Prävention und Behandlung bei chronischem Verlauf

Anorexia nervosa: die neuen Herausforderungen

Dr. med. Sandra Gebhard[a], Yves Dorogi[a], PD Dr. med. Laurent Holzer[b]

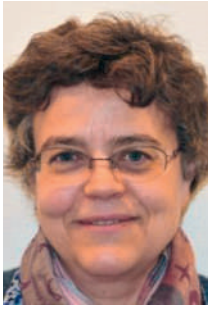
Centre hospitalier universitaire vaudois, Lausanne
[a] Centre vaudois anorexie boulimie, Service de psychiatrie de liaison, Département de psychiatrie
[b] Centre vaudois anorexie boulimie, Service universitaire de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, Département de psychiatrie

Anorexia nervosa ist eine Erkrankung, die meist erstmalig im Jugend- oder zu Beginn des Erwachsenenalters auftritt. Sie ist nach wie vor mit einem hohen Risiko für einen chronischen Verlauf und einer besorgniserregenden Mortalitätsrate assoziiert. Die Prävention, Diagnostik und frühzeitige Behandlung der Anorexia nervosa sowie die Verbesserung der Versorgungsmodalitäten für Patienten, bei denen ein chronischer Verlauf nicht verhindert werden konnte, stellen die für das Gesundheitssystem wichtigsten Herausforderungen dar.

Einleitung

Trotz ihrer Seltenheit ist die Anorexia nervosa (AN) als Erkrankung in den Medien sehr präsent. In einer immer stärker von Adipositas bedrohten Gesellschaft, in der Schlankheit, Leistungsfähigkeit und Kontrolle zu den drei begehrtesten Zielen geworden sind, ist die AN ein faszinierendes und aufgrund ihrer offensichtlichen Irrationalität und Todesgefahr erschreckendes Thema zugleich. Für die medizinische Fachwelt stellt die Erkrankung nach wie vor grösstenteils ein Rätsel und eine Herausforderung dar. Ein Rätsel deshalb, weil ihre Ätiologie nach wie vor auf Hypothesen beruht, und eine Herausforderung, da sie trotz aller Fortschritte das Etikett trägt, schwer behandelbar zu sein [1, 2]. Dieser Ruf ist durch den hohen Anteil chronischer Verläufe (50%) und die hohe Mortalitätsrate (5%) bedingt [3, 4]. Hinzu kommen der besonders häufige Therapieabbruch («dropout») bei 20–51% der stationär und 29–73% der ambulant behandelten Patienten sowie ein hohes Rückfallrisiko in 30–42% der Fälle [5, 6].

AN ist eine psychiatrische Erkrankung, deren Diagnosekriterien vor Kurzem mit Erscheinen der 5. Auflage des «Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders» (DSM) neu definiert wurden (Tab. 1) [7]. Basierend auf den im Vergleich zu den DSM-5- strengeren DSM-IV-Kriterien betrug die lebenslange Prävalenz von AN in der Schweiz im Jahr 2012 1,2% bei Frauen und 0,2% bei Männern [8][1].



Sandra Gebhard

1 Da die Erkrankung hauptsächlich Frauen betrifft, wird in diesem Beitrag für die Betroffenen die weibliche Form verwendet.

Da die Erkrankung meist im Jugend- oder zu Beginn des Erwachsenenalters ausbricht, kann sie tief greifende Auswirkungen auf die Entwicklung, die körperliche und psychische Gesundheit, die kognitive und soziale Funktionsfähigkeit (Tab. 2) [9] sowie die Gehirntätigkeit haben. Dabei sind strukturelle (Abnahme der grauen und weissen Hirnsubstanz) [24] und funktionelle Hirnveränderungen (Funktionsstörungen der subkortikalen und präfrontalen Regionen) zu beobachten [10].

Entsprechend einer internationalen Konsensentscheidung beruht die Behandlung der AN auf einer interdisziplinären, wenn möglich spezialisierten, kontinuierlichen und anhand eines Behandlungsplans koordinierten Versorgung mit Ernährungsaufbau, Psychotherapie sowie Prävention und Behandlung somatischer Komplikationen der Unterernährung [11–14]. Bei Jugendlichen, die seit weniger als drei Jahren an der Erkrankung leiden, hat die Familientherapie einen grösseren Nutzen als jede andere Form der Psychotherapie gezeigt. Bei Erwachsenen war hingegen keine bestimmte Psychotherapieart nachweislich überlegen [15, 16]. In Tabelle 3 sind der Nutzen und wissenschaftliche Evidenzgrad der wichtigsten Psychotherapien zusammengefasst. Auf pharmakotherapeutischem Gebiet gibt es bis dato kein Medikament mit erwiesenem Nutzen für die Behandlung der Grundsymptome der AN [15]. Insbesondere psychotrope Substanzen sollten mit äusserster Vorsicht verordnet werden, da aufgrund der körperlichen Auswirkungen der Unterernährung ein erhöhtes Nebenwirkungsrisiko besteht. Daher bleibt die medikamentöse Behandlung von Angst- und depressiven Symptomen üblicherweise auf Fälle beschränkt, bei denen diese erwiesenermassen nicht nur Folgeerscheinungen der Unterernährung sind. Nichtsdestotrotz scheinen einige Studien zu zeigen, dass atypische Neuroleptika (insbesondere Olanzapin) in geringer Dosierung bei der Behandlung schwerer Angstsymptome sowie nahrungsbezogener Zwangsgedanken wirksam sein könnten [14]. Um diese Beobachtungen zu bestätigen, sind jedoch zusätzliche Studien erforderlich, bevor der Einsatz oben genannter Wirkstoffe empfohlen werden kann.

Tabelle 1: Diagnosekriterien für Anorexia nervosa gemäss DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013).

A	Beschränkung der Kalorienzufuhr im Verhältnis zum Kalorienbedarf, die zu einem in Bezug auf Alter, Geschlecht, Entwicklungsstadium und körperliche Gesundheit signifikant erniedrigten Gewicht führt. Als signifikant erniedrigt gilt ein Gewicht unter der Mindestnorm oder, bei Kindern und Jugendlichen, unter dem erwarteten Mindestgewicht.
B	Grosse Angst davor, zuzunehmen oder dick zu werden, oder beständige Verhaltensweisen, um einer Gewichtszunahme entgegenzuwirken, obgleich das Gewicht signifikant erniedrigt ist.
C	Gestörte Gewichts- oder Körperformwahrnehmung, extremer Einfluss des Gewichts oder der Körperform auf den Selbstwert beziehungsweise beständige Nichtanerkennung der Schwere des bestehenden Untergewichts.

