



**University of
Zurich**^{UZH}

**Zurich Open Repository and
Archive**

University of Zurich
University Library
Strickhofstrasse 39
CH-8057 Zurich
www.zora.uzh.ch

Year: 2010

Essstörungen : eine Einführung

Hepp, U ; Milos, G

Posted at the Zurich Open Repository and Archive, University of Zurich

ZORA URL: <https://doi.org/10.5167/uzh-45425>

Journal Article

Originally published at:

Hepp, U; Milos, G (2010). Essstörungen : eine Einführung. Swiss Medical Forum, 10(48):834-840.

Essstörungen

Eine Einführung

Urs Hepp^a, Gabriella Milos^b

^a Psychiatrische Dienste Aargau AG (PDAG), Externer Psychiatrischer Dienst, Baden

^b Zentrum für Essstörungen, Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie, UniversitätsSpital, Zürich

Quintessenz

- Essstörungen werden in Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) und atypische Essstörungen (EDNOS) eingeteilt. Intraindividuell findet sich häufig ein Wechsel der Diagnose im zeitlichen Verlauf.
- Gemeinsame Hauptpathologie der Essstörungen (v.a. bei AN und BN) ist die Überbewertung von Körperform und Gewicht.
- In den letzten Jahren wurden Guidelines zur Behandlung der Essstörungen nach den Kriterien der Evidence-based Medicine EBM erarbeitet. Trotz der Häufigkeit von Essstörungen gibt es insbesondere für die AN wenige kontrollierte Studien, und der Grad der Evidenz der Therapieempfehlungen ist bescheiden.
- Psychiatrische Komorbidität ist sehr häufig und bei der Therapieplanung mit einzubeziehen.
- Somatische Risiken und Komplikationen sind häufig und potentiell lebensbedrohlich. Die Behandlung soll deshalb stets interdisziplinär erfolgen.

Einleitung

Essstörungen (ES) treten häufig bei adolescenten Mädchen und jungen erwachsenen Frauen auf und haben erhebliche psychische, somatische und psychosoziale Folgen, gelegentlich bis zur Invalidisierung¹. Die Anorexia nervosa kann sogar fatal verlaufen. Die Ursachen der ES sind komplex und multifaktoriell. Meist zeigt sich ein Zusammenspiel genetischer Prädisposition, biologischer und psychosozialer Risikofaktoren sowie Umweltfaktoren (Tab. 1 ↩).

Die ES werden in Anorexia nervosa (AN), Bulimia nervosa (BN) sowie atypische Essstörungen (EDNOS) eingeteilt.

In den letzten Jahren sind im englischsprachigen Raum Guidelines zur evidenzbasierten Behandlung der ES erarbeitet worden [1, 2], in Deutschland werden demnächst Leitlinien veröffentlicht. Nach wie vor gibt es einen Mangel an kontrollierten Studien zur Behandlung der AN, die Datenlage für die BN ist deutlich besser. Viele der Empfehlungen zur Behandlung von ES beruhen auf nicht-kontrollierten Studien und auf Expertenmeinungen. Studien zur Behandlung der EDNOS gibt es kaum [3], so dass die Empfehlungen für AN und BN in Analogie zur Anwendung kommen.



Urs Hepp

Die Autoren erklären, dass sie keine Interessenkonflikte im Zusammenhang mit diesem Beitrag haben.

Nosologie und Diagnostik

Die medizinische Erstbeschreibung der AN geht auf Lasègue zurück. Lasègue beschrieb 1873 einen Fall

einer «Anorexie hystérique». Fast zeitgleich hat Gull 1874 den Begriff der «Anorexia nervosa» geprägt. Die Erstbeschreibung der BN geht auf Russel zurück, der die «Bulimia nervosa» 1979 als Variante der AN beschrieben hat [4]. 1980 wurde die «Bulimia» erstmals als eigenständige Diagnose im DSM III [5] aufgenommen.

In der internationalen Klassifikation psychischer Störungen (ICD-10) [6] und im Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders (DSM-IV) [7] werden die beiden Hauptformen, die Anorexia nervosa (AN) und die Bulimia nervosa (BN), sowie die atypischen Essstörungen (ICD-10) respektive *Eating Disorders Not Otherwise Specified* (EDNOS) (DSM-IV) unterschieden (Tab. 2 ↩). Die EDNOS-Gruppe ist sehr heterogen, sie umfasst die Binge-Eating-Störung², Essen und Ausspucken von Esswaren, sowie alle subsyndromalen Formen von AN und BN. Die EDNOS sind, insbesondere im ambulanten Setting, die häufigsten ES, wegen der Heterogenität ist über deren Verlauf und Behandlung bisher jedoch wenig bekannt [8]. Bei der AN unterscheidet man zwei Unterformen, die AN *mit* aktiven Massnahmen zur Gewichtsreduktion (*binge-purge type*) und die AN *ohne* aktive Massnahmen zur Gewichtsreduktion (*restrictive type*). Diese Unterscheidung führt immer wieder zu Missverständnissen und Verwirrung: Auch bei der AN können bulimische Symptome wie Essattacken und Erbrechen auftreten. Ein BMI <17,5 kg/m² schliesst aber die Diagnose BN aus, und es muss die Diagnose AN mit aktiven Massnahmen zur Gewichtsreduktion gestellt werden.

