

BRα

Diagnostik und Therapie der Essstörungen: Eine psychosomatische Herausforderung

Prof. Dr. med. Martina de Zwaan

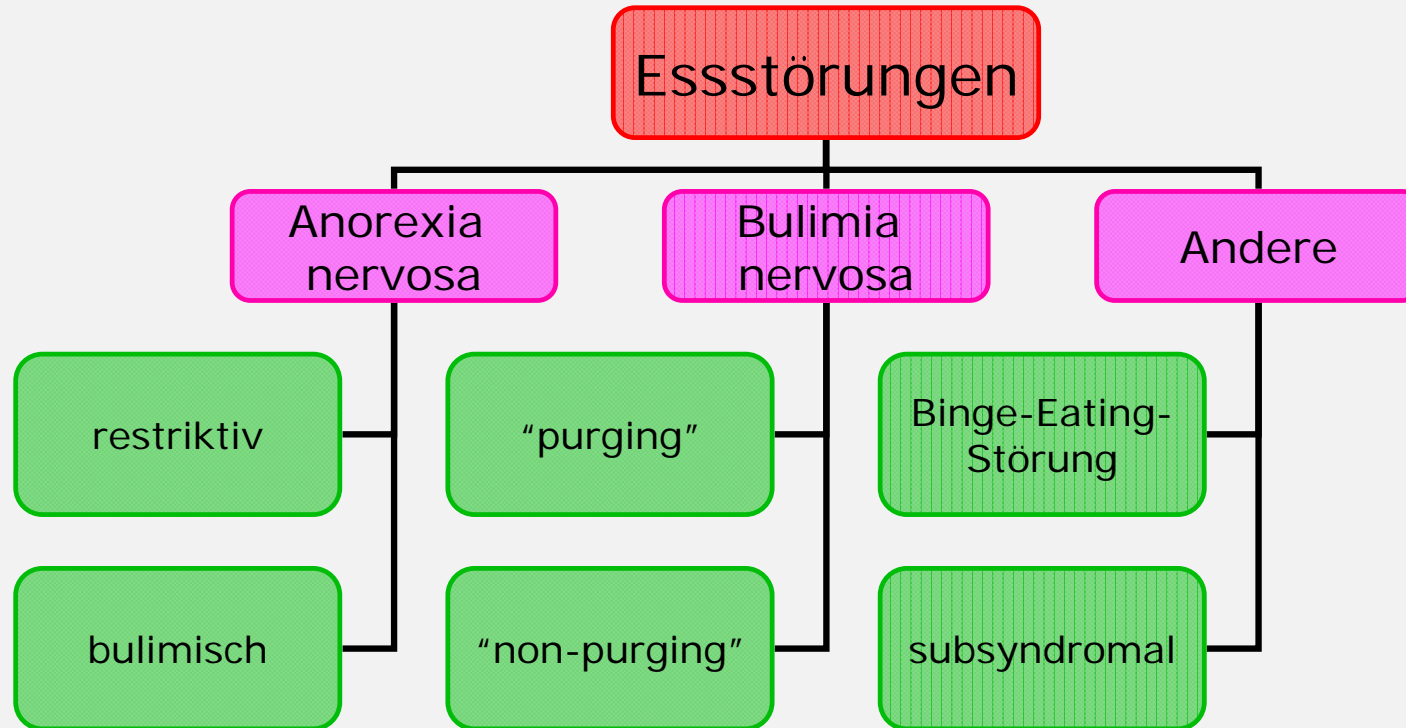
Psychosomatische und Psychotherapeutische Abteilung

Die Magersucht - eine alte Erkrankung

- **1691** beschrieb der englische **Arzt Richard Morton** die wesentlichen Charakteristika facettenreich und detailliert. Als Ursache nahm er eine "nervöse Auszehrung auf Grund von Traurigkeit und ängstlicher Sorge" an.
- Im religiösen Kontext gibt es eine Reihe mittelalterlicher Beschreibungen extremen Fastens und eine nicht unbeträchtliche Zahl von "**Fasten-Heiligen**".
 - nicht auf die Magersucht im medizinischen Sinne reduzierbar.
 - **Protestpotenzial**, Entwicklung der Autonomie – der heiligen Katharina von Siena beispielsweise soll das Fasten ermöglicht haben, familiäre Heiratsbeschlüsse abzuwehren.