Tabelle 2: Die wichtigsten körperlichen, psychiatrischen und sozialen Komplikationen/Komorbiditäten bei Anorexia nervosa.

Kardiovaskuläre Störungen	Hypotonie, Sinusbradykardie, Sinustachykardie (häufig Vorbote für eine bevorstehende Dekompensation), QT-Streckenverlängerung, atriale und ventrikuläre Arrhythmien, Mitralklappenprolaps, linksventrikuläre Atrophie, Herzinsuffizienz, Akrozyanose
Elektrolytstörungen	Hypoglykämie, Hypokaliämie, Hyponatriämie, Hypernatriämie, Hypomagnesiämie, metabolische Alkalose, Hypophosphatämie (bei Refeeding-Syndrom durch unangemessenen Ernährungsaufbau)
Gastrointestinale und Leberstörungen	Verlangsamte Magenentleerung, Obstipation, Ösophagitis, Hämatemesis, Hepatitis (Erhöhung der Transaminasewerte), Fettleber, Hypercholesterinämie
Metabolische und endokrinologische Störungen	Oligo- und Amenorrhoe, Unfruchtbarkeit, verspätete Pubertät, Wachstumsverzögerung/-stopp, Osteopenie/Osteoporose, Frakturen, Hypothyreose, Ödeme, Hypothermie (kann eine Infektion verschleiern)
Hämatologische Störungen	Anämie, Thrombozytopenie, Leukopenie
Neurologische Störungen	Kognitive Störungen, Hirnatrophie, periphere Neuropathie
Renale Störungen	Lithiasis, Niereninsuffizienz
Psychiatrische Störungen	Erregbarkeit, Depression, Angststörungen, Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitssyndrom, suizidale Krise
Soziale Probleme	Probleme in zwischenmenschlichen Beziehungen, Isolation, soziale, schulische und/oder berufliche Ausgrenzung, Autonomisierungsprobleme, Invalidität

Tableau 3: Zusammenfassung des Nutzens und wissenschaftlichen Evidenzgrades der wichtigsten Psychotherapien.

Die wichtigsten Psychotherapien bei der Behandlung von Anorexia nervosa (adaptier nach [15])	Evidenzgrad	Nutzen*
Jugendliche		
Family-based Treatment (FBT)	Hoch	+++
Maudsley Family Therapy (MFT)	Hoch	+++
Family System Therapy (FST)	Mittel	++
Adolescent Focused Therapy (AFT)	Mittel	++
Erwachsene		
Focal Psychodynamic Psychotherapy	Mittel	++
Cognitive Behavioural Therapy Enhanced (CBT-E)	Mittel	++
Maudsley Model of Anorexia Nervosa Treatment for Adults (MANTRA)	Mittel	++
Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)	Mittel	+
Interpersonal Psychotherapy (IPT)	Gering	+
Psychodynamic Therapy (PT)	Gering	+

* Nutzen (Verringerung der Symptome, der pathologischen Verhaltensweisen oder Aufrechterhaltung der Verbesserungen): deutlich (+++), mässig (++), gering (+).

Eine schwer behandelbare Erkrankung

Einer der Gründe für die schwere Behandelbarkeit von AN ist die Ich-Syntonie der Symptome, die ursprünglich Ausdruck des Kampfes gegen ein tief greifendes Unwohlsein sind. Denn der Nahrungsentzug und damit die gesellschaftlich hoch angesehene Leistung der Gewichtskontrolle verleihen den häufig ängstlichen, schüchternen und wenig selbstsicheren Patientinnen ein beruhigendes Gefühl von Kontrolle und Effektivität [17]. Auf diese Weise ermöglicht ihnen die AN der schmerzhaften Selbstwahrnehmung zu entfliehen und wird zu einem sehr effektiven Mittel, um sich zu betäuben und von negativen Gefühlen zu befreien [18]. Mit fortdauernder Beschränkung der Nahrungszufuhr folgen auf die anfängliche «Begeisterungsphase» unausweichlich verschiedenste Auswirkungen der Unterernährung. Die Erinnerung an das gute Gefühl beim Verlust der ersten Kilos bleibt den Patientinnen jedoch noch lange in lebendiger Erinnerung, weshalb sie ihre restriktiven Massnahmen und die Nahrungskontrolle weiter verschärfen und in manchen Fällen zusätzlich «Purging»-Verhalten (abführendes Verhalten) an den

Tag legen und/oder sich übermässig körperlich bewegen, um den anfänglichen Erleichterungszustand wieder zu erreichen. Selbst wenn den Patientinnen bewusst wird, in welchen Teufelskreis sie geraten sind und dass sie diesen durchbrechen müssen, gestalten die starke mit ihren Symptomen verbundene Ambivalenz und Abhängigkeit eine Behandlung schwierig.

In den letzten Jahren ist ein Modell zum Verständnis der AN entstanden, das versucht, die Komplexität des klinischen Erscheinungsbildes und insbesondere den Suchtcharakter der Erkrankung zu berücksichtigen. Wie bereits weiter oben erwähnt, ist die Ätiologie der AN bis dato ungeklärt. Es wird jedoch allgemein davon ausgegangen, dass die Erkrankung bei Personen mit einer Konstellation bestimmter Risikofaktoren auftritt, mit einem oder mehreren auslösenden Faktoren [19–22]. Anschliessend tragen mehrere erhaltende Faktoren zur Aufrechterhaltung und somit zur eventuellen Entwicklung eines chronischen Verlaufs der AN bei (Abb. 1) [23].