Über lange Zeit wurden die drei Formen der ES als voneinander klar abgrenzbare Störungen mit unterschiedlicher Psychopathologie betrachtet und vor allem die Unterschiede hervorgehoben. Neuere Forschungsergebnisse zeigen jedoch, dass zwar intraindividuell die

Abkürzungen

AN:	Anorexia nervosa
BN:	Bulimia nervosa
BMI:	Body Mass Index
DSM-IV:	Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders, 4 th Edition
EDNOS:	Atypische Essstörungen (<i>Eating Disorders Not Otherwise Specified</i>)
ES:	Essstörung(en)
ICD-10:	Internationale Klassifikation psychischer Störungen

- 1 Dieser Artikel fokussiert auf die Behandlung Erwachsener mit Essstörung.
- 2 Binge-Eating-Störungen können zu Übergewicht führen; im Rahmen dieses Artikels wird nicht weiter auf die Behandlung und die Folgen der Adipositas eingegangen.

Tabelle 1. Risikofaktoren für Essstörungen.

Allgemeine Faktoren
– Weibliches Geschlecht
– Adoleszenz
Positive Familienanamnese
– Essstörungen
– Depressionen
– Substanzabusus/-abhängigkeit, insbesondere Alkohol
– Übergewicht
– Häufige Diäten
Persönlichkeit
– Perfektionismus/Zwanghaftigkeit
– Niedriges Selbstwertgefühl
– Soziale und emotionale Gehemmtheit
– Ängstlichkeit
Biologische Faktoren
– Genetische Prädisposition
– Frühe Pubertät
Intrapsychische Faktoren
– Psychische und körperliche Traumatisierung
– Diskrepanz körperlicher und psychischer Entwicklung
– Kritische Kommentare zu Essverhalten, Körperform und Gewicht
– Ablösungskonflikte
Soziokulturelle Faktoren
– Lebensstil der westlichen Gesellschaft
– Schlankheitsideal
– Wert- und Rollenkonflikte
– Leistungsorientierung

Diagnose ES eine hohe Konstanz zeigt, dass aber im Laufe der Erkrankung Wechsel zwischen den drei Unterformen sehr häufig vorkommen [9–11].

In Fachkreisen wird deshalb die heutige Klassifikation der ES kritisiert, und es wird vermehrt auf die Gemeinsamkeiten und die Core-Psychopathologie der ES hingewiesen [3, 10]. Zu dieser Hauptpathologie gehören die Fixierung auf Essthemen und die Überbewertung von Körperform und Gewicht. Bei Menschen mit ES hängt das Selbstwertgefühl stark ab von der Körperform und vom Körpergewicht und der Fähigkeit, diese zu kontrollieren, während andere Bereiche wie Beziehungen, Arbeit und Freizeitbeschäftigungen kaum zum Selbstwertgefühl beitragen. Viele der zusätzlichen Symptome der ES können als Folge davon abgeleitet werden.

Epidemiologie

Inzidenz und Prävalenz von ES variieren stark in Abhängigkeit von Rekrutierungs- und Untersuchungsmethoden. Die Prävalenz von ES inklusive EDNOS bei jungen Frauen liegt bei ca. 5%. Die durchschnittliche Lebenszeitprävalenz der AN bei Frauen liegt bei ca. 0,5–1%, die Lebenszeitprävalenz der BN zwischen 1 und 3%. Männer sind rund 10-mal weniger häufig betroffen [2, 12–14]. Eine Langzeitstudie zur Inzidenz hospitalisationsbedürftiger AN im Kanton Zürich zeigte einen signifikanten Anstieg in den 1960er und 70er Jahren, danach liess sich bis in die 90er Jahre keine Zunahme der schweren AN feststellen [15]. Angaben zur Mortalität variieren je nach Untersuchungssample.

Die Zehn-Jahres-Mortalitätsrate liegt bei 2,8–5,6% [16–18]. Die AN weist die zweithöchste Mortalität aller psychiatrischen Erkrankungen auf (nach Abhängigkeit von illegalen Drogen) [19]. Das Mortalitätsrisiko bei AN ist gegenüber der altersentsprechenden Normalbevölkerung 3- bis 10-mal erhöht [20–22]. Die erhöhte Mortalität ist einerseits direkt auf die somatischen Folgen des Untergewichts, andererseits auf eine erhöhte Suizidrate zurückzuführen [19, 21].

Komorbidität

Psychiatrische Komorbidität

ES gehen häufig mit anderen psychischen Störungen einher. In einer eigenen Studie wurden mittels standardisierter Instrumente 250 Frauen mit ES untersucht. Nur 17% hatten keine weitere psychiatrische Diagnose. In je 70% fanden sich eine oder mehrere Achse-I-Störungen (allgemeine psychiatrische Störungen) respektive eine Achse-II-Störung (Persönlichkeitsstörungen), wobei sich nicht selten Achse-I- und -II-Diagnosen bei denselben Patientinnen fanden. Bei den Achse-I-Störungen waren Depressionen, Angst- und Zwangsstörungen am häufigsten [23].