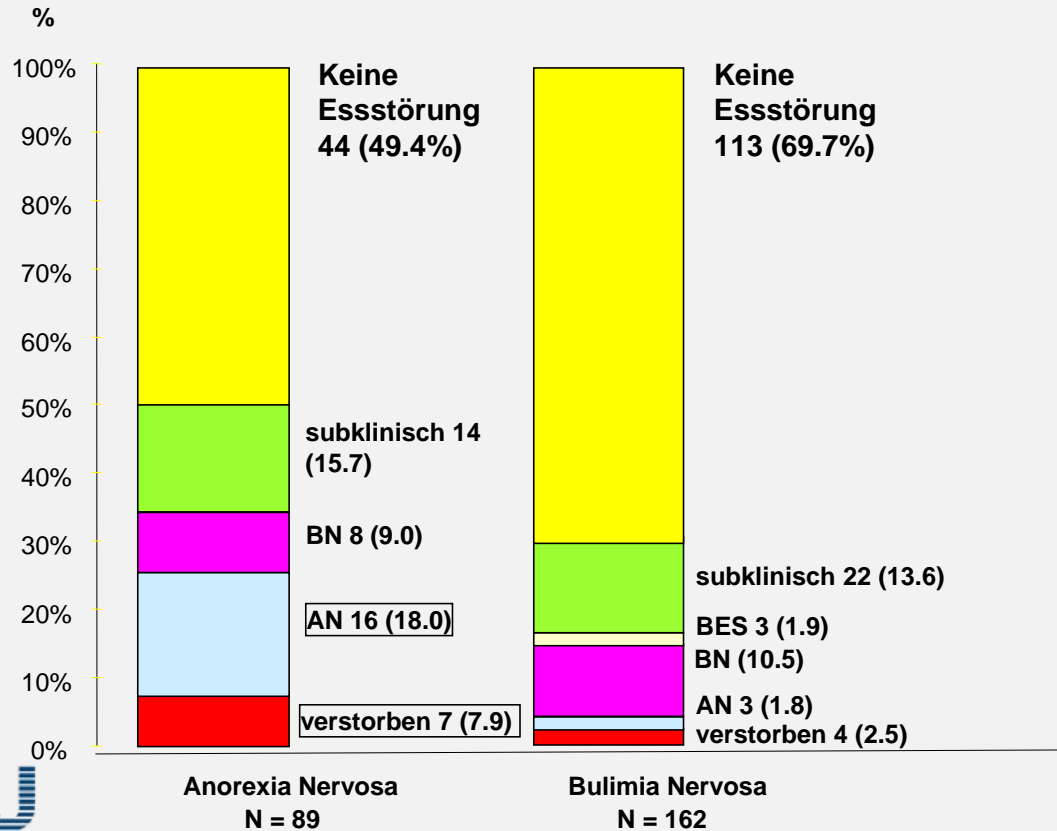


Einteilung der Essstörungen



Verlauf von AN und BN

12- Jahres-Katamnese (nach stat. Aufenthalt)



Hungern bis zum Tod?

Fichter & Quadflieg 2004,
Fichter et al. 2006,
Fichter & Quadflieg 2007

Standardisierte Mortalitätsraten (SMR) bei AN

Papadopoulos et al., 2009

SMR vergleichbar mit Suchterkrankungen
(6,2fach erhöht)

SMR auch nach 20 J. noch erhöht

Suizid: 20-30% der Todesfälle (Komorbidität!)



Psychische Komorbidität

- Depression (bis 70%)
- Angststörungen (Sozialphobie)
- Zwangsstörung
- Substanzabhängigkeit

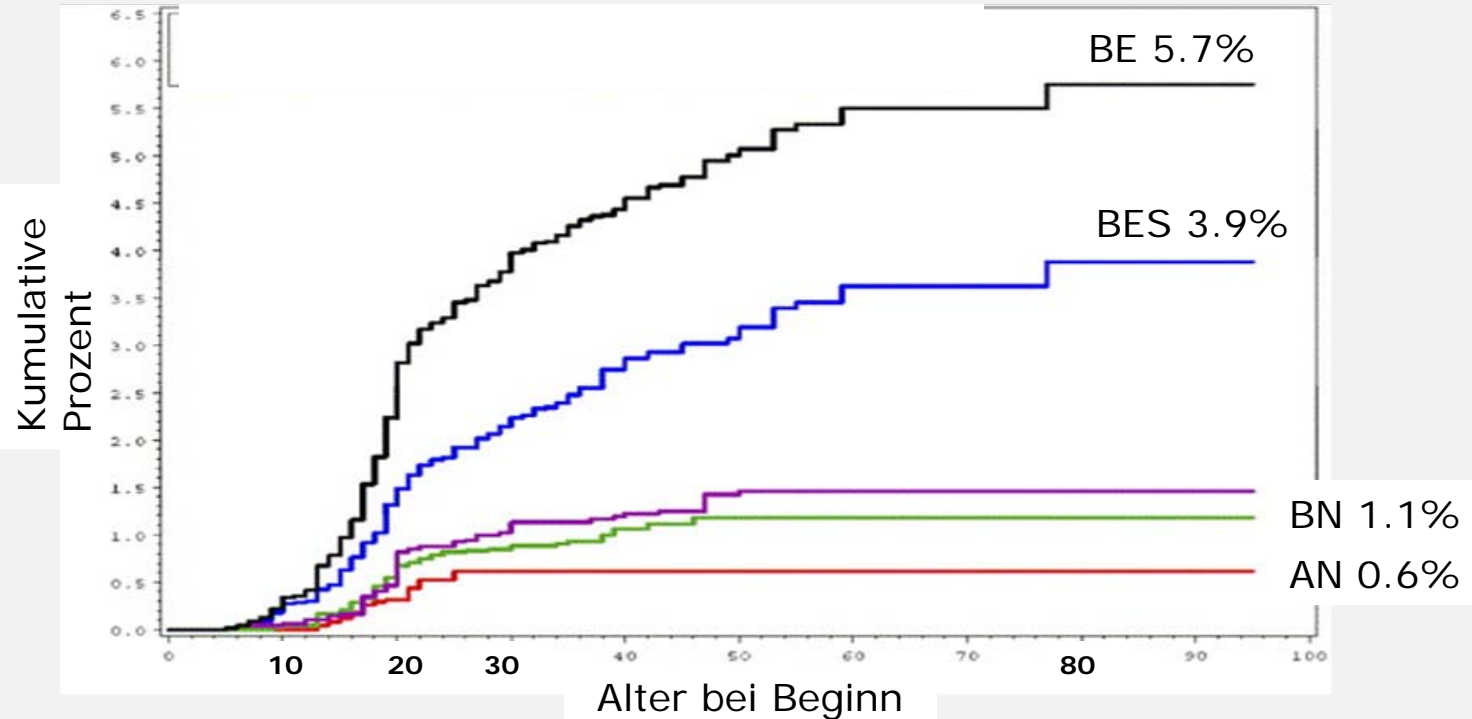
- Zwanghafte Persönlichkeit
- Ängstlich-vermeidende Persönlichkeit
- Impulsive Persönlichkeit („Borderline PS“)
 - Selbstverletzung
 - Sexueller Missbrauch



