

Was hat die Essstörung mit der Familie zu tun? Und was hat die Familie mit der Essstörung zu tun?

IPKJ- Symposium 2023

KD Dr. med. Dagmar Pauli





Zusammenhang Essstörungen und Familie



- Was hat Essstörungen mit der Familie zu tun?
- Ist die Familie «Schuld» an der Essstörung?
- Wie wirkt sich die Essstörung auf die Familie aus?
- Was kann die Familie beitragen zur Gesundung?
- Wie beziehen wir die Familie ein in die Behandlung?





Was hat die Familie mit der Entstehung der Essstörung zu tun? Ist die Familie «Schuld» an der Essstörung?



Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

Hilde Bruch Der goldene Käfig Das Rätsel

der Magersucht

Ratgeber



Essstörungen Entstehungsmodell

Soziokulturelles Umfeld: Medien, Schlankheitsdruck, Ernährung

- Genetische Prädisposition zu schnellem Gewichtsverlust
- Pränatale Hormone
- weibliches Geschlecht
- frühe Menstuation

Adoleszenz

- Hirnentwicklung
- ..Stress"
- Medienkonsum ↑

Sekundäre körperliche und psychische Veränderungen

- Depression ↑
- Angst 个
- Zwanghaftigkeit ↑
- Starvationsfolgen

Prädispositionen

- individuell-persönliche Faktoren
- familiäre Faktoren
- soziokulturelle Faktoren
- biologische Faktoren

Auslösende Faktoren

Psychische Konflikte und Probleme

- niedriges Selbstwertgefühl
- affektive Instabilität



Persönlichkeitszüge

- Perfektionistisch
- ängstlich
- negative Grundstimmung

Familie

- höhere soziale Schicht
- Mutter mit Essstörung
- Diät
- negative Bemerkungen von Familienmitgliedern und Peers
- Sexuelle Übergriffe

bulimisch / anorektischer Lösungsversuch

- Gewichtsverlust
- Erbrechen



Essstörungen Entstehungsmodell

Soziokulturelles Umfeld: Medien, Schlankheitsdruck, Ernährung

- Genetische Prädisposition zu schnellem Gewichtsverlust
- Pränatale Hormone
- · weibliches Geschlecht
- frühe Menstuation

Adoleszenz

- Hirnentwicklung
- "Stress"
- Medienkonsum ↑

Sekundäre körperliche und psychische Veränderungen

- Depression 个
- Angst 个
- Zwanghaftigkeit个
- Starvationsfolgen

Prädispositionen

- individuell-personliche Faktoren
- familiäre Faktoren
- soziokulturelle Faktorer
- biologische Faktoren

Auslösende Faktoren

Psychische Konflikte und Probleme

- niedriges Selbstwertgefühl
- affektive Instabilität

Persönlichkeitszüge

- Perfektionistisch
- ängstlich
- negative Grundstimmung

Familie

- höhere soziale Schicht
- Mutter mit Essstörung
- Diät
- negative Bemerkungen von Familienmitgliedern und Peers
- Sexuelle Übergriffe

bulimisch / anorektischer Lösungsversuch

- Gewichtsverlust
- Erbrechen

9 Truths about Eating Disorders (AES 2017)



Truth 2

Families are not to blame and can be the patients' and providers' best allies in treatment

Truth 2: Was ist die Evidenz? Was sind «traits» in Familien mit Essstörungen?



Es gibt nur wenige Longitudinalstudien:

- > Jeffrey et al., 2002
 - Geringe elterliche Bildung erhöhtes Risiko für Adipositas bei Knaben
 - > Physische Vernachlässigung in der Kindheit: assoziiert mit einem höheren Risiko von selbstinduziertem Erbrechen und Medikamentenabusus zur Gewichtsabnahme
- ➤ Nicholls et al., 2009
 - AN wurde vorhergesagt durch: Fütterprobleme und Untergewicht im Kindesalter (OR 2.6), mütterliche Depression (OR 1.8)
 - Protektiv für AN waren: höherer BMI der Mutter (OR 0.91), höherer Selbstwert der Mutter (OR 0.3)

Die meisten Studien untersuchen korrelierende Zusammenhänge zwischen Familienfunktion und Essstörung. Kausale Zusammenhänge lassen sich daraus nicht ableiten.

Entstehungsbedingungen



Essstörung der Mutter

Ehemals essgestörte Mütter füttern ihre Babys eher nach Plan.
 Mütter aus der nicht essgestörten Vergleichsgruppe füttern eher nach Bedürfnis der Kinder.

