



# Transition und Essstörungen

Am Beispiel der Anorexia nervosa

**Dr. Dipl.-Psych. David Kolar**

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und –psychotherapie

Universitätsmedizin Mainz

# Anorexia nervosa (DSM-5 Kriterien)

- A: Eingeschränkte Energieaufnahme mit daraus folgendem signifikanten Untergewicht
- B: Gewichtsphobie oder Angst dick zu werden oder gewichtsreduzierendes Verhalten trotz Untergewicht
- C: Körperbildstörung oder übertriebener Einfluss von Figur und Gewicht auf die Selbstwertung
- D: ICD-10: Amenorrhoe (nicht bei DSM-5)

# Prävalenz der Anorexia nervosa

- 12-Monats-Prävalenz bei Jugendlichen: 0.2 %
- Schulen in RLP, N= 1654, mittleres Alter 13.4 Jahre,
  - 0.3 % (5♀:0♂) Anorexia Nervosa, 3.6% (45♀:13♂) atypische AN

Kessler, R. C., Avenevoli, S., Costello, E. J., Georgiades, K., Green, J. G., Gruber, M. J., Merikangas, K. R. (2012). Prevalence, persistence, and sociodemographic correlates of DSM-IV disorders in the National Comorbidity Survey Replication Adolescent Supplement. *Arch Gen Psychiatry*, 69(4), 372-380.

Ernst, V., Bürger, A., & Hammerle, F. (2017). Prevalence and severity of eating disorders: A comparison of DSM-IV and DSM-5 among German adolescents. *International Journal of Eating Disorders*, 50(11), 1255-1263.

# Veränderung der Inzidenz im Bereich AN

**TABLE 2. Nonadjusted and adjusted incidence rates of AN per 100,000 PY by sex, in total, and by age groups**

		Nonadjusted					Adjusted				
		Incidence Rate Per 100,000 PY				APC (1995–2010)	Incidence Rate Per 100,000 PY				APC (1995–2010)
		1995	2000	2005	2010		1995	2000	2005	2010	
Sex and total	Male	0.9	1.5	1.6	2.4	7.2 <sup>a</sup>	0.9	1.4	1.3	1.4	3.0 <sup>a</sup>
	Female	9.9	14.1	16.8	19.3	4.7 <sup>a</sup>	9.9	10.8	10.0	10.5	0.1
	Total	6.4	8.0	10	12.6	4.7 <sup>a</sup>	6.1	6.2	6.3	6.4	0.3 <sup>a</sup>
Age groups (years)	4–11	0.4	0.9	2.3	3	9.6 <sup>a</sup>	0.4	1.0	1.8	1.5	3.9
	12–15	27.5	36.8	46.1	61.4	5.1 <sup>a</sup>	27.5	27.5	22.6	25.3	–2.0 <sup>a</sup>
	16–19	29.2	38	37.1	46.3	3.9 <sup>a</sup>	29.2	26.6	19.4	20.8	–2.2 <sup>a</sup>
	20–29	9.3	15.3	18.8	18.4	5.9 <sup>a</sup>	9.3	13.4	13.7	11.7	2.3 <sup>a</sup>
	30–39	1.8	4.0	4.5	4.3	6.4 <sup>a</sup>	1.8	4.3	4.4	3.9	5.3 <sup>a</sup>
	40+	0.4	0.6	0.9	1.1	3.9 <sup>a</sup>	0.4	0.6	1.0	1.1	3.8 <sup>a</sup>

Abbreviations: APC, annual percent change; PY: person-years.

<sup>a</sup> $p < .05$ .

Adjustierung für generelle Zunahme psychiatrischer Störungen

# Ersterkrankungsalter

- Anorexia nervosa Altersgipfel bei 15/16 Jahren
  - Onset bei ca. 5-10% der Betroffenen vor Menarche
- Einweisung in erste stationäre KJP-Behandlung:
  - 10. – 13. LJ: 10 %
  - 13. – 15. LJ: 56 %
  - 16. – 18. LJ: 33 %
- Bulimia nervosa Altersgipfel bei 18/19 Jahren

Fegert, J. M., Eggers, C., & Resch, F. (2012). *Psychiatrie und Psychotherapie des Kindes-und Jugendalters*. Heidelberg Berlin: Springer-Verlag. S. 662, 666, 669.