BR α

Epidemiologie und Diagnostik

Kumulative Lebenszeitprävalenz (n=9.282)



Epidemiologie

- männl.:weibl.: 1:6 bis 1:10
- Erhöhte Prävalenz von Essstörungen bei weiblichen Angehörigen 1. Grades.
- Eineiige Zwillinge haben eine höhere Konkordanzrate als zweieiige Zwillinge (AN > BN).
 - gewisse erbliche Veranlagung für Magersucht



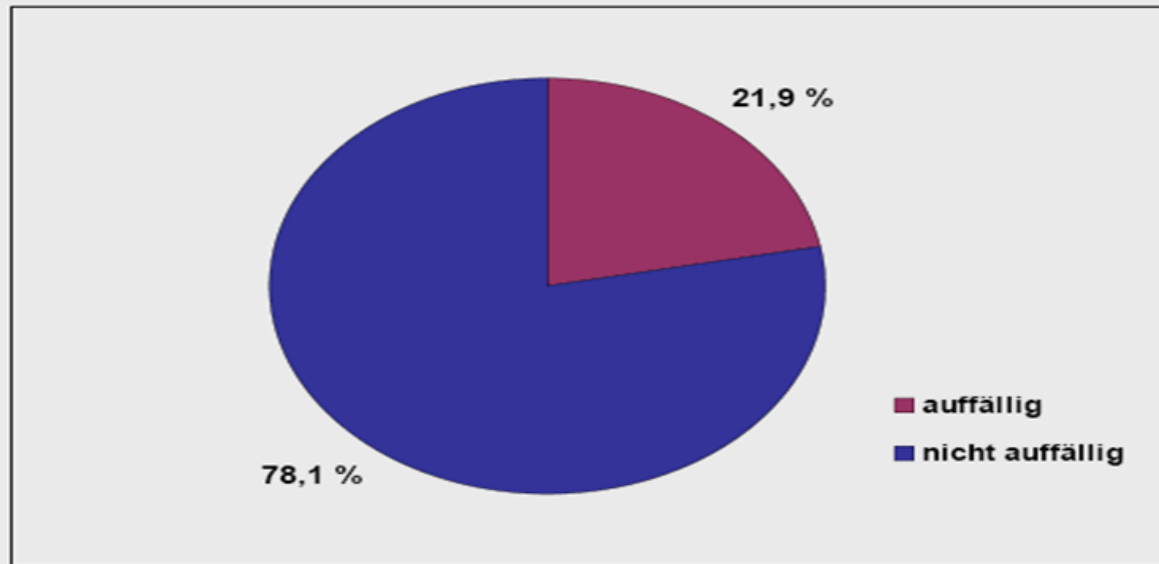
Ätiologie der Essstörungen

- intrapsychische/interpersonelle Faktoren
- Soziokulturelle Faktoren
- biologische und genetische Faktoren



Subsyndromale Essstörungen: Deutschland

Essstörungen (SCOFF) Häufigkeit bei Kindern und Jugendlichen 11-17 Jahre



Mehr als jedes 5. Kind in Deutschland zeigt Symptome einer Essstörung!



Anorexia nervosa

165 cm
47,6 kg

Das Körpergewicht wird absichtlich unterhalb des für Alter und Körpergröße zu erwartenden Gewichtes gehalten ($\text{BMI} < 17,5 \text{ kg/m}^2$).

Massive Furcht vor Gewichtszunahme oder vor dem Dickwerden (**Gewichtspobie**).

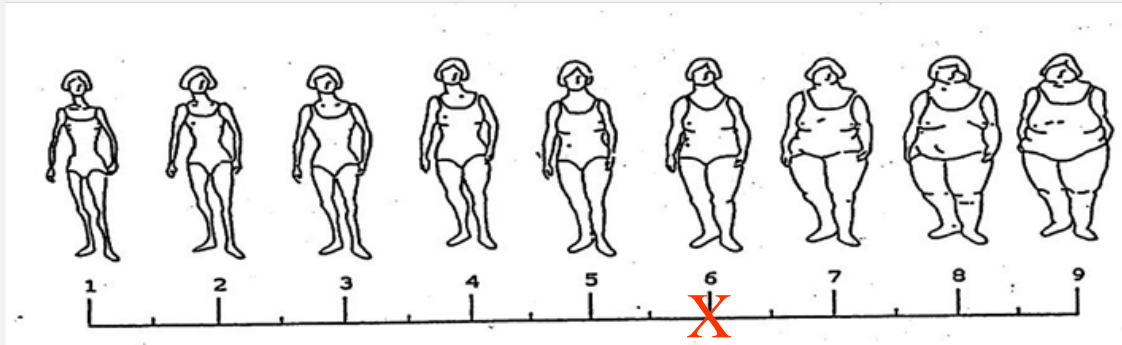
Störung der Körperwahrnehmung (**Körperbildstörung**).