(Evans & le Grange 1995)

 Kinder essgestörter Mütter zeigen stärkeres Essbedürfnis;
 ihre Mütter sind besorgter über ihr Gewicht und Essverhalten (Agras et al 1999)

Truth 2: Was ist die Evidenz?



Zusammenhang mit Familiären Strukturen / Beziehungen

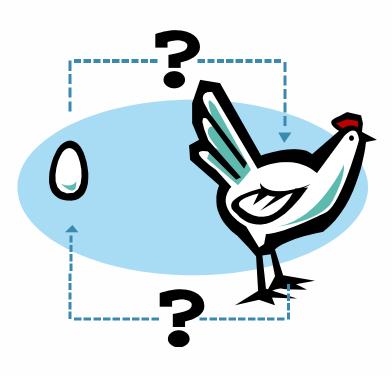
Familie von Betroffenen von Essstörungen sind eine heterogene Gruppe. Bisher haben sich besondere Merkmale dieser Familien durch Forschung nicht bestätigt

Reviews

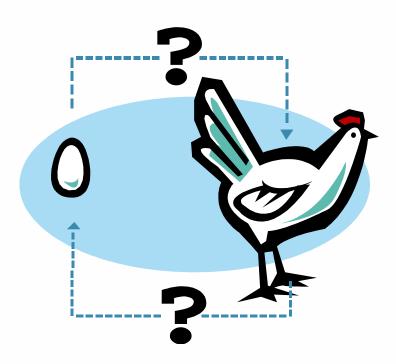
Campbell & Peebles, 2014; Eisler, 2005, 2008; Larsen, Strandberg-Larsen, Micali, & Andersen, 2015; le Grange, Lock, Loeb, & Nicholls, 2010; Strober & Humphrey, 1987; Yager, 1982



Universitätsklinik Zürich







Auffälligkeiten in der Familie sind oft nicht Ursache sondern vielmehr Folge der Essstörung

Essstörung und Familie





Anorexie

- erhöhte Konfliktvermeidung oder hohe Level an «expressed Emotion»
- enge Bindung an einen Elternteil bei gleichzeitig grösserer Distanz zum anderen
- wenig Abgrenzung zwischen den Familienmitgliedern
- grosse Harmoniebedürftigkeit
- Überprotektivität vor allem von Seiten der Mutter

Bulimie

- konflikthafte Familienbeziehungen; hohe Level an «expressed Emotion»
- instabile Beziehungsmuster
- wenig gemeinsame Mahlzeiten

Belastung der Familie durch die Essstörung ohne Unterstützung



Psychiatrische

Universitätsklinik Zürich

Elter erleben die Symptomatik als «absichtlich»



Emotionaler Stress der Eltern 个

Verstärkung der Symptomatik der Essstörung Verzweifelte
«Antworten» der Eltern
auf die Starvation ihres
Kindes



Frühe Formen von Essstörungen und was die Familie damit zu tun hat

Picky Eaters

- im Kindesalter häufig (bis zu 20%)
- Präferenz für süsse Speisen
- Vermeiden von Gemüse und Obst
- erhöhte Rate von psychopathologischen Auffälligkeiten
- erhöhte Rage von psychosomatischen Beschwerden
- kann assoziiert sein mit tiefgreifenden Entwicklungsstörungen (sensorische Auffälligkeiten)



Teufelskreis durch elterliche Besorgnis Interaktionsstörung im Vordergrund

Risiko für spätere Essstörungen insbesondere Anorexie erhöht



Beratung bei Picky Eating Deeskalationsstrategien



- Beim Essen nicht über das Essen reden und keinen Druck ausüben
- Kinder beim Einkaufen involvieren, z.B. Früchte und Gemüse aussuchen lassen
- Veränderungen sehr langsam anstreben
- Neue Nahrungsmittel Schritt für Schritt einführen
- Neue mit alten Nahrungsmitteln kombinieren
- Wenige Sorten gesunder Nahrungsmittel sind ausreichend



Time trends



- Patientinnen immer jünger
- Schlankheitsstreben der jüngeren Generation stärker
- Körpergefühl der jüngeren Generation schlechter
- Inzidenz Anorexie bei Jugendlichen signifikant gestiegen
- Gesamtzahl der Essstörungen gestiegen, insbesondere atypische Formen



Favaro et al., 2009 Vanderlinden et al., 2009 Van Sol et al., 2006 Mikali et al., 2013

Time trends



- Patientinnen immer jünger
- Schlankheitsstreben der jüngeren Generation stärker
- Körpergefühl der jüngeren Generation schlechter
- Inzidenz Anorexie bei Jugendlichen signifikant gestiegen
- Gesamtzahl der Essstörungen gestiegen, insbesondere atypische Formen



Auch die Essstörung der Gesellschaft muss behandelt werden!



