

Essstörungen

Essstörungen sind schwere psychiatrische Erkrankungen, für die es keine isolierten Ursachen gibt. Sie sind nahezu immer mit anderen Störungsbildern verbunden, wobei das hohe Suizidrisiko eine besondere Gefahr darstellt. Anorexia nervosa ist – nach Adipositas und Asthma bronchiale – eine der drei Erkrankungen in der Adoleszenz mit dem höchsten Risiko zur Chronifizierung.

Andreas Karwautz*

Definition

Essstörungen sind definitionsgemäß keine Ernährungsstörungen, sondern schwere psychiatrische Erkrankungen (ICD-Kategorie F), die häufig mit somatischen Komplikationen einhergehen. Ihre Klassifikation befindet sich derzeit mit Erscheinen des amerikanischen Diagnosesystems DSM in der fünften Auflage im Umbruch, da es innerhalb von zehn Jahren auch zu einer Veränderung der in Österreich gültigen WHO-Klassifikation ICD in der elften Auflage kommen wird. Wurden bisher Fütterstörungen der Kindheit und Essstörungen in getrennten Kapiteln thematisiert, führt das DSM-5 diese beiden Bereiche im Kapitel „Fütter- und Essstörungen“ zusammen. Die Adipositas wird weiterhin nicht in dieses Kapitel einbezogen, da sie nicht als psychiatrische Erkrankung gelten kann. In Österreich gelten im Gesundheitswesen noch viele Jahre die ICD-10 Kriterien; daher wird von der Darstellung der DSM-5- und der Vorabkriterien der ICD-11-Kriterien in diesem Beitrag Abstand genommen.

Krankheitsbilder und wichtigste Symptome

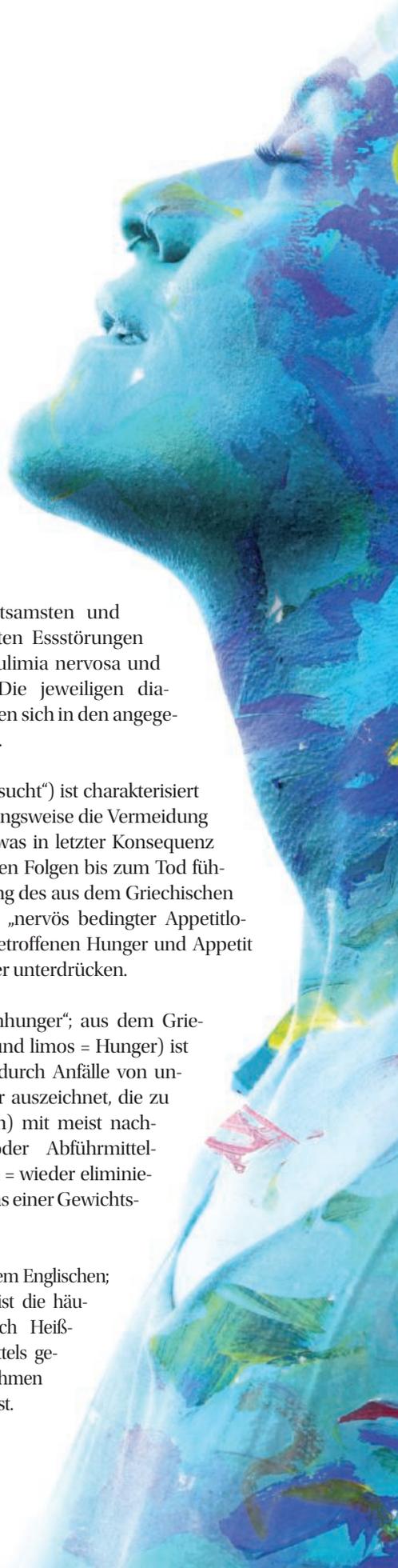
In der gültigen Klassifikation der WHO (ICD-10) werden im Subkapitel F50.x die Störungen Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN), ihre atypischen (weil symptomatisch unvollständigen) Varianten (AN-atypisch; BN-atypisch) sowie Essattacken bei anderen psychischen Störungen (zum Beispiel unter Belastungen), Erbrechen bei anderen psychischen Störungen (wie beispielsweise bei dissoziativen Störungen), sonstige spezifische Essstörungen (zum Beispiel psychogener Appetitverlust) und nicht näher bezeichnete Essstörungen definiert. Störungen der Nahrungsaufnahme und Fütterstörungen der Kindheit werden derzeit nicht unter den Essstörungen kodiert, sondern unter Fütterstörung und Pica.

Die drei klinisch bedeutsamsten und am besten charakterisierten Essstörungen sind Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-eating-Störungen. Die jeweiligen diagnostischen Kriterien finden sich in den angegebenen Internetressourcen.

Anorexia nervosa („Magersucht“) ist charakterisiert durch Diät-Halten beziehungsweise die Vermeidung hochkalorischer Speisen, was in letzter Konsequenz zu gefährlichen körperlichen Folgen bis zum Tod führen kann. Die Gleichsetzung des aus dem Griechischen stammenden Begriffs mit „nervös bedingter Appetitlosigkeit“ ist falsch, da die Betroffenen Hunger und Appetit deutlich verspüren, ihn aber unterdrücken.