Amenorrhoe (bei Frauen).

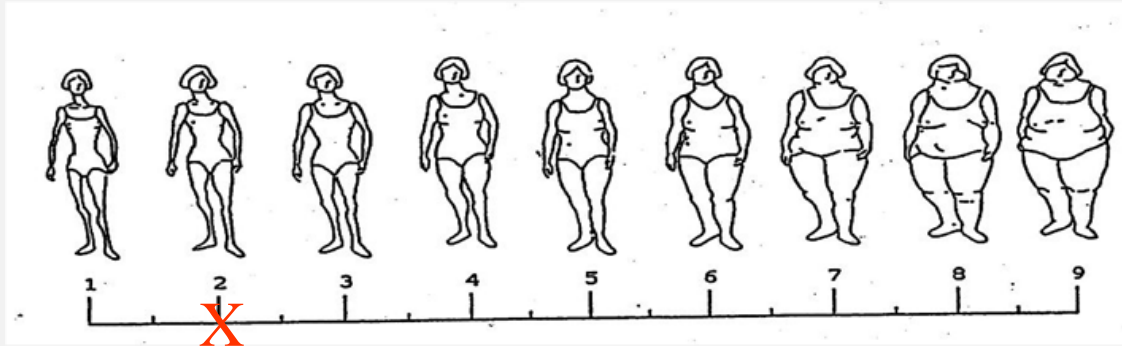
Untergruppen: restriktiver Typ oder bulimischer Typ

Figure Rating Scale

(Stunkard et al., 1983)



(a) So fühle ich mich.



(b) So sehe ich mich.

Körperunzufriedenheit Körperbildstörung

⇒ **Vermeiden oder Kontrollieren**
(„body checking“)

- Spiegel
- Schaufenster
- Umfänge messen
- Hautfaldendicke
- Wiegen



Hirnatrophie

MRT-DTI (Diffusions-Tensor-Bildgebung)

Mikrostrukturelle Veränderungen der weißen Hirnsubstanz (Nervenfaserbündel)

Akute AN

Störungen der Integrität von Nervenfasern, die kortikale Regionen verbinden, die eine Rolle bei der Körperbildwahrnehmung spielen.

Auch nach Gewichtsrehabilitation

- Disposition?
- Narbe?



Aufrechterhaltende Bedingungen

■ Vermeidung (C⁻)

- Erwachsen-werden
- Sexualität
- Emotionen

■ Positive Konsequenzen (C⁺)

- Gefühl der Kontrolle
- Gefühl der Kompetenz

■ Organisation (C⁺)

- Vereinfachung des Lebens
- Vorhersagbarkeit

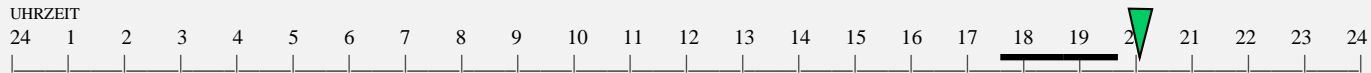


Bulimia Nervosa

- **Die Selbstbewertung wird übermäßig stark von Gewicht und Figur abhängig gemacht -> gezügeltes/restriktives Essverhalten**
 - eine BN beginnt zu 95% mit Diät)
- **Wiederholte Essanfälle/Heißhungeranfälle**
 - objektiv große Menge
 - Gefühl, die Kontrolle zu verlieren
- **Kompensatorische Verhaltensweisen**
 - Gezügeltes Essverhalten, Sport
 - Erbrechen, Laxanzien, Diuretika, Appetitzügler,
 - "insulin purging"
- Frequenz 2x/Woche innerhalb von 3 Monaten
- Vorgeschichte einer AN: 15-25%



Restriktives Essverhalten



Lax



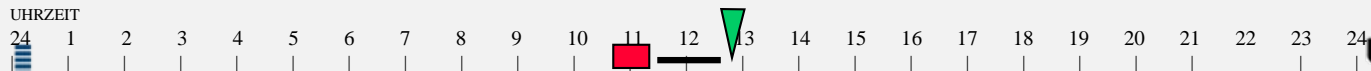
Lax



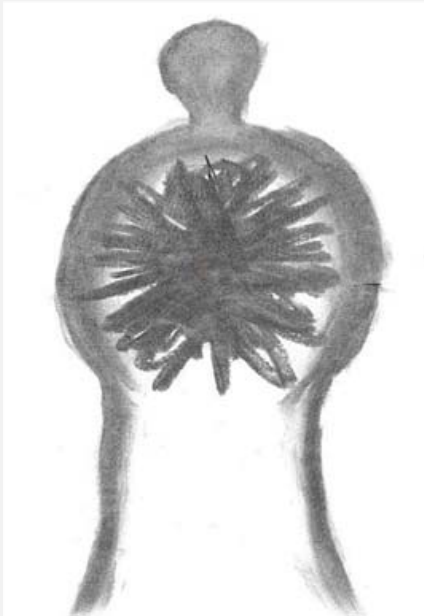
Lax



Lax



Frau A (24)



“Voll ... erdrückend ... Stein
im Bauch ... am Platzen ... kugelrund ...”

“Stein im Kopf ... Gedanken: Wie kannst
Du das von anderem Essen abzwicken?
Eh egal, kannst weiter essen.”