Favaro et al., 2009 Vanderlinden et al., 2009 Van Sol et al., 2006 Mikali et al., 2013

Time trends



- Patientinnen immer jünger
- Schlankheitsstreben der jüngeren Generation stärker
- Körpergefühl der jüngeren Generation schlechter
- Inzidenz Anorexie bei Jugendlichen signifikant gestiegen
- Gesamtzahl der Essstörungen gestiegen, insbesondere atypische Formen



Auch die Essstörung der Gesellschaft muss behandelt werden!



Favaro et al., 2009 Vanderlinden et al., 2009 Van Sol et al., 2006 Mikali et al., 2013

Was hat das mit der Familie zu tun?



Eine Diät im Jugendalter ist zwar noch keine Essstörung, aber ein Risikoverhalten!



Rolle der Eltern in Früherkennung und Frühintervention wichtig

Zweitgenerationeneffekt:

Die heutigen Eltern sind bereits mit Schlankheitsstreben und Diäten aufgewachsen und geben die Fixierung auf gesunde Ernährung und schlanken Körperbau immer früher an ihre Kinder weiter.

Essstörungen bei Kindern und Jugendlichen - Prognose



Ein kürzeres Intervall zwischen Krankheitsbeginn und Behandlungsbeginn verbessert die Prognose

Jugendliche Anorexie zeigt eine bessere Prognose als bei Krankheitsbeginn im Erwachsenenalter

Review Steinhausen, 2002



Was hat die Familie mit der Essstörung zu tun?

- Und wie können wir ihnen dabei helfen?

Behandlung von Essstörungen unter Einbezug der Familie

Evidenz für Psychotherapie bei Anorexia Nervosa



	Evidence	Effect (evidence level)
Adolescent anorexia nervosa ⁸⁴		
Family-based treatment (FBT)	Strong*	+++ (1)
Maudsley family therapy (MFT)	Strong*	+++ (1)
Family system therapy (FST)	Moderate*	++ (2)
Adolescent focused therapy (AFT)	Moderate*	++ (2)
Cognitive behavioural treatment (broad; CBT-b)	Weak/moderate	-/+ (4)
Cognitive behavioural treatment (enhanced; CBT-E)	Moderate*	+ (4)
Adult anorexia nervosa ^{4,73,83}		
Cognitive behavioural therapy (CBT)	Weak	+
Cognitive behavioural therapy (enhanced; CBT-E)	Moderate*	++
Behavioural therapies (BT)	Weak	-/+
Interpersonal psychotherapy (IPT)	Weak	+
Psychodynamic therapy (PT)	Weak	+
Cognitive analytic therapy (CAT)	Weak	+
Focal psychodynamic psychotherapy	Moderate*	++
Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA)	Moderate*	++
Specialist supportive clinical management (SSCM)	Moderate*	+ (+)

N=12 RCTs 1060 adoleszente AN-Pat

N=12 RCTs 1157 erwachsene AN-Pat

Evidenz für Psychotherapie bei Anorexia Nervosa



	Evidence	Effect (evidence level)
Adolescent anorexia nervosa ⁸⁴		
Family-based treatment (FBT)	Strong*	+++ (1)
Maudsley family therapy (MFT)	Strong*	+++ (1)
Family system therapy (FST)	Moderate*	++ (2)
Adolescent focused therapy (AFT)	Moderate*	++ (2)
Cognitive behavioural treatment (broad; CBT-b)	Weak/moderate	-/+ (4)
Cognitive behavioural treatment (enhanced; CBT-E)	Moderate*	+ (4)
Adult anorexia nervosa ^{4,73,83}		
Cognitive behavioural therapy (CBT)	Weak	+
Cognitive behavioural therapy (enhanced; CBT-E)	Moderate*	++
Behavioural therapies (BT)	Weak	-/+
Interpersonal psychotherapy (IPT)	Weak	+
Psychodynamic therapy (PT)	Weak	+
Cognitive analytic therapy (CAT)	Weak	+
Focal psychodynamic psychotherapy	Moderate*	++
Maudsley model of anorexia nervosa treatment for adults (MANTRA)	Moderate*	++
Specialist supportive clinical management (SSCM)	Moderate*	+ (+)

N=12 RCTs 1060 adoleszente AN-Pat

N=12 RCTs 1157 erwachsene AN-Pat

FBT bei Jugendlichen mit Essstörungen Evidenz



- Es gibt eine noch limitierte Evidenz für FBT als wirksame Methode insbesondere bei Jugendlichen mit Anorexie.
- > Die Studien sind methodisch nicht einheitlich und teilweise mangelhaft.
- Weitere Studien sind dringend notwendig.

