charakterisieren sich durch ein stark problematisches Essverhalten, eine übertriebene Sorge um die eigene Körperform, eine verzerrte Körperwahrnehmung und eine enge Korrelation dieser Faktoren mit dem Selbstwertgefühl. Sie sind vorwiegend psychosomatische Erkrankungen, mit ernsthaften

klinischen Komplikationen als Folge der Mangelernährung und der unangemessenen Verhaltensweisen, die zur Gewichtskontrolle eingesetzt werden. Die Diagnosefachbücher DSM-V¹ und ICD-10² unterscheiden Anorexia nervosa (Magersucht), Bulimia nervosa (Ess-Brech-Sucht) und Binge-Eating-Disorder (Esssucht). Zudem werden noch atypische oder latente Essstörungen beschrieben, bei denen mehrere aber nicht alle Symptome, die eine Diagnose ermöglichen würden, vorkommen. Die Ätiopathogenese umfasst sowohl genetische als auch soziale Faktoren. Ursache und Verlauf sind durch eine Vielzahl an Variablen bestimmt, von denen keine allein für den Ausbruch der Krankheit verantwortlich gemacht werden kann. Einige Persönlichkeitsmerkmale (Perfektionismus, Kontrollbedarf über die eigenen emotionalen Erlebnisse und dem Leben anderer), erhöhen maßgeblich die Prädisposition für Essstörungen. Der übertriebene Schlankeitskult der industriellen Gesellschaften, in denen Schlankeheit einen persönlichen Erfolg verkörpert, bereitet das Feld, auf dem sich ein tieferes Unbehagen in Störung entfalten kann. Laut Aussage des italienischen epidemiologischen Zentrums (Centro Nazionale Epidemiologico dell'Istituto Superiore di Sanità) liegt die Prävalenz der Anorexie in Italien

Verspätete Diagnosen verringern die Heilungschancen



¹ Diagnostic and Statistic Manual - APA - American Psychiatric Association 2013

² International Classification of Disorders - WHO - World Health Organisation 2000

bei 0,2% - 0,8%, jene der Bulimie bei 1% - 5%. Diese Daten decken sich mit jenen im internationalen Vergleich.

Die Häufigkeit in der Bevölkerung ist in der Altersklasse 15 - 25 deutlich höher, wobei eine Zunahme bei den unter 15jährigen und den über 40jährigen zu vermerken ist, was auf eine besorgniserregende Erweiterung der Risikogruppen hindeutet. Von Essstörungen sind vorwiegend Mädchen und Frauen betroffen (9:1), wobei die Diagnosen bei Männern und Burschen im Zunehmen begriffen sind. Bemerkenswert sind auch neue Formen der Pathologie (Bigorexia und Orthorexia) und Störungen im Kindesalter, die ganz besonders schwer zu behandeln sind. Das Sterberisiko bei einer Person mit Anorexiadiagnose liegt 5-10 Mal höher als bei Individuen gleichen Alters und Geschlechts. Von allen psychischen Erkrankungen haben Essstörungen die höchste Sterberate, wobei die häufigste Todesursache Selbstmord ist.

Der Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS) des Robert Koch Instituts³ zeigte bei mehr als einem Fünftel der Befragten Hinweise auf gestörtes Essverhalten (gesamt: 21,9 %; 11-13 Jahre: 20,6%; 14-17 Jahre: 22,7%).

Erbrechen und Missbrauch von Abführmitteln im Sinne eines übersteigerten Schlankheitsideals in der Bevölkerung weit verbreitet. Die ASTAT Jugendstudie und die HBSC Studie (Health Behaviour in Schoolaged Children) befragen Jugendliche in Südtirol über ihre Körperzufriedenheit. 88% der Jugendliche zwischen 11 und 15 Jahre sind normalgewichtig, aber 46% empfindet sich als zu dick. Die Anzahl der normalgewichtigen Jugendlichen, die Abnehmversuche unternehmen, steigt und dies kann bei veranlagten Individuen einen auslösenden Faktor bedeuten. Z.Z. sind im ganzen Lande ca 500 Personen wegen Essstörungen in Behandlung, die Zahl der Betroffenen liegt aber gewiss höher. Werden die Schätzungen an internationale Daten angeglichen, so vermutet man, dass in Südtirol 10 - 12.000 Frauen im Laufe ihres Lebens an einer Essstörung erkranken. Die meisten Menschen, die an Essstörungen erkranken, erhalten keine Diagnose und keine adäquate Behandlung. Eine entsprechende Behandlung integriert die Arbeit mehrerer Berufsbilder (Internist, Diätologe, Psychotherapeut, Psychiater, Ernährungstherapeut), die ihre Kompetenzen für einen gemeinsamen therapeutischen Prozess zu Verfügung stellen.