Bulimia nervosa („Ochsenhunger“; aus dem Griechischen „bous“ = Ochse und limos = Hunger) ist eine Essstörung, die sich durch Anfälle von unkontrolliertem Heißhunger auszeichnet, die zu Essattacken (Fressattacken) mit meist nachfolgendem Erbrechen oder Abführmittelabusus (Purging-Verhalten = wieder eliminieren, „rausputzen“) führt, was einer Gewichtszunahme entgegenwirkt.

Binge-eating-Störung (aus dem Englischen; binge = Heißhungeranfall) ist die häufigste Essstörung, die durch Heißhungeranfälle, die nicht mittels gegenregulatorischen Maßnahmen entschärft werden, definiert ist.





Im DSM-5 (und im zukünftigen Diagnosesystem ICD-11) sind im Kapitel Essstörungen und Fütterstörungen die Folgenden enthalten: Anorexia nervosa, Bulimia nervosa, Binge-eating-Störung, Pica, Ruminationsstörung, vermeidende/restriktive Nahrungsaufnahmestörung, andere spezifische Fütter- und Essstörungen wie zum Beispiel atypische Anorexia nervosa, Bulimia nervosa mit geringer Frequenz und/oder geringer Dauer, Binge-eating-Störung mit geringer Frequenz und/oder geringer Dauer, Purging-Störung, das Night-eating-Syndrom sowie unspezifische Fütter- und Essstörungen.

Epidemiologie

Bis 2017 fehlten für Österreich repräsentative Daten über die Häufigkeit von Essstörungen im Kindes- und Jugendalter und im Erwachsenenalter. Durch Erhebungen in verschiedenen Ländern liegen Zahlen über mehrere Jahrzehnte vor.

Für Anorexia nervosa kann eine Lebenszeitprävalenz bei weiblichen Erwachsenen in der Allgemeinbevölkerung von 0,9 Prozent, für Bulimia nervosa von 0,9 bis 1,5 Prozent, für die Binge-eating-Störung von 1,9 Prozent bis 3,5 Prozent angenommen werden. In Europa kommt Anorexia nervosa bei etwa ein bis vier Prozent, Bulimia nervosa bei ein bis zwei Prozent und die Binge-eating-Störung bei ein bis vier Prozent vor. Neueste weltweite Daten zeigen eine hohe Diversität zwischen den Kontinenten. In Afrika kommt Anorexia nervosa bei jungen Frauen faktisch nicht vor; am häufigsten ist sie in China (ein Prozent). Auch Bulimia nervosa ist in China am häufigsten (drei Prozent); ebenso in Japan (2,3 Prozent). Binge-eating-Störungen sind am häufigsten in Afrika (4,5 Prozent) zu finden; nur selten in Lateinamerika (1,9 Prozent). Bei allen Zahlenangaben handelt es sich um Punktprävalenzen. »

- 
- » Essstörungen treten meist zuerst im Jugendalter auf. Anorexia nervosa kommt am häufigsten bei Jugendlichen ab 14 Jahren vor; Bulimia nervosa ab 16 Jahren, während die Spitze der Binge-eating-Störungen im späteren Jugendalter und frühen Erwachsenenalter liegt.

Anorexia nervosa weist seit Jahrzehnten stabile Inzidenzraten in der primären Versorgung auf. Ab 1980 ist die Inzidenz der Bulimia nervosa angestiegen; sie scheint derzeit leicht rückläufig zu sein. Für die Binge-eating-Störung, die erst 1994 definiert wurde, liegen ebenso wie für andere spezifische oder unspezifische Essstörungen entweder wenige oder noch keine konsistenten Daten vor. Jedoch ist ein Anstieg in der Primärversorgung zu verzeichnen. So ist zwischen 2000 und 2009 die altersstandardisierte jährliche Inzidenzrate zwischen zehn und 49 Jahren von 32 auf 37/100.000 Einwohner gestiegen. Das weibliche Geschlecht ist häufiger betroffen von Anorexia nervosa (2009: Inzidenzrate 14 weibliche Betroffene vs. 1 männlicher/100.000), Bulimia nervosa (Inzidenzrate: 20 weibliche Betroffene vs. 1,5 männliche/100.000) und von „Unspezifischen Essstörungen“ (Inzidenzrate: 28 weibliche Betroffene vs. 4 männliche/100.000) als das männliche Geschlecht.

In der MHAT-Studie (Mental Health in Austrian Teenagers) wurden bei 3.615 Jugendlichen zwischen elf und 18 Jahren die wichtigsten psychischen Störungen untersucht. Es gab etwa 23 Prozent Verdachtsfälle für Essstörungen. Im klinischen Interview zu DSM-5 mit 400 Jugendlichen und deren Eltern konnte bei 3,73 Prozent der untersuchten Jugendlichen im Lebenszeitverlauf eine Essstörung nachgewiesen werden: Anorexia nervosa fand sich bei 1,44 Prozent; Bulimia nervosa bei 0,3 Prozent; Binge-eating-Störungen bei 0,2 Prozent sowie sonstige spezifische Essstörungen bei 1,89 Prozent. Bezieht man auch subklinische Essstörungen ein, finden sich deutlich höhere Zahlen: Eine Lebenszeitprävalenz von 3,73 Prozent für Fütter- und Essstörungen gemäß DSM-5 werden von 2,22 Prozent subklinischen Essstörungen ergänzt. Demnach sind in Summe rund sechs Prozent der Elf- bis 18-Jährigen von einer Essstörung betroffen.

