

Journal für
**Gastroenterologische und
Hepatologische Erkrankungen**

Fachzeitschrift für Erkrankungen des Verdauungstraktes

**Diagnostik und Therapie der
Anorexia und Bulimia nervosa**

de Zwaan M, Müller A

*Journal für Gastroenterologische
und Hepatologische Erkrankungen*

2003; 1 (2), 15-18

Österreichische Gesellschaft
für Gastroenterologie und
Hepatology

www.oeggh.at



ÖGGH

Österreichische Gesellschaft
für Chirurgische Onkologie

www.aco-asso.at

acoasso

Österreichische Gesellschaft für Chirurgische Onkologie
Austrian Society of Surgical Oncology

Homepage:

**[www.kup.at/
gastroenterologie](http://www.kup.at/gastroenterologie)**

**Online-Datenbank mit
Autoren- und Stichwortsuche**

Indexed in EMBASE/Compendex, Geobase
and Scopus

www.kup.at/gastroenterologie

Member of the 

Krause & Pachernegg GmbH · VERLAG für MEDIZIN und WIRTSCHAFT · A-3003 Gablitz

P.b.b. 032035263M, Verlagspostamt: 3002 Purkersdorf, Erscheinungsort: 3003 Gablitz

Diagnostik und Therapie der Anorexia und Bulimia nervosa*

M. de Zwaan, A. Müller

Obwohl es keine überzeugenden Hinweise darauf gibt, daß die Frequenz der Eßstörungen zunimmt, so ist doch die Anzahl der Patientinnen, die zur Behandlung kommen, in den letzten Jahren enorm angestiegen. Die Prävalenz der Anorexia nervosa liegt bei 1 %, die der Bulimia nervosa bei bis zu 3 % bei Mädchen in der Adoleszenz und bei jungen Frauen. AllgemeinmedizinerInnen entdecken nur etwa 12 % aller Patientinnen mit Bulimia nervosa und etwa 45 % aller Patientinnen mit Anorexia nervosa. Da ihnen aber eine „Türsteher“-Funktion für die Weiterleitung zu einer spezialisierten Therapie zukommt, ist eine bessere Ausbildung vor allem für die Früherkennung von Eßstörungen nötig. Der Beitrag befaßt sich daher mit wesentlichen Aspekten der Diagnostik und Erstbetreuung von Patientinnen mit Eßstörungen: der Früherkennung, den organischen Komplikationen, den Indikationen zur stationären Aufnahme und den Möglichkeiten des psycho- und pharmakotherapeutischen Einstiegs.

Even though there is no convincing evidence that eating disorders in general are on the rise, there has been an enormous increase in “treated” cases of patients with eating disorders. The prevalence of anorexia nervosa is 1 %, the prevalence of bulimia nervosa is 3 % among adolescent girls and young women. General practitioners detect only about 12 % of all bulimia nervosa cases, and about 45 % of all anorexia nervosa cases. As they often serve as gatekeepers to specialized care, they should receive better training in the recognition of eating disorders. The paper covers important aspects which are essential for the diagnosis and early treatment of subjects with eating disorders: early detection, somatic complications, indications for inpatient treatment, and psychological as well as pharmacological treatment approaches. *J Gastroenterol Hepatol Erkr* 2003; 1 (2): 15–8.

In den internationalen Klassifikationssystemen (ICD-10, DSM-IV) werden zwei Formen von Eßstörungen definiert: Anorexia nervosa (AN) und Bulimia nervosa (BN). Bei AN werden eine bulimische und eine nichtbulimische, restriktive Form unterschieden. Bei BN unterscheidet man eine Form mit Erbrechen oder Gebrauch von Laxantien, Diuretika oder Einläufen zur Kompensation der Eßanfälle („Purger“) und eine Form, bei der die Patientinnen trachten, die Eßanfälle durch striktes Fasten oder extreme körperliche Bewegung auszugleichen („Nichtpurger“). Tentativ wurde eine weitere Form von Eßstörung definiert, welche im Kern eine BN ohne gegensteuernde Maßnahmen darstellt und als Störung mit Eßanfällen oder „Binge eating disorder“ (BED) bezeichnet wird. Patientinnen mit BED sind häufig übergewichtig, wobei das keine Voraussetzung für die Diagnose darstellt (Tabelle 1 und Tabelle 2).

Die zentralen Symptome bei Patientinnen mit AN und BN stellen das gezügelte Eßverhalten und eine alles beherrschende Angst vor dem Dickwerden („Gewichtspobie“) dar. Meistens unterliegen sie einer falschen Wahrnehmung hinsichtlich ihres Körpers, dessen Umfang sie in der Regel überschätzen (Körperschemastörung); die Körperform gewinnt einen übermäßigen Einfluß auf das Selbstwertgefühl. Sie entwickeln strenge Essensregeln und -rituale darüber, wann, was und wieviel sie essen dürfen. Es werden besonders jene Nahrungsmittel vermieden, die Fett und Zucker beinhalten, bis hin zu Monodiäten und einer Nahrungseinschränkung auf 100 bis 200 Kalorien/Tag.

Patientinnen mit AN sind vor allem durch einen dramatischen Gewichtsverlust von bis auf 25–35 kg gekennzeichnet. Patientinnen mit BN haben ein normales Körpergewicht, können aber trotzdem Symptome der Mangelernährung zeigen. Patientinnen mit restriktiver AN können die Kontrolle aufrechterhalten, während Patientinnen mit einer bulimischen Form der AN und mit BN wiederkehrende Eßanfälle haben. Der drohenden Gewichtszunahme versuchen sie dann mit unangemessenen kompensatorischen

Maßnahmen entgegenzuwirken. Dazu gehören vor allem selbst herbeigeführtes Erbrechen, der Mißbrauch von Laxantien und Diuretika, strenges Fasten und übermäßiges Sporttreiben. Kombinationen und Übergänge zwischen den Eßstörungsformen (v. a. von der AN zur BN) sind nicht ungewöhnlich.

Während der Eßanfälle kommt es zu einer exzessiven Zuführung von meist kalorienreichen, „verbotenen“ Nahrungsmitteln (1.000 bis 10.000 Kalorien). Manche Patienten

Tabelle 1: Anorexia nervosa nach ICD-10 (F50.0)

- A. Tatsächliches Körpergewicht mindestens 15 % unter dem zu erwartenden oder BMI (kg/m²) von 17,5 oder weniger.
- B. Der Gewichtsverlust ist selbst herbeigeführt durch Vermeidung von „fettmachenden“ Speisen.

Folgende Symptome bestätigen die Diagnose, sind aber nicht notwendig: selbstinduziertes Erbrechen, selbstinduziertes Abführen, übertriebene körperliche Aktivität und Gebrauch von Appetitzüglern und/oder Diuretika.

- C. Körperschemastörung in Form einer spezifischen psychischen Störung: Die Angst, zu dick zu werden, besteht als eine tiefverwurzelte, überwertige Idee; die Betroffenen legen eine sehr niedrige Gewichtsschwelle für sich selbst fest.
- D. Eine endokrine Störung auf der Hypothalamus-Hypophysen-Gonaden-Achse. Sie manifestiert sich bei Frauen als Amenorrhoe und bei Männern als Libido-/Potenzverlust.
- E. Bei Beginn der Erkrankung vor der Pubertät ist die Abfolge der pubertären Wachstumsschritte verzögert oder gehemmt.

Tabelle 2: Bulimia nervosa nach ICD-10 (F50.2)

- A. Andauernde Beschäftigung mit Essen, eine unwiderstehliche Gier nach Nahrungsmitteln; die Patientin erliegt Eßattacken, bei denen große Mengen Nahrung in sehr kurzer Zeit konsumiert werden.
- B. Die Patientin versucht, dem dickmachenden Effekt der Nahrung entgegenzusteuern durch:
 - selbstinduziertes Erbrechen (cave: Elektrolytstörungen)
 - zeitweilige Hungerperioden
 - Mißbrauch von Abführmitteln, Appetitzüglern, Diuretika, Schilddrüsenpräparaten
 - Bei Patientinnen mit IDDM Reduktion der Insulindosis
- C. Krankhafte Furcht davor, dick zu werden; die Patientin setzt sich eine scharf definierte Gewichtsgrenze, weit unter dem prämorbidem, vom Arzt als optimal oder „gesund“ betrachteten Gewicht.
- D. Häufig in der Vorgeschichte Anorexia nervosa oder atypische Anorexia nervosa.

*Nachdruck aus *J Ernährungsmedizin* 2000; 2: 16–9.

Korrespondenzadresse: Univ.-Prof. Dr. med. Martina de Zwaan, Abteilung für Psychosomatik und Psychotherapie, Friedrich-Alexander-Universität Erlangen-Nürnberg, Schwabachanlage, D-91054 Erlangen, E-mail: Martina.deZwaan@psych.imed.uni-erlangen.de

tinnen empfinden bereits die Einnahme einer normalen Hauptmahlzeit als einen Eßanfall. Das Erbrechen ist zunächst selbstinduziert durch Auslösung des Würgereflexes mit dem Finger. Später funktioniert es häufig reflexartig, oft durch Trinken großer Wassermengen gegen Ende der Attacke unterstützt. Laxantien werden entweder nur nach einem Eßanfall oder routinemäßig zur Gewichtskontrolle eingenommen. Es kommt zu einem vorübergehenden Flüssigkeitsverlust, wodurch das Gefühl eines Gewichtsverlustes erzeugt wird. Reflektorische Wasserretention und Gewichtszunahme führen dann zu einem Teufelskreis mit weiterer Laxantieneinnahme. Es entwickelt sich bald eine Toleranz, und die Dosis muß erhöht werden. Andere abnorme essensbezogene Verhaltensweisen sind das „Kauen-Ausspucken-Syndrom“, Einläufe, Rumination („Wiederkäuen“) und häufige Saunabesuche. Besonders gefährlich ist das Unterdosieren von Insulin bei Diabetikerinnen („insulin purging“).

Epidemiologie

AN und BN treten vorrangig bei Frauen (90–95 %) in der Adoleszenz und im jungen Erwachsenenalter auf. Die Prävalenz der AN liegt in dieser Risikogruppe bei etwa 0,5–1 %, die der BN bei 1–3 %. Einzelne Symptome einer AN oder BN (subsyndromale Fälle) findet man in dieser Altersgruppe allerdings mit einer Häufigkeit von 20 %.

Komorbidität

Eßstörungen treten häufig mit anderen psychiatrischen und psychosomatischen Störungen kombiniert auf, wobei sich immer die Frage nach dem Zusammenhang zwischen den Störungen stellt (z. B. Folge der Mangelernährung).

Anorektische Patientinnen zeichnen sich häufig durch zwanghafte und perfektionistische Persönlichkeitszüge aus. Sie sind erfolgsorientiert und äußerst kritisch sich selbst gegenüber. Häufig kommt es zu Affektstarrheit, Kontaktstörungen mit sozialer Isoliertheit und Verlust der emotionalen Ausdrucksfähigkeit.

Bei **bulimischen Patientinnen** beträgt die Lebenszeitprävalenz einer Depression etwa 75 %! Häufig findet man Alkohol-, Medikamenten- und Drogenmißbrauch oder andere impulsive Verhaltensweisen, wie Stehlen, Promiskuität, impulsives Einkaufen und Selbstverletzung. Eine hohe Komorbidität mit kindlichen Ängsten und Sozialphobie wird beschrieben. Bei einer Untergruppe bulimischer Patientinnen kann die Diagnose einer Borderline-Persönlichkeitsstörung gestellt werden.

Organische Komplikationen

Der untergewichtige Zustand macht Patientinnen mit AN leicht erkennbar. Dennoch wird das Ausmaß des Untergewichts von im medizinischen Bereich Tätigen oft übersehen, da anorektische Patientinnen z. B. durch weite Kleidung ihren Zustand zu verbergen suchen. Bulimische Patientinnen sind in der Regel normalgewichtig und können ihre Störung leicht verheimlichen. Hinweise auf eine BN geben sichtbare Zeichen wie eine schmerzlose Hypertrophie der Speicheldrüsen, die den Patientinnen ein „mumpsartiges“ Aussehen verleiht und nicht selten zu einer Erhöhung der Serumspichelamylase führt, Schmelzdefekte der Zähne

mit erhöhter Temperaturempfindlichkeit und Kariesentwicklung bedingt durch den sauren Mageninhalt (Zahnärzte/-ärztinnen!) und Läsionen an der Rückseite der Finger („Russell’s sign“) durch Selbstausslösung des Erbrechens mit den Fingern.

Rezidivierendes Erbrechen sowie Laxantien- und Diuretika-mißbrauch können zu Störungen des Elektrolyt- und Säure-Basen-Haushaltes (Hypokaliämie, hypochlorämische Alkalose, Hypomagnesiämie) führen. Besonders Augenmerk erfordert die Hypokaliämie, die zu lebensbedrohlichen Herzrhythmusstörungen und irreversiblen Nierenschäden führen kann, wobei es auf die Schnelligkeit des Kaliumabfalls ankommt. Viele Patientinnen mit AN sind an niedrige Kaliumspiegel adaptiert, dennoch sind regelmäßige Laborkontrollen und eine Substitutionstherapie erforderlich. Besonders betroffen sind anorektische Patientinnen vom bulimischen Typ; bei dieser Gruppe muß man bei etwa 25 % mit einem erniedrigten Kaliumspiegel rechnen.

Bei der AN steht das Starvationssyndrom im Vordergrund: Hypothermie, Haarausfall, Ödeme, Lanugo-Behaarung, Bradykardie, Hypotonie, Akrozyanose, verzögerte Magenentleerung, Hypercholesterinämie und eine in den meisten Fällen reversible zerebrale Atrophie („Pseudoatrophie“) mit Erweiterung der Liquorräume und Reduktion der grauen und weißen Substanz. Ein hypogonadotroper Hypogonadismus mit primärer oder sekundärer Amenorrhoe und eine Hyperkortisolinämie sind neben der Mangelernährung als Hauptverursacher für eine Knochendichteverminderung und Osteoporose zu nennen. In den meisten Fällen sind die körperlichen Folgesymptome mit Gewichtszunahme vollständig reversibel.

Verlauf

Im Verlauf entwickelt etwa $\frac{1}{3}$ der Patientinnen mit AN eine BN. Übergänge von der BN zur AN sind selten. Die AN kann einen lebensbedrohlichen Verlauf nehmen. Die 10-Jahresletalität liegt bei 5,6 %. Dies ist etwa das 12fache der Letalität in dieser Altersgruppe in der Allgemeinbevölkerung. Mit zunehmender Krankheitsdauer nimmt der Anteil der Heilungen zu. Bei etwa 20 % ist eine Chronifizierung zu erwarten. Als prognostisch ungünstig gelten ein höheres Alter bei Erkrankungsbeginn, eine lange Krankheitsdauer vor Behandlungsbeginn, extremer Gewichtsverlust, gleichzeitiges Bestehen bulimischer Symptome, prämorbidem Übergewicht, stark gestörte Familienbeziehungen, fehlgeschlagene Vorbehandlungen und eine schlechte, prämorbid soziale Anpassung. Bei Patientinnen mit BN geht der Entwicklung einer Eßstörung meist eine Phase strikten Diäthaltens voraus.

Bei einer kleinen Gruppe von Patientinnen beginnt die Störung gleich mit Eßanfällen. Die Zeitspanne vom Auftreten der ersten Symptome bis zum Beginn einer spezifischen Therapie liegt im Durchschnitt bei 7 Jahren. Diese Verzögerung ist häufig durch Scham- und Schuldgefühle bedingt oder durch das Gefühl, daß es keine Hilfe gibt.

Therapie

Motivation

Das Problem in der Therapie ist, daß die Kontrolle der Nahrungsaufnahme und der Wunsch, schlank zu sein,

egosynton sind und vor allem zu Beginn der Erkrankung keinen Leidensdruck verursachen. Insbesondere Patientinnen mit restriktiver AN sehen häufig keine Notwendigkeit zur Therapie. Der Aufbau einer vertrauensvollen therapeutischen Beziehung und der graduelle Aufbau der Motivation durch konkrete Information über die Behandlung und durch Rückspiegelung der Ambivalenz an die Patientin (Wunsch gesund zu werden vs. kurzfristig stabilisierende Funktion der Eßstörung auf Emotionen) sind daher wichtige erste Therapieschritte.

Setting

Eßgestörte Patientinnen können in der Regel ambulant behandelt werden. Indikationen für eine stationäre Aufnahme sind sehr rascher Gewichtsverlust oder sehr niedriges Körpergewicht (BMI < 13 kg/m²), schwerwiegende psychiatrische Probleme (z. B. Suizidalität, Substanzmißbrauch, Impulskontrollstörungen), schwerwiegende organische Komplikationen (Elektrolytentgleisungen, massiver Laxantienmißbrauch) und die Notwendigkeit einer Trennung von pathogenen psychosozialen Faktoren (z. B. massiv gestörte Familienbeziehungen, sexueller Mißbrauch).

Gewichtsrestitution

Viele der beschriebenen Symptome bei AN sind weniger auf eine Form spezifischer Psychopathologie bei Eßstörungen zurückzuführen, sondern stellen vielmehr eine direkte Folge der Nahrungsrestriktion und der damit verbundenen Gewichtsreduktion dar. Es besteht weitgehend Einigkeit darüber, daß die Wiederherstellung eines angemessenen Körpergewichts bzw. die regelmäßige Nahrungsaufnahme Voraussetzungen für die Bearbeitung auslösender und aufrechterhaltender Bedingungen der Symptomatik und somit erste Therapieziele bei AN darstellen sollten.

Die Autonomie der Patientin soll dabei so wenig wie möglich eingeschränkt werden, ihr Freiraum und ihre Selbstbestimmung so weit als möglich bestehen bleiben. Heute wird eine Gewichtszunahmerate von 500 g bis 1500 g pro Woche in einem stationären Behandlungssetting und von 250 g bis 1000 g pro Woche in einem ambulanten Setting empfohlen. Alleinige Wiederauffütterung gilt allerdings keinesfalls als ausreichende Therapie der AN [1].

Medikamentöse Therapien

Die Ergebnisse kontrollierter medikamentöser Studien zur Beschleunigung einer Gewichtszunahme bei anorektischen Patientinnen sind eher enttäuschend. Eine routinemäßige Medikation in der Therapie der AN kann beim derzeitigen Kenntnisstand nicht empfohlen werden. Erste positive Ergebnisse gibt es allerdings für den Einsatz von Fluoxetin als Rückfallprophylaktikum nach erfolgreicher Gewichtsrestitution.

In der Therapie der BN gilt eine antidepressive medikamentöse Therapie als Therapie zweiter Wahl und hat bei genauer Indikationsstellung heute ihren festen Platz. Die zu erwartende Abnahme der Eßanfälle liegt zwischen 40 % und 90 %, die Remissionsraten sind allerdings mit 0 % bis 35 % eher niedrig. Es wird eine direkte antibulimische Wirkung antidepressiver Substanzen angenommen, da ein Effekt häufig bereits nach 1 Woche zu beobachten ist und es auch bei Patientinnen ohne depressiver Symptomatik zu einer signifikanten Reduktion der bulimischen Attacken kommt. Es gibt keine Hinweise auf die therapeutische Überlegenheit eines bestimmten Antidepressivums. Allerdings wurde Fluoxetin als einziges Medikament in 2 multi-

zentrischen Studien mit großen Teilnehmerinnenzahlen untersucht. Aufgrund der großen Erfahrung mit diesem Medikament, der erwiesenen Wirksamkeit auf die bulimische Symptomatik und der guten Verträglichkeit wird Fluoxetin heute als ein Medikament der ersten Wahl in der medikamentösen Behandlung der BN eingesetzt. Es scheint eine höhere Fluoxetin-Dosis von 60 mg/Tag wirkungsvoller zu sein als die für die Behandlung von Depression empfohlene Dosis von 20 mg/Tag. Es gibt Hinweise darauf, daß nach erfolgloser Therapie mit einem Antidepressivum die Umstellung auf ein oder mehrere andere Präparate zur Besserung führen kann. Die Therapiedauer sollte 6 bis 12 Monate betragen. Bezüglich der Langzeitergebnisse medikamentöser Therapien muß auf den möglichen Wirkungsverlust bei Langzeitgabe und die hohen Rückfallraten nach Absetzen der Antidepressiva hingewiesen werden.

Als weitere mögliche Indikation wird die Rückfallprophylaxe nach Beendigung einer Psychotherapie diskutiert. Eine kontrollierte Untersuchung konnte zeigen, daß Patientinnen, die nach erfolgreicher intensiver stationärer Psychotherapie für weitere 12 Wochen Fluvoxamin 100–300 mg erhielten, signifikant weniger Rückfälle zeigten als Patientinnen, die Placebo erhielten.

Psychologische Therapien

Psychotherapie stellt bei den Eßstörungen heute die Therapie erster Wahl dar [2].

Kognitiv-verhaltenstherapeutische Verfahren (KVT)

Bei den KVT handelt es sich meist um „Therapiepakete“, die eine Vielzahl unterschiedlicher Techniken beinhalten: Selbstbeobachtung des Eßverhaltens sowie von Gedanken und Gefühlen, die mit dem pathologischen Eßverhalten in Zusammenhang stehen, Informationsvermittlung, Einhalten vorgeschriebener Mahlzeiten, Stimuluskontrolle, Aufbau von Alternativverhalten, Selbstsicherheitstraining, Erlernen von Problemlösestrategien, Exposition von verbotenen Nahrungsmitteln, kognitives Umstrukturieren, das vor allem die Angst vor Gewichtszunahme, die Einstellung zum eigenen Körper, Perfektionismus und Selbstwertgefühl zum Inhalt hat, sowie Methoden zur Rückfallprophylaxe. In englischer und zunehmend auch in deutscher Sprache liegen Therapiemanuale für die KVT vor, die ausgezeichnete Leitfäden für die Therapie bulimischer Patientinnen darstellen [3].

Interpersonelle Therapie (IPT)

Es handelt sich um ein ursprünglich für die Behandlung von Depressiven entwickeltes Verfahren, wobei die zwischenmenschlichen Beziehungen in den Mittelpunkt der Therapie gestellt werden. Eine modifizierte Version für Patientinnen mit BN und BED hat sich als der KVT vergleichbar erwiesen. Die IPT arbeitet „am Symptom vorbei“ und geht nicht vorrangig auf die Veränderung des Eßverhaltens und die verzerrte Einstellung zum Körper ein.

Bei der BN sind die Kurz- und Langzeiterfolge der KVT und der IPT mit Remissionsraten von 50 % und deutlicher Besserung bei weiteren 20–30 % der Patientinnen gut abgesichert. KVT und IPT sind die einzigen Psychotherapieformen, über die auch kontrollierte Langzeitergebnisse vorliegen. Nach einem Katamnesezeitraum von durchschnittlich 6 Jahren konnte bei 50 % der Patientinnen eine vollständige Remission und bei einem Großteil der Patientinnen eine signifikante Reduktion der bulimischen Symptomatik und begleitender psychopathologischer Auffälligkeiten erzielt werden. Die Behandlungsansätze bei BED

folgen den Programmen für BN und erweisen sich als wirksam für die Reduktion der Eßanfälle.

Aufdeckende tiefenpsychologische Verfahren

Diese Verfahren kommen zur Anwendung, um zugrundeliegende verdrängte Konflikte aufzuarbeiten. Ein wesentliches Merkmal dieser Therapieansätze ist die Rückführung zur eigenen Emotionalität.

Familientherapeutische Ansätze

Familientherapeutische Ansätze sind vor allen Dingen bei jenen Patientinnen mit AN indiziert, bei denen die Krankheit vor dem 18. Lebensjahr beginnt und die eine relativ kurze Erkrankungsdauer von weniger als 3 Jahren aufweisen.

Selbsthilfe

Selbsthilfemanuale [4, 5] stellen einen vielversprechenden ersten therapeutischen Zugang für viele Patientinnen mit BN dar, da es nur wenige spezialisierte Therapieeinrichtungen für Patientinnen mit BN gibt, ein früher Therapieeinstieg die Prognose entscheidend verbessern kann und die Therapie auch von Nichtfachleuten angeboten werden kann.

Die Selbsthilfemanuale entsprechen in der Regel den Richtlinien der bereits erfolgreich angewendeten kognitiv-verhaltenstherapeutischen Programme. Die Therapie wird ohne („pure“) oder mit minimaler therapeutischer Unterstützung („guided“) von den Patientinnen selbständig

Tabelle 3: Therapie der Anorexia nervosa

Pharmakotherapie

Für Routinebehandlung nicht geeignet
SSRIs als Rückfallprophylaxe

Gewichtsrestitution

Psychotherapie

Therapie der Wahl

Erfahrung und Kompetenz notwendig

Meist multimodale Therapieansätze

Familientherapie: bei < 18 J. und < 3 Jahren Krankheitsdauer

Kognitive Verhaltenstherapie u./o. tiefenpsychologische Ansätze

Tabelle 4: Stufenplan psychotherapeutischen Vorgehens bei Bulimia nervosa

- Selbstbehandlungsbuch ohne Anleitung
- Selbstbehandlungsbuch angeleitet („Therapeut/inn/en-unterstützt“)
- Psychoedukation
- Ambulante KVT oder IPT (Gruppe, individuell, oder beides)
- Andere ambulante Psychotherapie
- Tagesklinik
- Stationäre Therapie

durchgeführt. Erste Ergebnisse zeigen, daß Selbsthilfemanuale erfolgreich angewendet werden können und von den Patientinnen positiv bewertet werden.