³ Hölling H., Schlack R.: *Essstörungen im Kindes- und Jugendalter. Erste Ergebnisse aus dem Kinder- und Jugendgesundheitsurvey (KiGGS). Bundesgesundheitsblatt - Gesundheitsforschung - Gesundheitsschutz 2007; 794-799*

⁴ *Nachdem von Essstörungen vorwiegend Frauen und Mädchen betroffen sind, werden wir hier, bei der Beschreibung der Patientinnen, immer die weibliche Form benutzen.*

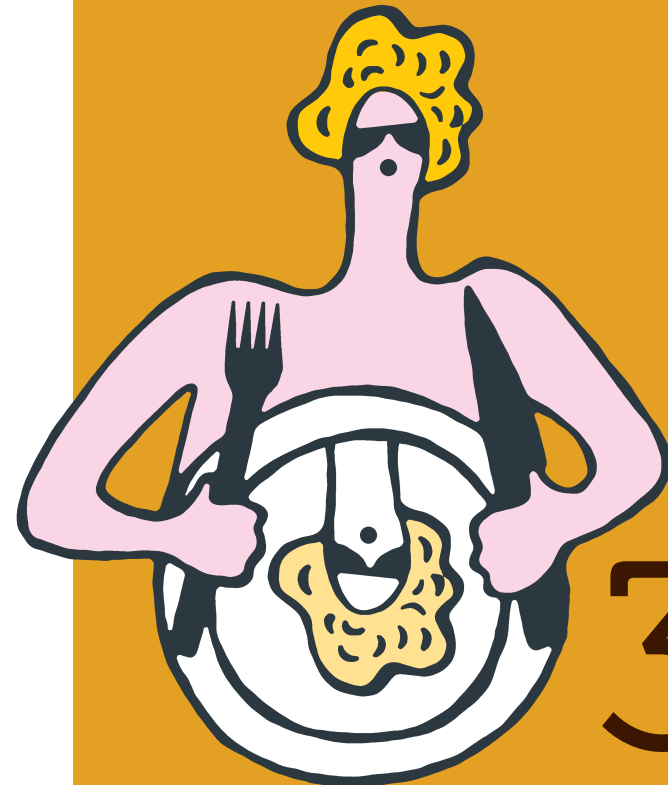
Ärztinnen und Ärzte, besonders Allgemeinmediziner, Gynäkologen, Pädiater und Zahnärzte sind oftmals erste Anlaufstelle für die Betroffenen und haben somit eine bedeutende Funktion in der Früherkennung von Essstörungen. Früherkennung erhöht die Heilungschancen maßgeblich und verhindert eine Chronifizierung der Störung.

Es ist uns ein Anliegen, Ihnen mit dieser Broschüre Informationen zur Früherkennung von Essstörungen und zum oft schwierigen Umgang mit Betroffenen ohne Krankheitseinsicht zu geben. Ziel ist es, Patientinnen⁴ so bald als möglich zu einer Therapie zu verhelfen. Das Wissen über die Störung erzeugt eine motivierende Wirkung bei Patientinnen mit geringer Problemeinsicht.

Diagnostik in Kürze nach DSM-V und ICD-10

Beim Untergewicht werden 4 Schweregrade unterschieden

Leicht	IMC >17 kg/m ²
Mäßig	IMC 16-16,9 kg/m ²
Schwer	IMC 15-15,9 kg/m ²
Sehr schwer	IMC < 15 kg/m ²



Anorexia nervosa

- > **Niedriges Körpergewicht**, (mindestens 15% unter dem zu erwartenden Gewicht bezogen auf das Alter oder BMI unter 17,5) selbst induziert.
- > **Weigerung**, das Körpergewicht über den Bereich des Untergewichtes bezogen auf Alter und Höhe, zu halten.
- > **Große Angst** vor Gewichtszunahme.
- > **Figur** und **Körpergewicht** haben übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl.
- > **Körperschemastörung**.
- > Es werden zwei Subtypen unterschieden: der restriktiven Typus und jener mit kompensatorischen Verhalten wie Erbrechen, Gebrauch von Laxantien, exzessiver sportlicher Betätigung.