Zwanghaftes Verhalten steht oft in Zusammenhang mit Essen und Gewichtsreduktion, beispielsweise zwanghaftes Umhergehen, um Kalorien zu verbrauchen, zwanghaftes Stehen oder spezielle Rituale im Zusammenhang mit dem Essen. Gelegentlich können die Körperbildstörungen wahnhaftes Ausmass annehmen. Sozialer Rückzug, Depression, Schlafstörungen, Konzentrationsstörungen und allgemeiner Verlust der

Tabelle 2. Diagnostische Kriterien der Essstörungen nach ICD-10 (vereinfacht nach klinischer Relevanz).

Anorexia nervosa (ICD-10: F50.0)
Körpergewicht 15% unter dem Erwarteten oder BMI <17,5 kg/m ²
Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch <ul style="list-style-type: none"> – Vermeidung hochkalorischer Speisen – selbstinduziertes Erbrechen – selbstinduziertes Abführen – übertriebene körperliche Aktivitäten – Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika
Angst vor Gewichtszunahme (Körperschema-Störungen)
Endokrine Störungen (primäre/sekundäre Amenorrhoe; Potenz- und Libidostörungen)
Bei Beginn vor der Pubertät verzögerte Entwicklungsschritte
Anorexia nervosa ohne aktive Massnahmen zur Gewichtsreduktion (ICD-10: F50.00)
Restriktives Essverhalten
Kein Erbrechen u/o abführende Massnahmen etc.
Anorexia nervosa mit aktiven Massnahmen zur Gewichtsreduktion (ICD-10: F50.01)
Erbrechen u/o abführende Massnahmen, evtl. in Verbindung mit Heisshungerattacken
Bulimia nervosa (ICD-10: F50.2)
Andauernde Beschäftigung mit Essen; Essattacken, bei denen grosse Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden
Verhaltensweisen, um Gewichtszunahme entgegenzuwirken <ul style="list-style-type: none"> – Selbstinduziertes Erbrechen – Kalorienrestriktion (zeitweilige Hungerperioden) – Übertriebene körperliche Aktivitäten (Sport) – Gebrauch von Appetitzüglern oder Diuretika
Krankhafte Angst, Gewicht zuzunehmen
Atypische Essstörungen (ICD-10: F50.1/F50.3/F50.9)
Alle Essstörungen von klinischer Relevanz, die die Kriterien der AN oder BN nicht erfüllen

Lebensenergie führen zu erheblichen Einschränkungen im Alltag und wirken sich auf die allgemeine Leistungsfähigkeit aus.

Je nach Ausprägung können die komorbiden psychischen Störungen einen entscheidenden Einfluss auf den Verlauf haben und müssen bei der Planung der Therapie auf jeden Fall miteinbezogen werden.

Somatische Komorbidität

Eine eingehende somatische Abklärung bei ES ist zwingend, insbesondere zum Ausschluss somatischer Ursachen bei Untergewicht [8].

ES können auf Grund der Mangelernährung, des Untergewichtes, des Erbrechens und der Einnahme von Medikamenten zu erheblichen somatischen Folgeerkrankungen und Komplikationen führen, wobei fast alle Organsysteme betroffen sein können. Das Erbrechen führt zu Verlust der Zahnschmelze, Parotisschwellung und Alkalose. Mangelernährung und Gewichtsverlust führen zu Hautveränderungen (trockene Haut, Haarverlust, Lanugobehaarung, Akrozyanose), kardiovaskulären Symptomen (arterielle Hypotonie, Bradykardie, Herzrhythmusstörungen, Herzmuskeltrophie), Elektrolytstörungen, Anämie und Leukopenie, endokrinen Störungen (Amenorrhoe, Low-T3-Syndrom) und zu Osteopenie und Osteoporose mit Osteonekrosen und

pathologischen Frakturen. Die Durchführung einer Knochendensitometrie (DEXA) ist indiziert bei Patientinnen, die länger als ein Jahr einen BMI unter 18 kg/m² hatten.

Menschen mit ES haben oft Verdauungsbeschwerden wie Übelkeit, Verlangsamung der Magenentleerung und der Darmperistaltik. Bei schwerem chronischen Verlauf können Nieren- und Lebersversagen zu lebensbedrohlichen Situationen führen. Bei schwerem Untergewicht entwickelt sich eine Hirnatrophie, die in der Regel nach Erreichen eines physiologischen Gewichts reversibel ist [8, 24].

Die prämorbidie Präsenz somatischer Störungen, die das Einhalten von Diäten erfordert (z.B. Diabetes mellitus, Zöliakie), kann die Entwicklung von ES begünstigen und erfordert eine intensive interdisziplinäre Behandlung. Andererseits kann die Entdeckung von begleitenden gastroenterologischen Pathologien den Verlauf der ES positiv beeinflussen.

Therapie

Je früher die Therapie bei ES einsetzt, desto besser ist die Prognose. Die Behandlung ist jedoch oft durch mangelnde Einsicht in das Essproblem erschwert. Wichtig ist, die Betroffenen und Angehörigen über die Krankheit und deren Folgen zu informieren und das Bewusstsein der Behandlungsbedürftigkeit zu wecken. Gerade zu Beginn ist die Motivation für eine Therapie oft nicht gegeben und muss erst aufgebaut werden. Oft gelingt es, die Motivation über die körperlichen Symptome anzugehen. Die Etablierung einer tragfähigen und vertrauensvollen therapeutischen Beziehung ist eine wesentliche Voraussetzung für den Aufbau der Therapiemotivation.