Therapie



Therapie-Leitlinien

- Leitlinien sind Handlungsempfehlungen bezüglich Diagnostik, Indikation und Therapie.
- Leitlinien gründen auf die Bestandsaufnahmen der wissenschaftlich gesicherten Fakten (evidence-based), sie geben den aktuellen Stand des Wissens wieder.
- Leitlinien stützen sich in der Formulierung auf den breiten Konsens von Experten/innen.
- Leitlinien haben empfehlenden, aber keinen rechtlich verbindlichen Charakter.



Deutsche Leitlinien Essstörungen (2010-2015)



EDNET

Forschungsverbund
zu Essstörungen

<http://www.awmf.org/leitlinien>



Ausmaß der **Evidenz und Wirksamkeit** therapeutischer Ansätze auf der Basis randomisierter, kontrollierter Studien.

adaptiert nach Fairburn und Harrison, 2003.

	Anorexia nervosa		Bulimia nervosa	
	<u>Evidenz</u>	<u>Effekt</u>	<u>Evidenz</u>	<u>Effekt</u>
Medikamentöse Therapie				
Antidepressiva in der Akuttherapie	gering	0	groß	**
Antidepressiva in der Rückfallprophylaxe	gering	*	gering	*
Neuroleptika	gering	0	keine	--
Psychotherapie				
Kognitiv-Analytische Therapie	gering	*	keine	--
Kognitive Verhaltenstherapie	gering	*	sehr groß	***
Dialektische Verhaltenstherapie	keine	--	gering	**
Exposition und Reaktionsverhinderung	keine	--	mäßig	**
Familienbasierte Therapie b. Adoleszenten	mäßig	***	keine	--
Interpersonelle Psychotherapie	Keine	--	mäßig	**
Ernährungsberatung	gering	0	gering	*
Psychodynamische Psychotherapie	gering	*	gering	*
Psychoedukative Selbsthilfeprogramme	keine	--	mäßig	*
Schema-fokussierte kognitive Therapie	keine	--	keine	
12-Stufen Programme	keine	--	keine	

Therapieleitlinien

Allgemeine Empfehlungen

- Betroffenen mit Essstörungen soll **frühzeitig** eine Behandlung angeboten werden, um eine Chronifizierung zu vermeiden.
- Es sollte berücksichtigt werden, dass die Betroffenen einer Veränderung ihres Gewichts und Essverhaltens meist **ambivalent** gegenüberstehen und sie daher aktiv für eine Behandlung motiviert werden müssen. Das sollte über den gesamten Behandlungsprozess im Auge behalten werden.
- Ambulante, teilstationäre und stationäre Behandlungen sollten in Einrichtungen oder bei Therapeuten erfolgen, die **Erfahrung** in der Therapie mit Essstörungen haben und spezifische Konzepte anbieten.

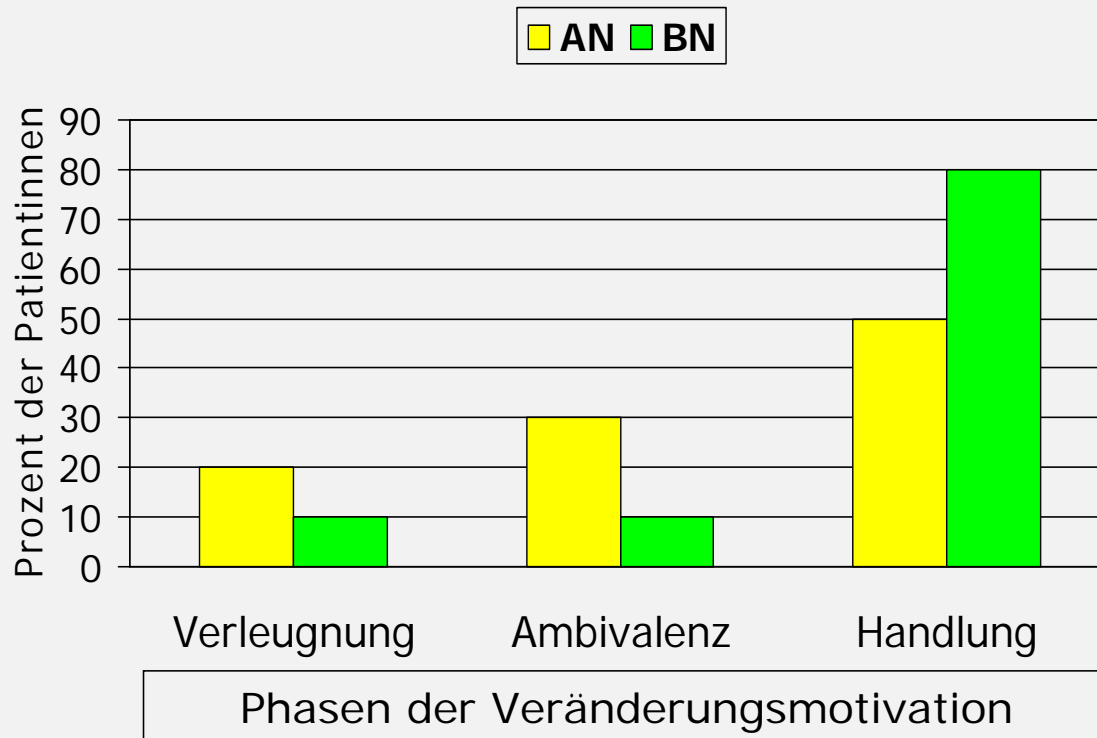
Therapiemotivation

- Patientinnen mit Essstörungen sind häufig zu Veränderungen nicht bereit bzw. ambivalent
 - Haben keine Krankheitseinsicht und kein Krankheitsgefühl
- **Ego-synton, Ich-nahe**
 - AN: Gewichtsverlust
 - BN: restriktives Essverhaltens

THERAPIE IST NUR DANN WIRKUNGSVOLL, WENN DIE BETROFFENEN BEREIT DAZU SIND. ZIELE MÜSSEN GEMEINSAME SEIN.