Bulimia nervosa

- > **Essattacken**: in kurzer Zeit werden große Nahrungsmengen mit dem Gefühl eines totalen Kontrollverlusts konsumiert.
- > **Unangemessene kompensatorische Verhaltensweisen**, um Gewichtszunahme gegenzusteuern wie selbst induziertes Erbrechen, Laxantien, Diuretika, Einläufe, Fasten oder intensive sportliche Betätigung.
- > **Essanfälle** und **Kompensationsverhalten** treten mindestens zwei Mal pro Woche über drei Monate hinweg auf.
- > **Übertriebene Furcht** dick zu werden.
- > **Figur** und **Körpergewicht** haben übermäßigen Einfluss auf das Selbstwertgefühl.

Binge Eating Disorder

- > **Essattacken**: in kurzer Zeit werden große Nahrungsmengen mit dem Gefühl eines totalen Kontrollverlusts konsumiert.
- > **Essattacken** treten ohne kompensatorische Verhaltensweisen auf.
- > **Essanfälle** treten mindestens **zweimal pro Woche** über sechs Monate hinweg auf.
- > Nach den **Essattacken** kommt es zu großen **Scham-** und **Schuldgefühlen** und Ekel sich selbst gegenüber.

Auf eine Auflistung atypischer und nicht näher bezeichneter Essstörungen oder sonstiger Essstörungen soll an dieser Stelle verzichtet werden.

Body Mass Index (BMI)

Der **Bodymassindex** ist eine Maßzahl für die Bewertung des Körpergewichts eines Menschen in Relation zu seiner Körpergröße. Der BMI ist lediglich ein grober Richtwert, da er weder das Geschlecht, noch die individuelle Zusammensetzung der Körpermasse aus Fett- und Muskelgewebe eines Menschen berücksichtigt. Trotzdem gilt er als guter Indikator um festzustellen, ob eine Person normal-, unter- oder übergewichtig ist. Berechnet wird der BMI, indem das Körpergewicht in kg durch die Körpergröße in Metern zum Quadrat dividiert wird.

Gewicht (kg)

Größe (m)²



unter 18,5
18,5 - 24,9
25,0 - 29,9
30,0 u. mehr

Untergewicht
Normalgewicht
Übergewicht
schweres Übergewicht

4

Allgemeine Risikofaktoren

- > Weibliches Geschlecht
- > Adoleszenz und frühes Erwachsenenalter
- > Leben in einer westlichen Gesellschaft

Individuelle Risikofaktoren

Gegenwärtige Bedingungen im familiären Kontext

- > Essstörungen
- > Depression und Alkoholabhängigkeit
- > Häufige Diäten
- > Kritische Bemerkungen über Gewicht, Körper und Ernährung
- > Zwanghafte und perfektionistische Züge
- > Affektarmut und mangelnder Kontakt mit den Eltern
- > Leben in einem Umfeld, in dem Schlantheit verherrlicht wird (Sport, Tanz, Mode)
- > Übergewicht

Merkmale der Person

- > Übergewicht
- > Persönlichkeitszüge (Perfektionismus – geringer Selbstwert – Schwierigkeiten im Umgang mit den Emotionen)
- > Angststörungen

Prädisponierende Erfahrungen

- > Sexueller Missbrauch, traumatische Erfahrungen
- > Erfahrungen von Spott bezogen auf Gewicht und Körper
- > Arbeit oder Freizeitaktivitäten (Sport), welche die Schlantheit fördern

Auslösende Faktoren

- > Traumen
- > Bedeutende Lebenskrisen (Krankheiten, Trennungen, Übersiedlungen...)
- > Todesfälle

Krankheitserhaltende Faktoren

- > Überbewertung des Körpergewichts, der Körperform und der Ernährung

Klinische Hinweise

Merkmale und Symptome

Anorexia nervosa

Symptome

- > Amenorrhoe
- > Meteorismus
- > Hyperaktivität
- > Schlafstörungen
- > Ermüdung
- > Cephalgie
- > Übermäßiges Frieren
- > Obstipation
- > Ödeme

Merkmale

- > Untergewicht
- > Niedere Körpertemperatur
- > Niedriger Blutdruck
- > Inanition (Abmagerung)
- > Muskelhypotrophie
- > Trockene Haut
- > Carotenodermie
- > Haarausfall
- > Lanugobehaarung
- > Akrozyanose
- > Bradychardie
- > Mesosystolisches Geräusch (Mitralklappenprolaps)
- > Dyspepsie

Bulimia nervosa

Symptome

- > Unregelmäßiger Zyklus
- > Meteorismus
- > Ermüdung
- > Cephalgie
- > Anschwellungen der Hände und Füße
- > Depression
- > Obstipation