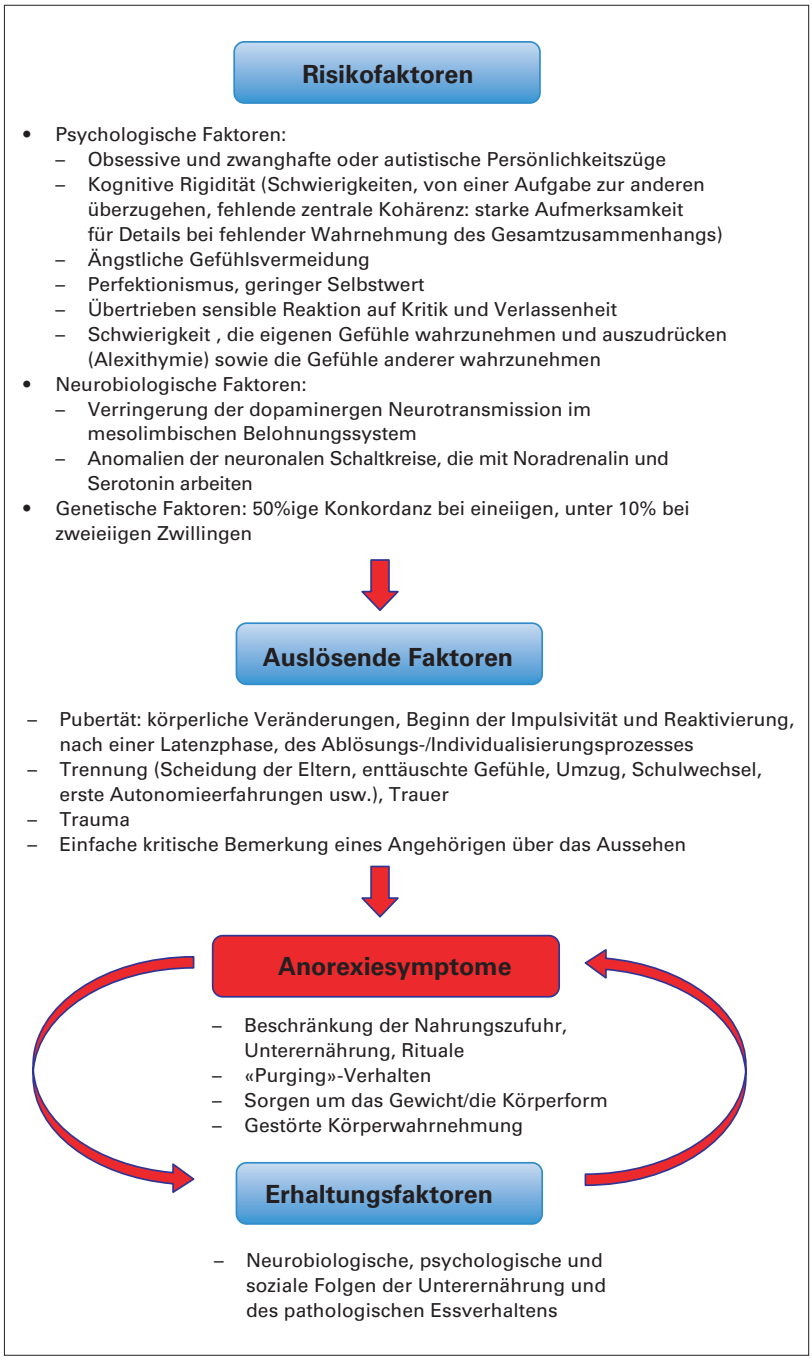


Abbildung 1: Ätiologisches Modell der Anorexia nervosa (adaptiert nach [23]).

Diese Erhaltungsfaktoren sind hauptsächlich durch neurologische, psychologische und soziale Folgen der Unterernährung sowie wiederholte pathologische Handlungen (quantitative und qualitative Restriktion der Nahrungszufuhr, «Purging»-Verhalten, Rituale etc.) bedingt [19, 23, 24].

In psychologischer Hinsicht werden die bei den Risikofaktoren beschriebenen psychologischen Besonderheiten durch die Unterernährung deutlich verschärft, insbesondere die Zwanghaftigkeit, kognitive Rigidität, Kritikempfindlichkeit und Alexithymie. Hinzu kommt eine allgemein gesteigerte Ängstlichkeit und Depressivität.

Die Auswirkung der Anorexiesymptome auf die Angehörigen (Eltern, Partner, Freunde) ist ebenfalls ein erhaltender Faktor. Die offensichtliche Irrationalität des Verhaltens und der Gedanken der Patientinnen, die sich im Allgemeinen sehr rasch entwickeln, die Angst vor der mit ihnen einhergehenden Gefährdung, die Schuldgefühle, Frustration, Wut und Machtlosigkeit ob des Nichtgelingens, die Patientinnen zur Vernunft zu bringen, führen bei den Angehörigen häufig zu Angst- und/oder depressiven Symptomen [25]. Als Folge kommt es oftmals zu Spannungen beziehungsweise wiederholten Konflikten oder Kritik und Feindseligkeit gegenüber den Patientinnen. Umgekehrt legen manche Angehörige, die Konflikte vermeiden wollen, eine Laissez-faire-Haltung an den Tag, die gleichermassen verheerend wirkt. All diese Faktoren verstärken die Ängstlichkeit, Isolationsneigung und letztlich die Tendenz der Patientinnen zum defensiven Rückzug in ihre Symptome [23].

In neurologischer Hinsicht geht die Unterernährung, insbesondere wenn diese schwer ist und lange andauert, mit einer Hirnatrophie einher [26]. Hinzu kommen Veränderungen der serotonergen und dopaminergen Neurotransmission, welche die Gefühlsregulation sowie das Belohnungssystem wahrscheinlich derart beeinflussen, dass die Nahrungsrestriktion Belohnungsgefühle hervorruft [21]. Somit führen das Fortbestehen und die Wiederholung der Anorexiesymptome dazu, dass sich diese festigen und nicht mehr abzustellen sind [19, 24].