Früherkennung

Häufig wird die Anorexia nervosa bei Jugendlichen in der frühen Adoleszenz als „organische Erkrankung“ verkannt. Psychosomatische Probleme und depressive Symptome werden erkannt; die spezifischen Symptome der Anorexia nervosa aber kaum (acht Prozent bei typischen Fällen). Bei äußerlich nicht so offensichtlichen Störungen wie Bulimia nervosa oder unspezifischen Essstörungen dürfte die Erkennungsrate noch geringer ausfallen.

Diagnose und Differentialdiagnosen

Die Diagnosestellung erfolgt zuerst klinisch aufgrund der systematischen Erhebung der vorliegenden Symptome, wie sie in der internationalen Klassifikation ICD-10 dargelegt sind. Strukturierte Interviews werden psychodiagnostisch eingesetzt beziehungsweise sind im Forschungskontext unerlässlich. Ihr Einsatz bedarf guter Schulung und ersetzt niemals die klinische Erfahrung. So ist ein diagnostischer Fallstrick, Symptome zu übersehen beziehungsweise nicht ausreichend diagnostisch zu würdigen, weil die Betroffenen sie trotz direkter Befragung nicht angeben. Dabei spielt bei einigen Betroffenen eine mitunter radikale Verleugnung ihrer Symptomatik eine Rolle, während bei anderen die dem Untersucher augenscheinlichen Symptome der Essstörung der eigenen Wahrnehmung nicht zugänglich sind. So kann zum Beispiel ein 13-jähriges Mädchen mit schwerer Anorexia nervosa vom binge/purging Typus (BMI weit unter der dritten Perzentile, Gewichtsverlust auf die Hälfte des Körpergewichtes innerhalb von drei Monaten, massive Heißhunger-Episoden mit nachfolgendem Erbrechen, Elektrolytentgleisungen mit EKG-Veränderungen, Osteoporose, hirnorganisches Psychosyndrom, depressives Syndrom und sozialer Rückzug) beim diagnostischen Interview auch bei Konfrontation mit diesem Syndrom lediglich eine leichte Konzentrationsschwäche als störend anführen. Nur ausreichend Erfahrung in der Diagnostik ermöglicht es dem Arzt, die richtige Diagnose zu stellen und mit der Betroffenen zu einem (möglicherweise nur beschränkten) Einverständnis und einer Therapieplanung zu gelangen.

Differentialdiagnostisch kommen für die Essstörungen alle Krankheiten in Frage, die zu Gewichtsverlust (bis zur Kachexie), Erbrechen und fehlender Gewichts- und Größenentwicklung führen. Allerdings ist die Motivation hinter dem gefundenen Verhalten (Angst zuzunehmen, Angst vor Gewichtszuwachs, extreme Bestimmtheit des Selbstwertes durch Figur und Gewicht) das entscheidende Unterscheidungsmerkmal. Zudem sind psychische Störungen (insbesondere depressive Störungen bei allen Essstörungen, Zwangs- und Angststörungen bei AN und BN sowie Störungen der Persönlichkeitsentwicklung sowie Suchterkrankungen beim bulimischen Spektrum) diagnostisch sowohl als Komorbiditäten als auch im differentialdiagnostischen Prozess genauestens zu erfassen.

Psychiatrisch klinisches Bild

Essstörungen sind nahezu immer – sowohl komorbid als auch im Lebenszeitverlauf – mit anderen Störungsbildern beziehungsweise Symptomen

anderer Störungen verbunden. Insbesondere das sehr hohe Suizidrisiko bei Anorexia nervosa (200-fach über der Normalbevölkerung und doppelt so hoch verglichen mit schwerer depressiver Episode) weist sie als die schwerste und gefährlichste Erkrankung innerhalb der Psychiatrie aus.

Depressive Episoden (30 bis 80 Prozent Lebenszeitprävalenz), Dysthymia, Zwangsstörungen (acht bis 35 Prozent, Zwangssymptome, Angststörungen (35 bis 70 Prozent), Schlafstörungen (frühmorgendliches Erwachen), Konzentrationsprobleme, soziale Isolation und Libidoverlust treten im Verlauf häufig auf. Zum Teil sind diese Symptome durch den Hungerzustand, in dem sich die Betroffenen befinden, bedingt beziehungsweise werden dadurch verstärkt. Bulimia nervosa geht häufiger als Anorexia nervosa mit Erkrankungen aus dem Suchtspektrum einher (bis zu 50 Prozent). Auch diverse Persönlichkeitsstörungen kommen bei bis zu 80 Prozent der Betroffenen vor. Die Binge-eating-Störung weist als häufigste Komorbiditäten Depressionen (etwa 50 Prozent) und Angststörungen (zwölf bis 49 Prozent) auf.