Bühren, K. et al. (2017): First Sociodemographic, Pretreatment and Clinical Data from a German Web-Based Registry for Child and Adolescent Anorexia Nervosa. *Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie*. 45 (5): 393–400.

# Outcome

- 54 - 83 % Heilung (Adoleszente), **schlechtere Raten** bei Erwachsenen
- 47% geheilt insgesamt (**selten in den ersten beiden Erkrankungsjahren**), 33% gebessert, 20% chronisch
- 5-16% der Betroffenen versterben an der Essstörung
- langfristig wirksame prognostische Faktoren
  - Krankheitsdauer vor der ersten Behandlung
  - Ausmaß des Gewichtsverlustes zu Behandlungsbeginn

AWMF. (2019). Gemeinsame S3-Leitlinie Diagnostik und Therapie der Essstörungen.

Zipfel S, Lowe B, Reas DL et al (2000) Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet* 355:721–722

Arcelus, J. et al. (2011). Mortality Rates in Patients With Anorexia Nervosa and Other Eating Disorders. *JAMA*.

**Anorexia nervosa weist als typische Erkrankung des Jugend- und jungen Erwachsenenalters besondere Schwierigkeiten in der Transition auf**



Deutsche Gesellschaft für  
Kinder- und Jugendpsychiatrie,  
Psychosomatik und  
Psychotherapie e.V.



Deutsche Gesellschaft  
für Psychiatrie und Psychotherapie,  
Psychosomatik und Nervenheilkunde

Eckpunktepapier von DGKJP und DGPPN

23. Juni 2016

## Übergang zwischen Jugend- und Erwachsenenalter: Herausforderungen für die Transitionspsychiatrie



# Allgemeine Probleme der Transition

- Unterschiedliche Entwicklungsstände und Reifungen → Erwachsenwerden endet nicht mit dem 18. Geburtstag
- Lebenssituationen: 19-jährige Schülerin vs. 19-jähriger Lehrling vs. 19-jährige Studentin vs. 19-jährige Mutter?
- Erhebliche Schnittstellenprobleme zwischen Kinder-/Jugendlichen- und Erwachsenenversorgung v.a. im stationären Setting
- Häufig Ende der Jugendhilfe mit 18 Jahren

# Spezifische Transitionsprobleme bei Anorexie

- Komorbide beginnende Persönlichkeitsstörungen
- Krankheitseinsicht
- KJP: deutlich höherer Betreuungsschlüssel v.a. während Mahlzeiten
- Umgang mit körperlichen Begleiterkrankungen (z.B. Perikarderguss, Bradykardie)

## KJP: „gerade noch 17...“

- Oft fremdmotiviert
- Enger Einbezug der Familie und Betreuer
- Pädagogisches Team
- Zuweilen sehr restriktiv (bis zu Zwangsmaßnahmen)

## ErwP: „...heute schon 18“

- Kommen gar nicht
- Eher patientenzentriert, individuelle Arbeitsweise
- Selbstorganisation
- Betonung von Autonomie und freier Entscheidung

# „Care Gap“-Gefahren

- Abbruch der Behandlung
- Hohe Chronifizierung
- Schlechte Outcomes



# Transitionspsychiatrie bei Anorexie (I)

- Individuell
  - Falls stationäre Behandlung erforderlich: Sofern möglich, vor 18. LJ in KJP aufnehmen
  - Frühzeitig Planung der Unterstützung über den 18. Geburtstag hinaus (z.B. Jugendhilfe, ambulante Folgebehandler, vorsorgliche Betreuerbestellung nach §1908a BGB)
  - Unbedingter Einbezug der Bezugspersonen in Behandlung