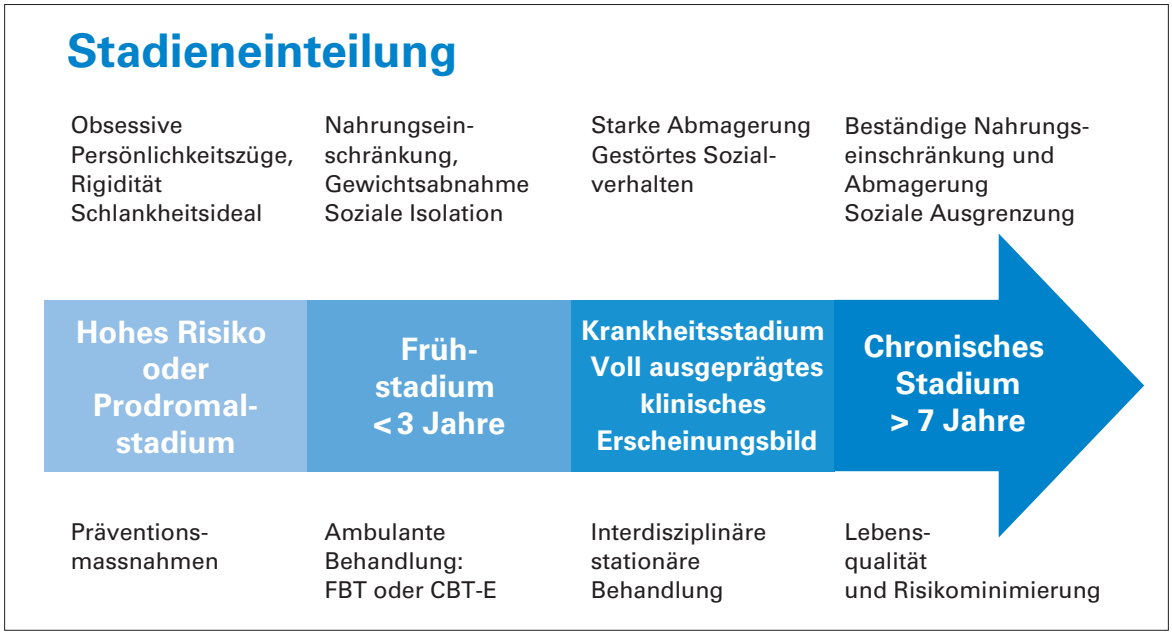


Abbildung 2: Entwicklungsmodell der Anorexia nervosa (adaptiert nach [27]).
FBT: Family-Based Treatment (familienzentrierte Therapie)
CBT-E: Cognitive Behavioural Therapy Enhanced (erweiterte kognitive Verhaltenstherapie)

Zwei weitere Faktoren tragen ebenfalls zur Aufrechterhaltung der Symptome respektive zur Entwicklung eines chronischen Verlaufs bei: die gestörte Körperwahrnehmung der Patientinnen sowie ihre Unfähigkeit, die Schwere ihrer Unterernährung zu erkennen. In beiden Fällen können Ernährungsaufbauprogramme scheitern, da die Betroffenen deren Sinn und Notwendigkeit nicht erkennen.

Frühzeitige Interventionen und Prävention eines chronischen Verlaufs

Wie bei allen schwer behandelbaren Erkrankungen nähren Präventionsstrategien die berechtigte Hoffnung, die Inzidenz und Prävalenz der Erkrankung verringern zu können. In einem Entwicklungsmodell der AN wird versucht, die Erkrankung in unterschiedliche Stadien einzuteilen: hohes Risiko oder Prodromalstadium, Frühstadium, Krankheitsstadium mit voll ausgeprägtem klinischen Erscheinungsbild und chronisches Stadium. Ziel dieses Modells ist es, für jede Erkrankungsphase spezifische Therapien anzubieten, wobei die Wichtigkeit einer frühzeitigen Versorgung deutlich wird, da durch diese die Progression zu fortgeschritteneren Stadien verhindert werden kann (Abb. 2) [27].

Das frühzeitige Screening ist angesichts der Schäden, die bei einer zu späten Behandlung der AN entstehen, ein wichtiges Ziel. Dies betrifft insbesondere die existierenden wirksamen Behandlungsmöglichkeiten, zu denen die Patientinnen keinen Zugang haben, wenn sie diese am meisten brauchen und sich an einem Zeitpunkt befinden, an dem die Erfolgschancen der Interventionen am grössten sind. So entwickelt sich zum Beispiel eine bei Jugendlichen mit AN in der aktiven Phase festgestellte Kortexatrophie bei Remission und Gewichtszunahme vollständig wieder zurück [28]. Die bessere Prognose bei Beginn der AN im Jugendalter darf jedoch die Bemühungen zur frühzeitigen Intervention und Behandlung nicht schmälern [29]. Denn die Gefahr eines chronischen Verlaufs besteht von Beginn an. Somit ist eine Förderung des Umfangs und der Intensität der Behandlung bereits ab den ersten Wochen der Erkrankung gerechtfertigt. Obgleich die familienzentrierte Therapie [30] einen gewissen Nutzen gezeigt hat, ist bei schwerer und chronischer AN das Ansprechen auf alle Therapieformen verringert [19]. Durch frühzeitige Intervention können die zunehmende Nahrungsrestriktion sowie die damit verbundene soziale Isolierung durchbrochen werden [24]. Um zu verhindern, dass die Nahrungsrestriktion zur Gewohnheit wird, sind demnach frühzeitige Interventionen erforderlich. Zudem ist im Jugendalter, in dem der Beginn der Störung mit einer besonders hohen Plastizität des Gehirns zusammenfällt, eine bessere Prognose zu erwarten.

Die Dauer, während der die Erkrankung unbehandelt bleibt, wird auf über zwei Jahre geschätzt. Diese ist umso länger, je früher die AN beginnt [31]. Daher sind die Schulung von Allgemeinmedizinern und Pädiatern sowie der Einbezug von Eltern und Lehrkräften ein vorrangiges Ziel, um das Screening und die frühzeitige Intervention zu verbessern. Die Ich-Syntonie der AN ist ein Faktor, der die Inanspruchnahme medizinischer

Versorgung verzögert [32]. Bei der Erstversorgung sollten ambulante Interventionen bevorzugt werden, um Spitaleinweisungen zu vermeiden oder deren Dauer zu verringern. Hierbei haben verschiedene Psychotherapieformen einen Nutzen gezeigt [33].

Seit etwa zwanzig Jahren wurden zahlreiche Präventionsprogramme entwickelt [34]. Von diesen haben jedoch nur zwei einen Nutzen gezeigt. Das erste beruht auf kognitiver Dissonanz: Es unterstützt die jungen Frauen dabei, durch verschiedene Übungen das angestrebte Schlankheitsideal zu kritisieren und den «Preis», um dieses zu erreichen, zu beurteilen. Die kognitive Dissonanz, die durch die einzelnen Übungen entsteht, soll das Streben nach dem Schlankheitsideal verringern. Das zweite Programm zielt auf eine Verbesserung der Ernährung und körperlichen Aktivität ab, um ein ausgeglichenes Energiegleichgewicht zu erreichen [35]. In der Schweiz existieren diese Programme jedoch noch nicht.