Medizinische Folgen und Komplikationen

Essstörungen können medizinische Komplikationen verursachen, die über zwei Wege zustande kommen: Einerseits kann Unterernährung gepaart mit motorischer Hyperaktivität den Organismus übermäßig belasten; andererseits können Erbrechen und Laxantienabusus zu kardialen und neurologischen Komplikationen führen. Tritt beides gleichzeitig auf, sind am häufigsten schwerwiegende Komplikationen zu beobachten. Diese Diagnose dieses Subtyps sollte daher die höchste medizinische Aufmerksamkeit nach sich ziehen.

Endokrinologisch gesehen kommt es zum Ausfall der Regelblutung (primäre oder sekundäre Amenorrhoe) aufgrund des Östrogenmangels und zu eingeschränkter Fertilität wegen der reduzierten FSH- und LH-Spiegel (auch bei bulimischen Normalgewichtigen möglich); gastrointestinal zu Obstipation, Bauchschmerzen und verlangsamter Magenentleerung. Weiters zeigen sich generelle Symptome eines auf Energiesparen umgestellten Organismus mit Kältegefühl, Frieren, kalten und zyanotischen Akren, Energieverlust bei geringen Energie- und Fetterserven besonders in der Kindheit, dermatologisch Auszehrung, Turgorverlust und Trockenheit der Haut, brüchige Haare und Nägel, Haarverlust am Haupt, Lanugohaare am Stamm, kardiovaskulär/renal periphere Ödeme (besonders während einer erwünschten Gewichtszunahme), Knöchel- und Periorbitalödeme, arterielle Hypotonie,

Bradykardie, kardiale Arrhythmien, Perikardergüsse, hämatologisch Petechien aufgrund von Thrombozytopenien, Gelbfärbung der Haut – vor allem an den Handinnenflächen aufgrund von Hyperkarotinämie.

Eine gefürchtete Langzeitkomplikation ist Osteopenie beziehungsweise eine manifeste Osteoporose, die aufgrund der Trias Hypokalzämie, Östrogenmangel und Kortisolserhöhung relativ rasch eintreten kann. Im Extremfall kann dies zu pathologischen Frakturen führen. Ein Stopp des Längenwachstums ist – wenn die Erkrankung nicht vor Abschluss der Epiphysenfugen geheilt ist – letztlich irreversibel. Typisch und pathognomonisch für Bulimia nervosa sind Narben am Handrücken – das sogenannte Russell's sign –, das durch Kallusbildung nach regelmäßigem Gebrauch der Finger zum Auslösen des Erbrechens entsteht. Weiters führt das Erbrechen von Speisebrei zu einer blanden Hypertrophie der Speicheldrüsen sowie zu Elektrolytentgleisungen (Hypokaliämie mit Herzrhythmusstörungen sowie Hyper- oder Hyponatriämie mit zerebralen Krampfanfällen), Schmelzdefekten der Zähne, Zahnfleischproblemen und Karies, Mundwinkelrhagaden und Ulcera der Mundschleimhaut. Angestregtes Erbrechen kann zu Petechien und Hämatemesis führen. Massive Nahrungsingestion kann die Magenwand perforieren und über Peritonitis zum Tod führen; Diuretika-Abusus wiederum zu akutem renalen Versagen.

Im Rahmen von Konzepten, die die Wiederauffütterung von schwer kachektischen Patientinnen mit Anorexia nervosa zu einem wichtigen und vorrangigen Ziel haben, ist besonders auf die Prophylaxe des gefürchteten iatrogenen Refeeding-Syndroms zu achten. Dieses ist durch Symptome der Herzinsuffizienz, neurologische Symptome, periphere Ödeme und Schmerzen des Bewegungsapparates gekennzeichnet. Kohlenhydrat-lastige Kost sowie Nahrung mit forcierter Kalorienanzahl sind daher (besonders innerhalb der ersten drei Wochen) zu vermeiden. Weiters sind die Phosphat- und Magnesiumwerte hochfrequent (in der Wiederauffütterungsphase täglich) zu kontrollieren, um das Entstehen des Refeeding-Syndroms abzufangen.

Pathologische Laborwerte

Die regelmäßige Kontrolle der Laborparameter ist eine wichtige medizinische Begleitmaßnahme der Behandlung. Bei schweren Verläufen kann es zu Kaliummangel ($< 2 \text{ mmol/l}$) kommen; Hyponatriämie durch Laxantien und Durst kann zu zerebralen Krampfanfällen führen; Hypophosphatämie zu Tetanie; eine Erhöhung des Bicarbonats (40 mmol/l möglich) im Sinne einer metabolischen Alkalose kann ebenfalls zu zerebralen Krampfanfällen führen. »

- » Leukopenie (1.000/ml), Hämoglobin unter 6 mmol/l, Thrombopenie, Eisen-, Mg-, und Zinkmangel; Kalium-, Magnesium-, und Phosphatmangel vor und während der kontrollierten Wiederernährung, Reduktion der Leberfunktion (Cholestaseparameter: Anstieg von AP und Gamma-GT; Lebersyntheseparameter: CHE reduziert; Lebernekroseparameter: mögliche Erhöhung), Hypercholesterinämie (über 7 mmol/l möglich und paradox). Hypoglukosämie kann zusammen mit körperlicher Überanstrengung mitunter als Todesursache gelten. Die Reduktion der Schilddrüsenhormone (Low-T3-Syndrom) versetzt den Organismus in die Lage, Energiereserven zu sparen und den Grundumsatz herabzusetzen.