Merkmale

- > Wirken oft gesund
- > Hyperkeratotische Läsionen am Handrücken (Russelzeichen)
- > Anschwellungen der Speicheldrüsen
- > Zahnschmelzerosion
- > Ödeme

Binge Eating disorder

Symptome

- > Fragen nach hypokalorischen Diäten
- > Unkontrollierbare Essanfänge
- > Meteorismus
- > Depression

Merkmale

- > Oft übergewichtig oder adipös



Klinisch relevante Komplikationen

Elektrolytische

- > Dehydratation
- > Hypokaliämie
- > Hypochlorämie
- > Hypomagnesiämie
- > Hypocalcämie
- > Hypophosphatämie durch Ernährungsaufbau
- > Nierensteine
- > Chronisches Nierenversagen
- > Ödeme durch Absetzen von Abführmittel
- > Ödeme durch Ernährungsaufbau
- > Ödeme durch Hypoalbuminämie

Kardiovaskuläre

- > Orthostatische Hypotension
- > Bradykardie
- > Herzinsuffizienz
- > Arrhythmie
- > Mytralklappenprolaps
- > Veränderungen am EKG
- > Herzstillstand

Gastrointestinale

- > Anschwellung der Speicheldrüsen
- > Hyperamylasämie
- > Ösophagitis / Ösophagusperforation
- > Meteorismus
- > Obstipation
- > Melanosis Coli
- > Ileus aufgrund von Hypokaliämie

Endokrine

- > Wachstumsverzögerung
- > Pubertätsverzögerung
- > Amenorrhoe
- > Hyperkortisolismus
- > Veränderung der Schilddrüsenfunktionen

Metabolische

- > Osteoporose / Osteopenie
- > Mangel Spurenelemente (z.B: Zink)
- > Vitaminmangel
- > Hypercholesterinämie
- > Adipositas

Pulmonale

- > Pneumonie durch Aspiration
- > Pneumomediastinum

Dermatologische

- > Haarausfall
- > Lanugobehaarung
- > Trockene Haut, brüchige Nägel, dünnes Haar
- > Carotenodermie
- > Exkoration oder Hautverhornung am Handrücken

Hämatologische/immunologische

- > Anämie
- > Leukopenie mit Lymphozytose
- > Thrombozytopenie
- > Veränderungen von CD4/CD8
- > Veränderungen in der Zellulären Immunantwort

Neurologische

- > Zerebrale Atrophie (Pseudoatrophie), Hirnatrophie
- > kognitive Defizite
- > Erweiterung der zerebralen Ventrikel



Indikation für eine Notaufnahme in eine internistische Abteilung (APA 2006)

Erwachsene

- > FCFC < 40/min
- > PA < 90/60 mmHg
- > Symptomatische Hypoglykämie (< 60 mmHg)
- > Hypokaliämie < 3 mmol/l
- > Körpertemperatur < 36°C
- > Dehydratation
- > Herzarrhythmie
- > Verlängertes QT Intervall
- > Gewicht < 75% Idealgewicht
- > Schnelle Gewichtsabnahme (> 10% in einem Monat)
- > Unfähigkeit, sich autonom zu ernähren

Minderjährige (< 18 Jahre)

- > Starke Gewichtsabnahme (< 75%)
- > PA < 80/50 mmHg
- > FC < 50 /min
- > Hypokaliämie
- > Hypophosphatämie
- > Clino- und orthostatische Veränderungen (PRVerringerung mehr als 10-20 mmHg)
- > Unfähigkeit, sich autonom zu ernähren

Indikation für eine Notaufnahme in eine psychiatrische Abteilung (APA 2006)

- > Hohes Selbstmordrisiko / Selbstverletzung / Alkoholmissbrauch / Drogenmissbrauch / Medikamentenmissbrauch
- > Psychiatrische Komorbidität
- > Familiäres Umfeld, das einer Behandlung im Weg steht
- > Soziale Isolierung
- > Geringe Motivation oder mangelnde Einsicht über die Schwere der Störung



Früherkennung einer Essstörung

In Ihrer täglichen Praxis sind Sie sicherlich mit Patientinnen konfrontiert, die mit Symptomen an Sie herantreten, welche nicht sofort auf die Diagnose einer Essstörung hindeuten. Die klinische Einschätzung ist, neben einer sorgfältigen Beobachtung sowohl der Familiengeschichte als auch der individuellen Situation, grundlegend. Folgende Informationen können Sie durch Fragen an die Patientin ermitteln, um eine Diagnose zu erstellen:

> Hat die Patientin regelmäßig Ihre Menstruation?