Ein weiteres Programm zur sekundären Prävention betrifft die Rückfallprophylaxe. Im ersten Jahr nach einem stationären Ernährungsaufbau erleiden ca. 50% der Patientinnen einen Rückfall [36]. Daher wurden Programme zur Rückfallprophylaxe, insbesondere in Form von Videokonferenzen, entwickelt [37]. Dabei geht es darum, die für einen Rückfall verantwortlichen Risikofaktoren ins Visier zu nehmen: kognitive Probleme (Rigidität, Unflexibilität, schlechte zentrale Kohärenz), die in einer kognitiven Verhaltenstherapie aufgearbeitet werden können [38], soziale Probleme, bei denen Veränderungen der negativen kognitiven Verzerrungen von Beurteilungen angestrebt werden und emotionale Probleme, bei denen die Entwicklung von Strategien zum Unterbruch der Kopplung von Essen mit negativen Gefühlen gefördert wird [39].

Die therapeutischen und präventiven Ansätze können entsprechend der unterschiedlichen Erkrankungsstadien variieren [19]. Im frühen Prodromalstadium sind Techniken zur besseren Körperakzeptanz und kognitiven Dissonanz angezeigt, um ein Fortschreiten der Symptome zu verhindern, während bei Erkrankungsbeginn familienzentrierte Therapien äusserst sinnvoll sind. Danach richten sich die verschiedenen Interventionen gegen Faktoren, welche die Krankheit aufrechterhalten. Dies können assoziierte kognitive Störungen, soziale und emotionale Probleme oder Ernährungsgewohnheiten sein, die den Erkrankungsprozess fördern.

Chronische AN

Auch wenn sich alle über das erhöhte Risiko für die Entwicklung einer chronischen AN einig sind, gibt es bis dato keine genaue Definition dieses Zustands. Obgleich eine Heilung in allen Krankheitsstadien erreicht werden kann, ist bekannt, dass dies nach einer Dauer von fünd bis sieben Jahren nur noch selten der Fall ist [40, 4]. Daher wurde vorgeschlagen, eine länger als sieben Jahre bestehende AN als chronisch zu bezeichnen [27, 41]. Neben der Erkrankungsdauer ist die chronische AN jedoch weitaus treffender gekennzeichnet durch die beständige Zunahme körperlicher und psychiatrischer Komplikationen, die häufige ärztliche Konsultationen und Spitalaufenthalte nach sich ziehen, durch die soziale Isolierung, die oftmals mit beruflichen Schwierigkeiten einhergeht, die wiederum zu Teil- oder Vollinvalidität führen können, sowie durch eine stark eingeschränkte Lebensqualität [14]. Das psychische Leben der Patientinnen scheint zu verarmen, da die Gedanken nur noch um Ernährungs- und Gewichtsprobleme kreisen, wodurch für andere Denkaktivitäten wenig Raum bleibt. Da die AN sowohl die Gedanken als auch die Verhaltensweisen strukturiert, kann die Erkrankung für die Patientinnen zu einer vollständigen Identität werden. Am Ende haben sie Angst davor, diese abzulegen, da sie sich vor der dadurch entstehenden, erschreckenden Leere fürchten. Diese Überzeugung wird häufig durch zahlreiche frühere therapeutische Misserfolge genährt, die Desillusionierung und Frustration zur Folge hatten. Dadurch werden die Patientinnen in ihrer Anschauung bestätigt, dass von einem Leben ohne Erkrankung nichts zu erwarten sei. Leider wird diese von den Angehörigen, aber auch dem medizinischen Netzwerk häufig geteilt.

Die Anorexia nervosa kann für die Patientinnen zu einer vollständigen Identität werden.

Behandlungsformen bei chronischer AN

Während in der Akutphase der Erkrankung das vorrangige Therapieziel in der Normalisierung des Gewichts und Essverhaltens besteht, erfordert die chronische AN ein nuancierteres und spezifischeres Vorgehen. Obgleich es bis dato keine klar definierten internationalen Empfehlungen gibt, lassen sich mehrere übereinstimmende Massnahmen herausarbeiten [40, 14]. Die wichtigste ist die Festlegung messbarer Therapieziele, die vor allem auf die Risikoreduktion, die Verbesserung der Lebensqualität, den Einbezug der Angehörigen und die Notwendigkeit einer kontinuierlichen interdisziplinären Langzeitversorgung abzielen. Dabei ist die Mitbestimmung der Patientinnen bezüglich der Behandlungsmodalitäten im Sinne eines ko-konstruktiven Ansatzes besonders wichtig, da erstere sich so eventuelle Veränderungen besser zu eigen machen und vorhersehen können. Das Ziel dabei ist es, Machtverhält-

nisse und den gefühlten Kampf um die Kontrolle weitestgehend zu vermeiden, da dies häufig zu Misserfolgen führt und die Patientinnen dann rasch die Behandlung verweigern. Im Rahmen einer partnerschaftlichen therapeutischen Beziehung sind die Ärzte empathisch und bieten zugleich einen geschützten und sicheren Rahmen, indem sie Grenzen festlegen, um die Sicherheit der Patientinnen zu garantieren, und dafür sorgen, dass diese eingehalten werden. Diese Haltung ist sowohl für die Patientinnen als auch für ihre Angehörigen äusserst beruhigend. Alles in allem richtet sich die Versorgung bei chronischer AN nach einem bei psychischen Erkrankungen (insbesondere bei Schizophrenie und chronischen Depressionen) bereits bekannten und angewendeten Recovery-Modell, bei dem es auf die Stärkung der Autonomie und der Mitbestimmung der Patientinnen bei ihrer Therapie («empowerment») ankommt [42, 43].