Obligate Untersuchungen: Anamnese, körperliche Untersuchung, neurologische Untersuchung, psychopathologischer Status psychicus, Laborparameter (wie angeführt), wöchentliche Bestimmung des Körpergewichts, EKG, Messung der Knochendichte, CCT beziehungsweise craniales MRT zum Ausschluss von zerebralen Raumforderungen.

Fakultative Untersuchungen: EEG, Cor/Pulmo, Echokardiographie, Abdomen-Ultraschall, Gastroskopie; Body-Impedanz-Messungen zur Verlaufsevaluation.

Entstehungsbedingungen

Essstörungen haben keine isolierten Ursachen. Es müssen immer verschiedene Risikofaktoren in einem Leben zusammentreffen, damit die Erkrankung ausbricht. Den Bedingungen der Entstehung kann am besten im Rahmen eines bio-psycho-sozialen Krankheitsmodells Rechnung getragen werden.

Als Risikofaktoren für die Entstehung der Anorexia nervosa gilt das weibliche Geschlecht: zwischen 90 und 95 Prozent sind Frauen betroffen.

Biologisch: Zwillingsstudien und Familienstudien zeigen, dass Essstörungen in Familien gehäuft vorkommen. Molekulargenetische Untersuchungen (Assoziationsstudien, Koppelungsstudien) zeigten – vor allem bei Anorexia nervosa – erste Muster. Whole-Genome Assoziationsstudien ergaben Assoziationen auf Chromosom 12 in einer Region, die auch für Autoimmunerkrankungen und Typ 1 Diabetes mellitus

relevant ist. Höhere Fallzahlen (zwischen 8.000 und 10.000) sind zwingend notwendig. Daher gibt es derzeit massive Anstrengungen, weltweit genetische Daten zu rekrutieren. Auffälligkeiten der Neurotransmittersysteme, die in der Regulation von für Appetit, Stimmung, Affekten und des Hunger-Sättigungsgefühls involviert sind (Serotonin, Dopamin) wurden gefunden. In den letzten Jahren mehren sich die Hinweise, dass auch die Mikrobiota des Dickdarms bei der Pathogenese der Anorexia nervosa eine Rolle spielen könnte. Weiters gibt es Hinweise, dass neuroinflammatorische Prozesse bei der Pathogenese der Essstörungen von Bedeutung sind.

Psychologisch: Kindliche Angststörungen, ein niedriger Selbstwert und perfektionistische Haltung im Leben sind nahezu ubiquitäre Voraussetzungen für die Entstehung von Essstörungen. Hohe Sensitivität für Umwelteinflüsse machen Betroffene später sehr vulnerabel für negative Einflüsse wie zum Beispiel Traumatisierungen. Gemäß dem Plastizitätsmodell ist die Hoffnung begründet, dass die Betroffenen aber auch für positive Umwelteinflüsse (wie zum Beispiel eine Therapie) empfänglicher sind.

Psychosoziale Auslöser und Folgen: Die Familie kann nicht prinzipiell für die Entstehung der Essstörungen verantwortlich gemacht werden. Erstens treten Muster auf, die in allen Familien mit chronisch kranken Kindern auftreten können, was auf die mit der Krankheit einhergehende Belastung zurückzuführen ist. Zweites scheinen die Familien oftmals Probleme mit der Anpassung an die Adoleszenz ihrer Tochter und der damit zunehmenden Unabhängigkeit zu haben. Konflikte über die erwachende Sexualität und eventuelle Re-Aktualisierung von früheren sexuellen Traumata sind relevante Einflussgrößen, die große individuelle Bedeutung als Auslöser haben.

Für Bulimia nervosa stellen folgende Faktoren ein Risiko dar: weibliches Geschlecht (zu 90 Prozent sind Frauen betroffen); Anorexia nervosa in der Anamnese (ein Drittel bis zu Hälfte der an Bulimia-nervosa-Erkrankten); Diät halten erhöht die Wahrscheinlichkeit für das Auftreten von Bulimia nervosa um das Achtfache; kindliche Adipositas; Störung des Serotoninhaushalts; Selbstwertproblematik; soziale Phobien; Familienbeziehungen: starkes elterliches Kontrollverhalten; das Fehlen von „sozialer Wärme“ ist immer wieder nachweisbar; körperlicher und sexueller Missbrauch; affektive Störungen; Alkohol und Essstörungen bei anderen Familienmitgliedern.

Für die Binge-eating-Störung stellen folgende Faktoren ein Risiko dar: sexueller Missbrauch; physische Vernachlässigung; Adipositas in der Kindheit; Selbstwertproblematik; negative Lebensereignisse; vermeidendes Coping; geringe soziale Unterstützung; Mobbing bezüglich Figur, Gewicht, Essverhalten.