# Transitionspsychiatrie bei Anorexie (II)

- Strukturell:
  - Schaffung spezifischer Adoleszentenstationen (meist 16 – 26 Jahre)
  - Bedarfsbezogene Protokolle zur Gestaltung des Übergangs
  - Abrechnungsmöglichkeiten für gemeinsame Übergabegespräche bei ambulanter Behandlung

Arcelus, J. , Bouman, W. P. and Morgan, J. F. (2008), Treating young people with eating disorders: transition from child mental health to specialist adult eating disorder services. *Eur. Eat. Disorders Rev.*, 16: 30-36.

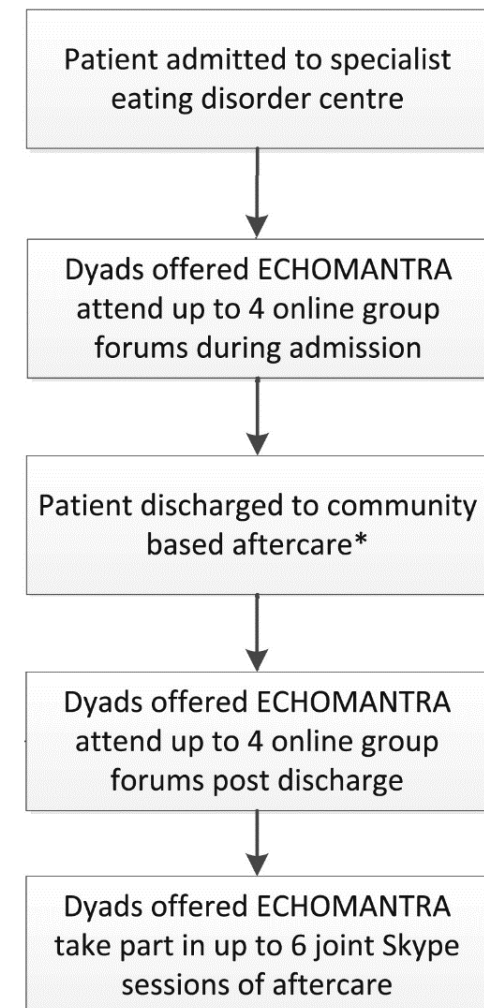
Maur, S. (2016). Herausforderungen und Chancen der Transitionspsychotherapie. *Vortrag*. [https://www.lpk-rlp.de/fileadmin/user\\_upload/transition\\_maur\\_fachtagung\\_2016\\_handout.pdf](https://www.lpk-rlp.de/fileadmin/user_upload/transition_maur_fachtagung_2016_handout.pdf).

# FBT-TAY Behandlungsansatz

- Familienbasierte Therapie (FBT) beste Behandlungserfolge für Kinder- und Jugendliche
- FBT-Tailored for Young Adults (FBT-TAY): Angepasst an spezifische Bedürfnisse (v.a. Loslösung vom Elternhaus) und häufige Probleme (z.B. Distanz zwischen Elternhaus und Kind)
- Eltern übernehmen Kontrolle über die Essstörung des jungen Erwachsenen (z.B. bei Familienmahlzeiten, Unterstützung beim Einkaufen, Begleitung ins Fitnessstudio)

# ECHOMANTRA online guided care

- Spezifisches Angebot für Jugendliche > 17 Jahre
- Etablierung von Online-Foren zum Austausch über Patienten- und Helfermaterialien
- Nach stationärer Behandlung gemeinsame Skype-Sitzungen







KEEP  
CALM  
AND  
MIND  
THE  
GAP

Dr. David Kolar

Klinik für Kinder- und  
Jugendpsychiatrie

David.kolar@unimedizin-mainz.de

Tel.: 06131-173282

Twitter: @DavidRKolar

[www.unimedizin-mainz.de/  
kinderpsychiatrie](http://www.unimedizin-mainz.de/kinderpsychiatrie)