Festlegung messbarer Therapieziele und Risikoreduktion

Realistische Therapieziele bezüglich der Ernährungssymptome müssen an die Möglichkeiten und den Änderungswillen der Patientinnen angepasst werden. Dies bedeutet, ihre Ambivalenz zu berücksichtigen. Dabei sollte nicht nur die Sicherheit der Patientinnen garantiert werden, sondern die Ziele sollten weder prioritär noch zu ehrgeizig sein. Dafür bedarf es einer genauen Kenntnis der Misserfolge und der, selbst vorübergehenden, Erfolge vorheriger Therapien. Zu hochgesteckte Ziele können alle Beteiligten entmutigen, das Gefühl der Machtlosigkeit und der Unbezwingbarkeit der Erkrankung verstärken und einen Therapieabbruch zur Folge haben. Zur Verringerung der Risiken ist die Festlegung von somatischen Sicherheitskriterien, die der spezifischen Situation der jeweiligen Patientin entsprechen, unerlässlich. Es wäre wünschenswert, zusammen mit der Patientin und ihren Angehörigen Massnahmen zu vereinbaren, die bei einer Gefährdung ergriffen werden sollen. Meist handelt es sich dabei um eine Spitaleinweisung, nach Möglichkeit in eine auf Essstörungen spezialisierte Abteilung oder andernfalls in eine allgemeinmedizinische in Zusammenarbeit mit einer angeschlossenen psychiatrischen Abteilung. Zu Informationszwecken sind in Tabelle 4 die wichtigsten somatischen Notfallkriterien für eine Spitaleinweisung aufgeführt [44]. Im psychiatrischen Bereich besteht der häufigste Notfall in einer akuten Dekompensation der psychiatrischen Komorbiditäten, darunter suizidale Krisen. Auch die Verweigerung der medizinischen Versorgung im Gefährdungsfall sollte zuvor besprochen werden, selbst wenn diese nur selten vorkommt. Ist die Urteilsfähigkeit der Patientinnen in einer derartigen Situation getrübt, was häufig der Fall ist, kann die medizinische Versorgung gerichtlich angeordnet werden. Sind die Patientinnen über diese Eventualität informiert, gelingt es ihnen häufig, Ressourcen zu mobilisieren, um ihre Symptome so weit zu verbessern, dass sie sich ausser Lebensgefahr befinden.

Tabelle 4: Die wichtigsten körperlichen Notfallkriterien für eine Spitaleinweisung bei Erwachsenen (angepasst gemäss [44]).

Aphagie
Rasche Abmagerung >5 kg/Monat
Body Mass Index von <13 kg/m^2
Sinusbradykardie von <40/min
Herzrhythmusstörungen oder EKG-Anomalien
Arterielle Hypotonie von ≤80/50 mm Hg
Körpertemperatur von ≤35 °C
Bewusstseinsstörungen
Symptome einer Verdauungsblockade
Anormale Laborwerte: – K^+ <2,5 mmol/l – Phosphor <0,5 mmol/l – Na^+ >150 mmol/l oder <125 mmol/l – Wiederholte Hypoglykämien von <2,5 mmol/l

Verbesserung der Lebensqualität

Diese wird meist durch die Ermutigung und Unterstützung der Patientinnen erreicht, ihre Isolation zu beenden und ihre zwischenmenschlichen Beziehungen sowie ihre soziale Funktionsfähigkeit zu verbessern. Dabei geht es vor allem darum, ihnen zu helfen, Aktivitäten zu finden oder wiederzuentdecken, die ihnen Freude und Erfolg vermitteln. Ebenfalls von Nutzen sind Massnahmen zur Förderung der Unabhängigkeit und Autonomie, die meist die Zusammenarbeit mit den Angehörigen erfordern. Des Weiteren wird die Lebensqualität durch die Behandlung der körperlichen und psychiatrischen Komplikationen verbessert. Werden in verschiedenen Bereichen Verbesserungen spürbar, motiviert dies die Patientinnen nicht selten, auch ihren Ernährungszustand zu verbessern.

Einbezug von Angehörigen

In Kontakt zu einer an AN oder gar an chronischer AN erkrankten Person zu stehen, stellt eine extreme Herausforderung dar. Daher ist es wichtig, die Angehörigen während der gesamten Behandlung zu informieren und zu unterstützen. Dazu gehört eine psychologische Schulung, in der Natur und Verlauf der Erkrankung erklärt werden. Zudem wird empfohlen, die Angehörigen mit dem Einverständnis der Patientinnen regelmässig über deren medizinischen Zustand und die angestrebten Therapieziele zu informieren. In gemeinsamen Gesprächen kann daran gearbeitet werden, die Kommunikation zu verbessern, da in dieser häufig starke

Korrespondenz:
Dr. med. Sandra Gebhard
Médecin cheffe,
responsable médicale de
l'abC
Centre vaudois anorexie
boulimie
1, rue du Tunnel
CH-1005 Lausanne
sandra.gebhard[at]chuv.ch

Gefühle zum Ausdruck kommen, die für viel Spannung in der Familie sorgen [23]. Selbsthilfegruppen für Angehörige (von Institutionen oder Vereinen) sind sehr effektiv, um die Isolation zu durchbrechen, Unterstützung zu erhalten und von der Erfahrung anderer zu profitieren. Zu lernen, seine Erwartungen und Kontrolle zu verringern, und sich zu erlauben, sich um sich selbst zu kümmern, sind wichtige fördernswerte Faktoren.

Interdisziplinäre Therapie

Nach Möglichkeit sollte die Therapie von einem auf Störungen des Essverhaltens spezialisierten Team durchgeführt werden, das über ein differenziertes Versorgungsprogramm verfügt (ambulant, Tagesspital und Vollzeitspitalaufenthalt), damit das Versorgungsangebot während der gesamten Behandlungsdauer an die spezifischen Bedürfnisse der Patientinnen angepasst werden kann. Andernfalls sollte das Team aus einem Psychiater, einem Allgemeinarzt/Internisten und einem Ernährungsberater bestehen. Ein zentraler Punkt ist die Koordination der Interventionen der verschiedenen Gesundheitsfachleute anhand gemeinsam festgelegter Ziele. Dies erfordert ein vernetztes Arbeiten, bei dem die Kommunikationsqualität entscheidend ist. Die Behandlung von Patientinnen mit chronischer AN erfordert viel Geduld und Energie, da sich (unter Umständen nur vorübergehende) Fortschritte, und diese häufig nur allmählich, abzeichnen. Zudem sollte man in der Lage sein, sich der Angst vor der Verantwortung für Patientinnen zu stellen, die sich regelmässig in Lebensgefahr bringen können. Das Fehlen deutlicher Fortschritte kann Frustration beziehungsweise Wut, Entmutigung oder ein Gefühl mangelnder Kompetenz bei den Behandlern hervorrufen und somit das Risiko bergen, die Patientinnen aufzugeben und die Arzt-Patienten-Beziehung zu gefährden [45]. Angesichts dessen sind Teamarbeit und Supervisionen unerlässlich [14]. Nur auf diese Weise kann die Hoffnung aufrechterhalten werden, die notwendig ist, um die Patientinnen zu unterstützen und ihnen den Weg in eine bessere Zukunft und vielleicht sogar zur Heilung zu weisen.