Integrative Modelle

Die Integration von biologischen/genetischen und psychosozialen Befunden ist derzeit ein Desiderat an die Forschenden, um aus der Einengung aus rein biologischer oder rein psychologischer Sicht herauszukommen. Gen-Umwelt-Interaktionsdaten dazu liegen erstmals vor, die zeigen, dass elterliches Erziehungsverhalten nur unter bestimmten genetischen Bedingungen beim Kind das Risiko, eine Anorexia nervosa zu entwickeln, erhöht. Nie ist die Umwelt allein verantwortlich; die „anorexiogene Mutter“ gibt es nicht. Die neuerdings immer genauer erforschten biologischen Grundlagen der Essstörungen (Genetik, Neurotransmission, Bildung) ermöglichen es, integrative Modelle zu entwickeln, die der Wirklichkeit eher gerecht werden als bisherige Modelle. Besonders spannend sind rezente Versuche, Anorexia nervosa als Erkrankung mit neuroinflammatorischer Beteiligung zu verstehen.

Therapieempfehlungen

Die Behandlung der Essstörungen ist multimodal und multidisziplinär ausgerichtet. Neben der unbedingt nötigen allgemeinmedizinischen beziehungsweise pädiatrischen Diagnostik sowie der regelmäßigen fachärztlichen Kontrolle ist in allen Fällen eine Psychotherapie indiziert. Entscheidend sind die Erstellung eines Gesamtbehandlungsplans und die Definition eines für die Therapie verantwortlichen „Case Managers“; ideal dafür ist der Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie beziehungsweise Facharzt für Psychiatrie. Da die Therapie oft über viele Jahre und im Rahmen verschiedener Settings (ambulant, tagesklinisch, stationär) stattfindet, ist das Case Management besonders bei Anorexia nervosa und Bulimia nervosa sehr wichtig. CAVE: An den Settings-Übergängen kann es im ungünstigsten Fall zum Abbruch der Behandlung kommen.



Tab. 1: Parameter für ein hohes Refeeding-Syndrom-Risiko*

Gefährdet sind vor allem Patientinnen

- mit einem BMI < 14 kg/m² oder Verlust von 15 Prozent des Körpergewichts innerhalb von drei Monaten oder
- sehr geringe oder keine Nahrungsaufnahme > sieben Tage vor Beginn der Wiederernährung oder
- niedrige Serumwerte von K⁺, Mg²⁺ oder PO₄³⁻ vor Beginn der Wiederernährung;
- ausgeprägtes Erbrechen oder ausgeprägter Gebrauch von Diuretika oder Laxantien bei einem BMI < 16 kg/m².

*nach Mayr et al. 2015

Die besten Erfolge verzeichnet man dann, wenn die Betroffenen – meist über mehrere Jahre – kontinuierlich von einem Team behandelt werden. Dabei geht es um den Aufbau einer tragfähigen Arzt-Patienten-Beziehung vom ersten Ambulanzkontakt an, um die Begleitung während der stationären Behandlungsphasen und der Weiterbehandlung in neuerlicher langfristiger ambulanter Therapie durch dieselbe Person beziehungsweise dasselbe Team – das sind die besten Voraussetzung für den Erfolg – besonders bei schwer kranken Patientinnen.

Dieser Gesamtbehandlungsplan ist vor allem bei Anorexia nervosa von wesentlicher Bedeutung. Die Normalisierung des Körpergewichts durch die Etablierung eines geregelten Essverhaltensplans ist unabhängig vom Setting – gemäß aller Leitlinien der Therapie – zwingend notwendig, um das durch Mangelernährung funktionell beeinträchtigte Gehirn wieder ausreichend mit essentiellen Nahrungsmitteln zu versorgen. Der Einsatz unterschiedlicher Therapieformen (Ernährungsberatung, Körpertherapie, Ergotherapie, kreative und Ausdruckstherapien, Musiktherapie, Soziotherapie u.a.) ist dabei neben den klassischen Formen von individueller Psychotherapie und Gruppenpsychotherapien unterschiedlicher Provenienz insbesondere in tagesklinischen und stationären Settings üblich.

Um bei der Wiederernährung von Frauen mit Anorexia nervosa ein Refeedings-Syndrom zu verhindern, ist vor allem am Beginn der Behandlung darauf zu achten, dass Risikopatientinnen identifiziert werden (siehe Tab. 1).

Bei der Behandlung der Essstörungen muss man zwischen medizinischen Maßnahmen und psychotherapeutischen sowie rehabilitativen Zugängen unterscheiden.

Jeder, der an einer Essstörung leidet, benötigt, ärztliche Begleitung. CAVE: Eine Psychotherapie ohne kompetente ärztliche Begleitung ist ein Kunstfehler! Voraussetzung dafür ist klinische Erfahrung mit Essstörungen. Eine medikamentöse Therapie bei Anorexia nervosa kann nur bei komorbiden psychischen Störungen sinnvoll eingesetzt werden. »

- 
- » Bei Bulimia nervosa kann der Einsatz von SSRIs wie zum Beispiel von Fluoxetin eine Linderung der Symptomatik bewirken; Binge-eating-Störungen sind ein mögliches Einsatzgebiet von Antidepressiva und Topiramaten. Der Einsatz von atypischen Antipsychotika bei Anorexia nervosa ist noch im Stadium der Erprobung; bei Jugendlichen nur unter „therapeutischem Drug Monitoring“. Die medikamentöse Begleitbehandlung erfordert die Betreuung durch einen Spezialisten. Die Verordnung solcher Pharmaka ohne Einbettung in einen Gesamtbehandlungsplan ist kontraproduktiv.