Die Normalisierung des Essverhaltens ist bei jeder ES von primärer Bedeutung. Bei Untergewicht ist eine Normalisierung des Körpergewichts mit einem minimalen BMI zwischen 18,5 und 20 kg/m² anzustreben, wobei vor allem bei schwerem Untergewicht Zwischenziele definiert werden sollten. Die Normalisierung des Gewichts ist insbesondere auch deshalb wichtig, weil sich viele psychische Symptome wie Depression, Ängste, Zwänge und Störungen der Körperwahrnehmung mit einer Gewichtsnormalisierung verbessern.

Wenn immer möglich erfolgt die Behandlung der ES ambulant. Patientinnen mit schwerer AN müssen stationär behandelt werden, wenn sie trotz ambulanter Therapie weiter an Gewicht verlieren, der Gewichtsverlust massiv ist und/oder körperliche Komplikationen drohen oder auftreten. Eine stationäre psychiatrische Behandlung kann indiziert sein, wenn suizidale Krisen auftreten oder bei schwerer psychiatrischer Komorbidität. Sinnvoll wäre oft eine teilstationäre Behandlung von ES. Die Möglichkeiten dazu sind allerdings in der Schweiz leider noch sehr begrenzt. Gerade die Übergänge von stationärer zu ambulanter Therapie sind oft problematisch und bedürfen einer intensiven Vorbereitung.

Eine Übersicht der international anerkannten Ziele der Behandlung von Menschen mit ES findet sich in Tabelle 3 [↩](#).

Tabelle 3. Behandlungsziele bei Essstörungen (modifiziert nach C. Jacobi, T. Paul, A. Thiel).

Ziele in der Behandlung	Behandlungselement
Normalisierung des Essverhaltens und des Gewichts	Informationsvermittlung Motivation Selbstbeobachtung, Verhaltensanalyse (Esstagebuch) Regelmässige Mahlzeiten Regelmässige Gewichtskontrollen Umgang mit Heiss hungerattacken Stimuluskontrolle und Reaktionsmuster
Komorbide somatische und psychiatrische Störungen angehen	Somatische Abklärung und Betreuung Konsequente Behandlung der komorbiden psychischen Störungen
Bearbeitung der zu Grunde liegenden Problembereiche (Auslöser oder chonifizierende Faktoren)	Problemanalyse Zielorientierte Bearbeitung der Problembereiche Systemische Ansätze, Einbezug von Familie und Partnern Soziales Kompetenztraining
Verbesserung der Körperwahrnehmung und der Körperakzeptanz	Körperwahrnehmungsübungen Neue Körpererfahrungen Kognitive Techniken

Psychotherapeutische Verfahren

Eine psychotherapeutische Behandlung soll Menschen mit ES einen Ausweg aus der oft schwierigen Situation eröffnen und sie darin unterstützen, Neues auszuprobieren und unangenehme Gefühle und Ängste auszuhalten.

Die komplexe Symptomatologie der ES und die wenig evidenzbasierte Datenlage legitimieren eine Reihe von psychotherapeutischen Verfahren [1, 2, 8]. Pathologisches Essverhalten, fehlende Essstruktur und die Angst vor der Gewichtszunahme können am besten mit **kognitiv-verhaltenstherapeutischen Methoden** angegangen werden. Die kognitive Verhaltenstherapie zielt einerseits auf Korrektur dysfunktionaler Denkmuster und andererseits auf konkrete Verhaltensänderungen. Vor allem bei jungen Personen, die noch in der Familie leben, hat sich die **systemische Therapie** als effektiv erwiesen. Die systemische Therapie fokussiert nicht nur auf das erkrankte Individuum, sondern bezieht auch das Umfeld (System) mit ein. Die Familie kann sowohl eine Ressource darstellen, bei dysfunktionalen Beziehungsmustern aber auch zur Entstehung und Aufrechterhaltung einer Essstörung beitragen. Interventionen in der Familie und im Umfeld sollen der erkrankten Person den Weg aus der ES erleichtern. Die dysfunktionale Entwicklung, die oft vorhandene Angst, erwachsen zu werden, und die Selbstwertprobleme können mit **psychodynamischen Verfahren** angegangen werden. Die psychodynamischen Therapieformen bearbeiten bewusste und unbewusste psychische Konflikte, die ursächlich für die Entstehung der ES eine Rolle spielen. Für die Störungen der Körperwahrnehmung kann eine **Körpertherapie** indiziert sein. Menschen mit ES verlieren oft den Bezug zu ihrem Körper, und die Wahrnehmung ist massiv verzerrt. Durch konkrete Übungen ermöglicht die Körpertherapie den Zugang zum eigenen Körper und zum Körperleben wiederzuerlangen. Ein wichtiger Ansatz bei allen ES ist die **Psychoedukation**: Die Patientinnen sollen über die Erkrankung, deren Risiken und Gefahren informiert werden. Ebenso sollten die Betroffenen und ihre Angehörigen über Behandlungsart und -ziele offen informiert werden.