Das Wichtigste für die Praxis

- Die Anorexia nervosa (AN) kann starke Auswirkungen auf die Entwicklung, die körperliche und psychische Gesundheit sowie die soziale Funktionsfähigkeit haben.
- Auch heute noch ist sie mit einem hohen Anteil chronischer Verläufe und einer hohen Mortalitätsrate assoziiert.
- Durch die Ich-Syntonie eines Teils der AN-Symptome sowie ihre rasche Suchtgefahr wird ein chronischer Verlauf begünstigt.
- Eine frühzeitige Diagnose und ein rascher Therapiebeginn sind die besten Heilungsvoraussetzungen.
- Diesbezüglich nehmen Allgemeinmediziner/Internisten und Pädiater eine entscheidende Rolle ein.
- Aktuelle Arbeiten zur Differenzierung der einzelnen Entwicklungsstadien der AN, vom hohen Risiko bis zum chronischen Stadium, ermöglichen die Umsetzung von an die spezifischen Bedürfnisse der Patientinnen angepassten therapeutischen Strategien. Dies soll dazu beitragen, das Risiko für die Entwicklung eines chronischen Verlaufs zu verringern und die Versorgung chronisch erkrankter Patientinnen zu verbessern.
- Die Therapien sollten, unabhängig vom Erkrankungsstadium, von einem interdisziplinären Team durchgeführt werden. Dieses sollte mindestens aus einem Allgemeinmediziner/Internisten oder Pädiater, einem Psychiater oder Kinderpsychiater und einem Ernährungsberater bestehen.
- In den frühen Erkrankungsstadien hat sich bei Jugendlichen die familienzentrierte Therapie als effektivste psychiatrische Therapie erwiesen.
- Die Behandlung von Patientinnen mit chronischer AN sollte auf die Risikoreduktion und Verbesserung der Lebensqualität abzielen.
- Für schwerste Fälle werden innovative Neuromodulationstechniken wie die zerebrale Tiefenstimulation oder die transkranielle Magnetstimulation entwickelt [46].
- Die wichtigsten Adressen von auf die Behandlung von AN spezialisierten Therapiestrukturen in der Schweiz finden sich auf der Internetseite des Berufsverbands *Experten-Netzwerk-Essstörungen Schweiz (ENES)* (www.netzwerk-essstoerungen.ch).

Danksagung
Wir möchten Frau Dr. med. Pauline Coti Bertrand für ihre wertvolle Hilfe bei der Definition der körperlichen Notfallkriterien sowie Frau Sandra Ducommun für Ihre Unterstützung bei der Formatierung dieses Beitrags danken.

Disclosure statement
Die Autoren haben keine finanziellen oder persönlichen Verbindungen im Zusammenhang mit diesem Beitrag deklariert.

Bildnachweis
© Hayati Kayhan | Dreamstime.com

Empfohlene Literatur

– Treasure J, Cardi V, Leppanen J, Turton R. New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. Physiology & behavior. 2015;152(Pt B):456–65.
– Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. The Lancet Psychiatry. 2015;2(12):1099–111.
– Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, Myers TC, Kadlec K, Lahaise K, et al. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. Int J Eat Disord. 2012;45(4):467–75.
– Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. Early Interv. Psychiatry. 2015;9(3):173–84.
– Lock J, Le Grange D. Treatment Manual for anorexia nervosa. A family-based approach. 2nd edition ed. New York: Guilford Publications; 2013.

Die vollständige nummerierte Literaturliste finden Sie als Anhang des Online-Artikels unter www.medicalforum.ch.

