Leserbrief

Diagnostik und Therapie der Essstörungen: Amendment

Zu: Hämmerli K, et al. Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen: eine Kommentierung. Schweiz Med Forum. 2013;13(43):868–72.

Erfreulicherweise ist unser Artikel «Leitlinien zur Diagnostik und Therapie der Essstörungen: eine Kommentierung» auf reges Interesse gestossen, und wir haben zahlreiche Rückmeldungen erhalten. Diese bezogen sich mehrheitlich auf die Angabe des Zielgewichts bei Anorexia nervosa (AN), auf die mangelnde Spezifizierung bezüglich der Anwendung der Leitlinien bei Kindern und Jugendlichen sowie auf die Tatsache, dass die Liste der Institutionen, in denen leitlinienbasierte Behandlung für Essstörungen angeboten wird, nicht vollständig war und die Versorgungslage in der französischen Schweiz nicht abbildete. In diesem Amendment möchten wir auf diese Rückmeldungen eingehen und Unklarheiten korrigieren.

In unserem Artikel wurde zu wenig hervorgehoben, dass sich der Text primär auf die Behandlung von Essstörungen im Erwachsenenalter beschränkt. Der Therapieansatz bei der Behandlung von Kindern und Jugendlichen mit Essstörungen unterscheidet sich insofern deutlich von der Behandlung Erwachsener als die Familie noch stärker in die Behandlung mit eingebunden wird, als dies bei Erwachsenen der Fall ist. Die deutschen Leitlinien der AWMF von 2011 berücksichtigten zwar verschiedene Studien, welche die Wirksamkeit des Einbezugs der Familie untersuchten. Die Ergebnisse aktueller Studien wurden jedoch noch nicht aufgegriffen, wie diejenige von Lock und Kollegen, die in einer randomisiert-kontrollierten Studie die Rolle familienbasierter Interventionen nach dem Maudsley-Konzept untersuchten. Auch wenn teilweise immer noch eine Debatte geführt wird, welche Form der Familientherapie wann indiziert ist, so besteht kein Zweifel daran, dass der Einbezug der Familie bei Kindern und Jugendlichen mit einer Essstörung wichtig ist.

Wir weisen auch darauf hin, dass die publizierte Tabelle mit einer Auswahl von spezialisierten Institutionen und Fachverbänden sich ausschliesslich auf Institutionen beschränkte, die Erwachsene therapieren. Unser Ziel beim Veröffentlichen der Tabelle war, auf Behandlungsmöglichkeiten hinzuweisen, es bestand kein Anspruch auf Vollständigkeit. Da wir auch in einem Amendment unmöglich alle spezialisierten stationären und ambulanten Institutionen vollständig auflisten können, haben wir uns entschieden, keine erweiterte Liste von qualifizierten Institutionen zu veröffentlichen. Wir hoffen auf das Verständnis der Leserschaft, insbesondere der nicht aufgeführten Institutionen.

Auf den Seiten 870 und 872 des Artikels wurde das Erreichen eines BMI von 18,5 kg/m² als Zielgewicht empfohlen. Diese Werte bezieht sich auf die Angabe in den Erläuterungen des seit März 2013 veröffentlichten Diagnostischen und Statistischen Manuals zur Diagnose psychischer Störungen (DSM-5, American Psychiatry Association, 2013), das wie sein Vorgänger DSM-IV TR auf die genaue Definition des Gewichts als Diagnosekriterium verzichtet. Das DSM-5 richtet sich somit nach den Angaben der WHO, die als minimales Normalgewicht den BMI von 18,5 kg/m² definiert. In den referierten Leitlinien für die Diagnostik und Behandlung von Erwachsenen wird als Zielgewicht ein BMI von 18–20 kg/m² angegeben, bei Kindern und Jugendlichen die 25. BMI-Altersperzentile, mindestens aber die 10. BMI-Altersperzentile (Empfehlungsgrad B; Herpertz et al. 2011). Diese Empfehlung ist lediglich als allgemeine Richtlinie zu verstehen und muss für jede Patientin und jeden Patienten individuell aufgrund der somatischen Verlaufsbefunde angepasst werden, kann also je nach Patient auch deutlich höher liegen. Wir möchten zudem darauf hinweisen, dass diese Bandbreite auf keinen Fall zur Bagatellisierung des Problems eines andauernd tiefen Gewichts bei Austritt aus stationärer und auch bei Beendigung ambulanter Psychotherapie beitragen soll. Wir möchten jedoch ebenfalls dafür sensibilisieren, dass die Genesung bei einer Essstörung nicht ausschliesslich vom erreichten Gewicht abhängt, sondern auch von der Restsymptomatik bezüglich der Essstörungspsychopathologie beeinflusst wird.

Abschliessend möchten wir festhalten, dass der Erfolg der Therapie wesentlich von einer frühzeitigen, kompetenten Behandlung abhängt. Wir hoffen, mit diesem Amendment zum erwähnten Artikel allfällige Unklarheiten in Bezug auf die Leitlinien, die Unterscheidung zwischen Kindern und Jugendlichen resp. Erwachsenen sowie mögliche, für die Behandlung spezialisierte Therapiestellen geklärt zu haben.

S. Munsch, K. Hämmerli, B. Isenschmid, S. N. Trier, G. Milos, F. Golay, C. Rutishauser

Korrespondenz:
Dr. phil. Katja Hämmerli
Department of Clinical Psychology, University of Fribourg
katja.haemmerli[at]unifr.ch