> Denkt sie viel ans Essen und/oder an ihre Körpermitte?

> Wie oft wiegt sie sich?

> Ist sie zufrieden mit ihrem Gewicht und Ihrer Figur?

> Hält sie oft Diät?

> Kommt es vor, dass sie fastet oder Mahlzeiten auslässt?

> Hat sie häufig Gewichtsschwankungen?

> Wie viele Stunden pro Woche betreibt sie Sport?

> Gibt es Nahrungsmittel, die sie sich verbietet?

> Weiß sie, wie viele Kalorien sie täglich zu sich nimmt und wie viele sie zu sich nehmen möchte?

> Passierte es ihr, heimlich zu essen?

> Nimmt sie Abführmittel und/oder Entwässerungstabletten ein?

> Kommt es vor, dass sie in zwanghafter Art und Weise isst, und das Gefühl hat, nicht mehr aufhören zu können?

Beobachten Sie außerdem ...

- > ... die Patientin **verletzt sich selbst** (ritzen an den Armen, Haare ausreißen).
- > ... die Patientin hat **Verletzungen am Handrücken**, welche auf absichtliches Erbrechen hinweisen.
- > Fragen Sie die Eltern ob sie folgendes beobachtet haben:
Stimmungsschwankungen, sozialer Rückzug, Essattacken oder **strenge Diäten** (Auslassen von Mahlzeiten – reduzierte Portionen – Einteilung in gute und schlechte Lebensmittel – im Teller herumstochern – das Essen zerstückeln).

Wussten sie dass ...

- > Amenorrhoe ist ein sekundäres Symptom der Ernährungseinschränkung und des Gewichtsverlustes. Ziel der Therapie muss also eine Intervention auf die erhaltenden Faktoren (z.B. die Diät) sein. Eine Verabreichung von Östrogenen (Antibaby Pille) leugnet den Zusammenhang der Amenorrhoe mit einer komplexeren Symptomatik und verhindert eine Einsicht der Krankheit.
- > Ein Gewichtsverlust ist kontraindiziert in normalgewichtige Individuen (BMI zwischen 18,5 und 29,9), denn eine Diät erhöht das Risiko, eine Essstörung zu entwickeln um das 8fache. Wenn normalgewichtige Personen abzunehmen versuchen, tun sie dies meistens nicht aus gesundheitsfördernden Gründen, sondern nur aus ästhetischen.
- > Personen, die Laxantien benutzen, tun dies auf zwei Weisen:
 1. unregelmäßig um eingenommene Kalorien (nach einem objektiven oder subjektiven Essanfall) auszuscheiden. In diesem Fall ist der Laxantiengebrauch dem selbst induzierten Erbrechen gleichzusetzen;
 2. regelmäßig, um die Kalorienaufnahme zu reduzieren und den Effekt „flacher Bauch“ zu erreichen. Problematisch ist, dass man durch Laxantien keine Kalorien ausscheidet, sondern eher Wasser und Elektrolyte.

B

Tipps für den ersten Umgang mit Patientinnen mit Essstörungen

Personen, die an Essstörungen leiden, neigen dazu, das Problem zu verharmlosen oder zu leugnen.

Manchmal fehlt ihnen die Einsicht an einer Störung zu leiden, manchmal besteht eine großes Schamgefühl oder die Angst, auf das Symptom verzichten zu müssen (z.B. das Dünnsein oder die beruhigende Wirkung eines Essanfalles). Diese Patientinnen benötigen einen sensiblen und gleichzeitig bestimmenden Umgang. Es ist wichtig, ihnen das Gefühl der absoluten Autonomie zu geben, jede Entscheidung bleibt letztendlich bei



ihnen. Das, was Ärzte tun können ist, sie über die zum Teil schwerwiegenden Folgen ihres Essverhaltens zu informieren und sie zu einer bewussten Behandlung zu motivieren. Im Falle eines extremen Untergewichts ist es wichtig, dass sie über die Folgen eines eventuellen klinischen Notfalls informiert sind. Auch diejenigen, die das Problem leugnen, haben ein Problembewusstsein. In der Regel sind die Patientinnen ambivalent und

nehmen, besonders vor Personen, die sie überreden wollen etwas zu verändern, eine leugnende Haltung ein.