Für die psychotherapeutische Behandlung von Essstörungen besteht je nach Lebensalter (Jugendliche/Erwachsene) und Diagnose unterschiedlich gute Evidenz. Für die Anorexia nervosa bei Jugendlichen besteht die beste Evidenz für familienbezogene Ansätze im Sinne des „Maudsley model of care“; für Anorexia nervosa bei Erwachsenen gibt es keine international akzeptierte Empfehlung. Bei Bulimia nervosa gibt es für alle Altersgruppen die Empfehlung, kognitive Verhaltenstherapie einzusetzen; daneben interpersonelle Therapie, aber auch dialektische Verhaltenstherapie, Emotionsregulationstherapie und Schematherapie. Für die Binge-eating-Störung liegen wirksame Therapiemanuale kognitiv-verhaltenstherapeutischer Provenienz vor.

Da unter prognostischen Gesichtspunkten auch unter erfolgter Leitlinien-orientierter State of the Art-Therapie nicht allen Betroffenen zufriedenstellend geholfen werden kann, sind innovative Ansätze der Behandlung gefragt. Dazu zählt der erfolgreiche Einsatz von Online-Verfahren zur Rückfallprophylaxe bei Anorexia nervosa und die Erprobung von neuropsychologisch basierten Verfahren bei schwerer Anorexia nervosa wie die „Kognitive Remediation Therapy – CRT“. Der fachgerechten Unterstützung der Eltern/Partner kommt sowohl bei Jugendlichen als auch bei Erwachsenen große Bedeutung zu. Innovative Online-Ansätze oder CD-ROM-basierte Verfahren für die Therapie der Bulimia nervosa und der Binge-eating-Störung erreichen andere Zielgruppen und bieten praktikable Zugänge zur Therapie. So konnte rezent für Bulimia nervosa ein Selbsthilfe-Manual, das auf kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden beruht, als Buch und in einer Internet-basierten Version vergleichend an 150 jungen Frauen randomisiert getestet werden. Dabei konnte bei 70 Prozent der Betroffenen sowohl für den Kurzzeitverlauf als auch nach einhalb Jahren eine gute und stabile Wirkung gezeigt werden.

Am AKH Wien wurde kürzlich eine kontrollierte Studie zu individueller Psychotherapie nach dem MANTRA-Konzept implementiert. Anorexia nervosa-spezifische, über Jahre in London erarbeitete Strategien wurden für Adoleszente modifiziert und den jungen Patientinnen zur Verfügung gestellt. Dabei handelt es sich um eine Form der individuellen Psychotherapie mit Betonung der Motivationslage und der inneren Ressourcen.

Hohe praktische Relevanz hat eine Studie von Herpertz-Dahlmann et al. Dabei wurden jugendliche Betroffene nach einer kurzen stationären Phase randomisiert entweder tagesklinisch oder stationär weiterbehandelt. Nach zwölf Monaten erreichten die tagesklinisch weiterbehandelten Patientinnen einen halben BMI-Punkt mehr als die stationären Patientinnen. Die tagesklinische Nachbehandlung war der stationären Therapie nicht unterlegen, allerdings kostengünstiger.

Um der elterlichen schweren Belastung durch und der oft dysfunktionalen Umgangsweise mit der Erkrankung bei ihren Kindern gerecht zu werden, wurde 2014 am AKH Wien ein intensives Psychoedukationsprogramm implementiert (www.meduniwien.ac.at/succeat). Die Eltern nehmen diese Unterstützung sehr gut an und führen zu einer Reduktion des „hilflosen“ Verhaltens im Umgang mit der Erkrankung.

Verlauf

Anorexia nervosa ist eine der gefährlichsten psychischen Störungen mit einer Mortalität von 5,6 Prozent pro gelebter Dekade. Die Suizidalität bei dieser Erkrankung ist um das 57-Fache erhöht im Vergleich zur Allgemeinbevölkerung. Anorexia nervosa ist – nach Adipositas und Asthma bronchiale – eine der drei Erkrankungen in der Adoleszenz mit dem höchsten Risiko zur Chronifizierung. Die derzeit zur Verfügung stehenden Behandlungsmethoden erreichen sowohl bei Anorexia nervosa als auch bei Bulimia nervosa und Binge-eating-Störungen eine Ansprechrate von maximal 80 Prozent Heilung und Besserung. Daher sind neue Behandlungsformen und Ansätze dringend notwendig und die Forschung in diesem Bereich unbedingt förderungswürdig. ☉

Tipp: www.ess-stoerung.eu

Literatur beim Verfasser

***) Univ. Prof. Dr. Andreas Karwautz,**
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
AKH Wien, Währinger Gürtel 18-20, 1090 Wien;
E-Mail: andreas.karwautz@meduniwien.ac.at

Lecture Board

Assoc. Prof. PD Dr. Katrin Skala,
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie/
Medizinische Universität Wien
Assoc. Prof. PD Dr. Claudia Klier,
Universitätsklinik für Kinder- und Jugendheilkunde/
Medizinische Universität Wien

Ärztlicher Fortbildungsanbieter

Österreichische Gesellschaft für Kinder- und Jugendpsychiatrie,
Psychosomatik und Psychotherapie

Im Rahmen des Diplom-Fortbildungs-Programms der Österreichischen Ärztekammer ist es möglich, durch das Literaturstudium in der ÖÄZ zwei Punkte für das DFP zu erwerben.