Aus diagnostischen und therapeutischen Gründen bewährt es sich, wenn die Patientinnen ein **Esstagebuch** führen. Die Motivation für dieses Behandlungselement muss gelegentlich erst erarbeitet werden. Das Esstagebuch soll zu Beginn für die Dauer einer Woche geführt werden, ohne dass die Patientinnen bereits etwas an ihrem Essverhalten ändern (Baseline). Im Esstagebuch soll festgehalten werden, was und wie viel (keine Kalorien, sondern Alltagsmasse) in welcher Situation (z.B. zu Hause, allein, stehend vor dem Kühlschrank, zusammen mit anderen, in der Kantine etc.) gegessen/getrunken wird. Ebenso sollen Essanfälle, Erbrechen und Abführen protokolliert werden. Die Patientinnen werden angehalten, Gedanken und Gefühle in Zusammenhang mit Essen und Erbrechen aufzuschreiben. In der nächsten Sitzung soll das Esstagebuch zusammen mit den Patientinnen besprochen und analysiert werden (genügend Zeit einberechnen!). Ziel ist der langsame Wiederaufbau einer Essstruktur mit drei Haupt- und zwei bis drei Zwischenmahlzeiten, ausreichenden Nahrungsmengen und ausgeglichener Zusammensetzung der Mahlzeiten. Wichtig ist es, sich auch ein Bild über die Trinkmenge der Betroffenen zu verschaffen; Menschen mit ES können oft zu wenig (Exsikkose) oder viel zu viel trinken (bis zu einer Wasserintoxikation). Ein weiteres wichtiges Hilfsmittel in der Therapie von ES ist das Führen einer **Gewichtskurve**. Dieses einfache Instrument ist von zentraler Bedeutung v.a. bei AN-Patientinnen. Mittels der Kurve ist es möglich, zusammen mit der Patientin Verlauf und Ziele zu diskutieren und zu interpretieren. Wichtig ist der längerfristige Verlauf: Die Kurve zeigt Trends, unabhängig von kurzfristigen Schwankungen, die z.B. durch Trinken grosser Mengen von Wasser vor dem Wägen verursacht sein können. Die Gewichtskurve ist auch bei nicht untergewichtigen Patientinnen mit ES wichtig: Eine befürchtete grosse Gewichtszunahme in Zusammenhang mit der Normalisierung des Essverhaltens bei BN oder EDNOS lässt sich mit der Kurve am besten objektivieren und therapeutisch angehen.

Ernährungsberatung

Ernährungsberatung kann eine wichtige Ergänzung zur Psychotherapie sein, wobei das Ziel eine schrittweise Normalisierung des Essverhaltens ist. Die Patientinnen sollten in der Lage sein, ein Esstagebuch zu führen, was eine minimale Einsicht der Betroffenen voraussetzt. Die Ernährungstherapeutinnen sollten Erfahrung mit ES haben. Die interdisziplinäre Zusammenarbeit und ein regelmässiger Austausch zwischen den Behandelnden und der Ernährungsberatung sind von zentraler Bedeutung.

Pharmakologische Behandlung

Es existieren im Moment keine essstörungsspezifischen Medikamente. Der Einsatz von Psychopharmaka ist vor allem bei psychischer Komorbidität sinnvoll und richtet sich nach den Symptomen. Bei schwerem Untergewicht ist den Nebenwirkungen besondere Beachtung zu schenken [2].

AN: Therapien mit Antidepressiva zur Behandlung der AN haben sich als nicht wirksam erwiesen. Antidepressiva wurden früher zur Rückfallprophylaxe bei AN eingesetzt, in einer grossen Studie konnte deren Wirkung jedoch nicht belegt werden [25]. Der Einsatz von Antidepressiva ist dann indiziert, wenn gleichzeitig eine depressive Störung oder eine Zwangsstörung vorliegt. Neuroleptika haben sich nicht generell zur Behandlung der AN bewährt. Olanzapin wird zunehmend eingesetzt zur Behandlung schwerer AN. In Dosierungen zwischen 2,5 und 15 mg/die wurden Gewichtszunahme, Reduktion der Fixierung auf Essthemen, Verbesserung der Körperschema- und Schlafstörungen und Verminderung depressiver Symptome sowie erhöhte Therapieadhärenz beobachtet [26, 27].

BN: Zur Behandlung der BN und zur Rückfallprophylaxe hat sich Fluoxetin (Antidepressivum/SSRI) in einer

Männer sind rund 10-mal weniger häufig von Essstörungen betroffen als Frauen

Dosierung von 60 mg/die bewährt. Interessanterweise ist der antibulimische Effekt unabhängig davon, ob gleichzeitig eine Depression besteht oder nicht. Die kognitiv-verhaltenstherapeutische Therapie ist der antidepressiven Behandlung überlegen. Die Kombination beider Behandlungsmodalitäten ist einer alleinigen psychotherapeutischen Behandlung nur wenig überlegen. Die Therapie mit Antidepressiva wird häufig eingesetzt, wenn Patientinnen nicht bereit sind, sich einer Psychotherapie zu unterziehen, oder wenn keine entsprechenden Therapieplätze verfügbar sind.