Patientinnen mit Krankheitseinsicht: wenn sich eine Person an Sie wendet und Ihnen ausdrücklich von ihrer Essstörung berichtet, so hat sie bereits einen bewussten Weg eingeschlagen und ist bereit, Hilfe anzunehmen. Es ist hilfreich, klar und einfühlsam zu sein, ohne zu vergessen, dass das Eingestehen einer Essstörung für die Patientin schwierig und leidvoll ist.

Patientinnen ohne Krankheitseinsicht: wenn sich eine Person mit klaren körperlichen Symptomen an Sie wendet, die an eine Essstörung denken lassen, spricht die Patientin diese aber nicht von sich aus an, sprechen Sie ihren Verdacht klar aus, besonders, wenn dieser durch ihre diagnostischen Fragen bestätigt wird. Informieren Sie die Patientin über mögliche Folgen ihres Essverhaltens. Sollte die Patientin eine Therapie verweigern, ist es möglich, dass sie zumindest eine anonyme Beratung bei INFES in Anspruch nimmt.

Junge Patientinnen: werden Sie von jüngeren Mädchen wegen Problemen konsultiert, die auf die Möglichkeit einer Essstörung hindeuten, so wehren sich die Mädchen möglicherweise dagegen, die Eltern über ihre Erkrankungen zu informieren. Wenn medizinisch vertretbar, versuchen Sie die Eltern erst einzuschalten, wenn Sie das Vertrauen des betroffenen Mädchens gewonnen haben. Keine Kommunikation oder therapeutische Entscheidung sollte getroffen werden, ohne das Mädchen vorher darüber informiert zu haben. Dies würde ihre Behandlungsmotivation gefährden.

Patientinnen mit Akutgefährdung: wendet sich eine Patientin mit einem Krankheitsbild von schwerem Untergewicht und/oder in einem akut lebensbedrohlichen körperlichen Zustand an Sie, so ist es notwendig, sie über das Risiko, welches sie läuft, zu informieren und die Unterlagen für eine Krankenhauseinweisung vorzubereiten. Bei einem Body-Mass-Index kleiner als 14 ist der klinische Zustand meist lebensbedrohlich.

Einige praktische Hinweise

Die folgenden Hinweise beziehen sich auf Patientinnen, die eine klinische Stabilität aufweisen

- > Patientinnen mit Essstörungen haben in der Regel schwerwiegende Probleme mit ihrem Körperbild und reagieren sehr empfindlich auf Äußerungen in Bezug auf ihren Körper. Ein respektvoller Umgang und eine einfühlsame Sprache sind daher die Grundlage, um ihre Krankheitseinsicht zu wecken, welche wiederum motivierend für eine Verhaltensänderung sein kann.
- > Sätze wie „sie sollten zunehmen / sie sollten abnehmen“ oder „sie sind zu dick / zu dünn“ werden als belastende Kritik empfunden. Formulierungen wie „ihr Gewicht ist weit unterhalb des Normalbereichs“ klingen neutraler und können eher angenommen werden.
- > Sätze wie „sie leiden an einer Essstörung“ wirken entlastender als „sie sind essgestört“ oder „sie haben eine Essstörung“.
- > Patientinnen, die an Essstörungen leiden, sind oft

überzeugt, an ihrem Verhalten schuld zu sein. Sie glauben, es liege nur an ihnen, etwas zu ändern und die Tatsache, dass sie es nicht schaffen, hinterlässt in ihnen ein Gefühl des Versagens und der Scham. Von einem Arzt zu hören, es handle sich um eine Krankheit, die wie jede andere Pathologie auch, eine Behandlung braucht, kann entlastend wirken.

- > Ärztliche Untersuchungen gestalten sich manchmal schwierig, da das Auskleiden vor anderen Personen (auch vor den eigenen Partnern) wegen der Ablehnung des eigenen Körpers extrem schambesetzt ist. Auch Ängste aufgrund körperlicher oder sexueller Gewalterfahrungen sollen nicht außer Acht gelassen werden. Diese Aspekte erfordern von den Ärzt/inn/en ein hohes Maß an Einfühlungsvermögen und setzen die ausdrückliche Zustimmung der Patientin für jede Untersuchung voraus.
- > Manchmal brauchen Patientinnen etwas Zeit, um sich für oder gegen eine Behandlung zu entscheiden. Geben Sie der Patientin die Zeit zum Nachdenken und laden Sie sie zu einem Kontrolltermin in absehbarer Zeit ein.
- > Ist der Widerstand der Patientin gegenüber einer Behandlung groß, können

kleine Zwischenschritte verhandelt werden. Der Patientin noch einmal die Chance zu geben, es alleine zu probieren, hilft ihr manchmal, Vertrauen zu gewinnen und eine Behandlung zu akzeptieren. Zwischenschritte können z.B. eine leichte Gewichtszunahme oder eine Besserung körperlicher Symptome sein. Sollte diese nicht erreicht werden, machen Sie ihr verständlich, dass sie alleine nicht die Kraft für eine Veränderung hat und professionelle Unterstützung braucht.