Cochrane Database of Systematic Reviews 2020

Psychoedukation für die Familie – Inhalte



- Vulnerabilitätsfaktoren in der Entstehung der Essstörung (biologische Disposition, frühe Menstruation, psychologische Faktoren, instabiles Körpergewicht, Dynamik in Peer-Gruppe)
- Psychosomatisches Erscheinungsbild der Essstörung (z.B. Depression, Labilität, Rückzug, Gewichtsphobie, Bewegungsdrang, Völlegefühl usw.)
- somatische und psychische Folgeerscheinungen der Essstörung als aufrechterhaltende Faktoren – Trennung Persönlichkeit und Essstörung
- familiäre Interaktionen als Folgeerscheinung und aufrechterhaltende Faktoren der Essstörung



Aufrechterhaltung der Essstörung



Psychiatrische Universitätsklinik Zürich



Auslösende Bedingungen





Essstörungs-Symptomatik





Vorrang in der therapeutischen Arbeit der ersten Behandlungsphase



Aufrechterhaltende Bedingungen

Aufrechterhaltende Faktoren



internal somatisch/neurobiologisch

- Völlegefühl aufgrund verlangsamter Magendarmtätigkeit
- Endorphinausschüttung bei Hungerzustand
- Bewegungsdrang als somatische Folge des Hungerzustandes
- Depression als Folge der Unterernährung verstärkt gleichzeitig die Essstörungssymptome (und umgekehrt)

internal psychologisch

- Stolz über das "Erreichte"
- Ausweichen von Lebensaufgaben
- sekundärer Krankheitsgewinn

external

- Initial positives Feedback über Gewichtsverlust (Peers, Familie)
- Teufelskreislauf in Familie mit Druck und Verweigerung
- Aufmerksamkeit für Essstörungssymptomatik

Aufrechterhaltende Faktoren



internal somatisch/neurobiologisch

- Völlegefühl aufgrund verlangsamter Magendarmtätigkeit
- Endorphinausschüttung bei Hungerzustand
- Bewegungsdrang als somatische Folge des Hungerzustandes
- Depression als Folge der Unterernährung verstärkt gleichzeitig die Essstörungssymptome (und umgekehrt)

internal psychologisch

- Stolz über das "Erreichte"
- Ausweichen von Lebensaufgaben
- sekundärer Krankheitsgewinn

external

- Initial positives Feedback über Gewichtsverlust (Peers, Familie)
- Teufelskreislauf in Familie mit Druck und Verweigerung
- Aufmerksamkeit für Essstörungssymptomatik

Ambivalenz

Ich will endlich gesund werden... Helft mir!



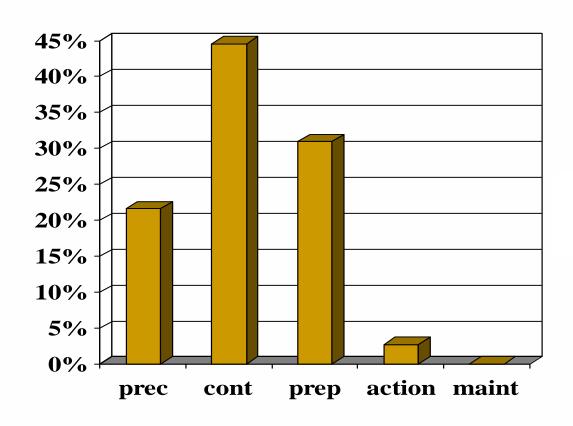
Ich brauche keine Hilfe...

Motivationsstadien ANSOQ bei T1

())

Pauli et al., 2017

Psychiatrische Universitätsklinik Zürich



Auftragsklärung



Psychiatrische

Universitätsklinik Zürich

Auftrag der Eltern

Auftrag der Jugendlichen / jungen Erwachsenen



Diskussion der Aufträge transparent in gemeinsamer Sitzung



medizinische und rechtliche Situation klären und abwägen



klare Therapievereinbarung

(Verantwortung, Arztgeheimnis)

Therapiephasen bei Jugendlichen mit Essstörungen

Familienbasierte Therapie

1. Phase (ca. 3 Monate)

Verantwortungsübernahme der Eltern für Ernährung

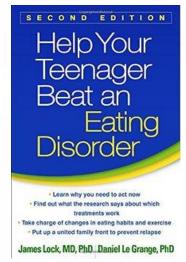


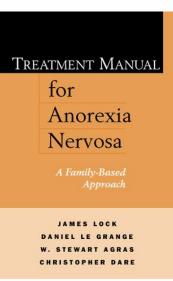
2. Phase (ca. 3 Monate)

Schrittweise Verantwortungsübernahme durch die Jugendlichen

3. Phase

Behandlung von Themen der Adoleszenz und Familienthemen





individuelle Anpassung der Phasen an die Gegebenheiten (individuelle Einsicht, familiäre Ressourcen, Stadium der Krankheit, Ausmass der Symptomatik)

FBT bei Jugendlichen mit Essstörungen



Erstes Ziel der FBT bei Jugendlichen mit AN ist die "fremdunterstützte" Gewichtszunahme bei gleichzeitiger motivationsfördernder Therapie

- FBT kann im Vergleich mit system. FT Hospitalisationen vermeiden und die Gewichtszunahme beschleunigen Agras et al., 2017
- ➤ Jugendliche mit AN, die keine frühe Gewichtsremission unter familienbasierter Therapie FBT erleben, haben ein deutlich schlechteres Outcome Doyle et al., 2010
- Remissionsrate mit FBT bei AN ist 60-90% bei Behandlungsende aber nur ca. 30-40% im long term Follow up Le Grange et al., 2014

FBT bei Jugendlichen mit Essstörungen



Erstes Ziel de Gewichtszu

- FBT kann im V die Gewichtsz
- Jugendliche m familienbasier Outcome Doyle
- Remissionsrat 30-40% im lor



st die "fremdunterstützte" tionsfördernder Therapie

isationen vermeiden und 2017

remission unter n ein deutlich schlechteres

Behandlungsende aber nur ca.

14



- Die Familientherapie bei Anorexie ist besonders wirksam bei Jugendlichen unter 18 Jahren und kürzerer Krankheitsdauer (< 3 Jahren) Treasure et al. 2011
- ➤ Bei Familien mit high expressed Emotion zeigt FBT weniger Erfolg und die getrennte Version der FBT wirkt besser als die mit gemeinsamen Sitzungen Eisler et al., 2000, Allan et al., 2018

Multifamilientherapie bei Anorexia nervosa



unter anderem: Eisler et al., 2012; Scholz et al., 2010

- Familien lernen voneinander
- Patientinnen und ihre Familien mit Therapiefortschritten als positives
 Vorbild für andere
- bessere Akzeptanz der Therapieinhalte durch "Sharing"
- Geschwister werden einbezogen
- gemeinsame Psychoedukation
- Mechanismen der Verdrängung werden reduziert durch gemeinsame Diskussionen

Trialogabende in der KJPP PUK: Mehrfamilienkonzept, 5 Abende

Betroffene



Behandlungsteam

Eltern Andere Angehörige

Trialogabende für Familien mit Essstörungen



- 1. Den Essstörungs-Teufelskreis in den Beziehungen erkennen und durchbrechen
- ➤ 2. Hilfe, die Essstörung frisst uns auf wie können wir den Blickwinkel erweitern?
- ➤ 3. Einfühlung und Verbesserung der Kommunikation im Umgang zwischen Betroffenen und ihren Familien
- ➤ 4. Sorge, emotionale Wärme, Verantwortung die richtige Balance finden
- 5. Gemeinsam Strategien entwickeln was hilft?



"Essstörungs-Atmosphäre" in Familien



- erhebliche Beeinträchtigung des Familien-Alltagslebens durch Essstörung
- Mahlzeiten werden zur massiven Belastung für alle
- "detektivistische" Strategien der Eltern betreffend Erbrechen, Abführmittel etc.
- weniger elterliche Aufmerksamkeit und Fürsorge für Geschwister
- andauernde Diskussionen und "Essstörungs-Gespräche"



Vermeidung von Essstörungs-Gesprächen



- "Essstörungs-Gespräche" giessen Öl ins Feuer
- keine Diskussionen um Details «See the bigger picture»
- "Logische" Diskussionen über Nahrung und Gewicht sind nutzlos und schädlich
- Gefühle sind wichtig, nicht Nahrungsmittel

Das Dilemma ausdrücken



Psychiatrische

Universitätsklinik Zürich

Alles was wir tun ist falsch, aber nichts tun ist noch falscher!