Therapie der komorbiden psychischen Störungen

Bei komorbiden psychischen Störungen ist immer zu entscheiden, welche Störung aktuell im Vordergrund steht. So kann z.B. eine Alkoholabhängigkeit die Behandlung der Essstörung behindern oder gar verunmöglichen, so dass erstere zuerst angegangen werden muss. Andererseits können sich z.B. Zwangssymptome im Zusammenhang mit AN bessern, wenn die Patientinnen an Gewicht zunehmen. Bei gleichzeitigem Vorliegen einer Angststörung können Angst- und Paniksymptome

durch Symptome der Essstörung wie arterielle Hypotonie und Hypoglykämie verstärkt werden, so dass hier Psychoedukation und Normalisierung des Essverhaltens und des Gewichts im Vordergrund stehen.

Therapie der komorbiden somatischen Störungen

Die beste Therapie aller somatischen Komplikationen bei AN ist grundsätzlich eine Normalisierung des Gewichts. Internationale Richtlinien empfehlen für Erwachsene das Erreichen eines BMI zwischen 18,5 und 20 kg/m².

Bei schwer Untergewichtigen sollte die Wiedereinführung einer normalen Ernährung zu Beginn mit kleinen Portionen und unter internistischer Überwachung erfolgen. Die Steigerung soll langsam und stufenweise stattfinden, um der Gefahr eines Refeedingsyndroms entgegenzuwirken. Das Refeedingsyndrom ist eine gefährdete potentiell lebensbedrohliche Komplikation. Durch rasche Wiederaufnahme der Ernährung bei schwerer Mangelernährung können

Je früher die Therapie bei ES einsetzt, desto besser ist die Prognose

durch die Reaktivierung des Glukosestoffwechsels schwere Elektrolytentgleisungen (Hypophosphatämie, Hypokaliämie, Hypomagnesiämie sowie Natriumretention) und in der Folge Herzrhythmusstörungen bis zum Herzstillstand, Atemdepression, Enzephalopathie und Krämpfe, renale Tubulusnekrose und weitere Komplikationen auftreten. Bei Zufuhr von Glukose steigt der Bedarf an Thiamin (Vitamin B₁) bei gleichzeitig erschöpften Reserven, was lebensbedrohliche Zustände mit Laktatanreicherung und Wernicke-Enzephalopathie zur Folge haben kann. Thiamin und gegebenenfalls weitere Vitamine müssen deshalb substituiert, die Elektrolyte und der Wasserhaushalt engmaschig kontrolliert werden [28].

Eine der folgenschwersten Komplikationen ist die Osteoporose. Frühere Empfehlungen, Östrogene zu substituieren (meist in Form oraler Antikonzeptiva), haben sich als kaum wirksam erwiesen [8, 29]. Bisphosphonate zur Behandlung der Anorexie-bedingten Osteoporose werden nicht empfohlen. Die tägliche Einnahme von Kalzium und Vitamin D₃ wird empfohlen, obwohl auch hier der Grad der Evidenz bis jetzt gering ist [30]. Bei BN ist es wichtig, die Kaliumwerte zu überwachen und bei Bedarf zu substituieren.


Eine Übersicht zu somatischen Behandlungsempfehlungen wurde 2005 in dieser Zeitschrift publiziert [31].

Stationäre Behandlung

Stationäre Behandlungen im somatischen Spital sind indiziert bei raschem Gewichtsverlust sowie bei massivem Untergewicht, wobei der BMI-Wert keineswegs das einzige Beurteilungskriterium darstellt; insbesondere bei Wasserretention sind BMI-Werte nur sehr begrenzt aussagekräftig. Bei AN sind Bradykardie und Hypothermie zwei einfach messbare und aussagekräftige Parameter, die auf eine Dekompensation des Stoffwechsels hinweisen. Weitere Kriterien sind schwere Elektrolytentgleisungen und Herzrhythmusstörungen. Infekte können rasch zu einer Verschlechterung des Allgemeinzustands führen und eine Hospitalisation

Tabelle 4. Beurteilungskriterien für das somatische Risiko bei Essstörungen (nach Treasure et al.).

	Mittleres Risiko	Hohes Risiko
Ernährungszustand		
BMI (kg/m ²)	<15	<13
BMI-Perzentilen	<3.	<2.
Gewichtsverlust (kg/Woche)	>0,5	>1,0
Purpura/Petechien		+
Zirkulation		
Syst. BD (mm Hg)	<90	<80
Diast. BD (mm Hg)	<60	<50
Posturaler Blutdruckabfall (mm Hg)	>10	>20
Puls (Schläge/Minute)	<50	<40
Sauerstoffsättigung (%)	<90	<85
Zyanose der Extremitäten		+
Muskuloskelettal		
Unfähigkeit, aus der Hockstellung aufzustehen, ohne mit den Armen zu balancieren	+	
Unfähigkeit, aus der Hockstellung aufzustehen, ohne sich mit den Armen abzustützen		+
Körpertemperatur (°C)		
	<35	<34,5
Labor		
Blutbild, Harnstoff, Elektrolyte inkl. Phosphat, Leberwerte, Albumin, Kreatininkinase, Glukose	Bei Abweichungen von der Norm	Kalium <2,5 mmol/l Natrium <130 mmol/l Phosphat <0,5 mmol/l
EKG		
		QT-Verlängerung (vor allem bei gleichzeitigem Kaliummangel)

erfordern [8]. Tabelle 4  gibt einen Überblick zur Einschätzung des somatischen Risikos. Eine zwangsweise Hospitalisation gegen den Willen von gefährdeten, schwer untergewichtigen Personen sollte die Ausnahme darstellen; die Indikation dazu ist restriktiv zu stellen. Die Zwangsernährung gegen den Willen der Patientin soll nur im Ausnahmefall und nur als vorübergehende Massnahme angewendet werden. Dieses Vorgehen impliziert gewichtige juristische und ethische Aspekte, die möglichst im Vorfeld der Hospitalisation berücksichtigt werden sollten. Die Zwangsernährung führt meist nicht zu andauernder Verbesserung der Situation und kann zu grösseren Widerständen gegenüber der Behandlung führen [32]. Sollte dennoch eine Hospitalisation notwendig werden, lohnt es sich, diese sorgfältig vorzubereiten. Spitälern mit einem eingespielten interdisziplinären Team mit Erfahrung in der Behandlung von ES und einem konsiliarpsychiatrischen Dienst ist der Vorzug zu geben.

Nicht bewährt haben sich Ultimaten. Wird beispielsweise eine Hospitalisation bei Unterschreiten eines bestimmten Gewichtes angedroht, kann das die therapeutische Handlungsfähigkeit massiv einschränken. Ultimaten sind auch ein idealer Nährboden für manipulatives Verhalten und können die therapeutische Beziehung strapazieren.

Für eine stationäre psychotherapeutische Behandlung ist die Motivation der Patientin von zentraler Bedeutung. Die Therapieprogramme sind multimodal gestaltet, erfolgen im Gruppen- und Einzelsetting und können mehrere Monate (3–6) dauern. Meistens muss die Motivation zuerst im ambulanten Setting aufgebaut werden.

Schlussfolgerungen

Entscheidend in der Behandlung der ES sind die Früherkennung und eine entsprechend frühe Behandlung, die mit einer besseren Prognose einhergeht. Zu Beginn der Therapie stehen die Etablierung einer tragfähigen therapeutischen Allianz, die Einsicht in das pathologische Verhaltensmuster und der Aufbau der Motivation zur Veränderung. Primäre Bedeutung in der Therapie haben die Normalisierung des Essverhaltens sowie die Normalisierung resp. Stabilisierung des Gewichts. In der Behandlung der ES hat die Psychotherapie einen zentralen Stellenwert, wobei kognitiv-verhaltenstherapeutische und Familieninterventionen, v.a. auch bei jungen Personen, die beste Evidenz aufweisen. Antidepressiva (Fluoxetin) werden zur Behandlung bulimischer Symptome eingesetzt, Olanzapin wird in der Behandlung der AN eingesetzt, wobei die Datenlage

noch bescheiden ist. Für die Planung der Therapie und die Prognose ist der psychischen Komorbidität Beachtung zu schenken. Die somatischen Risiken und Komplikationen erfordern eine intensive interdisziplinäre Zusammenarbeit.

Korrespondenz:

PD Dr. med. Urs Hepp
Externer Psychiatrischer Dienst EPD
Psychiatrische Dienste Aargau AG
Haselstrasse 1
CH-5401 Baden
urs.hepp@pdag.ch

Empfohlene Literatur

- Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010. 375(9714):583–93.
- Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S. Handbuch Essstörungen und Adipositas. 2008: Springer.
- Jacobi C, Thiel A, Paul T. Essstörungen. In: Reihe Fortschritte der Psychotherapie. D. Schulte et al., Editors. 2004, Hogrefe: Göttingen.
- Thiel A, Paul T. Zwangsbehandlung bei Anorexia nervosa – Psychotherapeutische und juristische Anmerkungen. *Psychother Psychosom Med Psychol*. 2007;57(3–4):128–35.
- Kamber V. Essstörungen – nicht nur ein psychiatrisches Problem: Medizinische Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Schweiz Med Forum*. 2005;5(48):1195–202.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie unter www.medicalforum.ch.

Esstörungen / Troubles alimentaires

Literatur (Online-Version) / Références (online version)

1. APA. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Third edition. American Psychiatric Association. 2006.
2. NICE. Eating disorders: Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders. Clinical Guideline. National Institute for Clinical Excellence 2004. Available from: <http://guidance.nice.org.uk/CG9>.
3. Fairburn CG, Cooper Z, Doll HA, O'Connor ME, Bohn K, Hawker DM, et al. Transdiagnostic cognitive-behavioral therapy for patients with eating disorders: a two-site trial with 60-week follow-up. *The American journal of psychiatry*. 2009 Mar;166(3):311-9.
4. Russell G. Bulimia nervosa: an ominous variant of anorexia nervosa. *Psychological medicine*. 1979 Aug;9(3):429-48.
5. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-III. Washington, DC: American Psychiatric Association; 1980.
6. Dilling H, Mombour W, Schmidt MH. Internationale Klassifikation psychischer Störungen ICD-10 Kapitel V (F). Klinisch-diagnostische Leitlinien. Bern, Göttingen, Toronto: Hans Huber; 2010.
7. APA. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders DSM-IV-TR. Washington, DC: American Psychiatric Association; 2000.
8. Treasure J, Claudino AM, Zucker N. Eating disorders. *Lancet*. 2010 Feb 13;375(9714):583-93.
9. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Fairburn CG. Instability of eating disorder diagnoses: prospective study. *Br J Psychiatry*. 2005 Dec;187:573-8.
10. Fairburn CG, Harrison PJ. Eating disorders. *Lancet*. 2003 Feb 1;361(9355):407-16.
11. Eddy KT, Dorer DJ, Franko DL, Tahlilani K, Thompson-Brenner H, Herzog DB. Diagnostic crossover in anorexia nervosa and bulimia nervosa: implications for DSM-V. *The American journal of psychiatry*. 2008 Feb;165(2):245-50.
12. Hoek HW. Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current opinion in psychiatry*. 2006 Jul;19(4):389-94.
13. Preti A, Girolamo G, Vilagut G, Alonso J, Graaf R, Bruffaerts R, et al. The epidemiology of eating disorders in six European countries: results of the ESEMED-WMH project. *Journal of psychiatric research*. 2009 Sep;43(14):1125-32.
14. Hudson JI, Hiripi E, Pope HG, Jr., Kessler RC. The prevalence and correlates of eating disorders in the National Comorbidity Survey Replication. *Biological psychiatry*. 2007 Feb 1;61(3):348-58.
15. Milos G, Spindler A, Schnyder U, Martz J, Hoek HW, Willi J. Incidence of severe anorexia nervosa in Switzerland: 40 years of development. *The International journal of eating disorders*. 2004 Apr;35(3):250-8.
16. Sullivan PF. Mortality in anorexia nervosa. *The American journal of psychiatry*. 1995 Jul;152(7):1073-4.
17. Keel PK, Brown TA. Update on course and outcome in eating disorders. *The International journal of eating disorders*. 2010 Apr;43(3):195-204.
18. Signorini A, De Filippo E, Panico S, De Caprio C, Pasanisi F, Contaldo F. Long-term mortality in anorexia nervosa: a report after an 8-year follow-up and a review of the most recent literature. *European journal of clinical nutrition*. 2007 Jan;61(1):119-22.

19. Harris EC, Barraclough B. Excess mortality of mental disorder. *Br J Psychiatry*. 1998 Jul;173:11-53.
20. Herpertz S, de Zwaan M, Zipfel S. *Handbuch Essstörungen und Adipositas*: Springer; 2008.
21. Zipfel S, Lowe B, Reas DL, Deter HC, Herzog W. Long-term prognosis in anorexia nervosa: lessons from a 21-year follow-up study. *Lancet*. 2000 Feb 26;355(9205):721-2.
22. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. *The American journal of psychiatry*. 2002 Aug;159(8):1284-93.
23. Milos GF, Spindler AM, Buddeberg C, Cramer A. Axes I and II comorbidity and treatment experiences in eating disorder subjects. *Psychotherapy and psychosomatics*. 2003 Sep-Oct;72(5):276-85.
24. Ehrlich S, Burghardt R, Weiss D, Salbach-Andrae H, Craciun EM, Goldhahn K, et al. Glial and neuronal damage markers in patients with anorexia nervosa. *J Neural Transm*. 2008 Jun;115(6):921-7.
25. Walsh BT, Kaplan AS, Attia E, Olmsted M, Parides M, Carter JC, et al. Fluoxetine after weight restoration in anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Jama*. 2006 Jun 14;295(22):2605-12.
26. Dunican KC, DelDotto D. The role of olanzapine in the treatment of anorexia nervosa. *The Annals of pharmacotherapy*. 2007 Jan;41(1):111-5.
27. Bissada H, Tasca GA, Barber AM, Bradwejn J. Olanzapine in the treatment of low body weight and obsessive thinking in women with anorexia nervosa: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The American journal of psychiatry*. 2008 Oct;165(10):1281-8.
28. Zauner C, Zauner A, Lindner G, Kneidinger N, Schneeweiss B. Das Refeeding-Syndrom. *Journal für Gastroenterologische und Hepatologische Erkrankungen*. 2005;3(4):7-11.
29. Liu SL, Lebrun CM. Effect of oral contraceptives and hormone replacement therapy on bone mineral density in premenopausal and perimenopausal women: a systematic review. *British journal of sports medicine*. 2006 Jan;40(1):11-24.
30. Misra M, Klibanski A. Anorexia nervosa and osteoporosis. *Reviews in endocrine & metabolic disorders*. 2006 Jun;7(1-2):91-9.
31. Kamber V. Essstörungen – nicht nur ein psychiatrisches Problem: Medizinische Komplikationen bei Anorexia und Bulimia nervosa. *Schweiz Med Forum*. 2005;5:1195–202.
32. Thiel A, Paul T. Zwangsbehandlung bei Anorexia nervosa - Psychotherapeutische und juristische Anmerkungen. *Psychotherapie, Psychosomatik, medizinische Psychologie*. 2007 Mar-Apr;57(3-4):128-35.