- > Wenn die Patientin es ablehnt, sich für die therapeutische Behandlung an ein Ambulatorium zu wenden, kann eine Beratung bei INFES eine gute Zwischenlösung sein. Die Beraterinnen sind darauf geschult, Motivationsgespräche zu führen und können sich Zeit für mehrere Gespräche nehmen. Die Beratungen verlaufen dort kostenlos und anonym, so dass sich die Patientin zu nichts verpflichten muss. Die Mitarbeiterinnen sind gründlich über die Möglichkeiten der Behandlung in Südtirol und auch außerhalb Südtirol informiert. Dies kann dabei unterstützen, um eine Entscheidung zu treffen.

Auf den Punkt gebracht

Der Hausarzt, der Gynäkologe oder der Pädiater, sowie auch der Zahnarzt, kommen häufig mit Patientinnen in Kontakt, deren Symptome durch eine Essstörung entstanden sein könnten. Sie nehmen somit eine wichtige Funktion in der Diagnostik und gleichzeitig in einer möglichen Behandlung und Heilung ein.

- > Die Früherkennung erhöht die Heilungschancen einer Essstörung wesentlich.
- > Die Behandlung der Essstörungen bedarf einer engen Zusammenarbeit zwischen Arzt, Psychotherapeutin und Ernährungstherapeutin. Die spezialisierten Ambulatorien garantieren diese Teamarbeit.
- > Die Patientinnen leugnen oft das Problem. Man kann sie zu einer Einsicht und somit zu einer Behandlung motivieren, dies braucht Geduld und Einfühlungsvermögen.
- > Um eine Patientin zur Behandlung zu motivieren ist es wichtig, ein Vertrauensverhältnis aufzubauen, bei dem sowohl ihr Leiden als auch ihre Autonomie respektiert werden. Wenn Sie eine Essstörung vermuten, dann

nehmen Sie sich genügend Zeit für ein ausführliches Gespräch.

- > Wenn Sie einer Betroffenen ohne Krankheitseinsicht deren Diagnose mitteilen, sprechen Sie offen und sachlich, gleichzeitig aber mit sehr viel Respekt, wobei zu berücksichtigen ist, dass eine Essstörung mit viel Scham und Versagensgefühlen begleitet wird. Verleugnet die Patientin ihre Erkrankung, so vereinbaren Sie weitere medizinische Kontrollen und sprechen Sie erneut an.
- > Bei extremem Untergewicht (einem Body-Mass-Index kleiner als 14) ist besondere Aufmerksamkeit notwendig und ein Krankenhausaufenthalt soll in Erwägung gezogen werden.



Wenden Sie sich an...

Richtlinien:

American Psychiatric Association (APA)

Practice Guideline for the Treatment of Patients With Eating Disorders. 2006

National Collaborating Centre for Mental Health (UK)

Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. 2004

Istituto Superiore di Sanità

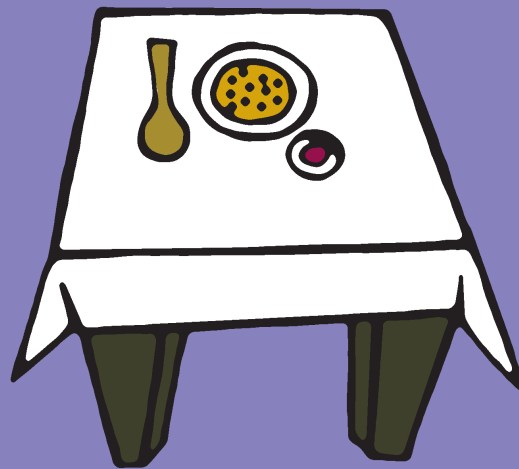
Conferenza di consenso sui Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) negli adolescenti e nei giovani adulti.

A cura di De Virgilio G., Coclite D., Napoletano A., Barbina D., Dalla Ragione L., Spera G., Di Fiandra T. 2013

Deutsche Gesellschaft für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie (DGMP) Deutsches Kollegium für Psychosomatische Medizin

Diagnostik und Therapie von Essstörungen.