Literatur

1. Halmi KA, Agras WS, Crow S, Mitchell J, Wilson GT, Bryson SW, et al. Predictors of treatment acceptance and completion in anorexia nervosa: implications for future study designs. Archives of general psychiatry. 2005;62(7):776–81.
2. Strober M. The chronically ill patient with anorexia nervosa : development, phenomenology and therapeutic considerations. In: Grilo CMaM, J. E., editor. The Treatment of eating disorders : a clinical handbook. New York: Gilford; 2010. p. 225–38.
3. Arcelus J, Mitchell AJ, Wales J, Nielsen S. Mortality rates in patients with anorexia nervosa and other eating disorders. A meta-analysis of 36 studies. Archives of general psychiatry. 2011;68(7):724–31.
4. Steinhausen HC. The outcome of anorexia nervosa in the 20th century. The American journal of psychiatry. 2002;159(8):1284–93.
5. Fassino S, Piero A, Tomba E, Abbate-Daga G. Factors associated with dropout from treatment for eating disorders: a comprehensive literature review. BMC psychiatry. 2009;9:67.
6. Williams KD, Dobney T, Geller J. Setting the eating disorder aside: an alternative model of care. European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. 2010;18(2):90–6.
7. American-Psychiatric-Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Publishing; 2013.
8. Prävalenz von Essströrungen in des Schweiz. Im Auftrag des Bundesametes für Gesundheit (BAG) [Internet]. 2012. Available from: http://www.bag.admin.ch/themen/ernaehrung_bewegung/05207/13287/index.html?lang=de.
9. Walsh BT, Attia E, Glasofer DR, Sysko R. Handbook of assessment and treatment of eating disorders. Arlington, VA: American Psychiatric Association; 2016.
10. Zhu Y, Hu X, Wang J, Chen J, Guo Q, Li C, et al. Processing of food, body and emotional stimuli in anorexia nervosa: a systematic review and meta-analysis of functional magnetic resonance imaging studies. Eur Eat Disord Rev. 2012;20(6):439–50.
11. Yager J, Devlin MJ, K.A. H, Herzog DB, Mitchell JE, Powers P, et al. Practice guideline for the treatment of patients with eating disorders. Guideline watch. 3rd edition: APA Practice guidelines; 2012.
12. Core interventions in the treatment and management of anorexia nervosa, bulimia nervosa and related eating disorders [Internet]. 2004. Available from: https://www.nice.org.uk/guidance/cg9/evidence/full-guideline-243824221
13. Recommandations de bonne pratique. Anorexie mentale : Prise en charge [Internet]. 2010. Available from: http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2010-09/argu_anorexie_mentale.pdf
14. Hay P, Chinn D, Forbes D, Madden S, Newton R, Sugenor L, et al. Royal Australian and New Zealand College of Psychiatrists clinical practice guidelines for the treatment of eating disorders. The Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2014;48(11):977–1008.
15. Zipfel S, Giel KE, Bulik CM, Hay P, Schmidt U. Anorexia nervosa: aetiology, assessment, and treatment. The lancet Psychiatry. 2015;2(12):1099–111.
16. Watson HJ, Bulik CM. Update on the treatment of anorexia nervosa: review of clinical trials, practice guidelines and emerging interventions. Psychological medicine. 2013;43(12):2477–500.
17. Abbate-Daga G, Amianto F, Delsedime N, De-Bacco C, Fassino S. Resistance to treatment and change in anorexia nervosa [corrected]: a clinical overview. BMC psychiatry. 2013;13:294.
18. Brockmeyer T, Holtforth MG, Bents H, Kammerer A, Herzog W, Friederich HC. Starvation and emotion regulation in anorexia nervosa. Comprehensive psychiatry. 2012;53(5):496–501.
19. Treasure J, Cardi V, Leppanen J, Turton R. New treatment approaches for severe and enduring eating disorders. Physiology & behavior. 2015;152(Pt B):456–65.
20. Lask B, I. F. Eating disorders and the brain. Oxford: Wiley-Blackwell; 2011.
21. Kaye WH, Fudge JL, Paulus M. New insights into symptoms and neurocircuit function of anorexia nervosa. Nature reviews Neuroscience. 2009;10(8):573–84.
22. Klump KL, Culbert KM, Slane JD, Burt SA, Sisk CL, Nigg JT. The effects of puberty on genetic risk for disordered eating: evidence for a sex difference. Psychological medicine. 2012;42(3):627–37.
23. Treasure J, Schmidt U. The cognitive-interpersonal maintenance model of anorexia nervosa revisited: a summary of the evidence for cognitive, socio-emotional and interpersonal predisposing and perpetuating factors. Journal of eating disorders. 2013;1:13.
24. Walsh BT. The enigmatic persistence of anorexia nervosa. The American journal of psychiatry. 2013;170(5):477–84.
25. Kyriacou O, Treasure J, Schmidt U. Understanding how parents cope with living with someone with anorexia nervosa: modelling the factors that are associated with carer distress. The International journal of eating disorders. 2008;41(3):233–42.
26. Titova OE, Hjorth OC, Schioth HB, Brooks SJ. Anorexia nervosa is linked to reduced brain structure in reward and somatosensory regions: a meta-analysis of VBM studies. BMC psychiatry. 2013;13:110.
27. Treasure J, Stein D, Maguire S. Has the time come for a staging model to map the course of eating disorders from high risk to severe enduring illness? An examination of the evidence. Early intervention in psychiatry. 2015;9(3):173–84.
28. King JA, Geisler D, Ritschel F, Boehm I, Seidel M, Roschinski B, et al. Global cortical thinning in acute anorexia nervosa normalizes following long-term weight restoration. Biol Psychiatry. 2015;77(7):624–32.
29. Wentz E, Gillberg IC, Anckarsater H, Gillberg C, Rastam M. Adolescent-onset anorexia nervosa: 18-year outcome. The British journal of psychiatry : the journal of mental science. 2009;194(2):168–74.
30. Lock J, Le Grange D. Treatment Manual for anorexia nervosa. A family-based approach. 2nd edition ed. New York: Guilford Publications; 2013.
31. Neubauer K, Weigel A, Daubmann A, Wendt H, Rossi M, Lowe B, et al. Paths to first treatment and duration of untreated illness in anorexia nervosa: are there differences according to age of onset? European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. 2014;22(4):292–8.
32. Jones M, Volker U, Lock J, Taylor CB, Jacobi C. Family-based early intervention for anorexia nervosa. European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. 2012;20(3):e137–43.
33. Zipfel S, Wild B, Gross G, Friederich HC, Teufel M, Schellberg D, et al. Focal psychodynamic therapy, cognitive behaviour therapy, and optimised treatment as usual in outpatients with anorexia nervosa (ANTOP study): randomised controlled trial. Lancet. 2014;383(9912):127–37.
34. Stice E, Becker CB, Yokum S. Eating disorder prevention: current evidence-base and future directions. The International journal of eating disorders. 2013;46(5):478–85.
35. Stice E, Rohde P, Shaw H, Marti CN. Efficacy trial of a selective prevention program targeting both eating disorder symptoms and unhealthy weight gain among female college students. Journal of consulting and clinical psychology. 2012;80(1):164–70.

36. Carter JC, Mercer-Lynn KB, Norwood SJ, Bewell-Weiss CV, Crosby RD, Woodside DB, et al. A prospective study of predictors of relapse in anorexia nervosa: implications for relapse prevention. Psychiatry research. 2012;200(2-3):518–23.
37. Giel KE, Leehr EJ, Becker S, Herzog W, Junne F, Schmidt U, et al. Relapse prevention via videoconference for anorexia nervosa - findings from the RESTART pilot study. Psychotherapy and psychosomatics. 2015;84(6):381–3.
38. Tchanturia K, Lounes N, Holttum S. Cognitive remediation in anorexia nervosa and related conditions: a systematic review. European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. 2014;22(6):454–62.
39. Anderson LM, Crow SJ, Peterson CB. The impact of meal consumption on emotion among individuals with eating disorders. Eating and weight disorders : EWD. 2014;19(3):347–54.
40. Wonderlich S, Mitchell JE, Crosby RD, Myers TC, Kadlec K, Lahaise K, et al. Minimizing and treating chronicity in the eating disorders: a clinical overview. The International journal of eating disorders. 2012;45(4):467–75.
41. Touyz S, Le Grange D, Lacey H, Hay P, Smith R, Maguire S, et al. Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. Psychological medicine. 2013;43(12):2501–11.
42. Dawson L, Rhodes P, Touyz S. The recovery model and anorexia nervosa. The Australian and New Zealand journal of psychiatry. 2014;48(11):1009–16.
43. Bonsack C, Favrod J. De la réhabilitation au rétablissement : l'expérience de Lausanne. L'information psychiatrique. 2013;89(3):54.
44. Giusti V, Gebhard S. [Anorexia: somatic assessment and management]. Revue medicale suisse. 2011;7(288):711–5.
45. Thompson-Brenner H, Satir DA, Franko DL, Herzog DB. Clinician reactions to patients with eating disorders: a review of the literature. Psychiatric services. 2012;63(1):73–8.
46. McClelland J, Bozhilova N, Campbell I, Schmidt U. A systematic review of the effects of neuromodulation on eating and body weight: evidence from human and animal studies. European eating disorders review : the journal of the Eating Disorders Association. 2013;21(6):436–55.