

Esstörungen – State of the Art und neuere Entwicklungen

Tabea Bauman, Ulrich Vorderholzer



Quelle: VadimGuzhva/stock.adobe.com

Einer leitliniengerechten Versorgung der Essstörungen kommt aufgrund der potenziell schwerwiegenden körperlichen und psychosozialen Beeinträchtigungen eine hohe Bedeutung zu. Der Beitrag zeigt die Empfehlungen der S3-Leitlinie zur psychotherapeutischen und psychopharmakologischen Behandlung der Anorexia nervosa, Bulimia nervosa und Binge-Eating-Störung und berichtet über neuere Entwicklungen in der Behandlung der Essstörungen.

Anorexia nervosa

Selbsterbeigeführtes Untergewicht ist das Kernmerkmal der Anorexia nervosa. Nach den neuen Kriterien der ICD-11 wird Untergewicht mit einem Body Mass Index (BMI) $< 18,5 \text{ kg/m}^2$ bei Erwachsenen und einem Unterschreiten der 5. Altersperzentile bei Kindern und Jugendlichen definiert. Die Patient*innen haben Angst, zu dick zu sein und/oder zu dick zu werden. Um dieser Angst und einer verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers ent-

gegenzuwirken, schränken die Patient*innen Nahrungsmenge und Auswahl ein, oder wirken aktiv einer Gewichtszunahme entgegen, z. B. durch selbstinduziertes Erbrechen oder auch mit übertriebener körperlicher Aktivität. Das Kriterium einer endokrinen Störung entfiel im DSM-5, da es bei Patient*innen vor der Menarche, bei der Einnahme von Kontrazeptiva sowie bei Jungen und Männern nicht anwendbar ist.

FALLBEISPIEL**Anorexia nervosa**

Eine 20-jährige Studentin mit BMI 14,8 kg/m² berichtete bei ihrer Erstaufnahme in eine Spezialklinik zur Behandlung von Essstörungen, dass sie seit mehreren Jahren unter Problemen mit dem Essen leide. Freunde und Familie würden meinen, dass sie zu dünn sei. Sie selbst sehe sich aber keinesfalls als zu dünn und habe schreckliche Angst davor, zuzunehmen. Deswegen betreibe sie auch viel Sport. Sie leide aber darunter, sich nicht mehr gut konzentrieren zu können und sich nur noch müde zu fühlen. Ihr Studium habe sie wegen dieser Einschränkungen unterbrechen müssen, weswegen sie nun auch zu einer Behandlung bereit sei.

Allgemeines

Die Behandlung der Anorexia nervosa sollte primär psychotherapeutisch ausgerichtet sein, aber neben den psychischen Aspekten stets auch akute körperliche Probleme und Folgen berücksichtigen. Das psychotherapeutische Vorgehen sollte zweigleisig sein, d. h. einerseits die Normalisierung des Essverhaltens und des Körpergewichts und andererseits ursächliche und aufrechterhaltende Faktoren (z. B. Konflikte und Probleme der Emotionsregulation) adressieren.

Bezüglich der Normalisierung des Körpergewichts eignet sich bei Jugendlichen als Zielgewicht die 25. BMI-Perzentile. Bei Erwachsenen sollte ein gesundes Gewicht in einem Bereich über dem von der WHO als Mindestgewicht festgelegten BMI von 18,5 kg/m² liegen und ohne Restriktion oder aktive Maßnahmen zur Gegenregulation stabil bleiben. In der Therapie empfiehlt es sich aber, einen BMI von 20 kg/m² anzustreben und in einer Haltephase zu erproben, da sich in der klinischen Praxis zeigt, dass Patient*innen mit BMI 18,5 kg/m² zu schnell wieder in ein Untergewicht abrutschen können. Auch das prämorbid Gewicht kann bei Erwachsenen als Anhaltspunkt dienen. Der Wiedereintritt der Menstruation kann nur als grobes Maß der körperlichen Erholung gewertet werden.

Im ambulanten Bereich wird eine Gewichtszunahme von 200–500 g/Woche empfohlen. Im stationären Bereich wird nach den neuen Leitlinienempfehlungen von der im internationalen Vergleich bislang zu konservativen Wiedernahrung abgewichen und eine Gewichtszunahme von 500–1000 g/Woche empfohlen. Nach neueren Studien erscheint eine höhere initiale Kalorienzufuhr nicht mit einer erhöhten Gefahr für ein Refeeding-Syndrom verbunden zu sein [1][2], solange die engmaschige Überwachung körperlicher Parameter gewährleistet ist und auf eine angepasste Gabe von Supplementen geachtet wird [3].

Die medizinische Diagnostik der Patient*innen sollte neben der Gewichtserfassung mindestens folgende Elemente enthalten:

- Blutdruck und Puls, Körpertemperatur
- Inspektion der Körperperipherie (Durchblutung, Ödeme)
- Auskultation des Herzens und der Lunge
- Palpation und Auskultation des Abdomens
- Elektrokardiogramm, ggf. Sonografie und Echokardiografie (Aszites, Pleura- und Perikarderguss)

Bei längerem Krankheitsverlauf ist auch eine Knochendichtemessung anzuraten. Wichtige Laborparameter sind Blutbild, Blutglukose, Elektrolyte, Kreatinin, Leberwerte, Kreatinkinase und Schilddrüsenwerte. Kriterien, ab wann nach den Empfehlungen der S3-Leitlinie eine spezialisierte stationäre Behandlung angezeigt ist, sind in der Infobox aufgeführt.

INFO**Kriterien zur stationären Behandlung der Anorexia nervosa nach klinischem Konsenspunkt**

- rapid und anhaltender Gewichtsverlust
- gravierendes Untergewicht (BMI < 15 kg/m² bzw. bei Kinder und Jugendlichen unterhalb der 3. Altersperzentile)
- schwere bulimische Symptomatik
- exzessiver Bewegungsdrang
- körperliche Gefährdung oder Komplikationen
- ausgeprägte psychische Komorbidität
- Suizidalität
- Überforderung im ambulanten Setting und ungünstige soziale oder familiäre Einflussfaktoren

Psychotherapie

Grundsätzlich ist Psychotherapie bei allen Essstörungen die Behandlungsmethode der Wahl. Bei Anorexia nervosa gibt es nach aktueller Datenlage keine Überlegenheit eines Verfahrens [4]. Empfohlen werden erweiterte kognitive Verhaltenstherapie (CBT-E), fokale psychodynamische Therapie (FPT), Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA) und Specialist Supportive Clinical Management (SSCM). MANTRA und SSCM sind in Deutschland jedoch keine anerkannten Psychotherapieverfahren.

Anzumerken ist, dass alle Verfahren mit einem Monitoring des Gewichts kombiniert wurden und sich insofern in der Durchführung weniger als bei anderen psychischen Erkrankungen voneinander unterscheiden. Des Weiteren sollte zumindest bei Kindern und Jugendlichen die Familie einbezogen werden [5]. Aus der klinischen Praxis empfiehlt es sich aber, dass Angehörige unabhängig vom Alter der Patient*innen in den Behandlungsverlauf involviert werden.