S3Leitlinie 2010



Essstörungen brauchen multidisziplinäre Behandlung

Aufgrund der vielfältigen Ursachen von Essstörungen ist die Behandlung multidisziplinär durch ein Miteinander von Medizin, Psychotherapie und Ernährungstherapie zu gestalten. Im Idealfall findet die Behandlung in einem eng vernetzten Team aus ambulanten und stationären Einrichtungen statt, sodass jederzeit optimal auf die betroffenen Frauen und Mädchen eingegangen werden kann.

In Südtirol wird dies durch die vier Ambulatorien / interdisziplinären Teams in den vier Bezirken gewährleistet, die bei Notaufnahmen für Minderjährige auf die pädiatrische Abteilung in Brixen, bei Notaufnahmen für Erwachsene auf die psychiatrische Abteilung in Bozen verweisen. Minderjährige werden in Bozen und Bruneck ambulant von den Fachambulanzen für psychosoziale Gesundheit im Kindes- und Jugendalter betreut. Für die Rehabilitation hat die Klinik in Bad Bachgart ein eigenes Programm für Essstörungen.

Die Fachstelle für Essstörungen INFES bietet anonyme und kostenlose Beratungen für Betroffene aber auch für Angehörige und Freunde, Motivations- und Informationsgespräche für mögliche Therapien. Zudem bietet die INFES gegen Bezahlung Gruppenangebote wie Psychosoziale Trainingsgruppe, Kunsttherapie u.a. Kurse, welche die Einzeltherapien unterstützen und stimulieren.

Adressen, Broschüren, Links

Beratungsstellen

INFES - Fachstelle für Essstörungen

Erstberatungen kostenlos und anonym
Auch für Angehörige, Freunde, Lehrpersonen etc.
Talfergasse 4
39100 Bozen
Telefonberatung: Tel. 0471.970039
E-mail Beratung: info@infes.it - www.infes.it

Ambulante Einrichtungen

Ambulatorium für Essstörungen Bozen

In Zusammenarbeit mit
> Dienst für Diät und Ernährung
> Zentrum für Psychosomatik Consis
Sparkassenstraße 8
39100 Bozen
Tel. 0471.970383
info@eatingdis.it

Ambulatorium für Essstörungen Meran

In Zusammenarbeit mit
> Dienst für Diät und Ernährung
> Psychologischer Dienst
> Familienberatungsstelle Lilith
> Familienberatungsstelle EEBS
Krankenhaus Meran
Rossinistraße 1
39012 Meran
Tel. 0473.251250
diet@asbmeran-o.it

Interdisziplinäres Team für Essstörungen Bruneck

In Zusammenarbeit mit
> Dienst für Diät und Ernährung
> Zentrum für Psychische Gesundheit
Krankenhaus Bruneck
Spitalstraße 11
39031 Bruneck
Tel. 0474.581120
diaet-bruneck@sb-bruneck.it

Ambulatorium für Essstörungen Brixen

In Zusammenarbeit mit
> Ambulanz und Abteilung Medizin 1
> Dienst für Diät und Ernährung
> Psychologischer Dienst
Krankenhaus Brixen
Dantestrstraße 51
39042 Brixen
Tel. 0472.812711
diaetdienst@sb-brixen.it
psychologischerdienst@sb-brixen.it

Fachambulanz für psychosoziale Gesundheit im Kindes- und Jugendalter Bozen

Grieser Platz 10
39100 Bozen
Tel. 0471.446 211

Fachambulanz für psychosoziale Gesundheit im Kindes- und Jugendalter Bruneck

Herzog Sigmund Straße 1
39031 Bruneck
Tel. 0474.370402
verwaltung@eos-jugend.it
www.eos-jugend.it

Stationäre Behandlung Für Minderjährige in Akutsituationen

Abteilung für Pädiatrie
Krankenhaus Brixen
Dantestraße 51
39042 Brixen
Tel. 0472.812670

Therapiezentrum Bad Bachgart

Therapiezentrum für Abhängigkeiten und psychosomatische Störungen
St. Pauls 56
39030 Rodeneck
Tel. 0472.887611
badbachgart@sb-brixen.it



INFES

FACHSTELLE FÜR ESSSTÖRUNGEN/
CENTRO PER DISTURBI DEL
COMPORAMENTO ALIMENTARE

Talfergasse 4
I - 39100 Bozen
Tel. 0471.970039
info@infes.it
www.infes.it

Wir danken für die Unterstützung:

