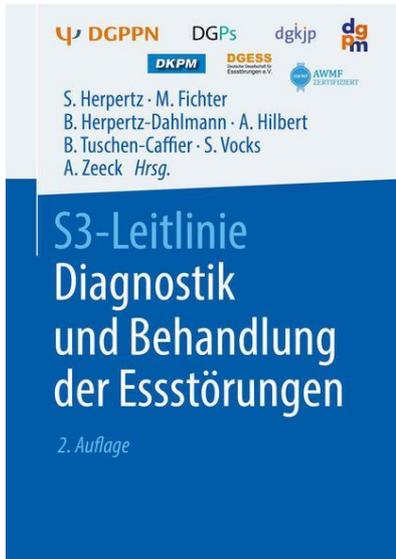


Internationaler Kongress Essstörungen, Alpbach / Tirol, 22.-23. Oktober

Evidenzbasierte Leitlinien und individuumzentrierte Behandlung bei Essstörungen – ein Widerspruch?



Stephan Herpertz

Klinik für Psychosomatische Medizin und Psychotherapie
LWL-Universitätsklinikum der Ruhr-Universität Bochum

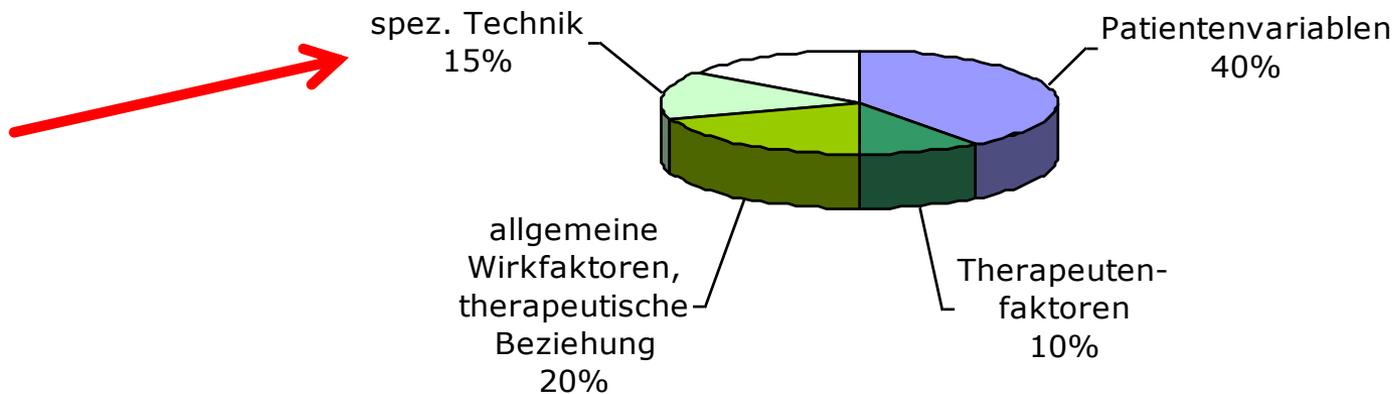
LWL-Universitätsklinikum Bochum
im LWL-PsychiatrieVerbund Westfalen

UK RUB UNIVERSITÄTSKLINIKUM DER
RUHR-UNIVERSITÄT BOCHUM

Einschätzung des Anteils von extratherapeutischen Faktoren (einschließlich Spontanremission und unspez. Ressourcen), (nicht-) spezifischen Faktoren für den Heilungsprozeß



Anteil verschiedener Faktoren am Therapieergebnis



(Lambert: Handbook of Psychotherapy & Behavior Change, 2005)

Kein Unterschied: Bergin & Lambert 1978, Beutler 1979, Goldstein & Stein 1976, Kellner 1975, Lambert & Bergin 1973, Meltzoff & Kornreich 1970, Rachman & Wilson 1980

Kognitive VT (marginal überlegen): Dobson 1989, Dush et al. 1989, Nicholson & Berman 1983, Robinson et al. 1990, Shapiro & Shapiro 1982, Smith et al. 1980, Svartberg & Stiles 1991

Kein Unterschied unter Berücksichtigung der Therapeutenmerkmale, -ausrichtung: Anderson & Lambert 1995, Crits-Christoph 1992, Gaffan et al. 1995, Wampold et al. 1997, McRoberts et al. 1998, Tillitski 1990

Therapieoptionen bei Essstörungen

- Anorexia nervosa

Pharmakotherapie

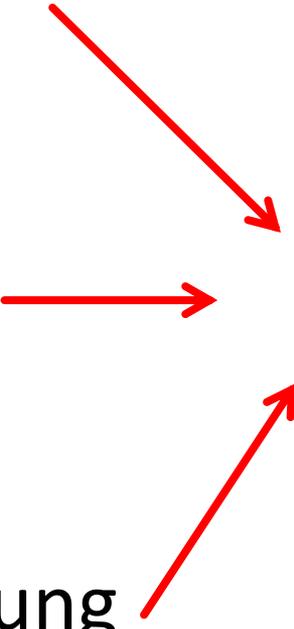
- Bulimia nervosa

Pharmakotherapie

- Binge Eating Störung

Pharmakotherapie

Psychotherapie (*welche?*)



```
graph LR; A[Anorexia nervosa] --> P[Psychotherapie]; B[Bulimia nervosa] --> P; C[Binge Eating Störung] --> P;
```

Typische fehlerhafte Einstellungen von Patientinnen mit Essstörungen:

„Nur schlank bin ich wertvoll und werde geliebt!“

„Wenn ich normal esse, nehme ich unkontrollierbar zu!“

„Ich muss immer perfekt sein!“

„Ich muss von allen geliebt werden!“

Assoziierte Symptome bei Essstörungen

- Verlust der Mahlzeitenstruktur
- Vermeidung bestimmter Nahrungsmittel
- Vermeidung sozialen Essens
- Gewichtsschwankungen
- Psychomotorische Veränderungen

Allgemeine Psychopathologie

- Affektive Störungen (Depressionen und/oder affektive Instabilität, Suizidgedanken und Suizidhandlungen)
- Ängste
- Zwänge
- Sexuelle Störungen
- Störungen der Impulskontrolle
- Niedriges Selbstwertgefühl, Hilflosigkeit
- Sozialer Rückzug, Störungen der familiären und partnerschaftlichen Beziehungen

Therapie der Anorexia nervosa



Symptomzentriert

&

**Konflikt u.
Persönlichkeitsstruktur**

Evidenzstatements: „einigermaßen gesicherte Aussagen“

- *Ein speziell auf die Erkrankung ausgerichtetes Verfahren ist einem unspezifischen Vorgehen vorzuziehen*
- *Bislang gibt es keinen Nachweis dafür, dass ein psychotherapeutisches Verfahren einem anderen überlegen ist*
- *(alle spezifischen Verfahren zielen ab auf eine Veränderung des Gewichts, Normalisierung des Essverhaltens sowie psychischer Problembereiche)*
- *Ernährungstherapie und Ernährungsberatung sind als alleinige Therapie der AN nicht geeignet*
- *Bislang konnte für kein Psychopharmakon eine eindeutige Wirkung auf die Anorexia nervosa nachgewiesen werden*
- *Alle Verfahren führen zu nur mäßigen Erfolgsraten*

Evidenz zu Behandlungsverfahren und –methoden bei AN

- Psychotherapie ist das Behandlungsverfahren der ersten Wahl.
- Evidenz der Wirksamkeit:

Erwachsene

- erweiterte kognitive-behaviorale Therapie (CBT-E)
- fokale psychodynamische Therapie (FPT)
- Maudsley Model of AN Treatment (MANTRA)
- Specialist Supportive Clinical Management (SSCM)

Kinder und Jugendliche

- familien-basierte Therapie
- keine Evidenz:
 - für die Überlegenheit eines Verfahrens
 - für die Überlegenheit einer bestimmten Familientherapie bei Kindern und Jugendlichen
- begrenzte Evidenz:
 - störungsorientierte Therapien führen zu einer Reduktion stat. Aufnahmen und Kostenreduktion
 - Besserung von Zwangssymptomen und Gedankenkreisen unter Olanzapin

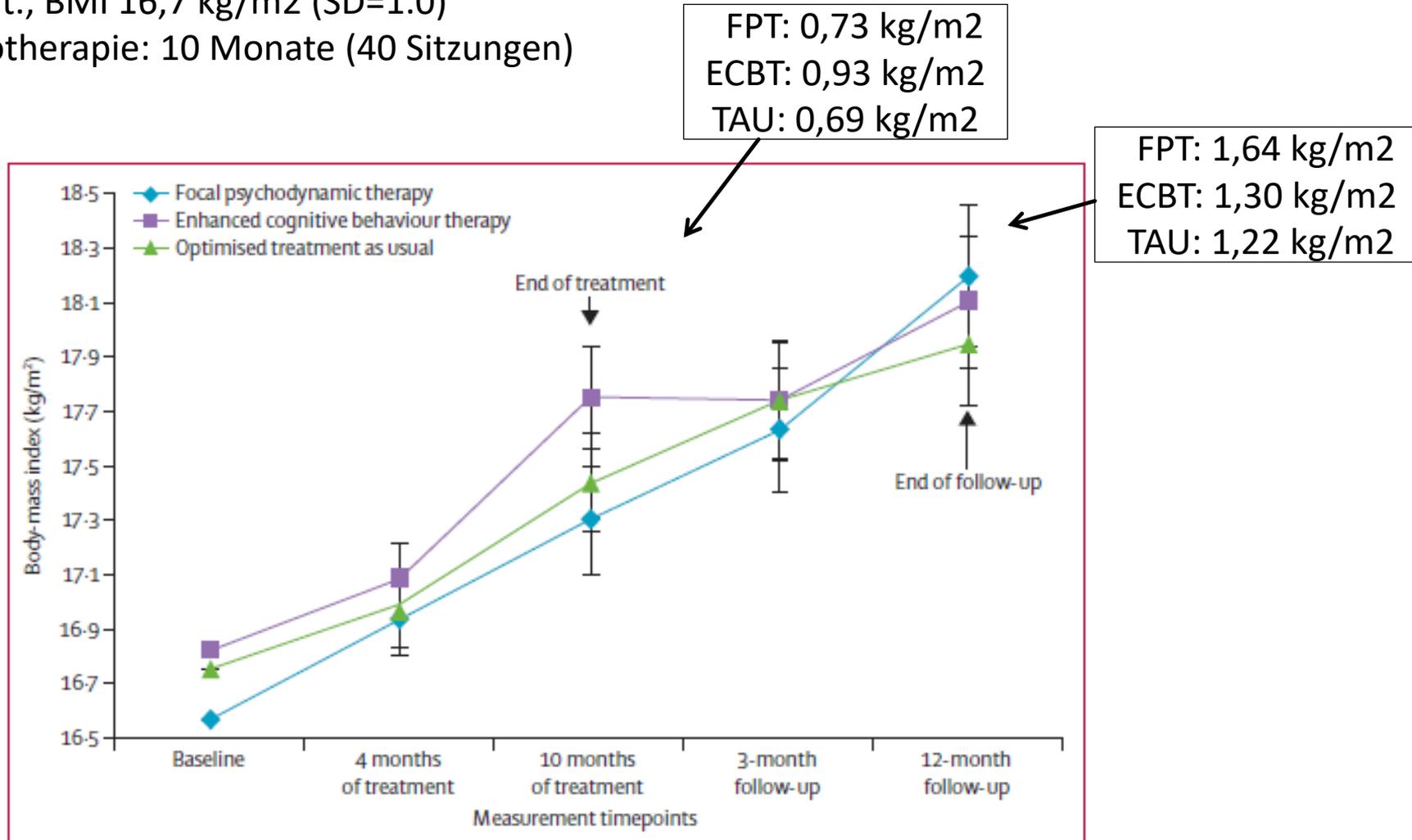
Therapiestrategien

	Evidence	Effect
Adolescent anorexia nervosa		
Family-based treatment	strong	+++
Maudsley family therapy	strong	+++
Family system therapy	moderate	++
Adolescent focused therapy	moderate	++
Cognitive behavioural treatment (broad)	weak/moderate	-/+
Cognitive behavioural treatment (enhanced)	moderate	+
Adult anorexia nervosa		
Cognitive behavioural therapy	weak	+
Cognitive behavioural therapy (enhanced)	moderate	++
Behavioural therapies	weak	-/+
Interpersonal Psychotherapy	weak	+
Psychodynamic therapy	weak	+
Cognitive analytic therapy	weak	+
Focal psychodynamic psychotherapy	moderate	++
Maudsley model of AN treatment for adults (MANTRA)	moderate	++
Specialist supportive clinical management	moderate	+(+)

Psychodynamische Fokaltherapie, kognitiv-behaviorale Therapie und "treatment as usual" bei amb. Pat. mit AN: eine rand. kontr. Studie (ANTOP)

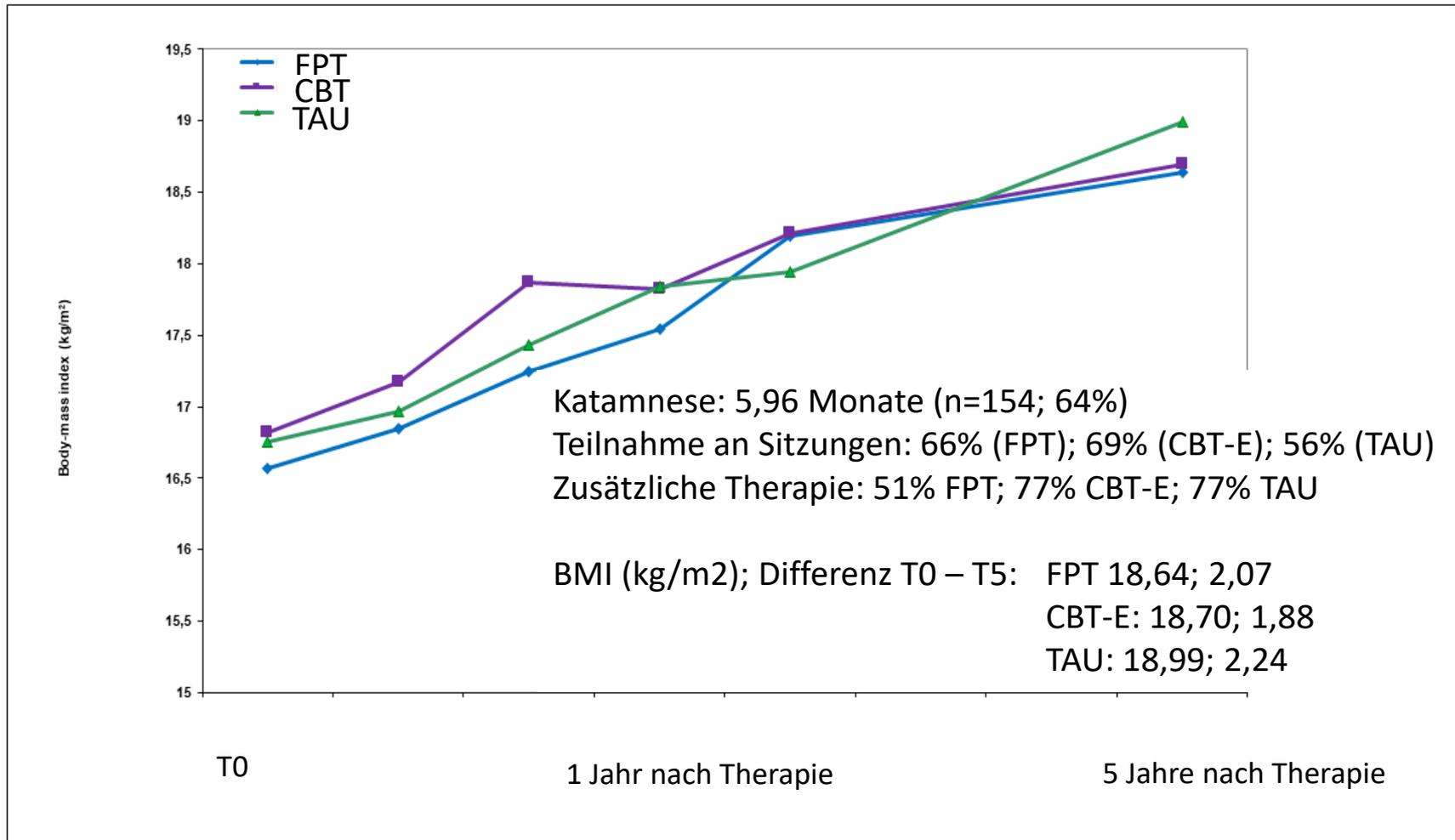
242 Pat., BMI 16,7 kg/m² (SD=1.0)

Psychotherapie: 10 Monate (40 Sitzungen)



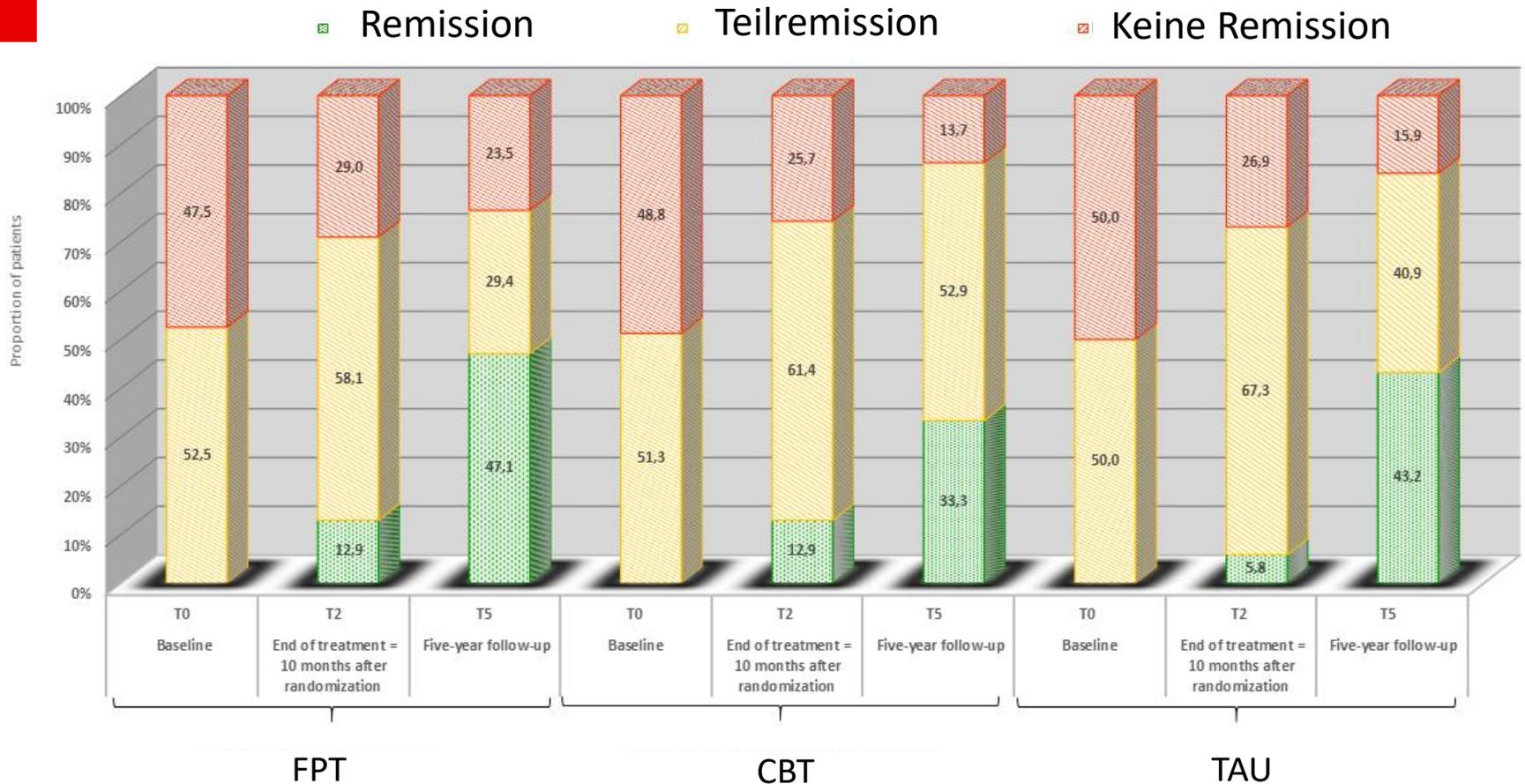
Gewichtsverlauf während der Behandlung und der Ein-Jahr-Katamnese

Five-year outcome after outpatient psychotherapy for anorexia nervosa - Results of the ANTOP randomized controlled trial



Gewichtsverlauf, BMI

Herzog et al. submitted



Prädiktoren (T=0):

- höherer BMI bei T0,
- kürzere Anamnese,
- keine komorbide Depression,
- größere gegenregulatorische Maßnahmen,
- größere Angst vor dem Erwachsenwerden

Ist ein wesentlicher Wirkmechanismus von Psychotherapie die Vermittlung von Struktur?



Diagnostik

- Abklärung des körperlichen Allgemein- und Ernährungszustandes
- Illustration des Essverhaltens (evtl. Führen eines Essstörungsprotokolls)
- Beurteilung der verzerrten Wahrnehmung des eigenen Körpers
- Psychische Komorbidität
- Auslösesituation, emotionale Einstellung zur Magersucht
- Vorstellung von sich selbst und wichtigen Bezugspersonen
- Vorerfahrung mit bisherigen Therapien und deren Beurteilung

Psychotherapie der Anorexia nervosa

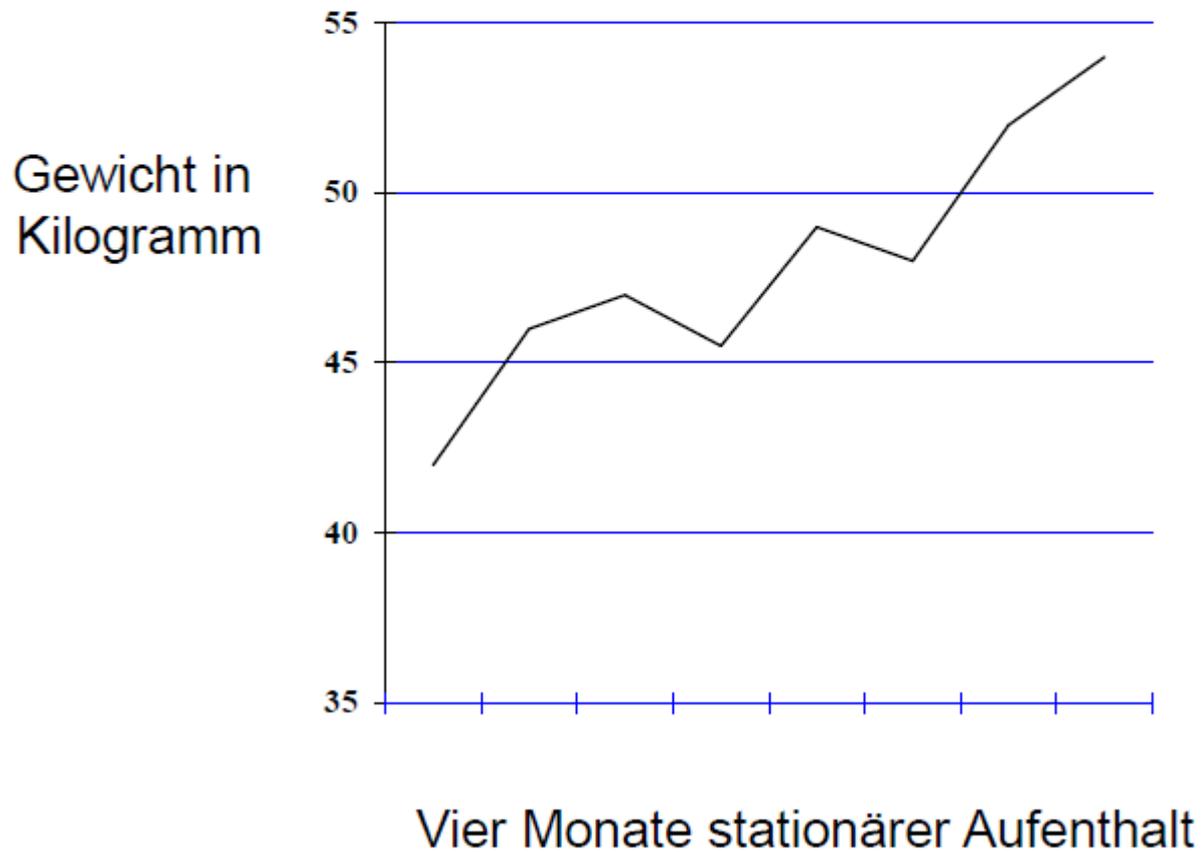


“There is a desperate need for further research in the area of psychological treatment, especially examining motivational enhancement strategies and relapse prevention for AN.”

Spezifische Behandlungsmassnahmen bei Anorexia nervosa

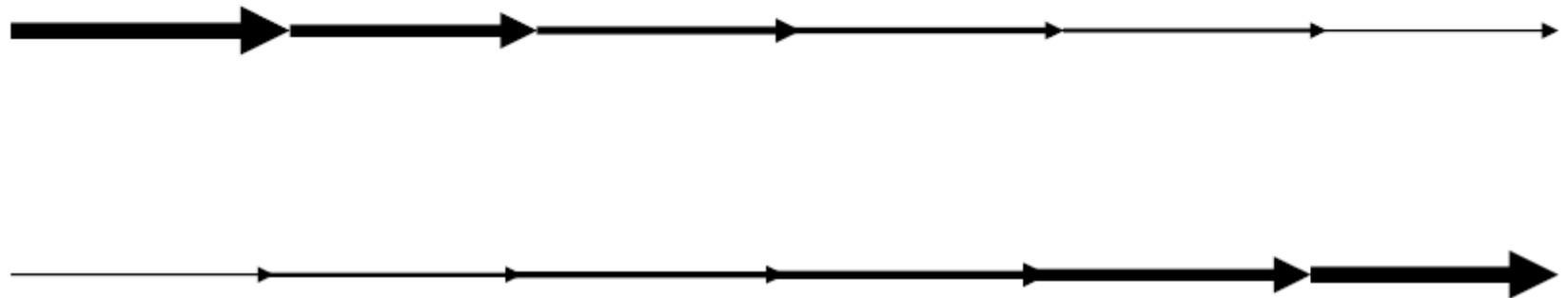
- Bei BMI<15, medizinischer o. psychiatr./psychosom. Komorbidität **stationäre Behandlung**
- Stationäres Therapiekonzept:
 - strukturierendes Essprogramm:
 - Zielgewicht, wöchentliche Zunahme 750g, Gewichtskontrollen, 5 Mahlzeiten/d, Essbegleitung, Nachruhe **stufenweise Lockerung**
 - psychodynamische oder kognitive Psychotherapie:
 - Einzel-, Gruppentherapie, Spezialtherapien, Pflegegespräche, Familiengespräch(e), Essbegleitung
 - Ernährungsberatung (Nahrungsmittelallergie?!)
 - Sozialarbeit
 - medizinische Betreuung

Gewichtverlaufskurve



Verlauf der Psychotherapie der Anorexia nervosa

Ess-Störungsspezifische Behandlungselemente



Psychodynamische/konfliktorientierte Aspekte
auslösende/aufrechterhaltende Problembedingungen



Diagnostische Kriterien der Bulimia nervosa nach ICD 10

Andauernde Beschäftigung mit Essen und Heißhungerattacken, bei denen große Mengen Nahrung in kurzer Zeit konsumiert werden.

Versuche, dem dickmachenden Effekt des Essens durch verschiedene Verhaltensweisen entgegenzusteuern, z.B. selbstinduziertes Erbrechen, Laxanzienabusus, restriktive Diät etc.

Krankhafte Furcht, zu dick zu werden

Häufig Anorexia nervosa in der Vorgeschichte (ca. 30%)

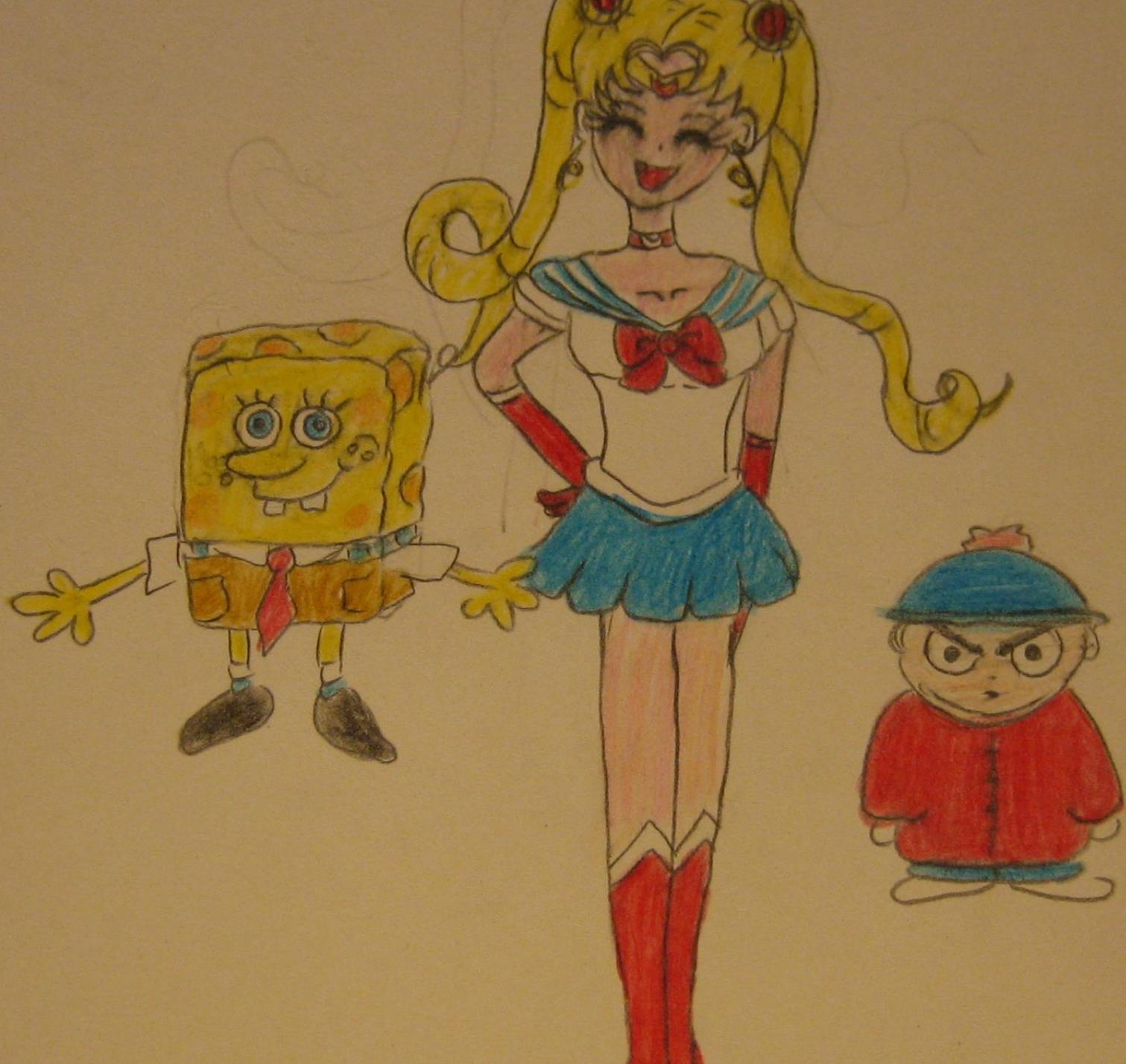
Bulimia nervosa

Symptomatik: Störung des Eßverhaltens

- Normal- bzw. Idealgewicht, aber starke Gewichtsschwankungen
- konstante Angst vor Gewichtszunahme
- suboptimales Gewicht
- latenter Hungerzustand
- anfallsweise auftretender unbezwingbarer Drang, große Nahrungsmengen in sich hineinzuschlingen (Kontrollverlust)
- zeitlich begrenzte „Fress“-Anfälle mit bis zu mehreren Tausend kcal/Attacken
- sekundäre starvationsbedingte Amenorrhö bei ca. 45%
- selbstinduziertes Erbrechen

Psychischer Befund

- Störung der Körperwahrnehmung und des Körperbildes
- Selbstverachtung und Scham über das Gefühl
- Schuldgefühle
- zunehmende Isolation
- depressive Entwicklung
- soziale unauffällig, Teilnahme am gesellschaftlichen Leben und sexuelle Beziehungen



Was ist gezügeltes Essverhalten?

Gezügeltes Essverhalten ist durch folgende Verhaltensweisen charakterisiert:

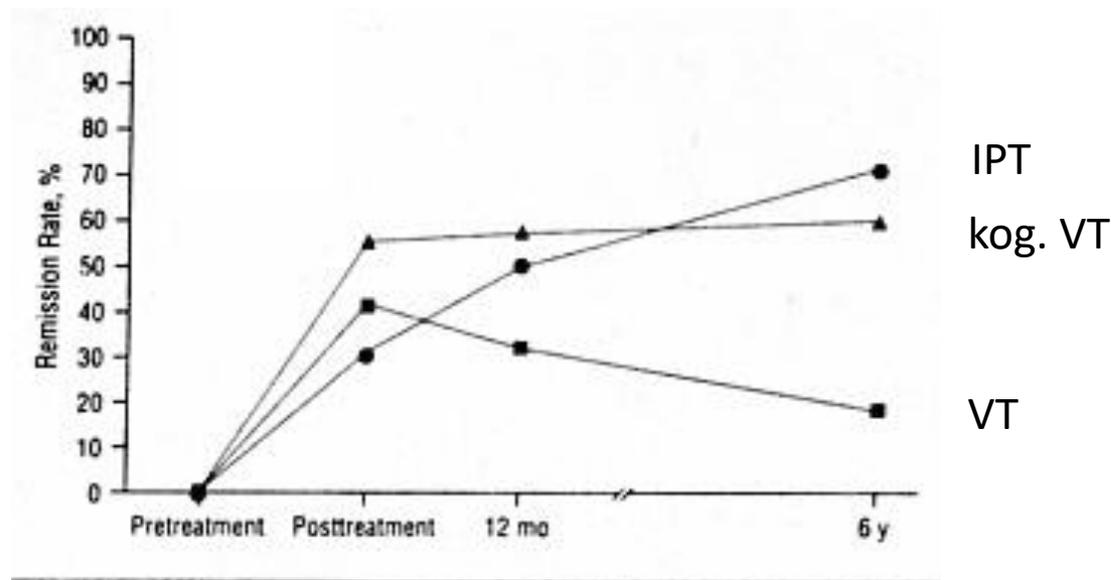
- wiederholte Diäten
- Auslassen von Mahlzeiten
- Weglassen von Beilagen oder Nachtisch
- vorzeitiges Beenden von Mahlzeiten
- Fastentage
- Kalorienzählen
- Bilanzieren von Mahlzeiten
- Vermeidung hochkalorischer Nahrungsmittel
- Gebrauch von Diätprodukten
- Gebrauch von Süßstoffen

Das Essverhalten ist auf Gewichtsabnahme oder Vermeidung von Gewichtszunahme ausgerichtet. Gezügeltes Essverhalten ist nur durch eine hohe kognitive Verhaltenskontrolle möglich, im Vergleich zu ungezügelterm Essverhalten, das sich an Appetit, Hunger und Sättigung orientiert.

Outcome bei Bulimia nervosa (BN)

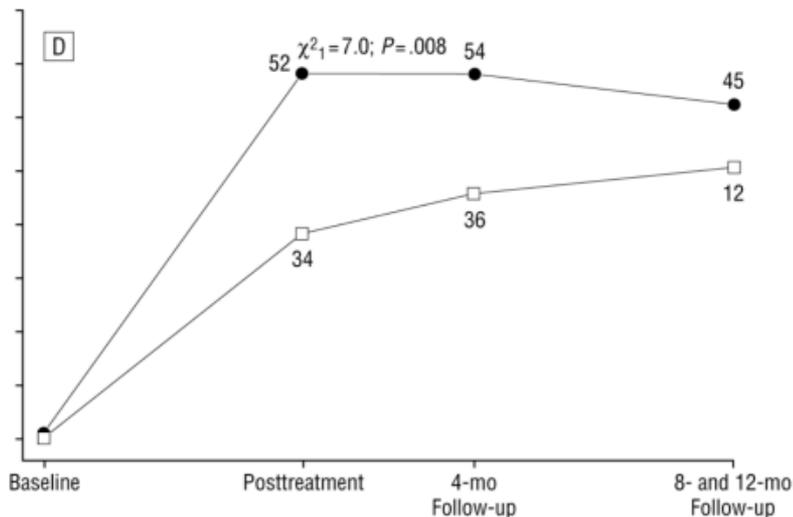
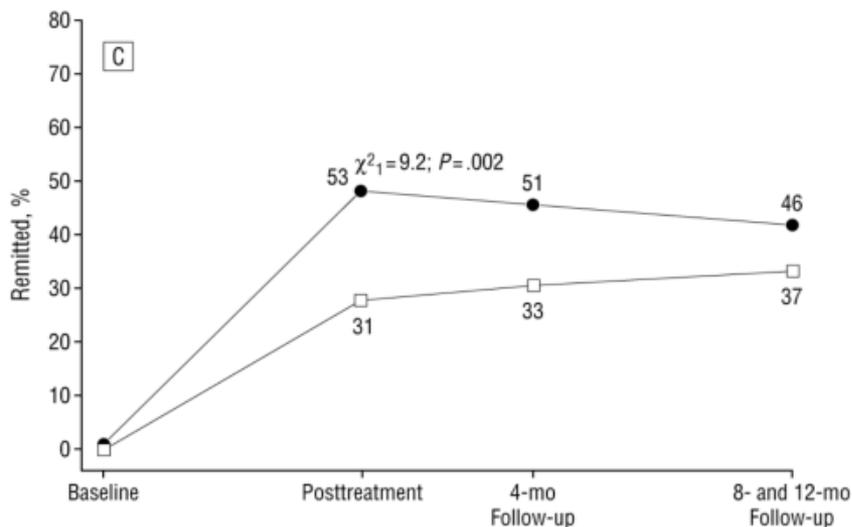
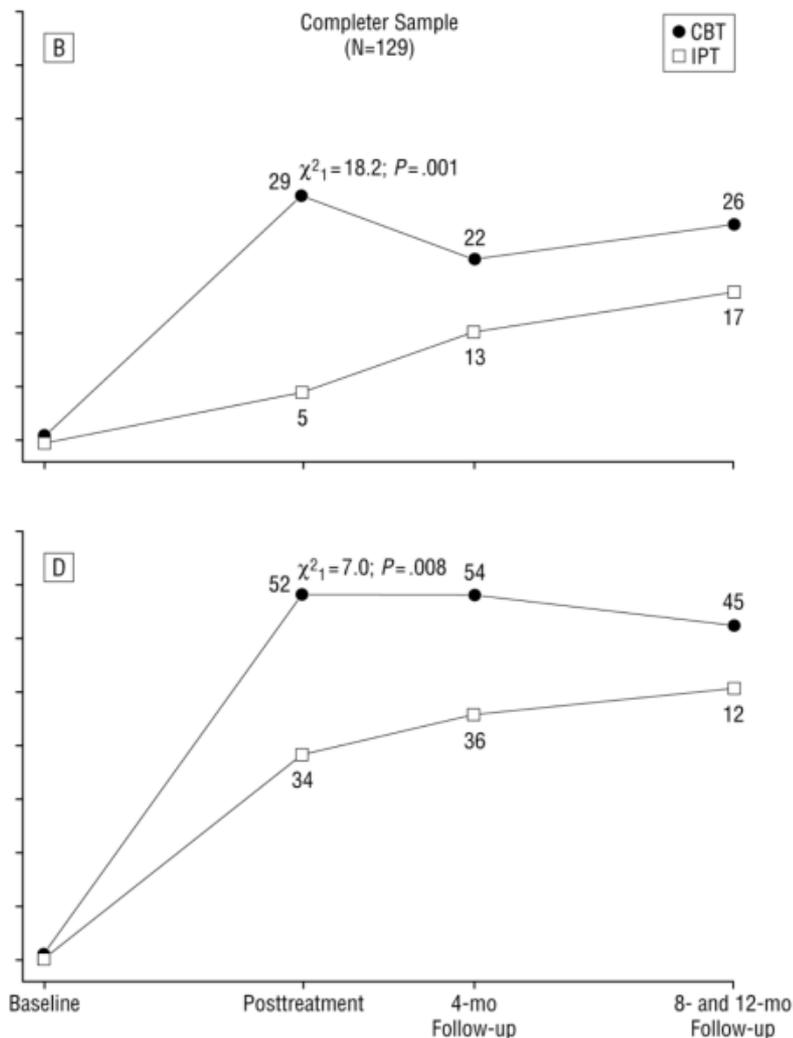
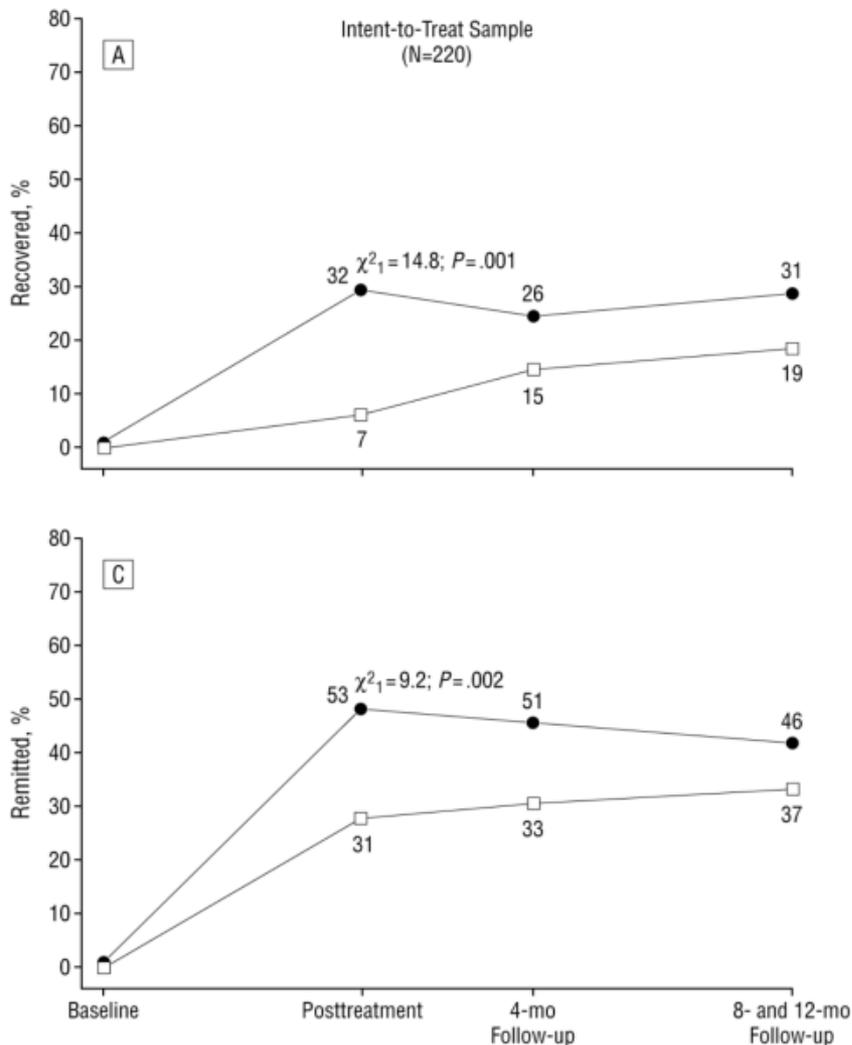
- Ungefähr die Hälfte der Patienten ist symptomfrei zwei bis zehn Jahre nach Psychotherapie, wobei sich die Studienlage in erster Linie auf die kognitive Verhaltenstherapie bezieht.
- Etwa 20% aller Patienten erfüllten weiterhin die Kriterien der BM.
- Der Krankheitsverlauf von ungefähr 30% zeichnet sich entweder durch Episoden von Rückfällen und Remissionen aus oder durch eine subklinische BN, also eine bulimische Essstörung, die nicht mehr alle Kriterien der BN erfüllt.

Vergleich von (kognitiver) Verhaltenstherapie und Interpersoneller Psychotherapie bei Bulimie

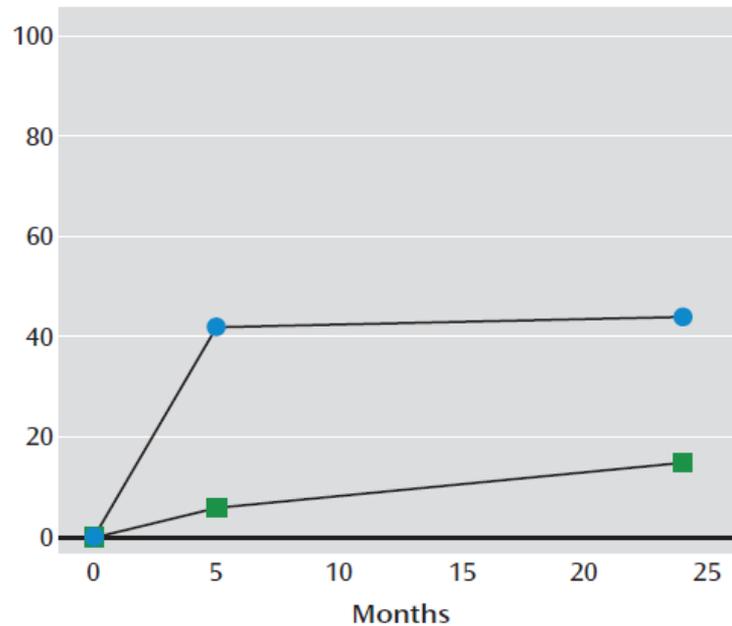


Remissionsraten (definiert als proportionaler Anteil der Patienten, die nicht mehr die DSM-IV Kriterien der BN erfüllen) bei Patienten mit VT (n=35), kognitiver VT (n=22) und Interpersoneller Psychotherapie (IPT) n=32

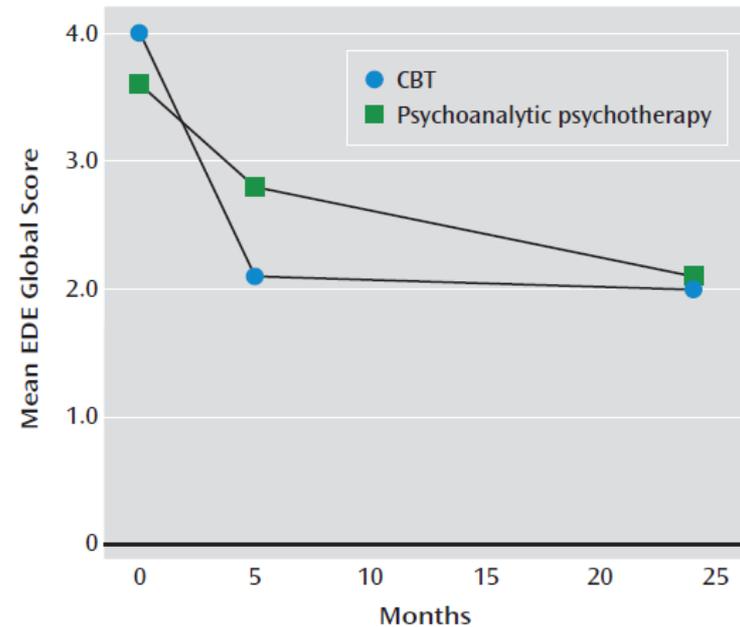
A Multicenter Comparison of Cognitive-Behavioral Therapy and Interpersonal Psychotherapy for Bulimia Nervosa



A Randomized Controlled Trial of Psychoanalytic Psychotherapy or Cognitive-Behavioral Therapy for Bulimia Nervosa



Prozentsatz an Pat., die keinen Kontrollverlust oder Erbrechen in den letzten 28 Tagen berichten



Eating disorder examination (EDE) durchschnittliche Global Scores

- unterschiedliche Therapiedosis (72 Psychoanalyse vs. 22 Sitzungen kog. VT),
- unterschiedliche Dauer der Behandlung (100 vs. 20 Wochen)
- Im Vergl. zur Psychoanalyse war kog. VT effektiver (Reduktion bulimischer Symptome)
- Besserung der Essstörungssymptomatik und allgemeinen Psychopathologie stellte sich schneller ein.

Behandlungsform der Bulimia nervosa

- *Behandlungsverfahren der ersten Wahl ist die Psychotherapie*
- *KVT (incl. DBT): umfangreichste Studienlage, höchste Evidenz*
- *KVT ist Psychotherapie der 1. Wahl*
- *Andere Psychotherapieverfahren bzw. –methoden, wenn KVT nicht wirksam oder nicht gewollt.*
- *Bei Kindern bzw. Jugendlichen auch familienbasierte Therapie möglich*
- *Teilnahme an Selbstmanagementprogramm („angeleitete Selbsthilfe“, Elemente der KVT) im Einzelfall zu empfehlen*
- *Pharmakotherapie nicht als alleinige Behandlung (Fluoxetin - Dosis von 60 mg Fluoxetin wirksamer als Dosis mit 20 mg)*

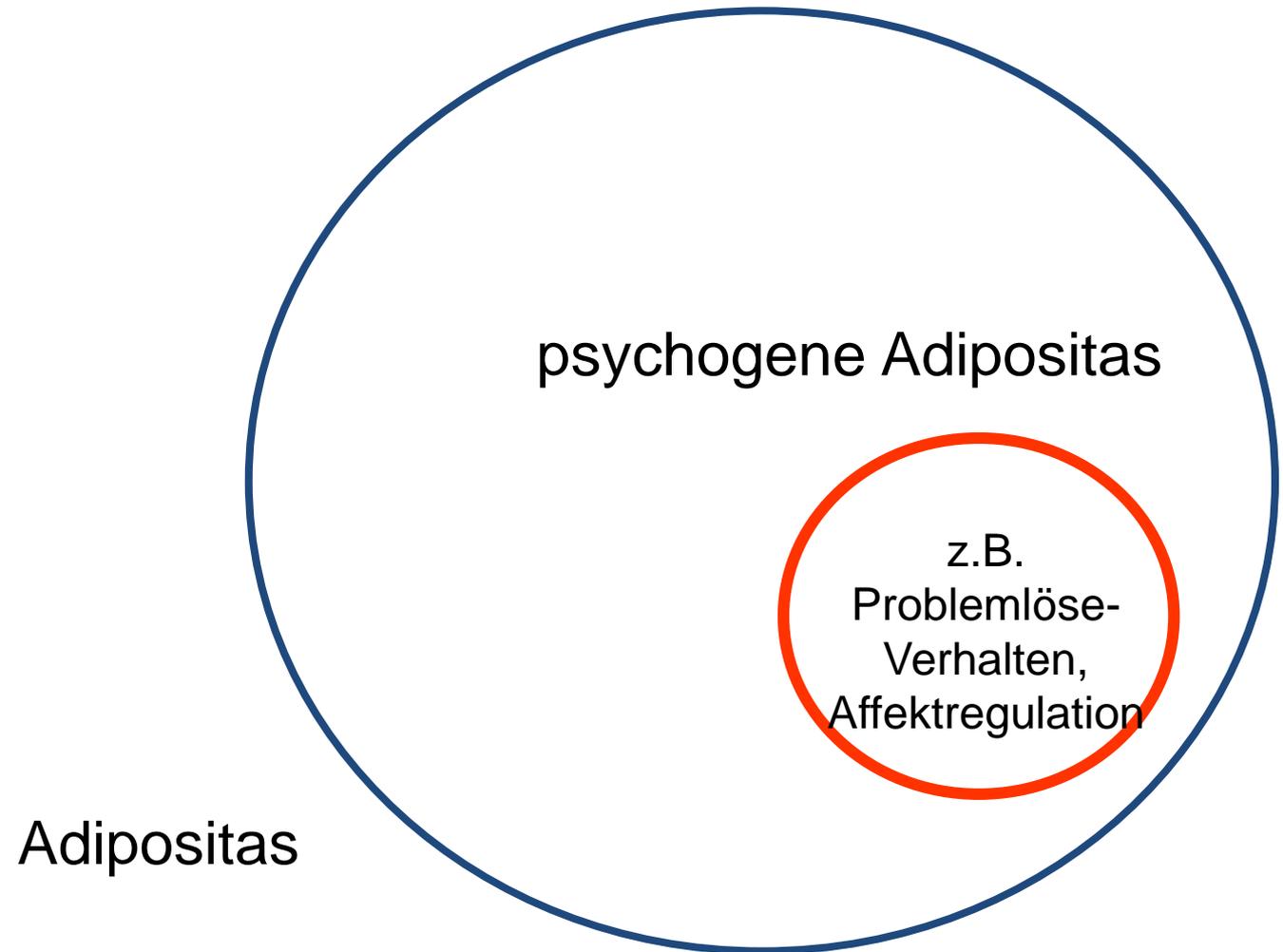
Stationäre Therapie ist vor allem angezeigt

- bei unzureichender ambulanter Therapie
- bei Vorliegen einer ausgeprägten psychischen Komorbidität
(depressive Störungen, Angststörungen, Zwangsstörungen
Persönlichkeitsstörungen, Abhängigkeitserkrankungen)
- bei ungünstigen familiären oder sozialen Bedingungen
oder sozialer Isolation
- bei medizinischen Komplikationen

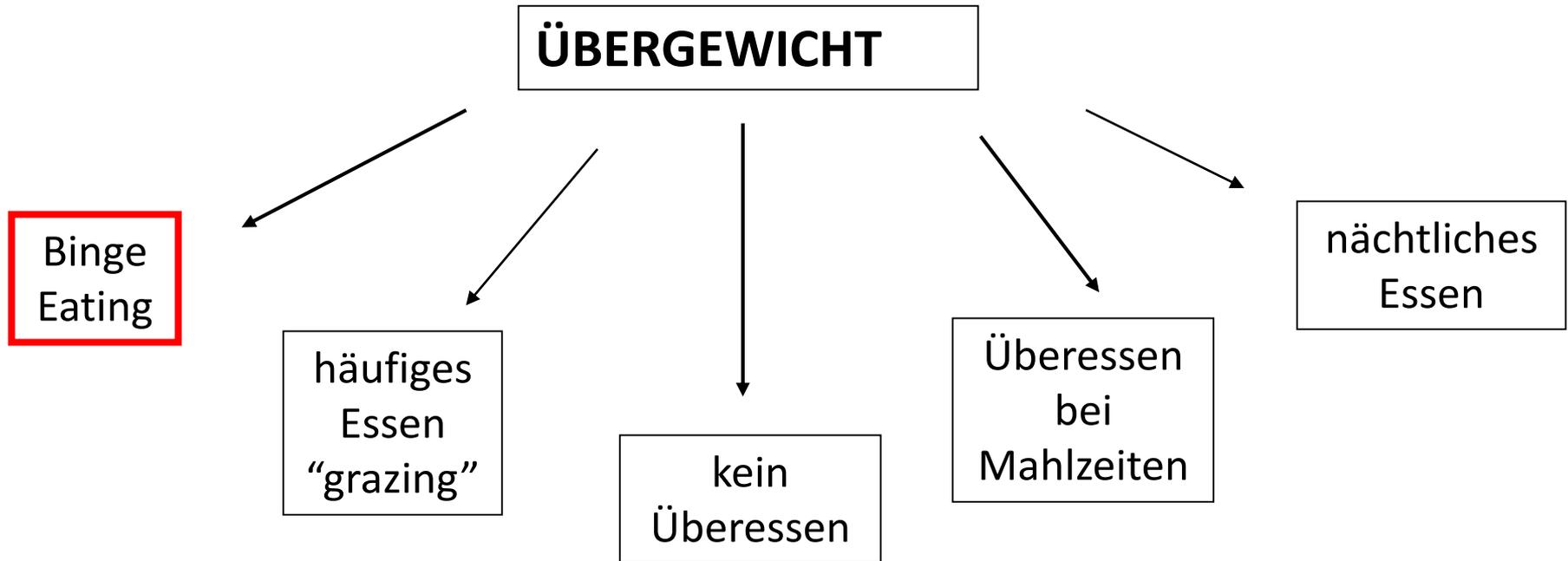
Binge Eating Störung, BES (DSM-V)

- Wiederkehrende Episoden von Essanfällen. Eine Episode von Essanfällen ist durch beide folgenden Merkmale charakterisiert:
- Es wird in einer umschriebenen Zeitspanne (z.B. innerhalb von 2 Stunden) eine Nahrungsmenge aufgenommen, die wesentlich größer ist, als die meisten Leute innerhalb einer vergleichbaren Zeitspanne und unter ähnlichen Umständen essen würden;
- Kontrollverlust über das Essverhalten (z.B. das Gefühl, nicht mit dem Essen aufhören zu können oder nicht kontrollieren zu können, was oder wieviel gegessen wird).

Die „psychogene Adipositas“



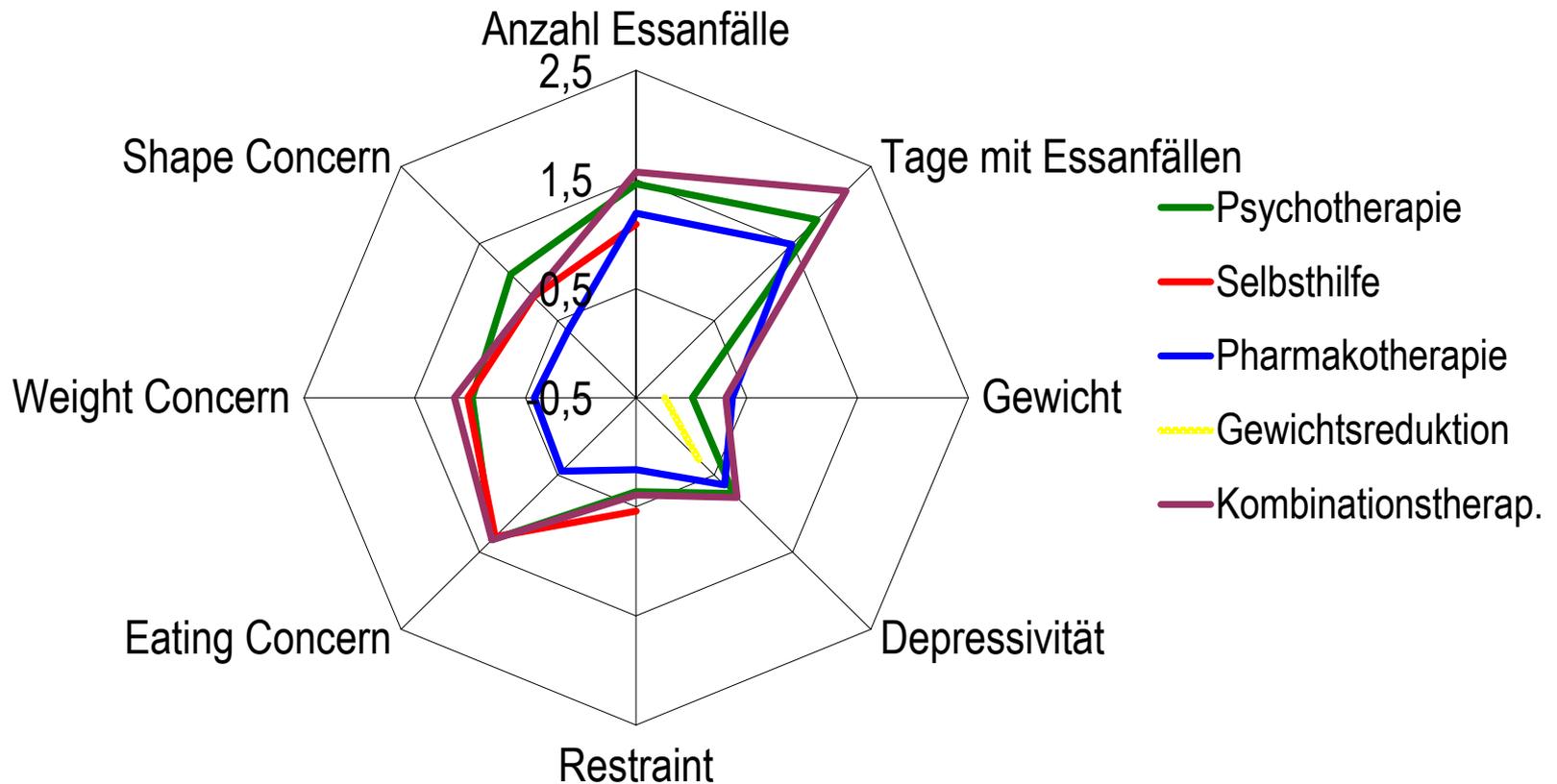
Variationen des Essverhaltens



Epidemiologie der Binge Eating Störung

- **Prävalenzraten:**
1 – 3% in der Allgemeinbevölkerung bzw. 25% bei Teilnehmern von Gewichtsreduktionsprogrammen (*Pull, 2004*)
- **Geschlechterverhältnis:**
relativ ausgeglichen (*Tanofsky et al., 1997*)
- **Erstmanifestationsalter:**
ca. 20 – 30 Jahre (*Kinzl et al., 1998*)
- **Unbehandelter Verlauf nach 6-12 Monaten:**
ca. 40 – 50% unverändert (*Caechelin et al., 1999; Hay et al., 1996*)

Zusammenschau der Ergebnisse (Prä-Post-Vergleiche)



Therapie der BES und Einfluss auf Gewicht

- Die Therapie der Essstörung führt in der Regel zu nur geringem Gewichtsverlust.

ABER

- Patientinnen, deren Essstörung in Remission ist, verlieren mehr an Gewicht und können das Gewicht besser halten.

Probleme in der Behandlung von Essstörungen

Typische Probleme bei Patientinnen und Patienten:

- Ausgeprägte Ambivalenz gegenüber Gewichtsveränderung
- Leugnung der Ernsthaftigkeit der Erkrankung
- Übertriebene Anpassung, „Unterwerfung“, „Charme“
- Druck durch Angehörige
- Ausgeprägtes Vermeidungsverhalten (Schuld, Scham und Ekel wegen Erkrankung und psychosozialer Defizite)
- Dichotomes Denken
- Komorbidität

Herzlichen Dank für Ihre Aufmerksamkeit



... und bis dahin gibt es Leitlinien, die verbessern die Behandlungen und davor muss keiner Angst haben ...