Insgesamt müssen vier von sechs Fragen richtig beantwortet sein. Eine Frage gilt als korrekt beantwortet, wenn alle möglichen richtigen Antworten markiert sind.

Schicken Sie diese Seite bis 16. September 2020 an:
Verlagshaus der Ärzte GmbH, z. Hd. Claudia Chromy
Nibelungengasse 13, 1010 Wien,
Faxnummer: 01/376 44 86
E-Mail: c.chromy@aerzteverlagshaus.at



www.aerztezeitung.at/DFP-Literaturstudium

Bitte deutlich ausfüllen, da sonst die Einsendung nicht berücksichtigt werden kann!

Name:

ÖÄK-Arztnummer: | | | | | — | | | | |

Adresse:

E-Mail-Adresse:

Zutreffendes bitte ankreuzen:

- Turnusarzt/Turnusärztin
- Arzt/Ärztin für Allgemeinmedizin
- Facharzt/Fachärztin für

- Ich besitze ein gültiges DFP-Diplom.
- Ich nutze mein DFP-Fortbildungskonto.
Bitte die DFP-Punkte automatisch buchen.

Altersgruppe:

- < 30 31–40 41–50 51–60 > 60

1) Zwei Screening-Studien im Hinblick auf mögliche Essstörungen wurden in Deutschland und Österreich durchgeführt. Wie häufig wurden Verdachtsfälle gefunden? (eine Antwort richtig)	
a)	Etwa ein Viertel bei beiden Geschlechtern
b)	Etwa die Hälfte der Mädchen
c)	90 Prozent der über 14-Jährigen
2) Welche medizinischen Komplikationen sind bei der Therapie der Essstörungen von größter klinischer Bedeutung? (drei Antworten richtig)	
a)	Kaliumverlust durch Erbrechen mit nachfolgenden Herzrhythmusstörungen
b)	dauerhafte Unfruchtbarkeit
c)	zentrale pontine Myelinolyse
d)	Gefahr des Refeeding-Syndroms bei Anorexia nervosa-Gewichtsrestitutions
e)	schwere Hirnatrophie mit irreversiblen Verlust höherer Hirnfunktionen
f)	Osteoporose durch Vitamin-D-Verlust, Hypokalzämie und Hyperkortisolämie
3) Welche Aussagen stellten sich bei einem in „The Lancet“ veröffentlichten Vergleich der Therapieansätze für Magersucht als richtig heraus? (zwei Antworten richtig)	
a)	Fokale psychodynamische Therapie ist deutlich schlechter wirksam als Verhaltenstherapie.
b)	Verhaltenstherapie wirkt rascher bezüglich der Besserung von Psychopathologie.
c)	Gewichtszunahme gelingt rascher bei Verhaltenstherapie als unter psychodynamischer Therapie.
d)	„Treatment as usual“ ist deutlich schlechter wirksam als die spezifischen Therapiemethoden Verhaltenstherapie und Psychoanalyse.
4) Welche Therapieformen haben derzeit gemäß den drei existierenden Leitlinien die beste Evidenz? (drei Antworten richtig)	
a)	Psychoanalytische Gruppentherapie für Anorexia nervosa und Bulimia nervosa
b)	Kognitive Verhaltenstherapie für Bulimia nervosa
c)	Neuroleptische Therapie der Magersucht
d)	Gabe von SSRIs bei Bulimia nervosa
e)	Probiotika-Therapie der Binge-Eating-Störung
f)	Geleitete Selbsthilfe für Magersucht bei Jugendlichen
g)	Gewichtsrestitutionsprogramm bei Anorexia nervosa
5) Welche Komorbiditäten/problematische Verhaltensweisen, die häufig zusammen mit Essstörungen auftreten, sind klinisch relevant? (drei Antworten richtig)	
a)	Zwangsstörungen bei Bulimia nervosa
b)	Angststörungen bei Anorexia nervosa
c)	Psychotische/paranoide Störungen bei Anorexia nervosa
d)	Borderline-Persönlichkeitsstörungen bei Anorexia nervosa
e)	Selbstverletzungen bei Anorexie und Bulimie
f)	Depressive Störungen bei Binge-Eating-Störung
g)	Missbrauch und Abhängigkeit von Substanzen bei Magersucht
6) In die kommende ICD-11-Klassifikation werden im Kapitel Essstörungen welche der folgenden spezifischen Störungen nicht aufgenommen? (zwei Antworten richtig)	
a)	Anorexia nervosa mit Beginn im höheren Lebensalter
b)	Night-Eating-Störung
c)	Adipositas

Zwei Drittel der Fragen richtig beantwortet: 0