Erstvorstellung in Spezialprechstunde für Essstörungen



Blake et al., 1997

Schlüsselintervention für alle Patientinnen

Regelmäßige Nahrungsaufnahme



Behandlungsgrundsatz für Essstörungen

- „Mit einem Patienten der hungert, kann man keine sinnvolle therapeutische Arbeit leisten.“
 - Hilde Bruch, 1980
- „Die Normalisierung der Ernährung ist nicht alles, aber ohne diese ist alles nichts.“
- „Die somatischen Folgen des Hungerns können nicht durch Deutungen und Einsicht behoben werden – Deutungen sind kalorienfrei -, sondern nur durch ausreichende Ernährung“
 - R. Schors, D. Huber, Essstörungen: Therapieführer für psychodynamische Behandlungskonzepte, Schattauer, 2004



Aufbau eines geregelten Essverhaltens stationär

“Expositionstherapie bei Gewichtsphobie”

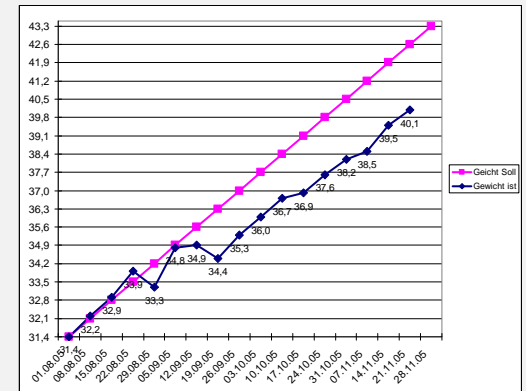
☹️ große Angst vor unkontrollierter Gewichtszunahme

- Unterstützung bei der Nahrungsaufnahme
 - Ein Teammitglied isst mit („Esstisch“)
 - Nachbesprechung in der Gruppe
- Initial eingeschränkte Nahrungsmittelauswahl (Stimuluskontrolle)
- 5 Mahlzeiten pro Tag



Therapievertrag (Kontraktmanagement)

- Vereinbarung zwischen Pat. und Behandlungsteam
- Information bereits im ambulanten Vorgespräch
- Vereinbaren eines Zielgewichtes
- Gewichtszunahme 700 g/Woche
- Persönliche Gewichtskurve
- Keine Nahrungsmittel auf den Zimmern (Horten)
- Kein Süßstoff
- Regeln für den Zugang zur Pat.Küche



Niedriges Gewicht und Verlauf bei der Anorexia Nervosa

„Die Ergebnisse zeigen, dass eine zu kurze stationäre Behandlung für Anorexie-Patientinnen mit ausgeprägtem Untergewicht nicht kosteneffizient ist, da die Mehrzahl nach kurzer Zeit erneut stationär aufgenommen werden muss.“

Baran et al., Am J Psychiatry 1995; 152:1070-1072

Bei stationärer Behandlung ist eine möglichst weitgehende Gewichtsrestitution anzustreben (bei Erwachsenen: BMI zwischen 18 und 20 kg/m²).

Deutsche Leitlinien

Psychotherapie

Therapie der 1. Wahl bei Essstörungen



Psychotherapie

Was ist das?

- Ein bewusster und geplanter interaktionaler Prozess,
- mit psychosozialen Mitteln (Kommunikation),
- in Richtung auf ein definiertes, gemeinsam erarbeitetes Ziel (Symptomminimierung, Änderung der Persönlichkeitsstruktur), mit a priori formulierten und a posteriori evaluierten **Therapiezielen**,
- mittels lehrbarer Techniken,
- auf der Basis einer Theorie von normalem/pathologischem Verhalten.
- In der Regel ist dazu eine tragfähige emotionale Bindung notwendig.

Strotzka, 1975



Anwendungsbereich von Psychotherapie

Psychotherapie ist strikt beschränkt auf die
Behandlung diagnostizierbarer psychischer
Störungen von behandlungsbedürftiger Schwere.



Wissenschaftlich anerkannte Psychotherapieverfahren in Deutschland

- Psychotherapeutische Verfahren müssen den Nachweis über ihre empirisch bestätigte Wirksamkeit erbringen (störungsspezifisch).
 - Verhaltenstherapie
 - Tiefenpsychologisch fundierte Verfahren
 - Psychoanalyse
 - Gesprächspsychotherapie (aber: wird noch nicht von Kassen finanziert)
- Für alle anderen Psychotherapieverfahren fehlen bisher ausreichende Wirksamkeitsnachweise!



Psychotherapie

- durchgeführt von professionellen Psychotherapeuten/innen mit geprüfter Berufsqualifikation!