Da das Gefühl des Kontrollverlusts über das eigene Verhalten ein zentrales Problem bei diesen Patientinnen darstellt, basiert die Effizienz von Selbsthilfemanualen möglicherweise darauf, daß die Patientinnen ausschließlich selbst für die Therapie verantwortlich sind. Ein potentieller Nachteil des sequentiellen therapeutischen Vorgehens könnte allerdings darin liegen, daß Patientinnen, die nicht von den ersten Therapiestufen profitieren, an Selbstvertrauen verlieren und für weitere therapeutische Interventionen weniger motiviert sein könnten.

Gesamtbehandlungsplan

Zur Therapie der AN werden in der Regel stationäre oder ambulante „Behandlungspakete“ angeboten, die sich in der Praxis empirisch bewährt haben. Ernährungsberatung, Verhaltensmodifikation, Einzel- und Gruppenpsychotherapie verschiedener Provenienz, Entspannungstherapie, Körper- und Kunsttherapien kommen dabei zum Einsatz. Aufgrund der Schwere und Komplexität des Krankheitsbildes mit einer noch immer hohen Letalität wird ein schnelles und multimodales therapeutisches Vorgehen notwendig (Tabelle 3).

In der Therapie der BN wird zunehmend ein Stufenplan therapeutischer Interventionen empfohlen. Der „stepped care“ Ansatz schlägt vor, mit niederschweligen, kurz dauernden Therapieangeboten zu beginnen und bei Nichtansprechen aufwendigere Therapieverfahren anzuschließen bzw. zu kombinieren (Tabelle 4). Leider wurden bis heute kaum Prädiktoren identifiziert, die eine sichere differentielle Indikationsstellung für ein bestimmtes Therapieverfahren erlauben würden.

Literatur:

1. de Zwaan M, Karwautz A, Strnad A. Therapie von Eßstörungen: Überblick über Befunde kontrollierter Psycho- und Pharmakotherapiestudien. *Psychotherapeut* 1996; 41: 275–87.
2. Reich G, Cierpka M (Hrsg). *Psychotherapie der Eßstörungen*. Thieme Verlag, Stuttgart, 1997.
3. Jacobi C, Thiel A, Paul Th (Hrsg). *Kognitive Verhaltenstherapie bei Anorexia und Bulimia Nervosa: Behandlungsschwerpunkte und Materialien*. Beltz Psychologie Verlags Union, Weinheim, 1996.
4. Schmidt U, Treasure J (Hrsg). *Die Bulimie besiegen: Ein Selbsthilfe-Programm*. Campus Verlag, Frankfurt, New York, 1996.
5. Treasure J (Hrsg). *Die Magersucht besiegen*. Campus Verlag, Frankfurt, New York, 1999.

Mitteilungen aus der Redaktion

Besuchen Sie unsere zeitschriftenübergreifende Datenbank

[Bilddatenbank](#)

[Artikeldatenbank](#)

[Fallberichte](#)

e-Journal-Abo

Beziehen Sie die elektronischen Ausgaben dieser Zeitschrift hier.

Die Lieferung umfasst 4–5 Ausgaben pro Jahr zzgl. allfälliger Sonderhefte.

Unsere e-Journale stehen als PDF-Datei zur Verfügung und sind auf den meisten der marktüblichen e-Book-Readern, Tablets sowie auf iPad funktionsfähig.

[Bestellung e-Journal-Abo](#)

Haftungsausschluss

Die in unseren Webseiten publizierten Informationen richten sich **ausschließlich an geprüfte und autorisierte medizinische Berufsgruppen** und entbinden nicht von der ärztlichen Sorgfaltspflicht sowie von einer ausführlichen Patientenaufklärung über therapeutische Optionen und deren Wirkungen bzw. Nebenwirkungen. Die entsprechenden Angaben werden von den Autoren mit der größten Sorgfalt recherchiert und zusammengestellt. Die angegebenen Dosierungen sind im Einzelfall anhand der Fachinformationen zu überprüfen. Weder die Autoren, noch die tragenden Gesellschaften noch der Verlag übernehmen irgendwelche Haftungsansprüche.

Bitte beachten Sie auch diese Seiten:

[Impressum](#)

[Disclaimers & Copyright](#)

[Datenschutzerklärung](#)