Teufelskreis in der Familie



Psychiatrische Universitätsklinik Zürich

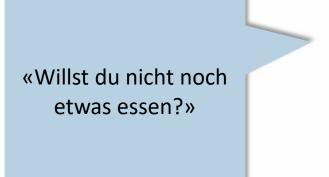


Wenn du nicht selbst essen kannst, müssen wir dich zwingen!

Weil ihr mich zum Essen zwingen wollt, kann ich erst recht nicht mehr essen!











Sach-Botschaft: «Iss doch noch mehr!»

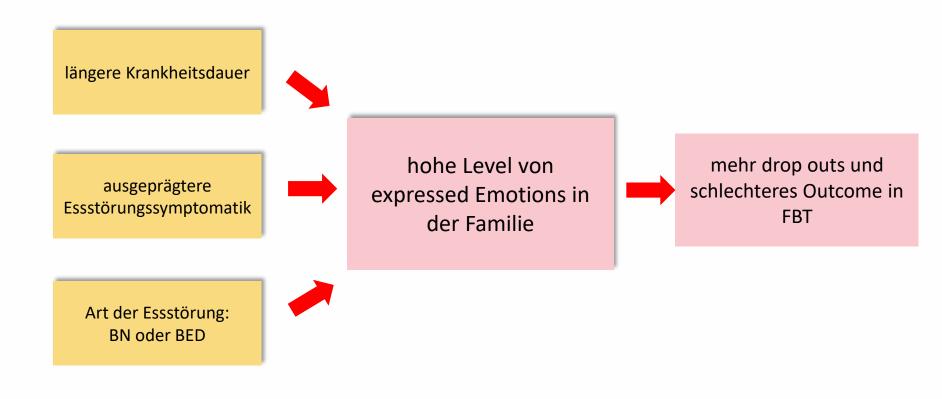


Gefühls-Botschaft: «Ich hab so Angst um dich!"



Die Rolle von expressed Emotions





Add-on zu FBT zur Steigerung der Effektivität



 Intensives zusätzliches Elterncoaching für diejenigen Familien, bei denen die Symptomatik sich durch FBT nicht schnell reduzieren liess führte zu signifikant grösserem BMI-Anstieg Lock et al., 2015

Home Treatment as an Add on to FBT



- ➤ Pflegefachperson, Besuche 2-3 x / Woche
- Teilnahme an Familienmahlzeiten
- Adressieren der aufrechterhaltenden familiären Interaktionen
- Erarbeiten von nützlichen Bewältigungsstrategien mit der Familie
- Umsetzung der in der FBT vereinbarten Therapieziele
- Coaching der Eltern, Motivationsarbeit mit Jugendlichen

Received: 16 June 2021 Revised: 25 November 2021 Accepted: 24 December 2021

DOI: 10.1002/erv.2882

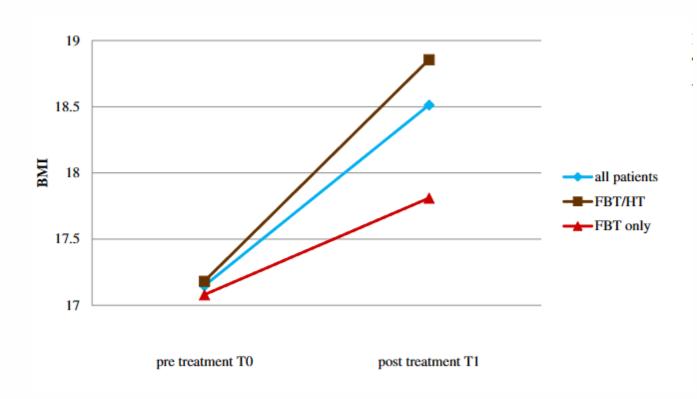
RESEARCH ARTICLE

WILEY

Home treatment as an add-on to family-based treatment in adolescents with anorexia nervosa: A pilot study

Home Treatment as an Add on to FBT





Vielen Dank für Ihre Aufmerksamkeit!



Pablo Picasso: Le Bouquet