Psychologische Psychotherapeuten/innen

In Deutschland arbeiten über **12.000** niedergelassene psychologische Psychotherapeuten/innen. Die Mehrheit von ihnen sind Frauen (8.000), nur ein Drittel sind Männer (4.000). Außerdem sind rund **2.500** Kinder- und Jugendlichenpsychotherapeuten/innen in der ambulanten Versorgung von minderjährigen Patienten/innen tätig (1.800 Frauen, 700 Männer).

Ärztliche Psychotherapeuten/innen

In Deutschland arbeiten über **3.500** niedergelassene Kassenärzte/innen, die ausschließlich psychotherapeutisch tätig sind (2.300 Frauen, 1.300 Männer).



Deutsche Leitlinien: BN -Psychotherapie-

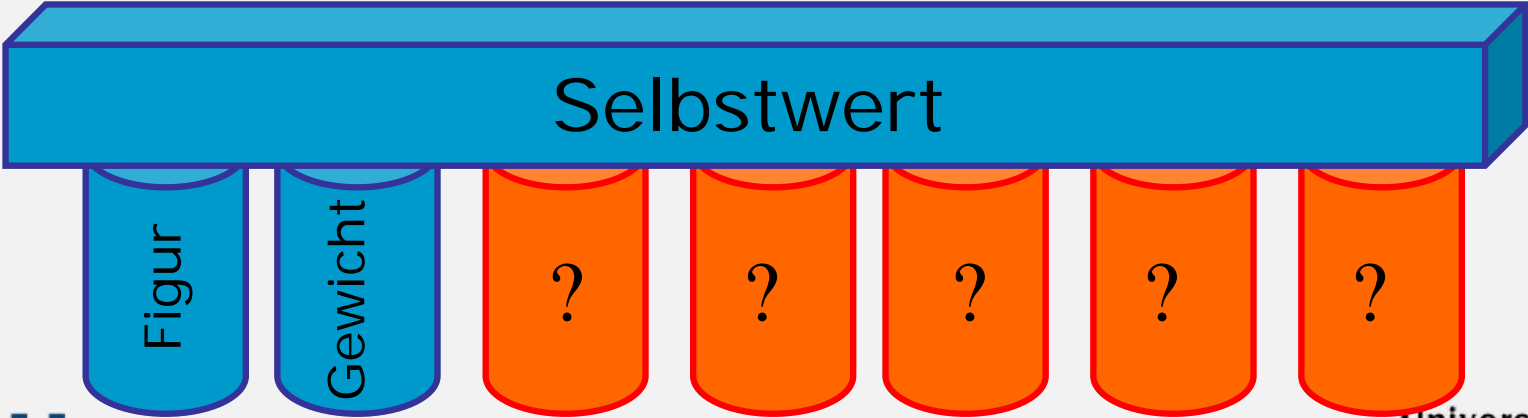
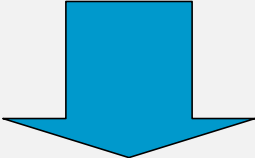
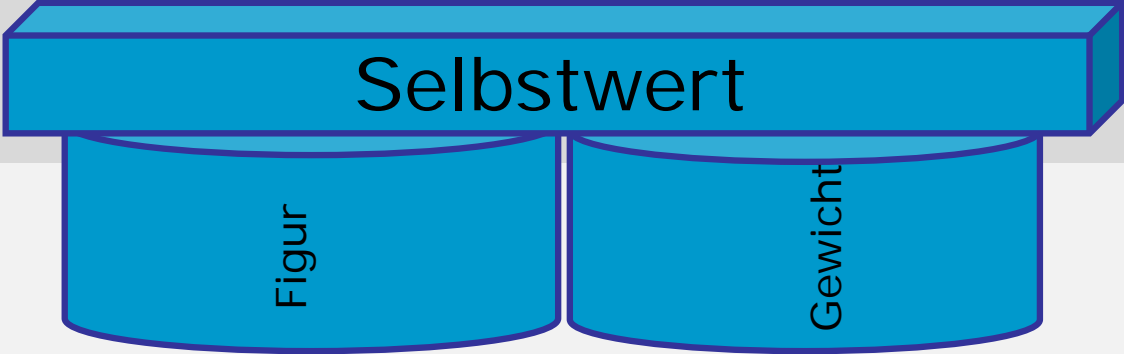
- Das Behandlungsverfahren erster Wahl für Erwachsene und Jugendliche mit Bulimia nervosa ist die **Psychotherapie (A)**.
- Psychotherapeutische Behandlungen sind wirksamer als alleinige Pharmakotherapie (**A**).
- Die **KVT** stellt das meist beforschte Psychotherapieverfahren mit der höchsten Evidenz dar, daher sollte sie Patientinnen mit BN als Therapie der 1. Wahl angeboten werden (**B**).



Deutsche Leitlinien: BN -Therapiedauer-

- Auch in unkomplizierten Fällen von BN sollte die Therapiedauer mindestens 25 Sitzungen betragen mit einer Frequenz von mindestens einer Therapiestunde pro Woche (**KKP**).
- Bei komplexerem Verlauf oder bei Vorliegen von psychischer und somatischer Komorbidität sind definitiv länger andauernde Behandlungen auch mit einer höheren wöchentlichen Sitzungsfrequenz erforderlich (**KKP**).





Deutsche Leitlinien: BN -Pharmakotherapie-

- Nur **Fluoxetin** ist in Deutschland in Kombination mit Psychotherapie für die Indikation der Bulimie zugelassen. SSRIs stellen bezogen auf Symptomreduktion, Nebenwirkungsprofil und Akzeptanz die medikamentöse Therapie der ersten Wahl in der Behandlung der BN dar (**B**).
- Die wirksame Dosis von Fluoxetin bei der Bulimie ist höher als die bei der Depression (z.B. 60 mg Fluoxetin) (**B**).
- Ein Behandlungsversuch sollte mit einer Mindestdauer von vier Wochen unternommen werden. Bei Therapieerfolg ist von einer längeren Behandlungsdauer auszugehen (**KKP**).



www.ednet-essstoerungen.de



Programm der Bundesregierung: „Gesundheitsforschung: Forschung für den Menschen“

Förderschwerpunkt des BMBF: „Forschungsverbände zur Psychotherapie“ (2006-2013)

Sprecherin: Prof. Dr. M. de Zwaan

GEFÖRDERT VOM



Bundesministerium
für Bildung
und Forschung

5 randomisiert-
kontrollierte
Psychotherapiestudien



Insgesamt 1110
Patientinnen

39 teilnehmende Zentren



10 Zentren
N=243 AN



7 Zentren
N=176 AN



7 Zentren
N=258 AN



14 Zentren
N=258 BN

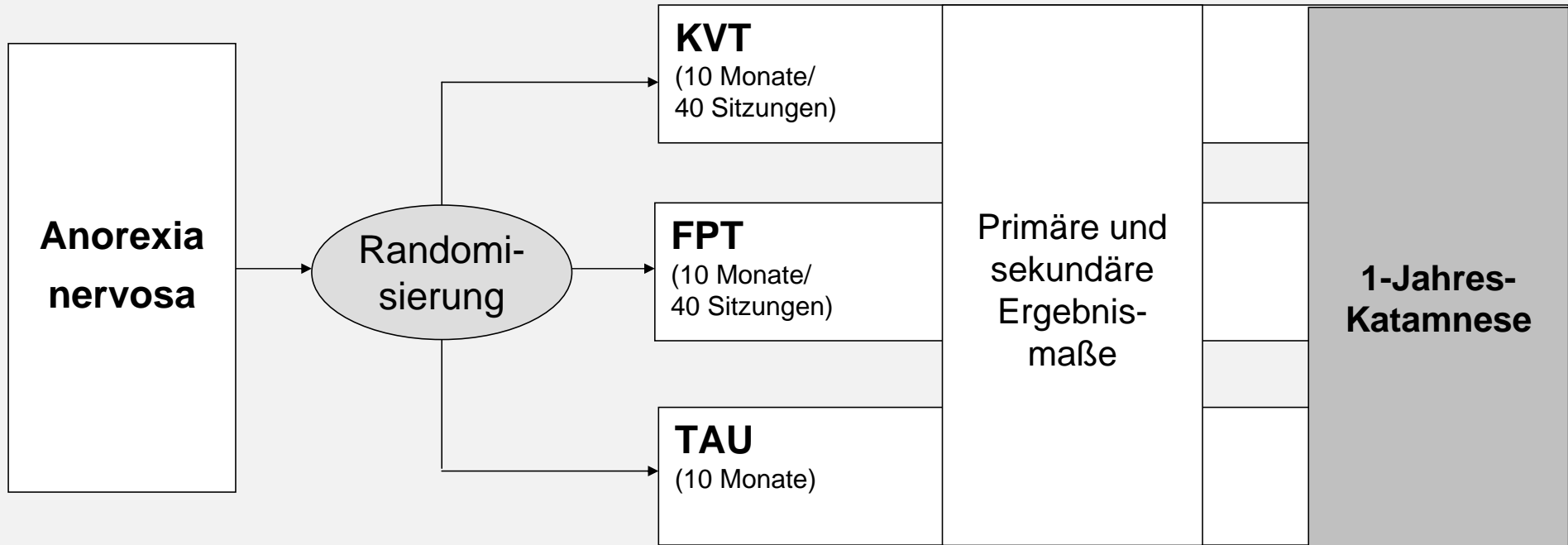


6 Zentren
N=175 BES

Randomisiert-kontrollierte Studie (n = 243)



EDNET Forschungsverbund
zu Essstörungen



Wie und warum wirkt Psychotherapie? -> Mediatoren
Für wen ist eine Behandlung wirksam? -> Moderatoren

Mediatoren erklären wie und warum die Intervention wirkt und identifizieren Mechanismen (kausale Verbindungen zwischen Intervention und Outcome), welche die Effektivität der Behandlung erklären.



Molekulargenetische Untersuchungen

- Genomweite Assoziationsstudie bei AN
- Internationale Multicenterstudie gefördert im Rahmen des Welcome Trust Case Control Consortium (WTCCC3)
- **n=4.000 Patientinnen (davon 500 aus D)**
- Essstörungen sind komplexe Phänotypen mit vielen Untertypen
- Keine einfache monogenetische Ursache zu erwarten





SOS ESS O ESS

Wenn Essen
zum Problem wird

Hilfsangebote
und Adressen
in Erlangen
und Umgebung

- November 2003
- Gesundheitsamt Erlangen
- 35 Institutionen
- Nahtloser, qualitätsgesicherter Versorgungsprozess

- Faltblatt
- Frühe Sekundärprävention

(Multiplikatoren-schulung) **Universitätsklinikum
Erlangen**



BRα

Don't Weigh your Self-Esteem... It's What's Inside That Counts!

